



**XX Konferencja Szkoleniowa Internistów Ziemi Lubuskiej
i prezentacje tematów z konferencji s. 2, 4 – 17**

Da Vinci inspiruje młodych s. 18

Spływ po mieliznach s. 22 - 23

Mastersi wspaniali! s. 24 - 28

Uczestnicy XX Konferencji
Szkoleniowej Internistów
Ziemi Lubuskiej
Fot. DOROTA FRĄTCZAK

XX Konferencja Szkoleniowa Internistów Ziemi Lubuskiej





Koleżanki, Koledzy!

Mamy okres wakacyjny. Dla jednych się skończył, dla innych trwa lub go oczekują. Mam nadzieję, że był lub będzie odreagowaniem od stresującej pracy, problemów zarówno zawodowych, jak i rodzinnych.

Rok 2025 jest rokiem wyborczym w samorządzie lekarskim. Jesteśmy w okresie wyborczym. Zgłoszenia kandydatów na delegatów w poszczególnych rejonach wyborczych trwały do 18 sierpnia 25 r. Nie wyczerpały one w niektórych rejonach liczby możliwych do zgłoszenia kandydatów na delegatów na Zjazd OIL w Gorzowie Wlkp.

Kolejnym etapem w procesie wyborczym będą wybory.

Proces wyborczy odbywa się zgodnie z Regulaminem wyborów, uchwalonym na Nadzwyczajnym Zebraniu Lekarzy w 2024 roku.

Pierwszy raz mamy oprócz głosowania korespondencyjnego, osobistego, system głosowania elektronicznego. Aplikacja jest dostępna online pod adresem:

<https://wybory.gorzow.nil.org.pl>

Po opublikowaniu list delegatów, zgłoszonych w poszczególnych rejonach wyborczych, odbędą się wybory. Wybrani zostaną delegaci na Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Gorzowie Wlkp. X kadencji.

Każdy z Was dostanie też informację korespondencyjnie.

Pakiety do głosowania zostaną wysłane do wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, posiadających czynne prawo wyborcze. Będzie w nich:

1. karta do głosowania
2. instrukcja do głosowania we wszystkich trzech trybach
3. informacja o miejscu i dacie otwarcia lokalu wyborczego, w którym będzie można zagłosować osobiście.

Jednocześnie z wysyłką pakietu będzie uruchomiona możliwość głosowania elektronicznego za pośrednictwem aplikacji dostępnej online.

Wszystkie tryby głosowania są równoważne, ale możliwy tylko jeden! Nie ma możliwości zagłosowania w kilku trybach!

Ci, którzy by chcieli zagłosować elektronicznie, a nie mają możliwości technicznych, mogą skorzystać z tego trybu w siedzibie izby. Po okazaniu dowodu tożsamości w sekretariacie wydane zostanie jednorazowe hasło dostępu do aplikacji wyborczej (aktywne tylko 60 minut).

Koleżanki, Koledzy!

Do głosowania pozostało jeszcze sporo czasu.

Jeżeli zostaniecie wybrani przez środowisko lekarzy, czy lekarzy dentystów, to znaczyć będzie, że obdarzono Was ich zaufaniem i nadzieją, że spełnicie ich oczekiwania w samorządzie naszej korporacji, dla dobra nas wszystkich.

Wiem, że ogólnie samorząd lekarski jest różnie postrzegany. Ale zastanówmy się, co My, jako członkowie zrobiliśmy sami, żeby siła tej korporacji zawodowej mogła wpłynąć na rządzących lub zmiany w naszym środowisku?

W naszej izbie też można wiele aktywności dla wszystkich zrealizować. Będąc prezesem ORL cały czas staram się zachęcać do zaangażowania w samorządzie, do organizacji, spotkań, integracji, zgłaszania potrzeb, pomysłów do zrealizowania.

Pracując wiele lat w zawodzie, będąc w samorządzie, też uważam, że jest wiele do zrobienia, że oczekiwane zmiany w ochronie zdrowia są nie realizowane tak, jak byśmy oczekiwali.

Starajmy się robić swoje. W tak trudnym, stresującym zawodzie budowanie wzajemnych relacji, integracja pomagają ograniczać stresy, pozwalają wymieniać doświadczenia, osiągać porozumienia, nawet jeżeli się nie zgadzamy.

Myszę, że powinno nam zależeć na umacnianiu poczucia naszej jedności. Nie jest to łatwe w środowisku o wielu specjalnościach, różnych formach zatrudnienia, pracujących w różnych podmiotach ochrony zdrowia.

Mimo wszystko starajmy się, bo to droga do - może czasem skromnych - ale sukcesów.

Z koleżeńskim pozdrowieniem

EWA JONIEC



Wynagrodzenia za dyżury – dyskusyjne

W związku z pismem lekarzy rezydentów, skierowanym do izby lekarskiej i Rzecznika Praw Lekarza, dotyczącym nieprawidłowości w sposobie naliczania ich wynagrodzenia za dyżury lekarskie, 12 sierpnia zorganizowano w siedzibie izby lekarskiej spotkanie z przedstawicielami dyrekcji szpitala.

W spotkaniu szpital reprezentowali: dr Krzysztof Kaczmarek, Katarzyna Barna, Bernadeta Piszczysłowa. Izbę lekarską: prezes ORL Ewa Joniec, rzecznik praw lekarza Ryszard Iliaszewicz i prawnik Katarzyna Samulska. Lekarzy rezydentów reprezentowali lekarze: Anna Kaźmierowska i Sebastian Stukowski.

W związku z różną interpretacją obowiązujących przepisów przez obie strony sporu, postanowiono zwrócić się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o dokładną wykładnię przepisów, dotyczących sposobu naliczania wynagrodzeń za dyżury lekarzy rezydentów.

Fot. ANNA KĘPSKA



XX Konferencja Szkoleniowa Internistów Ziemi Lubuskiej

Towarzystwo Internistów Polskich Oddział Gorzowski i Oddział Zielonogórski oraz Konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych zorganizowali w Lubniewicach w dniach 7-8 czerwca 2025 r. XX Konferencję Szkoleniową Internistów Ziemi Lubuskiej.

W konferencji udział wzięło 20 prelegentów i około stu uczestników. Przybyłych tradycyjnie powitał Roman Kołodziejczak, kierownik Zakładu Leczenia Chorób Wewnętrznych, Chorób Płuc, Chorób Przewlekłych, Nadciśnienia Tętniczego, Endokrynologii i Gastroenterologii Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. a zarazem główny organizator konferencji. Wśród zaproszonych gości była m.in. Ewa Joniec, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Gorzowie. Gratulowała organizatorom, że udało im się zachęcić do uczestnictwa w konferencji tak licznej grupy lekarzy. Udział w konferencji jest bezpłatny, prelegenci nie otrzymują żadnych honorariów, więc tym większy podziw budzi taka frekwencja, bardzo szeroki wachlarz tematyczny i tak wysoki poziom.

Program przedstawiała się następująco:

- prof. dr hab. n. med Katarzyna Brzeźniakiewicz-Janus „Rozlany chłoniak z dużych komórek B w świetle nowych terapii”
- lek. Maciej Maćkowski „Co wniosła nam endoskopia kapsułkowa?”
- lek. Dominika Kopczyńska „Żółta Genowefa”
- lek. Piotr Kimla „Złodziej życia”
- lek. Iwona Pestrowicz „Etyka na końcu, terapia uporczywa? Daremna? Czyżby?”
- mgr Frosina Rega „Problemy epidemiologiczne interny”

- mgr Karolina Gawęł „Istotne działania niepożądane leków u pacjentów internistycznych”
- lek. Magdalena Kędziora „K+Med - Opieka skoordynowana na przykładzie pacjenta”
- Magdalena Piechota „Opatrunki w leczeniu ran i odleżyn na internie”
- lek. Patryk Miksza „Gdy zabraknie ci ostrza w świecie pełnym sznurków”
- lek. Agnieszka Brzozowska „Zakrzepowa płamica małopłytkowa”
- lek. Krystyna Paliichuk „Pani doktor, co z babcią? Ratunek u dobrego chirurga”
- dr n. Med. Mariusz Witczak „Nowe możliwości leczenia zachowawczego guzów przysadki”
- lek. Marcin Janiszewski „Bóle całego ciała po urlopie”
- lek. Wojciech Jedut „Czym jeszcze mogą nas zaskoczyć stare leki?”
- lek. Anna Tomes-Ficek „Nieoczekiwane powikłania w Oddziale Chorób Wewnętrznych”
- lek. Andrej Miksan „Gorączka nieznanego pochodzenia, czy to choroba układowa tkanki?”
- dr n. med. Jan Budzianowski „Nowoczesne leczenie zaburzeń lipidowych”
- lek. Joanna Rudna - Łagoda „Zatorowość- jak żyć?”
- lek. Roman Kołodziejczak „Nic ciekawego na internie”

Po wykładach odbyło się też spotkanie ordynatorów z konsultantem wojewód-



kim ds interny, czyli Romanem Kołodziejczakiem.

Po pracowitym dniu uczestnicy spędzili przy muzyce.

Niedziela była czasem relaksu i kulturalowej wymiany doświadczeń, spacerów nad jeziorem i w parku. (DF)



Etyka na końcu. Terapia uporczywa? Daremna? Czyżby?

Opis przypadku

Pacjent lat 21 przyjęty do oddziału 18.02.2024 z powodu wymiotów, odwodnienia, elewacji enzymów wątrobowych.

Wywiad

- porażenie mózgowe dziecięce
- nawracające wymioty z odwodnieniem
- częste zaparcia
- częste hospitalizacje z powodu odwodnienia w przebiegu dyspepsji w innym szpitalu (woj. zachodniopomorskie)
- przewlekłe leżący pod permanentną opieką rodziców
- żywiony p.o. dietą papkową (problemy z gryzieniem)
- leki: Lamotrix 2x 25 mg, Clonazepam 2x 0,5 mg, Prokit 2x 50 mg
- bez uczuleń

Przedmiotowo

- Stan og. średniociężki
- Przytomny, bez kontaktu logicznego
- Klatka piersiowa kurza, zaniki mięśniowe, przykurcze mm kk górnych i dolnych
- Mc 28 kg, wzrost 151 cm
- Pogłębiona kifoza piersiowa, skolioza piersiowa i lędźwiowa
- Płuca, serce (ASM 75/min) - bez odchyleń
- Brzuch miękki, niebolesny, bez obj. otrzewnowych
- Żrenice równe, średnioszerokie, reaktywne
- Cechy dyskretnego odwodnienia
- RR 103/52
- BEZ ODLEŻYN

Badania dodatkowe

Przy przyjęciu:

- Mocznik, Mg, Ca, jonogram, kreatynina, bilirubina, układ krzepnięcia, kw. moczowy, amylaza, glukoza, prokalcytonina CRP, gazometria, CPK, mioglobina, amoniak, BNP bez zmian
- Morfologia - L - 6,64 tys, Ht - 30,4 %, Hb - 11,1 g/dl, PLT - 176 tys. MCV (N)
- AST - 646 U/L, ALT - 964 U/L, GGTP - 129 U/L
- Mocz badanie ogólne: b(-), c(-), ket. (śląd)
- Białko całkowite - 6,1 g/dl (N)



- Lamotrygina - 2,419 mg/ml (zakres terapeut. 3-15)
- Osmolalność surowicy i moczu - N
- CH 121 mg%
- HDL-57 mg%
- TG- 134 mg%
- TSH-1,91 uIU/ml
- Mocz bad. ogólne: b(-), c(-), ket(śląd)
- HBSAg (-)
- AntyHCV (-)
- CMV IgM (-)
- EBV IgM (-)
- PSA, CEA, AFP, Ca 19-9, Ca 15-3 w normie
- Fe, Wit B12, kw. foliowy w normie (górne rejestry)
- Quantiferon (-)
- P/ciała p/transglutaminazie tkankowej IgA i IgG (-)
- p/ciała p/gliadynie IgG (-)
- P/ciała P/endomysium, retikulinie i gliadynie IgA (-)
- ANA 3 (-)
- EKG - bez zmian
- USG j.brzusznej - bez istotnych odchyleń
- KT głowy - OUN i kości czaszki bez istotnych odchyleń

Przypadek c.d.

