

WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

NR 76

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

lipiec-wrzesień 2022

ISSN 1644 – 8162



Z sukcesem wzięliśmy udział w prozdrowotnej akcji w Galerii Warmińskiej – s. 4



PULS SZPITALA

Wydawca

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
w Olsztynie

Redaktor naczelny

Przemysław Prais

Stała współpraca

Jerzy Badowski
Piotr Markiewicz
Hanna Taraszkiewicz
Beata Jastrzębowska
Radosław Kowalski
Beata Kiernożek

Adres redakcji

10-561 Olsztyn
ul. Żołnierska 18
Rzecznik Prasowy
tel. 89 538 64 79
pprais@wss.olsztyn.pl
www.wss.olsztyn.pl

Druk i przygotowanie

Pracownia C&C Sp. z o.o.
ul. Porannej Bryzy 33
03-284 Warszawa
tel. 22 404 72 60
www.ccp.com.pl

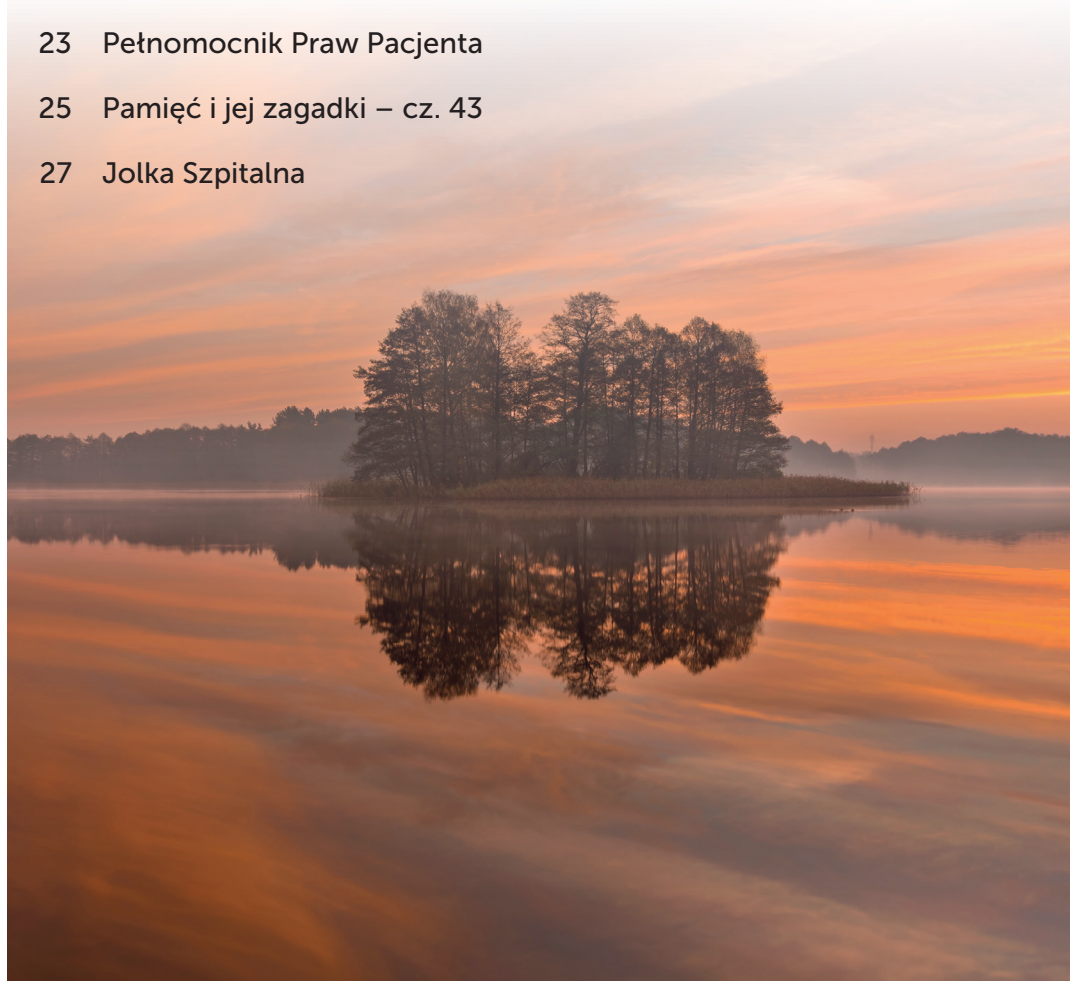
Nakład

600 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo
do skrótów i zmiany tytułów.

Redakcja nie ponosi
odpowiedzialności
za treść nadsyłanych publikacji.

- 3 Zaangażujemy się w budowę wizerunku naszego szpitala
- 3 Prestiżowe wyróżnienie dla dyrektor Szpitala Wojewódzkiego
- 4 Wiele osób skorzystało z porad naszych neurologów podczas akcji w Galerii Warmińskiej
- 10 Dbajmy o bezpieczeństwo własne i innych
- 12 Nasze położne i pielęgniarki są najlepsze!
- 13 Otwieramy się na potrzeby osób niewidomych i słabowidzących
- 14 Diagnostyka inwazyjna zmian w piersiach
- 17 Cewniki pośrednie – nowe możliwości pomocy pacjentom w rękach pielęgniarek i pielęgniarzy
- 18 Szpital Wojewódzki nagrodzony za opiekę poporodową
- 19 Fizjoterapeuci nieustannie podnoszą swoje kwalifikacje
- 20 Marzena Zielińska w Krajowej Radzie Fizjoterapeutów
- 20 Pani Maria nie traci radości życia i przekazuje ją innym
- 21 Elewacja szpitala odzyskała blask
- 22 Z Olsztyna... w sam Róg Afryki
- 23 Pełnomocnik Praw Pacjenta
- 25 Pamięć i jej zagadki – cz. 43
- 27 Jolka Szpitalna



Zaangażujemy się w budowę wizerunku naszego szpitala

Szanowni Państwo, podstawowe zadanie naszego szpitala polega na skutecznym, specjalistycznym leczeniu pacjentów, ale efektywność procesu leczenia oceniamy nie tylko w wymiarze medycznym, równie ważna jest ocena w wymiarze organizacyjnym, bezpieczeństwa i jakości udzielania świadczeń oraz w finansowym. Zadajemy sobie wszyscy wystarczająco dużo trudu, aby diagnozować i wskazywać potencjalne obszary do poprawy i doskonalenia, o czym świadczą uzyskiwane Certyfikaty Jakości.

Możemy poprzestać na poziomie, jaki wspólnie osiągnęliśmy, ale żeby spróbować pójść dalej powinniśmy odpowiedzieć sobie na kilka pytań: czy angażujemy się w budowanie wizerunku naszego szpitala, czy potrafimy określić tożsamość naszego szpitala, czy charakteryzują nas jakieś cechy, które odróżniają nas od innych, czy chcemy się odróżniać, czy identyfikujemy się z naszą firmą i jej celami, czy przeobrażamy się w spójną organizację?

Prawidłowo zbudowana tożsamość i rozumiana jednakowo, jako sposób identyfikowania się ze szpitalem byłaby jednym z najskuteczniejszych środków wzbudzania zaufania nie tylko u pacjentów, ale również do nas samych. Bez tej cechy zawsze trudniejsze jest podejmowanie trafnych decyzji w rozwoju organizacji i w samodoskonaleniu zawodowym jej pracowników. Pamiętajmy, że nabywane doświadczenia pracowników, ich profesjonalizm, etyczne postawy, wiarygodność, zaangażowanie i odpowiedzialność również tworzą tożsamość firmy, budują markę, owocują pełniejszym wykorzystaniem Waszych talentów, możliwości szpitala i procesem przeobrażania się w spójniejszą organizację.

Piszę o tym, ponieważ aktualizujemy strategię naszego szpitala na kolejne 5 lat. Przypomnę, że strategia to spójna koncepcja działania, która pozwala organizacji na wykorzystanie szans, zbudowanie przewagi konkurencyjnej i osiągnięcie dobrych wyników. Każdy z Was może mieć wpływ na rozwój naszego szpitala, na nasze otoczenie i współtworzyć atmosferę naszej pracy. Powinniśmy wzmocnić identyfikowanie się ludzi z firmą, zdefiniować wartości takie jak tożsamość, wizerunek, czyli uporządkowanie tego, co jest dla nas ważne.



Wiem, że wśród Was jest wielu zdolnych, wszechstronnie utalentowanych, wspaniałych ludzi, ciekawych osobowości, że wielu z Was ma ciekawe hobby, zainteresowania, realizuje swoje pasje. Poznajmy się lepiej, dzielcie się swoimi pomysłami, uwagami, ciekawymi propozycjami, zachęcam też do publikowania na łamach naszego Pulsu Waszych osiągnięć nie tylko zawodowych. Pod adresami: ikierzkowska@wss.olsztyn.pl, rzecznikprasowy@wss.olsztyn.pl lub szpital@wss.olsztyn.pl czekamy na Wasze e-maile...

Dyrektor Irena Kierzkowska

Prestiżowe wyróżnienie dla dyrektora Szpitala Wojewódzkiego

Współpraca z panią Ireną Kierzkowską jest bardzo inspirująca – powiedziała Anna Bułto, dyrektor Regionu Warmińsko-Mazurskiego Banku Gospodarstwa Krajowego, wręczając Nagrodę Specjalną BGK w Konkursie Sternik 2022.

W imieniu pani dyrektor statuetkę odebrał Jerzy Górny, zastępca ds. lecznictwa. – Dla mnie współpraca z panią dyrektor Kierzkowską jest także wielką inspiracją – powiedział. – Gdyby nie jej twarda postawa, moglibyśmy popłynąć – dodał żartem nawiązując do nazwy konkursu.

Jak podkreślają organizatorzy celem Konkursu Sternik było docenienie tych liderów, którzy obrali kurs na rozwój: kurs na innowacje, na nowe inwestycje, na ekspansję zagraniczną, na zrównoważony rozwój – wykorzystując dostępne możliwości. Wystartowały w nim firmy, jednostki samorządu terytorialnego, jednostki administracji państwowej i szpitale województwa warmińsko-mazurskiego.

Finale drugiej edycji Sternika odbył się 16 września w hotelu Anders w Starych Jabłonkach. Kapituła, w skład której weszli m.in. wojewoda Artur Chojecki, marszałek Gustaw Marek Brzezina, dyrektor Anna Bułto i rektor Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego Jerzy Przyborowski oraz przedstawiciele środowisk gospodarczych, wyłoniło 51 finalistów w sześciu kategoriach: Sternik Zielonej Transformacji (firmy), Sternik Eksportu (firmy), Sternik Inwestycji (firmy), Sternik Odpowiedzialności Społecznej (organizacje pożytku



publicznego, wszystkie podmioty), Sternik Przyjazna Administracja (jednostki samorządu terytorialnego i administracja państwowa) oraz Sternik Ochrony Zdrowia (szpitale, ZOZ-y).

Ostatnią kategorią była nagroda specjalna BGK, którą mogły otrzymać wszystkie podmioty. I to właśnie jej laureatką została dyrektor Irena Kierzkowska.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny z sukcesem uczestniczył także w pierwszej edycji Konkursu Sternik, której finale odbył się 3 września 2021 r. Placówka została wówczas wyróżniona w kategorii „Szpitale”.

Przemysław Prais

Wiele osób skorzystało z porad naszych neurologów podczas akcji w Galerii Warmińskiej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie wziął udział w akcji poświęconej profilaktyce zdrowotnej „Zdrowie pod kontrolą” organizowanej przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny.



Szpital Wojewódzki realizuje własny projekt promujący zdrowie „Udar mózgu: jak zapobiec, jak reagować?”, który znalazł swoje odzwierciedlenie w sobotę 5 listopada. Przygotowaliśmy film nt. objawów udaru mózgu, dzienniczki kontroli ciśnienia tętniczego, ulotki informacyjne dotyczące objawów i szybkiego rozpoznania udaru mózgu – skala F.A.S.T. oraz magnesy. Stoisko informacyjne przygotował i prowadził Dział Organizacyjny i Funduszy Zewnętrznych: kierownik Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, Kornelia Kotwicka-Łucewicz i Katarzyna Szychulska-Topa. Panie zachęcały obecne osoby do skorzystania z oferty, co spotykało się z pozytywnym odzewem. – Chętnie poczytam o udarze, tyle się ostatnio o tym mówi – powiedziała pani, która wzięła ulotki.

W namiocie neurologicznym porad udzielali lekarze specjaliści Grzegorz Datek i Krzysztof Nosek (wykonywał też badania USG). Pacjentów im nie brakowało. – To bardzo dobrze, że można bez długiego oczekiwania skorzystać z porady – mówiły osoby oczekujące przed namiotem na swoją kolej.

Całość wspierały pielęgniarki oddziału neurologicznego Aleksandra Kamińska i Sara Szweda.

Podczas sobotniej akcji w Galerii Warmińskiej obecna była Irena Kierzkowska, dyrektor Szpitala Wojewódzkiego, z którą rozmawiał dziennikarz Radia Eska Andrzej Brzozowski, prowadzący zdrowotne przedsięwzięcie.

– Zaznaczamy swoją obecność podczas akcji „Zdrowie pod kontrolą”. Bardzo dziękuję swojej wspaniałej ekipie – powiedziała. – Realizujemy projekt dofinansowany przez marszałka województwa warmińsko-mazurskiego. Udar mózgu to przykre zdarzenie, Można mu jednak zapobiegać, a jeśli

dojdzie do pierwszych objawów bardzo ważne jest zacząć działać w ciągu „złotej godziny”. A moi wspaniali specjaliści potrafią fantastycznie pomóc pacjentom, żeby kalectwo poudarowe było jak najmniejsze albo żeby w ogóle do niego nie doszło.

Następnie pani dyrektor odpowiedziała na pytanie „co ciekawego dzieje się w Szpitalu Wojewódzkim?”. – Szykujemy się obecnie do dużej inwestycji – rozbudowy szpitala za środki z programu Polski Ład. Będzie to rozbudowa szpitalnego oddziału ratunkowego wraz z ortopedią i oddziałem intensywnej terapii, co polepszy warunki leczenia naszych pacjentów – stwierdziła.

