



Sprawozdania z XLII Zjazdu Lekarzy s. 2 - 7

II Lubuska Konferencja Onkologiczna „Rak płuca” s. 8 - 9

Leczenie bólu i duszności u pacjentów z rakiem płuca s. 11 - 14

Przypadki przedstawione na konferencji internistów s. 15 - 26

Z genamii empatii i pracowitości s. 27 - 29

XLII Zjazd Lekarzy



Sprawozdanie kadencyjne prezentuje pani prezes Ewa Joniec.



Od lewej siedzą lekarze: Bogumiła Turows-Dejnowicz, Elżbieta Ciesiul-Tracz, dr n. med. Tomasz Marczyk, lek. Janusz Chojnicki przedstawia sprawozdanie finansowe.



Wyróżnienie i upominek z rąk pani prezes Ewy Joniec przyjmując lek. Ryszard Iliaszewicz.



Lek. Monika Dejnowicz po odebraniu wyróżnienia i upominku z rąk pani prezes Ewy Joniec.



Zjazd Lekarzy wypełniły nie tylko sprawozdania, ale też nagrody, jedną z nich odebrała dr Barbara Wierzbicka-Gałgańska.



Lek. Barbara Wierzbicka-Gałgańska w imieniu wyróżnionych dziękuje za docenienie ich wkładu w działalność OIL.

Koleżanki, Koledzy!



Czas upływa zbyt szybko. Dopiero były Święta Wielkanocne, a już zbliżają się wakacje.

23 marca 2024 r. odbył się w siedzibie izby lekarskiej Sprawozdawczy Okręgowy Zjazd Lekarzy, na którym przyjęliśmy między innymi plan finansowy na następny rok. Cieszę się, że frekwencja dopisała i Okręgowa Rada Lekarska uzyskała absolumin.

Apelowałam do Delegatów o większe zaangażowanie się w środowisku lekarzy i lekarzy dentystów w celu pozyskiwania informacji o potrzebach, problemach do rozwiązania a także pomysłach, którymi powinna się zająć Rada Lekarska.

Powiększa się nasze grono. W okresie sprawozdawczym za 2023 rok zarejestrowanych jest 1320 członków naszej izby.

Jak wiemy początek drugiego roku kadencji zdominowany był emocjami, związanymi z podniesieniem składki członkowskiej. Byliśmy przeciw. Proponowaliśmy niższą kwotę. Przegłosowano obecnie obowiązującą, ale zwolniono z opłacania składki lekarzy i lekarzy dentystów, którzy ukończyli 70. rok życia. Zależy nam na tym, żeby dobrze gospodarować powierzonymi pieniędzmi, aby składka członkowska wróciła do lekarzy i lekarzy dentystów w różnych formach aktywności.

Ważnym obszarem, który wymaga dofinansowania jest kształcenie. Będziemy wspierać organizacyjnie i finansowo inicjatywy, związane z organizacją szkoleń.

Kolejnym ważnym zadaniem jest pomoc i ochrona prawna. Przedłużyliśmy umowę z firmą ubezpieczeniową „INTE” na całodobową pomoc prawną dla naszych członków i ich rodzin. Powołaliśmy Rzecznika Praw Lekarza i Mediatora.

Będziemy wspierać finansowo lekarzy i lekarzy dentystów, którzy znaleźli się w trudnych sytuacjach życiowych, zdrowotnych czy zawodowych.

W ramach składki członkowskiej opłacamy obowiązkowe ubezpieczenie lekarzom i lekarzom dentystom.

Nadal będą organizowane cykliczne spotkania, imprezy integracyjne, sportowe, turystyczne i inne. Aktywnie mamy zamiar wspierać inicjatywy związane z promocją zdrowia, a także wszelkie aktywności naszych członków, nie tylko zawodowe.

Jak zawsze zwracam się do Was, Koleżanki i Koledzy, o aktywność w naszym samorządzie. Macie pomysły, oczekiwania, problemy do rozwiązania, to podzielcie się nimi. Postaramy się wspólnie je realizować.

W maju w Łodzi odbył się Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy, poświęcony nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej, a także zmianie regulaminu wyborczego, w którym ma pojawić się możliwość głosowania internetowego.

Nowelizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej to bardzo istotne wydarzenie w naszej społeczności lekarskiej. Dotychczasowy Kodeks bowiem liczył 35 lat, a jego ostatnia nowelizacja była w 2003 roku. Świat się zmienił, wkroczyła telemedycyna, codziennością stały się media społecznościowe. Na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej były publikowane kolejne artykuły Kodeksu. Końcowa propozycja nowelizacji Kodeksu została poddana konsultacjom społecznym.

Czekamy na rozporządzenie, wprowadzające elektroniczne prawo wykonywania zawodu. Zamiast książeczek (ważnych cały czas) będziemy je mogli mieć w aplikacji M-obywatel.

Koleżanki, Koledzy!

Staramy się dla nas wszystkich usprawnić dotychczasowe działanie. Poprawiamy i nadal chcemy poprawiać stronę internetową. Dostosowujemy do potrzeb siedzibę, w której odbywają się kolejne spotkania, szkolenia. Jesteśmy otwarci na Wasze pomysły.

Wiosna, lato sprzyjają aktywności, zwłaszcza gdy świeci słońce. Mam nadzieję, że tak się stanie.

Tymczasem życzę wszystkim szczęścia w życiu osobistym, dużo zdrowia, spokoju, sukcesów i satysfakcji w pracy zawodowej, aktywności w samorządzie. Udanych wakacji!

Z koleżeńskim pozdrowieniem
EWA JONIEC

XLII Zjazd Lekarzy

Za nami XLII Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Gorzowie Wlkp.

Serdecznie dziękujemy wszystkim delegatom i delegatkom za tak liczne przybycie i czynny udział.

Podczas zjazdu wręczyłam wyróżnienia, a także drobne upominki za szczególne osiągnięcia i wkład w działalność Izby.

Wyróżnieni zostali:

* Lek. Monika Dejniewicz - za zajęcie I. miejsca w Plebiscycie Medycznym „Hipokrates” w kategorii „Ortopeda Roku”

* Lek. Bartosz Sawicki - za uzyskanie jednego z najwyższych wyników z państwowego egzaminu specjalizacyjnego z dziedziny „Specjalista Medycyny Nuklearnej”

* Lek. Ryszard Iliaszewicz - za godne reprezentowanie Okręgowej Izby Lekarskiej w Lekkoatletycznych Mistrzostwach Polski Lekarzy i zdobywaniu medali w różnych konkurencjach sportowych.

* Lek. Barbara Wierzbicka-Gałąńska, przewodnicząca komisji emerytów- za wyjątkowe zaangażowanie w organizację spotkań i integrację środowiska emerytów

Podczas tegorocznego zjazdu poinformowano delegatów, że uchwałą Okręgowej Rady Lekarskiej nr 64/2024/IX/R z dnia 15.03.2024 roku został powołany Okręgowy Rzecznik Praw Lekarza, do którego zadań należeć będzie m. in. podejmowanie działań dla obrony indywidualnych i zbiorowych interesów członków naszej izby. Został nim lek. Ryszard Iliaszewicz. Serdecznie gratulujemy i życzymy samych sukcesów na nowo powierzonym stanowisku.

EWA JONIEC
prezes Okręgowej Izby Lekarskiej
w Gorzowie Wlkp.

Sprawozdanie

Okręgowej Rady Lekarskiej w Gorzowie Wlkp. za rok 2023



Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wlkp. skupia w swoich szeregach 1 316 członków, w tym 965 lekarzy oraz 345 lekarzy dentyistów. Trzy osoby posiadają tytuł lekarza i lekarza dentyisty. W 2023 r. zmarło 7 lekarzy, 8 lekarzy przeniosło się do innych izb lekarskich, natomiast 13 lekarzy przeniosło się do naszej izby.

Okręgowa Rada Lekarska odbyła 10 posiedzeń, a Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej 7 posiedzeń, podjęto 282 uchwały, w tym 31 uchwał, dotyczących wydania ograniczonego prawa wykonywania zawodu dla lekarzy odbywających staż podyplomowy (w tym 25 dla lekarzy i 6 dla lekarzy dentyistów), 88 uchwał, dotyczących wydania warunkowego prawa wykonywania zawodu dla lekarzy spoza Unii Europejskiej, 6 uchwał w sprawie rekomendacji zakładu opieki zdrowotnej do wpisu na listę marszałka województwa podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego lekarza, lekarza dentyisty, 6 uchwał w sprawie potwierdzenia spełnienia warunków kształcenia podyplomowego lekarzy i wpisu organizatora kształcenia do rejestru podmiotów uprawnionych do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów.

Dokonano 52 wpisy w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczące wpisów praktyk lekarskich.

Podjęliśmy 11 uchwał, dotyczących opiniowania kandydatur na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w różnych dziedzinach medycyny.

Podjęto szereg uchwał, dotyczących bieżącego funkcjonowania izby, m.in. w sprawie delegowania członków izby do reprezentowania samorządu lekarskiego, udziału w szkoleniach, konferencjach, komisjach konkursowych, wyborów do komisji działających w izbie, uchwał, dotyczących samopomocy, świadczeń socjalnych,



w tym tzw. becikowego, organizacji szkoleń, spotkań integracyjnych. Nadal funkcjonował fundusz pożyczkowy dla lekarzy specjalizujących się.

W imieniu Okręgowej Izby Lekarskiej w Gorzowie Wlkp. podpisaliśmy umowę z firmą PZU, która zapewnia lekarzom i lekarzom dentyistom bezpłatną (w ramach opłacania składki członkowskiej) ochronę ubezpieczeniową obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oraz zniżki w innych ubezpieczeniach. Podpisaliśmy z firmą Inter Polska umowę, która zapewnia bezpłatną, całodobową pomoc prawną dla naszych lekarzy i lekarzy dentyistów.

W siedzibie izby lekarskiej odbywały się posiedzenia Komisji Stomatologicznej i szkolenia dla lekarzy dentyistów. Z Komisją Młodych Lekarzy zorganizowaliśmy 2 spotkania integracyjne połączone ze szkoleniem oraz cykliczne spotkania z okazji wręczenia prawa wykonywania zawodu dla lekarzy stażystów.

Zorganizowaliśmy spływ kajakowy Drawą z piknikiem rodzinnym, nordic walking z instruktorem, Mikołajki dla dzieci z rodzicami oraz Bal Lekarza.

Po raz pierwszy w naszej izbie lekarskiej odbyła się uroczystość „złotych godów medycznych”, na której uhonorowano lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy 50 lat temu ukończyli uczelnie medyczne.

Komisja Lekarzy Seniorów zorganizowała 10 spotkań tematycznych, uczestnictwo w koncertach w filharmonii, wyjazdy plenerowe w maju i we wrześniu oraz „Wielkanocną babeczkę” i świąteczną Wigilię.

Nadal realizowaliśmy ustawowy obowiązek przejmowania, przechowywania i archiwizacji dokumentacji po zmarłych lekarzach. Opracowaliśmy zasady realizacji w/w obowiązku. W celu profesjonalnego zabezpieczenia dokumentacji założyliśmy system ochrony p/pożarowej oraz monitoring.

Nasza izba kolejny raz uczestniczyła w organizacji LEK w Urzędzie Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Wydaliśmy kilka Gorzowskich Biuletynów Lekarskich.

Rozszerzyliśmy pomoc prawną, zatrudniając kolejnego radcę prawnego, powołaliśmy Mediatora oraz Rzecznika Praw Lekarza.

Jako prezes Okręgowej Rady Lekarskiej uczestniczyłam w posiedzeniach Naczelnej Rady Lekarskiej, Konwentu Prezesów Izb Lekarskich, Sztabu Kryzysowego przy Wojewodzie Lubuskim oraz Lubuskiej Radzie Zdrowia.

Planujemy zrealizowanie kolejnych inicjatyw, zorganizowanie szkoleń i spotkań integracyjnych. Zależy nam na tym, żeby nasi członkowie otrzymali w izbie nie tylko profesjonalną obsługę, przyjazną atmosferę ale też pomoc i realizację oczekiwań naszych lekarzy i lekarzy dentyistów.

Chcemy, żeby więcej pieniędzy ze składek członkowskich wracało do lekarzy i lekarzy dentyistów w różnych formach aktywności i pomocy. Będziemy się starali, aby cykliczne spotkania, szkolenia, wydarzenia integracyjne, pomoc socjalna były na stałe wpisane w kalendarz naszej izby lekarskiej.

Dziękuję wszystkim koleżankom i kolegom oraz pracownikom izby za pomoc w realizacji zadań w izbie. Zachęcam innych do aktywności. Razem jesteśmy w stanie zrobić więcej i lepiej.

EWA JONIEC
prezes Okręgowej Izby Lekarskiej
w Gorzowie Wlkp.

SPRAWOZDANIE KADENCYJNE

Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Gorzowie Wlkp. za rok 2023

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
 - lek. Jacek Zajączek
 zastępcy Okręgowego Rzecznika
 - lek. dent. Monika Czarnota
 - lek. dent. Magdalena Stawarz
 - lek. Sławomir Przybylski
 - lek. Lilianna Słoń-Kowalska
 - lek. Piotr Kleinhardt
 - lek. Włodzimierz Wichliński

W okresie sprawozdawczym do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Gorzowie Wlkp. wpłynęło 47 skarg, z poprzedniego okresu pozostało 20 skarg.

Skargi dotyczyły:

- | | |
|--|----|
| • braku należytej staranności lekarza | 26 |
| • nieetycznego zachowaniem lekarza | 6 |
| • postawy antyzdrowotne | 1 |
| • poświadczenie nieprawdy | 11 |
| • innych przyczyn | 3 |
| • W poszczególnych dziedzinach skargi dotyczyły: | |
| • anestezjologia | 1 |
| • choroby wewnętrzne | 5 |
| • laryngologia | 3 |
| • medycyna ratunkowa | 2 |
| • psychiatria | 1 |
| • traumatologia i ortopedia | 1 |
| • protetyka stomatologiczna | 6 |
| • chirurgia ogólna | 10 |
| • medycyna rodzinna | 1 |
| • kardiologia | 1 |
| • pediatria | 3 |
| • neurochirurgia | 1 |
| • neurologia | 1 |
| • medycyna pracy | 1 |
| • ginekologia | 2 |
| • orzecznicy ZUS | 3 |
| • inne | 5 |



Lek. Jacek Zajączek składa Sprawozdanie kadencyjne Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Gorzowie Wlkp. za rok 2023.

Zakończono ogółem 48 spraw, z czego:

- w 23 sprawach odmówiono wszczęcia postępowania wyjaśniającego,
- w 18 sprawach umorzono postępowanie wyjaśniające,
- w inny sposób załatwiono 6 spraw – wycofanie skargi, przekazanie do innej instytucji lub innej izby lekarskiej.
- wydano 1 wniosek o ukaranie

W toku pozostaje 19 spraw, z czego 3 zostały zawieszono.

Poszkodowani złożyli ogółem:

- 6 zażaleń na postanowienia Okręgowego Rzecznika do Okręgowego Sądu Lekarskiego, w tym:
 - 2 na odmowę wszczęcia postępowania
 - 4 na umorzenie postępowania.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej skierował do Okręgowego Sądu Lekarskiego 2 wnioski o ukaranie lekarzy, które zakończyły się orzeczeniem o karze upomnienia.

Okręgowy Sąd Lekarski w 3. sprawach utrzymał w mocy postanowienie OROZ o umorzeniu postępowania, a 3 sprawy pozostają na wokandzie.

lek. JACEK ZAJĄCZEK
 Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
 OIL w Gorzowie Wlkp.

SPRAWOZDANIE

Okręgowego Sądu Lekarskiego w Gorzowie Wlkp. za 2023 rok

Sąd Lekarski działał w składzie:
 przewodniczący - lek. Stanisław Dejniewicz
 zastępcy: - lek. Józef Szymański
 - lek. dent. Janusz Łuczka
 członkowie - lek. dent. Małgorzata Bystrzycka-Nowakowska
 - dr n. med. Piotr Gajewski
 - lek. Michał Jewusiak
 - lek. Daniel Baran
 - lek. Jerzy Homa

W okresie sprawozdawczym do Okręgowego Sądu Lekarskiego wpłynęły:



I

Zażalenia na postępowanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – 6 w tym:

- 3 na umorzenie postępowania wyjaśniającego:
- 3 sprawy utrzymano w mocy
- 1 o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego
- utrzymano w mocy postanowienie OROZ o odmowie wszczęcia postępowania.
- 2 oczekują wokandy.

II

1. Wniosek o ukaranie względem, którego Sąd wydał orzeczenie o karze upomnienia. Obrońca obwinionego złożył odwołanie od orzeczenia Okręgowego Sądu Lekarskiego do Naczelnego Sądu Lekarskiego. Naczelny Sąd Lekarski po rozpatrzeniu sprawy wydał orzeczenie o ponownym rozpatrzeniu wniosku przez Okręgowy Sąd Lekarski – sprawa czeka na wokandę.

2. Wniosek o ukaraniu lekarza względem, którego Sąd wydał orzeczenie o karze upomnienia - orzeczenie nieprawomocne.

III

W 2023 roku Okręgowy Sąd Lekarski rozpatrzył też 2 sprawy, które wpłynęły w 2022 roku:

- w pierwszym przypadku OSŁ utrzymał w mocy postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego
- w drugim przypadku OSŁ zwrócił akta do uzupełnienia Rzecznikowi. OROZ po uzupełnieniu dokumentów wystąpił z wnioskiem o ukaranie. Sprawa oczekuje na wokandę.



IV

W 2023 roku do OSŁ wpłynął wniosek o udostępnienie informacji publicznej. OSŁ wydał decyzję o odmowie w części udostępnienia informacji publicznej, w której informacja wymagała przetworzenia. Wnioskodawca złożył zażalenie, które zostało przekazane do Naczelnego Sądu Lekarskiego.

W okresie sprawozdawczym przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego uczestniczył w konferencji szkoleniowej, zorganizowanej przez Naczelny Sąd Lekarski w Rynie. Tematyka szkolenia dotyczyła poszerzenia wiedzy w zakresie orzecznictwa sądowo – lekarskiego.

