

Zdrowych, spokojnych Świąt Wielkanocnych, dobrego wypoczynku w rodzinnym gronie oraz optymizmu, energii i nadziei na lepszą przyszłość życzy

Redakcja



**Prezentacje ciekawych przypadków
medycznych – s. 3-9**

Co nowego w pediatrii – s. 10

Zawodowe złote gody – s. 12-14

Płuca po pandemii – s. 15-19



Koleżanki, Koledzy!

Mamy kolejny rok. Zazwyczaj na początku każdego roku próbujemy przypominać sobie, co było w poprzednim, co

byśmy chcieli zmienić, co kontynuować, co nowego zrealizować. Najczęściej próbujemy zaplanować przyszłość, zastanawiamy się, jak nie zmarnować czasu, który tak nieubłaganie ucieka. W pracy się spieszymy, w życiu się spieszymy. A może warto przeznaczyć chwilę na zastanowienie, na rodzinę, na zadbanie o zdrowie?

Jeszcze niedawno składaliśmy sobie życzenia noworoczne, a tu zbliżają się kolejne święta.

Początek roku najczęściej witamy z nadzieją, że nowy rok będzie lepszy nie tylko w sprawach prywatnych, ale i zawodowych. Lata lecą, a w ochronie zdrowia stale towarzyszy nam nadzieja na lepsze jutro.

Mamy kolejnego Ministra Zdrowia! Nowa pani minister spotkała się z Naczelną Radą Lekarską. Przyznała, że na leczeniu się nie zna, ale dla dobra pacjentów będzie słuchała rad lekarzy. Deklarowała regularne spotkania z samorządem lekarskim. Na spotkaniu poruszono wiele tematów, które są pilne do zrealizowania w ochronie zdrowia. Jej zapewnienia, dotyczące m.in. potrzeby wprowadzenia systemu no fault, brzmiały optymistycznie. Po takich spotkaniach zwykle należy być umiarkowanym optymistą, ale marzenia warto mieć.

Tymczasem nowe wyzwania w samorządzie! Rozwija się cyfryzacja. Projekt elektronicznego Prawa Wykonywania Zawodu jest gotowy. Ma być umiejscowiony w aplikacji Mobywatel. Czekają nas zmiany w Rejestrze Lekarzy, który ma być unowocześniony. Więcej spraw będzie można załatwić bez dokumentów papierowych. Ucieszy to zapewne dużą grupę lekarzy. Przygotowujemy się do tego sprzętowo.

Obecnie ruszyła kampania społeczna zatytułowana „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”. Ma ona na celu poprawę wizerunku lekarza, zmienić podejście pacjenta do lekarza i jego pracy. Ma uświadomić, że lekarz i pacjent są po tej samej stronie i są ofiarami złej organizacji ochrony zdrowia.

A co na naszym podwórku? Odbływały się szkolenia dla lekarzy, cykliczne spotkania tematyczne, plenerowe, teatralne, spotkanie opłatkowe lekarzy seniorów, Mikołajki dla dzieci, spływ kajakowy, spotkanie z lekarzami stażystami z wręczeniem praw wykonywania zawodu. Po raz pierwszy (i nie ostatni) zorganizowaliśmy spotkanie z lekarzami i lekarzami dentykami, którzy ukończyli studia medyczne 50 lat temu. Kolejny raz nasi lekarze i lekarze dentyści bawili się na Balu Lekarza. Mamy nowe pomysły na kolejny bal. Przygotowujemy nowe spotkania integracyjne.

Oczekujemy Waszych propozycji. Musimy doskonalić naszą stronę internetową.

Bardzo nam zależało na tym, żeby poznać Wasze lekarskie osiągnięcia, sukcesy, którymi wielu z nas może się pochwalić, np. w Biuletynie Lekarskim.

Na Kongresie Kultury Lekarskiej w Opolu dowiedziałam się, że dysponujemy niespotykanym w skali światowej, takim olbrzymim potencjałem twórców lekarzy i lekarzy dentyków. Myślę, że w naszych Koleżankach i Kolegach też drzemą rozmaite zdolności i talenty. Niestety trudno namówić ich do podzielenia się nimi, chociażby na łamach Biuletynu.

Moi Drodzy! Zbliżają się kolejne święta. W imieniu swoim oraz całej Rady Lekarskiej życzę Wam spokojnych, radosnych, rodzinnych Świąt Wielkanocnych. Oby życzenia, które sobie składaliśmy na nowy rok się spełniły. Niech praca daje nam wszystkim dużo satysfakcji i służy pacjentom.

Pamiętajmy przy tym, aby mieć czas na życie, rodzinę, relaks, na rozwijanie swoich pasji. „Żadna rzecz nie da Ci tyle wolności, co pasja. Szczęście, które dostajesz za darmo”.

Najbardziej życzę Wam wszystkim zdrowia, które pozwoli osiągać sukcesy w życiu prywatnym i zawodowym a zwłaszcza spełniać marzenia. Cytując słowa piosenki „Świat, który słyszę” profesora Henryka Skarżyńskiego:

„Wiele się w naszym życiu zmienia
Kiedy spełniają się marzenia
I słuch się zmienia
I głos się zmienia
Wszystko nabiera nowego znaczenia”

Bądźcie szczęśliwi i niech spełniają się Wam marzenia! Z koleżeńskim pozdrowieniem

EWA JONIEC

Liderzy Medycyny

Po raz dwudziesty trzeci Wydawnictwo Termedia oraz redakcje „Menedżera Zdrowia” i „Kuriera Medycznego” zorganizowały uroczystość ogłoszenia wyników konkursu Sukces Roku w Ochronie Zdrowia - Liderzy Medycyny oraz wręczenie nagród laureatom.

Uroczystość odbyła się 31 stycznia 2024 roku w Zamku Królewskim w Warszawie. Zwycięzców wyłoniła kapituła, złożona z byłych ministrów zdrowia, profesorów nauk medycznych oraz specjalistów. Konkurs rozstrzygany jest w dziesięciu kategoriach.

W kategorii Osobowość Roku 2023 w Ochronie Zdrowia zwyciężył Łukasz Janowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej,

najmłodszy lekarz, który stoi na czele samorządu lekarskiego.

W kategorii Lider Roku 2023 w Ochronie Zdrowia – innowacyjny szpital zwyciężył Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim. Nagrodę odebrał prezes Jerzy Ostroch.

Gorzowska lecznica została doceniona za takie nowatorskie rozwiązania, jak innowacyjny system brachyterapii HDR i LDR, działalność Klinicznego Zakładu Medycyny Nuklearnej, który samodzielnie pozyskuje Gal-68, potrzebny do wykonywania badań PET/CT, jedyny w województwie ośrodek przeszczepowy komórek macierzystych, operacje robo-

tem da Vinci, nowoczesna ciepłownia, internetowe konto pacjenta szpitala.

W kategorii: Nagroda Specjalna – Ambasador Zdrowia honor ten przypisano Arturowi Barcisiowi, aktorowi, ambasadorowi fundacji Twarze Depresji oraz kampanii „Tylko dwa słowa”.

DF

Fot. Termedia



PRZYPADKI PRZEDSTAWIONE NA XVIII SZKOLENIOWEJ KONFERENCJI INTERNISTÓW ZIEMI LUBUSKIEJ 20-21. 10. 2023 R.

Pseudochylothorax jako rzadka postać wysięku opłucnowego w przebiegu chorób przewlekłych – na podstawie przypadku klinicznego

OPIS PRZYPADKU

Przyjęcie na O/Ch. Płuc - 05.2018r.

Pacjent 63-letni z wielochorobowością przyjęty z powodu niespecyficznego dolegliwości z układu oddechowego oraz klatki piersiowej od kilku miesięcy:

- suchy kaszel przy wysiłku i w pozycji leżącej
- epizody duszności/ucisku w kl. p.
- Spadek tolerancji wysiłku
- Nasilenie dolegliwości stawowych

Poza tym bez innych szczególnych dolegliwości...

Choroby w wywiadzie:

- RZS – od 2007r.
- Choroba śródmiąższowa płuc (RZS/metotreksat/amiodaron)
- FAC
- ChNS
- CHF

- DM II
- PChN

Poza tym w dokumentacji opisywana niewielka objętość płynu w opłucnej prawej od 2017r. – płyn uznano za wysięk w przebiegu RZS, jednak bez weryfikacji biochemicznej.

Odchylenia w badaniach laboratoryjnych przy przyjęciu:

- leukocytoza – prawdopodobnie związana z przewlekłą sterydoterapią
- WBC 12.86 tys/ul (4,0 - 10,2)
- NEU 10.73 tys/ul (2,0 - 6,9)
- nieznacznie podwyższone CRP 17.4 mg/l (0- 5)
- podwyższone stężenie D-dimerów – 5360.00 ug/L (0,00 - 278,00)
- RF 966 IU/ml (norma < 14)

Wykonano angio-TK klatki piersiowej:

- cech zatorowości płucnej nie stwierdzono
- zaznaczona opłucna bez wyraźnego jej pogrubienia
- płyn grubości warstwy do 33mm w grzbietowych partiach prawej jamy opłucnowej
- ślad płynu w lewej j. opłucnowej

USG klatki piersiowej

- niewielka objętość płynu o wzmożonej echogenności i max. rozpiętości warstwy w pozycji siedzącej ~46mm
- ewidentnie zaznaczona linia opłucnej ściennej

Płyn w opłucnej a RZS:

- Zapalenie opłucnej u ok 20% pacjentów z RZS
- Płyn wysiękowy
- Niektórzy autorzy postulują, że znacznie więcej pacjentów z RZS może rozwijać mniej lub bardziej nasilony wysięk opłucnowy w toku ewolucji choroby, ale może umykać on diagnostyce, jeśli szybkie włączenie lub intensyfikacja leczenia RZS poskutkuje resorpcją wysięku
- U tego konkretnego chorego obraz niejasny z powodu wielochorobowości – RZS? Niewydolność krążenia? punkcja diagnostyczna

KRYTERIA LIGHTA:

Płyn opłucnowy ma charakter wysiękowy, jeżeli spełnione jest co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- stosunek stężenia białka w płynie opłucnowym do stężenia białka w surowicy wynosi >0,5;
- stosunek aktywności LDH w płynie opłucnowym do aktywności LDH w surowicy wynosi >0,6;
- aktywność LDH w płynie opłucnowym jest >2/3 górnej granicy normy dla aktywności w surowicy.

OPIS PRZYPADKU – c.d.

Punkcja diagnostyczna płynu – pod kontrolą USG

PSEUDO... CHYLO... ŻE CO?!

- Pseudochylothorax
- Pseudochłonka
- Wysięk rzekomochłonkowy
- Cholesterolowe zapalenie opłucnej
- Cholesterol pleural effusion
- Cholesterol pleurisy
- Chyliform effusion
- Cholesterohydrothorax (1918 r.)

PSEUDOCHYLOTHORAX

- jeden z dwóch lipidowych wysięków opłucnowych
- stan charakteryzujący się obecnością z reguły przewlekłego wysięku opłucnowego o wyglądzie zbliżonym do chłonki i wysokiej zawartości cholesterolu
- bardzo często współwystępuje on ze znacznie pogrubiałą, zwłókniałą, a na-

wet zwapniałą w wyniku przewlekłego procesu zapalnego opłucną

- patomechanizm nieznan

Pierwszy opis 1918 r. - Bruce F. Weems „Cholesterohydrothorax.” Am J Med Sci 1918; 156:20 Występuje niezwykle rzadko - dotąd w literaturze opublikowano ok 200-300 przypadków prawdopodobnie bywa często niezdiagnozowany lub mylony.



Źródło: Yokosuka, Tetsuya & Suda, Asako & Sugisaki, Midori & Suzuki, Manabu & Narato, Ritsuko & Saito, Hitoshi & Enomoto, Tatsuji & Kobayashi, Toshiko & Nomura, Koichiro. (2013). Rheumatoid pleural effusion presenting as pseudochylothorax in a patient without previous diagnosis of rheumatoid arthritis. *Respiratory Medicine Case Reports*. 10. 37–39. 10.1016/j.rmcr.2013.09.003.

Obraz torakoskopowy pacjenta z pseudochylothorax. a. Mętny płyn w opłucnej. Miękkie, żółte złogi widoczne na opłucnej ściennej i trzewnej. b. Opłucna ścienna biała i nieznacznie pogrubiała. c. W przybliżonym widoku opłucnej ściennej ziarniste, rozsiane zmiany oraz złogi włóknikowe.

Źródło: Yokosuka, Tetsuya & Suda, Asako & Sugisaki, Midori & Suzuki, Manabu & Narato, Ritsuko & Saito, Hitoshi & Enomoto, Tatsuji & Kobayashi, Toshiko & Nomura, Koichiro. (2013). Rheumatoid pleural effusion presenting as pseudochylothorax in a patient without previous diagnosis of rheumatoid arthritis. *Respiratory Medicine Case Reports*. 10. 37–39. 10.1016/j.rmcr.2013.09.003.

Etiologia:

- gruźlica (ok. 50-54%)
- reumatoidalne zapalenie stawów (9-32%)
- paragonimozą
- nieprawidłowo leczony ropniak opłucnej
- zespół żółtych paznokci
- zespół Meigs'a
- bąblowica
- rak płuca
- nadużywanie alkoholu, kiła, cukrzyca, niewydolność krążenia, oraz zespół nerczycowy.