Irena Kierzkowska pochwaliła też organizatorów akcji. – To najfantastyczniejsza młodzież medyczna. Już teraz realizują misyjność tego zawodu, zapowiadając się na fantastycznych medyków. Cieszymy się z tego. Raz jeszcze pozdrawiam serdecznie i dziękuję za dzisiejszą akcję.

Lekarze neurologi i radiolodzy przedstawili edukacyjne wykłady

Rozpoczął dr n. med. Grzegorz Datek, kierownik zespołu udarowego WSS w Olsztynie, który przedstawił prezentację „Ryzyka udaru mózgu”.

– Udar mózgu jest bardzo poważnym zachorowaniem i jedną z głównych przyczyn śmiertelności naszej populacji. Na początek opowiem o rodzajach udarów – rozpoczął. I kontynuował: – Pierwszym jest udar na tle miażdżycy, kiedy dochodzi do zamknięcia naczynia doprowadzającego krew do mózgu na skutek procesu miażdżycowego, czy to w tętnicach szyjnych, czy wewnątrzczaszkowych. Dochodzi wówczas do niedotlenienia w pierwszych minutach tego procesu. Kolejnym rodzajem jest udar w postaci zatoru

Szpital Wojewódzki w Olsztynie leczy udary w najwyższym standardzie

Często zdarzają się takie sytuacje: do pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu przyjeżdża karetka, jego dane potrzebne są natychmiast, niestety pacjent traci świadomość, więc ratownik przepytuje jego rodzinę: Jakie miał objawy? Czy ma przebyte choroby? Jakie bierze leki? Jeszcze z drogi przekazuje informacje zespołowi (tzw. zespołowi udarowemu) działającemu w szpitalu. Wtedy następuje pierwsza weryfikacja czy rzeczywiście mózg jest zagrożony. Jeśli jest, to zespół na pacjenta czeka już na SORze, stamtąd zabiera go na badanie tomograficzne, po nim, gdy to konieczne i możliwe, od razu następuje zabieg. Wypełnianie dokumentów schodzi wtedy na dalszy plan.

Taki scenariusz dotyczy najlepszych szpitali, które rozpoczynają leczenie udaru w ciągu pół godziny od przyjazdu. Jest to możliwe jednak tylko wtedy, gdy sprawnie działają wszystkie elementy skoordynowanego systemu opieki nad pacjentem. Tak jest właśnie w olsztyńskim Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, który skrócił procedurę do 28 minut.

Przy pacjencie udarowym każda minuta jest na wagę zdrowia, a nawet życia. W ciągu „złotej godziny” osoba z udarem powinna trafić w ręce lekarzy, którzy ją zdiagnozują i poddadzą leczeniu.

Na tym rola szpitala się jednak nie kończy, bowiem pacjenci po przebyciu udaru trafiają na rehabilitację neurologiczną. Następnie będą nadzorowani w dedykowanej Poradni Udarowej wydzielonej ze szpitalnej Poradni Neurologicznej. Leczenie następstw udaru obejmuje również uczestnictwo w programie leczenia spastyczności poudarowej toksyną botulinową, prowadzonym przez NFZ.

Kompleksowy system opieki nad pacjentem po udarze w olsztyńskim Szpitalu Wojewódzkim byłby mniej efektywny, gdyby nie inwestycja w przebudowę, modernizację oraz w nowy sprzęt dla Oddziałów: Neurologicznego i Udarowego oraz pomieszczeń diagnostycznych. Oba oddziały, wspólnie z radiologią, tworzą Centrum Interwencyjnego Leczenia Udarów Mózgowych (CILUM).

Tak szeroka pomoc pacjentom udarowym nie byłaby możliwa bez skoordynowania działań wojewódzkiego systemu ratownictwa medycznego ze wspomnianym Centrum Udarowym. To fundament, za sprawą którego szpital stworzył powiązania z oddziałami udarowymi w województwie w zakresie przekazywania wyników badań radiologicznych i precyzyjnej kwalifikacji do trombektomii mechanicznej – F.A.S.T. (pierwsze litery słów „twarz”, „ramię”, „mowa”, „czas” z ang.). Wymagało to przygotowania czek listy (czyli danych z wywiadu), przeszkolenia ratowników, koordynatorów i dyspozytorów medycznych w rozpoznawaniu objawów udaru i sposobu postępowania z chorym w celu nadania priorytetu dla udaru mózgu. Szkolenia z medycyny ratunkowej i neurologii przeprowadzili konsultanci wojewódzcy, którzy są specjalistami z WSS.

sercowego, gdy materiał zatorowy wychodzi z chorego serca i zamyka naczynia mózgowe. Trzeci typ, być może najbardziej znany, to tzw. wylew, kiedy dochodzi do pęknięcia naczynia tętniczego unaczyniającego tkankę mózgową.

Udary można też dzielić na małe, kiedy są swego rodzaju ostrzeżeniem, a objawy często ustępują nawet w ciągu kilku minut. Duży udar występuje wtedy, kiedy niesprawność spowodowana udarem może skończyć się nawet zgonem.

Proces miażdżycowy przebiega przez całe życie. Wpływ na niego ma wiek pacjenta oraz choroby współistniejące, jak nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów, które uszkadzają tętnice oraz płeć męską. Kolejnym czynnikiem sprzyjającym miażdżycy jest nieodpowiednia dieta.

Przy udarach spowodowanych zatorom związanym z chorym sercem, w którym dochodzi do formowania się zatorów związanych przede wszystkim z migotaniem przedsionków. To zjawisko zachodzi najczęściej u starszych osób. Tego rodzaju udarom sprzyja płeć żeńska, cukrzyca i inne schorzenia o charakterze naczyniowym. Migotanie przedsionków można wykryć prostym badaniem EKG, które wykonują lekarze rodzinni.

Wylew to proces przeciwstawny do zatorowych udarów skutkujących niedokrwieniem. W tym przypadku pęknięcie naczynia mózgowego, a wylewająca się krew niszczy tkankę mózgową. Czynnikiem sprzyjającymi takiemu udarowi są nadciśnienie tętnicze, ale też cukrzyca, palenie papierosów, czy nadmierne picie alkoholu.

Najczęstszym czynnikiem wywołującym udar jest nadciśnienie tętnicze – w naszym oddziale, co trzeci pacjent ma to schorzenie. Można je rozpoznać podczas badania – optymalne to 120 na 80. Jeśli te wskaźniki są inne, to należy działać. Nadciśnienie powoduje nadmierną pracę serca, uszkadza naczynia tętnicowe, co sprzyja miażdżycy czy migotaniu przedsionków. Szkodliwy jest również stres.

Sposobem na obniżenie nadciśnienia jest obniżenie masy ciała, zwiększenie aktywności fizycznej, ograniczenie spożywania soli kuchennej (zatrzymuje wodę w organizmie, zwiększając nadciśnienie). Należy też regularnie

przyjmować leki – często się zdarza, że pacjenci po stwierdzeniu poprawy stanu zdrowia odstawiają przepisane leki.

Dr Dąlek zwrócił także uwagę, że czynnikiem ryzyka przy miażdżycy jest również wysoki poziom tzw. złego cholesterolu. Jego obniżenie zmniejsza miażdżycę. Można to osiągnąć zażywając odpowiednie leki, ale także wprowadzić wiele zachowań prozdrowotnych, np. ograniczyć spożycie tłuszczów nasyconych, zawierających cholesterol. Jego poziom ograniczają tłuszcze roślinne, kwasy tłuszczowe z ryb morskich oraz warzywa i owoce.

– Po zaprzestaniu palenia ryzyko udaru zmniejsza się z każdym rokiem. Jeżeli całkowicie rzucenie papierosów jest niemożliwe, można je zamienić na e-papierosy, które nie zawierają substancji smolistych, są więc mniej szkodliwe – powiedział neurolog. – Decydująca o naszym zdrowiu jest więc nasza postawa i tryb życia – zakończył swoją prezentację.

„Jak rozpoznać udar mózgu? Leczenie zabiegowe udaru mózgu”

To tytuł prezentacji dr n. med. Grzegorza Wasilewskiego, kierownika Zakładu Radiologii i Diagnostyki Zabiegowej. – Chciałem porozmawiać o nowej metodzie leczenia udarów. Jako Szpital Wojewódzki jesteśmy jednym z kilkunastu ośrodków w Polsce, które zapewniają leczenie za pomocą mechanicznego usuwania skrzepu – powiedział. – Dzisiaj mówimy o udarze niedokrwinnym, kiedy zamykane jest duże naczynie, co powoduje niedokrwienie tkanki mózgowej. Walczymy, aby taki obszar był jak najmniejszy. Jest on zawsze bardziej rozległy, niż miejsce bezpośredniego udaru.

Zajmujemy się zarówno diagnostyką, jak i leczeniem udarów. Każdy pacjent przyjeżdżający do szpitala ma wykonywaną tomografię komputerową. Jest to badanie podstawowe, mówiące z jakiego powodu doszło do niedokrwienia i czy jego przyczyną jest udar. Następnie wykonujemy różnego rodzaju badania precyzyjne, pokazujące m.in. ciśnienie w tkance mózgowej. Uwidaczniamy gdzie znajduje się tkanka udarowa, czyli obszar zamknięty, a gdzie jeszcze do udaru nie doszło i obszar mózgu jest do uratowania.



Najczulszym i najszybciej ukazującym ognisko udarowe jest badanie rezonansu magnetycznym. Niestety badanie trwa dłużej, a w przypadku udaru czas jest bardzo ważny. Poza tym niektórzy pacjenci po udarze mózgu nie są w stanie wyleżeć nieruchomo przy tym badaniu, dlatego nie zawsze możemy je wykonać.

Dr Wasilewski dodał, że rezonans jest bardzo przydatny w przypadkach, kiedy trudno ustalić dokładną godzinę wystąpienia udaru. – Notujemy coraz większą grupę pacjentów, którzy budzą się z udarem po nocy, więc nie wiemy dokładnie, o której godzinie nastąpił. A w zależności od czasu, który upłynął mamy różne metody leczenia. Wówczas wykonany rezonans pokazuje, kiedy nastąpił udar – wyjaśnił. – Postępujemy się różnym oprogramowaniem, które pomaga uwidocznić zmiany. Wspomaga nas sztuczna inteligencja.

I dodał: – Jeżeli chodzi o trombektomię, to stosujemy ją od 2016 r. w trybie 24-godzinnym przez siedem dni w tygodniu. Możemy pacjenta leczyć również farmakologicznie. U osób, gdzie skrzeplina zamykająca naczynie jest dłuższa niż 8 milimetrów skuteczność leczenia farmakologicznego spada praktycznie do zera. Im dłuższa skrzeplina, tym leczenie farmakologiczne jest mniej skuteczne.

Następnie radiolog pokazał na ekranie stent, za pomocą którego usuwana jest skrzeplina. Zaprezentował też etapy udrożniania u kilku pacjentów – widok tętnicy przed i po zabiegu.

„Czas to mózg”

Wykład o takim tytule zaprezentował następnie dr n. med. Jacek Zwiernik, ordynator Oddziału Neurologicznego i Oddziału Udarowego, który na początek pochwalił medyczne przedsięwzięcie przygotowane przez studentów medycyny z Olsztyna. – Rewelacyjna akcja młodych ludzi – ściągnęli tu mnóstwo specjalistów, którzy mogą pomagać pacjentom – stwierdził.

A następnie przeszedł do meritum. – Chcę opowiedzieć jak szybko rozpoznać uraz mózgu i jak ważne jest szybkie rozpoznanie. Im szybciej świadkowie zdarzenia rozpoznają symptomy, tym szybciej możemy rozpocząć leczenie. Jest ono skuteczne, jeżeli pacjent podnosi się z łóżka i może

normalnie się poruszać – powiedział dr Zwiernik. – To jest dla nas największa nagroda, tego oczekujemy. Mam anegdotę, którą opowiadam swoim studentom na temat trombektomii. Po jej przeprowadzeniu pacjent wstał i chciał odprowadzić własny wózek na salę.

I kontynuował: – W Polsce mamy udokumentowanych 60 tys. udarów rocznie. Choć w rzeczywistości jest ich znacznie więcej, bo są źle zdiagnozowane przez pacjenta czy jego otoczenie. Naszą rolą jest, aby wyłapać wszystkie przypadki i to jak najszybciej, by pacjent miał wdrożone leczenie zapobiegawcze. Bo następstwem nieleczzonego udaru może być np. zawał serca, czy niedokrwienie kończyn, zwłaszcza dolnych.

Udar jest główną przyczyną niesprawności młodych dorosłych i drugą przyczyną śmiertelności chorobowej.

Udar mózgu to pojęcie globalne. Zawiera w sobie zarówno krwotoki śródmózgowia, czyli wylewy, o których się mówi. Są one rzadsze i stanowią około 15 proc. wszystkich udarów. Natomiast pozostałe 85 proc. to są udary mózgu niedokrwienne. To właśnie dla nich mamy leczenie swoiste, odwracające ich przyczynę, które pozwala na zmniejszenie rozmiarów udaru.

Dlaczego tak walczymy? Ponieważ statystyki dla pacjentów bez szybkiej i fachowej pomocy są złe – w tej grupie 30 proc. nie przeżywa roku, a pozostała grupa mniej więcej w równych proporcjach albo pozostaje przykuta do łóżka, albo do wózka inwalidzkiego. A nawet najmniejsza część nie powraca do poprzedniej sprawności.

Objawy dla udaru krwotocznego i niedokrwiennego są podobne. Dopiero w szpitalu jesteśmy w stanie rozróżnić rodzaj. O przyczynach udaru mówił szeroko zwłaszcza dr Grzegorz Dątek.

Udary niedokrwienne dzielimy na zakrzepowe i zatorowe. Zator dociera do mózgu z obwodu, najczęściej z serca przy współistnieniu migotania przedsionków, czyli zaburzeniu rytmu serca. Dlatego tak ważne jest monitorowanie pracy serca i to regularne, bo im jesteśmy starsi, tym ryzyko wystąpienia migotania przedsionków jest coraz większe. Jeżeli zaś chodzi o niedokrwienność udaru mózgu o podłożu zakrzepowym, to najczęstszą przyczyną jest miażdżyca. Stąd tak ważna jest profilaktyka, którą cały czas



F.A.S.T.

