



WOJEWÓDZKI  
SZPITAL  
SPECJALISTYCZNY  
W OLSZTYNIE

# PULS SZPITALA

NR 59

kwiecień-czerwiec 2018

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

ISSN 1644 – 8162



NOWORODKI Z NAJLEPSZĄ DIAGNOSTYKĄ – str. 9





# PULS SZPITALA

## Wydawca

Wojewódzki Szpital  
Specjalistyczny w Olsztynie

## Redaktor naczelny

Przemysław Prais

## Koncepcja graficzna

Barbara Szymczuk

## Stała współpraca

Jerzy Badowski  
Piotr Markiewicz  
Hanna Taraszkiewicz  
Beata Jastrzębowska

## Zdjęcia udostępnił

Mitosz Guzowski

## 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. +48 22 404 72 60  
www.ccp.com.pl

## Nakład

600 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie  
prawo do skrótów i zmiany  
tytułów.

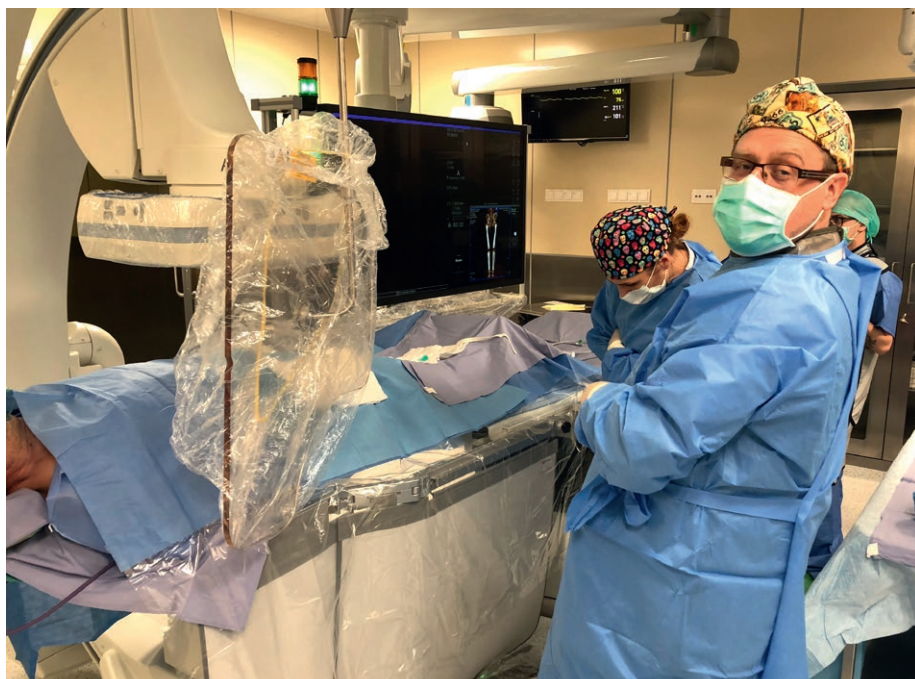
Redakcja nie ponosi  
odpowiedzialności  
za treść nadsyłanych  
publikacji.

- 3 W pierwszej lidze zabiegów naczyniowych
- 5 Nagroda dla ordynatora nefrologii
- 6 Bezpieczny poród w komfortowych warunkach
- 7 Wiedza lekarzy i determinacja mamy pozwoliły uratować małą Basię
- 8 Sukces nowatorskiego zabiegu dzięki zespołowej pracy
- 9 Noworodki z najlepszą diagnostyką
- 10 Najmłodszy pacjent z upominkami na Dzień Dziecka
- 11 Dni Otwarte Funduszy Europejskich
- 12 Odszedł na zawsze znakomity lekarz, wychowawca i przyjaciel. Będzie Go nam brakować
- 14 Endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna
- 16 Modernizacja Oddziału Kardiologicznego
- 18 Szpital Wojewódzki na Mistrzostwach Pierwszej Pomocy
- 20 Aktywnie i pozytywnie mimo upływu lat
- 20 Z tą kartą seniorom będzie żyło się łatwiej
- 21 Dni Rodziny w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym
- 22 Borelioza – jak skutecznie ją wykrywać
- 23 Szpital Wojewódzki znów w czołówce ogólnopolskiego rankingu
- 23 Bezpłatne badania kolonoskopowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym
- 24 Pierwsze dni z RODO
- 25 Zagadki pamięci (część 28)
- 27 Jolka Szpitalna



# W pierwszej lidze zabiegów naczyniowych

Sala hybrydowa w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie to jedyne miejsce w województwie warmińsko-mazurskim, w którym można przeprowadzać tradycyjne operacje i jednocześnie wszczepiać implanty do chorych naczyń bez ich otwierania.



Grzegorz Wasilewski z zespołem podczas wykonywania pierwszego zabiegu w sali hybrydowej

AUTOR: dr Piotr Malinowski

Nowoczesna sala pozwala na wykonywanie skomplikowanych zabiegów pacjentom ze schorzeniami naczyń. Pacjenci Ci często potrzebują wielospecjalistycznej opieki medycznej oraz wykonania jednocześnie wielu procedur medycznych (zabiegi hybrydowe).

Prace adaptacyjne rozpoczęły się jesienią ub. roku. Pierwszy zabieg przeprowadził 30 kwietnia dr Grzegorz Wasilewski, kierownik Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.

## Rozmowa z dr Grzegorzem Wasilewskim

**Przemysław Prais: Jakie jest wyposażenie sali hybrydowej?**

Grzegorz Wasilewski: Sala hybrydowa jest jedną z nowoczesnych sal operacyjnych WSS, która została odpowiednio przebudowana i wyposażona w nowoczesny angiograf oraz urządzenia kardiochirurgiczne i kardiologiczne (hemodynamiczne). Chciałbym podkreślić,

że nowy angiograf posiada najnowocześniejsze oprogramowanie do wykonywania wszystkich zabiegów z zakresu kardiologii, kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej i radiologii oraz neuroradiologii zabiegowej, a jak wszyscy w dzisiejszych czasach wiemy nie komputer (w tym przypadku angiograf), lecz jego oprogramowanie świadczy o możliwościach i zastosowaniu danego urządzenia i zakupiony przez Szpital angiograf spełnia te wymogi w 100 proc.

**Czym różni się sala hybrydowa od zwykłej sali operacyjnej, a czym od pracowni radiologii zabiegowej, działającej w naszym Szpitalu?**

Sala hybrydowa jest połączeniem kilku sal operacyjnych w jedną. Z jednej strony umożliwia przeprowadzenie każdej operacji z zakresu chirurgii, chirurgii naczyniowej lub też kardiochirurgii (z pełnym krążeniem pozaustrojowym), a z drugiej strony – wykonanie każdego zabiegu z zakresu radiologii zabiegowej, neuroradiologii zabiegowej czy też hemodynamiki oraz elektrofizjologii (część zabiegowa kardiologii). U pacjentów,

którzy będą wymagali takiego zabiegu możemy jednocześnie wykonać kilka procedur z zakresu operacji klasycznych i endowaskularnych.

**Na czym polegał pierwszy zabieg przeprowadzony w sali hybrydowej?**

Był to stosunkowo proste udrożnienie naczyń metodą wewnątrznacyniową z ewentualną jednoczasową plastyką klasyczną naczyń, która nie była konieczna po wykonaniu zabiegu endowaskularnego. Zaczynamy od prostych zabiegów, stopniowo ucząc się nowego angiografu, jego obsługi, możliwości oraz poznając funkcjonowanie całej sali (dotyczy to zarówno personelu wykonującego zabiegi, jak i zespołu anestezjologów), stopniowo poszerzając i podnosząc trudności i zaawansowanie wykonywanych procedur.

W większości przypadków zabiegi będą wykonywane zarówno na sali hybrydowej jak i w pozostałych dalej działających pracowniach endowaskularnych szpitala, jednak w tej sali docelowo będą wykonywane najbardziej skomplikowane zabiegi endowaskularne lub wymagające od razu połączenia metody klasycznej i ewendowaskularnej – tzw. hybrydowe, co skróci czas zabiegu i umożliwi jego wykonanie.

Nowy angiograf został także wyposażony w najnowsze oprogramowanie redukujące dawkę promieniowania jonizującego (tzw. rtg) zarówno dla pacjenta i dla personelu, co ma oczywiście znaczenie zwłaszcza przy „dużych” skomplikowanych zabiegach wewnątrznacyniowych.

**Czy otwarcie w naszym Szpitalu sali hybrydowej stanowi przełom w leczeniu pacjentów?**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, jako jednostka regionalna i jednocześnie multidyscyplinarna, jako jedyna w regionie Warmii i Mazur wykonuje tak szeroki zakres zabiegów zarówno klasycznych jak i wewnątrznacyniowych, o tak wysokim stopniu trudności poczynając od leczenia tętniaków i rozwarstwień wszystkich odcinków aorty (z zaangażowaniem kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej i radiologii zabiegowej), leczenie wad i chorób serca oraz neuroradiologii z leczeniem tętniaków i malformacji ośrodkowego układu nerwowego.



Jednak bardziej skomplikowani pacjenci i postęp w metodach wewnątrznaczyniowych wymagają w dzisiejszych czasach leczenia w najnowszych salach hybrydowych z wykorzystaniem potencjału naszego Szpitala i doskonale wyszkolonej, doświadczonej kadry medycznej. W nowej sali hybrydowej jesteśmy w stanie leczyć jednocześnie kilka schorzeń u jednego pacjenta, co skraca czas zabiegu i jest bezpieczniejsze. Doskonałym przykładem są też pacjenci z urazem wielonarządowym, których w tej sali możemy leczyć wieloma metodami bez konieczności jego przewożenia.

Jednocześnie nowy angiograf umożliwi nam wykonywanie procedur z zakresu radiologii

i kardiologii zabiegowej i kardiochirurgii, które nie były wykonywane w naszym szpitalu. Dysponujemy wyszkoloną kadrą medyczną, która takie zabiegi może wykonywać. Do tej pory część z tych pacjentów musieliśmy odsyłać do ośrodków w Warszawie, gdzie takie sale hybrydowe już istnieją, a aktualnie, jako jedyni w województwie dysponujemy salą hybrydową (poza działającymi nadal salami naczyniowymi i hemodynamiki) i takie skomplikowane zabiegi mogą już odbywać się u nas bez konieczności odsyłania pacjenta.

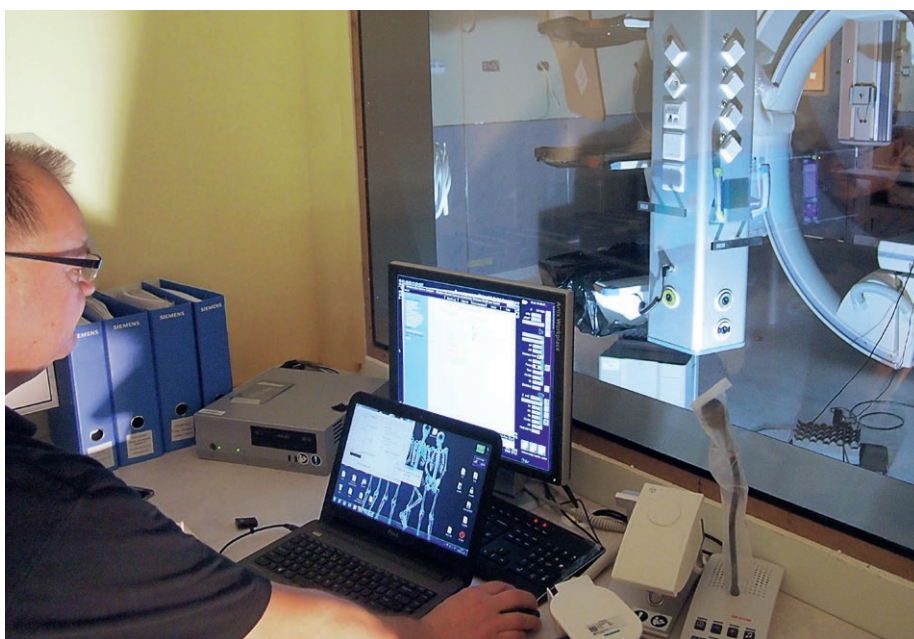
Salę zabiegową do leczenia endowaskularnego posiada już wiele szpitali i pracowni naczyniowych czy też hemodynamicznych w naszym

województwie, jednak nowo powstała sala hybrydowa jest najnowocześniejszym rozwiązaniem leczenia multidyscyplinarnego pacjentów i jest pierwsza i jedyna w województwie.

Staw hybrydowe i zabiegi endowaskularne swoje początki mają w salach najpierw diagnostycznych, a potem i zabiegowych radiologicznych, a chciałbym przypomnieć, że Pracownia Naczyniowa Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej funkcjonuje w szpitalu od wielu lat i powstała jako jedna z pierwszych w Polsce tuż po największych pracowniach naczyniowych szpitali klinicznych w Warszawie czy Lublinie.

Moja była szefowa, a jednocześnie wieloletni kierownik dr Elżbieta Stefanowicz od początku dostrzegła potencjał zabiegów wewnątrznaczyniowych jako przyszłość medycyny i zabiegała, aby taka sala naczyniowa, a potem hybrydowa działała w naszym Szpitalu. Zarówno poprzednie dyrekcje, jak i obecna także rozumiały i rozumieją konieczność dalszego rozwoju medycyny w WSS w Olsztynie, byśmy mogli leczyć pacjentów najnowocześniejszymi metodami z wykorzystaniem najnowszych metod endowaskularnych.

Nasz Szpital zatrudniający tak doskonale wyszkoloną kadrę medyczną z tak szerokim spektrum wykonywanych zabiegów otrzymał nowe narzędzie w postaci sali hybrydowej, co umożliwi nam leczenie najbardziej skomplikowanych i schorowanych pacjentów.



Salę hybrydową podczas wyposażania, połowa kwietnia 2018 r.



Salę hybrydową podczas wyposażania, połowa kwietnia 2018 r.



**Rozmowa z dr Piotrem Malinowskim, ordynatorem Oddziału Klinicznego Chirurgii Naczyniowej**

**Przemysław Prais: Jak można opisać salę hybrydową?**

Piotr Malinowski: To połączenie sali operacyjnej z salą do zabiegów wymagających wysokiej jakości skopii rentgenowskiej, czyli aparatu RTG z torem wizyjnym [pozwalającym na bieżącą obserwację czynności organizmu na ekranie – red.] Dotychczas taką technikę stosowano tylko do diagnostyki i zabiegów radiologicznych. Sala operacyjna wyposażona w kolumnę anestezjologiczną daje możliwość znieczulenia pacjentów w sposób komfortowy. Do pracowni naczyniowej taki aparat jest przywożony, co zmniejsza powierzchnię pomieszczenia i zmniejsza komfort pracy. Sala hybrydowa zapewnia też jałowość właściwą dla bloku operacyjnego. Są tu też myjnie i nawiew laminarny. To daje możliwość zastosowania różnych technik operacyjnych podczas jednego zabiegu, co z kolei zapewnia lepszą koordynację



– zamiast dwóch operacji pacjent przechodzi jedną. Przykładem może być przypadek wymagający udrożnienia tętnicy w jednym miejscu operacyjnie, przy jednoczesnym zastosowaniu w innym punkcie angioplastyki i wszczepienia do niej stentu.

#### Co jeszcze zyskuje pacjent na takich zabiegach?

Przede wszystkim są one dla niego bardziej bezpieczne: mniejsze jest ryzyko zakażenia, a pacjent łatwiej przechodzi operację. Sala

hybrydowa otwiera też drogę do zabiegów nie wykonywanych w innych sytuacjach. Jest ona wyposażona według światowych standardów. Można więc powiedzieć, że otwierając taką salę awansujemy do pierwszej ligi w zakresie zabiegów naczyniowych.

Pracujemy w łączonym zespole radiologów mających doświadczenie w zabiegach radiologicznych oraz chirurgów mających doświadczenie w zabiegach otwartych.

