



WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

NR 54

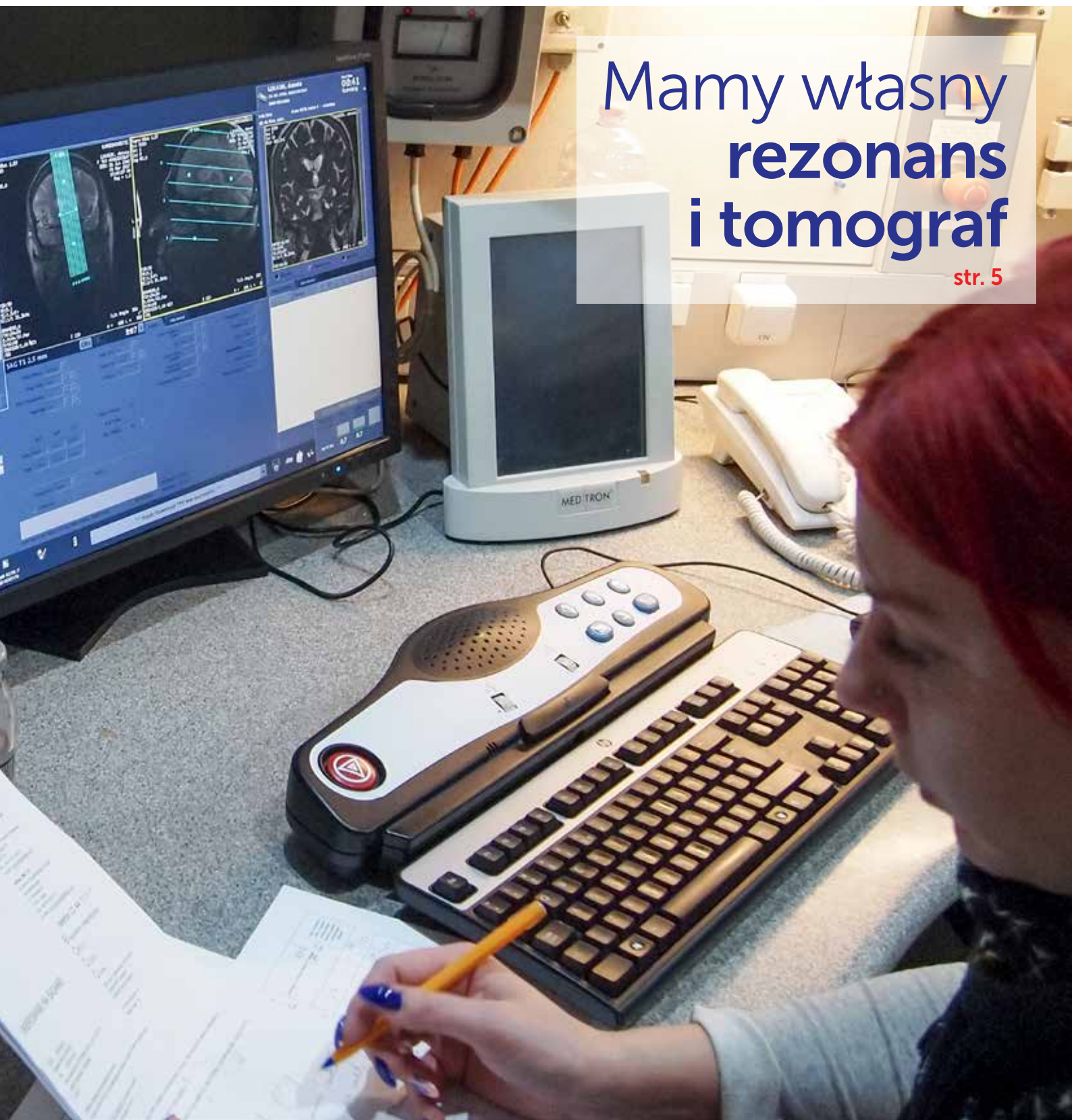
styczeń-marzec 2017

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

ISSN 1644 – 8162

Mamy własny
rezonans
i tomograf

str. 5



PULS SZPITALA

Wydawca

Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny w Olsztynie

Redaktor naczelny

Przemysław Prais

Koncepcja graficzna

Barbara Szymczuk

Stała współpraca

Jerzy Badowski
Piotr Markiewicz
Hanna Taraszkiewicz

Zdjęcia udostępnił

Miłosz Guzowski
Monika i Marek Szpendowscy

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.ccpag.com.pl

Nakład

600 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie
prawo do skrótów i zmiany
tytułów.

Redakcja nie ponosi
odpowiedzialności
za treść nadsyłanych
publikacji.

- 3 Poszerzamy naszą ofertę dla pacjentów
- 5 Mamy własny tomograf i rezonans
- 9 Wielki ruch w oddziałach ginekologicznych
- 12 Trzy bliźniacze porody w ciągu jednego dnia w Szpitalu Wojewódzkim; Piękny i potrzebny podarunek od pacjentki Oddziału Ginekologiczno-Położniczego
- 13 Udar mózgu – liczy się czas!
- 16 Przeszczep rodzinny, ofiarowane zdrowie i życie
- 20 Warto regularnie się badać
- 22 W naszej przychodni poczujesz się rodzinnie
- 23 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie nagrodzony w ogólnopolskim plebiscycie
- 24 Pamięć i jej zagadki (część 23)
- 26 Lekowa rewolucja w oddziałach Szpitala
- 27 Jolka Szpitalna



Poszerzamy naszą ofertę dla pacjentów



O otwarciu pracowni tomografu komputerowego i rezonansu magnetycznego w strukturach Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, przejęciu stacji dializ oraz modernizacji traktu porodowego i Oddziału Kardiologicznego rozmawiam z dyrektorką Ireną Kierzkowską.

Pani dyrektorko, co zdecydowało o przejęciu pracowni TK i MR przez Szpital?

Skończyła się 10-letnia umowa z firmą zewnętrzną i mamy nowe otwarcie w tej dziedzinie. Kilka czynników miało wpływ na to, że po wielu dyskusjach zdecydowaliśmy się przejąć pracownię tomografii oraz rezonansu i włączyć je w strukturę Szpitala. Decydujący był argument ekonomiczny, ponieważ w aktualnym systemie finansowania Narodowego Funduszu Zdrowia okazało się, że jest to opłacalne. Mamy też kontrakt na badania ambulatoryjne, co zmieni układ kosztowy Pracowni Diagnostyki Obrazowej. Drugim powodem, który za tym przemawia jest rozwój obu pracowni związany z potrzebą zmian organizacyjnych, wynikających z rozwoju medycyny. Badań tomograficznych i rezonansowych nie możemy już w tej chwili sprowadzać wyłącznie do diagnostyki. Wchodzą one bowiem w pewne elementy terapii w zakresie lepszej, szybszej kwalifikacji pacjentów do leczenia. Najnowszym przykładem jest kwalifikacja pacjentów do leczenia trombolitycznego w przypadku ostrych udarów niedokrwiennych. Bardzo ważne jest bowiem, by ostry deficyt neurologiczny rozpoznać jak najszybciej, bo to znacznie zwiększa efekt terapeutyczny. Opracowaliśmy procedurę, która przewiduje

transport pacjenta bezpośrednio z oddziału ratunkowego do pracowni tomografu, by już tam podać leczenie trombolityczne albo wykonać trombektomię. W ten sposób nie traci się czasu na przyjęcie do oddziału neurologicznego i przewiezienie pacjenta z powrotem do pracowni. Zrobiliśmy symulację w oddziale ratunkowym wspólnie z neurologami (tu chcę podkreślić ich zaangażowanie i aktywność), która wykazała prawidłowość takiego postępowania. W ten sposób można ustrzec pacjenta przed kalectwem podarowym i zmniejszyć deficyt neurologiczny, który jest olbrzymim problemem zarówno dla samego pacjenta, jak i jego rodziny m.in. z racji długiej i uciążliwej rehabilitacji.

Kolejnym powodem przejęcia pracowni TK i MR jest umożliwienie większego rozwoju zawodowego naszych radiologów. To ludzie młodzi i bardzo zdolni, a jednocześnie ambitni.

Chciałabym podkreślić, że proces przejmowania tomografii i rezonansu nie był łatwy. Wymagał zaangażowania wielu osób zarówno z pionu technicznego, jak i medycznego Szpitala, a szczególnie Działu Diagnostyki Obrazowej, kierowanego przez dr Grzegorza Wasilewskiego. Z perspektywy zarządzania było to ciekawe doświadczenie, które pokazało, że dużo łatwiej jest oddać jakąś część działalności w outsourcing, niż włączyć ponownie w szpitalne struktury.

Co jeszcze Szpital ma w planach na ten rok?

Będziemy remontować trakt porodowy, by poprawić bezpieczeństwo i komfort pobytu pacjentek Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. Na ten cel otrzymaliśmy z Urzędu Marszałkowskiego milion zł dotacji, za co jesteśmy bardzo wdzięczni. Prace modernizacyjne odbędą się w tym roku. Dzięki nim uda się wygospodarować dodatkową powierzchnię. Prawdopodobnie przybędzie jedna sala porodowa oraz dwie sale dla pacjentek tuż przed porodem, żeby odciążać oddział. Każde łóżko położnicze jest bowiem na wagę złota. Choć należy pamiętać, że okres remontowy będzie uciążliwością organizacyjną. Nie możemy przecież zamknąć oddziałów na czas prac, lecz tak ustawić ich pracę, by na czas remontu przejęty zadania realizowane na trakcie. Oczywiście nieodłączną częścią remontów będzie hałas, taki jak odgłosy wiertarek i uderzenia młotków. A jeśli mówimy o położnictwie, to warto wspomnieć, że kupiliśmy właśnie wysokiej jakości aparat USG na potrzeby Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, a jeszcze w tym roku taki sprzęt otrzyma także Oddział Ginekologiczno-Położniczy, by obsłużyć stale rosnącą liczbę pacjentek z zachowaniem wysokich standardów opieki i bezpieczeństwa.

Pod koniec tego roku rozpoczniemy też remont Oddziału Kardiologicznego. W pierwszym etapie zostaną zmodernizowane pomieszczenia po byłym oddziale nefrologicznym.

W najbliższych miesiącach Szpital przejmie także stację dializ.

Podobnie jak w przypadku pracowni TK i MR skończyła się 10-letnia umowa na outsourcing. Od 1 lipca przejmujemy stację, włączamy ją w naszą strukturę i rozpoczynamy dializowanie pacjentów. Jesteśmy w trakcie rozmów z dotychczasowym właścicielem, które układają się w dobrej atmosferze. Mamy wynegocjowany w ub. roku harmonogram i zgodnie z jego zapisami realizujemy poszczególne etapy przejęcia. Przygotowujemy się do konkursu na hemodializę, który w maju, czerwcu ogłosi NFZ. Jednocześnie

dopinamy sprawy organizacyjne i techniczne tak, by 1 lipca rozpocząć leczenie pacjentów.

Stacja dializ uzupełni poszerzy zakres opieki nad pacjentem nefrologicznym.

Mamy dobrze funkcjonujące i rozwijające się Oddział Kliniczny Nefrologiczny i Oddział Transplantologii, a metodami leczenia nerkozastępczego wydzielonymi poza Szpital były hemodializa oraz dializa otrzewnowa. Chcemy mieć skoordynowaną, kompleksową opiekę nad pacjentem nefrologicznym, dlatego zdecydowaliśmy się na przejęcie stacji dializ. To umożliwi opiekę w okresie przed dializacyjnym, przed przeszczepowym, dializacyjnym, po dializacyjnym i po przeszczepowym. Opieka nefrologiczna będzie obejmowała wszystkie metody leczenia nerkozastępczego we wszystkich okresach choroby, bo przeszczep też jest takim leczeniem obok dializy otrzewnowej, czy hemodializy. Będziemy mogli kompleksowo dobierać pacjentowi indywidualnie którąś z nich. Do tego dochodzą poradnie dla pacjentów ambulatoryjnych. To polepszy opiekę nad pacjentem nefrologicznym w naszym Szpitalu.

Kolejnym elementem kompleksowej opieki nad pacjentami nefrologicznymi staną się procedury urologiczne, czyli związane z chirurgią układu moczowego. Szpital przygotowuje się do konkursu na poradnię, który ma być ogłoszony przez NFZ na przełomie marca i kwietnia. Chcemy też wykonywać jeszcze w tym roku zabiegi urologiczne onkologiczne, ale tylko te, które możemy rozliczyć z katalogu chirurgii ogólnej oraz nielimitowane onkologiczne. Natomiast od 1 stycznia 2018 r. po konkursie, który ogłosi NFZ zamierzamy mieć zakontraktowany pododdział urologiczny na bazie Oddziału Transplantologii i Chirurgii Ogólnej.

A co dla Szpitala może wynikać z planowanej reformy systemu ochrony zdrowia?

Z zapowiedzi ustawy o sieci szpitali, w której znajdziemy się, jako placówka trzeciego poziomu referencyjnego, wynika, że finansowa perspektywa dla Szpitala jest dosyć korzystna. W roku bieżącym obniżenie wyceny procedur kardiologicznych uderzyło w finanse Szpitala.

Przemysław Prais

Wszystkim pracownikom Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie i naszym pacjentom życzę, aby nadchodzącym Świętom Wielkanocnym towarzyszyła refleksja związana z tym radosnym czasem. Życzę, aby te szczególne chwile, spędzane w gronie najbliższych, upłynęły w spokojnej i pogodnej atmosferze.

Niech te Święta podniosą Państwa na duchu oraz dodadzą sił w pokonywaniu codziennych trosk, a wiosenny nastrój napętni Wasze serca radością i wzajemną życzliwością.

Irena Kierzkowska, Dyrektor Szpitala



Mamy własny rezonans i tomograf

Oba zaczęły diagnozować pacjentów szpitalnych i ambulatoryjnych pierwszego marca. Przez kilka miesięcy, do czasu zakończenia prac adaptacyjnych na niskim parterze głównego budynku, będą działać w mobilnych kontenerach. Potem zastąpią je nowe urządzenia o wysokich parametrach.