– objawy udaru mózgu



F TWARZ

Face
Czy twarz wygląda nietypowo?
Twarz staje się asymetryczna, opada kącik ust



A REKA

Arm
Czy ramię opada?
Nie można swobodnie poruszać ręką lub nogą



S MOWA

Speech
Czy mowa brzmi dziwnie?
Występują trudności w mówieniu i rozumieniu mowy



T CZAS

Time
Liczy się każda minuta!
W każdej sekundzie umierają komórki mózgu

Jeśli występuje którykolwiek z tych objawów dzwonić pod numer **112**

F.A.S.T. SZYBKA REAKCJA MOŻE URATOWAĆ ŻYCIE



Projekt pn. „Udar mózgu: jak zapobiec, jak reagować?” został dofinansowany z budżetu Województwa Warmińsko-Mazurskiego

Projekt pn. „Udar mózgu: jak zapobiec, jak reagować?” został dofinansowany z budżetu Województwa Warmińsko-Mazurskiego.



Dotację celową w wysokości 9000 zł przeznaczono na zadania z zakresu promocji zdrowia, w tym: ulotki, magnesy, dzienniczki kontroli ciśnienia tętniczego, film promocyjno-edukacyjny. Film jest dostępny na stronie internetowej Szpitala www.wss.olsztyn.pl w zakładce Promocja Zdrowia.

propagujemy, czyli zdrowa dieta, zdrowy tryb życia, niska waga i aktywność ruchowa.

Wspominałem o leczeniu swoistym, które potrafi poprawić „zejście” choroby, dać poprawę kliniczną pacjenta. Rozróżniamy trzy rodzaje leczenia przyczynowego, czyli swoistego. Są to oddziały udarowe, leczenie trombolityczne (polega na dożylnym podawaniu leku, który ma za zadanie rozpuścić ten zator, który głównie składa się ze skrzepu krwi) – czasami nam się udaje, czasami nie. Jeżeli nie uda się rozpuścić takiego zakrzepu czy zatoru, a on zamyka światło naczyń, wtedy do akcji mogą wkroczyć radiolodzy interwencyjni. I za pomocą specjalnego cewnika, o którym mówił dr Grzegorz Wasilewski, mechanicznie usunąć zator. To bardzo skuteczna metoda, która przynosi poprawę u większości pacjentów. Problem, niestety, polega na tym, że tę metodę można zastosować we wczesnej fazie udaru mózgu. Jeżeli chodzi o leczenie trombolityczne to mamy 4,5 godziny od wystąpienia udaru. Natomiast, jeżeli chodzi o zastosowanie trombektomii mechanicznej





to okno terapeutyczne jest dłuższe i wynosi do sześciu godzin. Czasem dzięki odpowiednio dobranemu programowi komputerowemu jesteśmy w stanie przedłużyć to okno do 16, a czasem nawet do 24 godzin. Musimy mieć tylko pacjenta wcześniej.

W świątku neurologicznym znane jest powiedzenie „czas to mózg”. Jest ono coraz bardziej znane także w społeczeństwie. Chodzi o to, że w udarze niedokrwiennym mózgu dochodzi do sytuacji, gdzie mamy tzw. core – centrum niedokrwienia, gdzie komórki mózgowe są martwe i nie da się ich uratować. Jest on otoczony strefą półcienia, o nazwie penumbra gdzie komórki są niedokrwione w mniejszym stopniu i umierają dużo wolniej. Jeżeli przywrócimy krążenie, to wrócą do żywych. Widzimy u naszych pacjentów, że jeśli uda nam się przywrócić krążenie mózgowe, penumbra wraca do swojej pierwotnej funkcji. I w tym momencie pacjent zaczyna się poprawiać: leżący wstaje, siedzący zaczyna chodzić. To jest generalnie bardzo widowiskowe, a my odbieramy to bardzo emocjonalnie.

Zobaczcie państwo jak ważny jest czas. Każda sekunda udaru to prawie 9 godzin życia mniej, a cały udar to jest 36 lat. Jest więc się o co bić, żeby sobie nie skrócić życia niepotrzebnie.

- Teraz przechodzimy do tego jak rozpoznać udar albo zacząć go podejrzewać. To nie jest trudne, to nie jest wiedza dostępna tylko dla medyków. Objawy są łatwe do zauważenia. Najważniejszy jest nagły, gwałtowny początek: mówiłem – przestałem mówić, jadłem – wypadła mi łyżka z ręki, pisałem – wypadł mi długopis, próbowałem coś zjeść – zaczął mi wyciekać płyn z ust. Te objawy są bardzo czytelne i nagłe, gwałtowne. Czasami potrwają parę minut i ustąpią. Myślimy: nic się nie stało. Otóż stało się, bo to zapowiedź udaru. Za chwilę znowu przyjdzie i wtedy już się dokona. Nie będzie już tego, że się wycofa. Dlatego ważne jest reagowanie natychmiastowe – podkreślił Jacek Zwiernik. – Trzeba pamiętać, że to tzw. objawy negatywne, czyli: mogłem ruszać ręką – nie mogę, mogłem mówić – nie mogę, mogłem ruszać twarzą – nie mogę. Coś więc nam wypadło, a nie przybyło. Na świecie wymyślono super prostą skalę, która ocenia tylko trzy rzeczy: twarz (opadnięcie kącika ust), opadnięcie ręki czy upuszczenie czegoś oraz mowa (mówimy wyraźnie i nagle przestajemy). Wtedy dzwoniemy na 112. Nie ma co czekać.

Jeżeli występuje pojedynczy objaw, to ryzyko udaru sięga już 72 proc. Natomiast, jeżeli wystąpią wszystkie trzy to prawdopodobieństwo wzrasta do ponad 85 proc.

Ta skala jest bardzo czuła, a przy tym szalenie prosta. Nie wymaga długiego uczenia. Każdy może się jej nauczyć w kilka minut. A dzięki niej można pomóc komuś z rodziny, znajomym, czy ludziom na ulicy.

Każda część ciała ma swój ośrodek w mózgu. Odpowiadają one np. za ruchy nogą, ręką, twarzą, czy za mówienie. Tak się złożyło, że wszystkie te obszary są zaopatrywane przez jedną główną tętnicę w mózgu, która najczęściej jest zagrożona udarem. Stąd takie proste objawy. Oczywiście zagrożone są także inne tętnice w mózgu i wtedy mamy inne objawy. Ale na szczęście są to bardzo rzadkie przypadki. Jednym z nich są zawroty głowy. To duża trudność, bo najczęściej są objawami pochodzącymi z błędniaka. Szybkiej reakcji wymaga też pierwszy w życiu napad padaczkowy.

Dlaczego chcę państwu „wdrukować” te wiadomości i skłonić do szybkiego działania? Bo mamy tylko 4,5 godziny na wdrożenie leczenia trombolitycznego i 6 godzin na trombektomię. Im później, tym mniej jest do uratowania, im później, tym mniej jest do uratowania, tym większe kalectwo czeka tego człowieka i większe zagrożenie życia.

Trzeba też pamiętać o wyjątkach. Jeżeli mamy pacjenta, który budzi się z objawami udaru, nie wiemy, kiedy zachorował – położył się zdrowy, obudził po ośmiu godzinach snu. Nie można tego pacjenta zbagatelizować. Bo mimo wszystko jesteśmy w stanie określić czy ten udar wydarzył się w ciągu ostatnich czterech godzin, czy też jest starszy i udzielić pomocy.

Potrzebujemy danych po to, aby określić jak takiego pacjenta można kwalifikować. Bo są przeciwwskazania. Co musimy wiedzieć? Po pierwsze, kiedy pacjent zachorował, o której godzinie albo, kiedy był widziany bez objawów – to jest bardzo istotne. Po drugie – ważne jest, jakie leki stosuje pacjent. Przygotujemy siatkę z lekami dla ratowników medycznych, żeby szybko mogli sprawdzić, czy pacjent zażywa np. leki przeciwkrzepliwne, a wtedy nie można zastosować leczenia trombolitycznego, ale może jest do trombektomii. Należy też zapisać na kartce numer telefonu do rodziny, czy świadków zdarzenia, bo my bardzo często dzwoniemy do rodziny i dowiadujemy się o szczegóły.

A wszystko to jest po to, żebyśmy mogli później na starość kontemplować sobie życie (wskazał na slajd pary starszych ludzi odpoczywających nad górskim jeziorem), a nie leżąc w łóżku, czy jeżdżąc wózkem.

Dbajmy o bezpieczeństwo własne i innych

Szpital nasz przystąpił do Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali poprzez podpisanie Deklaracji „Bezpieczny szpital, to bezpieczny pacjent”.



Deklaracja to inicjatywa, która została przygotowana w oparciu o Dyrektywę Rady Unii Europejskiej, dotyczącą zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej oraz wytyczne przygotowane przez ministerialny Zespół ds. Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych.

Celem projektu jest upowszechnianie idei wdrożenia zasad zawartych w deklaracji, które poprawią bezpieczeństwo pracy personelu szpitali, jak również bezpieczeństwo pacjentów.

Kluczową kwestią projektu jest edukacja personelu na temat ryzyka, które niesie za sobą zaktucie, czy też zranienie się sprzętem medycznym oraz przestrzeganie obowiązku zgłaszania przypadków ekspozycji zawodowej na materiał biologiczny. Systematyczne gromadzenie informacji o incydentach zaktucia, zranienia oraz analiza okoliczności i przyczyny ich wystąpienia powinna stać się czynnikiem wyzwalającym opracowanie i zastosowanie rozwiązań technicznych i organizacyjnych ograniczających częstotliwość ich występowania.

Sygnatariusze Koalicji deklarują wdrożenie i utrzymanie rozwiązań organizacyjnych i technicznych wyrażonych w 9 punktach Deklaracji przedstawionych poniżej

1. Szpital stosuje definicję sprzętu bezpiecznego zgodnie z rekomendacjami Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych.
2. Szpital zobowiązany jest do oceny ryzyka wystąpienia ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny w opisie stanowiska pracy oraz określenia, czy na danym stanowisku konieczne/rekomendowane jest używanie sprzętu bezpiecznego, takiego jak np. igły iniekcyjne, cewniki naczyniowe, systemy zamknięte do pobierania krwi, systemy zamknięte do przygotowywania i podaży leków niebezpiecznych.
3. Szpital obowiązuje się do zapewnienia środków eliminujących lub ograniczających stopień narażenia na ekspozycję na materiał zakaźny przez personel medyczny dla wszystkich stanowisk, które tego wymagają.
4. Szpital ma opracowane i wdrożone procedury postępowania poekspozycyjnego dla pracowników odnośnie sposobu postępowania, kiedy dojdzie do ekspozycji na materiał biologiczny.
5. Szpital prowadzi cykliczną edukację (szkolenia wstępne i przypominające) w zakresie zapobiegania ekspozycji na materiał biologiczny, infuzji leków, obsługi systemów zamkniętych.
6. Szpital wdraża rozwiązania organizacyjne mające na celu ograniczenie ryzyka wystąpienia ekspozycji zawodowej na materiał biologiczny.

7. Szpital zapewnia przeprowadzenie prawidłowej utylizacji zużytego sprzętu medycznego, zgodnie z podpisaną umową z odbiorcą odpadów medycznych.

8. W podmiocie medycznym prowadzony jest rejestr wszystkich zranień i zakażeń, w tym związanych z kontaktem potencjalnie zakaźnym.

9. Szpital monitoruje poziom zakupów oraz faktyczne wykorzystanie sprzętu bezpiecznego na terenie jednostki.

Dlaczego tematyka jest istotna

Zakłucia i zranienia w podmiotach leczniczych są powszechnym problemem w systemach ochrony zdrowia. Szacuje się, że w Europie dochodzi do miliona zranień igłami w ciągu roku, a tylko w Polsce szacunki wskazują na ok. 37 tys zranień związanych z używaniem sprzętu medycznego przez pracowników ochrony zdrowia.

Zranienie może być powiązane z kontaktem z materiałem biologicznym pochodzącym od pacjentów chorujących bądź będącymi nosicielami wirusa HIV, zapalenia wątroby typu B i zapalenia wątroby typu C, itp. Konsekwencją zranień i zakażeń mogą być zatem zakażenia groźnymi drobnoustrojami powodującymi choroby, stres wynikający z niepewności wyniku badań ale także absencja w pracy. Tym samym zakażenia i zranienia nie tylko zagrażają zdrowiu i życiu ale także negatywnie wpływają na funkcjonowanie podmiotów leczniczych. Zmniejszenie liczby ekspozycji zawodowych na materiał zakaźny spowodowanych zranieniami i zakażeniami, z punktu widzenia bezpieczeństwa i higieny pracy, powinno być priorytetem zarówno dla pracodawców, jak i pracowników sektora ochrony zdrowia.

Na ekspozycję najbardziej narażony jest personel podczas codziennego kontaktu z ostrymi narzędziami i wyrobami medycznymi w postaci igieł, kaniul, skalpeli czy szklanych ampułek. Należy pamiętać że narażenia są nie tylko pracownicy medyczni, ale również osoby zajmujące się utrzymaniem czystości pomieszczeń i gospodarką odpadami itp.

Mając na uwadze istotność zagadnienia na poziomie unijnym oraz państw członkowskich podejmowane są wysiłki nakierowane na ograniczenie zjawiska zakażeń i zranień w podmiotach leczniczych. Pracodawca jest zobowiązany do opracowania i wdrożenia procedur, które wyeliminują lub ograniczą narażenie na zranienie ostrymi narzędziami. Pracownik z kolei ma obowiązek przestrzegania ustalonych procedur. Nie do przecenienia jest możliwość stosowania bezpiecznego sprzętu medycznego, który ewidentnie minimalizuje ryzyko zranień.



Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie jest jedną z dwóch placówek ochrony zdrowia w województwie warmińsko-mazurskim, które zdobyły certyfikat: „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent” w uznaniu za przestrzeganie standardów opracowanych przez Radę Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali

Certyfikat jest potwierdzeniem, że dbamy o wysoki standard bezpieczeństwa i jakości opieki medycznej.

