



**Immunoterapia w zaawansowanym NDRP
na przykładzie pacjentów Oddziału Onkologii**

Pulmonologicznej w Torzymiu s. 3 – 7

**Dwie prezentacje z tegorocznej konferencji szkoleniowej lubuskich
internistów s. 8 – 15**

**Poprawa ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce.
Kluczowe wnioski z raportu s. 16**

**Trzy prezentacje z ubiegłorocznej konferencji szkoleniowej
lubuskich internistów s. 17 – 20**

Dyżury medyczne lekarzy rezydentów. Opinia prawna s. 21 - 25



Dzień Dziecka bis

Dzieci lekarzy należących do Okręgowej Izby Lekarskiej w Gorzowie miały swój Dzień Dziecka nie tylko 1 czerwca, ale również w niedzielę 23 czerwca.

Tego dnia w Marinie około pięćdziesięcioro dzieci – od kilku miesięcy do kilkunastu lat – bawiło się na powietrzu inspirowane przez panią Danusię Korsak z firmy Eventgo. Przy pięknej pogodzie milusińscy byli w nieustannym ruchu, z chwilami odpoczynku przy posilaniu się hot dogami, frytkami, kotlecikami z kurczaka, surówkami a na deser lodami. Nie brakowało też napojów, które tego dnia były szczególnie potrzebne w znacznych ilościach. Rodzice również mieli coś na ząb z grilla i suto zastawionych stolów.

Zaczynamy od tańca – opowiada pani Danusia. Jeśli dzieci chętnie tańczą, to już wiem, że są moje. Często bywa tak, że dzieci się wstydzą, uciekają, nie chcą tańczyć. Wtedy jest trudniej je rozruszać. Tu od razu się garnęły do każdej zaproponowanej zabawy. Są naprawdę bardzo aktywne.

Przez pięć godzin trwał przepiękny piknik rodzinny. Mamusię, tatusiowie, ciocie i wujkowie byli wszak cały czas blisko dzieci i zawsze pomocni w trudnych dla swoich pociech sytuacjach.

Zaczął się od tańców w kółku. Później poszła w ruch ogromna, wielokolorowa chusta. Dzieci robiły uwielbiany sztorm na morzu – chuście. Potrafiły też zachować ciszę na morzu. Nagle padło pytanie:

- Kto lubi szpinak?

Tylko trzy rączki podniosły się w górę.

- Pod chustą przebiegają te dzieci, które lubią szpinak! - zawołała pani Danusia. I nagle okazało się, że amatorów zdrowego warzywa jest zdecydowanie więcej.

Po zabawach z chustą w ruch poszły kolorowe piłeczki.

- Zbieramy piłeczki w kolorze czerwonym – rzuciła hasło animatorka i od razu zapytała: - Jakie znacie owoce w kolorze czerwonym?

Jabluszką, truskawką, poziomką, maliną – wołały dzieci.

To teraz wrzucamy do kosza te wszystkie jabłuszka, truskaweczki, poziomeczki!

Następnie było zbieranie żółtych piłeczek i pytanie o owoce w tym kolorze. W odpowiedzi znowu pierwsze były jabłuszka, ale też banany, gruszki, ananasy... Przy zielonych piłeczkach poza jabłuszkami i gruszkami przypomniał się dzieciom agrest.

Wielkim powodzeniem cieszyły się dmuchańce, czyli różne zakamarki w zamku i wielka zjeżdżalnia. Bardzo się dzieciom podobało łowienie ryb w stawie na planszy rozłożonej na trawie, budowanie wież i inne konkursy, a w każdym były drobne nagrody, jak np. Fioletowa krowa na nartach czy spineczki do włosów dla dziewczynek.

- Ta pani mnie strasznie wymęczyła – stwierdził Kuba – prawie zamordowała w tym pierwszym tańcu.

Wymęczone, ale szczęśliwe dzieci ledwo coś przekąsiły i już biegły do dalszej zabawy.

tekst i zdjęcia
DOROTA FRĄTCZAK

Koleżanki, Koledzy!



W Łodzi odbył się XVI Krajowy Zjazd Lekarzy, połączony z obchodami 35-lecia odrodzenia Samorządu Lekarskiego. Na uroczystej gali w łódzkim EC1 mogliśmy zapoznać się z historią naszego samorządu. Zwieńczeniem tej uroczystości był wspaniały koncert „Queen Symfonicznie”.

Z pewnością Zjazd jest nadal przez wielu delegatów szeroko komentowany. Nie tylko dlatego, że zajął się ważnymi dla

naszego samorządu: Kodeksem Etyki Lekarskiej i regulaminem wyborczym, ale też przez burzliwą dyskusję liczne spory, problemy z nagłośnieniem oraz niedoskonałą obsługą prawną. Kontrowersje wzbudzały składy Komisji Uchwał i Wniosek!

Próba przyjęcia projektu regulaminu wyborczego bez poprawek i dyskusji nad tym projektem, podobnie jak i nad projektem Kodeksu Etyki Lekarskiej została wyśmiana i dzięki mądrości delegatów odrzucona.

Delegaci zgłaszali do KEL wiele poprawek, które w większości przeszły, mimo negatywnej rekomendacji Komisji Uchwał i Wniosek.

Zamieszanie towarzyszyło również przy omawianiu trudnego projektu regulaminu wyborów oraz komisji wyborczych.

Po długotrwałej dyskusji, spieraniu się na argumenty uchwalono nowy KEL. Wprowadzono do KEL sprawę reklamy, teleporady, terapii daremnej i orientacji seksualnej. Nie udało się pozostawić w kodeksie „dobrych obyczajów przyjętych przez środowisko lekarskie”. Na szczęście dzięki zgłaszanym poprawkom i owocnej dyskusji restrykcyjność kodeksu została nieco zmniejszona!

Niech dobre obyczaje pozostają wśród nas mimo braku ich zapisu w kodeksie!

Kodeks będzie obowiązywał od 1 stycznia 2025 r. Pewnie kiedyś historia oceni jego ostateczne brzmienie.

Warto w tym miejscu powtórzyć, przypominany przez innych cytując pani dr Wandy Terleckiej, twórczyni historycznego kodek-

su: „Jeżeli KEL sprowadzimy tylko do deontologii, to rolę lekarza sprowadzimy wyłącznie do powinności i obowiązków. KEL to coś więcej: przyjmuje on obiektywne normy moralne, nadając profesji lekarza ludzką twarz. Nie można dopuścić by lekarz przestał być człowiekiem”.

W regulaminie wyborczym udało się dzięki argumentom dobrze przygotowanych do dyskusji delegatów utrzymać parytety wyborcze w delegaturach. Sukcesem wydaje się też wprowadzenie możliwości głosowania elektronicznego, przy pozostawieniu pozostałych tradycyjnych form wyborczych, czyli głosowania przy urnie i listownie.

Myślę, że nadal będzie trwała analiza tych dokumentów. Czas pokaże czy zmiana starego na nowe będzie lepsza.

Koleżanki, Koledzy

Trwają wakacje! Część z nas wypoczywała, wypoczywa albo oczekuje wymarzonego wypoczynku.

Niestety, jak to bywa w naszym zawodzie, to też czas wzmoczonego wysiłku dla tych, którzy pozostają w pracy.

Oni też niech nie zapominają o wypoczynku w wolnym czasie. W tak trudnej, stresującej profesji ważna jest każda forma relaksu: spacer, sen, spotkania z przyjaciółmi itp. Korzystajmy z uroków tego świata, bo nie zdążymy nadrobić straconego czasu, zaległości, a zwłaszcza utraconego zdrowia!

W naszym samorządzie też się dzieje!

Na szczęście oprócz głośniejszych spraw, związanych m.in. z wymiarem sprawiedliwości, są miłe akcenty. Odbywają się imprezy integracyjne, szkolenia, przybywają nowi lekarze, składają dokumenty nowi absolwenci, rodzą się kolejne dzieci lekarskie itd.

Dla niektórych z nas nadal aktywność, jak w ciągu roku. Ale to dobrze. Niech się dzieje!

Życzę wszystkim Koleżankom i Kolegom wspaniałych wakacji, a tym, co już je mieli, owocnego wykorzystania naładowanych energetycznym słońcem akumulatorów.

Niech zdrowie nam dopisuje, szczęście sprzyja, a uśmiech stale towarzyszy.

Pozdrawiam.

EWA JONIEC

Wykład wygłoszony podczas II Konferencji Onkologicznej „Rak płuca” w Torzymiu

Immunoterapia w zaawansowanym NDRP na przykładzie pacjentów Oddziału Onkologii Pulmonologicznej w Torzymiu

Mamy wielkie szczęście, że nasz oddział onkologii znajduje się w szpitalu pulmonologicznym, bo bez rzetelnej diagnostyki pulmonologicznej nie jesteśmy w stanie leczyć pacjenta zgodnie z najnowszymi wytycznymi EBM. Oddział onkologii pulmonologicznej składa się z pododdziału diagnostycznego, gdzie pracownicy dokładają wszelkich starań, żeby zdobyć materiał, abyśmy mogli go przesłać dalej na badania. Pododdział zajmujący się leczeniem, którym kieruje pan doktor Bartłomiej Delijewski, zatrudnia trzech onkologów i dwóch pulmonologów, a współpracuje również z oddziałem pulmonologii, gdzie kierownikiem jest pan doktor Grzegorz Zioło. Z lekarzami tam pracującymi w ramach konsultacji ustalamy najlepsze plany diagnostyczno-lecznicze dla pacjentów.

Przed kwalifikacją do leczenia oprócz diagnostyki pulmonologicznej potrzebna jest diagnostyka patomorfologiczna i mo-

lekularna. Robimy to w formie wysyłkowej. Korzystamy z usług Zdunomedu, Genimu i Oncogene.

Standardem jest oznaczenie zaburzeń genetycznych i ocena ekspresji PDL-1. W stosowaniu immunoterapii w niedrobnokomórkowym raku płuca korzystamy z programu lekowego NFZ B6, według którego w raku płaskonabłonkowym płuca w pierwszej linii możemy stosować, zależnie od poziomu ekspresji PDL-1 – jeśli wynosi on 50% lub wyżej a pacjent pozostaje w stanie ogólnym dobrym – możemy wybierać między pembrolizumabem, cemiplimabem i atezolizumabem w monoterapii i ona w zupełności wystarczy.

Natomiast u pacjentów z ekspresją PDL-1 poniżej 50% mamy do wyboru dwa rodzaje immunochemioterapii. Albo stosujemy immunochemioterapię podwójną z wykorzystaniem niwolumabu, ipilimumabu z dwoma cyklami chemioterapii, albo pembrolizumu z czterema cyklami chemioterapii.

W drugiej linii poziom ekspresji PDL-1 nie jest już tak ważny. Niezależnie od tego poziomu mamy do wyboru niwolumab i atezolizumab.

Analogicznie w raku niepłaskonabłonkowym - oczywiście po wykluczeniu zaburzeń genetycznych – mamy do wyboru te same leki, z tym że z już innym schematem chemioterapii. Przypominam, że pacjent musi pozostawać w stanie ogólnym dobrym, a dla chorych w gorszym stanie ogólnym nadal jedyną opcją pozostaje chemioterapia w monoterapii, radioterapia czy „best supportive care”.

Chciałabym teraz podzielić się przypadkami kilku pacjentów, którzy byli leczeni w naszym ośrodku. Nie będę wchodzić we wszystkie szczegóły ich charakterystyki, postaram się przedstawić najciekawsze i najtrudniejsze dla nas rzeczy.

Pacjentka numer 1

To jest chora z rakiem płaskonabłonkowym płuca lewego z płynem w lewej jamie opłucnowej w czwartym stopniu zaawansowania, lat 69. Histopatologicznie to rak płaskonabłonkowy a stopień ekspresji PDL-1 określony na 20%. Pacjentka w stanie ogólnym dobrym. Zawsze paliła papierosy i robi to do tej pory. Prezentowała duszność wysiłkową i kaszel.

We wrześniu 2023 roku zakwalifikowaliśmy pacjentkę do leczenia podwójną immunochemioterapią i miała podane w pierwszym cyklu paklitaksel z karboplatiną, z niwolumabem i ipilimumabem.

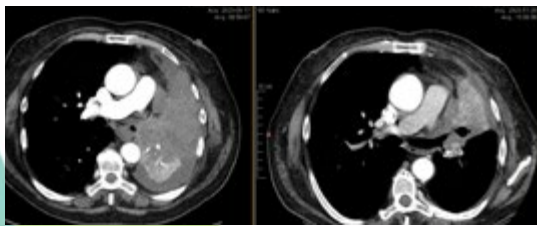
W pierwszej ocenie leczenia po trzech miesiącach wykazano częściową remisję według kryteriów RECIST. W związku z tym immunoterapia była kontynuowana i stosowaliśmy kolejne podania zgodnie ze schematem. Pacjentka obecnie nadal pozostaje w trakcie podwójnej immunoterapii. Ostatnia wizyta była w kwietniu tego roku.

Widzimy odpowiedź w pierwszej ocenie tomograficznej.

Pacjentka nr 1

09.2023r

11.2023r



poprawa powietrzności płuca L
masa patologiczna z naciekiem wnęki L
61x61mm → 44x21mm

POPRAWA KLINICZNA

Badanie po lewej stronie z września 2023 roku, a po prawej pierwsza ocena leczenia. Proszę zobaczyć, że nastąpiła duża poprawa powietrzności płuca przez to, że zmniejszyła się masa patologiczna wnęki lewej i co za tym idzie, co jest najważniejsze, to także poprawa kliniczna dostrzegana przez pacjentkę.

Jaka była toksyczność, której doświadczyła chora, w wyniku tego leczenia? Otóż zaczęło się od nadczynności tarczycy stopnia G1, która nie wymaga leczenia i pozwala na kontynuację immunoterapii. Na tym etapie pacjentka miała stwierdzoną wysypkę skórą grudkową ze świądem według stopnia G2. Włączyliśmy pacjentce sterydoterapię miejscową i leki przeciwhistaminowe. Pacjentka z racji tej, że był to poziom G2 powikłań, mogła mieć kontynuowaną immunoterapią a wysypka ustąpiła.

Pacjentka nr 1



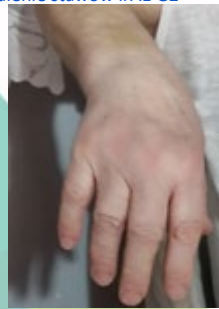
wysypka skórna grudkowa irAE G2

Mieliśmy troszeczkę małą zagwozdkę, dlatego że pacjentka mając nadczynność tarczycy i potrzebę wykonania tomografii, tylko w związku z tymi dwiema rzeczami miała włączony metizol. I dziwnym trafem ta wysypka pojawiła się po podaniu tego metizolu. Można było podejrzewać, że to tym było wywołane. Endokrynolog, przez którego pacjentka została skierowana, nie umiał wyjaśnić jakie jest tło wysypki. Przyjęliśmy, że skoro ustąpiła po sterydoterapii miejscowej, że jest to powikłanie immunoterapii. Wysypka ustąpiła całkowicie.

W następnym etapie przy kolejnej wizycie stwierdziliśmy u pacjentki zapalenie stawów, też stopnia G2.

Pacjentka nr 1

zapalenie stawów irAE G2



stawy bolesne, tkliwe, obrzęknięte i nieco ucieplone

Włączony miała niesteroidowy lek przeciwzapalny i włączyliśmy u pacjentki encorton 10 mg/dobę. Podobnie stopień G2 uprawnia do kontynuacji immunoterapii a po włączonym leczeniu objawy zupełnie ustąpiły.

GKS w leczeniu immunoterapią

Dawki substytucyjne GKS

do 10mg/dobę prednizonu (do 2mg Dexamethesanu/dobę)

- mogą być stosowane równoległe z immunoterapią
- nie powodują wyraźnej immunosupresji
- do leczenia objawów choroby, powikłań immunoterapii (np. reumatologicznych, skórnych)

Dawki immunosupresyjne GKS > 10mg/dobę Prednizonu

- leczenie powikłań immunoterapii
redukcja do dawek substytucyjnych NIE krócej niż 4-6tygodni

długotrwała sterydoterapia → suplementacja wapnia, wit D; IPP, rozważyć kotrimazol (P.Jiroveci), jonogram,...

Stawy były bolesne, tkliwe, obrzęknięte i nieco ucieplone.

Powiem jeszcze o stosowaniu sterydoterapii u pacjentów leczonych immunoterapią. Dla przypomnienia dawka prednizonu do 10 mg/dobę jest to dawka substytucyjna i takie dawki mogą być stosowane u pacjentów w trakcie immunoterapii. Nie powodują

one wyraźnej immunosupresji, a niezbędne są do leczenia objawów choroby czy łżejszych powikłań immunoterapii. Natomiast powyżej 10 mg/dobę prednizonu są to już dawki immunosupresyjne, którymi leczymy powikłania immunoterapii. Redukcja takich dawek powinna odbywać się nie krócej niż przez okres 4 do 6 tygodni. A w trakcie długotrwałej sterydoterapii, która coraz częściej zdarza się u pacjentów z powodu powikłań po immunoterapii, powinniśmy pamiętać o suplementacji wapnia, witaminy D, czy stosowanie inhibitorów pompy protonowej, a także rozważenie kotrimazolu w ramach profilaktyki zakażenia P. Jiroveci.

Pacjent nr 2

Kolejny pacjent to chory z rakiem gruczołowym płuca lewego w trzecim stopniu zaawansowania, lat 73. Pałił papierosy, od jakiegoś czasu nie pali. Ma nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu 2 i zwyrodnienie wielostawowe. Z objawów, które były dla pacjenta najbardziej bolesne i męczące, to była chrypka na granicy z bezgłosem. To mu najbardziej przeszkadzało.

Pacjent nr 2

14.02.2023r

I podanie Nivolumab+Ipilimumab + DDP+PXD

KT 18.04.2023r - PR wg RECIST

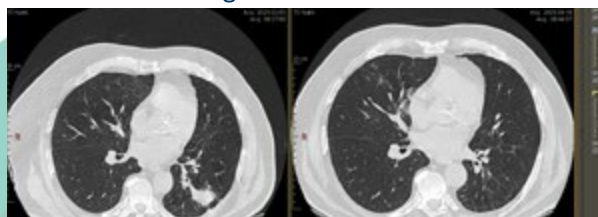
kontynuacja podwójnej immunoterapii

16.10.2023r - odzyskał głos

To był pierwszy pacjent, którego włączyliśmy do leczenia podwójną immunochemioterapią. Podaliśmy pacjentowi pierwszy cykl niwolumabu i ipilimumabu z chemioterapią. W pierwszej ocenie w kwietniu stwierdziliśmy częściową remisję według kryteriów RECIST i w związku z tym nastąpiła kontynuacja podwójnej immunoterapii.

Pacjent nr 2

KT 04.2023r - PR wg RECIST



02.2023r

04.2023r

W październiku 2023 roku - ku naszemu wielkiemu zadowoleniu a tym bardziej pacjenta - pacjent odzyskał głos. Zarówno dla niego, jak i dla nas było to niezmiernie ważne. U tego pacjenta nastąpiła odpowiedź tomograficzna, między innymi widzimy, że zniknął całkowicie guz płuca lewego płata dolnego.

Jaka była toksyczność leczenia u tego pacjenta? Zaczęło się od jednego z najczęstszych powikłań immunoterapii, czyli od niedoczynności tarczycy G1. Była ona subkliniczna. Włączyliśmy leczenie euthyroxem zgodnie z zaleceniami i była kontynuowana immunoterapia podwójna. Udało się uzyskać poprawę parametrów tarczycowych.

W lutym tego roku, czyli po roku od chwili włączenia leczenia, pacjent zgłosił dość niecharakterystyczne bóle i sztywnienie mięśni. Oznaczyliśmy, zgodnie z zaleceniami, kinazę fosfokreaty-

nową, która była w normie. Ostatecznie rozpoznaliśmy powikłania reumatologiczne stopnia G2. Pacjent miał włączone leczenie NLPZ i encortonem 10 mg/dobę i kontynuowaną immunoterapię. Te objawy ustąpiły. Natomiast miesiąc później zadzwoniła do nas córka pacjenta z informacją, że tata został przyjęty do oddziału neurologii, gdyż pojawiły się zaburzenia świadomości, osłabienie siły mięśniowej. My poprzez córkę poprosiliśmy neurologa o kontakt z nami, ponieważ podejrzewaliśmy to, co najgorsze, czyli powikłania po immunoterapii. „Na szczęście” okazało się, że pacjent ma padaczkę, a objawy ustąpiły po lekach przeciwpadaczkowych. Najmniej rozpoznano powikłań neurologicznych po immunoterapii.