#### Dr Jerzy Górny, ordynator Oddziału Kardiologicznego, zastępca dyrektora WSS ds. leczenia

Sala hybrydowa umożliwi również usuwanie wszczepionych elektrod endokawitarnych, a także przezskórne (małoinwazyjnie) wszczepianie sztucznej zastawki aortalnej, zamykanie nieprawidłowych połączeń między komorami i przedsionkami oraz zamykanie uszka lewego przedsionka.

#### Pierwsza sala hybrydowa w regionie

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie otrzymał 3 mln 259 tys. zł dofinansowania z Ministerstwa Zdrowia na wyposażenie sali hybrydowej. Środki zostały przyznane w ramach programu polityki zdrowotnej pn. Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020 na realizację zadania: Wyposażenie/

doposażenie hybrydowej sali operacyjnej na potrzeby chirurgii naczyniowej, kardiologii i kardiochirurgii w roku 2017. Szacunkowy koszt całego zadania to 4 mln 097 tys. zł.

W ramach realizacji umowy został zakupiony: cyfrowy angiograf do badań serca i naczyń, stół angiograficzny z pływającym blatem, aparatura do hemofiltracji i krążenia pozaustrojowego, aparatura do kontrapulsacji i krążenia pozaustrojowego, respirator, aparat do znieczulenia, defibrylator, aparat ultrasonograficzny.



## Nagroda dla profesora Tomasza Stompóra

**Prof. Tomasz Stompór, ordynator Oddziału Klinicznego Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych naszego Szpitala został laureatem Specjalnej Nagrody Towarzystwa Internistów Polskich.**

Dyplom i statuetkę otrzymał za wyjątkowy wkład w budowanie pozycji Polish Archives of Internal Medicine (oficjalnego czasopisma TIP) wśród medycznych czasopism naukowych, dbanie o poziom naukowy publikowanych prac oraz promocję czasopisma na Świecie. Nagroda ta została przyznana w związku z 10- leciem przejęcia wydawania czasopisma przez wydawnictwo Medycyna Praktyczna.

Polish Archives of Internal Medicine (dawniej: Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej) jest najwyższym punktowanym polskim czasopismem klinicznym o zasięgu międzynarodowym. Aktualny współczynnik wpływu (impact factor) wynosi 2,4. Czasopismo odnotowało bezprecedensowy sukces, w roku 2012 uzyskując impact factor na poziomie 1,8; od tego czasu wskaźnik ten systematycznie rośnie.

Prof. Stompór od dwóch kadencji zasiada w Radzie Naukowej Polish Archives of Internal

Medicine, wspólnie z takimi przedstawicielami polskiej i światowej nauki, jak Profesorowie Franciszek Kokot, Roman Jaeschke, Wiesław W. Jędrzejczak, Grzegorz Opolski czy Michał Tendera. Redaktorem naczelnym jest światowej sławy ekspert w dziedzinie diagnostyki i terapii zaburzeń krzepnięcia, Pani Profesor Anetta Undas.

Prof. Stompór został nagrodzony przede wszystkim za swoją aktywność w roli recenzenta – należy od wielu lat do grona najaktywniejszych recenzentów czasopisma, przygotowując kilkanaście recenzji w roku. Jest to rola bardzo odpowiedzialna, ponieważ – choć z założenia recenzent jest ekspertem w reprezentowanej dziedzinie – współczesna specjalistyczna medycyna często wymaga sięgnięcia do dodatkowych źródeł (najnowszego piśmiennictwa), aby przygotować swoją ocenę w sposób najbardziej profesjonalny. Wymienione w uzasadnieniu nagrody „dbanie o poziom naukowy czasopisma” oznacza również surowość w ocenach: rekomendowane do druku artykuły muszą prezentować najwyższy poziom merytoryczny i stanowić rzeczywisty, istotny wkład w dotychczasową wiedzę medyczną. Nefrolog przyznaje, że tylko niewielki odsetek nadsyłanych artykułów zyskuje



Prof. Tomasz Stompór z nagrodą

rekomendację jego i współrecenzentów, a następnie Redaktor Naczelnej i jest akceptowany do druku. - Last but not least, nie można się kierować sympatiami lub antypatiami w stosunku do autorów nadsyłanych prac, lecz dokonywać swoich ocen w sposób całkowicie obiektywny, zgłaszając wszelkie potencjalne konflikty interesów, które mogłyby wpłynąć na obiektywizm oceniającego – podkreśla.

# Bezpieczny poród w komfortowych warunkach

Zmodernizowany Trakt Porodowy przyjmuje już pacjentki, które na rozwiązanie oczekują w wygodnych salach. Do ich dyspozycji jest m.in. sala do porodów w wannie, a system ciągłej opieki czuwa nad stanem zdrowia mam i ich maluchów.

Roboty budowlane rozpoczęły się w październiku 2017 r. W marcu tego roku ekipa budowlana kończyła malowanie ścian na korytarzu i w pomieszczeniach traktu. – Już teraz widać, że ciepłe kolory dają efekt domowej atmosfery – cieszył się dr n. med. Tomasz Waśniewski, ordynator oddziału.

W następnych tygodniach trwały wyposażanie Traktu, a pierwsze pacjentki przyjęto na początku maja. Nowy Trakt ma więcej pomieszczeń, bo zaadaptowano miejsce po salach intensywnej opieki zajmowane wcześniej przez Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka. Po przeniesieniu noworodka OIT-u na wyremontowany oddział pomieszczenia zostały zwolnione. W efekcie znalazło się w nim pięć sal porodowych (w tym do porodów w wannie), sala cięć i dodatkowo trzy sale obserwacyjne.

Większa liczba stanowisk do porodów to poprawa bezpieczeństwa pacjentek, a dochodzą do tego trzy sale intensywnej opieki wyposażone w sprzęt do ciągłego monitorowania stanu zdrowia. To pokoje dla pacjentek patologii ciąży z cukrzycą, nadciśnieniem i innymi chorobami wymagającymi

stałego monitorowania dobrostanu dzieciaków, zdrowia dziecka, dobrostanu płodu.

Nad bezpieczeństwem pacjentek czuwa system ciągłej opieki KTG (badanie, które polega na obserwacji i jednoczesnym zapisie: parametrów pracy serca dziecka, ruchów dziecka, siły oraz częstości występowania skurczów macicy i reakcji serca dziecka na skurcze macicy).



Punkt noworodkowy przy sali cięć



Wanna do porodów

Umożliwia ocenę dobrostanu dziecka nad pacjentką z centralną bazą, która widzi wszystkie pomieszczenia. Położna będzie obserwować zapis KTG pacjentek ze wszystkich sal z monitorowaniem dobrostanu dzieci.

*Przemysław Prais*



Położna Marzanna Rogalska w centrali systemu ciągłej opieki KTG



Sala cięć



Położna Marzanna Rogalska z pacjentką



# Wiedza lekarzy i determinacja mamy pozwoliły uratować Basię

Lekarze z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, jako pierwsi w Polsce uratowali dziecko, pozwalając mu rozwinąć się w macicy, choć zaczątek drugiego łożyska znajdował się w szyjce macicy. W takiej sytuacji lekarze decydują się zwykle na usunięcie narządów rodnych wraz z oboma płodami, by zapobiec krwotokowi.

Dr Tomasz Hoppe z Poradni Medycyny Matczy-no-Płodowej WSS w Olsztynie, podczas badań prenatalnych w listopadzie 2017 r. zauważył nieprawidłowości w szyjce macicy i skierował panią Marzenę do Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. – Podczas badań USG zauważyliśmy pewne cechy, które mogły świadczyć, że obok ciąży macicznej rozwija się druga ciąża w szyjce macicy – mówi dr Tomasz Waśniewski, ordynator. – Okazało się, że nie było tam płodu, ale trofoblast, czyli przyszłe łożysko. Ma on dużą możliwość inwazji – może wrastać w ścianę macicy i doprowadzić do dużego uszkodzenia struktur szyjki macicy. Znajdują się przy niej duże naczynia krwionośne, zaś dotarcie trofoblastu do tych naczyń grozi dużym krwotokiem, podczas którego w ciągu kilku minut wypływa kilka litrów krwi. To stwarza bezpośrednie zagrożenie życia, a szanse na przeżycie ma tylko pacjentka przebywająca w szpitalu. Dlatego pani Marzena została w naszym oddziale.

Dr Waśniewski podkreśla, że jest ona jedną z pacjentek, które najdłużej przebywały pod jego opieką. – Przez pół roku monitorowaliśmy dobrostan żywego płodu, obserwując jednocześnie guz w szyjce – opowiada.

W 37. tygodniu ciąży lekarze podjęli decyzję o planowym rozwiązaniu, choć dziecko było zbyt małe w stosunku do wieku ciążowego. – Uznaliśmy jednak, że jest już na tyle bezpieczne, iż kontynuacja ciąży stanowiłaby zbyt duże ryzyko dla dziecka i mamy. Dziecko otrzymało odpowiednie leki, by przygotować je do porodu – dodaje ordynator. – To pierwszy taki przypadek w Polsce jednoczesnego istnienia ciąży wewnątrzmacicznej oraz szyjkowej. Nie spotkałem go również w piśmiennictwie światowym.

Poród, który odbył się 10 maja przebiegał przez cesarskie cięcie, gdyż drogę naturalną

uniemożliwił trofoblast. Dziewczynka ważyła 1700 gramów, ale była w stosunkowo dobrym stanie, kiedy zajęli się nią specjaliści z Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka.

Jak relacjonuje Tomasz Waśniewski, po usunięciu trofoblastu z szyjki doszło do przewidywanego gwałtownego krwotoku. – To zmusiło nas do natychmiastowego wycięcia macicy dla ratowania życia mamy – wyjaśnia. – Pacjentka od samego początku wiedziała, że zachowanie macicy będzie prawie niemożliwe. Obawialiśmy się tylko krwotoku w początkowym etapie ciąży, kiedy wiązałyby się z usunięciem macicy wraz z żywym płodem.

Ordynator podkreśla, że bardzo ważna była determinacja pani Marzeny, dla której była to pierwsza ciąża, w jej kontynuowaniu nawet kosztem wielkiego ryzyka. – Dzięki temu mała Basia przyszła na świat – podkreśla.

- Moja Basia przyszła na świat 10 maja, a ja przebywam w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym

od 27 listopada ub. roku – mówi Marzena Ewartowska. – W niedzielę więc minie pół roku mojego pobytu w Szpitalu Wojewódzkim [rozmawiamy w piątek 25 maja – red.]. Przez ten okres bardzo zżyłam się z położnymi i lekarzami, także z Oddziału Ginekologii Onkologicznej, gdzie przebywałam pewien czas. Żartujemy sobie, że moja córeczka będzie musiała zostać albo położną, albo ginekologiem. Dla personelu obu oddziałów Basia jest także ich „córką”. Mogę powiedzieć, że szpital stał się moim domem i choć zdarzały się trudne chwile, to dzięki wspaniałej opiece będę dobrze wspominać spędzony tu czas.

Pani Marzena zapewnia, że ani przez chwilę nie zastanawiała się, gdy usłyszała propozycję donoszenia ciąży, mimo związanego z tym ryzyka. Choć wiedziała, że standardem w takich sytuacjach jest usunięcie ciąży wraz z narządami rodnymi. – Pan doktor Waśniewski powiedział mi, że chciałby abym urodziła. To moja pierwsza ciąża, nie brałam więc pod uwagę aborcji. Chciałam zrobić wszystko, aby Basieńka przyszła na świat – mówi szczęśliwa mama. – Chciałabym też wyrazić wdzięczność mojemu mężowi, który po porodzie codziennie przyjeżdżał do szpitala z Ławy, gdzie mieszkamy. Opiekował się mną np. przyrządzając kanapki, a po porodzie także, żeby być przy Basi na oddziale noworodkowym, gdzie miała także doskonałą opiekę, bo ja przez kilka dni nie mogłam chodzić, a zależało nam, by miała z nami kontakt. Mam cudownego męża, a Basia cudownego ojca.

Dodaje też, że jej historia może być nadzieją dla innych mam, które znajdują się w podobnej sytuacji. – Warto podjąć taką decyzję, być przez pół roku w szpitalu, ale mieć dziecko, najbardziej wyczekane, najbardziej kochane. Jeśli jest szansa, to trzeba zrobić, co możliwe – uważa pani Marzena. – Wiedziałam, że jeśli krwotok wystąpi wcześniej, trzeba będzie usunąć ciążę, ale na szczęście wszystko skończyło się dobrze – dodaje z uśmiechem.

Marzena Ewartowska z Basią wyszła do domu 29 maja. Życzymy im wszystkiego najlepszego!



# Sukces nowatorskiego zabiegu dzięki zespołowej pracy

To wielospecjalistyczność Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie pozwala na wykonywanie tego typu procedur. Pacjentem w ciężkim stanie zajmuje się cały zespół ludzi – od anesteziologów, którzy mają go ustabilizować, przez ginekologów po laboratorium, które natychmiast podaje wyniki badań, kończąc na naszych doskonałych radiologach – mówił dr Tomasz Waśniewski o przeprowadzonym po raz pierwszy w Olsztynie małoinwazyjnym zabiegu zatamowania krwotoku u rodzącej kobiety. Dzięki temu Alicja bezpiecznie przyszła na świat, a jej mama zachowała możliwość rodzenia kolejnych dzieci.

– Był to jeden z nielicznych przypadków, w którym stosuje się metodę małoinwazyjną. Wszystko się udało dzięki fantastycznej współpracy z zespołem anesteziologów, którzy bardzo szybko ustabilizowali pacjentkę i dali nam czas na podjęcie próby zastosowania dłuższej, ale znacznie mniej inwazyjnej procedury, która dawała też szansę na zachowanie macicy – mówi ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. – Kolejnym elementem składającym się na sukces zabiegu była szybka reakcja szpitala, w którym przedtem znajdowała się pacjentka. W efekcie przyjechała do naszego Szpitala w dobrym stanie ogólnym. Rzeczą zaś absolutnie podstawową był znakomity zespół radiologów biegłych w procedurach radiologii interwencyjnej.

Dr Tomasz Waśniewski wraz z dr Grzegorzem Wasilewskim, kierownikiem Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej byli gośćmi porannego programu olsztyńskiego oddziału TVP. Marta Gołąb-Kocięcka i Maciej Świniarski rozmawiali z oboma lekarzami o dramatycznej sytuacji, która wynikała tuż przed Wielkanocą.

Pani Małgorzata zaczęła rodzić w Wielką Sobotę 31 marca, wtedy też zaczęły się komplikacje. Na skutek krwotoku została przewieziona do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Krwotoki to jeden z najpoważniejszych problemów w położnictwie – podkreślają lekarze oraz główna przyczyna umieralności okołoporodowej. Zwykle, aby taki krwotok zahamować i uratować pacjentkę lekarze zazwyczaj decydują się na bardzo szeroko zakrojoną operację z usunięciem macicy włącznie. W tym przypadku jednak zdecydowali się na podjęcie próby przeprowadzenia zabiegu embolizacji. To zdecydowanie mniej inwazyjna metoda

zamknięcia naczyń i zatamowania krwotoku. Stosuje się ją niezwykle rzadko, a w Olsztynie po raz pierwszy.

Tomasz Waśniewski podkreślił, że krwotoki to główna przyczyna umieralności okołoporodowej. – Zdarzają się przy 5-15 proc. naszych porodów i bywają powodem poważnych powikłań, czasem ze zgonem włącznie. Ze względu na powagę problemu nasze leczenie było bardzo radykalne. Polegało bardzo często na wycięciu macicy, jako źródła krwotoku. Potem pojawiły się metody próby oszczędzania narządu rodnego w postaci sposobów ograniczających objętość macicy, ale w dalszym ciągu były to bardzo szerokie, radykalne operacje – powiedział.

