



XIII KONGRES
POLSKIEGO
TOWARZYSTWA
MEDYCYNY
RODZINNEJ

WROCŁAW | 18–20 października 2024

**PREZENTACJA
PRAC NAUKOWYCH**

Spis treści

„Muszę przyjąć zdanie lekarza jako jedyne właściwe. Moje obawy są nieważne”. O roli lekarzy w procesie szczepienia dziecka.....	5
Sandra Janiak, Elwira Piszczek, Krzysztof Buczkowski	
Badanie motywacji zawodowych przyszłych lekarzy w kontekście redukcji zjawiska pustyni medycznych.....	6
Magdalena Bogdan, Aneta Nitsch-Osuch, Artur Prusaczyk, Sabina Karczmarz, Joanna Oberska	
Czy na pewno wiemy, jak pacjenci się leczą? Kompetencje komunikacyjne personelu medycznego w rozmowach o leczeniu niemedycznym.....	7
Anna Rosada, Antonina Doroszevska, Dominika Saad	
Diagnostyka LEAD w podstawowej opiece zdrowotnej – trafność badania podmiotowego i fizykalnego w odniesieniu do pomiaru ABI	8
Aleksandra Danieluk, Anna Kamieńska, Marta Maria Niwińska, Sławomir Chlabcz	
Komunikacja lekarz–pacjent. Komunikacja z pacjentem terminalnym i jego rodziną – aspekty pomiędzy prawem, etyką zawodową a praktyką	9
Angelika Ludwiczak, Angelika Krawcewicz	
Leczenie tirzepatydem pacjentów w wieku ≥ 65 lat, z BMI < 30 kg/m ² . Analiza <i>post hoc</i> badań SURPASS-2 do -5.....	10
John Wilding, Neda Rasouli, Anita Kwan, Jim Paik, Minzhi Liu, Jennifer Peleshok, Anna Hejnowicz-Winiarska	
Lekarz jako „druga ofiara” – analiza postaw młodych lekarzy.....	11
Iwona Wrześniewska-Wal	
Nieprawidłowości elektrokardiogramu wśród pacjentów praktyki lekarza rodzinnego	12
Ireneusz Szymczyk, Błażej Kusz, Patrycja Morańda, Hanna Kalarus	
Ocena jakości życia i kontroli astmy u pacjentów uczestniczących w programie „Asthma pod kontrolą” realizowanym w systemie opieki koordynowanej	13
Anna Ciuraj-Lewandowska, Agnieszka Moszczyński, Alicja Szafrańska, Aleksandra Szopa	
Ocena rozpoznawania nieprawidłowości elektrokardiogramu przez studentów szóstego roku Wydziału Nauk Medycznych.....	14
Ireneusz Szymczyk, Anna Gołębiwska, Łukasz Gładysz, Aleksandra Janczewska	
Opis serii przypadków tularemii z obszaru endemicznego na terenie powiatu hajnowskiego	15
Angelika Maksimiuk, Sambor Grygorczuk	
Prawie-normoglikemia i możliwość odstawienia lub redukcji dawki insuliny indukowane przez tirzepatyd u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych insuliną bazową	16
Julio Rosenstock, Santiago Tofe, Carol Wysham, Vivian T. Thieu, Jacek Kiljanski, Clare Lee, Hui Wang, Hiren Patel, Katarzyna Ossowska	

Problematyka przemocy interpersonalnej w gabinecie lekarza rodzinnego w ujęciu medyczno-sądowym.....	17
Bartosz Burchardt, Klaudia Dolińska-Kaczmarek, Szymon Rzepczyk, Czesław Żaba	
Projekcja zapotrzebowania i liczby lekarzy rodzinnych w Polsce do 2040 roku.....	18
Anna Krawczyk, Magdalena Bogdan	
Przydatność diagnostyczna badań galektyny 3 (Gal-3) i galektyny 9 (Gal-9) jako nowych markerów nowotworowych w diagnostyce chorych na raka piersi.....	19
Sławomir Ławicki, Aleksandra Kicman, Michał Ławicki, Paweł Ławicki, Ewa Gacuta	
Rola AI w pracy lekarza rodzinnego – szanse i bariery	20
Jakub Magdziarz Ibrahim-El-Nur, Artur Prusaczyk, Sabina Karczmarz, Anna Kordowska, Aneta Nitsch-Osuch, Magdalena Bogdan	
Rola 24-godzinnego badania EKG metodą Holtera w ścieżce kardiologicznej w opiece koordynowanej – analiza przypadków.....	21
Tomasz Jurasz, Maria Czajka, Małgorzata Gilowska, Teresa Pardela-Gilowska	
Rola mańinwazyjnej terapii iniekcyjnej w przebiegu patologii narządu ruchu w praktyce lekarza POZ.....	22
Kamil Koszela	
Rozpowszechnienie przewlekłej choroby nerek wśród pacjentów z czynnikami ryzyka w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce	23
Alicja Jazienicka, Mateusz Babicki, Magdalena Krajewska, Andrzej Oko, Karolina Kłoda, Aleksander Biesiada, Agnieszka Mastalerz-Migas	
Różnica pomiędzy LDL-C obliczonym a zmierzonym – znaczenie w codziennej praktyce	24
Jakub Rzeszuto	
Różnice w skuteczności tirzepatytu w redukcji masy ciała u dorosłych z i bez cukrzycy typu 2 i z nadwagą lub otyłością w badaniach SURMOUNT-1 i -2.....	25
Rodolfo J. Galin, W. Timothy Garvey, Lisa M. Neff, Adam Stefanski, Dachuang Cao, Clare J. Lee, Izabela Filipczyńska	
USG tarczycy w praktyce lekarza rodzinnego – analiza przypadków, nowe możliwości dzięki opiece koordynowanej.....	26
Ewa Szczepanik-Barczewska, Maria Barczewska, Justyna Rusek, Alicja Kordalska-Loc	
Wpływ otyłości na występowanie płaskostopia u pacjentów leczonych w Poradni Leczenia Wad Postawy	27
Bronisława Skrzep-Poloczek, Kazimierz Kukła, Jakub Poloczek, Marzena Głowa, Wojciech Gębski, Dominika Stygar	
Wpływ rodzaju leczenia żywieniowego w OZT na przebieg choroby	28
Joanna Herbin, Dagmara Bogdanowska-Charkiewicz, Diana Ignatiuk, Stefania Antonowicz, Krzysztof Kurek	
Wpływ zaburzeń osmolalności na parametry ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentów dializowanych	29
Kamila Bottuć-Dziugiet	
Współpraca lekarza i farmaceuty – praktyczne aspekty opieki farmaceutycznej.....	30
Joanna Oberska, Paweł Żuk, Joanna Siennicka, Jolanta Pankowska, Aneta Nitsch-Osuch, Magdalena Bogdan	
Znaczenie ścieżki endokrynologicznej w opiece koordynowanej – analiza przypadków	31
Tomasz Jurasz, Dominika Kolber-Mizera, Halina Jabłońska, Teresa Pardela-Gilowska	

„Muszę przyjąć zdanie lekarza jako jedyne właściwe. Moje obawy są nieważne”. O roli lekarzy w procesie szczepienia dziecka

Sandra Janiak¹, Elwira Piszczek², Krzysztof Buczkowski¹

¹Katedra Medycyny Rodzinnej, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Instytut Socjologii, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

WSTĘP: Postawy rodziców wobec szczepień ochronnych są istotnym elementem wpływającym na status wyszczepienia. To oni są decydentami w kwestii szczepienia siebie oraz swoich dzieci. Badania wskazują, że postawa personelu medycznego, przede wszystkim lekarzy, jest kluczowym czynnikiem budującym pozytywną postawę rodziców wobec szczepienia dziecka. Celem wystąpienia jest uszczegółowienie kwestii związanych z oczekiwaniami rodziców wobec lekarzy kwalifikujących do szczepień.

MATERIAŁ I METODY: Przeprowadziliśmy 33 częściowo ustrukturyzowane wywiady z rodzicami, którzy mieli wątpliwości lub odmówili szczepienia swoich dzieci. Rozmowy zostały nagrane, transkrybowane i poddane analizie jakościowej.

WYNIKI: Rodzice, którzy mają wątpliwości dotyczące szczepienia dzieci, często czują się niezrozumiani i źle traktowani przez lekarzy. Opisują badania kwalifikacyjne jako pobieżne, taśmowe. Oczekują indywidualnego podejścia do swojego dziecka. Podkreślają, że lekarze ignorują ich obserwacje, które dotyczą

niepokojących zachowań występujących u dzieci po szczepieniach. Czują się pozostawieni sami sobie w przypadku wystąpienia NOP. Zauważają, że lekarze często prezentują odmienne stanowiska dotyczące kwestii szczepień. Rodzice mają większe zaufanie do lekarzy „wąskich” specjalizacji niż specjalistów medycyny rodzinnej. Z uwagi na brak rekomendacji lub odradzenie szczepienia przez lekarza część z nich nie zdecydowała się na szczepienie dziecka.

WNIOSKI: Przedstawiciele ochrony zdrowia są bardziej skuteczni, gdy dzielą się wiedzą w sposób bezosądowy i nienastawiony. Istotny jest fakt, że kiedy wobec obaw rodziców działają z wyczuciem i są empatyczni, osiągają zamierzone cele. Połączenie przystępnie przekazanej wiedzy z rzetelnym badaniem kwalifikacyjnym przyczyni się do zwiększenia zaufania rodziców do szczepień ochronnych ich dzieci.

SŁOWA KLUCZOWE: wątpliwości wobec szczepień, szczepienia wieku dziecięcego, rodzice, lekarze.