Bardzo optymistyczna wiadomość, że po ostatniej ocenie na początku kwietnia nadal utrzymuje się u pacjenta częściowa redukcja według RECIST.

U tego samego pacjenta pojawiła się wysypka plamisto-grudkowa G2. Zastosowaliśmy podobne leczenie: sterydoterapią miejscową i lekami przeciwhistaminowymi. Zmiany skórne zmniejszyły się i pacjent miał kontynuowaną immunoterapię.

Pacjent nr 4

Dgn.

Rak **niedrobnokomórkowy** płuca lewego z zajęciem śródpiersia i przerzutami do nadnercza lewego i wątroby cT4N2M1

IV st wg TNM

stan ogólny WHO-1

hist-pat 04-04-2023 r.: Obraz mikroskopowy w oparciu o wyniki badań immunohistochemicznych odpowiada rakowi niedrobnokomórkowemu NOS

PD-L1 w 1-3%

NGS - obecna mutacja KRAS (w perspektywie II linia - sotorasib)

choroby dodatkowe:

cukrzyca t.2

nadciśnienie tętnicze, dna moczianowa, hipercholesterolemia

Ponownie pojawiła się nierozstrzygnięta kwestia: pacjent miał włączoną depakinę, gdzie w charakterystyce produktu leczniczego też jest wymieniona możliwość wystąpienia się osutki polekowej. Na chwilę obecną nie jesteśmy w stanie tego rozstrzygnąć.

Pacjent nr 3

Kolejny pacjent to chory z rakiem gruczołowym płuca prawego z przerzutami do płuca lewego, lat 82. Choroba rozpoznana w roku 2019, wykluczone mutacje genetyczne EGFR, ALK, ROS1, KRAS. Chory ma dodatkowe choroby, jak astma oskrzelowa, nadciśnienie tętnicze, choroba wrzodowa żołądka i stan po udarze mózgu. Pacjent pierwotnie otrzymał chemioterapię – cztery cykle, po których bezpośrednio nastąpiła progresja choroby.

W marcu 2020 roku otrzymał pierwszy wlew: atezolizumab z odpowiedzią w tomografii w postaci stabilizacji choroby w pierwszych i kolejnych badaniach. Poza tym przeszedł covid-19 w 2021 roku i ujawniły się w TK niecharakterystyczne zagęszczenia, ale na korzyść pacjenta przyjęliśmy, że są one związane z zakażeniem covid-19. I rzeczywiście w następnej ocenie zupełnie te zmiany ustąpiły.

Jesteśmy w kwietniu 2024 roku, a pacjent otrzymuje 65. wlew.

Toksyczność leczenia to jest biegunka w stopniu G1, która ustąpiła po podaniu loperamidu i włączeniu diety bezmlecznej.

Pacjent nr 4

Jest to chory z rakiem niedrobnokomórkowym płuca lewego z zajęciem śródpiersia i przerzutami do nadnercza lewego i wątroby, w IV stopniu zaawansowania, który w rozpoznaniu histopatologicznym ma stwierdzonego raka niedrobnokomórkowego

NOS i ekspresję PDL-1 od 1 do 3%. Obecna jest mutacja KRAS, dlatego w perspektywie myślimy o II linii leczenia w programie lekowym, właśnie weszło leczenie sotorasibem.

Pacjent ma cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, dnę moczaniczną i hipercholesterolemię. Palił i pali papierosy kilkadziesiąt lat. Jego objawy to bezgłos i w wywiadzie krwiopłucie. Zakwalifikowaliśmy go do leczenia immunochemioterapią. W czerwcu 2023 roku włączono do leczenia pembrolizumab z chemioterapią, 3 lipca ocena według kryteriów RECIST i kontynuacja immunoterapii zgodnie ze schematem. Pacjent w marcu tego roku odzyskał głos. Zadzwoił do mnie po wynik tomografii, a ja zupełnie nie poznałam, że to jest on i był wręcz obrażony na mnie, bo przecież powinnam wiedzieć, że to dzwoni właśnie on.

Toksyczność leczenia to biegunka stopnia G1, nie przyjmował loperamidu, biegunka ustąpiła samoistnie. Do tej pory kontynuuje immunoterapię.

Pacjent nr 5

Chory z rakiem płaskonabłonkowym płuca prawego, w IV stopniu zaawansowania, lat 69. Histopatologicznie rak płaskonabłonkowy, z ekspresją PDL-1 poniżej 1% komórek nowotworu. Rozpoznanie było w 2019 roku. Mamy rok 2024 i gdybyśmy teraz otrzymali taki wynik, to leczenie mogłoby się potoczyć inaczej. To byłby idealny pacjent do podwójnej immunochemioterapii. Natomiast pacjent otrzymał chemioterapię, następnie radioterapię i z powodu progresji choroby otrzymał 11 marca 2021 roku pierwszy wlew atezolizumabu. W sumie otrzymał 24 wlewy atezolizumabu, które z powodu biegunki stopnia G3 1 września 2022 roku zostały wykluczone. Natomiast do tej pory pacjent przychodzi do nas na kontrole do poradni, czuje się znakomicie, jest w dobrym stanie ogólnym a ostatnie badania obrazowe ze stycznia tego roku pokazują utrzymującą się stabilizację choroby.

Toksyczność leczenia immunoterapią- doświadczenia
O.Onkologii Pulmonologicznej w Torzymiu

zapalenie błony śluzowej żołądka
zapalenie błony śluzowej jelita grubego
zapalenie spojówek
zapalenie powiek
nadczynność, niedoczynność tarczycy
polineuropatia
zapalenie stawów i mięśni
wysypki skórne, świąd, zmiany rumieniowo-żółtaczyniowe
śródmiażdżowe zapalenie płuc
zapalenie wątroby
niedoczynność kory nadnerczy



[w większości irAE G1-G2](#)

Podsumowanie

→ kwalifikacja do leczenia chorych z NDRP zawsze po przeprowadzonej

starannej diagnostyce z określeniem zaburzeń genetycznych i molekularnych (rokowanie!)

→ immunoterapia +/- chemioterapia standardem u pacjentów w dobrym stanie ogólnym (wiek jako jedyny czynnik NIE dyskwalifikuje)

Na tym slajdzie widoczne są możliwe działania niepożądane po immunoterapii. Tak naprawdę mogą one dotyczyć każdego narządu ciała ludzkiego, a na poniższym slajdzie są nasze doświad-

czenia, z którymi musieliśmy się mierzyć, których doświadczyli nasi pacjenci, nad którymi musieliśmy się zastanowić i pogłębować. Na szczęście dla naszych pacjentów w większości były to powikłania G1 i G2, więc mogliśmy kontynuować leczenie immunoterapią.

Podsumowanie

→ wystąpienie powikłań = lepsza odpowiedź na leczenie i dłuższy czas przeżycia

→ niezbędne właściwe diagnozowanie i leczenie powikłań (rzetelne źródła, EBM)

irAE G1-G2 właściwie leczone → kontynuacja leczenia poprawiającego rokowanie (+skórne i inne wybrane G3)

Kwalifikacja do leczenia chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca musi być zawsze po starannej diagnostyce pulmonologicznej. Dane wykazane w badaniach rejestracyjnych tych wszystkich leków wykazują przeważającą korzyść stosowania immunoterapii i immunochemioterapii w stosunku do chemioterapii.

Immunoterapia czy immunochemioterapia jest standardem u pacjentów w dobrym stanie ogólnym. Wiek jako jedyny czynnik nie dyskwalifikuje z tego leczenia, a stan ogólny choroby i choroby towarzyszące. Wystąpienie powikłań, jak wykazało badanie, jest to lepsza odpowiedź na leczenie i dłuższy czas przeżycia, ale żeby tak było pacjent musi przeżyć te powikłania i leczenie, dlatego niezbędne jest właściwe diagnozowanie i leczenie powikłań, bo jak było widać u pacjentów u których wystąpiły działania niepożądane w stopniu G1 czy G2 było to możliwe.

Do tego niezbędna jest współpraca nas onkologów z lekarzami innych specjalizacji, jak lekarz rodzinny, internista, endokrynolog, neurolog, pulmonolog, kardiolog, gastroenterolog, dermatolog, reumatolog, radiolog, okulista itd. Jak było widać u pacjenta nr 5, jeżeli w odpowiednim momencie decydujemy, że kończymy immunoterapię, bo jest powikłanie w stopniu G3 czy G4, to dyskwalifikacja nie pogarsza rokowania i nie wpływa negatywnie na długoterminowe korzyści.

Na koniec podzieliłem się czymś, co mnie bardzo zaciekawiło, co było przedstawiane na kongresie ESMO w Pradze; temat, który pewnie będzie się przewijał jeszcze przez wiele różnych konferencji; temat, któremu poświęcona pewnie będzie osobna konferencja. Otóż to, że eubioza, czyli flora fizjologiczna, jest niezbędna do prawidłowego funkcjonowania układu odpornościowego, wiedzieliśmy już od dawna. Natomiast ta flora jelitowa ma znaczącą rolę w zwiększaniu lub zmniejszaniu skuteczności immunoterapii. Zaburzenia flory fizjologicznej, jak się okazuje – co mnie bardzo zdziwiło i zaskoczyło – mogą powodować pierwotną oporność na immunoterapię. I tak na przykład antybiotykoterapia potrafi wpływać negatywnie na rokowanie, jeśli chodzi o chorych uleczonych immunoterapią, może nawet zaniżyć parametry przeżycia i powodować wyższe ryzyko dyskwalifikacji. Jeszcze nie do końca ustalono, jaki czas od włączenia immunoterapii i przez ile dni, prawdopodobnie powyżej 7 dni leczenia i poniżej 30 dni przed immunoterapią.

To nie znaczy jednak, że mamy tego leczenia nie stosować, natomiast chodzi o rozważne decyzje co do stosowania antybiotykoterapii, a dla wszystkich, nie tylko chorych, to żeby ta nasza dieta była bliżej tej śródziemnomorskiej.

Mikrobiom a immunoterapia

Antybiotykoterapia negatywnie wpływa na leczenie immunoterapią (zwłaszcza makrolidy, beta-laktamy i chinolony przed immunoterapią)

- gorsze OR, OS, PFS
- wyższe ryzyko dyskontynuacji

nie ustalono które, kiedy i przez jaki czas (prawdopodobnie > 7dni leczenia i < 30dni przed immunoterapią)

→ rozważne decyzje o antybiotykoterapii



Routy et al. Science. 2018;359(6371):51-7
Pinato et al. JAMA Onc. 2019;5: 1774-8

Wpływ na mikrobiom poprzez modyfikację diety

Pozytywny

- rośliny strączkowe, warzywa, produkty pełnoziarniste
- błonnik
- tłuszcze wielonienasycone
- odpowiedni poziom wit D (dieta+suplementacja)

Dieta śródziemnomorska

Negatywny

- tłuszcze nienasycone
- cukry proste
- sztuczne słodziki
- zbyt mało błonnika
- żywność przetworzona

[Int.J.Mol.Sci.](https://doi.org/10.1093/ajph/112.9.1311) 2022 Sep; 23(17): 9588

lek. med. KATARZYNA BARTNIK-DELIJEWSKA

Radioterapia nowoczesna i bezpieczna

Dobiegł końca upgrade, czyli unowocześnienie, ośrodka radioterapii. Projekt sfinansowało Ministerstwo Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej.

Prace zaczęły się już pod koniec marca. Jak informuje dr n. med. Magdalena Dymnicka, specjalista fizyki medycznej, unowocześniona została cała linia terapeutyczna - począwszy od komputerów, aż po instalację najnowszego oprogramowania akceleratorów.

- W przygotowywaniu planów leczenia wspomogą nas teraz algorytmy uczenia maszynowego, a cały proces planowania znacznie przyspieszy - mówi specjalistka.

Unowocześnienie to też zwiększenie bezpieczeństwa i precyzji radioterapii - poprzez podniesienie obrazowania weryfikacyjnego do jakości diagnostycznej oraz zainstalowanie dodatkowego systemu śledzącego zmiany ułożenia ciała pacjenta podczas napromieniania (technika SGRT - Skin Guided Radiotherapy).

Pieniądze na radioterapię przyznało Ministerstwo Zdrowia. Sprzęt został dostarczony do ośrodka już w maju. Potem zaczęło się instalowanie wybranych podzespołów. - Uważni pacjenci mogli dostrzec dodatkowe kamery i monitory w bunkrach terapeutycznych - mówi dr Dymnicka.

Prace były połączone z cyklem szkoleń dla personelu: lekarzy radioterapeutów, fizyków medycznych, elektroradiologów i sekretarek medycznych.



Ośrodek radioterapii jest częścią Uniwersyteckiego Centrum Onkologii, kierowanego przez prof. Katarzynę Brzeźniakiewicz-Janus. Radioterapia została uruchomiona w 2019 r. Upgrade przeszła po raz pierwszy.

<https://szpital.gorzow.pl/aktualnosci/radioterapia-nowoczesna-i-bezpieczna.html> (dostęp 10.07.2024, g.8.42)

KONKURS – „Wdrożenie innowacji w opiece zdrowotnej”

Konkurs obejmuje kategorie: opieka ambulatoryjna, szpitalnictwo, innowator/innowatorka adresowany jest do szerokiego grona odbiorców: lekarzy, personelu medycznego, kierownictw placówek, personelu administracyjnego, informatyków i ekspertów ds. nowych technologii.

Do udziału Naczelna Izba Lekarska zaprasza zarówno tych, którzy wdrożyli swoje innowacyjne pomysły w pojedynczych placówkach, jak i tych, których rozwiązania działają już na szeroką skalę.

Konkurs ma na celu promowanie nowych rozwiązań i dobrych praktyk poprzez wyróżnienie przychodni i szpitali, które wypracowały metody na skuteczne wdrożenie innowacji oraz wyróżnienie liderów, których działania wdrożeniowe, edukacyjne i w obszarze publicznym szeroko wspierają i promują innowacje.

Zgłoszone innowacje będą oceniane według następujących kryteriów:

- Innowacyjność rozwiązania
- Skuteczność wdrożenia innowacji – czy innowacja jest wykorzystywana na co dzień, w jakiej skali.
- Czy korzyści z innowacji były zmierzone z punktu widzenia lekarzy/personelu medycznego, pacjentów i placówki
- Jaka była rola lekarzy we wdrożeniu innowacji
- Jaki jest potencjał wdrożeniowy innowacji w innym podmiocie leczniczym, systemie, kraju
- W kategorii innowatorka/innowator dodatkowo działalność edukacyjna na rzecz innowacji (wykłady, szkolenia, publikacje itp.)
- W kategorii innowatorka/innowator dodatkowo działalność w przestrzeni publicznej na rzecz innowacji (np. w towarzystwach naukowych, stowarzyszeniach, związkowa itp.)

Formularz zgłoszeniowy znajduje się na stronie internetowej <https://nilin.org.pl/konkurs/>

Prezentacje z tegorocznej konferencji szkoleniowej lubuskich internistów

Zmiany ogniskowe żołądka w CEUS

WSTĘP

Określenia „guz podśluzówkowy/podnabłonkowy” używa się przy opisie uwypuklenia do światła przewodu pokarmowego pokrytego prawidłową lub zmienioną (owrzodzenie, zmiany zapalne) śluzówką. Część z tych zmian rozwija się śródścienne, pod nabłonkiem, inne natomiast są objawem impresji z zewnątrz. Guzy podnabłonkowe są w większości łagodne, jednak znaczący odsetek tych zmian (25–30%), szczególnie zlokalizowanych w żołądku, jest złośliwy lub potencjalnie złośliwy [chłoniak, przerzuty, guzy stromalne przewodu pokarmowego (gastrointestinal stromal tumours – GIST)]. Ucisk z zewnątrz może powodować prawidłowy narząd lub patologiczna struktura przylegająca do ściany przewodu pokarmowego. Omawiane zmiany wykrywa się na całej długości przewodu pokarmowego, najczęściej w żołądku.

Większość pacjentów ze zmianami podśluzówkowymi nie odczuwa z ich powodu żadnych dolegliwości. Jeżeli występują jakieś objawy, zależą od rodzaju, wielkości i lokalizacji zmiany. Do najczęstszych należą krwawienia z przewodu pokarmowego oraz bóle brzucha. W przypadku większych guzów może dochodzić do powstania owrzodzenia na powierzchni i w następstwie tego do krwawień lub całkowitej albo częściowej niedrożności mechanicznej przewodu pokarmowego. Inne objawy to: dysfagia, odynofagia, wymioty, uczucie pełności w nadbrzuszu oraz żółtaczka.

Według danych opartych na analizie piśmiennictwa, obejmującego łącznie materiał 829. guzów podśluzówkowych, opracowanych przez Polkowskiego i Butruka, najwięcej zmian podnabłonkowych górnego odcinka przewodu pokarmowego jest umiejscowionych w żołądku (68%), z tego 78% to zmiany łagodne. Zmiany potencjalnie złośliwe i złośliwe stanowią kolejno 6 i 16%. W żołądku dominują guzy typu GIST. Inne zmiany podśluzówkowe żołądka to: trzustka ektopowa (15%), tłuszczaki (6%), zmiany torbielowe (9%) i guzy neuroendokrynne (neuroendocrine tumours – NET) (3%).

Kolejną lokalizacją guzów podśluzówkowych jest przełyk (25%). Zmiany podśluzówkowe w tej okolicy mają w większości charakter łagodny (99%). Najczęściej

wykrywaniem guzem są mięśniaki gładkokomórkowe (70–90%), występujące głównie w 2/3 dolnych jego części. Rzadziej spotyka się guzy ziarnistokomórkowe (13%) i tłuszczaki (1%). W przełyku występują 5–6% GIST. Najmniej, bo 7%, guzów podśluzówkowych wykrywa się w dwunastnicy. Odsetek zmian łagodnych jest podobny jak w żołądku (77%).

WŚRÓD GUZÓW NAJCZĘSTSZE SĄ:

- torbiele (19%),
- guzy NET (17%),
- guzy z komórek mezenchymalnych, w tym GIST i mięśniaki gładkokomórkowe (17%),
- tłuszczaki (14%),
- chłoniaki (2%)
- trzustka ektopowa (2%).

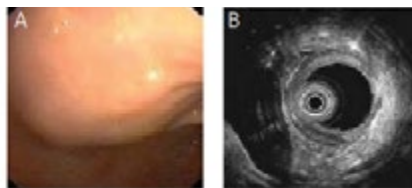
Występowanie GIST w dwunastnicy wiąże się z gorszym rokowaniem niż w żołądku.

Tabela 1. Zmiany podśluzówkowe (podnabłonkowe) w górnym odcinku przewodu pokarmowego
Table 1. Submucosal (subepithelial) tumours in upper gastrointestinal tract

Rodzaj zmiany	Przełyk	Żołądek	Dwunastnica
łagodna	159 (99%)	334 (78%)	33 (77%)
potencjalnie złośliwa	0	25 (6%)	8 (19%)
złośliwa	2 (1%)	69 (16%)	2 (5%)
razem	161 (100%)	428 (100%)	43 (100%)

Impresja z zewnątrz

Efekt zmiany podśluzówkowej może dawać impresja z zewnątrz. Prawidłowe lub chorobowo zmienione narządy sąsiadujące z przewodem pokarmowym, jeśli powodują miejscowy ucisk na ścianę, w badaniu endoskopowym dają obraz guza (ryc. 1.). Do przełyku może wpuklać się łuk aorty i kręgosłup. Inne patologiczne przyczyny to: anomalie naczyniowe, powiększony lewy przedsionek, powiększone węzły chłonne i guzy śródpiersia.



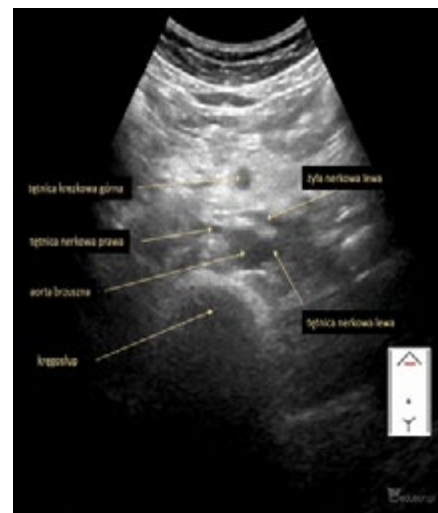
Ryc. 1. Obraz endoskopowy (A) i endosonograficzny (B) impresji ściany w części przedodźwiernikowej żołądka przez prawidłowy pęcherzyk żółciowy*

Efekt guza w żołądku może dawać serce, ucisk lewego płata wątroby, wpuklająca

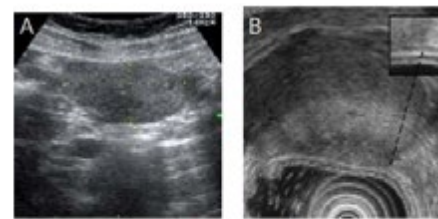
się prawidłowa trzustka i jej torbiele, pęcherzyk żółciowy, śledziona oraz jej naczynia. W dwunastnicy najczęściej spotyka się ucisk guza torbieli lub głowy trzustki. Często do górnego odcinka przewodu pokarmowego wpukla się lewy płat wątroby (23%) oraz śledziona (23%).

