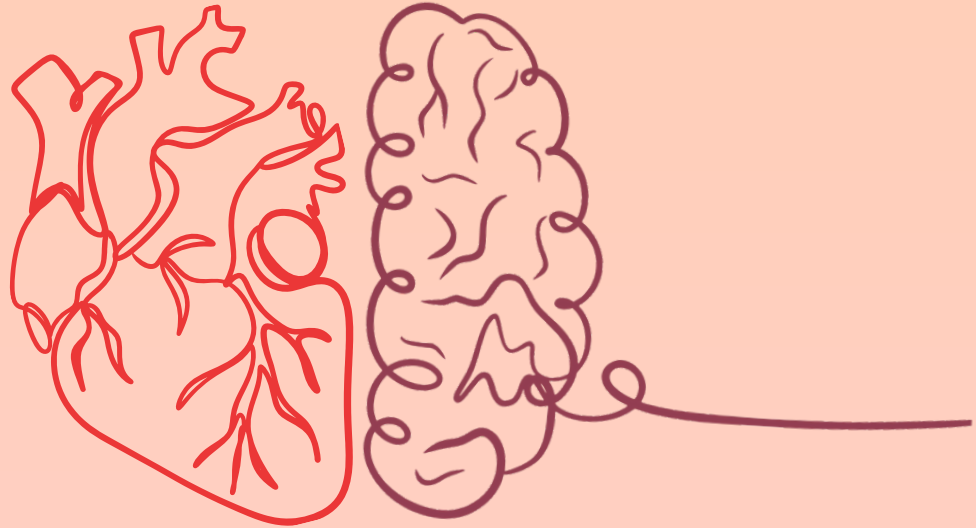




UNIwersYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

Książka abstraktów



IntiMind

SEKSUOLOGIA
PSYCHIATRIA



NEUROLOGIA
KARDIOLOGIA

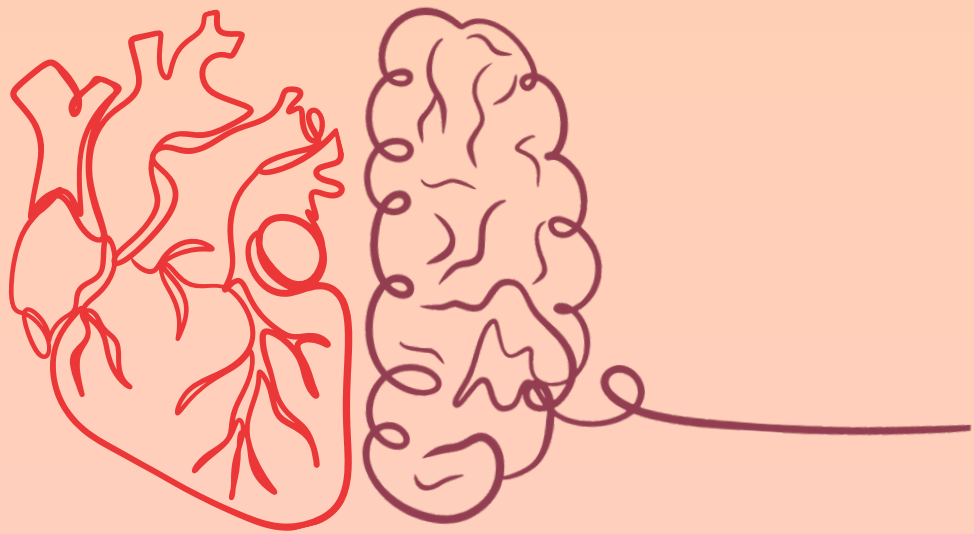
W UJĘCIU INTERDYSCYPLINARNYM





UNIwersYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

Harmomonogram



IntiMind

SEKSUOLOGIA & NEUROLOGIA
PSYCHIATRIA & KARDIOLOGIA
W UJĘCIU INTERDYSCYPLINARNYM





NEUROLOGIA , KARDIOLOGIA

Panel neurologiczno-kardiologiczny

SOBOTA 25 KWIETNIA

08:00 - 09:15 Rejestracja uczestników

09:15 - 09:30 Otwarcie Konferencji przez Dziekana Wydziału Lekarskiego,
dr hab. Roberta Zymlinskiego, prof. UMW oraz panelu neurologiczno-kardiologicznego

WYKŁADY

09:30 - 10:15

dr Mateusz Garus

Zaawansowana niewydolność serca - miejsce mechanicznego wspomagania krążenia

10:15 - 11:00

dr n. med. Justyna Korbecka

Neurologia interwencyjna i molekularna - rewolucja w leczeniu chorób dotąd nieuleczalnych

11:00 - 11:30 Przerwa kawowa

11:30 - 14:00 Sesja prac studenckich

14:00 - 14:45 Przerwa obiadowa

14:45 - 15:15 Ogłoszenie wyników sesji konkursowej

WYKŁADY

15:15 - 16:00

lek. Natalia Feliniak

Choroba niedokrwienności serca, ewolucja leczenia interwencyjnego

17:00 - 17:15 Oficjalne zamknięcie panelu neurologiczno-kardiologicznego

WARSZTATY

09:30 - 11:00

dr n. med. Marta Nowakowska-Kotas

Warsztaty neurosonologii

09:30 - 11:00

Stowarzyszenie Udarowcy

Udar mózgu - co dalej

9:30-11:00

Klaudia Raczyńska

SKN Nutri-sfera

Dieta śródziemnomorska w profilaktyce i wspomaganiu leczenia chorób sercowo-naczyniowych

WARSZTATY

15:15 - 18:30

Turniej szachowy





PSYCHIATRIA, SEKSUOLOGIA

Panel psychiatryczno-seksuologiczny

NIEDZIELA 26 KWIETNIA

08:00 - 09:15 Rejestracja uczestników

09:15 - 09:30 Oficjalne otwarcie panelu psychiatryczno-seksuologicznego

WYKŁADY

09:30 - 10:15

lek. Jakub Sobieraj, doktorant UMW
Organika czy psychika? Przewlekłe zmęczenie i inne objawy neuropsychiatryczne

10:15 - 11:00

dr Robert Kowalczyk, prof. UMW
Pożądanie w relacji. Między potrzebą bliskości a potrzebą autonomii.

11:00 - 11:30 Przerwa kawowa

11:30 - 14:00 Sesja prac studenckich

14:00 - 14:45 Przerwa obiadowa

14:45 - 15:15 Ogłoszenie wyników sesji konkursowej

WYKŁADY

15:15 - 16:00

dr n. med. Przemysław Zakowicz
Kolorowy świat za szybą - objawy psychotyczne w populacji dzieci i młodzieży

16:00 - 16:45

Kinga Barszcz
Fundacja Federa
Między edukacja, a dezinformacją. Współczesne źródła wiedzy o seksie wśród młodych ludzi. Wpływ mediów na seksualność.

17:00 - 17:15 Oficjalne zamknięcie panelu psychiatryczno-seksuologicznego oraz zakończenie Konferencji IntiMind

WARSZTATY

09:30 - 11:00

Adrianna Peryga i Marta Sobol
KN Psychologii Klinicznej
Jak wspierać pacjenta w realizacji zaleceń medycznych? Dialog motywujący w praktyce klinicznej

14:00 - 14:45

lek. Miłosz Lipieta
Czy kompetencje doradcy HIV/AIDS mogą przydać się w POZ?

WARSZTATY

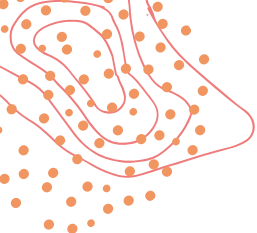
15:15 - 16:45

Sara Sągol i Marta Tarasiewicz
KN Psychologii klinicznej UWr
Dlaczego biorę na siebie za dużo? Psychologia nadodpowiedzialności w pracy lekarza

15:15 - 16:45

Mikołaj Jabłoński [@bezawstydu]
Psychoedukacja w gabinecie lekarskim w tym psychoedukacja osób ze szczególnymi potrzebami





WARSZTATY

KARDIOLOGIA, NEUROLOGIA

SOBOTA 25 KWIETNIA

Dr n. med. Marta Nowakowska-Kotas

Warsztaty neurosonologii

Stowarzyszenie Udarowcy

Udar mózgu - co dalej

SKN Nutri-sfera

Dieta śródziemnomorska w profilaktyce i wspomaganiu leczenia chorób sercowo-naczyniowych

Turniej szachowy

PSYCHIATRIA, SEKSUOLOGIA

NIEDZIELA 26 KWIETNIA

Adrianna Peryga i Marta Sobol

KN Psychologii Klinicznej

Jak wspierać pacjenta w realizacji zaleceń medycznych? Dialog motywujący w praktyce klinicznej

lek. Miłosz Lipieta

Czy kompetencje doradcy HIV/AIDS mogą przydać się w POZ?

Sara Sągol i Marta Tarasiewicz

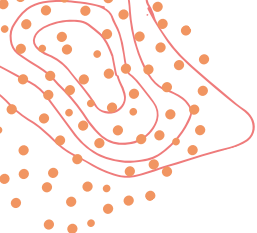
KN Psychologii klinicznej UWr

Dlaczego biorę na siebie za dużo? Psychologia nadodpowiedzialności w pracy lekarza

Mikołaj Jabłoński [@bezawstydu]

Psychoedukacja w gabinecie lekarskim w tym psychoedukacja osób ze szczególnymi potrzebami





Komitet Organizacyjny

Panel kardiologiczno–neurologiczny

Skn Neurologii: Sylwiusz Kontek, Patrycja Jagos,
Alicja Parasiewicz, Julia Kostrzewa

Skn Chorób Serca: Julia Soczyńska, Kamila Butyńska

Panel psychiatryczno–seksuologiczny

Skn Psychiatrii: Dawid Konieczko, Konrad
Chrzanowski

Skn Seksuologii: Antonina Trzaskoma, Dawid
Konieczko

Komitet Naukowy

Panel kardiologiczno–neurologiczny

Prof. dr hab. Anna Pokryszko-Dragan

dr hab. Edyta Dziadkowiak

dr n. med. Piotr Gajewski

dr n. med. Mateusz Garus

Panel psychiatryczno–seksuologiczny

dr n. med. Robert Kowalczyk, prof. UMW

dr n. med. Elżbieta Trypka, prof. UMW

dr n. med., mgr psychologii Renata Wallner, prof.
UMW





Wykładowcy

dr n. med. Mateusz Garus

Zaawansowana niewydolność serca - miejsce mechanicznego wspomagania krążenia

dr n. med. Justyna Korbecka

Neurologia interwencyjna i molekularna - rewolucja w leczeniu chorób dotąd nieuleczalnych

Lek. Natalia Feliniak

Choroba niedokrwienna serca, ewolucja leczenia interwencyjnego

dr n. med. Robert Kowalczyk, prof. UMW

Pożądanie w relacji- Między potrzebą bliskości, a potrzeba autonomii

lek. Jakub Sobieraj, doktorant UMW

Organika czy psychika? Przewlekłe zmęczenie i inne objawy neuropsychiatryczne

dr n. med. Przemysław Zakowicz

Kolorowy świat za szybą - objawy psychotyczne w populacji dzieci i młodzieży

Kinga Barszcz, Fundacja Federa

Między edukacją, a dezinformacją. Współczesne źródła wiedzy o seksie wśród młodych ludzi. Wpływ mediów na seksualność.



