Nr 2/2019 (7) październik 2019

Bezpłatne czasopismo

Twój lekarz

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej



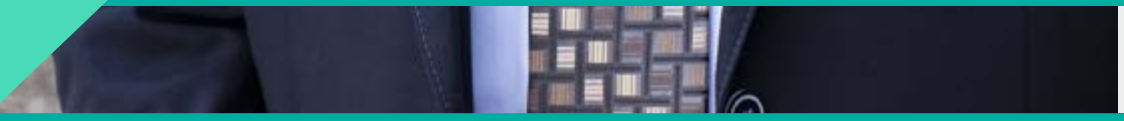
Transplantacja – **dar życia**

Grypa czy przeziębienie – prawidłowa diagnoza ma znaczenie

Cisi złodzieje – **choroby, o których nie wiemy**

Lekarze z potencjałem – rozmowa

z dr n. med. **Maciejem Kisielem**, ordynatorem Oddziału Urologicznego



Dobro Pacjenta Naszym Celem Nadrzędnym

Od **Redakcji**

Witamy!

Trzymacie Państwo w rękach najnowszy numer czasopisma „Twój lekarz”, który, tym razem, w sporej części poświęcony został zagadnieniom urologicznym. Przedstawimy Państwu zespół Oddziału urologicznego i „pomysły” na jego rozwój. To w tej części zapoznać się będzie można ze świadczeniami w nim realizowanymi i specjalistami, w których rękach jest zdrowie pacjentów.

Każdy poruszony temat i wydarzenie, które miały miejsce w WSzS, niosą ważne informacje dla każdego z osobna. Kobiety spodziewające się dziecka mogą przeczytać o cukrzycy w ciąży – jak ją leczyć i jak z nią funkcjonować. Rodzice małych dzieci – choć nie tylko – dowiedzą się jakich chorób można się nabawić podczas zwykłej zabawy na placu zabaw.

Szpital istnieje po to, aby leczyć i pomagać. Dlatego pochwalimy się, obecnym na Oddziale kardiologicznym, układem pozaustrojowego natleniania krwi (ECMO), zastępującym pracę serca i płuc. Zaproponujemy ofertę badań profilaktycznych związanych m.in. z wykrywaniem zmian osteoporotycznych. W skrócie opiszemy realizowany przez Szpital projekt epidemiologiczny – jego założenia, cele i korzyści jakie niesie ze sobą dla pacjentów – mieszkańców naszego regionu.

Okres jesienny sprzyja zachorowaniom na grypę, dlatego postaramy się opisać powagę tej choroby zakaźnej i jej konsekwencje.

Aby pacjenci byli zadowoleni z udzielanych świadczeń zdrowotnych, potrzebna jest wysoko wykwalifikowana kadra, o którą zarządzający Szpitalem zabiegają. Zachęcamy do zapoznania się z ofertą pracy w naszej instytucji.

Na temat bialskiego Szpitala wiele się mówi. Są to zarówno słowa uznania jak i krytyki. Szpital wielokrotnie poddawany jest różnorodnym kontrolom. W ubiegłym miesiącu zewnętrzna jednostka certyfikująca Q&R Polska Sp. z o.o. przeprowadziła audyt nadzoru, którego celem była ocena zgodności i skuteczności funkcjonującego w WSzS systemu zarządzania jako całości oraz spełnienia wymagań normy PN-ISO/IEC 27001, ISO 9001:2015, PN-EN ISO 14001:2015, PN- N 18001:2004, ocena zmian zachodzących w systemie zarządzania oraz ocena stosowania i wykorzystywania znaków certyfikacji i certyfikatów.

Zakres audytu w odniesieniu do zakresu certyfikacji obejmował: świadczenie usług medycznych w zakresie stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji, ratownictwa medycznego, diagnostyki i sterylizacji, a ocenie poddano procesy, komórki organizacyjne funkcjonujące w ramach zintegrowanego sytemu zarządzania. Zespół audytorów zewnętrznych pozytywnie ocenił audytowane obszary.