STANISŁAW DEJNOWICZ
przewodniczący
Okręgowego Sądu Lekarskiego
w Gorzowie Wlkp.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Gorzowie Wlkp. w dniu 28 lutego 2024 r.

Okręgowa Komisja Rewizyjna w składzie:
przewodnicząca - Iwona Juskiewicz
wiceprzewodnicząca - Małgorzata Tokarczuk
członek - Robert Markowski
członek - Mateusz Chojnicki

na posiedzeniu w dniu 28 lutego 2024 r. zapoznała się z księgami rachunkowymi, prowadzonymi w oparciu o wzorcowy plan kont dla organizacji społeczno-zawodowych, stowarzyszeń, fundacji, zgodnie z zaleceniem NIL - pismo z dnia 11.10.1991 r.

Podstawowym źródłem działania Okręgowej Izby Lekarskiej są składki członkowskie, świadczone przez lekarzy zrzeszonych w Izbie w wysokości określonej przez Naczelny Sąd Lekarski.

Na dzień 31.12.2023 r. przychody z tytułu składek wyniosły 1.296.613,00 zł oraz pozostałe przychody (odsetki od lokat, rejestracja prywatnych gabinetów lekarskich i refundacja kosztów z Ministerstwa Zdrowia) 161.533,15 zł.

Obowiązkową składkę do NIL zapłacono w kwocie 129.810,80 zł. Koszty administracyjne w 2023 r. wyniosły 734.682,24 zł. Pozostałe koszty – 47.418,41 zł (zapomogi dla lekarzy, paczki dla najmłodszych, bal lekarza, 50-lecie absolwentów).

Okręgowa Izba lekarska w Gorzowie Wlkp. osiągnęła dodatni wynik finansowy w kwocie 546.234,70 zł.

Łączny stan środków pieniężnych na dzień 31.12.2023 r. wynosił 2.027.145,85 zł.

Okręgowa Komisja Rewizyjna nie zgłasza zastrzeżeń do gospodarki finansowej oraz działalności statutowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Gorzowie Wlkp. w 2023 r. i występuje do XLII Okręgowego Zjazdu Lekarzy o udzielenie absolutorium Okręgowej Radzie Lekarskiej.

Podpisy komisji:

Iwona Juskiewicz - przewodnicząca
Małgorzata Tokarczuk - wiceprzewodnicząca
Robert Markowski - członek
Mateusz Chojnicki - członek

Fot. BOGUMIŁA TUROS-DEJNOWICZ

Plan budżetu na rok 2024 i wykonanie na dzień 31.12.2023 r.

	Plan 2024	Plan 2023	Wykonanie 2023	% wykonania planu 2023 kol.4/3
1	2	3	4	5
Przychody ogółem w tym:	1 296 000,00	1 004 000,00	1 328 335,35	132,30%
Przychody z działalności statutowej w tym:	1 242 000,00	950 000,00	1 241 925,80	130,70%
1 Składki otrzymane	1 300 000,00	1 000 000,00	1 296 613,00	129,70%
2 Składki przekazane do NIL Warszawa	-130 000,00	-100 000,00	-129 810,80	129,80%
3 Refundacja z Ministerstwa Zdrowia W-wa	55 000,00	40 000,00	51 916,30	129,80%
4 Urząd Marszałkowski stażyści	7 000,00	0,00	9 450,00	0,00%
5 Opłaty za wpisy do rejestru i zaświadczenia	10 000,00	10 000,00	13 757,30	137,60%
6 Przychody finansowe w tym:	51 000,00	51 000,00	78 737,40	154,40%
7 Odsetki od lokat	50 000,00	50 000,00	77 333,33	154,70%
8 Odsetki z tytułu egzekucji od zaległych składek	1 000,00	1 000,00	1 404,07	140,40%
9 Przychody pozostałe w tym:	3 000,00	3 000,00	7 672,15	255,70%
10 Inne wpływy	3 000,00	3 000,00	7 672,15	255,70%
Wydatki ogółem w tym:	996 000,00	834 000,00	782 100,65	93,80%
1 Wynagrodzenia osobowe	190 000,00	160 000,00	153 724,33	96,10%
2 Umowy-zlecenia	115 000,00	115 000,00	109 400,00	95,10%
3 Umowy o dzieło	15 000,00	13 000,00	12 768,00	98,20%
4 Dodatki świąteczne	7 000,00	8 000,00	5 000,00	62,50%
5 Narzuty na ZUS	39 000,00	35 000,00	37 114,71	106,00%
7 Zużycie materiałów	37 000,00	26 000,00	25 702,05	98,90%
8 Usługi obce	290 000,00	240 000,00	215 651,20	89,90%
9 Koszty sądu lekarskiego (diety i delegacje)	35 000,00	12 000,00	18 222,41	151,90%
10 Koszty OROZ (diety i delegacje)	13 000,00	18 000,00	9 818,10	54,50%
11 Czynsz za lokal	55 000,00	35 000,00	41 017,03	117,20%
12 Obsługa prawna Inter Polska	25 000,00	25 000,00	24 948,00	99,80%
13 Pozostałe koszty	19 000,00	28 000,00	15 123,32	54,00%
14 PZU OC lekarze	15 000,00	15 000,00	5 408,75	36,10%
15 Komisja emerytów i rencistów	15 000,00	10 000,00	11 806,00	118,10%
16 Amortyzacja w tym:	52 000,00	44 000,00	48 978,34	111,30%
Środki trwałe	30 000,00	35 000,00	30 911,28	88,30%
WNIIP(licencje FK)	10 000,00	6 000,00	7 612,06	126,90%
Wyposażenie - urządzenia do lokalu	12 000,00	3 000,00	10 455,00	348,50%
17 Pozostałe, inne koszty i wydatki w tym:	74 000,00	50 000,00	47 418,41	94,80%
- zapomogi	15 000,00	25 000,00	11 000,00	44,00%
- integracja (Mikołajki, Splyw, Bal, Absolwenci)	44 000,00	15 000,00	30 756,49	205,00%
- pozostałe (szkolenia)	15 000,00	10 000,00	5 661,92	56,60%
Rezerwa budżetowa	300 000,00	170 000,00	546 234,70	321,30%

Dziś i jutro lubuskiej medycyny

Prezesi Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze i Gorzowie Wielkopolskim serdecznie zapraszają do wzięcia udziału w konferencji naukowej pod hasłem: **I Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa - Lubuska Medycyna dziś i jutro**, która odbędzie się w sali kolumnowej Urzędu Marszałkowskiego w Zielonej Górze w dniu 23.11.2024 r. w godzinach 8-17.

Zwieńczeniem konferencji będzie spotkanie integracyjne w zielonogórskiej Palmiarni. W konferencji zostaną omówione osiągnięcia lubuskiej medycyny w zakresie następujących bloków tematycznych: 1. Onkologia, 2. Geriatria, 3. Pediatria, 4. Kardiologia, 5. Varia, w skład której wejdą zagadnienia z neurologii, neurochirurgii, rehabilitacji narządu mowy i pulmonologii.

Udział w konferencji dla lekarzy i lekarzy dentyistów jest bezpłatny. Za udział w konferencji przyznane zostaną punkty edukacyjne. Z materiałów pokonferencyjnych zostanie wydana publikacja książkowa. Szczegółowe informacje i zasady rejestracji zostaną przekazane w kolejnych komunikatach. Serdecznie zapraszamy do udziału.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Gorzowie Wielkopolskim
dr EWA JONIEC

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Zielonej Górze
dr n. med. JACEK KOTUŁA



Rak płuca

19 kwietnia odbyła się II Lubuska Konferencja Onkologiczna „Rak płuca”, zorganizowana przez Lubuskie Centrum Pulmonologii w Torzymiu.

W konferencji uczestniczyło 36 lekarzy z województwa lubuskiego oraz innych regionów, m.in. konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, prof. dr n. med. Maciej Krzakowski z Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, dr hab. n. med. Ewa Kalinka z Kliniki Onkologii w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, dr n. med. Maciej Bryl i dr n. med. Katarzyna Stencel z Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów w Poznaniu.



W programie znalazło się siedem wykładów:

1. „Diagnostyka guzów obwodowych w warunkach oddziału chorób płuc” - wykład lek. med. Agnieszki Szklarskiej
2. „Podwójna blokada immunologiczna w terapii raka płuca – nowe dane z 2023/2024” - wykład dr hab. n. med. Ewy Kalinki
3. „Immunoterapia w zaawansowanym NDRP na przykładzie pacjentów Oddziału Onkologii Pulmonologicznej w Torzymiu” - wykład lek. med. Katarzyny Bartnik-Delijewskiej





4. „Chorzy na NDRP bez kierujących mutacji z ekspresją PD-L1 poniżej 1% - wybór metody leczenia” - wykład prof. dr. n. med. Macieja Krzakowskiego

5. „Leczenie ukierunkowane molekularnie w pytaniach i odpowiedziach” – dialog dr. n. med. Macieja Bryła i dr n. med. Katarzyny Stencel

6. „Powikłania kardiologiczne immunoterapii w raku płuca” - wykład dr n. med. Anety Klotzki

7. „Leczenie bólu i duszności u pacjentów z rakiem płuca” - wykład lek. med. Agnieszki Bachan

Wykładom towarzyszyła dyskusja, dyskutowano również w czasie przerwy, przed i po zakończeniu konferencji. Wszyscy uczestnicy byli ogromnie zaangażowani w tematykę leczenia,

uśmierzania bólu, przedłużania życia pacjentom i poprawiania jakości ich życia. Atmosferę konferencji wypełniała ich pasja i empatia.

Prof. Ewa Kalinka w rozmowie z panią prezes zarządu szpitala Katarzyną Lebiotkowską stwierdziła:

- Jestem pod wrażeniem tego szpitala i konferencji, która tak perfekcyjnie została przygotowana. Ten szpital bardziej przypomina Leśną Górę (z serialu „Na dobre i na złe” - przyp. D.F.) niż nasze codzienne miejsca pracy.

Za uczestnictwo w konferencji przysługiwały punkty edukacyjne, gdyż konferencja posiada certyfikat INFARMA.

Tekst i zdjęcia
DOROTA FRĄTCZAK

Jak się uczyć, to od najlepszych

Rozmowa z Katarzyną Lebiotkowską, prezes zarządu Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego w Torzymiu sp. z o.o.

- **Nawiązując do opinii pani profesor Ewy Kalinki, zapytam: jak się robi taki szpital, jak w Leśnej Górze, z serialu „Na dobre i na złe”?**

- To bardzo miło słyszeć taką refleksję, takie słowa od profesjonalisty, fachowca, specjalisty; cenionego lekarza, który w różnych miejscach bywa i widzi różne sytuacje. Myślę, że to, co tworzy dobry klimat tego miejsca, to wrażenia pacjenta, który jak tu przyjeżdża, to nie boi się szpitala, bo nie straszmy, lecz od razu czuje się dobrze zaopiekowany. Poczucie bezpieczeństwa pacjenta i jakość tworzy i buduje przede

wszystkim kadra medyczna, która tu pracuje, jej zaangażowanie. Oprócz tego, że lekarze robią na co dzień to, do czego zostali powołani, czyli diagnozować, leczyć, jak najlepiej służyć naszym pacjentom i być do ich dyspozycji, to jeszcze dodatkowo mają zacięcie i chęć ciągłego doskonalenia się, dzielenia zdobytą wiedzą i uczenia się od innych. Temu służą konferencje, które organizujemy cyklicznie, raz do roku onkologiczną, co miesiąc mamy warsztaty szkoleniowe, dotyczące różnych chorób płuc – to jest temat rzeka – cały czas nasza kadra ma potrzebę doskonalenia się. Je-



stem z tego dumna i wspieram to. Staramy się zapraszać do nas najlepszych fachowców – tak, jak to miało miejsce podczas II Konferencji Onkologicznej. Wychodzimy z założenia, że jak się uczyć, to od najlepszych. Mamy też w sobie dużo pokory. Widzę, że nasi lekarze mają w sobie ciągle niedosyt i poczucie, że nie są doskonali, że trzeba jeszcze więcej wiedzy zdobywać i spotykać się z innymi lekarzami, żeby być cały czas na bieżąco z postępem medycyny i jeszcze lepiej leczyć.

Same budynki nie wystarczą, chociaż ma znaczenie i wpływa na jakość to, że udało się siedem lat temu wyremontować obiekt i oddać do użytku Lubuskie Centrum Pulmonologii. Mamy 250 łóżek i dobre warunki. Wszystko, co nowe i wyremontowane zazwyczaj jest ładne, ale najcenniejszym naszym zasobem są ludzie. Ważne jest to, co powiedział w kuluarach pan profesor Maciej Krzakowski, że pacjent wymaga zaopiekowania interdyscyplinarnego.

- Bołączką większości szpitali jest brak lekarzy. Czy szpitala, którym pani kieruje, również to dotyczy?

- To jest problem występujący w każdej jednostce. Lekarze cały czas są deficytową grupą zawodową. Bardzo ich brakuje. U nas jest ich na styk. Bardzo chętnie zatrudniłabym nawet od dziś jeszcze kilku lekarzy tych specjalności, które są nam niezbędne, a więc pulmonolog, kardiolog, onkolog. Potrzebujemy takiej kadry, natomiast chodzi też o to, żeby się uzupełniać i optymalnie kadre zagospodarować w danym miejscu. Jakoś nam się to udaje. Jesteśmy zespołem niezbyt dużym, ale zgranym. Na stałe zatrudniam 35 lekarzy, ale są też lekarze, którzy przyjeżdżają na wybrane zabiegi, np. zakładanie portów naczyniowych. Jak zbierze się kilku pacjentów, którym trzeba porty założyć, to przyjeżdża lekarz anesteziolog, którego na stałe nie zatrudniamy, i wykonuje takie zabiegi. Ogółem zatrudniamy 300 osób.

- Czy lekarze nie uciekają z Torzymia za Odrę?

- Odpukać, nie uciekają. Prowadzę szpital w Torzymiu już dziesięć lat, w tym czasie dotrudniliśmy lekarzy, pozyskaliśmy też lekarzy z dużych ośrodków klinicznych. Czasami ktoś mnie pyta, jak to się dzieje, że lekarz z Poznania, z Gorzowa, z Zielonej Góry czy Szczecina do nas przyjeżdża i chce pracować w niedużej miejscowości, jaką jest Torzym. No właśnie to unikatowość i profil tego szpitala to sprawiają. Jeżeli ktoś chce się specjalizować w diagnostyce i leczeniu raka płuca, to nie może lepiej trafić niż do tego szpitala, który się tylko tym zajmuje.

- Czy to znaczy, że lekarze mają tu lepsze warunki pracy niż w dużych ośrodkach?

- Tu są warunki bardziej kameralne. Jesteśmy ośrodkiem specjalistycznym z leczeniem i rehabilitacją pulmonologiczną, z leczeniem onkologicznym płuc, stawiamy też na opiekę geriatryczną, która też jest bardzo deficytowa. Mamy niskowe produkty medyczne i niskową działalność. To, co przyciąga tu lekarzy, to możliwość specjalizowania się w czymś, w czym chcą się specjalizować i doskonalić. Mają tu komfort pracy, dzięki kameralności i profilowi szpitala. W dużych ośrodkach jest więcej różnych działalności, wszystko się rozprasza.

- Jak wyglądają wynagrodzenia? Czy są kominy płacowe? A może narzekania na niskie zarobki lub niesprawiedliwe poziomy płac?

- Kominów płacowych nie ma. Staram się doceniać personel, zarówno lekarski, jak i pielęgniarski, wszystkich pracowników. Biorę pod uwagę ich zaangażowanie, co robią, czym się zajmują, czy chcą się rozwijać. Nie mam sytuacji podbramkowych, że gdzieś ktoś mnie przypiera do muru. Jestem z wykształcenia ekonomistką, więc liczę się z możliwościami finansowymi. Jesteśmy spółką prawa handlowego, więc musimy bilansować koszty. Sto procent udziałów w naszej spółce ma samorząd województwa lubuskiego. Mamy kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zwracamy uwagę na aspekt ekonomiczny, bo ta działalność musi się opłacać. Moja rola jako menadżera jest taka, żeby zbilansować przychody z kosztami, żeby utrzymać kadre na wysokim poziomie, czyli też godnie i należycie opłacać, ale i stwarzać możliwości rozwoju, dbać o elastyczne warunki pracy. To chyba też nas wyróżnia. Są szpitale, które wprowadzają czytniki czasu pracy, odhaczanie od – do. U nas liczy się komfort pracy i dostosowanie rytmu pracy do potrzeb naszych pacjentów, ale też do tego, że nasi lekarze muszą dojechać, mają też swoje życie poza szpitalem. Z mojej

strony mają zielone światło, żeby każdy zespół mógł swoją pracę zorganizować w taki sposób, żeby oddział był zabezpieczony, żeby pacjenci byli zabezpieczeni. Ja z czasu pracy nie rozliczam, rozliczam z efektów i jakości pracy.

- Nie ma zawiści na tle wynagrodzeń?

- Nie. Trzeba być sprawliwym i obiektywnym. Są obiektywne, czytelne i przejrzyste kryteria, jak chociażby kwalifikacje lekarzy. Przeprowadzamy też konkursy. Stawki są jawne. Więcej zarabia lekarz, który pracuje u nas pięć dni w tygodniu, również dyżuruje, bierze tych dyżurów więcej, obsadza poradnię, niż ten, który przyjeżdża raz w tygodniu i nie dyżuruje.

- Jak dbacie o jakość leczenia? Jak wygląda wyposażenie w sprzęt, jaka jest dostępność leków, jakie są terminy? Który z tych komponentów jest najtrudniejszy do spełnienia?