Ultrasonografia przezbrzuszną

Za pomocą klasycznego USG można rozpoznać zmianę podśluzówkową, zlokalizowaną w dolnej części przełyku, żołądka i dwunastnicy. Warunki badania poprawia podanie pacjentowi wody (hydrosonografia). Ultrasonografia powinna być narzędziem z wyboru w procesie monitorowania zmian podśluzówkowych, których nie poddano leczeniu (ocena wielkości zmiany). Używając tej metody, można zobrazować do 93% zmian.



Prawidłowy obraz USG przestrzeni zaotrzewnowej i dużych naczyń jamy brzusznej



Ryc. 2. GIST żołądka – obraz ultrasonograficzny (A) i echoendoskopowy (B). Zmiana zwiększa się głównie na zewnątrz światła przewodu pokarmowego

Dodatkowo USG jest pomocne w rozpoznawaniu guzów wywodzących się ze ściany przewodu pokarmowego, wzrastających na zewnątrz światła (ryc. 2.)

Dodatkowo, w przypadku zmian podnabłonkowych, technika ta precyzyjnie określa:

- lokalizację guza w obrębie ściany (warstwa/warstwy, z jakiej się rozwija),
- echogeniczność,
- unaczynienie,
- granice,
- stan okolicznych węzłów chłonnych, co w dużym stopniu przybliży rozpoznanie (tab. II).

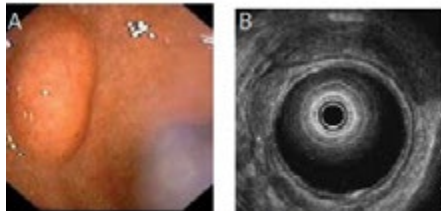
Tabela II. Ryzyko agresywności klinicznej wg National Institute of Health
Table II. Risk of aggressive behaviour of GISTs according to National Institute of Health

Stopień agresywności	Wielkość [cm]	Liczba mitotyczna (HPF)
bardzo mały	< 2	< 5/50
mały	2–5	< 5/50
pośredni	≤ 5	6–10/50
	5–10	< 5/50
duży	> 5	> 5/50
	> 10	każda
	każda	> 10/50

Przykładowo, zmiana rozwijająca się z warstwy 3. o jasnym echu przesądza o rozpoznaniu tłuszczaka, natomiast anomalia bezechowa w tej samej warstwie to z dużym prawdopodobieństwem torbiel lub żylak; brak przepływu przemawia za torbielą.

ZMIANY ŁAGODNE

Tłuszczak (lipoma) to zmiana łagodna, zbudowana z dojrzałych lipocytów. Charakteryzuje się powolnym wzrostem i na ogół bezobjawowym przebiegiem. W górnym odcinku przewodu pokarmowego występuje rzadko, najczęściej w żołądku w okolicy okołodzielnikowej (ryc. 3.). W niektórych przypadkach obserwuje się okresowe przemieszczanie masy guza do światła dwunastnicy, z towarzyszącymi objawami niedrożności i bólami w nadbrzuszu. W przypadku jednoznacznego rozpoznania tłuszczaka pacjent nie wymaga leczenia i kontroli. Wyjątek stanowią zmiany duże, z tendencją do krwawienia, epizodami niedrożności mechanicznej.

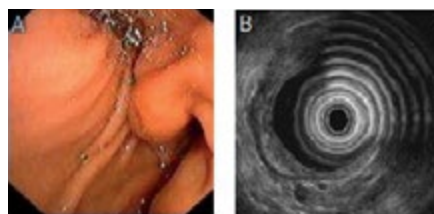


Ryc. 3. Endoskopowy (A) i endosonograficzny (B) obraz tłuszczaka żołądka

Endoskopowo tłuszczak jest to zmiana podśluzówkowa o żółtawym zabarwieniu (ryc. 3A.). Charakterystyczny dla tłuszczaka jest tzw. objaw poduszki (po uciśnięciu zamkniętymi kleszczykami biopsyjnymi powstaje wgłębienie, które ustępuje po zwolnieniu ucisku). W **echoendoskopii** tłuszczak to zmiana jasna, hiperecho-

niczna, obecna w 3. warstwie ściany przewodu pokarmowego (ryc. 3B.).

Trzustka ektopowa (pancreas ectopica) jest anomalią rozwojową o charakterze łagodnym, polegającą na występowaniu tkanki trzustkowej w miejscu dla niej nietypowym i pozostającą bez ciągłości z prawidłową trzustką. Według piśmiennictwa wykrywa się ją w 1–2% badań autopsyjnych. Trzustka ektopowa w 90% przypadków lokalizuje się w okolicy okołodzielnikowej żołądka (ok. 3–4 cm od odźwiernika). W górnym odcinku przewodu pokarmowego spotyka się ją również w dwunastnicy. Zmiana ta ma charakter na ogół łagodny i bezobjawowy. Najczęściej nie wymaga leczenia. W piśmiennictwie są pojedyncze doniesienia o transformacji złośliwej, dotychczas opisano ok. 20 takich przypadków.



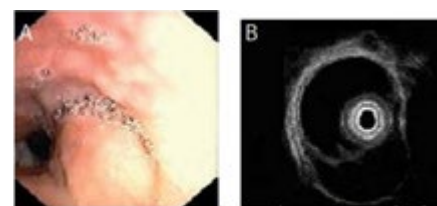
Ryc. 4. Endoskopowy (A) i endosonograficzny (B) obraz trzustki odszczepionej w żołądku

W rzadkich przypadkach heterotopia trzustkowa może obejmować całą część przedodźwiernikową żołądka, imitując nacieki nowotworowe i prowadząc do zwężenia światła żołądka (ryc. 4B.). W **endoskopii** trzustka ektopowa jest widoczna jako guzek podśluzówkowy o niewielkich rozmiarach, z centralnym zagłębieniem, odpowiadającym miejscu ujścia dróg wyprowadzających. Przy uwidocznieniu zmiany należy pobrać wycinki w celu wykluczenia guza NET. **Echoendoskopowo** trzustka ektopowa to zmiana o niejednorodnej, ujemnej lub pośredniej echogeniczności, zlokalizowana w 2., 3. lub 4. warstwie ściany.

Mięśniaki gładkokomórkowe (leiomyoma) budową nie różnią się od mięśniaków, występujących poza przewodem pokarmowym. Większość to zmiany niewielkie, ale wykrywano także guzy o średnicy do 30 cm. W górnym odcinku przewodu pokarmowego występują zwykle w przełyku, rzadziej w żołądku. W przewodzie pokarmowym wywodzą się z warstwy mięśniowej właściwej (ok. 80%) lub mięśniówki śluzówki i mogą wzrastać do światła – śródścinnie lub na zewnątrz. Nie powodują żadnych objawów, a jeżeli już, to są to zaburzenia połykania lub inne dolegliwości o niespecyficznym charakterze. W bardzo rzadkich przypadkach może do-

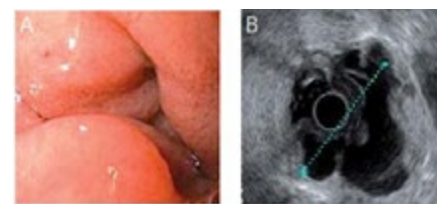
chodzić do transformacji złośliwej. W bezobjawowych, niewielkich guzach leiomyoma o typowym obrazie endoskopowym i echoendoskopowym zmianę można pozostawić do monitorowania. W takiej sytuacji zaleca się wykonywanie badań kontrolnych co 1–2 lata.

W badaniu **endoskopowym** mięśniak gładkokomórkowy jest widoczny jako zmiana podśluzówkowa, o na ogół regularnych zarysach (ryc. 5A.). Na jego powierzchni może być obecne owrzodzenie. W **echoendoskopii** jest to zmiana ubogoechowa, okrągła, wywodząca się z warstwy mięśniowej właściwej lub mięśniówki śluzówki (ryc. 5B.). Zmiana wywodząca się z warstwy 2. wymaga różnicowania z chłoniakiem i rakiem.



Ryc. 5. Endoskopowy (A) i endosonograficzny (B) obraz mięśniaka gładkokomórkowego przełyku

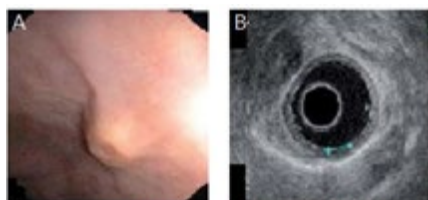
Torbiele śródścienne to zmiany o charakterze łagodnym, zazwyczaj stanowiące rzadki rodzaj anomalii okresu embrionalnego, tzw. duplication cyst. Na ogół rozpoznaje się je u dzieci, w górnym odcinku przewodu pokarmowego, najczęściej w przełyku (10–15% wszystkich zmian tego typu w przewodzie pokarmowym), rzadziej w dwunastnicy i żołądku. Istnieją doniesienia o możliwości transformacji złośliwej w obrębie torbieli. Część z tych zmian zachowuje łączność ze światłem przewodu pokarmowego. Również ten typ guzów podśluzówkowych przebiega na ogół bezobjawowo. Szczególny przypadek torbieli śródściennej stanowi zwyrodnienie torbielowate dwunastnicy w przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki (ryc. 6.). Powstaje ono na podłożu heterotopii trzustkowej, która polega na jednoczesnym zapaleniu dwunastnicy i gruczołu trzustkowego, prowadząc do lokalnego zwyrodnienia ściany dwunastnicy.



Ryc. 6. Obraz endoskopowy (A) i endosonograficzny (B) zwyrodnienia torbielowatego dwunastnicy w przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki

Endoskopowo torbiele są widoczne jako gładkościennne guzki podśluzówkowe, pokryte prawidłową błoną śluzową. Czasami wykazują pewnego stopnia przezierność i poddają się uciskowi. W echoendoskopii są zmianami bezechowymi, homoechogenicznymi, mogącymi wykazywać obecność przegród w świetle i lokalizować się w każdej z warstw przewodu pokarmowego, na ogół w 2. i 3. warstwie. W badaniu metodą Dopplera nie wykazują one przepływu.

Guz ziarnistokomórkowy (granular cell tumour – GCT) jest rzadkim nowotworem przewodu pokarmowego, wywodzącym się z komórek Schwanna, na ogół o łagodnym charakterze i wolnym wzroście. Większość zmian nie przekracza 4 cm i są wykrywane przypadkowo. Spotyka się je na całej długości przewodu pokarmowego (8% wszystkich GCT), z czego najczęściej w górnym odcinku w przełyku – 30% (ryc. 7.), natomiast rzadziej w żołądku – 10%. W analizie Yasuda i wsp. większość znajdowała się w dolnej 1/3 długości przełyku. Około 2–4% tych guzów ulega transformacji złośliwej. W przypadku zmian powyżej 20 mm, objawowych, należy je usuwać. Zmiany do 1 cm, bezobjawowe, zaleca się monitorować endoskopowo co 12 miesięcy.

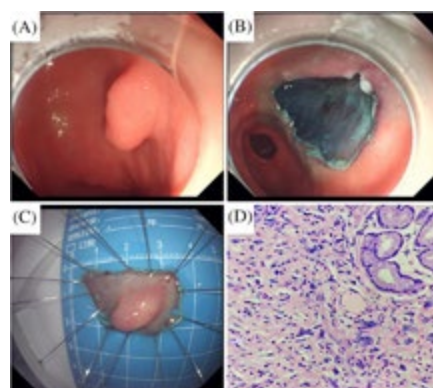


Ryc. 7. Endoskopowy (A) i endosonograficzny (B) obraz guza ziarnistokomórkowego przełyku

Badaniem endoskopowym stwierdza się pojedynczy guzek lub polip o żółtawym zabarwieniu, na ogół pokryty prawidłową błoną śluzową. Biopsja pobrana w czasie endoskopii wypada dodatnio. Echoendoskopowo guz ziarnistokomórkowy to zmiana hipoechogeniczna, o homogenym echu, wywodząca się z 2. lub 3. warstwy ściany przewodu pokarmowego.

Polip zapalny (inflammatory fibroid polyp – IFP) to zmiana łagodna, o polipowatym kształcie, rosnąca na ogół powoli. Jego patogeniza nie do końca została wyjaśniona. Wśród czynników ryzyka wymienia się czynniki chemiczne i mikrobiologiczne. Najczęściej wykrywa się go w żołądku. W analizie Stolte'a i Finkenzellera, obejmującej 3200 polipów żołądka, polipy typu zapalnego stanowiły 4%. Istnieją doniesienia o jego występowaniu

w dwunastnicy, rzadziej w przełyku, gdzie lokalizuje się głównie w 1/3 dystalnej jego części. Na ogół objawy nie pojawiają się, z uwagi jednak na tendencję do występowania owrzodzeń na powierzchni tych zmian może dochodzić do krwawień.



Echoendoskopia i endoskopia nie pozwalają na jednoznaczne odróżnienie polipa zapalnego od zmian typu GIST, mięśniaków gładkokomórkowych czy NET, dlatego zaleca się, aby zmiany te usuwać endoskopowo. W badaniu endoskopowym polip zapalny jest widoczny jako polipowaty twór o na ogół niezmienionej śluzówce, może mieć owrzodzenie. W echoendoskopii opisuje się go jako zmianę hipoechogeniczną wywodzącą się z 2. lub 3. warstwy ściany.

Żylaki (varices) zarówno przełyku, jak i żołądka (ryc. 8.) wykrywane w endoskopii wskazują na istnienie nadciśnienia w krążeniu wrotnym. Endosonografia ma istotne znaczenie w przypadku obrazowania żylaków głębokich przyprzełykowych, okołoprzełykowych, przyżołądkowych i okołożołądkowych, których nie widać w klasycznej endoskopii, oraz grubych fałdów w żołądku, które mogą być żylakami.



Ryc. 8. Obraz endoskopowy (A) i endosonograficzny (B) żylaków żołądka. W EUS widoczne zarówno żylaki w samej ścianie, jak i żylaki głębokie

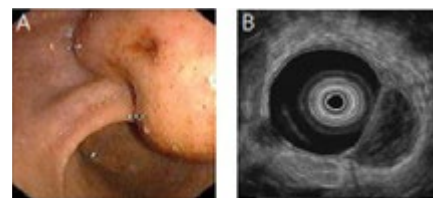
W endoskopii żylaki są widoczne jako wielokształtne, podśluzówkowe zmiany, zazwyczaj o typowym niebieskawym zabarwieniu, łatwo dające się ucisnąć. W żołądku mogą przybierać formę pogrubiałych fałdów. Echoendoskopowo są to okrągłe lub wielokształtne, bezechowe twory, zlokalizowane przede wszystkim w 3. warstwie ściany lub poza nią (żylaki

głębokie). Przy użyciu metody Dopplera można ocenić przepływ.

GUZY ZŁOŚLIWE I POTENCJALNIE ZŁOŚLIWE:

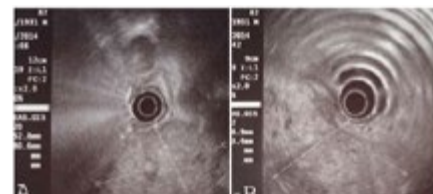
Guzy stromalne (gastrointestinal stromal tumour – GIST)

Guzy stromalne są dominującą grupą wśród guzów pochodzenia mezenchymalnego. W piśmiennictwie częstość ich występowania określa się na 20–40/mln mieszkańców/rok w skali świata i 400–700/rok w skali Polski, podobnie u kobiet i mężczyzn. Stwierdza się je głównie u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowania w wieku 50–60 lat. Guzy stromalne mają charakter w większości łagodny, jednak w 20–30% złośliwy lub potencjalnie złośliwy. Większość z nich, bo aż 80%, występuje w przewodzie pokarmowym, najczęściej w żołądku (50–70%), najrzadziej w przełyku (< 5%) (ryc. 9.). Lokalizacja żołądkowa w porównaniu z jelitową rokuje lepiej. W żołądku GIST złośliwe stanowią 3% wszystkich zmian złośliwych w tej lokalizacji. Należy podkreślić, że 60–70% GIST rośnie na zewnątrz światła przewodu pokarmowego i może być wówczas słabo widocznych lub niewidocznych w badaniu endoskopowym. Guzy takie powodują trudności diagnostyczne i często są mylone z guzem głowy trzustki, wątroby czy przerzutem do węzłów chłonnych.



Ryc. 9. GIST żołądka – obraz endoskopowy (A) i echoendoskopowy (B)

Endoskopowo GIST jest widoczny jako zmiana podśluzówkowa, sporadycznie z obecnym na powierzchni owrzodzeniem. W echoendoskopii GIST to zmiana hipoechogeniczna, zazwyczaj o równych zarysach, dobrze odgraniczona. Większość wywodzi się z warstwy 4., w pojedynczych przypadkach (głównie małe zmiany) z warstwy 2. ściany przewodu pokarmowego. Fukuta i wsp. donosili, że obraz ultrasonograficzny GIST, wykonany z zastosowaniem środka cieniującego, może być



wysoce użyteczny w ocenie agresywności guza. Zaproponowali, że guzy o bogato unaczynionym obrazie mają znacznie wyższy potencjał agresywności niż zmiany ubogo unaczynione.

Guzy neuroendokryne (neuroendocrinal tumour – NET)

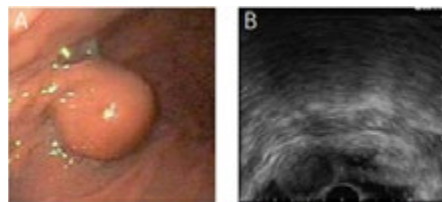
W górnym odcinku przewodu pokarmowego guzy neuroendokryne występują rzadko – ok. 2–3% wszystkich NET przewodu pokarmowego umiejscawia się w żołądku i stanowi 0,3% wszystkich nowotworów tego narządu. Rzadko są aktywne endokrynnie, dlatego na ogół nie obserwuje się typowego zespołu rakowiaka. Wyróżnia się trzy typy kliniczno-patologiczne NET górnego odcinka przewodu pokarmowego:

- typ pierwszy – liczne guzki niewielkich rozmiarów o raczej łagodnym charakterze; typ ten wiąże się z przewlekłym zanikowym zapaleniem błony śluzowej żołądka i wtórnie z hipergastrynemią;
- typ drugi – zmiany o większych rozmiarach związane z zespołem Zollingera-Ellisona lub w przebiegu MEN1;
- typ trzeci – pojedyncze, zazwyczaj duże zmiany, bez hipergastrynemii, o wysokiej złośliwości.

W przypadku typów I i II pojedynczych polipów o wielkości ≥ 1 cm zaleca się nadzór endoskopowy co 12 miesięcy.

Przy 3–5 polipach ≥ 1 cm należy wykonać echoendoskopię oraz polipektomię endoskopową, z następczą endoskopową kontrolą pacjenta.

Jeżeli liczba polipów przekracza 6, a wielkość 10 mm, stosuje się różne warianty leczenia operacyjnego. Z powodu wysokiego potencjału złośliwości zmiany typu III powinny być operowane.



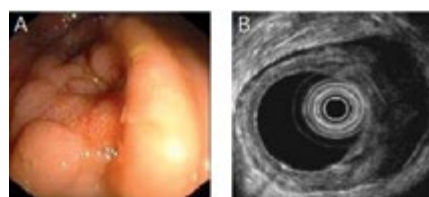
Ryc. 10. NET żołądka. Obraz endoskopowy (A) i endosonograficzny (B)

Za pomocą badania endoskopowego stwierdza się zmianę polipowatą lub okrągłą, pokrytą prawidłową błoną śluzową, rzadko z owrzodzeniem błony śluzowej (ryc. 10.)

W echoendoskopii NET jest widoczna hipoechogeniczna lub izoechogeniczna zmiana o regularnym zarysie. Wyrastają z 2. lub 3. warstwy ściany przewodu pokarmowego.