Do pierwszego w Polsce programu bezpieczeństwa i jakości zgłosiły się 63 placówki medyczne z całej Polski, a swoim patronatem objęły go, m.in.: Narodowy Fundusz Zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta, Naczelna Izba Pielęgniarek i Pomożników, Polska Federacja Szpitali.

Bezpieczny sprzęt powinien charakteryzować się prostotą użytkownika. Do pobrania krwi i iniekcji należy wykorzystać bezpieczne igły, które są wyposażone w automatycznie aktywowany mechanizm zabezpieczający, możliwy do uruchomienia jedną ręką. Zabezpieczenie powinno być niezawodne, łatwe i intuicyjne w obsłudze. Mechanizm ochronny powinien tworzyć skuteczną, trwałą i nieodwracalną barierę między ostrym elementem a pracownikiem. Narzędzie nie może być wyposażane w opcję dezaktywacji, zaś jego właściwości ochronne muszą być zachowane również na etapie przeznaczenia narzędzia do utylizacji.

Skuteczność przedsięwzięcia uzależniona jest od nas wszystkich zatrudnionych w szpitalu, od świadomości i odpowiedzialności pracowników, umiejętności posługiwania się narzędziami, od jakości sprzętu, narzędzi którymi się posługujemy oraz przestrzegania zasad bezpieczeństwa ustalonych dla poszczególnych stanowisk pracy. Szpital od wielu lat buduje i wdraża zasady polityki bezpieczeństwa w tym związanej z minimalizacją ryzyka ekspozycji zawodowej na materiał biologiczny. Działania te opisane są w Programie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami i ochrony przed przeniesieniem zakażenia, w wydaniu 1 z dnia 31.12.2013 r., znowelizowanym 19.09.2022 r.

W Programie zawarto:

- zasady prowadzenia oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem i przeniesienia zakażenia,
- zasady rejestrowania i monitorowania zranień,
- opis działań profilaktycznych wdrożonych w szpitalu,
- sposób i zakres szkolenia pracowników.

Dokumentami związanymi z Programem są procedury i instrukcje dotyczące wykonywania pracy w szczególności:

- Higiena rąk
- Dekontaminacja sprzętu medycznego i pomieszczeń
- Zasady stosowania środków ochrony osobistej
- Kaniulacja naczyń obwodowych i centralnych
- Zapobieganie zakażeniom szpitalnym przez izolację
- Postępowanie z odpadami
- Ekspozycja zawodowa. Postępowanie w przypadku zakażenia, skażenia
- Zarządzanie postępowaniem w przypadku zaistnienia wypadku przy pracy,

Bardzo ważnymi dokumentami świadczącymi o monitorowaniu efektów funkcjonowania Programu są:

1/Raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Raport stanowi zestawienie zgłoszonych zranień i zakażeń wraz z analizą. Sporządzany jest 2 razy w roku i publikowany na stronie internetowej szpitala.

2/ Wykaz sprzętu posiadającego elementy zabezpieczające przed ekspozycją zawodową na materiał biologiczny i inne czynniki niebezpieczne. Sprzęt ten dostępny jest na stanowiskach pracy a dostępność jest zależna od rodzaju i stopnia narażenia. Bardzo optymistycznym jest fakt, że rozwój technologii medycznej coraz częściej uwzględnia bezpieczeństwo użytkowników zaś szpital podejmuje działania abyśmy mogli pracować z wykorzystaniem nowoczesnego i bezpiecznego sprzętu.

Kapituła Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali doceniła działania Szpitala i przyznała Certyfikat bezpieczeństwa.



Hanna Taraszkiewicz
Z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa
Pełnomocnik ds. jakości

Nasze położne i pielęgniarki są najlepsze!

Sylwia Kowalska, pracująca w Oddziale Ginekologiczno- Położniczym naszego Szpitala zdobyła tytuł Położnej Roku, a Agnieszka Napieralska z Oddziału Nefrologicznego tytuł Pielęgniarki Roku. Obie Panie wygrały na szczeblu wojewódzkim tegoroczną edycję „HIPOKRATES 2022” – największego i najbardziej prestiżowego plebiscytu medycznego w Polsce, który w regionie Warmii i Mazur prowadzi „Gazeta Olsztyńska”.



– Jestem bardzo wdzięczna szczególnie pacjentom z Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej i ich rodzinom za nominację oraz przyznanie mi nagrody Pielęgniarki Olsztyna, a następnie Pielęgniarki Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Plebiscywie Hipokrates – mówi Agnieszka Napieralska. – Już sama nominacja do nagrody była dla mnie ogromną niespodzianką, ale również wyróżnieniem, ponieważ w gronie nominowanych do nagrody znalazły się pielęgniarki, które ja sama podziwiam za ich pracę i są moją inspiracją. Jestem bardzo szczęśliwa z powodu zdobycia tych zaszczytnych tytułów w plebiscywie i jeszcze bardziej zmotywowana do dalszej pracy zawodowej. Bardzo dziękuję wszystkim głosującym za taką piękną formę docenienia mojej pracy. Obiecuję, że dalej będę starała się podchodzić do każdego z pacjentów z takim samym zaangażowaniem, empatią, poczuciem humoru i uśmiechem jak do tej pory. Lepszego zakończenia etapu mojej pracy zawodowej na oddziale Rehabilitacji Neurologicznej nie mogłam sobie wymarzyć. Jeszcze raz bardzo serdecznie wszystkim dziękuję za otrzymane głosy i gratulacje oraz życzę wszystkiego dobrego i dużo zdrowia.

Radości z wyróżnienia nie ukrywa też Sylwia Kowalska. – W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym pracuję od 2015 roku, to tutaj rozpoczęłam swoją drogę zawodową, która tak naprawdę dopiero się zaczyna. Sam fakt, że zostałam nominowana w Plebiscywie Hipokrates był dla mnie ogromnym wyróżnieniem – podkreśla. – Praca na Trakcie Porodowym daje mi wiele satysfakcji. Najbardziej cenię sobie kontakt z drugim człowiekiem i to, że każdy dyżur wygląda zupełnie inaczej. Doceniam uśmiechy pacjentek, które przytulają swoje dziecko po raz pierwszy i tzy wzruszenia ich partnerów przy porodzie. Cieszę się, że mogę pracować wśród położnych, które chętnie dzielą się swoim doświadczeniem zawodowym, są wsparciem i zawsze mogę na nie liczyć. Praca na oddziale to nie jest tylko „praca”. Tak naprawdę to drugi dom, gdzie przeżywamy wspólnie piękne, ale i trudne chwile, zarówno te zawodowe jak i prywatne. Tu urodziły się moje dzieci, wśród bliskich mi osób. Mam świadomość, że to dopiero początek, a wygrana w Plebiscywie jest dla mnie motywacją do dalszego rozwoju. Jestem bardzo wzruszona i chciałabym jeszcze raz podziękować pacjentkom za docenienie mojej pracy.



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie został również doceniony przez naszych pacjentów i uzyskał tytuł Szpitala Roku w naszym regionie.

Głosowanie trwało od 5 czerwca do 16 lipca. W pierwszej turze czytelnicy wybierali medyków z różnych specjalizacji w poszczególnych powiatach. W drugiej turze głosowali na tych specjalistów, którzy dostali się do wojewódzkiego finału.

Głosowanie SMS-owe było bardzo emocjonujące i do końca nie było pewne, kto dostanie tytuł „Hipokratesa Roku”.

Celem plebiscytu jest nagrodzenie pracowników służby zdrowia, którzy cieszą się największym uznaniem pacjentów. Ta ocena jest oczywiście subiektywna i zależy od doświadczeń każdego z pacjentów. Pozwala jednak docenić medyków nie tylko za samo leczenie,

lecz także za kulturę osobistą i podejście do pacjenta.

Tym bardziej jest nam niezmiernie miło, że docenili Państwo naszą pracę! Bardzo serdecznie dziękujemy, a naszym Paniom serdecznie gratulujemy!!



Otwieramy się na potrzeby osób niewidomych i słabowidzących

W ramach współpracy z Polskim Związkiem Niewidomych Okręg Warmińsko-Mazurski w dniu 1 września 2022 r. pracownicy Szpitala mogli uczestniczyć w instruktażu podstawowym „Jak postępować z osobą niewidomą i słabowidzącą?”.

Spotkanie poprowadziła Marta Łożyńska – Prezes Związku, wraz z Dorotą Osiecką i Kamilem Totwińskim – pracownikami Związku.

Przedstawili oni swoje historie i doświadczenia życiowe związane z posiadanymi problemami ze wzrokiem, zaprezentowali sprzęt i pomoce ułatwiające funkcjonowanie osób niewidomych i słabowidzących, jak również przedstawili filmy instruktażowe dotyczące funkcjonowania osób niewidomych i słabowidzących oraz wskazali, jak należy dostosować placówkę szpitalną, by osoby niewidome i słabowidzące mogły lepiej w niej funkcjonować.

Prowadzący umożliwili również pracownikom Szpitala wczucie się w rolę osoby niewidomej poprzez założenie opaski na oczy i możliwość skorzystania np. z laski podczas przemieszania się po sali szkoleniowej, czy z czujnika poziomu płynu umieszczonego w kubku podczas nalewania wody.

Uczestnikami szkolenia było 17 pracowników Szpitala, mających bezpośredni kontakt z pacjentami.

W dniu 20.10.2022 r. przedstawiciele Polskiego Związku Niewidomych Okręg Warmińsko-Mazurski po raz drugi w tym roku przeprowadzili wśród personelu szpitala szkolenie w zakresie postępowania z osobami niewidomymi i słabowidzącymi. Szkolenie cieszyło się bardzo dużym zainteresowaniem

ze strony pracowników, bo uczestniczyły w nim 34 osoby m.in. z oddziałów szpitalnych, punktów informacyjnych i rejestracji.

Bardzo dziękujemy prowadzącym i personelowi Szpitala za uczestnictwo w tak wartościowym i ciekawym doświadczeniu.

Mirella Łapa
Sekcja Jakości



Diagnostyka inwazyjna zmian w piersiach

W konkretnych wskazaniach w trakcie diagnostyki zmian patologicznych w piersiach, jako uzupełniające metody diagnostyczne, stosuje się procedury inwazyjne, takie jak biopsja cienkoigłowa, zalecana zwykle do weryfikacji mikroskopowej patologicznych węzłów chłonnych i torbieli, biopsja gruboigłowa, biopsja gruboigłowa wspomagana próżnią (VAB), biopsja chirurgiczna otwarta.

Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC, FNAB)

Jest to nakłucie zmiany ogniskowej igłą 0,4-0,8 mm średnicy połączoną ze strzykawką o obj. 20 ml. Pociągnięcie za tłok strzykawki powoduje pobranie materiału płynnego i/lub ztuszczonych komórek. Zaspiciwaną treść rozmazuje się na szkiełku mikroskopowym i konserwuje w celu uzyskania preparatu cytologicznego, który następnie oglądany jest pod mikroskopem przez patologa/cytologa.

Biopsja cienkoigłowa daje materiał do badania cytologicznego, a nie badania

histo-patologicznego, czyli badania tkanek zmiany patologicznej, stąd nie może być podstawą rozpoznania procesu nowotworowego. Jest pomocna przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych w przypadku wyniku dodatniego, czyli stwierdzenia obecności komórek nowotworowych, natomiast wynik ujemny nie zawsze świadczy o faktycznym braku choroby nowotworowej, ze względu na specyfikę badania (brak pewności co do „trafienia” w ognisko komórek nowotworowych).

Biopsja gruboigłowa (BG,CNB)

W tej technice stosuje się igły większego kalibru, do wykonania zabiegu służą strzykawką z tłokiem sprężynowym osadzone w specjalnej obudowie. Technika CNB likwiduje wiele niedostatków badania FNAB. Wskaźniki diagnostyczne (czułość, precyzja) osiągają wyższe wartości.

Wiele Waszych pytań dotyczy kwestii możliwości rozsiewu nowotworu podczas jego nakłuwania igłą. Im większy rozmiar igły, tym łatwiej naruszyć strukturę guza, hipotetycznie

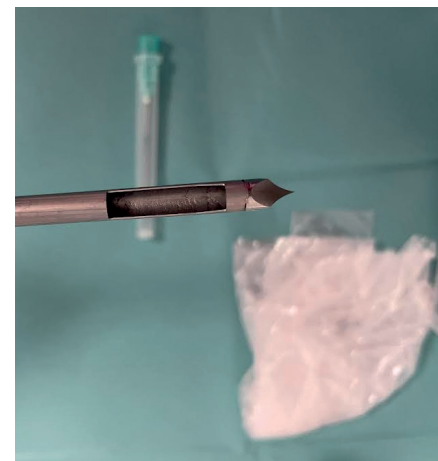
zwiększając stopień zaawansowania zmiany. W literaturze istnieją opisane sporadyczne przypadki miejscowych wznów, które były przypisywane przeprowadzonej uprzednio biopsji. Systematyczne badania nie potwierdziły tych obaw: zwykle komórki nowotworowe szybko ulegają obumarciu po opuszczeniu pierwotnej lokalizacji. Obserwacje te są zgodne z aktualnymi poglądami na patogenезę choroby; rozwój formy inwazyjnej wymaga nabycia konkretnych mutacji, które pomagają przeżyć komórkom w obcym, niesprzyjającym środowisku. Pamiętajcie, że w procesie leczenia wczesnych nowotworów piersi stosuje się radioterapię, która z założenia ma niszczyć miejsca lokalnych mikroprzerzutów.

Biopsja gruboigłowa pozwala zweryfikować niepewne wyniki biopsji cienkoigłowej, wykonuje się ją pod kontrolą usg, stosunkowo w prosty sposób pozyskując materiał do badania ze wszystkich rodzajów zmian. Ilość pozyskanego materiału wystarcza do przeprowadzenia wszystkich testów, łącznie z oceną inwazji naczyniowej i nerwowej, z oceną ważnych z terapeutycznego punktu widzenia receptorów hormonalnych (receptor progesteronowy, receptor estrogenowy) oraz receptorów HER2. Jest to metoda mało inwazyjna, wykonywana w znieczuleniu miejscowym, nie zostawia blizn.