- Przez całą hospitalizację matka (opiekun prawny) obecna przy pacjencie 24/24
- Od początku hospitalizacji karmiony przez matkę
- Pielęgnacja przez personel z dużym udziałem matki i dość często ojca

- Interwencja żywieniowa: Nutramin Complex Protein 300 kcal początkowo 1x dz., po 2 dniach 2xdz.
- Początkowo powolna poprawa. Od 3. doby pogorszenie: wzrost poziomu CRP, dyskretny wzrost prc, gorączka, desaturacja (89-90%)
- W KT kl. piersiowej cechy pneumonii
- KT j. brzusznej i miednicy bez i 2 CE
- Badanie KT jamy brzusznej z miednicą wielofazowe, przeglądowe i po doużylnym podaniu kontrastu w fazach tętnicznej, żylna-wrotnej i opóźnionej. Interpretacja badania w znacznym stopniu utrudniona ze względu na kacheksję pacjenta i brak tkanki tłuszczowej oraz wymuszoną pozycję ciała.
- W badaniu zwraca uwagę pogrubiała ściana żołądka do 10 mm - do oceny w gastroscopii. Ponadto w świetle przełyku zalegająca treść. Cech niedrożności lub perforacji PP nie stwierdza się w badaniu. Ocena jelit jest niemożliwa
- Wątroba niepowiększona, jednorodna, bez uchwytanych innych zmian ogniskowych
- Drogi żółciowe nieposzerzone
- Pęcherzyk żółciowy niezmieniony, PŻW nieposzerzony
- Ż. wrotna drożna i nieposzerzona
- Trzustka jednorodna, bez zmian ogniskowych. Przewód Wirsunga nieposzerzony
- Śledziona, oba nadnercza nie wykazują uchwytanych zmian
- Nerki o prawidłowej budowie i wielkości, lewa nerka z cechami zdwojenia UKM, bez złogów cieniujących i zastojów
- Wydzielanie i wydalanie moczu kontrastowego nieupośledzone. Moczowody nieposzerzone, po stronie lewej zdwojenie moczowodów, nie można wykluczyć podwójnego ujścia po tej stronie
- Pęcherz moczowy o równych zarysach, ale znacznie wypełniony
- Aorta brzuszna nieposzerzona. SMA, IMA, pień trzewny są drożne
- Węzły chłonne z grup objętych badaniem KT jamy brzusznej nie do oceny.
- Nie stwierdza się w jamie brzusznej wolnego płynu ani patologicznych zbiorników płynowych
- Struktury kostne miednicy oraz objętego badaniem kręgosłupa bez uchwytanych zmian destrukcyjnych

- Gastroskopia + wycinki
 - W przełyku widoczna jest przesunięta dogłównie nierówna linia Z na odległość 23 centymetrów od linii zębów. Poniżej widoczny jest łososiowy nabłonek - wycinki kwadrantów (but.1). We wpuszczeniu na wprost i w inwersji widoczna jest duża włośzycowa przepuklina rozwaru przełykowego przepony. Błona śluzowa całego żołądka o charakterze zanikowym, z licznymi nadżerkami z hematyną antrum - wycinki (but.2). Odźwiernik elastyczny, drożny. Błona śluzowa opuszki dwunastnicy atroficzna. W części pozaopuszkowej dwunastnicy widoczne są: znacznie skrócone kosmki błony śluzowej - wycinki z opuszki oraz z części pozaopuszkowej dwunastnicy (but.3). Ściany żołądka o prawidłowej podatności na ssanie i insuflację
 - Antybiotyk, Budesonid w neb., tlenoterapia bierna – stopniowa poprawa stanu
 - Ustąpiła gorączka
 - Sat O2 bez tlenu 94-96%
 - Karmiony zjada dietę papkową i prep. żywieniowe, wypija płyny
 - 1x enema
 - Nadal bez kontaktu (stan przewlekły)
- 01.03.2024 ponowne pogorszenie stanu: nie je, nie pije, brzuch wydaje się być bolesny, nieco napięty.

Pilna diagnostyka: KT j. brzusznej i miednicy

Badanie TK jamy brzusznej i miednicy przeglądowe:

- Cechy wysokiej niedrożności przewodu pokarmowego:
- Żołądek znacznie rozдутy, wypełniony treścią płynno-gazową, wypełnia większą część jamy brzusznej
- Poszerzenie dystalnego odcinka przełyku z poziomem płyn-gaz w świetle (szer. do 37 mm)
- Dwunastnica także poszerzona (do 42 mm)
- Pętle jelita czczego i krętego oraz okrężnica nieposzerzone
- Znaczna ilość wolnego płynu w jamie otrzewnowej
- Nie stwierdza się cech perforacji przewodu pokarmowego
- Ocena narządów mięsistych niepełna
- W obrębie pęcherzyka żółciowego, dróg żółciowych ani dróg moczowych nie stwierdza się wapienych konkrementów

- Aorta brzuszna i tętnice biodrowe nieposzerzone
- W widocznych fragmentach płata dolnego lewego płuca zagęszczenia drobnoguzkowe o dystrybucji mieszananej oraz pojedyncza niewielka jama 13x7 mm - możliwe tło zapalne.
- W zobrażonych częściach kości nie stwierdza się zmian osteodestrukcyjnych
- Dysplazja panewki prawego stawu biodrowego z podwichnięciem - wtórnie do ch. podstawowej
- Znacznego stopnia skolioza kręgosłupa.

Wnioski: Wysoka niedrożność p. pokarmowego Ascites.

Pilna diagnostyka KT OUN, KT głowy

- Badanie KT przeglądowe głowy nie wykazuje zmian ogniskowych w mózgowiu, w tym zmian o charakterze niedokrwiennym
- Brak danych dla efektu masy
- Nie stwierdza się krwawienia śródczaszkowego
- Mózgowie o zachowanym różnicowaniu korowo-podkorowym. Istota biała mózgu o prawidłowej gęstości
- Układ komorowy nieposzerzony, symetryczny. Nie stwierdza się zwiększonej ilości płynu przymózgowo
- Nie stwierdza się cech wkliniwania migdałków mózgowych do otworu wielkiego
- Okno kostne nie wykazuje zmian pourazowych/ogniskowych.

Wnioski: Obraz mózgowia bez istotnej patologii.

Konsultacja chirurga I

Po założeniu sondy i odbarczeniu żołądka do pilnej gastroskopii celem kwalifikacji do lecz. operacyjnego lub pogłębienia diagnostyki.

Pilna diagnostyka:

Gastroskopia - pacjent b. niespokojny przy wprowadzaniu endoskopu. Odstąpiło od badania - ew. powtórzenie wyłączenia w krótkim znieczuleniu ogólnym.

Konsultacja chirurga II

Brzuch miękki, bez obj. otrzewnowych obrony, patologicznego oporu. Per rectum – bańka pusta

- cewnik Foleya do pęch. moczowego

- korekta RKZ

- zalecane bad. - pasaż jelitowy (brak możliwości wykonania gastroskopii).

W chwili obecnej brak bezwzględnych wskazań do interwencji chirurgicznej.

Konsultacja chirurgiczna III

Pacjent bez kontaktu. Brzuch miękki, bez obj. otrzewnowych, obrony, patologicznego oporu.

W pasażu kontrast po 18 godzinach w jelicie grubym Pacjent prawdopodobnie ma niedrożność porażenną. Wskazane leczenie objawowe.

Leczenie:

Biotrakson, Budixon, Ondansetron, Drotafemme, Omeprazol, Vigalex, Urso-pol, Vetira, Zirid, Hepa-Merz, Clonazepam, Lamotrix, Heparegen, Albunorm, Vit. B1, MgSo4, Metoclopramid, Glucofos, KCl, Calcium Chloratum, Nutramil Complex Protein, Nutridrink, 9% NaCl, 5% glukoza, 10% glukoza, Olimel N4E (początkowo 400 ml, potem 600 ml).

Poprawa stanu

Od 05.03.2024 brzuch niebolesny, perystaltyka prawidłowa. Gazy normalnie. Oddał stolec.

Od 06.03 rozpoczęto ostrożne karmienie p.o. Bez problemów.

07.03.2024 nagle zatrzymanie oddechu, potem krążenia - zadławienie podczas karmienia.

RKO - początkowo personel OWEN potem + zespół interwencyjny z OIOM.

Konsultacja anestezjologiczna po NZK i RKO

NZK 21-letni pacjent z dziecięcym porażeniem mózgowym i padaczką.

07.03.2024 o godz. 14.27- zatrzymanie krążenia mech. bradyasystolii - prowadzone przez personel oddziału wewnętrzznego, następnie przez zespół anestezjologiczny. Pacjenta zaintubowano, wentylowany workiem Ambu z dodatkiem O2 10 l/min, 10 oddechów na minutę, pośredni masaż serca 100-120/min, adrenalina 10 mkg/kg co 3 min, amiodaron 5 mg/kg.

RKO prowadzona zgodnie z ALS. W trakcie resuscytacji uzyskano powrót krążenia o godz. 14:44. Krążeniowo niestabilny - wsparcie układu krążenia NA. Pacjenta podłączono do respiratora, wentylacja mechaniczna płuc w trybie VC-SIMV, FiO2-0,35.

Biorąc pod uwagę choroby przewlekłe pacjenta, rokowanie tak krótkoterminowe, jak i długoterminowe jest niekorzystne i stosowanie technik zarezerwowanych dla intensywnej terapii będzie stanowić upo-

rczywą terapię. Priorytet przyjęcia IV.

Zalecenia: analgesodacja midanium (40 mg + 40 ml - 1 ml/godz) + oxynorm (40mg + 40 ml - 1 ml/godz).

Do rozważenia TK głowy i ocena neurologiczna za 24 godz. Uzgodniono z lekarzem specjalistą.

Wytyczne PTaIT

Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii wydane na podstawie § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. z 2020 r. poz. 940, z późn. zm.).

Cel wytycznych: Celem wytycznych jest określenie wskazań do przyjęcia na stanowiska intensywnej terapii na Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii leczących dorosłych lub dzieci, zgodnie z priorytetami odniesienia korzyści z leczenia, które wynikają z aktualnej wiedzy medycznej. Podmiotem wytycznych jest pacjent i najlepiej rozumiane jego dobro, wymagający pomocy medycznej w warunkach, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Odbiorcy wytycznych: Wytyczne skierowane są wyłącznie do lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, udzielających świadczeń zdrowotnych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, leczących dorosłych lub dzieci.

Wobec ograniczonej dostępności do wiarygodnych danych, wynikających z medycyny opartej na dowodach naukowych, uzgodnienia stanowią konsensus Grupy Roboczej. Dodatkowo, najczęstsze stany i sytuacje kliniczne, które mogłyby przemawiać za lub przeciwko kwalifikacji do leczenia na stanowiskach intensywnej terapii na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, zostały poddane ocenie specjalnie powołanej Grupy Ekspertów.

Wybrane sytuacje kliniczne (definiowane zgodnie z aktualnymi wytycznymi krajowymi i/lub międzynarodowymi) przemawiające „ZA” przyjęciem pacjenta do leczenia na oddział anestezjologii i intensywnej terapii – zgodność Ekspertów >75%.

Wybrane sytuacje kliniczne (definiowane zgodnie z aktualnymi wytycznymi krajowymi i/lub międzynarodowymi), w których decyzja o przyjęciu pacjenta do leczenia na oddział anestezjologii i intensywnej terapii jest „DYSKUSYJNA” – zgodność Ekspertów 25-75%.

Wybrane sytuacje kliniczne (definiowane zgodnie z aktualnymi wytycznymi krajowymi i/lub międzynarodowymi) przemawiające „PRZECIW” przyjęciu pacjenta do leczenia na oddział anestezjologii i intensywnej terapii – zgodność Ekspertów <25%.

PRIORYTET I

Pacjenci w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, który wynika z destabilizacji krążenia lub oddychania.

Przykład: ostra niewydolność oddechowa, chory we wstrząsie, chory w okresie pooperacyjnym bez względu na charakter wykonanej operacji.

Przyjęcie do OIT jest uzasadnione.

PRIORYTET II

Pacjenci, którzy wymagają intensywnego monitorowania w systemie wzmożonego nadzoru, ponieważ zagraża im konieczność wdrożenia inwazyjnych technik leczenia.

Przykład: chorzy ze schorzeniami układu krążenia, oddechowego, nerek lub OUN, u których doszło do:

- pogorszenia ogólnego stanu zdrowia
- poważnego zabiegu operacyjnego.

Przyjęcie do OIT jest uzasadnione.

PRIORYTET III

Pacjenci w stanie zagrożenia życia, których stan zdrowia poprzedzający wystąpienie problemu ogranicza szanse na wyzdrowienie (i tym samym korzyść z przyjęcia do OIT).

Przykład: chorzy z zaawansowaną chorobą nowotworową, której towarzyszą mnogie przerzuty do innych narządów i jest ona dodatkowo powikłana infekcją, tamponadą osierdzia, etc.

Uwaga - pacjent może odmówić leczenia w OIT, co przesuwa go do grupy o priorytecie 4.

Przyjęcie do OIT jest uzasadnione, jednak zakres środków powinien zostać ograniczony a priori, np. poprzez zakaz intubacji lub DNR.

PRIORYTET IV

Chorzy, którzy nie odniosą dodatkowej korzyści wskutek przyjęcia do OIT.

Przykłady:

- chory niskiego ryzyka, który może przebywać bezpiecznie w innym oddziale
- chory z nieuleczalną chorobą terminalną, który stoi w obliczu nieuchronnej śmierci.

Przyjęcie do OIT jest nieuzasadnione.

Przyjęcie do OAiT następuje w oparciu o:

1. Priorytety
2. Szczegółowe wskazania wynikające z jednostek chorobowych
3. Niezależne wskazania wynikające z parametrów fizjologicznych.

Kryterium podstawowe to odwracalność procesu chorobowego.

Lek. IWONA PESTROWICZ

Zakład Leczenia Chorób Wewnętrznych,
Chorób Płuc,

Chorób Przewlekłych,

Nadciśnienia Tętniczego,

Endokrynologii i Gastroenterologii

Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki
w Gorzowie Wlkp.



Jak matka z matką

Wystąpienie pani doktor Iwony Pestrowicz było najbardziej poruszające, wywołujące głębokie emocje, wyciskające z niejednych oczu łzy. Poza chłodną, rzeczową prezentacją informacji medycznych, słuchacze otrzymali sporo dodatkowych informacji. Chłopiec pochodził z cygańskiej rodziny, a ponieważ był dzieckiem niepełnosprawnym to – jak poinformowała rodzina – zostali wykluczeni ze społeczności cygańskiej.

- Z jednej strony współczuliśmy tej rodzinie – opowiadała pani doktor – z drugiej strony nam się lepiej pracowało dzięki temu. Mieliśmy ciszę, spokój, większy komfort pracy. Nie przychodziły w odwiedziny tłumy krewnych, nikt na nas nie naciskał w żadnej sprawie, nie napadał. Matka chłopca całe swoje życie podporządkowała swojemu jednemu dziecku. Czuwała przy nim 24 na 24 godziny. Bardzo aktywnie pomagała przy zabiegach higienicznych. Przy zmianie pościeli wskakiwała na łóżko i wygładzała prześcieradło tak, żeby nie było na nim ani jednej zmarszczki. Jej syn ważył 29 kg, składał się tylko z kości obciążonych skórą, a nie miał ani jednej odleżyny. To najlepszy dowód jak ta kobieta dbała o niego. Ojciec i babcia odwiedzali

też naszego pacjenta. Mama twierdziła, że syn uśmiecha się do niej, my tego nie widzieliśmy. Nie miała żadnych roszczeń, sami zatroszczyliśmy się o to, żeby jej postawić przy łóżku jakiś fotel, zrobić czasem herbatę.

