



XV KONGRES POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCyny RODZINNEJ

WROCŁAW
23–25.10.2026

PREZENTACJA
PRAC
NAUKOWYCH

Spis treści

Wykorzystanie sztucznej inteligencji w polskiej podstawowej opiece zdrowotnej: luka między praktyką kliniczną a nadzorem – ogólnopolskie badanie przekrojowe	1
Abdul Kader Abou Radi, Sandra Janiak	
Stosowanie opioidów – punkt widzenia lekarzy – badania wstępne	2
Katarzyna Bulek, Jarosław Drobnik, Urszula Grata-Borkowska	
Stosowanie opioidów – punkt widzenia pacjentów – badania wstępne	3
Katarzyna Bulek, Jarosław Drobnik, Urszula Grata-Borkowska	
Polifarmakoterapia u pacjentów w praktyce lekarza rodzinnego – badania wstępne	4
Katarzyna Bulek, Urszula Grata-Borkowska, Maria Magdalena Bujnowska-Fedak	
Profilaktyka sercowo-naczyniowa w POZ: jak motywować pacjentów do zmiany stylu życia?	5
Beata Chendzlik, Agnieszka Głowacka	
Analiza poprawy jakości życia u pacjentów z chorobą otyłościową po zastosowaniu tirzepatytu	6
Sebastian Damian Chojnacki	
Samoleczenie wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi na podstawie praktyki farmaceuty w placówce medycznej	7
Anna Ciuraj-Lewandowska, Alicja Szafrńska, Anna Serefko, Aleksandra Szopa	
Samoocena gotowości pielęgniarek do realizacji nowych kompetencji w zakresie kwalifikowania do szczepień	8
Agnieszka Głowacka, Sylwia Kałucka, Beata Chendzlik	
Stygmatyzacja osób chorujących na otyłość jako bariera skutecznego leczenia – przegląd aktualnej literatury	9
Karol Górny	
Analiza przypadku pacjenta zaatakowanego przez nietoperza	10
Urszula Grata-Borkowska, Katarzyna Basińska, Katarzyna Bulek	
Mały uraz – duży problem: opis przypadku częściowego uszkodzenia więzadła łódeczkowato-księżycowatego u 12-letniej dziewczynki	11
Urszula Grata-Borkowska, Katarzyna Bulek, Katarzyna Basińska, Marta Borkowska, Maria Magdalena Bujnowska-Fedak	
Niedoszacowanie ryzyka sercowo-naczyniowego w gabinecie lekarza rodzinnego: wartość USG doppler tętnic i lipoproteiny(a) w reklasyfikacji ryzyka w modelu opieki koordynowanej POZ	12
Marcin Hachuła, Michał Kosowski, Bogusław Okopień	
Częstość występowania i metaboliczne uwarunkowania stłuszczeniowej choroby wątroby związanej z dysfunkcją metaboliczną (MASLD) u pacjentów z dyslipidemią i potwierdzoną miażdżycą tętnic szyjnych w kardiologicznej ścieżce opieki koordynowanej POZ	13
Marcin Hachuła, Magdalena Woś, Bogusław Okopień	

Amoksycylina i amoksycylina z kwasem klawulanowym – analiza danych dotyczących refundacji leków Narodowego Funduszu Zdrowia.....	14
Wojciech Hajdusianek, Paweł Gać	
Postawy wobec szczepień przeciwko HPV i ich realizacja wśród studentów kierunków medycznych – znaczenie dla profilaktyki w podstawowej opiece zdrowotnej.....	15
Sylwia Kałucka, Agnieszka Głowacka	
Rola ścieżki kardiologicznej w ramach opieki koordynowanej w rozpoznawaniu i leczeniu niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory.....	16
Michał Kosowski, Marcin Hachuła	
Przyczajony pyłek, ukryty smog! Niewidzialne wyzwalacze zaostrzeń: wielodniowy wpływ letnich zanieczyszczeń powietrza na pacjentów pulmonologicznych – przewodnik profilaktyczny dla lekarzy POZ.....	17
Paweł Kotecki, Karol Woźniczka	
Ścieżka diagnostyczna pacjenta przed zabiegiem chirurgicznym w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	18
Magdalena Łasińska-Kowara, Agnieszka Krzemień, Karolina Kłoda, Mateusz Babicki	
Projekcja zapotrzebowania na lekarzy POZ do 2050 r. – modelowanie w oparciu o czas pracy lekarzy	19
Magdalena Łoś, Anna Krawczyk, Małgorzata Kalisz, Marika Guzek, Leszek Średziński	
Ocena rozumowania diagnostycznego dużych modeli językowych (LLM) w praktyce klinicznej medycyny rodzinnej.....	20
Jakub Magdziarz, Adrian Kuś, Wojciech Kaczmarek, Weronika Winiarska, Paweł Kikosicki, Magdalena Łoś	
Obciążenie zdrowotne wskutek upadków w Polsce i w województwach w latach 1990–2023: analiza na podstawie danych Global Burden of Disease	21
Kamila Malinowska, Zbigniew Figat, Natalia Kurowska, Roman Topór-Mądry	
Otępienie w Polsce i Europie Środkowej i Zachodniej w latach 1990–2023: analiza na podstawie danych Global Burden of Disease.....	22
Kamila Malinowska, Natalia Kurowska, Zbigniew Figat, Roman Topór-Mądry	
Bariery i czynniki ułatwiające wdrażanie opieki farmaceutycznej na obszarach depopulacyjnych w Polsce: perspektywy farmaceutów, lekarzy i ekspertów	23
Joanna Oberska, Aleksandra Prusaczyk-Świerzeńska, Paweł Żuk, Artur Prusaczyk, Sabina Karczmars, Magdalena Łoś	
Narastająca masa ciała mimo skutecznej kontroli glikemii u pacjenta z cukrzycą typu 2 – opis przypadku.....	24
Aleksandra Pławiak	
Moje Zdrowie – w zdrowym ciele zdrowy duch – analiza retrospektywna.....	25
Jakub Rzeszuto, Mateusz Babicki, Karolina Kłoda	
Koordinacja w POZ – znaczenie badania ACR.....	26
Ewa Szczepanik-Barczewska, Maria Barczewska	
Czy lekarz rodzinny może leczyć chorobę otyłościową u młodzieży?	27
Ewa Szczepanik-Barczewska, Maria Barczewska, Julia Barej	
Nieoczywiste zastosowanie badania FIT-OC w praktyce lekarza rodzinnego.....	28
Ewa Szczepanik-Barczewska, Maria Barczewska, Julia Barej	
Przeciwdziałanie stygmatyzacji w chorobie otyłościowej – przegląd literatury	29
Karolina Świder, Justyna Z. Ledwoch, Mateusz Babicki, Karolina Kłoda, Agnieszka Mastalerz-Migas	

Wykorzystanie sztucznej inteligencji w polskiej podstawowej opiece zdrowotnej: luka między praktyką kliniczną a nadzorem – ogólnopolskie badanie przekrojowe

Abdul Kader Abou Radi, Sandra Janiak

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

WSTĘP I CEL: Narzędzia AI coraz częściej wspierają lekarzy także w decyzjach klinicznych, jednak ich wykorzystaniu mogą nie towarzyszyć odpowiednie mechanizmy nadzoru i bezpieczeństwa. Celem badania była ocena skali wykorzystania AI przez lekarzy POZ w Polsce oraz stopnia, w jakim jej zastosowaniu klinicznemu towarzyszą mechanizmy bezpiecznego i przejrzystego stosowania.

METODOLOGIA: W 2026 r. rozpoczęto ogólnopolskie, anonimowe, internetowe badanie przekrojowe z nielosowym doborem próby wśród lekarzy POZ. Autorski kwestionariusz oceniał wykorzystanie AI, wpływ na decyzje kliniczne, weryfikację odpowiedzi, bezpieczeństwo danych i nadzór organizacyjny. Rekrutacja pozostaje w toku; analizą objęto 141 odpowiedzi zebranych do 09.08.2026 r. ze wszystkich 16 województw.

WYNIKI: Z AI korzystało 73/141 (51,8%) respondentów; 80,8% użytkowników stosowało ją codziennie lub kilka razy w tygodniu. U 64/73 (87,7%) AI przynajmniej sporadycznie wpływała na decyzje kliniczne, najczęściej dotyczące badań

diagnostycznych (57,8%), leczenia (48,4%) oraz dokumentacji lub uzasadnienia postępowania (45,3%). Odpowiedzi AI nie były każdorazowo weryfikowane przez 47/73 (64,4%) użytkowników, w tym 12,3% robiło to rzadko lub nigdy. Szkolenia z bezpiecznego używania AI nie odbyło 61/73 (83,6%), a 69/73 (94,5%) deklaroowało brak oficjalnych zasad dotyczących AI lub nie wiedziało o ich istnieniu. Żaden użytkownik nie deklaroował odnotowywania wykorzystania AI w dokumentacji medycznej. Ponadto 65/73 (89,0%) nie znało AI Act lub jedynie o nim słyszało.

WNIOSKI: Wykorzystanie AI w POZ wyprzedza rozwój mechanizmów zapewniających jego bezpieczne i przejrzyste stosowanie. Wyniki wskazują na potrzebę krajowego standardu obejmującego szkolenie, weryfikację odpowiedzi, ochronę danych, dokumentowanie użycia AI oraz zasady odpowiedzialności.

SŁOWA KLUCZOWE: sztuczna inteligencja, nadzór, decyzje kliniczne, weryfikacja odpowiedzi, bezpieczeństwo danych.

Stosowanie opioidów – punkt widzenia lekarzy – badania wstępne

Katarzyna Bulek¹, Jarosław Drobnik², Urszula Grata-Borkowska²

¹SKN przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

²Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

WSTĘP I CEL: Leczenie opioidami jest istotną składową drabiny analgetycznej. Znajomość wskazań pozanowotworowych do ich stosowania daje szansę efektywnego leczenia w innych rodzajach bólu.

METODOLOGIA: W badaniu wykorzystano opracowaną przez nas ankietę, na którą odpowiedziało nam wstępnie 30 respondentów.