Grzegorz Wasilewski pytany zaś, dlaczego tak rzadko stosuje się embolizację, wyjaśnił najpierw, że to zabieg polegający na zamknięciu naczyń zaopatrujących jeden z narządów naszego organizmu. – Zwykle wykonujemy je w przypadku krwotoków. To standardowa procedura medyczna z zakresu radiologii zabiegowej, wykonywana od wielu lat. W naszym Szpitalu w pracowni naczyniowej także od dawna ją wykonujemy. Jeżeli chodzi o ginekologię wykonujemy ją u pacjentek z zaawansowanym rakiem szyjki macicy, żeby zapobiec krwawieniu – powiedział. – U pani Małgorzaty chodzi o to, że metoda jest taka sama, ale chodzi o czas, żeby ten zabieg można było wykonać praktycznie od razu. Nie wszystkie ośrodki w Polsce dysponują możliwością wykonywania embolizacji 24 godziny na dobę. A pracownia naczyniowa pracuje właśnie w takim trybie. Dzięki temu wykonaliśmy zabieg embolizacji przez kilkumilimetrowe nacięcie. Dysponujemy szeroką gamą materiałów do przeprowadzenia takich zabiegów. Nie ma konieczności ogólnego znieczulenia pacjenta, wystarcza znieczulenie miejscowe. To bardzo szybka i bezpieczna procedura.

Dr Waśniewski dodał, że mówimy cały czas o pacjencie wstrząsowym, z bezpośrednim zagrożeniem życia, dlatego ograniczanie każdej procedury, która jest wykonywana u pacjenta poprawia rokowania. – Otrzymaliśmy pacjentkę w stanie na tyle dobrym, że mogliśmy podjąć bardzo szybkie procedury, które mają ustabilizować pacjenta, co daje nam czas na podjęcie decyzji. Medycyna staje się coraz bardziej interdyscyplinarna, w efekcie specjalisti z wielu dziedzin muszą ze sobą współpracować.

Wielospecjalistyczność naszego Szpitala pozwala na wykonywanie tego typu procedur. To jest cały zespół ludzi, którzy zajmują się pacjentem ciężkim – od anesteziologów, którzy mają ustabilizować pacjenta, przez ginekologów po laboratorium, które natychmiast podaje wyniki badań, kończąc na naszych doskonałych radiologach – podkreślił.

– Jeśli chodzi o radiologię, to w ostatnich latach zmieniliśmy profil działalności. Ciężar diagnostyki przeniesiono na tomografię i rezonans. Weszła też cała gama procedur w radiologii zabiegowej, jako leczenia chorób u pacjentów. Są małoinwazyjne i bardzo skuteczne z matką liczbą powikłań – zaznaczył dr Wasilewski.

Czy położnictwo pójdzie w kierunku embolizacji w takich ekstremalnie trudnych przypadkach? Zdaniem Tomasza Waśniewskiego medycyna się rozwija, a procedury, które są jak najmniej inwazyjne w stosunku do pacjenta na pewno będą preferowane. – Jeszcze w podręcznikach sprzed kilku lat nie ma embolizacji, jako procedury stosowanej u pacjentek z krwotokami położniczymi. Bardzo się cieszymy, że mamy kolejną możliwość bezpiecznego prowadzenia pacjenta z krwotokiem okołoporodowym. To się przekłada na znakomite wyniki Szpitala Wojewódzkiego, który jest w krajowej czołówce w zmniejszaniu umieralności okołoporodowej. Złą stroną jest tłok na oddziale położniczym – mówił. Dodał też, że zasady centralizacji leczenia pacjentek z powikłaniami ciąży nakładają obowiązek kierowania takich kobiet do Szpitala Wojewódzkiego. – A pani Małgorzata jest najdoskonalszym przykładem, że wszystko idealnie zafunkcjonowało – nie było zwłoki w transporcie pacjentki do naszego oddziału – zaznaczył. – Z dużym obłożeniem jakoś sobie radzimy, a przede wszystkim cieszymy się, że możemy skutecznie pomóc naszym pacjentkom. Każda pacjentka, której ratujemy życie, czy płodność, jak było w tym przypadku, bo embolizacja ma zapewnić przede wszystkim możliwość rodzenia kolejnych dzieci, to ogromny sukces. Dlatego nie da się odłączyć emocji od takich przypadków.

Grzegorz Wasilewski na zakończenie rozmowy podkreślił. Że najważniejszy jest pacjent i to, że udało mu się pomóc.



# Noworodki z najlepszą diagnostyką

**Badanie usg jest niezbędnym elementem naszego postępowania. Jest ono nieinwazyjne oraz łatwo i szybko dostępne, szczególnie w stanach zagrożenia życia pacjentów, kiedy każda minuta ma znaczenie.**

Ultrasonografia jest nieinwazyjną, charakteryzującą się dużą dokładnością, metodą diagnostyki obrazowej. Pozwala na uzyskanie obrazu przekroju badanego obiektu. Jest bezbolesnym i bezpiecznym badaniem. To najpopularniejsza technika diagnostyczna postępująca się obrazem.

Badanie USG jest również popularną metodą kontrolowania stanu fizycznego noworodków. Do najczęstszych badań z tego zakresu, wykonywanych w naszym oddziale zaliczamy USG CNS, serca, brzucha, płuc i klatki piersiowej. Specyficzna budowa czaszki u bardzo małych dzieci, czyli niezrośnięte ciemiączko u noworodków i niemowląt, umożliwia wykonanie badania USG przezciemiączkowego – pozwalającego ono na ocenę anatomicznych struktur mózgu. Umożliwia rozpoznanie wielu nieprawidłowości w obrębie mózgu, ale także rdzenia kręgowego malucha.

Mowa m.in. o: krwawieniach, wadach rozwojowych, niedotlenieniu, torbielach czy guzach, a także wodogłowie, rozszczepie kręgosłupa oraz przepuklinie oponowej. USG przezciemiączkowe wykonywane jest rutynowo u wszystkich noworodków z wiekiem płodowym

32 tygodnie lub niższym (urodzone przed ukończeniem 33 tygodnia ciąży.).

Ponadto badanie wykonywane jest u noworodków transportowanych, z hipotensją, hipotermią, wymagających wsparcia oddechu (wentylowanych), z hipoglikemią, hipo- i hipernatremią, z trombocytopenią. Badaniem obejmuje się również noworodki z grupy ryzyka wczesnego uszkodzenia lub wrodzonych wad rozwojowych mózgu t.j.: ograniczenie rozwoju wewnątrzmacicznego, cukrzyca insulinozależna u matki, zakażenia z grupy TORCH, alkoholizm oraz trombocytopenia u matki, zespoły wad rozwojowych oraz obciążenie rodzinne, z cechami dysmorfii, nieprawidłowymi objawami neurologicznymi, bezdechami, zmianami naczyniowo – ruchowymi, niewydolnością krążenia o nieznanym etiologii, zgonem wewnątrzmacicznym jednego z bliźniąt, zespołami przetoczenia między bliźniętami, trombofilii, po przebytych niedotlenieniu znacznego stopnia i po przebytych zakażeniach OUN.

Częstość wykonywania badań zależy od rozległości zmian stwierdzanych we wcześniejszych badaniach obrazowych oraz stanu pacjenta.

Procedura powyższa nie wymaga żadnego przygotowania dziecka. A co najważniejsze, jeśli nie ma przeciwwskazań medycznych, rodzic pozostaje przy dziecku podczas wykonywania badania. Niezmiernie ważnym elementem postępowania diagnostyczno – terapeutycznego jest również usg (echo) serca. Jest to narzędzie stosowane przede wszystkim w potwierdzeniu bądź wykluczeniu postawionego w badaniu prenatalnym rozpoznania wad serca, a także dysfunkcji mięśnia sercowego oraz układu krążenia. Niezbędnym elementem w podejmowaniu decyzji leczniczych, wymagających zastosowania w pierwszych godzinach życia, w celu zabezpieczenia pacjenta. Wielokrotnie jedynym narzędziem umożliwiającym monitorowanie pacjenta do czasu wdrożenia bardziej inwazyjnych procedur (w tym zabiegów kardiologicznych).

W naszym oddziale, wykorzystujemy również badanie usg do obrazowania narządów jamy brzusznej. Jest ono szczególnie istotne w przypadku wykrywania oraz weryfikacji rozpoznanych badań prenatalnych. Badanie powyższe umożliwi właściwą diagnozę oraz ustalenie odpowiedniego trybu postępowania. Ogromną dynamiką charakteryzuje się rozwój badania usg płuc i klatki piersiowej. W prawdziwe pierwsze opisy ultrasonografii płuc u dorosłych pochodzą z lat 90 – tych ubiegłego wieku, to u noworodków, wykonywane jest zaledwie od kilku lat także w naszym oddziale. Dzięki niemu jesteśmy w stanie ocenić położenie oraz budowę narządów klatki piersiowej. Jest pomocnym narzędziem obrazowania podczas wykonywania różnorodnych zabiegów np. odbarczenia odmy opłucnowej. Umożliwia wczesne wykrycie np. odmy, oraz zmian pod postacią: konsolidacji niedodmowych bądź zapalnych, zrostów opłucnowych, ropni, płynu w jamie opłucnej, sekwestracji płuc, hipoplazji płuc, przepukliny przeponowej, zwłóknień, obrzęku i rozemdy płuc.



Dr Michał Brożyna podczas badania

I co niezmiernie ważne rozwój usg umożliwia ocenę stanu pacjenta w czasie rzeczywistym, pozwalając na szybsze postawienie diagnozy. Dzięki ultrasonografii znacznie redukuje się ilość badań radiologicznych, dzięki czemu nasi pacjenci oraz personel w mniejszym stopniu narażeni są na działanie promieni jonizujących. Kolejną zaletą badań ultrasonograficznych jest dokładność uzyskanego obrazu – w odróżnieniu od badania rentgenowskiego pokazuje ono również tkanki miękkie organizmu. Dlatego też w rozpoznawaniu jednostek chorobowych, do którego do tej pory wykorzystywaliśmy badania radiologiczne, t.j. RDS, odma oplotnicowa, zapalenia płuc, NEC, niedrożności

przewodu pokarmowego czy kontrolę pęcherza ECC w trakcie oraz po jego wprowadzeniu do naczyń układu krążenia stosujemy weryfikację usg. W ONiITN, posiadamy aparat usg PHILIPS Affiniti 50 G, który w pełnym zakresie umożliwia wykonywanie opisanej powyżej diagnostyki.

Badanie usg jest niezbędnym elementem naszego postępowania. Jest ono nieinwazyjne oraz łatwo i szybko dostępne, szczególnie w stanach zagrożenia życia, kiedy każda minuta ma znaczenie. Biorąc pod uwagę profil pacjentów, narastającą liczbę stwierdzanych prenatalnie wad, wymagających swobodnego postępowania po urodzeniu.

Ciągłą kontrolę leczenia oraz ewolucji zmian. Sukcesywne doskonalenie w wykonywaniu powyższych badań, oraz dalszy rozwój diagnostyki w oparciu o ultrasonografię stanowi jeden z głównych kierunków działalności naszego oddziału. Natomiast możliwość obecności rodzica podczas badania, daje zarówno rodzicom jak i dzieciom duże poczucie bezpieczeństwa oraz minimalizuje stres związany z kolejną procedurą wykonywaną na małym pacjencie.

**Dr n. med. Norbert Dera**

**Koordinator Oddziału Neonatologii  
i Intensywnej Terapii Noworodka**

## Najmłodszy pacjenci z upominkami na Dzień Dziecka



Mamy i ich pociechy z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Wojewódzkiego otrzymały upominki od Radia Olsztyn z okazji Dnia Dziecka. Bardzo dziękujemy w ich imieniu!

Radiowcy odwiedzili maluchy i ich mamy w piątek 1 czerwca. O pracy swojej i koleżanek opowiedziała Jowita Dubel-Mikulska, zastępczyni położnej oddziałowej.

Poniżej prezentujemy fotorelację z tego wydarzenia. Zdjęcia autorstwa Agnieszki Podbielskiej z Radia Olsztyn.



Z dziennikarką Radia Olsztyn rozmawia Jowita Dubel-Mikulska, zastępczyni położnej oddziałowej



# Dni Otwarte

## Funduszy Europejskich w Szpitalu Wojewódzkim

Uczniowie LO II w Olsztynie zwiedzili pracownię RTG, zapoznając się z zasadami działania nowoczesnego aparatu zakupionego dzięki wsparciu Unii Europejskiej.

Licealiści odwiedzili Szpital Wojewódzki w piątek 11 maja. Uczniowie drugiej klasy szkoły przy ul. Małtków w towarzystwie techników radiologii z Działu Diagnostyki Obrazowej obejrżeli wyremontowaną i wyposażoną w nowoczesny aparat rentgenowski pracownię. Dowiedzieli się, czym różni się najnowszej generacji urządzenie cyfrowe od swoich poprzedników, w jaki sposób wykonuje się nim zdjęcia. Chętni mogli sami stanąć na miejscu dla pacjentów, by doświadczyć jak się ich diagnozuje.

Nowy aparat RTG działa w od początku kwietnia w pracowni Działu Diagnostyki Obrazowej. To urządzenie w pełni cyfrowe nowej generacji. Jedno stanowisko stanowi aparat typu Telekomando – czyli „trzy w jednym”: stół do zdjęć kostnych, statyw do zdjęć odległościowych oraz ścianka do prześwietleń wyposażone w ruchomy stół umożliwiający wykonywanie projekcji zarówno w pozycji leżącej jak i stojącej.

Drugie stanowisko stanowi lampa RTG z montowaniem sufitowym poruszająca się po w trzech kierunkach, po całej pracowni RTG. Umożliwia to przede wszystkim wykonywanie zdjęć pacjentom na łóżkach transportowych, których ze względów medycznych nie można przelożyć na stół rentgenowski.

Zamontowano również specjalny statyw, który dzięki zastosowaniu zdalnego sterowania oraz detektora cyfrowego pozwalają na wykonanie zdjęcia kości długich, których do tej pory w Szpitalu nie wykonywano. To funkcja przydatna zwłaszcza dla lekarzy ortopedów.

Dużym walorem zakupionego aparatu jest również solidny stół, który wytrzymuje obciążenia do 300 kg, dzięki czemu nawet w przypadku ciężkich pacjentów stół obciążony może być również dodatkowym oprzyrządowaniem towarzyszącym pacjentowi, jak również może być prowadzona na nim resuscytacja bez obaw o zniszczenie stołu.

Nowy aparat jest też bardziej przyjazny zarówno dla pacjenta jak i personelu z racji możliwości kontroli dawki promieniowania emitowanej podczas badania.

Aparat został zakupiony dzięki wsparciu Unii Europejskiej ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu



Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020. Całkowita wartość projektu wyniosła 2 mln zł, a kwota unijnego dofinansowania wyniosła 1,7 mln zł.





Dr Kotakowski w gabinecie ordynatorskim

Odszedł na zawsze znakomity lekarz, wychowawca i przyjaciel. Będzie Go nam brakować

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość, że 24 maja 2018 r. odszedł od nas śp. dr Antoni Kotakowski, wieloletni Ordynator Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej pełniący w czasie swej kariery zawodowej także funkcje naczelnego lekarza szpitala i zastępcy dyrektora ds. leczenia Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Utraciliśmy człowieka mądrego, uczciwego, szlachetnego, wychowawcę i mentora kilku pokoleń lekarzy, wspaniałego, szanowanego przełożonego i dobrego Kolegę.

Jego wiedza, doświadczenie i wielka kultura osobista przez wiele lat służyły Naszemu Szpitalowi.

Rodzinie i Najbliższym składamy serdeczne wyrazy współczucia i słowa otuchy.

Na zawsze pozostanie On w naszej pamięci.

**Dyrekcja i pracownicy**

**Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie**

Pogrzeb doktora Antoniego Kotakowskiego odbył się 26 maja. W trakcie uroczystości wspomnienie o Zmarłym wygłosił Mariusz Siergiej, jego długoletni przyjaciel i współpracownik.



Dr Kotakowski z zespołem lekarskim



Otwarcie zmodernizowanego oddziału ortopedycznego 27 października 2006 r.



Otwarcie zmodernizowanego oddziału ortopedycznego 27 października 2006 r.