Podczas karmienia doszło do zadławienia. To było przyczyną ustania akcji serca. Reanimacja przywróciła akcję serca. Wtedy padło pytanie: czy reanimować, gdyby ponownie ustała akcja serca? Zdecydowałam: ratować! Z matką naszego pacjenta już nie rozmawiałam jak lekarz, ale jak matka z matką. Nie zrobiłabym tej kobiecie tego, żeby odstąpić od ratowania jej syna. Zasada jest taka, że jeśli chociaż jedna osoba w zespole ratunkowym mówi, żeby reanimować, to należy reanimować.

To jest trudny problem a jednocześnie coraz bardziej narastający.

Nasz 21-latek miał kłopoty z oddychaniem. Należało przenieść go na OIOM. Okazało się, że na OIOM-ie nie ma miejsc. Przyciągnęliśmy respirator na nasz oddział. Podłączyliśmy chłopca i przekazaliśmy na OIOM w Pырzycach. Nie wiem co dalej z nim się działo, bo trudno, żeby ktoś ze szpitala w Pырzycach udzielił mi informacji przez telefon.

W tym momencie z soli odezwał się jeden z lekarzy:

- Miałem kontakt z tym pacjentem w Pырzycach. Niestety po kilku dniach zmarł.

Co wniosła nam endoskopia kapsułkowa?

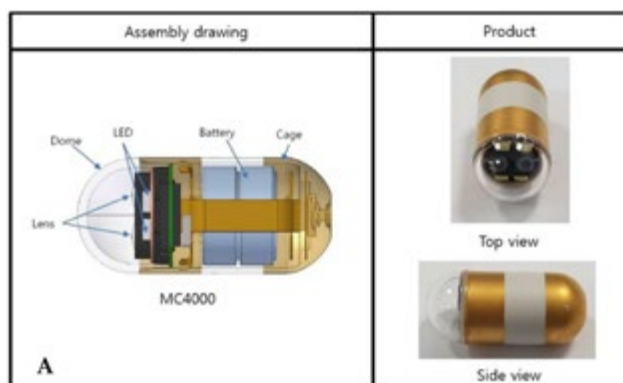
Wskazania:

- 1) krwawienie z przewodu pokarmowego o niewyjaśnionej przyczynie (po wykluczeniu krwawienia z górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego w rutynowych badaniach endoskopowych)
- 2) niedokrwistość z niedoboru żelaza po wykluczeniu innych przyczyn
- 3) podejrzenie choroby zapalnej jelita cienkiego (choroba Leśniowskiego i Crohna, uszkodzenie jelita w wyniku przyjmowania NSLPZ)
- 4) celiakia i inne zespoły upośledzonego wchłaniania
- 5) zespoły polipowatości przewodu pokarmowego (rodzinna polipowatość gruczolakowata, zespół Peutza i Jeghersa)
- 6) podejrzenie nowotworu jelita cienkiego
- 7) radiologiczne rozpoznanie patologii jelita cienkiego wymagające weryfikacji

Przeciwwskazania:

- * zaburzenia połykania, zaburzenia perystaltyki, zwężenie jelita (ryzyko uwięźnięcia kapsułki), ciąża.
- * kapsułka endoskopowa nie zakłóca pracy wszczepialnych urządzeń kardiologicznych (rozrusznik, kardiowerter-defibrylator, układ resynchronizujący) czy pomp insulinowych.

Krótko o metodzie



Nasze doświadczenia

Od listopada 2024 – łącznie 8 (+1) badań

Wskazania u naszych pacjentów:

6 - diagnostyka nawracających anemii z niedoboru żelaza

1 - podejrzenie chłoniaka jelita cienkiego

1 - podejrzenie ch. Crohna, ograniczonej do jelita cienkiego

Raport kapsułki endoskopowej		MiroCam
 Państwowy Instytut Medyczny MSWiA ul. Włocławska 137 00-007 Warszawa	Nazwa	[REDACTED]
	ID	01-01-1999
	Data urodzenia	01.01.1999
	Wiek	66
	Płeć	Kobieta
	Lekarz prowadzący	Administrator
Recenzent	Administrator	
Data badania	28.01.2025	
Powód skierowania: Podejrzenie choroby Crohna. Z powodu anemizacji toczona na oddziale. Wynik histopatologii nieprawidłowy - poprzecznie diagnozowana w kierunku mikroskopowego zapalenia jelita.		
Czas transmisji: Całkowity: 12 h 00 m Dwunastnica: 05 h 24 m Jelito kręte i kątnica: 05 h 28 m		
Szczegóły badania: W trakcie rejestracji kapsułka osiągnęła jelito grube. Czas pasaży żołądkowego 7 minut. Czas pasaży przez jelito cienkie: 6 godzin 24 minuty. Oczyszczenie jelita cienkiego dobre. Błona śluzowa jelita cienkiego na całej długości o prawidłowym obrazie kosmków, w jelicie krętym miejscami bardzo drobne wybroczyny i pojedyncze, niewielkie afły, w ileum terminale możliwa niewielka linna blizna, bez nadżerek ani owrzodzeń. Pasaż kapsułki w trakcie badania jednostajny niezaburzony, przejście przez zastawkę krętniczo-kątniczą swobodne, bez obecności patologicznej treści w świetle jelita w czasie badania.		
Podsumowanie i zalecenia: pojedyncze, bardzo drobne afły i blizna w ileum terminale - zmiany w pierwszej kolejności po infekcyjne		



00:07:04 Pierwszy obraz jelita cienkiego

00:27:02

01:39:25



04:13:39

05:46:34
wybroczyny

06:16:00



06:31:04
możliwa drobna afła

06:31:23
blizna?

06:31:24
Pierwszy obraz okrężnicy

Wyniki – „kubek zimnej wody”

Podsumowanie i zalecenia

- Bez cech aktywnego ani świeżo przebytego krwawienia z jelita cienkiego
- Obraz jelita cienkiego bez nieprawidłowości
- Bez cech choroby Crohna w jelicie cienkim

- Niewielkie, niecharakterystyczne zmiany śluzówko we (obrzęk kosmków) w początkowym odcinku jelita czczego – obraz nie budzi istotnego podejrzenia chłoniaka

- Pojedyncze, bardzo drobne afły i blizna w ileum terminale – zmiany w pierwszej kolejności poinfekcyjne

- Ocena jelita cienkiego niepełna – kapsułka w trakcie czasu rejestracji nie dotarła do jelita grubego, powolny, ale nie zaburzony mechanicznie pasaż kapsułki przez jelito cienkie, bez cech aktywnego ani świeżo przebytego krwawienia na ocenionym odcinku jelita cienkiego

Promyk nadziei...

Szczegóły badania

W trakcie rejestracji kapsułka osiągnęła jelito grube

Czas pasaży żołądkowego 6 minut

Czas pasaży przez jelito cienkie 7 godzin 8 minut

Oczyszczenie jelita czczego dobre, jelita krętego znacznie gorsze

Błona śluzowa jelita cienkiego na całej długości o prawidłowym obrazie kosmków, już w dwunastnicy widoczna drobna angiektazja, kilkanaście angiektazji, w tym największe o śr. ok. 6 mm widoczne w jelicie czczym, w jelicie krętym, biorąc pod uwagę słaby stopień oczyszczenia nie uwidoczniło zmian

Pasaż kapsułki w trakcie badania jednak niezaburzony, przejście przez zastawkę krętniczo-kątniczą swobodne, bez obecności patologicznej treści w świetle jelita w czasie badania

Posumowanie i zalecenia

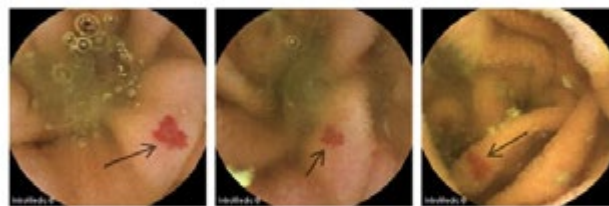
Angiektazje dwunastnicy i jelita czczego



00:06:10
Pierwszy obraz jelita cienkiego

00:06:25
angiektazja w dwunastnicy

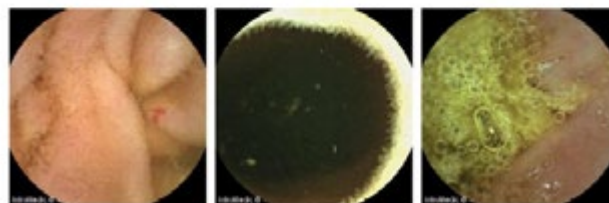
00:07:47
angiektazja



00:13:02
angiektazja

00:14:32
angiektazja

00:35:28
angiektazja



00:57:37

02:50:23

07:14:49
Pierwszy obraz okrężnicy

Pierwszy „sukces” - przypadek

32-letni pacjent zgłosił się w godzinach wieczornych na izbę przyjęć podczas mojego dyżuru z powodu dysfagii – objawy od około 2 miesięcy, dodatkowo istotna utrata masy ciała >>10kg w ciągu pół roku

Zawód: leśniczy

Miesiąc wcześniej hospitalizowany w innym szpitalu na oddziale chirurgii – wykonano endoskopie GOPP i TK jamy brzusznej, rozpoznano GERD + gastritis (włączono leczenie vs h.pylorii)

3 dni wcześniej wizyta na izbie przyjęć poprzedniego oddziału – poprawa po lekach rozkurczowych i przeciwbólowych – wypisany do domu

W okazanym wypisie w TK uwagę zwraca opisana w śledzionie torbiel bąblowcowa

W USG na izbie przyjęć:

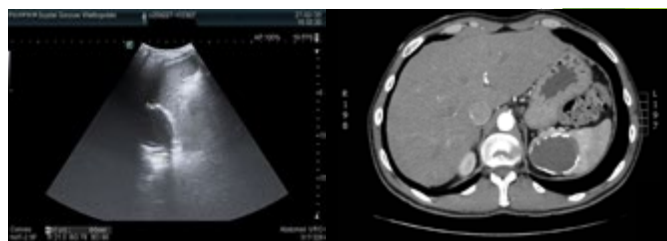
Pogrubienie ścian odźwiernika, dwunastnicy do ok 11mm z zatarciem okolicznych tkanek

Śledziona z okrągłą płynową zmianą 52 mm, o grubych uwypuklonych ścianach z hiperechogenicznymi wtrętami w świetle

KT j.b i miednicy z CE:

Pogrubienie i obrzęk ścian jelita czczego z zatarciem otaczającej tkanki tłuszczowej, obecnością licznych kręzkowych węzłów chłonnych – zmiany zapalne

Torbiel śledziona 60x52mm ze zwapniałymi ścianami – porażowa?/pasożytnicza?



Badania w kierunku pasożytów ujemne

„Panel Gastro” PCR

Borelioza - ujemne

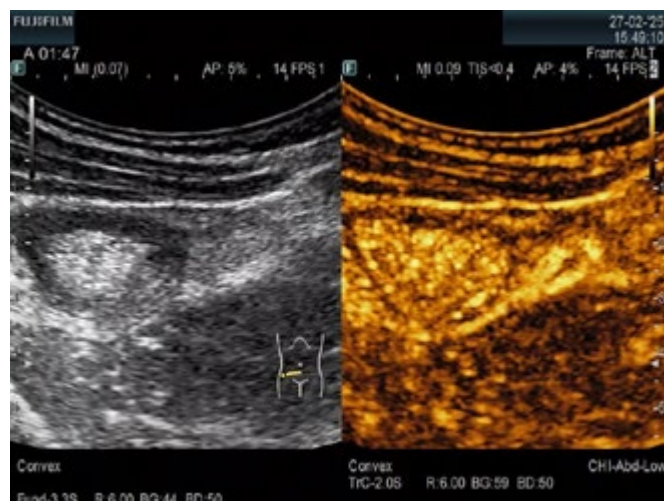
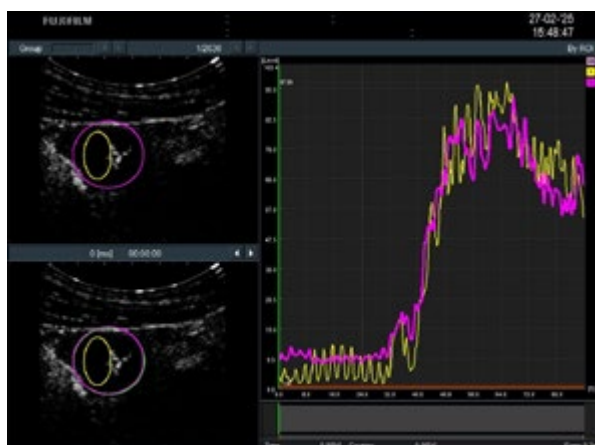
Kalprotektyna 3591

ANA – Sm - graniczne

CEUS

Po podaniu 2,4ml Sonovue – intensywne kontrastowanie ścian jelita ze wzmocnieniem do ok 80dB wskazujące na ciężki rzut zapalenia (norma do 23dB), pogrubienie ścian jelita czczego do 10mm na długości ok 25cm od więzadła Trietza

Jelito grube bez widocznych zmian



Roboczo wykluczono tasiemczycę, rozpoznano chorobę Crohna ograniczoną do jelita cienkiego