WYNIKI: Ponad połowa ankietowanych to kobiety. Ponad 30% respondentów pracuje w zawodzie mniej niż 15 lat. Doświadczeni lekarze pracujący w zawodzie ponad 25 lat stanowili prawie połowę ankietowanych. 93% lekarzy stosuje opioidy w leczeniu bólu. Blisko 80% ankietowanych lekarzy rozpoczyna samodzielną terapię opioidami. Najczęstszym wskazaniem do samodzielnego stosowania opioidów jest dla ankietowanych lekarzy ból kręgosłupa (blisko 30%). Najczęstsze obawy związane ze stosowaniem opioidów to nieprawidłowe stosowanie leków przez pacjentów (35%). 20% respondentów obawia się depresji układu oddechowego. Według ankietowanych lekarzy, najczęstszą obawą związaną ze stosowaniem opioidów wśród

ich pacjentów jest uzależnienie. Objawem ubocznym najczęściej obserwowanym przez lekarzy stosujących opioidy u ich pacjentów są zaparcia (76%), na drugim miejscu nudności (31%), na trzecim miejscu senność (28%). 69% ankietowanych lekarzy deklaruje stosowanie skali odczuwania bólu w celu oceny efektów leczenia przeciwbólowego. 72% respondentów jest zainteresowanych wzięciem udziału w szkoleniach z zakresu stosowania opioidów.

WNIOSKI: Na podstawie naszych badań wstępnych można stwierdzić, że leczenie bólu przy zastosowaniu opioidów, również ze wskazań pozanowotworowych, jest zagadnieniem szeroko znanym wśród lekarzy. Mimo obaw związanych ze stosowaniem tej grupy leków, najczęstszym objawem niepożądanym obserwowanym przez lekarzy są zaparcia. Większość naszych respondentów jest zainteresowana odbyciem szkoleń w zakresie leczenia opioidami.

SŁOWA KLUCZOWE: opioidy, obawy, działania niepożądane.

Stosowanie opioidów – punkt widzenia pacjentów – badania wstępne

Katarzyna Bulek¹, Jarosław Drobnik², Urszula Grata-Borkowska²

¹SKN przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

²Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

WSTĘP I CEL: Opioidy są grupą leków szeroko stosowanych przy leczeniu bólu. Stosowanie tej grupy leków wiąże się z obawami naszych pacjentów, ale zwiększa skuteczność leczenia przeciwbólowego.

METODOLOGIA: W badaniu wstępnym wykorzystano opracowaną przez nas ankietę, na którą odpowiedziało nam 30 respondentów.

WYNIKI: 30% respondentów miało wykształcenie zawodowe, 27% średnie, 17% wyższe, pozostali ankietowani mieli wykształcenie zawodowe. Ponad połowa ankietowanych odpowiedziała twierdząco na pytanie: „Czy stosuje pan/pani leki z grupy opioidów?”. Najczęstszą formą stosowania leków z grupy opioidów były tabletki. 57% respondentów miało obawy przed stosowaniem opioidów. 50% ankietowanych obawiało się za-

leżnienia, a 20% przedawkowania. 64% respondentów podało, że wiedzę o procesie leczenia czerpią bezpośrednio od lekarza. 13% respondentów czerpało swoją wiedzę o lekach i procesie leczenia ze stron internetowych, a 10% z książek i podręczników medycznych. Najczęstszym objawem niepożądanym przy stosowaniu leków opioidowych było w ocenie pacjentów osłabienie (27%). Co ciekawe, na drugim miejscu pacjenci wymieniali nadmierny apetyt (13%).

WNIOSKI: Na podstawie naszych badań wstępnych można stwierdzić, że leczenie bólu przy zastosowaniu opioidów jest szeroko stosowane u pacjentów, mimo obaw związanych z tą grupą leków. Objawy niepożądane najczęściej nie są ciężkie.

SŁOWA KLUCZOWE: opioidy, objawy niepożądane, obawy pacjentów.

Polifarmakoterapia u pacjentów w praktyce lekarza rodzinnego – badania wstępne

Katarzyna Bulek¹, Urszula Grata-Borkowska², Maria Magdalena Bujnowska-Fedak²

¹SKN przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

²Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

WSTĘP I CEL: Polifarmakoterapia jest częstym problemem w naszej populacji. Zwiększa ona ryzyko wystąpienia działań niepożądanych leku i może wpływać na nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich.

METODOLOGIA: W badaniu wstępnym wykorzystano 50 opracowanych przez nas ankiet.

WYNIKI: 58% ankietowanych to kobiety, a 42% ankietowanych to mężczyźni. 32% respondentów miało wykształcenie podstawowe, 28% wyższe, 22% średnie, 18% zawodowe. Aż 58% respondentów miało 2–5 chorób. Tylko 22% ankietowanych cierpiało na jedną chorobę. 38% ankietowanych przyjmowało 6–10 leków, a 6% przyjmowało więcej niż 10 leków. Prawie połowa respondentów przyjmowała leki dwa razy dziennie. Druga połowa 3 lub więcej razy dziennie. 92% ankietowanych

deklarowało, że zawsze przyjmuje zalecone przez lekarza leki. Jeżeli zdarzy się nie przyjąć leków, to 80% ankietowanych jako przyczynę nieprzyjęcia leku wymieniało zapomnienie. 80% respondentów deklaruje, że nie przyjmuje samodzielnie leków, których nie zalecił lekarz lub bez konsultacji z farmaceutą. 52% respondentów deklarowało, że miewa objawy uboczne po lekach.

WNIOSKI: Na podstawie naszych badań wstępnych można stwierdzić, że mimo przyjmowania wielu leków (polifarmakoterapii) przez naszych pacjentów przestrzeganie zaleceń lekarskich jest dobre. Niestety część naszych pacjentów doświadcza objawów ubocznych po lekach.

SŁOWA KLUCZOWE: polifarmakoterapia, przestrzeganie zaleceń lekarskich, objawy uboczne.

Profilaktyka sercowo-naczyniowa w POZ: jak motywować pacjentów do zmiany stylu życia?

Beata Chendzlik¹, Agnieszka Głowacka^{1,2}

¹Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Oddział w Łodzi

²Uniwersytet Medyczny w Łodzi

WSTĘP I CEL: Choroby sercowo-naczyniowe pozostają główną przyczyną zachorowalności i umieralności w Polsce, a ich skuteczna profilaktyka w dużej mierze zależy od modyfikacji stylu życia. Istotnym wsparciem tych działań są programy profilaktyczne, takie jak Moje Zdrowie, które sprzyjają wczesnemu wykrywaniu zagrożeń zdrowotnych oraz wzmacniają zaangażowanie pacjentów w proces dbania o własne zdrowie. Celem jest wskazanie, jak motywować pacjentów do zmiany stylu życia.

METODOLOGIA: Opis przypadków, analiza dokumentacji medycznej, wykonanie pomiarów, wywiad, obserwacja.

WYNIKI: 53-letni pacjent zgłosił się do poradni POZ w celu otrzymania skierowania do neurologa. Podczas pierwszej wizyty, lekarz zaproponował w celu oceny stanu zdrowia przystąpienie do programu Moje Zdrowie. Na podstawie kwestionariusza, pomiarów antropometrycznych i wykonanych badań biochemicznych stwierdzono nieprawidłowości. Dlatego wdrożono dalszą diagnostykę oraz objęto pacjenta Indywidualnym Planem Opieki Medycznej (IPOM) oraz opieką pielęgniarską w ramach opieki koordynowanej. Rozpoznano: zaburzenia

metabolizmu lipoprotein – cholesterol całkowity 366 mg/dl, triglicerydy 2323 mg/dl, cukrzycę – glukoza 282,00 mg/dl, hemoglobina glikowana 10,21%, otyłość – BMI 34,7, nadciśnienie tętnicze – 179/98 mm Hg, przewlekłą chorobę niedokrwienną serca – zawał leczony interwencyjnie (stenty). Ostatnia wizyta u kardiologa 2 lata wcześniej. Wdrożona została nowoczesna terapia kardiometaboliczna oraz regularne porady pielęgniarskie w IPOM w zakresie edukacji – modyfikacji stylu życia, samokontroli, monitorowanie stosowania się do zaleceń. Po 2 miesiącach uzyskano poprawę parametrów.

WNIOSKI: Przypadek pokazuje istotną rolę współpracy lekarz – pielęgniarka. Stanowi to fundament nowoczesnej opieki nad pacjentem. Podział zadań w zespole POZ to warunek prowadzący do sukcesu terapeutycznego u pacjenta z wielochorobowością.

SŁOWA KLUCZOWE: profilaktyka sercowo-naczyniowa, podstawowa opieka zdrowotna, program Moje Zdrowie, opieka koordynowana, zmiana stylu życia.

Analiza poprawy jakości życia u pacjentów z chorobą otyłościową po zastosowaniu tirzepatytu

Sebastian Damian Chojnacki

Centrum Medyczne JKmed

WSTĘP I CEL: Otyłość jest przewlekłą chorobą istotnie obniżającą jakość życia oraz zwiększającą ryzyko licznych chorób współistniejących. Tirzepatyd (Mounjaro), jako agonista receptorów GIP i GLP-1, wykazuje wysoką skuteczność w leczeniu choroby otyłościowej. Celem pracy była ocena wpływu 6-miesięcznej terapii tirzepatydem na jakość życia pacjentów z chorobą otyłościową oraz analiza zmian masy ciała i BMI.

METODOLOGIA: Badaniem objęto 55 pacjentów z chorobą otyłościową leczonych tirzepatydem. Jakość życia oceniono z wykorzystaniem standaryzowanego kwestionariusza WHOQOL-BREF, natomiast skuteczność terapii analizowano również na podstawie zmian masy ciała i wskaźnika BMI. Analizę statystyczną przeprowadzono z zastosowaniem testów χ^2 oraz metod opisowych, oceniając zależności pomiędzy wynikami leczenia i wybranymi cechami badanych.

WYNIKI: Po 6 miesiącach terapii stwierdzono istotną poprawę jakości życia pacjentów we wszystkich analizowanych

obszarach, szczególnie w domenie fizycznej i psychologicznej. Leczenie wiązało się również z redukcją masy ciała oraz BMI. Pacjenci deklarowali poprawę samopoczucia, większą satysfakcję z wyglądu oraz korzystniejsze relacje społeczne. Uzyskane wyniki wskazują, że korzyści z terapii wykraczają poza efekty metaboliczne.

WNIOSKI: Tirzepatyd skutecznie poprawia jakość życia pacjentów z chorobą otyłościową, jednocześnie przyczyniając się do redukcji masy ciała i BMI. Kompleksowa ocena z wykorzystaniem WHOQOL-BREF potwierdza zasadność uwzględniania jakości życia jako jednego z kluczowych wskaźników skuteczności leczenia otyłości.

SŁOWA KLUCZOWE: choroba otyłościowa, tirzepatyd, Mounjaro, jakość życia, WHOQOL-BREF, BMI.