Patogeneza:

- patomechanizm wciąż nie został w pełni

ni poznany.

- nagromadzenie cholesterolu i kompleksów lecytynowo globulinowych z rozpadających się erytrocytów i kom. zapalnych
- uwięzienie produktów rozpadu komórkowego w przestrzeni opłucnowej przez pogrubiającą na skutek procesu zapalnego opłucną
- upośledzenie drenażu limfatycznego z opłucnej i uniemożliwienie wchłaniania zwrotnego cholesterolu
- na tle długotrwałego wysięku opłucnowego?
- pogrubienie opłucnej nie występuje u ok. 20% pacjentów
- może rozwijać się latami, ale także w znacznie krótszym czasie - nawet w mniej niż 5 miesięcy
- punkt końcowy szeregu różnych czynników patofizjologicznych?

Różnicowanie

- CHŁONKOTOK!!! (czyli „prawdziwy” chylothorax)
- ropniak opłucnej
- w pojedynczych przypadkach płyn może być krwisty, a nawet surowiczy, co nie wyklucza rozpoznania pseudochylothorax!!! – decyduje biochemia

	CHYLOTHORAX	PSEUDOCHYLOTHORAX
Stężenie TG w płynie	>110mg/dL	<50mg/dL
Stężenie CHOL w płynie	<100mg/dL	>250mg/dL
Stosunek CHOL/TG	<1	>1
Krzystały cholesterolu	NIE	TAK
Chylomikrony	TAK	NIE

Uzupełnienie wywiadu i badań dodatkowych (05. 2018 r.):

- wrzesień 2017 r. hospitalizacja w innym ośrodku – „jałowy ropniak” opłucnej prawej
- ponowna analiza obrazów TK kl.p. - nie uwidoczniło patologii w obrębie lub sąsiedztwie przewodu piersiowego
- Bez wywiadu urazu klatki piersiowej lub epizodów gwałtownego silnego kaszlu w ostatnim czasie, które mogłyby prowadzić do uszkodzenia przewodu piersiowego – wypadek na skuterze ze złamaniem żeber w 2011r. (zbyt duża odległość czasowa)
- Chory nie podróżował w rejony endemiczne występowania przywr z rodz. Paragonimus, nie spożywał surowych skorupiaków/ryb mogących zawierać metacerkarie pasożyta, w morfologii eozynofile niepodwyższone.

Parametry biochemiczne płynu	
Kolor	Mleczny
pH	8.0
Białko	1.9 g/dl
Glukoza	6.4 mg/dl
LDH	3109 U/l
Czynnik reumatoidalny	10 IU/ml
Cholesterol	604 mg/dl
Trójglicerydy	110 mg/dl

Badanie cytologiczne płynu – preparat bezpośredni

Badanie cytologiczne płynu – barwienie H+E

RÓŻNICOWANIE – CHŁONKOTOK

Badanie cytologiczne płynu pacjenta z CLL

- Dominują liczne małe limfocyty
- Piankowate makrofagi znacznie mniejsze
- Brak bezpostaciowych mas

Tabela 3. Parametry biochemiczne płynu - chylothorax	
Kolor	Mleczny
pH	7,4
Białko	1.6 g/dl
Glukoza	3.3 mg/dl
LDH	742 U/l
Cholesterol	115 mg/dl
Trójglicerydy	2411 mg/dl

HOL/TG – 0,048 (<1)

Leczenie:

- Przede wszystkim leczenie choroby podstawowej
- W razie konieczności powtarzalne punkcje opłucnej
- Drenaż opłucnej niezalecany – duże ryzyko zakażenia i ropniaka opłucnej
- W przypadku opancerzenia płuca – rozważenie dekortykacji płuca (rozległy i obciążający zabieg)

Dalsze leczenie chorego:

- Chory został skierowany do Oddziału Reumatologii celem intensyfikacji leczenia
- Włączono leflunomid 15mg oraz metyloprednizolon 6mg.
- Nie wymagał odbarczenia płynu
- W kontroli po dwóch miesiącach od włączenia leczenia pacjent podawał zdecydowane zmniejszenie objawów, a w USG obserwowano istotną redukcję objętości płynu w jamach opłucnowych – po stronie lewej jedynie ślad płynu, po stronie prawej redukcja max. rozpiętości warstwy z 46 mm do ok. 26 mm.

Kontrolne TK po 5. miesiącach leczenia:

- dalsza redukcja płynu – po stronie prawej grubość warstwy max. 12mm (poprzednio 33mm)

- po stronie lewej jedynie ślad płynu

Ponowna hospitalizacja w O/Ch. Płuca – 09. 2020 r. (27 miesięcy od włączenia leczenia)

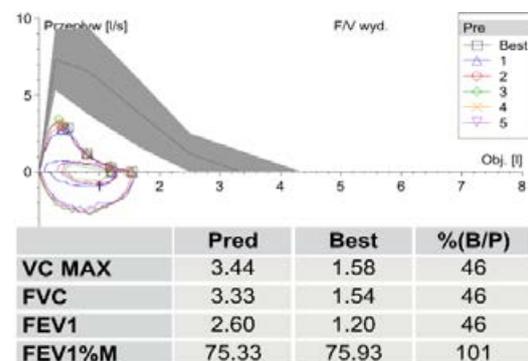
- Nawrót dolegliwości od 2 miesięcy: duszności wysiłkowe, okresowe uczucie ucisku w kl.p.
- Osluchowo szmer oskrzelowy w polu dolnym lewym
- W USG kl.p. płyn prawie bezechowy, minimalna objętość obustronnie
- Ewidentnie pogrubiała opłucna

TK po 27. miesiącach leczenia

- obustronnie znaczne pogrubienie opłucnej, bardziej nasilone po stronie prawej, miejscami nawet do 18 mm
- znaczna progresja zmian w porównaniu z badaniami poprzednimi:
- śladowa objętość płynu w obu jamach opłucnowych
- obustronnie znaczne pogrubienie opłucnej, bardziej nasilone po stronie prawej, miejscami nawet do 18 mm
- znaczna progresja zmian w porównaniu z badaniami poprzednimi

Badania czynnościowe:

- w spirometrii proporcjonalnie obniżone VCmax, FVC i FEV1 bez cech obturacji oraz charakterystyczny wykres – kształt prawidłowy, jednak wykres pomniejszony w skali – duże podejrzenie restrykcji
- w bodypletyzmoграфии potwierdzenie restrykcji – TLC 3,24L tj. 54% w.n.
- ciężkie upośledzenie dyfuzji – DLCO 39%
- restrykcja spowodowana najpewniej opancerzeniem płuca wskutek rozległego, obustronnego pogrubienia opłucnej - fibrothorax



Punkcja i badanie płynu z opłucnej po 27. miesiącach leczenia:

- płyn krwisty, dużo rzadszy, makroskopowo utracił „łusty” charakter
- znaczna redukcja lipidów w płynie

Parametry biochemiczne płynu	
Kolor	Krwisty, po odwirowaniu żółty
pH	7.412
Białko	1.6 g/dl
Glukoza	3.3 mg/dl
LDH	742 U/l
Czynnik reumatoidalny	<10 IU/ml
Cholesterol	124 mg/dl
Trójglicerydy	16 mg/dl

CHOL/TG – 7,75

HOL/TG – 5,49

Konsultacja torakochirurgiczna

- Ocena pod kątem kwalifikacji do VAT-S+dekortykacja
- Z uwagi na wielochorobowość, obserwowane wcześniej zmiany włókniste obu płuc, ciężkie upośledzenie dyfuzji, wysokie ryzyko braku rozprężenia płuc po zabiegu oraz wysokie ryzyko powikłań chory nie został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego.
- Zalecono dalsze leczenie zachowawcze oraz rehabilitację oddechową.

PODSUMOWANIE

- Różnicowanie pseudochoylothorax/chylothorax
- Pseudochoylothorax nie jest chorobą samą w sobie, a niejako objawem innego, przewlekłego procesu, będącego jego podłożem.
- Najczęstsze przyczyny – TBC, RZS
- Najważniejsze leczenie choroby podstawowej
- Diagnostyka nie wymaga specjalistycznego zaplecza

lek. JACEK BACHORSKI
Kliniczny Oddział Chorób Płuc
Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze

Insulinoma – granice tolerancji hipoglikemii

DOLEGLIWOŚCI

Na oddział chorób wewnętrznych została przyjęta pacjentka lat 66 za skierowaniem lekarza diabetologa do diagnostyki hipoglikemii. Od 2 lat napady osłabienia, drżenia rąk, pogorszenie widzenia. Nasilenie objawów przez ostatni rok.

GLIKEMIA W POMIARACH DOMOWYCH

43-48 mg/dl

3-4 razy miesięcznie

Bez utraty przytomności!

DIAGNOSTYKA AMBULATORYJNA

Krzywa cukrowa – hipoglikemia

USG jamy brzusznej – bez nieprawidłowości

LECZENIE HIPOGLIKEMII W PORADNI DIABETOLOGICZNEJ

Dieta cukrzycowa

Posiłki 6 razy dziennie

Leczenie poprzez modyfikację diety nie powiodło się.

PRZYCZYNY HIPOGLIKEMII

Cukrzyca

DIAGNOSTYKA SZPITALNA

HbA1C – 5,17% (prawidłowy)

KT jamy brzusznej - cechy neuroendokrynnego guza trzustki

DTTG z wyznaczeniem poziomu insuliny (bez hipoglikemii)

próba głodowa: przerwano na 8 godzinie z powodu glikemii 32 g/dl, jednocześnie stwierdzono podwyższone dwukrotnie znaczenie insuliny – pacjentka przytomna, zgłasza osłabienie.

LECZENIE CHIRURGICZNE



TATSIANA CHARNIAUSKAJA
Zakład Chorób Wewnętrznych
WSzW w Gorzowie Wlkp.

Ciężka hyponatremia z rabdomiolizą u młodej pacjentki - jaka przyczyna?

W niniejszym artykule chciałabym podzielić się opisem przypadku, który był przyczyną prawdopodobnie najtrudniejszego dyżuru w mojej wieloletniej praktyce lekarskiej. To wydarzenie miało miejsce 7 października 2011 r. w Oddziale Ch. Wewnętrznych WSzW w Gorzowie przy ul. Dekerta.

Opis przypadku

- Pacjentka lat 23 przyjęta do oddziału 6.10.2011 (czwartek) z powodu zaburzeń świadomości i ciężkiej hyponatremii
- Dotychczas zdrowa (bolesne miesiączki).
- Studentka, pracuje w kawiarni.

Wywiad

- 1.10. - alkohol (2 drinki) w lokalu publicznym
- 2.10. - silne bóle brzucha, ok. lędźwiowej, wymioty - nocny POZ (no-spa, ketonal)
- 3.10. - Por. Lek. Rodzinnego - brak numerka; sama wykonała bad. biochemiczne m.in. Na - 140 mEq/l
- 4.10. - ginekolog: n. rodny bz. Infekcja ukł. Moczowego - azytromycyna, furagin, diklofenac
- 4.10. - Por. Lek. Rodzinnego - ketonal, buskopolizyna
- 4.10. - urolog - „w bad. bez zmian”
- 5/6.10. - wystąpiły b. silne bóle kk. dolnych, prężenia, drgawki - wezwano PR.

Pacjentka otrzymała relanium iv. Pozostawiona w domu.

- 6.10. - prężenia, drgawki, postępujące zaburzenia świadomości. Wezwano PR - zawieziona na SOR.

Przedmiotowo

- Stan og. ciężki
- Przytomna, senna, splątana, mowa bełkotliwa
- Płuca, serce (ASM 75/min), brzuch – bez odchyleń
- Żrenice równe, szerokie, słabo reaktywne
- Sztynność karku (2 palce), poza tym neurologicznie bez odchyleń
- Bez cech odwodnienia
- RR 125/80

Badania dodatkowe

Przy przyjęciu:

- mocznik, Mg, Ca, kreatynina, GGTP, bilirubina, układ krzepnięcia, kw.moczowy, amylaza, prokalcytonina, gazometria bez zmian
- morfologia - L-13,5 tys.(granulocyty), poza tym bez zmian
- jonogram przy przyjęciu: **Na-110 mEq/l**, **K-3,7 mEq/l**
- AST- 70 U/L, ALT- 52 U/L, **CPK- 5477 U/L, mioglobina - 5660 ng/ml**
- CRP – 2 (N do 0,9)
- posiew krwi i moczu w opracowaniu
- mocz bad. ogólne: b (śląd), c (-), ket (śląd)
- etanol, barbiturany, karbamazepina, narkotyki (-)
- benzodwiazepiny surowica (-), mocz (+)
- osmolalność surowicy i moczu - N
- CH 121 mg%
- HDL - 57 mg%
- TG - 134 mg%
- TSH - 3,327uU/ml
- EKG - bez zmian
- rtg płuc - bez zmian
- USG j. brzusznej - bez odchyłeń
- KT głowy – OUN i kości czaszki bz

Przedmiotowo 2. doba

- Stan b. ciężki.
- Głęboka senność, pacjentka wybudza się po silnym bodźcu bólowym.
- Żrenice szerokie słabo reaktywne
- Płuca, serce, brzuch bez odchyłeń, RR 115/70-130/85
- Szytywność karku - 7 palców,
- Objaw Babińskiego obustronnie (+)
- Bez niedowładów

Badania dodatkowe 2. doba

- **Na-111-110-112-113-111-116-120 mEq/l**, **K-norma**
- **AST-378-448-404 U/l**, **ALT-103-109-121 U/l**
- **CPK-25742-48650-48888-59420 U/l**
- **mioglobina-5660-7246-3569 ng/ml**
- kreatynina-0,9-0,8-0,7-0,8 mg/dl
- kortyzol, ACTH (rytm dobowy)- w normie
- NMR głowy - bz.
- płyn m-r- badanie ogólne bez zmian; badanie w kier. neuroboreliozy oraz posiew w opracowaniu
- HBs Ag, HCV, HIV , CMV - ujemne
- CRP – stabilnie ok. 2,0 prokalcytonina bz

Konsultacje

- Neurolog - nie dostrzegam neurologicznej przyczyny stanu pacjentki. Konieczne poszukiwanie innych przyczyn.
- Anestezjolog - krążeniowo i oddechowo wydolna. Nie wymaga hospitalizacji w OIOM.
- Hematolog - nie ma zaburzeń charakterystycznych dla choroby hematologicznej.

