

**SPRAWOZDANIA  
REPORTS****The Third European Influenza Conference – sprawozdanie  
z perspektywy lekarza rodzinnego  
14–17 września 2008 r., Vilamoura, Portugalia****The Third European Influenza Conference  
– report from a family doctor's point of view  
September 14–17, 2008, Vilamoura, Portugal**

ANETA NITSCH-OSUCH

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

W dniach 14–17 września 2008 roku, w pięknym portugalskim letnim kurorcie Vilamoura, odbywała się konferencja poświęcona szeroko pojętej problematyce grypy – The Third European Influenza Conference, w której uczestniczyło ponad 1300 osób z 55 krajów. W czasie konferencji, oprócz wykładów plenarnych i warsztatów, odbywających się symultanicznie na kilku salach, zaprezentowano 278 plakatów. Na konferencji nie zabrakło także ekspertów polskich, reprezentowanych przez Profesor Lidę Brydak i zespół Krajowego Ośrodka ds. Grypy.

**Grypa sezonowa –  
stan zaszczepienia populacji,  
nowe szczepionki, szczepienia  
pracowników ochrony zdrowia**

Najwięcej uwagi poświęcono grypie sezonowej. Wiele sesji dotyczyło szczepień przeciwko grypie, omówiono m.in. stan zaszczepienia przeciwko grypie w populacji europejskiej. Niestety, w dalszym ciągu Polska plasuje się na jednym z ostatnich miejsc, jeśli chodzi o wyszczepialność przeciwko grypie – zarówno w całej populacji, jak i w grupach ryzyka (w Polsce szacowana jest ona na 11%, podczas gdy w Wielkiej Brytanii – na 54%, we Włoszech – 42%, Hiszpanii 41%, Francji 38%, Portugalii 33%, Austrii i Czechach – 19%).

Wymieniono 5 głównych powodów podawanych przez pacjentów, którzy poddają się szczepieniom przeciwko grypie: najczęściej z nich, bo 47%, postąpiło zgodnie z rekomendacją swego lekarza rodzinnego, w związku z czym bardzo

podkreślana jest aktywna rola lekarza pierwszego kontaktu w promowaniu szczepień przeciwko grypie wśród pacjentów; kolejne 47% zaszczepiło się ze względu na swój stan zdrowia, co z kolei udowodnia, jak ważna jest edukacja pacjentów; 39% pacjentów chciało uniknąć zachorowania na grypę, którą postrzegali jako groźną chorobę, 23% – chciało uniknąć zakażenia innych osób, 22% zaszczepiło się, bo szczepionka była bezpłatna i rekomendowana. Zwrócono także uwagę na fakt, że właśnie w krajach, w których szczepionka przeciwko grypie jest refundowana, obserwowane są najwyższe wskaźniki wykonawstwa szczepień (np. Wielka Brytania czy Francja).

Podkreślano, że szczególnie ważne jest szczepienie osób z grup ryzyka, np. seniorów po 65 roku życia. Najlepsze wyniki, jeśli chodzi o szczepienia seniorów, osiągnęto w Wielkiej Brytanii (78%), Francji (69%), Hiszpanii (67%), Irlandii (65%), Niemczech (60%) i we Włoszech (60%), najgorsze w Austrii (37%), Czechach (32%) i Polsce (16%) – przy czym należy dodać, iż ta liczba może być zawyżona, bo oficjalne dane wskazują na zaszczepienie około 8% populacji w tym wieku. Odrębnym problemem jest gorsza u osób starszych immunogenność dotychczas stosowanych szczepionek przeciwko grypie (w Polsce dostępne są szczepionki pojednostkowe (typu „subunit”) oraz z rozszczepionym winionem (typu „split”). Wydaje się, że szansą na wzmocnienie immunogenności szczepionek u seniorów będzie zastosowanie nowoczesnych adiuwantów (np. MF59). Wyniki dotychczasowych badań sugerują, że szczepionka z adiuwantem MF59 jest dobrze tolerowana (niepożądane odczyny poszcze-