Zapraszamy do lektury
Redakcja



Od lewej: **Patrycjusz Stoma** – audytor wiodący; **Jolanta Seroczyńska** - Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych; **Jolanta Gregor** – Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością; **Agnieszka Wińska** – Dyżurna Pielęgniarka Koordynator; **Joanna Kozłowiec** - Z-ca Dyrektora ds. Rozwoju Szpitala; **Anna Ulińska** - audytor; **Dariusz Oleński** - Dyrektor WSzS; **Katarzyna Wójcicka** - audytor; **Paweł Chwaluk** - Z-ca Dyrektora ds. Medycznych

Spis **treści**

Aktualności

4 Szpital na plusie
6 Transplantacja - dar życia
8 Praca w bialskim Szpitalu
12 Cukrzyca ciążowa - co warto o niej wiedzieć

Nasz ośrodek

13 Rozwoju kardiologii ciąg dalszy...
14 Lekarze z potencjałem
16 Urologiczne warsztaty laparoskopowe
18 Bialska urologia uczy się...
20 Ultrasonografia endoskopowa

Okiem specjalisty

22 Grypa czy przeziębienie - prawidłowa diagnoza ma znaczenie
26 Higiena rąk chroni przed chorobami

Rozmowa z...

30 Inwestycja w mikrobiologię jest naszą wielką szansą

Nasze zdrowie

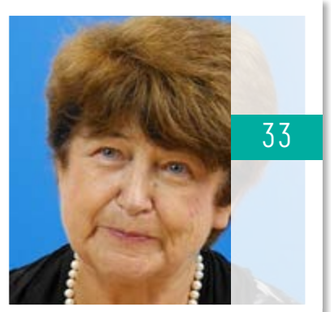
34 Cisi złodzieje - choroby, o których nie wiemy...
36 Poprawa bezpieczeństwa epidemiologicznego











Redakcja

Redaktor naczelny: Magdalena Us
Redakcja: **Marta Wójcik**
Adres Redakcji: ul. Terebelska 57-65, 21-500 Biała Podlaska
Wydawca: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
Opracowanie: Tomasz Tomaszewski, IRONteam Sp. z o.o.
Grafika i DTP: Piotr Zgorzelski
Druk: TOP DRUK Sp. z o.o., Sp.k., ul. Nowogrodzka 151a, 18-400 Łomża
Nakład: 3 000 egz.
E-mail: twojlekarz@szpitalbp.pl
Strona internetowa: www.szpitalbp.pl

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej

Szpital na plusie



Z wicemarszałkiem województwa lubelskiego **Dariuszem Stefaniukiem**, rozmawiała **Magdalena Us**

Obserwujemy bardzo niekorzystną sytuację w sektorze ochrony zdrowia. Placówki w naszym kraju mają problemy finansowe i kadrowe ale na mapie naszego województwa jest szpital nazywany perełką. Bialska placówka od lat uzyskuje wysoką ocenę pacjentów, wysokie noty instytucji zewnętrznych oraz dodatki wynik finansowy. Z pewnością jest to powód do dumy dla władz województwa?

Mówienie o długach szpitali w naszym województwie, a szczególnie tych lubelskich, przyprawia o gęsią skórkę. Te olbrzymie kwoty kontrastują z wynikiem bialskiego Szpitala, który nie dość, że straty nie posiada, to w dodatku może pochwalić się wypracowanym zyskiem. Jest to niewątpliwy sukces i powód do dumy od wielu lat, zarówno dla mieszkańców Białej Podlaskiej, jak również całego województwa. Jako rodowity bialczanin jestem podwójnie szczęśliwy z tego faktu.

Choroby onkologiczne, obok chorób układu krążenia są główną przyczyną zgonów w Polsce. Szpital w Białej Podlaskiej, chcąc wyjść naprzeciw zapotrzebowaniu lokalnej społeczności rozpoczął budowę pawilonu onkologicznego. Ogromna inwestycja, pod nazwą Bialska Onkologia, w przyszłości będzie służyć mieszkańcom naszego miasta i ościennych miejscowości.

Jest to tylko potwierdzenie sukcesu, jaki osiągnęła bialska placówka. Co najważniejsze, nikt tutaj nie myślał o spoczywaniu na laurach. Dowodem tego są kolejne inwestycje, które będziemy chcieli również wspierać jako Urząd Marszałkowski. Wśród naszych poprzedników istniało przekonanie, że skoro Szpital w Białej Podlaskiej tak dobrze sobie radzi, to nie ma konieczności dofinansowania jego działalności. Chcemy zmienić te podejście, bo uważamy, że wsparcie kolejnych inwestycji to również nagroda za skuteczną działalność.

Już teraz specjaliści bialskiego Szpitala korzystają z nowoczesnych technik i sprzętu, które są innowacyjne w skali kraju. W zakresie chorób nowotworowych nie sposób nie wspomnieć o czepkach onkologicznych, dzięki którym pacjenci placówki mogą w komfortowy sposób korzystać z chemioterapii bez negatywnych skutków w postaci utraty włosów. Bialski Szpital jest pierwszym w województwie i nielicznym w kraju, który może pochwalić się takim wyposażeniem.