Nasi Patroni i Partnerzy

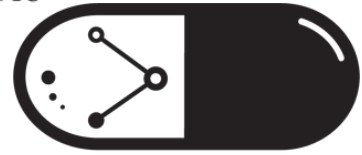


UNIwersYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU



PONTON

EDUKACJA
SEKSUALNA
OD FEDERY



więcej niż LEK



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



medycyna **praktyczna**

Polki w
Medycynie.®



LOUIS LANIER

Innowacyjna odzież medyczna & beauty

WCA Wrocławskie
Centrum
Akademickie



Polskie Towarzystwo
Neurologiczne

UDAROWCY



AKADEMICKIE
RADIO

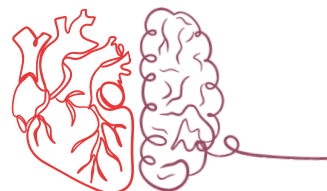


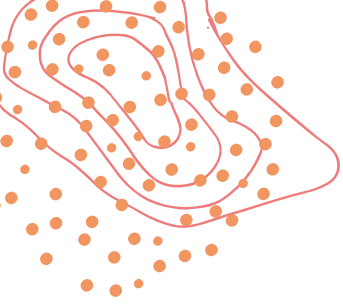
Liczy się wsparcie!



Mp.pl premium

Twój Dyżur





Panel kardiologiczno neurologiczny





“Serce na krawędzi. Burza elektryczna i wstrząs kardiogenno-septyczny: sukces multidyscyplinarnej interwencji terapeutycznej”

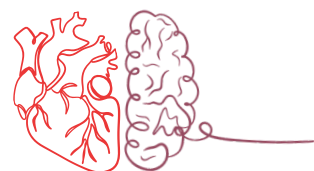
Magdalena Kuchta, Zofia Konieczna, Maciej Niewiadomski, Wojciech Pawlak,

Opiekunowie: dr hab. n. med. Robert Zymliński, dr Piotr Gajewski

Burza elektryczna manifestująca się jako utrzymujący się częstoskurcz komorowy stanowi krytyczne, zagrażające życiu powikłanie u pacjentów z CRT-D, zwłaszcza w zaawansowanej niewydolności serca z frakcją wyrzutową lewej komory (LVEF) <25%. Infekcje destabilizują stan poprzez gorączkę, hipoksję, zaburzenia elektrolitowe i burzę cytokinową, indukując wstrząs kardiogenno-septyczny z hiperkinetycznym cyrkulacyjnym profilem, obniżonym oporem naczyniowym i niewydolnością wielonarządową. Niezbędna jest systematyczna ocena hemodynamiczna z wykorzystaniem badań inwazyjnych dla optymalizacji terapii.

72-letni pacjent z zaawansowaną HFrEF o etiologii nie niedokrwiennej (NYHA IV w dniu przyjęcia) po implantacji zastawki aortalnej oraz zastosowaniu CRT-D, został przyjęty z powodu burzy elektrycznej w przebiegu ustawicznego częstoskurczu komorowego i rozwijającego się wstrząsu kardiogenno-septycznego. Wywiad wskazywał na dekompensację wysiłkową oraz nasilenie duszności od 48 godzin. Po badaniu stwierdzono stan głęboko ciężki z ostrą niewydolnością wielonarządową. Rozwijający się wstrząs mieszany wymagał podania noradrenaliny, wazopresyny i milrinonu, wdrożono następnie żywienie pozajelitowe, ciągłą terapię nerkozastępczą oraz antybiotykoterapię szerokospektralną. Stan pacjenta pozostawał ciężki - wymagał leczenia ukierunkowanego hemodynamicznie oraz interdyscyplinarnego podejścia.

Zastosowanie wielotorowej farmakoterapii antyarytmicznej, inotropowej i nerkozastępczej z reprogramowaniem CRT-D umożliwiła hemodynamiczną stabilizację pacjenta ekstremalnego ryzyka. Przypadek ilustruje istotne znaczenie multidyscyplinarnego modelu opieki (Shock Team) w złożonych zespołach burzy elektrycznej ze wstrząsem mieszanym



“Ćwiczyć czy nie ćwiczyć - ból głowy związany z wysiłkiem jako wyzwanie diagnostyczne”

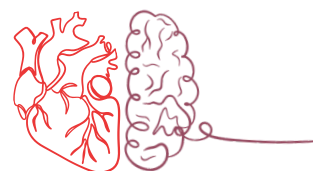
Marta Kawalek, Veronika Rostvynska, Zuzanna Skórecka


Opiekunowie: lek. Karol Marschollek, dr.n.med. Marta Nowakowska-Kotas

Pierwotny wysiłkowy ból głowy jest rzadkim zespołem bólowym, w którym objawy prowokowane są przez aktywność fizyczną. Ze względu na rzadkie występowanie i konieczność wykluczenia wtórnych przyczyn bólu głowy, ustalenie właściwego rozpoznania stanowi istotne wyzwanie diagnostyczne.

U 37-letniej kobiety, z wieloletnim wywiadem migreny bez aury, w 35. roku życia pojawiły się bóle głowy o odmiennym niż dotychczas fenotypie, występujące wyłącznie podczas intensywnego wysiłku fizycznego. Ból był obustronny, symetryczny i obejmował całą głowę. Miał charakter pulsujący lub rozpierający i natężenie większe niż doświadczane do tej pory bóle migrenowe. Objawy rozpoczynały się pod koniec biegu długodystansowego i trwały około 24 godzin - nie ustępowały po zastosowaniu leków przeciwbólowych, w tym sumatryptanu. U pacjentki przeprowadzono szeroką diagnostykę neurologiczną i kardiologiczną, obejmującą obrazowanie mózgowia oraz naczyń głowy i szyi (angio-MR głowy, angio-TK szyi), ocenę gospodarki hormonalnej oraz monitorowanie EKG metodą Holtera, echokardiografię i test wysiłkowy. Wykonane badania nie wykazały nieprawidłowości, co pozwoliło na wykluczenie wtórnych przyczyn objawów i rozpoznanie pierwotnego wysiłkowego bólu głowy. Zastosowano profilaktykę opartą na redukcji intensywności wysiłku fizycznego oraz doraźnym przyjmowaniu indometacyny lub naproksenu przed planowaną aktywnością, co pozwoliło uzyskać ustąpienie objawów.

W przypadku bólu głowy o nowym charakterze, pojawiającego się w związku z wysiłkiem fizycznym, szczególne znaczenie ma wykluczenie wtórnych, potencjalnie zagrażających życiu przyczyn. W diagnostyce różnicowej uwzględnić należy m.in. krwawienia wewnątrzczaszkowe, zakrzepicę zatok żylnych mózgowia, rozwarstwienie tętnic dogłowych, patologie tylnego dołu czaszki, zespół odwracalnego skurczu naczyń mózgowych, a także ból głowy pochodzenia sercowego.



 **“Burza”, która nie ustaje - piorunujący przebieg sarkoidozy serca zakończony transplantacją.”**

Barbara Bilnik, Małgorzata Stanios, Katarzyna Zoła, Karolina Radek

Opiekunowie: dr hab. Robert Zymliński, dr Piotr Gajewski

Sarkoidoza jest układową chorobą zapalną o nieznannej etiologii, charakteryzującą się obecnością nieserowaciejących ziarniniaków w zajętych narządach. Najczęściej obejmuje płuca i węzły chłonne wnek, jednak zajęcie serca, choć rzadsze, wiąże się z gorszym rokowaniem. Sarkoidoza serca może prowadzić do zaburzeń przewodzenia przedsionkowo-komorowego, groźnych arytmii komorowych, postępującej dysfunkcji skurczowej lewej komory oraz nagłego zgonu sercowego. Obraz kliniczny bywa nieswoisty, a rozpoznanie wymaga diagnostyki z wykorzystaniem CMR i PET oraz potwierdzenia histopatologicznego w biopsji endomiokardialnej.

45-letni mężczyzna został przyjęty do ICHS po pozaszpitalnym NZK w mechanizmie defibrylacyjnym, powikłanym wstrząsem kardiogenym wymagającym czasowego mechanicznego wspomagania krążenia. W koronarografii nie stwierdzono istotnych zwężeń tętnic wieńcowych. Na podstawie badań obrazowych i biopsji rozpoznano sarkoidozę serca z zajęciem węzłów chłonnych śródpiersia. Włączono leczenie prednizonem, następnie metotreksatem oraz wszczepiono kardiowerter-defibrylator w prewencji wtórnej.

W kolejnych miesiącach obserwowano progresję kardiomiopatii pozapalnej (LVEF ~30%, LVEDD 77 mm) oraz nawracające burze elektryczne z epizodami VT/VF mimo optymalnej terapii niewydolności serca i leczenia antyarytmicznego. Próba ablacji podłoża arytmii komorowej okazała się nieskuteczna. Utrzymujące się arytmie i postępująca niewydolność serca stanowiły wskazanie do terapii zaawansowanej. Pacjenta zakwalifikowano do transplantacji serca, którą wykonano jako leczenie docelowe.

Przypadek ilustruje agresywny przebieg sarkoidozy serca z dominującymi arytmiami i postępującą niewydolnością serca. Pomimo wczesnego rozpoznania i leczenia choroba może prowadzić do krańcowej niewydolności wymagającej transplantacji. Schorzenie to wymaga wczesnej identyfikacji pacjentów wysokiego ryzyka, leczenia w ośrodkach referencyjnych oraz ścisłego monitorowania.



“Co kryje MOH? Historia pacjentki nadużywającej leków przeciwbólowych.”