- Na pewno wszystko po trochę wpływa na to, żeby jakość była dobra. Najważniejsza jest dostępność i szybkość, a więc terminy. To, co nas wyróżnia na tle innych ośrodków, to dostępność diagnostyki. Mamy tomograf komputerowy. Badanie tomograficzne można zrobić u nas od ręki. Rezonansu magnetycznego nie mamy, bo u nas nie byłby w pełni wykorzystany. Nie mamy oddziału neurologicznego. W województwie są trzy rezonanse: w Gorzowie, Zielonej Górze i Świebodzinie. Podstawowym badaniem w diagnostyce raka płuc jest tomografia. Pięć lat temu otworzyliśmy pracownię tomograficzną. Braki sprzętowe uzupełniamy na bieżąco. Zawsze można byłoby coś nowego jeszcze dokupić, ale teraz widzimy potrzebę stworzenia drugiej pracowni bronchoskopowej. Diagnostyka bronchoskopowa jest bardzo ważna, większość naszych lekarzy pulmonologów robi te badania i chce je wykonywać. Jedna pracownia już nie wystarcza, dlatego szykujemy drugą, będziemy ją wyposażać. Zwróciliśmy się do Fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, która grała przeciw na rzecz „Płuc po covidzie”. Bardzo liczymy, że dostaniemy trochę sprzętu, m.in. endoskopowego. Z lekami nie ma problemu. Wszystkie terapie lecznicze, które są stosowane i refundowane przez NFZ zapewniamy naszym pacjentom.

- Bardzo dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała
DOROTA FRĄTCZAK

Wykład wygłoszony 19 kwietnia 2024 na II Lubuskiej Konferencji Onkologicznej „Rak płuca”

Leczenie bólu i duszności u pacjentów z rakiem płuca

Leczenie bólu i duszności u pacjentów z rakiem płuca

Kiedy zaproponowano mi przedstawienie tematu leczenia bólu i duszności u pacjentów z rakiem płuca, pomyślałam sobie, że nie da się tego wszystkiego zmieścić w dwudziestominutowej prezentacji, dlatego że temat jest przebogaty. Kiedy zbierałam dane do tej prezentacji, dotarło do mnie, że jest to olbrzymi problem. Problem nie tylko samej fizjologii bólu, mnogości leków, interakcji, skutków ubocznych, ale przede wszystkim problem, że pacjenci faktycznie ten ból odczuwają. 75% chorych odczuwa ból przynajmniej na jednym z kolejnych etapów choroby. Na poziomie zaawansowania III lub IV ból odczuwa prawie 90% chorych. Co więcej nasi pacjenci uważają, że jest to główna determinanta jakości ich życia, co pośrednio przekłada się na stopień ich sprawności. To znaczy, że pacjent, który odczuwa ból – ból, który nie jest dobrze kontrolowany - może mieć niższy stopień sprawności i może nie być zakwalifikowany do skutecznego leczenia. W związku z tym istotne jest, żeby ten ból leczyć właściwie. Spotkałam się też z danymi, że nasilenie bólu nowotworowego korelowało z krótszym okresem przeżycia, niezależnie od innych, uznanych czynników prognostycznych.

Nie tylko drabina

To, co skłoniło mnie do wygłoszenia tego referatu, to dane, że 42% pacjentów nie otrzymuje leczenia przeciwbólowego zgodnie z uznanymi standardami. W ośrodkach specjalistycznych sytuacja wygląda troszeczkę lepiej, ale nadal nie satysfakcjonująco, bo 20% chorych nie otrzymuje skutecznego leczenia przeciwbólowego. Już w 1978 roku WHO dało nam świetne narzędzia do leczenia bólu, czyli zasady, które do dziś praktycznie się nie zdezaktualizowały, z wyjątkiem leczenia według drabiny. Obecnie nie leczymy według drabiny analgetycznej sensu stricto, leczymy według rodzaju bólu i według jego natężenia.

Nadal leczymy według zegara, a więc w równych odstępach czasowych. Nadal wybieramy drogę najbardziej korzystną dla pacjenta - nie tylko drogę doustną czy przezskórną, również podskórną.

Co istotne, ma to być droga preferowana przez pacjenta. Na każdym etapie musimy dołączać pacjentowi leczenie uzupełniające – koanalgetyki, które są skuteczne w leczeniu bólu neuropatycznego i jako takie są stosowane w pierwszym rzucie leczenia. Tutaj mamy pregabalinę i gabapentynę w I rzucie, a w drugim rzucie duloksetynę, no i mamy kortykosteroidy.

Na każdym etapie (stopniu) leczenia mogą być podawane leki uzupełniające, nasilające efekt przeciwbólowy opioidów, konieczne w leczeniu bólów neuropatycznych (trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, leki przeciwpadaczkowe, kortykosteroidy) lub przeciwdziałające objawom ubocznym opioidów, przede wszystkim kontrolujące zaparcia i niwelujące nudności i wymioty. To, o czym często zapominamy, to zabezpieczenie pacjentów w ratujące dawki leków w przypadkach tzw. bólów przebijających. Występowanie bólu przebijającego do trzech razy na dobę nie oznacza, że ból nie jest kontrolowany lub jest źle kontrolowany. Ból ma prawo wystąpić do trzech razy na dobę. Ale pacjent musi mieć narzędzia, żeby ten ból opanować. Okazuje się, że gdybyśmy faktycznie stosowali terapię zgodnie z zasadami WHO, moglibyśmy zapewnić pacjentom 90-procentową skuteczność w kontroli bólu. Pozostałe 10% to są ci pacjenci, którzy wymagają leczenia interwencyjnego.

Istotna jest diagnostyka. Musimy dopytać pacjenta jaki ból odczuwa. Czy słaby, umiarkowany czy silny? Z reguły wykorzystujemy do tego skale numeryczne (NRS) lub analogowo-wizualne (VAS).

Prosimy pacjenta, żeby ocenił swój ból w skali od 0 do 10 - słownie lub wskazał natężenie na linijce.

Ból – diagnostyka

2. Lokalizacja bólu
3. Charakterystyka bólu

- * Ból somatyczny
- * Ból trzewny
- * Ból neuropatyczny
- * Czynniki wyzwalające i łagodzące

Pacjenci mają z tym olbrzymi problem, jednak od czegoś wyjść musimy. Pytamy jakie są bóle?

Nasi pacjenci z rakiem płuca mają bóle mieszane, czyli bóle nocycyptywne z neuropatycznymi i wymagają leczenia łączonego.

Pacjent przychodzi do nas i zgłasza nam ból słaby w skali 1-3. Z takim bólem pacjenci doskonale sobie radzą, gdyż mają w swoich apteczkach i paracetamol, i niesteroidowe leki przeciwzapalne. Z reguły potrafią ten ból dobrze kontrolować. Naszym zadaniem jest dowiedzieć się, jakie leki posiadają, w jakich dawkach stosują i czy nie występują jakieś niepożądane interakcje z lekami, które stosują w swoich chorobach przewlekłych.

Ból – leczenie

Słaby ból

NRS 1-3

Paracetamol, niesteroidowe leki przeciwzapalne, metamizol są lekami do krótkotrwałego stosowania. Wyjątkiem są bóle kostne.

Paracetamol - chorzy mogą stosować maksymalnie do 4 gramów na dobę (odpowiada to 8. tabletkom popularnego apapu). Nasi pacjenci są często wyniszczeni, z zespołem zależności alkoholowej w wywiadzie, z niedoborami witaminowymi. U nich maksymalna dawka to tylko 3 gramy na dobę. Jeszcze gorzej jest u pacjentów starszych i wyniszczonych, dla nich maksymalna dawka to tylko 2 gramy na dobę.

Musimy pamiętać, że paracetamol rzadko, ale jednak może wywoływać lub nasilać objawy astmy oskrzelowej. Może też powodować pancytopenię. U 15% populacji obecna jest wrażliwość krzyżowa między kwasem acetylosalicylowym a paracetamolem.

Niesteroidowe leki przeciwzapalne - nigdy nie należy łączyć dwóch leków z grupy NLPZ!!!

Wiemy, że leki przeciwbólowe są gastrotoksyczne, nefrotoksyczne (nigdy nie należy łączyć z innymi nefrotoksycznymi), zwiększają ryzyko krwawień, gdy stosowane są razem z lekami przeciwkrwotocznymi, powodują obrzęki, retencję sodu i niewydolność nerek (p/wsk. gdy $egfr < 30$), osłabiają efekt hipotensyjny leków na nadciśnienie, nasilają działanie doustnych leków przeciw cukrzycowych (pochodne sulfonilomocznika), a także zwiększają ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych!

Trzeba wypytać pacjenta na co choruje i co zażywa, żeby nie dopuścić do powikłań po NLPZ-ach, nie utrudnić naszego leczenia onkologicznego i ryzyka incydentu sercowo-naczyniowego czy żołądkowo-jelitowego.

Jeśli wiemy, że u pacjenta istnieje ryzyko incydentu sercowo-naczyniowego, ale nie ma choroby żołądka, to lekiem pierwszego rzutu u niego jest naproksen. Natomiast pacjent bez ryzyka sercowo-naczyniowego, ale z chorobą wrzodową żołądka jako lek pierwszego rzutu może dostać celekoksyb (prep. Aclera).

Pacjent obciążony chorobami kardiologicznymi i z chorobą wrzodową żołądka jako lek pierwszego rzutu powinien dostać paracetamol do 2 g/d. To nie jest pacjent do leczenia lekami przeciwzapalnymi.

Nie łączymy aspiryny z ibuprofenem! Aspiryna bowiem może zwiększać kardiotoxycyzość ibuprofenu.

NLPZ zabronione są w niewydolności krążenia NYHA III i IV!!! (takie są zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego!).

Ból umiarkowany

NRS 4-6

Stosowana jest kodeina, dihydrokodeina, tramadol. To, co my bardzo chętnie stosujemy, co dało nam WHO, to do leczenia bólu umiarkowanego stosujemy dodatkowo opioidy III stopnia drabiny analgetycznej, ale w mniejszych dawkach:

- * morfina doustna w dawce do 30 mg/dobę
- * oksykodon doustny w dawce do 20 mg/dobę

Opioidy z III stopnia drabiny stosujemy do leczenia chorych, u których leki nieopiodowe są nieskuteczne lub przeciwwskazane!

Zasady podawania kodeiny, dihydrokodeiny i tramadolu są takie, by nie stosować dawek maksymalnych i nie podawać jednocześnie więcej niż jeden opioid II stopnia oraz nie podawać jednocześnie opioidu II stopnia z opioidem III stopnia (czyli tramadolu nie podajemy jednocześnie z DHC. Z reguły nie podajemy też tramadolu z silnymi opioidami.)

KODEINA

- * W Polsce nie ma czystych preparatów kodeiny.
- * Są preparaty złożone z paracetamolem, np. efferalgan codeine tabl. musujące, solpadeine forte - fajne do bólu przebijającego o umiarkowanym nasileniu lub bólu współistniejącego z kaszlem lub biegunką
- * Rp. - wpisywać całkowitą dawkę kodeiny!!! Odpłatność 100%
- * Max dawka 240 mg/dobę; poj. Dawka 10-60 mg co 4-6 godz
- * U pacjentów starszych, z niewydolnością nerek lub wątroby - redukcja dawki o 50%

DIHYDROKODEINA

- * DHC Continus 60 mg; 90 mg - tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu
- * Ból umiarkowany z suchym kaszlem lub biegunką w popro-miennym zapaleniu odbyticy - max. dawka 240 mg/dobę

* U pacjentów starszych, z niew. wątroby lub nerek - redukcja o 50%

- * Rp - wpisywać całkowitą dawkę winianu dihydrokodeiny!
- * Odpłatność „B” - choroby nowotworowe; 30% - przewlekłe bóle inne niż npl

TRAMADOL

Tramadol przeszedł ostatnio swoisty renesans. Wszyscy zachłysłi się skutecznością tramadolu i to w mniejszej dawce, bo w jednej tabletki w połączeniu z paracetamolem. Stosujemy go do leczenia bólu ostrego, bólu przewlekłego nowotworowego oraz bólu przewlekłego o innej etiologii.

Odpłatność „B” (gdy npl) i 30% (inna etiologia bólu).

Dostępne są tabletki, kapsułki, krople doustne, roztwór doustny z pompką, czopki, roztwór do wstrzykiwań, tabletki o przedłużonym uwalnianiu

20 kropli = 50 mg tramadolu = 4 naciśnięcia pompki

- * Dawka po(doustna) = dawka sc (podskórna)!
- * Max. dawka 400 mg/d, ale starajmy się nie eskalować do dawki max!
- * Leczenie po/sc co 4-6 godzin, z przerwą nocną i dawką wieczorną o 50% większą od podstawowej
- * Tabl. o przedl. uwalnianiu co 12godzin
- * Dawka interwencyjna: 1/6 dawki dobowej tramadolu
- * U starszych, z umiarkowaną niew. nerek lub wątroby, dawki o 50% mniejsze + wydłużony odstęp między dawkami
- * Nie podawać, gdy $EGFR < 10$ lub gdy ciężka niewydolność wątroby
- * Działanie p/bólowe - 5-10x słabsze niż morfina
- * Działanie p/kaszlowe
- * Działanie zapierające - słabsze niż opioidy
- * Działanie depresyjne na układ oddechowy - słabsze niż ekwi-walentne dawki morfiny
- * Działanie obniżające próg drgawkowy - silniejsze od innych opioidów (nie stosować u pacjentów z padaczką)
- * Wydłuża INR u pacjentów leczonych warfinem!!!
- * Ryzyko zespołu serotoninowego!!! Zwłaszcza, gdy stosowany razem SSRI, dekstrometorfanem (acodin, tussidex), linezolidem
- * Ryzyko uzależnienia!

Ból silny i bardzo silny

NRS 7-8 i NRS 9-10

Morfina, oksykodon, buprenorfina, fentanyl, metadon, tapentadol

Opioidy pierwszego wyboru: doustne formy morfiny i oksykodonu - oksykodon lepiej tolerowany, lepsza biodostępność

Tabletki o powolnym uwalnianiu - 1 tabl co 12 godzin

Gdy ból końca dawki, można 1 tabl co 8 godzin

1. U chorych nieleczonych wcześniej słabymi opioidami zaczynamy terapię od
 - * morfina w dawce 20-30 mg/dobę doustnie
 - * oksykodon 20 mg/dobę doustnie
2. U chorych leczonych wcześniej słabymi opioidami zaczynamy terapię od
 - * morfina w dawce 60mg/dobę doustnie
 - * Oksykodon 40mg/dobę doustnie

Praktyczne uwagi

1. MORFINA

- * opioid pierwszego wyboru w niewydolności wątroby!!! U takich pacjentów nie wymaga modyfikacji dawek!
- * gdy $egfr < 30$ - zamiana drogi doustnej na podskórną lub wydłużyć odstępy między dawkami lub zmiana na buprenorfine/metadon/fentanyl

- * zawsze profilaktyka p/zaparciowa (makrogole, np. forlax; naldemedyna -prep. rizmoic)
- * bez profilaktyki p/wymiotnej
- * depresja oddechowa nie występuje przy regularnym stosowaniu morfiny i przy stopniowym zwiększaniu dawki. Może się pojawić przy odwodnieniu, gorączce (względne niezamierzone przedawkowanie)

- * możliwy ostry zespół odstawienny przy szybkiej redukcji dawki morfiny

2. OKSYKODON

- * opioid pierwszego wyboru w leczeniu bólu przewlekłego nowotworowego!!! - somatycznego, trzewnego i neuropatycznego!

- * gdy niewydolność wątroby łagodna lub umiarkowana - redukcja dawki o 50%

- * ciężka niewydolność wątroby - lek odstawić

- * niewydolność nerek z egfr od 10 do 50 - 75% dawki

- * niewydolność nerek z egfr < 10 - 50% dawki

Gdy ból jest stabilny ale silny - alternatywnie można stosować plastry buprenorfiny lub fentanylu

- * Po pierwszym plastrze efekt dopiero po 12 godzinach!!!!

- * Ocena skuteczności leczenia dopiero po zmianie drugiego plastra!!!

- * Gdy wystąpi gorączka - zdjąć szybko plaster, zwłaszcza fentanylu!!!

- * Fentanyl zaczynamy od 12,5-25 ug/h

- * Buprenorfina zaczynamy od 35ug/h

3. FENTANYL

- * nieskuteczny w bólu neuropatycznym!

- * istotne gdzie naklejamy plaster:

- * najlepsze wchłanianie: ramiona lub plecy

- * gorsze o 25% - skóra klatki piersiowej

- * najsłabsze wchłanianie: wewnętrzne cz. przedramienia

- * jest lipofilny i łączy się z białkami osocza krwi - pacjenci starsi, wyniszczeni, niedożywieni, z hipoproteinemią wymagają mniejszych dawek (okres półtrwania jest wydłużony)

- * powoduje zmniejszenie częstości oddechów, wzrost oporu w drogach oddechowych i nasilenie niew. oddech (ostrożnie u pacjentów z POChP!!!)

- * u pacjentów z obrzękiem mózgu powoduje dalszy wzrost ciśnienia śródczaszkowego

- * działanie leku utrzymuje się do 24 godz po odklejeniu plastra

- * istnieje ryzyko szybkiego uzależnienia - dlatego bardziej odpowiedni pacjentów o prognozie przeżycia do 3 m-cy

4. BUPRENORFINA - bezpieczny lek!

- * Efekt pułapowy w zakresie depresji oddechowej - nawet znaczne przedawkowanie nie wpływa na zmniejszenie częstości oddechów <12/min. i zmniejszenie saturacji < 96% - bezpieczny w niewydolności oddechowej!

- * Efekt pułapowy w zakresie działania euforyzującego - małe ryzyko uzależnienia i dla pacjentów z uzależnieniami w wywiadzie oraz jako lek w terapii uzależnień

- * Brak efektu pułapowego w zakresie analgezji

- * Bez modyfikacji dawki w niewyd. nerek i wątroby

- * Bez wielu interakcji lekowych, unikać jedynie razem z benzodiazepinami!

- * Do każdego rodzaju bólu, w tym i neuropatycznego!