Samoleczenie wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi na podstawie praktyki farmaceuty w placówce medycznej

Anna Ciuraj-Lewandowska¹, Alicja Szafrńska², Anna Serefko², Aleksandra Szopa²

¹Przychodnia POZ Lux-Medica, Płock

²Zakład Farmacji Klinicznej i Opieki Farmaceutycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WSTĘP I CEL: Polska pod względem skali samoleczenia plasuje się w czołówce krajów Unii Europejskiej. Należy mieć na uwadze, że samoleczenie stanowi realne obciążenie dla systemu ochrony zdrowia. Celem pracy jest ocena skali samoleczenia wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi oraz identyfikacja obszarów możliwej interwencji farmaceuty, co ma służyć zwiększeniu świadomości pacjentów, optymalizacji farmakoterapii oraz poprawie bezpieczeństwa stosowanej terapii.

METODOLOGIA: Badanie objęło 96 pacjentów. Konsultacja z farmaceutą odbywała się w gabinecie farmaceutycznym w placówce medycznej. Pacjent, po wyrażeniu pisemnej zgody na udział w badaniu, proszony był o przyniesienie listy stosowanych leków, a następnie o wypełnienie ankiety dotyczącej samoleczenia. Po zebraniu wszystkich informacji farmaceuta przedstawiał pacjentowi pisemne zalecenia dotyczące zidentyfikowanych problemów lekowych związanych z samodzielnym stosowaniem leków. Po każdej konsultacji lekarz prowadzący otrzymywał raport z podjętych przez farmaceutę działań oraz sugestie dotyczące dalszego monitorowania farmakoterapii pacjenta.

WYNIKI: U 33% badanych zidentyfikowano rzeczywiste problemy lekowe. W dniu konsultacji z farmaceutą 10% pacjentów zgłosiło działania niepożądane wpływające na ich ogólny stan zdrowia. W przypadku złego samopoczucia ponad połowa ankietowanych deklarowała stosowanie domowych sposobów, a 32% zażywała leki, suplementy, preparaty ziołowe lub wyroby medyczne bez wiedzy lekarza. Z kolei prawie połowa respondentów przyznała się do wielokrotnego stosowania w ciągu ostatnich 12 miesięcy innych preparatów niż te zalecone przez lekarza. U wszystkich badanych farmaceuta wdrożył interwencje obejmujące zwiększenie wiedzy na temat samoleczenia oraz poprawę *compliance* i jakości życia.

WNIOSKI: Pacjenci z chorobami przewlekłymi stosujący samoleczenie potrzebują wdrożenia efektywnych działań edukacyjnych w celu redukcji ryzyka wystąpienia problemów lekowych, w czym może pomóc farmaceuta pracujący w placówce medycznej.

SŁOWA KLUCZOWE: samoleczenie, konsultacja farmaceutyczna, problemy lekowe, *compliance*, edukacja.

Samoocena gotowości pielęgniarek do realizacji nowych kompetencji w zakresie kwalifikowania do szczepień

Agnieszka Głowacka^{1,2}, Sylwia Kałucka^{1,2}, Beata Chendzlik¹

¹Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

²Uniwersytet Medyczny w Łodzi

WSTĘP I CEL: Działania profilaktyczne wpływają na zmiany w systemie ochrony zdrowia. Istotnym elementem tych zmian jest rozszerzanie kompetencji zawodowych. W odpowiedzi na potrzeby zdrowotne społeczeństwa wprowadzone zmiany legislacyjne mają na celu efektywniejsze wykorzystanie kadr medycznych. Jedną ze zmian było rozszerzenie uprawnień pielęgniarek do kwalifikowania pacjentów do szczepień ochronnych. Nowe kompetencje wymagają odpowiedniej wiedzy, umiejętności oraz poczucia pewności w podejmowaniu decyzji związanych z oceną stanu zdrowia pacjenta. Celem prezentowanego badania jest analiza postaw pielęgniarek oraz samooceny gotowości tej grupy zawodowej do realizacji nowych uprawnień związanych z kwalifikowaniem pacjentów do szczepień ochronnych. Ponadto ocenie poddano poziom przygotowania zawodowego, poczucie kompetencji, doświadczenia związane z wykonywaniem nowych zadań.

METODOLOGIA: Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny przeprowadzony z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety wśród pielęgniarek pracujących w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. Wykorzystano kwe-

stionariusz ankiety obejmujący aspekty wiedzy, doświadczenia zawodowego, poczucia odpowiedzialności oraz postrzegania roli pielęgniarki w procesie szczepień.

WYNIKI: Wyniki wskazują, że postawy pełnej akceptacji i gotowości do podejmowania nowych zadań prezentowało ponad 70% ankietowanych i było to zgodne z samooceną swoich kompetencji, wśród badanych dominowały (80% odpowiedzi) obawy związane z odpowiedzialnością prawną oraz przeciążeniem obowiązkami.

WNIOSKI: Wnioski z badania mogą stanowić podstawę do formułowania rekomendacji dla praktyki pielęgniarskiej oraz kadry zarządzającej. Pozwolą także na identyfikację czynników sprzyjających i ograniczających realizację nowych kompetencji zawodowych, co może się przyczynić do poprawy dostępności świadczeń profilaktycznych.

SŁOWA KLUCZOWE: pielęgniarki, kompetencje zawodowe, kwalifikowanie do szczepień, samoocena gotowości, profilaktyka zdrowotna.

Stygmatyzacja osób chorujących na otyłość jako bariera skutecznego leczenia – przegląd aktualnej literatury

Karol Górny

Własna działalność gospodarcza

WSTĘP I CEL: Otyłość jest przewlekłą, nawrotową chorobą o złożonej etiologii biologicznej, psychologicznej i środowiskowej. Pomimo rosnącej wiedzy na temat jej patofizjologii osoby chorujące nadal doświadczają stygmatyzacji, obwiniania i dyskryminacji – również w systemie ochrony zdrowia. Celem pracy był systematyczny przegląd aktualnej literatury dotyczącej wpływu stygmatyzacji masy ciała na proces leczenia choroby otyłościowej.

METODOLOGIA: Przeprowadzono przegląd systematyczny literatury w bazach PubMed, obejmujący lata 2015–2026. Kryteria włączenia obejmowały badania jakościowe, przekrojowe, przeglądy systematyczne oraz metaanalizy dotyczące stygmatyzacji w opiece nad pacjentami z otyłością. Po procesie selekcji i reduplikacji włączono 143 unikalne publikacje.

WYNIKI: Stygmatyzacja w ochronie zdrowia przejawia się językiem obwiniającym, minimalizacją opieki oraz dyskryminacją ze strony personelu medycznego. Ryzyko doświadczenia dyskryminacji rośnie istotnie wraz z BMI (OR = 27,06, 95% CI:

4,85–150,95 dla BMI ≥ 40 kg/m²). Stygmatyzacja prowadzi do unikania wizyt lekarskich, obniżonej adherencji terapeutycznej (OR = 0,12) oraz pogorszenia zdrowia psychicznego: depresji, lęku i zaburzeń odżywiania. W ciągu ostatniej dekady uprzedzenia wobec otyłości wzrosły o 66%. Strach przed stygmatyzacją istotnie wpływa na decyzje dotyczące chirurgii bariatrycznej. Mechanizmy działania obejmują internalizację stygmatu, unikanie opieki medycznej oraz wtórne zmiany neuroendokrynne nasilające zaburzenia zachowania żywieniowego.

WNIOSKI: Stygmatyzacja stanowi wielowymiarową barierę skutecznego leczenia otyłości. Niezbędne są szkolenia personelu medycznego w zakresie komunikacji bez uprzedzeń, stosowanie języka neutralnego i podejścia *person-first*, wdrożenie modeli multidyscyplinarnych oraz systemowe działania antidyskryminacyjne.

SŁOWA KLUCZOWE: stygmatyzacja, otyłość, bariera terapeutyczna, adherencja, *weight bias*.

Analiza przypadku pacjenta zaatakowanego przez nietoperza

Urszula Grata-Borkowska¹, Katarzyna Basińska², Katarzyna Bulek²

¹Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

²SKN przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

WSTĘP I CEL: Wścieklizna wciąż jest chorobą, której wskazania do profilaktyki oraz schematy szczepienia są aktualne. Szczepienie można wykonać w ramach profilaktyki preekspozycyjnej lub poekspozycyjnej.

METODOLOGIA: Analiza przypadku pacjenta.

WYNIKI: 27-letni mężczyzna zgłosił się do szpitala zakaźnego. W dniu poprzednim wszedł do jaskini, gdzie były nietoperze, jeden z nich zerwał się i wleciał w twarz mężczyźnie. Mężczyzna nie wie dokładnie, czy doszło do zadrapania. Zaprzecza pogryzieniom. W badaniu fizykalnym bez jawnych uszkodzeń naskórka. Przeciwno tężcowi był szczepiony rok temu, bo zranił

się podczas prac ogrodowych. Po wykluczeniu przeciwwskazań i badaniu fizykalnym pacjenta zakwalifikowano do profilaktyki poekspozycyjnej wścieklizny w schemacie Zagrzeb (0–7–21). Podano dwie dawki preparatu Verorab. Przebieg poszczepienny niepowikłany. Zalecenia: Zgłoszenie się na kolejne dawki szczepienia przeciwko wściekliźnie do poradni chorób zakaźnych za 7 i 21 dni od terminu pierwszego szczepienia.

WNIOSKI: Znajomość wskazań i schematów szczepienia przeciw wściekliźnie może zapobiec wystąpieniu u pacjenta tej w 100% śmiertelnej choroby.

SŁOWA KLUCZOWE: wścieklizna, schemat Zagrzeb.

Mały uraz – duży problem: opis przypadku częściowego uszkodzenia więzadła łódeczkowato-księżycowatego u 12-letniej dziewczynki

Urszula Grata-Borkowska¹, Katarzyna Bulek², Katarzyna Basińska², Marta Borkowska²,
Maria Magdalena Bujnowska-Fedak¹

¹Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

²SKN przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

WSTĘP I CEL: Niewielki uraz (jak upadek z niedużej wysokości na przykładowo wyprostowany kciuk) może spowodować częściowe uszkodzenie SLL (wężadła łódeczkowato-księżycowatego). Nierozpoznane uszkodzenie tej struktury może mieć długofalowe konsekwencje w postaci przewlekłego bólu nadgarstka oraz nieodwracalnych zmian zwyrodnieniowych.