- Ginekolog - menses in tractu. Narząd rodny bez zmian.

- Telefon do Ośrodka Ostrego Zatrucia (Łódź, Poznań) - „nie ma takiej substancji, która podana w drinku 1.10. rozwinięłyby swoje działanie po 4 dniach, dając zaburzenia neurologiczne i rhabdomyolizę. Szukać innej przyczyny”.

Leczenie

- 0,9% NaCl + 10% NaCl w ciągłym, powolnym wlewie
- 10% glukoza w ciągłym, powolnym wlewie
- suplementacja K
- Ciprinol, Biotrakson , Hepa-Merz, Haloperidol, PWE,
- Od trzeciej doby zamiast 10% - 40%glukoza

Tytułem komentarza do w/w treści:

Na korytarzu przed oddziałem pomiędzy Interną, a Kardiologią (wszyscy znamy topografię szpitala) krążyli tam i z powrotem rodzice pacjentki (jedyńcażki) ze świadomością, że córka jest w stanie zagrożenia zdrowia i życia, jest leczona objawowo, a przyczynę stanu nie znamy. W tym samym miejscu znajduje się grupa młodych ludzi ok. 22-25 lat, kobiet i mężczyzn, przyjaciół pacjentki, i wszyscy płaczą. Atmosferę napięcia potęgowały telefony od „Wszystkich Świętych” oraz wizyty kolegów lekarzy, którzy z ramienia bliższej i dalszej rodziny pacjentki oraz jej znajomych przychodzili osobiście i prosili o informację. Zatem zero presji :). Jednocześnie w tym samym czasie na oddziale pod opieką lekarza dyżurnego przebywało ok. 40. mniej lub bardziej chorych, mniej lub bardziej ekspansywnych pacjentów. Do tego pacjenci ustawicznie zgłaszający się na Izbę Przyjęć + konsultacje w SOR.

W tym dniu miałam jednak szczęście współdziurować ze wspianymi kolegami lekarzami, których pomoc dla mnie była bezcenna. Pani dr z IOM na moją prośbę znalazła czas i bez zwłoki pobrała płyn m-r do badań - ja nie miałam w mojej opinii wystarczającej wprawy. Pani dr z Neurologii w trakcie konsultacji, analizując ze mną przypadek, pomogła mi w ustalaniu koncepcji rozpoznań, które mogłam powołać



wykluczać. A radiolog bez problemów zgodził się na wykonanie w trybie pilnym NMR OUN (przypominam: rok 2011, piątek wieczór, obsada personelu dyżurowa - a jednak niemożliwe stało się możliwe). Dziękuję dr Magdalenie z OIOM, dr Urszuli z Neurologii i Tobie, Luba.

W trakcie dyżuru 7/8.10. do około czwartej w nocy zarówno stan pacjentki, jak i wyniki badań biochemicznych pogarszały się, a przyczyna - mimo wykonanych licznych badań dodatkowych (badania obrazowe, hormonalne, cytologiczne, mikrobiologiczne) oraz szczegółowo przeprowadzonego wywiadu (rodzina, przyjaciele, znajomi) - pozostawała nieznana. W momencie zwątpienia i desperacji przeszła mi nawet przez głowę przerażająca myśl, że przyczynę poznamy na sekcji.

Przedstawienie przypadku c.d.

Od trzeciej doby hospitalizacji powolna poprawa stanu ogólnego:

- Powolny powrót świadomości
 - Ustępowanie sztywności karku i obj. Babińskiego
- Poprawa pojawiła się, gdy 10% glukozę zamieniłam na 40%.

Koncepcje:

- Hiponatremia w przebiegu wymiotów
- Zatrucie nieznaną substancją (2 drinki w lokalu publicznym)
- Zapalenie opon m-r
- Zapalenie mózgu
- Neuroborelioza
- Zaburzenia hormonalne (ch.Addisona, niedoczynność tarczycy)
- Zatrucie toksyną (pająk, wąż)
- Współistnienie kilku powyższych problemów
- Porfiriea

W czwartej dobie hospitalizacji – pacjentka przytomna, w pełnym kontakcie, bez objawów neurologicznych, zgłasza osłabienie, zwłaszcza mięśni kk dolnych, trudności w poruszaniu się, nie opuszcza łóżka. Po obaleniu większości w/w hipotez wysłano specjalnym transportem o 4.00 rano krew i mocz pacjentki do Warszawy.

Badania dodatkowe 4. doba**Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Pracownia Porfirii**

- Porfobilinogen - 294,1 umol/d (n:0,95-15)
- Kwas delta-aminolewulinowy – 181,9 umol/l (N:1,1-57,2)
- Uroporfiryny - 566,3 nmol/l (N: 3,6-30)
- Porfiryny 7-COOH- 55,9 nmol/l (N: 0-7,0)
- Porfiryny 6-COOH- 20,3 nmol/l (N:0-6)
- Porfiryny 5-COOH-114,5 nmol/l (N:0-16)
- Koproporfiryny- 913,8 nmol/l (N:10-210)

PORFIRIE W SKRÓCIE

Porfirie to grupa chorób metabolicznych, w większości uwarunkowanych genetycznie, spowodowanych obniżoną aktywnością poszczególnych enzymów, biorących udział w biosyntezie hemu.

Porfiring ostrza przerywana

- Najczęściej występująca postać porfirii
- Dziedziczenie autosomalne, dominujące ze zmienną ekspresją

Patogeneza:

- Zmniejszenie aktywności syntazy uroporfirynogenowej I - zmniejszenie syntezy hemu

- Niedobór hemu - depresję syntazy ALA (kw. Delta-aminolewulinowego) - nadmierne wytwarzanie ALA i porfobilinogenu

- Nadmiar porfobilinogenu - hamuje uwalnianie acetylocholin w płytkach nerwowo-mięśniowych

- Nagromadzenie ALA - hamuje aktywność ATPazy w tk. Mózgowej.

Do najczęstszych symptomów ataków choroby należą:

- bóle brzucha
- wymioty
- zaparcia
- bóle mięśni
- tachykardia
- nadciśnienie
- objawy mózgowe
- drgawki
- niedowłady
- porażenia
- zaburzenia widzenia
- uporczywa hiponatremia
- hipomagnezemia

Czynniki indukujące atak porfirii:

- duża część leków (hormony płciowe, wiele leków przeciwbólowych, rozkurczowych i uspokajających, niektóre antybiotyki)
- związki chemiczne (farby, lakiery, nawozy sztuczne, środki ochrony roślin)
- alkohol
- stresy
- infekcje
- głodzenie (w tym w przebiegu odchudzania)
- zabiegi operacyjne
- u kobiet w wieku rozrodczym często dochodzi do zaostrzeń przedmiesiączkowych.

Leczenie

- Decyzje lecznicze uzależnione od aktualnego stanu pacjenta
- Wylimitowanie czynników porfiryngennych (szczegółowo rozważyć stosowane leki ze względu na działanie porfiryngenne)
- Glukoza (p.o. lub i.v. do 400g /dobę). Jeżeli w leczeniu stosowany jest Human

Hemin, ilość przetaczanej glukozy można ograniczyć do 100 g/dobę.

- Dieta wysokokaloryczna (2500 kcal/dobę) - wysokowęglowodanowa i wysoko-białkowa

- Human Hemin Orphan Europe - jeżeli potwierdzono rozpoznanie AIP, lek należy podać w pierwszej dobie hospitalizacji. Dawkowanie: 3 mg/kg masy ciała (maksymalna dawka dobowo 250 mg) w 100 ml 0.9% NaCl (koniecznie w szklanej butelce!) przez 1 - 4 kolejne dni. Czas od przygotowania roztworu do zakończenia przetaczania nie powinien przekroczyć 30 min. ze względu na możliwość zapalenia żył w miejscu wstrzyknięcia. Należy po przetoczeniu przepłukać żyłę 100 ml 0.9% NaCl. Obecnie uważa się, że najlepszym sposobem uniknięcia powikłań po przetaczaniu Human Hemin jest przetaczanie leku w roztworze 4% albumin. Poprawa kliniczna jest zwykle widoczna po 2-4 przetoczeniach.

- Monitorowanie - tętna, ciśnienia tętniczego, bilansu płynów, bezwzględnie należy kontrolować poziom sodu

- Leczenie przeciwbólowe - paracetamol, petydyna, lub morfina

- Leczenie przeciwwymiotne - chlorpromazyna (nie należy stosować dużych dawek z uwagi na wolniejszy metabolizm leku w wątrobie i związane z tym ryzyko kumulacji).

- Hiponatremia - może wystąpić gwałtownie, nie wystarczy jednorazowe oznaczenie poziomu sodu.

achykardia i wzrost ciśnienia tętniczego - propranolol lub metoprolol doustnie lub dożylnie pod kontrolą tętna i RR.

- Drgawki - mogą być wywołane hiponatremią, hipomagnezemią lub wahaniami ciśnienia tętniczego. Należy wówczas wyrównywać niedobory elektrolitów i kontrolować ciśnienie tętnicze, podać siarczan magnezu dożylnie. W razie braku efektu można doraźnie podać Relanium i.v. (stosowanie przewlekłe jest przeciwwskazane)

- Zakażenia - należy energicznie leczyć, gdyż mogą prowadzić do pogorszenia przebiegu ataku. Dobór antybiotyku powinien uwzględniać wynik antybiogramu i bezpieczeństwo stosowania danego leku w porfirii.

- Niedowłady - wystąpienie niedowładów jest wskazaniem do szybkiego wdrożenia rehabilitacji. Zakres, czas trwania ćwiczeń uzależnione są od stanu ogólnego pacjenta. Zazwyczaj skuteczniejsze są krótkotrwałe, powtarzane kilkakrotnie na dobę ćwiczenia. Niekiedy ustąpienie niedowładów następuje po kilku lub kilkunastotygodniowej rehabilitacji w wyspecjalizowanym ośrodku.

- Inne zaburzenia, niezwiązane z porfirią,

występujące u pacjentów w trakcie ostrego ataku powinny być leczone zgodnie z listą leków bezpiecznych w porfirii (podanie leku szkodliwego, nawet jednorazowe lub w małej dawce może nasilić objawy kliniczne ataku porfirii).

- Dobowa zbiórka moczu - ocena wydalania porfiryn i ich prekursorów.

Przedstawienie przypadku c.d.

6. doba hospitalizacji (12.10.2011):

- Godz. 13:30 – wynik na telefon z Pracowni Porfirii badań pobranych w czwartej dobie hospitalizacji

- Godz. 14:15 - wyjazd pacjentki karetką z Gorzowa

- Godz. 17:00 - wylot z lotniska Ławica w Poznaniu

- Godz. 19:00 – przyjazd do Kliniki Hemostazy i Chorób Wewnętrznych w Warszawie (pacjentka otrzymała Human Hemin) 18.10.2011 r. – pacjentka wypisana z Kliniki Zaburzeń Hemostazy i Chorób Wewnętrznych Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie

Rozpoznanie: **Porfiring ostrza przerywana - postać jawna - pierwsze zaostrzenie.**

Aktualizacja przypadku – rok 2023.

- 31.05.2023 r. Poradnia Diabetologiczna

- C I P I 13 Hbd cukrzyca ciężowa

- Uzupełnienie wywiadu rodzinnego: u mamy pacjentki zdiagnozowano porfirię (nigdy nie miała napadu)

- Od 2011 r. – u pacjentki wystąpił tylko jeden epizod rozpoczynającego się napadu – w ramach leczenia sama zjadła sporo słodczy, a po zgłoszeniu się do POZ otrzymała 10% glukozę iv. Nie było napadów pełnoobjawowych.

- 6.12.2023 r. SZD 3300 g Ap. 9,10 :)



IWONA PESTROWICZ
Oddział Chorób Wewnętrznych,
Nadciśnienia Tętniczego,
Endokrynologii i Gastroenterologii
w Gorzowie Wlkp.

PAH i co dalej...

OPIS PRZYPADKU

Kazimierz W.