Włączono empirycznie leczenie GKS

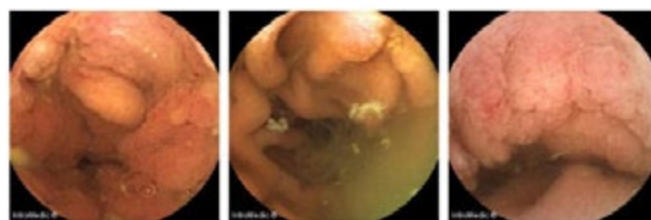
Ustalono termin ponownej hospitalizacji celem wykonania badania endoskopii kapsułkowej

Poprawa kliniczna - przyrost 3 kg w ciągu trzech tygodni



01:44:49 Pierwszy obraz jelita cienkiego
01:45:39 dwunastnica

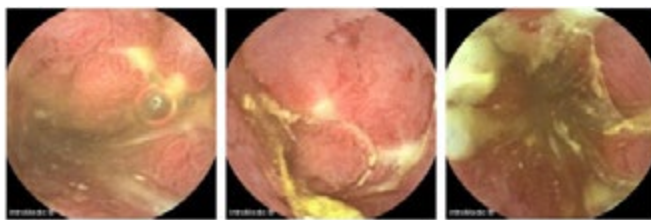
01:54:25



01:58:47 jelito czcze - aktywne zmiany zapalne

02:45:01

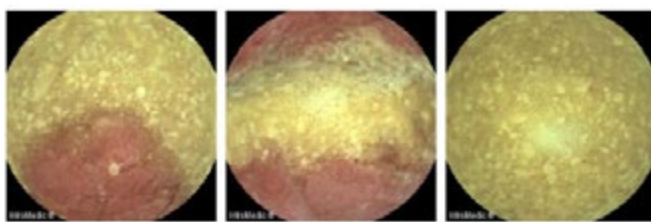
04:50:03



05:02:36

07:26:13 jelito czcze - najpewniej
gojące się owrzodzenia

07:39:20 aktywne zmiany zapalne



11:37:41

11:43:26 ostatni obraz błony śluzowej -
widoczne aktywne zmiany
zapalne w jelicie cienkim

11:59:42

Czas transmisji

Całkowity 12 h 00 min.

Dwunastnicy 10 h 15 min.

Szczegóły badania

W trakcie 12-godzinnej rejestracji kapsułka nie osiągnęła kątnicy – do końca badania pozostaje w jelicie cienkim

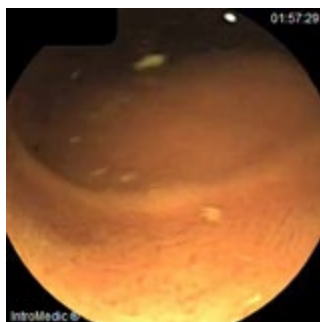
Czas pasażu żołądkowego 1 h 44 min. Już w dwunastnicy widoczne podłużne bruzdowanie błony śluzowej w jelicie czczym, odcinkowo błona śluzowa zmieniona zapalnie, miejscami z obrazem kostki brukowej, nadżerkami i owrzodzeniami. Odcinkowo zmiany obejmują cały obwód jelita, powodując zaburzenia pasażu zarówno kapsułki, jak i treści jelitowej.

Proksymalnie od jednego odcinków zmienionych chorobowo kapsułka wpada w zalegającą treść pokarmową, w której przebywa do końca rejestracji.

Bez obecności patologicznej treści w świetle jelita w czasie badania.

Podsumowanie i zalecenia

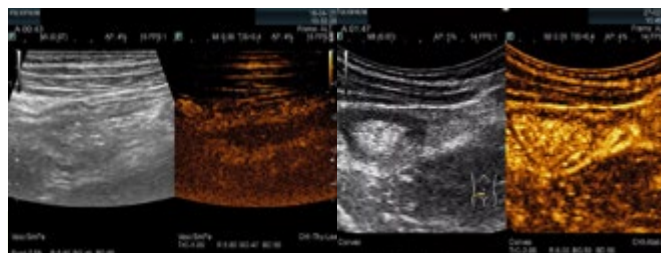
Obraz odpowiada najprawdopodobniej aktywnym zmianom zapalnym w przebiegu choroby Crohna, zajmującym co najmniej jelito czcze. Ze względu na niepełny pasaż przez jelito cienkie w razie braku pewności co do wydalenia kapsułki wskazana ocena radiologiczna ze względu na możliwość retencji kapsułki proksymalnie od zwężenia w jelicie cienkim.



Kapsułka w CEUS uwidoczniła w świetle jelita grubego dzień po badaniu.



Kontrola: drugi miesiąc leczenia – znaczna regresja zmian



Lek. MACIEJ MAĆKOWSKI

Zakład Leczenia Chorób Wewnętrznych, Chorób Płuc,

Chorób Przewlekłych, Nadciśnienia Tętniczego,

Endokrynologii i Gastroenterologii

Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.

W dyskusji padły pytania do prelegenta:

- Jak przygotowani są pacjenci do endoskopii kapsułką?
- Podobnie jak do kolonoskopii, preferowany jest preparat Clensia, alternatywnie w przypadku użycia Fortransu, należy podać dodatkowo pacjentowi simetykon w kroplach
- Czy kapsułka jest wielokrotnego użytku?
- Nie. Kapsułka jest do jednorazowego użytku.
- Ile kosztuje kapsułka?
- Obecnie płacimy około 2800 zł, początkowo płaciliśmy więcej, ale obecnie sami zakładamy zestaw przesłany kurierem, przez co oszczędzamy na kosztach dojazdu dystrybutora.
- Wcześniej kosztowała 3 500 – 4 000 zł uzupełnił jeden z lekarzy.

Lekarz, który wykonał około stu badań przy użyciu kapsułki, opowiedział o swoim doświadczeniu. Jego zdaniem kapsułka ma zastosowanie raczej do diagnostyki ambulatoryjnej niż szpitalnej, ponieważ pacjent musi być aktywny, w ruchu, nie leżący, aby pobudzać perystaltykę jelit.

Nowa szansa dla nowotworowców

31 lipca w szpitalu przy ul. Lutyckiej w Poznaniu prof. Dawid Murawa z zespołem przeprowadził pierwszy w Polsce zabieg laparoskopowego wprowadzenia leku chemioterapeutycznego do jamy brzusznej, czyli zabieg PIPAC.

PIPAC (Peritoneal Intraperitoneal Aerosol Chemotherapy) to szansa dla pacjentów w zaawansowanym stadium rozsiaśanego raka, których nie można już poddać operacji. Szczególnie dla chorych z rakiem jamy otrzewnowej, jelita grubego, żołądka, jajnika, wątroby. Zabieg nie jest obciążający, w przeciwieństwie do klasycznej chemioterapii. Chirurg wprowadza do jamy brzusznej endoskop, aby zobaczyć zmiany i pobrać wycinki do badań histopatologicznych. Następnie nacina powierzchnię brzucha i wprowadza do środka dyszę, z której pod ciśnieniem, w formie aerozolu dozuje chemioterapeutyk w postaci mgiełki, który dociera do wszystkich komórek. Zabieg najlepiej powtarzać co kilka tygodni, gdyż wtedy daje najlepsze efekty lecznicze. Zabieg nie rokuje wyzdrowienia pacjenta w IV stadium choroby, ale poprawia jego komfort życia. Prof. Murawa uczył się tego zabiegu w Czechach i Hiszpanii. W Izraelu zabieg kosztuje 60 tys. dolarów, w Poznaniu zakwalifikowani pacjenci otrzymują go bezpłatnie. DF

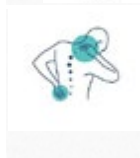
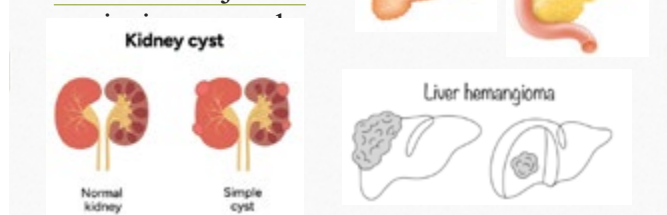
Żółta Gienia

Przed hospitalizacją

- 5 miesięcy wcześniej – wyjazd do Egiptu
- Oraz infekcja górnych dróg oddechowych
- Stan po usunięciu torbieli jajnika
- Stan po laseroterapii z powodu odwarstwienia siatkówki



USG jamy brzusznej 2



Pierwsze objawy - sierpień



Wyniki

Rodzaj badania	Wynik sierpień 2024
ALAT	2890 U/l
ASPAT	1675 U/l
Bilirubina całkowita	5,84 mg/dl
GGTP	489 U/l

Chirurgiczna Izba Przyjęć Nowa Sól

USG jamy brzusznej:

- niejednorodne ognisko hipoechogeniczne (płynowe)
- wokół pęcherzyka żółciowego
- hipoechogeniczny obszar w głowie trzustki
- przewód żółciowy wspólny do 7mm
- Cipronex, Dicloduo Combi, Buscopan



Normal Bile Duct

Dilated Common Bile Duct

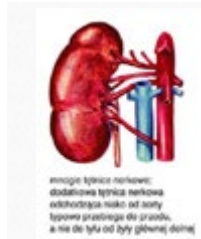


Prelegentka

USG jamy brzusznej

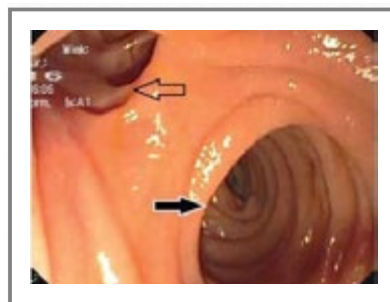


TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy z kontrastem



Gastroskopia

Cholestatyczne uszkodzenie wątroby



Oddział Chirurgii Ogólnej

Rodzaj badania	Wynik sierpień 2024	Koniec sierpnia 2024	Początek września 2024
ALAT	2890 U/l	3743 U/l	1447 U/l
ASPAT	1675 U/l	2211 U/l	776 U/l
Bilirubina całkowita	5,84 mg/dl	9,87mg/dl	4,66 mg/dl
GGTP	489 U/l	436 U/l	439 U/l
ALP		229 U/l	170 U/l

Kontrola gastroenterologiczna

Rodzaj badania	Wynik sierpień 2024	26.08. 2024	04.09. 2024	16.09.2024	2.10.2024
ALAT	2890 U/l	3743 U/l	1447 U/l	465 U/l	211 U/l
ASPAT	1675 U/l	2211 U/l	776 U/l	243 U/l	105 U/l
Bilirubina całkowita	5,84 mg/dl	9,87mg/dl	4,66 mg/dl	2,12 mg/dl	
GGTP	489 U/l	436 U/l	439 U/l	281 U/l	129 U/l
ALP		229 U/l	170 U/l		116 U/l

Dodatkowo w kontroli gastroenterologicznej

- AFP 11,6 ng/ml
- Proteinogram: A/G 1,79, gamma globuliny 7,6 ng/ml 10,9%
- IgG CMV 1513 U/ml – dodatnie
- IgG anty-EBV >400 U/ml – dodatnie
- IgM anty-EBV - ujemne
- ANA test przesiewowy - ujemny
- AMA M2 - ujemne
- Anty-LKM1 - ujemne
- Anty TTGA – ujemne

Kolejna kontrola 14.10.2024

Rodzaj badania	Wynik sierpień 2024	26.08. 2024	04.09. 2024	16.09.2024	2.10.2024	14.10.2024
ALAT	2890 U/l	3743 U/l	1447 U/l	465 U/l	211 U/l	1763 U/l
ASPAT	1675 U/l	2211 U/l	776 U/l	243 U/l	105 U/l	953 U/l
Bilirubina całkowita	5,84 mg/dl	9,87mg/dl	4,66 mg/dl	2,12 mg/dl		1,11 mg/dl
GGTP	489 U/l	436 U/l	439 U/l	281 U/l	129 U/l	322 U/ml
ALP		229 U/l	170 U/l		116 U/l	

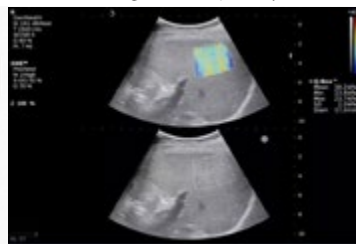
Po zabiegu

Rodzaj badania	Wynik sierpień 2024	26.08. 2024	04.09. 2024	16.09.2024	2.10.2024	14.10.2024	20.10.2024 (przed zabiegiem)	22.10.2024 (po zabiegu)
ALAT	2890 U/l	3743 U/l	1447 U/l	465 U/l	211 U/l	1763 U/l	1500 U/l	640 U/l
ASPAT	1675 U/l	2211 U/l	776 U/l	243 U/l	105 U/l	953 U/l	700 U/l	322 U/l
Bilirubina całkowita	5,84 mg/dl	9,87mg/dl	4,66 mg/dl	2,12 mg/dl		1,11 mg/dl		
GGTP	489 U/l	436 U/l	439 U/l	281 U/l	129 U/l	322 U/ml	350 U/l	270 U/l
ALP		229 U/l	170 U/l		116 U/l		160 U/l	160 U/l

Rodzaj badania	Wynik sierpień 2024	26.08. 2024	04.09. 2024	16.09.2024	2.10.2024	14.10. 2024	20.10. 2024	22.10.2024	15.11. 2024	27.11. 2024	11.12. 2024
ALAT	2890 U/l	3743 U/l	1447 U/l	465 U/l	211 U/l	1763 U/l	1500 U/l	640 U/l	489 U/l	1782 U/l	2772 U/l
ASPAT	1675 U/l	2211 U/l	776 U/l	243 U/l	105 U/l	953 U/l	700 U/l	322 U/l	227 U/l	1188 U/l	1836 U/l
Bilirubina całkowita	5,84 mg/dl	9,87mg/dl	4,66 mg/dl	2,12 mg/dl		1,11 mg/dl			N	N	4,11 mg/dl
GGTP	489 U/l	436 U/l	439 U/l	281 U/l	129 U/l	322 U/ml	350 U/l	270 U/l		169 U/l	
ALP		229 U/l	170 U/l		116 U/l		160 U/l	160 U/l			

IZBA PRZYJĘĆ

Pacjentka zgłosiła się na Oddział Wewnętrzny z powodu pogorszenia samopoczucia i wyników laboratoryjnych.