Badanie motywacji zawodowych przyszłych lekarzy w kontekście redukcji zjawiska pustyni medycznych

Magdalena Bogdan¹, Aneta Nitsch-Osuch¹, Artur Prusaczyk², Sabina Karczmarz², Joanna Oberska¹

¹Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Centrum Medyczno-Diagnostyczne w Siedlcach

WSTĘP: W kontekście starzenia się społeczeństw i urbanizacji wiele krajów europejskich stoi przed wyzwaniem, jakim jest zapewnienie dostępu do odpowiednich usług medycznych dla wszystkich, a w szczególności dla osób mieszkających na obszarach wiejskich i oddalonych. Niedobory lekarzy pierwszego kontaktu, opieki specjalistycznej i doraźnej prowadzą do rozwoju zjawiska pustyni medycznych (*medical deserts*), czyli regionów, w których ludność ma niewystarczający dostęp do opieki zdrowotnej.

MATERIAŁ I METODY: Przedmiotem badania były czynniki i motywy wyboru ścieżki zawodowej przyszłych lekarzy w kontekście ich alokacji w systemie ochrony zdrowia. Na potrzeby badania opracowano koncepcyjny model badawczy, który obejmował procedury analizy i wnioskowania. Badanie ilościowe z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety przeprowadzono wśród studentów I, III i VI roku kierunku lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W badaniu wzięło udział 434 respondentów.

WYNIKI: W ramach otrzymanych wyników wyodrębniono poniższe obszary związane z czynnikami i motywatorami wyboru

ścieżki zawodowej przyszłych lekarzy: powody wyboru studiów na kierunku lekarskim, preferowane zarobki i specjalizacje lekarskie, aktywności podejmowane w czasie studiów, preferowana lokalizacja i forma pracy.

WNIOSKI: Wybory ścieżki kariery podejmowane przez studentów kierunku lekarskiego mają istotny wpływ na dystrybucję pracowników medycznych w Polsce w dłuższej perspektywie czasowej. Określenie czynników kształtujących te wybory i motywacji studentów, pozwoli na ich przewidywanie oraz docelowe wpływanie na nie. W konsekwencji możliwe będzie skuteczniejsze zarządzanie zasobami kadrowymi w sektorze zdrowotnym oraz dostępnością opieki, szczególnie w ramach tzw. pustyni medycznych. Zakłada się, że w wyniku realizacji badania możliwe będzie sformułowanie propozycji optymalizacji systemu kształcenia i zarządzania kadrami medycznymi poprzez wprowadzenie motywatorów adresowanych do przyszłych lekarzy.

SŁOWA KLUCZOWE: pustynie medyczne, studenci kierunku lekarskiego, alokacja personelu medycznego, postawy zawodowe.

Czy na pewno wiemy, jak pacjenci się leczą? Kompetencje komunikacyjne personelu medycznego w rozmowach o leczeniu niemedycznym

Anna Rosada, Antonina Doroszevska, Dominika Saad

Studium Komunikacji Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

WSTĘP: Leczenie niemedyczne to metody stosowane przez pacjentów w celu poprawy swojego zdrowia, które nie są zalecane przez personel medyczny (też: medycyna alternatywna, komplementarna). Źródła wskazują, że między 24% a 72% pacjentów stosuje leczenie niemedyczne. Temat ten rzadko pojawia się w trakcie rozmów dotyczących stosowanych przez pacjentów metod. Celem badania było poznanie samooceny pracowników ochrony zdrowia w zakresie umiejętności rozmawiania z pacjentami na temat stosowanych przez nich niemedycznych metod.

MATERIAŁ I METODY: Próbę badaną stanowiły 274 osoby, w tym studenci i absolwenci kierunków medycznych. Narzędziem badawczym była elektroniczna ankieta, którą udostępniono w mediach społecznościowych w grupach zrzeszających studentów i absolwentów uczelni medycznych. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Na realizację badania uzyskano zgodę komisji bioetycznej. W analizie danych wykorzystano statystykę opisową, analizę normalności rozkładu testami Shapiro-Wilka oraz Kołmogorowa-Smirnowa, współczynnik korelacji rang Spearmana.

WYNIKI: Wykryto silne pozytywne korelacje między poczuciem kompetencji w prowadzeniu rozmów z pacjentami na temat leczenia niemedycznego a wiedzą ankietowanego o działaniu poszczególnych metod ($\rho = 0,418, p < 0,001$), ich bezpieczeństwie ($\rho = 0,474, p < 0,001$) oraz skuteczności ($\rho = 0,439, p < 0,001$). Wykazano słabe korelacje między poczuciem kompetencji komunikacyjnej w opisywanym kontekście a ukończeniem studiów oraz stanem emocjonalnym profesjonalisty podczas interakcji z pacjentem, który stosuje omawiane terapie. Głównymi powodami poczucia niewystarczającego przygotowania do rozmów o leczeniu niemedycznym były niewystarczająca wiedza o metodach oraz niedostateczne umiejętności komunikacyjne.

WNIOSKI: Edukacja o naukowych podstawach metod z obszaru leczenia niemedycznego oraz doskonalenie umiejętności komunikacyjnych mogą wpłynąć na częstość podejmowanego z pacjentami dialogu na temat używanych przez nich metod terapeutycznych, zwiększając bezpieczeństwo pacjentów.

SŁOWA KLUCZOWE: komunikacja, leczenie niemedyczne, alternatywna medycyna.

Diagnostyka LEAD w podstawowej opiece zdrowotnej – trafność badania podmiotowego i fizykalnego w odniesieniu do pomiaru ABI

Aleksandra Danieluk, Anna Kamieńska, Marta Maria Niwińska, Sławomir Chłabcz

Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP: Choroba tętnic kończyn dolnych (LEAD) jest rozpowszechnioną, szczególnie w krajach rozwiniętych, chorobą o podłożu miażdżycowym. Może wywoływać chromanie przestankowe, ale również niespecyficzne objawy, lub być całkowicie bezobjawowa. U pacjentów z LEAD, również bezobjawowych, występuje podwyższone ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. Dlatego istotne jest postawienie diagnozy wcześniej, aby wdrożyć leczenie i profilaktykę chorób sercowo-naczyniowych. Przeprowadzone badanie miało na celu ocenę rozpowszechnienia LEAD w populacji pacjentów poradni lekarza rodzinnego oraz trafności badania podmiotowego i fizykalnego w diagnostyce LEAD w gabinecie lekarza rodzinnego w odniesieniu do pomiaru ABI metodą Dopplera.

MATERIAŁ I METODY: Badanie przeprowadzono w populacji pacjentów poradni lekarza rodzinnego po 50. roku życia. Zebrano wywiad dotyczący chorób przewlekłych oraz typowych objawów LEAD (na podstawie Kwestionariusza Edynburskiego). Przeprowadzono badanie fizykalne, w tym badanie tętna na tę-

nicach kończyn dolnych (udowej, piszczelowej tylnej, grzbietowej stopy) oraz osłuchiwanie aorty brzusznej i tętnic udowych. Przeprowadzono pomiar ABI za pomocą sondy dopplerowskiej.

WYNIKI: Przebadano 290 pacjentów. Nieprawidłowe ABI stwierdzono u 48 pacjentów (16,8%). U 30 pacjentów (10,3%) stwierdzono objawy LEAD w Kwestionariuszu Edynburskim, a u 63 pacjentów (21,7%) odchylenia w badaniu przedmiotowym sugerujące LEAD. W odniesieniu do pomiaru ABI, rozpoznanie LEAD na podstawie Kwestionariusza Edynburskiego miało czułość 14,6% i swoistość 90,5%, a rozpoznanie na podstawie badania fizykalnego, odpowiednio: 33,3% i 81,1%.

WNIOSKI: Badanie podmiotowe ani fizykalne nie są wystarczające jako jedyne narzędzia służące do diagnozy LEAD. Niska czułość Kwestionariusza Edynburskiego i badania fizykalnego nie pozwala wykluczyć LEAD w dużej grupie osób.

SŁOWA KLUCZOWE: choroba tętnic kończyn dolnych, LEAD.

Komunikacja lekarz–pacjent. Komunikacja z pacjentem terminalnym i jego rodziną – aspekty pomiędzy prawem, etyką zawodową a praktyką

Angelika Ludwiczak, Angelika Krawcewicz

WSTĘP: Wyzwania związane z komunikacją z pacjentem terminalnym i jego rodziną to nie tylko emocje i odpowiednie reakcje. To także komunikacja zgodna z prawem i etyką zawodową. Kiedy oba obszary zaczynają wchodzić ze sobą w interakcję i pojawiają się sprzeczności bądź niejasności interpretacyjne, mogą się pojawiać nadużycia. To z kolei może rodzić konsekwencje prawne oraz zawodowe – coś, czego zarówno lekarze, jak i inni członkowie personelu medycznego woleliby uniknąć. Celem wystąpienia jest przedstawienie sytuacji prawno-etycznej związanej ze stanem terminalnym i nakreślenie występujących problemów natury zarówno prawnej, jak i etycznej.

MATERIAŁ I METODY: Przedstawione zostaną regulacje dotyczące obu tych aspektów i wybrane kwestie budzące kon-

trowersje. Zaproponowane zostaną rozwiązania w obliczu stawianych wyzwań. Podkreślona zostanie także rola komunikacji nastawionej na empatię z pacjentami znajdującymi się u kresu życia i ich rodzinami oraz omówione zostaną problemy wynikające z codziennej praktyki lekarskiej.

WYNIKI I WNIOSKI: Przedstawione zostaną rekomendacje odnoszące się do postawionych wyzwań komunikacyjnych, a także sposoby rozwiązania problemów natury prawno-etycznej – nasze rekomendacje.

SŁOWA KLUCZOWE: skuteczna komunikacja, oparta na wzajemnym zaufaniu.