Chłoniak żołądka (gastric lymphoma)

Wśród pozawęzłowej manifestacji chłoniaków większość występuje w przewodzie pokarmowym (4–18%). Rozpoznanie histopatologiczne chłoniaka żołądka (lymphoma) na ogół można ustalić na podstawie biopsji endoskopowej (78,9% przypadków). Endoskopowo widoczny jest jako zmiana podśluzówkowa, o pogrubiałych, nieregularnych fałdach, mogących przypominać polip, żylaki lub owrzodzenie z wałowanym brzegiem. Echoendoskopowo to zmiana hipoechogeniczna, lokalizująca się w warstwie 2., 3. lub 4. (ryc. 11.).



Ryc. 11. Chłoniak żołądka. Obraz endoskopowy (A) i endosonograficzny (B)

Przerzuty nowotworowe

Wśród nowotworów dających przerzuty do ściany górnego odcinka przewodu pokarmowego najczęściej wymienia się przerzuty czerniaka, raka piersi, nerki i jajnika. Mogą one umiejscawiać się w każdej z warstw ściany przewodu pokarmowego. Zróznicowanie przerzutów od pierwotnych nowotworów na podstawie endoskopii i echoendoskopii nie jest pewne. Dopiero analiza histopatologiczna pozwala ustalić pełne rozpoznanie. Endoskopowo przerzut daje typowy obraz guza podśluzówkowego. W echoendoskopii opisuje się jako hipoechogeniczną, heterogenną masę, mogącą lokalizować się w każdej warstwie ściany.



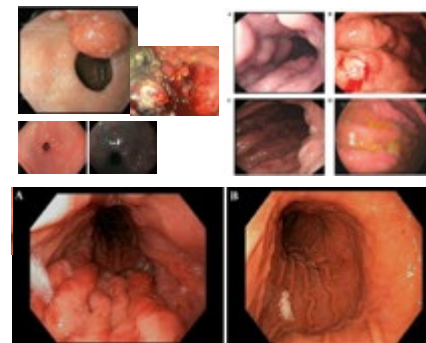
ZMIANY ZAPALNE I INNE:

Przewlekłe zapalenie żołądka:

Może prowadzić do powstawania zmian ogniskowych, takich jak polipy hiperplastyczne czy metaplasja jelitowa, co zwiększa ryzyko rozwoju raka.

Choroba Menetrier'a:

Rzadka choroba charakteryzująca się nadmiernym rozrostem błony śluzowej żołądka, co może prowadzić do powstawania polipów i zwiększonego ryzyka nowotworu.



Oto kilka istotnych informacji na temat zastosowania CEUS do oceny zmian ogniskowych żołądka:

1. Zastosowanie CEUS:

CEUS umożliwia lepszą wizualizację struktur wewnętrznych żołądka dzięki zastosowaniu środków kontrastowych, które poprawiają jakość obrazów.

Może być szczególnie przydatne w identyfikacji i charakterystyce zmian ogniskowych takich, jak guzy, polipy, czy obszary zapalne.

2. Środki kontrastowe:

Środki kontrastowe stosowane w CEUS są zazwyczaj mikrobalonami, wypełnionymi gazem, które odbijają ultradźwięki, co pozwala na uzyskanie bardziej szczegółowych obrazów. Środki te są zazwyczaj dobrze tolerowane i bezpieczne dla pacjentów.

3. Korzyści z CEUS:

Lepsza ocena naczyniowości zmian ogniskowych, co może pomóc w różnicowaniu między zmianami łagodnymi a złośliwymi.

Możliwość oceny odpowiedzi na leczenie, np. po chemioterapii lub radioterapii, co pozwala na dostosowanie terapii w razie potrzeby.

4. Diagnostyka różnicowa:

CEUS może pomóc w rozróżnieniu różnych typów zmian, np. raków, guzów stromalnych, chłoniaków czy przerzutów, na podstawie charakterystyki wzoru unaczynienia.

5. Praktyczne zastosowanie:

W praktyce klinicznej CEUS może być stosowane jako dodatkowe narzędzie diagnostyczne obok innych metod obrazowania, takich jak endoskopia, tomografia komputerowa (CT) czy rezonans magnetyczny (MRI).

CHARAKTERYSTYKA ZMIAN OGNISKOWYCH:

Łagodne zmiany:

Polipy, mięśniaki, czy torbiele zazwyczaj wykazują jednolity, regularny wzór unaczynienia i nie mają tendencji do szybkiego wzrostu.

Nowotwory złośliwe:

Guzy nowotworowe, takie jak rak żołądka, często charakteryzują się niejednorodnym unaczynieniem, obszarami martwicy i szybką progresją.

Zmiany zapalne:

Zapalenia mogą wykazywać zwiększoną unaczynienie oraz pogrubienie ściany żołądka.

ZALETY I OGRANICZENIA CEUS:

Nieinwazyjność:

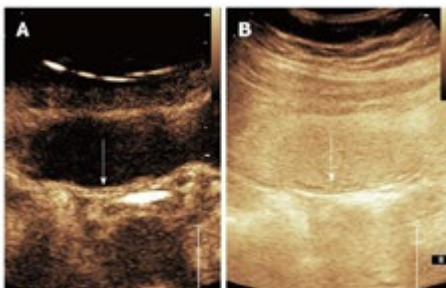
Brak potrzeby wprowadzania instrumentów do przewodu pokarmowego, jak w przypadku endoskopii.

Bezpieczeństwo:

Środki kontrastowe stosowane w CEUS są zazwyczaj dobrze tolerowane i rzadko powodują reakcje alergiczne.

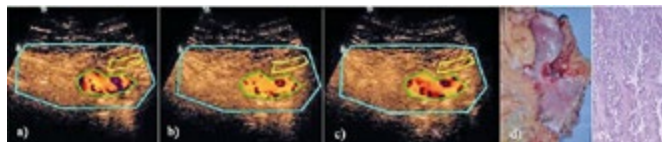
Dynamiczna ocena:

Możliwość obserwacji zmian w czasie rzeczywistym, co jest przydatne w ocenie przepływu krwi i unaczynienia.



Rysunek - Dwuwymiarowe obrazowanie ultrasonograficzne z podwójnym wzmocnieniem kontrastowym.

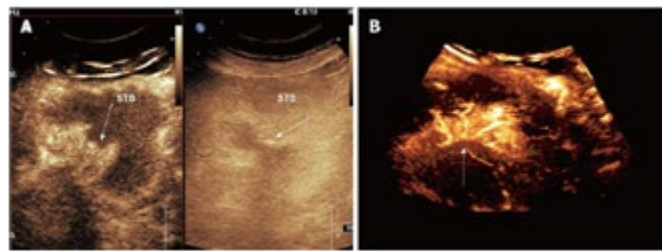
A: Zdjęcie przedstawiające dożylny obrazowanie harmoniczne z kontrastem, bez echa jamy żołądka i trzech warstw prawidłowej ściany żołądka. B: Zdjęcie przedstawiające obrazowanie prawidłowej ściany żołądka po wypełnieniu echogenicznym środkiem kontrastowym.



Badanie CEUS gruczolakoraka żołądka z mapami perfuzji, przedstawiającymi wychwyty CA (a), heterogeniczne wzmocnienie (b) i opóźnione wymywanie (c); d) wycinek chirurgiczny subtotalnej resekcji żołądka; e) aspekt histopatologiczny, HE 100X.



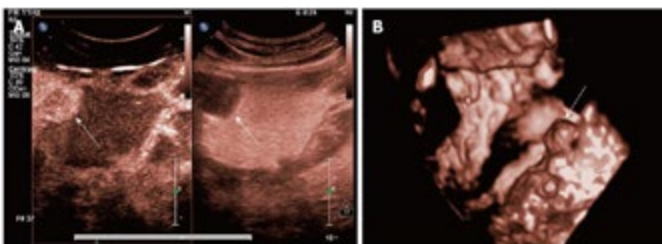
Badanie CEUS guza podścieliskowego żołądka, wykazujące intensywny wychwyty CA, jednorodne wzmocnienie (a) i opóźnione wymywanie (b); c) próbka chirurgiczna; d) aspekt histopatologiczny, HE 100X.



Rysunek - Obrazowanie ultrasonograficzne wrzodziejącego raka żołądka z podwójnym wzmocnieniem kontrastowym

A: Dwuwymiarowe obrazy ultrasonograficzne z podwójnym wzmocnieniem kontrastowym (DCUS) (obrazowanie konwencjonalne po prawej stronie i obrazowanie harmoniczne po lewej) wykazały guz o wzmocnionym kontraście z wrzodziejącym ubytkiem, przypominającym krater (strzałka);

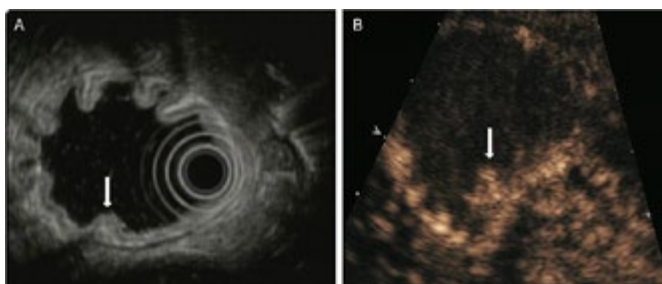
B: Trójwymiarowe obrazowanie DCUS wykazało zniekształcenie naczyń krwionośnych w raku żołądka (strzałka).



Rysunek - Obrazowanie ultrasonograficzne guza podścieliskowego żołądka z podwójnym wzmocnieniem kontrastowym

A: Dwuwymiarowe obrazy ultrasonograficzne ze wzmocnionym kontrastem (DCUS) wykazały bezcechową masę w jamie żołądka w ultrasonografii doustnej z kontrastem, na podstawie której prawie nie mogliśmy ocenić, czy jest to zmiana torbielowata, czy lita; ale obrazowanie z kontrastem dożylnym wykazało wzmocnienie środka kontrastowego (strzałka);

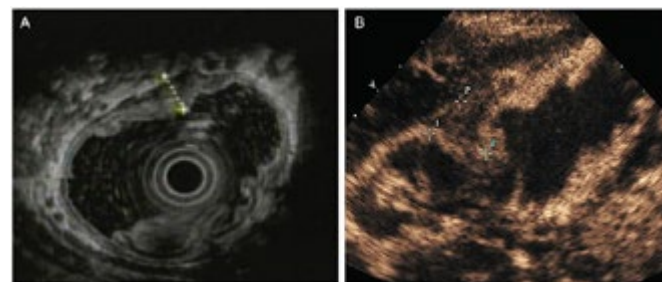
B: Trójwymiarowe obrazowanie DCUS wykazało guz uniesiony do jamy żołądka (strzałka).



Rysunek 1. Przypadek guza T1, zlokalizowanego w tylnej ścianie jamy brzusznej.

(A) EUS wykazało niewielką, uniesioną zmianę (strzałka), obejmującą błonę śluzową i podśluzówkę antrum.

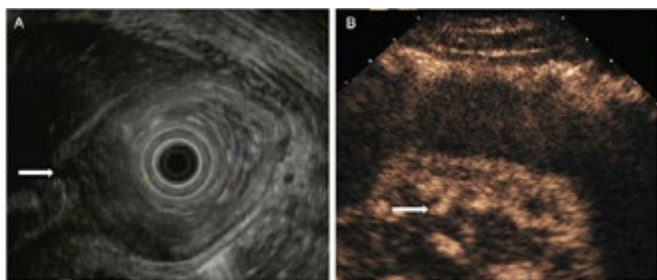
(B) DCEUS wykazało, że zmiana (strzałka) obejmuje warstwę podśluzówkową.



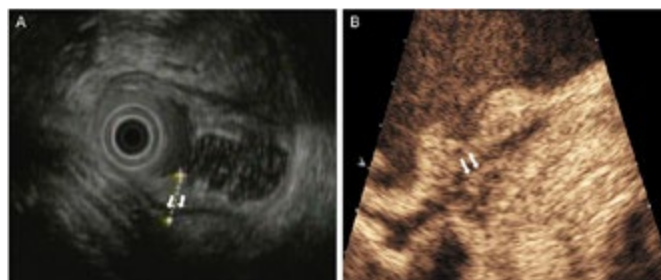
Rysunek 2. Przypadek guza T2, zlokalizowanego w przedniej ścianie trzonu żołądka.

(A) EUS wykazało wrzodziejącą zmianę obejmującą mięśniówkę właściwą (czwarta warstwa). Warstwa surowicza wydaje się nienaruszona.

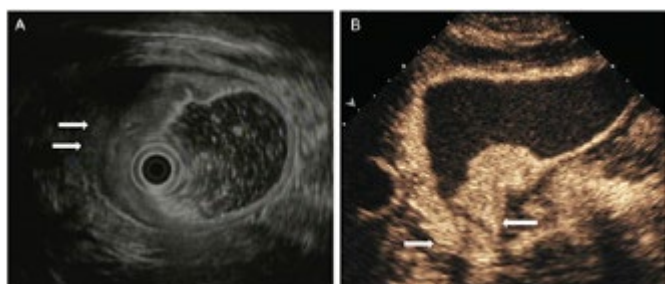
(B) Obraz DCEUS pokazał zmianę naciekającą warstwę mięśniową. Zmiana nie nacieka błonę surowiczą.



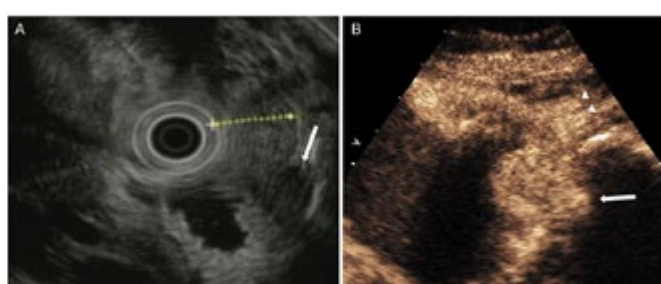
Rysunek 3. Przypadek guza T3, zlokalizowanego w kącie żołądka. (A) EUS wykazało dużą zmianę o grubości około 3 cm, która naciekała warstwę surowiczą. (B) DCEUS wykazało, że zmiana nacieka błonę surowiczą (strzałka) ze zniknięciem wszystkich warstw.



Rysunek 5. Przypadek guza T1 został przesunięty w badaniu DCEUS, ale w badaniu EUS został on dokładnie oceniony. (A) EUS wykazało, że zmiana nacieka błonę podśluzową, a warstwa mięśniowa pozostała bez nacieku (strzałka), ale (B) DCEUS wykazał, że zmiana nacieka błonę mięśniową właściwą (strzałka) przez pomyłkę i zawiżyła stopień zaawansowania guza T2.



Rysunek 4. Przypadek guza T4 zlokalizowanego w jamie brzusznej. (A) EUS wykazało, że zmiana wniknęła w warstwę błony surowiczej z naciekaniem do sąsiednich tkanek (strzałka). (B) DCEUS wykazało, że zmiana nacieka opuszkę dwunastnicy (strzałka).



Rysunek 6. Przypadek guza T4 nie został oceniony w badaniu EUS, ale został dokładnie oceniony w badaniu DCEUS. (A) EUS wykazało, że zmiana wniknęła w błonę surowiczą (strzałka) i była oceniona jako guz T3. (B) DCEUS wykazało, że zmiana nie tylko naciekała warstwę surowiczą (strzałka), ale także naciekała sąsiednie tkanki (trójką).

lek. ALEKSANDER POMAZAN

Zespół krótkiego jelita. Studium Przypadku

Niewydolność jelit

Klasyfikacja czynnościowa

- Typ I → ostra, krótkotrwała, samoograniczająca się, wymagająca dożylną suplementacji przez kilka dni lub tygodni
- Typ II → przedłużona ostra, u chorych niestabilnych metabolicznie, wymagających opieki interdyscyplinarnej oraz wielomiesięcznej suplementacji dożylną - potencjalnie odwracalna
- Typ III → przewlekła, chorzy stabilni metabolicznie, wywołani postępującymi i wyniszczającymi chorobami przewodu pokarmowego

Zespół krótkiego jelita

Jest to zaburzenie wchłaniania po rozległych resekcjach jelita cienkiego. Objawy rozwijają się u pacjentów, u których pozostał fragment jelita cienkiego w ciągłość nie przekraczający 200 cm.

Przyczyny rozległej resekcji jelita cienkiego

U dzieci

- Wady genetyczne (wrodzona atrezja jelita, skręt jelit, wytrzewienie)
- Martwicze zapalenie jelita cienkiego

U dorosłych

- Niedokrwienie jelit
- Choroba Leśniowskiego-Crohna
- Martwica z powodu skrętu lub zadzierzgnięcia jelita

- Uszkodzenie jelita w wyniku urazów brzucha
- Popromienne zapalenie jelita
- Przetoki jelitowe wewnętrzne lub zewnętrzne
- Powikłania chirurgiczne

Podział anatomiczny

	Type I (total jejunectomy)	Type II (partial colectomy)	Type III (partial ileal colectomy)
Surgical procedure	Complete resection of ileum and cecum. Jejunum preserved and jejunum ileostomy at the ileocecal junction.	Resection of most of the ileum with preservation of cecum.	Distal resection of ileum. Ileum of terminal ileum and cecum are retained.
Representation			
Preservation of ileocecal valve	No	No	Yes
Preservation of cecum	No	Partial	Complete
Clinical features	No. Definitive interduodenal anastomosis with risk of enterocolic fistulas. Jejunum output increases after food and drink intake.	Partial. Weight loss. Absorption malabsorption. Severe malabsorption developing in months.	Complete. Malabsorption less. Usually not need for parenteral support.

Opis przypadku

Pacjent, lat 18, skierowany do Zakładu Leczenia Chorób Wewnętrznych, Chorób Płuc, Chorób Przewlekłych, Nadciśnienia Tętniczego, Endokrynologii i Gastroenterologii w Gorzowie Wlkp.

- Silny ból brzucha zlokalizowany w nadbrzuszu
- Wymioty
- Przewlekły wieloletni wywiad występowania luźnych stolców

Wywiad chorobowy

- Nawracające epizody OZT
- Stan po operacji wytrzewienia oraz zakrzepicy żyły śledzionowej z następową resekcją jelita cienkiego powikłaną zespołem krótkiego jelita
 - Znaczne osłabienie, zawroty głowy, pogorszenie tolerancji wysiłku

DiagnostykaW badaniu USG

- W wymiarach AP głowa 23 mm, trzon 24 mm
- Niska echogeniczność
- Niejednorodna echogeniczność mięszu
- Odczynowe powiększenie otaczających węzłów chłonnych

W badaniach laboratoryjnych

- CRP 155,18 mg/dl, PCT 0,23 ng/ml
- Leukocytoza 15.54 G/L
- Bez odchyień od zakresu referencyjnego poziomu enzymów trzustkowych

Zespół Krótkiego jelita, a wyższe ryzyko wystąpienia OZT

- Zjawisko nie do końca poznane
- Zwiększone ryzyko po rozległych operacjach w obrębie jamy brzusznej
 - Pacjenci z większym ryzykiem rozwoju kamicy żółciowej: zmieniony skład żółci, spowodowany krążeniem jelitowo-wątrobowym kwasów żółciowych upośledzonym przez resekcję jelita krętego → zmniejszenie wątrobowego wydzielania kwasów żółciowych, które stają się przesycone cholesterolem
 - zastój żółci spowodowany zmniejszoną hormonalną stymulacją jelitową skurczów pęcherzyka żółciowego, co może prowadzić do zastojów żółci i tworzenia się kamieni żółciowych

Druga strona medalu hospitalizacji pacjenta z zespołem krótkiego jelita

- Masa ciała 56kg Wzrost 174 cm, BMI 18,50 kg/m²
- Hemoglobina 8,4 g/dl [13,74-16,46] MCV 66,3 [79,0-02,2]
- Witamina B12 - 86 pg/mL [211-911]
- Białko całkowite 4,6 g/dl [5,7-8,2]
- Albumina w surowicy 2,6 [3,2-4,8]
- Żelazo 9 ug/dl, Fe [65 - 175], Ferrytyna 26,2 ng/ml [22,0-322,0]
- Wapń całkowity 1,91 mmol/l [2,08 - 2,65]
- Witamina D3 (25-OH) - 5,22 ng/mL
- Testosteron 1,35 [1,13 - 10,92]

Problemy kliniczne leczenia OZT z towarzyszącym z. krótkiego jelita

- Niska masa ciała chorego
- Niedobory białkowo-energetyczne
- Niedobory wielowitaminowe
- Zwiększone ryzyko powikłań → wytworzenie zbiornika płynowego, wystąpienia zakażonej martwicy, przetok, powikłań naczyniowych
 - Zwiększone ryzyko rozwoju ciężkiego OZT

Wielodyscyplinarne leczenie pacjenta z ZKJ• Interwencja od strony lekarza

- Intensywne leczenie OZT → płynoterapia, leczenie przeciwbólowe
- Ostre wyrównanie niedoborów białkowo-energetycznych → czasowe wdrożenie żywienia parenteralnego, wlewy albumin