Tomograf komputerowy

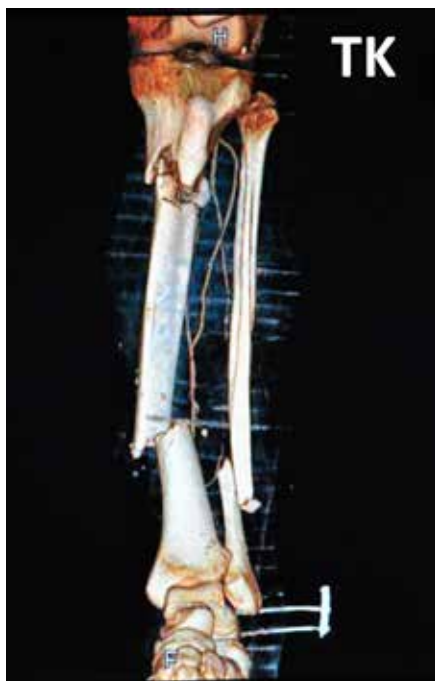
Z dniem 28 lutego 2017 r. zakończyło się obowiązywanie umowy z firmą Affidea na wykonywanie badań rezonansowych i tomograficznych pacjentów Szpitala. W tym terminie kończy także ważność umowa na dzierżawę pomieszczeń na niskim parterze zachodniego skrzydła budynku głównego Szpitala, gdzie mieszczą się obsługiwane przez Affidea pracownie RM i TK.

Dyrekcja Szpitala zdecydowała o nie przedłużeniu współpracy z Affidea i stworzeniu w swoich strukturach obu pracowni diagnostycznych. Celem tych działań jest podniesienie jakości świadczonych usług z korzyścią zarówno dla pacjentów Szpitala, jak i pacjentów ambulatoryjnych.

Jak podkreśla dr Grzegorz Wasilewski, kierownik Działu Diagnostyki Obrazowej, w której

MR





skład weszły pracownice TK i MR, użytkowane do tej pory aparaty były przestarzałe i awaryjne. – Tylko dzięki zaangażowaniu personelu szpitalnego udaje się utrzymać poziom odpowiedni do często skomplikowanych schorzeń pacjentów Szpitala – mówi. – Nowe urządzenia, które zakupił Szpital spełniają wysokie standardy i mają znacznie większe możliwości. Pamiętajmy też, że badania rezonansem i tomografem stały się podstawowym narzędziem diagnostycznym, dlatego tak ważne jest, aby były dostępne i wykonywane nowoczesnym sprzętem. Mówimy więc o inwestycji w aparaty, które będą wykonywać dziennie kilkadziesiąt takich badań. Do tego dochodzi świadczenie usług dla innych podmiotów leczniczych oraz pacjentów prywatnych, co wiąże się z dodatkowymi przychodami dla Szpitala.

Aby jednak mogły zacząć działać w pomieszczeniach na niskim parterze Szpitala należy je zmodernizować i przystosować do ich potrzeb. Na czas remontu tomograf i rezonans będą działać w mobilnych pracowniach dzierżawionych od firmy zewnętrznej. Kontenery, w których się mieszczą w styczniu stanęły na parkingu obok Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego. Łącznik prowadzący do obu pracowni znajduje się pomiędzy wejściem do nowego oddziału nefrologii a SKOR. Chodziło o to, by wymagający diagnozy pacjenci przywiezieni na oddział ratunkowy mieli jak najkrótszą drogę do badania tomografem, czy rezonansem. Dotożono wszelkich starań, aby zminimalizować niedogodności dla pacjentów wynikające z warunków atmosferycznych: ustawiono ogrzewany i oświetlony korytarz, którymi pacjenci dostają się z budynku Szpitala do kontenerów. Mobilne pracownice posiadają windy, z których korzystają pacjenci, które również zostały osłonięte przed wpływem czynników pogodowych. Konstrukcję z płyt wiórowych wzniesli w ciągu



10 dni na początku lutego pracownicy Działu Eksploatacyjno-Technicznego. Wykonali też instalację wodno-kanalizacyjną, przyłączyli prąd, a za pomocą specjalnego kabla połączyli pracownice z systemem informatycznym szpitala. Każda z nich ma także telefoniczny numer stacjonarny. Są więc samowystarczalne.

Jak wyjaśnia Radostaw Kowalski, kierownik Działu Informatyki oba urządzenia działają w szpitalnej sieci komputerowej. – Nasi lekarze widzą wyniki badań TK i MR, tak jak przedtem zdjęcie rentgenowskie, czy USG – mówi. – Dużą korzyścią z przejęcia przez Szpital pracowni tomografu i rezonansu jest możliwość przesyłania zlecenia drogą elektroniczną, jak

RTG czy USG. Wynik będzie wracał tą samą drogą do oddziału. Przedtem sekretarka medyczna musiała wpisywać do systemu wynik badania otrzymany na papierze z racji innego oprogramowania, którym się posługiwała się Affidea. Teraz więc procedura będzie przebiegała sprawniej. A kiedy Szpital będzie miał własne, stacjonarne maszyny ten system będzie nadal działał. Wystarczy, że przełączymy urządzenia.

A jak wygląda praca w nowych warunkach? – Początki są trudne, ale zgodnie współpracując z innymi komórkami Szpitala, rozwiązujemy problemy – mówi dr Wasilewski. – Personelowi przeszkadza mało miejsca do pracy,



ale dajemy sobie radę. Rezonans z mobilnej pracowni jest nawet lepszy od użytkowanego do tej pory. Posiada nowe aplikacje, które zwiększają jego zdolności diagnostyczne. Tomograf z kolei ma nieco mniej możliwości. Wszystko zmieni się, kiedy rozpoczniemy prace w zmodernizowanych pracowniach na niskim parterze. Tam staną urządzenia o znacznie lepszych parametrach. Można powiedzieć, że zarówno tomograf, jak i rezonans będą aparatami „z wyższej półki”. Także pacjenci ambulatoryjni zyskają lepsze warunki w poczekalni.

Dr Wasilewski dodaje też, że posiadanie własnego sprzętu szpitalnego jest również zgodne z polityką kadrową kształcenia rezydentów radiologii i diagnostyki obrazowej, co jest zgodne z misją Szpitala Wojewódzkiego, mającej na celu zapewnienie kadry medycznej dla całego regionu Warmii i Mazur.

Przemysław Prais



Przygotowanie pracowni TK i MR

Wykonanie siedziby pracowni TK i MR jest pewnym wyzwaniem, ale nie takim, którego Szpital nie byłby w stanie opanować – mówi Henryk Krzyżak, z-ca dyrektora ds. eksploatacyjno-technicznych.

Na przelocie lutego i marca w pomieszczeniach zajmowanych przez obie pracownie na niskim parterze dzieje się niewiele. To jednak tylko pozory, bo trwają już prace projektowe nad adaptacją tych pomieszczeń.

Panie dyrektorze, jaki jest przewidywany zakres remontu na niskim parterze?

Pracownie tomografu i rezonansu zajmą tam powierzchnię około 250 m kw. Obie zostają w tej samej lokalizacji na niskim parterze głównego budynku z drobnymi przesunięciami funkcjonalności poszczególnych pomieszczeń. Staną tam nowe aparaty wyłonię w drodze postępowania, które mają nieco inne wymagania techniczne co do ich usytuowania od poprzednich. Dlatego zajmowane przez nie pomieszczenia trzeba odpowiednio dostosować. Aktualnie są prowadzone prace nad projektem dostosowania pomieszczeń do nowych urządzeń. Według umowy prace projektowe powinniśmy zakończyć w połowie kwietnia łącznie z uzyskaniem pozwolenia na przebudowanie. Tak więc po tym terminie powinniśmy ruszyć z pracami budowlanymi.

Równocześnie uzyskujemy pozwolenia na zadanie odstonięcia południowo zachodniej ściany zewnętrznej budynku i powiększenie okien, tak by zgodnie z prawem budowlanym zapewnić dostęp światła dziennego, a posadzka

pomieszczeń pracowni była powyżej gruntu. Obecnie [rozmawiamy 28 lutego – red.] projekt odstonięcia ścian złożyliśmy do Urzędu Nadzoru Budowlanego i czekamy na wydanie decyzji pozwalającej na rozpoczęcie prac. Pogoda sprzyja, więc powinny być one wykonane w maju. Jeżeli nic nie stanie na przeszkodzie, to wyremontowana cała pracownia TK i MR powinny być zakończone z końcem czerwca.

Czy po względem techniczno-organizacyjnym przygotowanie pracowni tomografu i rezonansu jest dużym wyzwaniem?

Tak jak w każdym szpitalnym oddziale należy tu doprowadzić instalacje elektryczne, sygnalizacyjne, informatyczne, przeciwpożarowe (sygnalizacja dźwiękowa, czujniki), ochronne od porażeń elektrycznych, a także wentylację i klimatyzację. W przypadku pracowni TK i MR roboty adaptacyjne są o tyle trudniejsze, że trzeba zabezpieczyć się przed promieniowaniem jonizującym emitowanym przez tomograf poprzez barytowanie ścian. Jeżeli zaś chodzi o skutki pracy rezonansu to konieczne jest zamontowanie tzw. klatki Faradaya. W pomieszczeniach z dużym zmiennym polem magnetycznym nie mogą się znaleźć urządzenia, w których będą się indukowały prądy. Dlatego trzeba te instalacje umiejętnie poprowadzić i dostosować do nowych aparatów. Jest to po części wyzwanie, ale nie takie, którego Szpital nie mógłby opanować.

Czy może pan wyjaśnić, na czym polega barytowanie, o którym wspomnieliśmy wcześniej?

Mówiąc w skrócie polega ono na obłożeniu ścian płytami z ołowiem lub innym materiałem, który zapobiega przenikaniu promieniowania jonizującego, szczególnie rentgenowskiego. A tomograf komputerowy to właśnie rodzaj nowoczesnego aparatu RTG. Ponieważ planujemy, że nowy tomograf stanie w tym samym miejscu, przeliczamy istniejące osłony radiologiczne, czy spełniają wymagania stawiane nowym aparatem. Jeżeli spełnią i potwierdzi to Sanepid oraz biegły rzeczoznawca ds. ochrony radiologicznej, to nie będziemy w to zbyt ingerować. Poprawimy tylko istniejące zabezpieczenie uzupełniając je w razie konieczności.

A jak będzie przebiegał montaż nowych urządzeń?

Pewną trudność sprawi rezonans magnetyczny, które waży ponad 5 ton. Będzie on montowany w kilku etapach: osobno magnes, potem jego podtrzymanie i pozostałe elementy, jak urządzenie peryferyjne. Nawet jednak to nie pozwoli obyć się bez stworzenia tzw. luku montażowego, przez który zostanie wprowadzone do pracowni. To otwór w ścianie od strony drogi pożarowej, którą się rozbiera na wysokości niskiego parteru. Ten fragment, rodzaj przegrody, jest przewidziany do rozbiórki i ponownego złożenia po zamontowaniu aparatu. Z kolei tomograf jest lżejszy i mniejszy od rezonansu, dlatego prawdopodobnie będzie montowany przez korytarz za pomocą specjalnego wózka. Do tego wystarczy czasowe poszerzenie drzwi.

Przemysław Prais

Taka konstrukcja to dla nas nic trudnego



Prace typowo budowlane, jak zbudowanie ostony dla mobilnych pracowni tomografu i rezonansu nie zdarzają się nam często, ale moi pracownicy potrafią je wykonać – mówi Marek Zawisza, kierownik Działu Eksploatacyjno-Technicznego.

Roboty rozpoczęły się 6 lutego, a 10 dni później na zadaszeniu zawisła wiecha, symbol zakończenia najważniejszego etapu budowy, czyli położenie ostatniego elementu konstrukcji dachu. Podpisy złożyli na niej pracownicy oraz Henryk Krzyżak, zastępca dyrektora Szpitala ds. eksploatacyjno-technicznych.

Przemysław Prais: Na czym polegały prace przy mobilnych pracowniach i jaki był ich cel?

Marek Zawisza: Głównym celem było ostonięcie drogi z budynku głównego Szpitala do pracowni przed wpływem warunków atmosferycznych, czyli opadami i wiatrem. Same prace można podzielić na kilka części. Po pierwsze musieliśmy wybudować korytarz łączący je z budynkiem głównym szpitala. Tworzą go trzy baraki, które zostały wydierżawione przez Szpital. Mają podłogę i inne konieczne elementy wyposażenia. Następnym zadaniem było potężenie korytarza z zadaszeniem nad wejściami do obu pracowni, które wykonaliśmy sami wykorzystując płyty wiórowe i drewniane belki. W korytarzu umieściliśmy grzejniki elektryczne, które podniosą temperaturę, choć z pewnością nie o tyle, o ile byśmy sobie życzyli. Powodem jest nieszczelność zadaszenia, wymuszona przez konieczność

zapewnienia dostarczania bez przeszkód powietrza do kanatu wentylacyjnego, którym dociera do rezonansu, chłodząc jego magnes.

Ile osób było zatrudnionych przy tworzeniu konstrukcji?

Pracowało przy tym trzech naszych fachowców. Czwarta osoba pomagała im, kiedy trzeba było podawać płyty do pokrycia zadaszenia. Całą pracę wykonaliśmy własnymi siłami w ciągu 10 dni. Jedyłą trudnością były bardzo niskie temperatury w pierwszej połowie lutego, kiedy mróz sięgał kilkunastu stopni. Pracujący musieli co jakiś czas wejść do budynku, by się ogrzać. Pewnym wyzwaniem było też dużo płaszczyzn na różnych poziomach, które należało potęczyć. Można jednak powiedzieć, że nie było to dla nas szczególnie trudne.

Jakie jeszcze prace należało wykonać, by przystosować mobilne pracownie do pracy na rzecz pacjentów?

Została wykonana instalacja wodno-kanalizacyjna konieczna do obsługi umywalk w kontenerach. Przy doprowadzających wodę węzłach zamontowaliśmy przewody grzewcze, które zdały egzamin i zapobiegły jej zamarzaniu mimo wspomnianych dużych mrozów. Poza tym zasililiśmy w energię elektryczną rezonans i tomograf z przyłącza ze stacji S 2, a za pomocą specjalnego kabla potęczyliśmy pracownie z systemem informatycznym szpitala. Zapewniliśmy także każdej z nich telefoniczny numer

stacjonarny. Można więc powiedzieć, że są one zupełnie samowystarczalne.