Leczenie tirzepatydem pacjentów w wieku ≥ 65 lat, z BMI < 30 kg/m². Analiza *post hoc* badań SURPASS-2 do -5

John Wilding¹, Neda Rasouli², Anita Kwan³, Jim Paik³, Minzhi Liu⁴, Jennifer Peleshok³, Anna Hejnowicz-Winiarska⁵ (*non-author presenter*)

¹Institute of Life Course and Medical Sciences, University of Liverpool, Liverpool, UK

²University of Colorado Denver School of Medicine, Denver, CO, USA

³Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, USA

⁴Tigermid-BDM Inc., Somerset, USA

⁵Eli Lilly Polska Sp. z o.o., Warsaw, Poland

WSTĘP: W analizie *post hoc* badań trzeciej fazy SURPASS-2–5 oceniano punkty końcowe dotyczące glikemii i masy ciała (BW) u pacjentów w wieku ≥ 65 lat bez otyłości leczonych tirzepatydem (TZP). W badaniach SURPASS-2–5 leczenie TZP wykazało poprawę kontroli glikemii i masy ciała (BW) u dorosłych pacjentów z cukrzycą typu 2 (średni przedział wiekowy 53–64 lata, HbA_{1c} 7,9–8,6%, BMI 32–35 kg/m² na początku badania).

MATERIAŁ I METODY: Pierwszorzędowe i kluczowe drugorzędowe punkty końcowe oceniano w 40. tygodniu (SURPASS-2 i -5) lub 52. tygodniu (SURPASS-3 i -4) u uczestników randomizowanych do grupy otrzymującej TZP 5, 10 lub 15 mg. Analizy podgrup (≥ 65 lat, BMI < 30 kg/m²) przeprowadzono na zmodyfikowanej populacji, która otrzymywała lek zgodnie z zaplanowanym leczeniem (*intent to treat*) i obejmowały one dane z okresu leczenia oraz dane po oceniurowaniu leków ratunkowych (*efficacy estimand*).

WYNIKI: Wyjściowy średni wiek w podgrupach wynosił 68,8–71,6 roku, BW 71,0–76,6 kg, BMI 26,7–27,9 kg/m². Dla wszystkich dawek TZP średnie obniżenie HbA_{1c} i średnia redukcja BW w stosunku do wartości wyjściowych mieściły się w zakresie 1,7–2,3% i 5,1–8,6 kg (6,9–11,5%). Najczęstsze zdarzenia niepożądane były związane z układem pokarmowym. Ryzyko hipoglikemii było największe podczas stosowania TZP z insuliną lub pochodną sulfonilomocznika

WNIOSKI: W analizie *post hoc* uczestnicy leczenia TZP w wieku ≥ 65 lat z BMI < 30 kg/m² uzyskali obniżenie glikemii i BW. Najczęstsze zdarzenia niepożądane miały charakter żołądkowo-jelitowy, podobnie jak w całej badanej populacji. Nie zaobserwowano zwiększenia ryzyka hipoglikemii

SŁOWA KLUCZOWE: tirzepatyd, cukrzyca typu 2, wiek ≥ 65 lat, BMI < 30 kg/m², HbA_{1c}.

Lekarz jako „druga ofiara” – analiza postaw młodych lekarzy

Iwona Wrześniewska-Wal

Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

WSTĘP: Terminem „druga ofiara” określamy każdego pracownika ochrony zdrowia bezpośrednio lub pośrednio zaangażowanego w nieoczekiwane zdarzenie niepożądane u pacjenta, niezamierzony błąd w opiece zdrowotnej lub uraz pacjenta, który staje się ofiarą w tym sensie, że to zdarzenie ma na niego również negatywny wpływ. Drugie ofiary mogą rozwijać dysfunkcyjne strategie radzenia sobie z tymi przeżyciami, co może skutkować obniżeniem jakości opieki nad ich przyszłymi pacjentami. Celem pracy jest przedstawienie wyników badań ankietowych nad zjawiskiem drugich ofiar w świetle postawy lekarzy odbywających szkolenia specjalizacyjne. Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają na wstępne oszacowanie skali tego zjawiska w środowisku polskich lekarzy w celu wypracowania rekomendacji dla programów wspierających lekarzy i inny personel medyczny. Ponadto analiza danych pozwala zarysować kierunek zmian systemowych dotyczących budowy kultury bezpieczeństwa w Polsce.

MATERIAŁ I METODY: Prezentowane badania ankietowe (2022–2024) są częścią szerszego projektu badawczego prowadzonego w Polsce ośrodka zajmującego się kształceniem kadr medycznych w całym kraju – Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Zostały one przeprowadzone wśród lekarzy

i lekarzy dentyistów uczestniczących w kursach podyplomowych w Szkole Zdrowia Publicznego CMKP.

WYNIKI: Lekarze obawiają się pozwów sądowych, ok. 50% uważało, że pierwszy pozew dostanie w wieku średnim (tj. 40 lat). Respondenci potwierdzili (62%), że oni sami lub ktoś z ich współpracowników był drugą ofiarą. Aż 95% badanych odpowiedziało, że procedury, które minimalizują ryzyko wystąpienia drugich ofiar, są potrzebne. Wśród badanych 87% oczekiwało opieki psychologicznej, a 98% prawnej.

WNIOSKI: Wnioski z tych badań pokazują, że w Polsce lekarze nadal obawiają się sporów sądowych. Lekarze oczekują szkoleń w zakresie radzenia sobie w trudnych sytuacjach z pacjentem oraz wypracowania dobrych praktyk w zakresie komunikacji z pacjentem. Zapewnienie odpowiedniego wsparcia (opieki prawnej i psychologicznej) jest kluczowe dla zdrowia psychicznego pracowników i możliwości kontynuowania pracy zawodowej. Zdecydowana większość badanych uznała, że szkolenia w tym zakresie są dla nich potrzebne.

SŁOWA KLUCZOWE: druga ofiara, lekarz, opieka psychologiczna, błędy medyczne.

Nieprawidłowości elektrokardiogramu wśród pacjentów praktyki lekarza rodzinnego

Ireneusz Szymczyk^{1,2}, Błażej Kusz³, Patrycja Morańda², Hanna Kalarus^{1,2}

¹Zakład Medycyny Rodzinnej WNMK, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

²Praktyka Lekarzy Rodzinnych „Salus”, Katowice

³Centrum Medyczne „Signum”, Katowice

WSTĘP: Badanie elektrokardiograficzne umożliwia wykrycie szeregu istotnych nieprawidłowości, w tym stanów zagrażających życiu. Kluczową rolę odgrywa właściwa interpretacja krzywej elektrokardiograficznej, stąd konieczność odpowiedniej edukacji lekarzy POZ, ze szczególnym zwróceniem uwagi na najczęstsze nieprawidłowości spotykane w codziennej praktyce lekarza rodzinnego. Celem pracy była ocena częstości występowania nieprawidłowości EKG w praktyce lekarza rodzinnego.

MATERIAŁ I METODY: Przenalizowano 2805 zapisów elektrokardiograficznych pacjentów POZ (1858 M/947 K) w wieku 60+. Oceniano: 1) rytm wiodący, 2) zaburzenia przewodzenia, 3) przerosty komór i przedsionków oraz niski woltaż zespołów QRS, 4) zmiany niedokrwienne. Wyniki poddano analizie statystycznej.

WYNIKI: Najczęstsze rozpoznania obejmowały: 1) rytm wiodący: rytm zatokowy – 89,48%, migotanie przedsionków – 7,31%, ekstrasystolia komorowa – 4,64%, ekstrasystolia nadkomorowa – 2,14%, nadkomorowe wędrowanie rozrusznika – 1,64%, rytm stymulacyjny – 1,64%; 2) zaburzenia przewod-

nictwa: RBBB – 4,28%, LBBB – 2,64%, LAFB – 2,18%, blok AV I stopnia – 1,64%; 3) przerosty: LVH – 1,03%, RVH – 0,04%, nieprawidłowości prawego przedsionka – 0,78%, nieprawidłowości lewego przedsionka – 0,43%; niski woltaż zespołów QRS – 1,64%; 4) zmiany niedokrwienne – 11,45% chorych. U kobiet częściej występowały rytm zatokowy, nieprawidłowości lewego/prawego przedsionka, rzadziej bradykardia, bigeminia komorowa, LBBB i blok AV I stopnia ($p < 0,05$). U osób z AF w stosunku do pacjentów z rytmem zatokowym częściej obserwowano RBBB i komorowe zaburzenia rytmu ($p < 0,05$). Uwzględniając współczynnik V Cramèra, wykazano związek między AFL a zaawansowanym blokiem p-k oraz nieprawidłowością prawego przedsionka a RVH.

WNIOSKI: Powyższe wyniki wskazują, na jakie rozpoznania elektrokardiograficzne powinno się szczególnie kłaść nacisk w edukacji lekarzy rodzinnych.

SŁOWA KLUCZOWE: EKG, elektrokardiografia, rozpoznania elektrokardiograficzne.

Ocena jakości życia i kontroli astmy u pacjentów uczestniczących w programie „Astma pod kontrolą” realizowanym w systemie opieki koordynowanej

Anna Ciuraj-Lewandowska¹, Agnieszka Moszczyński², Alicja Szafrńska³, Aleksandra Szopa³

¹Lux-Medica, Płock

²Polskie Towarzystwo Farmacji Klinicznej, Wrocław

³Zakład Farmacji Klinicznej i Opieki Farmaceutycznej, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WSTĘP: Ocena jakości życia (QOL) u pacjentów z astmą stanowi istotny element zarówno w kontekście samego przebiegu choroby, jak i w kontekście holistycznego podejścia do zdrowia pacjenta. Niektórzy pacjenci wymagają bardziej szczegółowej edukacji na temat choroby oraz przestrzegania zaleceń terapeutycznych, co bezpośrednio wpływa na kontrolę astmy i QOL. Celem badania była ocena QOL pacjentów z astmą oraz analiza różnych aspektów zarządzania chorobą, w celu zidentyfikowania potencjalnych obszarów interwencji farmaceutycznej w opiece nad pacjentem w POZ.

MATERIAŁ I METODY: Do programu zakwalifikowano 23 pacjentów. Potrzebne informacje zbierano za pomocą kwestionariuszy ACT, mini-AQLQ i ARMS. Przeanalizowano również dokumentację medyczną każdego pacjenta. Przeprowadzone interwencje farmaceutyczne obejmowały udzielanie porad dotyczących poprawy kontroli astmy, prawidłowego stosowania inhalatorów i leczenia zaostrzeń astmy.