pienne występują rzadko, są to głównie szybko przemijające objawy miejscowe) – u pacjentów w każdym wieku (zarówno starszych, jak i niemowląt i małych dzieci w wieku 6–59 miesięcy). W porównaniu ze szczepionkami TIV pacjenci szczepieni szczepionką zawierającą adiuwant MF59 uzyskiwali wyższy poziom przeciwciał ochronny, który utrzymywał się długo, a szczepienie w kolejnych latach przyczyniało się do uzyskiwania coraz wyższego miana przeciwciał. Opisywany adiuwant zastosowany został także do produkcji szczepionki przeciwko wirusowi H5N1, udowodniono skuteczność i bezpieczeństwo tej szczepionki u fretek, co skłania do wysnucia wniosku, że szczepionka ta może pretendować do miana szczepionki pre-pandemicznej.

**Wiele uwagi poświęcono problemowi szczepień przeciwko grypie wśród personelu ochrony zdrowia.** Podnoszono m.in. kwestię, czy szczepienia przeciwko grypie powinny być obowiązkowe dla personelu medycznego, czy może powinny być rozpatrywane w aspekcie etycznego obowiązku wobec pacjentów. Wyszczepialność przeciwko grypie wśród personelu medycznego określana jest jako niska, i np. w Wielkiej Brytanii wynosi 29%, w Czechach i Portugalii – 28%, w Hiszpanii – 26%, we Francji – 24%, w Niemczech – 23%, Austrii, Finlandii i Irlandii – odpowiednio 23, 22 i 21%, a w Polsce – tylko 9%. Tymczasem szczepienie przeciwko grypie traktowane jest, zdaniem ekspertów, jako element zapewniania jakości usługi pacjentom, zwłaszcza z grup ryzyka. Szczepienia pracowników ochrony zdrowia powinny być bezpłatne i zorganizowane w sposób umożliwiający wykonanie szczepienia w różnym czasie (a więc z uwzględnieniem np. pracy zmianowej).

## Grypa pandemiczna

Dokonano oceny stanu przygotowań Europy do kolejnej pandemii grypy, zwracając uwagę na fakt, iż: obserwowany jest znaczny postęp przy-

gotowań od 2005 roku, stworzono plany pandemiczne w większości krajów, zwiększono zaangażowanie w działania na szczeblu lokalnym (w wybranych krajach), dostrzeżono znaczenia działań międzyresortowych. Za negatywy uznano: „zmęczenie” tematem grypy, brak kooperacji i wymiany doświadczeń z krajami sąsiednimi, niejasno sprecyzowane i niejednolite zasady gromadzenia leków przeciwwirusowych, ich podaży i dystrybucji. Na pytanie „Czy Europa jest wystarczająco przygotowana na wypadek kolejnej pandemii grypy” eksperci europejscy zgodnie odpowiedzieli – NIE. Kolejne 5 lat działań powinno być nakierowane na: stworzenie integralnych planów działania, zaangażowanie w działania na szczeblu lokalnym, koordynację działań na szczeblu międzynarodowym, zwiększenie zainteresowań badań związanych z grypą.

Omówiono znaczenie poszczególnych interwencji i ich przypuszczalną skuteczność w walce z kolejną pandemią grypy (tab. 1). Skuteczność interwencji w czasie pandemii, trudna obecnie do dokładnego oszacowania, zależy będzie od: rodzaju wirusa pandemicznego, nasilenia transmisji wirusa (zakaźności) w różnych środowiskach, rzeczywistej skuteczności leków przeciwwirusowych, zachowań społecznych, możliwej lekooporności wirusa pandemicznego. Podkreślano, że kolejna pandemia będzie tą, z którą będziemy walczyć za pomocą leków przeciwwirusowych oraz szczepionek – pre- i pandemicznej. Zgromadzenie leków przeciwwirusowych (oseltamiwiru i zanamiwiru) dla 25% populacji zapewnia efekt w postaci ograniczenia transmisji zakażenia – pod warunkiem podania leków chorym w ciągu 24 godzin. Zgromadzenie leków przeciwwirusowych dla 25% populacji należy uznać więc za niezbędne minimum. Interwencje łączone w postaci: zamknięcia szkół, szybkiego leczenia chorych, zastosowania profilaktyki u osób z kontaktów domowych, zmniejsza transmisję zachorowań o 1/3, ale warunkiem koniecznym jest zgromadzenie leków dla 50% populacji. Zapasy leków przeciwwirusowych w wybranych krajach:

Tabela 1. Skuteczność możliwych interwencji w ograniczaniu zasięgu pandemii grypy

Leki przeciwwirusowe	Zamknięcie szkół	% zaszczepienia populacji szczepionką pandemiczną	Skuteczność szczepionki pandemicznej	Minimalny poziom zgromadzonych leków przeciwwirusowych	% ograniczenia liczby zachorowań
+	–	–	–	29%	4%
+	+	–	–	25%	17%
+	+	20%	20%	24%	21%
+	+	20%	20%	21%	31%
+	+	20%	40%	19%	38%
+	+	40%	20%	16%	48%

Tabela 2. Szczepionki prepanemiczne – badane obecnie

Szczepionka	Dawkowanie/zawartość antygeny
Typu split/subunit bez adiuwantu	dwie dawki/90 µg
Typu subunit z aluminium	dwie dawki/30–45 µg
Pełnokomórkowa z aluminium	dwie dawki/10–15 µg
Typu subunit z adiuwantem MF 59	dwie dawki/7,5 µg
Pełnokomórkowa na komórkach Vero, bez adiuwantu	dwie dawki/7,5 µg
Typu split z adiuwantem AS	dwie dawki/3,8 µg

50% populacji (Francja, UK), 30–50% populacji: (Holandia, Katar, Islandia, Norwegia, Kuwejt, Szwajcaria, Luksemburg, Australia, Irlandia, Austria), 25% populacji (Finlandia, Izrael, Algieria, Portugalia, Hiszpania, Malta, USA), 10–25% populacji (Tajwan, Czechy, Kanada, Niemcy, Szwecja, Dania, Japonia), < 10% populacji (Brazylia, Cypr, Polska (5%), Chorwacja, Korea Południowa, Rumunia).

Przedstawiono aktualne kierunki badań nad lekami przeciwwirusowymi, które obejmują m.in.: uzyskanie większej skuteczności klinicznej, bezpieczne stosowanie w szczególnych grupach pacjentów (dzieci < 1 r.ż., kobiety w ciąży, pacjenci immunoniekompetentni, zapewnienie optymalnych dróg podania pacjentom w ciężkim stanie ogólnym), rozwiązanie problemu lekooporności, zastosowanie leków w mono- i politerapii. Obecnie na świecie prowadzone są badania nad następującymi lekami przeciwwirusowymi: inhibitory neuraminidazy – zanamivir – do podawania dożylnego, peramivir – do podawania domięśniowego i dożylnego, A 315675 – do podawania doustnego), długo działające inhibitory neuraminidazy (LANI), np. Flunet (do podawania miejscowo), inhibitory hemaglutyniny (cjanowiryryna N), inhibitory polimerazy (rybawiryryna, wiramidyna), inhibitory proteiny (aprotynina), czynniki biologiczne (interferony, przeciwciała).

Interesujące są też badania nad stosowaniem leków przeciwwirusowych w politerapii (w celu uzyskania ich większej skuteczności oraz ewentualnego przełamania lekooporności). Badania na zwierzętach prowadzone są podczas łącznego stosowania: amantadyny z interferonem, inhibitorów M2 z rybawiryryną, inhibitorów M2 z oseltamiwirem, oseltamiwiryryny i rybawiryryny. Badania na ludziach natomiast prowadzone są z zastosowaniem łącznym rymantadyny (*po*) z zanamivirem (nebulizacja). Konieczne jest przeprowadzenie badań nad łącznym stosowaniem dwóch inhibi-

torów neuraminidazy, stosowaniem terapii potrójnej (inhibitor M2+ rybawiryryna (lub inny inhibitor transkryptazy) + IFN-alfa lub inhibitor neuraminidazy).