Hanna Małysek, Alicja Łyczkowska, Anna Putyrska

Opiekunowie: lek. Karol Marschollek, dr n. med. Marta Nowakowska-Kotas

Ból głowy związany z nadużywaniem leków (MOH, medication overuse headache) jest wtórnym zespołem bólowym rozwijającym się u pacjentów chorujących na pierwotne bóle głowy - najczęściej migrenę lub ból głowy typu napięciowego. Zaburzenie to może dotyczyć 1-2% populacji, a jego patomechanizm związany jest z dysfunkcją centralnych szlaków nocyceptywnych. Kryteria diagnostyczne MOH obejmują występowanie bólu głowy przez co najmniej 15 dni w miesiącu, z jednoczesnym nadużywaniem leków przeciwbólowych przez okres ponad 3 miesięcy.

Przedstawiono przypadek 31-letniej pacjentki, chorującej od 15 roku życia na migrenę bez aury. Po niemal 10 latach doszło do rozwoju migreny przewlekłej oraz MOH. Doraźne stosowanie dużych dawek niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) nie przynosiło zadowalającego efektu przeciwbólowego, a podejmowane próby leczenia profilaktycznego migreny okazały się nieskuteczne. Z uwagi na rozpoznanie MOH, u pacjentki zastosowano prednizon oraz podjęto próbę odstawienia leczenia doraźnego, uzyskując istotne zmniejszenie częstotliwości napadów bólu głowy. W kolejnych miesiącach wystąpiły objawy ze strony narządu ruchu (bóle wielostawowe, obrzęki rąk i stóp) - po przeprowadzeniu diagnostyki reumatologicznej rozpoznano łuszczycowe zapalenie stawów i wdrożono leczenie, pacjentka wróciła również do regularnego stosowania NLPZ. Podczas dalszej obserwacji obserwowano nawrót codziennego bólu głowy; chora została zakwalifikowana do terapii fremanezumabem w ramach programu leczenia migreny przewlekłej. MOH stanowi częste powikłanie u chorych z pierwotnymi bólami głowy i może być błędnie interpretowany jako progresja choroby podstawowej. W jego zapobieganiu istotne znaczenie mają edukacja pacjentów oraz wczesne wdrożenie skutecznej profilaktyki. Opisany przypadek pokazuje, że przewlekłe stosowanie leków przeciwbólowych może maskować objawy chorób współistniejących i opóźnić ustalenie właściwego rozpoznania.





“Kiedy mózg łamie serce. Neurokardiologiczne mechanizmy kardiomiopatii takotsubo.”

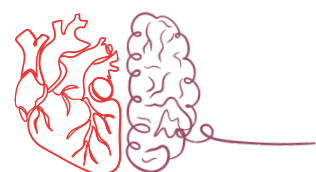
Natalia Suchecka, Agnieszka Kowalik, Patrycja Paszenda,

Opiekun: dr n. med. Piotr Gajewski, Instytut Chorób Serca we Wrocławiu

Kardiomiopatia takotsubo (TTS), nazywana zespołem „złamanego serca”, jest ostrą, zwykle odwracalną dysfunkcją lewej komory serca, która klinicznie przypomina ostry zespół wieńcowy mimo braku istotnych zwężeń w tętnicach wieńcowych. Choroba ta stanowi przykład silnego powiązania między emocjami, stresem a funkcjonowaniem układu sercowo-naczyniowego. Coraz więcej badań wskazuje, że TTS nie jest wyłącznie schorzeniem kardiologicznym, lecz manifestacją zaburzeń w obrębie osi mózg - serce. Szczególną rolę przypisuje się strukturom mózgu odpowiedzialnym za przetwarzanie emocji i regulację autonomiczną. Ich nadmierna aktywacja w odpowiedzi na stres może inicjować gwałtowny wyrzut katecholamin, prowadzący do przejściowej dysfunkcji mięśnia sercowego.

Celem pracy jest przedstawienie stanu wiedzy na temat neurokardiologicznych mechanizmów TTS oraz podkreślenie roli mózgu jako potencjalnego inicjatora zmian sercowych. Znaczenie ma centralna sieć autonomiczna, stres emocjonalny oraz wyniki badań neuroobrazowych sugerujące, że mózg pacjentów z TTS może wykazywać odmienną reaktywność na bodźce stresowe.

Przeprowadzono przegląd literatury naukowej dostępnej w bazach PubMed i Scopus. Analizie poddano artykuły oryginalne oraz prace przeglądowe dotyczące patofizjologii TTS, z uwzględnieniem badań neuroobrazowych oraz klinicznych oceniających funkcjonowanie osi mózg - serce i autonomicznego układu nerwowego. TTS jest przykładem zaburzenia na styku neurologii, psychiatrii i kardiologii. Aktualne dane sugerują, że zwiększona reaktywność struktur limbicznych oraz dysregulacja autonomiczna mogą predysponować do nadmiernej odpowiedzi stresowej prowadzącej do przejściowego uszkodzenia mięśnia sercowego. Zrozumienie mechanizmów osi mózg - serce może nie tylko wyjaśnić patogenezę TTS, lecz także otworzyć nowe perspektywy diagnostyczno-terapeutyczne, podkreślając, że w pewnych sytuacjach to mózg, a nie serce, jest pierwszym ogniwem choroby.



“Statyny - przyjaciel czy wróg neurologa? Wpływ statyn na rozwój i przebieg demencji”

Marta Koźminczuk, Julia Kostrzewa, Aliaksandra Liubchuk, Aleksandra Skiba, Monika Woźny

Opiekun: dr n. med. Marta Nowakowska-Kotas


Według Światowej Organizacji Zdrowia co roku odnotowuje się blisko 10 milionów nowych przypadków demencji. Otepienie objawia się zaburzeniami pamięci, spowolnieniem myślenia i może wynikać z wielu schorzeń. Największą grupę pacjentów z demencją stanowią osoby po 85. roku życia, często obciążone chorobami współistniejącymi i stosujące liczne leki, m.in. statyny. Statyny to inhibitory reduktazy HMG-CoA, stosowane w leczeniu hipercholesterolemii. Wykazują działanie plejotropowe, a ich wpływ na rozwój i przebieg otępienia jest przedmiotem wielu badań.

Celem pracy jest przegląd badań dotyczących wpływu statyn na rozwój i przebieg demencji.

Przeprowadzono analizę anglojęzycznych artykułów z lat 2021–2026 wyszukanych w bazach Embase, EBSCOhost i Web of Science z użyciem słów statin, statins i dementia. Po selekcji uwzględniono 44 artykuły.

Wpływ statyn na ryzyko rozwoju demencji oraz jej przebieg jest złożony i zależy od kontekstu klinicznego. W badaniach oceniających ryzyko wystąpienia demencji u osób bez rozpoznanych zaburzeń najczęściej raportowano brak wpływu statyn (50% badań). Część badań wskazywała na działanie protekcyjne (38,5% badań), szczególnie przy stosowaniu wyższych dawek statyn. W badaniach na chorych z rozpoznaną demencją statyny najczęściej wpływały ochronnie (50% badań) lub nie wpływały (16,7% badań) na przebieg zaburzeń poznawczych. Sugeruje to, że statyny częściej stabilizują przebieg choroby u osób z demencją niż zapobiegają jej rozwojowi. Część badań wykazała niejednorodność efektów, co może wynikać z różnic w typie demencji, rodzaju i dawce statyny oraz genotypu pacjenta. Dane wskazują, że w populacjach wysokiego ryzyka, np. po udarze, statyny zmniejszają ryzyko rozwoju demencji. W praktyce klinicznej statyny pozostają istotnym elementem terapii, jednak ich stosowanie powinno być zindywidualizowane z uwzględnieniem profilu pacjenta oraz bilansu korzyści i ryzyka.





„Obturacyjny bezdech senny – pomijany element diagnostyki pacjenta kardiologicznego”

Zofia Konieczna, Magdalena Kuchta

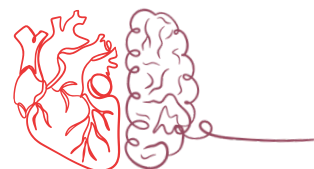
Opiekunowie: dr hab. Robert Zymliński, dr Piotr Gajewski

Obturacyjny bezdech senny (OSA) jest powszechnie pomijanym czynnikiem w diagnostyce pacjentów kardiologicznych, mimo wysokiej prevalencji w grupach wysokiego ryzyka tj. wśród chorych na nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca czy migotanie przedsionków. Metaanalizy i przeglądy systematyczne potwierdzają silne powiązania OSA z powikłaniami sercowo-naczyniowymi, za pośrednictwem mechanizmów takich jak hipoksja, stres oksydacyjny, dysfunkcja śródbłonna i aktywacja układu współczulnego.

Cel pracy: Celem niniejszej pracy jest analiza współwystępowania OSA z chorobami sercowo-naczyniowymi. Wskazanie metod diagnostycznych, występujących luk oraz podkreślenie roli wczesnego screeningu OSA, aby poprawić wykrywalność i rokowanie w populacji kardiologicznej.

Materiały i metody: Przeprowadzono narracyjny przegląd 17 kluczowych publikacji z PubMed, Google Scholar oraz Web of Science. Na podstawie wybranych artykułów przeglądowych, metaanaliz i badań prospektywnych kohortowych (lata 2008–2026), z oceną ich czułości, swoistości i dostępności klinicznej oraz implikacji dla praktyki kardiologicznej. Wybrano anglojęzyczne prace - synteza oparta na GRADE dla oceny jakości dowodów.

Wnioski: OSA pozostaje niedodiagnozowana u pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi lub osób zagrożonych tymi chorobami. Zalecana jest ocena objawów oraz wdrożenie kwestionariuszy przesiewowych (m.in. STOP-BANG, Epworth). Domowe testy HSAT i oksymetria są pomocne w procesie diagnostycznym i stratyfikacji ryzyka sercowo-naczyniowego. Polisomnografia laboratoryjna (PSG) pozostaje złotym standardem diagnostyki zapewniającym pełną ocenę AHI i bezdechów centralnych. Kompleksowe podejście oraz włączenie badań w kierunku OSA w procesie diagnostycznym u pacjentów kardiologicznych pozwoli na szybszą diagnozę i leczenie.





“Stroke-heart syndrome: mechanizmy i znaczenie kliniczne osi mózg-serce po udarze.”