- * Dawka maksymalna plastra 140ug/h

PODSUMOWANIE

- * Pacjent z niewydolnością nerek - buprenorfina lub fentanyl

- * Unikamy morfiny

- * Jeżeli już musimy podać, wtedy droga podskórna

- * Pacjent z niewydolnością wątroby 1. morfina; 2. buprenorfina

- * Pacjent z niewydolnością oddechową - buprenorfina

Leki podskórne (całość pseudotabelki na apli)

Lek	Wskazania
tramadol	ból
morfina	ból, duszność
metoklopramid (3-6 mg/dawkę, do 30 mg/d)	p/wymiotnie p/zapierająco
buskoliczyna (8-20 mg/dawkę, do 120 mg/d)	biegunki, bóle kolkowe, rzężenia umierających
midazolam (0,5-1 mg/dawkę, do 15 mg/dobę)	sedacja, bóle spowodowane kurczem mięśni
haloperidol (0,5-2,5 mg/dawkę, do 15 mg/dobę)	delirium, p/nudnościom i wymiotom
lewomepromazyna (6,25-50 mg/dobę, prp tiscerin)	p/nudnościom i wymiotom delirium – silniejsze działanie od haloperidolu
lignocaina (do 100 mg/d)	ból, gł. Neuropatyczny, kostny

Przygotowanie strzykawki do podawania s.c (w praktyce)

Grupa leków/ wskazania	Leki	Strzykawka 20ml
p/bólowe	Tramadol (dawka po=sc) Morfina (dawka sc= 1/3 po)	Nabieramy wszystkie leki w dawce odpowiadającej zapotrzebowaniu na dwie doby (= 10 dawek jednorazowych)
Regulujące p.pok	Metoklopramid Buskoliczyna	
Uspokajające	Midazolam Haloperidol Tiscerin	

1 dawka=2 ml w ciągu dnia; 3 ml - dawka nocna (czyli +50%na noc)

Podajemy 2 ml co 4 godziny (godz. 6.00; 10.00; 14.00; 18.00)

i 3ml o g. 22.00

Doraźnie 2 ml, w razie potrzeby można powtórzyć po 20-30 min.



Duszność

Subiektywne (!!!) doświadczenie dyskomfortu związanego z oddychaniem - objaw podmiotowy, o którym mówi nam pacjent!!!

Ciężka duszność nie zawsze koreluje z obrazem klinicznym, wynikami badań obrazowych oraz czynnościowych!!!

Duszność ma wielowymiarowy charakter:

D - depresja (depression)

Y - tęsknota (yearning)

S - problemy socjalne (social issues)

P - problemy fizykalne (physical problems)

N - brak akceptacji sytuacji lub problemy duchowe (nonacceptance or spiritual distress)

E - problemy finansowe (economical or financial distress)

A - lęk, złość (anxiety, anger)

Duszność

- dotyczy aż 80% pacjentów z rakiem płuca

- jej częstość i natężenie wzrastają wraz z postępem choroby, zwłaszcza w ciągu ostatnich trzech miesięcy życia

- jest jednym z pięciu objawów (obok anoreksji, suchości w jamie ustnej, dysfagii i spadku masy ciała) świadczących o niekorzystnym rokowaniu

Przyczyna duszności	Proponowane leczenie
płyn w jamach opłucnowych	torakocenteza z ewakuacją płynu
płyn w jamie otrzewnej	paracenteza z ewakuacją płynu
zwężenie dróg oddechowych przez masę guza	bronchoskopia z leczeniem miejscowym, leczenie operacyjne, radioterapia
choroby przebiegające z obturacją oskrzeli (POChP, astma oskrzelowa)	β2-mimetki, leki antycholinolityczne, steroidy wziewne
zapalenie płuc	antybiotykoterapia, leki przeciwgrzybiczne
niedokrwistość	przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych
zastoinowa niewydolność serca	diuretyki
płyn w worku osierdziowym	perikardiocenteza z ewakuacją płynu
zespół żyły głównej górnej	glikokortykosteroidy, leki przeciwzakrzepowe, radioterapia, stenty
lymphangiosis carcinomatosa	glikokortykosteroidy

Duszność - postępowanie niefarmakologiczne

1. Udzielenie choremu wyczerpujących informacji
2. Ustalenie planu postępowania
3. Zachęcanie chorego do aktywności fizycznej, stosowania przyrządów ułatwiających poruszanie (np. balkonik)
4. Utrzymanie właściwej temperatury i wilgotności w pokoju chorego
5. Tlenoterapia - bez korzyści u pacjentów bez hipoksemii!!! można rozważyć do krótkotrwałego stosowania w łagodzeniu duszności, związanej z wysiłkiem fizycznym

Duszność - leczenie objawowe farmakologiczne

1. MORFINA - lek pierwszego wyboru

(A) U chorych nie otrzymujących wcześniej morfiny:
- zaczynamy od dawki testowej 2,5-5 mg doustnie, preparat o szybkim uwalnianiu

- efekt oceniamy po 30 min. gdy dobry efekt, kontynuujemy leczenie tą dawką w regularnych odstępach co 4 godz.+ dod. dawki wrp(w razie potrzeby)

- gdy utrzymuje się duszność, zwiększamy dawkę dobową morfiny o 25-50% co 1-3 dni

- gdy osiągniemy pożądaną efekt, można przejść na preparaty morfiny o przedłużonym uwalnianiu +zabezpieczenie pacjenta preparatem o szybkim uwalnianiu (X dawki dobowej MF) zwykle wystarcza dawka 10-30mg morfiny/ dobę

U chorych z ciężką dusznością:

* Morfina drogą podskórną - pierwsza dawka 1-2 mg (efekt po ok. 20-30 min.)

* Morfina drogą dożylną - niezalecana!!! jedynie w stanach nagłych, przy bardzo silnej duszności

- efekt utrzymuje się jedynie 2 godz

- możliwa szybka depresja ośrodka oddechowego!

(B) U chorych przyjmujących wcześniej morfinę z powodu np. bólu należy zwiększyć dawkę dobową morfiny o 25-50% lub dołączyć do leczenia dodatkowe dawki morfiny o szybkim uwalnianiu, równe 25-50% dotychczas stosowanej dawki regularnej, stosowane regularnie co 4 godz.

(C) U chorych z dusznością, stosujących inne opioidy zaleca się rotację na morfinę

2. BENZODIAZEPINY - leki II wyboru!

- nigdy w monoterapii!!!

- stosujemy w silnej duszności, gdy postępowanie niefarmakologiczne i morfina są nieskuteczne

-w duszności z lękiem

- w celu przerwania napadu paniki oddechowej

Lek	Przykładowe dawkowanie benzodiazepin w duszności
lorazepam	0,5-1 mg co 6-8 godz. doustnie lub podjęzykowo*
alprazolam	1 mg dziennie doustnie
diazepam	25 mg dziennie doustnie
midazolam	2,5-5 mg podskórną co 4 godz.* 10-30 mg dziennie podskórną *

*zgodnie z zaleceniami ESMO

3. GLIKOKORTYKOSTEROIDY (GKS)- nie powinny być rutynowo stosowane w duszności !

Prowadzone badania kliniczne nie potwierdziły skuteczności stosowania sterydów u każdego pacjenta onkologicznego z dusznością.

Effect of dexamethasone on dyspnoea in patients with cancer (ABCD): a parallel-group, double-blind, randomised, controlled trial (2018-2021)-High-dose dexamethasone did not improve dyspnoea in patients with cancer more effectively than placebo and was associated with a higher frequency of adverse events. These data suggest that dexamethasone should not be routinely given to unselected patients with cancer for palliation of dyspnoea.

Dlatego ESMO rekomenduje stosowanie GKS u pacjentów z:

1. Lymphangiosis carcinomatosa
2. Zapaleniem płuc po RT
3. Zesp. żyły głównej górnej
4. Przy obturacji dróg oddechowych przez masę guza
5. W zapalnych przyczynach duszności

Niezalecane postępowanie farmakologiczne w duszności

* Leki opioidowe inne niż morfina: fentanyl, oksykodon, tapentadol

* MF stosowana drogą wziewną

* Benzodiazepiny w monoterapii

* Leki przeciwdepresyjne

* Furosemid w nebulizacji

* Anestetyki w nebulizacji (lignokaina, bupiwakaina)

Przypadki przedstawione na XVIII Szkoleniowej Konferencji Internistów Ziemi Lubuskiej. Lubniewice 20-21.10.2023 r.

Ostre uszkodzenie nerek, ale skąd hipokaliemia?

Tytułem wstępu...

Na Szpitalny Oddział Ratunkowy trafia 82-letnia pacjentka z powodu osłabienia od kilku tygodni i zmniejszonej diurezy od kilku dni. W wywiadzie nadciśnienie tętnicze.

Dotychczas stosowane leki: Indapamid, Enalapril, Winpocetyna, Rosuvastatyna

Przebyte zabiegi: obustronna endoprotezoplastyka stawów biodrowych i histerektomia

Parametry życiowe:

BP 150/79mm Hg, HR N, sat. 02 N, częstość oddechów/min N

W wykonanych na SOR badaniach laboratoryjnych stwierdzono wykładniki niewydolności nerek - kreatynina 7.13 mg/dl, azot mocznika 64 mg/dl

W badaniu USG: Nerki o prawidłowej echogeniczności mięszu, bez zastoju i ewid. złożeń. Wym. podł. NP: 105 mm gr mięszu 20 mm, NL: 95 mm, gr mięszu 20 mm. W nerce prawej zmiana ogniskowa o morfologii AML śred. 7 mm, do kontroli w trybie planowym. Pęcherz moczowy słabo widoczny, pusty.

Bez istotnych odchyśleń w obrębie pozostałych narządów.

W badaniu ogólnym moczu białko 124 mg/dl,

50 erytrocytów/ul, 25 leukocytów/ul

Sód w osoczu - 136 mmol/l, sód w moczu - 70 mmol/l

kreatynina w osoczu - 7.13 mg/dl,

kreatynina w moczu - 156.2 mg/dl

Wskaźnik FENa: 2,35%

Pozostałe badania

W badaniu POCT gazometrii wykonanym na SOR:

K 1.9 mmol/l pH 7.47, BE 6.8 mmol/l

ASPAT- 268.9 U/l, ALAT- 100.3 U/l

Potas w moczu: 31.2 mmol/l

ACR: 1031.4 mg/g

Na prośbę konsultującego nefrologa dorobiono CPK: 6538 U/l

Co skrywa przeszłość?

Z dostępnej dokumentacji wynikało, że pacjentka była hospitalizowana kilka lat wcześniej dwukrotnie na Oddziale Ortopedii.

Występowała wyraźna tendencja do hipokaliemii i niższych wartości przesączania kłębuszkowego.

W 2019 r BP 160/75 mm Hg, w 2020r BP 130/70 mm Hg, nie wykonywano badania ogólnego moczu.

Trochę praktyki

Typowe odchylenia w badaniach u pacjentów z zaawansowaną niewydolnością nerek to:

- hiperkaliemia
- kwasica nieoddechowa

Chorą przekazano na Oddział Nefrologii.

Przy przyjęciu na Oddział lekarz dyżurny stwierdził średni stan ogólny pacjentki, chora była apatyczna i podsypiająca, w kontakcie logicznym, nadmierny stan odżywienia, suche śluzówki, osłuchowo pojedyncze trzeszczenia u podstaw obu płuc i ciche, głucho tony serca. Leniwa perystaltyka.



Parametry życiowe:

BP 105/69 mm Hg, HR N, sat. 02 N, częstość oddechów/min N

Przebieg terapii

Ze względu na wysokie wartości parametrów nerkowych i ciężki stan ogólny, po wykluczeniu obturacji i odwodnienia u pacjentki rozpoczęto dializoterapię. Wykonano 2 zabiegi, od 3. doby obserwowano stopniowy wzrost diurezy.

Zmiany poziomu potasu, kreatyniny, CPK i ASPAT u pacjentki w trakcie kolejnych dni hospitalizacji po przyjęciu na O/Nefrologii w 2023r

Stan kliniczny

W badaniach laboratoryjnych obserwowano poprawę parametrów nerkowych.

Jednak pomimo skutecznego leczenia, stan pacjentki w 4. dobie hospitalizacji wciąż był średni.

W badaniu fizykalnym - pacjentka miała suchą, zimną skórę, widoczny obrzęk podskórny, zwłaszcza w okolicy twarzy.

Od dnia przyjęcia nie oddała stolca.

Wywiad cz. 2

Poszerzono wywiad.

Pacjentka przyznała, że ma przewlekłe zaparcia, ale negowała stosowanie jakichkolwiek środków przeczyszczających.

W rozmowie z rodziną lekarz prowadzący uzyskał informację, że pacjentka stosuje od długiego czasu preparat bisakodylu, średnio 1 opakowanie dziennie.

Chora nie była wcześniej diagnozowana z powodu zaparć.

Zlecono dodatkowe badania.

Niedługo potem otrzymano wyniki

TSH 73.03 uIU/ml

FT4 <0.04 ng/dl

FT3 < 0.39 ng/dl

Ostateczna diagnoza i ciąg przyczynowy

- * Niedoczynność tarczycy
- * Zaparcia
- * Wieloletnie nadużywanie leków przeczyszczających/diuretyk
- * Hipokaliemia/statyna
- * Rabdomioliza
- * Zaostrzenie przewlekłej choroby nerek

lek. PAWEŁ BEDNAREK

lek. IRENEUSZ HABURA,

Kierownik Oddziału Nefrologii i Stacji Dializy
Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze

Diagnostyka różnicowa hipokaliemii

Utrata potasu z moczem	<20mEq/dobę	>20mEq/dobę
Utrata pozanerkowa		Utrata nerkowa

Wypis

Włączono leczenie hormonalne niedoczynności tarczycy i po ustabilizowaniu stanu zdrowia, pacjentkę wypisano do domu z zaleceniem dodatkowej suplementacji potasu

Follow-up

* 28.08.2023 wizyta w poradni: bez zaparć, ale z hiperkaliemią (pacjentka stosowała przez ponad miesiąc preparaty potasu)

* Leki:

Euthyrox 1x100ug
 Amlopin 2x5mg
 Polprazol 1x20mg
 Tritace 1x2,5mg
 Spironol 1x50mg- zalecono odstawienie
 Kalipoz 3x1 tabl.- zalecono odstawienie



lek. PAWEŁ BEDNAREK
 lek. IRENEUSZ HABURA,
 Kierownik Oddziału Nefrologii i Stacji Dializ
 Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze

Rzadkie powikłania ostrego zapalenia trzustki

Opis przypadku

- Pacjent lat 52, po ostrym, martwiczo-krwotocznym zapaleniu trzustki rok wcześniej.
- Wielokrotne laparotomie z usuwaniem martwiczych tkanek trzustki i drenaże jamy otrzewnowej, powikłane sepsą.
- Wyłoniona stomia z powodu ropnia wewnątrzbrzuszego. Został przyjęty do oddziału z powodu podejrzenia krwawienia z przewodu pokarmowego - po krwistych wymiotach, odda



Badanie TK jamy brzusznej po podaniu kontrastu (faza tętnicza).

Pacjenta zakwalifikowano do zabiegu w trybie pilnym - embolizacja wewnątrznaczyniowa. Chory w stanie ogólnym dobrym został wypisany do domu w 12. dobie hospitalizacji.

Omówienie

- Tętniaki rzekome tętnicy śledzionowej występują bardzo rzadko i najczęściej są powikłaniem po ostrym i przewlekłym zapaleniu trzustki, urazie jamy brzusznej.
- Głównym zagrożeniem dla chorego jest pęknięcie tętniaka, co powoduje masywne krwawienie do jamy brzusznej. Śmiertelność w tych przypadkach wynosi 70-90%.
- Najlepsze wyniki badania układu naczyniowego uzyskuje się, wykonując angiografię za pomocą TK. W badaniach metodami TK i USG jamy brzusznej tętniaki traktowane są najczęściej jako torbiele trzustki lub płyn zgromadzony wokół trzustki po stanie zapalnym.

Wnioski

Tętniak rzekomy tętnicy śledzionowej jest rzadko spotykanym, ale zagrażającym życiu powikłaniem, dlatego postępowanie diagnostyczne i lecznicze powinno zostać wdrożone jak najszybciej. Wydaje się, że każdy pacjent z ostrym lub przewlekłym zapaleniem trzustki i z rozpoznaną w badaniach obrazowych torbielą trzustki powinien mieć dodatkowo wykonane USG doppler lub angio-TK naczyń trzewnych w celu wykluczenia tętniaka rzekomego tętnicy śledzionowej.



Obraz TK j. brzusznej i miednicy

Po przyjęciu do oddziału włączono leczenie zachowawcze oraz wykonano gastroscopię, w której nie stwierdzono cech świeżego krwawienia. W 3. dobie hospitalizacji - nawrót krwawienia z objawami szybko narastającego wstrząsu hipowolemicznego. Pilnie przetoczono KKCz oraz powtórzono badanie angio-TK, które wykazało tętniaka rzekomego, t. śledzionowej z jego wpuklaniem i ewakuacją do światła jelita czczego.

Możliwe objawy:

Symptom	Current series (%) (N=10),	Literature review (%), (N=112),	Combined (%) (N=122)
Nausea	20	6,3	7,4
Vomiting	0	7,2	6,6
Chest pain	20	0,9	2,5
Back or flank pain	20	2,7	6,6
Abdominal pain	50	27,6	29,5
Mass	0	1,7	1,6
Hematemesis	30	13,4	14,8
Hematemesis or melena	30	25,9	26,2
Hemosucus pancreaticus	20	20,3	20,3
Incidental finding	20	0,9	2,5

Clinical features and management of splenic artery pseudoaneurysm: Case series and cumulative review of literature Deron J. Tessier, MD,^a William M. Stone, MD,^a Richard J. Fowl, MD,^a Maher A. Abbas, MD,^a James C. Andrews, MD,^b Thomas C. Bower, MD,^c and Peter Głowiczki, MD,^c Scottsdale, Ariz; and Rochester, Minn

Literatura:

1. Parikh M, Shah A, Abdellatif A. Splenic artery pseudoaneurysm complicating pancreatitis. J Gen Intern Med. 2011 Mar;26(3):343-4. doi: 10.1007/s11606-010-1538-z. Epub 2010 Oct 22. PMID: 20967507; PMCID: PMC3043193.
2. Agarwal G, Johnson P, Fishman E. Splenic artery aneurysms and pseudoaneurysms: clinical distinctions and CT appearances. Am J Roentgenol. 2007;188(4):992-9. doi: 10.2214/AJR.06.0794.

KAMIL KOPKA

Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałami:
Diabetologii, Endokrynologii i Gastroenterologii
Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze

Różne oblicza twardziny układowej

Historia Pani Jadwigi

Pacjentka lat 66 do wiosny 2023 bez wywiadu chorób przewlekłych.

Wiosną 2023 rozpoczęta diagnostyka w kierunku chorób układowych z powodu zgłaszanego przez pacjentkę uczucia stwardnienia skóry dłoni.