WYNIKI: Na QOL pacjentów miały wpływ występujące objawy astmy, czynniki emocjonalne, środowiskowe oraz związane

z ograniczeniem aktywności funkcjonalnej. Głównymi objawami astmy zgłaszanymi przez pacjentów były kaszel (70%), duszność (61%) i świszczący oddech (74%). Średnio 39% pacjentów doświadczyło zmian w funkcjonowaniu emocjonalnym, a 60% badanych zauważyło wpływ czynników środowiskowych na poziom kontroli astmy. Żaden z pacjentów nie osiągnął pełnej kontroli choroby. Ponadto pacjenci z nieprawidłową techniką inhalacji uzyskali gorsze wyniki w kwestionariuszach oceny QOL w porównaniu z chorymi, którzy używali inhalatorów zgodnie ze specyfikacją producenta.

WNIOSKI: W trakcie realizacji programu w przychodni zidentyfikowano potencjalne obszary interwencji farmaceutycznej w opiece nad pacjentem z astmą w POZ. Interwencje farmaceutów w ramach opieki farmaceutycznej mogą zapewnić odpowiedni poziom edukacji i wsparcia dla pacjentów z astmą, zwiększyć ich świadomość zdrowotną oraz poziom kontroli astmy, a także poprawić ich QOL.

SŁOWA KLUCZOWE: jakość życia, astma, POZ, opieka farmaceutyczna.

Ocena rozpoznawania nieprawidłowości elektrokardiogramu przez studentów szóstego roku Wydziału Nauk Medycznych

Ireneusz Szymczyk, Anna Gołębiewska, Łukasz Gładysz, Aleksandra Janczewska

Zakład Medycyny Rodzinnej WNMK, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

WSTĘP: Elektrokardiografia jest badaniem tanim, bezbolesnym, nieinwazyjnym, umożliwiającym wykrycie licznych patologii, w tym stanów zagrażających życiu. Nauka interpretacji elektrokardiogramu rozpoczyna się na studiach medycznych. Celem pracy jest ocena rozpoznawalności patologii EKG przez studentów szóstego roku Wydziału Nauk Medycznych.

MATERIAŁ I METODY: W badaniu wzięło udział 166 studentów (75 M i 91 K). Każdy ze studentów oceniał 5 różnych zapisów EKG pod kątem: 1) rytmu wiodącego, 2) zaburzeń rytmu wiodącego, 3) zaburzeń przewodnictwa, 4) przerostów przedsionków i komór oraz niskiego woltażu, 5) zmian niedokrwiennej. Studenci mieli napisać, jaki rodzaj patologii lub jej brak występuje w analizowanym EKG. Wyniki poddano analizie statystycznej.

WYNIKI: 93% studentów rozpoznało rytm zatokowy. Z nieprawidłowości rozpoznawalność $\geq 70\%$ dotyczyła: LPFB, *P pulmonale*, *P mitrale*, LBBB, RBBB, RVH, bloku p-k

3 stopnia, LVH, bigemini i trigemini komorowej, zespołu pre-ekscytacji, migotania przedsionków, uniesienia ST, skurczów dodatkowych nadkomorowych, częstoskurczu komorowego. Rozpoznawalność 50–70% dotyczyła: rytmu komorowego, LAFB, tachykardii, obniżenia ST, par pobudzeń komorowych, rozrusznika, patologicznych QS, trzepotania przedsionków, bloku p-k 1 stopnia, niskiego woltażu zespołów QRS, pobudzeń przedsionkowych z aberracją, bradykardii, wędrowania rozrusznika. Rozpoznawalność $< 50\%$ dotyczyła: ujemnego T, bigemini i trigemini przedsionkowej, bloku p-k 2 : 1, załamka U, rytmu przedsionkowego.

WNIOSKI: Rozpoznawanie zaburzeń EKG jest zróżnicowane i dotyczy zarówno częstych, jak i rzadszych patologii, w tym stanów zagrażających życiu. Powinno to być wzięte pod uwagę przy nauczaniu EKG na studiach medycznych.

SŁOWA KLUCZOWE: EKG, interpretacja, studenci.

Opis serii przypadków tularemii z obszaru endemicznego na terenie powiatu hajnowskiego

Angelika Maksimiuk¹, Sambor Grygorczuk²

¹Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce, Szpital im. lek. med. Włodzimierza Mantiuka, Przychodnia Lekarska WA-MED w Wasilkowie

²Klinika Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP: Tularemia jest chorobą odzwierzęcą wywołaną przez bakterię *Francisella tularensis*. Może przyjmować różne postaci kliniczne, jednak w Polsce dominuje postać wrzodząco-węzłowa i węzłowa tularemii. Jedną z dróg zakażenia *F. tularensis* jest ukłucie przez kleszcza lub owada. Pacjent może nie wykazywać żadnych objawów lub zgłaszać objawy grypopodobne i bolesne guzki w sąsiedztwie miejsca ukłucia. W diagnostyce różnicowej powiększenia węzłów chłonnych, któremu towarzyszą objawy grypopodobne, należy uwzględnić tularemię, zwłaszcza na terenach endemicznych. Zapalenie węzłów chłonnych zwykle wymaga interwencji chirurgicznej i często jest nieskutecznie leczone antybiotykami beta-laktamowymi przed potwierdzeniem rozpoznania tularemii. Celem pracy jest przedstawienie epidemiologii i obrazu klinicznego tularemii na obszarze endemicznym, na którym kleszcze są istotnym wektorem zakażenia *F. tularensis*.

MATERIAŁ I METODY: Przeprowadziliśmy analizę raportów epidemiologicznych z terenu powiatu hajnowskiego z lat 2014–2022. Przedstawiamy opis trzech pacjentów z opisywa-

nego terenu endemicznego, u których tularemia przebiegała w postaci węzłowej.

WYNIKI: Stwierdziliśmy duże lokalne narażenie na zakażenie *F. tularensis* w gminie Narewka, zasadniczo zgodne z sezonowością aktywności kleszczy i aktywności człowieka na świeżym powietrzu.

WNIOSKI: Lekarze pracujący na terenach endemicznych w diagnostyce objawów grypopodobnych przebiegających z limfadenopatią u chorych narażonych na pokłucie przez kleszcze i owady w miesiącach letnich i wczesnojesiennych powinni rutynowo uwzględnić tularemię. Wczesna diagnostyka i zastosowanie celowanej antybiotykoterapii są podstawą skutecznego leczenia tularemii.

SŁOWA KLUCZOWE: region endemiczny, tularemia, limfadenopatia, gorączka, objawy grypopodobne, choroba odkleszczowa.

Prawie-normoglikemia i możliwość odstawienia lub redukcji dawki insuliny indukowane przez tirzepatyd u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych insuliną bazową

Julio Rosenstock¹, Santiago Tofe², Carol Wysham³, Vivian T. Thieu⁴, Jacek Kiljanski⁴, Clare Lee⁴, Hui Wang⁵, Hiren Patel⁴, Katarzyna Ossowska⁶ (*non-author presenter*)

¹Velocity Clinical Research at Medical City, Dallas, USA

²University Hospital Son Espases, Palma, Spain

³Rockwood Clinic, Spokane, USA

⁴Eli Lilly and Company, Indianapolis, USA

⁵TechData Service Company LLC, Philadelphia, USA

⁶Eli Lilly Polska Sp. z o.o., Warsaw, Poland

WSTĘP: W badaniu SURPASS-6 dodanie tirzepatyd (TZP) do bazowej insuliny glargine U100 u uczestników z nieodpowiednio kontrolowaną długotrwałą cukrzycą typu 2 (T2D) wpłynęło istotnie na poprawę poziomu HbA_{1c} i redukcję masy ciała. W 52. tygodniu oceniano poziom redukcji dawki insuliny oraz skuteczność i bezpieczeństwo TZP u pacjentów po zredukowaniu dawki insuliny.

MATERIAŁ I METODY: „Regresor insuliny” to pacjent, u którego możliwe było odstawienie insuliny bazowej lub jej redukcja do poziomu < 10 j.m./dobę, a „non-regresor insuliny” – pacjent, który przyjmował ≥ 10 j.m./dobę po 52 tygodniach. Uwzględniono tylko uczestników otrzymujących TZP, którzy przez 52 tygodnie wykazali *compliance* ≥ 75% bez dodania leku ratunkowego. W analizach skuteczności wykorzystano model mieszany dla powtarzanych pomiarów.

WYNIKI: W grupach „regresora insuliny” i „non-regresora insuliny” zidentyfikowano odpowiednio 145 i 496 uczestników leczonych TZP. Wyjściowo średni wiek uczestników wynosił 58,4 vs 58,2 roku, a mediana dawki insuliny bazowej 40 vs 48 j.m./dobę. W grupach „regresor” i „non-regresor” średnia wartość HbA_{1c} wynosząca wyjściowo odpowiednio 8,5% i 8,9%, zmniejszyła się do 5,9% i 6,7% do 52. tygodnia, a masa ciała uległa znacznej redukcji – o 16 kg i 8 kg. Klinicznie istotna hipoglikemia występowała rzadziej w grupie „regresora insuliny”.

WNIOSKI: Pacjenci z cukrzycą typu 2 leczeni wyjściowo insuliną bazową, u których możliwa była redukcja dawki insuliny < 10 j.m./dobę lub jej odstawienie, uzyskali również normoglikemię i znaczną utratę masy ciała.

SŁOWA KLUCZOWE: cukrzyca typu 2, tirzepatyd, SURPASS-6, normoglikemia.