To zrozumiałe, że za dobrym wynikiem finansowym idzie również nowoczesna myśl technologiczna. Im bardziej swobodna jest sytuacja ekonomiczna placówki, tym większa możliwość inwestowania w nowatorskie rozwiązania. Zwłaszcza jeśli w grę wchodzi tak duży problem, który jest dobrze znany osobom cierpiącym na nowotwory. Oczywiście mówimy o kwestiach nie tylko estetycznych ale przekładających się na stan psychiczny chorych osób. Jeśli można wyeliminować problem wypadania włosów w trakcie chemioterapii, to jest to doskonała wiadomość.

Warto zwrócić uwagę na międzynarodowy charakter współpracy placówki. Specjaliści i kadra zarządzająca z takich krajów jak Francja, Białoruś, Ukraina, Kazachstan, Islandia i Japonia, wizytuje bialski Szpital i podpatruje rozwiązania w organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce na przykładzie tej placówki. To bardzo ważny czynnik działalności medycznej i organizacyjnej Szpitala.

Szczególnie współpraca z japońskimi lekarzami wydaje się informacją, działającą na naszą wyobraźnię. Jestem przekonany, że takie „podpatrywanie" medycyny z perspektywy różnych krajów dokonuje się dwustronnie i przyniesie doskonałe rezultaty. Chodzi przede wszystkim o usprawnienie pracy i wprowadzenie pewnych reguł, które poza granicami naszego kraju są już jakąś oczywistością. Z drugiej strony bialska placówka oczywiście może się pochwalić świetnymi wynikami i dlatego przyciąga uwagę innych szpitali, również tych za granicą. Połączenie dobrego zarządzania finansami szpitalnymi z dobrą organizacją pracy to przepis na sukces, który dokonał się tutaj w przeciągu kilkunastu lat za sprawą **Dariusza Oleńskiego** oraz zespołu ludzi, którymi się otoczył.



Już w październiku w bialskim Szpitalu odbędzie się jubileuszowa edycja Polsko-Białoruskiego Szczytu Zdrowia. To dodatkowy atut międzynarodowej współpracy placówki. Nasi sąsiedzi zza wschodniej granicy bardzo chętnie współuczestniczą w budowaniu relacji pomiędzy Szpitalami. Potwierdzeniem są wspólnie realizowane projekty transgraniczne.

Bardzo dobrze się dzieje, że potrafimy wykorzystać położenie przygraniczne do budowania dobrych relacji z sąsiadami. Jeszcze jako prezydent Białej Podlaskiej, a teraz już jako wicemarszałek województwa, mogę zapewnić, że nasi wschodni sąsiedzi są bardzo otwarci na współpracę. Są tego pozytywne efekty w postaci licznych inwestycji, również tych realizowanych w Białej Podlaskiej. Działając wspólnie możemy osiągnąć więcej.

Również za mojej prezydentury odbyły się dwie owocne i jedyne, jak dotąd, wizyty Ministra Zdrowia w bialskim Szpitalu – jedna właśnie przy okazji szczytu polsko-białoruskiego. Obecność **Konstantego Radziwiłła** w znaczny sposób podniosła rangę tego wyjątkowego wydarzenia. Przy tej okazji minister zakomunikował o utworzonej sieci szpitali.

Dokładnie pięć lat temu bialski Szpital został uhonorowany tytułem „Ambasadora Województwa Lubelskiego". To wielka nobilitacja dla placówki ochrony zdrowia. Jak z perspektywy organu właścicielskiego postrzega Pan takie wyróżnienie?

Powtórzę formułkę o dumie i perełce naszego regionu i województwa. Mówię to z uśmiechem, bo pewnie słyszycie Państwo takie słowa bardzo często. Jednak cóż można więcej powiedzieć – jesteśmy bardzo dumni i – tak jak zaznaczyłem wcześniej – to nie oznacza, że zostawiamy dobrze radzący sobie Szpital samemu sobie. Chcemy wziąć udział w ważnym projekcie, jakim jest budowa Bialskiej Onkologii. Wsparcie Urzędu Marszałkowskiego nie może się ograniczać do przecinania wstęg czy wmurowania kamienia węgielnego. Prawdziwą esencją każdej inwestycji jest wsparcie finansowe i takiego na pewno nie odmówimy.