Z relacji rodziny początkowo rozpoznano RZS.

Badania laboratoryjne 10.2022

Morfologia – b/z

OB 13 mm/h – (2- 15 mm/h)

Kwas moczowy 3,41 mg/dl – (2,40-5,70mg/dl)

CRP 3,20 mg/l – (0,00 – 5,00 mg/l)

RF 16,4 IU/ml – (0,0 – 14,0 IU/ml)

(Wyniki początkowo prawidłowe, nieco zwiększone miano RF)

RTG porównawcze rąk 26.04.2023

Osteoporoza, zmiany zwyrodnieniowe.

RTG stawów krzyżowo-biodrowych i stawów biodrowych 26.04.2023

Szczeliny stawów krzyżowo-biodrowych zachowane.

Zmiany zwyrodnieniowe.

RTG klatki piersiowej 12.05.2023

Gładko obrysowane zacienienie w tylnej części dolnego pola płuca prawego

Przeciwciała ANA 12.05.2023

Badanie przesiewowe, wynik dodatni, jąderkowy i ziarnisty typ świecenia miano 1:5120

Rozpoznanie twardziny układowej

1.06.23 – na podstawie wysokiego miana przeciwciał ANA i obrazu klinicznego rozpoznano twardzinę układową i włączono do leczenia hydroksychlorochinę oraz skierowano do Poradni Pulmonologicznej w celu pogłębienia diagnostyki nieprawidłowego wyniku rtg klatki piersiowej.

TK klatki piersiowej z kontrastem 21.06.2023

- podopłucnowo w płucu prawym drobne pasma zmniejszonego upowietrzenia o charakterze mleczonej szyby z dyskretnym zgubieniem zrębu

- w płatach dolnych niewielkie rozstrzeniowate poszerzenie oskrzeli

- poj. drobne pęcherze rozedmowe

- powiększone węzły chłonne: przytchawiczy prawy 12 mm, podostrogowy 14 mm

- torbiel celomatyczna w zachyłku przeponowo-sercowym prawym 30x35 mm

- jamy opłucnowe wolne.

W TK klatki piersiowej opisano zmiany, które występują w przebiegu twardziny (zmiany typu mleczonej szyby, rozstrzenie oskrzeli, pęcherze rozedmowe), a nieprawidłowością opisywaną w rtg okazała się być torbiel celomatyczna.

Badania laboratoryjne 08.2023

OB 28 mm/h – (2-15 mm/h)

Kreatynina 1,28 mg/dl – (0,5 – 0,9 mg/dl)

GFR 58,3 ml/min/1,73 m²

(W kolejnych badaniach kontrolnych widać pogorszenie funkcji nerek i podwyższone OB.)

Echo serca 08.08.2023

Płyn w obu jamach opłucnowych do ok. 1/3 wysokości płuc.

Oddział Chorób Płuc Torzym 11.09-14.09.2023

Pacjentka przyjęta do Oddziału z powodu występującego od kilku tygodni znacznego zmniejszenia tolerancji wysiłku, kaszlu, spadku masy ciała, zaburzeń połykania – kolejny objaw mogący pojawić się w przebiegu twardziny.

Stan średnio-ciężki. Wśród stosowanych leków – Doloxib 30 mg

HRCT

Duża ilość płynu w jamach opłucnowych. Płyn przywątrobowo. Zaburzenia upowietrznienia miąższu płucnego z zagęszczeniami siateczkowatymi i mleczną szybą

Badania laboratoryjne:

INR 1,85

WBC 15 tys/ul z przewagą neutrofilii – (4-10 tys/ul)

Hgb w normie

PLT 106 tys/ul – (140 – 440 tys/ul)

Kreatynina 7,8 mg/dl – (0,5- 0,9 mg/dl)

GFR 4,8 ml/min/1,73 m²

Mocznik 498 mg/dl – (21-43 mg/dl)

Sód i potas w normie

AST 218 U/l – (0-32 U/l)

ALA 226 U/l – (0-33 U/l)

CRP 60 mg/l – (0-5 mg/l)

Badanie ogólne moczu – obecne białko, azotyny, leukocyty i erytrocyty pokrywają p.w.

NT pro-BNP > 35000

Osmolalność moczu 390 mOsm/kg – (700 – 1200 mOsm/kg)

Diureza - 300 ml moczu/dobę

W badaniach laboratoryjnych wykonanych w szpitalu w Torzymiu zwracają uwagę przede wszystkim skrajnie złe parametry nerkowe z towarzyszącym skąpomoczem. Pacjentka została przekazana do Oddziału Nefrologii w Zielonej Górze.

Kliniczny Oddział Nefrologii Zielona Góra

14.09 – 26.09.2023

Stan średnio-ciężki

ASM ok. 70/min, w trakcie hospitalizacji AF ok. 130 - 150/min (arytmie także mogą być objawem twardziny)

RR 150/90 mmHg

Na załączonych fotografiach widać zmiany skórne w przebiegu twardziny występujące u pani Jadwigi (teleangiektazje błony śluzowej warg, lekarz przyjmujący pacjentkę zwrócił uwagę także

na mikrostomię, stwardniałe, kielbaskowate palce, owrzodzenia skóry palców)

Badania laboratoryjne

- Morfologia: leukocytoza, małopłytkowość

- Wydłużony INR, obniżony fibrynogen, podwyższone D-dimery

- RKZ – skompensowana kwasica metaboliczna

- GFR 5,1 ml/min/1,73 m²

- Podwyższone parametry wątrobowe (Aspat, Alat, Bilirubina, ALP, GGTP)

- CPK 1383 U/l, LDH 1654 U/l, hipokalcemia, hiperfosfatemia

- CRP 70 mg/l, PCT 5,4 ng/ml, ferrytyna > 2000 ng/mL, troponina 749 ng/l

- BNP > 5000 pg/ml

- Mocz – białkomocz, ACR – 7977,3 mg/g, leukocyturia, erytrocyturia

- Posiewy krwi i moczu – ujemne

- RF 24 IU/ml, anty-CCP – ujemne, p-ANCA 41,44 RU/ml (0-20 RU/ml), ANA dodatnie: SCL-70, Ro-52, PM-Scl100

Konsultacje: anesteziologiczne, kardiologiczna, reumatologiczna

Leczenie: hemodializy, ACEI (do czasu rozwoju hipotonii), aminy katecholowe, antybiotykoterapia szerokospektralna, IPP, leki p/bólowe, płyny, żywienie pozajelitowe.

Na podstawie całości obrazu klinicznego rozpoznano twardzinowy przełom nerkowy przebiegający z niewydolnością wielonarządową.

Obraz kliniczny twardziny układowej wynika z :

- włóknienia skóry i narządów wewnętrznych
- zajęcia naczyń krwionośnych
- zaburzeń immunologicznych

Różne oblicza twardziny układowej – objawy narządowe:

1. Objaw Raynauda
2. Zmiany skórne – palce kielbaskowate, stwardnienie, uszkodzenia skóry, owrzodzenia, zanik opuszek palców, skrócenie paliczków dalszych, twarz maskowata, promieniste zmarszczki wokół ust i oczu, mikrostomia, zwężenie czerwień wargowej, hiperpigmentacja skóry, teleangiektazje skóry i błon śluzowych, zwapnienia w skórze, suchość skóry.
3. Zmiany stawowe – ból, sztywność poranna, obrzęk, ograniczenie ruchomości, tarcie przy ruchach
4. Objawy mięśniowe – ból i osłabienie
5. Zmiany w obrębie przewodu pokarmowego – zanik brodawek językowych, zapalenie dziąseł, pogrubienie błony śluzowej wyrostków zębodołowych, refluks żołądkowo-przełykowy, dys-





fagia, zaburzenia opróżniania żołądka, zmniejszenie perystaltyki jelit, zespół upośledzonego wchłaniania, uchyłki jelit, przerost bakteryjny jelita cienkiego, krwawienia z angiodyplazji, pierwotna marskość żółciowa wątroby

6. Zmiany w obrębie układu oddechowego – śródmiąższowa choroba płuc -> nieswoiste śródmiąższowe zapalenie płuc (NSIP), zachyłkowe zapalenie płuc,

7. Zmiany w obrębie układu krążenia – arytmie, dysfunkcja lewej komory, choroba niedokrwienna serca, zapalenie mięśnia

sercowego, zajęcie osierdza (zapalenie, włóknienie, wysięk, tamponada serca, zaciskające zapalenie osierdza), tętnicze nadciśnienie płucne, wady zastawkowe.

8. Zmiany w obrębie nerek – twardzinowy przełom nerkowy

9. Zmiany w obrębie ukł. nerwowego – polineuropatia, zespół cieśni nadgarstka, neuralgia nerwu trójdzielnego, zajęcie OUN

10. Zmiany w narządzie wzroku – stwardnienie skóry powiek, zespół suchego oka, zaćma, retinopatia nadciśnieniowa, jaskra.

11. Odchylenia hematologiczne – niedokrwistość normocytowa, hipergammaglobulinemia

Zarówno u jednego pacjenta (tak jak u Pani Jadwigi) mogą pojawić się różne objawy twardziny, a także u różnych pacjentów może występować inny obraz kliniczny choroby. Dlatego też zdarza się, że pacjenci z tą samą chorobą trafiają do różnych specjalistów – kardiologa, pulmonologa, gastrologa. Twardzina układowa ukazuje nam dużą zmienność i szeroki zakres symptomów, dlatego pozostaje ciekawym i wymagającym schorzeniem.

lek. MAGDALENA DUBIEŃSKA

Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałami:

Diabetologii, Endokrynologii i Gastroenterologii

Szpital Uniwersytecki im. K. Marcinkowskiego

w Zielonej Górze

Zespół rakowiaka - obraz klasyczny

Epidemiologia

* guzy neuroendokrynne jelita cienkiego (NET) występują u około 1 na 100 000 osób

* około 10–40% pacjentów z dobrze zróżnicowanymi NET rozwija się zespół rakowiaka

Nomenklatura

Lokalizacja

Stopień zaawansowania

Aktywność hormonalną

Objawy NEN

* Ból

* Objawy niedrożności jelit

* Krwawienie z guza do przewodu pokarmowego

Objawy

- zaczerwienienie, uderzenia gorąca 80%

- tachykardia

- duszność

- biegunka 50–85%

- ból brzucha 40%

- hipotensja

- zwłóknienie krezki

- zwłóknienie prawego serca 20%

- teleangiektazje

- pelagra

- zapalenie skóry, biegunka i otępienie 5%

Przypadek kliniczny

- mężczyzna lat 63, zawód nurek

- duszność przy nurkowaniu, po wejściu na I piętro



Zespół rakowiaka-obraz



Rakowiak

Zespół rakowiaka – patofizjologia

Miażdż	Śródmiąższowa	Tełocysty
Grubość ścian naczyń (10-15%)	Grubość ścian naczyń (10-15%) Zwiększenie naczyń (10-15%) Zwiększenie naczyń (10-15%)	Grubość ścian naczyń (10-15%) Zwiększenie naczyń (10-15%)
Tełocysty (10-15%) (10-15%)	Grubość ścian naczyń (10-15%) Zwiększenie naczyń (10-15%) Zwiększenie naczyń (10-15%)	Grubość ścian naczyń (10-15%) Zwiększenie naczyń (10-15%)
Hipertensja (10-15%)	Grubość ścian naczyń (10-15%)	Grubość ścian naczyń (10-15%) Zwiększenie naczyń (10-15%)
Kardiomegalia (10-15%)	Grubość ścian naczyń (10-15%) Zwiększenie naczyń (10-15%)	Grubość ścian naczyń (10-15%) Zwiększenie naczyń (10-15%)
Tełocysty (10-15%)	Grubość ścian naczyń (10-15%) Zwiększenie naczyń (10-15%)	Grubość ścian naczyń (10-15%) Zwiększenie naczyń (10-15%)
Kardiomegalia (10-15%)	Grubość ścian naczyń (10-15%) Zwiększenie naczyń (10-15%)	Grubość ścian naczyń (10-15%) Zwiększenie naczyń (10-15%)
Kardiomegalia (10-15%)	Grubość ścian naczyń (10-15%) Zwiększenie naczyń (10-15%)	Grubość ścian naczyń (10-15%) Zwiększenie naczyń (10-15%)

- zaczerwienienie twarzy i tułowia
- od wielu lat 5-6 luźnych stolców
- wyczuwa opór w nadbrzuszu

Skierowany przez kardiologię w związku z podejrzeniem zespołu rakowiaka

Badanie fizykalne

* skóra: prawidłowo ucieplona, nieprawidłowej barwy, wyraźnie zaczerwieniona w zakresie twarzy, tułowia, brzucha oraz na powierzchni wyprostnej obu ud z zasinieniem czubka nosa oraz czerwieni wargowej

* serce: szmer skurczowo-rozkurczowy maksymalnie nasilony w punkcie erba promieniujący do pachy

* brzuch: wątroba powiększona 3 palce poniżej łuku żebrowego

Badania laboratoryjne

- poziom serotoniny w surowicy - powyżej 1000 ug/l (w normie 80-400 ug/l)

- chromograniny A na poziomie 438, 87 ng/ml (w normie do 100 ng/ml)

- podwyższona ilość kwasu 5-OH-indoloocetowego w dobowej zbiórce moczu – 70 mg/24 godz. (normalny zakres 2-9 mg/24 godz.).

EKG

Zmiany niespecyficzne ani nie sugerujące rakowiakowej choroby serca.

- lewogram
- rytm zatokowy 64 uderzeń na minutę,
- dwufazowy załamek T z dominującą fazą ujemną w odprawieniach II, aVF i V6.
- resztkowe załamki R w II, III, av
- brak progresji załamka R w odprawieniach przedsercowych.

RTG klatki piersiowej

W wykonanym AP i bocznym RTG klatki piersiowej stwierdzono niewielkie zrosty u wierzchołka i podstawy płuc, prawidłową sylwetkę serca oraz zwapnienia w łuku aorty.

ECHO

- morfologicznie i funkcjonalnie nienaruszoną zastawkę mitralną
- niewielkie zwapnienia na zastawce aortalnej - bez istotnego zwężenia
- płątki zastawki trójdzielnej pogrubione i pozbawione koaptacji - ciężka niedomykalność zastawki trójdzielnej
- niedomykalność zastawki płucnej II stopnia
- upośledzona funkcja rozkurczowa lewej komory, stwierdzono hipokinezę przegrody międzykomorowej
- w worku osierdziowym stwierdzono ślad płynu

Tomografia komputerowa

- Pętla jelita cienkiego były fragmentarycznie pogrubione na długości 20 mm i wykazywały wzmocnienie kontrastowe. Uważano, że ta część jest zmianą pierwotną. Na poziomie tej zmiany uwidoczniło się powiększone węzły chłonne o wymiarach 20x24 mm, zmianę torbielowatą z komponentą tkankową zlokalizowaną na granicy segmentu VIII, IV i I odcinka wątroby - wymiary 89 x 85 mm i wykazywał wzmocnienie po dożylnym podaniu kontrastu.

- W obu płatach wątroby uwidoczniło się wiele niezliczonych, wzmacniających kontrast zmian przerzutowych

- Żyły wątrobowe nieznacznie poszerzone, ze wstecznym wzmocnieniem kontrastowym (prawdopodobnie z powodu niedomykalności zastawki trójdzielnej).

- Wzdłuż nasady krezki wykryto węzły chłonne o średnicy do 15 mm

- Ślad płynu pomiędzy pętlami jelitowymi oraz przy dolnym brzegu prawego płata wątroby

- W trzonie kręgu L3 opisano zmianę o charakterze meta, która wnikała do kanału kręgowego i uciskała korzenie nerwów rdzeniowych

PET

Do badania wykorzystano Ga68-DOTATATE o aktywności 102 MBq.

Nie stwierdzono zmian o charakterze meta w okolicy głowy, szyi i klatki piersiowej. W jamie brzusznej wykryto objawy zwiększonego SUV-a:

* W węzle chłonnym poniżej okolicy dwunastnicy wstępującej (SUVmax 25,80). -

* W tkankach miękkich, przylegających do jelita cienkiego, pomiędzy okolicą pępka a podbrzuszem, tuż poniżej rozwidlenia aorty (SUVmax 43,63). -

* W lewym i prawym płacie wątroby. Na granicy segmentów II, IV i I stwierdzono ponad 10 ognisk zwiększonego SUV (SUVmax 43,17).

* Wykryto dużą zmianę o wymiarach 98x86 mm w środku bez wychwytu radioaktywnego, sugerującą obszar martwicy.

* Stwierdzono zmiany przerzutowe w prawym żebrze V oraz trzonach kręgów Th10 i L3.

W badaniu ujawniono przerzutowy nowotwór NEN jelita cienkiego o dużej ekspresji receptorów somatostatynowych. Wystąpiło wiele przerzutów do wątroby, kości i węzłów chłonnych o stopniu 3 i 4 w skali Krenninga.

Badanie cytologiczne - biopsja cienkoigłowa wątroby

Obraz mikroskopowy w oparciu o wyniki badań immunohistochemicznych i dane kliniczne odpowiada przerzutowi dobrze zróżnicowanego guza neuroendokrynnego. Niski indeks proliferacji oraz pojedyncze figury podziału w komórkach nowotworowych mogą przemawiać za rozpoznaniem NET G2, materiał jest jednak zbyt skąpy do ustalenia jednoznacznego rozpoznania

Leczenie:

Włączono w terapię analogiem somatostatyny (Somatuline Autogel 120 mg) polegającą na wstrzyknięciach podskórnych co 28 dni.

Przeprowadzono Konsylium Onkologiczne. Zespół zaproponował następujące postępowanie:

* Dalsze leczenie analogiem somatostatyny (72-84%: Telotristat)

* Doraźna radioterapia trzonu i kanału kręgu L3

* Kwalifikacja do leczenia operacyjnego - wycięcie guza pierwotnego w jelicie krętym, a następnie chemioterapia systemowa - schemat CAPTEM.

W grudniu 2023 operowany kardiochirurgicznie- implantacja biologicznej zastawki trójdzielnej i pnia płucnego, w kontrolnym ECHO serca luty 2024- funkcja impantowanych zastawek prawidłowa. Obecnie w trakcie chemioterapii.