USG i elastografia wątroby

Obraz f4 w skali METAVIR

METAVIR scoring system			METAVIR scoring system		
Description	Fibrosis level (Stage)	Severity of fibrosis	Severity of chronic hepatitis	Piecemal Necrosis (PMN) + Lobular Necrosis (LN)	Histological Activity Score
No fibrosis/ No scarring	F0		0 = none	PMN 0 + LN 0	A0
Portal tract fibrosis without septa formation / Minimal Scarring	F1	Mild to moderate fibrosis	1 = mild	PMN 0 + LN 1 PMN 1 + LN 0 or 1	A1
Portal tract fibrosis with infrequent/septal formation (Scarring around vessels within the liver)	F2	Significant fibrosis	2 = moderate	PMN 0 or 1 + LN 2 PMN 2 + LN 0 or 1	A2
Numerous septa, but no cirrhosis (Bridging fibrosis)	F3	Several advanced fibrosis	3 = severe	PMN 2 or 3 + LN 2 PMN 3 + LN 0 or 1 or 2	A3
Cirrhosis/advanced scarring	F4				

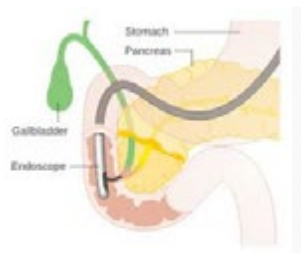
Szukamy przyczyny

Wywiad: wielokrotnie negowany alkohol – ujemny wynik desjalowanej transferyny

Toksyczne uszkodzenie? Snacol na ślimaki stosowany w ogródku

**ECPW**

Nie udało się zaprotezować dróg żółciowych

**MR cholangiografia**

- drogi żółciowe wewnątrzwątrobowe nieposzerzone
- PWW i PŻW max. do 1 cm o gładkich zarysach ścian, bez ubytków sygnału w świetle przewodów
- końcowy odcinek PŻW oraz okolica brodawki Vatera słabo widoczne – możliwe zwężenie/ucisk PŻW na długości 0,6-0,7 cm przez uchyłek dwunastnicy
- Przewód trzustkowy nieposzerzony

Badania laboratoryjne:

- * Powtórzono przeciwciała AMA-M2, anty-LKM1, IgM anty-cytomegalii, IgM anty-EBV, HbsAg, antyHCV z wynikiem ponownie ujemnym
- * Kwasy żółciowe podwyższone do 107 $\mu\text{mol/l}$
- * Prawidłowe wartości Ca125, CEA, IgA, IgM, IgG
- * Ca 19-9 95 (norma do 39)
- * Ferrytyna podwyższona 4069 (norma do 150), podwyższone LDH 287, wit. B12 1688 (norma do 771), Fe podwyższone 242 (norma do 193)

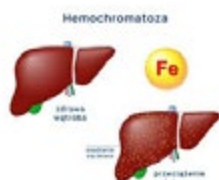
Dodatkowo - wirusologia

- Dodatni wynik przeciwciał anty HAV IgG, HEV IgM, anty HEV IgG
- Ujemny wynik przeciwciał anty HAV IgM
- Dodatni wynik IgG anty-cytomegalii, IgG anty-EBV, IgG anty-HSV1
- Ujemny wynik IgM anty-HSV1, HIV

Badania genetyczne

Ujemne w kierunku hemochromatozy mutacje:

- C282Y,
- H63D,
- S65C w genie HFE

**A także**

Ceruloplazmina 28 mg/dl – w normie

Przeciwciała przeciw mięśniom gładkim (ASMA) nie stwierdzono

Zmiany wartości badań laboratoryjnych w czasie

**Zalecenia**

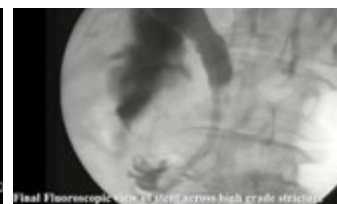
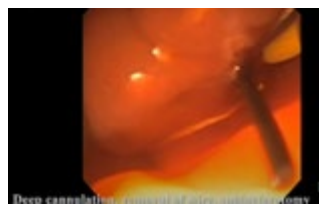
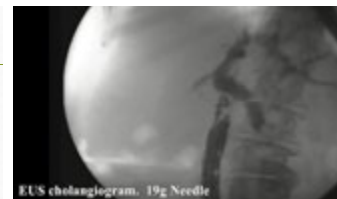
Prousan 250 mg 3x1, Laktuloza 3x15 ml, IPP 40mg 1x1, Heparegen 100 mg 2x/d

Po kontakcie ze Szpitalem Wojewódzkim w Szczecinie skierowano tam pacjentkę do dalszej diagnostyki – powtórzono tam badania w kierunku chorób autoimmunologicznych, wirusologię z ujemnym wynikiem

**Biopsja wątroby
Kolejne ECPW****Manewr Rendez-Vous**

https://www.youtube.com/watch?v=F0gcSKRSSgk&ab_channel=InterventionalOncology%26surgicalEndoscopy

watch?v=F0gcSKRSSgk&ab_channel=InterventionalOncology%26surgicalEndoscopy

**Parametry po zabiegu**

AST 144 U/l

ALT 245 U/l

Bilirubina całkowita 0,43 mg/dl

GGTP 101 U/l

Rozpoznanie

Dystalne zwężenie przewodu żółciowego głównego.

Uchylek okołobrodawkowy dwunastnicy

Wada anatomiczna

DOMINIKA KOPCZYŃSKA

Oddział Chorób Wewnętrznych w Nowej Soli

Pani Doktor, co z babcią? Ratunek u dobrego chirurga

Wywiad chorób przewlekłych:

- Nadciśnienie tętnicze
- Choroba niedokrwienna serca
- Cukrzyca typu 2
- Stan po zawale serca
- Przewlekła niewydolność nerek
- Marskość nerki prawej po uszkodzeniu moczowodu



Symptoms

- utrata przytomności w domu przy każdej próbie pionizacji
- wartości RR: 70/40 mm Hg
- nudności i wymioty od kilku tygodni
- pogorszenie apetytu
- utrata masy ciała (10 kilogramów w ciągu miesiąca)
- okresowo ból brzucha oraz ból w okolicy klatki piersiowej (z tego powodu wielokrotnie zgłaszała się do lekarza POZ)

Tydzień przed hospitalizacją – pobyt na Oddziale Kardiologii celem diagnostyki epizodów krótkotrwałych omdleń. Wykonano Holter EKG oraz modyfikowano leczenie nadciśnienia tętniczego. Chora zakwalifikowana do założenia stymulatora serca.

Wyniki badań:

- Kreatynina 2.92 mg/dL
- eGFR 16
- Sód 147 mmol/L
- Potas 4,65 mmol/L
- Mocznik 96 mg/dl

Leki na stałe:

- Bisocard 5 mg 1x1 rano
- Prestarium 10 mg 1x1 rano
- Ozzion 20 mg 1x1 rano

Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej :

W górnym biegunie nerki lewej torbielowato-lita zmiana ogniskowa 130x75 mm z grubymi przegrodami oraz gęstym płynem. Krwiak?

Poprzednia diagnoza:

Zaostrzenie niewydolności nerek na tle odwodnienia oraz przedawkowania leków hipotensyjnych.

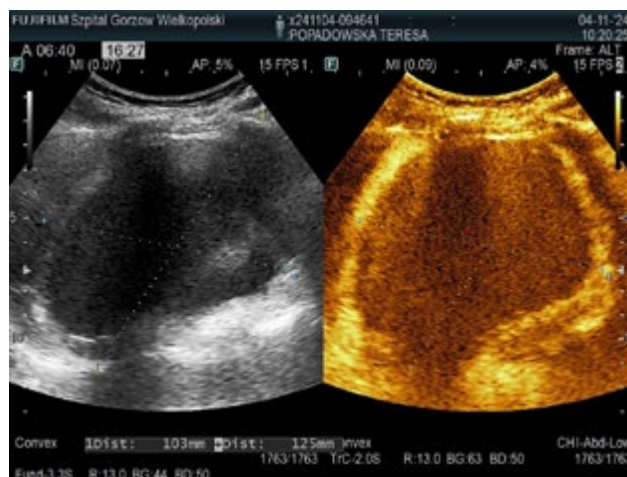
Obecność krwiaka w badaniu USG ?

Etiologia niejednoznaczna, wymaga dalszej oceny różnicowej.



Pacjentka zgłasza skok ciśnienia po odstawieniu leków hipotensyjnych. Ciśnienie tętnicze: na prawej kończynie górnej 178/98 mm Hg, na lewej 102/75 mm Hg. Występują napady duszności oraz uderzenia gorąca. Dodatkowo pacjentka skarży się na nudności i wymioty.

Po nawodnieniu chorej podjęto decyzję dołączyć do leczenia: Bisocard 5 mg, Ondansetron 8 mg

**W badaniu CEUS**

Obraz sugeruje krwiak w nadbrzuchu lewym o wymiarach 12x11x14 cm., miejscami o grubych ścianach z hyperechoniczną treścią, zmiana opiera się na aorcie, wypełnia wnękę śledziony i moseluje górną część nerki lewej. Po podaniu kontrastu nie obserwuje się napływu kontrastu do zmiany, natomiast ulegają kontrastowaniu ściany.

Pomimo ponownego włączenia leków hipotensyjnych stan pacjentki ulega pogorszeniu.

Wartości ciśnienia tętniczego wzrosły do ponad 230 mm Hg. Pacjentka zgłasza nudności, wymioty oraz zawroty głowy.

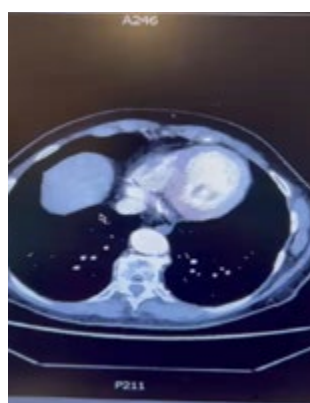
Podjęto decyzję o:

- założeniu Holtera ciśnieniowego
- wykonaniu tomografii komputerowej jamy brzusznej z podaniem środka kontrastowego ze wskazań życiowych,
- wykonaniu dobowej zbiórki moczu

Wyniki badań dodatkowych:

Wartości ciśnienia tętniczego w monitorowaniu z pomocą Woltera RR w granicach

od 88/51 mm Hg do 283/142 mm Hg



W topografii lewego nadnercza duża zmiana ogniskowa, wym 127x102x104 mm, część lita na obwodzie silnym wzmocnieniem kontrastowym, w części centralnej zmiana torbielowata z gęstym płynem bez wzmocnienia

Wnioski:

Biorąc pod uwagę dane kliniczne i silne wzmocnienie obraz sugeruje guz chromochłonny z centralną torbielą pokrwotoczną lub krwiakiem w trakcie organizacji (stan po biopsji!)

Wyniki badań dodatkowych:

Wartości ciśnienia tętniczego w monitorowaniu z pomocą Holtera RR od 88/51 mm Hg do 283/142 mm Hg

Obraz sugeruje guz chromochłonny z centralną torbielą pokrwotoczną lub krwiakiem w trakcie organizacji (stan po biopsji!)

Poziom metanefryny w moczu 3095,73 ug/24h (N 0-350)

Na podstawie badań obrazowych i hormonalnych rozpoznano guz chromochłonny nadnercza lewego.

Guz chromochłonny (pheochromocytoma) jest rzadkim, najczęściej niezłośliwym guzem, najczęściej zlokalizowanym w nadnerczach lub ich sąsiedztwie.

Nowotwory wydzielające hormony, zwane katecholaminami (adrenalina i noradrenalina), określa się wspólną nazwą Guz chromochłonny i przyzwojaki PPGL (pheochromocytoma i paraganglioma).

Guz chromochłonny lokalizuje się w nadnerczach, a przyzwojaki poza nadnerczami.

Komórki chromochłonne powstają z niezróżnicowanych komórek neuroektodermalnych, które migrują za życia płodowego do rdzenia nadnerczy. Ich charakterystyczną cechą jest wytwarzanie katecholamin: noradrenaliny, adrenaliny i dopaminy, których produkcja jest regulowana przez włókna współczulne. Są one szybko metabolizowane do odpowiednio normetanefryny, mata-nefryny i 3-metoksytyraminy, a następnie wydalone z moczem.

Symptoms:

- Gwałtowny wzrost ciśnienia tętniczego (może trwać od kilku minut do kilku godzin).
- Hipotensja ortostatyczna tłumaczona zjawiskiem „natriurezy ciśnieniowej” – zmniejszeniem objętości wewnątrznaczyniowej podczas napadów.
- Hiperglikemia – katecholaminy dodatkowo nasilają glukoneogenezę, glikogenolizę i hamują wytwarzanie insuliny.

Objawy nietypowe oraz powikłania guza chromochłonnego:

- Ból w klatce piersiowej (pacjentka wielokrotnie zgłaszała się do lekarza POZ z tego powodu)
- Zawał mięśnia sercowego (przeżyty u chorej)
- Nudności i wymioty, ból brzucha
- Krwimocz (chora diagnozowana w kierunku raka nerki)

Pamiętaj! Jeżeli podejrzewasz występowanie guza chromochłonnego, nie wykonuj biopsji!