Problematyka przemocy interpersonalnej w gabinecie lekarza rodzinnego w ujęciu medyczno-sądowym

Bartosz Burchardt, Klaudia Dolińska-Kaczmarek, Szymon Rzepczyk, Czesław Żaba

Zakład Medycyny Sądowej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

WSTĘP: Przemoc jest powszechnym zjawiskiem społecznym i stanowi jedno z wyzwań dla pracowników ochrony zdrowia. Lekarze POZ często są pierwszymi osobami mającymi styczność z ofiarami przemocy. Praca ma na celu analizę zjawiska przemocy fizycznej na terenie województwa wielkopolskiego i określenie roli, jaką odgrywa lekarz rodzinny w identyfikacji ofiar i udzielaniu pomocy medycznej i prawnej.

MATERIAŁ I METODY: Analizie statystycznej poddano 7689 zanonimizowanych protokołów badań sędowo-lekarskich przeprowadzonych w Zakładzie Medycyny Sądowej w Poznaniu w latach 2015–2020. W analizie wzięto pod uwagę: jednostki zlecające badanie, rodzaj narażenia, pomoc lekarską, płeć i wiek ofiary, miejsce zdarzenia, klasyfikację i lokalizację obrażeń, sposób uderzenia, stosunek sprawcy do ofiary, zawód sprawcy, ofiarę, płeć sprawcy oraz dodatkowe uwagi.

WYNIKI: Statystycznie najczęstszymi sprawcami przemocy są mężczyźni, jak również mężczyźni częściej są narażeni na do-

znanie przemocy. Najwięcej zdarzeń odnotowano w miejscach publicznych. Najczęściej narażeni na przemoc byli pracownicy fizyczni i studenci. Najwięcej obrażeń powstało w wyniku uderzeń pięścią (26,9%). Najczęstszym rodzajem urazów były sińce i stłuczenia (45,1%), przy czym najczęstszym miejscem urazów była okolica głowy i szyi (30,6%).

WNIOSKI: Statystyki są istotnie niedoszacowane z uwagi na niską zgłaszalność przemocy. Niezwykle istotną rolę odgrywają lekarze POZ, którzy dysponują różnymi narzędziami pomocy osobom pokrzywdzonym. Kluczowe jest wyczulenie lekarzy pierwszego kontaktu na grupy podwyższonego ryzyka, jak również na najczęściej doznawane obrażenia i ich lokalizację, co ułatwi identyfikację ofiar i wszczęcie odpowiednich procedur.

SŁOWA KLUCZOWE: przemoc, niebieska karta, przemoc fizyczna, lekarz rodzinny, kwalifikacja obrażeń.

Projekcja zapotrzebowania i liczby lekarzy rodzinnych w Polsce do 2040 roku

Anna Krawczyk^{1,2}, Magdalena Bogdan¹

¹Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Zakład Innowacji w Ochronie Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

WSTĘP: Lekarze rodzinni są kluczowym elementem polskiego systemu ochrony zdrowia, odpowiadają za znaczną część opieki podstawowej. W 2022 r. liczba lekarzy rodzinnych zaspokajała jedynie 73% zapotrzebowania, zgodnie z zaleceniami NFZ. Celem badania było opracowanie projekcji zapotrzebowania i liczby lekarzy rodzinnych w Polsce do 2040 r. z uwzględnieniem aktualnych danych dotyczących napływu nowych specjalistów oraz zmieniającej się struktury wiekowej lekarzy.

MATERIAŁ I METODY: Analiza została przeprowadzona na podstawie danych z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Ministerstwa Zdrowia. Projekcję opracowano na podstawie specjalnie przygotowanych tablic trwania życia. W analizie uwzględniono strukturę wiekową lekarzy, napływ nowych specjalistów, liczbę miejsc specjalizacyjnych oraz odpływ lekarzy z zawodu. Zapotrzebowanie na lekarzy rodzinnych analizowano dwiema metodami: jako maksymalną rekomendowaną liczbę pacjentów na jednego lekarza zgodnie z rozporządzeniem NFZ oraz jako rekomendowaną liczbę lekarzy na 100 tys. ludności

według wytycznych konsultanta krajowego, bazując na prognozach demograficznych GUS.

WYNIKI: Zgodnie z przyjętymi założeniami liczba lekarzy rodzinnych wzrosła z 11 058 w 2022 r. do 16 988 w 2040 r. Prognozy wskazują, że minimalna wystarczająca liczba lekarzy zostanie osiągnięta w 2033 r. według wytycznych NFZ, a według rekomendacji konsultanta krajowego dopiero w 2037 r. Udział lekarzy w wieku emerytalnym (> 65 lat) wzrosła z 22,8% do 25,8% w 2027 r., by następnie spaść do 19,3% w 2040 r.

WNIOSKI: Obecna strategia szkoleniowa i zatrudnieniowa w medycynie rodzinnej przyniesie poprawę w zakresie liczby lekarzy, jednak istnieje ryzyko, że wzrost liczby specjalistów nie będzie wystarczający, aby zaspokoić wszystkie potrzeby zdrowotne społeczeństwa do 2040 r.

SŁOWA KLUCZOWE: lekarze rodzinni, projekcja, zapotrzebowanie, demografia.

Przydatność diagnostyczna badań galektyny 3 (Gal-3) i galektyny 9 (Gal-9) jako nowych markerów nowotworowych w diagnostyce chorych na raka piersi

Sławomir Ławicki¹, Aleksandra Kicman², Michał Ławicki¹, Paweł Ławicki¹, Ewa Gacuta³

¹Zakład Medycyny Populacyjnej i Prewencji Chorób Cywilizacyjnych, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Zakład Medycyny Estetycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³Klinika Perinatologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

WSTĘP: Gal-3 i Gal-9 mają pośredni wpływ na każdy z etapów karcynogenezy, tj. transformację, migrację, inwazję oraz tworzenie przerzutowych ognisk nowotworowych. Celem pracy było określenie stężenia oraz przydatności diagnostycznej Gal-3 i Gal-9 oraz markera porównawczego CA 15-3 u chorych na raka piersi oraz w grupie zdrowych kobiet.

MATERIAŁ I METODY: Grupę badaną stanowiło 40 chorych na raka piersi (typ luminalny A, stadium I–II wg TNM, typ przewodowy – *carcinoma ductale*) oraz 40 zdrowych kobiet. Gal-3 i Gal-9 w osoczu oznaczono testem ELISA, CA 15-3 metodą CMIA. Określono czułość (SE) i swoistość diagnostyczną (SP), dodatnią (PPV) oraz ujemną wartość predykcyjną (NPV), a także moc diagnostyczną (ROC-AUC) badanych parametrów osobno oraz w analizach łączonych z CA 15-3.

WYNIKI: Wykazano, że stężenie Gal-9 (5,25 ng/ml), CA 15-3 (54,45 U/ml) w osoczu pacjentek z rakiem piersi było wyższe (Gal-3 – 1,54 ng/ml – statystycznie niższe) u kobiet z rakiem

piersi w porównaniu ze zdrowymi kobietami (odpowiednio 3,41 ng/ml, $p = 0,01$; 18,28 U/ml, $p = 0,04$; 4,76 ng/ml; $p < 0,001$). Najwyższą wartość SE wykazano w przypadku Gal-9 (72,1%) i była to wartość wyższa od Gal-3 (54,8%) oraz CA 15-3 (56,4%). SP dla Gal-3 uzyskała wysoką wartość (85,2%), wyższą od Gal-9 (82,4%), ale niższą od CA 15-3 (90,4%). PPV i NPV były nieznacznie wyższe w przypadku Gal-9 (85,2% i 68,4%) w porównaniu z Gal-3 (86,7% i 50,2%) i CA 15-3 (84,1% i 50,8%). AUC była najwyższa dla Gal-9 (0,7154) w stosunku do Gal-3 (0,6584) i CA 15-3 (0,6944). Łączna analiza obu badanych galektyn z CA 15-3 podwyższyła SE do 84,4%, NPV do 76,4% i AUC do 0,8454.

WNIOSKI: Wykazano przydatność diagnostyczną Gal-3 i Gal-9 w diagnostyce chorych na raka piersi, zwłaszcza w łącznej analizie z markerem CA 15-3.

SŁOWA KLUCZOWE: rak piersi, markery nowotworowe, galektyny, CA 15-3.

Rola AI w pracy lekarza rodzinnego – szanse i bariery

Jakub Magdziarz Ibrahim-El-Nur¹, Artur Prusaczyk², Sabina Karczmarz³, Anna Kordowska², Aneta Nitsch-Osuch¹, Magdalena Bogdan¹

¹Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Centrum Medyczno-Diagnostyczne w Siedlcach

³Stowarzyszenie IFIC Polska

WSTĘP: Rozwój sztucznej inteligencji (AI) przekształca różne dziedziny medycyny, w tym medycynę rodzinną, która często stanowi pierwszą linię kontaktu z pacjentem. Prezentowane badanie ma na celu identyfikację barier i szans związanych z wdrożeniem AI w praktyce lekarzy pierwszego kontaktu w sektorze opieki ambulatoryjnej.

MATERIAŁ I METODY: Celem badania jest ocena, jak narzędzia AI mogą wspierać lekarzy rodzinnych w diagnozowaniu i leczeniu, a także w jaki sposób mogą wpływać na satysfakcję pacjentów i lekarzy. Prezentowane założenia są wynikiem przeglądu literatury oraz analizy przypadku w podmiocie leczniczym Centrum Medyczno-Diagnostyczne w Siedlcach, prekursora opieki koordynowanej w Polsce. W procesie badawczym skupiono się na AI w medycynie, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu systemów AI na praktykę lekarza pierwszego kontaktu.

WYNIKI: W ramach otrzymanych wyników zidentyfikowano główne szanse, takie jak: poprawa efektywności pracy lekarza rodzinnego, szczególnie w zakresie diagnostyki oraz optymalizacji

czasu pracy, automatyzacja zadań administracyjnych oraz możliwość zwiększenia kompetencji lekarzy rodzinnych dzięki dostępowi do narzędzi ułatwiających postawienie specjalistycznej diagnozy i przyspieszających decyzje o wystawieniu właściwego skierowania, m.in. z dziedzin dermatologii, okulistyki czy kardiologii. Ponadto określono praktyczne zagrożenia, takie jak dehumanizacja relacji lekarz–pacjent oraz ryzyko wzmocnienia nierówności zdrowotnych w wyniku nieprawidłowego funkcjonowania algorytmów opartych na nieodpowiednich danych.