Transplantacja – dar życia

Autor: **Marta Wójcik**



Pod takim hasłem odbyła się w bialskim Szpitalu konferencja transplantologiczna. Przedsięwzięcia takie są niezbędne, bo jak wskazują dane statystyczne, ludzi potrzebujących przeszczepu jest znacznie więcej niż potencjalnych dawców.

Konferencja odbyła się pod patronatem Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „POLTRANSPLANT". Centrum to jest ośrodkiem skupiającym wszelkie informacje dotyczące transplantacji tj. listy oczekujących na przeszczep poszczególnych narządów, ilość wykonanych przeszczepów w minionych latach, aktywność ośrodków mających potencjał do pozyskiwania dawców, itd. Ponieważ chorych każdego dnia przybywa, a dawców brakuje organizowane są rożnego rodzaju akcje, mające uświadamiać o potrzebie oddania narządów po śmierci i przybliżać tę ideę społeczeństwu. Tym razem przede wszystkim środowisku medycznemu. Podczas swojego wystąpienia dr hab. n. med. Jarosław Czerwiński z Poltransplantu powiedział – Przyjechaliśmy tu, aby Państwa czynnie zaangażować, w to co w medycynie transplantacyjnej jest kluczem do dawstwa narządów, bo bez nich nie ma przeszczepów. Chcę, aby dyrekcja i włodarze tego Szpitala wiedzieli, że podobnie jak 400 innych szpitali w Polsce, macie swoje zadania w tym obszarze.

Spotkanie było skierowane do środowiska medycznego, ponieważ to ono w momencie pojawienia się potencjalnego dawcy ma największy wpływ na pozyskanie jego narządów. To właśnie lekarz, który informuje rodzinę o śmierci pacjenta, ma największą wiedzę i jest w stanie rozwiać wszelkie wątpliwości, jakie mogą się nasunąć bliskim. Od momentu pojawienia się potencjalnego dawcy, do momentu rzeczywistego pobrania narządów mija od kilku godzin do kilku dni. Jest to czas dla rodziny (rozmowy z lekarzem, duchownym) oraz czas, kiedy trzeba przeprowadzić serię badań pozwalających stwierdzić śmierć mózgu. Zagadnienie to starał się wyjaśnić Jerzy Paluszkiewicz, koordynator transplantacyjny ze Szpitala w Białej Podlaskiej - Śmierć mózgu to etap, w którym dochodzi do dezintegracji, rozpadu wszystkiego, co jest w naszej głowie, a my musimy ją rozpoznać, kiedy jeszcze bije serce. Jak przekonać społeczeństwo do tego że, pomimo bicia serca, mózg już nie funkcjonuje i jako lekarze uważamy, że człowiek już nie żyje. Nasi przeciwnicy są zdania, że rozpoznanie śmierci człowieka na podstawie rozpoznania śmierci mózgu jest nieuzasadnione z naukowego i praktycznego punktu widzenia. My, którzy się tym tematem zajmujemy, uważamy, że jednak jest to uzasadnione. Śmierć mózgu oznacza śmierć człowieka.

Na potwierdzenie prof. Sławomir Rudzki z I Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywieniowego UM w Lublinie dodaje - Diagnostyka śmierci mózgu jest przeprowadzana bardzo precyzyjnie. Jeżeli postępujemy zgodnie z instrukcją, nie ma możliwości popełnienia błędu. Rozpoznawanie śmierci mózgu jest bardzo rygorystyczne i wszystkie warunki muszą być spełnione, żeby można było przeprowadzić badanie.



Prelegenci zwracając się do lekarzy, kierowników, koordynatorów transplantacyjnych apelowali, aby nie unikać wszczynania procedury kwalifikującej zmarłego jako potencjalnego dawcy.

W ciągu roku, w bialskim Szpitalu, odbywają się 2-3 pobrania, czyli tyle rodzin, znając wolę zmarłego, wyraża zgodę na pobranie narządów. Od każdego z nich średnio pobiera się ich około 5. I to właśnie tylu osobom można uratować zdrowie i życie. O tym jak bardzo ważne są te dary, najlepiej wiedzą osoby po przeszczepie. - W swoim życiu przeżyłem 3 przeszczepy. W 1999 roku przeszedłem przeszczep, który mam do dzisiaj. Moje życie jest właściwie normalne, pracuję, jeżdżę co kilka miesięcy na badania. Żartobliwie powiem, że czasem o nich zapominam, ale to tylko świadczy o tym, że dzięki nowej nerce dobrze się czuję. Codziennie też muszę przyjmować leki, ale po tylu latach jest to dla mnie czymś zupełnie normalnym – opowiada Paweł Cydejko. Stan ten potwierdził prof. Rudzki - Dane wskazują, że wyniki przeszczepiania nerek w naszym kraju są lepsze niż np. w Stanach Zjednoczonych. Nasi pacjenci dłużej żyją. Jest tak m.in. dlatego, że mamy świetnie zorganizowaną opiekę potransplantacyjną. Jednak nie ma przeszczepiania narządów bez ich pobierania.