Przedstawiono także aktualny stan badań nad szczepionką prepanemiczną (tab. 2), a także omówiono zasady gromadzenia i alokacji szczepionki pandemicznej, której stworzenie będzie możliwe dopiero wtedy, gdy będzie znany wirus pandemiczny. Za najważniejsze cechy szczepionki prepanemicznej uznawane są: znany profil bezpieczeństwa, indukowanie szybkiej, silnej, długo utrzymującej się odporności, elastyczność podania drugiej dawki, indukowanie odporności krzyżowej. Szacuje się, że zastosowanie optymalnej szczepionki prepanemicznej u 20% populacji może zmniejszyć liczbę zachorowań o 1/3 (przy założeniu 30% skuteczności szczepionki prepanemicznej).

Warto zaznaczyć, że jeden z wykładów poświęcony był zasadom funkcjonowania praktyki lekarza rodzinnego w czasie pandemii grypy (omówiono zasady gromadzenia i stosowania leków przeciwwirusowych, priorytety w podawaniu leków przeciwwirusowych i szczepionek, sprawy organizacyjne dotyczące zasad przyjmowania pacjentów w gabinecie, jak i realizowania wizyt domowych).

## Wnioski

Głównym zadaniem lekarza rodzinnego jest zadbanie o zwiększenie stopnia zaszczepienia przeciwko grypie wśród pacjentów, którymi się opiekuje, zwłaszcza pacjentów należących do grup ryzyka, w tym osób po 65 roku życia. Należy uważnie śledzić zmieniające się i stale uaktualniane zalecenia dotyczące szczepień przeciwko grypie. Konieczne jest zapoznanie się lekarzy rodzinnych z zasadami funkcjonowania praktyki na wypadek kolejnej pandemii grypy.

SPRAWOZDANIA  
REPORTS**Sprawozdanie z III Kongresu  
Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej  
18–21 września 2008 r., Wrocław****Report on the 3<sup>rd</sup> Congress of the Polish Society of Family Medicine  
September 18–21, 2008, Wrocław**

AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS, ANDRZEJ STECIWKO

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

W dniach 18–21 września 2008 r. odbył się we Wrocławiu III Kongres Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Było to największe wydarzenie naukowo-szkoleniowe w medycynie rodzinnej w Polsce w roku 2008. Kongres odbywał się w Hali Stulecia, zabytku Wrocławia wpisanym na listę UNESCO. Hasło przewodnie Kongresu brzmiało „Choroby cywilizacyjne – wyzwaniem dla medycyny rodzinnej w XXI wieku”.

W Kongresie wzięło udział ponad 2 tysiące lekarzy z całego kraju, zarówno lekarzy rodzinnych, jak również specjalistów innych dziedzin, przede wszystkim internistów i pediatrów oraz młodych lekarzy w trakcie specjalizacji. Kongresowi towarzyszyła bogata wystawa medyczna, w której wzięło udział blisko 100 wystawców – producentów i dystrybutorów produktów farmaceutycznych, sprzętu medycznego oraz wydawnictw medycznych.

Patronami medialnymi Kongresu byli: „Family Medicine & Primary Care Review”, „Służba Zdrowia”, „TERAPIA”, „Lekarz”, „Rynek Zdrowia”, TVN MED.

Na czele Komitetu Naukowego i Organizacyjnego stanął Prezes Zarządu Głównego PTMR oraz Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu, prof. dr hab. Andrzej Steciwko. Do wygłoszenia wykładów Pan Profesor zaprosił grono ponad 160 uznanych autorytetów z różnych dziedzin medycyny, wśród których znalazło się wielu konsultantów krajowych, wojewódzkich oraz prezesów towarzystw lekarskich.

Program naukowo-szkoleniowy Kongresu był niezwykle bogaty, równolegle toczyło się 3–6 sesji, rozpoczynających się w godzinach porannych i trwających do późnego popołudnia. W ciągu

czterech dni trwania Kongresu odbyło się 13 sesji plenarnych, 24 sesje satelitarne, 3 sesje firmowe, 3 spotkania z ekspertem, warsztaty spirometryczne oraz 12 sesji prac oryginalnych: 6 sesji doniesień ustnych oraz 6 sesji plakatowych. Zaprezentowano blisko 170 wykładów oraz 157 prac oryginalnych.

Treści wykładów oraz prac badawczych zostały opublikowane w postaci artykułów w 3. tomie kwartalnika „Family Medicine & Primary Care Review”, czasopiśmie naukowym Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, wydawanego w języku polskim (część prac w języku angielskim).