METODOLOGIA: Opis przypadku.

WYNIKI: Do ortopedy zgłosiła się 12-letnia dziewczynka ze skierowaniem od lekarza rodzinnego. 9 dni wcześniej doznała urazu ręki prawej na placu zabaw – spadła na wyprostowany kciuk. Początkowo poczuła silny ból, potem ból był o bardzo niewielkim nasileniu. W RTG bez cech złamania. W badaniu ręki prawej: bez obrzęku, bez cech niestabilności, DRUJ (dy-

stalny staw promieniowo-łokciowy) stabilny, ruchomość, czucie i ukrwienie zachowane, ból nad kością łódeczkowatą. Zalecono miękką ortezę. MRI nadgarstka w razie bólu powyżej 2 tygodni – wykluczenie złamania kości łódeczkowatej. Ponieważ ból o niewielkim nasileniu utrzymywał się ponad 2 tygodnie, wykonano MRI nadgarstka prawego. W MRI: częściowe uszkodzenie SLL. Zalecono miękką ortezę na kolejne 2 tygodnie oraz przedłużono zwolnienie z zajęć wf.

WNIOSKI: Wczesna identyfikacja częściowego uszkodzenia SLL pozwoliła na zapobieżenie trwałym następstwom tego urazu w przyszłości.

SŁOWA KLUCZOWE: SLL, częściowe uszkodzenie więzadła łódeczkowato-księżycowatego.

Niedoszacowanie ryzyka sercowo-naczyniowego w gabinecie lekarza rodzinnego: wartość USG doppler tętnic i lipoproteiny(a) w reklasyfikacji ryzyka w modelu opieki koordynowanej POZ

Marcin Hachuła^{1,2}, Michał Kosowski^{2,3}, Bogusław Okopień¹

¹Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Farmakologii Klinicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²NZOZ Salus Nova, Mysłowice

³II Katedra i Klinika Kardiologii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

WSTĘP I CEL: Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego zalecają ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego za pomocą SCORE2, który jest oparty wyłącznie na klasycznych czynnikach ryzyka i może nie odzwierciedlać rzeczywistego ryzyka sercowo-naczyniowego pacjenta, co prowadzi do niedostatecznego leczenia wg celu LDL-C. Opieka koordynowana w POZ zapewnia dostęp do badania USG doppler tętnic szyjnych i tętnic kończyn dolnych oraz badań finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia, w tym Lp(a) (program Moje Zdrowie). Celem pracy była ocena częstości reklasyfikacji ryzyka po wykonaniu tych badań.

METODOLOGIA: Analiza obejmowała 613 pacjentów z dyslipidemią kierowanych na USG doppler tętnic szyjnych i/lub kończyn dolnych w opiece koordynowanej POZ. Wyłączono zakwalifikowanych automatycznie do ryzyka bardzo wysokiego z uwagi na wywiad chorobowy oraz tych, u których do tej kategorii kwalifikowała wartość SCORE2. W pozostałej podgrupie ($n = 299$) oceniono częstość występowania blaszki miażdżycowej w badaniach ultrasonograficznych i stężenia Lp(a) > 50 mg/dl – czynników powodujących reklasyfikację ryzyka.

WYNIKI: 314 pacjentów (51,2%) kwalifikowało się wyjściowo do ryzyka bardzo wysokiego. W pozostałej grupie 299 pacjentów (średni wiek 50,3 roku, SD 11,8) USG doppler tętnic szyjnych i kończyn dolnych i/lub Lp(a) pozwoliły na reklasyfikację 164 osób (54,8%, 95% CI: 49,2–60,4%) – 135 (45,2%, 95% CI: 39,6–50,8%) dzięki obrazowaniu tętnic i 34/96 przebadanych (35,4%, 95% CI: 26,6–45,4%) z uwagi na Lp(a) > 50 mg/dl.

WNIOSKI: Ryzyko sercowo-naczyniowe oceniane wyłącznie za pomocą SCORE2 jest istotnie niedoszacowane – dotyczy to ponad połowy pacjentów pierwotnie poniżej progu bardzo wysokiego ryzyka. USG doppler tętnic szyjnych i/lub kończyn dolnych oraz Lp(a) zwiększają czułość stratyfikacji ryzyka, identyfikując pacjentów wymagających intensyfikacji leczenia hipolipemizującego. Wyniki uzasadniają rutynowe wykonywanie tych badań w gabinecie lekarza rodzinnego.

SŁOWA KLUCZOWE: SCORE2, USG doppler tętnic, lipoproteina(a), opieka koordynowana, POZ.

Częstość występowania i metaboliczne uwarunkowania stłuszczeniowej choroby wątroby związanej z dysfunkcją metaboliczną (MASLD) u pacjentów z dyslipidemią i potwierdzoną miażdżycą tętnic szyjnych w kardiologicznej ścieżce opieki koordynowanej POZ

Marcin Hachuła^{1,2}, Magdalena Woś¹, Bogusław Okopień¹

¹Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Farmakologii Klinicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

²NZOZ Salus Nova, Mysłowice

WSTĘP I CEL: MASLD i miażdżycę często współwystępują i mają wspólne czynniki ryzyka metabolicznego. Celem badania była ocena częstości występowania MASLD i jej uwarunkowań metabolicznych u pacjentów POZ z dyslipidemią i potwierdzoną w USG miażdżycą tętnic szyjnych oraz sprawdzenie związku MASLD z zaawansowaniem zmian miażdżycowych.

METODOLOGIA: Analizą objęto 601 pacjentów kardiologicznej ścieżki opieki koordynowanej (OK) POZ, u których wykonano USG doppler tętnic szyjnych oraz w podgrupie kończyn dolnych, a także USG jamy brzusznej. Zastosowano wieloczynnikową regresję logistyczną i liniową skorygowaną o wiek, płeć i czynniki metaboliczne. Obliczono wskaźniki FIB-4, APRI, De Ritis oraz Fatty Liver Index (FLI).

WYNIKI: MASLD stwierdzono u 44,9% pacjentów (270/601). Pacjenci z MASLD mieli wyższe BMI, obwód talii, triglicerydy, kwas moczowy i enzymy wątrobowe oraz niższe HDL ($p < 0,0001$). Sama obecność miażdżycy nie była niezależnym predyktorem MASLD po korekcie o czynniki metaboliczne (OR = 0,90, 95% CI: 0,52–1,55) – niezależnymi determinantami

były wiek, BMI, cukrzyca typu 2, nadciśnienie i triglicerydy ($p < 0,001$). U pacjentów z potwierdzoną miażdżycą ($n = 407$) MASLD wiązała się niezależnie ze złożonym wskaźnikiem obciążenia miażdżycowego (obustronność, istotne zwężenie oraz większa średnica blaszki, $p < 0,001$), przy czym każdy z tych komponentów był istotny też osobno ($p = 0,018, 0,028, < 0,001$), ale nie z niestabilnością blaszki ($p = 0,82$). FLI wykazał akceptowalną trafność w identyfikacji MASLD (AUC 0,72).

WNIOSKI: MASLD dotyczy istotnego odsetka pacjentów POZ z rozpoznaną dyslipidemią i wiąże się przede wszystkim z klasycznymi czynnikami ryzyka metabolicznego. U pacjentów z potwierdzoną miażdżycą MASLD wiązała się niezależnie z zaawansowaniem miażdżycy, ale nie z niestabilnością blaszki. Dane zbierane w ścieżce kardiologicznej OK pozwalają wstępnie typować pacjentów do dalszej diagnostyki MASLD bez konieczności dodatkowych badań specjalistycznych.

SŁOWA KLUCZOWE: MASLD, blaszka miażdżycowa, USG doppler, opieka koordynowana, POZ.

Amoksycylina i amoksycylina z kwasem klawulanowym – analiza danych dotyczących refundacji leków Narodowego Funduszu Zdrowia

Wojciech Hajdusianek, Paweł Gać

Katedra Zdrowia Środowiskowego, Medycyny Pracy i Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

WSTĘP I CEL: Amoksycylina (A) to antybiotyk powszechnie wykorzystywany w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Amoksycylina z kwasem klawulanowym (AK) to antybiotyk o szerszym spektrum działania. Leki te są w Polsce dostępne na receptę. Recepty na te leki mogą podlegać refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Celem pracy była analiza różnic we względnym wykorzystaniu refundowanej A i AK w zależności od województwa, płci i wieku.

METODOLOGIA: Badanie retrospektywne. Przeanalizowano dane dotyczące refundacji recept na A i AK z lat 2017–2024. Źródłem danych był NFZ. Różnice analizowano z wykorzystaniem uogólnionego addytywnego modelu mieszanego (GAMM).

WYNIKI: Analiza wykazała istotne statystycznie różnice we względnym wykorzystaniu AK w zależności od wieku, województwa i płci.

WNIOSKI: Względne wykorzystanie A i AK może być związane z regionem Polski oraz cechami demograficznymi. Wyniki mogą zostać wykorzystane do planowania dalszych badań nad czynnikami wpływającymi na wybór antybiotyku oraz próby określenia przyczyn obserwowanego zjawiska.

SŁOWA KLUCZOWE: amoksycylina, amoksycylina z kwasem klawulanowym, antybiotykoterapia, refundacja leków.

Postawy wobec szczepień przeciwko HPV i ich realizacja wśród studentów kierunków medycznych – znaczenie dla profilaktyki w podstawowej opiece zdrowotnej

Sylwia Kałucka^{1,2}, Agnieszka Głowacka^{1,2}

¹Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

²Uniwersytet Medyczny w Łodzi

WSTĘP I CEL: Szczepienia przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) stanowią istotny element profilaktyki nowotworów związanych z tym zakażeniem. Pomimo dostępności szczepień, poziom ich realizacji wśród młodych dorosłych w Polsce pozostaje niewystarczający. Szczególne znaczenie ma postawa przyszłych pracowników ochrony zdrowia, którzy w przyszłości będą odgrywać istotną rolę w rekomendowaniu szczepień pacjentom. Celem była ocena odsetka zaszczepionych, postaw wobec szczepień przeciwko HPV, czynników wpływających na decyzję o szczepieniu oraz barier ograniczających jego realizację wśród studentów kierunków medycznych.

METODOLOGIA: Badanie przekrojowe przeprowadzono wśród 1062 studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, studiujących na kierunkach lekarskim, pielęgniarstwie, położnictwie i zdrowiu publicznym. Analizowano status szczepienia, gotowość do szczepienia, czynniki motywujące, bariery oraz działania niepożądane. Zastosowano jedno- i wieloczynnikową regresję logistyczną.