Dr Kotakowski z zespołem oddziału



## Śpieszmy się

*Śpieszmy się kochać ludzi tak szybko odchodzą  
zostaną po nich buty i telefon głuchy  
tylko to co nieważne jak krowa się wlecze  
najważniejsze tak prędkie że nagle się staje  
potem cisza normalna więc całkiem nieznośna  
jak czystość urodzona najprościej z rozpaczą  
kiedy myślimy o kimś zostając bez niego.*

*Nie bądź pewny że czas masz bo pewność niepewna  
zabiera nam wrażliwość tak jak każde szczęście  
przychodzi jednocześnie jak patos i humor  
jak dwie namiętności wciąż słabsze od jednej  
tak szybko stąd odchodzą jak drożdż milkną w lipcu  
jak dźwięk trochę niezgrabny lub jak suchy ukłon  
żeby widzieć naprawdę zamykają oczy  
chociaż większym ryzykiem rodzić się niż umrzeć  
kochamy wciąż za „mało” i stale za „późno”*

*Nie pisz o tym zbyt często lecz pisz raz na zawsze  
a będziesz tak jak delfin łagodny i mocny*

*Śpieszmy się kochać ludzi tak szybko odchodzą  
i ci co nie odchodzą nie zawsze powrócą  
i nigdy nie wiadomo mówiąc o miłości  
czy pierwsza jest ostatnia czy ostatnia pierwsza.  
ks. Jan Twardowski*



## Skrócony życiorys

Antoni Kołakowski ur. 13.06.1950 w Olsztynie. Absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Białymstoku z 1975 r. Staż podyplomowy i cały okres pracy zatrudniony w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym.

W 1978 r. I stopień specjalizacji w zakresie chirurgii urazowej i ortopedii pod kierunkiem

prof. Stefana Bołoczko. Także pod kierunkiem profesora, w 1985 r. uzyskał I st. z medycyny społecznej, a w 1987 – II st. z organizacji ochrony zdrowia.

W 1984 r. został powołany na stanowisko z-cy Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej, które pełnił do 1999 r. Jednocześnie pracował w oddziale jako lekarz wykonując zabiegi operacyjne i dyżurując.

W 1999 r., po wygraniu konkursu, objął stanowisko Ordynatora Oddziału Ortopedii i Chirurgii Urazowej. Funkcję tę pełnił do listopada 2012 r.

Jest autorem lub współautorem kilkunastu publikacji i szeregu wystąpień na Zjazdach, Dniach Ortopedycznych i Sympozjach PTOiTr.

Odbył liczne szkolenia krajowe i zagraniczne w Europie, Azji i Ameryce Północnej.

W 2012 r. przeszedł na emeryturę i pozostał lekarzem kontraktowym w Klinicznym Oddziale Chirurgii Urazowej, Ortopedii i Chirurgii Kręgosłupa.

Uczestniczył w powołaniu Oddziału Olsztyńskiego polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego. Przez 4 kadencje był jego przewodniczącym i przez kilka kadencji w-cie przewodniczącym lub członkiem zarządu.

Uczestniczył w powołaniu w Szpitalu Wojewódzkim w Olsztynie Izby Lekarskiej.

Był delegatem na dwa Zjazdy. Przez pierwszą kadencję był Zastępcą Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Organizator sześciu kolejnych Sympozjów Naukowo – Szkoleniowych „Zima Ortopedyczna” oraz współorganizatorem Dni Ortopedycznych w Mrągowie i Sympozjum Spondyloortopedii PTOiTr w Waplewie k. Olsztyna.

Odnznaczony Złotym i Srebrnym Krzyżem Zasługi oraz Odznaką „Zasłużony dla Warmii i Mazur”.

W 2016 r. otrzymał odznakę „Zasłużony Lekarz Warmii i Mazur”.

Ten życiorys napisał dr Antoni Kołakowski w 2016 r. na prośbę Kapituły Odznaczenia „Zasłużony Lekarz Warmii i Mazur”

43 lata ciężkiej, pełnej poświęceń, pracy dla pacjentów i szpitala na jednej stronie.

I to wcale nie maczkiem. Jedna strona !!! – to nie wymaga komentarza. To świadczy o człowieku!!!

Dzisiaj nie żegnamy doktora ortopedę Antoniego Kołakowskiego. Dzisiaj żegnamy naszego Nauczyciela, Kolegę i Przyjaciela. Dla nas to Tosiek, po prostu Tosiek. Dla niektórych to Tonio, czy wręcz Tosinek.

Znam Tośka od 34 lat. Przyjmował mnie do pracy. Pełnił wtedy funkcję Dyrektora ds. Lecznictwa i był Zastępcą prof. Bołoczko – Ordynatora Oddziału Ortopedii. Zatrudnił mnie niejako „zaocznie”.

Był moim opiekunem i kierownikiem specjalizacji. Po zdaniem egzaminie chciałem Mu podziękować, wręczyć symboliczny prezent. Zachnął się tylko i zaproponował przejście na „ty”. I tak zostało.

Następne lata to: setki odpraw, setki dyżurów, setki operacji, setki kursów, setki wyjazdów, setki sympozjów i ... setki setek. A między setkami – nocne ortopedów rozmowy.

Często z degustacją nalewek, których wytworzenie było jego pasją.

Mimo słusznej postury świetnie tańczył. Panie bez wątpienia to potwierdzą.

Był bardzo aktywnym kibicem sportowym. Szczególnie siatkówki i piłki nożnej.

Sam też uprawiał sporty. I to sporty ekstremalne: spływy kajakowe, jazda skuterem i koszenie trawy.

Był pogodnym, wesołym, ciepłym, życzliwym facetem, z dużym dystansem do siebie.

Bardzo lubił muzykę. Często coś sobie nucił. Przynajmniej tak mu się wydawało, że nuci. Bo było to coś co przypominało raczej mruczenie zadowolonego kota.

Pierwszy na parkiecie, dusza towarzystwa. Ostatni opuszczający imprezę.

Przy okazji sprzątający sale z mocno zmęczonej młodzieży ortopedycznej.

Taki był Tosiek.

Na organizowanych imprezach zawsze dbał o to, by wspomnieć Tych, którzy, jak mawiał, odeszli na „wieczny dyżur”. Zawsze cytował wtedy Ks. Twardowskiego: „śpieszmy się kochać ludzi tak szybko odchodzą”.

Mam nadzieję, że zdążyliśmy kochać Tośka.

Będziemy o Tobie pamiętać.

## Lekarze ze Szpitala o Antonim Kołakowskim

**Dr n. med. Jerzy Górny, zastępca ds. lecznictwa dyrektora WSS, ordynator Oddziału Kardiologicznego**

Po raz pierwszy spotkaliśmy się w listopadzie 1983 r., kiedy tylko przyszedłem na staż do Szpitala. Dr Kołakowski jako młody lekarz z ortopedii, zajmował się stażystami, co czynił także w ostatnich latach. Nasz pierwszy kontakt wspominam bardzo pozytywnie – zapamiętałem dr. Kołakowskiego jako bardzo energicznego i konkretnego lekarza. Wyróżniał się zdecydowaniem.

Także nasza późniejsza współpraca z okresu, kiedy dr Kołakowski był zastępcą dyrektora ds. lecznictwa, zawsze przebiegała bardzo sprawnie.

W każdej sytuacji starał się pomagać i rozwiązać ewentualny problem w sposób pozytywny.

Podsumowując: był zawsze bardzo przyjazny w kontaktach, bardzo konkretny, jako lekarz profesjonalny, dbający o pacjenta, co było widać, gdy rozwiązując problem brał zawsze pod uwagę nie wygodę lekarza, ale dobro pacjenta. Takim go zapamiętam.

**Dr n. med. Piotr Malinowski, ordynator Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej**

Z doktorem Antonim Kołakowskim spotkałem się w 1993 r., kiedy jako młody lekarz zaczynałem pracę w naszym Szpitalu. Był już wtedy doświadczonym lekarzem, a ze względu na okazałą postać i tubalny głos wzbudzał szacunek, a nawet pewien strach. Szybko okazało się jednak,

że to życzliwy człowiek i świetny lekarz, który w razie potrzeby chętnie pomagał zarówno początkującym adeptom sztuki medycznej, jak i bardziej doświadczonym kolegom. Dobrze pamiętam sytuację, która wynikła podczas operowania pacjenta ranionego nożem. Okazało się bowiem, że ostrze wbite w brzuch zatrzymało się na kręgosłupie, a jego część utkwiła między kręgami i siedziała tak mocno, że nie mogliśmy go wydobyc. Wezwaliśmy więc na pomoc doktora Kołakowskiego, który wszedł na salę, popatrzył i nic nie mówiąc wyszedł. Po chwili wrócił z kombinerkami, chwycił ostrze, mocno pociągnął i wyjął je z kręgosłupa. Potem powiedział „dziękuję bardzo” i wyszedł. Wszystko trwało nie dłużej, niż minutę, a my mogliśmy kontynuować operację. Można więc powiedzieć, że dr Kołakowski mówił niewiele, a robił szybko to, co należało.

**Not. Przemysław Prais**

# Endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna

ECPW to jedna z najbardziej złożonych i trudnych technik endoskopowych.

5 czerwca bieżącego roku na bloku operacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie odbyły się warsztaty z jej zakresu.

Lekarze i pielęgniarki endoskopowe z Oddziału Gastroenterologii szkolili się, wykonując zabiegi cewnikowania dróg żółciowych, sfinkterotomii, usuwania złożeń z przewodów żółciowych i protezowania, pod kierunkiem Pana Dr Jana Pertkiewicza, czołowego polskiego specjalisty w zakresie ECPW, eksperta Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego, na co dzień pracującego w Pracowni Endoskopowej Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Centralnego Szpitala Klinicznego oraz w Szpitalu „Elbląska” Magodent w Warszawie. Warsztaty pozwoliły na zdobycie nowych doświadczeń i skorzystanie z praktycznych uwag dotyczących techniki wykonywania zabiegów. Zaplanowano kontynuację szkolenia w jednym z ośrodków, w których pracuje Dr Pertkiewicz.

We współczesnych czasach nikt nie wyobraża sobie gastroenterologii bez diagnostyki i terapii endoskopowej. Techniki endoskopowe wciąż są rozpowszechniane i udoskonalane, z każdym rokiem pojawiają się nowe możliwości w zakresie stosowania tej rozwojowej metody badawczo-leczniczej. Powszechnie znanymi wśród pacjentów zabiegami endoskopowymi są gastroscopia i kolonoskopia, w środkach masowego przekazu, mediach społecznościowych

można znaleźć wiele informacji na ich temat, w ostatnich latach diametralnie wzrosła częstość wykonywania tych procedur. Należy jednak pamiętać, że endoscopia to nie tylko badanie czy leczenie chorób przetyku, żołądka i jelit. W skład układu pokarmowego wchodzi również inne narządy oraz struktury, które stanowią doskonały cel działania dla endoskopisty. Chodzi tutaj przede wszystkim o trzustkę i przewody żółciowe, których choroby mogą być diagnozowane i leczone między innymi z wykorzystaniem tzw. endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej (ECPW).

ECPW obecna w medycynie od końca lat 60. ubiegłego wieku, to jedna z najbardziej złożonych i trudnych technik endoskopowych. Procedura ta jest jednocześnie elementem diagnostyki radiologicznej, ponieważ w trakcie zabiegu wykonuje się zdjęcia i skopie z wykorzystaniem promieniowania rentgenowskiego. ECPW pierwotnie służyła głównie obrazowaniu przewodów żółciowych i trzustkowych. Obecnie, ze względu na rozwój innych metod badawczych umożliwiających uwidocznienie patologii w obrębie wspomnianych struktur anatomicznych (zwłaszcza cholangiografii metodą rezonansu magnetycznego – MRCP

i ultrasonografii endoskopowej – EUS), ECPW, biorąc pod uwagę stosunkowo wysokie w porównaniu z innymi procedurami endoskopowymi ryzyko powikłań, stała się przede wszystkim zabiegiem terapeutycznym.

W cholangiopankreatografii wstecznej wykorzystuje się głównie specjalne endoskopy zwane duodenoskopami, które mają nieco inną budowę niż aparaty stosowane w pozostałych badaniach, np. w kolonoskopii czy gastroscopii. Charakteryzują się one tzw. optyką boczną, co oznacza, że kamera endoskopu przekazuje obraz położony nie na wprost od jego końcówki, ale prostopadle do niej, w kierunku ściany przewodu pokarmowego. Pozwala to na lepsze uwidocznienie ujścia dróg żółciowych w dwunastnicy i poprawia dostęp do ich wnętrza. Drugą cechą specyficzną dla duodenoskopu jest wbudowany w aparat elewator, będący mechanizmem pozwalającym na ustawianie wyprowadzanych z endoskopu narzędzi w odpowiedniej pozycji, poprzez ich unoszenie za pomocą specjalnej dźwigni. Narzędzia wykorzystywane w trakcie ECPW charakteryzują się dużą różnorodnością pod względem ich przeznaczenia. Są to między innymi cewniki służące do kontrastowania dróg żółciowych i trzustkowych czy sfinkterotomy pozwalające na nacięcie ujścia przewodów, co ułatwia dostęp do ich światła i ma znaczenie terapeutyczne w leczeniu np. kamicy przewodowej. W zabiegach wykorzystuje się ponadto koszyki oraz balony do usuwania złożeń, kosze do ich litotrypsji („rozbijania”), rozszerzadła, zestawy do wprowadzania protez, sondy żółciowo-nosowe i trzustkowo-nosowe, szczotki służące do pobrania materiału do badania cytologicznego oraz kleszczyki biopsyjne. Powyższymi narzędziami operuje się pod kontrolą obrazu endoskopowego i rentgenowskiego. Istnieją również aparaty o bardzo wąskiej średnicy, zwane choledochoskopami, które wprowadza się przez kanał roboczy duodenoskopu wprost do przewodów żółciowych.

Wskazania do endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej są ściśle określone. Zalicza się do nich przede wszystkim kamicy przewodów

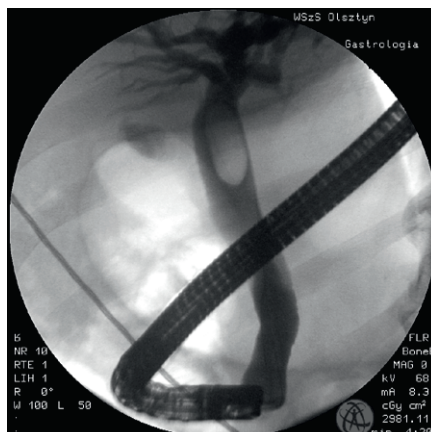


Sala na bloku operacyjnym przystosowana do wykonywania zabiegów ECPW.

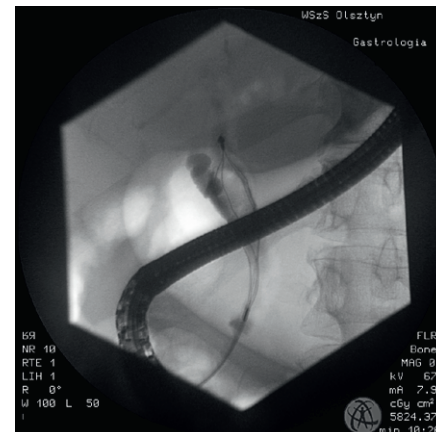




Końcówka duodenoskopu wykorzystywanego w zabiegach ECPW. Widoczna kamera i kanał do wyprowadzania narzędzi położone na bocznej powierzchni aparatu.



Obraz rentgenowski z badania ECPW. Widoczny zółg w poszerzonym przewodzie żółciowym wspólnym.



Obraz rentgenowski z badania ECPW. Zabieg litotrypsji (kruszenia) zółgu u tego samego pacjenta za pomocą kosza.