Udział w Kongresie pozwolił zgromadzić lekarzom 30 punktów edukacyjnych.

Kongres rozpoczął się w czwartek, 18.09 o godzinie 12.00 równocześnie dwiema sesjami „Wakcynologia” oraz „Ginekologia i położnictwo”, następnie odbyły się sesje „Neurologia i psychiatria” oraz „Choroby infekcyjne”. W tym dniu odbyła się również konferencja prasowa, poświęcona zagadnieniom związanym z Kongresem, jak również profilaktyce grypy. W Konferencji wzięli udział prof. Lidia B. Brydak, Kierownik Krajowego Ośrodka ds. Grypy, prof. Andrzej Steciwko, Prezes PTMR, oraz dr n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, Wiceprzewodnicząca Komitetu Organizacyjnego Kongresu.

O godzinie 17.00 rozpoczęła się uroczysta inauguracja Kongresu, w której udział wzięli zarówno uczestnicy, wykładowcy, jak i zaproszeni goście. Gościem szczególnym był Jego Eminencja Kardynał Henryk Gulbinowicz. Gałę poprowadzili prof. Andrzej Steciwko oraz dr n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas. Podczas uroczystości wręczone zostały najwyższe wyróżnienia Pol-

skiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej – Statuetki Hipokratesa, przyznawane osobom szczególnie zaangażowanym w rozwój medycyny rodzinnej w Polsce. To zaszczytne wyróżnienie w roku 2008 Kapituła przyznała Kardynałowi Henrykowi Gulbinowiczowi, prof. Jerzemu Kołodziejowi, prof. Tadeuszowi Płusie, prof. Steinarowi Hunskaarowi (Bergen, Norwegia) oraz dr n. med. Agnieszce Mastalerz-Migas. Nagrodzono również firmy i instytucje zaangażowane we współpracę na polu medycyny rodzinnej zaszczytnym tytułem „Przyjaciel Lekarza Rodzinnego”. W roku 2008 tytuł ten otrzymały firmy farmaceutyczne Sanofi-Aventis oraz Servier, Wydawnictwo Termedia oraz Fundacja Akademii Medycznej we Wrocławiu. Podczas Inauguracji prof. Gerwazy Świdorski otrzymał z rąk Prezesa Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, prof. Jerzego Woy-Wojciechowskiego, zaszczytny tytuł „Medicus Nobilis”.

Uroczystość została uświetniona znakomitymi wykładami inauguracyjnymi, które wygłosili: Prof. Zenon Stęplewski z Jefferson University of Philadelphia: „Rośliny genetycznie modyfikowane jako bezpieczne źródło szczepionek”, Prof. Jerzy Woy-Wojciechowski: „Jan Paweł II i medycyna” oraz Prof. Henryk Skarżyński: „Nowa era w audiologii i otolaryngologii”. Szczególne wrażenie na słuchaczach zrobił wykład o papieżu Janie Pawle II, który w niezwykle sugestywny i emocjonalny sposób wygłosił prof. Jerzy Woy-Wojciechowski. Po zakończeniu, gdy z głośników popłynęła melodia pieśni „Barka”, w wielu oczach pojawiły się łzy wzruszenia. Z kolei prof. Henryk Skarżyński swoim niezwykle interesującym wykładem na temat możliwości przywracania słuchu udowodnił, że cuda w medycynie XXI wieku są możliwe.

Po części oficjalnej odbył się znakomity koncert Orkiestry Kameralnej Filharmonii Śląskiej pod dyrekcją Czesława Grabowskiego, który przybliżył słuchaczom wiele utworów muzyki poważnej i rozrywkowej w wersji smyczkowej. Po koncercie odbył się powitalny koktajl.