Przemysław Prais



Wielki ruch w oddziałach ginekologicznych

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym przybywa pacjentek w ciąży. W ciągu ostatnich pięciu lat ich liczba wzrosła prawie dwukrotnie, a liczba porodów o połowę. Mimo tak znacznego wzrostu udało się utrzymać jedne z najniższych w Polsce wskaźniki umieralności okołoporodowej. O tym jak udało się to osiągnąć rozmawiam z dr. Tomaszem Waśniewskim, ordynatorem Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.



Jakie jest obłożenie łóżek w oddziale ginekologiczno-położniczym?

Jest ono bardzo wysokie i wynosi 120 proc., zwiększając się sukcesywnie przez ostatnie lata. Chcę podkreślić, że w największym stopniu wynika to ze świetnego postrzegania naszego oddziału przez pacjentki. Mamy doskonały zespół lekarzy i położnych. Kolejnym powodem jest rozporządzenie ministra zdrowia z 9 listopada 2015 r., które nათოżyły konieczność kierowania pacjentek z najmniejszą patologią

cięży na wyższe poziomy referencyjne. Niestety zbyt mała liczba miejsc drugiego, a zwłaszcza trzeciego poziomu w województwie warmińsko-mazurskim sprawia, że hospitalizujemy nadmierną liczbę pacjentek z patologią ciąży. Szpitale powiatowe zostały zmuszone do wysyłania takich pacjentek do nas, co powoduje zbyt dużym obłożenie. Część pacjentek chce też rodzić w Szpitalu Wojewódzkim ze względu na rozporządzenie ministra zdrowia z tego samego dnia o łagodzeniu bólu okołoporodowego. Małe szpitale nie radzą sobie z obsługą

anestezjologiczną porodów, nie mają bowiem ani kadry, ani środków finansowych na pełne zabezpieczenie wymogów tego rozporządzenia. To oczywiście dociera do pacjentek np. za pośrednictwem forów internetowych. I nic dziwnego, że mając do wyboru szpital z pełnym zapleczem i możliwościami znieczulenia porodu, a z drugiej strony placówkę, która tych standardów nie spełnia, pacjentki wybierają lepiej te lepiej wyposażone. Podkreślić tu też trzeba wysokie bezpieczeństwo pacjentek Szpitala Wojewódzkiego, który jest również pod

Oddział Ginekologiczno-Położniczy w liczbach

	2012	2016
Leczone pacjentki	1720	3000
Porody	1330	2000
Procent obłożenia łóżek	97	120

tym względem absolutnym liderem w regionie. Dysponujemy bowiem znakomitym Oddziałem Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka.

Czy jednym z efektów dużej liczby pacjentów była konieczność ponownego zajęcia na potrzeby położnictwa siódmego piętra?

Tak, w ten sposób otrzymaliśmy dodatkowe 15 łóżek dla naszych pacjentek.

Na dodatek w styczniu Oddział Ginekologii Onkologicznej przeniesiono z piątego piętra na drugie. To rezultat konieczności oddania oddziałowi ortopedii jego siedziby. Chciałbym bardzo podziękować pani dyrektor Irenie Kierzkowskiej oraz ordynatorom oddziałów ortopedii i neurochirurgii – doktorom Tomaszowi Niedźwieckiemu i Waldemarowi Ochowi, że przez okres prawie dwóch lat wspomagali działalność

położnictwa na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, zgadzając się na użyczenie swoich oddziałów na czas remontu oddziału noworodkowego. Dzięki temu oddział położniczy miał do dyspozycji 35 łóżek na ortopedii. Ten okres był dłuższy, niż przewidywany, tym większe podziękowania za cierpliwe znoszenie niedogodności wynikłych z działania obu oddziałów w jednym miejscu i poświęcenia komfortu pracy dla naszych najmniejszych pacjentów i ich mam. W końcu jednak musiałem oddać miejsca na ortopedii, a pani dyrektor zdecydowała o przeniesieniu nas do pomieszczeń po nefrologii, gdzie umieściliśmy ginekologię onkologiczną i chemioterapię. Na piątym piętrze uruchomiliśmy oddział patologii ciąży, na którego potrzeby ponownie zajęliśmy też wspomniane siódme piętro. Do tego dochodzi szóste piętro z oddziałem położniczym oraz traktem porodowym, na którego remont

czekamy, bo dzięki niemu uzyskamy więcej miejsca dla naszych pacjentek, których mamy przecież coraz więcej.

Ile teraz łóżek mają do dyspozycji oddziały ginekologiczne?

Mamy ich 105 i wszystkie muszą się zmieścić w naszych pomieszczeniach. Specyfika pracy ginekologiczno-położniczej zakłada konieczność opieki położnej nad pacjentkami. Dlatego nie możemy ich kłaść w innych oddziałach, bo tam pracują pielęgniarki, a nie położne. To jest główny powód, dla którego musimy mieć własne łóżka i personel.

Nasz Szpital może się pochwalić bardzo niskim współczynnikiem umieralności okotoprodowej.

Wyniki województwa warmińsko-mazurskiego, a nasz Szpital zdecydowanie za nie odpowiada, są bardzo dobre. System opieki perinatalnej działa w województwie dobrze, a ordynatorzy oddziałów z poziomów pierwszego i drugiego przekierowują do nas pacjentki w odpowiednim momencie. Jeżeli osiągamy wskaźniki umieralności poniżej 4 promili, to już jest wynik, którym się można pochwalić w całej Europie.





Ze wskaźnikiem 3,7 promila jesteśmy na trzecim miejscu wśród województw, a to jest współczynnik lepszy od prawie całej Europy z wyjątkiem krajów skandynawskich. Ryzyko zgonu dziecka w Polsce wynosi 1 do prawie 20 tys. porodów, a np. w Niemczech 1 do 11 tys. Szansa na dobrą jakość życia wcześniaka urodzonego w Szpitalu Wojewódzkim jest kilkadziesiąt razy większa, niż wcześniaka

urodzonego w oddziale z pierwszym poziomem referencyjnym, nawet w przypadku natychmiastowego przewiezienia do nas, czy Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego.

Mimo nadmiernego obłożenia łóżek udaje się utrzymać bezpieczeństwo pacjentek i noworodków.

Ten wskaźnik 120 proc. obłożenia jest niebezpieczny głównie pod względem epidemiologicznym. Bardzo boimy się okresu letniego, kiedy wzrasta ryzyko rozwoju zakażeń wewnątrzszpitalnych. Gorączka potęgowa niestety występuje. Na razie dajemy sobie z tym radę, ale okres letni może być bardzo groźny. Ponadto łóżka powinny być dezynfekowane, mieć czas na „odpoczynek” od pacjenta. Dlatego optymalny wskaźnik obłożenia nie powinien przekraczać 90 proc.

Poziomy opieki perinatalnej

Perinatologia lub szerzej medycyna perinatalna, jest sprawowaniem ścisłej i kompetentnej opieki nad kobietą w ciąży, rozwijającym się płodem, rodzącą, a następnie płożnicą i noworodkiem.

Do zadań perinatologii należy uzyskanie wysokiej jakości opieki nad wszystkimi matkami, płodami i noworodkami, maksymalne wykorzystanie wyposażenia i personelu o wysokich kwalifikacjach oraz drogiej aparatury do intensywnej opieki medycznej.

Opieka perinatalna oparta jest o system opieki trójstopniowej:

- I poziom zakłada opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i potogiem oraz zdrowym noworodkiem, a także zapewnia krótkotrwałą opiekę w przypadkach niespodziewanie występującej patologii,
- II poziom obejmuje opiekę nad patologią średniego stopnia,
- III poziom zajmuje się najcięższą patologią.

W województwie warmińsko-mazurskim funkcjonują dwa szpitale o II poziomie referencyjnego – Szpital Miejski w Olsztynie oraz Promienica w Ełku. Szpitale z III poziomem są także dwa: w Olsztynie oraz Elblągu. Szpital Wojewódzki w Elblągu zajmuje się patologią ciąży tylko z powiatu elbląskiego i braniewskiego swojego oraz braniewskiego. Pozostałe pacjentki z województwa przyjeżdżają do Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie.

Zbyt duża liczba pacjentek stwarza także zagrożenia prawne – im więcej pacjentek tym większe ryzyko popełnienia błędu, niedopilnowania, bo jest duża liczba przyjęć skutkujące przeciążeniem pracą personelu i wynikające stąd ryzyko roszczeń. Kolejnym skutkiem takiego stanu rzeczy jest pogorszenie komfortu pobytu naszych pacjentek.

Chciałbym podziękować dyrekcji Szpitala za wspieranie opieki perinatalnej przez czasowe zwiększanie liczby łóżek położniczych, zwiększanie liczby zatrudnionych lekarzy, rezydentów oraz dyżurnych lekarzy, co ma ogromne znaczenie przy przyjmowaniu dziennie nawet 34 pacjentek, co zdarzyło się nam w styczniu tego roku. Lekarze dyżurni obsługują też oddział raktunkowy naszego Szpitala, gdzie z racji braku nocnej i ambulatoryjnej opieki ginekologicznej w godzinach popołudniowych i nocnych odbywają się wszystkie tego typu porady.

Trzy bliźniacze porody w ciągu jednego dnia w Szpitalu Wojewódzkim



Przyjście na świat dwojczków w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nie jest czymś wyjątkowym. Jednak trzy takie porody w ciągu 3,5 godziny należą już do rzadkości.

A do takiego właśnie zdarzenia doszło w poniedziałek 6 lutego. Seria porodów rozpoczęła się o godz. 8.40 od przyjścia na świat dziewczynki, do której po minucie dotoczył braciszek.



Następnie o godz. 10.32 i 10.33 druga mama urodziła dziewczynkę i chłopca a ponieważ był to poród przedwczesny oboje przebywają w inkubatorach pod opieką lekarzy i pielęgniarek Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka.

Trzeci podwójny poród, i tym razem chłopca i dziewczynki, rozpoczął się o godz. 11.58, a dwie minuty później oboje byli już na świecie.

Podobnie jak para, która urodziła się najwcześniej razem z mamami są już w domach.

Lekarze ze Szpitala Wojewódzkiego informują, że m.in. z powodów leczenia niepłodności wzrasta liczba mnogich ciąży. W 2016 r. przyszło w nim na świat 113 bliźniąt, a rekordowym miesiącem był czerwiec, kiedy takich porodów było 16. W ub. roku w Szpitalu Wojewódzkim raz urodziły się trojaczki.

Piękny i potrzebny podarunek od pacjentki Oddziału Ginekologiczno-Położniczego



Nowoczesny aparat KTG do monitorowania stanu zdrowia dziecka w tonie matki podarowali Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu w Olsztynie państwo Sylwia i Mirosław Hiszpańscy.

W Oddziale Ginekologiczno-Położniczym na świat przyszły wszystkie trzy córki państwa Hiszpańskich: siedmioletnia obecnie Zosia, rok

młodsza Marysia oraz najmłodsza Tosia, która ma dopiero dwa miesiące. – Usłyszeliśmy, że taki sprzęt jest potrzebny, więc postanowiliśmy go podarować – powiedział we wtorek 27 grudnia podczas przekazania aparatury Mirosław Hiszpański.

KTG to inaczej kardiokografia lub badanie kardiokograficzne. Jest to badanie, które polega

na obserwacji i jednoczesnym zapisie: parametrów pracy serca dziecka, ruchów dziecka, siły oraz częstotliwości występowania skurczów macicy i reakcji serca dziecka na skurcze macicy.

Informacje te odczytuje się za pomocą czujników umieszczonych na brzuchu kobiety w ciąży i podłączonych do aparatu KTG (kardiokografu), który zapisuje te informacje. Analiza reakcji serca dziecka na skurcze macicy jest najistotniejszym elementem badania KTG. Umożliwia ocenę dobrostanu dziecka.

W spotkaniu oprócz rodziny państwa Hiszpańskich uczestniczyli przedstawiciele Szpitala: dr Jerzy Górny, z-ca dyrektora ds. leczenia, dr Dariusz Onichimowski, lekarz naczelny oraz dr Tomasz Waśniewski, ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Beata Binek, pielęgniarka oddziałowa.

Wszyscy serdecznie podziękowali za podarowany sprzęt. – Takich aparatów potrzebujemy właściwie każdą liczbę – podkreślał dr Waśniewski. – KTG (kardiokograf) ma ogromne znaczenie dla bezpieczeństwa dzieci i ich mam, zwłaszcza w czasie ciąży zwiększonego ryzyka.

Dr Onichimowski zapewnił zaś, że aparat czeka intensywna eksploatacja. – Na pewno nie będzie się pokrywał kurzem – powiedział z uśmiechem.

Udar mózgu – liczy się czas!



Po intensywnych przygotowaniach zastosowaliśmy w naszym Szpitalu model w dożylnym leczeniu trombolitycznym, w którym koordynacja działań przedszpitalnych i wewnątrzszpitalnych spowodowała skrócenie drogi pacjenta do uzyskania pomocy.

Dożylne leczenie trombolityczne w ostrym udarze niedokrwiennym stosowane jest w naszym szpitalu już 10 lat i stało się rutynowym zabiegiem od zarejestrowania leku w Polsce. Postępowanie to, ma na celu rozpuszczenie skrzepliny znajdującej się w tętnicy mózgowej odpowiedzialnej za udar.

Początkowo lek można było zastosować do 3 godzin po wystąpieniu objawów udaru. Tak krótkie „okno czasowe” umożliwiające zastosowania leku i liczne przeciwwskazania do jego podania spowodowały, że do leczenia trombolitycznego mogło zakwalifikować się jedynie około 5% chorych w najlepszych ośrodkach.

Wraz z coraz większym doświadczeniem ze stosowaniem leku, licznych badaniach dotyczących jego skuteczności i bezpieczeństwa, wydłużono „okno czasowe” umożliwiające podanie leku do 4, 5 godziny od momentu wystąpienia objawów udaru i usunięto większość przeciwwskazań lub przesunięto je do „względnych”. Obecnie średnia liczba tromboliz w oddziałach udarowych w Polsce wynosi 10 proc. i w ostatnich latach zwiększała się o 1 proc. rocznie. Kilka ośrodków ma wyniki w granicach 25-30 proc.