49-letni pacjent z kardiomiopatią rozstrzeniową, napadowym migotaniem przedsionków, po implantacji ICD został przyjęty na oddział z powodu narastającej duszności, bólu brzucha, nudności.

NT-pro-BNP-14565	INR Y1.59 g
KREA-1.5 mg/dl	ASR-58
HB-15.9 g/dl	ALT-64
RR 90/60	TROP-0.151

ECHO

LA 50Ao 30 mm IVS 9 mm
LVDD 68 mm RVDD 25 mm
PWLV 10 mm

Zastawka pnia płucnego Act: 80 ms. Czynnościowo: prawidł.
Zastawka mitralna: morfologicznie – płatki miernie pogrubiałe, czynnościowo IM umiarkowana
Zastawka aortalna: morfologicznie – płatki miernie pogrubiałe, czynnościowo prawidł.
Zastawka trójdzielna: IT umiarkowana, TRPG 35 mmHg
Kurczliwość LV: ciężka uogólniona hipokineza, asynchronia śród-komorowa, związana z LBBB EF: 15%

ECHOGASTROSKOPIA

Przełyk jest prawidłowy. Linia Z jest prawidłowa. Żołądek dobrze poddaje się insuflacji powietrzem. Błona śluzowa żołądka, oglądana również w inwersji, jest miernie zaczerwieniona. Odźwiernik jest symetryczny. Opuszcza dwunastnicy i część pozaopuszkowa są prawidłowe.

Rozpoznanie: gastropatia rumieniowa.

Postępowanie:

Implantacja CRT-D
Intensyfikacja leczenia: optymalizacja leczenia oraz aminy katecholowe
INTERMACS I II stabilny, ale zakaźny od amin katecholowych
Kwalifikacja do HT/LVAD
Cewnikowanie prawego serca (RHC)
mPAP>20 mmHg
Dostęp żylny – żyła szyjna wewnętrzna
Cewnik Swana-Ganza
Pomiar ciśnień w RA, RV, PA i PCWP
Pomiar rzutu serca (CO)
Ustalenie oporu płucnego (PVR)
Próba odwracalności

WYNIK CEWNIKOWANIA

Z dostępu przez prawą żyłę szyjną wewnętrzną, przy użyciu cewnika Swana-Ganza, wykonano pomiary ciśnień:

RA (mmHg) – 12, 6, 9
RV (mmHg) – 42, 12, 16
PA (mmHg) – 40, 30, 35
PAWP (mmHg) – 13

Wykonano pomiar rzutu serca (CO) metodą termodylucji – w 4 pomiarach średni wynik 2,6 l/min (norma 5-6 l/min) CI – 1.37 l/min/m²

Obliczono opór płucny naczyniowy (PVR) – 676,92=8,45 jWo-od'a (norma,2)

Z uwagi na niskie ciśnienia systemowe odstąpiono od wykonania

testu odwracalności nadciśnienia płucnego z nitrogliceryną we wlewie dożylnym.

1. Nadciśnienie płucne grupa 2

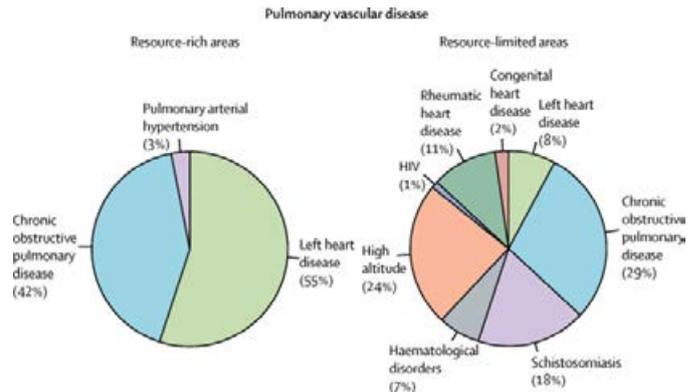
NP choroba nie lubiana?

Nadciśnienie płucne jest sporadycznie występującym schorzeniem.

Złożona etiologia, skomplikowany, mało intuicyjny podział

Trudności diagnostyczne

Ograniczenia w leczeniu



Obecne szacunki wskazują, że nadciśnienie płucne występuje u około 1% światowej populacji i wzrasta do 10% u osób w wieku powyżej 65 lat.

PAH 0.4 to 1.4 na 100,000

1. Tętnicze nadciśnienie płucne

Idiopatyczne TNP

Dziedziczne

- BMPR2
- ALK1, ENG, SMAD9, CAV1, KCNK3
- nieznane

Wywołane przez leki/toksyny

Związane z:

- chorobami tkanki łącznej
- zakażeniem HIV
- nadciśnieniem wrotnym
- schistosomiazą

1' Zarostowa choroba żył płucnych i/lub hemangiomatoza kapilarna płucna

1'' Przetrwale PH noworodków

2. Nadciśnienie płucne zależne od niewydolności lewej komory

- sercaskurczowej, rozkurczowej
- wad zastawkowych
- wrodzonych kardiomiopatii
- wrodzonych zaburzeń odpływu/napływu

3. Nadciśnienie płucne w następstwie chorób płuc i/lub hipoksji

POChP

śródmiażdżowe choroby płuc

inne choroby płuc

zaburzenia oddechowe we śnie

przebywanie na wysokościach

anomalia rozwojowe

4. Przewlekłe zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne

5. NP o niejasnych lub mnogich przyczynach

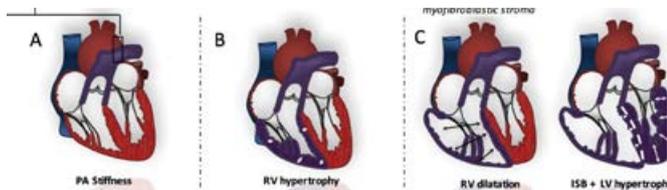
- zaburzenia hematologiczne, choroby mieloprofilakcyjne, splektomia, przewlekła niedokrwistość hemolityczna
- choroby systemowe: zapalenia naczyń, sarkoidoza, histiocytoza z k. Langerhansa, limfangioleiomiomatoza, neurofibromatoza
- choroby metaboliczne: glikogenozy, choroba Gauchera, choroby tarczycy wady wrodzone inne niż przecieki systemowo-płucne
- inne: guzy, włókniejące zapalenie śródpiersia, przewlekła niewydolność nerek leczona hemodializą, inne

1. Tętnicze nadciśnienie płucne	3. Nadciśnienie płucne w następstwie chorób lub (lub) hipoksji
Idiopatyczne TNP Dziedziczne BMPRI2 ALK1, ENG, SMAD9, CAV1, RCNK3 niezane Wywołane przez leki/toksyny Związane z: - Chorobami (kanki łącznej) - Zakażeniem HIV - Nadciśnieniem wrotnym - Przeciętami systemowo-płucnymi - Schistosomiazą	- POCiP - Śródmiąższowe choroby płuc - Inne choroby płuc - Zaburzenia oddechowe we śnie - Przebywanie na wysokościach - Anomalie rozwojowe
2. Nadciśnienie płucne zależne od niewydolności lewej komory serca	4. Przewlekłe zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne
- Skurczowej, rozkurczowej - Wad zastawkowych - Wrodzonych kardiomiopatii - Wrodzonych zaburzeń odżywno-płucny	5. NP o niejasnych lub mnogich przyczynach
1. Zarostowa choroba żył płucnych i/lub hemangiomatoza kapilara płucna	- Zaburzenia hematologiczne, choroby mieloprofilakcyjne, splektomia, przewlekła niedokrwistość hemolityczna - Choroby systemowe: zapalenia naczyń, sarkoidoza, histiocytoza z k. Langerhansa, limfangioleiomiomatoza, neurofibromatoza - Choroby metaboliczne: glikogenozy, choroba Gauchera, choroby tarczycy - Wady wrodzone inne niż przecieki systemowo-płucne - Inne: guzy, włókniejące zapalenie śródpiersia, przewlekła niewydolność nerek leczona hemodializą, inne
1. Przewlekłe PH noworodków	

NADCIŚNIENIE PŁUCNE - GRUPA II

- z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory
- ze zmniejszoną ($\leq 40\%$) lub łagodnie zmniejszoną (41-49%) frakcją wyrzutową lewej komory
- wady zastawkowe Mechanizmem kompensacyjnym jest skurcz tętniczek płucnych w odpowiedzi na wysokie ciśnienie napełniania.

Test odwracalności



TĘTNICZE PŁUCNE - CHOROBY PŁUC GRUPA III

- 3.1. przewlekła obturacyjna choroba płuc
 - 3.2. śródmiąższowe choroby płuc
 - 3.3. inne choroby płuc z mieszanymi zmianami restrykcyjnymi i obturacyjnymi
 - 3.4. zespoły hipowentylacji
 - 3.5. hipoksja u osób bez choroby płuc (np. przewlekłe przebywanie na dużych wysokościach)
 - 3.6. anomalie rozwojowe płuc
- Mechanizmem wywołującym jest hipoksja (skurcz naczyń) oraz uszkodzenie strukturalne naczyń – rozedma.

Ad.3 Trudności diagnostyczne

USG serca



Ad.4 Ograniczenia w leczeniu

- PAH - blokery kanału wapniowego
- antagoniści receptora endotelinowego (p.o.)
- inhibitory PDE5 (p.o.) bozentan
- analogi prostacykliny (p.o.) beraprost
- rozpuszczalny stymulator cyklazy guanylowej (p.o.) riociguat
- analogi prostacykliny (s.c. lub i.v.) -epoprostenol

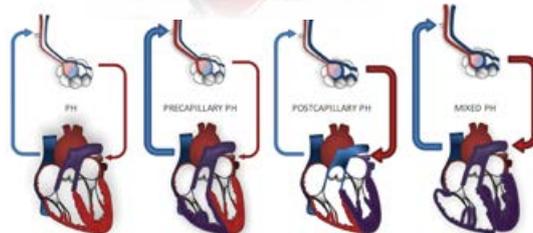
PRESENT-HF

Pulmonary RESistance modification under treatment with Sacubitril/valsartaN in paTients with HeartFailure with reduced ejection fraction.

Ocena wpływu terapii sakubityryl/walsartan w porównaniu do grupy leczonej ACE inhibitorem enalaprilem na parametry cewnikowania prawego serca w zakresie zmniejszenia ciśnienia w tętnicy płucnej i zmiany oporów w krążeniu płucnym u pacjentów z niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory (HFrEF) i wtórnym do niej nadciśnieniem płucnym.

Kryteria włączenia:

1. Wiek ≥ 18 lat, którzy są zdolni do zrozumienia i podpisania formularza świadomej zgody
2. Pacjenci z niewydolnością serca w klasie czynnościowej NY-HAII-IV, z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory (LVEF $\leq 40\%$) - (HFrEF) (potwierdzone w badaniu takim, jak echokardiografia lub rezonans magnetyczny serca w ciągu ostatnich 6 miesięcy), u których w cewnikowaniu prawego serca (RHC) stwierdzono cechy nadciśnienia płucnego pozawłośniczkowego (definiowanego na podstawie wytycznych ESC z 2022 roku jako mPAP >20 mmHg i PAWP >15 mmHg) zarówno izolowanego pozawłośniczkowego PH (IpcPH) (definiowanego na podstawie wytycznych ESC 2022 jako PVR ≤ 2 WU), jak i złożonego poza- i przedwłośniczkowego PH (CpcPH) (definiowanego na podstawie wytycznych ESC 2022 jako PVR > 2 WU)
3. Pacjenci stabilni hemodynamicznie, co definiowane jest jako brak zmian w stosowaniu diuretyków przez min 4 tygodnie przed włączeniem do badania
4. Niewydolność serca w trakcie optymalnego leczenia ACE- I/ARB, beta-adrenolitykiem, MRA, SGLT2-I poza przypadkami, w których w/w leczenie było przeciwwskazane lub nietolerowane



	PH	PRECAPILLARY PH	POSTCAPILLARY PH	MIXED PH
HEMODYNAMIC CHARACTERISTICS	<ul style="list-style-type: none"> mPAP > 25 mmHg CO normal, \downarrow or \uparrow 	<ul style="list-style-type: none"> PCWP ≤ 15 mmHg PAH > 3 WU TPG $\geq 12 - 15$ mmHg 	<ul style="list-style-type: none"> PCWP > 15 mmHg PAH ≤ 3 WU TPG < 12 mmHg 	<ul style="list-style-type: none"> PCWP > 15 mmHg PAH > 3 WU TPG $\geq 12 - 15$ mmHg
WHO CATEGORIES	All forms	1. PH secondary to lung disease / hypoxemia 4. CTEPH	1. PH 2. Left heart failure secondary PH	2. Left heart failure secondary PH

Co nowego w (lubuskiej) pediatrii, czyli LKP dzień pierwszy

X Lubuskie Kolokwium Pediatryczne jest już wspomnieniem, opisanym w generaliach w poprzednim numerze Biuletynu. Warto jednak na tych łamach, dostępnych nie tylko dla pediatrów, ale też innych lekarzy, mających w swej pracy kontakty z dziećmi, wspomnieć o paru nowościach oraz ważnych przypominajkach, które w trakcie kolokwialnych obrad były omawiane.