Piątek był dniem niezwykle bogatym pod względem szkoleniowym, naukowym i ... towarzyskim. Sesje rozpoczęły się już o godzinie 8.30. W sali plenarnej odbywały się sesje: diabetologiczna, pulmonologiczno-astmologiczna, alergologiczna, nadciśnienia tętniczego, onkologiczno-hematologiczna oraz opieki paliatywnej. Równolegle odbywały się sesje satelitarne (w salach B i C), m.in. dotyczące: chirurgii i chorób naczyń, bioterroryzmu, medycyny sportowej, reumatologii, endokrynologii, medycyny rodzinnej, telemedycyny. Ogromnym zainteresowaniem słuchaczy cieszyła się sesja „Prawo medyczne” prowadzona przez zespół Zakładu Medycyny Sądowej (prof. Barbara Świątek, dr n. med. Jakub Trnka, dr Ro-

bert Susło) oraz dr. n. med. Jarosława Drobnika z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu. Poruszano m.in. zagadnienia związane z wypisywaniem recept, relacji lekarz–przedstawiciel firmy farmaceutycznej oraz prowadzeniem dokumentacji medycznej.

W piątek odbyły się również sesje sponsorowane, dotyczące zapaleń dróg oddechowych oraz zaburzeń rytmu serca. Podczas lunchu miały miejsca spotkania z ekspertami.

W godzinach przedpołudniowych w piątek odbyło się posiedzenie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, na którym omawiano wiele istotnych problemów medycyny rodzinnej oraz bieżące sprawy Towarzystwa, w tym również działalność organów terenowych, a także plany edukacyjno-szkoleniowe PTMR na najbliższy rok.

Podczas Kongresu można było również być świadkiem prezentacji własnego dorobku naukowego lekarzy rodzinnych z całej Polski, zarówno z ośrodków akademickich, jak i z niewielkich przychodni. Nadesłane prace badawcze podlegały ocenie Komitetu Naukowego, a prace, które przeszły sito recenzji, zostały zakwalifikowane do prezentacji ustnej lub plakatowej. Tematyka nadesłanych prac była niezwykle szeroka, choć większość z nich dotyczyła głównej tematyki Kongresu, a więc schorzeń cywilizacyjnych, a także problematyki szczepień, pediatrii, zakażeń chlamydowych i innych problemów praktyki lekarskiej. W piątek i w sobotę odbyły się po 3 sesje prezentacji ustnych i plakatowych, większości z nich towarzyszyła niezwykle bogata i burzliwa dyskusja. W sesjach doniesień ustnych zaprezentowano 41 prac, natomiast w sesjach plakatowych – 116 prac. Była to jak dotychczas rekordowa liczba prac oryginalnych prezentowanych podczas kongresów i zjazdów PTMR.

Po tak wyczerpującym naukowo dniu, uczestnicy Kongresu w pełni zasłużyli na odpoczynek i relaks. Organizatorzy zapewnili jedno i drugie, zapraszając uczestników do Hali „Orbita” na biesiadę, podczas której koncert dała Maryla Rodowicz, gwiazda o niesłabnącym blasku, która porwała do tańca i zabawy tłumy gości, którzy śpiewali i tańczyli niezapomniane przeboje, jak: „Małgośka”, „Niech żyje bal” czy „Szparka sekretarka”. Po koncercie artystka jeszcze długo podpisywała swoją najnowszą płytę, każdy chciał być w pobliżu gwiazdy.

Sobota dla uczestników Kongresu również była dniem przepelnionym ofertą naukowo-szkoleniową. Sesje, podobnie jak w piątek, rozpoczynały się o 8.30. W bloku sesji plenarnych odbyły się sesje: kardiologiczna, komunikacji lekarz–pacjent, nefrologiczna oraz urologiczna. Wśród sesji satelitarnych odbywających się równolegle w dwóch seriach wymienić należy m.in. sesję do-



1. Miejsce obrad Kongresu – Hala Stulecia we Wrocławiu



3. Uroczyste otwarcie Kongresu – dr n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas i prof. dr hab. Andrzej Steciwko



2. Biuro kongresowe



4. Wykład inauguracyjny – Prof. Jerzy Woy-Wojciechowski



5. Wykład inauguracyjny – Prof. Zenon Stępielewski



6. Kardynał Henryk Gulbinowicz odbiera z rąk Przewodniczącego Kapituły „Statuetkę Hipokratasa”



7. Zaszczytny tytuł „Przyjaciel Lekarza Rodzinnego” otrzymali firmy Sanofi-Aventis, Servier, Wydawnictwo Termedia i Fundacja Akademii Medycznej we Wrocławiu