WNIOSKI: Systemy AI mają potencjał, aby znacząco wspomóc pracę lekarzy rodzinnych, jednak kluczowe jest pokonanie barier technologicznych, prawnych i organizacyjnych. Konieczne są także edukacja i oswojenie personelu i pacjentów z rozwiązaniami AI oraz wdrożenie odpowiednich regulacji prawnych. AI w POZ może stać się zatem cennym narzędziem wspierającym codzienną praktykę.

SŁOWA KLUCZOWE: sztuczna inteligencja, podstawowa opieka zdrowotna, nowe technologie, koszty leczenia, relacja lekarz–pacjent.

Rola 24-godzinne badania EKG metodą Holtera w ścieżce kardiologicznej w opiece koordynowanej – analiza przypadków

Tomasz Jurasz, Maria Czajka, Małgorzata Gilowska, Teresa Pardela-Gilowska

PoliMed Sp. z o.o. w Porąbce

WSTĘP: Badanie 24-godzinne EKG metodą Holtera jest dostępne w ramach ścieżki kardiologicznej w opiece koordynowanej. Dzięki temu już w POZ można uchwycić istotne zaburzenia rytmu serca wymagające interwencji.

MATERIAŁ I METODY: Wybrano grupę 4 pacjentów zakwalifikowanych do opieki koordynowanej w ścieżce kardiologicznej. U wszystkich zostało wykonane badanie EKG metodą Holtera przez 24 godziny z powodu niezidentyfikowanych zaburzeń rytmu serca.

WYNIKI: 1) 80-letnia pacjentka z napadowym AF zgłosiła wahania tętna od 35 uderzeń/minutę do 120 uderzeń/minutę podczas pomiarów ciśnienia. W badaniu holterowskim EKG stwierdzono zespół tachy-brady. Pacjentka została skierowana do AOS, gdzie została zakwalifikowana do wszczęcia układu stymulującego serca. 2) 27-letnia pacjentka z uczuciem kołatania serca, w EKG stwierdzono dodatkowe zaburzenia komorowe o charakterze bigeminii. W EKG metodą Holtera wykryto ok. 20% pobudzeń o charakterze bigeminii i trigeminii. Pacjentka została skierowana na oddział kardiologiczny w celu wykona-

nia ablacji. 3) 57-letnia pacjentka z uczuciem kołatania serca, w EKG stwierdzono bardzo liczne zaburzenia o charakterze ekstrasystolii komorowych > 27% zapisu. Pacjentkę skierowano na oddział kardiologiczny w celu ablacji. 4) 52-letni pacjent z wszczepionym ICD po NZK w mechanizmie VE na wizycie kompleksowej zgłaszał osłabienie, bez uczucia kołatania serca tydzień przed wizytą. Po zleconym badaniu EKG metodą Holtera stwierdzono dodatkowe pobudzenia komorowe układające się w bigeminie. Pacjenta skierowano na oddział kardiologiczny, gdzie stwierdzono burzę elektryczną w ICD i przeprogramowano urządzenie.

WNIOSKI: Dzięki wprowadzeniu 24-godzinne badania metodą Holtera do POZ pacjent uzyskuje szczegółową diagnozę zaburzeń rytmu serca. Umożliwia to także dobór odpowiedniego leczenia, nierzadko w warunkach hospitalizacji.

SŁOWA KLUCZOWE: opieka koordynowana, ścieżka kardiologiczna, EKG metodą Holtera, kołatanie serca, zaburzenia rytmu.

Rola małoinwazyjnej terapii iniekcyjnej w przebiegu patologii narządu ruchu w praktyce lekarza POZ

Kamil Koszela

Klinika Neuroortopedii i Neurologii, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie

WSTĘP: W praktyce lekarza rodzinnego często spotykamy się z patologiami narządu ruchu. Celem wystąpienia jest omówienie roli małoinwazyjnej terapii iniekcyjnej w przebiegu różnych patologii narządu ruchu w praktyce lekarza POZ.

MATERIAŁ I METODY: Na podstawie analizy licznych publikacji wyodrębniono małoinwazyjne techniki iniekcyjne w przebiegu patologii narządu ruchu. Należą do nich: mezoterapia, iniekcje dostawowe oraz iniekcje okołostawowe. Standardowo stosowane są: kwas hialuronowy, tropokolagen I oraz leki sterydowe.

WYNIKI I WNIOSKI: Na podstawie analizy literatury stwierdza się, że małoinwazyjna technika iniekcyjna należy do skutecznych i bezpiecznych form terapii w przebiegu patologii narządu ruchu.

SŁOWA KLUCZOWE: mezoterapia, iniekcje dostawowe, iniekcje okołostawowe, kwas hialuronowy, kolagen typu I, sterydy.

Rozpowszechnienie przewlekłej choroby nerek pośród pacjentów z czynnikami ryzyka w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce

Alicja Jazienicka¹, Mateusz Babicki¹, Magdalena Krajewska², Andrzej Oko³, Karolina Kłoda⁴, Aleksander Biesiada⁵, Agnieszka Mastalerz-Migas¹

¹Department of Family Medicine, Wrocław Medical University, Wrocław

²Faculty of Medicine, Wrocław University of Science and Technology, Wrocław

³Department of Nephrology, Transplantology and Internal Diseases, Poznań University of Medical Sciences, Poznań

⁴Medfit Karolina Kłoda, Szczecin

⁵Ad Vitam Przychodnia Zdrowia Sp. z o.o. Sp. k.

WSTĘP: Przewlekła choroba nerek (PChN) według danych dotyczy 10–15% populacji światowej. Obecnie brakuje rzetelnych danych epidemiologicznych dotyczących rozpowszechnienia PChN w Polsce. Celem przeprowadzonego badania epidemiologicznego było określenie rozpowszechnienia PChN w populacji pacjentów wysokiego ryzyka podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce.

MATERIAŁ I METODY: Jest to wielośrodkowe, retrospektywne badanie obejmujące pacjentów z 28 placówek medycznych. Do badania kwalifikowano osoby mające 60–75 lat lub posiadające w wywiadzie jeden z czynników ryzyka, takich jak nadciśnienie tętnicze, choroby nerek inne niż PChN, cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe lub otyłość. Badanie realizowano w dwóch etapach, w każdym z nich wykonano u pacjentów oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi wraz z oszacowaniem eGFR oraz oznaczenie albuminurii w próbce moczu.

WYNIKI: Do ostatecznej analizy włączono 5100 pacjentów. Kryteria rozpoznania PChN spełniło 724 pacjentów (14,2%),

z czego 448 (8,5%) osób spełniło kryteria na podstawie wskaźnika eGFR, a 347 (6,8%) na podstawie wskaźnika ACR. W analizie jednoczynnikowej stwierdzono, że wraz ze wzrostem wieku oraz wartości BMI wzrasta ryzyko rozwoju PChN, taki sam związek zaobserwowano w przypadku oceny występowania nadciśnienia tętniczego, cukrzycy czy też niewydolności serca. W modelu wieloczynnikowym potwierdzono negatywny wpływ nadciśnienia tętniczego, wieku 60–75 lat, cukrzycy, niewydolności serca, schorzeń sercowo-naczyniowych oraz chorób nerek innych niż PChN na rozwój przewlekłej choroby nerek.

WNIOSKI: Uzyskane dane wskazują, że PChN stanowi znaczący problem społeczny pośród populacji polskiej obciążonej czynnikami ryzyka.

SŁOWA KLUCZOWE: chronic kidney disease, epidemiology, primary care, Poland, risk factors.

Różnica pomiędzy LDL-C obliczonym a zmierzonym – znaczenie w codziennej praktyce

Jakub Rzeszuto

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Euromedica Sp. z o.o.

WSTĘP: Poziom lipoprotein o małej gęstości (LDL-C) jest pierwszorzędnym celem leczenia dyslipidemii. Analiza wyniku lipidogramu, w tym LDL-C, oraz indywidualnego ryzyka pacjenta jest elementem codziennej pracy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, na podstawie którego jest podejmowana decyzja dotycząca (ewentualnej) farmakoterapii. Najczęściej dostępnym wynikiem jest LDL-C obliczony (wg wzoru Friedewalda), a nie LDL-C zmierzony. Kwestia niedoszacowania LDL-C wg wzoru Friedewalda (i innych wzorów) jest opisywana w literaturze, jednak mimo to problem ten jest niedostatecznie znany. Celem pracy jest zwrócenie uwagi na różnicę pomiędzy tymi dwoma parametrami.

MATERIAŁ I METODY: Jest to badanie retrospektywne, przeanalizowano lipidogramy pacjentów jednej placówki podstawowej opieki zdrowotnej z 2024 r., którzy poza standardowym lipidogramem mieli jednocześnie oznaczony LDL-C zmierzony. Porównano LDL-C zmierzony z LDL-C obliczonym wg wzorów Friedewalda i Sampsona.

WYNIKI: Badana populacja liczyła 44 osoby. Mediana wieku wyniosła 64 lata. 70% badanej populacji przed lipidogramem stosowało już leczenie hipolipemizujące. 34% (15 z 44) i 27% (12 z 44) badanych spełniłoby bardziej restrykcyjne normy LDL-C, bazując na parametrze wyliczonym odpowiednio wg wzorów Friedewalda i Sampsona w porównaniu ze zmierzoną wartością. Korzystając z celu drugorzędowego leczenia (nie-HDL) w porównaniu z LDL-C zmierzonym 41% (18 z 44) badanych spełniałoby bardziej restrykcyjne normy.