Kinga Struś, Nina Szocik, Julia Naskrent, Szymon Piotrowski, Wiktoria Czop

Opiekun: dr n. med. Marta Nowakowska-Kotas

Wstęp: Zespół sercowo-mózgowy (stroke-heart syndrome, SHS) definiuje się jako spektrum zaburzeń kardiologicznych wtórnych do ostrego uszkodzenia mózgu, zwłaszcza udaru niedokrwienego, wynikających z dysregulacji układu autonomicznego, immunologicznego i osi mózg-serce.

Cel pracy: Celem pracy było usystematyzowanie aktualnych danych dotyczących częstości występowania nowo rozpoznanych powikłań sercowo-naczyniowych po udarze oraz analiza ich wpływu na 5-letnie rokowanie, w tym ryzyko poważnych niepożądanych zdarzeń sercowych (MACE), nawrotu udaru oraz śmiertelności krótkoterminowej (7-dniowej) i długoterminowej (5-letniej). Ponadto zidentyfikowano główne patomechanizmy i czynniki ryzyka rozwoju SHS, aby podkreślić rolę osi mózg-serce po udarze.

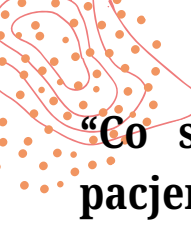
Materiał i metody: Przeprowadzono systematyczny przegląd literatury dotyczący SHS z wykorzystaniem internetowych baz danych. Do analizy zakwalifikowano prace z udziałem ludzi, opublikowane w języku angielskim w latach 2021-2026, stanowiące oryginalne badania naukowe. Nie wprowadzono ograniczeń dotyczących pochodzenia, wieku, płci ani rasy pacjentów. Wnioski: Powikłania kardiologiczne po udarze dotyczą około 20% pacjentów, najczęściej w 3.-5. dobie od zdarzenia. Ostre uszkodzenie kardiomiocytów ze wzrostem troponin (cTnI, cTnT) obserwuje się nawet u 42% chorych, co istotnie wpływa na śmiertelność i pogarsza 5-letnie rokowanie w zakresie MACE.

Nielakunarny udar krążenia tylnego zwiększa ryzyko powikłań kardiologicznych. Ponadto udary nawrotowe, których doświadczyło ponad 50% pacjentów, wiążą się z wyższą śmiertelnością wewnątrzszpitalną.

Głównymi czynnikami ryzyka SHS, w tym niewydolności serca wynikającej z niedokrwienia, są: wiek ≥ 80 lat (ponad 4-krotny wzrost ryzyka), płeć żeńska, rodzaj i lokalizacja udaru, migotanie przedsionków, POChP, cukrzyca, przewlekła choroba nerek, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu i otyłość.

Złożony profil kliniczny pacjentów poudarowych uzasadnia różnicowanie zaburzeń serca w kierunku SHS.





“Co serce epileptyka o pacjencie powie – zdrowie kardiologiczne pacjentów z padaczką”

Agata Daraż, Wiktor Czop, Nowak Pola, Ziętek Patryk, Karbownik Ola

Opiekun: dr n. med. Marta Nowakowska-Kotas

Padaczka, choroba wynikająca z patologicznej aktywności mózgu, okazuje się należeć do jednej z tych chorób, w których zajęty jest szereg innych narządów ciała, wpływając na układ pokarmowy, oddechowy, układ ruchu oraz serce. Ryzyko zaburzeń pracy serca pod postacią arytmii u osób chorych na padaczkę jest o 30-40% większe względem populacji ogólnej, czyniąc je istotnym klinicznie problemem wielu pacjentów. Przyczyn tych zaburzeń upatruje się w nieprawidłowej aktywności obszarów mózgu odpowiedzialnych za układ autonomiczny. Nie bez znaczenia pozostają także leki przeciwpadaczkowe.

Celem naszej pracy jest przeanalizowanie związku pomiędzy padaczką a zaburzeniami rytmu serca, ze szczególnym uwzględnieniem relacji tych zaburzeń ze zjawiskiem SUDEP (Sudden Unexpected Death in Epilepsy), czyli nagłych zgonów występujących w padaczce. Praca ma charakter przeglądu literatury. Dokonano analizy 20 publikacji z lat 2015-2025, obejmujących badania oryginalne oraz metaanalizy. Wykorzystano w tym celu bazy Pubmed, ScienceDirect oraz Google Scholar. Strategia wyszukiwania obejmowała następujące słowa: SUDEP, epilepsy, cardiac arrhythmia, antiseizure medications.

W przypadku arytmii najsilniejszymi predyktorami SUDEP jest wskaźnik QTD, który wykazuje istotną korelację z ryzykiem SUDEP ocenianym w skali SUDEP-7 ($r^2 = 0,44$, $p < 0,0001$) oraz niski wskaźnik HRV. Mniejsze znaczenie w ocenie ryzyka mają także wydłużony QTc, jak i interwał Tpe. Połączenie tych parametrów z wydłużoną latencją w teście reakcji współczulno-skrónej (SSR) wskazuje na postępującą dysautonomię i przebudowę serca u epileptyków. Istotne w prewencji nagłych zgonów sercowych jest zatem monitorowanie kardiologiczne pacjentów w połączeniu z dążeniem do optymalnej kontroli napadów. Wzrasta znaczenie współpracy interdyscyplinarnej w leczeniu pacjentów z padaczką.



“Wpływ postępowania nefarmakologicznego na hipotonie ortostatyczną.”

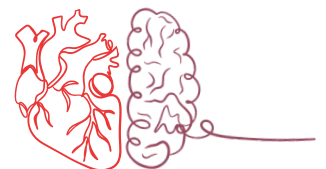
Katarzyna Wersta, Małgorzata Makiela, Daria Sabat, Karol Waclawski, Jakub Szczepaniak

Opiekun: dr Marta Nowakowska-Kotas

Hipotonia ortostatyczna (HO) to zaburzenie fizjologicznej reakcji organizmu na pionizację, definiowane jako spadek ciśnienia skurczowego o >20 mmHg lub rozkurczowego o >10 mmHg po trzech minutach od wstania. Wiąże się ze zwiększonym ryzykiem omdleń, upadków, złamań, schorzeń sercowo-naczyniowych i zgonu. Może mieć podłoże neurogenne lub wynikać z hipowolemii, polipragmazji lub niewydolności serca. Farmakologiczne leczenie HO komplikuje współwystępowanie w wielu przypadkach nadciśnienia w pozycji leżącej, z tego powodu wskazuje się na coraz większe znaczenie postępowania nefarmakologicznego.

Zbadanie wpływu postępowania nefarmakologicznego na nasilenie HO. Analizę oparto na publikacjach z lat 2018-2022, oceniających wpływ leczenia nefarmakologicznego na poprawę jakości życia pacjentów z HO. Korzystano z baz PubMed oraz APS.

Badania wykazują, że postępowanie nefarmakologiczne jest kluczowe w kontrolowaniu HO. Manewry fizyczne, jak krzyżowanie nóg, kucanie i zaciskanie pośladków, zmniejszają gromadzenie się krwi w naczyniach żylnych kończyn dolnych, przeciwdziałając spadkom BP. Wykonywane od razu po wystąpieniu objawów skracają epizod HO. Mogą stanowić skuteczne metody prewencyjne. Spożycie 2–2,5 L wody dziennie poprawia ciśnienie. Doraźne wypicie 500 mL wody powoduje wzrost BP w ciągu 5–10 minut, trwający 30–45 minut. Suplementacja soli 4–10 g/dzień zwiększa objętość osocza, poprawia tolerancję ortostatyczną i wrażliwość baroreceptorów. Monitorowanie wydalania sodu (>100 mEq/24 h) oraz masy ciała pozwala na bezpieczne wdrożenie interwencji. Unikanie diuretyków oraz napojów słodzonych wspiera objętość krwi krążącej. Podstawą jest edukacja pacjenta. Pozwala unikać czynników nasilających, zmniejszając ryzyko wystąpienia epizodu, a w razie objawów umożliwia wczesną reakcję. Materiały powinny być zrozumiałe. Istotne jest indywidualne podejście do pacjenta, uwzględniające jego potrzeby i możliwości. Warto zwrócić uwagę na przyjmowane leki i ich działania niepożądane.



“Choroba Alzheimera czy otępienie z ciałami Lewy’ego - czy kardiolog może wziąć udział w diagnostyce różnicowej?”

Wiktor Ołdak, Mikołaj Sobczak, Milena Michalak, Bartłomiej Błażniak, Weronika Pisarska

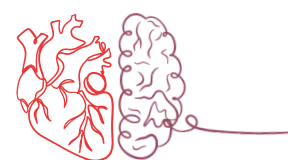
Opiekun: dr n. med. Marta Nowakowska Kotas

Otępienie z ciałami Lewy’ego (DLB) i choroba Alzheimera (AD) to jedne z najczęstszych schorzeń neurodegeneracyjnych, których różnicowanie na wczesnym etapie stanowi istotne wyzwanie kliniczne. Ze względu na podobieństwo objawów szacuje się, że nawet 50% pacjentów z DLB jest błędnie diagnozowanych jako przypadki AD. W ostatnich latach uwagę ekspertów zwróciła dysfunkcja autonomiczna występująca w przebiegu DLB, w tym uszkodzenie współczulnego unerwienia serca. Znaczenie tego zjawiska potwierdzono w aktualizacji kryteriów diagnostycznych z 2017 roku, w której scyntyografię mięśnia sercowego ¹²³I-MIBG uznano za biomarker DLB. Dodatkowo coraz częściej podkreśla się wartość powszechnie dostępnych parametrów kardiologicznych, które stają się obiecującym elementem trafnej diagnostyki różnicowej obu schorzeń.

Cel: Przegląd i podsumowanie aktualnych dowodów na potencjał diagnostyczny wybranych markerów kardiologicznych w różnicowaniu AD i DLB.

Materiały i metody: Przeprowadzono przegląd literatury dostępnej w bazach PubMed, Google Scholar oraz ResearchGate, łączącej wybrane parametry sercowo-naczyniowe z AD i DLB. Do ostatecznej analizy włączono anglojęzyczne badania przekrojowe, retrospektywne i kliniczno - kontrolne oraz przeglądy systematyczne i metaanalizy, opublikowane w latach 2016–2026

Zaburzenia autonomicznego unerwienia serca w przebiegu DLB stanowią obiecujący element diagnostyki różnicowej z AD. Aktualne badania wskazują, że ich znaczenie kliniczne nie ogranicza się wyłącznie do scyntygrafii ¹²³I-MIBG. Standardowe narzędzia kardiologiczne, takie jak elektrokardiogram (EKG), ocena zmienności rytmu serca (HRV) czy testy ortostatyczne, również pozwalają na wykazanie istotnych różnic między obiema jednostkami chorobowymi. Właściwa interpretacja wspomnianych parametrów przez kardiologa może stanowić cenne wsparcie ułatwiające trafne odróżnienie DLB od AD, nawet we wczesnym stadium choroby. Rutynowe wdrożenie tych markerów wymaga jednak dalszych badań.