żółciowych i jej ostre powikłania, takie jak ostre żółciopochodne zapalenie trzustki oraz ostre zapalenie dróg żółciowych. W przypadku wspomnianych powikłań kamicy przewodowej, ECPW jest zabiegiem, który wykonuje się najszybciej jak jest to możliwe i często, poprzez usunięcie zółgów oraz udrożnienie przewodów żółciowych lub trzustkowych, ratuje się życie pacjenta. Innymi wskazaniami do ECPW są zwężenia dróg żółciowych pochodzenia nowotworowego lub nienowotworowego (głównie o etiologii zapalnej). Cholangiopankreatografia wsteczna pozwala na poszerzenie zwężeń, założenie różnych rodzajów protez do wnętrza dróg żółciowych lub przewodu trzustkowego, a także pobranie materiału do badania cytologicznego bądź histopatologicznego. Wskazaniem do ECPW są również schorzenia dotyczące zwieracza Oddiego i brodawki Vatera (czyli okolicy ujścia przewodu żółciowego wspólnego oraz głównego przewodu trzustkowego do dwunastnicy), takie jak przerost brodawki, dysfunkcja zwieracza, czy nowotwory rozwijające się w tej lokalizacji. ECPW stosunkowo często wykonywana jest również w przebiegu powikłań związanych z zabiegami operacyjnymi w obrębie pęcherzyka żółciowego (zwłaszcza powszechnie wykonywanej cholecystektomii) i dróg żółciowych. Do powikłań jatrogennych, w których wykorzystuje się opisywaną tu technikę endoskopową, należą wycieki i pooperacyjne zwężenia przewodów żółciowych oraz zespół retencyjny po choledochoduodenostomii, czyli po zespoleniu żółciowo-dwunastniczym. ECPW wykonuje się również w nawracającym ostrym zapaleniu trzustki, gdy nie udaje się innymi metodami określić jego przyczyny oraz w przewlekłym zapaleniu trzustki (tu przy współistnieniu zwężenia lub przerwania przewodu trzustkowego, jego kamicy albo w niektórych przypadkach obecności torbieli pozapalnych). Zdecydowana większość tych wskazań obejmuje diagnostykę z jednoczesną koniecznością wykonania zabiegu terapeutycznego.

Jedynym bezwzględny przeciwwskazaniem do ECPW, podobnie jak w przypadku innych procedur endoskopowych, jest świadomy, potwierdzony pisemnie brak zgody zdolnego do wyrażenia swojej woli pacjenta na wykonanie zabiegu. Przeciwwskazaniami względnymi do badań endoskopowych są ciężka niewydolność serca i/lub oddechowa, ostry zespół wieńcowy, świeży zawał serca. W przypadku ECPW cięża jest przeciwwskazaniem wówczas, kiedy ma być ono jedynie badaniem diagnostycznym, natomiast w przypadku konieczności wykonania zabiegu terapeutycznego cholangiopankreatografia wsteczna może być u kobiet ciężarnych przeprowadzona, oczywiście z zachowaniem ścisłych zasad ochrony radiologicznej. Nie należy wykonywać ECPW w przypadku żółtaczki mechanicznej, jeśli nie ma możliwości wykonania drenażu dróg żółciowych, w sytuacji zwężenia górnego odcinka przewodu pokarmowego mniejszego niż średnica duodenoskopu, w chorobach pęcherzyka żółciowego bez podejrzenia lub rozpoznania nieprawidłowości dotyczących dróg żółciowych, a także w sytuacji bólu brzucha o niewyjaśnionym pochodzeniu, jeśli nie towarzyszą mu obiektywnie zweryfikowane objawy patologii w zakresie trzustki lub przewodów żółciowych. Z dużą ostrożnością należy też planować ten zabieg w przypadku nieskorygowanych zaburzeń układu krzepnięcia.

Najczęstszym powikłaniem związanym z wykonywaniem ECPW jest ostre zapalenie trzustki związane z przeprowadzeniem zabiegu (obserwowane średnio w 10% przypadków). Rzadziej dochodzi do krwawienia z dróg żółciowych, ostrego zapalenia dróg żółciowych i pęcherzyka żółciowego, perforacji zaotrzewnowej lub perforacji wewnątrzotrzewnowej przewodu pokarmowego, zakażenia trzustkowego zbiornika płynowego, zaklinowania narzędzia w zakresie przewodów żółciowych lub niedrożności jelita spowodowanej dużym zółgiem. Czynnikiem ograniczającym częstość wystąpienia powikłań

jest przede wszystkim przeprowadzenie zabiegu z uwzględnieniem wskazań i przeciwwskazań do zabiegu, zastosowanie odpowiednich procedur zmniejszających ryzyko zwłaszcza ostrego zapalenia trzustki oraz właściwe i regularne kształcenie personelu wykonującego ECPW.

Endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna jest procedurą wykonywaną w zespole, w skład którego wchodzi: lekarz endoskopista i pielęgniarka endoskopowa, a ponadto często technik radiologiczny, lekarz anestezjolog i pielęgniarka anestezjologiczna. Jak wspomniano powyżej, jest to trudna i złożona technika, wymagająca od uczącego się jej i następnie stosującego w codziennej praktyce endoskopisty, stałej i powtarzalnej praktyki. Uznaje się, że w ośrodkach wykonujących cholangiopankreatografię wsteczną, by spełnić wymagania dotyczące jakości badania, powinno przeprowadzać się co najmniej 200 zabiegów rocznie. Stale opracowywane są wskaźniki jakości i wytyczne dotyczące prawidłowego przeprowadzania ECPW. Takie zalecenia opublikowała również w 2015 roku wspólna grupa ekspertów Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego i Towarzystwa Chirurgów Polskich.

W podsumowaniu należy podkreślić, że endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna znalazła istotne miejsce w terapii schorzeń dróg żółciowych i trzustki. Zabieg ten charakteryzuje się wysoką skutecznością, często zapobiega konieczności leczenia operacyjnego pacjentów i dzięki uściśleniu wskazań, opracowywaniu zaleceń i procedur zabezpieczających przed ewentualnymi powikłaniami oraz poprawie systemu szkolenia, staje się coraz bardziej bezpieczny.

**Jakub Jarostawski,**

**z-ca ordynatora Oddziału Gastroenterologicznego**

# Warsztaty endoskopowe

5 czerwca bieżącego roku na bloku operacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie odbyły się warsztaty z zakresu endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej (ECPW). Lekarze i pielęgniarki endoskopowe z Oddziału Gastroenterologii szkolili się, wykonując zabiegi cewnikowania dróg żółciowych,

sfincterotomii, usuwania złożeń z przewodów żółciowych i protezowania, pod kierunkiem dr Jana Pertkiewicza, czołowego polskiego specjalisty w zakresie ECPW, eksperta Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego, na co dzień pracującego w Pracowni Endoskopowej Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby

Centralnego Szpitala Klinicznego oraz w Szpitalu „Elbląska” Magodent w Warszawie. Warsztaty pozwoliły na zdobycie nowych doświadczeń i skorzystanie z praktycznych uwag dotyczących techniki wykonywania zabiegów. Zaplanowano kontynuację szkolenia w jednym z ośrodków, w których pracuje dr Pertkiewicz.



Od lewej: piel. Marzena Trześniewska, dr Jan Pertkiewicz, dr Jakub Jarostawski



Od lewej: piel. Marzena Trześniewska, dr Jan Pertkiewicz, dr Jakub Jarostawski, dr Tomasz Artukowicz

## Modernizacja Oddziału Kardiologicznego

Większa powierzchnia, nowoczesne wyposażenie i podniesienie komfortu pobytu pacjentów oraz pracy personelu – to najważniejsze efekty, które da generalny remont oddziału leczącego rocznie ponad 3 tys. pacjentów.

Do tego należy doliczyć ponad tysiąc osób leczonych w Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego. W sumie więc na choroby układu krążenia w Wojewódzkim Szpitalu

Specjalistycznym w Olsztynie leczy się rocznie 4,2 tys. osób (dane za 2017 r.). Tylko Oddział Ginekologiczno-Położniczy może pochwalić się porównywalną liczbą pacjentów.

Dlatego dyrekcja Szpitala od lat starała się pozyskać środki konieczne na modernizację kardiologii. Wreszcie się udało! 25 stycznia 2018 r. dyrektor Irena Kierzkowska podpisała umowę na dofinansowanie „Przebudowy i modernizacji



Oddziału Kardiologicznego oraz Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego wraz z zakupem sprzętu”. Swoją podpis na umowie złożył też Gustaw Marek Brzezina, marszałek województwa warmińsko-mazurskiego.



Z początkiem maja rozpoczęły się prace budowlane w pomieszczeniach na drugim piętrze, które do niedawna zajmowali nefrologi. Potem przyjdzie pora na modernizację powierzchni zajmowanej teraz przez Oddział Kardiologiczny.

Przypomnijmy, że projekt w okresie dwóch najbliższych lat zakłada realizację trzech głównych etapów inwestycyjnych tj.: przebudowę i modernizację Oddziału Kardiologicznego oraz Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego wraz z pomieszczeniami diagnostycznymi w zakresie realizacji robót budowlanych i instalacji (m.in. elektrycznych, gazów medycznych, wentylacji mechanicznej, wodno-kanalizacyjnej) oraz wymiana i zakup niezbędnego sprzętu montowanego na stałe, m.in. kolumny anestezyjologicznej, specjalistycznych łóżek szpitalnych, respiratorów, pomp infuzyjnych, zestawów reanimacyjnych, kardiomonitorów wraz z centralą monitorującą. Planujemy również zakup: aparatu USG kardiologicznego z sondą przezprzełykową, zestawu do testów wysiłkowych EKG ergospirometrycznych, pompy infuzyjnej do MR dwutorowej, aparatu do znieczuleń (do pracowni RM), cewki do badań MR oraz oprogramowania do opisu badań MR.

Projekt „Przebudowa i modernizacja Oddziału Kardiologicznego oraz Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego wraz z zakupem sprzętu” jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego Oś priorytetowa 9 – Dostęp do wysokiej jakości usług publicznych, Działanie 9.1 – Infrastruktura ochrony zdrowia, Poddziałanie 9.1.1 – Rozwój specjalistycznych usług medycznych.

Celem głównym projektu jest zwiększenie dostępności oraz kompleksowości usług specjalistycznych w zakresie chorób serca i naczyń świadczonych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

**Całkowita wartość projektu –**  
10 790 839,93 zł

**Wkład Funduszy Europejskich –**  
dofinansowanie (85%) – 9 168 167,94 zł

**Wkład własny szpitala wynosi**  
1 622 671,99 zł

Przedsięwzięcie jest zrealizowane poprzez przebudowę i modernizację funkcjonującego Oddziału Kardiologicznego, przebudowę i modernizację powierzchni po byłym Oddziale Nefrologicznym na potrzeby Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego wraz z pomieszczeniami diagnostycznymi. Ponadto zostanie wymieniony wyeksploatowany sprzęt i aparatura medyczna, przez co zostanie rozszerzony zakres diagnostyki kardiologicznej. Istotnym elementem projektu będzie usprawnienie procesu obsługi pacjentów, ułatwienie dostępu do usług kardiologicznych oraz skrócenie czasu oczekiwania na badania. Pisaliśmy o tym w poprzednim wydaniu Pulsu Szpitala.

### Rozmowa z dr Jerzym Górnym, ordynatorem Oddziału Kardiologicznego

Przemysław Prais: Pacjentów z jakimi schorzeniami leczy Oddział Kardiologiczny?

Jerzy Górny: To schorzenia układu krążenia: choroba niedokrwienna serca i zawał serca, niewydolność serca, wady serca, zapalenia wsierdza i osierdza, a także zaburzenia rytmu i przewodnictwa.

### Jakimi technikami leczy pacjentów, w jakich pracowniach?

W skład oddziału wchodzi: Pracownia Elektrofizjologii i Elektroterapii, Pracownia Hemodynamiki, Pracownia Echokardiografii, Pracownia Badań Holterowskich, Pracownia Elektrokardiografii Spoczynkowej i Wysiłkowej oraz Poradnie Leczenia Nadciśnienia Tętniczego i Kontroli Rozruszników

W oddziale są wykonywane koronarografie, angioplastyki wieńcowe, zamykanie ubytków międzyprzedsionkowych i uszek lewego przedsionka, wszczepianie stymulatorów, kardiowerterów-defibrylatorów i CRT-D, a także echokardiograficzne testy dobutaminowe, echokardiograficzne badania przezprzełykowe, scyntygraficzne badania wysiłkowe serca ( w Zakładzie Medycyny Nuklearnej), badania elektrofizjologiczne, ablacje zaburzeń rytmu serca – klasyczne, ablacje zaburzeń rytmu serca przy pomocy systemu 3D (Carto-3) – migotania przedsionków i częstoskurczów komorowych.

Oddział realizuje również całą gamę badań nieinwazyjnych dla pacjentów hospitalizowanych oraz ambulatoryjnych takich jak: badanie ekg, holtery ekg i ciśnieniowe, badania echokardiograficzne oraz testy wysiłkowe ekg.

### Z planów wynika, że zakres remontu jest bardzo duży.

Jednym z najważniejszych efektów modernizacji będzie zwiększenie powierzchni Oddziału Kardiologicznego, który nie był remontowany od 1995 r. Tymczasem od tej pory wielokrotnie zwiększyła się liczba jego pacjentów. W latach 90. hospitalizował około tysiąca pacjentów rocznie, teraz jest ich prawie 3 tys. Jednym z założeń remontu jest ulokowanie w byłym Oddziale Nefrologii na drugim piętrze wschodniego skrzydła głównego budynku Szpitala Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, wyposażonego w sprzęt pozwalający na pełne inwazyjne monitorowanie czynności życiowych oraz wspomaganie oddechu (respiratory) na kilku stanowiskach. W tym skrzydle zostaną też usytuowane wszystkie pracownie diagnostyczne – dwie echokardiografii, badań holterowskich oraz pracownia badań EKG i pracownia badań wysiłkowych EKG, która zostanie poszerzona o badania ergospirometryczne – będziemy wykonywać testy obciążeniowe z analizą zużycia tlenu przez pacjenta. Te badania są niezbędne do prawidłowej oceny zaawansowania niewydolności serca. Pracownia pokryje też zapotrzebowanie na badania spirometryczne, dzięki czemu nie będziemy już musieli wysyłać na nie pacjentów do Szpitala Chorób Płuc.

Z kolei w pracowni elektrofizjologii rozpoczniemy zabiegi ablacji migotania przedsionków przy pomocy krioterapii balonowej. Do tej pory wykorzystujemy system umożliwiający podgrzewanie tkanek prądem częstotliwości radiowej.

Poza zestawem do spirometrii, zakupimy dwa echokardiografy z głowicami przezprzełykowymi, z tego jeden będzie do wyłączonej dyspozycji OINK.

W skrzydle zachodnim, czyli tam gdzie teraz znajduje się Oddział Kardiologii w drugim etapie remontu znajdują się sale chorych, gabinety lekarskie i punkt pielęgniarski w standardzie obecnie obowiązującym w Szpitalu, czyli z węzłami sanitarnymi przy salach chorych. Do tej pory w 45 łóżkowym oddziale pacjenci mają dostęp do dwu sanitariatów.

Można więc powiedzieć, że po modernizacji zdecydowanie zwiększy się komfort pobytu pacjentów i poprawią warunki pracy personelu, co powinno się przełożyć na lepszą opiekę nad chorymi.

*Przemysław Prais*

# Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie na Mistrzostwach Pierwszej Pomocy

**Pielęgniarki i położne oceniały wysiłki zawodników z olsztyńskich szkół, zaś koordynatorzy transplantacyjne wraz z niżej podpisanym prezentowali ofertę Szpitala dla pacjentów. Wszystkie zespoły dostały zestaw upominków od Szpitala Wojewódzkiego.**

19 drużyn złożonych z uczniów szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych wzięło udział w IV Mistrzostwach Pierwszej Pomocy o Puchar Dyrektora Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej ARS MED., które odbyły się 20 maja w ramach Rotariańskiej Majówki Lotniczej na lotnisku Dajtki.

Organizatorzy przygotowali 10 stacji, na których uczestnicy musieli zmagać się z najróżniejszymi zdarzeniami. Dwie dotyczyły małych dzieci, w tym jednym jeszcze nienarodzonemu. Na pierwszej należało pomóc dziecku z udarem ciepłym, spowodowanym wysoką temperaturą w samochodzie, w którym zostawiła je lekkomyślna matka. W drugim przypadku młodzi ratownicy pomagali kobiecie, u której w czasie wycieczki do lasu rozpoczęła się akcja porodowa.