WNIOSKI: Bazowanie na LDL-C obliczonym może doprowadzić do fałszywego przekonania o spełnieniu celów leczenia u pacjenta. Dążenie do spełnienia normy nie-HDL nie zastępuje LDL-C zmierzonego.

SŁOWA KLUCZOWE: lipidogram, LDL-C, ryzyko sercowo-naczyniowe.

Różnice w skuteczności tirzepatytu w redukcji masy ciała u dorosłych z i bez cukrzycy typu 2 i z nadwagą lub otyłością w badaniach SURMOUNT-1 i -2

Rodolfo J. Galin¹, W. Timothy Garvey², Lisa M. Neff³, Adam Stefanski³, Dachuang Cao³, Clare J. Lee³, Izabela Filipczyńska⁴

¹University of Miami Miller School of Medicine, Miami, FL, USA

²UAB Diabetes Research Center, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, AL, USA

³Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, USA

⁴Eli Lilly and Company, Warsaw, Poland

WSTĘP: Tirzepatyd (TZP) – agonista receptora GIP i GLP-1, podawany raz w tygodniu, zatwierdzony do leczenia cukrzycy typu 2 i nadwagi oraz otyłości – doprowadził do znacznej redukcji masy ciała u uczestników z nadwagą lub otyłością bez cukrzycy typu 2 (T2D). Przyczyny wyższej skuteczności w leczeniu otyłości obserwowanej u osób bez T2D w porównaniu z osobami z T2D są nieznane. Oszacowaliśmy skuteczność w badaniu SURMOUNT-1 i SURMOUNT-2 po analizie kluczowych cech wyjściowych.

MATERIAŁ I METODY: Porównanie grupy uczestników badania SURMOUNT-1 (pacjenci bez cukrzycy) z wyłączeniem dawki 5 mg vs SURMOUNT-2 (pacjenci bez i z cukrzycą) z wyłączeniem osób przyjmujących sulfonilomocznik lub pioglitazon; analizowane pod względem wieku, płci, masy ciała, BMI, stosowania leków przeciwdepresyjnych, depresji oraz chorób współistniejących związanych z otyłością. Wykonano MMRM

w celu porównania procentu utraty masy ciała w 72. tygodniu między grupami.

WYNIKI: Na początku badania grupa uczestników SM-2 była średnio starsza, z większą liczbą mężczyzn, niższą masą ciała, wyższym poziomem HbA_{1c} i wyższym obciążeniem chorobami współistniejącymi w porównaniu z SM-1. Różnice w wynikach po zrównoważeniu cech wyjściowych w próbie dopasowanej (średni wiek 51,6 vs 53,9 roku, kobiety 55% vs 55%, masa ciała 103,3 vs 99,5 kg i ≥ 2 ORCs 85% vs 85%).

WNIOSKI: Różnice w skuteczności WR z TZP pomiędzy badaniami SM-1 i SM-2 utrzymywały się po dopasowaniu kluczowych cech wyjściowych, co sugeruje dodatkowe czynniki wpływające na wyniki leczenia.

SŁOWA KLUCZOWE: cukrzyca, nadwaga, otyłość, tirzepatyd.

USG tarczycy w praktyce lekarza rodzinnego – analiza przypadków, nowe możliwości dzięki opiece koordynowanej

Ewa Szczepanik-Barczewska¹, Maria Barczewska², Justyna Rusek¹, Alicja Kordalska-Loc¹

¹Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, NZOZ Spiromed s.c.

²Kierunek Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

WSTĘP: Opieka koordynowana to nowe narzędzie w praktyce lekarza rodzinnego. W ścieżce endokrynologicznej zapewniono dostęp do poszerzonej diagnostyki, co w połączeniu z badaniem obrazowym, jakim jest USG gruczołu tarczowego (USG tarczycy), będącym w kompetencjach lekarza rodzinnego, bardzo usprawnia i poprawia opiekę nad pacjentem. Celem pracy była analiza badań USG gruczołu tarczowego wykonanych od 1.10.2023 r. do 30.08.2024 r. w ramach opieki koordynowanej w placówce NZOZ Spiromed.

MATERIAŁ I METODY: Badania zostały przeprowadzone aparatem FUJI Sonosite ZX, głowicą liniową 4–15 Mhz u pacjentów praktyki NZOZ Spiromed w okresie od 1.10.2023 r. do 30.08.2024 r. przez lekarza rodzinnego i współautora. Wyniki zostały przeniesione do programu Excel, a następnie poddane obróbce statystycznej. Obraz USG był analizowany zgodnie z anatomią radiologiczną, wiedzą prezentowaną na kursach USG oraz aktualną klasyfikacją Eu-Tirads-PL.

WYNIKI: Wyniki będą w całości dostępne po zakończeniu badania. Stwierdzono dużą przydatność badania obrazowego nie tylko w sprawdzaniu przebiegu wola wieloguzkowego tarczycy, ale także wykrywaniu i szybszym kierowaniu pacjentów

do biopsji zmian podejrzanych, co również znajduje się obecnie w możliwościach opieki koordynowanej. Bardzo ważnym aspektem jest wykrywanie i prowadzenie pacjentów już na wczesnym etapie choroby Hashimoto, gdzie pełny obraz objawów klinicznych, wyników badań laboratoryjnych i przeciwciał, poparty USG tarczycy wykonanym przez lekarza prowadzącego, stanowi dowód, jak takie postępowanie zmniejsza koszty w opiece zdrowotnej i znacznie podnosi komfort pacjenta. Możliwość zaopatrzenia pacjenta w całościową opiekę bez konieczności oczekiwania w wielomiesięcznych kolejkach jest nie do przecenienia.

WNIOSKI: Dzięki wprowadzeniu opieki koordynowanej, w tym przypadku ścieżki endokrynologicznej, pacjenci praktyki mogą być z powodzeniem objęci opieką i prowadzeni przez cały proces diagnostyczno-terapeutyczny, uzupełniony przez konsultację z innym specjalistą lub skierowanie na biopsję. Takie rozwiązanie jest bardzo efektywne kosztowo i poprawia *compliance* pacjent–lekarz.

SŁOWA KLUCZOWE: opieka koordynowana, USG tarczycy, ścieżka endokrynologiczna.

Wpływ otyłości na występowanie płaskostopia u pacjentów leczonych w Poradni Leczenia Wad Postawy

Bronisława Skrzep-Poloczek^{1,2}, Kazimierz Kukła¹, Jakub Poloczek², Marzena Głowa², Wojciech Gębski¹, Dominika Stygar^{1,2}

¹Katedra i Zakład Fizjologii WNM w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²NZOZ Centrum Rehabilitacji Kopernik w Gliwicach

WSTĘP: Otyłość stanowi jedno z największych zagrożeń zdrowotnych XXI wieku. Z danych WHO wynika, że w Europie w ciągu ostatnich 20 lat liczba ludzi otyłych się potroiła, a nadwagę i otyłość odnotowano u 32% polskich dzieci. Celem pracy jest ocena zależności podwyższonego wskaźnika BMI i płaskostopia u dzieci w wieku 3–18 leczonych w Poradni Leczenia Wad Postawy w latach 2020–2023.

MATERIAŁ I METODY: W latach 2020–2023 przeprowadzono badania, w ramach których zdiagnozowano płaskostopie u 2702 dzieci, w tym 241 (111 dziewczynek i 130 chłopców). Analizowano wzrost, masę ciała oraz wskaźnik BMI. Rozpoznanie postawiono przy użyciu narzędzi badawczych: podoskopu oraz urządzenie CQ-Elektronik System ST.

WYNIKI: Wyniki wykazały, że 65,58% wszystkich dzieci z płaskostopiem miało prawidłową masę ciała. Nadwagę i otyłość stwierdzono u 15,32% dziewczynek, a niedowagę u 18,92%. W przypadku chłopców nadwaga i otyłość dotyczyły 18,46%

badanych, natomiast niedowaga 16,15%. Odsetek dziewczynek z prawidłową masą ciała i płaskostopiem zmniejszył się z 30% w 2020 r. do 28% w 2023 r. Zauważono natomiast wzrost przypadków nadwagi wśród dziewczynek z płaskostopiem – z 1,67% w 2020 r. do 4% w 2023 r. Wśród chłopców z prawidłową masą ciała, u których zdiagnozowano płaskostopie, odnotowano wzrost liczby przypadków z 26,67% w 2020 r. do 48% w 2023 r. Odwrotna tendencja dotyczyła chłopców z nadwagą i otyłością – ich liczba zmniejszyła się z 16,67% w 2020 r. do 6,67% w 2023 r.

WNIOSKI: Przeprowadzona analiza nie wykazała bezpośredniego powiązania nieprawidłowej masy ciała (niedowaga, nadwaga, otyłość) z wadą postawy – płaskostopie. Wskazane jest poszerzenie badań w kierunku poszukiwania innych czynników: aktywność fizyczna, masa mięśniowa.

SŁOWA KLUCZOWE: płaskostopie, nadwaga, otyłość, niedowaga.

Wpływ rodzaju leczenia żywieniowego w OZT na przebieg choroby

Joanna Herbin, Dagmara Bogdanowska-Charkiewicz, Diana Ignatiuk, Stefania Antonowicz, Krzysztof Kurek

Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP: Ostre zapalenie trzustki (OZT) jest chorobą charakteryzującą się wysokim katabolizmem. Zaburzenia funkcji wydzielniczej narządu oraz ból nasilają niedożywienie u pacjentów, dlatego ważnym elementem leczenia jest dobór właściwej metody żywienia. Celem pracy była ocena zależności między metodą leczenia żywieniowego a wartościami parametrów stanu zapalnego i długością hospitalizacji u pacjentów z OZT.

MATERIAŁ I METODY: Badanie miało charakter retrospektywny. Analizą objęto grupę 200 pacjentów z OZT (36 pacjentów żywionych dojelitowo, 13 żywionych pozajelitowo oraz 151 żywionych doustnie – grupa kontrolna). Porównano m.in. parametry demograficzne oraz stężenie CRP na początku oraz na końcu hospitalizacji.