“Zaburzenia funkcji poznawczych przy zwężeniu tętnicy szyjnej - czy stentowanie może pomóc?”

Wiktor Nowakowska, Parasiewicz Alicja, Zoła Katarzyna, Pałuk Katarzyna

Opiekun: dr n. med. Marta Nowakowska-Kotas

Istotne hemodynamicznie zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej może prowadzić do hipoperfuzji mózgu, skutkującej przewlekłymi zmianami niedokrwiennymi lub udarem niedokrwiennym. W niektórych przypadkach niedokrwienie to pozostaje jednak klinicznie bezobjawowe, a w dłuższej perspektywie prowadzi do rozwoju deficytów poznawczych. Jedną z metod udroźnienia tętnic szyjnych jest ich stentowanie (CAS), do czego wskazania istnieją w przypadkach zwężeń objawowych (stwierdzanych jeśli w ciągu ostatnich 6 miesięcy wystąpiły przejściowe lub trwałe objawy niedokrwienia mózgu) i w niektórych przypadkach bezobjawowych, jednak izolowane zaburzenia funkcji poznawczych nie stanowią wskazania do wykonania zabiegu.

Celem niniejszego przeglądu jest określenie występowania zaburzeń funkcji poznawczych w bezobjawowym i objawowym zwężeniu tętnic szyjnych, a także potencjalnego wpływu CAS na te funkcje. Dokonano przeglądu literatury dostępnej w bazach danych dotyczącej wpływu CAS na funkcje poznawcze.

Odsetek pacjentów ze zwężeniem tętnic szyjnych wykazujących zaburzenia funkcji poznawczych wynosił od 40% do nawet 100%. Stopień zwężenia tętnic szyjnych, wiek oraz liczba lat edukacji korelowały z częstością występowania wspomnianych zaburzeń, nie zauważono jednak istotnych różnic w ich występowaniu między pacjentami z objawowym i bezobjawowym zwężeniem tętnic. W ciągu 6 miesięcy po CAS obserwowano poprawę funkcji poznawczych, bezpośrednio związaną z przeprowadzonym zabiegiem udrażniającym, jednak oczekiwana poprawa była tym mniejsza, im starszy był pacjent poddany zabiegowi. U pacjentów ze zwężeniem tętnic szyjnych należy dążyć do szybkiego wykrywania zaburzeń poznawczych w celu zapobiegania pogorszeniu jakości życia oraz samodzielności pacjentów. CAS wykazuje obiecujący potencjał w spowalnianiu progresji tych zaburzeń, a także w poprawie funkcji poznawczych, co ma szczególne znaczenie w coraz bardziej starzejącym się społeczeństwie.



“Funkcje poznawcze pacjentów z migotaniem przedsionków - czy arytmia przyczynia się do demencji?”

Karolina Sagan, Emilia Kwiatkowska, Dawid Konieczko, Franciszek Stęga, Małgorzata Makiela

Opiekun: dr n. med. Marta Nowakowska-Kotas

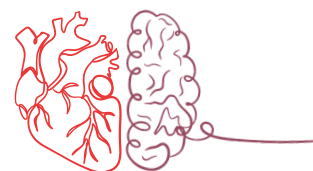
Migotanie przedsionków (AF) jest najczęściej występującą arytmia serca, która w tradycyjnym ujęciu klinicznym kojarzona jest głównie z ryzykiem powikłań zatorowo-zakrzepowych, w tym udarem niedokrwiennym mózgu. Jednak w ostatnich latach coraz więcej dowodów naukowych wskazuje, że AF stanowi silny i niezależny czynnik rozwoju zaburzeń poznawczych oraz demencji, nawet u pacjentów, u których nie doszło do jawnego incydentu mózgowo-naczyniowego.

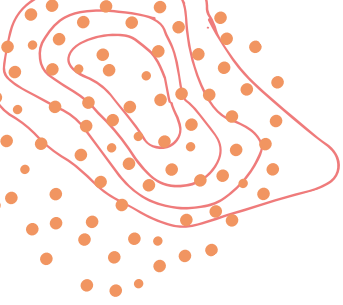
Celem badania jest określenie wpływu AF na funkcje poznawcze oraz rozwój chorób otępiennych m.in. demencji.

Przeprowadzono przegląd baz danych: Scopus, Google Scholar, PubMed oraz Web of Science przy użyciu słów kluczy: arrhythmia, dementia, cognitive impairment i atrial fibrillation. Po zastosowaniu kryteriów włączenia i wyłączenia użyto 77 badań. Analizowano badania oryginalne, przeglądy systematyczne i metaanalizy z lat 2020–2026 w języku angielskim.

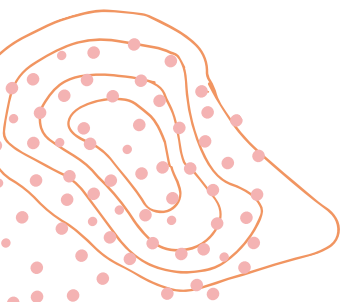
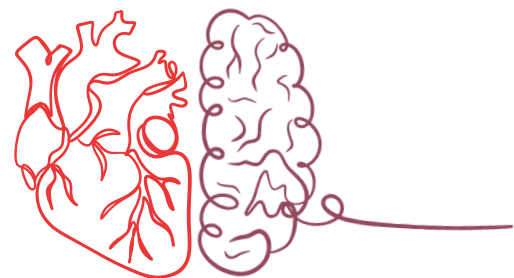
Migotanie przedsionków jest silnym, niezależnym czynnikiem ryzyka demencji oraz zaburzeń poznawczych. Obraz kliniczny u pacjentów z migotaniem charakteryzuje się przede wszystkim istotnym spowolnieniem przetwarzania informacji oraz wyraźnymi deficytami w zakresie funkcji wykonawczych, uwagi i rozumowania. U wielu chorych, obserwuje się obniżone wyniki w ogólnych testach przesiewowych, takich jak skala MMSE, Skala DASC-21 i Test Podstawiania Symboli Cyfr, a także specyficzne trudności w zadaniach związanych z pamięcią i uczeniem się. Negatywny wpływ AF na mózg wynika z przewlekłej hipoperfuzji, nawracających mikrozatorów, przewlekłego stanu zapalnego, których następstwem są zmiany strukturalne istoty szarej oraz białej. Wczesna identyfikacja subklinicznych zmian neurodegeneracyjnych oraz zrozumienie złożonych patomechanizmów, takich jak nieme klinicznie zawały mózgu czy przewlekła hipoperfuzja, są kluczowe dla

wdrożenia spersonalizowanych strategii cytoprotekcyjnych, które skutecznie chronią rezerwę neuronalną pacjentów z AF przed rozwojem pełnoobjawowej demencji.





Panel psychiatryczno seksuologiczny





“Mapa życia seksualnego młodych dorosłych – zachowania, preferencje i ich konsekwencje”

Olivier Połeć, Barbara Czajkowska, Jagoda Toborek, Aleksandra Guzowska

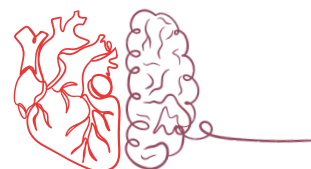
Opiekun: prof. dr hab. n. med. Krzysztof Nowosielski

Zdrowie seksualne młodych dorosłych stanowi istotny element zdrowia publicznego, obejmujący aspekty fizyczne, psychiczne i społeczne funkcjonowania jednostki. Okres młodej dorosłości wiąże się z intensywnym kształtowaniem tożsamości seksualnej oraz podejmowaniem pierwszych doświadczeń seksualnych, które mogą wpływać na zdrowie reprodukcyjne i jakość życia w późniejszym okresie. W tym czasie utrwalają się również wzorce zachowań seksualnych, na które oddziałują czynniki społeczne, kulturowe oraz psychologiczne.

Celem pracy było zbadanie zależności pomiędzy wiekiem inicjacji seksualnej a płcią i orientacją seksualną oraz ocena związku pomiędzy jakością życia seksualnego a częstością aktywności seksualnej, liczbą partnerów, częstością masturbacji i korzystaniem z treści pornograficznych.

Badanie przeprowadzono w formie anonimowej ankiety internetowej (Google Forms). Kwestionariusz obejmował dane socjodemograficzne, aktywność seksualną oraz jakość życia seksualnego. Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem testów nieparametrycznych: Kruskalla–Wallisa z testem post hoc Dunna oraz korelacji rang Spearmana przy poziomie istotności statystycznej $\alpha = 0,05$.

W badaniu uczestniczyło 768 osób. Najczęściej deklarowaną orientacją była heteroseksualna (65,5%), następnie biseksualna (22,8%) i homoseksualna (8,3%). Najczęstszą formą aktywności seksualnej był seks oralny (28,2%), następnie waginalny (27,0%) oraz wzajemna masturbacja (23,3%). Mężczyźni mieli istotnie wyższy wiek inicjacji seksualnej niż kobiety i osoby niebinarne, natomiast osoby biseksualne rozpoczynały życie seksualne wcześniej. Nie wykazano istotnych zależności między liczbą partnerów ani częstością masturbacji a jakością życia seksualnego. Jakość życia seksualnego wzrastała do około 3 stosunków miesięcznie, po czym ulegała stabilizacji, a przy wyższej częstości obserwowano jej spadek.



“Stosowanie substancji psychoaktywnych w środowisku medycznym.”

Aleksandra Dudyk, Julia Aftowicz, Katarzyna Basińska, Sophie Klachatz, Wiktoriana Krawiec

Opiekun: prof. Katarzyna Neubauer, lek. Małgorzata Bąkowska

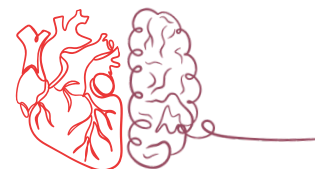
Pracownicy ochrony zdrowia są rutynowo narażeni na długie godziny pracy i presję emocjonalną, co może wpływać na ich zachowania związane ze zdrowiem, w tym aktywność fizyczną i używanie substancji psychoaktywnych.