WYNIKI: Wyniki: Szczepienie przeciwko HPV zadeklarowało 20% respondentów. Najwyższy odsetek zaszczepionych od-

notowano wśród studentów położnictwa (26,8%), a najniższy wśród studentów kierunku lekarskiego (16,8%). Ponad 60% niezaszczepionych studentów kierunku lekarskiego deklaroowało gotowość do szczepienia. Najważniejszymi barierami były koszt szczepienia oraz błędne przekonania dotyczące wieku kwalifikującego do szczepienia. Wpływ rodziców i informacje uzyskane na uczelni sprzyjały szczepieniu. W analizie wieloczynnikowej jedynie stan cywilny był niezależnym predyktorem zaszczepienia (OR = 2,58, 95% CI: 1,365–4,862, $p = 0,004$). Działania niepożądane zgłosiło 45% zaszczepionych, najczęściej miejscowe.

WNIOSKI: Odsetek zaszczepionych studentów kierunków medycznych pozostaje niski mimo relatywnie wysokiej gotowości do szczepienia. Konieczne są działania zwiększające dostępność finansową szczepień oraz ukierunkowana edukacja dotycząca ich skuteczności, bezpieczeństwa i kryteriów kwalifikacji. Istotne jest również wzmocnienie roli POZ – lekarza rodzinnego w rekomendowaniu szczepień przeciwko HPV.

SŁOWA KLUCZOWE: HPV, szczepienia, studenci kierunków medycznych, profilaktyka nowotworów, lekarz rodzinny.

Rola ścieżki kardiologicznej w ramach opieki koordynowanej w rozpoznawaniu i leczeniu niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory

Michał Kosowski^{1,2}, Marcin Hachuła^{2,3}

¹II Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²NZOZ Salus, Mysłowice

³Klinika Chorób Wewnętrznych i Farmakologii Klinicznej, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

WSTĘP I CEL: Niewydolność serca z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory (HFpEF) to złożony zespół kliniczny, który dotyczy od 1% do 3% populacji światowej. Choć objawy podmiotowe i przedmiotowe HFpEF są zbliżone do tych występujących w innych postaciach niewydolności serca, leżące u ich podłoża procesy patofizjologiczne oraz czynniki ryzyka istotnie się różnią. Różnice te sprawiają, że rozpoznanie HFpEF stanowi wyzwanie kliniczne. Pacjenci z HFpEF wykazują zwiększoną śmiertelność z jakiegokolwiek przyczyny, obniżoną jakość życia oraz generują znaczne koszty dla systemu opieki zdrowotnej. Algorytm diagnostyczny tego schorzenia zawiera w sobie zarówno badanie echokardiograficzne, jak i oznaczenie badań laboratoryjnych, spośród których najważniejsze jest oznaczenie stężenia NT-proBNP. Badania te – dotychczas zarezerwowane jedynie dla specjalistycznych poradni kardiologicznych – obecnie mogą być wykonywane w gabinetach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej dzięki coraz powszechniejszemu dostępowi do opieki koordynowanej (OK). Celem pracy jest ocena roli OK w diagnostyce i leczeniu HFpEF.

METODOLOGIA: Analiza obejmowała dane medyczne 471 pacjentów, którzy odbyli konsultację kardiologiczną z wykonaniem badania echokardiograficznego w ramach OK w okresie od sierpnia 2025 do lipca 2026 r. Powyższa analiza obejmowała dotychczasową historię medyczną, w tym historię leczenia w ramach specjalistycznych poradni kardiologicznych, obraz

echokardiograficzny, zgłaszane przez pacjentów objawy oraz badania laboratoryjne.

WYNIKI: W ocenianej grupie badanej HFpEF występowało u 55 pacjentów (11,67%), z czego u 49 (89,1%) rozpoznanie to postawiono *de novo* w czasie konsultacji kardiologicznej wykonywanej w ramach OK i wdrożono adekwatne leczenie, zgodne z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, a jedynie u 7 z nich (11,9%) rozpoznanie to postawiono wcześniej. Istotnym faktem wydaje się, iż 22 (44,9%) spośród pacjentów z *de novo* rozpoznaną HFpEF pozostawało pod stałą opieką kardiologiczną poradni specjalistycznych, jednak żaden z nich w ostatnich 36 miesiącach nie miał wykonywanego badania echokardiograficznego ani oznaczenia stężenia NT-proBNP.

WNIOSKI: Regularna ocena pacjentów w badaniu echokardiograficznym oraz oznaczenie stężenia NT-proBNP jest ważnym czynnikiem zwiększającym rozpoznawalność HFpEF i pozwalającym na wcześniejszym etapie rozpoczynać leczenie niewydolności serca. Dzięki dostępności wyżej wymienionych badań w ramach ścieżki kardiologicznej OK przyczynia się ona do poprawy opieki nad pacjentami cierpiącymi na to schorzenie.

SŁOWA KLUCZOWE: badanie echokardiograficzne, HFpEF, NT-proBNP, opieka koordynowana.

Przyczajony pyłek, ukryty smog! Niewidzialne wyzwalacze zaostrzeń: wielodniowy wpływ letnich zanieczyszczeń powietrza na pacjentów pulmonologicznych – przewodnik profilaktyczny dla lekarzy POZ

Paweł Kotecki¹, Karol Woźniczka^{1,2}

¹Indywidualna Praktyka Lekarska Karol Woźniczka

²Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Oddział Wielkopolski

WSTĘP I CEL: Letnie ekspozycje na zanieczyszczenia powietrza i bioaerozole stanowią mało znany wyzwalacz zaostrzeń chorób układu oddechowego. Celem pracy była ocena ich wpływu na ryzyko pilnych hospitalizacji pulmonologicznych w kontekście edukacji lekarzy medycyny rodzinnej (POZ) i ich pacjentów.

METODOLOGIA: Dane 1214 pacjentów z rozpoznaniem pilnym J44, J45 i J96 odnotowanych w szpitalach aglomeracji poznańskiej z okresów letnich z lat 2018–2021 ($N = 488$ dni) przeanalizowano przy użyciu czterech modeli regresji logistycznej z opóźnieniem czasowym (Lag 0–3). Uwzględniały one ilościowe dane o stężeniach smogu letniego, pyłków roślin oraz zarodników grzybów pleśniowych, z korekcją o temperaturę i wilgotność powietrza, rok i dzień tygodnia. Weryfikacji dopasowania dokonano testem ilorazu wiarygodności (LRT, $p < 0,05$).

WYNIKI: Wykazano istotny wpływ zanieczyszczeń na wzrost szansy hospitalizacji. Najsilniejszy efekt jednostkowy zaobser-

wowano dla $PM_{2.5}$ na Lag 1 u kobiet z POChP (aOR = 1,152, +15,2% szansy na $1 \mu g/m^3$, $p = 0,0075$). Dwutlenek azotu (NO_2) wywoływał skumulowaną odpowiedź opóźnioną (Lag 1–3), podnosząc szansę hospitalizacji w grupie 41–60 lat na Lag 2 o 56,7% przy wzroście stężenia o $10 \mu g/m^3$ (aOR10 = 1,567). Pyłki pokrzywy zwiększały szansę hospitalizacji z powodu astmy u kobiet na Lag 2 o 0,35% na każde 1 ziarno/ m^3 oraz o 41,7% przy przyroście stężenia o 100 ziaren/ m^3 (aOR100 = 1,417, $p = 0,0085$).

WNIOSKI: Letnie zanieczyszczenia chemiczne i bioaerozole podnoszą ryzyko ostrej hospitalizacji pulmonologicznej z opóźnieniem do 3 dni. W praktyce POZ kluczowa jest edukacja pacjentów w zakresie profilaktyki środowiskowej – w tym rekomendowanie bieżącego kontrolowania jakości powietrza w miejscu zamieszkania oraz unikania ekspozycji w dniach wysokich stężeń w tym okresie.

SŁOWA KLUCZOWE: smog letni, pyłki, jakość powietrza, pacjent pulmonologiczny, czynniki środowiskowe.

Ścieżka diagnostyczna pacjenta przed zabiegiem chirurgicznym w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Magdalena Łasińska-Kowara¹, Agnieszka Krzemień², Karolina Kłoda³, Mateusz Babicki⁴

¹Sekcja Prehabilitacji i Medycyny Okołooperacyjnej Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych

²Sekcja Naukowa Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

³MEDFIT Karolina Kłoda, Szczecin

⁴Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

WSTĘP I CEL: W starzejącym się społeczeństwie lekarze rodzinni coraz częściej przyjmują pacjentów wymagających zabiegu chirurgicznego, u których występują wielochorobowość, niedożywienie, choroby neurodegeneracyjne. Badania laboratoryjne pomagają w ocenie stanu ogólnego.

METODOLOGIA: Badanie przeprowadzono metodą CAWI. Do lekarzy pracujących w POZ skierowano autorski kwestionariusz dotyczący wiedzy i praktyki w zakresie opieki okołooperacyjnej. Analizowano odpowiedzi na pytania dotyczące badań laboratoryjnych. Określono wartości maksymalne i minimalne, średnią, medianę, kwartyle (Q1, Q2, Q3). W celu wizualizacji danych stworzono macierze korelacji rang Spearmana.

WYNIKI: U pacjentów kierowanych na planowe zabiegi operacyjne lekarze POZ najchętniej wykonują badanie EKG po 55. roku życia – odpowiedzi często lub prawie zawsze udzieliło 60% ankietowanych. Podobny odsetek respondentów zleca morfologię, glukozę i kreatyninę u pacjentów z wielochorobowością. Najrzadziej wykonywane są stężenie albumin – 8,7% oraz test COG – 4,8% odpowiedzi często. Zaobserwowano statystycznie istotną korelację ($r = 0,175$, $p = 0,012$) między znajomością

pojęcia prehabilitacja a oznaczaniem stężenia albumin u pacjentów podejrzewanych o niedożywienie. Lekarze, którzy częściej przyjmują pacjentów zdyskwalifikowanych z zabiegów operacyjnych, częściej zlecają też badania laboratoryjne przed skierowaniem do leczenia chirurgicznego – korelacje istotne statystycznie stwierdzono odpowiednio dla wykonywania morfologii i glukozy ($r = 0,2$, $p = 0,008$) oraz diagnostyki niedokrwistości ($r = 0,156$, $p = 0,135$).