Emocji nie brakowało także przy innych zadaniach. Najbardziej chyba dramatycznie wyglądała sytuacja po wypadku drogowym, w którym zderzyły się dwa samochody osobowe. Ucierpiały w nim trzy osoby, w tym 12-letnia dziewczynka, która odniosła obrażenia twarzy. Występująca w tej roli Oliwia bardzo wiarygodnie odgrywała ból i szok wywołany ranami – głośno krzyczała i płakała. I jak przyznała w przerwie zawodów, musiała zażyć tabletkę na ból gardła. Polecień ratowników nie słuchała także jej „mama”, która chciała, aby najpierw udzielono pomocy „córcie”.

Młodzi uczestnicy zawodów nie zapomną też z pewnością ugodzonego nożem w czasie bójki chłopaka, u którego widoczne były realistycznie przedstawione „wnętrznosci”. Na dodatek jego kolega, ranny w głowę prawdopodobny sprawca zranienia, co chwilę przerywał akcję ratunkową.

Nietatwo było też opatrzyć chłopaka, którego przeszyła kula podczas zajęć na strzelnicy. – Jesteśmy pełni wrażeń – mówiła podczas zawodów Małgorzata Całka, opiekunka zespołu reprezentującego Szkołę Podstawową nr 13 z Olsztyna,

ubranego w żółte koszuli z napisem „Szczęśliwa 13”. – Nasza drużyna składa się z dziewcząt z klas 4, 5, 6, i 7. Niektóre startowały już wcześniej w mistrzostwach, dla innych to debiut.

Startujący w zawodach pomagali także innym osobom: mężczyźnie, który spadł z drabiny podczas malowania domu, kobiecie, która zastabła w drodze po drewno do kominka. Przenosili też na noszach ofiarę wypadku samochodowego, po uprzednim ugaszeniu płonącego pojazdu.

– Uczestnicy naszych mistrzostw sami podnoszą sobie poprzeczkę z roku na rok wykazując wyższe umiejętności – wyjaśniała dużą skalę trudności poszczególnych zadań Anna Borejso z NZOZ ARS MED., organizatorka zawodów. – Uczą się na swoich błędach. Bardzo nas to cieszy, ale także zmusza do stawiania coraz wyższych wymagań.

Aktywny udział w mistrzostwach brał udział Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie. Pielęgniarki z Oddziału Kardiologicznego: Agnieszka Jackiewicz i Ewa Szymańska, a także Kamila Michno z Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Marzena Gagat ze Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego sędziowały na swoich stacjach oceniając wysiłki zawodników.



Sędziowała także Anna Kwiatkowska, położna z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, a Jowita Dubel-Mikulska, zastępca położnej oddziałowej była koordynatorką ze strony Wydziału Nauk o Zdrowiu UWM. Studentki położnictwa były pozorantkami na dwóch stacjach.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie zaprezentował też swoją ofertę dla pacjentów na swoim stoisku udostępnionym przez ARS MED. Krystyna Rohun, koordynator transplantacyjny w Szpitalu Wojewódzkim i Marta Leszczyńska, regionalny koordynator ds. transplantacji oraz niżej podpisani rozdawali materiały informacyjne zarówno o oddziałach i poradniach WSS w Olsztynie, jak i informujące o idei i zasadach dawstwa organów.





Jak podkreśla Anna Borejszo mistrzostwa są imprezą całkowicie non profit. – Nie wymagamy żadnych opłat wpisowych od szkół zgłaszających swoje drużyny oraz nie liczymy na jakiegokolwiek korzyści finansowe. Sami pokrywamy niemałe koszty związane z organizacją i przeprowadzeniem Zawodów – mówi. – Pragniemy, aby nasze Mistrzostwa zaczęły kojarzyć się zawodnikom nie tylko z pulą nagród, ale promocją zdrowia i propagowaniu pierwszej pomocy przedmedycznej. Zależy nam na zainteresowaniu jak największego grona ludzi pierwszą pomocą i dbaniu o tak cenny dar, jakim jest życie.

**Przemysław Prais**



## Wyniki mistrzostw

Nagroda specjalna PSP w Olsztynie zdobyła Młodzieżowa Drużyna Pożarnicza przy OSP w Gietrzwałdzie osiągając czas 2: 24 (stacja czasowa)

Nagroda specjalna dla najsympatyczniejszego zawodnika mistrzostw przypadła Krzysztofowi Krebsowi ze Szkoły Podstawowej nr 19 w Olsztynie

### W grupie szkół podstawowych:

Miejsce 1 Szkoła Podstawowa nr 13 w Olsztynie,

Miejsce 2 Szkoła Podstawowa nr 33 w Olsztynie

Miejsce 3 Szkoła Podstawowa nr 19 w Olsztynie

### W grupie wiekowej gimnazjum:

Miejsce 1 Gimnazjum nr 24 w Olsztynie

Miejsce 2 Gimnazjum nr 101 w Olsztynie

Miejsce 3 Katolickie Gimnazjum nr 22 w Olsztynie

### W grupie szkół ponadgimnazjalnych:

Miejsce 1 LO nr 3 w Olsztynie Grupa o nazwie „SPICE GIRLS”

Miejsce 2 LO nr 3 w Olsztynie Grupa o nazwie „CH4 - Metan”

Miejsce 3 LO nr 1 w Olsztynie





# Aktywnie i pozytywnie mimo upływu lat

Podobno gdy przybywa nam lat, więcej też mamy czasu. A co zrobić z dodatkowym czasem? Można przyjść do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie na zajęcia przygotowane specjalnie dla seniorów. Na warsztatach „Jakość życia pod kontrolą Seniora, czyli aktywnie i pozytywnie mimo upływu lat”, które miały miejsce 12 maja, gościliśmy wyjątkowych uczestników.



W projekt zaangażowali się pracownicy Oddziału Rehabilitacyjnego i Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej. Przybyłych powitała dr Agnieszka Osowska ordynator Oddziału. Następnie głos zabrał psycholog dr Piotr Markiewicz prowadząc wykład „Proces starzenia – plusy i minusy”.



A przygotowane zadania aktywizujące funkcje poznawcze i trening umysłu wzbudziły ogromny entuzjazm słuchaczy.

Na kolejny etap warsztatów zaprosiła terapeutka zajęciowa Barbara Wencsek, która zaproponowała seniorom arteterapię, czyli leczenie sztuką. Uczestnicy wykonali prace techniką decoupage. Drewniane tacki oraz pudełka zostały ozdobione fantazyjnymi wzorami zmieniając się w dzieła sztuki.



Miało być aktywnie i było. Fizjoterapeutka Agnieszka Adamowicz, nie pozwoliła seniorom

na bezczynność. Poprowadziła warsztaty ruchowe, dzięki którym uczestnicy dowiedzieli się jak utrzymać sprawność będąc osobą w starszym wieku.



Po zakończonych warsztatach wszyscy uczestnicy w pozytywnym nastawieniu pożegnali szpital, dopytując się kiedy odbędzie się następne spotkanie.

kk

W ramach projektu dofinansowanego z budżetu Województwa Warmińsko-Mazurskiego „Jakość życia pod kontrolą Seniora, czyli aktywnie i pozytywnie mimo upływu lat” Oddział Rehabilitacyjny i Oddział Rehabilitacji Neurologicznej zakupił drążki drgające, taśmy rehabilitacyjne, trener równowagi oraz aero-step. Szpital otrzymał dotację z budżetu województwa warmińsko-mazurskiego.



## Z tą kartą seniorom będzie żyło się łatwiej

W dniu 15 czerwca 2018 r. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny oficjalnie przystąpił do programu „Warmińsko-Mazurska Karta Seniora”. Dzięki temu osoby które ukończyły 60 lat będą mogły taniej wykonać badania w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym.

Karta seniora, to odpowiedź Samorządu Wojewódzkiego na zwiększający się z każdym rokiem odsetek mieszkańców naszego regionu po 60 roku życia. Jest ona jedną z wielu inicjatyw wpisujących się w program „Polityka Senioralna Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020”, który zakłada współdziałanie z jednostkami samorządu terytorialnego, przedsiębiorcami i instytucjami publicznymi. Nadrzędnym celem jest wsparcie aktywizacji seniorów w różnych obszarach życia. Wdrożenie karty uzyskało również pozytywną ocenę organizacji

reprezentujących starszych mieszkańców naszego regionu.

Kartę mogą uzyskać osoby, które ukończyły 60 rok życia. Z karty można skorzystać przy jednoczesnym okazaniu dowodu osobistego. Wszystkie niezbędne dokumenty oraz informacje pozwalające na przystąpienie do projektu można znaleźć na stronie internetowej [www.warmia.mazury.pl](http://www.warmia.mazury.pl) (zakładka Polityka społeczna – Warmińsko-Mazurska Karta Seniora). Jest tam również lista partnerów, którzy zaangażowali się w projekt.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, w odpowiedzi na prośbę marszałka Gustawa Marka Brzezina przygotował ofertę dla posiadaczy karty seniora. Oferta naszej placówki polega na przyznawaniu zniżek na większość odpłatnie



Autor zdjęć: Bartosz Cudnoch

wykonywanych badań laboratoryjnych. Osoby chcące skorzystać z tej bonifikaty muszą przed wykonaniem badania i uiszczeniem opłaty okazać kartę seniora pracownikowi Medycznego Laboratorium Diagnostycznego. Kartę wydaje Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego, a Komórką organizacyjną koordynującą wdrażanie projektu jest Biuro Dialogu Społecznego i Pożytku Publicznego Urzędu Marszałkowskiego w Olsztynie.

Michał Żurek





# Dni Rodziny

w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym

W piątek 25 maja w sali konferencyjnej odbyło się spotkanie z ramach XX Warmińsko-Mazurskich Dni Rodziny, które w tym roku odbywają się pod hasłem „Rodzina-Dom-Ojczyzna”.

Spotkanie rozpoczęła Irena Kierzkowska, dyrektor WSS w Olsztynie, która powitała gości i zaprosiła do przedstawienia swoich prezentacji Elżbietę Narkiewicz, zastępcę pielęgniarki oddziałowej Oddziału Otolaryngologicznego i Onkologii Laryngologicznej. Obie („Życie pacjenta z rurką tracheotomijną” oraz „Uczymy się mówić od nowa”) dotyczyły pacjentów po zabiegu usunięcia krtani. Prelegentka omówiła zarówno aspekty zabiegu, jak i postępowanie

chorego już po operacji. Podkreśliła dużą rolę edukowania pacjenta o zasadach postępowania w takiej sytuacji.

Także dyrektor Kierzkowska zaznaczyła, że rolę Szpitala jest nie tylko uratowanie życia pacjentowi, ale także nauczenie, jak powinien postępować, aby jego życie po wyjściu do domu była jak najbardziej komfortowe.

Tę kwestię poruszyła również Ewa Jackowska, pielęgniarka opatrunkowa z Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej w wykładzie „Stomia – i co dalej”. – Pacjent stomijny może liczyć na naszą wszechstronną pomoc – mówiła.



Na zakończenie spotkania Katarzyna Lewandowska, pracownik socjalny, szczegółowo omówiła zasady opieki nad chorymi po zakończeniu leczenia pod względem bytowym. Do jej zadań należy m.in. pomoc w znalezieniu miejsca dla pacjentów w domach pomocy społecznej.

XIX Warmińsko-Mazurskie Dni Rodziny organizuje w całym regionie samorząd województwa Warmińsko-Mazurskiego oraz rada ds. Rodzin Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

*Przemysław Prais*



## Bezpłatne badania profilaktyczne w kierunku raka piersi oraz szyjki macicy

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny zaprasza na badania mammograficzne oraz cytologiczne.**

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Stanowi około 23 proc. wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u Polek. Występuje częściej po menopauzie. Ryzyko wzrasta po 50 roku życia. Obserwacja częstości zachorowań w poszczególnych grupach wiekowych wykazała, że znaczący wzrost występował w przedziale wiekowym od 50 do 69 roku życia.

Najważniejszym czynnikiem w istotny sposób wpływającym na wyniki leczenia jest wykrycie nowotworu w jak najwcześniejszym stadium rozwoju. Metodę w znacznym stopniu umożliwiającą rozpoznanie zmian patologicznych w utkaniu piersi stanowi mammografia. Jej czułość jest najwyższa, szacuje się, że dla kobiet po menopauzie wynosi ona 90-95 proc.. Randomizowane badania kliniczne wykazały, że w grupie kobiet w wieku 50-69 lat, które miały wykonywane badania mammograficzne co rok lub co 2 lata, nastąpiło zmniejszenie umieralności o 25-30 proc.

Na badanie mogą zgłaszać się pacjentki naszego regionu pomiędzy 50 a 69 rokiem życia, które w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie miały przeprowadzonego tego typu badania finansowanego przez NFZ lub podczas zeszłorocznego badania otrzymały zalecenie lekarza do ponowienia badania po upływie roku. Pacjentki mogą się rejestrować w Dziale Diagnostyki Obrazowej (II piętro), od poniedziałku do piątku w godz. 8.00-15.00, tel. 089 5386 592.

Z kolei rak szyjki macicy jest szóstym, co do częstości, nowotworem u kobiet w Polsce – stanowi 4,4 proc. nowotworów u kobiet. Rocznie ok. 1 730 kobiet umiera z tego powodu.

Badania przesiewowe w kierunku wykrywania raka szyjki macicy polegają na wykonywaniu badań cytologicznych wymazów z ujścia zewnętrznego kanału i z tarczy szyjki macicy. Skryning cytologiczny, ze względu na niski koszt i wysoką skuteczność, jest najpopularniejszą metodą badań przesiewowych. W wyniku przeprowadzenia badania cytologicznego można wykryć zmiany przedrakowe i raka we wczesnym okresie zaawansowania choroby. W przypadku stwierdzenia zmian o charakterze

dysplastycznym należy w celu weryfikacji wstępnego rozpoznania wykonać badanie kolposkopowe z celowanym pobraniem wycinków do badania histopatologicznego.

Celem realizacji programu jest zmniejszenie wskaźnika umieralności kobiet na raka szyjki macicy do poziomu osiągniętego w przodujących w tym zakresie krajach Unii Europejskiej w szczególności poprzez wykrywanie stanów przedrakowych oraz podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy i wprowadzenie na terenie całego kraju jednolitego modelu postępowania diagnostycznego.

Badanie mogą wykonać kobiety w wieku 25-59 lat, które nie miały badania cytologicznego w ciągu ostatnich 3 lat. Do udziału w programie nie jest wymagane skierowanie.

Badania cytologiczne są wykonywane podczas wizyty u ginekologa. Aby zarejestrować się tylko na badanie cytologiczne należy dzwonić na numer 89 53 86 222 w czwartki w godz. 13.00-13.30.

Więcej informacji na stronie internetowej: wss.olsztyn.pl w zakładce „Bezpłatne badania profilaktyczne”.

*Przemysław Prais*

# Borelioza – jak skutecznie ją wykrywać

Spotkanie edukacyjne dotyczące diagnostyki boreliozy odbyło się 24 maja w sali konferencyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego. Jego organizatorem był Oddział Warmińsko-Mazurski Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej.

Wzięli w nim udział m.in. przedstawiciele Przychodni Specjalistycznej przy ul. Dworcowej w Olsztynie, Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie, a także lekarze z poradni POZ.

Konferencję rozpoczął wykład prof. dr hab. n. med. Joanny Zajkowskiej z Kliniki Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji Uniwersytetu Szpitala Klinicznego w Białymstoku. W prezentacji „Borelioza i choroby objawowo podobne do boreliozy. Trudności diagnostyczne a metody alternatywne” przedstawiła najnowsze trendy w rozpoznawaniu tej choroby roznoszonej przez kleszcze.

Drugim punktem spotkania było przedstawienie najświeższych rozwiązań w diagnostyce molekularnej przez mgr Lidę Frątczak-Klepkę z Biomedica Poland, firmy współorganizującej konferencję.

## Rozmowa z prof. Joanną Zajkowską

**Przemysław Prais: Czy województwo warmińsko-mazurskie wyróżnia się na tle reszty kraju jeśli chodzi o prawdopodobieństwo zakażenia boreliozą?**

Joanna Zajkowska: Warunki geograficzne sprzyjają występowaniu kleszczy, które lubią wilgoć. Cała zresztą Ściana Wschodnia charakteryzuje się tym, że częściej występuje kleszczowe zapalenie mózgu, które jest wykładnikiem chorób odkleszczowych. Tam więc, gdzie często występuje kleszczowe zapalenie mózgu, z pewnością jest także borelioza.