Celem badania było zebranie danych na temat aktywności fizycznej i stosowania używek wśród studentów medycyny i lekarzy oraz zidentyfikowanie potencjalnych korelacji między obciążeniem pracą, stresem akademickim lub zawodowym, zaangażowaniem w wykonywanie zawodu lekarza a zachowaniami związanymi ze zdrowiem.

Ankieta składała się z 37 pytań. Została przygotowana w dwóch wersjach językowych: polskiej i angielskiej. Kwestionariusz był skierowany do studentów medycyny, rezydentów i lekarzy wszystkich specjalizacji, niezależnie od stażu pracy i płci. Część pytań zostało opartych na podstawie kwestionariuszy AUDIT i Fagerströma.

W badaniu wzięły udział łącznie 942 osoby. Spośród wszystkich respondentów aż 24,1% zgłosiło odczuwanie silnej presji, aby być doskonałym w swoim zawodzie, natomiast 40,6% stwierdziło, że odczuwa tę presję w pewnym stopniu. Wyniki ankiety wskazują, że największą przeszkodą w uprawianiu aktywności fizycznej przez badanych były ograniczenia czasowe. Spośród ocenianych substancji najczęściej spożywaną był alkohol (76,5%), a główną przyczyną jego picia były powody towarzyskie (87,5%). Z kolei 28,0% uczestników przyznało się do używania produktów zawierających nikotynę. Ankietowani wskazali, że spożywali tę substancję głównie w celu złagodzenia stresu albo jako integralny element swojej codziennej rutyny. Marihuana okazała się najrzadziej używaną substancją, a jedynie 20,1% respondentów wskazało na jej stosowanie.

Badanie pokazuje, że większość uczestników odczuwa silną presję bycia idealnym i wielu z nich rezygnuje z regularnej aktywności fizycznej oraz sięga po substancje psychoaktywne w odpowiedzi na chroniczny stres. Takie tendencje mogą negatywnie wpływać na samopoczucie, zdrowie psychiczne i długoterminowe funkcjonowanie zawodowe.



“Wpływ chemsexu na jakość stosunku seksualnego”

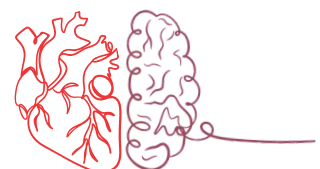
Emilia Kwiatkowska, Martyna Sroka, Ewa Wołoszczak , Marta Kawalek, Karolina Sagan.

Opiekun: dr hab. n. med. Bartłomiej Stańczykiewicz

Chemsex - aktywność seksualna podejmowana pod wpływem środków psychoaktywnych (głównie katynonów, metamfetaminy, GHB/GBL) jest istotnym zagadnieniem zdrowia publicznego i zachowań seksualnych. Użytkownicy dążą do wydłużenia stosunku, wzmocnienia doznań i redukcji zahamowań. Zrozumienie wpływu tego zjawiska na satysfakcję seksualną i dobrostan, jest kluczowe dla tworzenia skutecznych programów redukcji szkód i wsparcia psychologicznego.

W badaniu (CAWI) wzięło udział 303 osób (głównie 18–26 lat, 75,9%; 157 kobiet, 139 mężczyzn). Większość (69,6%) stanowiły osoby heteroseksualne, a 30,4% nieheteronormatywne. W skali Likerta (1–5) oceniano aktywność seksualną fizjologiczną oraz po substancjach. Przedmiotem analizy porównawczej była satysfakcja, czas trwania stosunku oraz psychosomatyczne następstwa podejmowanych aktywności.

Odnotowano wysoki wskaźnik ogólnego zadowolenia (śr. 4,52) i satysfakcji z wydłużenia aktu (80,2%). Stwierdzono tzw. „paradoks orgazmu”, polegający na spadku łatwości jego osiągnięcia z 60,3% (warunki naturalne) do 45,1% (chemsex). Główną motywacją była redukcja zahamowań (ok. 40% wskazań maksymalnych), przy mniejszym znaczeniu poprawy relacji z partnerem. Mimo że blisko połowa badanych (47,5%) ocenia wpływ zjawiska na jakość życia seksualnego pozytywnie, analiza szczegółowa ujawnia współwystępowanie istotnych negatywnych następstw o charakterze psychosomatycznym. Kluczowe znaczenie ma raportowany spadek nastroju (24,9%), współwystępujący z poczuciem winy (19,5%) oraz obniżonym poczuciem kontroli nad używaniem substancji (19,4%). Wyniki wskazują na ambiwalentny charakter chemsexu - współwystępowanie wysokiej satysfakcji seksualnej z negatywnymi konsekwencjami psychicznymi - co podkreśla konieczność dalszych badań oraz rozwijania ukierunkowanych interwencji z zakresu redukcji szkód.



“Zbyt szybko na treningi? Tachykardia napadowa podczas wysiłku indukowana metylofenidatem.”

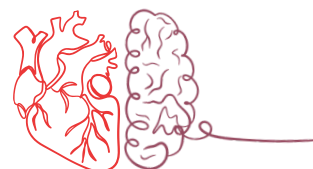
Aleksander Żybura, Dawid Konieczko

Opiekun: lek. Julia Karska

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) to jedno z najczęstszych zaburzeń okresu dzieciństwa, które utrzymuje się w populacji dorosłych w 2,5-3,1%. W farmakoterapii ADHD, najczęściej stosuje się metylofenidat, do którego częstych działań niepożądanych zalicza się m.in. nudności, bóle głowy i zmniejszony apetyt, a także tachykardię. Wymaga to regularnego monitorowania bezpieczeństwa terapii.

Pacjent w wieku 19 lat, z rozpoznaniem ADHD o typie mieszanym, rozpoczął leczenie metylofenidatem o przedłużonym uwalnianiu (Concerta® 18 mg 1×/d rano). Podczas intensywnej aktywności fizycznej zaczął zgłaszać nasilone kołatanie serca, zawroty głowy, duszności i istotne pogorszenie tolerancji wysiłku. W badaniu Holter EKG 24h stwierdzono minimalną częstość rytmu serca 35/min w nocy oraz maksymalną 201/min podczas wysiłku, korelującą z objawami. Postawiono rozpoznanie tachykardii napadowej. Ze względu na dobrą skuteczność leczenia objawów ADHD przy najniższej dawce metylofenidatu, zalecono jego kontynuację oraz włączenie kardioselektywnego β-blokera z wewnętrzną aktywnością sympatykomimetyczną, z uwagi na niską spoczynkową częstość rytmu serca. Wykluczono inne przyczyny tachykardii (badania laboratoryjne oraz obrazowe w normie) oraz wywiad rodzinny w kierunku arytmii. Włączono acebutolol w dawce 200 mg 2×/d. W kontrolnych badaniach Holter EKG 24 h– minimalna częstość rytmu serca wzrosła do 40–45/min, a maksymalna wysiłkowa spadła do 140–160/min. Pacjent powrócił do pierwotnej tolerancji wysiłku i nie zgłasza objawów ubocznych acebutololu (zawroty głowy, omdlenia) po 14 miesiącach leczenia.

U pacjentów z ADHD podejmujących intensywny wysiłek fizyczny działania niepożądane metylofenidatu mogą ujawniać się dopiero w trakcie aktywności. W wybranych przypadkach możliwe jest utrzymanie skutecznej terapii ADHD przy jednoczesnym zastosowaniu β-blokera, pod warunkiem wcześniejszego wykluczenia patologii kardiologicznych oraz innych przyczyn tachykardii.



“Lokalizacja udaru a dysfunkcje seksualne: przegląd systematyczny”

Katarzyna Rojek, Szymon Czerski, Anna Pawluś, Dawid Domasławski, Łukasz Sabik

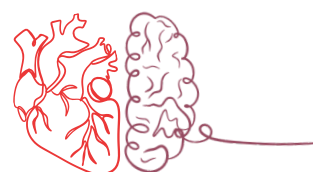
Opiekun: dr hab. n. med. prof. UMW Bartłomiej Stańczykiewicz

Zaburzenia seksualne, a zwłaszcza zaburzenia erekcji (ZE), to powszechne, lecz marginalizowane powikłanie udaru mózgu, dotyczące od 36% do 78% pacjentów. Mimo znaczącego wpływu na jakość życia, mechanizmy neuroanatomiczne leżące u podstaw tych zaburzeń pozostają nie w pełni wyjaśnione i mogą być modulowane przez czynniki psychiczne, farmakologiczne oraz somatyczne.

Ocena zależności między lokalizacją udaru a rodzajem i częstotliwością występowania zaburzeń seksualnych.

Przegląd przeprowadzono zgodnie z deklaracją PRISMA 2020. Prace zostały wyszukane za pomocą baz danych: PubMed, Web of Science, Scopus i Cochrane. Użyto słów kluczy: stroke oraz sexual dysfunction. Do przeglądu włączono prace oryginalne, z lat 2006-2026, uwzględniające dorosłe osoby po przebytych udarach potwierdzonym neuroobrazowaniem. Z 364 rekordów włączono 11 badań pierwotnych. Ryzyko błędów systematycznych oceniono za pomocą narzędzia JBI Critical Appraisal Tool.

W analizowanych badaniach dominowali mężczyźni (91%) w wieku ok. 60 lat, co ogranicza możliwość uogólnienia wyników na kobiety. ZE częściej obserwowano w związku z udarem w obszarze unaczynienia tętnicy środkowej mózgu (79%) oraz udarem w lewej półkuli mózgu (71%). Z ZE wiązano również zmiany w prawej okolicy potyliczno-ciemieniowej, wzgórzu, lewej wyspie i przyległej korze skroniowo-ciemieniowej, a także w okolicy komory bocznej oraz płata czołowego. Wieloogniskowość zmian współistniała z wyższą częstością występowania zaburzeń (77,8%) i większym natężeniem ZE. Pojedyncze badania wiązały lokalizację udaru w zwojach podstawy z obniżeniem popędu seksualnego, a uszkodzenie w obszarze mózdzku z zaburzeniami ejakulacji. Część badań wskazuje na brak jednoznacznej zależności pomiędzy lokalizacją udaru a rodzajem dysfunkcji seksualnej, co może wynikać z heterogeniczności metodologicznej badań oraz czynników zakłócających, takich jak depresja poudarowa lub farmakoterapia. Wskazuje to na konieczność prowadzenia dalszych badań w tym zakresie.