Grozi do występowania przełomu katecholaminowego.

Nagły wyrzut katecholamin może spowodować przełom nadciśnieniowy i śmierć.

Wyrzut może być spowodowany podaniem niektórych leków:

- glukokortykosteroidów
- Metoklopramidu
- niektórych leków przeciwdepresyjnych



Pacjentka została zakwalifikowana do lewostronnej adrenalektomii po wcześniejszym przygotowaniu, które polegało na dołączeniu do leczenia blokerów receptorów alfa-1 (łącznie otrzymywała 8 mg leku na dobę).

Pod kontrolą dobowego badania Holtera osiągnięto stabilne wartości ciśnienia tętniczego.

Stopniowe wprowadzenie leku oraz osiągnięcie dobrze tolerowanych dawek zajęło 33 dni, tyle czasu pacjentka spędziła na oddziale chorób wewnętrznych.

Pacjentka, lat 78, przyjęta w trybie planowym celem diagnostyki gruczolaka nadnercza po stronie lewej.

W wywiadzie: nadciśnienie tętnicze, POChP, stan po mastektomii prawostronnej, stan po cholecystektomii, tętniak aorty brzusznej.

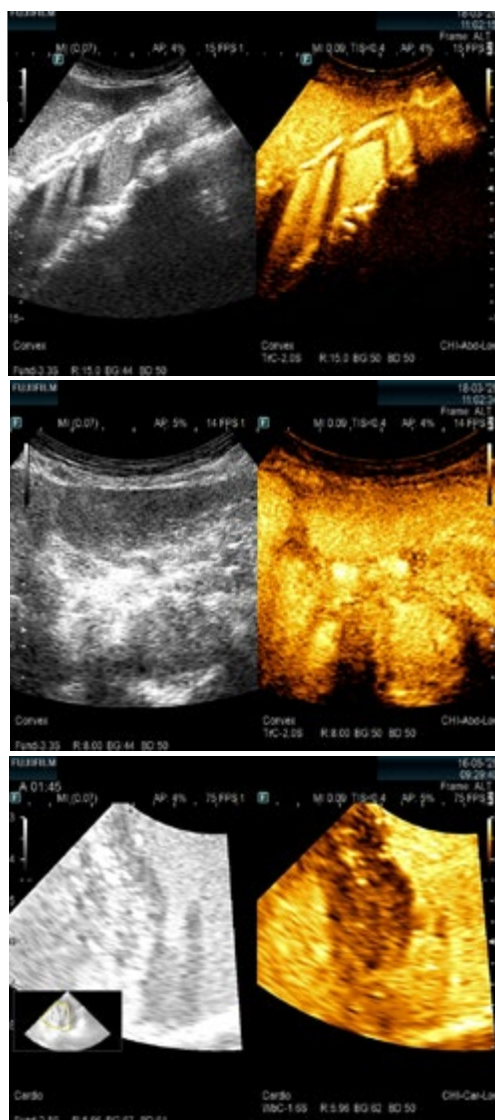
Przy przyjęciu poskarżyła się na źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze.

Na stałe stosuje Amlozek 2x 5 mg, Diuver 5 mg 1x1 rano.

W badaniu tomografii komputerowej:

W lewym nadnerczu zmiana o wym. 37x24x32 mm na obwodzie z silnym wzmocnieniem kontrastowym, obraz sugeruje guz chromochłonny.

Aorta piersiowa zstępująca w dystalnym odcinku tętniakowato poszerzona do ok. 48x47 mm, na dł. ok 115 mm, bez cech rozwarstwienia, przyściennie po prawej w worku tętniaka zalegająca skrzeplina gr. około 20 mm.



Po zakończonej diagnostyce obrazowej i laboratoryjnej (poziom metanefryn w dobowej zbiórce moczu: 1034 ug/24h) pacjentka została zakwalifikowana do jednoczesnej resekcji guza nadnercza oraz zaopatrzenia tętniaka aorty brzusznej.

W związku z planowaną operacją włączono do leczenia bloker receptorów alfa-1 (łącznie otrzymywała 4 mg leku na dobę).

Po dokonanych udanym zabiegu pacjentka w stanie ogólnym dobrym podczas wizyty kontrolnej nie zgłasza żadnych dolegliwości.

Guz trzustki

1) Czy guz jest operacyjny?

TAK - zabieg operacyjny

NIE - biopsja - bo potrzebny do zakwalifikowania do chemioterapii

2) Czy są przerzuty do wątroby?

TAK - należy wykonać biopsję histologiczną przeżutu (bezpieczniejsze i równie skuteczne)

NIE - robimy biopsję guza trzustki, jeśli lity i dostępny - przez powłoki, jeśli torbielowaty lub niedostępny przez brzuch - endosonografia

3) JAKI GUZ MA SZANSĘ NA ZOPEROWANIE?



Lekarz KHRYSTYNA PALICHUK
Dr n. med. MONIKA PAKOSZ-GOLANOWSKA
Szpital Gorzów Wielkopolski

CEUS - warsztaty ultrasonografii kontrastowej

W dniach 20-21 września 2025 roku w Ośrodku radioterapii Wiospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. odbędą się kolejne warsztaty CEUS ultrasonografii kontrastowej. Udział w nich jest bezpłatny, wystarczy wypełnić tylko kartę zgłoszeniową, która jest na stronie internetowej szpitala.

Na warsztaty zaprasza komitet organizacyjny w składzie: prof. Dirk Andre Clevert (radiolog, kierownik Sekcji Interdyscyplinarnego Centrum Ultrasonografii, Katedra Radiologii, Uniwersytet w Monachium), dr n. med. Maciej Jędrzejczyk (przewodniczący sekcji kontrastowej Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny), prof. dr hab. n. med. Ludomir Stefańczyk (kierownik Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Instytutu Radiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi), dr n. med. Tomasz Szpotan (zastępca kierownika diagnostyki obrazowej, Centralny Szpital kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi), lek. Roman Kołodziejczak (kierownik Zakładu Leczenia Chorób Wewnętrznych, Chorób Płuc, Chorób Przewlekłych, Nadciśnienia Tętniczego, Endokrynologii i Gastroenterologii Wiospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp).

Organizatorzy zapewniają poznanie możliwości ultrasonografii kontrastowej oraz szybkie wdrożenie praktyczne do samodzielnego wykonywania badań. Udział doświadczonych ekspertów i interaktywny charakter spotkania umożliwią praktyczne zapoznanie się z tą wartościową metodą diagnostyczną, która coraz bardziej się upowszechnia w polskiej diagnostyce obrazowej.

Udział w warsztatach jest bezpłatny. Organizatorzy zachęcają, aby uczestnicy koniecznie przywieźli własne badania.

Program: 20.09.2025 sobota

8.00 - 9.30 Rejestracja uczestników, poranna kawa, prezentacja sprzętu ultrasonograficznego

9.30 - 10.00 Powitanie i rozpoczęcie warsztatów

10.00 - 10.30 Przypomnienie podstaw CEUS - Roman Kołodziejczak

10.30 - 11.15 Zmiany łagodne wątroby - dr n. med. Tomasz Szpotan

11.15 - 11.45 Przerwa kawowa

11.45 - 12.30 Zmiany złośliwe wątroby - prof. Dirk Andre Clevert

12.30 - 13.15 CEUS nerek z uwzględnieniem nerki przeszczepionej

- prof. Ludomir Stefańczyk

13.15 - 14.00 Interactive liver quiz - prof. Dirk Andre Clevert

14.00 - 14.40 Przerwa lunchowa

14.40 - 15.00 CEUS in pregnant women - prof. Dirk Andre Clevert

15.00 - 16.00 Prezentacja nagrań uczestników/dyskusja

16.00 - 18.00 Warsztaty (kawa dostępna w trakcie):

1. wątroba - prof. Dirk Andre Clevert; 2. wątroba - dr n. med. Tomasz Szpotan; 3. wątroba - dr n. med. Maciej Jędrzejczyk; 4. Nerki - prof. Ludomir Stefańczyk; 5. jelita i trzustka - Roman Kołodziejczak

19.00 Wieczór relaksu w Klubie Łazienki 6 (muzyka na żywo/kolacja)

21.09.2025 niedziela

9.00 Wstrząsający przypadek i kawa na przebudzenie.
Roman Kołodziejczak

9.30 - 10.00 Nietypowy obraz zmian ogniskowych w wątrobie
w Badaniu CEUS w porównaniu do badania B-mode.

Z czego on wynika - dr n. med. Maciej Jędrzejczyk

10.00 - 10.30 Prezentacja nagrań uczestników i dyskusja

10.30 - 12.00 warsztaty (kawa dostępna w trakcie):

1. wątroba - dr n. med. Tomasz Szpotan; 2. wątroba - dr n. med. Maciej Jędrzejczyk; 3. nerki - prof. dr hab. n. med. Ludomir Stefańczyk;

4. EVAR i inne - prof. Dirk Andre Clevert

12.00 - 12.45 EVAR i CEUS naczyń - prof. Dirk Andre Clevert

12.45 - 13.15 Jelita, trzustka i inne - Roman Kołodziejczak

13.15 Dyskusja, zakończenie konferencji, zaproszenie na 2026 r.

Decyzją OIL w Gorzowie Wlkp. z dnia 26.06.2025 uczestnicy otrzymają 15 punktów edukacyjnych.

Da Vinci inspirowuje młodych

Gorzowski szpital po raz drugi zorganizował 21 czerwca konkurs dla rezydentów oraz studentów V i VI roku medycyny pt. „Gorzów Robot Challenge”. Wzięło w nim udział około 30 osób z całej Polski.

Podobnie jak przed dwoma laty pierwszym etapem były eliminacje, którymi kierował Adam Grudziński, reprezentant firmy wspomagającej - każdy z uczestników zajmował miejsce przy konsoli robota chirurgicznego da Vinci i przechodził krótki test. Od czasu, w jakim wykonał zadanie, zależała kwalifikacja do następnego etapu konkursu. W finale znalazło się 10 osób: 5 kobiet i 5 mężczyzn.

W finałowej rundzie uczestnicy musieli sprawdzić się w praktycznych trzech zadaniach na symulatorze. Najlepszy okazał się Kamil Rapacz ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, drugi był Piotr Ostrowski z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie a trzecia Dominika Matławska, studentka Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Laureaci otrzymali nagrody w postaci udziału w kursie z zakresu robotyki chirurgicznej w gorzowskim szpitalu oraz wizyty w największym ośrodku szkoleniowym z zakresu robotyki chirurgicznej w Europie.

W ciągu czterech lat w gorzowskim szpitalu trzy zespoły chirurgów różnych specjalności przeprowadziły ponad 1000 operacji przy pomocy robota da Vinci.

Tekst i zdjęcia
DOROTA FRĄTCZAK



Wspominamy tych, którzy odeszli



MARIA ANNA IDCZAK

Maria Anna Idczak, z domu Stojanowska, urodziła się 2 lutego 1932 roku w Kozakach, pow. Złoczów, woj. lwowskie. Po odbyciu w latach 1952-1954 studiów na Wydziale Lekarskim Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, a następnie w latach 1954-1958 w Akademii Medycznej w Poznaniu uzyskała 7 października 1958 roku tytuł lekarza. Od 1 września 1958 roku do 30 listopada 1960 roku pracowała w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Laskach, pow. Kępno, woj. wielkopolskie. Od 1 grudnia 1960 roku rozpoczęła pracę w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Lipkach Wielkich i pracowała tam do 30 września 1996 roku. 10 kwietnia 1965 roku została uznana za specjalistę II stopnia w zakresie medycyny ogólnej. Od 1 października 1996 roku do 31 stycznia 1999 roku była zatrudniona w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Santoku.

Zmarła 22 czerwca 2025 roku.

BOGUMIŁA TUROS-DEJNOWICZ



JULIAN KANDEL

Julian Kandel urodził się 3 marca 1936 roku w Zuśnie, pow. Suwałki. W czasie wojny rodzina została wywieziona do roboty na ziemie niemieckie. W 1945 roku osiedliła się w Drezdenku. Po ukończeniu Liceum Ogólnokształcącego rozpoczął w 1953 roku naukę w Państwowym Liceum Felczerskim w Gorzowie Wlkp., które ukończył w 1956 roku, zdając egzamin dyplomowy z wynikiem bardzo dobrym i został wytypowany na studia do Poznania. Jednak musiał podjąć pracę i prowadził punkt felczerski w Kościanie, a od stycznia 1962 do października 1964 roku pracował jako kierownik nadzoru w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Drezdenku. Po odbyciu w latach 1964-1970 studiów na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu 28 kwietnia 1970 uzyskał tytuł lekarza. 20.07.1970 roku rozpoczął pracę w Szpitalu w Drezdenku. Specjalizację I stopnia w zakresie chorób płuc uzyskał 20 kwietnia 1974 roku a II stopnia 29 stycznia 1977

roku. Przez 25 lat uczył również psychiatrii i neurologii w miejscowym Liceum Medycznym. W roku 2019 odszedł na emeryturę.

Zmarł 06.05.2025 roku.