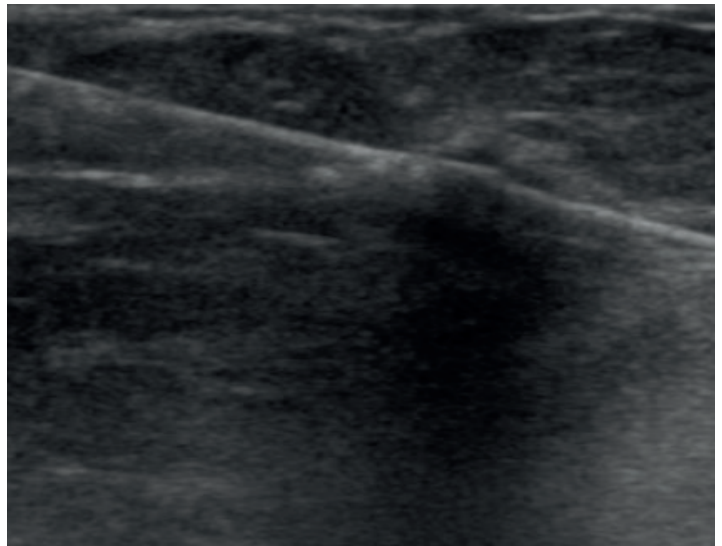
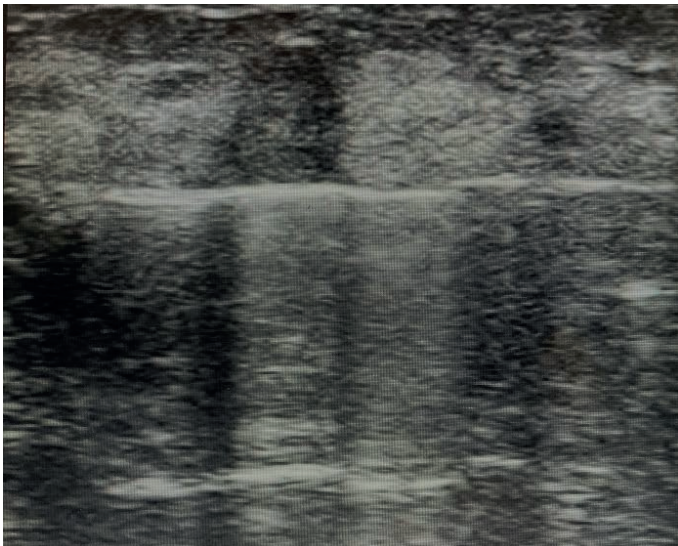
Pamiętać jednak należy, że nadal występują wyniki fałszywie ujemne.



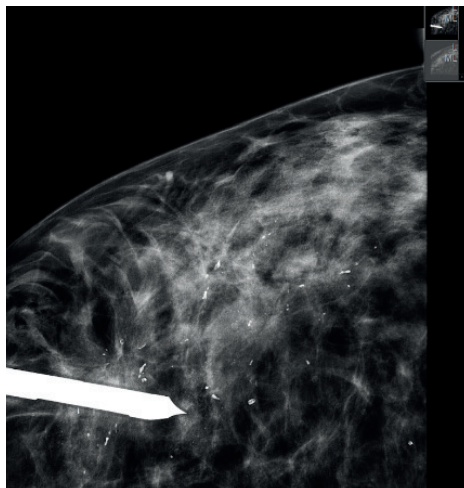
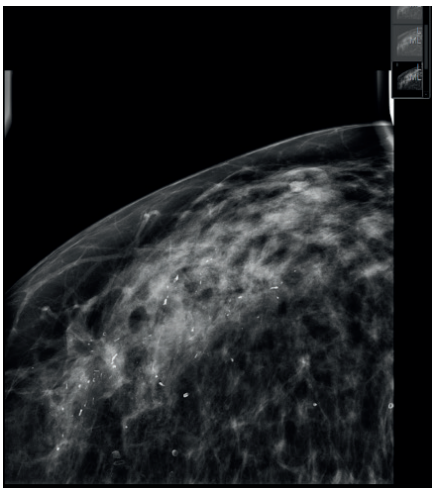
Przygotowany stół zabiegowy



Otwarta komora w igle biopsyjnej, do niej pobierane są wycinki.



Igły biopsyjne w tkance piersi widoczne w badaniu usg.



Mikrozwapnienia widoczne w piersi w badaniu mammograficznym, igła biopsyjna w precyzyjnie zlokalizowana w punkcie docelowym.

Jeśli wstępna ocena radiologa klasyfikowała zmianę patologiczną do grupy BIRADS 4b lub wyższej, a wynik BG jest negatywny, zawsze należy biopsję powtórzyć, a najlepiej wykonać procedurę jeszcze pewniejszą, czyli biopsję próżniową.

Biopsja próżniowa (VAB-vacuum assisted biopsy)

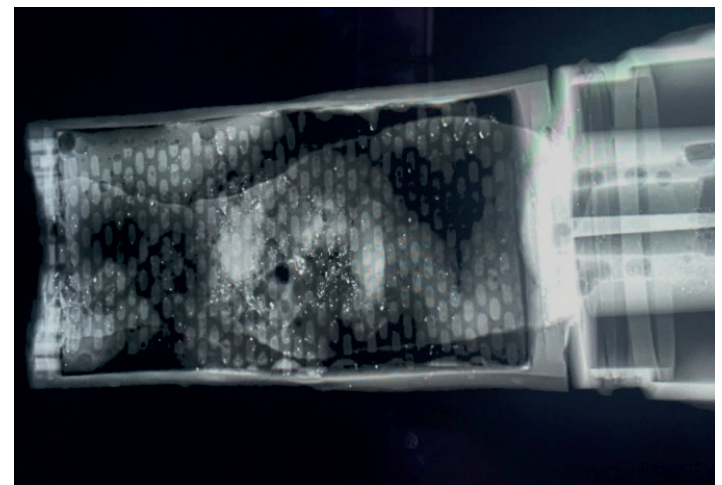
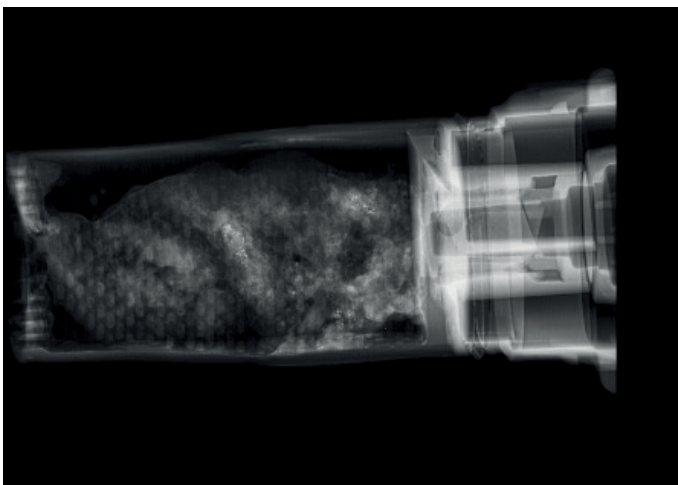
Najnowocześniejszą metoda pobierania tkanek jest biopsja gruboigłowa wspomagana próżnią, która przeprowadzana jest w warunkach

ambulatoryjnych czyli gabinetu zabiegowego i nie jest potrzebny pobyt na oddziale w szpitalu. Cały zabieg z przygotowaniem i kontrolą po wykonaniu procedury trwa około 1-1,5 godziny, z czego samo pobieranie materiału trwa zwykle kilka minut.

Urządzenie do biopsji składa się z jednorazowej igły biopsyjnej oraz urządzenia sterującego procesem biopsji i wytwarzającego próżnię. Igła jednorazowa składa się z obrotowego ostrza, połączonego drenami z pojemnikiem na materiał tkankowy.

Biopsję próżniową wykonuje się pod kontrolą usg lub po lokalizacji zmiany przy pomocy mammografii.

W przeciwieństwie do tradycyjnej biopsji gruboigłowej, biopsja próżniowa dostarcza preparaty tkankowe o większej objętości, dzięki czemu dostarcza pewniejszy materiał do wykonania preparatów mikroskopowych, daje również tzw. czystość onkologiczną, do minimum ogranicza potencjalne ryzyko rozsiewu choroby poprzez ciągłe zasysanie treści tkankowej.



Koszyczki z materiałem tkankowym, w obrębie pobranych bioptatów widoczne mikrozwapnienia.



Znieczulenie miejscowe daje komfort w trakcie zabiegu.



Po zabiegu na skórze zostaje niewielki ślad po wktuciu igły.



Po zabiegu zakłada się opatrunek uciskowy, aby zapobiec krwawieniu.

W czasie biopsji próżniowej usuwa się niewielkie zmiany w całości, nie jest to jednak zabieg leczniczy, nie powoduje usunięcia nowotworu złośliwego wraz z wymaganym marginesem tkanek zdrowych. Po usunięciu podejrzanego ogniska zostawia się w piersi znacznik tkankowy, drobny klips metaliczny w otoczcze żelowej, który pozwala później precyzyjnie określić miejsce pobrania zmiany i wrócić do miejsca zabiegu w przypadku konieczności poszerzenia marginesów cięcia.

Biopsja próżniowa nie powinna boleć, poza niewielkim dyskomfortem w trakcie znieczulenia odczuwa się tylko wrażenia dotykowe, pociąganie, popychanie, nacisk, ale nie czuje się bólu.

Taki rodzaj zabiegu daje doskonały efekt kosmetyczny – bez cięcia i blizny.

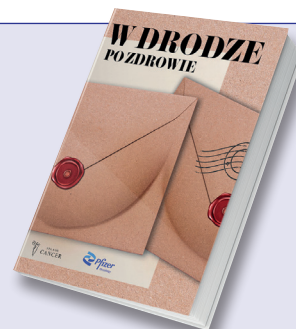
Zalecenia po zabiegu

Po zabiegu zaleca się odpoczynek oraz unikanie intensywnego wysiłku fizycznego przez co najmniej 3 dni. Opatrunek uciskowy zapobiegający powikłaniom zdejmuje się po dobie po zabiegu. Następnie odkaża się ranę i zmienia niewielki opatrunek raz na dobę. Należy unikać przemywania rany wodą z mydłem przynajmniej przez 3 doby (można myć samą wodą). Wskazane jest noszenie obcisłego, przylegającego biustonosza.

Do biopsji próżniowej piersi nie wymaga się specjalnego przygotowania.

Powikłania po poddaniu się biopsji mammotomicznej są rzadkie, ale mogą się zdarzyć, ponieważ jest to procedura inwazyjna. O możliwościach powikłań powinien Cię poinformować lekarz wykonujący zabieg. Możliwe powikłania to: nadmierne krwawienie spowodowane przecięciem naczyń krwionośnych, zakażenie, konieczność założenia szwów przy uszkodzeniu skóry (w przypadku zmian podożonych tuż pod skórą), odma opłucnowa (w przypadku zmian podożonych przy ścianie klatki piersiowej).

Dr n. med. Anna Szalcunas-Olsztyn
Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej



Tekst pochodzi z wyjątkowej książki „W drodze po zdrowie”, stworzonej pod patronatem fundacji Spa For Cancer i Pfizer Oncology, we współpracy ze specjalistami z dziedzin, które łączy dbałość o zdrowie i kobiecość. Autorką rozdziału o diagnostyce piersi jest dr n. med. Anna Szalcunas-Olsztyn. Autorem jednego z rozdziałów jest również prof. Tomasz Waśniewski.

„Pomóc Ci? Kobięca droga do zdrowia i kobiecości” to książka, w której na Twoje potrzeby i oczekiwania odpowiadamy pełnym serdeczności: „Dobrze, że jesteś! Razem będzie nam łatwiej”. To drogowskaz, który wiedzie do życia pełnego piękna. Do życia, które jest zdrowe i radosne.

Książka dostępna jest na oddziałach ginekologii i transplantologii – w bibliotekach oddziałowych.

Cewniki pośrednie – nowe możliwości pomocy pacjentom w rękach pielęgniarek i pielęgniarzy

W dniu 29 lipca 2022 r. piel. Anna Antoszevska z pomocą lek. Joanny Wolskiej założyły – po raz pierwszy w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym – wkłucie pośrednie pacjentce Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Częste i długie hospitalizacje powodują wzrost liczby pacjentów, u których uzyskanie dostępu naczyniowego jest bardzo trudne. Po wielokrotnych próbach założenia krótkich kaniuli (tzw. wenflonów) najczęściej kwalifikowani są do założenia wkłucia centralnego. W wielu przypadkach można tego uniknąć, jeżeli jedynym wskazaniem jest trudność w uzyskaniu dostępu naczyniowego. W praktyce klinicznej coraz popularniejsze stają się cewniki pośrednie (ang. midline), czyli kaniule o długości od 4 do 25 cm i średnicy od 2 Fr do 5 Fr. Wkłucia pośrednie zakładane są podobnie jak wkłucia centralne metodą Seldingera do żył obwodowych ramienia, najczęściej jest to żyła ramienna, odłokciowa lub odpromieniowa w połowie odległości między pachą a dołem łokciowym. Koniec kaniuli musi znajdować się w naczyniu obwodowym, co odróżnia go od wkłucia typu PICC (cewnik centralny wprowadzany obwodowo). Cewniki pośrednie, w zależności od zaleceń producenta, mogą być utrzymane nawet do 29 dni. Kaniula zakładana jest do żyły obwodowej pod kontrolą USG. Zalecane jest

zachowanie sterylności chirurgicznej podczas implantacji. Wskazaniem do założenia cewnika pośredniego jest:

- trudny dostęp dożylny
- planowana terapia dożylna >5 dni
- brak wskazań do wkłucia centralnego

Kaniule pośrednie zakładane są przez personel pielęgniarski po odpowiednim przeszkoleniu. Zostało wydane stanowisko PTPAiO i Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki



w sprawie wykorzystania przez personel pielęgniarski ultrasonografii do identyfikacji naczyń żylnych celem ich kaniulacji oraz do wprowadzenia obwodowego cewnika pośredniego do naczynia żylnego. Potwierdzono, że wykonywanie przez przeszkolonego pielęgniarskiego kaniulacji naczyń obwodowych z pomocą techniki obrazowej (USG) nie różni się pod względem bezpieczeństwa od innych dotychczas stosowanych w tym celu technik wizualizacji, np. iluminatorów naczyniowych.