**Są to więc dwie choroby występujące łącznie?**

Tak. Borelioza występuje nawet znacznie częściej, natomiast kleszczowe zapalenie mózgu pokazuje, że te kleszcze są i zagrożenie jest duże.

**Proszę powiedzieć, czy osoba, która zauważyła na swoim ciele kleszcza lub rumień, czy inne objawy ukąszenia może się obawiać, że została zakażona odkleszczową chorobą i co powinna zrobić w takiej sytuacji?**

Przede wszystkim trzeba wiedzieć gdzie takie ryzyko występuje i jak się zabezpieczać przed pokłuciem przez kleszcze. Istnieją repelenty, odpowiednie ubranie, które pomagają się przed tym zabezpieczyć. Jeżeli już jednak dojdzie do pokłucia, to przed boreliozą chroni nas szybkie usunięcie kleszcza, najlepiej przed upływem 24 godzin. A więc zaraz po powrocie z lasu, działki czy spaceru. To bardzo zmniejsza ryzyko zakażenia boreliozą, choć nie chroni przed kleszczowym zapaleniem mózgu. Jeżeli po kilku dniach pojawi się rumień, to jest na pewno objaw zakażenia i trzeba się zgłosić do lekarza, który oceni, czy jest to rumień boreliozowy, czy też jest tylko odczynem na pokłucie i należy go obserwować. Jeżeli rozpoznana rumień wędrujący, wtedy należy wdrożyć leczenie.

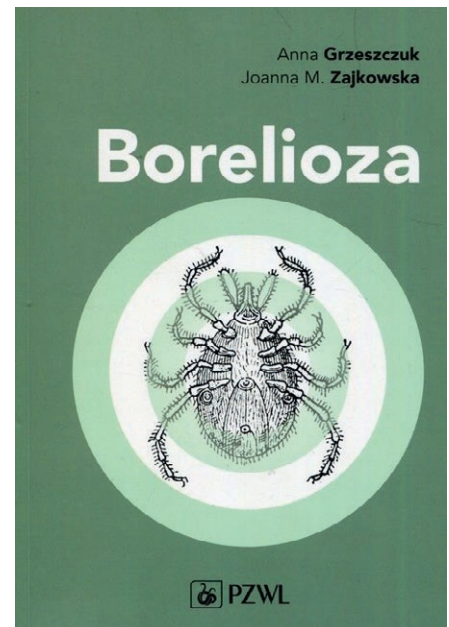
**Wśród objawów boreliozy zdarzają się bóle stawów, sugerujące ich zapalenie. Wiele osób z takimi objawami obawia się właśnie tej choroby.**

Ból stawów jest objawem nieswoistym i występuje w bardzo wielu chorobach. Jest też najczęstszą przyczyną, dla której pacjenci wykonują badania serologiczne. Prawdziwe zapalenie stawów wywołane przez krętka boreliozy zdarza się relatywnie rzadko. To jest prezentacja kliniczna, która częściej występuje w Stanach Zjednoczonych, natomiast u nas częściej występują postaci neurologiczne, a dopiero następnej kolejności stawowe.

**W której porze roku musimy najbardziej obawiać się chorób odkleszczowych?**

Zmiany klimatyczne wpływają na aktywność kleszczy, dlatego w całej Europie obserwuje się wydłużenie okresu żerowania kleszczy do późnej jesieni. To zwiększa ryzyko ekspozycji człowieka. Natomiast wysokie temperatury powodują, że wczesną wiosną żerują postacie młodsze i starsze, co powoduje intensywniejsze krążenie patogenów w środowisku. Dzieje się tak wtedy, kiedy żerujące na tym samym żywicielu formy starsze zakażają formy młodsze. Mamy więc do czynienia ze zjawiskiem determinowanym przez zmiany klimatyczne, które przekłada się na wzrost chorób odkleszczowych.

**A czy można powiedzieć, że odnotowywany przez służby sanitarne wzrost podejrzeń chorób odkleszczowych jest powodowany większą liczbą tych pajęczaków, czy też może częstszym zgłaszaniem się ludzi do lekarzy?**



Myszę, że składają się na to obie przyczyny. Na pewno lęk przed boreliozą, która ma „bardzo dobrą prasę” i jest medialnie nagłośniona skłania wiele osób do wykonywania badań serologicznych, które dają wynik dodatni, ale nie zawsze są objawem choroby. Natomiast wspomniane już zmiany klimatyczne, powodujące, że chętniej wychodzimy na zewnątrz, by być w kontakcie z naturą zwiększają liczbę zachorowań.

**Na zakończenie chciałbym porozmawiać o „Boreliozie”, najnowszej książce Pani autorstwa, o której mówiła Pani na spotkaniu. Czy mogę prosić o streszczenie tej pozycji?**

To książka napisana przez panią doc. Annę Grzeszczuk, adiunkta Kliniki Chorób Zakaźnych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku parę lat temu. Pani docent zaprosiła mnie do współpracy, przy powstawaniu drugiego wydania, gdzie dołożyłam część neurologiczną „Istniejące standardy diagnostyczne, sposób leczenia i najczęściej zadawane pytania”. Wydana przez Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich pozycja jest do nabycia w księgarniach. Jest ona wsparta literaturą obowiązującą, jeśli chodzi o współczesne rekomendacje dotyczące leczenia, diagnostyki i innych kwestii związanych z boreliozą. Dla lekarzy nie mających dużo do czynienia z boreliozą jest bardzo dobrym źródłem informacji. Jest zresztą dedykowana lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej.

Rozmawiał Przemysław Prais



# Szpital Wojewódzki

## znów w czołówce ogólnopolskiego rankingu

Placówka zajęła piąte miejsce w kategorii „Ginekologia” w rankingu „Szpitale 2018” tygodnika Wprost. Do konkursu w tej kategorii stanęło 61 placówek z całej Polski, w tym szpitale z największych ośrodków.

To kolejny sukces w tym zestawieniu lekarzy z oddziałów ginekologiczno-położniczego oraz ginekologii onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego. W ubiegłorocznym rankingu oddziały ginekologiczne zajęły drugie miejsce.

W poszczególnych kategoriach, który złożyły się na ogólny wynik WSS w Olsztynie zajęły następujące lokaty: Zmiany w piersi – 3, Zmiany w szyjce macicy – 5, Wypadanie żeńskich narządów

płciowych, nietrzymanie moczu – 18, Mięśniaki i inne zmiany w trzonie macicy – 3.

Podobnie, jak w zeszłym roku zwyciężył Szpital Uniwersytecki w Krakowie. Za Szpitalem Wojewódzkim w Olsztynie znalazły się m.in. szpitale warszawskie (Szpital Specjalistyczny „Inflancka”, Centrum Medyczne „Żelazna”, Instytut Matki i Dziecka), Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi oraz Ginekologiczno – Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

W innych kategoriach rankingu wysoko uplasowały się także dwa inne oddziały Szpitala Wojewódzkiego – kardiocirurgia zajęła 17 miejsce (w ub. roku 15), a kardiologia 18, tak jak w 2017 r.

Organizatorzy wystali w sumie ponad 2 tys. zaproszeń do udziału w rankingu. Ankiety, o których wypełnienie poproszono szpitale, zostały opracowane przez zespół ekspertów w poszczególnych dziedzinach. Eksperti (pracownicy NFZ, profesorowie, konsultanci wojewódzcy i krajowi) stworzyli system wag i algorytmów, na podstawie których oceniono oddziały. Brano pod uwagę m.in. zakres diagnostyki dostępnej w szpitalu, liczbę wykonywanych procedur leczniczych, współczynnik zakażeń pooperacyjnych, a także liczbę lekarzy ze specjalizacją z danej dziedziny medycyny zatrudnionych w oddziale. Na pozycję na liście wpłynęła również liczba łóżek i sal operacyjnych na oddziale.

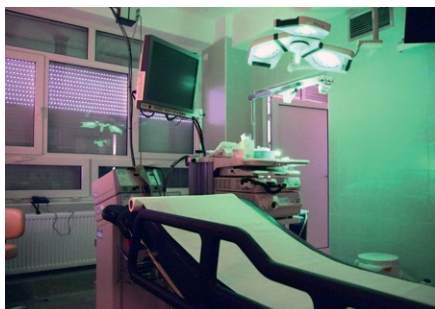
Nadsyłane odpowiedzi były weryfikowane przez współpracujących z wydawnictwem Termedia i „Menedżerem Zdrowia” ekspertów, a dane przekazane przez szpitale selektywnie porównano z danymi NFZ. Na podstawie otrzymanych odpowiedzi stworzono listę najlepszych oddziałów w kraju.

*Przemysław Prais*

## Bezpłatne badania kolonoskopowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym

**Zapraszamy do bezpłatnego skorzystania z możliwości wykonania badań dla wczesnego wykrycia raka jelita grubego, które odbywają się w Pracowni Endoskopowej.**

Program badań przesiewowych w latach 2016-2018 jest finansowany przez Ministerstwo Zdrowia w ramach „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych”. W tym czasie w Szpitalu Wojewódzkim może zostać przebadanych 1,6 tys. pacjentów.



Program polega na wykonywaniu kolonoskopii przesiewowych w populacji osób średniego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego. Identyfikacja kandydatów do badań odbywa się przez lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej lub poprzez samodzielne zgłoszenie się do ośrodka.

W przypadkach uzasadnionych medycznie pacjenci otrzymają znieczulenie. Badaniu można poddać się przez cały tydzień w dogodnym terminie. Badania w dni powszednie zaczynają się o godz. 13.30, a soboty i niedziele o godz. 9.

Do badań kwalifikują się:

- osoby w wieku 50 – 65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego,
- osoby w wieku 40 – 49 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego,
- osoby w wieku 25 – 49 lat z rodziny z zespołem Lyncha. W tej grupie osób konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny z zespołem Lyncha z poradni genetycznej na podstawie spełnienia tzw. kryteriów amsterdamskich i ewentualnego badania genetycznego. Członkowie takiej rodziny powinny mieć powtarzane kolonoskopie, co 2-3 lata, chyba, że badanie genetyczne wskaże, że u danej osoby nie ma mutacji genetycznych i że dana osoba może być zwolniona z wykonywania kontrolnych (nadzorczych) kolonoskopii.

Do badań nie kwalifikujemy osób, które miały badanie (kolonoskopię) w ciągu ostatnich 10 lat (poza pacjentami z zespołem Lyncha).

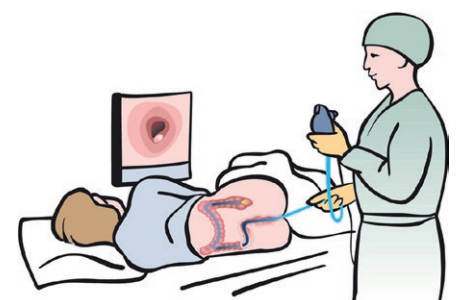
Do badań nie kwalifikujemy osób, które mają objawy kliniczne sugerujące istnienie raka jelita grubego.

Ankieta może być przesyłana pocztą, e-mail: [kolonoskopia@wss.olsztyn.pl](mailto:kolonoskopia@wss.olsztyn.pl), lub osobiście przekazana do Pracowni Endoskopowej (budynek główny Szpitala V piętro – przy Oddziale Gastroenterologicznym) Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, ul. Żołnierska 18.

W razie pytań i wątpliwości prosimy dzwonić tel. 89 538 62 04 od poniedziałku do piątku w godz. 7:30-14:30.

Skierowaniem na badanie jest ankieta wypełniona przez osoby gotowe poddać się kolonoskopii. Ankieta jest dostępna na stronie internetowej Szpitala Wojewódzkiego od adresu: <http://wss.olsztyn.pl/bezplatne-badania-profilaktyczne/profilaktyka-raka-jelita.html> lub w Pracowni Endoskopowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

*Przemysław Prais*





# Pierwsze dni z RODO

Unijne rozporządzenie dotyczące przetwarzania danych osobowych, powszechnie znane jako RODO, obowiązuje już ponad dwa miesiące. Choć na przygotowanie się do wejścia w życie tych regulacji były dwa lata, widać że jeszcze dużo jest do zrobienia. Zdarzają się nadinterpretacje, brak zrozumienia, ale także wątpliwości, których nawet eksperci nie potrafią jednoznacznie rozstrzygnąć. Pomóc ma grupa robocza ds. ochrony danych, która powstała przy Ministerstwie Cyfryzacji.

Póki nie ukażą się urzędowe stanowiska w kwestiach spornych, nie zapadną pierwsze orzeczenia sądów, nie zostaną wydane decyzje administracyjne i nie odbędą kontrole, które uturują szlaki, musimy radzić sobie we własnym zakresie. Pozyskujemy opinie prawników, stosujemy się do wytycznych Rzecznika Praw Pacjenta i innych instytucji. Oto przykładowe problemy, z którymi spotkaliśmy się ostatnio.



*Hasła są jak majtki – należy je zmieniać często, nie zostawiać na widoku i nie pożyczać obcym.*  
**GIODO**

[http://www.giodo.gov.pl/22591d\\_ari/7321/pl](http://www.giodo.gov.pl/22591d_ari/7321/pl)

## Co można powiedzieć przez telefon?

Powstała wątpliwość, czy można udzielić informacji osobie dzwoniącej do szpitala w jakiej komórce organizacyjnej jest zatrudniony lekarz, pielęgniarka lub inny pracownik? Czy fakt potwierdzenia zatrudnienia nie narusza praw tej osoby? Otrzymałmy następującą opinię za pośrednictwem systemu LEX Ochrony Danych Osobowych:

„Pomimo, iż nie można wskazać jednoznacznego przepisu, który zabraniałby pracodawcy podania opisanych w pytaniu danych w rozmowie telefonicznej, autor odpowiedzi, z racji formy, zaleca daleko idącą ostrożność i rekomenduje nie podawać niniejszych danych. (...) Pracodawca nie ma bowiem żadnej pewności w ramach rozmowy telefonicznej co do tożsamości rozmówcy oraz celu podania żądanych danych. W szczególności, iż, jak wynika z pytania, rozmówca prosi o potwierdzenie, czy

określona osoba pracuje w ramach konkretnej komórki organizacyjnej, a takie dane, zdaniem autora, mogą już stanowić zbiór danych osobowych. Z tych też względów, w ocenie autora, pracodawca ma pełne prawo odmówić podania powyższych danych, uzasadniając ten fakt koniecznością ochrony z jednej strony danych osobowych, z drugiej zaś dóbr osobistych pracownika.”

Problem udzielania informacji przez telefon oraz odmów udzielania informacji o pobycie małoletnich w poszczególnych szpitalach ich przedstawicielom ustawowym był też ostatnio przedmiotem dyskusji medialnej przy okazji wypadku autokaru na Zakopiance. Wypowiedział się w tej sprawie również Rzecznik Praw Pacjenta:

„Nie ulega wątpliwości, że dane dotyczące stanu zdrowia każdego pacjenta podlegają szczególnej ochronie. (...) Osoby wykonujące zawód medyczny są związane tajemnicą, nadto podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązane do zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej. Rzecznik Praw Pacjenta przypomina jednak, że jednym z praw pacjenta jest prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia. (...) Przepisy prawa nie zabraniają udzielania informacji o stanie zdrowia w rozmowie telefonicznej. Kwestią problematyczną jest natomiast, aby udzielić informacji osobie do tego uprawnionej. Nie ma określonych reguł czy też sposobów weryfikacji statusu osoby kontaktującej się ze szpitalem telefonicznie. Stąd też ważne jest, aby każdy taki kontakt podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych rozpatrywał indywidualnie, z uwzględnieniem okoliczności danej sprawy. Niedopuszczalne jest postępowanie zakładające z góry odmowę udzielenia informacji o stanie zdrowia pacjenta, w tym o jego pobycie w podmiocie leczniczym, bez jakiegokolwiek próby indywidualnego rozpatrzenia sygnału i weryfikacji osoby dzwoniącej. (...) Szpitale powinny dążyć należytej staranności w procesie identyfikacji osób dzwoniących i wesprzeć rodziców w tym zakresie. Zdaniem Rzecznika Praw Pacjenta rodzicowi, który złożył oświadczenie o tym, że jest przedstawicielem ustawowym lub w inny sposób uwiarygodnił swoją tożsamość, na przykład przez podanie danych o swoim dziecku, takich jak nr PESEL, data urodzenia bądź drugie imię dziecka, powinna zostać udzielona informacja w zakresie tego, czy małoletni przebywa w szpitalu oraz jaki jest jego stan. Jeżeli rozmowy w szpitalu są nagrywane, tak przeprowadzona weryfikacja

stanowi zabezpieczenie dla podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie dotożenia należytej staranności przy weryfikacji osoby dzwoniącej. W przypadku braku rejestracji rozmów pracownik szpitala powinien sporządzić notatkę służbową dokumentującą przebieg rozmowy.”