- Leczenie preparatami krwiopochodnymi w przypadku utrzymującej się objawowej anemii → przetoczenie 2j. KKCZ
- Suplementacja witamin, niedoborów mikroelementów drogą pozajelitową
 - Rozważenie wdrożenia suplementacji preparatami żelaza dożylnego

Wielodyscyplinarne leczenie pacjenta z ZKJ• Interwencja od strony diety klinicznego

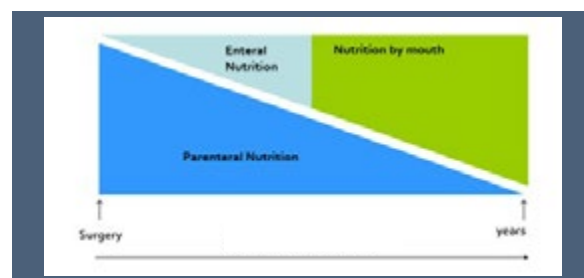
- Doustna suplementacja preparatami wysokobiałkowymi oraz wysokoenergetycznymi (wolne spożycie przyjmowanych produktów → do 60 minut na opakowanie
 - Tłuszcze → głównie o pochodzeniu roślinnym z ograniczeniem wysoko przetworzonej żywności
 - Cukry → dieta zawierająca głównie węglowodany w formie złożonej
 - Błonnik → ograniczenie przyjmowania w ciężkostrawnej formie
 - Ograniczenie spożywania produktów zawierających laktozę
 - Przyjmowanie płynów wieloelektrolitowych pomiędzy posiłkami
 - Suplementacja witamin ADEK, wdrożenie suplementów średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCT)
 - Wdrożenie preparatów doustnych żelaza, a w przypadku braku tolerancji - leczenie za pomocą żelaza dożylnego
 - Suplementacja parenteralna wit. B12

Wykonana diagnostyka różnicowa

- Nakładająca się infekcja w przewodzie pokarmowym → badanie w kierunku patogenów jelitowych metodą MULTIPLEX-P-CR - wynik ujemny
 - Wykluczenie choroby trzewnej - przeciwciała p/endomysium, retikulinie i gliadynie w klasie IgA - wynik ujemny
 - Wykluczenie zapalenia naczyń o podłożu autoimmunizacyjnym → pANCA, cANCA - wynik ujemny
 - Nakładanie się chorób o etiologii autoimmunizacyjnej → p/c przeciwjadrowe ANA, AMA, ASMA - wynik ujemny

Efekty wdrożonego leczenia

- Deklarowana poprawa ogólnego stanu zdrowia
- Ustąpienie prezentowanych dolegliwości bólowych
- Ustąpienie zgłaszanego osłabienia, zawrotów głowy, poprawa tolerancji wysiłku
 - W badaniach laboratoryjnych → HG 9,7 d/dl, WBC 13.75 G/L, CRP 8,03 mg/L



Dalsze zalecenia

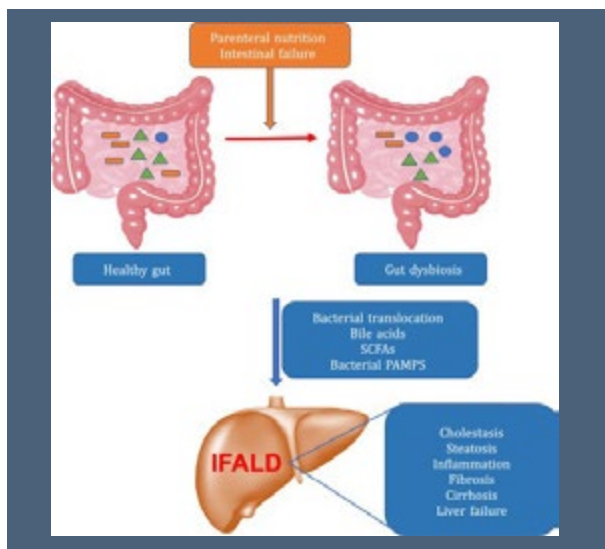
- Dalsza kontrola gastroenterologa, endokrynologa, dietytyka klinicznego
- Kontynuacja suplementacji doustnej odżywek wysokobiałkowych
- Doustna suplementacja witamin: A, C, D, E
- Suplementacja doustnego preparatu żelaza
- Suplementacja witaminy D3
- Testosteron → 50mg 1x1 ad us. ext.

Jakich odległych powikłań powinniśmy się wystrzeżać?

- Choroba metaboliczna kości
- Anemia z niedoboru żelaza
- Zwiększone ryzyko kwasicy mleczanowej
- SIBO (zespół rozrostu bakteryjnego jelita cienkiego)
- Choroba wątroby związana z przewlekłą niewydolnością jelit

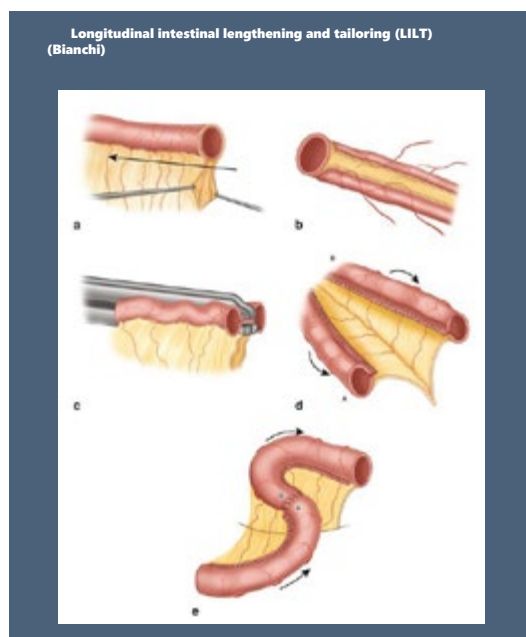
Choroba wątroby związana z przewlekłą niewydolnością jelit Intestinal failure-associated liver disease (IFALD)

- Związana z przewlekłą niewydolnością jelit przy cechach cholestazy (bilirubina całkowita > 2 mg/dl) przy wykluczeniu innych przyczyn uszkodzenia wątroby
- Przyczyny: nadmierna podaż energetyczna, nieprawidłowe proporcje stosowanych mieszanek żywieniowych, nadmierna podaż emulsji tłuszczowych zwiększone ryzyko translokacji bakterii w zespole rozrostu bakteryjnego
- Zapobieganie:
 - A. Najwcześniejsze wdrożenie żywienia enteralnego
 - B. Dostosowanie podaży energetycznej do zapotrzebowania w organizmie
 - C. Minimalizacja podaży lipidów
 - D. Wczesne leczenie i diagnozowanie zespołu rozrostu bakteryjnego jelita cienkiego

**Co możemy jeszcze zaproponować?**

- **Hormon wzrostu**
- Próby suplementacji na etapie pojedynczych badań klinicznych
- Zwiększony wychwyt glutaminy w komórkach enterocytów
- Poprawa adsorpcji składników pokarmowych w jelicie cienkim
- **Analogi GLP2**
- Tedaglutyd (Revestive) → dopuszczony do obrotu w UE w 2012 roku

- Gelpaglutyd → badania drugiej fazy, w trakcie uzyskania zgody dopuszczenia do obrotu przez FDA
- Stymulacja receptora GLP2 - ochrona integralności błon śluzowych, stymulacja naprawy i normalnego wzrostu jelit przez zwiększoną wysokość kosmków i głębokości krypt
- Brak udowodnionej skuteczności w badaniach randomizowanych w porównaniu z placebo
- Koszt miesięcznej terapii → 27 tys. \$ [aktualnie brak refundacji w Polsce]
- **Leczenie operacyjne**
- longitudinal intestinal lengthening and tailoring (LILT) (Bianchi)



- Serial transverse enteroplasty (STEP)
- Spiral intestinal lengthening and tailoring (SILT)
- Przeszczep jelita cienkiego → wysoka immunogenność jelit, wysokie ryzyko odrzutu graftu

PIŚMIENNICTWO

- Carlsson E, Bosaeus I, Nordgren S. Quality of life and concerns in patients with short bowel syndrome. *Clin Nutr* 2003;22:445–52.
- Pironi L, Arends J, Baxter J, Bozzetti F, Peláez RB, Cuerda C, et al. ESPEN endorsed recommendations. Definition and classification of intestinal failure in adults. *Clin Nutr* 2015;34:171–80.
- DiBaise J. Home parenteral nutrition: complications, survival, costs, and quality of life. In: Langnas A, Goulet O, Quigley E, Tappenden K, editors. *Intestinal failure: diagnosis, management, and transplantation*. Oxford: Blackwell Publishing; 2008. p. 130–41.
- Buchman AL, Scolapio J, Fryer J. AGA technical review on short bowel syndrome and intestinal transplantation. *Gastroenterology* 2003;124:1111–34.
- O'Keefe SJ, Buchman AL, Fishbein TM, Jeejeebhoy KN, Jeppesen PB, Shaffer J. Short bowel syndrome and intestinal failure: consensus definitions and overview. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4:6–10.
- iBaise JK, Young RJ, Vanderhoof JA. Intestinal rehabilitation and the short bowel syndrome: part 1. *Am J Gastroenterol* 2004;99:1386–95.
- Jeppesen PB. Teduglutide, a novel glucagon-like peptide 2 analog, in the treatment of patients with short bowel syndrome. *Therap Adv Gastroenterol* 2012;5:159–71. nutrition dependence and survival of 268 patients with non-malignant short bowel syndrome. *Clin Nutr* 2013;32:368–74.

Poprawa ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce. Kluczowe wnioski z raportu

Kondycja psychiczna dzieci i młodzieży jest w fatalnym stanie. UNICEF szacuje, że na świecie blisko 13 proc. nastolatków w wieku od 10 do 19 lat żyje ze zdiagnozowanymi zaburzeniami zdrowia psychicznego.

Są to liczby ogromne. Centra Zdrowia Psychicznego MindHealth obserwują narastające problemy emocjonalne i psychiczne, z którymi borykają się młodzi ludzie, dlatego cały czas podejmują inicjatywy, mające na celu podnoszenie świadomości zdrowia psychicznego oraz szukania rozwiązań, które będą skuteczne w realnej pomocy dzieciom i młodzieży. Jedną z takich inicjatyw jest wsparcie merytoryczne raportu pt. Poprawa ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce, przygotowanego przez kancelarię Rymarz Zdort Maruta oraz Unicef Polska we współpracy z przedstawicielami strony publicznej, sektora pozarządowego i biznes, prawników, ekspertów i praktyków.

Centra Zdrowia Psychicznego MindHealth oraz Szpital MindHealth z oddziałami psychiatrycznymi są jednym z patronów raportu, a Medicover (do którego należy MindHealth) jest jednym z partnerów strategicznych.

W samej Unii Europejskiej liczba nastolatków w wieku 10-19 ze zdiagnozowanymi chorobami psychicznymi sięga 11,2 mln. Prawie 46 tys. nastolatków co roku popełnia samobójstwo – to jedna z pięciu najczęstszych przyczyn śmierci w tej grupie wiekowej. Połowa z zaburzeń zdrowia psychicznego zaczyna się przed 14. rokiem życia i często pozostaje nieleczona. Globalnie średnio tylko 2 proc. wydatków budżetowych państw na ochronę zdrowia jest przeznaczanych na zdrowie psychiczne.

Zaburzenia zdrowia psychicznego i ich wpływ na możliwość rozwoju oraz osiągnięcie pełnego potencjału są często pomijaną przyczyną cierpienia dzieci i młodzieży na całym świecie. Problemy w tym obszarze dodatkowo pogorszyła pandemia i jej długofalowe konsekwencje. Nieustająco odczuwane są też braki w zakresie nakładów finansowych i dostępności profesjonalnie przygotowanych lekarzy. Aby przeanalizować istniejące regulacje prawne oraz zidentyfikować szanse i potrzeby, a także wskazać dobre praktyki z zakresu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce, powstał raport regulacyjny. Został on opracowany we współpracy kancelarii Rymarz Zdort Maruta z UNICEF Polska

oraz innymi przedstawicielami strony publicznej i prywatnej, organizacji społecznych, prawników, ekspertów i praktyków.

Centra Zdrowia Psychicznego oraz Szpital MindHealth byli jednym z patronów merytorycznych raportu, a Medicover partnerem strategicznym

- Z naszych obserwacji wynika - - mówi Dorota Wiśniewska-Szeplewicz, dyrektor Szpitala MindHealth - że coraz więcej dzieci i młodzieży wymaga wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego. Nastolatki, jak nigdy dotąd, potrzebują troskliwej opieki systemowej. Zdajemy sobie sprawę, że system opieki państwowej, przy tak ogromnych wyzwaniach, ma za mało zasobów, by im w całości sprostać. Brakuje specjalistów, psychiatrów dzieci i młodzieży, czas oczekiwania na konsultację czy terapię jest długi. A w przypadku chorób czy zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i nastolatków czas otrzymania profesjonalnej pomocy jest kluczowy.

- Dopatrujemy się szanse na poprawę sytuacji w ramach współpracy publiczno-prywatnej. Obecnie uruchamiamy w Szpitalu MindHealth z oddziałami psychiatrycznymi oddział dzienny dla młodzieży a na nim turnusy terapeutyczne. Raport i jego przygotowanie są też dla nas impulsem do szukania nowych, efektywnych rozwiązań, które możemy zaproponować w ramach naszej działalności - dodaje.

Raport zawiera szczegółowe propozycje rozwiązań prawnych i pozaprawnych, umożliwiających poprawę sytuacji dzieci i młodzieży w obszarze zdrowia psychicznego, w tym przygotowanie podstaw do ewentualnych zmian legislacyjnych i opracowań systemowych. Jego celem nie jest jednak przedstawienie wiążących rekomendacji. Nie wyczerpuje on też całości problematyki ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, lecz skupia się na wybranych, ogólnych aspektach, które zostały uznane za najbardziej istotne.

Publikacja składa się z trzech elementów: opisuje stan faktyczny – problemy i potrzeby, z jakimi mierzą się dzieci i młodzież; analizuje stan prawny – otoczenie regulacyjne oraz praktyki jego funkcjo-



nowania w realiach krajowego systemu ochrony zdrowia; określa rolę podmiotów prywatnych oraz trzeciego sektora we wspieraniu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz zbiera dobre praktyki, podejmowane przez patronów i partnerów raportu, które mogą stanowić dla całego rynku inspirację do działania, a także pokazać stronie publicznej, w jaki sposób może wykorzystać potencjał tych podmiotów w swoich aktywnościach.

W pracach nad jego treścią wykorzystano dobre praktyki w tym obszarze znane i stosowane w innych państwach. Uczestniczyli w nich przedstawiciele strony publicznej oraz sektora pozarządowego (UNICEF Polska, Polskie Stowarzyszenie ESG, Forum Odpowiedzialnego Biznesu, Fundacja Centrum Innowacyjnej Edukacji, Fundacji Nie Widać Po Mnie, Fundacji My Pacjenci), praktycy z Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, eksperci z zakresu ochrony zdrowia psychicznego. Niezwykle ważnym elementem prac nad raportem był dialog z młodzieżą z III Liceum Ogólnokształcącego im. Marynarki Wojennej RP w Gdyni.

Partnerami raportu są: Adamed Pharma, Benefit Systems, ICT Poland, LPP, Medicover, MindHealth, Nivalit, Oshee, TikTok.

MONIKA JAROMIN
Centrum Medyczne Damiana

https://rzmlaw.com/wp-content/uploads/2024/06/Raport-Poprawa_ochrony_zdrowia_psychicznego_dzieci_i_młodzieży_w_Polsce.pdf

Prezentacje z ubiegłorocznej konferencji szkoleniowej lubuskich internistów

Świąd hodowcy kur

PACJENTKA L. K. - 74 lat

Wizyta 1 27.05.2021

Chora skierowana do Poradni Reumatologicznej z powodu:

- * Bólu stawów
- * Zmęczenia
- * Stanów podgorączkowych
- * Utraty smaku

W wywiadzie:

- * Stan po COVID
- * Nadciśnienie tętnicze

Odchylenia w badaniu przedmiotowym i podmiotowym:

- obrzęki drobnych stawów rąk
- chora z istotnym niepokojem ruchowym
- głównie skarżąca się na ciągłe zmęczenie, uniemożliwia jej to pracę - hoduje kury

Wyniki badań laboratoryjnych:

- * Morfologia: Hb- 13,7 g/dl
- * Sód 140 mmol/l Potas 4,94 mmol/l
- * Kreatynina : norma
- * CRP – norma
- * OB. 30mm
- * RF ujemny
- * Glukoza prawidłowa
- * Anty CCP w normie
- * AST 49
- * ALT 45

Wyniki badań obrazowych:

RTG rąk - zmiany zwyrodnieniowe

DGN: Choroba zwyrodnieniowa stawów

Stan po infekcji SARS CoV2???

Ale:

Pacjentka wciąż mruga oczami, cały czas się „wierci” i wciąż nie ma siły podejmować codziennych czynności.

12.2021

Zlecam wizytę u okulisty i kolejne badania, ale....

Jakie rozpoznanie?

- * ANA 6,5
- * Kał na pasożyty wciąż ujemny
- * CRP w normie
- * OB. 50
- * ALAT 75
- * AST 80

Dlaczego chora wciąż mruga? Dlaczego wciąż się wierci? I czy musi tak ciągle siorbać wodę???

U okulisty nie była, bo wizyta za 8 miesięcy....

A chora wciąż mruga, wciąż się wierci i wciąż siorbie wodę

Jest 31. pacjentem w poradni, więc pytam:

- Dlaczego wciąż mruga???
- Dlaczego wciąż pije wodę???

Odpowiada chora:

- Mruga, bo oczy ją pieką, ale to od paszy, ma tak od lat.
- Pije wodę. Ma tak od zawsze, nawet rosół je z kompotem w niedziele. Ma tak od lat.
- Zapomniała powiedzieć, że ma białe i sine ręce, jak w zimę daje kurom jeść.

02.2022

Kapilaroskopia

Tło naczyń bladioróżowe.

Ręka lewa: zauważalna zmniejszona liczba kapilar pa;ca II, IV, V widoczne pola awaskularne, obecnie kapilary poszerzone. Palec IV megakapilara. Kapilary rozgałęzione: II, III, V palec. Mikrowyboczyny. Dezorganizacja kapilar miejscowo widoczna.

Ręka prawa: zmniejszona liczba kapilar, szczególnie V palec. Pole awaskularne – palec IV, liczne kapilary poszerzone. Palec V – 2 megakapilary. Palec V – kapilary rozgałęzione. Obecne mikrowyboczyny. Obrzęk podścieliska niewielki, palec II i III. Widoczna dezorganizacja kapilar miejscami, liczne pętle zastoinowe i naczyń kręte.

Wyniki badań:

SSa +++	SSb+++	Alat 65
Aspat 70	Hbs ujemny	Hcv ujemny

Final

- * Zespół Sjögrena
- * Układowa choroba autoimmunologiczna dotycząca głównie gruczołów egzokrynych

Zasada NAJ

- * NAJczęściej kobiety
- * NAJczęściej suchość błon śluzowych: j. ustnej, gałki ocznej, nosa, krtani, zmęczenie, bóle kostno-szkieletowe
- * NAJczęściej 5.-6. dekada życia
- * NAJczęściej obecność anty SS-A, nacieki limfocytarne w gruczołach ślinowych mniejszych

Telefon do przyjaciela

Okulista – dodatni test Schimera<5mm/5 minut

Radiolog - usg ślinianek zatarte granice, torbiele

- obraz typowy

Ale chora.....wciąż się wierci.....

05.2022

- * W badaniu: liczne przeczasy na poślankach
 - * Chora podaje, że leczy obecnie świerzb
 - * Kontrola za kilka tygodni - 07.2022
 - * Wciąż przeczasy – leczenie świerzbu nie dało poprawy.
 - * Diagnoza od drugiego doktora: uczulenie na kury.
- Chora płaczehoduje kury od zawsze.....
I przypominam sobie o tej wątrobie.
Od lat podwyższone AST/ ALT.
Zlecam kolejne wyniki.

08.2022

- * ALT 80
- * AST 80
- * Fosfataza zasadowa 360
- * AMA-M2 dodatnie

W zleconym badaniu MR obraz typowy dla pierwotnego zapalenia dróg żółciowych.

Chora otrzymuje kwas ursodezoksycholowy asertin

Kontrolna wizyta za kilka tygodni

Chora wciąż mruga, ale już się nie wierci...



Rodzina Hetero

Pacjentka lat 36, aktywna fizycznie, przestrzegająca diety, bez wcześniejszych chorób.