Lek. PIOTR KIMLA

Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych

z Pododdziałami: Diabetologii, Endokrynologii i Gastroenterologii

Ordynator dr n. med. Iwona Towpik

Zastępca dr Dariusz Kosiński

Najważniejszym i największym triumfem człowieka jest zwycięstwo nad samym sobą"

PLATON

Samokontrola w cukrzycy

Diabetes mellitus (Iac.) - grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią (podwyższonym poziomem cukru we krwi), wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny, wydzielanej przez komórki beta trzustki.

Edukacja..edukacja..edukacja..edukacja

Im lepiej wyedukowani są chorzy na cukrzycę, tym lepiej radzą sobie z chorobą i tym łatwiej im prowadzić aktywne życie.

Leki to tylko jeden z elementów terapii cukrzycy. Równie ważną rolę odgrywa w niej systematyczna edukacja pacjenta na temat stylu życia i codziennych zachowań, jak przestrzeganie zasad prawidłowego żywienia, aktywność fizyczna, dbanie o skórę i stopy, pomiary glikemii, ciśnienia tętniczego, dawkowanie insuliny, rozpoznawanie niedocukrzeń i reagowanie na nie.

Wyedukowany pacjent znacznie lepiej kontroluje swoją chorobę.

Bardzo ważne jest, by sposób edukowania był dostosowany do:

- wieku
- możliwości intelektualnych
- stanu emocjonalnego osoby chorej

Jej celem powinno być przekazanie odpowiedniego zakresu wiedzy na temat leczenia cukrzycy oraz zmotywowanie chorego do wdrożenia wyuczonych umiejętności postępowania z chorobą w codziennym życiu.

Choroba i jej leczenie nie powinny zdominować innych aspektów życia chorego i wywierać niekorzystny wpływ na jego życie zawodowe, rodzinne, społeczne.

Jednym z najważniejszych warunków efektywnej walki z chorobą i przeciwdziałaniu jej powikłaniom jest aktywny udział pacjenta w leczeniu, czyli...

Samokontrola

Samokontrola pomaga uzyskać lepsze wyniki.

W potocznym odczuciu pacjentów bardzo często ogranicza się samokontrolę jedynie do obserwacji glikemii, podczas gdy brakuje wdrożenia do codziennej samokontroli cukrzycy innych, równie ważnych elementów: analizy wyników, reakcji na nieprawidłowości, podejmowanie decyzji co do dalszej terapii.

Samokontrola w cukrzycy:

- Pomiary glikemii
- Kontrola ciśnienia tętniczego krwi
- Regularny wysiłek fizyczny
- Utrzymywanie prawidłowej masy ciała
- Badania i kontrole u specjalistów (np. kontrolne wizyty u okulisty)
- Dbłość o stopy
- Zdrowe odżywianie
- Unikanie używek
- Stosowanie leków doustnych, insuliny

Na skuteczność prowadzenia samokontroli wpływają:

Czynniki zależne od zespołu edukacyjnego:

- dostosowanie zakresu edukacji do aktualnych potrzeb pacjenta i rodziny
- różnorodne metody nauczania i weryfikacja wiedzy pacjenta

- zachowanie ciągłości opieki
- spójność przekazywanych informacji

Czynniki zależne od pacjenta:

- postawa wobec choroby
- motywacja
- chęć współpracy
- wiedza na temat choroby
- zrozumienie metody leczenia
- znajomość możliwości technicznych glukometru
- zastosowanie wiedzy teoretycznej w praktyce

Trudności w samokontroli:

- konieczność przeszkolenia,
- brak umiejętności interpretacji wyników,
- potrzeba przeznaczenia na badanie stężenia glukozy czasu,
- błędy techniczne, zwiększane niekiedy przez niedostateczną sprawność chorego,
- zaniebdania w kalibracji aparatów,
- koszty badania (paski testowe do glukometru i systemy ciągłego monitorowania glukozy, są refundowane).

Wstrzykiwacz - podstawowe narzędzie insulinoterapii

Wstrzykiwacze są projektowane i wykonane z myślą o:

- zapewnieniu wygody, dokładności dawkowania i poczucia bezpieczeństwa,
- zminimalizowaniu lęku przy podawaniu insuliny
- zminimalizowaniu bólu;

Wstrzykiwacz do insuliny jest osobistym przedmiotem codziennego użytku!

Wybór wstrzykiwacza jest ściśle związany z rodzajem stosowanej insuliny – 3 ml wkłady z insuliną i wstrzykiwacz tego samego producenta!

Kiedyś...

Jedna z pierwszych strzykawek do podawania insuliny (1922)



Dzisiaj



Pen

Do pena wkładamy insulinę tylko tej samej firmy! np. novorapid czy insulatard – pen tylko firmy Novo nordisk

Włożenie do pena insuliny innej firmy może spowodować podawanie innej dawki insuliny!



Wkład z insuliną jest tylko dla jednego pacjenta!!! (to jest ważne w warunkach szpitalnych)

Nie wolno go podawać innemu pacjentowi, nawet po zmianie igły!

Po wypisie pacjenta fiolkę z insuliną wyrzucamy !!!

Wielokrotne używanie igły do wstrzykiwania insuliny może powodować:

- Podanie błędnej dawki insuliny na skutek zatkania lub stępienia igły
- Mikrourazy skóry i podskórnej tkanki tłuszczowej
- Mniejszy komfort podania insuliny
- Ryzyko infekcji
- Ból

Igła do wstrzykiwacza jest produktem jednorazowego użytku.



Nie należy stosować insuliny, która uległa przegrzaniu, zamrożeniu lub minął jej termin ważności.

Pamiętaj!

Insulina jest bardzo wrażliwym lekiem. Mieszymy tylko insuliny, które są zawiesiną; tych, które są przezroczystym roztworem nie mieszymy!

Samokontrola – pomiary glukometrem

Gdy Ci smutno, gdy Ci źle,
kup glukometr – BADAJ SIĘ!



- Wielokrotne wstrzyknięcia insuliny (FIT – funkcjonalna insulinoterapia) - wielokrotne pomiary glikemii w ciągu doby
 - Rano na czczo
 - Przed każdym głównym posiłkiem
 - 60-120 min. po każdym głównym posiłku

- Przed snem

- Dodatkowe oznaczenia należy dobierać indywidualnie

- Chorzy stosujący doustne leki przeciwcukrzycowe i/lub analogi GLP - raz w tygodniu skrócony profil glikemii (na czczo i po głównych posiłkach)
- Chorzy na cukrzycę typu 2 leczeni stałymi dawkami insuliny - codziennie 1-2 pomiary glikemii, dodatkowo raz w tygodniu skrócony profil glikemii (na czczo i po głównych posiłkach) oraz raz w miesiącu pełny profil glikemii
- Wszyscy chorzy: pomiary doraźne w sytuacji wystąpienia złego samopoczucia, nagłego pogorszenia stanu zdrowia itp.

Technika pomiaru glukometrem

Prawidłowa technika badania poziomu glukozy we krwi za pomocą glukometru obejmuje:

- przygotowanie zestawu do badania glikemii (glukometr, nakłuwacz, lancet, gazik),
 - sprawdzenie ważności pasków testowych do glukometru,
 - umycie rąk ciepłą wodą z mydłem i wytarcie do sucha
 - przygotowanie nakłuwacza z lancetem,
 - ustawienie skali na głębokość nakłucia palca
 - masaż dłoni od nasady dłoni w kierunku palca, który ma być nakłuwany
 - nakłucie bocznej części opuszki palca i lekki (!) ucisk palca (ale nie wyciskamy kropli krwi)
 - nałożenie uzyskanej/pierwszej kropli krwi na pasek testowy,
 - zabezpieczenie miejsca nakłucia gazikiem
 - zmiana lancetu w nakłuwaczu (przygotowanie do następnego nakłucia palca w celu pomiaru glikemii),
 - prawidłowe stosowanie zasad epidemiologicznych podczas pomiaru.
- Uwaga! Nie przecieramy miejsca nakłucia środkiem dezynfekcyjnym przed badaniem.

Najczęstsze błędy przy wykonywaniu pomiarów:

- brak wymiany lancetu w nakłuwaczu
- Próbka krwi nieodpowiedniej wielkości
- Zbyt mocny ucisk palca
- Przeteterminowane, nieprawidłowo przechowywane paski testowe
- Brak higieny
- Wyczerpana bateria
- Przeoczenie instrukcji, dotyczących sposobu wymiany igieł w nakłuwaczach
- Nieprawidłowa kalibracja, brak kalibracji, jeśli glukometr jest kalibrowany

Błędy ze strony pacjenta – wizyta

- chory nie przyniósł glukometru
- chory nie przyniósł dzienniczka samokontroli
- zmierzone cukry w glukometrze nie są jego
- wpisane w dzienniczek cukry są zmyślane
- chory podaje wartości cukru z pamięci
- chory mierzy cukier za rzadko lub za często
- chory mierzy cukier nie wtedy, kiedy powinien (w stosunku do pory posiłku itp.)
- chory używa przeterminowanych pasków



Pacjent powinien wiedzieć, że :

- wykonuje pomiary glikemii dla siebie (nie dla lekarza)
- wpisywanie „dobrych” pomiarów do dzienniczka jest bez sensu (kogo oszukuje?)
- używanie glukometru jest niezbędne (jeśli chce być bezpieczny)
- pomiar glikemii jest po to, aby wyciągać wnioski z wyników (nie dla samego mierzenia)

Nowości w samokontroli ...

Na polskim rynku jest kilka krótkoterminowych (czyli takich, które działają przez kilka – kilkanaście dni) oraz jeden długoterminowy (który działa przez 180 dni).

Od stycznia 2023 roku systemy ciągłego monitorowania glukozy (CGM) są refundowane, w związku z tym są bardziej dostępne dla pacjentów.

Dla kogo jest Eversense E3:

Dla każdej osoby dorosłej, żyjącej z cukrzycą typu 1 i typu 2, leczonych insuliną, oczekujących:

lepszego kontroli glikemii w sytuacji:

- wysokiej zmienności glikemii
- występowania częstych hipoglikemii
- braku satysfakcjonujących efektów leczenia mimo edukacji i intensywnej terapii

lepszego jakości CGM w sytuacji:

- niezadowolenia z dotychczas stosowanego systemu
- problemów dermatologicznych związanych z reakcją na plastry
- chęci zachowania ciągłości noszenia CGM bez obawy o przypadkową utratę sensora

lepszego jakości życia, w sytuacji:

- potrzeby stosowania CGM, który można czasowo odłączyć
- potrzeby stosowania dyskretnego CGM, posiadającego alarmy wibracyjne odczuwane na skórze
- zmęczenia i wypalenia chorobą
- lęku związanego z nakładaniem
- niepełnosprawności fizycznej, dotyczącej narządu ruchu, słuchu, wzroku

mgr KATARZYNA MENDES
edukator diabetologiczny
trener pompowy

Woung Hygiene

Pewność w 4 krokach

Higiena Rany w praktyce

Najczęstsze problemy występujące w ranach trudno gojących się:

- Martwica sucha i rozplywna
- Wysięk
- Infekcja

Biofilm – co najmniej 78% ran przewlekłych charakteryzuje się obecnością biofilmu ściśle powiązanim z przewlekłym charakterem rany. Najmniej 78% ran przewlekłych charakteryzuje się obecnością biofilmu, ściśle powiązanim z przewlekłym charakterem rany.

Malone M, Bjamsholt T, McBain AJ, James G.A, Stoodley P, Lesper D, Tachi M, Schultz G, Swanson T, Wolcott R.D. The Prevalence of Biofilms in Chronic Wounds: A Systematic Review and Meta-Analysis of Published Data. *J.Wound Care* 26, 20-25.2017 Jan 02.

Powikłania związane z biofilmem. Potrzeba wdrożenia Higieny Rany

* Biofilm jest niezależnym czynnikiem opóźniającym gojenie ran.1

* Brak widocznego biofilmu nie oznacza, że biofilmu nie ma.

* Należy założyć, że biofilm występuje w każdej ranie, nie wykazującej postępu w gojeniu. 1

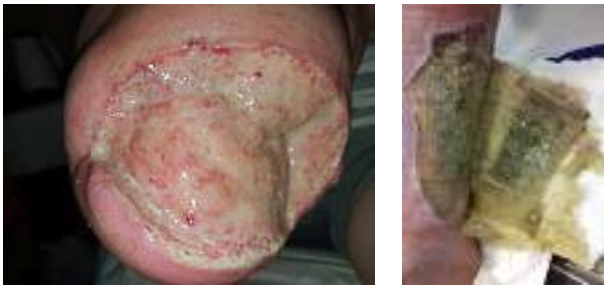
* Aby poprawić kontrolę nad raną nie wykazującą postępu w gojeniu, należy zająć się biofilmem, obecnym w większości ran. 1

Każda rana, niezależnie od tego, jak bardzo jest trudna, ma szansę na postęp w gojeniu, przy zastosowaniu Higieny Rany i odpowiedniego doboru opatrunku.

Murphy C et al. Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: 'wound hygiene'. *J Wound Care*. 2019; 28: 818-822. Image copyrighted to Mid Yorks NHS Trust: patient and Trust permission gained



Fot. Archiwum Convatec



Higiena Rany – gdzie jesteśmy.....¹

Koncepcja Higieny Rany narodziła się podczas spotkania Ekspertów w marcu 2019

Grudzień 2019 – opublikowany został artykuł z Opinią Ekspertów

Luty 2020 – opublikowany został Międzynarodowy Konsensus

Lipiec 2021 – opublikowane zostały wyniki.

Celem Higieny Rany jest wprowadzenie rzeczywistych zmian w praktyce leczenia ran.

Międzynarodowy zespół ekspertów ponownie zebrał się, aby dokonać przeglądu postępów w realizacji pierwotnego celu, jakim była Higiena Rany.

Marzec 2022 – opublikowany został nowy Konsensus

Włączenie Higieny Rany w strategię Proaktywnego Leczenia Ran

Trzyetapowy system oceny, kontroli i monitorowania wspiera wdrażanie Higieny Rany

Proaktywne postępowanie w leczeniu ran w ramach higieny rany¹²

Ocena

Kompleksowa ocena stanu pacjenta oraz rany – należy skupić się na etiologii

Leczenie

Prawdopodobieństwo wystąpienia biofilmu

Martwicza

Rozpływna

Niezdrowa ziarninująca

Zdrowa ziarninująca

W fazie epitelializa

Monitorowanie

Dobrostan pacjenta i wyniki uzyskiwane przez pacjentów

W momencie zmiany opatrunku: należy zidentyfikować rodzaj tkanki przed zastosowaniem zasad higieny rany. Powtarzać aż do wygojenia.



Po zmianie opatrunku: określić sposób leczenia i terapie wspomagające.

Postępowanie z ranami trudno gojącymi się, w których może występować biofilm

Protokół leczenia powinien obejmować postępowanie zgodne z konsensusem Higiena Rany.

Krok 1: Mycie

Krok 2: Oczyszczanie (debridement)

Krok 3: Pielęgnacja brzegów rany

Krok 4: Dobór opatrunku

Higiena rany to 4 kroki postępowania z raną, które powinny być wykonywane podczas każdej zmiany opatrunku, do momentu całkowitego zagojenia się rany.

Krok 1: Mycie

* Skóra, w odległości 10–20 cm wokół rany – zgodnie z lokalnymi wytycznymi czyszczenia „czystych” (najdalej od rany) i brudnych (najbliżej rany) obszarów.

* Mycie powinno być wykonywane z taką siłą fizyczną, jaką pacjent jest w stanie wytrzymać.



Krok 2: Oczyszczanie (debridement)

Celem oczyszczania jest pozbycie się niechcianego materiału:

* Biofilmu, zdewitalizowanej tkanki (tkanka martwicza sucha i rozpływna, strup)

* Nadmiaru wysięku, krwiaki, ropa, zanieczyszczenia

* Ciała obce, hiperkeratozy

* Pozostałości poprzedniego opatrunku

Metody:

* Mechaniczne oczyszczanie – miękka gąbka/pad do oczyszczania lub gaza;

* Ostre – skalpel, łyżeczka, pean; chirurgiczne;

* Biologiczne - larwy; ultradźwiękowe



Kiedy nie oczyszczać

Panel nie rekomenduje mechanicznego oczyszczania w przypadkach:

* krytycznego niedokrwienia dolnych kończyn

* pioderмии zgorzelinowej, zgorzeli (mokrej lub suchej)

* ran związanych z wapnicą lub zapaleniem naczyń

Unikaj mechanicznego oczyszczania u pacjentów z:

* zaburzeniami krzepnięcia lub przyjmującymi leki przeciwkrzepowe

* nietolerancją bólu

Krok 3: Pielęgnacja brzegów rany

Brzegi rany mogą być siedliskiem bakterii

* Najbardziej metabolicznie aktywne drobnoustroje, znajdują się w pobliżu „luźnej” przestrzeni, gdzie rosną. Są najbardziej wrażliwe na działanie środków antybakteryjnych i innych działań antybiofilmowych.

* Pierwotne komórki wspierające epitelializację, znajdują się na brzegach rany i mieszków włosowych.

Pielęgnacja/modelowanie przez oczyszczanie

* Narusza brzegi rany doprowadzając do punktowego podkrwawiania (jeśli pozwala na to lokalny protokół i pacjent)

* Narusza i usuwa biofilm

1. Bay L, Kragh KN, Eickhardt SR et al. Bacterial aggregates establish at the edges of acute epidermal wounds. *Adv Wound Care (New Rochelle)*. 2018; 7(4): 105–113.
2. Rhoads DD, Wolcott RD, Percival SL. Biofilms in wounds: management strategies. *J Wound Care* 2008;17(11):502–508.

Brzegi rany
do odświeżenia



Zdjęcia: A.Mirosz, Mińsk Maz, B.Szulecka Convatec

Krok 4: Dobór opatrunku

Stosowanie zaawansowanych opatrunków

* Większość niegojących się ran zawiera biofilm - opatrunek z substancjami antybiofilmowymi

* Ilość produktowanego wysięku powinna być kluczowym czynnikiem brany pod uwagę, ponieważ nadmierny poziom wysięku może sprzyjać rozprzestrzenianiu się biofilmu i zaburza proliferację komórek i gojenie się ran - opatrunek powinien pochłaniać i konieczne zatrzymywać wysięk, aby chronić otaczającą skórę.