Po części ultrasonograficznej, rozpoczynającej symposium, nikt z uczestników nie miał już wątpliwości, że ta technika diagnostyczna staje się drugim stetoskopem (a w niektórych dziedzinach, np. w nefrologii, nawet pierwszym). Polscy pediatrzy mogą się w tym zakresie szkolić na licznych kursach, coraz więcej z nich zdobywa też certyfikat Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, potwierdzający umiejętności wykonywania i interpretacji badań. Jest to szczególnie istotne w kontekście braków kadrowych wśród radiologów, a w mniejszych szpitalach także braku lekarza dyżurnego tej specjalności.

Kolejną korzyść niesie za sobą możliwość zastąpienia badaniem USG badania RTG klatki piersiowej w diagnostyce i monitorowaniu leczenia zakażeń dolnych dróg oddechowych. Wniosek końcowy z prezentacji wybitnego pediatry ultrasonografisty, profesora Wojciecha Kosiaka, był taki, że aparat USG powinien stanowić wyposażenie każdego oddziału dziecięcego, na którym powinni oczywiście pracować lekarze, potrafiący się nim posługiwać. Od siebie dodam, iż szczególną rolę odgrywa USG „point-of-care” w diagnostyce bólów brzucha w izbie przyjęć. Z pomocą tego badania wielokrotnie udało nam się w Międzyrzeczu postawić trafną diagnozę schorzenia, wymagającego interwencji chirurgicznej, co w sytuacji pracy w odległości kilkudziesięciu kilometrów od ośrodka chirurgii dziecięcej, przysłużyła się pacjentowi, a dyżurnemu dała spokój ducha i czyste sumienie.



Wielkim świętem były wystąpienia szefów dwóch nowych w naszym województwie oddziałów, które znalazły siedzibę w Centrum Zdrowia Matki i Dziecka w Zielonej Górze. Profesor Ewa Gorczyńska, legenda wrocławskiej onkohematologii dziecięcej, a aktualnie ordynator oddziału w Zielonej Górze, zaprezentowała nie tylko odpowiadające krajowym standardom możliwości diagnostyczne i lecznicze swojej placówki, ale także 13 pierwszych chorych leczonych na Ziemi Lubuskiej. Dzięki doświadczeniu i kontaktom pani profesor, która jest także naszym konsultantem wojewódzkim, lubuskie dzieciaki mają szansę otrzymać na miejscu kompleksową opiekę, w której swój udział mają też zlokalizowane w tym samym budynku pracownie diagnostyki obrazowej (z TK i NMR) oraz Oddział Kliniczny Chirurgii Dziecięcej.

Warto wspomnieć również o drugim wykładzie prof. Gorczyńskiej, poświęconym anemiom. Choć temat wydaje się oklepany, wciąż istotny problem stanowi niedokrwistość niedobarwliwa z niedoboru żelaza u niemowląt. Warto w tym miejscu przypomnieć o konieczności podawania preparatu żelaza u dzieci z grupy ryzyka okołoporodowego: wcześniaków, hipotrofików, urodzonych z ciąż mnogich, przez matkę z niedokrwistością w trakcie ciąży, z okołoporodową utratą krwi i po transfuzji wymiennej. Nierzadko podobni pacjenci trafiają do szpitala z powodu ciężkiej niedokrwistości, związanej z brakiem suplementacji. Szczegółowe zalecenia w tym zakresie można znaleźć w numerze 3/2023 Przeglądu Pediatrycznego.

Drugim lubuskim cywilizacyjnym skokiem było powołanie Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci. Ta ścieżkowa jednostka, kierowana przez dr Dorotę Michałowską, zapewnia niemal pełne zabezpieczenie województwa w zakresie intensywnej terapii pediatrycznej. Pracuje tu 6 lekarzy specjalistów, a wspiera ich jako konsultant sam profesor Andrzej Piotrowski – kolejny człowiek legenda, były ordynator w CZMP i CZD. W ciągu pierwszych 10. miesięcy funkcjonowania na oddziale leczono 129 chorych, co najlepiej świadczy o przydatności tej placówki. Wśród wielu technik leczniczych OIOM dysponuje też, jako jedyna w województwie jednostka, możliwością leczenia ner-

kozastępczego dzieci technikami ciągłymi – najmniejszy dializowany tam pacjent ważył 6 kg. O jakości opieki wiele mówi niska śmiertelność, która we wspomnianym okresie wynosiła tylko 4,6%.

Ciekawym, choć również nienowym tematem, okazały się zakażenia paciorkowcowe, o których opowiedziała prof. Anna Mania z Kliniki Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej UM w Poznaniu. Tu problem stanowią iGAS, czyli inwazyjne zakażenia paciorkowcami z grupy A (*Streptococcus pyogenes*), przebiegające pod postacią zapalenia płuc, kości, stawów, bakteriemii i zespół wstrząsu septycznego (TSS). Aktualnie łącznie rocznie rejestruje się ich w Polsce ponad 5000. Wśród czynników ryzyka wymieniane są: młody wiek zachorowania, grypa, ospa wietrzna oraz różne niedobory odporności. Wydaje się też, że częstość występowania iGAS może zwiększyć się w związku z pandemią COVID-19. Warto pamiętać, że o ile w leczeniu anginy paciorkowcowej wciąż lekiem w 100% skutecznym jest fenoksypenicylina, to w przypadku ciężkich iGAS dodajemy do niej klindamycynę, a w TSS stosujemy nawet trójlekową antybiotykoterapię (klindamycyna + wankomycyna + meropenem lub piperacylina z tazobaktamem).

Drugą rozpowszechnioną grupę paciorkowców stanowią pneumokoki. Od kilku już lat mamy przeciwko nim obowiązkowe szczepienie (to wielki sukces polskich pediatrów pod przewodnictwem poprzedniego konsultanta krajowego, prof. Teresy Jackowskiej), ale grupa dzieci starszych, nieobjętych szczepieniem oraz nieszczepionych ze względu na poglądy rodziców, wciąż narażona jest na ciężki przebieg zakażenia pneumokokowego w postaci zapalenia płuc, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i posocznicy. I znowu w leczeniu zakażenia o lekkim przebiegu (pozaszpitalne zapalenie płuc, zapalenie ucha środkowego i zapalenie zatok) wystarczającą jest monoterapia dostępną amoksycyliną (uwaga na dawkę – powinna wynosić 90 mg/kg m.c./dobę) lub dożylną ampicyliną (150-200 mg/kg m.c./dobę). Ciężkie zakażenia wymagają początkowo skojarzonej antybiotykoterapii, którą można deeskalować po uzyskaniu wyników badań mikrobiologicznych.

Bardzo mocnym akcentem pierwszego



dnia Kolokwium była, bogato ilustrowana przykładami, prezentacja mgr pielęgniarstwa Ireny Gil z wrocławskiego Przylądka Nadziei, dotycząca leczenia trudnych zmian skórnych. Nie reklamując poszczególnych preparatów, trzeba podkreślić, iż planowe i sekwencyjne stosowanie różnych miejscowych środków - odkażających, oczyszczających i przyspieszających regenerację - daje czasem cudowne efekty. Przykład pani Ireny, z którą mam przyjemność na co dzień współpracować, pokazuje, że wiedza i doświadczenie pozwalają osiągnąć sukces w tym zakresie, nawet w sytuacjach, nad którymi większość medyków załamuje ręce. I dlatego dla lekarzy, borykających się z problemami nieogojących się ran i odleżyn, posiadanie telefonu do biegłego w temacie przyjaciela jest nie do przecenienia.

Swoistym podsumowaniem tej części obrad była dyskusja „Powinność ucznia, etos mistrza”, poświęcona zagadnieniom etycznym. Znakiem czasu stało się, iż o etyce lekarskiej rozmawiamy już tylko na sympozjach, żadna procedura nie zakłada jej zastosowania w praktyce. Tymczasem zdarza się, że zarządy szpitali zapraszają zewnętrzne firmy, by szkoliły medyków w tematach kontaktu z pacjentem, empatii, czy metodyki komunikacji. Kolejny znak czasu, czy raczej symptom poziomu kształcenia? Naszym nauczycielom, których w tej części obrad reprezentowali prof. Marian Krawczyński i dr Piotr Gajewski, udało się pokazać, że nie da się całej medycyny zamknąć w procedurach i JGP-ach, a nauki o diagnozie i leczeniu ograniczyć do książki i komputera. Dobrym lekarzem można zostać tylko pod okiem dobrych nauczycieli, których trzeba podpatrywać i słuchać.

TOMASZ JARMOLIŃSKI

Lekarz Roku 2023

W listopadzie ogłoszone zostały wyniki Plebiscytu Medycznego HIPOKRATES, odbywającego się pod patronatem NFZ. Głosowanie na szczeblu wojewódzkim przyniosło następujące wyniki:

Lekarz Rodzinny Roku

1. miejsce - Magdalena Szczepańska-Cymer, J.H.O. Eskulap s.c. Zespół Lekarzy Rodziny - Przychodnia POZ, Gorzów Wielkopolski (9. miejsce w finale ogólnopolskim)

3. miejsce - Małgorzata Goral, NZOZ Małgorzata Goral Sp. Partnerska Lekarsko - Pielęgniarska, Strzelce Krajeńskie

8. miejsce - Grażyna Czekalska, NZOZ Hipokrates, Sulęcín

10. miejsce - Gracjan Marciniak, Przychodnia ALMED, Kostrzyn nad Odrą

Pediatra Roku

4. miejsce - Agnieszka Fiksek, Centrum Medyczne BUSZKIEWICZ - Endomed, Gorzów Wlkp.

5. miejsce - Kazimierz Antonowicz, Szpital Międzyrzecki, Międzyrzec

6. miejsce - Małgorzata Przemyska, NZOZ Medyk, Górzycza

8. Krzysztof Łukmin, Remedium - Przychodnia Rodzinna, Kostrzyn nad Odrą

Stomatolog Roku

1. miejsce - Aleksandra Galant-Jędrzejczak, Adent, Gorzów Wlkp. (12. miejsce w finale ogólnopolskim)

2. miejsce - Bożena Mainka-Walichiewicz, DeaDent Gabinet Stomatologiczny, Słubice

5. miejsce - Jerzy Mikuteł, Mikuteł Jerzy Gabinet Stomatologiczny, Sulęcín

6. miejsce - Przemysław Zawada, Prywatna Praktyka Stomatologiczna, Kostrzyn nad Odrą

Ginekolog Roku

6. miejsce - Wojciech Wiktorowicz, Poradnia Ginekologiczna, Skwierzyna

9. miejsce - Sławomir Bartkowiak, Szpital Międzyrzecki, Międzyrzec

10. miejsce - Hanna Kozber, Specjalistyczny Zakład Medyczny Fundacji Nasze Zdrowie, Gorzów Wlkp. i Jerzy Giża, Nowy Szpital, Kostrzyn nad Odrą

Chirurg Roku

1. miejsce - Volodymyr Lavrynets, Nowy Szpital, Kostrzyn nad Odrą (8. miejsce w finale ogólnopolskim)

3. miejsce - Krzysztof Sidziński, Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ, Kostrzyn nad Odrą

4. miejsce - Olga Szyroki, Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki, Gorzów Wlkp.

6. miejsce - Zbigniew Samulski, CM Buszkiewicz, Gorzów Wlkp.

7. miejsce - Szymon Zachara, Prywatny Gabinet Chirurgiczny, Gorzów Wlkp.

Ortopeda Roku

1. miejsce - dr Monika Dejniewicz, Medico Indywidualna Praktyka Lekarska, Gorzów Wlkp.

2. miejsce - Ireneusz Czerniec, Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska, Gorzów Wlkp.

4. miejsce - Kamil Siuta, Szpital Powiatowy, Drezdenko

6. miejsce - Mateusz Skalski, Centrum Medyczne Brandmed, Słubice

7. miejsce - Jarosław Janik, Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki, Gorzów Wlkp.

8. miejsce - Dariusz Jarocki i Janusz Mikołajczak, Medison, Gorzów Wlkp.

Neurolog Roku

1. miejsce - Dominika Surdacka, Centrum Medyczne Medyk, Gorzów Wlkp.

3. miejsce - Jolanta Raczek, Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych, Międzyrzec

4. miejsce - Iwona Grochocka, Prywatny Gabinet Neurologiczny, Międzyrzec

Urolog/Nefrolog Roku

2. miejsce - Janusz Grzelak, Gabinet urologiczny, Gorzów Wlkp.

5. miejsce - Anna Łoś, Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki, Gorzów Wlkp.

Okulista Roku

2. miejsce - Jakub Morawski, Poradnia Okulistyczna Specjalistyczny Zakład Medyczny Fundacji Nasze Zdrowie NZOZ w Gorzowie Wlkp.

3. miejsce - Halina Malinowska, Specjalistyczny Zakład Medyczny Fundacji Nasze Zdrowie i Ireneusz Skinder, Gorzowska Lecznica Specjalistyczna, Gorzów Wlkp.

Dermatolog Roku

1. miejsce - Atena Emerle-Meisinger, Meisinger Specjalistyczna Praktyka Lekarska, Gorzów Wlkp.

2. miejsce - Zofia Polakowska, P&P Beauty Clinic, Gorzów Wlkp.

Laryngolog Roku

1. miejsce - Maciej Koberski, Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki, Gorzów Wlkp. (6. miejsce w finale ogólnopolskim)

2. miejsce - dr n. med. Grzegorz Matyja, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, Gorzów Wlkp.