WNIOSKI: Lekarze rodzinni widzą potrzebę wczesnej diagnostyki chorych przed zabiegiem operacyjnym, szczególnie pacjentów w grupach ryzyka. Znajomość pojęcia i zasad prehabilitacji może ułatwić im decyzję co do potrzeby zlecenia wybranych badań laboratoryjnych. Pacjenci z wielochorobowością wymagają stabilizacji chorób przewlekłych przed leczeniem inwazyjnym. Opracowanie rekomendacji w zakresie prehabilitacji w POZ może ułatwić lepsze przygotowanie obciążonych pacjentów do zabiegu operacyjnego.

SŁOWA KLUCZOWE: prehabilitacja, opieka przedoperacyjna, badania laboratoryjne, niedokrwistość.

Projekcja zapotrzebowania na lekarzy POZ do 2050 r. – modelowanie w oparciu o czas pracy lekarzy

Magdalena Łoś¹, Anna Krawczyk¹, Małgorzata Kalisz², Marika Guzek², Leszek Średziński²

¹Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Centrum Medyczno-Diagnostyczne w Siedlcach

WSTĘP I CEL: Planowanie zasobów kadrowych w POZ często opiera się na ogólnych wskaźnikach populacyjnych, które nie uwzględniają różnicowania potrzeb zdrowotnych. Celem badania była ocena różnicy między rzeczywistym wykorzystaniem a modelowanym zapotrzebowaniem na świadczenia POZ oraz projekcja zapotrzebowania na lekarzy POZ do 2050 r.

METODOLOGIA: Wykorzystano dane z Mapy Potrzeb Zdrowotnych BASiW dotyczące wykorzystania świadczeń POZ w latach 2016–2024, dane demograficzne GUS oraz wiedzę ekspercką zespołów POZ. Opracowano model wizytowy uwzględniający 11 typów świadczeń, ich średni czas trwania oraz częstotliwość realizacji w 12 grupach wiekowych. Zapotrzebowanie wyrażono w roboczogodzinach i przeliczono na etaty lekarskie (FTE – ekwiwalent pełnego czasu pracy; 1705 godzin/rok). Analizowano dwa scenariusze: (1) obserwowanego poziomu korzystania w 2024 r. oraz (2) korzystania przez 90% populacji. Następnie wykonano projekcję zapotrzebowania do 2050 r.

WYNIKI: W 2024 r. modelowane zapotrzebowanie wyniosło 22 472 FTE w scenariuszu 1 oraz 24 230 FTE w scenariuszu 2.

Najwyższe zapotrzebowanie w przeliczeniu na osobę występowało w grupach 0–2 oraz 90+ lat, natomiast największe całkowite obciążenie generowała grupa 66–75 lat. Do 2050 r. zapotrzebowanie pozostawało względnie stabilne, osiągając w szczycie projekcji ok. 23 100 tys. FTE w scenariuszu 1 oraz 24 600 FTE w scenariuszu 2. W 2024 r. świadczeń w POZ udzielało prawie 39 tys. lekarzy (niezależnie od wymiaru czasu pracy), a specjalistów medycyny rodzinnej było ok. 11 tys.

WNIOSKI: Zapotrzebowanie na świadczenia POZ zależy przede wszystkim od struktury wiekowej populacji i intensywności korzystania ze świadczeń. Model oparty na czasie pracy może stanowić bardziej adekwatne narzędzie długoterminowego planowania zasobów kadrowych niż proste wskaźniki populacyjne.

SŁOWA KLUCZOWE: kadry medyczne, zapotrzebowanie, demografia, podstawowa opieka zdrowotna.

Ocena rozumowania diagnostycznego dużych modeli językowych (LLM) w praktyce klinicznej medycyny rodzinnej

Jakub Magdziarz¹, Adrian Kuś², Wojciech Kaczmarek³, Weronika Winiarska¹, Paweł Kikosicki², Magdalena Łoś¹

¹Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Centrum Medyczno-Diagnostyczne, Siedlce

³Katedra Nauk Klinicznych Niezabiegowych, Politechnika Wrocławska

WSTĘP I CEL: Sztuczna inteligencja (AI), w tym duże modele językowe (LLM), zyskują coraz większe znaczenie w sektorze ochrony zdrowia. Szczególnie ciekawym, ale jednocześnie nowatorskim obszarem jest podstawowa opieka zdrowotna (POZ). Technologie te mogą wspierać procesy diagnostyczne, usprawniać organizację i przebieg opieki, a także poprawiać dostęp pacjentów do świadczeń medycznych w ramach POZ. Celem badania była ocena rozumowania diagnostycznego wybranych dużych modeli językowych w praktyce klinicznej medycyny rodzinnej.

METODOLOGIA: W badaniu wykorzystano 30 autorsko opracowanych scenariuszy klinicznych opartych na rzeczywistych przypadkach z zakresu medycyny rodzinnej, zaprezentowanych w ustandaryzowanych wariantach polsko- i anglojęzycznych. Ocenie poddano sześć modeli językowych (GPT-5, Bielik, Llama3.3, Meditron3, OpenBioLLM, Qwen2.5). Odpowiedzi poddano niezależnej ocenie przez dwóch lekarzy z użyciem ustrukturyzowanego formularza oceniającego diagnostykę różnicową, uzasadnienie, planowanie badań dodatkowych, trafność ostatecznej diagnozy oraz poprawność decyzji o triażu.

WYNIKI: Wpływ języka zależał istotnie od modelu. Modele Qwen2.5, Llama3.3, Meditron3 i OpenBioLLM osiągnęły

znacząco lepsze wyniki w języku angielskim. Modele GPT-5 oraz polski model Bielik nie wykazały statystycznie wykrywalnych różnic między wynikami w obu językach. Największe różnice językowe dotyczyły jakości diagnostyki, uzasadnienia i planowania badań, czyli obszarów bezpośrednio związanych z bezpieczeństwem pacjenta. Dodatkowo analiza eksploracyjna wskazała, że poszczególne modele różnią się pod względem intensywności sugerowanej diagnostyki oraz proponowania szerszych i bardziej kosztownych paneli badań.

WNIOSKI: Skuteczność kliniczna i diagnostyczna modeli LLM zależy w znacznym stopniu od specyfiki samego modelu oraz języka operacyjnego. Przed wdrożeniem LLM do zastosowań medycznych w krajach nieanglojęzycznych, w tym w Polsce, konieczna jest niezależna walidacja w języku lokalnym. Powinna ona obejmować nie tylko trafność końcowego rozpoznania, lecz także jakość rozumowania, dobór badań, triaż, liczbę proponowanych procedur diagnostycznych i ich koszt. Taka wielowymiarowa ocena pozwala określić, czy dany model może być bezpiecznie i racjonalnie wykorzystany jako narzędzie wspierające decyzje kliniczne.

SŁOWA KLUCZOWE: sztuczna inteligencja, duże modele językowe, medycyna rodzinna, rozumowanie diagnostyczne.

Obciążenie zdrowotne wskutek upadków w Polsce i w województwach w latach 1990–2023: analiza na podstawie danych Global Burden of Disease

Kamila Malinowska^{1,2}, Zbigniew Figat, Natalia Kurowska, Roman Topór-Mądry

¹Interdyscyplinarne Centrum Danych o Zdrowiu *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński

²Centrum Medyczne Judyta

WSTĘP I CEL: Według badania GBD 2023 liczba upadków globalnie wyniosła 45,1 mln i wzrosła w porównaniu a 1990 r. o 182%. Celem badania jest porównanie trendów obciążenia upadkami w Polsce i między województwami w latach 1990–2023.

METODOLOGIA: Analizę przeprowadzono na podstawie oszacowań z badania GBD 2023. Badanymi zmiennymi są chorobowość, DALY, YLL, YLD (szacowane na 100 000 populacji) wraz z 95% UI standaryzowane do wieku (ASR). Wizualizację wykonano w środowisku R.

WYNIKI: Chorobowość wzrosła na poziomie kraju z 13 055,20 do 14 835,81 na 100 tys. (+13,6%). Wzrost odnotowano w 14 z 16 województw, a spadek w 2. Skala wzrostu chorobowości jest zróżnicowana: od 24,47 do 3 357,56 na 100 tys. Wartość

YLL spadła o 24% w skali kraju (z 315,85 do 240,18 na 100 tys.). Spadek YLL dotyczył 14 z 16 województw, w 2 odnotowano wzrost. Wartość YLD wzrosła o 6,4% w skali kraju (z 597,32 do 635,61 na 100 tys.). Wzrost YLD dotyczył 7 województw, w 9 odnotowano spadek. Wartość DALY spadła w skali kraju o 4,1% (z 913,18 do 875,79 na 100 tys.), ze spadkiem w 12 z 16 województw i wzrostem w 4 z 16.

WNIOSKI: Oszacowania wskazują na zróżnicowanie między-wojewódzkie. Najwyraźniej obserwowana rozbieżność dotyczy chorobowości. Wzrost chorobowości, spadek YLL, wzrost YLD i nieznaczny wzrost DALY sugerują, że wzrasta liczba osób, które doświadczyły upadku lub wydłuży się czas życia osób po upadku.

SŁOWA KLUCZOWE: falls, GBD, DALY, YLL, YLD.

Otępienie w Polsce i Europie Środkowej i Zachodniej w latach 1990–2023: analiza na podstawie danych Global Burden of Disease

Kamila Malinowska^{1,2}, Natalia Kurowska, Zbigniew Figat, Roman Topór-Mądry

¹Interdyscyplinarne Centrum Danych o Zdrowiu *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński

²Centrum Medyczne Judyta

WSTĘP I CEL: Według globalnych trendów chorobowości oszacowanych w badaniu GBD liczba osób z otępieniem wzrosła z 57,4 mln (95% UI: 50,4–65,1) w 2019 r. do 152,8 mln (95% UI: 130,8–175,9) w 2050 r. Celem badania jest porównanie trendów obciążenia upadkami w Polsce, Europie Środkowej i Europie Zachodniej w latach 1990–2023.

METODOLOGIA: Analizę przeprowadzono na podstawie oszacowań z badania GBD 2023. Badanymi zmiennymi są chorobowość, zgony, DALY, YLL, YLD (szacowane na 100 000 populacji) wraz z 95% UI standaryzowane do wieku (ASR) oraz nominalne dla chorobowości i DALY. Wizualizację wykonano w środowisku R.