Stawało się też jasne, że im szybciej lek zostanie podany, tym częściej możemy spodziewać się wyleczenia. Konieczność szybkiego podania leku skróciło drogę szpitalną pacjenta od „drzwi (szpitala) do igły (z lekiem)” (tzw. DTN – door to needle time). Początkowo obowiązywała „złota godzina”, w czasie której chory miał być zbadany, mieć wykonane badania laboratoryjne i neuroobrazowe i na końcu podany lek w oddziale.

Mimo wszystko w większości przypadków nie udawano się tego wykonać w ciągu godziny.

Za optymalny sposób leczenia przyjmuje się obecnie model helsiński, w którym to koordynacja działań przedszpitalnych i wewnątrzszpitalnych spowodowała skrócenie czasu DTN z około 80 minut do 20 minut. Polegało to na przygotowaniu się izby przyjęć, pracowni tomografii i neurologa do przyjęcia pacjenta z udarem zanim dotrze on do szpitala. Dzięki temu w momencie pojawienia się pacjenta w szpitalu potrzebne jest właściwie tylko wykonanie tomografii głowy, aby zastosować leczenie – jeszcze w pracowni TK.

Od roku 2016 po intensywnych przygotowaniach zastosowaliśmy ten model postępowania w naszym szpitalu. Rezydentka Anna Frączek opracowała broszurę w formie komiksu (ilustracje na stronach 14-15) obrazującą cały proces postępowania. Przeprowadziliśmy intensywne szkolenia z ratownikami medycznymi, personelem medycznym Izby Przyjęć, Tomografii Komputerowej. Pierwszymi symulowanymi pacjentami, którzy przeszli całą „szybką ścieżkę” leczenia ostrego udaru niedokrwiennego w naszym szpitalu był ratownik – Przemek Madera i manekin Adam.

Wprowadziliśmy „telefon udarowy” umożliwiający natychmiastowy kontakt ekipy Pogotowia Ratunkowego z lekarzem Oddziału Udarowego w przypadku podejrzenia udaru mózgu. Jest to osobny telefon znajdujący się u lekarza dyżurnego oddziału udarowego do wyłączeniowych kontaktów w sprawie pacjenta z udarem. Ekipa PR jest zobowiązana przedstawić w krótkich słowach stan chorego, czas, kiedy widziano go ostatnio bez objawów, potwierdzić, że nie przyjmuje leków przeciwkrzepliwych i podać telefon do świadków/rodziny, aby można było ewentualnie uzupełnić wywiad w razie niejasności. Na podstawie tych informacji lub po uzupełniającej rozmowie telefonicznej neurologa z rodziną (potwierdzenie czasu zachorowania i informacji o przyjmowanych lekach) dyżurny neurolog podejmuje decyzję czy chory nadaje się do leczenia trombolitycznego w tzw. „krótkiej ścieżce”. Jeśli tak, to powiadamia o tym personel SOR, który przygotowuje się do przyjęcia chorego, ratownicy przygotowują stanowisko z kardiomonitorem i aparatem do przytóżkowego pomiaru INR, sekretarka drukuje kartę zleceń i skierowanie na TK głowy. Powiadamiany jest równoległe radiolog i technik TK, którzy przygotowują z kolei pracownię do badania TK głowy.

Umożliwia to zebranie pełnego i wiarygodnego wywiadu z rodziną lub świadkami zdarzenia co do pojawienia się godziny objawów ostrego udaru mózgu, przyjmowanych leków i chorób.

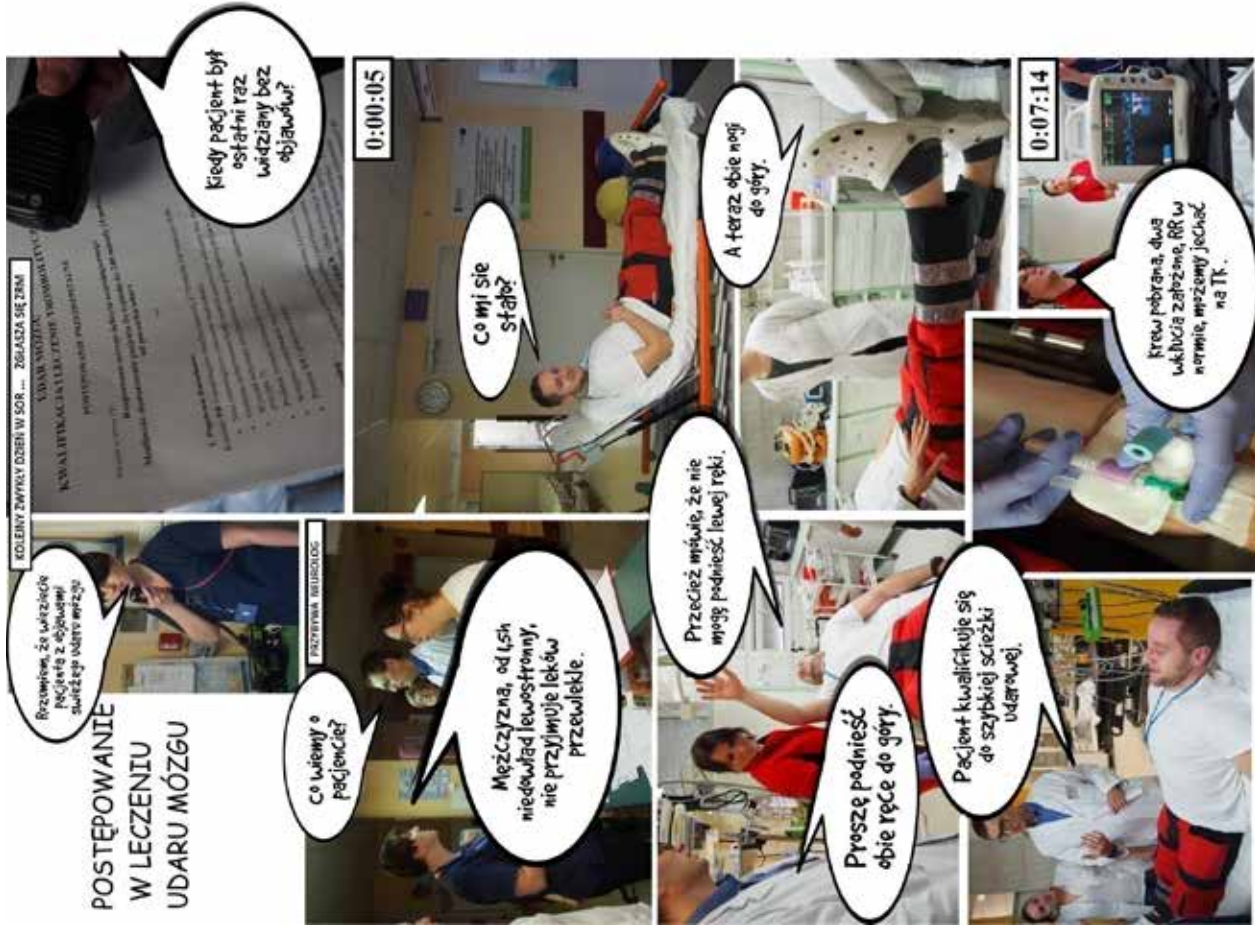
W trybie krótkiej ścieżki po przybyciu pacjenta do SOR ratownicy pobierają mu krew, podłączają do kardiomonitora, neurolog wykonuje skrócone badanie fizykalne i weryfikuje wywiad, sekretarka SOR wprowadza dane pacjenta do systemu i do wydrukowanych wcześniej zleceń. Po uznaniu, że chory jest kandydatem pobierana jest krew i chory jedzie do pracowni TK. Po wykluczeniu krwawienia śródczaszkowego, przy braku przeciwwskazań można rozpocząć podawanie leku już w pracowni tomografii komputerowej. Następnie chory przewożony jest do Oddziału Udarowego i przebywa na Sali intensywnego nadzoru, gdzie jest dalej leczony i usprawniany.

Do niedawna decyzja, co do podania leku trombolitycznego była podejmowana w Oddziale Neurologii po pełnej diagnostyce pacjenta. Było to opóźniane często przez brak szczegółowej godziny zachorowania czy informacji na temat leków przeciwkrzepliwych. Ostatecznie mniej niż 10 proc. czasów DTN w naszym szpitalu mieściło się w pierwszej godzinie, nigdy nie udało się zejść poniżej 30 minut. Obecnie większość czasów DTN mieści się w pierwszej godzinie a co 4 pacjent otrzymuje leczenie w ciągu 30 minut po przekroczeniu bram szpitala. Również ilość udarów leczonych trombolitycznie znacznie się zwiększyła. O ile w latach 2014 i 2015 odnotowaliśmy około 15 proc. pacjentów leczonych trombolitycznie na tle ogółu pacjentów z udarem niedokrwiennym, to w ubiegłym roku już co czwarty pacjent z udarem otrzymał szansę na wyleczenie dzięki zastosowaniu leczenia trombolitycznego.

Jest to zasługa wszystkich osób zaangażowanych w leczenie udaru – czyli personelu SOR, Oddziału Radiologii, Laboratorium, Oddziału Neurologii oraz zespołom i koordynatorom ratownictwa medycznego z całego województwa Warmińsko-Mazurskiego.

Dane z badań klinicznych potwierdziły skuteczność i bezpieczeństwo trombolizacji, jako nowej metody leczenia udarów niedokrwiennych mózgu. Polega ona na wewnątrznaczyniowym (analogicznie do koronarografii w zawale serca) usunięciu materiału zatorowego będącego przyczyną udaru. W ten sposób leczy się duże udary, które miałyby małą szansę na wyleczenie w klasycznej trombolizacji. Metoda ta nie jest na razie refundowana przez NFZ, ale zdążyliśmy ją zastosować u kilku pacjentów i jesteśmy przygotowani do rutynowego stosowania w razie jej wdrożenia.

Lek. med. Grzegorz Dątek
Oddział Kliniczny Neurologiczny



UDAR MÓZGU – występujące nagle zaburzenia krążenia mózgowego spowodowane zablokowaniem przepływu krwi przez naczynia krwionośne (udar niedokrwienny) lub pęknięcie naczynia (udar krwotoczny - potocznie zwany „wylewem”)

NIEDOWŁAD POŁOWICZY – osłabienie kończyn górnej i dolnej po tej samej stronie ciała, może być jednym z objawów udaru mózgu

LECZENIE TROMBOLITYCZNE UDARU NIEDOKRWIENNEGO MÓZGU – dożylnie podanie leku (*Actylise*) rozpuszczającego skrzeplinę blokującą naczynie krwionośne

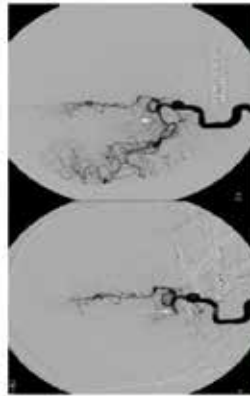
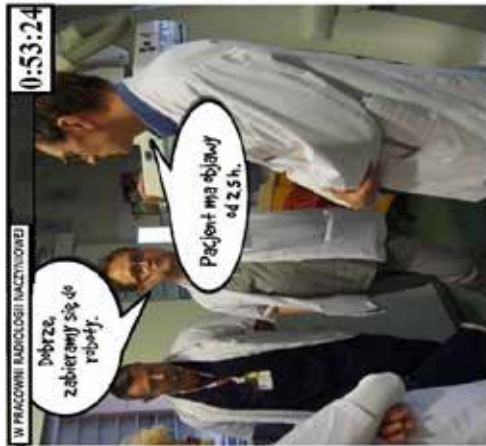
W schemacie postępowania początkową dawką jest bolus – 10% dawki całkowitej, a następnie pozostałą część leku podaje się w ciągłym wlewie przez 1h. Im szybciej lek zostanie podany, tym więcej komórek nerwowych uda się uratować. Lek podawany maksymalnie do 4,5h od początku udaru.

LEKI PRZECIWKRZEPLEWNE – leki powodujące zmniejszenie krzepliwości krwi (w postaci tabletki np. warfaryna, acenokumarol, rywaroxaban, dabigatran, a także zastrzyku podskórnego – np. Clexane, Fragmin), stosowane najczęściej przy zakrzepicy lub migotaniu przedsionków

TROMBEKTOMIA – zabieg usunięcia skrzepliny ze światła naczynia krwionośnego, w przypadku udaru niedokrwiennego przez tętnicę obwodową np. udową specjalnymi cewnikami można dojść do poziomu dużych naczyń mózgowych i usunąć skrzeplinę

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA (TK) – badanie obrazujące tkankę mózgową, w tzw. opcji angiograficznej obrazuje również naczynia krwionośne mózgu – pozwala na uwidocznienie skrzepliny w naczyniach mózgowych

RR – pomiar ciśnienia tętniczego (od nazwiska wynalazcy - włoskiego pediatry Scipione Riva-Rocci. Nazwa pozostała, choć obecnie stosuje modyfikację wg Korotkowa)



Przeszczep rodzinny, ofiarowane zdrowie i życie



„Każdy przeszczep narządu ma swoje źródło decyzji o wielkiej wartości etycznej, decyzji, aby bezinteresownie ofiarować część własnego ciała z myślą o zdrowiu i dobru innego człowieka. Na tym właśnie polega szlachetność tego czynu, który jest autentycznym aktem miłości.”

*Papież Jan Paweł II, Rzym 29 sierpnia 2000 roku
Międzynarodowy Kongres
Europejskiego Towarzystwa Transplantologicznego*

Olsztyńscy nefrolodzy od lat starali się znaleźć w środowisku rodzin pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, kwalifikujących się do transplantacji, potencjalnych żywych dawców nerki. Czynie to w oparciu o współpracę z ośrodkami w Gdańsku i w Warszawie. Na skutek ich aktywności kilku z oczekujących biorców uzyskało dobrze funkcjonującą przeszczep rodzinny. W ciągu ostatnich lat intensyfikują się działania w całym kraju celem rozwijania możliwości przeprowadzania przeszczepów nerek od żywych dawców. Szpital Wojewódzki w Olsztynie aktywnie włącza się w ten proces.