4. miejsce - Teresa Machała-Goćwińska, Wojewodzki Ośrodek Medycyny Pracy w Gorzowie Wlkp.

DOROTA FRĄTCZAK

XLII Okręgowy Zjazd Lekarzy

XLII Okręgowy Zjazd Lekarzy odbędzie się 23 marca 2024 r. (sobota) o godz. 10.00 w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Gorzowie Wlkp. przy ul. Warszawskiej 14a/15.

Przypomnienie o obowiązku

Okręgowa Izba Lekarska przypomina o obowiązku zgłaszania przez lekarzy i lekarzy dentyistów wszelkich zmian danych, objętych rejestrem w prowadzonych praktykach prywatnych w terminie 14 dni od dnia ich powstania, w szczególności w praktykach wykonywanych w zakładach leczniczych (tzw. praktyki kontraktowe).

Przeszczepianie komórek

W styczniu minął rok od pierwszego przeszczepu komórek macierzystych w gorzowskim szpitalu, który jest pierwszym takim ośrodkiem w województwie.

W ciągu rocznej działalności w Kate-drze i Klinice Hematologii, Onkologii i Radioterapii Uniwersytetu Zielonogórskiego w Gorzowie wykonano 11 przeszczepień autologicznych komórek macierzystych.

Obecnie gorzowski szpital stara się o pozwolenie na allogeniczne przeszczepianie komórek. Na ten rok planowane są pierwsze przeszczepienia od dawcy spokrewnionego, później od niespokrewnionych, haploidentycznych oraz terapia CAR-T- cells. Prof. Katarzyna Brzeźniakiewicz-Janus, chciałaby, aby kierowana przez nią gorzowska jednostka, miała dostęp do wszystkich terapii komórkowych, jakie są dostępne na świecie. DF

Zawodowe złote gody

Po raz pierwszy Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie zorganizowała taką uroczystość. U honorowanie lekarzy, którzy 50 lat temu ukończyli akademie medyczne, okazało się strzałem w dziesiątkę.

24 listopada 2023 roku w siedzibie Izby odbyła się uroczystość wręczenia listów gratulacyjnych z drobnymi upominkami lekarzom w pięćdziesięciolecie otrzymania przez nich dyplomów. Takich osób w naszej OIL jest 29, na spotkanie przybyło 19. Powitała ich pani prezes Ewa Joniec:

- Serdecznie witam i gratuluję obchodzenia złotych godów w zawodzie, zawdzie bardzo trudnym, w którym wielu z was trwa czynnie do dziś. Przedstawiam państwu nasze nowe nabytki: panią Martę, Anetkę i Anię, które pracują w Izbie. Jeśli ktokolwiek będzie miał jakiś problem, to proszę do nich się zwracać. Na pewno pomogą.

Każdemu jubilatowi, wywołanemu imiennie, pani prezes wręczyła list gratulacyjny i pudło z prezencikami. Wszystkich obecnych pokazujemy na fotografiach.



Prezes Ewa Joniec wręcza list gratulacyjny Krystynie Czekalskiej.

Po części oficjalnej dr Piotr Gajewski zainicjował dyskusję, zaczynając jednak od podziękowań za spotkanie.

- Jestem wdzięczny za to spotkanie i mam nadzieję, że stanie się to tradycją.

- Często uścisk ręki jest dla nas ważniejszy niż jakaś gratyfikacja – przyznała dr Joniec.

Dr Barbara Wierzbicka-Gałgańska, przewodnicząca Komisji Lekarzy Seniorów, opowiedziała o działalności komisji:

- Gratuluję państwu wytrwania w tym ciężkim zawodzie 50 lat. Nasza komisja działa od 13 lat. Spotykamy się raz w miesiącu tutaj w Izbie. Staramy się wychodzić do filharmonii, do teatru. Wyjeżdżaliśmy również, np. Do Berlina, do Wrocławia, do

Rogalina. Co roku mamy majówkę w Mironicach, wśród stawów i lasów. We wrześniu organizujemy święto ziemniaka, również w Mironicach. Co roku mamy swoją Wigilię. Dużo osób na nią przychodzi. Gdybyście państwo mieli ochotę uczestniczyć w naszej Wigilii, to zapraszam. Proszę tylko zgłosić się do mnie, żebym wiedziała ile nakryć mam zamówić w restauracji „U Grażyny”. Serdecznie zapraszam do wspólnego spędzania czasu i obyśmy nie poszli w zapomnienie.

Dr Małgorzata Jodlińska-Puziuk przyznała, że po raz pierwszy została zaproszona przez Izbę na jakieś spotkanie.

- Rozpoczęłam pracę 1 sierpnia 1973 roku w państwowej przychodni – mówiła – teraz pracuję jako lekarz rodzinny w przychodni Certus, ale to jest ta sama przychodnia. Od 50 lat pracuję w tym samym miejscu. Do tej pory Izba Lekarska kojarzyła mi się tylko z upomnieniami, żeby zapłacić składki. Nigdy nie zostałam tu zaproszona, nigdy.

To spotkanie okazało się bardzo potrzebne i ważne dla jego uczestników. Przy kawie, herbacie, przekąskach wytrawnych i słodkich były rozmowy w mniejszych grupkach, ale i na forum.

Dr Jacek Zajączek opowiedział o analitycznym spotkaniu w Szczecinie, ale nie w Okręgowej Izbie Lekarskiej lecz na zaproszenie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego.

- W dniach 22 i 23 września 2023 roku odbyła się impreza na naszej macierzystej Alma Mater, Akademii Medycznej w Szczecinie, bo tak się nazywała, gdy tam studiowaliśmy z kolegą Piotrem Gajewskim. A teraz byliśmy współorganizatorami spotkania. To się nazywało Uroczyste Odnowienie Dyplomu w 50-lecie ukończenia studiów. Dyplom jest piękny, sporządzony w dwóch językach: po polsku i po łacinie, wart oprawienia w ramki. Uczelnia bardzo ładnie przygotowała się do tej uroczystości. Była nawet oprawa muzyczna, bo wystąpił chór. Każdy otrzymał dyplom. Niektórzy absolwenci nie wiedzieli o tej uroczystości, choć daliśmy ogłoszenie w „Gazecie Lekarskiej”. Sam wysłałem około 200 listów. Kto nie był, może się zgłosić po odbiór dyplomu do pani Renaty Olejnik na adres e-mail: renata.olejnik@pum.edu.pl

Po tych miłych akcentach rozmowy ze-

Sz. P.

Czekalska Krystyna

W imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej

składam serdeczne gratulacje

z okazji 50-lecia uzyskania dyplomu uczelni medycznej.

Życzymy codziennej satysfakcji z przebytej drogi zawodowej

a przede wszystkim dużo zdrowia i szczęścia w życiu

osobistym.

Prezes
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Gorzowie ULiRp.

szły na bieżące problemy nurtujące lekarzy. Dr Gajewski wrócił do zatrudniania lekarzy „walizkowych” – jak ich określa – czyli tych, którzy dojeżdżają tylko na dyżury i zakłócają ciągłość opieki nad pacjentem, bo nie wiedzą co na co dzień dzieje się z pacjentem. O młodych lekarzach, którzy narzekają na zarobki, rozterki duchowe, psychiczną apatię powiedział:

- Dla nich mam jedną radę: Do roboty!

Rozmowa zeszała na temat młodych małżeństw, które szybko się rozpadają, coraz częstsze problemy psychiczne młodych ludzi. Pani prezes Ewa Joniec opowiedziała o tym, jak wygląda wydawanie warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarzom z Ukrainy. Niektórzy ubiegają się o nie zupełnie nie znając języka polskiego, inni uzyskując takie warunkowe prawo, uważają że mogą posługiwać się pieczęcią specjalisty, jakim byli na Ukrainie.

Powrócił temat kształcenia lekarzy na uczelniach całkowicie do tego nieprzygotowanych. Padło nawet sarkastyczne pytanie: dlaczego w Gorzowie jeszcze nie ma wydziału lekarskiego? Na Ukrainie są podobno propozycje, aby kształcić lekarzy zdalnie. W tym kontekście powróciła kwestia braku lekarzy.

- Szpitale będą zatrudniać wielu rezydentów, żeby spełnić normy zatrudnienia – przewidywał dr Gajewski. - Rezydenci, marnie opłacani, będą musieli się szkolić, tym samym często będą nieobecni. Liczba lekarzy będzie się zgadzała na papierze, ale faktycznie będą braki.

Konkluzją dyskusji było stwierdzenie, że gdyby lekarze, będący na emeryturze, przestali pracować, to nie miałby kto leczyć chorych.



Maciej Arnold



Marta Graczyk



Urszula Gadomska



Małgorzata Jodlińska-Puziuk



Miroslawa Gajewska



Krystyna Kieres



Piotr Gajewski



Danuta Kustosz



Bogdan Paszak



Anna Sidor



Jerzy Wojciechowski



Czesława Podgórska-Kundzik



Zbigniew Sliwiński



Swietlana Winnicka



Jerzy Robak



Janina Tumiłowicz



Jacek Zajączek



Janusz Ronge



Barbara Wierzicka-Gałgańska, Jolanta Małmyga i Bogumiła Tuross-Dejnowicz

Płuca społecznie zaopiekowane

Jerzy Owsiak zadeklarował, że pieniądze zebrane podczas finału Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy zostaną przeznaczone na zakup sprzętu medycznego dla 15 oddziałów pulmonologicznych dla dzieci i 49 oddziałów pulmonologicznych dla dorosłych.

Wynika to z konsultacji ze szpitalami w całej Polsce, które wskazywały, jaki sprzęt jest im najbardziej potrzebny. Wiedzę czerpano również z dramatycznych raportów Najwyższej Izby Kontroli. W rezultacie w planach fundacji znalazł się zakup m.in. urządzeń służących do diagnostyki obrazowej, rezonansów magnetycznych, aparatów ultrasonograficznych, polisomnografów, przenośnych spirometrów, systemów do badań bronchoskopowych, sprzętu do rehabilitacji pulmonologicznej i torakochirurgii.

Zakład Leczenia Chorób Wewnętrznych, Chorób Płuc, Chorób Przewlekłych, Nadciśnienia Tętniczego, Endokrynologii i Gastroenterologii Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie zwrócił się do Fundacji WOŚP m.in. o stacjonarną pompę wysokoprzepływową do terapii tlenem z nebulizatorem, drugą taką, ale transportową, a także superindukcyjną stymulację, monitory funkcji życiowych, kapnograf, nebulizatory, kamizelkę do oklepywania przy mukowiscydozie, urządzenie do nieinwazyjnej wentylacji.

Dr hab. n. med. Katarzyna Krenke, prof. w Klinice Pneumonologii i Alergologii Wieku Dziecięcego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prezes Polskiego

Towarzystwa Pulmonologii Dziecięcej, w wypowiedzi dla Termedii podkreśliła, że pandemia COVID-19 bardzo negatywnie wpłynęła na stan układu oddechowego Polaków.

– Restrykcje – mówiła – które były absolutnie niezbędne na wstępnym etapie, zanim wynaleziono szczepionki, powodowały, że dzieci nie kontaktowały się ze sobą. Część z nich została urodzona w pandemii i od razu była izolowana. W związku z tym, po zniesieniu restrykcji, nastąpił wręcz wybuch innych zakażeń wirusowych, bardzo ciężkich, z których konsekwencjami spotykamy się do dziś. Po zakażeniach wirusowych następują zwykle ciężkie zakażenia bakteryjne: powirusowe zapalenia płuc, martwicze zapalenia płuc i to jest problem, z którym spotykamy się na oddziałach.

Przez ograniczoną w czasie pandemii dostępność do ośrodków zdrowia przewlekłe choroby, takie jak mukowiscydoza, śródmiąższowe zapalenie płuc, na tym ucierpiały, nie były odpowiednio wcześniej diagnozowane, doszło do zaostrzenia objawów. Takie problemy jak włóknienie płuc z niewydolnością oddychania, to jest problem dużej grupy pacjentów – stwierdziła prof. Krenke¹.

Z kolei w rozmowie z Karoliną Gomołą dla Medonetu ta sama ekspertka podkreśliła:

- Wszyscy znamy też określenie long covid, na które składa się zespół objawów utrzymujących się długo po zakończeniu choroby. Ze strony układu oddechowego najczęściej występują: duszność, przyspieszony oddech, kaszel i upośledzona tolerancja wysiłku. U większości osób te objawy ustępują, ale u niektórych dochodzi do

oddziału dla dzieci została przekształcona w ośrodek covidowy w trakcie pandemii. Wiele dzieci, które tam trafiło, cierpiało na bardzo ciężkie zapalenia płuc z niewydolnością oddychania, a niektóre z nich wymagały wspomaganie wentylacji płuc w oddziale intensywnej terapii. Obrazy płuc u tych dzieci niejednokrotnie przypominały te u dorosłych, czyli płuca były prawie białe w badaniach obrazowych. To wiązało się z długotrwałym procesem powrotu do stanu sprzed infekcji². Z kolei prof. Joanna Zajkowska z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku zwróciła uwagę, że płuca wymagają wsparcia nie tylko po pandemii.