„Jakość życia i funkcjonowanie psychospołeczne w stwardnieniu rozsianym – przegląd narracyjny”

Natalia Kacperek, Oliwia Goch

Opiekun: dr Kacper Packi

Stwardnienie rozsiane (SM) jest przewlekłą chorobą demielinizacyjną ośrodkowego układu nerwowego, prowadzącą do postępującej niepełnosprawności oraz licznych objawów neurologicznych. Choroba istotnie wpływa nie tylko na stan fizyczny pacjentów, ale również na ich funkcjonowanie psychiczne i społeczne, co przekłada się na obniżenie jakości życia.

Celem pracy było przedstawienie czynników wpływających na jakość życia oraz funkcjonowanie psychospołeczne pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Przeprowadzono przegląd narracyjny literatury dostępnej w bazie PubMed, analizując wybrane publikacje dotyczące wpływu czynników klinicznych, psychologicznych oraz społecznych na jakość życia chorych na SM.

Jakość życia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym jest determinowana przez złożoną interakcję czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Do najważniejszych czynników pogarszających funkcjonowanie należą zmęczenie, niepełnosprawność oraz zaburzenia psychiczne, w szczególności depresja i lęk. Istotną rolę odgrywają również zasoby psychologiczne, takie jak poczucie własnej skuteczności, które wpływają na adaptację do choroby i akceptację jej przebiegu. Współczesne podejście do leczenia SM powinno uwzględniać nie tylko aspekty kliniczne, ale także szeroko rozumiane funkcjonowanie psychospołeczne pacjenta.



"Ginekologiczno"-psychiatryczne aspekty seksualności w cieniu technik wspomaganego rozrodu (ART) - aktualny stan wiedzy"

Anastazja Lisek, Maciej Pelc

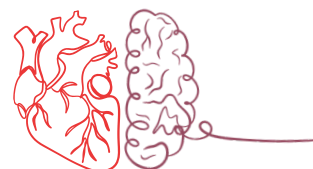
Opiekunowie pracy: dr n. med. Izabela Dymanowska,
dr n. med. i n. o zdr. Ewelina Soroka, Profesor UM

Według raportu WHO niepłodność dotyka nawet do 17,5% osób w wieku rozrodczym, co czyni ją powszechnym problemem współczesnego świata. Proces leczenia z zastosowaniem technik wspomaganego rozrodu (ART) redefiniuje sposób codziennego funkcjonowania pacjentów oraz zaburza ich integralność somatyczną, stabilność psychiczną oraz poddaje opresyjnym oczekiwaniom otoczenia. Poczucie winy i lęk przed niepowodzeniem sprzyjają zaburzeniom psychoseksualnym, a podporządkowanie współżycia celom prokreacyjnym obniża jakość relacji i życia seksualnego.

Cel pracy: Analiza mechanizmów transformacji seksualności prokreacyjnej w model zinstrumentalizowany oraz ocena wpływu terapii z zastosowaniem ART na kondycję psychiczną par oraz ich funkcjonowanie w sferze seksualnej w świetle aktualnych badań mieszanych.

Materiały i metody: Przegląd literatury przeprowadzono zgodnie z modelem SPIDER, wykorzystując logiczne kombinacje słów kluczowych w bazach PubMed, Scopus i Web of Science. Uwzględniono badania interdyscyplinarne oparte na zwalidowanych narzędziach oraz dostępne w wersji pełnotekstowej. Do analizy włączono 26 publikacji z lat 2021-2026.

Leczenie niepłodności wymaga podejścia holistycznego. Dysfunkcje seksualne i objawy psychiatryczne występują częściej w grupie par niepłodnych niż w populacji ogólnej, przy czym aż 9,4% kobiet w trakcie ART zgłasza myśli lub podejmuje próby samobójcze. Depresja jest główną przyczyną rezygnacji z terapii in vitro. Instrumentalizacja współżycia prowadzi do zaburzeń, takich jak sytuacyjna dysfunkcja erekcji u mężczyzn, a u kobiet anorgazmia czy dyspareunia, szczególnie po 5–8 latach starań. Ze względu na barierę wstydu konieczne jest wprowadzenie rutynowych badań przesiewowych w kierunku dysfunkcji seksualnych w klinikach leczenia niepłodności oraz wsparcia psychoterapeutycznego (m.in. terapii par Gottmana, ACT, EFT) uzupełniającego proces leczniczy i chroniącego dobrostan relacji, którego nie zabezpieczają same procedury techniczne.



“Niewydolność serca a życie seksualne - czy LVAD wpływa na jakość życia seksualnego u pacjentów z HF?”

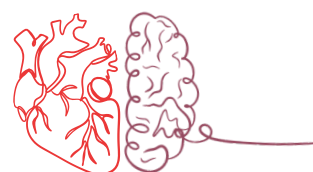
Ines Sawzdargo Katarzyna Wersta, Małgorzata Makiela, Julia Jackowska, Ingrid Sawzdargo,

Opiekun pracy: dr hab. n. med. Bartłomiej Stańczykiewicz, prof. UMW

Niewydolność serca (HF) stanowi znaczący problem zdrowotny w populacji osób dorosłych istotnie wpływając na jakość ich życia. Jednym z istotnych, lecz często pomijanych aspektów jest jakość życia seksualnego pacjentów z HF.

Celem pracy było zbadanie wpływu niewydolności serca oraz zastosowania LVAD na jakość życia seksualnego pacjentów. Analizę oparto na publikacjach oceniających życie seksualne pacjentów z niewydolnością serca oraz po wszczęciu mechanicznego urządzenia wspomagającego lewą komorę (LVAD). Publikacje wyszukano w bazie PubMed, opublikowanych w latach 2019-2024.

Ponad połowa chorych, niezależnie od płci, doświadcza dysfunkcji seksualnych. Zaburzenia są konsekwencją między innymi zmniejszonego rzutu serca i zaburzeń regulacji autonomicznego układu nerwowego. Ponadto stosowana farmakoterapia może powodować działania niepożądane obejmujące pogorszenie funkcjonowania seksualnego. Podkreśla się także znaczenie komponenty psychologicznej; pacjentom z HF towarzyszy istotny poziom lęku przed nadmiernym wysiłkiem w trakcie stosunku, niska samoocena oraz zaburzenia depresyjne, co może prowadzić do zaburzeń erekcji, pożądania, orgazmu oraz spadku satysfakcji ze współżycia. Wspomaganie serca z wykorzystaniem LVAD, pomimo poprawy ogólnej jakości życia, nie prowadzi jednoznacznie do poprawy funkcjonowania seksualnego. Zarówno chorzy, jak i ich partnerzy seksualni zgłaszają spadek jakości życia seksualnego. Pacjenci odczuwają wstyd, utratę atrakcyjności w oczach partnera, obawę przed uszkodzeniem urządzenia oraz dyskomfort związany z obecnością jego elementów zewnętrznych. Wyższy poziom satysfakcji seksualnej odnotowuje się u chorych akceptujących chorobę. W terapii HF istotne jest holistyczne podejście do pacjenta, uwzględniające również opiekę psychoseksualną, co może przyczynić się do poprawy jakości życia seksualnego pacjenta.



“Bóle głowy i ich wpływ na jakość życia seksualnego”

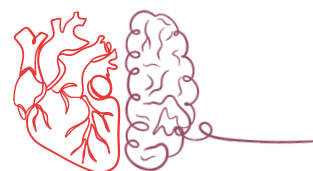
Matylda Mikos, Antonina Trzaskoma, Dawid Konieczko, Aleksander Żybura,
Franciszek Stęga

Opiekun pracy: dr hab. n. med. Bartłomiej Stańczykiewicz, prof. UMW

Przewlekłe występujący ból, w tym bóle głowy, stanowią istotny czynnik obniżający jakość życia. Wśród bólów głowy wyróżnia się m.in. migrenę oraz ból typu napięciowego, a także rzadziej występujący ból głowy związany z aktywnością seksualną (PHASA). Szacuje się, że niemal 40 % populacji doświadcza epizodów bólów głowy, częściej wśród kobiet. Bóle głowy są coraz częściej analizowane jako istotny czynnik wpływający na jakość życia seksualnego.

Celem pracy jest przegląd i synteza aktualnych danych dotyczących wpływu bólów głowy na jakość życia seksualnego. Przeglądu literatury dokonano w oparciu o sześć baz danych: EBSCO-host, Embase, PubMed, Scopus, Google Scholar oraz Web of Science, przy użyciu następujących słów kluczowych: sexual dysfunction, headache oraz migraine. Po zastosowaniu kryteriów włączenia i wyłączenia, do analizy włączono 26 prac badawczych z lat 2020-2026.

Bóle głowy wpływające na jakość życia seksualnego cechują się niejednorodną patogenezą oraz złożoną, nie w pełni poznaną patofizjologią, co wiąże się z różnymi obrazami i rozpoznaniem klinicznymi (m. in. PHASA, migrena). Bóle głowy są związane ze zwiększonym ryzykiem występowania dysfunkcji seksualnych, takich jak zaburzenia pobudzenia seksualnego, pożądania oraz wzwodu. Istnieją czynniki zarówno nasilające, jak i łagodzące objawy (m.in. stosowanie profilaktyki farmakologicznej oraz modyfikacja aktywności seksualnej). Użyte skale standaryzowane (FSFI, IIEF-5, ASEX) wskazywały na obniżenie jakości życia seksualnego u osób, które doświadczają bólów głowy. Dostępne dane dotyczące wpływu leczenia na jakość życia seksualnego są niejednoznaczne. Wyniki dostępnych badań wskazują na istotny negatywny wpływ bólów głowy na jakość życia seksualnego, choć zależność ta może być modulowana przez czynniki psychologiczne, farmakologiczne i ogólnoustrojowe. Potrzebne są dalsze badania interdyscyplinarne w celu dokładnego zbadania mechanizmów łączących bóle głowy i dysfunkcje seksualne, jak również opracowania skutecznych metod leczenia oraz interwencji psychoseksualnych.





“Psychologiczne aspekty endometriozy – przegląd literatury”

Agnieszka Białek

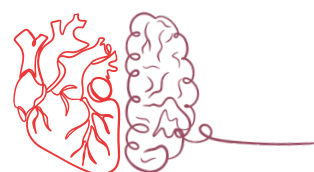
Opiekun: dr n. społ. Mateusz Barłóg

Wstęp: Endometrioza (EM) to wieloczynnikowa choroba przewlekła dotykająca około 190 milionów kobiet na całym świecie. Do jej najistotniejszych objawów należą zaburzenia płodności oraz różnorodne dolegliwości bólowe, a przede wszystkim przewlekły ból miednicy (CPP). Poza cierpieniem fizycznym, pacjentki z EM narażone są również na pogorszenie funkcjonowania psychospołecznego.