Na konferencji wystąpili:

- dr hab. n. med. **Jarosław Czerwiński** z Centrum Organizacyjno–Koordynacyjnego ds. Transplantacji „POLTRANSPLANT" z wykładem „Systemy jakości medycyny transplantacyjnej w Polsce";
- lek. med. **Jerzy Paluszkiewicz** z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej - „Rozpoznawanie śmierci mózgu";
- przedstawiciele I Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywieniowego UM w Lublinie:
- prof. dr hab. n. med. **Sławomir Rudzki** - „Organizacja pobierania i przeszczepiania narządów w Polsce";
- mgr **Magdalena Martyniuk** - „Rozmowa z rodziną potencjalnego dawcy";
- dr **Adam Alzubedi** - „Komunikacja w transplantologii";
- dr **Jacek Furmaga** - „Statystyczne dokonania i możliwości polskiej transplantologii";
- **Paweł Cydejko** - pacjent po przeszczepie.





Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej jest jednym z siedmiu szpitali rangi wojewódzkiej i jednocześnie największym centrum diagnostyczno-leczniczym północnej części województwa lubelskiego. Specjalistyczną opieką obejmuje ludność całego rejonu czyli około 380 tys. mieszkańców. Świadczenia zdrowotne udzielane są w systemie hospitalizacji, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz w ramach stacjonarnej pomocy doraźnej.

Praca w bialskim Szpitalu

Autor: mgr **Emilia Osak**, z-ca kierownika Działu Służb Pracowniczych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej.

Średniorocznie w naszym Szpitalu hospitalizowanych jest ponad 33 tys. pacjentów, a liczba udzielanych porad specjalistycznych wynosi około 120 tys. Tak efektywne wyniki możemy osiągnąć dzięki znakomitemu zapleczu medycznemu i infrastrukturze Szpitala, która obejmuje 20 oddziałów specjalistycznych, w tym Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izbą Przyjęć i Zespół Poradni Specjalistycznych. Oddziały szpitalne wraz z oddanym w kwietniu 2017 roku Ośrodkiem Opieki Medycznej „Domowy Szpital" liczą 717 łóżek.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej systematycznie się rozwija. W ostatnich latach oddano do użytkowania budynek Centrum Dydaktyczno – Administracyjnego, w którym zlokalizowany jest nowoczesny trzygwiazdkowy hotel, skrzydło administracyjne i kompleks Zespołu Rehabilitacji Leczniczej. Tuż obok budynku głównego Szpitala wyniesiono Centrum Chorób Zakaźnych i Ftyzjopulmonologicznych. Niezwykłym osiągnięciem jest powstanie wspomnianego wcześniej Ośrodka Opieki Medycznej „Domowy Szpital", który zwyciężył w kategorii „Obiekty Zdrowia" XVII edycji prestiżowego konkursu o „Kryształową Cegłę", którego organizatorem jest Polskie Towarzystwo Mieszkaniowe w Lublinie. „Domowy Szpital" doskonale wpisuje się w nowoczesne podejście do opieki nad osobami starszymi, zapewniając im specjalistyczną opiekę medyczną i terapeutyczną.

Ostatnie lata w historii Szpitala to również udział w międzynarodowych projektach, m.in. Rozwój pomocy kardiologicznej dla ludności Polski i Białorusi w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Polska-Białoruś-Ukraina 2007–2013. W chwili obecnej nasza placówka poszerza zakres swojej działalności, realizując ambitne cele naukowe dzięki współpracy z placówkami zagranicznymi na Białorusi, w Kazachstanie, we Francji i w Japonii oraz realizując takie projekty jak „Koordynowana Opieka nad Matką i Dzieckiem" czy „KOS – zawał".

W XV, jubileuszowej, edycji rankingu „Bezpieczny Szpital" 2018 organizowanym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia we współpracy z dziennikiem "Rzeczypospolita" nasz Szpital zajął 1 miejsce. Ponadto w 2017 roku w nowej kategorii tego konkursu „Sieć szpitali – poziom III" Szpital zajął 2 miejsce w kraju.