## Kserować czy nie kserować?

Prawo kopiowania dokumentów innych niż dokumentacja medyczna to też powracający problem. Interpretacje w tym zakresie udostępnił system LEX Ochrony Danych Osobowych.

Na pytanie czy istnieje przepis prawny, który nadaje uprawnienie lub upoważnia świadczeniodawcę realizującego umowę z NFZ do kserowania dowodu osobistego pacjenta lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy udzielono następującej odpowiedzi:

„Z uwagi na to, że zarówno dowód osobisty jak i paszport zawierają dane szersze niż te, które potrzebne są do udzielania i rozliczania świadczeń zdrowotnych, wykonanie i zachowanie ich kopii byłoby dopuszczalne tylko w przypadku wyrażenia na to zgody przez pacjenta, ze wskazaniem m.in. celu przetwarzania. Jednak musiałaby być to zgoda wyrażona swobodnie i całkowicie dobrowolnie, co oznacza, iż od jej wyrażenia nie można uzależnić udzielenia świadczeń zdrowotnych. W konsekwencji kopiowanie omawianych dokumentów nie mogłoby być standardową procedurą stosowaną w każdym przypadku i należałoby również liczyć się z tym iż pacjent zgody na takie kopiowanie nie wyrazi.”

**Beata Jastrzębowska,**

*Kierownik Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej*





# Pamięć i jej zagadki

cz. 28



**Utrata pamięci może wskazywać na jakąś postać zespołu amnestycznego. Część z takich zespołów ma charakter przemijający, inne pozostają utrwalone przez lata. Co wiemy o naturze krótkotrwałych stanów niepamięci?**

Po raz kolejny wchodzimy w temat amnezji, czyli niepamięci informacji o różnej etiologii. Za nami ogólna mapa zjawiska amnezji (odcinek 24) oraz powszechnie spotykane kliniczne formy amnezji wstecznej, następczej i pourazowej (odcinki 25-27). Ale amnezja ma także inne postaci. Jedną z nich jest amnezja przejściowa, gdy różne objawy niepamięci wycofują się w określonym czasie i praktycznie nie zostawiają śladu po sobie.

## PRZEMIJAJĄCA AMNEZJA CAŁKOWITA

Klasyycznym przypadkiem niepamięci przemijającej jest opisywana w literaturze medycznej historia 67-letniego mężczyzny, który udzielając wywiadu w swoim domu dwóm dziennikarzom przez około pół godziny. W trakcie wywiadu na temat przeszłych wydarzeń w pewnej organizacji dziennikarze notowali liczne szczegóły świadczące o wyjątkowej pamięci epizodycznej opisywanego mężczyzny. Po skończonym wywiadzie dziennikarze zostali uprzejmie pożegnani i wyszli z domu. Chwilę później członkowie rodziny, którzy byli świadkami całego zajścia, usłyszeli pytania typu: „Kim oni byli?”, „Co oni tu robili?”. Poza tym mężczyzna zaczął zadawać pytania sugerujące brak pamięci wydarzeń rodzinnych z poprzedniego dnia. Przez następne półtorej godziny opisywany mężczyzna zadawał te same pytania wielokrotnie, był przy tym zaniepokojony, co wskazuje na zachowany przynajmniej częściowo wgląd w zaistniałą sytuację.

W studiach przypadków neurologicznych i z codziennej praktyki klinicznej opisano sporo podobnych sytuacji, określanych jako *przemijająca amnezja całkowita* (TGA – *Transient Global Amnesia*) – liczne opisy przypadków przedstawił A. Larner (zob. ramka *Chcesz wiedzieć więcej?*). Typowe cechy TGA, to nagłe wystąpienie zaburzeń zapamiętywania nowych informacji,

niepamięć epizodów z ostatniego przedziału czasu przy jednoczesnym braku zaburzeń świadomości oraz z możliwą dezorientacją co do własnej osoby (pacjenci mogą np. pytać o to, co się zdarzyło lub gdzie w danym momencie się znajdują). Pacjenci z TGA są w stanie podać własne dane identyfikacyjne i raczej nie ujawniają zaburzeń pamięci operacyjnej (utrzymywanie informacji przez krótki czas) lub semantycznej (wiedza np. o znaczeniach słów).

## INNE CECHY TGA

Zazwyczaj TGA występuje w średnim i starszym wieku. Cały epizod trwa nie więcej niż 24 godziny (najczęściej w przedziale 1-10 godzin, średnio 4.2–5.6 godziny). Mogą temu towarzyszyć bóle głowy (ok. 14.8%), zawroty głowy (ok. 6.4%), nudności (ok. 5.4%), nasiloną senność oraz przejawy aktywności układu autonomicznego (np. palpacje, nadpotliwość, strach, zmienne doznawanie bodźców czuciowych). Ryzyko drugiego nawrotu TGA wynosi około 10%, natomiast prawdopodobieństwo kolejnych ataków jest znacznie niższe (około 2-3%). Rokowania dla TGA są najczęściej pomyślne – za wyjątkiem problemów z przypomnieniem epizodów podczas ataku pacjenci spontanicznie wracają do stanu sprzed ataku. Co więcej, wystąpienie TGA nie wiąże się z ryzykiem rozwoju zaburzeń poznawczych. Zespół Ingo Uttnera wykazał, że pacjenci z TGA z ogniskowymi zmianami w obrębie hipokampa oraz pacjenci z TGA bez takich zmian nie ujawnili znacznego pogorszenia stanu funkcji poznawczych po dwóch latach od ataku TGA.

Czynniki wyzwalające atak TGA mogą być różne. Wśród nich wymienia się wysiłek fizyczny, stres emocjonalny, kontakt z zimną wodą lub ekspozycję na zmienne temperatury,

aktywność seksualną, doznania bólowe np. podczas zabiegu stomatologicznego oraz niektóre procedury medyczne (głównie angiografia). W literaturze medycznej opisano przypadek 61-letniego mężczyzny, który nietypowo o 5 nad ranem uprawiał seks z żoną, po czym znalazł się w kuchni i miał problemy z rozpoznaniem, gdzie się znajduje. Żona pacjenta zaobserwowała przy tym niepamięć nazw przyjmowanych leków i ostatnich wydarzeń rodzinnych. Po 4 godzinach objawy niepamięci minęły i nie powtórzyły się ponownie.

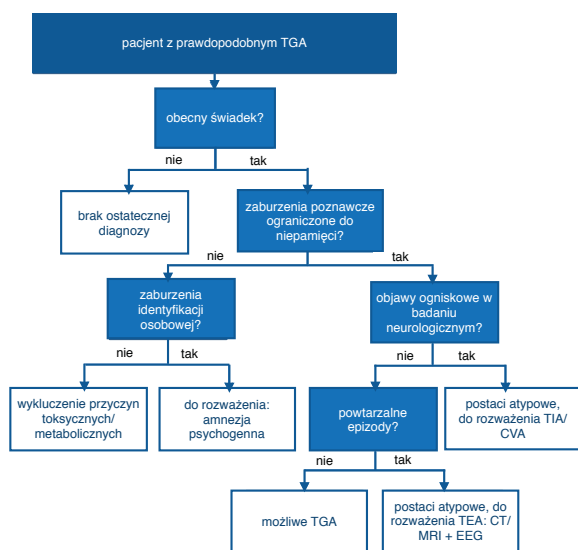
Warto wskazać, że w analizach klastrowych udało się ustalić specyficzne charakterystyki TGA dotyczące płci i wieku. W przypadku kobiet epizody TGA są związane z emocjonalnym stresem lub niepokojem. Z kolei w przypadku mężczyzn ataki TGA występują częściej po wyczerpującym wysiłku fizycznym. Natomiast pacjenci z TGA poniżej 56 r.ż. najczęściej mają w swojej historii medycznej epizody migreny.

## DIAGNOZA TGA

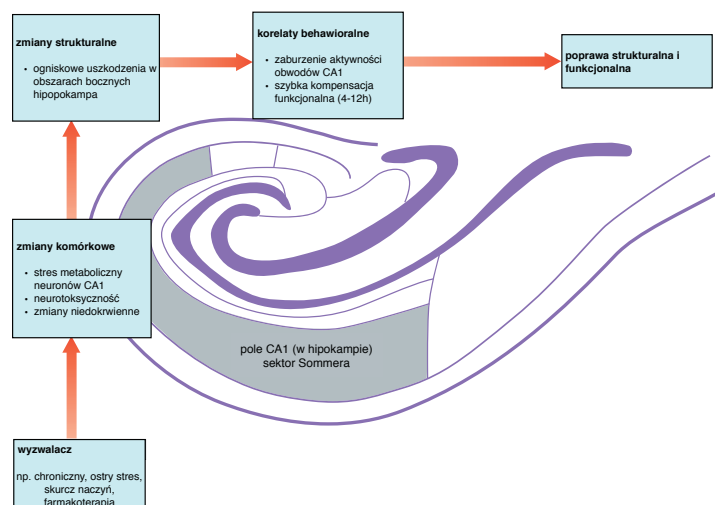
W rozpoznaniu czystej postaci TGA stosowane są kryteria sformułowane przez Hodgesa i Warlowa: (1) obecność świadka ataku, (2) epizod amnezji następczej, (3) brak zaburzeń świadomości, brak utraty identyfikacji osobistej, brak zaburzeń poznawczych innych niż epizod niepamięci, np. apraksja, afazja, (4) brak neurologicznych objawów ogniskowych, (5) wykluczenie ataku epilepsji, (6) ustąpienie objawów w ciągu 24h, (7) wykluczenie urazu głowy lub szczy oraz brak leczonej epilepsji. W przypadku braku świadka ataku TGA lub wątpliwości w tym zakresie niekiedy stawia się prowizoryczną diagnozę TGA po spełnieniu pozostałych kryteriów. Taką diagnozę postawiono m. in. w przypadku 79-letniego mężczyzny, który wrócił z długiego

## W trzech zdaniach

1. Przejściowa amnezja całkowita (TGA) dotyczy zaburzeń przypominania niedawnych zdarzeń i zapamiętywania nowych informacji, bez zaburzeń świadomości.
2. TGA występuje w różnych wariantach, które mogą być przeoczone w codziennej praktyce klinicznej.
3. Jak dotąd nie ma konsensusu na temat etiologii TGA i mechanizmów generowania zaburzeń pamięci w TGA.



Patofizjologia TGA. Źródło: Bartsch T., Deuschl G. (2010). Adaptacja własna - wersja uproszczona.



spaceru i przez pół godziny powtarzał pytania obecnej w domu żonie, a po kilku godzinach wrócił do stanu sprzed ataku.

## WĄTPLIWOŚCI I ZAGADKI

Najczęściej TGA jest traktowane jako specyficzne zaburzenie pamięci, ale różne dane wskazują na stałą obecność czynników emocjonalnych w przebiegu TGA oraz w jego wyzwalaniu, np. zaburzenia lękowe, zaburzenia depresyjne. Poza tym różnorodność objawów towarzyszących TGA (poza wymienionymi kryteriami) sugeruje, że raczej należy wyróżniać specyficzne warianty TGA:

1. Przejściowa amnezja topograficzna – dotyczy głównie dezorientacji i pamięci co do miejsc i obiektów. Pacjent może nie rozpoznawać swojego domu lub jakichś przedmiotów. Taka postać TGA dotyczy głównie kobiet, osób z wywiadem migreny oraz występuje np. po pływaniu. Ocena neuropsychologiczna po 6-12 miesiącach od ataku pokazuje niższy poziom wykonywania zadań angażujących orientację przestrzenną, w porównaniu do grupy kontrolnej. Taki poziom wykonania może wynikać z zaburzeń poprzedzających atak TTA.
2. Przejściowa i częściowa amnezja werbalna – pacjenci zachowują orientację co do miejsca i innych osób, ale nie są w stanie zapamiętać informacji werbalnych kierowanych do nich. To dlatego mogą powtarzać zadawane wcześniej pytania. Mogą też pamiętać twarz lekarza lub innej osoby, ale nie pamiętać imienia, nazwiska i innych informacji językowych.

3. Przejściowa amnezja semantyczna – występuje wtedy, gdy pacjent czasowo traci dostęp do znaczenia słów i określonych sytuacji (np. może nazywać przy pomocy słowa „kot” wszystkie widziane zwierzęta lub używa słowa „warsztat” na określenie wszystkich miejsc, w których się znajduje).

4. Przejściowa amnezja proceduralna – typowo osoby z TGA zachowują zdolności wykonywania złożonych czynności, np. jazda samochodem, prowadzenie operacji, nawiązywanie konwersacji, wykonywanie utworów muzycznych. Są to aktywności wymagające sprawnej pamięci proceduralnej (nieświadomej pamięci czynności zautomatyzowanych). Opisano jednak przypadki pacjentów, którzy w trakcie ataku TGA nie potrafili wykonać poprzednio wykonywanych czynności, np. pieczenia chleba, obsługi faksu czy parkometru.

Kolejną sprawą wątpliwą w kontekście TGA jest diagnoza różnicowa z innymi zespótami, np. przejściowej amnezji padaczkowej (TEA), przejściowej amnezji psychogennej (TPA) lub epizodu naczyniowego (CVA) – na ten temat zob. następny odcinek. Etiologia TGA nadal nie jest dobrze poznana. Często poszukuje się przyczyn TGA w atakach migreny (skurcz w obrębie tętnic kręgowo-podstawnych), napadach padaczkowych (TGA jako napad padaczkowy częściowy lub porażenie ponapadowe Todda) lub w ogniskowych stanach niedokrwienia mózgowia (teoria zakrzepowo-zatorowa). Warto dodać, że objawy typowe dla TGA mogą wystąpić w różnych zaburzeniach kardiologicznych (np. arytmia, zespół takotsubo - inaczej zespół złamanego serca), polekowych (np. diazepam, heparyna, sildenafil - viagra, zolpidem) oraz w hipoglikemii. W rozpoznaniu TGA pomaga głównie

zastosowanie obrazowania dyfuzyjnego MRI i stwierdzenie zmian ogniskowych w obszarze CA1 hipokampa, utrzymujących się przynajmniej 3 dni po ataku TGA. Nowsze dane wskazują, że właśnie neurony w CA1 są szczególnie wrażliwe na stres metaboliczny i prawdopodobnie w tych obszarach wywala się złożona kaskada neurofizjologiczna blokująca funkcje hipokampów – w tym m. in. tworzenie stabilnych śladów pamięciowych (zob. ramka Patofizjologia TGA).

W następnym odcinku przyjrzymy się innym postaciom przemijającej niepamięci, w tym niepamięci w czasie napadu padaczkowego.

dr Piotr Markiewicz

## Chcesz wiedzieć więcej?

Bartsch T., Deuschl G. (2010). Transient global amnesia: functional neuroanatomy and clinical implications. *Lancet* 9(2): 205–214.

Larner A.J. (2017). *Transient global amnesia. From patient encounter to clinical neuroscience*. London: Springer.

Spiegel D.R. i in. (2017). Transient global amnesia: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 13: 2691–2703.

Uttner I. i in. (2012). Long-term outcome in transient global amnesia patients with and without focal hyperintensities in the CA1 region of the hippocampus. *67(3): 155–160*.