W celu utrzymania cewnika niezbędna jest właściwa pielęgnacja. Najważniejsze są trzy zasady:

- przestrzeganie zasad antyseptyki – dezynfekcja rąk, dezynfekcja ujścia cewnika po odkręceniu koreczka, używanie czystych rękawiczek.
- zachowanie drożności cewnika – przepłukiwanie cewnika przed i po podaniu leku, nie stosowanie ptukania grawitacyjnego, środki antykoagulacyjne nie są zalecane.
- Właściwe stosowanie opatrunków – mocowanie cewnika systemami bezszwowymi, zabezpieczenie opatrunkiem transparentnym i ich wymiana we właściwym czasie.
- Kaniule pośrednie wiążą się z wieloma korzyściami dla pacjentów:
- mniejsza liczba wkłuć
- oszczędzenie naczyń
- mniejszy stres u pacjenta
- zmniejszenie ryzyka infekcji odcewnikowych
- uniknięcie powikłań związanych z wielokrotną kaniulacją krótkimi kaniulami lub z implantacją cewników centralnych
- możliwość pobierania krwi z kaniuli.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym pracuje personel przeszkolony do zakładania wkłuć typu pośredniego. 29 lipca piel. Anna Antoszevska z pomocą lek. Joanny Wolskiej założyły – po raz pierwszy w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym – wkłucie pośrednie pacjentce Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W planach oddziału jest wdrożenie tej procedury na stałe, tak by personel pielęgniarski miał możliwości implantacji kaniul pośrednich.

Opracowanie:

Mgr Anna Antoszevska,

specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki

Piśmiennictwo:

1. Latos M. Dostęp naczyniowy typu midline. Nowe możliwości obecnych kompetencji, Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece 2021;7(2):49–52, DOI: dx.doi.org/10.15374/PwAilO2021008
2. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w sprawie wykorzystania przez personel pielęgniarski ultrasonografii do identyfikacji naczyń żylnych celem ich kaniulacji oraz do wprowadzenia obwodowego cewnika pośredniego do naczynia żylnego. www: <https://www.ptpaio.pl/?id=12&nr=133>

Szpital Wojewódzki nagrodzony za opiekę poporodową

Znaleźliśmy się w rankingu „Maluchy na brzuchy” za wysoki wskaźnik wsparcia dwugodzinnego i nieprzerwanego kontaktu skóra do skóry po porodzie drogami natury (dane z ankiet Fundacji Rodzic po Ludzku z lat 2020-2022 zebrane w sierpniu 2022).

Szpital otrzymał srebrny medal przyznawany placówkom, które stosują dwugodzinny kontakt skóra do skóry w 70-79 proc. porodów drogami natury. W przypadku WSS w Olsztynie było to 77 proc.

WSS w Olsztynie także w ubiegłorocznym zestawieniu zajęł wysokie miejsce.

– Cieszymy się bardzo, że ten aspekt opieki okołoporodowej jest tak dobrze realizowany w Państwa placówce – napisały organizatorki rankingu „Maluchy na brzuchy 2022”.

Szpital drugi rok z rzędu uzyskał wysoką lokatę w rankingu. – Jesteśmy zaszczyceni zdobyciem srebrnego medalu w rankingu „Maluchy na brzuchy” – mówiły Beata Binek, potożna oddziałowa Oddziału Klinicznego Ginekologiczno-Potożniczego i Beata Dotzycka, potożna oddziałowa Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka. I dodają: Pomimo dużej liczby porodów z ciąż powikłanych oraz wczesniaków, w tym ze skrajnie niską masą urodzeniową udaje nam się realizować standard opieki okołoporodowej, między innymi poprzez

umacnianie więzi matka-dziecko zapewniając kontakt „skóra do skóry” oraz kanguruwanie. Wyróżnienie to będzie nas motywować do dalszego realizowania standardu opieki okołoporodowej na najwyższym poziomie.

Medycy wymieniają liczne zalety kontaktu skóra do skóry:

- Pierwszy kontakt mamy z dzieckiem. Zaczyna wtedy nawiązywać się więź mamy z dzieckiem. Jeżeli z jakiegoś powodu mama nie może uczestniczyć w kontakcie skóra do skóry, tę rolę przejmuje ojciec.
- Wpływa na termoregulację dziecka. Pomaga utrzymać mu odpowiednią temperaturę. Stąd nie ma powodu, aby ubierać dziecko wcześniej.
- Pozytywnie wpływa na gospodarkę hormonalną matki i dziecka.
- W trakcie kontaktu skin to skin zaczyna się karmienie piersią. Maluszek po porodzie sam jest w stanie dopetznąć do sutka będąc na brzuchu mamy („breast crawl”). Dziecko otrzymuje wtedy pierwsze mleko mamy (siarę), bogate w wiele fantastycznych związków.
- Uspokaja dziecko. Zapewnia mu poczucie bezpieczeństwa.



Przemysław Prais

Fizjoterapeuci nieustannie podnoszą swoje kwalifikacje

W dniu 27 września w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej mieliśmy zaszczyt gościć prof. Macieja Krawczyka, który poprowadził warsztaty.

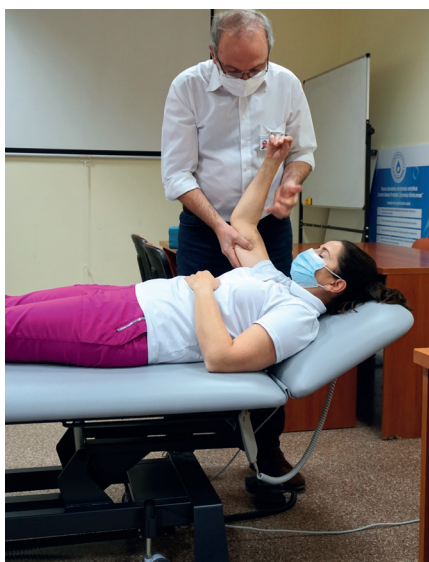
Prof. Krawczyk jest fizjoterapeutą, byłym prezesem Krajowej Izby Fizjoterapeutów, pracownikiem II Kliniki Neurologii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz wykładowcą akademickim. Jest autorem oraz współautorem kilkudziesięciu publikacji w zakresie fizjoterapii dorosłych chorych po ogniskowych uszkodzeniach ośrodkowego układu nerwowego. Przeprowadził kilkaset szkoleń podyplomowych na temat fizjoterapii chorych po udarach mózgu. Spotkanie to było zainicjowane i zorganizowane przez mgr Marzenę Zielińską w ramach wymiany doświadczeń pomiędzy ośrodkami.

Pierwsze warsztaty z cyklu spotkań dotyczące zagadnienia fizjoterapii neurologicznej, dotyczyły problemów terapeutycznych bolesnego barku pacjentów po udarze mózgu.

Według Wanklyna dolegliwości bólowe barku występują u 65 proc. pacjentów z niedowładem połowicznym wynikającym z udaru mózgu. Literatura podaje, że częstą przyczyną wytworzenia się zespołu bolesnego barku są:

- zmianami w obrębie stożka rotatorów,
- ograniczeniem ruchu rotacji zewnętrznej
- spastycznością lub wiotkością (w zależności od etapu)
- ograniczeniem ruchu w obszarze tułowia
- przeczulicą
- zaburzeniem krążenia
- inne

Staw barkowy jest jedną z najbardziej, biomechanicznie, skomplikowanych struktur naszego aparatu ruchu, o relatywnie olbrzymiej mobilności.



Składa się z trzech stawów anatomicznych:

- staw ramienny
- staw barkowo-obojczykowy
- staw mostkowo-obojczykowy

A także dwóch funkcjonalnych:

- staw łopatkowo-żebrowy
- staw podbarkowy – inaczej przestrzeń podbarkowa.

Jak wiadomo, bark ma olbrzymie możliwości jeżeli chodzi o zakres ruchu, niestety ma to swoją cenę. Powierzchnie stawowe stawu ramiennego nie są do siebie idealnie dopasowane. Zbyt duża głowa kości ramiennej w stosunku do wydrążenia łopatki musi być stabilizowana nie tylko przez więzadła i torebkę stawową, ale także przez obrębek i „popularny” stożek rotatorów. Dodatkowo pozostałe składowe stawu barkowego muszą ze sobą współpracować w całkowitej funkcjonalnej wydolności. Dopiero wówczas mamy pewność, że bark pracuje zgodnie z fizjologią.

Anatomia funkcjonalna utrudnia sytuacje jeszcze bardziej. Za pełną fizjologiczną wydolność kompleksu odpowiedzialne jest jego otoczenie, między innymi klatka piersiowa, kręgosłup piersiowy i szyjny. Wobec tego, nasza postawa, ustawienie głowy, odpowiedni tor oddychania oraz względna symetria ciała, również ma tutaj gigantyczne znaczenie.

Biorąc pod uwagę sposób w jaki funkcjonujemy, siedzący tryb życia, nagminne wysunięcie głowy poza oś, a także zamkniętą klatkę piersiową, nic dziwnego, że ta skomplikowana struktura jest jedną z najczęściej uszkodzanych a rehabilitacja barku to chleb powszedni współczesnej fizjoterapii. Jednymi z najczęstszych dolegliwości powodujących problemy ze stawem barkowym są przeciążenia i entezopatie stożka rotatorów, przeciążenia w obrębie głowy długiej bicepsa, uszkodzenia i naderwania obrąbka stawowego, uszkodzenia więzadeł i więzozrostów w obrębie stawów anatomicznych. Zaniedbanie tych dolegliwości może doprowadzić do artroskopii barku czy bardziej skomplikowanych i inwazyjnych zabiegów operacyjnych. Zanim jednak najgorszy scenariusz się ziści i interwencja chirurgiczna będzie niezbędna warto pomyśleć o leczeniu zachowawczym i znalezieniu przyczyny powstałej dysfunkcji – bardzo często może ona tkwić w wadliwej biomechanice lub złych nawykach codziennych.



Marzena Zielińska w Krajowej Radzie Fizjoterapeutów

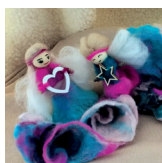


Dnia 23.09.2022 w siedzibie Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Olsztynie odbyło się spotkanie z przedstawicielami Krajowej Rady Fizjoterapeutów z Dyrektorem Oddziału NFZ Andrzejem Zakrzewskim i zastępcą dyrektora ds. Medycznych Lilią Wieremiej, podczas którego mgr. Marzena Zielińska została wybrana jako przedstawiciel KRF do kontaktów z NFZ.

W dniach 27-29 maja 2022 r. odbył się II Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów, w zjeździe wzięło udział 328 delegatów. Podczas zjazdu delegaci z całej Polski wybrali nowego Prezesa, a także członków organów samorządu: Krajowej Rady Fizjoterapeutów, Komisji Rewizyjnej, Sądu Dyscyplinarnego, Wyższego Sądu Dyscyplinarnego oraz Rzecznika i jego zastępców.

Pani mgr Marzena Zielińska kierownik zespołu fizjoterapeutów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie podczas II Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów została członkiem Krajowej Rady Fizjoterapeutów z województwa warmińsko-mazurskiego. Jest jedną z trzech osób, które reprezentują nasz region w organach Krajowej Rady Fizjoterapeutów.

Fizjoterapeutka. Absolwentka Wydziału Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu, Specjalista Fizjoterapii, MBA w ochronie zdrowia. Od 01.11.2019 r. pracuje na Oddziale Rehabilitacji jako Kierownik Zespołu Fizjoterapeutów w WSS.



Pani Maria nie traci radości życia i przekazuje ją innym

„Statystyki są wobec mnie bezradne” – takim zdaniem witała się z nowymi pacjentkami pani Maria Zembrzuska, która 26.10.2022 r. zakończyła leczenie raka jajnika w Oddziale Klinicznym Ginekologii Onkologicznej Szpitala Wojewódzkiego.

W ten humorystyczny sposób starała się dodać odwagi współpacjentkom, przekonać je o możliwości i sensie walki o własne zdrowie i życie. Jej opowieści o podróżach pozwalały oderwać się od szpitalnej rzeczywistości, często rozbudzały u stuchaczek apetyt na życie, mobilizowały do poszukiwania swoich sposobów na radzenie sobie z chorobą, uzmystawiały, że nawet w czasie leczenia onkologicznego można korzystać z uroków tego świata..

Pani Maria z nowotworem spotkała się dwukrotnie. W 2011 r. zachorowała na raka piersi, 10 lat później wykryto u niej raka jajnika. O tych zdarzeniach pięknie opowiedziała w audycji Marty Gołąb „Moja historia” wyemitowanej w TVP3 Olsztyn (odcinek 10 2022 r.)

Pani Maria otrzymała prezent – anioła wykonanego przez inną pacjentkę oddziału Ginekologii Onkologicznej, Agnieszkę Błażewicz, która tego dnia zorganizowała krótki kurs tworzenia ozdób z filcu. Jej historia również została opisana przez dziennikarkę TVP 3 Olsztyn (odcinek 13 2022 r.)

Joanna Roszak-Załoga
Psycholog kliniczny



Elewacja szpitala odzyskała blask

Kilka tygodni intensywnych działań wystarczyło, by główny budynek Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie ponownie otrzymał estetyczny wygląd.

Pracownicy firmy alpinistycznej zaczęli pracę 21 września od oczyszczenia elewacji za pomocą wody podawanej pod ciśnieniem. Potem przyszedł czas na impregnację środkiem chemicznym chroniącym powierzchnię przed grzybami i porostami. Na koniec zabezpieczone w ten sposób ściany pokryto dwoma warstwami farby silikonowej w dotychczasowych kolorach..

– Prace prowadzone na elewacjach wschodniej, zachodniej i północnej objęły także naprawę i renowację obróbek blacharskich oraz odnowę napisów – relacjonuje mgr inż. Sławomir Kowalczyk z Sekcji Inwestycji, który bezpośrednio nadzorował prace renowacyjne. – Takie przedsięwzięcie planowano już na 2020 r., ale na przeszkodzie stanęła epidemia COVID-19. Dobrze, że udało się je sprawnie przeprowadzić, bo była taka potrzeba.