Takie osiągnięcia w skali ogólnopolskiej dają dużą motywację do jeszcze większego rozwoju placówki, czego dowodem jest planowane na 2020 rok otwarcie nowoczesnego ośrodka „Bialska Onkologia". W budynku będzie funkcjonował Oddział onkologii klinicznej - 54 łóżka, Oddział hematologii - 25 łóżek, Oddział chemioterapii jednego dnia - 20 stanowisk. Budynek wyposażony zostanie w nowoczesne urządzenia, takie jak rezonans magnetyczny 3T, videogastroskopy i videokolonoskopy wysokiej rozdzielczości, ultrasonograf. Zostanie utworzona m.in. Pracownia endoskopowa układu pokarmowego z 5 gabinetami zabiegowymi oparta na doświadczeniach endoskopowych specjalistów japońskich, Pracownia immunofenotypowa oraz Pracownia cytostatyczna. Powstanie również Zakład medycyny nuklearnej z Pracownią radiofarmaceutyków.

> Wszystkie osiągnięcia naszego szpitala to przede wszystkim zasługa naszych pracowników, którzy swoimi kwalifikacjami i doświadczeniem zawodowym zapewniają wysoki poziom świadczonych usług.

Patrząc na tak liczne osiągnięcia można stwierdzić bez wahania, że bialski Szpital w pełni wpisuje się w swoją misję, która brzmi „Dobro pacjenta – naszym celem nadrzędnym".

W związku z dynamicznym rozwojem Szpitala chcielibyśmy zaprosić do współpracy:

- Ginekologów do pracy w Oddziale ginekologiczno-położniczym i/lub na dyżury,
- Anestezjologów do pracy w Oddziale anestezjologii i intensywnej terapii i/lub na dyżury,
- Lekarzy wykonujących badania endoskopowe do pracy w Centralnej pracowni endoskopii,
- Internistów do pracy w Oddziale chorób wewnętrznych i/lub na dyżury,
- Chirurgów do pracy w Poradni chirurgicznej,
- Ortopedów do pracy w Poradni ortopedycznej i/lub w Oddziale urazowo-ortopedycznym,
- Neurologów do pracy w Poradni neurologicznej i/lub na dyżury w Oddziale neurologicznym z pododdziałem udarowym,
- Onkologów do pracy w Oddziale onkologii klinicznej i hematologii i Poradni onkologicznej
- Lekarzy specjalistów na dyżury w obszarze zabiegowym i internistycznym Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,
- Neonatologów do pracy w Oddziale neonatologicznym.

Do rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych i sprawowania opieki nad pacjentem, udzielania choremu pomocy w stanie zagrożenia życia, współpracy z członkami zespołu terapeutycznego i realizacji zleceń lekarskich w procesie zapobiegania, diagnozowania, terapii, rehabilitacji i pielęgnowania chorych zapraszamy do współpracy personel pielęgniarski i położniczy.

Celem uzyskania dalszych informacji dotyczących przedstawionej propozycji współpracy, prosimy o kontakt pod nr tel. **(83) 41 47 228** lub adres e-mail: **rekrutacja@szpitalbp.pl**

Zapraszamy także do odwiedzenia naszego Szpitala, przedstawimy Zespół, Szpital oraz możliwości pracy i rozwoju!

lek. med. **Sebastian Wójcik**

specjalista medycyny ratunkowej i kardiologii,
starszy asystent w Oddziale kardiologicznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej,