WYNIKI: Standaryzowane względem wieku wskaźniki (YLL, YLD, DALY, zgony, chorobowość) w latach 1990–2023 wykazały niewielki spadek w większości analizowanych grup w Polsce,

Europie Środkowej i Zachodniej, z wyjątkiem mężczyzn w Europie Zachodniej, u których część wskaźników nieznacznie wzrosła. Jednocześnie wartości nominalne DALY i chorobowości wzrosły we wszystkich regionach i grupach płci niezależnie od kierunku zmian standaryzowanych. Odpowiednio DALY: +103% w Polsce, +97% w Europie Zachodniej, +88% w Europie Środkowej.

WNIOSKI: Rozbieżność między stabilnymi lub malejącymi wskaźnikami standaryzowanymi a rosnącym obciążeniem nominalnym wskazuje, że głównym czynnikiem zwiększającym bezwzględne obciążenie otępieniem jest starzenie się i wzrost liczebności populacji, a nie wzrost indywidualnego ryzyka zachorowania.

SŁOWA KLUCZOWE: demencja, GBD, DALY, YLL, YLD.

Bariery i czynniki ułatwiające wdrażanie opieki farmaceutycznej na obszarach depopulacyjnych w Polsce: perspektywy farmaceutów, lekarzy i ekspertów

Joanna Oberska¹, Aleksandra Prusaczyk-Świerzeńska², Paweł Żuk², Artur Prusaczyk², Sabina Karczmarsz², Magdalena Łoś¹

¹Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Centrum Medyczno-Diagnostyczne w Siedlcach

WSTĘP I CEL: Obszary wiejskie w Polsce charakteryzują się ograniczonym dostępem do świadczeń zdrowotnych, a farmaceuci odgrywają istotną rolę w jego zwiększaniu. Opieka farmaceutyczna (OF) pozostaje jednak niedostatecznie zoperacjonalizowana. Celem badania było zbadanie doświadczeń i postaw farmaceutów, lekarzy rodzinnych oraz ekspertów systemu ochrony zdrowia wobec wdrażania opieki farmaceutycznej i współpracy interdyscyplinarnej na obszarach wiejskich.

METODOLOGIA: Przeprowadzono badanie jakościowe oparte na pogłębionych wywiadach indywidualnych (IDI) z celowo dobraną próbą 18 uczestników: farmaceutów ze społeczności wiejskich ($n = 5$), lekarzy POZ praktykujących na obszarach wiejskich ($n = 6$) oraz ekspertów systemu ochrony zdrowia ($n = 7$). Dane poddano analizie tematycznej.

WYNIKI: Zidentyfikowano sześć głównych tematów. Farmaceuci wiejscy rutynowo realizują funkcje opieki farmaceutycznej (nieformalny przegląd leków, wykrywanie interakcji, proste testy diagnostyczne) mimo braku refundacji tych świadczeń. Kontekst wiejski wzmacnia zarówno potrzebę, jak i okoliczności sprzyjające OF (spersonalizowane relacje farmaceuta–pacjent, deficyty w dostępie do lekarzy, niższy poziom kompetencji

zdrowotnych pacjentów). Współpraca interdyscyplinarna opiera się jednak na znajomościach osobistych, a nie ustrukturyzowanych procesach, co czyni ją nieskalowalną. Zidentyfikowano spójną architekturę barier: brak refundacji NFZ, trudności z wydzieleniem miejsca na świadczenie OF, wykluczenie farmaceutów z elektronicznej dokumentacji medycznej i deficyty kadrowe. Postawy lekarzy wahały się od ostrożnej otwartości po sceptycyzm wynikający głównie z braku znajomości kompetencji farmaceuty i zakresu jego świadczeń. Za najistotniejsze usługi dla ludności wiejskiej zostały uznane przegląd lekowy, leczenie drobnych dolegliwości (infekcje), szczepienia, szkolenia z zakresu obsługi urządzeń medycznych.

WNIOSKI: Na obszarach wiejskich funkcjonuje niewidoczny system nieformalnej opieki farmaceutycznej. Jego formalizacja wymaga skoordynowanych działań: refundacji usług przez NFZ, dostępu do wspólnej dokumentacji medycznej, obowiązkowych szkoleń interdyscyplinarnych oraz inwestycji infrastrukturalnych.

SŁOWA KLUCZOWE: opieka farmaceutyczna, farmaceuci, usługi farmaceutyczne, obszary wiejskie.

Narastająca masa ciała mimo skutecznej kontroli glikemii u pacjenta z cukrzycą typu 2 – opis przypadku

Aleksandra Pławiak

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Med-Piast s.c.
Uniwersytet Opolski

WSTĘP I CEL: Według WHO ponad 43% dorosłych na świecie ma nadwagę, a ponad 16% żyje z otyłością. Obecnie agoniści receptora GLP-1 są często stosowani zarówno w leczeniu otyłości, jak i cukrzycy typu 2, jednak dawki stosowane w diabetologii nie zawsze zapewniają skuteczne leczenie choroby otyłościowej. Celem pracy jest przedstawienie przypadku pacjenta z cukrzycą typu 2 z narastającą masą ciała pomimo intensywnej farmakoterapii.

METODOLOGIA: Retrospektywna analiza dokumentacji medycznej 40-letniego pacjenta z otyłością olbrzymią, cukrzycą typu 2, nadciśnieniem tętniczym i zespołem metabolicznym, pozostającego pod opieką lekarza POZ oraz poradni diabetologicznej od 2014 r. Przeanalizowano przebieg leczenia, zmiany masy ciała, BMI oraz HbA_{1c}.

WYNIKI: Podczas 5-letniej obserwacji, obejmującej ponad rok stosowania semaglutynu w dawce 1 mg/tydzień oraz leczenia dapagliflozyną 10 mg, metforminą 3000 mg i glimepirydem 6 mg/dobę, masa ciała pacjenta wzrosła z 132 kg do 138 kg (BMI

z 44,6 do 46,6 kg/m²). Jednocześnie uzyskano istotną poprawę kontroli glikemii (HbA_{1c} z 10,5% do 6,69%). Pacjent nie pozostawał pod opieką dietetyka, natomiast otrzymywał od lekarza rodzinnego zalecenia dotyczące modyfikacji stylu życia.

WNIOSKI: Opisany przypadek podkreśla, że skuteczna kontrola glikemii nie zawsze wiąże się z uzyskaniem oczekiwanej redukcji masy ciała. Otyłość wymaga odrębnego, kompleksowego planowania leczenia zgodnie z aktualnymi zaleceniami PTLO. W przedstawionym przypadku na brak redukcji masy ciała mogły wpływać m.in. brak konsultacji dietetycznych, stosowanie semaglutynu w dawce stosowanej w leczeniu cukrzycy typu 2 oraz równoczesna terapia pochodną sulfonilomocznika. Lekarz rodzinny odgrywa kluczową rolę w rozpoznawaniu braku skuteczności leczenia otyłości, optymalizacji terapii oraz kwalifikacji niektórych pacjentów do leczenia bariatrycznego.

SŁOWA KLUCZOWE: otyłość olbrzymia, cukrzyca typu 2, semaglutyn, leczenie otyłości.

Moje Zdrowie – w zdrowym ciele zdrowy duch – analiza retrospektywna

Jakub Rzeszuto¹, Mateusz Babicki², Karolina Kłoda³

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

²Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

³Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

WSTĘP I CEL: Profilaktyka jest jednym z filarów medycyny rodzinnej. Od 1 maja 2025 r. w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) jest dostępne nowe narzędzie w tej dziedzinie – program Moje Zdrowie (MZ). Obejmuje on wszystkich pacjentów od ukończenia 20. roku życia, niezależnie od stanu zdrowia. W ramach programu analizowanych jest wiele aspektów zdrowia pacjentów. Celem pracy jest szeroka ocena rozpowszechnienia otyłości, zdrowia psychicznego oraz występowania czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych wśród uczestników badania.

METODOLOGIA: Przedmiotem retrospektywnej analizy są dane pochodzące z ankiet oraz wizyt podsumowujących programu MZ przeprowadzonych w okresie od 1 maja 2025 do 31 sierpnia 2026 r. w jednej placówce POZ.

WYNIKI: Badaną populację stanowiły 224 osoby, w tym 138 kobiet (61,6%). 104 (46,4%) pacjentów wypełniło ankietę za pośrednictwem pracownika przychodni. 67 (27,2%) pacjentów spełniło kryterium otyłości wg BMI, 123 pacjentów (54,9%) spełniło kryterium otyłości brzusznej wg wskaźnika WHR. Spośród pacjentów 41 (18,3%) miało nieprawidłową glikemię na czczo, 123 (54,9%) miało podwyższone wartości trójglicerydów, z czego 2 osoby miały ciężką hipertrójglicydemię (≥ 500 mg/dl).

WNIOSKI: Stwierdzona częstość występowania choroby otyłościowej i jej powikłań wskazuje na wysoką zasadność podejmowania wczesnych interwencji obecnych w programie MZ.

SŁOWA KLUCZOWE: Moje Zdrowie, profilaktyka, zaburzenia lipidowe.

Koordynacja w POZ – znaczenie badania ACR

Ewa Szczepanik-Barczewska^{1,2}, Maria Barczewska³

¹Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

²NZOZ Spiromed, Zamość

³Warszawski Uniwersytet Medyczny, studentka IV roku

WSTĘP I CEL: Celem badania była analiza historii pacjentów zgłaszających się do POZ w czasie 01.01.2026–01.07.2026, u których wykonano badanie ACR. Specjalnym zainteresowaniem objęto grupę pacjentów z czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego, m.in. podwyższonym ciśnieniem tętniczym lub rozpoznana chorobą sercowo-naczyniową, zaburzeniami lipidowymi lub stanem przedcukrzycowym – jako czynnikami predysponującymi do rozwoju przewlekłej choroby nerek.

METODOLOGIA: Dokonano przeglądu badań laboratoryjnych, w tym wskaźników nerkowych, ACR u pacjentów, którzy byli na wizycie w terminie 01.01.2026–01.07.2026, 181 mężczyzn i 236 kobiet w wieku 40–95 lat.

WYNIKI: Zgodnie z rekomendacjami KDIGO pacjenci, którzy mieli wykonane badania dwukrotnie z odstępem czasu minimum 3 miesiące zostali zakwalifikowani do odpowiedniej

kategorii A1–A3 i G1–G5, m.in. w celu weryfikacji odpowiedniego leczenia i dostępu do flozyn. Wyróżniono też grupę osób z kategorią A1 lub granicznym eGFR, które wymagają ścisłego nadzoru, powtórzenia badania i redukcji czynników ryzyka, aby nie dopuścić do rozwoju PChN.