Poprzednie kroki Higieny Rany usuwają bariery w gojeniu i pomagają osiągnąć maksimum efektywności opatrunkowi antybakteryjnemu.

Percival SL, Mayer D, Kirsner RS et al. Surfactants: Role in biofilm management and cellular behaviour. *Int Wound J* 2019;16(3):753–60.

Percival SL, McCarty SM, Lipsky B. Biofilms and wounds: an overview of evidence. *Adv Wound Care (New Rochelle)* 2015;4(7):373–381.

Autorzy Konensusu „Postępowanie z trudno gojącymi się ranami z wykorzystaniem strategii wczesnego zapobiegania tworzeniu się biofilmu: higiena rany”, opublikowanego przez *Journal of Wound Care*, są zgodni, że niektóre substancje antybakteryjne, stosowane w opatrunkach, mogą odgrywać ważną rolę w higienie rany, jako wsparcie w walce z biofilmem.

Ważne jest jednak odróżnienie środków przeciwbakteryjnych od środków antybiofilmowych, zawartych w opatrunkach.

Środki antybakteryjne zabijają bakterie planktoniczne (co może zapobiegać kolonizacji i tworzeniu się biofilmu),

Środki antybiofilmowe, mają na celu penetrację i rozbić samo biofilmu.

Murphy C, Atkin L, Swanson T, Tachi M, Tan YK, Vega de Ceniga M, Weir D, Wolcott R. International consensus document. Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: wound hygiene. *J Wound Care* 2020; 29(Suppl 3b):S1-28.

Moc dwóch technologii w jednym opatrunku wymierzona w biofilm

* Większe prawdopodobieństwo wystąpienia biofilmu zachodzi przy niedostatecznej kontroli wysięku.

* Połączone działanie technologii Hydrofiber™ i technologii WIĘCEJ NIŻ SREBRO™ umożliwia wchłonięcie i usunięcie wysięku (w tym MMPs), zniszczonej macierzy EPS oraz bakterii, aby kontrolować wilgotność rany i wspierać proces gojenia.

Porównując opatrunek AQUACEL™ Ag+ Extra™ i inne opatrunki zawierające tylko srebro: ACTICOAT™ 7 i SILVERCEL™ Non-Adherent

arsons D, Meredith K, Rowlands VJ, Short D, Metcalf DG, Bowler PG. Enhanced Performance and Mode of Action of a Novel Antibiofilm Hydrofiber® Wound Dressing. *Biomed Res Int*. 2016;2016:7616471.

Said J, Walker M, Parsons D, Stapleton P, Beezer AE, Gaisford S. An in-vitro test of the efficacy of an anti-biofilm wound dressing. *Int J Pharmaceutics*. 2014; 474: 177–181. DOI: 10.1016/j

Technologia WIĘCEJ NIŻ SREBRO™ zapewnia doskonałą skuteczność antybakteryjną

ROZPUSZCZA

BEC (benzethonium chloride) - surfaktant

NARUSZA

EDTA (ethylenediaminetetraacetic acid di-sodium salt)

- chelator metalu

NISZCZY

Srebro jonowe: szerokie spektrum działania

Bowler PG, Parsons, D. Combatting wound biofilm and recalcitrance with a novel antibiofilm Hydrofiber® wound dressing. *Wound Medicine* 14 (2016) 6–11

* W porównaniu do podobnych produktów antybakteryjnych

Opatrunki firmy ConvaTec w Technologii Hydrofiber™

Opatrunek pierwotny do ran ze średnim i dużym wysiękiem



Opatrunki z warstwą kontaktową wykonaną w Technologii Hydrofiber™



Na rany z umiarkowanym wysiękiem

Wchłanianie wertykalne/pionowe

Opatrunki w Technologii Hydrofiber™ Rodzina opatrunków AQUACEL® żelują się w miejscu, gdzie jest wysięk

Idealne połączenie



Zetknięcie pierwotnego i wtórnego opatrunku

Teoria wilgotnego gojenia ran

Wilgotne środowisko rany przyspiesza gojenie się ran zarówno ostrych, jak i przewlekłych oraz sprzyja rozwojowi nowej tkanki”.

“Równowaga wilgotności ma kluczowe znaczenie dla gojenia się ran”¹

Wybór odpowiedniego materiału opatrunkowego do opatrania wysięku z rany, pomaga uzyskać optymalne wilgotne środowisko gojenia.¹

Idealny opatrunek: utrzymuje wilgotne środowisko rany, ale nie powoduje maceracji, tak aby przyspieszyć gojenie się ran i poprawić jakość życia pacjentów.^{1,2}

¹ Okan D, Woo K, Ayello EA, Sibbald G. The role of moisture balance in wound healing. *Adv Skin Wound Care*. 2007;20:39–53.

² Chen WYJ, Rogers AA, Walker M, Waring M, Bowler PG, Bishop SM. A rethink of the complexity of chronic wounds – implications for treatment. *Eur Tissue Repair Soc Bull*. 2003;10(2,3):65–69. http://www.etsr.org/bulletin10_2/section10.htm. Accessed May 26, 2009.

Technologia wewnątrz

Opatrunek ConvaMax™ Superabsorber wchłania duże ilości wysięku do rdzenia superabsorbentu (SAP) (do 177g/100cm²), zamykając go z dala od rany i pomagając zachować integralność skóry.

ConvaMax™ Superabsorber, zachowuje jednak zdolność zatrzymywania płynów pod wpływem kompresji.¹

¹In-Vitro Performance Characteristics of™, WHRI6045 MS161, Data on file, ConvaTec.

Idealne połączenie dla ran z bardzo obfitym wysiękiem

Optymalnym opatrunkiem wtórnym w takim przypadku jest opatrunek z superabsorbentem



Pamiętaj, aby warstwa absorpcyjna obejmowała także margines zdrowej skóry wokół rany.



Zdjęcia archiwum ConvaTec

Rozwiązywanie problemów:
kiedy czas na zmianę opatrunku?

**Praktyczne rady:**

miejsca trudne do zaopatrzenia

dobór wielkości opatrunku

PRZEGLĄD PRZYPADKÓW

leczonych z zastosowaniem opatrunków convatec

Prezentacja przypadku: odleżyna II stopnia okolicy krzyżowo-lędźwiowej



Prezentacja przypadku: owrzodzenie podudzia prawego



MAGDALENA PIECHOTA

Sagi rodzinne lekarzy (3)

Z genami empatii i pracowitości

Trzy panie Gałgańskie są stomatologkami, mama, córka i synowa, Barbara, Joanna i Ada, ale medyków w rodzinie jest więcej.

Barbara Wierzbicka-Gałgańska (ur. 1946 w Czersku) ukończyła Akademię Medyczną (obecnie Uniwersytet Medyczny) w Poznaniu w 1970 roku, a 14 kwietnia 1981 roku uzyskała I stopień specjalizacji z chirurgii stomatologicznej. Córka, Joanna, ukończyła Akademię Medyczną w Poznaniu, jest chirurgiem szczękowym. Syn, Marcin, skończył Akademię Rolniczą w Poznaniu. Ada, synowa, skończyła stomatologię na Akademii Medycznej (obecnie Pomorski Uniwersytet Medyczny) w Szczecinie. Magda, córka Marcina i Ady, jest studentką IV roku Wydziału Lekarskiego na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie. Jej brat na razie jest licealistą, ale również bierze pod uwagę studia medyczne. Najmłodsza siostra, Nina, jest uczennicą podstawówki i nie ma jeszcze planów zawodowych.

Zaczęło się od dziadka

Dziadek pani Barbary, Czesław Reinke (ur. 7 stycznia 1887 w Józefowie k/Mogilna, zm. 10 lipca 1971) również był stomatologiem. Najprawdopodobniej ukończył szkołę dentystyczną w Hamburgu.

- Dziadka brat był burmistrzem w Barcinie – opowiada wnuczka – babcia, pierwsza żona dziadka Czesława, przeżyła się na balu i zmarła, zostawiając dziadka z pięciorgiem małych dzieci. Kuzynka, siostra przeorysza znalazła mu żonę. Była to wdowa, która trafiła do klasztoru za karę. Jej mąż kwatermistrz narobił długów i zastrzelił się. Ona dała dziadkowi cztery córki. Niestety, żadna nie przeżyła.

Zefiryn Reinke (1916-1991), syn Czesława, absolwent Akademii Medycznej w Poznaniu, został specjalistą w dziedzinie interny, neurologii i psychiatrii. Miał opinię omnibusa. Leczył m.in. chorych na Heinego-Medina w Szpitalu Miejskim im. Franciszka Raszei w Poznaniu. Zaczynał od stomatologii. Był po II roku, gdy wybuchła wojna. Poszedł wówczas do partyzantki w Górach Świętokrzyskich. Wal-

czył u boku swej przyszłej żony. Po wojnie skończył studia. Był lekarzem z powołania, bardzo oddany dzieciom, które leczył.

Ewa (ur. 1947), córka Zefiry, jest lekarzem neurologiem, pracowała do emerytury w Poznaniu.

Niezlomna

Blisko 70 lat po zakończeniu II wojny światowej podczas remontu budynku Urzędu Miejskiego w Szubinie znaleziony został dowód osobisty Apolonii Reinke. Muzeum w Szubinie dysponowało jedynym zdjęciem Apolonii, na którym stoi w grupie Polaków, którym odczytywano wyrok śmierci na krotko przed egzekucją na cmentarzu żydowskim. Nie wiadomo jak



Dowód Apolonii

to się stało, że dowód Apolonii znalazł się w budynku, w którym urzędował niemiecki starosta.

Jesienią 1939 roku hitlerowcy dokonywali masowych egzekucji na Polakach. Aresztowani Polacy więzieni byli w budynku Zakładu Wychowawczego. W tym czasie służbę w nim pełnił Polski Czerwony Krzyż, a w nim siostra PCK Apolonia Reinke, córka Teresy i Czesława Reinke, urodzona 5 września 1910 roku w Barcinie.

Jan Jankowski w „Swastyce nad Szubinem” wspomina:

„W dniu 6 września rano został w piwnicy szkolnej zastrzelony przez żołnierza polskiego pewien internowany hitlerowiec za próbę ucieczki”. Apolonia tylko trzymała w ręce klucze od piwnicy, ale oskarżona została o współudział.

„Apolonia Reinke została aresztowana 16 października 1939 r. Przewieziono ją



Opłatek seniorów 15 grudnia 2018

do obozu w Szubinie. Tam poddawano ją torturom. Zarzucano jej czynny udział w egzekucji na Niemcu w budynku szkolnym 6 września w Barcinie. Biciem próbowano skłonić ją do wydania polskiego żołnierza, który dokonał egzekucji. Wychowana w patriotycznej rodzinie do końca zachowała niezłomną postawę. Została rozstrzelana w grupie 10 osób 21 października o godz. 10 rano, a wiadomość o egzekucji rozplakatowano”¹

Od Barcina do Gorzowa

Jolanta Wierzbicka, de domo Reinke, (ur. 1914 w Barcinie, zm. 1997) skończyła szkołę handlową.

Władysław Wierzbicki był inżynierem budowy dróg i mostów, budował m.in. lotnisko w Lęborku. To rodzice pani Barbary – dobrzy, wrażliwi, ciepły ludzie, którzy dar empatii przekazali swojej córce, ukochanej jedynaczce.

- Szkołę podstawową kończyłam w Barcinie – wspomina pani Barbara – liceum ogólnokształcące w Kcyni, medycynę w Poznaniu.

- Pierwsza moja praca była na wsi, bo były tam bardzo dobre warunki finansowe – kontynuuje wspomnienia nasza bohaterka – pracowałam w Barcinie i w Dąbrowie pod Mogilnem. Druga moja praca była w Baczyńcu. Kilka lat tam przepracowałam, później przeszłam do Gorzowa. Tu pracowałam z doktor Skomoruchą. Ona była kierowniczką Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej. U niej robiłam specjalizację. Pracowałam też w przemysłowym ZOZ, w przychodni Przemysłówki. Stam-



Opłatek seniorów 11 grudnia 2021 roku

ąd w 1990 roku przeszłam na swoje. Prywatną praktykę miałam najpierw na Kołłątaja, później na Żwirowej, gdzie przyjmuję pacjentów już od ponad 30 lat.

Pani Barbara ma serce nie tylko dla swoich pacjentów, ale również dla zwierząt. Do swojego psa Bacy i kota Rudego odnosi się bardzo ciepło. Ma też rybki.

Jest wielką estetką. Nie tylko zawsze uderza eleganckim wyglądem i stylem bycia prawdziwej damy, ale również w domu pielęgnuje piękno. Interesuje się oryginalną porcelaną, obrazy, pamiątki rodzinne. Delikatność potrafi łączyć z dużą determinacją.

- Dziadek pracował do 81. roku życia, a ja muszę dziadka pokonać – zarzeka się.

Prawdziwa dama

W 1968 roku Barbara wyszła za mąż za Ludwika Gałgańskiego. Znali się z ogólniaka w Kcyni. Ludwik pochodzi z Wąsosz pod Szubinem. Skończył szkołę oficerską w Poznaniu. Był oficerem Wojska Polskiego, wybrał Gorzów, więc żona podążyła tu za nim. Gdy po wypadku wyszedł z wojska, skończył Politechnikę Szczecińską i



Anna Sidor i Barbara Wierzbicka-Gałgańska - opłatek seniorów 16 grudnia 2023

został dilerem samochodowym. Wybudował dom, warsztat, był przedstawicielem Volkswagena.

- Kulczyk mu pomógł – docenia pani Barbara – skończył ekonomię, znał się na silnikach wysokoprężnych. Dobrze było, póki był Kulczyk. Teraz syn prowadzi warsztat, jest trudniej.

Pani Barbara ciągle jeszcze wraz z córką prowadzi gabinet, pracuje, aktywnie działa w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gorzowie. Jest członkiem Okręgowej Rady Lekarskiej, wcześniej była rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej. Od lat prze-

wodniczy też Komisji Seniorów. To chyba najaktywniejsza grupa lekarzy w gorzowskiej OIL. Organizuje coroczne spotkania opłatkowe w okresie bożonarodzeniowym, święto ziemniaka, wycieczki do opery w Poznaniu, wyjścia do teatru czy filharmonii.

- Dla seniorów ta działalność mojej teściowej jest bardzo ważna – podkreśla Adriana Szczepańska-Gałgańska. - Często są to ludzie samotni, z niezbyt wysokimi emeryturami, więc te spotkania, wyjazdy czy wyjścia do teatru mają duże znaczenie w ich życiu. Moja Basia jest po prostu stworzona do takiej roli, jaką pełni w izbie lekarskiej. Tak, określenie dama bardzo do niej pasuje, rzeczywiście jest prawdziwą damą. Mam bardzo dobre relacje z teściową, bardzo ciepłe, chociaż nie od początku tak było. Wiem, że zawsze mogę na nią liczyć. Jest już moją jedyną mamą.

Składa połamane twarze

Joanna uważa, że jej życie nie jest jakieś nadzwyczajne, nie ma szczególnie o czym mówić. A jednak jest.

- Joanna jest znakomitym chirurgiem szczękowym – chwali szwagierkę pani Ada – wychowała całe pokolenie chirurgów stomatologicznych, jestem pełna uznania dla jej fachowości.

Nawet przypadkowo poznany taksówkarz potwierdza opinię, że pani doktor Gałgańska jest świetnym lekarzem. Wyrwanie ósemki w Wojewódzkiej Przychodni Chirurgii Stomatologicznej, której pani doktor szefuje, przebiegło szybko i bezboleśnie - zachwala.

Jednak nie to było marzeniem małej Joasi.





Joanna Gałgańska

- Najpierw chciałam być Indianinem – śmieje się – później kowbojem, jeszcze później komandosem, a na koniec chirurgiem. Chociaż lekarzem chciałam być chyba od zawsze.

Pod wpływem rodziny, która uważała, że chirurgia jest zbyt ciężkim zawodem dla dziewczyny, wybrała stomatologię. Wcale nie chciała być jak mama, chciała być inna, być lekarzem na własnych warunkach. Już od III roku studiów była związana z Oddziałem Klinicznym Chirurgii Szczękowo-Twarzowej w Poznaniu. Tam też zrobiła w 1997 roku specjalizację I stopnia z chirurgii stomatologicznej a w 2000 II stopnia z chirurgii szczękowo-twarzowej. Jednak wysokie kwalifikacje wcale jej nie ułatwiły życia zawodowego po powrocie do Gorzowa.

- Nikt mnie nie chciał, żaden oddział w szpitalu – wspomina. - Gdyby nie gigantyczne wsparcie doktora Piotra Gajewskiego, jego zespołu z chirurgii dziecięcej i pani Krystyny Skorb, szefowej bloku operacyjnego, to nie wiem jak by się to skończyło. W pewnym momencie bardzo intensywnie interesowałam się medycyną ratunkową, która wtedy dopiero raczkowała u nas.

Po około dwóch latach pracy w szpitalu uzyskała dla placówki ministerialną akredytację na szkolenie specjalizacyjne chirurgów stomatologicznych Ośmiu specjalistów wyszło spod jej ręki, szkolących się u niej lekarzy było więcej lecz nie wszyscy zakończyli ten proces sukcesem. W północnej części województwa jest jedynym specjalistą, który składa ludziom po wypadkach twarze, zespala połamane kości szczęki czy żuchwy.

Poza pracą pani Joanna ma wiele pasji. Żartuje, że ma zespół niespokojnych rąk, więc chwyta wszystko, co te ręce zajmuje. Szydełkuje, robi na drutach, wyplata makramy – każda rzecz jest przepięknym rękodziełem. Inną jej pasją jest ogród potrafi o nim długo opowiadać, o tym jak założyli z mężem nawadnianie kroplujące, jakie korzyści z tego mają rośliny, jak borówki amerykańskie podlewa wodą z ekspresu do kawy, jak hoduje 15 gatunków pomidorów, jak kompostuje pokrzywy czy żywakost, bo naturalny kompost to czarne złoto ogrodnika.