Pani Agnieszka posiada udokumentowaną przewlekłą chorobę nerek od 15 lat. Rozpoznano ją w 2002 roku, ujawniła się podwyższonym stężeniem kreatyniny w surowicy oraz białkomoczem. Postawiono wówczas podejrzenie pierwotnego kłębuszkowego zapalenia nerek. Pomimo stosowanego leczenia nie udało się zahamować progresji niewydolności nerek, w roku 2003 rozpoczęto leczenie nerkozastępcze metodą przewlekłych hemodializ. 13 stycznia 2005 r. w Poznaniu wykonano u niej pierwsze udane przeszczepienie nerki od dawcy zmarłego, przeszczep z powodzeniem funkcjonował przez kolejnych kilka lat. Jednak od początku 2015 roku odnotowano szybko postępującą niewydolność nerki przeszczepionej. Pacjentka została przekazana do Poradni Transplantacyjnej WSS w Olsztynie, gdzie od maja 2015 r. pozostawała pod stałą opieką specjalistyczną. W tym okresie rozpoczęto aktywne starania celem umieszczenia chorej na Centralnej Liście Biorców, oczekujących na przeszczepienie nerki. Było ambicją Zespołu oraz marzeniem pacjentki, by udało się dla niej uzyskać drugie przeszczepienie przed ponownym rozpoczęciem dializ (tzw.



Obie siostry przed zabiegiem operacyjnym – nadzieja i oczekiwanie...

retransplantacja wyprzedzająca). Równolegle z realizowanym planem badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych, przygotowujących biorczynię do retransplantacji (kwalifikacja w Klinice Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych WSS w Olsztynie) pacjentka zgłosiła się ze swoją siostrą Dominiką, która wyraziła chęć bycia potencjalną dawczynią nerki dla swojej najbliższej krewnej. Po wstępnej pozytywnej kwalifikacji przeprowadzono serię pogłębionych badań diagnostycznych oraz wnikliwą diagnostykę immunologiczną, która odbyła się w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, gdzie z powodzeniem od kilku lat realizowany jest program przeszczepiania nerek od dawców żywych. Nie stwierdzono u dawczynie przeciwwskazań medycznych, a jednocześnie stwierdzono u obu siostr wysoki stopień zgodności immunologicznej, potwierdzająca możliwość przeprowadzenia rodzinnego przeszczepu nerki. W ten sposób zakwalifikowano panią Dominikę jako potencjalną dawczynią nerki dla chorej siostry. Gdyby jednak okazało się, że stwierdzono by niezgodność lub słabą zgodność immunologiczną, to ta para miałaby szansę wejść w tzw. pułę par, z których pomimo braku pokrewieństwa czy związku emocjonalnego można by „na krzyż” dobrać odpowiedniego dawcę.

W tym przypadku jednak szczęśliwie kolizji immunologicznej nie było.

Zabieg transplantacji nerki odbył się w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie 21 lutego 2017 roku.

Głównym operatorem pobrania nerki od żywego dawcy był Prof. Artur Kwiatkowski, twórca programu przeszczepiania nerek od dawców żywych, asystował mu dr Rafał Kieszek.



Pani Agnieszka w drodze na salę operacyjną

Przeszczepienia nerki od żywych dawców – z czym walczymy?

W Polsce narządy przeszczepia się od osób zmarłych i żywych. W bieżącym roku (stan na 31.12.2016 r.) wykonano 978 przeszczepień nerki od dawcy zmarłego (nieco mniej niż w 2015 r.), a tylko 60 przeszczepień od dawcy żywego (w 2015 r. było ich 46).

Jak to się ma do danych statystycznych w innych krajach? W Polsce odsetek przeszczepień od dawcy żywego od lat nie przekracza 5 proc. – 7 proc. wszystkich transplantacji nerek i wynik ten plasuje nas, niestety, na szarym końcu tego ważnego „peletonu”. Dla porównania w Europie średnio odsetek ten wynosi 20,6 proc., w Holandii 26,3 proc., w Szwecji nawet ponad 40 proc., a w modelowej pod względem rozwoju programu przeszczepiania narządów Hiszpanii sięga rekordowych 50 proc.! Mamy więc w tej sytuacji ogromnie dużo do zrobienia, a jest to wyzwanie dla nas wszystkich, dla całego społeczeństwa, na następne lata. Główny problem wydaje się tkwić w postawach społecznych, które powinniśmy wytrwale zmieniać. „Blokady” w myśleniu i świadomości posiadają wszyscy – członkowie rodzin, pacjenci, personel medyczny i reszta społeczeństwa. Problem ten ma prawdopodobnie złożone podłoże – kulturowe, historyczne i religijne. Nadal brakuje konkretnych rozwiązań systemowych ze strony państwa, by prowadzić akcję pozyskiwania żywych dawców na szeroką skalę. Tym trudniej z takim „wielogłowym smokiem” skutecznie walczyć!

Sytuacja nie jest również prosta od strony medycznej. Choroby nerek występują często rodzinnie, u ok. 75 proc. kandydatów do oddania nerki bliskiej osobie wykrywa się istotne przeciwwskazania. Ten skomplikowany proces kwalifikacji do rodzinnych przeszczepów to domena nefrologów z dużych, wielospecjalistycznych szpitali, ale z pewnością powinien on kietkować i zaczynać się już na poziomie stacji dializ oraz poradni nefrologicznych, rozsianych w całej Polsce. W obecnej chwili tylko 3 ośrodki transplantacyjne z 12 funkcjonujących nie wykonują przeszczepień nerek od dawców żywych. Mamy nadzieję, że aktywnie realizowane plany rozwoju programu przeszczepiania nerek od dawców żywych w WSS w Olsztynie, jakie są naszą ambicją, ale również realną wizją dalszego rozwoju, zmniejszy tę liczbę w najbliższej przyszłości o nasz ośrodek, co przede wszystkim odbyłoby się z wielką korzyścią dla pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w naszym regionie.



Od prawej: Prof. Artur Kwiatkowski z asystą przy bocznym stoliku opracowują nerkę dawczynie przed zabiegiem transplantacji

Krzyżowy przeszczep nerek – na czym polega?

Przeszczep krzyżowy nerek od żywych dawców niespokrewnionych to metoda transplantacji, która polega na tym, że dwie obce sobie pary wymieniają się nerkami.

Idea, by przeszczepiać narządy "na krzyż", zrodziła się pod koniec lat 80. XX w. w USA. Jednak w Stanach Zjednoczonych pierwszy przeszczep krzyżowy przeprowadzono dopiero w 2000 roku w Johns Hopkins Hospital. Dzisiaj przeszczepy krzyżowe są popularne nie tylko w Ameryce (co dziesiąty przeszczep od dawcy żywego to przeszczep krzyżowy), lecz także w Szwajcarii, Holandii, Wielkiej Brytanii, Australii i Kanadzie.

W transplantologii nerek od żywego dawcy chory otrzymuje nerkę zwykle od kogoś z najbliższej rodziny. Jednak zdarza się, że między dawcą i biorcą, mimo pokrewieństwa, nie stwierdza się zgodności genetycznej – inna jest grupa krwi lub grupa krwi jest kompatybilna, ale tzw. próba krzyżowa jest pozytywna, tzn. biorca wytwarza przeciwciała przeciwko komórkom dawcy, co mogłoby doprowadzić do odrzucenia przeszczepu.

Wówczas taka para trafia do bazy danych i czeka, aż znajdzie się para z podobnym problemem. Jeśli po badaniach okaże się, że pomiędzy dwiema obcymi sobie parami jest pełna zgodność antygenowa, można dokonać przeszczepu "na krzyż", tzn. chorego z pierwszej pary otrzymuje nerkę dawcy z drugiej pary, który, mimo że jest dla chorego kimś obcym, okazał się prawie identyczny genetycznie. W zamian za to nerkę dawcy z pierwszej pary trafia do nieznanego biorcy z drugiej pary. Warto wiedzieć, że przeszczep nerek może obejmować nie tylko dwie, lecz także trzy, cztery, a nawet sześć obcych sobie par. Wówczas mowa o przeszczepie łańcuchowym.

Przeszczepy krzyżowe zwiększają pulę narządów do przeszczepienia, skracają kolejkę osób oczekujących na przeszczepienie nerki. W 2016 roku na krajową listę oczekujących na transplantację tego narządu trafiło 1031 osób, jednak doszło tylko do 978 zabiegów przeszczepienia nerki.

Poza tym nerkę w takiej formie transplantacji pochodzi od żywego, a nie od zmarłego dawcy, co ma ogromne znaczenie dla funkcjonowania przeszczepu. W przypadku żywego dawcy nerkę pozostaje poza organizmem (a co za tym idzie – nie jest ukrwiona) tylko 2 godziny, a u zmarłego – kilka godzin, max do 48 godzin. W związku z tym nerkę od osoby żyjącej jest lepszej jakości i po przeszczepie pracuje znacznie dłużej (śr. 15 lat) niż ta pochodząca od zmarłego dawcy (średnio ok. 10 lat). W konsekwencji osoby, które otrzymały nerkę od dawcy żywego, żyją dłużej niż te, które dostają nerkę od dawcy zmarłego.

Zabieg pobrania nerki metodą laparoskopową trwa ok. 50 min. Newralgicznym momentem, spektakularnie widocznym na ekranie laparoskopu, budzącym autentyczne emocje wśród obserwatorów zabiegu, było założenie klemów, zaciskających pulsującą tętnicę nerkową, a następnie wydobycie nerki żywego dawcy na zewnątrz przez otwór w powłokach brzusznych. Biorąc pod uwagę fakt, że operacja dotyczyła młodej, zdrowej osoby, emocji (również między doświadczonymi operatorami) nie można było uniknąć! Po tym przetłomowym momencie nerkę dawczynie trafiła na boczny stolik operacyjny celem opracowania chirurgicznego. Krótki czas ciepłego i zimnego niedokrwienia, młody wiek dawczynie – wszystko to spowodowało, że narząd pozostawał w świetnym stanie do transplantacji.

Do sali operacyjnej wkroczył drugi główny operator, prof. Andrzej Chmura. Jego zadaniem była ostateczna ocena stanu nerki dawcy do transplantacji, po czym profesor przeniósł nerkę w „nerce” z lodem na sąsiednią salę operacyjną, gdzie trwało znieczulenie biorczynie oraz pierwsze cięcia chirurgiczne asysty.

Po potężeniu naczyń pobranej nerki z naczyniami biorczynie narząd natychmiast uległ ukrwieniu – zaróżowił się i nabrał turgoru. Wszystko to w niespełną jedną godzinę – od pobrania do wszczepienia! Na tym właśnie polega fenomen świetnego rokowania dobrze dobranych przeszczepień od dawców żywych – planowe zabiegi, dobrze przygotowani i dobrani medycznie oraz immunologicznie (najczęściej spokrewnieni) dawcy i biorcy, krótkie czasy niedokrwienia narządów. Oczywiście, jak w każdej procedurze medycznej, nie da



Szczęśliwe siostry już kilka dni po zabiegu z wizytą w naszym szpitalu

Podziękowania od Poltransplantu

Kierownictwo Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego Poltransplant przestało na ręce dyrektora Ireny Kierzkowskiej pismo z 14 marca br., w którym wyraża wdzięczność Szpitalowi Wojewódzkiemu za sprawne zorganizowanie pobrania narządów.

Szanowna Pani Dyrektor

Proszę przyjąć wyrazy podziękowania dla całego personelu szpitala, a w szczególności dla personelu Oddziału Intensywnej Terapii, Bloku Operacyjnego oraz koordynatora szpitalnego (dr Iwona Podlińska) za zorganizowanie pobrania narządów od osób zmarłych w dniach 16 lutego i 1 marca br.

Dziękujemy za wkład w program pozyskiwania narządów do przeszczepienia, za przychylność i dopasowanie codziennej pracy szpitala dla potrzeb przestrzeni transplantacyjnej, a przede wszystkim biorców przeszczepów. W Państwa szpitalu pobrano cztery nerki oraz rogowki; nerki pobrał zespół transplantacyjny z Państwa szpitala, rogowki pobrał zespół z Banku Tkanek Oka w Warszawie.

Z poważaniem

Dr hab. med. Jarosław Czerwiński
Z-ca dyr. Poltransplantu ds. medycznych
Krystyna Antoszkiewicz
Koordinator Poltransplantu

się uniknąć powikłań, jednak zdarzają się one w takich przypadkach znacznie rzadziej.

Już 2-3 dni po przeszczepieniu obie panie były w świetnej formie, z prawidłową funkcją nerki – dawczynie – własnej, biorczynie – przeszczepionej, i gdyby nie ostrożne i zapobiegawcze oko nadzorującego proces leczenia nefrolog dr Jolanty Gozdowskiej, nakazujące profilaktycznie dłuższą obserwację w szpitalu, pewnie już koniec tygodnia siostry spędziłyby w domu.

Poza ogromnym wrażeniem, jaki wywarł na mnie opisany zabieg oraz niepowtarzalna atmosfera w Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, nie mogłam wyzbyć się nurtującej mnie myśli jak wielkim darem i odwagą jednocześnie jest oddanie swojego narządu osobie bliskiej – decyzja poddania się takiemu zabiegowi operacyjnemu, z towarzyszącym bólem pooperacyjnym, cierpieniem, niepewnością oraz nieuchronnym lękiem, czy wszystko pójdzie dobrze.... Nigdy wcześniej w takich kategoriach o tym nie myślałam, wszystko dotychczas wydawało mi się TEORETYCZNIE takie proste!

Pobyt w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, uznanym historycznie i merytorycznie jądrem postępu w zakresie przeszczepiania nerek od dawców żywych, zaraził mnie świeżą energią i wytypował nowe kierunki rozwoju. Pasją zarażamy się bowiem od ludzi, a nie z książek, a pasjonatów zawodów medycznych i transplantologii w tym właśnie miejscu nie brakowało.

Podziękowania

Gorąco dziękuję bohaterom tej historii: dwóm dzielnym siostronom oraz ich opisanym w tej relacji wybitnym lekarzom.

Szczególnie ciepłe podziękowania kieruję w kierunku kierownika Kliniki, Prof. Macieja Kosieradzkiego, za otwartość, udzieloną gościnę oraz możliwość szkolenia. Nieoceniona nie tylko w zawodowych, ale przede wszystkim ludzkich kategoriach, okazała się opieka Aleksandry Tomaszek, koordynatora transplantacyjny żywego dawcy nerki, która stanowi główną oś organizacyjną procesu kwalifikacji oraz przygotowania do zabiegu transplantacji nerki pary biorcy i jego żywego dawcy.