Dyrektor ds. Lecznictwa w Stacji Pogotowia Ratunkowego SPZOZ w Białej Podlaskiej



Kiedy zaczynałem pracę w zawodzie lekarza, bardzo trudno było dostać pracę w szpitalu. Nie wiedzieć czemu, szpitale zdawały się nie potrzebować młodych lekarzy. O przyjęcie do szpitala starałem się kilka lat. Teraz sytuacja jest odwrotna, szpital potrzebuje młodych lekarzy a na rynku pracy jest ich za mało. Poza nowoczesnym sprzętem i wprowadzaniem najnowszych specjalistycznych procedur, inwestycja w zwiększenie kadry lekarskiej i pielęgniarskiej jest najważniejszym elementem rozwoju każdego szpitala. Kierownictwo naszego Szpitala rozumie tę zależność, dlatego starania w tym kierunku są prowadzone szeroko, mimo dużych problemów z tym związanych. Jeżeli o mnie chodzi, to całe moje życie zawodowe związane było z naszym Szpitalem. Wcześniej, z konieczności, pracowałem w innych miejscach, takich jak ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej czy pogotowie ratunkowe. Jednak to dzięki pracy w Szpitalu czułem się najbardziej spełniony zawodowo. Początkowo udało mi się dostać pracę w Oddziale ratunkowym i rozpocząć specjalizację w tej dziedzinie – etat rezydencki to była jedyna droga na zdobycie pracy w szpitalu w tamtym okresie. Przed ukończeniem szkolenia pracowałem na rocznym kontrakcie w Wielkiej Brytanii w szpitalach w Leeds i Liverpoolu. Odbywało się to oczywiście za porozumieniem z naszym Szpitalem, do którego chciałem powrócić po kontrakcie. I tak też się stało. Po powrocie zdałem egzamin z medycyny ratunkowej i rozpocząłem pracę w nowo powstałym Oddziale kardiologii inwazyjnej. Kolejne roczne szkolenie odbywałem w Szpitalu MSWiA w Warszawie, gdzie uczyłem się kardiologicznych zabiegów inwazyjnych. Ukończyłem drugą specjalizację, zdając egzamin z kardiologii i obecnie już dwunasty rok pracuję w tym oddziale. Doświadczenia w medycynie ratunkowej pomagają mi w pełnieniu funkcji Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa w Stacji Pogotowia w Białej Podlaskiej. Kilka miesięcy temu rozpocząłem też szkolenie w Centrum Leczenia Udarów w Grodzisku Mazowieckim. Dotyczy ono leczenia niedokrwiennych udarów mózgowych metodą inwazyjną czyli tzw. trombektomii mechanicznej, która jest bardzo skuteczną metodą leczenia tej jednostki chorobowej.

Do tej pory mieliśmy do zaproponowania pacjentom tylko leczenie zachowawcze – podanie leków trombolitycznych. W ostatnim roku szesnaście szpitali przyłączyło się do pilotażu w leczeniu udarów tą metodą. Wychodzimy naprzeciw możliwościom wprowadzania najskuteczniejszych metod leczenia i pozostaje mieć nadzieję, że w niedługim czasie będziemy mogli leczyć w ten sposób także naszych pacjentów.



lek. med. **Jakub Jurkowski**

lekarz stażysta w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej



Bardzo pozytywnie oceniam dotychczas spędzony tutaj okres stażu podyplomowego. Jak zapewne większość lekarzy stażystów, tak i ja odczuwałem pewną obawę przed tym, co mnie czeka, jak zostanę przyjęty przez grono starszych, doświadczonych kolegów i koleżanek lekarzy. Na forach internetowych nietrudno natrafić na niezadowolonych stażystów z innych Szpitali, którzy niezbyt miło wspominali spędzony tam czas. Jedni czuli się jak 'piąte koło u wozu', inni jak 'pomoc biurowa'. Na szczęście moje obawy okazały się bezzasadne. Na oddziałach, które już zdążyłem odwiedzić byłem przyjmowany bardzo ciepło, wszyscy byli otwarci i chętnie udzielali pomocy gdy o nią prosiłem. Chętnie też dzieli się swoją wiedzą i doświadczeniem zawodowym. Wiele mogłem zobaczyć, zrobić, wiele się nauczyłem. Serdecznie polecam ten Szpital.



Cukrzyca ciążowa –

co warto o niej wiedzieć

Autor: **Marta Wójcik**

Pod takim hasłem odbyło się, skierowane do kobiet w ciąży, spotkanie zorganizowane przez AWF i Wojewódzki Szpital Specjalistyczny. Zaproszona na nie została grupa ekspertów, którzy odpowiadali na pytania zainteresowanych.



Pierwsza część spotkania została przeznaczona na wykłady, które pozwoliły wprowadzić w tematykę i przybliżyć zagadnienie cukrzycy w ciąży.

Zebranie specjalistów w jednym miejscu było okazją, do zadawania pytań i uzyskania na nie informacji. Wśród nich znaleźli się m.in. lekarz Oddziału ginekologiczno-położniczego **Łukasz Szeszko**, położne – **Małgorzata Smędra** i **Marzena Bessaraba**. Ponieważ podejście psychologiczne jest bardzo ważnym aspektem radzenia sobie z tą dolegliwością na spotkaniu nie mogło zabraknąć psychologa - **Anny Turosz** oraz diabetologów **Anny Ławnik**, **Ewy Targońskiej – Piekutowskiej** i **Moniki Lenart – Lipińskiej** pracującej na co dzień w Klinice endokrynologii w Lublinie.