8. Nagrodzeni za najlepsze prace opublikowane na łamach kwartalnika „Family Medicine & Primary Care Review” w 2007 r. od lewej stoją:  
mgr Mariola Wojtal (Opole),  
dr hab. n. med. Katarzyna Życińska (Warszawa),  
lek. med. Agnieszka Muszyńska (Wrocław)



10. Wykład plenarny prof. Anny Jung



11. Przewodniczący i Wiceprzewodnicząca Komitetu Naukowego po zakończeniu Kongresu



12. Sala obrad

9. Pamiątkowe zdjęcie wykładowców.  
Od lewej stoją:  
prof. Piotr Ponikowski,  
prof. Walentyna Mazurek,  
prof. Andrzej Mysiak,  
prof. Andrzej Steciwko,  
prof. Waldemar Banasiak  
i prof. Krystyna Łoboz-Grudzień



tyczącą orzecznictwa medycznego, zakażeń układu moczowego, nefrologii dziecięcej, sesję chorób zakaźnych u dzieci, sepsy, diagnostyki obrazowej, a także zaburzeń odżywiania, w której omawiano problemy zarówno otyłości, jak i niedożywienia. Dużym zainteresowaniem cieszyła się również rozbudowana sesja laryngologiczna, w której szeroko omówiono problemy, z jakimi bardzo często ma do czynienia lekarz rodzinny.

W ramach sesji sponsorowanych zaprezentowano najnowsze doniesienia z kongresów międzynarodowych i przedstawiono wyniki szeroko zakrojonych badań ADVANCE, HYVETT, BEAUTIFUL. W porze lunchu odbyły się spotkania z ekspertami. Przez cały dzień, podobnie jak w piątek, trwały sesje doniesień ustnych i plakatowych, którym na ogół towarzyszyła długa i bogata dyskusja uczestników sesji.

W sobotę w godzinach południowych odbyło się Walne Zebranie Członków Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, na którym omawiano sprawy bieżące towarzystwa. Z radością przyjęto ukonstytuowanie się kolejnego oddziału terenowego PTMR – lubelskiego. Przedstawiono i zaakceptowano również podział terytorialny zasięgu regionalnego poszczególnych oddziałów.

Sobotni wieczór uczestnicy Kongresu mogli spędzić na zwiedzaniu Wrocławia oraz korzystaniu z uroków jego rozlicznych kafejek, restauracji i dyskotek. Gościnne miasto otworzyło swe podwoje przed lekarzami z całej Polski. Punkt Informacyjny czynny przez cały czas przy Biurze Kongresowym był pomocny w znalezieniu interesującej oferty na ten wieczór.

W niedzielę, 21 września, obrady rozpoczęły się o godzinie 9.00. Odbyły się sesje plenarne dotyczące pediatrii, gastroenterologii oraz okulistyki, a także sesje satelitarne, w których omawiano tematykę gruźlicy, pulmonologii i astmy oraz geriatrii.

Kongres zakończył się około godziny 14.00. W uroczystym zakończeniu wzięli udział liczni uczestnicy, którzy pragnęli do końca chłonąć wspaniałą atmosferę nauki wyczuwalną podczas obrad. Podczas uroczystości zakończenia Kongresu prof. Andrzej Steciwko podziękował wykładowcom, wystawcom, członkom Komitetu Organizacyjnego oraz wszystkim uczestnikom i zaprosił do udziału w kolejnym zjeździe Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, który odbędzie się w Poznaniu w dniach 3–5 września 2009 r. Nieco wcześniej, w dniach 13–15 marca 2009 r., też w Poznaniu, odbędzie się III Kongres Top Medical Trends, organizowany również przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej we współpracy z Wydawnictwem Termedia.

Komitet Naukowy i Organizacyjny pragnie serdecznie podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do uświetnienia Kongresu, a zwłaszcza Wykładowcom, którzy poświęcili swój czas oraz włożyli dużo wysiłku w przygotowanie wykładów oraz artykułów do kwartalnika „Family Medicine & Primary Care Review”. Dziękujemy również sponsorom oraz wydawnictwom medycznym za liczny udział w Kongresie.

Już dziś zapraszamy wszystkich na wydarzenia szkoleniowe organizowane przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej w roku 2009.