Beata Januszko-Giergielewicz

Konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii

Obie pacjentki udzieliły świadomą zgodę na wykorzystanie danych osobowych oraz swojego wizerunku na potrzeby edukacji społecznej celem szerzenia idei przeszczepiania narządów.

Warto regularnie się badać



anemii. Nadmiar białych krwinek może być sygnałem, że organizm szykuje się do obrony przed zagrożeniem, czyli infekcjami, stanami zapalnymi, chorobami pasożytniczymi, niektórymi nowotworami. Liczba krwinek płytkowych, może wskazywać na takie choroby, jak: reumatyzm i marskość wątroby.

Badanie OB – podwyższone OB występuje przy zapaleniach, niewydolności krążenia, chorobach tarczycy i wielu innych.

Badanie ogólne moczu – próbkę pobieramy z pierwszego porannego strumienia moczu do specjalnego pojemnika. Badanie sprawdza fizyczne właściwości moczu oraz wykryte w nim substancje, cukier, białko, krew i inne. Odchylenia od normy mogą świadczyć o niewydolności nerek, ropnym zapaleniu układu moczowego, niewydolności nerek i inne.

Test ROMA – większa skuteczność w diagnozie raka jajnika. Na złośliwy nowotwór jajnika w Polsce zapada rocznie około 3500 kobiet, a umiera z jego powodu około 2500 kobiet i od kilku lat liczba ta pozostaje mniej więcej na tym samym poziomie. Jeśli chodzi o umieralność w wyniku raka jajnika, w Polsce jest to 6 proc. zgonów nowotworowych kobiet. Główną przyczyną, dla której ten nowotwór zbiera takie żniwa jest to, że bardzo długo on po prostu nie boli. Do lekarza udajemy się dopiero, gdy już od dłuższego czasu cierpimy na gastryczne, zdawałoby się problemy: męczące wzdęcia, zaparcia, bóle w podbrzuszu, uczucie pełności w brzuchu. Test ROMA (ang. Risk of Ovarian Malignancy Algorithm) jest nowoczesnym narzędziem określającym stopień ryzyka wystąpienia złośliwego raka jajnika. Należy podkreślić, że test ROMA nie jest badaniem diagnostycznym. Nie dowiemy się dzięki niemu, czy mamy złośliwy nowotwór, czy nie. U kobiet z wykrytym już guzem przydatków test ROMA ocenia jedynie prawdopodobieństwo, że dana zmiana ma charakter złośliwy. Innymi słowami umożliwia w matematyczny, procentowy sposób oszacowania ryzyka powstania nabłonkowego raka jajnika na podstawie stężenia markerów CA125 i HE4 przy uwzględnieniu różnic dla kobiet przed i po menopauzie i kilku innych czynników.



Profilaktyczne badania laboratoryjne, przedstawiają ogólny stan naszego organizmu. Po przeanalizowaniu ich dowiemy się czy nie zagraża nam cukrzyca, anemia, miażdżyca itp. Dzięki nim możemy wykryć stan zapalny w naszym organizmie, infekcję, a nawet podejrzewać choroby nowotworowe.

W Medycznym Laboratorium Diagnostycznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie wykonuje się wiele różnorodnych badań. Do najważniejszych badań profilaktycznych należą: morfologia, OB, glukoza, lipidogram (cholesterol HDL, cholesterol LDL,

cholesterol Trójglicerydy) alạt, aspat, tsh, kwas moczowy, kreatynina, mocznik, ogólna analiza moczu.

Wybrane badania:

Morfologia z rozmazem – badania wykonujemy na czczo, a polega ono na pobraniu ok. 5 ml krwi z żyły łokciowej. Morfologia to określenie ilości hemoglobiny, czerwonych krwinek oraz hematokrytu, czyli stosunku objętości krwinek do całej objętości krwi oraz krwinek białych i płytkowych. W pierwszym przypadku możemy się dowiedzieć, czy nie mamy

Kalprotektyna w kale – kalprotektyna to białko, które jest biomarkerem. Jego stężenie wzrasta w przypadku wystąpienia stanów zapalnych przewodu pokarmowego. Oznaczenie poziomu kalprotektyny znajduje szczególne zastosowanie podczas różnicowania nieswoistego zapalenia jelit od stanu chorobowego nazywanego zespołem jelita drażliwego lub zaburzeń czynnościowych jelit. Kalprotektyna sprawdza się również jako badanie przesiewowe w kierunku nieswoistego zapalenia jelit. Kontrolowanie poziomu kalprotektyny zalecane jest u pacjentów



dotkniętych chorobą Leśniowskiego-Crohna lub wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Ponadto zaleca się oznaczenie poziomu kalprotektyny w przebiegu ostrych stanów zapalnych jelita oraz u pacjentów, którzy przechodzili operację wycięcia polipów jelita grubego. Podwyższone wartości kalprotektyny występują u pacjentów cierpiących na nieswoiste zapalenie jelit. Innymi przyczynami wzrostu mogą być choroby nowotworowe jelit, marskość wątroby, zakażenie wirusa HCV, a także w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Poziom kalprotektyny ponad normę mogą wywoływać niektóre leki, np. niesteroidowe leki przeciwzapalne. U dzieci do wzrostu kalprotektyny może dojść w wyniku alergii pokarmowych, a także po spożyciu mleka krowiego.

W czynnym całą dobę Medycznym Laboratorium Diagnostycznym pracuje 9 diagnostów laboratoryjnych, w tym 8 specjalistów z analityki klinicznej oraz 13 techników z dużym doświadczeniem.

W Medycznym Laboratorium Diagnostycznym wykonywana jest codzienna kontrola wewnątrz laboratoryjna oraz bierzmy udział w kontrolach zewnątrz laboratoryjnych polskiej i międzynarodowych (udział w kontrolach potwierdzony certyfikatami i zaświadczeniami).

Beata Drozdowska

kierownik Medycznego Laboratorium Diagnostycznego

Pakiety profilaktyczne dla kobiet i mężczyzn

W trosce o Państwa zdrowie i wygodę, przygotowaliśmy specjalne pakiety laboratoryjne i inne badania diagnostyczne w tym EKG, badanie holterowskie w zależności od płci, dolegliwości, wieku, trybu życia i stanu zdrowia.

W zestawie dla pań do wyboru są m.in. pakiet profilaktyki osteoporozy, reumatologiczny, a także dla przyszłych mam oraz kobiet w ciąży.

Panowie mogą skorzystać m.in. z pakietu dla mężczyzn po 40. roku życia, czy różnego rodzaju pakietów kardiologicznych obejmujących m.in. wykrywanie choroby niedokrwiennej serca oraz niewydolności serca.

Dodatkowo wspierając profilaktykę zdrowotną, pragniemy zachęcić Państwa do regularnego monitorowania swojego stanu zdrowia.

Dlatego Każda osoba, która zdecyduje się na skorzystanie z naszej oferty otrzyma 15 % rabatu (oferta dotyczy wyłącznie pakietów).

Korzyści ze skorzystania z pakietów:

- Bez skierowania od lekarza
- Pakiety zawierają konkretny zakres badań w zależności od wskazania
- Wyniki najczęściej tego samego lub następnego dnia
- Wczesne wykrycie ewentualnych schorzeń
- Precyzyjne i wiarygodne wyniki badań
- Bieżące informacje o własnym (lub bliskich) stanie zdrowia
- Oszczędność w wydatkach na badania.

Osoby chcące skorzystać z pakietów powinny skontaktować się z Medycznym Laboratorium Diagnostycznym na parterze głównego budynku Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego przy ul. Żołnierskiej 18, nr tel. 89 53 86 230.

Szczegółowe informacje o pakietach profilaktycznych i innych badaniach na stronie internetowej wss.olsztyn.pl.

W naszej przychodni poczujesz się rodzinnie



Zachęcamy mieszkańców Olsztyna, w tym szczególnie pracowników naszego Szpitala do wyboru naszej poradni. W miłej atmosferze pomagamy we wszystkich istotnych problemach naszych pacjentów przy krótkim czasie oczekiwania na wizytę – mówi dr Danuta Markowska, koordynator Poradni Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

Otwarta 1 lipca 2015 r. poradnia mieszcząca się przy ul. Żołnierskiej 16A (w jednym budynku z poradniami specjalistycznymi) zapewnia pełen zakres opieki dla swoich pacjentów, w tym

m.in. pobieranie krwi, zmianę opatrunków, bilanse szczepienia dzieci i dorosłych. W razie potrzeby lekarz lub pielęgniarka odwiedzają pacjentów w ich domach. – Można powiedzieć, że pomagamy naszym pacjentom we wszystkim, czasem wręcz prowadzimy ich za rękę po systemie ochrony zdrowia – mówi dr Markowska. – Opiekujemy się np. osobami przed operacją kardiologiczną, a także po takiej operacji. Ułatwia to nam fakt, że razem z Oddziałem Kardiologicznym działamy w jednym szpitalu. Podobnie jest też z innymi oddziałami i poradniami, co ułatwia pacjentom

proces leczenia. Jednym słowem pomagamy sami albo wskazujemy gdzie pacjenci powinni udać się po pomoc.

Dr Markowska do atutów swojej poradni dodaje telefonicznego poproszenia o receptę przez pacjentów o ustalonym leczeniu, a także w razie wątpliwości poradzenia się co do sposobów dalszego postępowania. – Dajemy naszym pacjentom poczucie bezpieczeństwa – podkreśla.

Pielęgniarka Mariola Sontowska dodaje, że pacjenci z reguły są przyjmowani w dniu zgłoszenia się do poradni. – Ma to szczególne znaczenie dla osób zatrudnionych w Szpitalu, które w razie złego samopoczucia w pracy mogą niezwłocznie uzyskać poradę i leczenie bez konieczności jechania do poradni w innej części Olsztyna – zaznacza.

Dr Markowska dodaje, że taki był zamysł kierownictwa Szpitala przy tworzeniu poradni, by ułatwić pracownikom korzystanie z pomocy lekarskiej i oszczędzić ich czas. – Dlatego dziwię się, że wciąż tak mało pracowników zapisało się do szpitalnej poradni. Razem z rodzinami to 130 osób, a więc niewielki procent ogólnej liczby – mówi dr Markowska. – Myślę, że oprócz naszych atutów powinni wziąć pod uwagę także to, że jesteśmy rozliczani przez NFZ według stawki kapitacyjnej, a więc każdy nowy pacjent do dodatkowy przychód dla Szpitala. Dlatego zachęcamy do złożenia u nas deklaracji wyboru lekarza rodzinnego. Ta decyzja nie wiąże się z żadnymi dodatkowymi formalnościami, jak np. wizyta w obecnej przychodni POZ. Pamiętajmy też, że lekarza rodzinnego można zmienić bezpłatnie trzy razy w ciągu roku.

Mariola Sontowska dodaje, że wśród pacjentów poradni są mieszkańcy Olsztyna, szczególnie mieszkający niedaleko Szpitala Wojewódzkiego.



– Mamy też pacjentów z Ukrainy, którzy otrzymali prawo stałego pobytu w Polsce – mówi. – Pod naszą opieką są też pensjonariusze jednego z olsztyńskich domów pomocy społecznej oraz pacjenci z powiatu olsztyńskiego (Dobre Miasto, Gietrzwałd).

– Korzystając z okazji chcemy podziękować wszystkim, którzy już na samym początku naszej działalności obdarzyli nas zaufaniem, życzliwością, radą i pomocą – mówi dr Markowska.

Przemysław Prais

Pacjenci zatrudnieni w Szpitalu o poradni

**Beata Wojstaw,
Dział Służby Pracowniczej**

Poradnię cenię z wielu względów. Jednym z nich jest miła atmosfera stwarzana zarówno przez panią doktor, jak i panie pielęgniarki. Wszystkie są otwarte na potrzeby pacjenta, który zawsze może liczyć na pomoc w każdej sprawie, dlatego czuję się otoczona wszechstronną opieką. Przyznam, że kiedy usłyszałam o poradni POZ w Szpitalu byłam sceptyczna. Kiedy jednak poznałam panią doktor Markowską natychmiast zdecydowałam się do niej zapisać razem z mężem i synem. Mogę powiedzieć, że jest najlepszym lekarzem rodzinnym, którego spotkałam do tej pory.

**Dr Danuta Shafie,
Dział Patomorfologii**

Naszą szpitalną przychodnię wybrałam z kilku powodów. Przede wszystkim nie traci się w niej



czasu, jak w innych poradniach, gdzie trzeba nieraz czekać w kolejce na przyjęcie. Wystarczy umówić się telefonicznie i wszystko załatwić w ciągu jednego dnia. Do tego poradnia jest na miejscu, więc kiedy tylko potrzebuję pomocy idę do niej, bo pani doktor Markowska jest zawsze dostępna. Nie ma też najmniejszych kłopotów z uzyskaniem skierowania do lekarza specjalisty, czy na badania laboratoryjne. To po prostu dobra przychodnia.

**Michał Żurek,
kierownik Sekcji Sprzedaży**

Do szpitalnej poradni POZ zgłosiłem się przede wszystkim ze względu na fakt, iż jest ona na miejscu. Nie bez znaczenia pozostaje także kwestia braku kolejek, które trapią inne

gabinety. Personel poradni jest nie tylko w pełni profesjonalny, ale także swoim ciepłym usposobieniem jest w stanie uspokoić i ukoić ból każdego pacjenta. Należy również zwrócić uwagę na estetykę wnętrza poradni, która wyróżnia się spośród innych POZ-ów.

**Beata Binek,
położna oddziałowa Oddziału
Ginekologiczno-Położniczego**

Bardzo ważnym atutem naszej poradni POZ jest jej usytuowanie na miejscu oraz brak kolejek. Pacjentom sprzyja też bardzo miła atmosfera stwarzana przez kompetentny personel. Zarówno pani doktor, jak i panie pielęgniarki dysponują bardzo dużą wiedzą i kompetencjami.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie nagrodzony w ogólnopolskim plebiscyście

Szpital otrzymał Certyfikat Zaufania Pacjentów w Ogólnopolskim Plebiscyście Medycznym „Laur Pacjenta 2015/2016”.

W plebiscyście są wybierani najlepsi przedstawiciele branży medycznej w dwóch kategoriach – lekarze oraz placówki medyczne.