Okresowo pobolewania w klatce - nigdy nie oznaczała sobie poziomu LDL (ani swoim dzieciom).

Stosowała dietę ketogeniczną, opartą głównie na tłuszczach zwierzęcych, przez 6 miesięcy. Później zmieniła dietę na śródziemnomorską. Po niecałych 3 miesiącach od zmiany diety wykonała lipidogram - LDL 560 mg/dl!

- * Pacjentka sceptycznie nastawiona
- * Chęć leczenia dietą i monokoliną A
- * Brak zaufania, brak poczucia choroby, ogromna niechęć do statyn

Rodzina:

Dwójka dzieci, również na diecie:

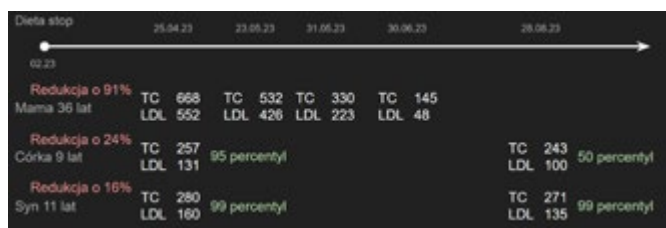
- Syn LDL 160 mg/dL (> 99 percentyl),
- córka LDL 131 mg/dL (> 95 percentyl)

Jak ich leczyć? Co z resztą rodziny?

Na podstawie Dutch Lipid Clinic Network Score (DLCNS) u pacjentki rozpoznano hipercholesterolemię rodzinną, bazując na dodatnim wywiadzie rodzinnym oraz wynikach laboratoryjnych.

Jeśli LDL > 200 mg/dL lub >100 mg/dL pomimo intensywne-go leczenia: rozważyć hipercholesterolemię rodzinną!

Zalecono zmianę diety, dodatkowo u pacjentki włączono roz-zuwastatynę w maksymalnej dawce oraz ezetymib.



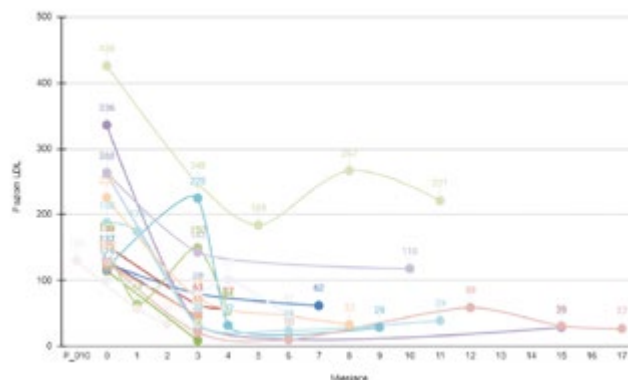
Po co leczyć? 26% Pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną dostanie zawału do 39. roku życia, a 7% z nich umrze. Jeśli włą-czymy odpowiednio wcześnie leczenie, ryzyko to nie będzie się różniło od ryzyka u osób zdrowych.



Doświadczenia ośrodka:

- * Ponad 30 pacjentów włączonych do programu B101
- * **71% pacjentów osiągnęło LDL < 55 mg/dL**
- * 80% po PTCA/CABG
- * 20% z nietolerancją intensywnej terapii statynami
- * Średni wynik LDL przy włączeniu 187 mg/dL
- * Średni wynik LDL po 3 m-cach leczenia 82 mg/dL
- * Redukcja LDL o 56% przez 3 miesiące.

Poziom LDL u pacjentów włączonych do programu B101 z całkowitą nietolerancją statyn lub wcześniej już przyjmujących maksymalne dawki leków:



Lek. BŁAŻEJ MAKOWSKI

Poradnia Kardiologiczna

Kliniczny Oddział Kardiologiczny Wielospecjalistyczny

Szpital SP ZOZ

w Nowej Soli, ul. Chałubińskiego 1

BIBLIOGRAFIA

- Batch JT, Lamsal SP, Adkins M, Sultan S, Ramirez MN. Advantages and Disadvantages of the Ketogenic Diet: A Review Article. *Cureus*. 2020 Aug 10;12(8):e9639. doi: 10.7759/cureus.9639. PMID: 32923239; PMCID: PMC7480775.
- Yun SY, Rim JH, Kang H, Lee SG, Lim JB. Associations of LDL Cholesterol, Non-HDL Cholesterol, and Apolipoprotein B With Cardiovascular Disease Occurrence in Adults: Korean Genome and Epidemiology Study. *Ann Lab Med*. 2023 May 1;43(3):237-243. doi: 10.3343/alm.2023.43.3.237. Epub 2022 Dec 22. PMID: 36544335; PMCID: PMC9791015.
- Jung E, Kong SY, Ro YS, Ryu HH, Shin SD. Serum Cholesterol Levels and Risk of Cardiovascular Death: A Systematic Review and a Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 6;19(14):8272. doi: 10.3390/ijerph19148272. PMID: 35886124; PMCID: PMC9316578.
- Liang, X., Ye, M., Tao, M. et al. The association between dyslipidemia and the incidence of chronic kidney disease in the general Zhejiang population: a retrospective study. *BMC Nephrol* 21, 252 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12882-020-01907-5>
- Rosenstein K, Tannock LR. Dyslipidemia in Chronic Kidney Disease. [Updated 2022 Feb 10]. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, et al., editors. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.

- com, Inc.; 2000-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305899/>
- Kim, J., Shin, SJ., Kim, YS. et al. Positive association between the ratio of triglycerides to high-density lipoprotein cholesterol and diabetes incidence in Korean adults. *Cardiovasc Diabetol* 20, 183 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12933-021-01377-5>
- Mansi IA, Chansard M, Lingvay I, Zhang S, Halm EA, Alvarez CA. Association of Statin Therapy Initiation With Diabetes Progression: A Retrospective Matched-Cohort Study. *JAMA Intern Med.* 2021 Dec 1;181(12):1562-1574. doi: 10.1001/jamain-ternmed.2021.5714. PMID: 34605849; PMCID: PMC8491130.
- Laakso M, Kuusisto J. Diabetes Secondary to Treatment with Statins. *Curr Diab Rep.* 2017 Feb;17(2):10. doi: 10.1007/s11892-017-0837-8. PMID: 28155189.
- Wang Y, Li Q, Yuan Z, Ma S, Shao S, Wu Y, Wang Z, Li Q, Gao L, Zhao M, Zhao J. Statin Use and Benefits of Thyroid Function: A Retrospective Cohort Study. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2021 Mar 2;12:578909. doi: 10.3389/fendo.2021.578909. PMID: 33737906; PMCID: PMC7962670. <https://thennt.com/>
- Ansems K, Grundeis F, Dahms K, Mikolajewska A, Thieme V, Piechotta V, Metzendorf MI, Stegemann M, Benstoem C, Fichtner F. Remdesivir for the treatment of COVID-19. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Aug 5;8(8):CD014962. doi: 10.1002/14651858.CD014962. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2023 Jan 25;1:CD014962. PMID: 34350582; PMCID: PMC8406992.
- Fang MC, Go AS, Chang Y, Borowsky LH, Pomernacki NK, Udaltsova N, Singer DE. Long-term survival after ischemic stroke in patients with atrial fibrillation. *Neurology.* 2014 Mar 25;82(12):1033-7. doi: 10.1212/WNL.0000000000000248. Epub 2014 Feb 14. PMID: 24532273; PMCID: PMC3962998.
- Uitrakul S, Aksonnam K, Srivichai P, Wicheannarat S, Incomenoy S. The Incidence and Risk Factors of Urinary Tract Infection in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Using SGLT2 Inhibitors: A Real-World Observational Study. *Medicines (Basel).* 2022 Nov 22;9(12):59. doi: 10.3390/medicines9120059. PMID: 36547992; PMCID: PMC9785475.
- Luirink IK, et al. *N Engl J Med.* 2019;381(16):1547-1556.

Syntarpen. Leczymy czy kaleczymy?

Pacjent R. A., lat 90

Powód przyjęcia: gorączka, osłabienie, duszność

ECHO przezprzelykowe: wegetacja na biologicznej protezie zastawki aortalnej, ropień wokół bioprotezy

Posiewy krwi:

1. S. Hominis MScONS
2. S. epidermidis MScONS

Przetoczono 7j KKCZ

	Data	HGB [g/dl]	PLT [10e3/ul]	Kreatynina [mg/dl]	CRP [mg/dl]
CEFTRIAKSON	22.06.2023	8,3	107	2,09	8,37
WANKOMYCYNNA+GENTAMYCYNNA	26.06.2023	9,2	90	1,79	6,91
KLOKSACYLINA + GENTAMYCYNNA	29.06.2023	9,2	78	1,81	5,44
ODSTAWIONO GENTAMYCYNĘ, MODYFIKACJA DAWKI KLOKSACYLINY	1.07.2023	9,3	92	2,52	4,58
KLINDAMYCYNNA	13.07.2023	7,3	38	3,01	3,04
ODSTAWIONO ELIQUIS	20.07.2023	9,1	22	2,74	2,97
	09.10.2023	8,3	105	2,02	1,13

Pacjentka K. W., lat 83

Powód przyjęcia: zapalenie ślinianki, pogorszenie kontaktu

BOM: żółty, mętny,

Leukocyty pokrywają pole widzenia

Białko: 150 mg/dl

Posiewy krwi:

S. aureus MSSA

Posiew moczu:

Klebsiella pneumoniae ESBL -

	Data	HGB [g/dl]	PLT [10e3/ul]	Kreatynina [mg/dl]	Sód [mmol/l]	CRP [mg/dl]
CEFTRIAKSON	17.07.2023	11,9	278	2,11	133	9,98
KLOKSACYLINA+BISEPTOL	30.07.2023	11,3	55	1,4	158	6,91
ODSTAWIONO	01.08.2023	10,8	17	1,37	155	5,44
	04.08.2023	8,3	1 (PLTC 2)	1,15	141	4,58
	05.07.2023	7,8	40			3,04
	10.08.2023	8,1	187	1,14	139	2,97

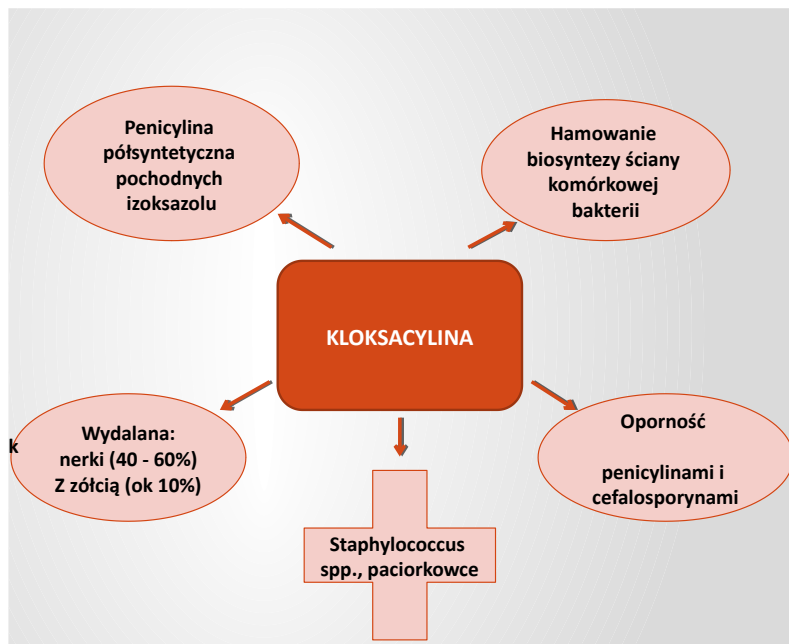
Pacjent J. K., lat 78

Powód przyjęcia: wymioty, odwodnienie, bezmocz, ostre uszkodzenie nerek

Hospitalizowany tydzień wcześniej z powodu sepsy gronkowcowej, discitis L3/L4, zapalenia stawu barkowego

Kontynuacja antybiotykoterapii z poprzedniej hospitalizacji – Syntarpen co 6 h

	Data	HGB [g/dl]	PLT [10e3/ul]	Kreatynina [mg/dl]	CRP [mg/dl]
	03.04.2023	10,5	299	1,17	6,99
	12.04.2023	11,1	336	6,69	7,71
ODSTAWIONO CLEXANE	24.04.2023	9,0	77	5,30	6,81
WŁĄCZONO	30.04.2023	8,0	24	3,16	6,86
FONDAPARYNUKS 27.04, KTÓRY ODSTAWIONO 30.04	04.05.2023	9,1	82	2,90	7,94
ODSTAWIONO SYNTARPEN	08.05.2023	8,3	242	2,13	8,18
	14.05.2023	8,2	374	1,89	4,84



Wskazania

- * Kloksacylina jest stosowana w zakażeniach wywołanych przez gronkowce.
- * Zakażenia skóry i tkanek miękkich (czyrączność)
- * Zakażenia dolnych dróg oddechowych
- * Ropne powikłania pooperacyjne i pooperacyjne
- * Zapalenie kości i stawów, głównie pourazowe; w późniejszym etapie leczenia podaje się postać dostwną
- * Posocznica

W przypadku, kiedy szczep wrażliwy na kloksacylinę jest także wrażliwy na penicylinę, należy stosować penicylinę benzylową, która wykazuje wyższą aktywność od kloksacyliny w stosunku do wrażliwych szczepów gronkowców.

Dawkowanie

Dwie postaci:

- P.o. tabletki dawka 500 mg, 1 h przed posiłkiem lub 2 h po nim. Dorośli i dzieci >20 kg mc. Zwykle 500 mg co 6 h. W ciężkich zakażeniach oraz w początkowym okresie leczenia zapalenia kości i stawów stosuje się lek w postaci parenteralnej.

- i.v. proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań dawka 1g

Dorośli. W zależności od rodzaju i ciężkości zakażenia 1–2 g co 4–6 h; dawka maks. 12 g/d.

- Czas leczenia zależy od ciężkości i rodzaju zakażenia; zwykle lek należy podawać przez 2–4 dni po ustąpieniu objawów.

Kloksacyliny nie należy mieszać z aminoglikozydami, tetracyklinami, erytromycyną, polimiksyną B oraz preparatami krwi i hydrolizatami białkowymi.

Przeciwwskazania

Nadwrażliwość na substancję czynną lub inne antybiotyki beta-laktamowe

UWAGA

Należy uważać na zawartość sodu w dawce jednorazowej: 110,02 mg

Niepożądane

- * Często: biegunka
- * Rzadko: zaczerwienienie skóry w miejscu wstrzyknięcia, zakrzepowe zapalenie skóry
- * Bardzo rzadko:
 - Zaburzenia krwi i układu chłonnego: małopłytkowość, niedokrwistość hemolityczna

Wskazanie	dawka
Zapalenie płuc wywołane przez S. aureus	1-2g i.v./i.m. co 6h przez 10-14 dni
Szpitalne Zapalenie płuc	1-2g i.v. co 6 godzin z gentamycyną 5-7mg/kg mc. w dawkach podzielonych przez 7 dni
Ropne zapalenie mięśni	2g i.v./i.m co 6h przez 5-10 dni
Septyczne zapalenie stawów – leczenie empiryczne	2g i.v./i.m. co 6h z ceftriaksonem 1-2g i.v./i.m. co 24h przez 5-10 dni
Septyczne zapalenie stawów – s. aureus	2g i.v./i.m. co 6h przez 2-3 tyg.
IZW – leczenie empiryczne	2g i.v. co 4 h z benzylopenicyliną 3 mln j.m. co 4h i gentamycyną 2mg/kg mc. Co 8h i.v.
IZW wywołane przez MSSA S. aureus	2g i.v. co 4 h przez 6 tyg. Przez 7 dni dodatkowo genatmycyna 1mg/kg mc. Co 8h i.v.
Posocznica – leczenie empiryczne	2g i.v. co 4-6h ew. plus gentamycyna

- Zaburzenia układu immunologicznego
- Zaburzenia układu nerwowego
- Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych
- Zaburzenia skóry
- Zaburzenia nerek: bezmocz, śródmiąższowe zapalenie nerek
- Gorączka i bóle głowy

Take home message

- * Nawet stosunkowo bezpieczny lek może powodować zagrażające życiu skutki uboczne
- * Kloksacylina działa głównie na bakterie gram +, szczególnie gronkowce
- * Przy długim leczeniu kontroluj morfologię, czynność nerek i wątroby
- * W przypadku, kiedy szczep wrażliwy na kloksacylinę jest także wrażliwy na penicylinę, należy stosować penicylinę benzylową, która wykazuje wyższą aktywność od kloksacyliny w stosunku do wrażliwych szczepów gronkowców.

lek. MAGDALENA TOWAREK
Oddział Chorób Wewnętrznych

Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Nowej Soli

Dyżury medyczne lekarzy rezydentów

Prawnicy współpracujący z Bydgoską Izbą Lekarską wyjaśniają zagadnienia związane z dyżurami rezydentów. Tym razem odpowiadają na aż trzy pytania, dotyczące powyższego tematu, które lekarze najczęściej zadają w kontakcie z bezpłatną infolinią prawną.

PRZEDMIOT OPINII:

1. Czy lekarz rezydent może odmówić pełnienia dyżurów medycznych?
2. Czy rezydent może dyżurować na kilku oddziałach szpitala jednocześnie?
3. Czy lekarz rezydent może jednocześnie dyżurować na oddziale oraz przyjmować pacjentów na izbie przyjęć?

WNIOSKI I REKOMENDACJE:

Odpowiedź na pytanie pierwsze:

Umowa o pracę zawarta z lekarzem odbywającym szkolenie specjalizacyjne zasadniczo może przewidywać zobowiązanie go do wykonywania dyżurów medycznych poza dyżurami przewidzianymi programem specjalizacji. Niemniej, w takim przypadku, konieczne będzie spełnienie

dotychczasowych warunków. Po pierwsze, aby odbywanie dyżurów było możliwe, lekarz rezydent powinien wyrazić zgodę na odbywanie dyżurów w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin tygodniowo (tzw. klauzula opt-out). Zgoda ta powinna być wyrażona na piśmie. Dyżury mogą być odbywane co do zasady wyłącznie na oddziałach, na których lekarz odbywa szkolenie, zgodnie z programem specjalizacji. Nadto odbywanie dodatkowych dyżurów nie może pozbawiać lekarza prawa do odpoczynku, przewidzianego przepisami. Wreszcie, zgodę na odbywanie tych dyżurów musi wyrazić kierownik specjalizacji.

Wobec powyższego lekarz rezydent, który nie podpisał klauzuli opt-out, a jego program specjalizacji przewiduje określony wymiar dyżurów, wynoszący 40 godzin miesięcznie, nie może zostać zobowiązany do wykonywania dyżurów ponad wyżej wskazany wymiar. W przypadku, gdy klauzula opt-out zostanie przez lekarza rezydenta podpisana, może on zostać zobowiązany do wykonywania dyżurów, w zakresie większym, aniżeli jest to przewidziane programem specjalizacji.

Jednakże obowiązkiem podmiotu organizującego szkolenie specjalizacyjne

jest umożliwienie jego realizacji zgodnie z programem specjalizacji. Tym samym podmiot organizujący szkolenie nie może powierzać lekarzowi rezydentowi pracy, która uniemożliwia realizację tego programu.

Lekarz rezydent, który nie podpisał klauzuli opt-out i którego program specjalizacji przewiduje określony wymiar dyżurów medycznych, powinien zasygnalizować niewłaściwe postępowanie dyrektorowi szpitala, kierownikowi specjalizacji lub lekarzowi kierującemu stażem kierunkowym. Jednocześnie warto podkreślić, iż organem weryfikującym odbycie szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji jest m.in. wojewoda właściwy ze względu na obszar województwa, na terenie którego rezydent odbywa szkolenie specjalizacyjne. Wobec tego, w przypadku zobowiązania lekarza rezydenta do pracy ponad wymiar, pomimo iż program jego specjalizacji nie przewiduje danej pracy, będzie miał on również możliwość zgłoszenia sprawy do właściwego wojewody. Szpital, uniemożliwiając realizację programu specjalizacji rezydentowi, narusza bowiem postanowienia umowy zawartej z Ministerstwem Zdrowia. Następnym powyzszego może być wystąpienie z roszczeniem względem szpitala o zwrot kosztów poniesionych przez ministerstwo na finansowanie rezydentury.

Pracodawca może zobowiązać lekarza rezydenta do pracy również na oddziale, który nie został określony w jego programie specjalizacji jedynie przy spełnieniu łącznie czterech przesłanek:

1. okres powierzenia nie może przekraczać 3. miesięcy w roku kalendarzowym;
2. zaistnienie uzasadnionych potrzeb pracodawcy;
3. oddelegowanie nie może powodować obniżenia wynagrodzenia;
4. oddelegowanie musi odpowiadać kwalifikacjom pracownika.