- Płuca są ważnym organem człowieka – podkreśliła w wywiadzie dla PAP. - Wymagają profilaktyki i leczenia nie tylko po pandemii COVID-19, ale także ze względu na zanieczyszczenie środowiska czy

po prostu starzenie się społeczeństwa. (...) Jednak właśnie pandemia zwróciła wszystkim uwagę na to, jak ważne są płuca³.

Jeden z lubuskich pulmonologów stwierdził, że pulmonologia została niestety zaniedbana i teraz po WOŚP nastąpi kapitalny postęp w tej specjalności. Pytanie tylko: dlaczego społeczeństwo musiało tym się zająć a nie państwo?

Owsiak wstrzelił się w dziesiątkę z tematem tegorocznego finału Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy - pochwalił.

DOROTA FRĄTCZAK

Fot. <https://gemini.pl/poradnik/zdrowie/czym-jest-bronchoskopia/> dostęp 6.02.2024, g. 18.30

¹<https://www.termedia.pl/pulmonologia/Tematem-32-finału-WOSP-beda-Pluca-po-pandemii-,53516.html> (dostęp 6.02.2024, g. 15.51)

²<https://www.medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-ukladu-oddechowego-i-alergie,prof-krenke-o-finale-wosp-nasze-pluca-nie-maja-sie-dobrze-po-pandemii,artykul,54644820.html> (dostęp 6.02.2024, g. 16.14)

³<https://www.pap.pl/aktualnosci/ekspertka-pluca-wymagaja-wsparcia-nie-tylko-po-pandemii> (dostęp 6.02.2024, g. 16.25)



nieodwracalnych zmian w układzie oddechowym, które mogą prowadzić do niewydolności oddychania. Płuca po przebytych COVID-19 mogą ulec włóknieniu, co jest procesem nieodwracalnym. W bardziej zaawansowanych stadiach choroby pacjenci wymagają stałej tlenoterapii, wspomaganie wentylacji, a nawet przeszczepienia płuc. (...)

W dalszej części rozmowy dodała:

- U jednego z dzieci po zapaleniu płuc pojawiła się bardzo duża torbiel powietrzna z boku płuca, blisko opłucnej, co groziło powstaniem odmy. Konieczne było rozważenie leczenia chirurgicznego. Dodatkowo niektóre dzieci doświadczały zespołu PIMS (wieloukładowy zespół zapalny), w którym w większości przypadków dominują objawy ze strony układu krążenia.

W klinice, w której pracuję, połowa

Płuca po pandemii

Pod takim hasłem zagrała 28 stycznia 2024 roku Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy. W 32. edycji uczestniczyło blisko 120 tys. wolontariuszy w 1680 sztabach w ponad stu krajach. Zebrane datki i wylicytowane kwoty na aukcjach przekroczyły ubiegłoroczny rekord.

O 175 mln zł było wiadomo już następnego dnia, a liczenie nadal trwało. W Gorzowie działały dwa sztaby - główny w klubie „U Szefa” pod wodzą Marty Cieciewicz, z dwoma podsztabami: w I LO i Kłodawie oraz sztab harcerski. Datki zbierało 350 wolontariuszy. Pogoda im sprzyjała, a także fakt, że była to niedziela handlowa, więc większość kwestowała w galeriach i pod sklepami. Po pierwszych podliczeniach okazało się, że Gorzów zebrał 450 tys. zł a trwały jeszcze aukcje.

„U Szefa”

Marty Cieciewicz już nie ma w klubie. Poszła działać w centrum wydarzeń w Arenie. Olga Ciećko w sztabie „U Szefa” podkreśla:

- My mamy 300 wolontariuszy, do po-



łudnia zdanych było już około 20 puszek. Od 25 lat jestem wolontariuszką. Moja córka żyje dzięki Owsiakowi.

Zmęczeni wośpowicze posilają się, najmłodsze dzieci bawią się piłką. Uwagę obecnych skupia pizza, którą właśnie dostarczono.

Ten sztab w poniedziałek ucieszy efekt kwesty – blisko 400 tys. zł.



Askana

W Askaniu kwestowała Marysia Klietyńska pod opieką mamy, Joanny.

- Drugi raz bierzemy udział w WOŚP. - opowiada mama – poprzednio kwestowałyśmy w Kauflandzie. Nikt z bliskich nie przeszedł COVID-u i nie ma problemów zdrowotnych, ale to ważne, że się wspomaga innych. Syn ma 14 lat i też kwestuje z harcerzami. Ciekawe jesteśmy kto więcej zbiera: Marysia czy jej brat?



Nova Park

W Nova Park widać kilka duetów kwestujących. Jednym z nich jest Aleksander Paszkiewicz z ojcem. Aleksander ma 30 lat, cierpi na porażenie mózgowie. Nie chodzi, nie mówi, ale myśli i komunikuje się z otoczeniem. Ukończył liceum ogólnokształcące z czerwonym paskiem, porozumiewa się przy pomocy tablic z literami, obsługuje komputer. Ma piękny uśmiech i



oczy wiele mówiące. Już ósmy rok kwestował razem z tatą.



W tej samej galerii spotkać można było Hannę Sergiejczuk i Agnieszkę Romanowicz, uczennice I LO. Hania kwestowała pierwszy raz.

- Kilka razy byłam na wolontariacie w przedszkolu, w żłobku – opowiada – to dało mi dużą satysfakcję. Byłam ciekawa jak to jest być wolontariuszem WOŚP. Dlatego się włączyłam.

- Zawsze chciałam doświadczyć wolontariatu – podkreśla Agnieszka – ale nie miałam szans z powodu wykluczenia komunikacyjnego. Mieszkam w Trzebiszewie i nawet z dojazdami do szkoły są kłopoty.

Stary Rynek

W okolicach katedry spacerowało najwięcej wolontariuszy z p uszkami, wśród nich Natalia Łotocka, siedmioletnia Monika, osiemnastoletni Maks i 26-letni Marcin. Dorośli działają w Stowarzyszeniu Młodych Demokratów i co roku biorą udział w Wielkiej Orkiestrze.

Kieruje nami chęć pomocy tym, którzy



pomocy potrzebują, którzy sami sobie nie są w stanie pomóc – argumentuje Natalia. - Gdyby nie WOŚP byłoby mniej sprzętu w szpitalach.

- Mojemu bratu WOŚP uratowała życie – podkreśla Maks. Brat urodził się w Dębnie, prawdopodobnie z sepsą czy inną ciężką chorobą. Trzeba było go jak najszybciej przetransportować do szpitala specjalistycznego w Szczecinie. Gdyby nie karetka dla noworodków, z respiratorem, którą ufundowała WOŚP, to nie dałoby się go inaczej przewieźć. On ma teraz 12 lat. Mi udało się zebrać chyba najwięcej pieniędzy a to dlatego, że stanąłem koło miejsca, gdzie uczestnicy Biegu „Policz się z cukrzyczą” wpłacali wpisowe i przeważnie jak dostawali 30 zł reszty, to wrzucali mi te pieniądze do puszeki.

Ten bieg odbywał się również w ra-



mach finału 32. WOŚP. Dochód z niego przeznaczony będzie na zakup pomp insulinowych.



Intermarche

Pod Intermarche przy ul. Pomorskiej kwestował trzynastoletni Ksawery Klentak z tatą. Chłopiec jest harcerzem, pod koszulką WOŚP miał mundurek. Dla niego pomaganie jest oczywistością. Po raz trzeci zbierał datki na rzecz Orkiestry. Do południa miał już uzbieraną jedną pełną skar-



bonkę. Jego tata kwestuje od lat 90-tych. Przejmuje woreczki z drobnym bilonem, które przynoszą głównie starsze panie, żeby syn nie musiał dźwigać zbyt ciężkiej puszeki. Znosi te woreczki do samochodu.

- Badanie słuchu u noworodków zaraz po urodzeniu jest zasługą Wielkiej Orkiestry – argumentował. - Na oddziałach dziecięcych wszędzie to serducho jest. Jak się ma dzieci, to trzeba zbierać datki, bo nigdy nie wiadomo czy dziecko nie będzie potrzebowało pomocy ze sprzętu ufundowanego przez WOŚP. Poza tym jak się młodego zabiera na kwestowanie, to się go wdraża w takie działania. Starszy syn też ze mną kwestował.



Manhattan, sztab harcerek

Przed do Szkołą Podstawową nr 20, gdzie mieścił się harcerek sztab, płonęło ognisko, unosił się zapach pieczonych kiełbasek, rozbrzmiewał dźwięk gitary i śpiew. W drzwiach do szkoły stał w mundurku, jeszcze bez stopnia harcerek, Leszek Bojba, uczeń piątej klasy Szkoły Moracz w Sulejówku, która prowadzi edukację domową. Starał się być pomocny wchodzącym i kierować w odpowiednie miejsca.

Tu w holu każdy mógł się posilić kiełbaską, ciastem, kawą, herbatą.





Puszkina

W sztabie w I LO oprócz młodzieży jest obecny pełniący obowiązki lubuskiego kuratora oświaty, Mariusz Biniewski, który zasilił aukcję WOŚP specjalnym wydaniem „Chłopów” Reymonta i swoim piórem. Wieloletni nauczyciel tej szkoły, Zbigniew Łuczka przekazał linoryt swego autorstwa oraz gadżety z maratonów, w których brał udział. Zbigniew Paluch również ofiarował gadżety, związane ze swoją dyscypliną, czyli żużlowe. „Kosze zdrowia” przygotowała Zuzanna Piwko, absolwentka I LO. A opowiadał o tym wszystkim Piotr Wiśniewski, szkolny pedagog w I LO, jednocześnie dziennikarz i koordynator WOŚP. Tu działało 33 wolontariuszy, uczniów tej szkoły.

W „Puszkinię” sztab działa od pięciu lat. W tej edycji z jednej puszki wyjęto już ponad 600 zł. Młodzi ludzie posilają się pachnącą pizzą, a pan Wiśniewski przypomina im, że to rodzice ich żywią, gdyż pizzę ufundowała Rada Rodziców, zaś babeczki zrobiła pani Kinga Pietkiewicz.



Arena Gorzów

Głównym miejscem wydarzeń 32. Finału Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy była nowa hala sportowo-widowiskowa Arena Gorzów. Te przepływały prawdziwe tłumy gorzowian. Przed głównym wejściem kwestował Damian Adamski z córkami: pięcioletnią Ewą i siedmioletnią Hanią. Tata robił to już po raz trzeci, dziewczynki po raz pierwszy i mówiły, że bardzo im się wszystko podobało, więc za rok one będą już wolontariuszkami a tata tylko opiekunem.



Ciężar puszki nie świadczy o wartości – zwraca uwagę - bo ludzie przeważnie banknoty wkładają.

Podobno najczęściej 10 zł, ale zdarzały się też stówki, a i 2 czy 5 zł. Wiadomo, że nie kwoty są najważniejsze, ale chęć przekazania ile kto może na szczytny cel i co równie ważne: poczucie wspólnoty. Tego ludzie bardzo potrzebują i to daje im co roku Wielka Orkiestra.

Program w Arenie przygotowany został przez Miejskie Centrum Kultury i był bardzo bogaty. Zaczął się od hymnu WOŚP



wykonanego przez Gorzowską Orkiestrę Dętą, poprzez występy zespołów: tanecznego „Aluzja”, uczniów Prywatnej Szkoły Muzycznej Huberta Zbiorczyka, Stowarzyszenia Pozytywka, Podróbki i na deser Pidżamy Porno. Atrakcją była obecność Gorzowskiej Grupy Rekonstrukcyjnej Szturmowej w pełnym umundurowaniu i z bronią.. Pomiędzy występami odbywały się licytacje, m.in. voucheru na śniadanie z prezydentem Gorzowa, piłki do siatkówki z autografami złotych Polaków z mistrzostw Europy Wschodniej U20, zestawu medali z lekkoatletycznych mistrzostw Polski seniorów, regionalnego wina i wielu innych przedmiotów. O godzinie 20:00 było tradycyjne Świątełko do nieba, a o 22 zapadła cisza nocna.

Tekst i zdjęcia
DOROTA FRĄTCZAK

Apele do władz

Okręgowa Rada Lekarska w Krakowie 20 grudnia 2023 roku wystosowała apel do Naczelnej Rady Lekarskiej o wezwanie nowego Rządu RP do realizacji obietnic wyborczych, a 23 listopada 2023 roku poparła apel Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu o uchylenie przepisów, dotyczących przyznawania warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty dla osób, które uzyskały dyplom poza UE.

Mając na uwadze problemy pacjentów oraz personelu medycznego pracującego w szpitalach, Okręgowa Rada Lekarska w Krakowie apeluje do Naczelnej Rady Lekarskiej o pilne wezwanie nowo utworzonego rządu RP do niezwłocznej realizacji obietnic wyborczych i wprowadzania rozwiązań mających na celu poprawę sytuacji w polskim szpitalnictwie.

Ostatnie lata deprecjonowania i ignorowania naszego środowiska doprowadziło do odpływu kadr medycznych ze szpitali oraz zwiększenia zadłużenia tych placówek medycznych. Nastąpiło to przy jednoczesnym systematycznym dociążaniu ich nowymi obowiązkami oraz ogromem dodatkowo wykonywanej pracy. Przypominamy, że w pandemii to właśnie szpitale i ich personel stały się podstawowym miejscem udzielania pomocy medycznej. Po pandemii to na barki szpitalnego personelu spadło wykonywanie zarzuconej diagnostyki i opóźnionego leczenia, w ramach tzw. spłaty długu zdrowotnego polskich pacjentów.