Przemysław Prais





Z Olsztyna... w sam Róg Afryki

Dżibuti? Dżibuti to państwo położone w samym Rogu Afryki wschodniej o powierzchni 13 razy mniejszej od Polski. Wielkością śmiało można by porównać do naszego województwa warmińsko-mazurskiego.

Jednak jedynie wielkością, bo zarówno klimat jak i, widoki", delikatnie mówiąc trochę się różnią.

To właśnie tam uciekając od jesiennej szarówki w listopadzie 2018 roku polecałam wraz z moim mężem odwiedzić córkę Wiktorię, która przebywała wówczas w Dżibuti pracując dla IOM (Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji) w ramach ONZ. Z założenia miało to być wypoczynek w egzotycznym miejscu. Któż by się wtedy spodziewał, że będzie to również podróż zawodowa.

W Dżibuti od razu zwrócił naszą uwagę wyjątkowo uciążliwy klimat, brak szeroko pojętej infrastruktury, bieda lokalnej ludności, która mimo to była otwarta, gościnna, co stanowi element tamtej kultury.

Podczas zwiedzania tego małego odkrytego kraju i spotkań z miejscową ludnością, jedna z poznanych przez moją córkę osób potrzebowała ważnego zabiegu. Dla tamtej opieki zdrowotnej stanowił on spore wyzwanie (z powodu braku sprzętów...). Dla nas z kolei to codziennosc na sali operacyjnej. Wraz z moim mężem – lekarzem o wielkim sercu zaczęliśmy się zastanawiać jak moglibyśmy pomóc, zdając sobie sprawę jak wiele od nas zależy.

Po upływie zaledwie sześciu miesięcy od naszego powrotu do Polski zabraliśmy ze sobą potrzebne materiały i sprzęt (zakupiony z własnych środków) i wróciliśmy na zaproszenie Ministra Zdrowia Dżibuti wraz z zespołem lekarzy z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Olsztynie w składzie dr n. med. Wiesław Pesta – chirurg,



dr n. med. Lidia Glinka- anesteziolog, dr Marek Nasiłowski – anesteziolog, dr. Łukasz Dyśko – chirurg, dr Łukasz Klepacki- chirurg, Helena Pesta instrumentariuszka.

Przeprowadziliśmy kilkudniowe szkolenie miejscowych lekarzy, wykonując pokazowe operacje, których potrzebowali się nauczyć. Pracowaliśmy kilka dni non-profit operując 54 pacjentów, w znieczuleniu ogólnym techniką klasyczną i laparoskopową. Nazwali nas, *caravane de medecins polonais*".

Petni motywacji do dalszego działania nasi dżibutyjscy koledzy odwiedzili nas w sierpniu 2019 roku w USK w Olsztynie, aby uczyć się od naszych lekarzy, i zdobywać jeszcze większe



doświadczenie. Zostali przywitani przez Dyrektora USK Macieja Kamińskiego

Zaplanowaliśmy dalszą współpracę, poczyniliśmy pewne kroki.. Ale powstrzymała nas pandemia Covid 19!!!

Cały czas jednak byliśmy w kontakcie. I tak oto po trzech latach trudnych dla nas wszystkich przylecieli nasi koledzy do Olsztyna. Gościliśmy ich w szpitalu uniwersyteckim gdzie zwiedzili Katedrę Anatomii Prawidłowej Człowieka kierowaną przez prof. Jerzego Gieleckiego, a także Centrum Symulacji Medycznej oraz czerpać wiedzę od naszych neurochirurgów min. prof. Wojciecha Maksymowicza i dr. Mariusza Sowy.

Podczas drugiej wizyty naszych lekarzy z Dżibuti spotkaliśmy się z Panią Dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Ireną Kierzkowską [12 sierpnia 2022 r. – red.]. Spotkanie odbyło się w miłej i serdecznej atmosferze. Lekarze i dyrektor tamtejszego szpitala Balbala byli poruszeni życzliwością, gościnnością i wyrażoną chęcią współpracy i wymiany doświadczeń. Koledzy z Afryki mieli możliwość zwiedzenia stacji dializ, oraz Klinicznego Oddziału Ginekologii.

Wyrazili podziękowanie i radość za wręczone im przez Panią Dyrektora des souvenirs [narzędzia i urządzenia medyczne – red.].

Mamy nadzieję na nasz powrót do Dżibuti, i kontynuację współpracy, aby nieść pomoc wielu potrzebującym.

Oby nas nic nie powstrzymało jak wcześniej pandemia. Cieszę się, że jest dużo chętnych do współpracy. Bo to, że tamci ludzie są biedni, nie oznacza, że są gorsi.

Helena Pesta

PRAWA PACJENTA

– CZ. 1

Prawa pacjenta to zespół uprawnień przysługujących człowiekowi z tytułu korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Obowiązują wszystkie podmioty bez względu na sposób finansowania świadczeń oraz ich zakres.

Podstawowym aktem prawnym regulującym prawa pacjenta jest ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W przedmiotowej ustawie został uregulowany podstawowy katalog praw pacjenta, który obejmuje prawo do:

- świadczeń zdrowotnych,
- informacji,
- zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych,
- tajemnicy informacji,
- wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych,
- zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza,
- poszanowania intymności i godności pacjenta, w tym do leczenia bólu,
- dokumentacji medycznej,
- poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
- opieki duszpasterskiej,
- przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Do przestrzegania praw nie wystarczy ich znajomość, ale niezbędna jest także umiejętność stosowania ich w praktyce.

Do jakich świadczeń zdrowotnych pacjent ma prawo?

Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Ma również prawo do natychmiastowego udzielenia świadczenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. W przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem.

W sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych obejmuje także prawo lekarza do konsultacji

z innym lekarzem lub zwołania konsylium lekarskiego. Natomiast w przypadku, kiedy świadczeń udziela pielęgniarka lub położna do opinii innej pielęgniarki, lub położnej. Zarówno żądanie, jak i odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmiot leczniczy w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej.

Przykłady naruszeń:

1. Odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego np. brak założenia dokumentacji medycznej np. SOR.
2. Odmowa kwalifikacji do zabiegu z powodu braku kompletu.
3. Długi czas oczekiwania na lekarza.
4. Wypisanie pacjenta z demencją na własne żądanie.

Jakie informacje ma prawo uzyskać pacjent?

Prawo pacjenta do informacji pozwala pacjentowi na świadome korzystanie przez niego z innych praw. Prawidłowo udzielona informacja jest podstawą do legalnego wyrażenia zgody przez pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Jest to tzw. **świadoma zgoda pacjenta**. Prawidłowe i wyczerpujące przekazanie informacji pacjentowi jest kluczowe dla uznania, że świadczenie zostało udzielone zgodnie z przepisami prawa. Sama formalna zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia nie jest wystarczająca, pacjent musi podjąć ją świadomie w oparciu o przekazane mu dane.

Ważnym elementem przekazywanej informacji jest jej przystępność. Rozumieć przez nią należy to, aby przekazywana informacja była zrozumiała, jasna, zwięzła, w miarę możliwości jednoznaczna i dostosowana do możliwości odbiorcy. Albowiem nawet jeśli przekazana informacja to w przypadku, gdy zostanie ona przekazana odbiorcy w sposób dla niego niezrozumiały nie będzie stanowiła właściwej realizacji przedmiotowego prawa pacjenta.

Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Pacjent, w tym także pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi uprawnieniami. Prawo do wyrażenia zgody na udzielenie tych informacji może wyrazić pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel.

Informacje, które przekazujemy pacjentowi, powinny być sformułowane w sposób jasny oraz zrozumiały, a także dostosowane do konkretnego pacjenta i wyczerpujące.

Po udzieleniu informacji, powinniśmy upewnić się, czy pacjent zrozumiał przekazywane mu informacje oraz czy ma dodatkowe pytania.

Pacjent ma także prawo ustosunkować się do informacji o swoim stanie zdrowia, którą otrzymał od lekarza czy innej osoby wykonującej zawód medyczny.

Pacjent ma również prawo żądać, aby nie były mu udzielane informacje dotyczące jego stanu zdrowia. Nie wyłącza to możliwości przekazania tej informacji innym osobom do tego upoważnionym. W takiej sytuacji lekarz powinien udzielić informacji o stanie zdrowia pacjenta osobie do tego upoważnionej w swoim gabinecie lub w innym miejscu, pozwalającym na zachowanie poufności przekazywanych informacji.

Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, również ma prawo do uzyskania informacji, które dotyczą jego stanu zdrowia. Należy przekazać je pacjentowi w zakresie i formie dla niego zrozumiałej oraz potrzebnej do prawidłowej diagnostyki i leczenia. Pielęgniarka i położna również jest zobowiązana do przekazania tych informacji pacjentowi małoletniemu w zakresie udzielanych przez siebie świadczeń.

Pacjent, który zostaje przyjęty do szpitala, ma prawo złożyć pisemne oświadczenie, w którym wyraża zgodę na udzielenie informacji o jego stanie zdrowia innym osobom – wskazanym z imienia i nazwiska. Oświadczenie takie powinno być dołączone do dokumentacji

medycznej pacjenta, a liczba osób upoważnionych nie może być ograniczona. Personel medyczny powinien także sprawdzić, czy dany pacjent wskazał na Internetowym Koncie Pacjenta (IKP) osobę upoważnioną do informacji. Osoba upoważniona przez pacjenta może przedstawić także upoważnienie (ze wskazaniem imienia i nazwiska tej osoby), które pacjent złożył w innej placówce medycznej.

Jeśli pacjent upoważnił więcej niż jedną osobę do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia lub też posiada więcej niż jednego ustawowego przedstawiciela, osoba wykonująca zawód medyczny powinna udzielać wyczerpujących informacji o stanie zdrowia pacjenta każdej z tych osób, na jej żądanie.

W przypadku, kiedy rokowanie o stanie zdrowia jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć przekazanie mu informacji, jeżeli uważa, że przemawia za tym dobro pacjenta. W takiej sytuacji lekarz informuje o diagnozie przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma obowiązek udzielić mu żądanej informacji (art. 31 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 9 ust. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Prawo pacjenta do informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia, zostało ujęte w art. 38 w związku z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwtoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego

rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

W przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego. Powinien także wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym. Lekarz, który wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody. Musi jednak uzyskać zgodę swojego przełożonego. Lekarz ma wówczas obowiązek uzasadnić odstąpienie od leczenia pacjenta i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

Pacjent ma także prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot leczniczy, dotyczy to również profilaktycznych programów zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych.

We wrześniu 2021 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2019 r., poz. 1696). Przewiduje ona, że pacjent, który jest osobą ze szczególnymi potrzebami (np. trudności komunikacyjne), ma prawo do otrzymania niezbędnych informacji w zrozumiałym dla niego sposób, w szczególności z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się. Za takie środki uważa się urządzenia spełniające standardy dostępności dla osób z niepełnosprawnością, np. poczta elektroniczna, wiadomości tekstowe SMS lub MMS, komunikatory internetowe lub komunikacja audiowizualna. Wprowadzone zmiany w przepisach obejmują pacjentów bez względu

na fakt, czy szczególne potrzeby są efektem trwałej, czy czasowej niepełnosprawności.

Przykłady naruszeń:

1. Nieinformowanie pacjentki po zabiegu cesarskiego cięcia o stanie zdrowia jej dziecka oraz podaniu mu mleka modyfikowanego.
2. Przekazywanie informacji w sposób niezrozumiały, lakoniczny. Uniemożliwienie zadawania dodatkowych pytań.
3. Nieudzielenie pacjentowi pełnej informacji o możliwych metodach leczenia, nawet jeżeli nie są one refundowane, stanowi czyn bezprawny.

Prawo pacjenta do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych

Pacjent ma prawo zgłaszać wszystkie działania, które w jego odczuciu są niewłaściwe. Zalicza się do nich działania szkodliwe i te, które powodują uczucie dyskomfortu. Należy je zgłaszać bez względu na to, czy jest to jest sytuacja rzeczywista, czy jedynie podejrzenie.

Pacjent lub przedstawiciel ustawowy, lub opiekun faktyczny ma prawo zgłaszania osobom wykonującym zawód medyczny, Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działania niepożądanego produktu leczniczego zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne.

Joanna Myszkowska
Petnomocnik ds. praw pacjenta



Pamięć i jej zagadki

cz. 43



Według najnowszych badań epidemiologicznych COVID-19 zwiększa ryzyko długotrwałych trudności z ośrodkowym układem nerwowym. Wśród nich wymienia się udary mózgu, zaburzenia poznawcze i pamięciowe, depresje, zaburzenia lękowe i bóle migrenowe. Do tej listy dochodzą jeszcze różnorodne zaburzenia motoryczne i sensoryczne.