BOGUMIŁA TUROS-DEJNOWICZ

Jego dobro będzie żyło nadal

Z głębokim żalem i ogromnym smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci doktora Juliana Kandla – znakomitego internisty i pulmonologa, który przez 60 lat z niesłabnącym oddaniem służył pacjentom i całemu zespołowi szpitala powiatowego w Drezdenku. Odszedł od nas nie tylko wybitny lekarz, ale przede wszystkim Człowiek o wielkim sercu, nieprzeciętnej kulturze i niezwyklej mądrości. Dr Kandel był uosobieniem lekarskiego powołania – z ogromnym szacunkiem i czułością pochylał się nad każdym pacjentem, niosąc pomoc nie tylko ciału, ale i duszy. Jego empatia, cierpliwość i spokój budziły zaufanie i dawały nadzieję nawet w najtrudniejszych chwilach. Przez całe swoje życie zawodowe był dla nas wzorem do naśladowania – sumienny, pokorny, skromny, zawsze gotowy do dzielenia się swoją wiedzą i doświadczeniem. Wychował i inspirował kolejne pokolenia lekarzy i pielęgniarek, zostawiając po sobie niezatarty ślad w historii naszej placówki i w sercach wszystkich, którzy mieli zaszczyt z Nim współpracować. Pamiętamy Go jako człowieka, który zawsze miał czas – dla pacjenta, dla kolegi z pracy, dla każdego, kto potrzebował wsparcia. Jego ciepły uśmiech, serdeczne słowo i obecność były nieocenione. Trudno pogodzić się z Jego odejściem, bo tacy ludzie wydają się niezastąpieni. I tacy właśnie są – niezapomniani.

Rodzinie, Bliskim i Wszystkim, którzy przeżywają tę bolesną stratę, składamy wyrazy najgłębszego współczucia i otaczamy Was myślnymi pełnymi wsparcia i czułości.

Dziękujemy Ci, Doktorze, za wszystko. Twoje dobro, które rozsiewałeś przez całe życie, będzie w nas żyło nadal.

ZESPÓŁ

Szpitala Powiatowego w Drezdenku



WŁODZIMIERZ MIRSKI

Włodzimierz Mirski urodził się 9 maja 1934 roku w Poznaniu. Po odbyciu w latach 1953-1960 studiów na Wydziale lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu uzyskał 7 listopada 1960 roku tytuł lekarza.

Z dniem 20 stycznia 1960 roku zmienił nazwisko z Mizerny na Mirski. Po odbyciu stażu w latach 1961-1962, pracował jako lekarz w Głuchowie, a w 1963 roku został kierownikiem Wydziału Zdrowia w Sulęcinie. W latach 1964-1969 pracował jako lekarz w poradni rejonowej w Gorzowie Wlkp. 19 kwietnia 1969 roku uzyskał I stopień specjalizacji w zakresie radiologii. 12 listopada 1974 roku uzyskał II stopień specjalizacji w zakresie radiodiagnostyki. W okresie od 1 czerwca 1971 do 31 maja 1999 roku był zatrudniony w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Gorzowie Wlkp. na stanowisku starszego asystenta oraz kierownika Zakładu RTG.

Zmarł 10 maja 2025 roku.

BOGUMIŁA TUROS-DEJNOWICZ



CZESŁAWA MARIA PODGÓRSKA – KUNDZIK

Czesława Maria Podgórska-Kundzik urodziła się 29 marca 1950 roku w Krzyżu Wielkopolskim. Po odbyciu w latach 1968-1973 studiów na Oddziale Stomatologicznym Wydziału Lekarskiego Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie 20 czerwca 1973 roku uzyskała tytuł lekarza dentystry. Od 15 września 1973 roku do 31 października 1987 roku pracowała w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Gorzowie Wlkp. na stanowisku młodszego asystenta. 15 października 1981 roku uzyskała I stopień specjalizacji w zakresie stomatologii dziecięcej. Od 1 listopada 1981 roku pracowała na stanowisku asystenta. Po reorganizacji szpitala od 1 lipca 1987 roku do 30 czerwca 1999 roku pracowała w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim.

Zmarła 21 lipca 2025 roku.

BOGUMIŁA TUROS-DEJNOWICZ



ANDRZEJ RACHOWSKI

Andrzej Rachowski urodził się 3 lutego 1936 roku w Łodzi. W latach 1953-1959 studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu, gdzie 10. października 1959 roku uzyskał tytuł lekarza. I stopień specjalizacji w dziedzinie psychiatrii uzyskał 12 kwietnia 1963 roku, zaś 26 marca 1965 roku uzyskał tytuł specjalisty psychiatrii.

Od 1 listopada 1959 pracował w Przychodni Obwodowej Nowe Miasto w Poznaniu, potem od 1 stycznia 1960 do 30 września 1963 w Miejskiej Przychodni Specjalistycznej w Poznaniu. Od 1 października 1963 roku rozpoczął pracę w Sanatorium dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Kościanie, gdzie następnie został ordynatorem oddziału w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i psychicznie chorych w Kościanie. W latach 1964-1968 realizował studium doktoranckie w Klinice Psychiatrii Akademii Medycznej w Poznaniu. Stopień naukowy doktora nauk medycznych nadano mu 11 grudnia 1968 roku.

W latach 60. stworzył w Poznaniu sieć dzielnicowych przychodni odwykowych, które później udostępniały salki grupom AA. Od 1 czerwca 1974 roku do 30 września 1987 roku był adiunktem w Klinice Psychiatrii Akademii Medycznej w Poznaniu. Od 1 października 1987 roku był zatrudniony w Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu, od 1 października 1987 roku do 30 września 1991 roku oraz od 1 stycznia 1999 do 28 lutego 2001 roku jako ordynator oddziału, zaś od 1 listopada 1991 do 31 grudnia 1998 r. był dyrektorem szpitala. Z dniem 1 marca 2001 przeszedł na emeryturę.

Zmarł 13 czerwca 2025 r.

BOGUMIŁA TUROS-DEJNOWICZ



MAREK WIATR

Marek Wiatr urodził się 5 listopada 1955 roku w Ostrowie Wielkopolskim. Po odbyciu w latach 1974-1980 studiów na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu, 26 czerwca 1980 roku uzyskał tytuł lekarza. W latach 1980-1984 pracował na Oddziale Chirurgii ZOZ w Słubicach na stanowisku młodszego asystenta i asystenta. Pierwszy stopień specjalizacji w zakresie chirurgii ogólnej uzyskał 25 października 1984 roku. Drugi stopień i tytuł specjalisty chirurgii ogólnej uzyskał 13 kwietnia 1992 roku. Wtedy pracował na oddziale na stanowisku starszego asystenta. 3 września 1995 roku został ordynatorem Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala w Słubicach.

Zmarł 15 maja 2025 roku.

Był niezwykle ceniony i lubiany przez pacjentów, zawsze pomocny i zaangażowany. Dawał z siebie więcej niż wymagały tego lekarskie obowiązki.

BOGUMIŁA TUROS-DEJNOWICZ



MAREK ZARĘBA

Marek Zaręba urodził się 8 kwietnia 1961 roku w Wysokiem Mazowieckiem. po odbyciu w latach 1980-1987 studiów na Wydziale lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu 7 września 1987 roku uzyskał tytuł lekarza. 1 listopada 1987 roku rozpoczął pracę w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie. I stopień specjalizacji w zakresie położnictwa i ginekologii uzyskał 21 listopada 1991 roku, zaś II stopień i tytuł specjalisty położnictwa i ginekologii oraz tytuł specjalisty organizacji i ochrony zdrowia uzyskał 12 grudnia 1996 roku. W 1997 roku został powołany na stanowisko dyrektora Szpitala Powiatowego w Sulęcinie, wykonując jednocześnie zawód lekarza. Funkcję dyrektora szpitala pełnił przez 20 lat a zastępcy dyrektora ds. leczenia do lutego 2025 roku.

Zmarł 4 czerwca 2025 roku.

BOGUMIŁA TUROS-DEJNOWICZ

Wspomnienie pośmiertne

Miał ogromne serce, nigdy nikomu nie odmówił pomocy, lekarz z powołania, odszedł pozostawiając pustkę i żal, nie tylko w gronie najbliższych, ale wśród ogromnej rzeszy swoich pacjentów i ich rodzin.

Owoce Jego pracy, jako dyrektora jest nasz nowoczesny szpital powiatowy z poradniami specjalistycznymi i lądowiskiem dla helikopterów. Wielkim osiągnięciem Marka są inwestycje i środki zewnętrzne, które udało się pozyskać także dzięki Jego intuicji, a przy jednoczesnym utrzymywaniu w szpitalu płynności finansowej i dzięki dodatnim wynikom finansowym szpital miał gwarancję rozwoju. Nie sposób

wymienić wszystkich osiągnięć, na uwagę zasługuje na pewno tych kilka, bo powstały dzięki Jego pomysłowi i osobistemu zaangażowaniu.

Do sulęcińskiego szpitala dobudowano nowy pawilon – blok diagnostyczno – operacyjny wraz z nowoczesnym wyposażeniem, w tym tomograf komputerowy. Sale operacyjne i diagnostyczne to serce każdego szpitala, a te dodatkowo spełniają obowiązujące standardy. To jest świadectwo, jakim był wizjonerem, gospodarzem dbającym o dobro i zdrowie społeczności lokalnej i personelu.

W tym samym czasie dokonuje kolejnego otwarcia: nowego Oddziału Medycyny Paliatywnej, którego jest pomysłodawcą, jako wsłuchujący się w potrzeby zdrowotne mieszkańców nie tylko powiatu sulęcińskiego. We współpracy z dr A. Lis-Siwińską przez 15 lat prowadził pacjentów także w Hospicjum Domowym. Szukał rozwiązań dla trudnych i skomplikowanych schorzeń u ludzi, którzy Jego pomocy potrzebowali, często zagubionych w swoim dramacie.

Mimo wielu obszarów działalności medycznej podejmuje decyzję o rozpoczęciu specjalizacji z medycyny paliatywnej. Moment przygotowania do egzaminu to dla niego był trudny czas ze względu na stan zdrowia. Jego wyjątkowa intuicja, umysł sprawiły, że pierwszy sobie postawił diagnozę – stwardnienie zanikowe boczne. Po dziś dzień nieuleczalna choroba, która uwięziła Marka w jego ciele, do końca świadomego i cierpiącego z powodu szybko postępującego neurodegeneracyjnego postępu choroby.

Był założycielem Komitetu Obrony Szpitala, który następnie przekształcił się w Fundację „Nowoczesny Szpital”. W ramach tej działalności zebrano mnóstwo środków finansowych na zakup sprzętu i wyposażenia dla szpitala w Sulęcinie.

Aktywnie działał przez kilkanaście lat na rzecz Lubuszan w samorządzie wojewódzkim, obdarzony w wyborach zaufaniem mieszkańców powiatu sulęcińskiego.

Pięknym podsumowaniem działalności Marka są słowa starosty sulęcińskiego, pana Tomasza Prozorowicza: „Pana profesjonalizm i determinacja, z jaką podejmował się Pan realizacji kolejnych zadań na rzecz powstania a następnie rozwoju powiatu sulęcińskiego, miały kluczowe znaczenie dla istnienia i prawidłowego funkcjonowania sulęcińskiego samorządu. To m. in. dzięki Pana doświadczeniu, skuteczności i umiejętności podejmowania trafnych decyzji w Sulęcinie powstały kolejne instytucje publiczne, umacniające znaczenie naszego powiatu na mapie województwa”.

Swoją prywatny czas i energię dzielił między swoje pasje, w tym myślistwo, rybołówstwo, muzykę, lokalny sport, głównie żużel. Działalność społeczna, samorządowa i wspieranie wielu inicjatyw oddolnych, przede wszystkim sportowych i charytatywnych, to bardzo ważna część Jego życia.

Doktor Marek Zaręba nigdy nie stronił od ludzi, był wszędzie tam, gdzie był potrzebny.

Najczęściej w pracy lub praca była z nim w domu. Żartobliwie nazwany przez pracowników „Ojciec Dyrektor”. Nie lubił patosu, przeypychu, doceniał wszystkie odznaczenia, okolicznościowe medale za swe dokonania, choć jak sam powiedział: „Ten szpital, moje dziecko, jest z nich najcenniejsze”. Był wybitną osobowością prywatnie i służbowo, opiekując się pacjentem udawał, że słowa i empatia też leczą.

Jednak nastały dni, w których on sam już potrzebował pomocy; dni, które dla nas wszystkich zaczynały się pytaniem „dlaczego?” i „kiedy?” – kiedy tak potrzebny lek, kuracja ... Naszemu Markowi nie dane było walczyć dalej. Odszedł tam, gdzie zapewne kontynuuje swoją misję...

DYREKCJA I WSPÓŁPRACOWNICY
Szpitala w Sulęcinie



Polsko-izraelska pomoc psychologiczna dzieciom

19 lipca w Wojewódzkiej i Miejskiej Bibliotece Publicznej im. Z. Herberta, w willi Hansa Lehmana odbył się wernisaż wystawy malarstwa artystów II Międzypokoleniowego Polsko-Izraelskiego Pleneru Malarskiego Jemiotów – Gorzów 2025.

W plenerze udział wzięło 12 artystów, zarówno dojrzałych, jak też studentów z Polski i Izraela. Patronat honorowy nad wydarzeniem przyjęła posłanka Krystyna Sibińska oraz rektorzy Akademii Sztuk Pięknych we Wrocławiu i Akademii Sztuk Pięknych i Wzornictwa w Jerozolimie. Głównym organizatorem jest Fundacja Sztuka Ducha.

Wernisaż wzbogacił koncert na skrzypce i klawiszowe oraz ciekawe wypowiedzi artystów.

Wystawa czynna była do końca wakacji, natomiast 18 października o g. 17 w Filharmonii Gorzowskiej odbędzie się aukcja obrazów z tej wystawy. Uzyskany z niej dochód przeznaczony zostanie na warsztaty psychologiczne dla dzieci i młodzieży. DF





Spytyw po mieliznach

W pierwszą sobotę lipca odbył się doroczny spływ kajakowy lekarzy z rodzinami i przyjaciółmi. Uczestniczyło w nim około 80. osób.