Plebiscyt jest skierowany do wszystkich aktywnych zawodowo lekarzy oraz placówek medycznych wytypowanych przez internautów drogą elektroniczną. Kandydaci do otrzymania Certyfikatu „Laur Pacjenta” wybierani są przez internautów drogą elektroniczną.

Jak piszą organizatorzy na swojej stronie internetowej celem Plebiscytu „Laur Pacjenta” jest nagrodzenie lekarzy oraz placówek medycznych wyróżniających się w swojej pracy profesjonalizmem, uznaniem oraz autorytetem wśród pacjentów oraz wskazanie przyszłym potencjalnym pacjentom lekarzy oraz placówek medycznych nagrodzonych za dotychczasową wzorową pracę na rzecz pacjentów.

Do tej pory miały miejsce cztery edycje plebiscytu. Szpital Wojewódzki po raz drugi został jego laureatem. Więcej informacji na stronie: <http://www.laurpacjenta.pl/>.



Pamięć i jej zagadki

cz. 23



W jaki sposób zapamiętujemy zdarzenia z naszego i cudzego życia? Dzięki metodom optogenetycznym można zajrzeć w głąb sieci neuronalnej mózgowia i odkryć komórki, które odpowiadają za kodowanie różnych cech zdarzeń.

Poprzednie dwa odcinki naszej serii o pamięci dotyczyły nowych zjawisk z zakresu optogenetyki pamięci. Z przedstawionych badań wynika, że wystarczy przy pomocy wirusów zmodyfikować neurony w mózgu, aby następnie określonym światłem wpływać na ich aktywność. Dzięki temu można kontrolować niektóre zachowania zwierzęcia i różne formy pamięci – głównie zapamiętywanie i zapomnianie. Jak dotąd badania optogenetyczne dotyczą wyłącznie modeli zwierzęcych.

Metody optogenetyczne pozwoliły także na bardziej szczegółowy opis mechanizmów funkcjonowania pamięci, zwłaszcza pamięci epizodycznej – zaburzonej m.in. w chorobie Alzheimera.

PAMIĘĆ EPIZODYCZNA

Ten typ pamięci dotyczy różnych doświadczeń przez nas zdarzeń. W tym wypadku zdarzeniem może być cokolwiek, np. poznana osoba, remont w szpitalu, wycieczka zagraniczna. Aby coś było zdarzeniem, musi być czymś określonym i mieć charakterystykę przestrzenną (gdzie to się dzieje) oraz czasową (kiedy to się dzieje). W języku angielskim używa się w tym kontekście nazwy *www memory* (od: *what, where, when*).

W jaki sposób w mózgu działa tak złożone oprogramowanie kodujące epizody. Klasyczne modele wskazywały jako kluczowe struktury hipokampów, a w nich głównie obszary zakrętu zębatego i pola CA3. Zgodnie z tym w hipokampach dochodzi do wstępnego zapisu i rozdzielenia informacji o zdarzeniu i jego kontekstach czasowych oraz przestrzennych. Potwierdzeniem tego są zachowania pacjentów z uszkodzonymi hipokampami i z chorobą Alzheimera (z degeneracją w okolicach struktur hipokampów) – mają one trudności z przypomnieniem sobie niedawnych epizodów,

W trzech zdaniach

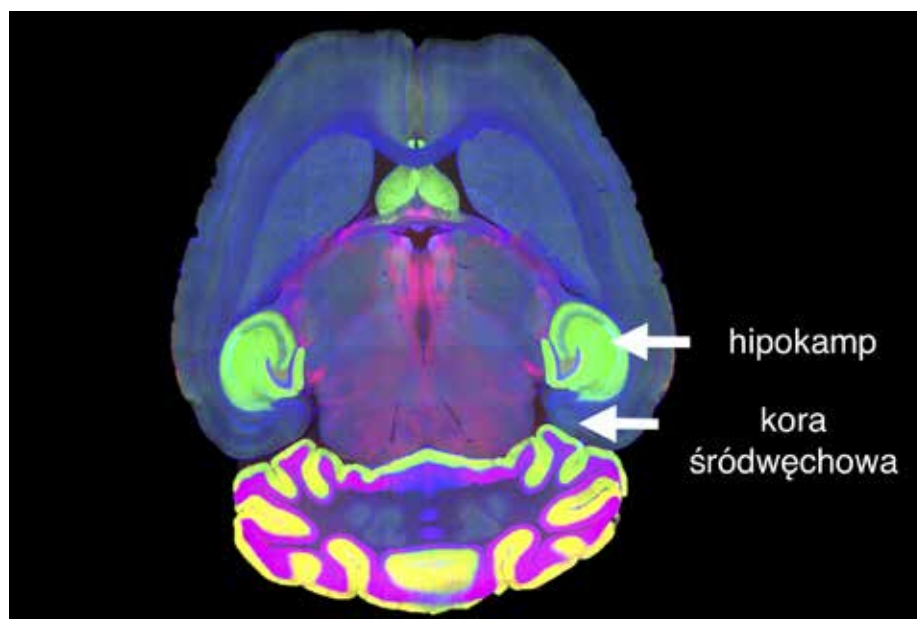
1. Pamięć epizodyczna odpowiada za zapis i odtwarzanie różnych zdarzeń.
2. Podstawowy format zapisu pamięci epizodycznej wyraża formuła trzech W: *what, where, when* – zapis treści zdarzenia oraz jego kontekstów przestrzennych i czasowych.
3. Kodowanie informacji przestrzennej i czasowej o danym zdarzeniu odbywa się w specjalnych komórkach oceanicznych (*ocean cells*) i wyspowych (*island cells*) kory śródwęczowej.

nie bardzo orientują się w czasie i w nowym miejscu.

KOMÓRKI OCEANU

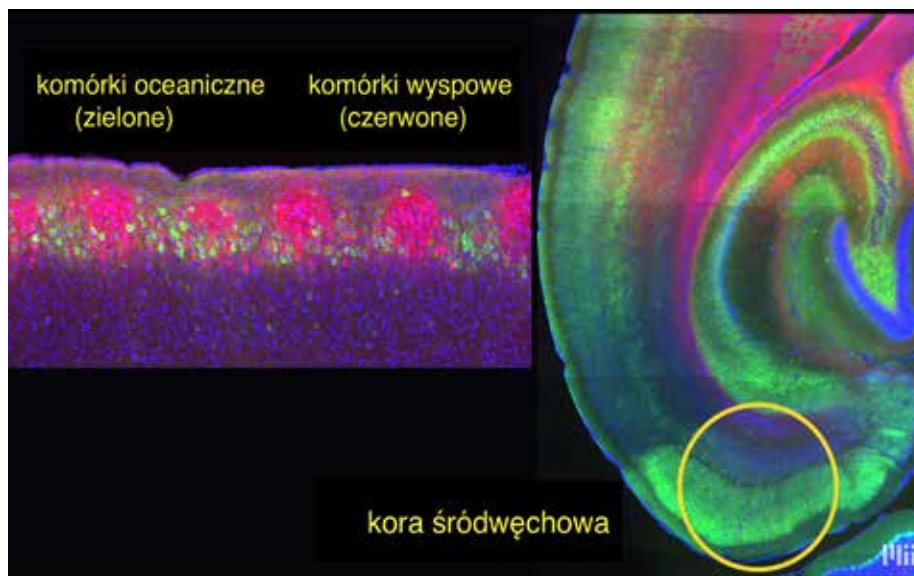
Najnowsze modele pamięci epizodycznej lokują procesy przetwarzania informacji o zdarzeniach w połączeniach neuronalnych między korą śródwęczową (*entorhinal cortex*) i hipokampami. Prawdopodobnie to właśnie w korze śródwęczowej – strukturze zbierającej informacje z innych ośrodków korowych i przekazującej je dalej do hipokampów – zaczyna się proces rozdzielenia informacji o czasowej i przestrzennej własności danego zdarzenia.

Zespół badaczy z Laboratorium Tonegawy (RIKEN-MIT Center for Neural Circuit Genetics) wykazał, że w odpowiedzi na różne własności zdarzeń włączają się dwojakiemu typowi populacje komórek w korze śródwęczowej, tzw. komórki oceaniczne (*ocean cells*) i komórki wyspowe (*island cells*). Komórki wyspowe (wzbudzające neurony piramidowe w warstwie II) to niewielkie populacje komórek otoczone przez większe populacje komórek oceanicznych (wzbudzające neurony gwiaździste w warstwie II) – stąd te metaforyczne nazwy. Wspomniane odkrycie było możliwe dzięki obrazowaniu zmian stężenia jonów wapnia w neuronach kory śródwęczowej myszy. Generalnie, wysoki poziom stężenia wapnia wskazuje na aktywność neuronów. Dzięki wprowadzeniu światłoczułych markerów



źródło: <https://news.mit.edu/2015/brain-circuit-encodes-episodic-memories-0923>.

Adaptacja własna



źródło: <https://news.mit.edu/2015/brain-circuit-encodes-episodic-memories-0923>.
Adaptacja własna

do określonych komórek kory śródwęczowej, badacze mogli obserwować ich aktywność w zależności od sytuacji, w jakiej znalazło się badane zwierzę. Gdy mysz została włożona do dwóch różnych pomieszczeń, niektóre komórki były tak samo aktywne – były to komórki wyspowe. Natomiast inne komórki – oceaniczne – były znacznie bardziej aktywne zarówno w pierwszym oraz drugim pomieszczeniu. Zwiększona aktywność komórek oceanicznych pozwala sądzić, że właśnie te komórki rozróżniają kontekst przestrzenny zdarzenia (pamięć *www* – moduł *where*).

Kolejne badanie ujawniło, że to właśnie oceaniczne komórki kory śródwęczowej są kluczowe dla kodowania informacji o lokalizacji zdarzenia, a nie określone struktury hipokampów – jak przewidywały klasyczne modele. Co ciekawe, komórki hipokampów także ujawniają zmienioną aktywność przy wkładaniu myszy do różnych pomieszczeń. Jednak gdy komórki oceaniczne kory śródwęczowej zostaną optogenetycznie zahamowane po ekspozycji świetlnej, wtedy komórki hipokampów nie reagują na zmianę pomieszczenia. A więc to komórki oceaniczne kory śródwęczowej tworzą pamięć kontekstu przestrzennego zdarzenia i prawdopodobnie przekazują dalej do hipokampów już określony kod przestrzenny. Komórki te uczestniczą także w przekazywaniu zapamiętanego negatywnych doświadczeń z danego miejsca. Ulokowanie myszy w danym pomieszczeniu i podanie szoku elektrycznego w łapki typowo powoduje, że mysz ponownie włożona do tego pomieszczenia zamiera w bezruchu, nawet gdy nie ma już elektroszoków. Gdy jednak badacze wyhamowali optogenetycznie oceaniczne komórki kory śródwęczowej, mysz w takiej sytuacji praktycznie nie wykazywała reakcji strachu – jakby zapomniała, że pomieszczenie ma jakiś związek z poprzednim negatywnym doświadczeniem.

Opisane odkrycie może wydawać się mało istotne. Ale jeśli się na tym zastanowić, to niestannie polegamy na kontekstach przestrzennych zapamiętanych zdarzeń. Podczas poszukiwań zagubionej rzeczy często odtwarzamy jej prawdopodobną lokalizację na podstawie zapamiętanych lokalizacji. Błyskawicznie orientujemy się co do zmiany miejsca pobytu i typowo nie powielamy znanej z własnego mieszkania drogi do toalety w obcym mieszkaniu. W skrajnej sytuacji chwilowy pobyt w danym miejscu może wyzwolić negatywne reakcje emocjonalne, o ile wcześniej tym miejscu doszło do traumy. Wspomniane odkrycie jest ważne także z tego względu, że zaburzenia pamięci epizodycznej i degeneracja kory śródwęczowej to najczęściej pierwsze oznaki choroby Alzheimera. Dzięki bardziej szczegółowej wiedzy na temat aktywności komórek w korze śródwęczowej możliwe jest opracowanie biologicznych markerów wczesnej postaci choroby Alzheimera.

KOMÓRKI WYSPOWE

Poza komórkami oceanicznymi w korze śródwęczowej wytypowano jeszcze komórki wyspowe. Skoro te pierwsze komórki odpowiadają za kontekst przestrzenny zapamiętanego zdarzenia, to jaką funkcję mogą spełniać komórki wyspowe? Z danych przytaczanych wyżej wiemy, że komórki wyspowe nie są wrażliwe na zmianę przestrzeni (pomieszczeń), w którym przebywa badana mysz.

Wcześniejsze badania w Laboratorium Tonegawy wykazały, że aktywność komórek wyspowych jest skorelowana z prędkością poruszania się myszy – im szybciej zwierzę biegnie, tym większa aktywność komórek. Dzięki temu próbowano interpretować

zmienną aktywność komórek wyspowych kory śródwęczowej w kategoriach zdolności nawigacyjnych. Krótko mówiąc: mysz biegnie i w zależności od tempa poruszania się zmienia rejestruje położenie, w którym się znajduje.

Jednak nowsze badania ujawniły, że specyficzną funkcją komórek wyspowych kory śródwęczowej jest zapis czasowych własności zdarzeń, a dokładniej zdolność kojarzenia następstwa zdarzeń. Taką zdolność ujawniamy na co dzień i raczej nie zastanawiamy się nad tym szczegółowo. Gdy słyszymy dźwięk klaksonu samochodowego, zaczynamy się rozglądać za nadjeżdżającym samochodem. Podobnie, gdy słyszymy dzwonek przy drzwiach, reagujemy szybkim podejściem do drzwi spodziewając się kogoś. W obu przypadkach wymienione zdarzenia pozostają w bliskiej relacji czasowej i na tyle precyzyjnie są określone, że nasza reakcja jest typowo skuteczna – nie zostajemy ofiarami wypadku i nie podchodzimy do drzwi po kilku godzinach od usłyszenia dzwonka.