Szpitale nieustannie borykają się z ogromnymi problemami finansowymi i brakami kadrowymi, bowiem system (nie) płacenia przez NFZ za świadczenia jest „chory” i musi prowadzić do ciągłego zadłużania. Pomimo stale rosnących wymagań i oczekiwań płatnika (NFZ), personel szpitalny jest w systemie wciąż jednym z najgorzej wynagradzanych. Co więcej, w najbliższym czasie polskie szpitalnictwo czekają kolejne wyzwania, w tym implementacja założeń ustawy o jakości w ochronie zdrowia, która, jak informowaliśmy wielokrotnie, nie jest do końca przemyślana lub wręcz niemożliwa do wdrożenia, jakkolwiek szlachetne były założenia jej pomysłodawców. Trzeba powiedzieć głośno: nie można wymagać jakości, za którą się nie płaci!

Mając na uwadze powyższe, apelujemy o:

- Natychmiastowe zmniejszenie obowiązków administracyjnych lekarzy, w tym zaprzestanie wymagania określania stopnia refundacji recept.

- Poprawę warunków pracy (w tym obsady kadrowej) i płacy personelu medycznego, a zwłaszcza szpitalnych lekarzy specjalistów, których wynagrodzenia nie przystają do ogromu stawianych przed nimi wymagań, zarówno pod względem wykształcenia, odpowiedzialności, jak i wykonywanej pracy.

- Niezwłoczną poprawę wycen świadczeń udzielanych w szpitalach oraz wypłatę należności za wykonaną pracę, które NFZ już zalega szpitalom.

- Stworzenie systemu, w którym szpital będzie otrzymywał pieniądze za pracę wykonaną na rzecz pacjentów, a nie na zasadzie kredytowania NFZ (w tym likwidację tzw. limitów).

- Racjonalizację ustawy o jakości w ochronie zdrowia.

- Depenalizację wykonywanych przez lekarzy działań, mających na celu ratowanie życia pacjentów, poprzez cofnięcie zmian wprowadzonych przez byłego ministra sprawiedliwości.

- Wprowadzenie prawdziwego systemu no fault obowiązującego w całym cywilizowanym świecie.

Apelujemy o rozpoczęcie rzeczywistego dialogu z naszym środowiskiem i traktowanie nas jak partnerów. Nikomu innemu tak jak nam, osobom, które na co dzień walczą o życie pacjentów w tym systemie, nie zależy na jego poprawie i wysokiej jakości. W końcu wiele lat życia i swoją młodość poświęciliśmy na przygotowanie do wykonywania tego szlachetnego zawodu.

Ze swojej strony deklarujemy wolę współpracy przy rozwiązywaniu problemów systemu ochrony zdrowia, albowiem nie ma już czasu na prowadzenie jałowych sporów i odwiekanie działań prowadzących do naprawy systemu szpitalnictwa.

Apel z poparciem

Okręgowa Rada Lekarska w Krakowie będąc zobowiązana przepisami ustawy do przyznawania w ramach procedury uproszczonej tzw. *warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza* w oparciu o decyzje Ministra Zdrowia osobom, które uzyskały dyplom poza UE w pełnej rozciągłości podziela obawy i wnioski ujęte w Apelu ORL-2/2023 Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 21 października 2023 r. Nasze kilkulatnie doświadczenia pozwalają zauważyć **szereg powtarzalnych naruszeń** ilustrujących niedoskonałość aktualnych rozwiązań ustawowych, które polegają w szczególności na:

1. nieuprawnionym posługiwaniu się tytułem specjalisty co wprowadza w błąd pacjentów,

2. licznych próbach obchodzenia wy-

mogą zawierania umowy o pracę z osobą wnioskującą o przyznanie warunkowego prawa umowami tzw. kontraktowymi zawieranymi w ramach działalności gospodarczej,

3. bezpodstawnych próbach rejestracji indywidualnej praktyki lekarskiej,

4. pozorności realizacji wymogu nadzoru (gdzie po zwróceniu się z pismem do lekarza specjalisty o potwierdzenie deklaracji faktycznego sprawowania nadzoru nad osobą wnioskującą o warunkowe prawo wykonywania zawodu otrzymujemy informacje o braku wiedzy lub świadomości obowiązków w tym zakresie),

5. nieuprawnionego podejmowania zatrudnienia przez lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych w innych miejscach niż wskazano w decyzji Ministra Zdrowia,

6. permanentnym niedopełnianiu obowiązku zgłoszenia informacji Ministrowi Zdrowia oraz tut. Okręgowej Radzie Lekarskiej o zatrudnieniu (jego zmianie i okresie obowiązywania umowy).

(...) Wnioski podniesione w apelu Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej są tożsame z wnioskami tut. Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, podparte szerokim doświadczeniem, ukazując globalnie (a nie tylko lokalnie), jak bardzo wadliwa jest procedura tzw. warunkowych praw. Brak możliwości weryfikacji znajomości języka polskiego, brak jasnej regulacji określającej uprawnienia lekarzy posiadających warunkowe prawo jest przyczyną wielu nieporozumień i nieprawidłowości ostatecznie, mogących mieć swój nieszczęśliwy finał w trakcie niesienia pomocy pacjentom.

W ocenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie konieczne jest usunięcie obowiązujących obecnie szkodliwych regulacji prawnych. Lekarze i lekarze dentyści, którzy uzyskali dyplom poza Unią Europejską, chcąc leczyć pacjentów na terenie Rzeczypospolitej Polskiej powinni podjąć się nostryfikacji dyplomu lub złożyć Lekarski Egzamin Weryfikacyjny (Lekarsko – Dentystyczny Egzamin Weryfikacyjny).

Wielu lekarzy z obszaru działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Gorzowie podziela powyższe stanowisko. (DF)

OPŁATEK SENIORÓW

16 grudnia 2023 roku tradycyjnie odbyło się spotkanie opłatkowe lekarzy seniorów, zorganizowane przez kierującą Komisją Lekarzy Seniorów panią doktor Barbarę Wierzbicką-Gałgańską. W pięknie udekorowanej sali restauracji „U Grażyny”, przy zastawionych potrawami wigilijnymi stołach, spotkała się grupa lekarzy. Po uroczystym powitaniu i złożeniu życzeń przez prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej w Gorzowie Wlkp. doktor Ewę Joniec odbyło się wzajemne składanie życzeń.

Po zjedzeniu wspaniałych potraw odbyło się wspólne śpiewanie kolęd wraz z duetem Jadwigą Puchałą i Piotrem Leśnickim.



Jadwiga Puchała i Piotr Leśnicki



Teresa Karpisz



Lucyna Kotowicz, Zofia Tomczak-Danielak,
Maria Downar-Zapolska



Wanda Chmielewska



Anna Sidor i Barbara Wierzbicka-Gałgańska



Maciej Arnold, Irena Stankiewicz



Wiesława Nurek, Anna Grabowska, Halina
Gawińska-Zimordzka



Barbara Wierzbicka-Gałgańska i Ewa Joniec



Marek Wasiak



z lewej Marek Wasiak i Grażyna Jeżewska,
z prawej wiceprezes Bogumiła Tuross-Dejnowicz
i prezes Ewa Joniec



Barbara Wierzbicka-Gałgańska i Urszula
Gadomska



Marta Graczyk i Wiesława Nurek

Mikołajki dla dzieci

Tradycyjnie jak co roku do dzieci lekarzy z gorzowskiej OIL przyszedł Mikołaj z prezentami, tym razem nieco innymi niż w poprzednich latach.

8 grudnia 2023 roku w Okręgowej Izbie Lekarskiej odbyła się impreza mikołajkowa dla około pięćdziesięciorga dzieci. Najmłodszą uczestniczką była 7-miesięczna Julia, najstarsze były dziesięciolatki. Elfy, czyli panie Marta, Aneta i Ania z biura OIL, przygotowały paczuszki, które wręczał później dzieciom Mikołaj. Atmosfera od wejścia była bardzo mikołajkowa – wśród świątecznych dekoracji krążyły elfy w czerwonych czapkach, nawet pani prezes Ewa Joniec nałożyła kolorystycznie dopasowaną suknię i dekorację na głowę. Podobnie wystrojone były dzieci.

- Tym razem rodzice nie chcieli wielkich prezentów dla swoich pociec – opowiada Marta Giblewska – więc przygotowałyśmy

tylko małe paczuszki ze słodyczami. Rodzice chcieli, żeby zorganizować dzieciom imprezę, dlatego zaangażowałyśmy animatorów.

Panie Danusia, Ola i pan Wojtek z firmy Eventgo zorganizowali fantastyczne zabawy dla milusińskich. Było dużo muzyki i ruchu. Na początek rozruszali chętnych krokami tanecznymi do przodu, do tyłu, na boki. W każdym momencie zabawy najbardziej aktywną tancerką na parkiecie była trzyletnia Laura. Później elf Ola rozdała obrazki z dekoracjami choinkowymi, które dzieci miały przyczepić w odpowiednich miejscach na choince na wielkiej planszy. Po wzorowym wykonaniu tego zadania zaczęły się pytania elfa Oli: czy dzieci były grzeczne w mijającym roku, czy zawsze słuchały rodziców, czy sprzątały swój pokój, czy nie kłóciły się z rodzeństwem itp. Odpowiedzi w większości były pozytywne, ale czasami dało się zauważyć spuszczoną główkę z oznaką poczucia, że nie zawsze było tak dobrze. Ale i dla tych drobnych grzeszków znalazło się rozwiązanie, a mianowicie „młynek do mielenia psot i złych momentów”, który działa tylko raz w roku i właśnie tego dnia dzieci mogły w nim zutilizować swoje małe przewinienia. Kręciły młynkiem, a im energiczniej, tym więcej dymu ulatywało ze zmielonych uchybień. Radości było co niemiara.

Z czystymi sumieniami dzieci rzuciły się w wir tańca przy świątecznych piosenkach. Czekając na święta i przyjście Mikołaja elf Ola zaproponowała sprzątanie, które w większości polskich domów trwa w tym okresie. Były to oczywiście zabawy ruchowe symulujące zbieranie śmieci z podłogi do koszyczka, mycie okien, pranie itp. Chwilę odpoczynku przyniosła następna zabawa, a mianowicie dobieranie w pary rozsypanych na podłodze stert pojedynczych, dziecięcych skarpetek. To było lepsze niż puzzle. Dwulatkom pomagali rodzice, ale maluchy były przeszczęśliwe, gdy mogły wrzucić do worka elfa skompletowaną parę skarpetek.

Prawdziwy entuzjazm wzbudziła propozycja rzucania się śnieżkami. W tej roli wystąpiły papierowe śnieżki. Niektóre trafiały do celu, inne nie, ale śmiech rozbrzmiewał nieustannie.

Kolejną atrakcją był quiz muzyczny „Jaka to melodia?”. Oczywiście repertuar stanowiły piosenki z popularnych bajek. Większość tytułów odgadywana była bezbłędnie. Gimnastycznym przerywnikiem było przechodzenie pod poprzeczką, która w miarę upływu konkurencji była coraz bardziej obniżana. W ostatniej fazie dzieci przeczołgały się pod nią.

Zmęczenie ruchem pobudzało pragnienie: do dyspozycji były soki i woda. Podziw wszystkich wzbudził Ryszard, który samodzielnie się obsłużył przy dystrybutorze wody; wyjął kubeczek, podstawił pod kranik i przycisnął właściwy zaworek i nie uronił ani kropli.

Finał poprzedziło rozdanie potwierdzeń, że list do Mikołaja został wysłany i wreszcie pojawił się ten wyczekiwany gość. Mikołaj zasiadł na fotelu i z pomocą elfa Oli rozdał dzieciom paczuszki, biorąc wcześniej te mniejsze na kolana, z większymi przybijając piątki. I tym akcentem zakończył się ten niezwykle udany wieczór.



Tekst i zdjęcia
DOROTA FRĄTCZAK



Bal Lekarza

2 lutego 2024 roku odbył się czwarty Bal Lekarza. Tym razem spotkaliśmy się w Hotelu Fado.

W ciekawie udekorowanej sali spotkało się 140 osób. Panie w pięknych, ciekawych kreacjach. Panowie w eleganckich garniturach, smokingach. Wspaniała zabawa przy doskonałej muzyce zespołu „Czysta Energia” zakończyła się o godzinie trzeciej.

Do zobaczenia za rok.

Tekst i zdjęcia

BOGUMIŁA TUROS-DEJNOWICZ i MICHAŁ ZBYL



GORZOWSKI BIULETYN LEKARSKI

Wydawca: Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wlkp., 66-400 Gorzów, ul. Warszawska 14A/15, tel.95 722 54 95,

e-mail: gorzow@hipokrates.org, www.oilgorzow.pl

Redaktor naczelna: Bogumiła Turos-Dejnowicz, **redaktor odpowiedzialna:** Dorota Frątczak, dorotafr7@wp.pl

Skład i łamanie: Natalia Samoylova

Druk: Sonar Sp. z o.o. ul. Kostrzyńska 89, 66-400 Gorzów, tel. 95 72 50 325