Dominowali oczywiście młodzi lekarze z dziećmi. Spływ był dość trudny z uwagi na bardzo niski poziom Obrzy. Uczestnicy wiosłowali od Starego Dworku do przystani w Skwierzynie. Miejscami trzeba było odpychać się od dna. Te niebezpieczne skutki zmian klimatycznych nie zniechęcają jednak wielbicieli spływów. Organizacją spływu kierował dr Bartosz Sawicki.

Na przystani w Skwierzynie spotkało się kilka dużych grup kajakarzy. Każda miała swój namiot z przygotowanym

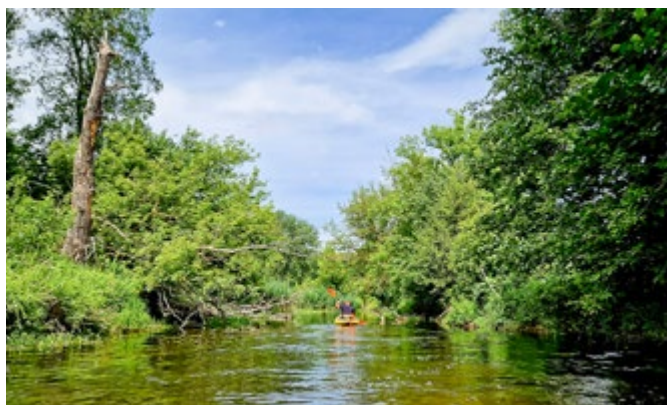
jedzeniem. Gorzowska OIL zadbała, aby dzieci miały swój stół i ulubione potrawy, wśród nich nie mogło oczywiście zabraknąć frytek. Dzieci wołały jednak spożywać posiłek przy rodzicach. Była zupa, mięsa, surówki, napoje, upalna pogoda i chęć biesiadowania. Takie okazje nieczęsto się zdarzają, żeby lekarze mogli na luzie porozmawiać sobie o swoich wyzwaniach i planach zawodowych, o przyjemnych, ale i czasem nieprzyjemnych doświadczeniach, o dzieciach, podróżach, książkach. Dorośli

rozmawiali a młodsze dzieci miały do dyspozycji dmuchaną zjeżdżalnię. Mimo że tworzywo, z którego robione są dmuchańce, było mocno rozgrzane i niemal parzyło, entuzjastów takich zabaw to nie zrażało. Jak zwykle impreza była bardzo udana.

DOROTA FRĄTCZAK

Fot. DOROTA FRĄTCZAK,
WOJCIECH DOLATA,
MARYNA NAHORNA,
LIDIA ŻUREK





Mastersi wspaniali

W dniach 5-6 lipca 2025 r. na stadionie lekkoatletycznym w Gorzowie Wlkp. odbyły się 14. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce. Równolegle trwały też 35. Mistrzostwa Polski w Lekkiej Atletyce Masters.

Patronat honorowy nad mistrzostwami lekarzy sprawowała Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie, która ufundowała nagrody dla najlepszego zawodnika wśród lekarzy i najlepszego zawodnika z gorzowskiej OIL. Mistrzostwa Masters oficjalnie otworzyła mistrzyni Europy i wicemistrzyni świata w kulturystyce, Halina Kunicka.

To pierwsza tak dużej rangi impreza lekkoatletyczna w Gorzowie. Na zawody przyjechało około 600. zawodników z całej Polski, wśród nich 21. lekarzy, którym przewodził Julian Pełka, lekarz specjalista chorób wewnętrznych i rehabilitacji z Torunia, honorowy prezes PZLAM (sam startował w skoku w dal, wzwyż, trójskoku i rzucie oszczepem). Gorzowskich medyków godnie reprezentował Ryszard Iliaszewicz, lekarz rodzinny, rzecznik praw lekarza, który startował w kategorii M 65, w czterech konkurencjach: pchnięciu kulą, rzucie dyskiem, rzucie młotem i rzucie ciężarkiem.

Gośćmi specjalnymi imprezy były dwie olimpijki: Urszula Kielan, srebrna medalistka w skoku wzwyż na olimpiadzie w 1980 roku i Ludwika Chewińska, olimpijka z 1972 roku, wówczas zdobywczyni 10. miejsca w pchnięciu kulą, wicemistrzyni Europy z 1973 roku, dzierżąca od 49 lat rekord Polski w tej dyscyplinie, który wynosi 19,58 m.

Najmłodszy mastersi liczyli 35 lat, najstarsi 80 i więcej. Startowali w swoich kategoriach wiekowych podzielonych co pięć lat. To było naprawdę imponujące, gdy starsze panie i panowie z wielkim zaangażowaniem i niebywałą energią trenowali, startowali i wzajemnie wspierali w swoich konkurencjach. Wielu uczestników znało się, bo niemała grupa jeździ co roku na mistrzostwa mastersów. Te spotkania dają im wielką radość. Pokonują setki kilometrów, ponoszą koszty paliwa, noclegu, wyżywienia i wpisowego: 50 zł od jednej dyscypliny a większość startuje w kilku. Celebrują te spotkania, traktują jak święto, satysfakcję daje im nie wynik, nie miejsce, które zajęli, ale sam fakt startu i pokonywania własnych słabości.

Ryszardowi Iliaszewiczowi w treningu pomagał trener i nauczyciel w-f w Zespole Szkół Technicznych i Ogólnokształcących w Gorzowie, Grzegorz Pawelski, który korygował pozycję do pchnięcia kulą kolegi

a sam startował również we wszystkich konkurencjach rzutowych. W tych konkurencjach startował też Lesław Hołownia ze Skwierzyny. Każdy zawodnik miał sześć prób.

Ryszard Iliaszewicz w pchnięciu kulą (5 kg) uzyskał wynik 11,05 m i zajął VII miejsce w mastersach, III wśród lekarzy. W rzucie młotem (5 kg), swej koronnej konkurencji, zdobył 41,42 m i zajął II miejsce w mastersach, I miejsce wśród lekarzy. W rzucie dyskiem (1 kg) uzyskał 33,74 m i to był najlepszy wynik wśród lekarzy. Ciekawą konkurencją w tych mistrzostwach jest co roku rzut ciężarkiem. Ciężarek ma inną wagę dla różnych kategorii wiekowych. Panowie w wieku 70+ rzucali ciężarkiem o wadze 7,26 kg, młodsi, w wieku 60 i 65 lat, rzucali ciężarkiem ważącym 9,08 kg. Nasz bohater rzucił takim ciężarkiem 13,82 m.

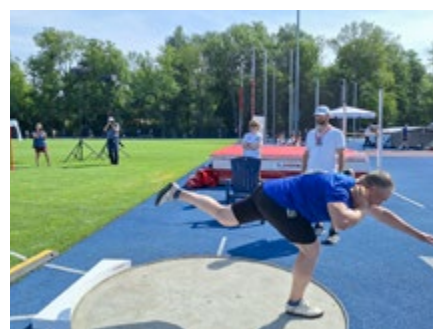
Najlepszym zawodnikiem wśród lekarzy, który zgromadził najwięcej punktów, okazała się kobieta: Małgorzata Gąsowska-Stępniak, startująca w konkurencjach biegowych, w kategorii K 45, neurolożka z Legnicy.

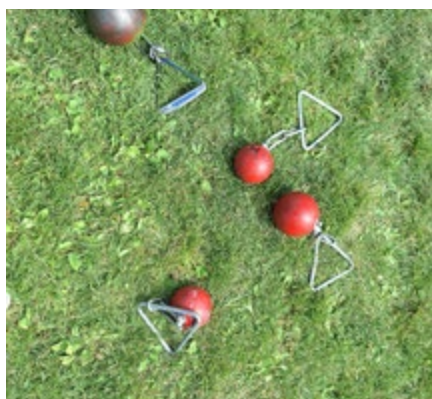
Wacław Krankowski, prezes Polskiego Związku Lekkiej Atletyki Masters, na stronie internetowej związku napisał o mistrzostwach w Gorzowie: „Bardzo wysoki poziom sportowy - 1 rekord świata, 26 rekordów Polski i 52 rekordy Mistrzostw Polski. To dobry prognostyk przed zbliżającymi się Mistrzostwami Europy.



Tekst i zdjęcia
DOROTA FRĄTCZAK







14. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkoatletyce

5-6.07.2024 r. na Stadionie Lekkoatletycznym w Gorzowie Wlkp odbyły się 35. Mistrzostwa Polski Masters, 14. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce. Do zawodów zgłoszono 606 osoby w tym w tym 21 lekarzy (5 +16).

14. Mistrzostwa Polski Lekarzy zorganizowano wspólnie z 35. MPM. Zawodnicy lekarze uczestniczyli w rywalizacji w ramach MPM – kobiety od 30, mężczyźni od 35 r. życia. Młodzi brali udział w ramach MPM jako PK (poza konkursem). Dodatkowo wyniki które uzyskali były zaliczane do rywalizacji w ramach 14. MPL.

Nagradzano medalami za pierwsze 3 miejsca w kat. „open” po przeliczeniu poszczególnych wyników na punkty (sposób liczenia stosowany w sporcie masters/weteranów la uwzględniający poszczególne kategorie wiekowe w przedziałach pięcioletnich, pozwalający również porównać wartość wyników w poszczególnych konkurencjach).

Pucharami za najbardziej wartościowe wyniki mistrzostw zostali wyróżnieni:

- Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej **dr. Łukasza Jankowskiego** – dla najlepszej zawodniczki/ka
 - Małgorzata Gąsowska** Legnica K45 200 m. 27,58 s. 956 pkt
 - Stefan Madej** Sosnowiec M75 oszczep 36,80 m. 918 pkt
- Przewodniczącego Komisji Sportu NIL **Marcina Szczęśniaka** – za 3 wynik mistrzostw
 - Julian Pelka** Toruń M70 trójskok 8,56 m. 857 pkt.
- Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Gorzowie Wlkp **Ewy Joniec** – dla najlepszego zawodnika izby lekarskiej
 - Ryszard Iliaszewicz** Witnica M60 kula 11,05 m. 822 pkt

Najwięcej medali zdobyli:

Kobiety

Małgorzata Stanuch-Rokicka: 5 złotych (kula, dysk, młot, oszczep, ciężarek),
 Jolanta Pelka-Witt Rozgarty: 2 złote (skok w dal, trójskok), 1 srebrny (oszczep)
 Aleksandra Piechuta Warszawa: 1 złoty (400 m), 1 srebrny (200 m)
 Małgorzata Gąsowska Legnica: 1 złoty (200 m)
 Martyna Kotulska-Janowska: 1 złoty (100 m), 1 brązowy (200 m),

Mężczyźni

Julian Pelka Toruń: 2 złote (skok w dal, trójskok), 1 srebrny (skok wzwyż), 4 m. (oszczep)
 Ryszard Iliaszewicz Witnica: 3 złote (młot, dysk, ciężarek), 1 brązowy (kula)
 Leszek Albinia Janów Lubelski: 2 złote (100, 200 m.), 2 srebrne (dysk, skok w dal),
 Wojciech Lizak TL Athletics Jastrzębie: 2 złote (5000 m, 10000 m)
 Leszek Stecula Bytom: 1 złoty (100 m ppl.), 5 brązowych (100 m, 200 m, w dal, wzwyż, oszczep),
 Stefan Madej Sosnowiec: 2 złote (kula, oszczep),
 Wojciech Zboński Koszalin: 2 złote (400 m, 800 m), 1 srebrny (200 m.)
 Marcin Półkowski Belchatów: 1 złoty (skok wzwyż).
 Janusz Krupiewski Kutno: 1 złoty (15000 m), 1 srebrny (800 m.),
 Konrad Bońda Brwinów: 4 srebrne (kula, młot, ciężarek, oszczep) 1 brązowy (dysk),
 Damian Truchel Żory: 1 brązowy (100 m)
 Marek Gołębiowski Warszawa: 4 m. (100 m.)
 Piotr Wojciechowski Zaborze: 4 m. (kula)

Wszelkie informacje o 14. MPL i 35. MPW (wyniki, galeria zdjęć, filmy z przebiegu mistrzostw) na stronie <http://www.pzlam.pl> i <http://www.zawodypzwla.atp-web.eu>

Dysponuję również pewną ilością zdjęć dla uczestników mistrzostw. **Lekarze zainteresowani udziałem w kolejnych mistrzostwach, zarówno letnich jak i halowych, proszeni są o kontakt email lub telefoniczny bezpośrednio ze mną: julekp@onet.pl, 504 101 375.** Stworzy to możliwość bezpośredniego informowania o zawodach.

Serdeczne podziękowania dla Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie dr Łukasza Jankowskiego za okazaną pomoc finansową i ufundowanie pucharów oraz kolegom z Polskiego Związku Lekkiej Atletyki Masters na czele z Prezesem Wacławem Krankowskim za wspieranie organizacyjne 14. MPL.

Szczególne słowa uznania dla Pani Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Gorzowie Wlkp dr Ewy Joniec za wsparcie finansowe 14. MPL, ufundowanie pucharu dla najlepszego zawodnika OIL w Gorzowie Wlkp oraz 2 nagród finansowych dla najlepszych w 14. MPL, jak również za osobiste zaangażowanie związane z udziałem w ceremonii otwarcia, dekoracje zawodników i kibicowanie. Koledze Ryszardowi Iliaszewiczowi za zaangażowanie i pomoc na etapie organizacji mistrzostw.

Wszystkim koleżankom i kolegom dziękuję za udział w zawodach.

Julian Pelka organizator zawodów
 Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu



Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Gorzowie wręcza puchar, dyplom i nagrodę Ryszardowi Iliaszewiczowi, najlepszemu zawodnikowi wśród lekarzy podczas 14. Mistrzostw Polski w Lekarzy Lekkiej Atletyce, które odbyły się w Gorzowie 5-6 lipca.

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 Turows-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