Kiedy po 16 latach zmarł jej kot, ciężko przeżywała żałobę. Wówczas bratowa, pani Ada, namówiła ją, żeby wzięła dwa koty, których pewna rodzina musiała się pozbyć ze względu na alergię dziecka. Tymon i Zuza to dwa brytyjskie krótkowłose koty. Pupile pani Joanny i jej męża.

Kolejne pokolenia



Adriana Szczepańska-Gałgańska

Ada, podobnie jak Joanna absolwentka I LO w Gorzowie, posiadaczka trzech fakultetów jest prawdziwą siłaczką. Skończyła agroturystykę z biologią i hodowlą zwierząt na Akademii Rolniczej w Poznaniu, pedagogikę na UAM i wreszcie stomatologię na Akademii Medycznej w Szczecinie. Wybrała Szczecin, bo był najbliższy, a miała już dwuletnią Magdę, gdy zaczynała te ostatnie studia. Sama się dziwi jak to było możliwe.

- Był to dla mnie bardzo trudny czas, ale – podkreśla - dzięki wsparciu męża, rodziców i teściów jakoś dałam radę.

Pracuje razem z trzema innymi stomatolożkami: Agatą Walkowiak-Śliziuk, Edytą Piątek i Joanną Szatkowską. Adriana jest specjalistą periodontologii – leczy choroby przyzębia i błony śluzowej, wstawia implanty, a hobbystycznie rysuje.

Niegdyś jeździła konno, skakała przez przeszkody, brała udział w zawodach, ale po wypadku samochodowym musiała pożegnać się z tym sportem. Jej marzeniem była weterynaria, nawet dostała się na ten kierunek we Wrocławiu i jednocześnie na stomatologię do Szczecina. Wybrała Szczecin, bo był bliżej, ale przyznaje, że po dwóch miesiącach studiowania stomatologii wiedziała już, że to jest właśnie to, co powinna robić, że powinna zajmować się ludźmi, nie zwierzętami. Choć sentyment do zwierząt pozostał – w domu są dwa koty, pies, dwa króliki i rybki.



Magda Gałgańska

Magda od małego mówiła, że zostanie lekarzem, żeby pomagać ludziom. Dostała się i na kierunek lekarski, i na stomatologię. Wybrała to drugie. Skończyła rok stomatologii i doszła do wniosku, że jednak woli kierunek lekarski.

Mama podkreśla, że nie wpływała na wybory córki, nie ukierunkowywała jej. Zależy jej, żeby dzieci samodzielnie podejmowały decyzje.

DOROTA FRĄTCZAK

¹<https://expressbydgoski.pl/do-konca-zachowala-godna-postawe/ar/11204210>(dostęp 8.05.2024)

Wspominamy tych, którzy odeszli



AGATA CZARNYWOJTEK

Agata Czarnywojtek dr hab. n. med., specjalista chorób wewnętrznych, endokrynologii i medycyny nuklearnej. Urodziła się 17 kwietnia 1969 roku w Gorzowie. Ukończyła Akademię Medyczną w Poznaniu (obecnie Uniwersytet Medyczny), 2 października 1995 roku uzyskała tytuł lekarza. 20 maja 1999 roku zdobyła I stopień specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych, a 24 marca 2003 roku II stopień specjalizacji. 18 kwietnia 2007 roku została specjalistą w dziedzinie endokrynologii, zaś 11 kwietnia 2014 roku w dziedzinie medycyny nuklearnej. 6 grudnia 2000 roku otrzymała tytuł doktora nauk medycznych, 17 stycznia 2018 roku została doktorem habilitowanym. Na trzecią dekadę marca 2024 roku planowane było nadanie Jej tytułu profesora Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Pani doktor nie doczekała tego momentu. Zmarła 21 marca 2024 roku.

Rodzina naukowców

- Chcę do mamy – to były ostatnie słowa Agatki – wspomina jej ojciec, dr Tadeusz Szczurek, pogrążony w niewyobrażalnej rozpacz. Kilka lat temu odeszła jego żona, mama Agatki. Już to odebrało wdowcowi całą radość życia. Myśl o dzieciach trzymała go przy życiu. Był dumny zarówno z córki, jak i syna, który również został naukowcem; dr hab. Przemysław Szczurek jest profesorem Uniwersytetu Wrocławskiego w Zakładzie Filologii Indyjskiej. Ojciec tych wybitnych naukowców, sam też parał się takim zajęciem jako archeolog, muzealnik, wybitny numizmatyk.

Póki pani doktor była zdrowa, troszczyła się o ojca. Martwiła się, gdy widziała jego nienajlepsze samopoczucie.

- Lubiła przyjeżdżać do Jenina – podkreślał pan Tadeusz, kiedy córka chorowała, ale jeszcze żyła – lubiła panującą tu ciszę i spokój, kontakt z przyrodą. Jeszcze miesiąc przed odejściem ćwiczyła Gershwiną. Skończyła tylko podstawową szkołę muzyczną, ale lubiła grać.

Powitanie

Agata Czarnywojtek, de domo Szczurek, podobnie jak ja, była absolwentką I LO w Gorzowie. Po skończeniu studiów została w Poznaniu, ale z Gorzowem nadal utrzymywała kontakt. Przyjmowała pacjentów w Przychodni NZOZ Hipokrates. Byłam Jej pacjentką. Potrafiła udzielić porady medycznej przez telefon, żeby niepotrzebnie mnie nie fetygować. - Proszę mi tylko podać aktualne TSH – prosiła i znając wynik, ordynowała odpowiednią dawkę leku.

Podczas każdej wizyty, poza tematyką medyczną, trochę czasu poświęcałyśmy kulturze, wymianie opinii o książkach, które akurat czytałyśmy, o filmach czy spektaklach, które nas zafascynowały.

Pacjentką dr Agaty Czarnywojtek zrobiłam też moją mamę w sierpniu 2020 roku. Panowała pandemia. Pani doktor otworzyła drzwi gabinetu, zapraszając nas do środka. Przepraszyła, że nie podaje ręki na powitanie, jak to ma w zwyczaju, ale z powodu obostrzeń epidemicznych musiała zrezygnować z tego gestu. Moja mama miała wówczas 91 lat. Pani doktor aż nie mogła uwierzyć, że osoba w tak zaawansowanym wieku samodzielnie się porusza i tak dobrze wygląda. Zapytała:

- Czy mogę sobie zrobić z panią selfie? Będę się chwalić, że mam pacjentkę, która tak świetnie się trzyma po dziewięćdziesiątce.

Oczywiście mama przystała na zrobienie zdjęcia, krygując się jak zwykle, że nie jest fotogeniczna. Po wyjściu z gabinetu powiedziała: - Jeszcze się nie spotkałam z tak miłym traktowaniem pacjenta przez lekarza.

DOROTA FRĄTCZAK

Była naszym człowiekiem

Przyjmujemy z bólem wiadomość o śmierci wybitnej lekarki.

Agata zrobiła karierę. Ruszyła z naszego małego, gorzowskiego podwórka do wielkiego świata, który poznał się na Jej geniuszu.

I LO w Gorzowie może być dumne, że zaszczyliła je zrobieniem tam matury, a jej kontakty zarówno z nauczycielami, jak i bliższymi i dalszymi kolegami trwały przez lata.

Agata lubiła bycie lekarzem i bycie pomocną, pozwalała czuć, że jest nasza – miejscowa - gorzowska, lubuska.

Choć jej prace naukowe były wybitne i nagradzane na arenie ogólnopolskiej i europejskiej pozostała lekarzem praktykiem, chętnie przejmowała od nas, gorzowskich lekarzy, brzemień zajmowania się trudniejszymi pacjentami, interesowała się sytuacją w medycynie gorzowskiej i - co tu gadać - była naszym człowiekiem w Poznaniu.

Rozbrajająca była jej bezproblemowość i oczywista gotowość do pomocy i współpracy.

Genialna lekarka, fanka muzyki i opery, podróżniczka, wesoła i optymistyczna kobieta przegrała z powodu niemocy medycyny.

ROMAN KOŁODZIEJCZAK

siepomaga

W kosztowne leczenie i rehabilitację rodzina wkładała wszystkie pieniądze. W internecie na stronie fundacji siepomaga prowadzona była zbiórka pieniędzy na rzecz pani doktor. Po pierwszym rzucie choroby błyskawicznie zebrana została potrzebna kwota. Zrzucali się znajomi, przyjaciele, koleżanki i koledzy z pracy oraz uwielbiający ją studenci i pacjenci. Na stronie mogli przeczytać informację:

„Leczenie glejaka metodą immunoterapii w Kolonii, dojazd, pobyt. Nowotwór złośliwy lewej półkuli mózgu.

Agata jako lekarz od blisko 30 lat pomaga innym, ratując życie swoim pacjentom. Teraz sama potrzebuje pomocy, żeby walczyć z glejakiem wielopostaciowym IV stopnia. Prosimy bardzo o wsparcie, bo jedyna szansa na walkę z nowotworem czeka za granicą, a koszty leczenia będą gigantyczne!

Agata – matka, córka, siostra, przyjaciółka, koleżanka – jest niezwykle aktywną lekarzką z trzema specjalizacjami (endokrynologia, interna, medycyna nuklearna), jest także wykładowcą akademickim. Sama wychowuje pełnoletniego już syna. Przez całe życie stara się łączyć swoje życie zawodowe z życiem rodzinnym i realizacją swoich pasji, głównie muzycznych. Jak grom z jasnego nieba spadła jednak i na nią, i na nas, jej bliskich, wiadomość o jej ciężkiej chorobie nowotworu mózgu – glejaku płata skroniowego.

Nadzieją na leczenie po operacji usunięcia guza mózgu jest dla niej terapia immunologiczna, którą prowadzi klinika w Kolonii. Jest to jednak niezwykle droga terapia – jej koszt wstępnie szacowany jest na około 70 tysięcy euro, jednak koszty leczenia mogą być znacznie wyższe”.

I były. Jednak dzięki zebranym pieniądzązom pani doktor została wyleczona. 2 października 2022 roku napisała na FB: „Powinnam już nie żyć, a wróciłam do pięknego życia (choć czasami bardzo trudnego) oraz do mojej ukochanej pracy”. Niestety nastąpił nawrót choroby.



Nekrolog

„Wybitnie zaangażowany dydaktyk i naukowiec. Była osobą niezwykle pracowitą i pogodną, obdarzoną licznymi talentami. Zawsze będziemy pamiętać Jej dobry humor, pozytywną energię, entuzjizm oraz życzliwość wobec kolegów, studentów i pacjentów.”

Nekrolog z wyrazami współczucia rodzinie w „Głosie Wielkopolskim” zamieścili:

Koleżanki i Koledzy
z Kliniki Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego w Poznaniu

Ostatnie pożegnanie

„Z głębokim żalem zawiadamiamy, iż w dniu 21 marca 2024 roku odeszła nasza niesłuchanie dzielna Koleżanka

śp. dr hab. n. med. Agata Czarnywojtek,

specjalista chorób wewnętrznych, endokrynologii i medycyny nuklearnej. Wybitnie zaangażowany Dydaktyk i Naukowiec. Była Osobą niezwykle pracowitą i pogodną, obdarzoną licznymi talentami. Zawsze będziemy pamiętać Jej dobry humor, pozytywną energię, entuzjizm oraz życzliwość wobec kolegów, studentów i pacjentów.

Rodzinie składamy wyrazy szczerego współczucia.

Rektor, Senat,
Dziekani, Rady Wydziałów,
Kancelarze Kolegiów Nauk,
Zarząd Uczelni,
społeczność akademicka,
Koleżanki i Koledzy z Katedry i Kliniki Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych
oraz Katedry i Zakładu Farmakologii
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
(pisownia oryginalna)

Płacz na Facebooku

„Dnia 21.03.2024 roku odeszła do wieczności ś.p. dr hab. Agata Czarnywojtek. Uroczystości pogrzebowe odbędą się w środę 27 marca o godzinie 14 w Ząbkowicach Śląskich w Parafii pw. św. Anny. Dla osób chcących pożegnać ś.p. Panią Profesor odbędzie się również msza w Poznaniu w poniedziałek 25 marca o godzinie 18 w kościele pw. Świętej Rodziny przy ulicy Promienistej 131”.

Kasia Kozłowska

Agacia, kochana kuzyneczko zostawiłaś po sobie wiele pięknych wspomnień - serce złamane, głowa nie pojmuje dlaczego tak szybko od nas odeszłaś i żal, smutek nie do opisanania, ból w sercu i pustka. Pozostaniesz w naszych sercach na zawsze, a na zdjęciach zostaną tylko wspomnienia z dzieciństwa i naszych wspólnych dni razem. Spoczywaj w spokoju razem z cicią po drugiej stronie tego świata

Dorota Jabłońska

„Pokój Ci wieczny w cichej krainie, gdzie ból nie sięga, gdzie łza nie płynie, gdzie słyszysz Boga głos serdeczny. Pokój Ci wieczny”.

Natalia Szarata

Ty wariatko, ty nieprzewidywalna pogodynko, ty niepojęty w swojej naturze bycie, pozostawiłaś po sobie mnóstwo wspomnień, mnóstwo uśmiechu i radości życia, tak bardzo chciałaś wygrać a my wszyscy za tobą w tym marszu byliśmy do końca, będziemy się do ciebie uśmiechać nieustannie już zawsze. Obiecałaś tydzień temu, że poczekaś na mnie ... ale pewnie wiedziałaś, co robisz.

Monika Listowska

Agatko, dziś zakończyłaś koncert swojego ziemskiego życia. Gdziekolwiek się pojawiałaś emanowała od Ciebie pozytywna moc docierania do umysłów i serc. Dziękuję za wszystkie rozmowy, porady i wspólnie śpiewane piosenki. Smutno i pusto będzie w Jeninie bez Ciebie.



MARIA DUCHNOWSKA

Maria Duchnowska, z domu Motylewska, urodziła się 22 kwietnia 1952 roku w Poznaniu. Po odbyciu studiów na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu w latach 1970- 1976, 6 września 1976 roku uzyskała tytuł lekarza. Od 1 listopada 1976 do 31 października 1977 roku odbyła staż w ZOZ w Poznaniu. Od 1 stycznia 1978 roku do 31 grudnia 1983 roku pracowała w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Gorzowie Wlkp. jako młodszy asystent a następnie asystent. 22 października 1981 roku uzyskała pierwszy stopień specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych. Od 1 stycznia 1984 do 31 stycznia 1998 pracowała w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej w Gorzowie Wlkp. 31 maja 1988 roku uzyskała tytuł specjalisty w zakresie chorób płuc. Od 1 lutego 1998 do 1 stycznia 2018 roku pracowała w Miejskim Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Osiedle Staszica” Zespoła Praktyka Lekarska. 15 listopada 2002 roku uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie medycyna rodzinna. Była lekarzem życzliwym, wyrozumiałym, pełnym cierpliwości wobec pacjentów. Zmarła 15 marca 2024 roku.

BOGUMIŁA TUROS-DEJNOWICZ



JERZY MICKIEWICZ

Jerzy Mickiewicz urodził się 12 maja 1935 roku w Wilnie. Szkołę podstawową ukończył w Szamotułach, zaś liceum ogólnokształcące w Poznaniu. W latach 1954-1957 uczęszczał do Państwowego Liceum Felczerskiego w Gorzowie Wlkp, które ukończył w roku 1957 otrzymując dyplom felczera medycyny. Od 1 września 1957 do 28 lutego 1959 roku pracował w Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Kostrzynie n/Odrą w charakterze felczera. Od 1 maja 1958 roku do 15 października 1962 roku pracował w Przychodni Obwodowej w Gorzowie Wlkp. w higienie szkolnej jako felczer. Od 1 maja 1959 roku do 9 października 1962 roku pracował w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Gorzowie Wlkp. w charakterze felczera.

Po odbyciu w latach 1962-1968 studiów na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu, 11 czerwca 1968 roku uzyskał tytuł lekarza.

Od 1 sierpnia 1968 do 31 lipca 1969 pracował w Szpitalu Miejskim w Gorzowie i od 1 sierpnia 1968 do 31 stycznia 1972 w Przychodni Obwodowej. Od 1 lutego 1972 roku do 31 sierpnia 1997 pracował w Przemysłowym Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Gorzowie Wlkp. 20 października 1975 roku uzyskał pierwszy stopień specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych. 2 listopada 1978 roku uzyskał tytuł lekarza specjalisty w zakresie medycyny przemysłowej. Od 1 września 1997 roku do 30 czerwca 1998 roku pracował jako lekarz orzecznik w ZUS w Gorzowie Wlkp. Od 1 lipca 1998 roku pracował w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy.

Był lekarzem zdyscyplinowanym, sumiennym, koleżeńskim. Serdecznym w stosunku do pacjentów. Zmarł 18 stycznia 2024 roku.

BOGUMIŁA TUROS-DEJNOWICZ

Konferencja on-line

Krajowe Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia pragnie zaprosić lekarzy do udziału w **XV Ogólnopolskiej Konferencji „Promieniowanie Jonizujące w Medycynie” PJOMED 2024**, która odbędzie się w dniach 3-4 czerwca 2024 r. w formie hybrydowej – on-line na platformie internetowej oraz stacjonarnie w Centrum Dydaktyczno-Konferencyjnym Instytutu Europejskiego w Łodzi, ul. Piotrkowska 258/260.

Tegoroczna edycja poświęcona będzie zagadnieniom dotyczącym procedur radiologicznych, szczególnie istotnych z punktu widzenia ochrony radiologicznej pacjenta, przede wszystkim z obszaru radioterapii i radiologii zabiegowej.

Uczestnicy Konferencji otrzymują punkty edukacyjne zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku

doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów (t. jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 464). Udział w Konferencji umożliwi również uzyskanie 5 punktów szkoleniowych w ramach obowiązku podnoszenia kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta zgodnie z art. 33n ust. 4 pkt 3 ustawy – Prawo atomowe (t. jedn. Dz. U. z 2023 r., poz. 1173).

Rejestracja na Konferencję odbywa się wyłącznie drogą elektroniczną poprzez wypełnienie formularza zgłoszeniowego. Szczegóły dotyczące rejestracji, link do formularza zgłoszeniowego, opis wydarzenia oraz program Konferencji dostępne są na stronie: <https://www.kcor.gov.pl/pjomed-2024>.



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, dorotaf7@wp.pl

Skład i łamanie: Barbara Rynkiewicz

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