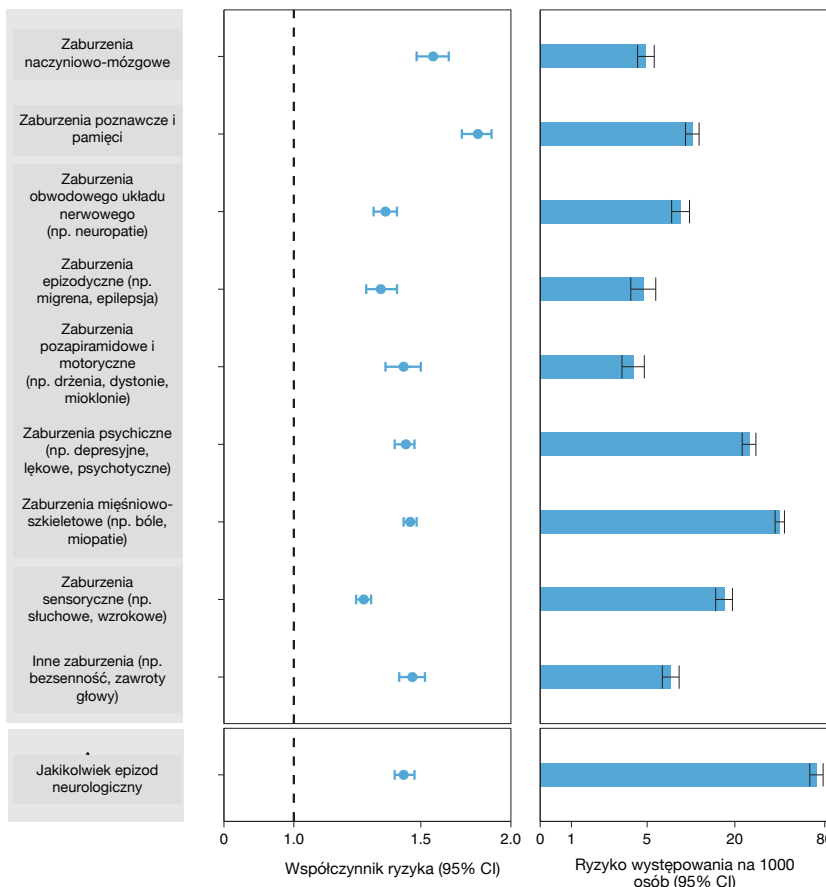
Wśród nich wymienia się udary mózgu, zaburzenia poznawcze i pamięciowe, depresje, zaburzenia lękowe i bóle migrenowe. Do tej listy dochodzą jeszcze różnorodne zaburzenia motoryczne i sensoryczne.

Ostatni odcinek (42) dotyczył tematyki długotrwałych zaburzeń poznawczych, w tym trudności pamięciowych, po zachorowaniu na COVID-19. W przypadku 10-25% pacjentów z COVID-19 występuje przewlekła postać choroby (long COVID) z objawami neurologicznymi, zmianami w mózgu i dysfunkcjami poznawczymi. Symptomy neurologiczne/psychiatryczne i zmęczenie/mieszane symptomy obecne podczas początku choroby oraz objawy neurologiczne, gastryczne, krążeniowo-oddechowe, zmęczenie podczas trwania choroby są czynnikami predykcyjnymi wystąpienia objawów dysfunkcji poznawczych. W analizach porównawczych u osób z COVID-19 i osób bez COVID-19 zdolności pamięciowe (rozpoznawanie słów i pamięć wzrokowa asocjacyjna) były najbardziej obniżone z przebiegu COVID-19 w porównaniu do innych zdolności poznawczych.

We wrześniu tego roku ukazał się w Nature Medicine interesujący artykuł badaczy z Washington University School of Medicine w St. Louis oraz Veterans Affairs St. Louis Health Care system (zob. ramka Chcesz wiedzieć więcej?).

W trzech zdaniach

1. COVID-19 zwiększa ryzyko długotrwałych trudności z ośrodkowym układem nerwowym.
2. Lista możliwych zaburzeń lub dysfunkcji neurologicznych jest obszerna i obejmuje udary mózgu, zaburzenia poznawcze, zaburzenia psychiczne, bóle głowy, zaburzenia motoryczne i sensoryczne.
3. Wiek, płeć, rasa czy poziom nawyków zdrowotnych nie modyfikuje statystyk występowania zaburzeń neurologicznych po COVID-19.



Rys. 1

Wskaźniki ryzyka i występowania w ciągu 12 miesięcy zaburzeń neurologicznych u osób z COVID-19 w porównaniu do grupy kontrolnej (obecnej). Grupa COVID-19 (N=154 068), grupa porównawcza (N= 5 638 795). Linia pionowa przerywana - współczynnik ryzyka = 1. Niższe wartości przedziału ufności większe niż 1 wskazują na znaczący wzrost ryzyka wystąpienia zaburzeń neurologicznych. Źródło: Xu E., Xie Y., Al-Aly Z. (2022). Long-term neurologic outcomes of COVID-19. Nature Medicine. Sept. 22, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02001-z>. Adaptacja własna. Szczegółowe dane dla poszczególnych typów zaburzeń znajdują się w cytowanym artykule.

Zespół Evana Xu oszacował występowanie 44. postaci różnych zaburzeń neurologicznych po COVID-19 zarówno u pacjentów hospitalizowanych (w tym w OIOM) i niehospitalizowanych. Do tej pory większość badań dotyczyła mniejszej grupy zaburzeń i obejmowała zazwyczaj grupy pacjentów hospitalizowanych. Z analizy zespołu Xu wynika, że COVID-19 przyczynił się do wystąpienia na całym świecie ponad 40 milionów nowych przypadków zaburzeń neurologicznych. Przy tym okazało się, że takie zmienne jak wiek, płeć, rasa czy poziom nawyków zdrowotnych nie modyfikuje statystyk występowania wspomnianych zaburzeń.

We wcześniejszym badaniu (maj 2022) częściowo zbieżny osobowo zespół Ziyad Al-Aly e (zob. ramka Chcesz wiedzieć więcej?) wykazał, że szczepienia w COVID-19 – jakkolwiek ratują życie – w niewielkim stopniu (około 20 %)

redukuja ryzyko długotrwałych trudności neurologicznych.

PRZEBIEG BADAŃ ZESPOŁU XU

Badacze przeanalizowali 14 milionów danych pacjentów, zgromadzonych przez U.S. Department of Veterans Affairs. W toku selekcji ustalono próbę 154 058 ludzi, którzy mieli pozytywny wynik COVID-19 (od marca 2020 do 15 stycznia 2021 roku) i przeżyli pierwsze 30 dni po zachorowaniu. Do porównań statystycznych wyodrębniono dwie grupy ludzi. W pierwszej grupie porównawczej były osoby (ponad 5.6 miliona) bez COVID-19 w ustalonej ramie czasowej badania. Z kolei w drugiej grupie porównawczej były dane osób (ponad 5.8 miliona) z okresu przed pandemicznego (od marca 2018 do grudnia 2019

roku). Celem badania było oszacowanie ryzyka incydentu neurologicznego w ciągu 12 miesięcy po infekcji SARS-CoV-2.

WYNIKI BADAŃ ZESPOŁU XU

W wyniku przeprowadzonych analiz statystycznych zespół Xu uzyskał sporo bardzo interesujących wyników. Spośród nich można wskazać następujące (zob. rys. 1).

Współczynnik ryzyka wystąpienia jakiegokolwiek powikłania neurologicznego po COVID-19 wynosi 1.42 (przy przedziale ufności 95% wynosi 1.38 – 1.47). Natomiast obciążenie dysfunkcjami obejmuje 70.69/1000 osób (przy przedziale ufności 95% 63.54 – 78.01) w ciągu 12 miesięcy od zachorowania.

Objawy zaburzeń neurologicznych wystąpiły z nasileniem 7% u osób z COVID-19 w porównaniu do osób bez zachorowania (taki wzrost procentowy daje około 6.6 miliona osób w USA z postcovidowymi zaburzeniami neurologicznymi).

Problemy z pamięcią, określane typowo, jako „mgła mózgową” (na ten temat zobacz poprzednie odcinki naszej serii) okazały się jednym

z najczęściej występujących symptomów neurologicznych z long COVID. W tym wypadku wzrost procentowy był rzędu 77% w porównaniu do grup kontrolnych (oszacowany współczynnik ryzyka=1.77, wystąpienie zaburzeń 10.07/1000 osób w ciągu 12 miesięcy). Warto jednak wskazać, że trudności z pamięcią po COVID-19 nie są jednorodne, mają dynamiczny charakter, w znacznej mierze ustępują po czasie i często są mylone z innymi trudnościami, np. z uwagą, depresją lub obniżeniem zdolności kontroli zachowania.

Kolejnym odkryciem zespołu Xu w cytowanych badaniach był wzrost ryzyka zachowania na chorobę Alzheimerera (choroba neurodegeneracyjna o postępującym charakterze, obecnie bez możliwości leczenia przyczynowego, typowo manifestująca się nasilającymi się trudnościami z pamięcią epizodyczną i orientacją przestrzenną). To zwiększone ryzyko dotyczy osób z COVID-19 w porównaniu do wskazanych wyżej grup kontrolnych (oszacowany współczynnik ryzyka=2.03, wystąpienie zaburzeń 1.65/1000 osób w ciągu 12 miesięcy). Według zespołu Xu takie ryzyko jest szczególnie widoczne u osób z predyspozycjami do wystąpienia choroby Alzheimerera i może przyspieszać rozwój choroby.

Osoby z grupy badawczej (z COVID-19) cechuje również 50% (współczynnik ryzyka= 1.5,

wystąpienie zaburzeń 3.40/1000 osób w ciągu 12 miesięcy) wzrost wystąpienia udaru niedokrwienego mózgu w porównaniu z grupami kontrolnymi. Wraz z tym wzrasta też ryzyko powiązanych z udarem dysfunkcji poznawczych, językowych, motorycznych lub emocjonalnych.

W porównaniu do grup kontrolnych u osób z COVID-19 wzrasta ryzyko epilepsji lub uszkodzenia mózgu o 80%, wzrasta też ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych (depresja, zaburzenia lękowe) o 43%, bólów głowy (w tym migren) o 35%. Okazało się również, że w przypadku różnych zaburzeń motorycznych (od skurczy i drżeń do objawów przypominających chorobę Parkinsona) u osób z COVID-19 rośnie ryzyko wystąpienia takich zaburzeń o 42%. Nieco mniej wzrasta także u osób z COVID-19 ryzyko (o 30%) wystąpienia następczych problemów okulistycznych (np. niewyraźne widzenie, stany zapalne siatkówki) oraz audiologicznych (szumy i dzwonienie w uszach) – o 22%.

Zespół Xu oszacował także występowanie zaburzeń neurologicznych u pacjentów z COVID-19 niehospitalizowanych (N=131 915), hospitalizowanych (N=16 764) i przebywających w OIOM (N=5 389). W porównaniu do grupy kontrolnej (obecnej) ryzyko i występowanie dysfunkcji neurologicznych jest proporcjonalnie wyższe w zależności od stanu chorobowego i jest nasilone nawet w przypadku pacjentów niehospitalizowanych (zob. rys. 2).

SUGESTIE PROSPEKTYWNE

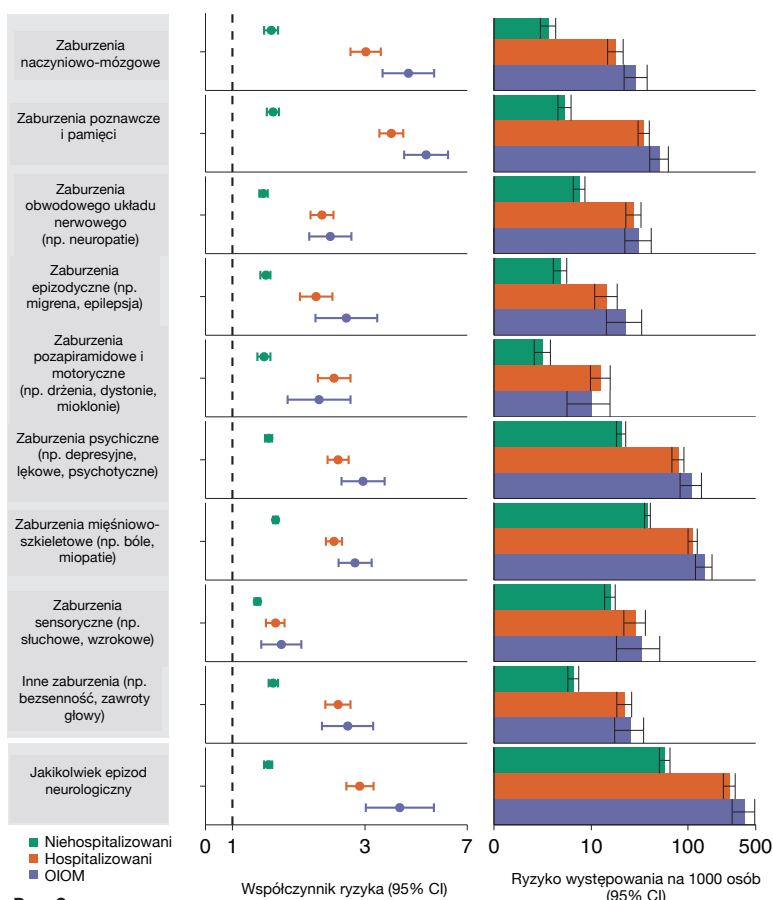
Na podstawie przeprowadzonych badań zespół Xu wskazuje następujące wnioski. Po pierwsze, COVID-19 powoduje znaczny wzrost licznych zaburzeń lub dysfunkcji neurologicznych, niż do tej pory były szacowane. Po drugie, trudności neurologiczne, z jakimi mierzą się osoby long COVID sugeruje konieczność większej dbałości różnych gremiów lokalnych, rządowych i międzynarodowych w zapewnieniu pomocy takim osobom oraz wypracowania strategii prewencyjnych w toku pandemii.

dr Piotr Markiewicz

Chcesz wiedzieć więcej?

Xu E., Xie Y., Al-Aly Z. (2022). Long-term neurologic outcomes of COVID-19. Nature Medicine. Sept. 22, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02001-z>

Al-Aly Z., Bowe B., Xie Y. (2022) Long COVID after breakthrough SARS-CoV-2 Infection. Nature Medicine. May 25, DOI: <https://www.nature.com/articles/s41591-022-01840-0>
<https://medicine.wustl.edu/news/covid-19-infections-increase-risk-of-long-term-brain-problems/>



Rys. 2

Wskaźniki ryzyka i występowania w ciągu 12 miesięcy zaburzeń neurologicznych u osób z COVID-19 hospitalizowanych (kolory pomarańczowy i fioletowy) i niehospitalizowanych (kolor zielony) w porównaniu do grupy kontrolnej (obecnej). Linia pionowa przerywana - współczynnik ryzyka = 1. Niższe wartości przedziału ufności większe niż 1 wskazują na znaczący wzrost ryzyka wystąpienia zaburzeń neurologicznych. Źródło: Xu E., Xie Y., Al-Aly Z. (2022). Long-term neurologic outcomes of COVID-19. Nature Medicine. Sept. 22, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02001-z>. Adaptacja własna. Szczegółowe dane dla poszczególnych typów zaburzeń znajdują się w cytowanym artykule.