WNIOSKI: Badania są w trakcie opracowywania, warto podkreślić znaczenie wskaźnika ACR, który ułatwia identyfikację osób zagrożonych powikłaniami i rozwojem chorób sercowo-naczyniowych i PChN, a także ułatwia dostęp do nowoczesnego leczenia flozynami. Wskaźnik ACR ma też łatwą konstrukcję edukacyjną dla pacjentów i dzięki skali KDIGO łatwiej też przekonać pacjentów do potrzeby intensyfikacji leczenia i redukcji czynników ryzyka.

SŁOWA KLUCZOWE: ACR, flozyny, koordynacja, PChN.

Czy lekarz rodzinny może leczyć chorobę otyłościową u młodzieży?

Ewa Szczepanik-Barczewska¹, Maria Barczewska², Julia Barej²

¹Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

²Warszawski Uniwersytet Medyczny, studentka IV roku

WSTĘP I CEL: Choroba otyłościowa jest narastającym problemem w polskim społeczeństwie. Dotyka nie tylko osoby dorosłe, ale w dużej mierze również dzieci i młodzież, co stanowi istotny problem społeczno-zdrowotny, prowadzi do wystąpienia powikłań u młodych dorosłych. Celem pracy jest przedstawienie możliwego podejścia i opisu przypadku skutecznego leczenia nastolatki z problemem choroby otyłościowej w praktyce lekarza rodzinnego.

METODOLOGIA: W maju 2026 r. do praktyki LR zapisała się nowa pacjentka, lat 17, z BMI 39,3 (> 97 c) 110 kg i 168 cm wzrostu, w celu leczenia otyłości. Z wywiadu – dziewczynka urodzona z Apgar 8, masa ciała 4300 i 57 cm, na kolejnych badaniach bilansowych utrzymywanie masy ciała i wzrostu 50/75 c, od czasu pójścia do szkoły – wyraźny wzrost masy ciała 90 c/ 97 c. U mamy stwierdzono otyłość na poziomie 30,1 BMI. Wywiad obciążony operacją ginekologiczną w 14. roku życia, w badaniach laboratoryjnych bez odchyłań od normy, pacjentka podaje, że tylko choruje na insulinooporność. Dokonano oceny fenotypu otyłości – oprócz uwarunkowań genetycznych i środowiskowych (rodzinna cukiernia) stwierdzono fenotyp głodny mózg, wolne jelita i jedzenie emocjonalne, jak również zbyt małą aktywność fizyczną. Przeprowadzono edukację dietetyczną dotyczącą aktywności fizycznej, wykonano instruktaż

w zakresie wykonywania iniekcji i przepisano semaglutyd w początkowej dawce 0,5 z propozycją dalszego wzrostu dawek.

WYNIKI: Podczas kolejnych wizyt stwierdzono dobrą tolerancję leczenia, brak wystąpienia działań niepożądanych, motywacja pacjentki i wsparcie rodziny w leczeniu duże. W ciągu 3 miesięcy leczenia dawka semaglutynu na poziomie 1,7, redukcja masy ciała do 101 kg, BMI 35,3. Pacjentka zadowolona z efektów, aktywna, planuje dodatkowo zapisać się na siłownię, utrzymano dalsze leczenie. Zlecono badania laboratoryjne.

WNIOSKI: Poradnia lekarza rodzinnego jest najlepszym miejscem do wdrożenia leczenia choroby otyłościowej, także u nastolatków, ponieważ LR jest specjalistą, który ma dostęp do dokumentacji pacjenta, wgląd w jego sytuację życiową, rodzinną, co przy problemie otyłości jest bardzo ważne. Wizyty u LR są nielimitowane, dzięki czemu pacjent ma poczucie bezpieczeństwa i może zwrócić się w razie działań niepożądanych czy potrzeby modyfikacji dawki do swojego lekarza. Dzięki pojawieniu się opieki koordynowanej jest również możliwość wsparcia pacjenta opieką dietetyka.

SŁOWA KLUCZOWE: otyłość, młodzież, opieka koordynowana.

Nieoczywiste zastosowanie badania FIT-OC w praktyce lekarza rodzinnego

Ewa Szczepanik-Barczewska^{1,2}, Maria Barczewska³, Julia Barej³

¹Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

²NZOZ Spiromed, Zamość

³Warszawski Uniwersytet Medyczny, studentka IV roku

WSTĘP I CEL: W ostatnich latach obserwuje się zwiększony dostęp do diagnostyki w praktyce LR. Dzięki temu LR mają dostęp do najnowocześniejszych metod diagnozowania i leczenia pacjentów, a często skraca to też ścieżkę pacjenta w systemie. Od maja 2025 r. dostępne jest badanie FIT-OC w ramach programu Moje Zdrowie. Jest to test immunochemiczny pozwalający na identyfikację obecności krwi utajonej w dolnym odcinku przewodu pokarmowego za pomocą pomiaru stężenia hemoglobiny w próbce kału. Pomaga również w określeniu drogi utraty żelaza u osób z niedoborem żelaza. Celem badania jest opis przypadku, jak wykonanie badania, także poza zaplanowaną wiekową grupą, może przyczynić się do postawienia prawidłowego rozpoznania. Badanie jest dostępne bezpłatnie w ramach programu Moje Zdrowie dla osób powyżej 50. roku życia, natomiast zostało wykonane u pacjentki 26-letniej i doprowadziło do rozpoznania zespołu Peutza-Jeghersa.

METODOLOGIA: Pacjentka lat 26 (antropometria: 80 kg, 162 cm BMI 30,5, obwód talii 85 cm, obwód bioder 98 cm, WHR 0,87, typ androidalny) wypełniła przez internetowe konto pacjenta ankietę Moje Zdrowie, zaniepokojona zmęczeniem, brakiem sił, postępującym osłabieniem. W ankiecie nie podano chorób przewlekłych, nowotworowych w rodzinie, pacjentka nie pali tytoniu, spożywanie alkoholu jest dopuszczalne. Zwracają uwagę nieprawidłowe nawyki żywieniowe, niska aktywność fizyczna oraz objawy depresji umiarkowanie ciężkie. W wykonanych badaniach z MZ poziom Hgb 8,8 g/dl, podczas teleporady zlecono badanie FIT-OC i umówiono wizytę kontrolną w POZ.

WYNIKI: W uzyskanych wynikach stwierdzono: nieprawidłową morfologię krwi, OB 13, CRP 2,32, Fe 19,8, LP 7 mmol/l – ryzyko chorób sercowo-naczyniowych niskie, glukoza 93,50, TSH 1,940, Ast 25, Alt 22, GGTP 4, eGFR > 90, HDL 47,10, LDL 106,70, cholesterol całkowity 172,00, nie-HDL 124,9, TG 99,30, i FIT-OC 728,00 mg/ml. Wydano pilnie skierowanie na kolonoskopię, której wynik był nieprawidłowy. Stwierdzono m.in. na przebiegu jelita 7 uszypułowanych polipów 1,5–4 cm o morfologii hamartomatycznej, pobrano wycinek hist.-pat. Z jednego z nich usunięto mniejszy 6 mm z odbytnicy. Już na podstawie obrazu endoskopowego wysunięto podejrzenie zespołu Peutza-Jeghersa, co znalazło potwierdzenie w badaniu histopatologicznym. Dodatkowo pacjentka zgłosiła, że w ostatnim czasie zdarzały się luźniejsze stolce.

WNIOSKI: Wprowadzenie profilaktyki Moje Zdrowie znacznie poprawiło dostęp pacjentów do badań diagnostycznych i przyspieszyło proces diagnostyczny oraz leczniczy w POZ. Jednocześnie należy pamiętać, że dostępne narzędzia można również wykorzystywać nawet w nieoczywistych sytuacjach. W dniu pisania artykułu pacjentka oczekuje na konsultację specjalistyczną i dalsze postępowanie.

SŁOWA KLUCZOWE: Moje Zdrowie, FIT-OC, zespół Peutza-Jeghersa, niedokrwistość.

Przeciwdziałanie stygmatyzacji w chorobie otyłościowej – przegląd literatury

Karolina Świder¹, Justyna Z. Ledwoch², Mateusz Babicki³, Karolina Kłoda⁴, Agnieszka Mastalerz-Migas³

¹NZOZ Biogenes, Wrocław

²NZOZ Kraków-Południe, Kraków

³Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁴MEDFIT Karolina Kłoda, Szczecin

WSTĘP I CEL: Otyłość jest przewlekłą chorobą wiążącą się z licznymi konsekwencjami zdrowotnymi i psychospołecznymi. Istotnym problemem jest stygmatyzacja osób z otyłością, obejmująca negatywne stereotypy, uprzedzenia i dyskryminację. Może ona pogarszać dobrostan psychiczny, relacje społeczne oraz wpływać na podejmowanie i kontynuowanie leczenia. Stygmatyzacja w środowisku medycznym może dodatkowo obniżać jakość opieki i prowadzić do unikania lub opóźniania korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Celem pracy była ocena skali i charakteru stygmatyzacji osób z otyłością, jej wpływu na funkcjonowanie psychospołeczne i relacje z personelem medycznym oraz identyfikacja działań i sposobów postępowania zmierzających do ograniczenia stygmatyzacji w społeczeństwie i ochronie zdrowia.

METODOLOGIA: Przegląd literatury przeprowadzono zgodnie z wytycznymi PRISMA 2020. W bazie PubMed wyszukano publikacje dotyczące stygmatyzacji otyłości, fobii tłuszczu i stygmatyzacji wagi i ostatecznie do przeglądu włączono 32 artykuły.

WYNIKI: Z wykonanego przeglądu wynika, że stygmatyzacja otyłości wpływa na funkcjonowanie psychospołeczne, zdrowie fizyczne oraz psychiczne, ale również na zaufanie wobec przedstawicieli zawodów medycznych, co utrudnia podjęcie leczenia choroby otyłościowej i utrwała jej powikłania.

WNIOSKI: Analiza badań wskazuje, że stygmatyzacja osób z otyłością jest powszechnym zjawiskiem na całym świecie, obecnym zarówno w bezpośrednich kontaktach społecznych, jak i mediach społecznościowych oraz w kontaktach z przedstawicielami ochrony zdrowia. Jej główną przyczyną jest niewystarczające zrozumienie złożonej natury otyłości prowadzące do stereotypizacji, uprzedzeń i nieuzasadnionej negatywnej oceny osób z otyłością.

SŁOWA KLUCZOWE: choroba otyłościowa, stygmatyzacja, fatfobia.