Cel pracy: Niniejszy przegląd ma na celu podsumowanie wiedzy obejmującej aspekty psychologiczne endometriozy oraz zwrócenie uwagi na kwestie istotne w kontakcie lekarzy oraz psychologów z kobietami z diagnozą EM.

Metodologia: Praca ma charakter narracyjnego przeglądu piśmiennictwa. Przeszukano bazy Pubmed, Google Scholar, Scopus oraz Embase. Uwzględniono artykuły anglojęzyczne opublikowane od stycznia 2023 r. do kwietnia 2026 roku. Słowa kluczowe, których użyto podczas wyszukiwania to: “endometriosis AND affective disorders”, “endometriosis AND anxiety disorders”, “endometriosis AND depression”, “endometriosis AND chronic pain”. Wyselekcjonowane prace posłużyły do jakościowej, narracyjnej syntezy aktualnych danych.

Wnioski: Związek między EM a funkcjonowaniem psychospołecznym wynika przede wszystkim z doświadczanego przez pacjentki bólu. Wykazano, że CCP przyczynia się do zwiększonego ryzyka wystąpienia depresji i lęku. Dodatkowo, kobiety z EM częściej doświadczają trudności w obszarze funkcjonowania seksualnego, a związana z chorobą bezpłodność może prowadzić do frustracji oraz pogorszenia funkcjonowania psychospołecznego. Stały dyskomfort psychiczny i fizyczny skutkuje znacznym pogorszeniem jakości życia oraz utratą motywacji, co przekłada się na gorsze efekty leczenia. Pacjentki cierpiące na EM powinny zostać objęte opieką interdyscyplinarną dostosowaną do ich potrzeb, uwzględniającą udział zarówno lekarzy, jak i psychologów klinicznych.





“Związek współwystępowania cytokin prozapalnych z depresją i odpowiedzią pacjentów na wybrane formy leczenia”

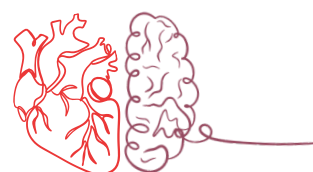
Katarzyna Normann, Aleksander Żybura, Veronika Rostvynska

Opiekun pracy: prof. dr hab. Patryk Piotrowski

Depresja stanowi istotny problem zdrowia publicznego o złożonej etiologii. W ostatnich latach rośnie zainteresowanie rolą procesów zapalnych i cytokin (m.in. IL-6, TNF- α) w jej patogenezie oraz ich wpływem na funkcjonowanie układu nerwowego i nasilenie objawów choroby.

Celem pracy była analiza zależności między stężeniem wybranych interleukin a depresją, z uwzględnieniem ich potencjalnego wpływu na rozwój choroby oraz nasilenie objawów. Przeprowadzono narracyjny przegląd piśmiennictwa w bazach PubMed i Scopus, przy użyciu słów kluczowych: (“Interleukin-6” OR “Interleukin-17” OR “cytokines”) AND (“depression” OR “major depressive disorder” OR “MDD”). Uwzględniono publikacje z lat 2010-2026, uzupełnione o wybrane wcześniejsze prace o charakterze przełomowym, istotne dla rozwoju koncepcji zapalnej depresji. Do analizy włączono 20 prac dotyczących zapalnych mechanizmów depresji, wybranych na podstawie ich znaczenia klinicznego.

Dostępne dowody sugerują istotny udział mechanizmów zapalnych w patofizjologii depresji, w tym wpływ cytokin prozapalnych na neuroprzekaznictwo, neuroplastyczność oraz funkcjonowanie osi podwzgórze-przysadka-nadnercza. W analizowanych badaniach konsekwentnie wykazywano podwyższone stężenie IL-6 u pacjentów z depresją. Rola IL-17 pozostaje niejednoznaczna, choć istnieją przesłanki wskazujące na jej udział w odpowiedzi zapalnej. Zwiększone stężenia TNF-alfa obserwowano w wielu badaniach, a wyższe wartości wyjściowe tej cytokiny mogą wiązać się z gorszą odpowiedzią na leczenie przeciwdepresyjne u części pacjentów. Uzyskane wyniki podkreślają potencjalne znaczenie markerów zapalnych jako celów terapeutycznych oraz predyktorów odpowiedzi na leczenie przeciwdepresyjne. Przedstawione dowody podkreślają potrzebę dalszych badań w tym obszarze.





“Dysfunkcje seksualne jako marker pogarszającego się zdrowia sercowo-naczyniowego.”

• **Milana Zavalnaya**, Martyna Sagan, Adrianna Sadowska, Natalia Jankowska, Amelia Pielech

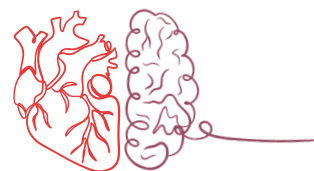
Opiekun: dr hab. Bartłomiej Stańczykiewicz, prof. UMW

Dysfunkcje seksualne kobiet (FSD-Female Sexual Dysfunction) są istotnym, a zarazem niedostatecznie rozpoznanym problemem klinicznym, który negatywnie wpływa na jakość życia i może dotyczyć ok. 40-50% kobiet. Coraz częściej podkreśla się znaczenie obecności zmian miażdżycowych i upośledzonego unaczynienia narządów płciowych jako wspólnego mechanizmu leżącego u podłoża zarówno dysfunkcji seksualnych, jak i chorób sercowo-naczyniowych (CVD). Zaburzenia te stanowią wczesny marker CVD u mężczyzn. Pomimo rosnącego zainteresowania tą zależnością u kobiet, liczba badań oceniających ten związek pozostaje ograniczona i wymaga dalszej analizy.

Celem pracy jest ocena związku pomiędzy dysfunkcjami seksualnymi u kobiet a ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych. Celem dodatkowym było określenie czy FSD może stanowić wczesny predyktor CVD, analogicznie do zależności obserwowanej u mężczyzn.

Przeprowadzono przegląd literatury w bazach danych: EMBASE, PubMed, Google Scholar, Scopus i CochraneLibrary. Zastosowano słowa kluczowe: „sexual dysfunction” lub “clitoral dysfunction” oraz “cardiovascular disease” lub “cardiovascular risk”. Kryteria wyszukiwania obejmowały artykuły z lat 2021-2026, przy braku aktualnych danych włączono starsze artykuły.

Dane wskazują na istnienie związku między zaburzeniami zdrowia seksualnego u kobiet mierzonymi m.in. jako obniżony wynik w skali FSFI (Female Sexual Function Index) oraz zmiany parametrów hemodynamicznych w badaniu USG Doppler naczyń łechtaczki a stanami zwiększonego ryzyka sercowo-naczyniowego takimi jak dyslipidemia, zespół metaboliczny czy nadciśnienie tętnicze. Brakuje jednak badań oceniających bezpośredni związek FSD z wynikami w standaryzowanych skalach oceny ryzyka sercowo-naczyniowego (np. SCORE, FRS-Framingham Risk Score). Dostępne dane sugerują potencjalną rolę FSD jako wczesnego markera ryzyka sercowo-naczyniowego, jednak zależność ta wymaga potwierdzenia w badaniach prospektywnych.





“Kiedy soma łączy się z psyche - nerwica roszczeniowa”.

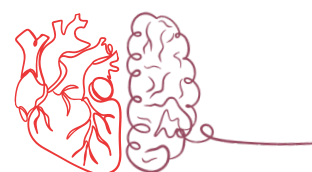
Kinga Sitkowska, Dawid Uszyński, Anna Matyja, Filip Maj, Natalia Szymczyk
Opiekun: Prof. dr. hab. Patryk Piotrowski

Nerwica roszczeniowa to jednostka, która była szeroko omawiana już na przełomie XIX. i XX. wieku i mimo jej obecności w starszych klasyfikacjach ICD-9/10, nie znalazła miejsca w najnowszych, takich jak DSM-V czy ICD-11. Za objawy uznawano głównie bóle i zawroty głowy, drażliwość, koszmary senne związane z wypadkiem, etc., a obiektywne symptomy były zauważane rzadziej. Termin od początku jego istnienia był kontrowersyjny. Diagnozę stawiano u osób po wypadkach komunikacyjnych lub wypadkach w pracy, a na jej podstawie ubiegano się o korzyści uzyskiwane w procesach sądowych. Ze względu na brak możliwości weryfikacji zgłaszanych dolegliwości, termin był zarówno nadużywany i kwestionowany.

Celem pracy jest analiza dostępnych danych dotyczących nerwicy roszczeniowej w kontekście zaburzeń psychosomatycznych oraz przyjrzenie się zmianom, jakie zachodziły w spojrzeniu na tę jednostkę chorobową wraz z upływem czasu oraz związanymi z nim reformami w podejściu do pacjentów.

Przeprowadzono przegląd literatury anglojęzycznej z wykorzystaniem baz danych: PubMed i Google Scholar. Do analizy włączono 68 publikacji opublikowanych między 1927 a 2024. Strategia wyszukiwania obejmowała słowa kluczowe: “compensation neurosis”, “accident neurosis”, “litigation neurosis”.

Brak jasnych kryteriów diagnostycznych utrudniał obiektywne postawienie rozpoznania. Przedłużające się rozprawy sądowe przyczyniały się do pogorszenia stanu pacjentów, a uzyskanie odszkodowania w większości przypadków nie wiązało się z ustąpieniem objawów. Zakończenie diagnostyki skutkowało brakiem adekwatnej opieki. Chociaż nerwica roszczeniowa nie jest uwzględniona w najnowszych klasyfikacjach, to stanowiła ona punkt wyjścia dla innych, obecnie diagnozowanych zaburzeń: PTSD, zaburzenia somatyzacyjne, adaptacyjne, lękowe i depresyjne, malingering. Mimo upływu lat, nadal nie posiadamy dobrych narzędzi do odróżniania zaburzeń psychosomatycznych od pozorowanych, co wskazuje na potrzebę opracowania stosownych kryteriów.



Notatki:

Nasi Patroni i Partnerzy



UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU



PONTON

EDUKACJA
SEKSUALNA
OD FEDERY



więcej niż LEK



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



medycyna **praktyczna**



Polki w
medycynie.

LOUIS LANIER
Innowacyjna odzież medyczna & beauty



WCA
Wrocławskie
Centrum
Akademiczne



Polskie Towarzystwo
Neurologiczne



AKADEMICKIE
RADIO



UDAROWCY
Liczy się wsparcie!



Zdrowie. Jakość. Życie.

RECORDATI



Mp.pl premium

Twój Dyżur