Jednakże, nawet w przypadku spełnienia ww. przesłanek, oddelegowanie lekarza rezydenta do pracy na takim oddziale nie może stanowić przeszkody dla realizacji programu specjalizacji.

Odpowiedź na pytanie drugie i trzecie:

Przepisy prawa nie zabraniają odbywania dyżurów medycznych jednocześnie na kilku oddziałach przez lekarzy rezydentów. Pracodawca może precyzować powinność pełnienia dyżurów medycznych poprzez wydanie indywidualnego polecenia służbowego, kierowanego do konkretnego pracownika, z którego będzie wynikało zobowiązanie do odbycia takiego dyżuru w konkretnym miejscu i terminie. Ponadto tzw. swoboda w zakresie powierzania dyżurów lekarzowi na kilku oddziałach uzależniona jest również od treści samej umowy o pracę. Jeżeli stosunek pracy został ukształtowany w sposób ogólny i nie wskazano jako miejsca świadczenia pracy wyłącznie konkretnego oddziału a ogólnie „szpital” – wówczas nie można wykluczyć zlecenia wykonywania dyżurów na dwóch oddziałach na zasadzie polecenia pracodawcy.

Należy zatem przyjąć, iż co do zasady możliwe jest powierzenie dyżuru medycznego na izbie przyjęć lekarzom rezydentom przy spełnieniu odpowiednich warunków, poprzez oddelegowanie na okres nieprzekraczający trzech miesięcy, gdy umowa o pracę przewiduje taką możliwość, lub jeśli program specjalizacji przewiduje pełnienie takiego dyżuru.

W przypadku, gdy w Państwa sprawie niezbędna będzie pomoc adwokatów lub radców prawnych z Kancelarii Lex Secure należy skontaktować się bezpośrednio z 24h infolinią prawną pod numerem telefonu +48 501-538-539 lub poprzez e-mail: prawnik@opiekaprawna.pl.

Dodatkowe informacje prawne dostępne są na naszej stronie internetowej <https://lex-secure.pl> – zachęcamy do jej odwiedzenia.

PODSTAWY PRAWNE:

1. Art. 42 § 4, art. 100 § 1, art. 131 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (t.j. Dz.U.2023.1465);

2. Art. 2 ust. 1, art. 4, art. 37, art. 16f ust. 1, art. 16h ust. 1 art. 16i ust. 1 i, ust. 8 i ust.

10, art. 16m ust. 1 iust. 7 pkt 2, 3 i 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U.2023.1516 ze zm.);

3. Art. 93 ust. 1, art. 95 ust. 1, art. 96 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.2023.991 ze zm.);

4. Art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U.2023.1545 ze zm.);

5. § 5 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz.U.2023.870 ze zm.);

6. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 1979 r., sygn. I PRN 18/79;

7. W. Muszalski, K. Walczak (red.), Kodeks pracy. Komentarz., wyd. 13, Warszawa 2021;

8. Komunikat Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2015 r.: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-w-sprawie-pelnienia-dyuzurów-medycznych-przez-lekarzy-odbywających-szkolenie-specjalizacyjne>.

STAN PRAWNY:

Udzielając odpowiedzi na zadane pytania prawne należy odnieść się do przepisów ustawy Kodeks pracy (dalej jako k.p.), ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (dalej jako u.z.l.) oraz ustawy o działalności leczniczej (dalej jako u.d.l.).

Odpowiedź na pytanie pierwsze

(1. Czy lekarz rezydent może odmówić pełnienia dyżurów medycznych?):

W myśl art. 16h ust. 1 u.z.l., lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim, w tym dyżury medyczne objęte programem specjalizacji, na podstawie umowy o pracę, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas wymagany do zrealizowania wszystkich elementów programu specjalizacji, nie dłuższy niż określony w programie specjalizacji. W umowie określa się dzień rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego.

Nadto w świetle art. 16i ust. 1 u.z.l., lekarz, o którym mowa w art. 16h ust. 1–3, odbywa szkolenie specjalizacyjne przez

cały okres jego trwania w wymiarze czasu równym czasowi pracy lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym, o którym mowa w art. 93 ustawy o działalności leczniczej (dalej jako u.d.l.) oraz pełni dyżury medyczne lub pracuje w systemie zmianowym lub równoważnym w maksymalnym czasie pracy, dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej, z zastrzeżeniem art. 16f ust. 3 pkt 2 lit. h i pkt 2a oraz pełni dyżury medyczne w wymiarze godzinowym, określonym w programie specjalizacji, z uwzględnieniem art. 97 u.d.l.

Powyższe należy uzupełnić o treść art. 93 ust. 1 u.d.l., który stanowi, że czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, z zastrzeżeniem art. 94 ust. 1, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

W przypadku pracownika zatrudnionego na podstawie umowy o pracę zastosowanie znajdzie również art. 131 § 1 k.p., który stanowi, że tygodniowy czas pracy łącznie z godzinami nadliczbowymi nie może przekraczać przeciętnie 48 godzin w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Wobec tego, w ramach szkolenia specjalizacyjnego, odbywanego w ramach rezydentury, lekarz pracuje w podstawowym czasie pracy (przeciętnie 37 godzin i 55 minut) oraz odbywa dyżury (w wymiarze 10 godzin i 5 minut tygodniowo). Oznacza to, że przeciętny tygodniowy czas pracy lekarza rezydenta wynosi 48 godzin, czyli jest równy maksymalnemu tygodniowemu czasowi pracy pracownika.

Kontynuując, warto odnieść się do art. 95 ust. 1 u.d.l., który stanowi, że pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, mogą być zobowiązani do pełnienia w zakładzie leczniczym tego podmiotu dyżuru medycznego.

Należy wskazać, że ze względów praktycznych przepis ten nie znajduje zastosowania do lekarzy rezydentów. Dzieje się tak, ponieważ lekarz rezydent jest zobowiązany do pracy w wymiarze przeciętnie 48 godzin tygodniowo. Wobec tego, co do zasady nie może wykonywać dodatkowych dyżurów. Niemniej, lekarz rezydent może podpisać klauzulę opt-out, stosownie do art. 96 ust. 1 u.d.l., pracownicy, o których mowa w art. 95 ust. 1 i 1a, mogą być, po wyrażeniu na to zgody na piśmie, zobowiązani

do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Przepisu art. 151 § 3 k.p. nie stosuje się. W świetle art. 16i ust. 10 u.z.l., który stanowi, że lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne może także pełnić dyżury medyczne w jednostkach organizacyjnych podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne wskazanych w programie szkolenia, na podstawie art. 96 ust. 1 u.d.l., z zachowaniem prawa do niewydłużania szkolenia specjalizacyjnego o okres odpoczynku, o którym mowa w ust. 8, po uzyskaniu zgody kierownika specjalizacji, jeżeli całkowity okres odpoczynku po dyżurach medycznych nie przekracza średnio 5 dni roboczych miesięcznie w okresie rozliczeniowym, przyjętym u danego pracodawcy.

Za okres tego odpoczynku nie przysługuje wynagrodzenie należne na podstawie umowy o pracę, o której mowa w art. 16h ust. 1.

Na podstawie art. 16i ust. 8 u.z.l., w przypadku pełnienia dyżuru medycznego objętego programem szkolenia specjalizacyjnego w wymiarze uniemożliwiającym skorzystanie przez lekarza z prawa do co najmniej 11-godzinnego dobowego nieprzerwanego odpoczynku, lekarzowi powinien być udzielony okres odpoczynku bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego zgodnie z art. 97 ust. 1 i 2 u.d.l. Okres tego odpoczynku nie powoduje wydłużenia szkolenia specjalizacyjnego.

Mając na względzie powyższe, należy wskazać, że umowa o pracę zawarta z lekarzem odbywającym szkolenie specjalizacyjne zasadniczo może przewidywać zobowiązanie lekarza do wykonywania dyżurów medycznych poza dyżurami przewidzianymi programem specjalizacji. Niemniej, w takim wypadku, konieczne będzie spełnienie dodatkowych warunków. Po pierwsze, aby odbywanie dyżurów było możliwe, lekarz rezydent powinien wyrazić zgodę na odbywanie dyżurów w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin tygodniowo. Zgoda ta powinna być wyrażona na piśmie. Dyżury mogą być odbywane wyłącznie na oddziałach, na których lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne, zgodnie z programem specjalizacji. Nadto odbywanie dodatkowych dyżurów nie może pozbawiać lekarza prawa do odpoczynku przewidzianego przepisami. Wreszcie, zgodę na odbywanie tych dyżurów musi wyrazić kierownik szkolenia specjalizacyjnego.

Wobec powyższego lekarz rezydent, który nie podpisał klauzuli opt-out, a jego



program specjalizacji przewiduje określony wymiar dyżurów, wynoszący 40 godzin miesięcznie, nie może zostać zobowiązany do wykonywania dyżurów ponad wyżej wskazany wymiar. W przypadku, gdy klauzula opt-out zostanie przez lekarza rezydenta podpisana, może on zostać zobowiązany do wykonywania dyżurów, w zakresie większym, niż jest to przewidziane programem specjalizacji.

Następnie należy przywołać art. 16f ust. 1 u.z.l., wedle którego lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne na podstawie programu specjalizacji, ustalonego dla danej dziedziny medycyny, z uwzględnieniem odpowiedniego modułu.

Obowiązkiem podmiotu organizującego szkolenie specjalizacyjne jest umożliwienie jego realizacji zgodnie z programem specjalizacji. Tym samym podmiot organizujący szkolenie nie może powierzać lekarzowi rezydentowi pracy, która uniemożliwia realizację tego programu.

W tym miejscu warty przytoczenia jest także komunikat z dnia 13 lipca 2015 roku w sprawie pełnienia dyżurów medycznych przez lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, zamieszczony na stronie Ministerstwa Zdrowia. Zgodnie z treścią przedmiotowego komunikatu: „Należy zauważyć, że do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem i planem jego odbywania, każda jednostka szkoląca zobowiązuje się w § 1 ust. 1 umowy zawieranej z Ministrem Zdrowia na refundowanie kosztów zatrudnienia rezydentów. Stosowanie przez jednostkę zasad organizacji pracy, które uniemożliwiają lekarzowi rezydentowi realizację szkolenia specjalizacyjnego, do którego zalicza się również realizację dyżurów medycznych, w prawidłowy sposób, w tym m.in. zobowiązanie rezydenta do pełnienia dyżurów w jednostkach niewymienionych w programie specjalizacji, np. w szpitalnym oddziale ratunkowym, jest zatem niezgodne z tą umową i wiąże się z koniecznością zwrotu środków finansowych, przekazanych przez Ministra Zdro-

wia na jej realizację, zgodnie z § 2 ust. 5 ww. umowy”.

Lekarz rezydent, który nie podpisał klauzuli opt-out i którego program specjalizacji przewiduje określony wymiar dyżurów medycznych, powinien zasygnalizować niewłaściwe postępowanie dyrektorowi szpitala, kierownikowi specjalizacji lub lekarzowi kierującemu stażem kierunkowym. Jednocześnie warto podkreślić, iż organem weryfikującym odbycie szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji jest m.in. wojewoda właściwy ze względu na obszar województwa, na terenie którego rezydent odbywa szkolenie specjalizacyjne. Wobec tego, w przypadku zobowiązania lekarza rezydenta do pracy ponad wymiar, pomimo iż program jego specjalizacji tego nie przewiduje, będzie miał on również możliwość zgłoszenia sprawy do właściwego wojewody. Szpital uniemożliwiają realizację programu specjalizacji rezydentowi, narusza bowiem postanowienia umowy zawartej z Ministerstwem Zdrowia. Następnym powyższego może być wystąpienie z roszczeniem względem szpitala, o zwrot kosztów poniesionych przez ministerstwo na finansowanie rezydentury.

Wskazać także należy, że przy zachowaniu zasad dotyczących maksymalnego wymiaru dyżuru, nie ma przeszkód, aby pracodawca planował dyżury medyczne weekendowe, w godzinach nocnych oraz całodobowe.

W tym miejscu warto również odnieść się do art. 42 § 4 k.p., który stanowi, iż wypowiedzenie dotychczasowych warunków pracy lub płacy nie jest wymagane w razie powierzenia pracownikowi, w przypadkach uzasadnionych potrzebami pracodawcy, innej pracy niż określona w umowie o pracę na okres nieprzekraczający 3 miesięcy w roku kalendarzowym, jeżeli nie powoduje to obniżenia wynagrodzenia i odpowiada kwalifikacjom pracownika.

Powyższe oznacza, iż pracodawca co do zasady może oddelegować lekarza rezydenta do pracy na innym oddziale, aby

oddelegowanie pracownika do innej pracy było zgodne z przepisami, muszą być spełnione łącznie cztery przesłanki:

1. okres powierzenia nie może przekraczać 3 miesięcy w roku kalendarzowym;
2. zaistnienie uzasadnionych potrzeb pracodawcy;
3. oddelegowanie nie może powodować obniżenia wynagrodzenia;
4. oddelegowanie musi odpowiadać kwalifikacjom pracownika.

Podobnie uważa W. Muszalski: „Ocena uzasadnionych potrzeb pracodawcy w razie sporu należy do sądu, a ciężar ich wykazania spoczywa na pracodawcy. Pracownik ma prawo kwestionować twierdzenie, że powierzenie mu okresowo innej pracy niż określona w umowie o pracę jest podyktowane uzasadnionymi potrzebami pracodawcy (art. 42 § 4) i okoliczność ta podlega ocenie sądu pracy”. Odnosząc się do czwartej przesłanki, należałoby doprecyzować określenie kwalifikacje pracownika. Zgodnie z ww. komentarzem W. Muszalskiego: „Powierzona praca musi odpowiadać kwalifikacjom pracownika. Określenie to musi być rozumiane szeroko i w żadnym razie nie może być zacieśniane do odpowiedniego dyplomu czy świadectwa wykształcenia. Pracą odpowiednią do kwalifikacji pracownika jest praca, która ich nie przekracza i przy której te kwalifikacje znajdują choćby częściowe zastosowanie (...). Określenie to oznacza pracę, którą pracownik może wykonać”.

W tym miejscu warto przytoczyć tezę wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 1979 roku, sygn. I PRN 18/79, zgodnie z którą: „Powierzenie pracownikowi innej pracy niż określona w umowie o pracę, podyktowane uzasadnionymi potrzebami zakładu pracy, na okres nie przekraczający 3 miesięcy w roku kalendarzowym, niepowodujące obniżenia wynagrodzenia i odpowiadające kwalifikacjom pracownika (§ 4 art. 42 k.p.), nie wymaga zachowania formy pisemnej”.

Przy czym należy pamiętać, że skierowanie na podstawie art. 42 § 4 k.p. Możliwe jest, jeżeli nie uniemożliwia realizacji programu specjalizacji.

Jednocześnie należy wskazać, że zgodnie z art. 100 § 1 k.p., pracownik jest obowiązany wykonywać pracę sumiennie i starannie oraz stosować się do poleceń przełożonych, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę.

Konkludując powyższe rozważania, należy stwierdzić, iż lekarz rezydent może odmówić pełnienia dyżurów w przypad-

ku, gdy nie podpisał on klauzuli opt-out, a ilość dyżurów, do których ma zostać zobowiązany przekracza wymiar dyżurów przewidziany w programie specjalizacji. Ponadto co do zasady lekarz rezydent nie powinien być kierowany do pełnienia dyżurów na oddziałach, które nie są wskazane w jego programie specjalizacji, jednakże pracodawca może oddelegować lekarza rezydenta do pełnienia obowiązków, które nie są przewidziane w jego umowie o pracę, i aby takie oddelegowanie było zgodne z prawem muszą zostać spełnione cztery przesłanki:

1. okres powierzenia nie może przekraczać 3 miesięcy w roku kalendarzowym;
2. zaistnienie uzasadnionych potrzeb pracodawcy;
3. oddelegowanie nie może powodować obniżenia wynagrodzenia;
4. oddelegowanie musi odpowiadać kwalifikacjom pracownika.

Warto również zaznaczyć, iż oddelegowanie do pracy, która nie jest przewidziana w umowie o pracę lekarza rezydenta nie może stanowić przeszkody w realizacji jego programu specjalizacji.

Odpowiedź na pytanie drugie i trzecie

(2. Czy rezydent może dyżurować na kilku oddziałach szpitala jednocześnie? 3. Czy lekarz rezydent może jednocześnie dyżurować na oddziale oraz przyjmować pacjentów na izbie przyjęć?):

W odpowiedzi na pytanie pierwsze wskazano, iż lekarz rezydent może zostać oddelegowany do pracy na oddziałach, które nie są objęte jego programem specjalizacji przy spełnieniu odpowiednich warunków i jeśli takie oddelegowanie nie stanowi przeszkody w realizacji jego programu specjalizacji. W tym kontekście może więc pojawić się wątpliwość co do faktu, czy lekarz rezydent może pełnić dyżury na kilku oddziałach szpitala jednocześnie.

W tym miejscu warto ponownie odnieść się do treści art. 16h ust. 1 u.z.l., wedle którego, lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim, w tym dyżury medyczne objęte programem specjalizacji, na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas wymagany do zrealizowania wszystkich elementów programu specjalizacji, nie dłuższy niż określony w programie specjalizacji. W umowie określa się dzień rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego.

Następnie należy przywołać art. 16f ust. 1 u.z.l. zgodnie z którym lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne na podstawie

i w zakresie ustalonym w programie specjalizacji dla danej dziedziny medycyny, z uwzględnieniem odpowiedniego modułu.

Ponadto zgodnie z art. 16f ust. 3 pkt 2 lit. h u.z.l., program specjalizacji zawiera formy i metody pogłębiania i uzupełniania wiedzy teoretycznej oraz nabywania i doskonalenia umiejętności praktycznych, w szczególności pełnienie dyżurów medycznych określonych w programie danej specjalizacji (...).

W świetle art. 16m ust. 1 u.z.l., lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne pod kierunkiem lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej albo wykonującego zawód na podstawie stosunku służby w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, wyznaczonego przez kierownika tego podmiotu, zwanego dalej „kierownikiem specjalizacji”.

Zgodnie z art. 16m ust. 7 pkt 2, 3 i 4 u.z.l., kierownik specjalizacji sprawuje nadzór nad realizacją programu specjalizacji przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne. W ramach sprawowanego nadzoru kierownik specjalizacji, a w odniesieniu do pkt 2–4 lekarz kierujący stażem kierunkowym:

1. konsultuje i ocenia proponowane i wykonywane przez lekarza badania diagnostyczne i ich interpretację, rozpoznania choroby, sposoby leczenia, rokowania i zalecenia dla pacjenta;
2. prowadzi nadzór nad wykonywaniem przez lekarza zabiegów diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych objętych programem specjalizacji do czasu nabycia przez lekarza umiejętności samodzielnego ich wykonywania;
3. uczestniczy w wykonywanym przez lekarza zabiegu operacyjnym albo stosowanej metodzie leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, do czasu nabycia przez lekarza umiejętności samodzielnego ich wykonywania lub stosowania.

Biorąc pod uwagę powyższe przepisy, które regulują kwestie związane z nadzorem nad wykonywaniem zawodu przez lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego oraz regulują możliwość samodzielnego wykonywania przez tego lekarza zabiegów diagnostycznych, zabiegów operacyjnych i innych świadczeń zdrowotnych, należy zauważyć, że obowiązek ewentualnej konsultacji lub uzyskania zezwolenia na udzielenie danego świadczenia zdrowotnego należy do kompetencji lekarza kierującego stażem kierunkowym.

Zatem uznać należy, że lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne może zostać

dopuszczony do pełnienia samodzielnego dyżurów medycznych. Jednakże dyżury te muszą zostać określone w programie specjalizacji, natomiast samego dopuszczenia do pełnienia ich dokonuje wyłącznie kierownik specjalizacji.

Obowiązkiem podmiotu organizującego szkolenie specjalizacyjne jest umożliwienie jego realizacji zgodnie z programem specjalizacji. Podmiot organizujący szkolenie nie może powierzać pracy lekarzowi rezydentowi, która nie jest przewidziana w programie specjalizacji, a tym bardziej takiej pracy, która uniemożliwia realizację tego programu – wyjątkiem od tej sytuacji jest oddelegowanie lekarza rezydenta, które zostało opisane w odpowiedzi na pytanie pierwsze, jednakże nawet w takim przypadku fakt oddelegowania nie może stanowić przeszkody dla realizacji programu specjalizacji.

Należy zatem przyjąć, iż co do zasady możliwe jest powierzenie dyżuru medycznego na izbie przyjęć lekarzom rezydentom przy spełnieniu odpowiednich warunków lub jeśli ich program specjalizacji przewiduje pełnienie takiego dyżuru.