WYNIKI: Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami w strukturze płci oraz miejscu zamieszkania. Pacjenci żywieni pozajelitowo byli starsi niż pacjenci żywieni

dojelitowo i grupa kontrolna, $p = 0,021$. Badane grupy różniły się stopniem ciężkości choroby oraz długością hospitalizacji, $p < 0,001$. Stężenie białka całkowitego oraz albumin przy przyjęciu były istotnie statystycznie niższe u pacjentów żywionych pozajelitowo vs grupa kontrolna. Stężenie CRP przy przyjęciu było wyższe u pacjentów żywionych następnie dojelitowo i pozajelitowo niż w grupie kontrolnej, $p < 0,001$, ponadto u tych chorych redukcja stężenia CRP była większa niż w grupie kontrolnej.

WNIOSKI: Żywienie dojelitowe i pozajelitowe wiązały się z redukcją stężenia CRP u pacjentów z OZT. W przypadku żywienia dojelitowego redukcja stężenia CRP była większa niż w przypadku żywienia pozajelitowego. Wdrożenie leczenia żywieniowego u pacjentów z OZT wpływa korzystnie na przebieg choroby.

SŁOWA KLUCZOWE: OZT, leczenie żywieniowe.

Wpływ zaburzeń osmolalności na parametry ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentów dializowanych

Kamila Bottuć-Dziugiet

Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PROMED w Kielcach

WSTĘP: Przewlekła choroba nerek jest narastającym globalnym problemem zdrowotnym. Nerki są szczególnie podatne na stres osmotyczny, który również może upośledzać pracę serca oraz zwiększać ryzyko wystąpienia ciężkich arytmii i nagłej śmierci sercowej. Jednakże patofizjologia wpływu stresu osmotycznego na ryzyko sercowo-naczyniowe nie została w pełni zbadana. Celem naszego badania była ocena wpływu zaburzeń osmolalności na parametry ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentów przewlekle dializowanych.

MATERIAŁ I METODY: Badaniem objęto 48 dorosłych pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek poddawanych hemodializie, spełniających kryteria włączenia. Każdy pacjent przeszedł pełen zakres badań, które były wykonywane dwukrotnie – bezpośrednio przed oraz po hemodializie. Aby określić poziom parametrów biochemicznych, w tym osmolalności, próbki krwi pobierano bezpośrednio z przetoki tętniczo-żylniej lub cewnika naczyniowego. Dodatkowo wykonano 12-odprowadzeniowe cyfrowe EKG, z którego uzyskano parametry wektokardiograficzne, jak również mierzono parametry ciśnienia tętniczego za pomocą urządzenia AtCor Sphygmocor Xcel i analizowano falę tętna.

WYNIKI: Po dializie odnotowano spadek osmolalności osocza, mocznika, kreatyniny, potasu i fosforu, wzrost stężenia białka C-reaktywnego (CRP) i wapnia oraz poziomu hemoglobiny i hematokrytu. Ponadto istotnie statystycznie wydłużył się odstęp QTc, a tętno i wskaźnik SEVR wzrosły. Zmiany osmolalności osocza korelowały m.in. ze zmianami kąta QRS-T, czasem trwania QRS, odstępem QTc i wskaźnikiem SEVR. Nie stwierdzono jednak istotnych korelacji między zmianami poziomu mocznika a wymienionymi parametrami. Analiza regresji wielokrotnej wykazała, że osmolalność osocza jest predyktorem odstępu QTc, jak również wskaźnika SEVR.

WNIOSKI: Badanie wykazało, że stres osmotyczny istotnie wpływa na parametry sercowo-naczyniowe, a osmolalność osocza jest predyktorem wskaźnika SEVR oraz skorelowanego odstępu QT u pacjentów dializowanych. Dodatkowo osmolalność osocza istotnie korelowała z wieloma parametrami sercowo-naczyniowymi. Co zaskakujące, nie stwierdzono istotnych korelacji między zmianami poziomu mocznika a badanymi parametrami sercowo-naczyniowymi.

SŁOWA KLUCZOWE: osmolalność, przewlekła choroba nerek, ryzyko sercowo-naczyniowe.

Współpraca lekarza i farmaceuty – praktyczne aspekty opieki farmaceutycznej

Joanna Oberska¹, Paweł Żuk², Joanna Siennicka², Jolanta Pankowska², Aneta Nitsch-Osuch¹, Magdalena Bogdan¹

¹Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Centrum Medyczo-Diagnostyczne w Siedlcach

WSTĘP: Opieka farmaceutyczna obejmuje usługi zarządzania farmakoterapią, które mają na celu poprawę jakości życia pacjentów poprzez lepsze wyniki leczenia i zwiększenie przestrzegania zaleceń terapeutycznych. W Polsce opieka ta została uregulowana ustawą o zawodzie farmaceuty. Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie praktycznych aspektów opieki farmaceutycznej wynikających z tej ustawy.

MATERIAŁ I METODY: Dokonano analizy przepisów ustawy o zawodzie farmaceuty w kontekście opieki farmaceutycznej.

WYNIKI: Opieka farmaceutyczna jest definiowana jako „świadczanie zdrowotne stanowiące dokumentowany proces, w którym farmaceuta współpracuje z lekarzem i pacjentem oraz czuwa nad przebiegiem farmakoterapii”. Podkreślono konieczność współpracy pomiędzy farmaceutą a lekarzem, choć szczególności tej współpracy nie zostały jednoznacznie określone przez ustawodawcę. Ustawa nadaje farmaceutom prawo do świadczenia usług farmaceutycznych w ramach opieki farmaceutycznej. Farmaceuci zyskują większą niezależność i samodzielność w realizacji swoich obowiązków, co czyni ich równorzędnymi

partnerami lekarzy w opiece nad pacjentami. Współpraca obejmuje m.in. przeglądy lekowe i receptę kontynuowaną, co może poprawić *compliance* pacjentów oraz wykrywać problemy lekowe wynikające z jednoczesnej opieki kilku lekarzy. Opieka farmaceutyczna zakłada kooperację farmaceuty z lekarzem oraz, w razie potrzeby, z innymi specjalistami medycznymi, jednak brak precyzyjnych wytycznych co do formy współpracy może utrudniać jej efektywność. Farmaceuci dysponują specjalistyczną wiedzą na temat farmakoterapii, co może znacząco wspierać proces leczenia, zwłaszcza w kontekście optymalizacji terapii lekowych i poprawy zdrowia pacjentów.

WNIOSKI: Rozszerzenie kompetencji farmaceutów może odciążać lekarzy POZ, umożliwiając bardziej efektywną opiekę nad pacjentami. Aby w pełni wykorzystać potencjał współpracy między lekarzami i farmaceutami, konieczne jest wypracowanie jasnych zasad współdziałania oraz zwiększenie świadomości pacjentów o korzyściach płynących z opieki farmaceutycznej.

SŁOWA KLUCZOWE: lekarz, farmaceuta, współpraca, opieka farmaceutyczna, opieka koordynowana.

Znaczenie ścieżki endokrynologicznej w opiece koordynowanej – analiza przypadków

Tomasz Jurasz, Dominika Kolber-Mizera, Halina Jabłońska, Teresa Pardela-Gilowska

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Polimed” Sp. z o.o.

WSTĘP: Wprowadzenie ścieżki endokrynologicznej w ramach opieki koordynowanej do POZ poszerzyło możliwości diagnostyczne w zakresie chorób tarczycy. Pacjenci uzyskują szybciej prawidłowe rozpoznanie oraz plan postępowania terapeutycznego.

MATERIAŁ I METODY: Wybrano 5 pacjentów zakwalifikowanych do opieki koordynowanej w ścieżce endokrynologicznej. Zlecono dodatkowe badania laboratoryjne, obrazowe, a w razie wskazań konsultację specjalistyczną oraz biopsję aspiracyjną cienkoigłową.

WYNIKI: 1) 22-letnia pacjentka z osłabieniem, wypadaniem włosów. W badaniach wysokie miano anty-TPO, w USG tarczycy obecność guzka – w BACC zmiana łagodna. 2) 50-letni pacjent z rozpoznaną chorobą autoimmunologiczną tarczycy w fazie nadczynności, przyjmujący tyrozol – stwierdzono podwyższone miano anty-TPO oraz prawidłowe wartości hormonów tarczycy, po konsultacji endokrynologicznej zalecono redukcję dawki leku. 3) 85-letnia pacjentka z kołataniem serca oraz pogorszeniem tolerancji wysiłku. W EKG obecne dodatkowe pobudzenia komorowe, a w badaniach laboratoryjnych stwierdzono niedo-

czynność tarczycy. Dodatkowo bardzo wysokie miano przeciwciał anty-TPO i anty-TG oraz zmiany guzkowe tarczycy w USG. W badaniu metodą Holtera stwierdzono liczne pobudzenia komorowe układające się w bigeminie, trigeminie oraz nsVT. Objawy ustąpiły po włączeniu leczenia. 4) 65-letnia pacjentka z obniżonym TSH od 6 miesięcy. W badaniach dodatkowych wole guzkowe nadczynne z autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy. Pacjentka została objęta opieką AOS i skierowana do leczenia radiojodem. 5) 45-letnia pacjentka z guzkiem tarczycy wyczuwalnym w badaniu palpacyjnym, skierowana na USG oraz BACC gdzie stwierdzono raka brodawkowatego tarczycy. Pacjentka została skierowana na wysokospecjalistyczne leczenie onkologiczne.

WNIOSKI: Dzięki wprowadzeniu ścieżki endokrynologicznej w ramach opieki koordynowanej poszerzyły się możliwości diagnostyczne i terapeutyczne w POZ. Lekarze rodzinni mogą poszerzyć swoje kompetencje w leczeniu chorób tarczycy.

SŁOWA KLUCZOWE: opieka koordynowana, endokrynologia, choroby tarczycy, wole guzkowe, guzek tarczycy.