Podobnie było w przypadku badanych myszy. Początkowo badacze z Laboratorium Tonegawy wytrenowali u zwierząt kojarzenie dźwięku i następującego po nim ok. 20 sekund łagodnego szoku elektrycznego. Już po trzech próbach na sam sygnał dzwoniącego zwierzę szybko zastygało w bezruchu, co sugeruje reakcję strachu na spodziewany bodziec elektryczny. Gdy komórki wyspowe (uprzednio zmodyfikowane optogenetycznie) były pobudzone światłem, mysz nie potrafiła skojarzyć dźwięku z szokiem elektrycznym i po prostu nie zastygała w bezruchu na sam sygnał dźwięku. Natomiast wyłączenie tych samych komórek wywołało efekt dokładnie odwrotny: mysz zastygała w bezruchu szybciej i w odpowiedzi na bardzo łagodne szoki elektryczne. Na podstawie tej obserwacji autorzy badań przypuszczają, że komórki wyspowe precyzyjnie regulują proces kojarzenia zdarzeń następujących po sobie w czasie. W przypadku modyfikacji aktywności tych komórek tworzenie skojarzeń czasowych o zdarzeniach jest zakłócone i w efekcie pojawiają się nieadekwatne reakcje (brak skojarzenia pamięciowego lub nadmierna reakcja).

dr Piotr Markiewicz

Chcesz wiedzieć więcej?

Kitamura T. i in. (2014), Island cells control temporal association memory. *Science*, 343 (6173), 896-901.

Kitamura T. i in. (2015), Entorhinal cortical ocean cells encode specific contexts and drive context-specific fear memory. *Neuron*, 87, 1317-1331.

Lekowa rewolucja w oddziałach Szpitala

Nieuchronnie zbliża się koniec wypełnienia obszernych papierowych formularzy, opisujących zlecenie leków dla pacjentów. Pilotażowy program wprowadzający elektroniczny sposób ich dysponowania rozpoczął się w Oddziale Kardiologicznym.

To właśnie jego ordynator i zastępca dyrektora Szpitala ds. lecznictwa dr Jerzy Górny jest inicjatorem wprowadzenia elektronicznej metody zlecania leków.

– Jej największą zaletą jest unikanie błędów pisarskich, które zdarzają się w tradycyjnym, papierowym sposobie. Zdarzają się pomyłki w dawkowaniu leków, czy ich nazwie, co niekiedy może być bardzo kosztowne. Tymczasem system komputerowy na to nie zezwala, bo są w nim zapisane wszystkie nazwy i sposoby dawkowania – wyjaśnia. – Taki sposób dystrybucji leków wprowadzamy pilotażowo w kierowanym przez mnie oddziale, by przekonać się, jakie kłopoty mogą wyniknąć przy jego wprowadzaniu, jak sobie z nimi poradzić, by mogły z niego korzystać także inne oddziały naszego Szpitala. O jego rozpoczęciu zdecydowałem, kiedy okazało się, że mamy do tego odpowiednie narzędzie, z którego dotąd nie korzystaliśmy. To moduł elektronicznego zlecania leków wbudowany w system komputerowy do prowadzenia dokumentacji medycznej w naszym Szpitalu.

Radostaw Kowalski, kierownik Działu Informatyki wyjaśnia, że elektroniczne zlecenie leków dla pacjentów działa w systemie AMMS, w którym pracuje sieć komputerowa Szpitala. – System umożliwia też odnotowywanie sytuacji, kiedy pacjent z określonego powodu nie przyjął leku, czy że spadł na podłogę i należało podać kolejną dawkę. Takie sytuacje przecież się zdarzają – mówi.

Nowy sposób nie jest wolny od wad. – Np. przy nagłym zleceniu leków, czy ich dodatkowych dawek ich wpisanie do komputera zajmuje nieco więcej czasu, ale większość przepisuje się planowo – mówi dr Górny. – Zdarzają się także problemy przy rozpisywaniu leków podawanych z fiolki. Stąd m.in. wydłużanie się czasu pilotażu. Na razie [7 lutego 2017 r. – red.] objęto nim dwie sale chorych.

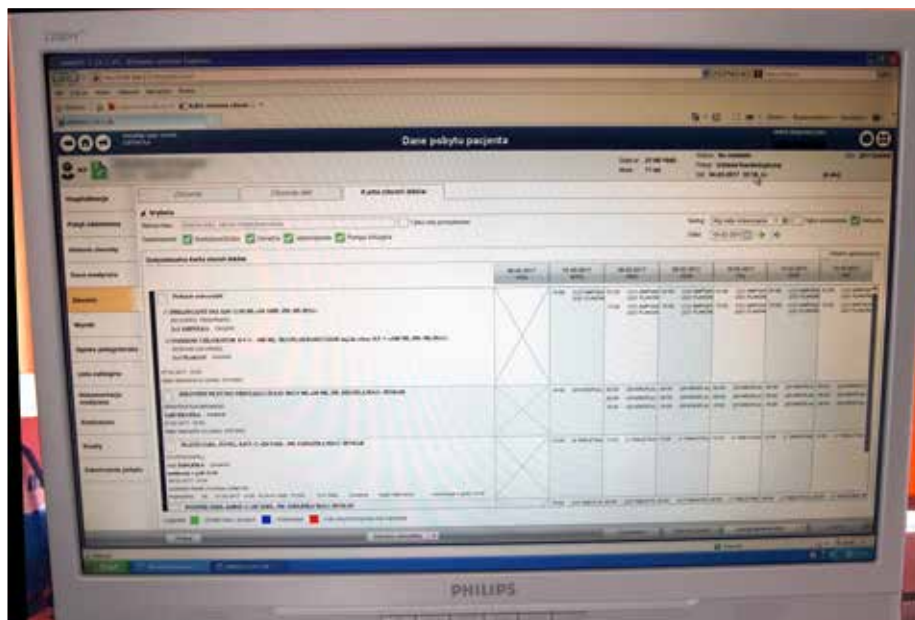
Szef szpitalnych informatyków dodaje, że Oddział Kardiologiczny z racji dużej liczby pacjentów, a także różnorodności form stosowanych leków (tabletki, pompy infuzyjne, krople) umożliwia dogłębne przetestowanie nowego systemu. – Jeśli więc uda się to w tak dużym oddziale, to potem takie rozwiązania można sukcesywnie wprowadzać w kolejnych. Nowy sposób wdrażamy bez pośpiechu, by nie wprowadzać rozwiązań, które będą potem sprawiać trudności – mówi Radostaw Kowalski. – Każdy oddział ma swoją specyfikę postaci

stosowanych leków, np. na okulistyce w użyciu są głównie krople, więc czeka nas przeliczanie dawek na tę objętość, z kolei oddział intensywnej terapii to przede wszystkim pompy infuzyjne i wlewy dożylnie. Nie można więc przyjąć jednego wzoru, który da się zastosować w każdym oddziale. Znaczenie ma też organizacja pracy uzależniona od charakteru oddziału – czy jest zachowawczy, czy zabiegowy.

Także Jolanta Szelkowska, pielęgniarka oddziałowa Oddziału Kardiologicznego uważa, że elektroniczne zlecenie leków powinno usprawnić pracę lekarzy i pielęgniarek m.in. przez likwidację możliwości pomyłek pisarskich, które zdarzają się przy wypełnianiu papierowych formularzy. – Choć na razie wciąż pracujemy nad jej synchronizacją, bo program komputerowy to tylko schemat, który musimy dostosować do potrzeb naszego oddziału. Staramy się, by stało się jak najszybciej – mówi. – Z naszych doświadczeń skorzystają inne oddziały naszego Szpitala, choć oczywiście każdy z nich ma nieco inną specyfikę, więc będą musiały same dopracować szczegóły.

Jak podkreśla dr Górny od nowego systemu nie ma odwrotu. – Jego walory zdecydowanie przeważają nad niedoskonałościami. Dlatego po wprowadzeniu w całym Oddziale Kardiologicznym, będzie stopniowo wdrażany w pozostałych oddziałach.

Przemysław Prais

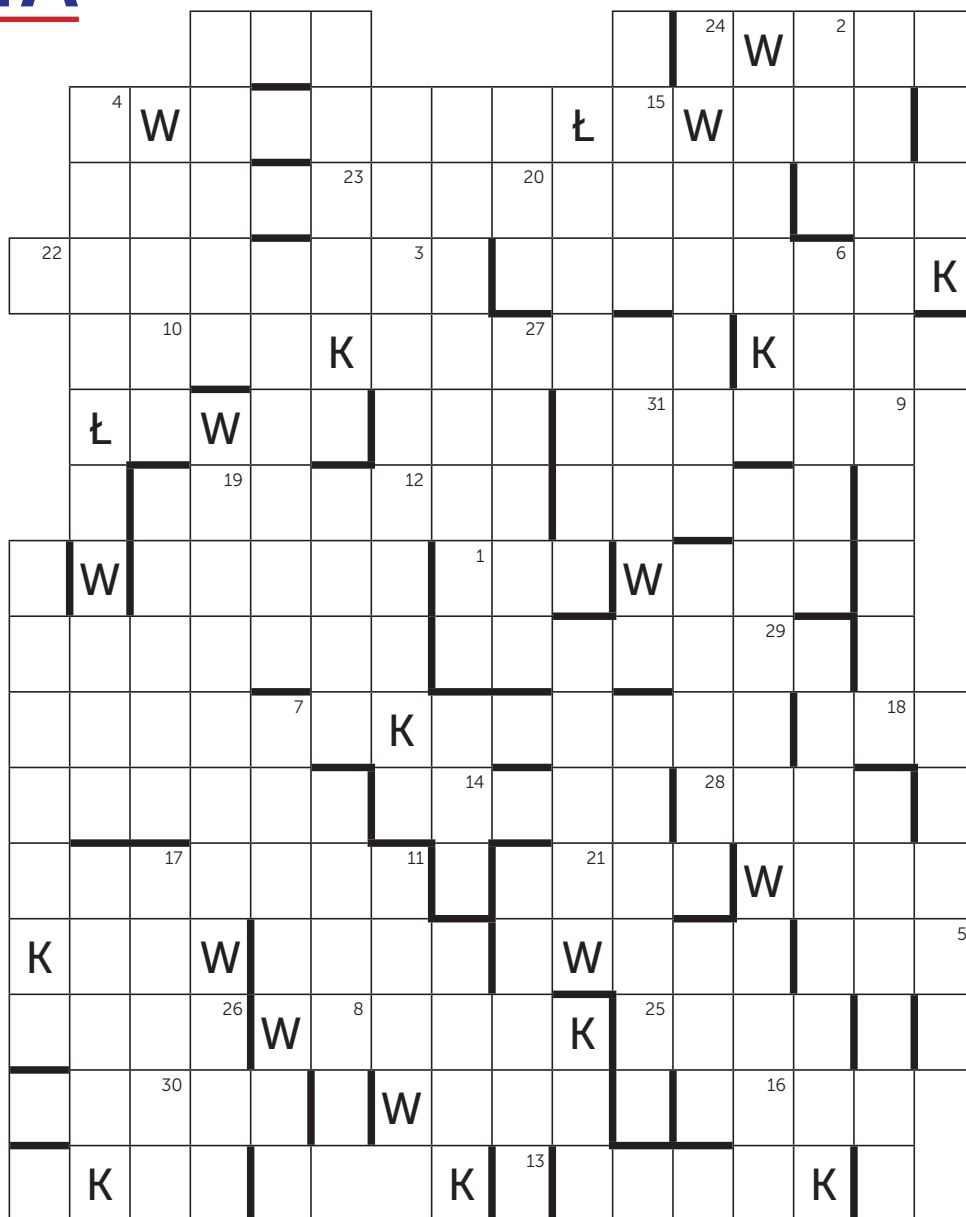


53 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienia 78 haseł podano w przypadkowej kolejności.
W diagramie ujawniono wszystkie litery: K, Ł i W. Na ponumerowanych polach ukryto 31 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Seneki.

Jerzy Badowski

- specjaliści chorób kobiet
- II, pokonany pod Hastings
- między Wolinem a Uznamem
- ukochana Jazona
- córka Burgunda
- partner Barbie
- ciężar
- kraj z Lome
- polska mistrzyni olimpijska w sprincie (1932)
- najwyższy szczyt Filipin
- imię Kwiatkowskiej
- najdłuższa rzeka świata
- angielski deszcz
- dar życia
- współpracuje z eryniami
- elastyczne wótkno na gorsety
- dawniej Korea Pn.
- 4-krotny mistrz olimpijski w rzucie dyskiem
- powiększona tarczycza
- III, gościł w Gnieźnie u Chrobrego
- w pochodzie z Ochotą i Pragą
- wygląd skóry twarzy
- książka Elsevierów
- ojciec Kadmosa i Europy
- łososiokształtna z dużymi tuskami
- takielunek
- mieszkanka kraju z Kabulem
- dynastia chińska (907-1125)
- lisia jama
- antygen zgodności tkankowej
- wyrzucenie trzonu kolumny doryckiej
- spod ciemnej gwiazdy
- stolica Górnej Austrii
- Don Vito
- Peczerska w Kijowie
- opiekun attajskich szamanów
- szał malajski
- między Gniewem a Pruszczem Gd.
- cierpienie, męczeństwo
- ...Widacka, artystka, patronka olsztyńskiej ulicy
- trzecia wyspa Balearów
- lotkowy bogacz
- amerykański obronny system raketowy
- helikopter
- cuchnący niezbyt nosa
- pod Kętrzynem, między Rydwągami a Wilkowem
- niemiecka Biedronka
- pracuje w kesonie
- między Zabrzem a Chorzowem
- talia lub krok w tańcu
- mieszkańcy kraju z Katmandu
- kopalne małpy wąskonosy
- niewód, neta i żak
- eksponat
- wyspa u zach. wybrzeży Irlandii
- nawóz z cyjanamidem wapnia
- ... must go on
- Putumayo
- obwódka



- kochała się w Narcyzie
- pokorne ssie podwójnie
- język w pd.-wsch. Nigerii
- mara
- miasto z Schalke 04
- na wodzie w Noc Świętojańska
- dał ci 50% genów
- ze stolicą w Cardiff
- nicienie, ludzkie pasożyty
- zdobył złote runo
- pistolet atrapa
- bezkręgowiec z rzęskami
- Zenon z Elei
- góry z Wichrenem
- ojciec Jafeta
- dawna stolica Macedonii
- najstarszy syn Noego
- na honorze lub obrusie
- pozytonowa emisyjna tomografia

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31									

Rozwiązanie krzyżówki nr 52 z poprzedniego Puls Szpitala (nr 53): „**Nic nie robić jest czasem dobrym lekarstwem**”. Nagrodę otrzymuje Ewa Molenda z Zakładu Bakteriologii. Gratulujemy! Nagroda do odebrania u Rzecznika Prasowego.