Przechodząc dalej, należy podkreślić, że ustawodawca nie uregulował zagadnienia jednoczesnego dyżurowania na różnych oddziałach, w obowiązujących przepisach prawa. Przepisy u.d.l. oraz k.p. nie określają zasad planowania dyżurów medycznych, wskazując jedynie, że pracowników wykonujących zawód medyczny i posiadających wykształcenie wyższe można zobowiązać do pełnienia dyżurów medycznych (wyżej cytowany art. 95 ust. 1 u.d.l.).

W tym miejscu warto również przytoczyć treść § 5 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, zgodnie z którym świadczeniodawca, udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską lub położnych we wszystkie dni tygodnia. Liczba i kwalifikacje personelu niezbędnego dla zapewnienia opieki, o której mowa powyżej, są ustalane przez świadczeniodawcę z uwzględnieniem:

1. profili i specyfiki oraz intensywności pracy komórek organizacyjnych;
2. liczby i bieżącego wykorzystania łóżek;
3. wielkości i warunków lokalowych komórek organizacyjnych.

Przyjmując, że polecenie pracodawcy pełnienia dyżurów na innym oddziale nie jest sprzeczne z przepisami prawa i umową o pracę, lekarz rezydent przed wykonaniem takiego polecenia powinien ocenić,

czy pełnienie przedmiotowego dyżuru nie koliduje z wykonywaniem innych jego obowiązków.

W razie kolizji interesów dwóch lub większej liczby pacjentów na różnych oddziałach, lekarz powinien wybrać wykonanie tego obowiązku, który jest „pilniejszy” i bardziej doniosły z uwagi na zdrowie i życie pacjenta, według jego własnej starannej oceny. Lekarz rezydent powinien również z ostrożności zawsze zwracać uwagę pracodawcy na wystąpienie kolizji obowiązków bądź przeciążenia obowiązkami, które powodują, że tylko jedno z poleceń pracodawcy może być wykonane. Dla celów dowodowych powyższe informacje powinny być przekazywane na piśmie. Działanie takie może pomóc uchronić lekarza rezydenta od ewentualnej odpowiedzialności w razie wystąpienia szkody, np. na skutek braku właściwej opieki nad pacjentem lub od odpowiedzialności porządkowej związanej z niewykonaniem polecenia pracodawcy.

Biorąc pod uwagę brzmienie przepisu art. 95 ust. 1 u.d.l. należy wskazać, iż powinność odbywania dyżurów przez pracowników posiadających wyższe wykształcenie medyczne wynika z faktu nawiązania stosunku pracy z podmiotem leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Pracodawca może precyzować powinność pełnienia dyżurów medycznych poprzez wydanie indywidualnego polecenia służbowego, kierowanego do konkretnego pracownika, z którego będzie wynikało zobowiązanie do odbycia takiego dyżuru w konkretnym miejscu i terminie.

Podkreślić należy, iż o tym czy pracodawca może powierzyć konkretnym lekarzom pełnienie dyżuru na innym oddziale decyduje również umowa o pracę zawarta z danym lekarzem. Jeśli w umowie o pracę wskazano jako rodzaj pracy ogólnie „lekarz” a jako miejsce wykonywania pracy ogólnie „szpital” to wydaje się, że pracodawca ma możliwość powierzania pracownikowi pracy w różnych komórkach organizacyjnych szpitala.

Należy w tym miejscu odwołać się do art. 100 § 1 k.p.: „pracownik jest obowiązany wykonywać pracę sumiennie i starannie oraz stosować się do poleceń przełożonych, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę”.

Z przytoczonego przepisu wynika, że obowiązkiem pracownika jest wykonywanie poleceń przełożonych, które dotyczą pracy. Odnosząc powyższe do osoby le-

karza dyżurującego, należy stwierdzić, iż w sytuacji otrzymania polecenia odbycia dyżuru medycznego, będzie zobowiązany takie polecenie wykonać. Lekarz byłby uprawniony do odmowy wykonania polecenia służbowego w sytuacji, gdy polecenie to byłoby sprzeczne z obowiązującymi przepisami prawa lub umową o pracę.

W sytuacji jednak, gdy w umowie o pracę wpisano jako rodzaj pracy np. lekarz „wskazany oddział” a jako miejsce wykonywania pracy „wskazany oddział”, to wówczas pracownik może domagać się powierzenia pracy wyłącznie na swoim oddziale. W tym wypadku powierzenie pracownikowi innej pracy (tj. pracy na innym oddziale) odbywałoby się na zasadzie przepisu art. 42 § 4 k.p. i byłoby ograniczone do 3 miesięcy w roku kalendarzowym albo obligowałoby pracodawcę do wręczenia pracownikowi wypowiedzenia zmieniającego.

Należy również wskazać na treść art. 2 ust. 1 u.z.l., zgodnie z którym wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich.

Ponadto w myśl art. 4 u.z.l., lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

W tym miejscu warto wskazać na przepis art. 37 u.z.l. który stanowi, że w razie wątpliwości diagnostycznych (...) lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie.

Natomiast w myśl art. 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym.

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.

Należy wskazać, że powierzenie wykonania czynności medycznej pracownikowi (lekarzowi), który nie posiada odpowiednich umiejętności i kwalifikacji stanowić będzie naruszenie powyższych przepisów. Ponadto może narazić to pacjenta na utratę życia lub odniesienie poważnego uszczerbku na zdrowiu.

Wobec powyższego, jeżeli lekarz nie potrafi wykonać danej czynności medycznej i dokonanie jej narażałoby pacjenta na zagrożenie zdrowia, to lekarz powinien odmówić przełożonemu wykonania takiego polecenia.

W kontekście powyższych rozważań warto również zauważyć, iż jednoczesne dyżurowanie na kilku oddziałach może uniemożliwiać skuteczną realizację programu specjalizacji, w takim wypadku lekarz rezydent również powinien zasygnalizować niewłaściwe postępowanie dyrektorowi szpitala, kierownikowi specjalizacji lub lekarzowi kierującemu stażem kierunkowym.

KLAUZULA PRAWNA:

Przygotowując niniejszą opinię prawną przeanalizowano i polegano wyłącznie na informacjach otrzymanych od klienta.

Nie badano ani nie weryfikowano prawdziwości przedstawionego stanu faktycznego. Sporządzający niniejszą opinię prawną zastrzega sobie prawo weryfikacji niniejszego opracowania w przypadku ujawnienia faktów nieznanych mu w momencie jego sporządzenia.

Niniejszą opinię prawną wydaje się do wiadomości klienta, wraz z prawem do publikacji przez Klienta.

Opinia prawna dotyczy wyłącznie kwestii w niej określonych i nie może być interpretowana jako obejmująca, w tym przez domniemanie, inne, niewspomniane w niej kwestie.

W niniejszej opinii prawnej zaprezentowano niezależną, subiektywną ocenę sporządzającego, dotyczącą prawnych aspektów przedmiotu analizy. W szczególności ocena prawna przedstawiona w opinii prawnej nie daje gwarancji wyniku danej sprawy w przypadku skierowania jej na drogę postępowania sądowego lub administracyjnego.

Opinia została przygotowana przez prawników z Lex Secure 24h
Opieka Prawna
Sopot, dnia 2 kwietnia 2024 roku

Przedruk z Biuletynu
Bydgoskiej Izby Lekarskiej „Primum”,
nr 5 (390), lipiec 2024

Wspominamy tych, którzy odeszli



DANUTA HATYS

Danuta Hatys, z domu Bujnowska, urodziła się 20 lipca 1937 roku w Brzozówce, powiat Lida (po II wojnie światowej ZSRR, obecnie Białoruś). W roku 1945 wraz z rodzicami przyjechała do Rzepina, gdzie ukończyła szkołę podstawową i liceum ogólnokształcące. W 1955 roku rozpoczęła studia w Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. W roku 1957 studia przerwała i w 1958 rozpoczęła naukę w szkole położnych, którą ukończyła w 1962 roku. Od 16 marca 1962 do 30 września 1965 roku pracowała w charakterze położnej w Szpitalu MSW w Szczecinie. Od 1 października 1965 roku wróciła na drugi rok studiów lekarskich w PAM, gdzie 1 lipca 1970 roku uzyskała dyplom i tytuł lekarza. Od 1 września do 30 listopada 1970 roku pracowała w Sulechowie a następnie od 1 grudnia 1970 do 31 marca 1975 r. w Bartoszycach, w województwie olsztyńskim. Od 1 kwietnia 1975 r. do 1979 roku pracowała w Szpitalu Miejskim w Kostrzynie. 11 kwietnia 1978 r. uzyskała specjalizację pierwszego stopnia w zakresie chorób wewnętrznych. Od 1979 roku rozpoczęła pracę jako kierownik i lekarz chorób wewnętrznych Gminnego Ośrodka Zdrowia w Krzeszycach.

Zmarła w czerwcu 2024 roku.

BOGUMIŁA TUROS-DEJNOWICZ

Epitafium dla Mamy

W dniu 14 czerwca 2024 roku, po prawie 50 latach służby ludziom, odeszła Danuta Hatys - lekarz internista, ale też położna, wieloletni honorowy dawca krwi. Ceniona i lubiana przez pacjentów i kolegów. Pełna wigoru, dobrego humoru i pomysłów na żarty. Większość życia związała z mieszkańcami Krzeszyc. To tam przez ponad 30 lat kierowała ówczesną przychodnią, pracowała i służyła ludziom. Ludziom, których znała, szanowała, lubiła, przyjaźniła się, których imiona mogła z każdej rodziny wymienić przez pokolenia, których bardzo często wspominała.

Żegnamy dobrego fachowca; osobę, której sercu dobro drugiego człowieka zawsze było bliskie; która żyła dla ludzi i wśród ludzi. Dzięki wspomnieniom zapisała się w pamięci wielu na zawsze.

ANNA LEŚ-HATYS



HALINA PAHL

Halina Pahl, z domu Korol, urodziła się 3 lutego 1939 roku w Kowlu (obecnie Ukraina). Po ukończeniu Akademii Medycznej we Wrocławiu w 1966 roku rozpoczęła pracę w Szpitalu Powiatowym w Drezdenku. Równocześnie pełniła dyżury w Pogotowiu Ratunkowym w tej samej miejscowości. Następnie, także w Drezdenku, podjęła pracę w Przychodni Zdrowia. W roku 1974, po ukończeniu specjalizacji, pracowała jako lekarz okulista również w Przychodni Zdrowia w Strzelcach Krajeńskich. Po przejściu na emeryturę pracowała jeszcze w szpitalu w Międzyzdrojach oraz w Przychodni Kolejowej w Krzyżu.

Była osobą bardzo zaangażowaną w pracy, a także cenioną i lubianą przez pacjentów oraz środowisko lekarskie.

Zmarła 21 września 2023 roku.

WITOLD PAHL



JERZY STAŃCZYK

Jerzy Stańczyk urodził się 12 sierpnia 1933 roku w Inowrocławiu. Do 1939 roku mieszkał z rodzicami kolejno w Warszawie i Gdyni. Lata okupacji spędził na wsi koło Łowicza. Tam skończył pięć klas szkoły podstawowej. W 1946 roku wyjechał z rodzicami do Piły, gdzie wstąpił do pierwszej klasy gimnazjum ogólnokształcącego. W 1947 roku przeprowadzili się do Słupska, gdzie po uzyskaniu matury w 1951 roku wstąpił do dwuletniej Szkoły Felczerskiej. Po pierwszym roku został wytypowany jako przodownik nauki na studia i w 1952 roku wstąpił na Wydział Lekarski Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Dyplom uzyskał 8 listopada 1958 roku.

Od 1 marca 1956 do 31 sierpnia 1958 roku pracował jako asystent w Zakładzie Anatomii Patologicznej PAM w Szczecinie. Od 1 września 1958 roku został zatrudniony w charakterze lekarza anatomopatologa, młodszego asystenta w Szpitalu Miejskim w Gorzowie Wlkp. Od 1 lutego 1961 r. był kierownikiem Zakładu Patomorfologii a od 1 grudnia 1974 ponadto kierownikiem Działu Diagnostycznego. Od 1 stycznia 1988 r. został kierownikiem Zakładu Patomorfologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie, gdzie pracował do 30 czerwca 2014 roku. Jako lekarz chorób wewnętrznych pracował od 1 września 1958 r. do 31 grudnia 1987 r.

Doktor Jerzy Stańczyk uzyskał następujące specjalizacje:

- w zakresie anatomii patologicznej: I st. 19.10.1961 roku, II st. 22.10.1966 roku,
- w zakresie chorób wewnętrznych: I st. 17.03.1962 roku, II st. 17.04.1970 roku.

18 grudnia 1980 roku uzyskał stopień naukowy doktora nauk medycznych.

Był członkiem Sądu Lekarskiego I Kadencji Gorzowskiej Izby Lekarskiej.

Był lekarzem o dużym poczuciu obowiązku, sumiennym, zdyscyplinowanym, doskonałym organizatorem. Przeprowadzał liczne konferencje kliniczno-anatomopatologiczne. Brał czynny udział w pracach Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Przez trzy kadencje/1973 - 1984/był radnym Miejskiej Rady Narodowej a 9 marca 1981 roku został wybrany przewodniczącym MRN.

Należał do Polskiego Towarzystwa Numizmatycznego. W 1990 roku został członkiem Stowarzyszenia Edukacyjnego. W 2007 roku współorganizował SM „Rodzina” i został członkiem Rady Nadzorczej. Był też jednym z inicjatorów kwesty na nagrobek dla Jana Korcza. W roku 1983 został uhonorowany wpisem do ówczesnej „Księgi Ludzi Czynu Województwa Gorzowskiego”.

Odszedł 14 lipca 2024.

BOGUMIŁA TUROS-DEJNOWICZ



ZDZISŁAW ROŻNOWSKI

Szpital im. prof. Zbigniewa Religi w Słubicach poinformował o śmierci doktora Zdzisława Rożnowskiego, który w latach 2012-2015 pełnił funkcję Głównego Lekarza Szpitala oraz ordynatora Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

- Łącząc się w bólu i żalobie Pragniemy przekazać rodzinie przyjaciółom oraz wszystkim, których dotknęła jego śmierć najszersze wyrazy współczucia i słowa otuchy w tych trudnych chwilach – czytamy w nekrologu na stronie szpitala.

Z. Rożnowski zmarł nagle 27 stycznia 2024 roku. W ostatnim czasie pracował na stanowisku ordynatora Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu w 105. Kresowym Szpitalu Wojskowym z Przychodnią w Żarach.

Źródło:

<https://www.slubice24.pl/wiadomosci/aktualnosci/21438-nie-zyje-zdzislaw-roznowski>

Nie żyje Zdzisław Rożnowski, znany lubuski ortopeda. W ostatnich latach kierował oddziałem ortopedii w 105. Kresowym Szpitalu Wojskowym w Żarach. Na co dzień mieszkał w Słubicach. Wcześniej pracował w szpitalach na terenie województwa zachodniopomorskiego, przez kilka lat pracował także w Anglii. Szefem żarskiej ortopedii został wiosną 2022 roku. Zmarł w wieku 64 lat, w nocy z soboty na niedzielę (z 27 na 28 stycznia).

Źródło:

<https://gazetalubuska.pl/nie-zyje-znany-lubuski-ortopeda-zdzislaw-roznowski-byl-kierownikiem-ortopedii-w-105-kresowym-szpitalu-wojskowym/ar/c14-18270525>

Miał 64 lata. Został pochowany w Słubicach.



Reklama bez zahamowań

Było jakieś sito? Konkurs? Eliminacje? Może egzamin albo jakiś ranking? A może to tylko pobożne życzenie, publicznie uwłaczające innym lekarzom, szczególnie tym lepszym od „najlepszych”? (DF)



Majówka seniorów

W sobotę, 8 czerwca Komisja Lekarzy Seniorów zorganizowała majówkę w ośrodku Azyl w Mironicach. Jak zwykle seniorzy spędzili czas w miłej atmosferze, na koleżeńskich pogaduszkach i w pięknych okolicznościach przyrody. Przewodniczącej komisji, Barbarze Wierzbickiej-Gałgańskiej dziękowano za jej działalność na rzecz seniorów i gratulowano udanych imprez, których wiele do tej pory zorganizowała. (DF)

Fot. Uczestnicy spotkania



Po Obrze

13 lipca 2024 r. lekarze z gorzowskiej OIL wraz z rodzinami spotkali się w stacji „Dobra Przystań” w Starym Dworcu nad Obrą na dorocznym spływie kajakowym, zorganizowanym przez Izbę.

Ponad 40 osób, w tym dziesięcioro dzieci, popłynęło kajakami Obrą do Skwierzyny. Tym razem trasa nie była łatwa, gdyż przeszkodę stanowiły powalone przez burze drzewa. Kajaki niejednokrotnie trzeba było przenosić. Jedna z załóg zaliczyła wywrotkę. Do przystani docelowej dopłynęli szczęśliwie wszyscy w dobrym zdrowiu, zadowoleni i dumni z przeżytych przygód.

Pogoda i humory dopisały, a organizatorzy zapewnili też posiłek po trudach wiosłowania. (DF)

Fot. MARTA GIBLEWSKA





Iliaszewicz mistrzem Polski

22 czerwca na stadionie im. Grzegorza Dunecznego w Toruniu odbyły się 32. Mistrzostwa Polski Masters w Pięcioboju Rzutowym i Wielobojach Ciężarkowych oraz 9. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wielobojach Rzutowych.

Przed rozpoczęciem zawodów odbyło się ważenie sprzętu. Na wielobój lekarzy składa się pięć konkurencji: rzut dyskiem, oszczepem, młotem, ciężarkiem i pchnięcie kulą. Punktacja wykonywana była w oparciu o zmienione współczynniki sprzętowe i wiekowe, obowiązujące od 1 stycznia 2023 roku.

Mistrzem Polski Lekarzy został Ryszard Iliaszewicz, który otrzymał puchar prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej dla najlepszego zawodnika Mistrzostw. Zdobył też 2. miejsce w swojej kategorii wiekowej w 32. Mistrzostwach Polski Masters w Pięcioboju Rzutowym mężczyzn.

W zawodach uczestniczył również 56-letni Grzegorz Pawełski z Gorzowa, który w swojej kategorii wiekowej zdobył 1. miejsce w pięcioboju rzutowym mężczyzn.

Organizatorem wydarzenia był Polski Związek Lekkiej Atletyki Masters, a współorganizatorami

Naczelna Izba Lekarska i Kujawsko - Pomorska Okręgowa Izba Lekarska.

DOROTA FRĄTCZAK



34. Mistrzostwa Polski w Lekkiej Atletyce Masters Włocławek 2024

Od 6 do 7 lipca we Włocławku na stadionie odbywały się 34. Mistrzostwa Polski w Lekkiej Atletyce Masters, zorganizowane przez Polski Związek Lekkiej Atletyki Masters oraz 13. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce.

W mistrzostwach udział wzięło 570 osób powyżej 35. roku życia. Najstarsze zgłoszone panie miały powyżej 85 lat, a panowie powyżej 90 lat. Zawodnicy wystartowali w 50. różnych konkurencjach – panie w 24., panowie w 26. Konkurencje podzielone zostały na kategorie wiekowe co pięć lat. W rywalizacji amatorów wzięli udział również olimpijczycy, m.in. oszczepniczka Genowefa Patla, skoczkini wzwyż Urszula Kielan, biegacz na 400 m przez płotki Ryszard Szparak, kulomiotka Ludwika Chewińska.



W klasyfikacji ogólnej 34. Mistrzostw Polski w Lekkiej Atletyce Masters w rzucie młotem, z wynikiem 41,24 m, II miejsce i srebrny medal zdobył Ryszard Iliaszewicz, lekarz z Witnicy. W pchnięciu kulą, z wynikiem 11,49 m, wywalczył on III miejsce na podium. Lepszy rezultat, nasz zawodnik uzyskał w piątej próbie, pchnął kulę na odległość 11,93 m, co dawało mu pierwsze miejsce w konkursie, lecz pchnięcie to było minimalnie za promień rzutni i tym samym nie zostało uznane. W rzucie dyskiem nasz czołowy lekkoatleta zajął IV miejsce z wynikiem 37,16 m.

W 13. Mistrzostwach Polski Lekarzy w swoich koronnych dyscyplinach, czyli rzucie młotem, pchnięciu kulą i rzucie dyskiem, Ryszard Iliaszewicz był najlepszy.

DOROTA FRĄTCZAK

Dzień Dziecka bis (w obiektywie Doroty Frączzak i Bogumity Turows-Dejnowicz)



**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: Barbara Rynkiewicz

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