Zaproszeni goście opowiedzieli, co kobiety będące w ciąży powinny wiedzieć o cukrzycy. Mówiono o cukrzycy ciążowej i cukrzycy w ciąży – dwóch bardzo różnych pojęciach, konsekwencjach hiperglikemii w ciąży, jak rozpoznać ten problem w ciąży oraz jak dobrze leczyć i na czym to leczenie polega. Przybliżony został w pierwszej kolejności aspekt żywienia, wysiłku fizycznego i ostatecznie konieczności wprowadzenia leczenia farmakologicznego.

Biorące udział w spotkaniu panie, przy specjalnie utworzonym stoisku, mogły zmierzyć sobie poziom cukru.

Ciąża powikłana cukrzycą jest ciążą podwyższonego ryzyka, więc pacjentka powinna szczególnie kontrolować stan swojego zdrowia. Pomocne w tym są różne programy, w których pod okiem diabetologa, trenera ciężarna zdrowo się odżywia, uprawia dostosowane do siebie ćwiczenia czy też kontroluje poziom glukozy we krwi. Eksperci zachęcali do korzystania z aplikacji na telefon bardzo ułatwiających dobór odpowiednich produktów żywieniowych oraz szczegółowo podpowiadających, jakie produkty są lub nie są odpowiednie na daną porę dnia (np. rano nie powinno się spożywać mleka). Nawyki żywieniowe wprowadzone podczas ciąży, również po porodzie dają dobre rezultaty. Kiedy przyzwyczaimy się do nich przez kilka miesięcy ciąży, to już trudno je zmienić na te gorsze.

Sporo miejsca zostało poświęcone aspektowi ćwiczeń, ruchu i wysiłku podczas ciąży. Ćwiczenia w ostatecznym efekcie mają również przygotować do trudów i wysiłku przy porodzie. Wysiłek podejmowany podczas porodu równa się wysiłkowi wykonywanemu przez maratończyka. Przebiegnięcie 42150 m daje taki efekt mięśniom kobiety. Opinię tą potwierdzają położne mówiąc, iż jest ogromna różnica pomiędzy zachowaniami pacjentek uczestniczących w zajęciach szkoły rodzenia lub przygotowanych przez ćwiczenia fizyczne, a niewprawionymi i nieprzygotowanymi na wysiłek fizyczny. Aczkolwiek bardzo ważne jest również odpowiednie zrozumienie i współpraca z położną na sali porodowej.

Rozwoju kardiologii

ciąg dalszy...

Autor: **Magdalena Us**

Oddział to...

- **60** łóżek szpitalnych
- **11** miejsc w salach intensywnej opieki kardiologicznej.
- **2** Pracownie hemodynamiczne,
- **1** Pracownia wszczepiania stymulatorów serca,
- **1** Pracownia echokardiografii (w tym przezprzełykowej)
- **1** Pracownia elektrofizjologii serca do wykonywania ablacji serca.

Jednocześnie Oddział kardiologiczny rozwija się również w rozumieniu wykonywania kolejnych procedur medycznych. Chodzi o możliwość wykonywania krążenia pozaustrojowego.

ECMO czyli...

ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) to nowoczesny system pozaustrojowego utlenowania krwi oraz wspomagania krążenia stosowany u pacjentów w skrajnie ciężkim stanie. System może przez pewien czas zastąpić pracę płuc i/lub serca. System ECMO składa się z pompy, oksygenatora membranowego, czujników ciśnień i temperatury oraz układu drenów. Pełnią one funkcję czasowej, pozaustrojowej protezy płuc i/lub serca. Najczęstsze wskazania do prowadzenia terapii ECMO u dorosłych to ciężka niewydolność krążeniowo-oddechowa w przebiegu zapalenia płuc o etiologii wirusowej, ARDS (zespół ciężkiej niewydolności oddechowej) oraz wstrząs kardiogenny (np. w przebiegu zawału serca lub zapalenia mięśnia sercowego). Podstawowym kryterium, jakie decyduje o zastosowaniu ECMO jest potencjalna odwracalność procesu, który doprowadził do niewydolności serca lub płuc. ECMO zastępuje pracę płuc i/lub serca do czasu, aż nastąpi poprawa funkcji tych narządów. Czas wspomagania może wynosić od kilku dni do kilku tygodni.

W większości przypadków stosuje się ECMO żylno-żylne, w którym krew pobiera się i oddaje do układu żylnego – ten wariant umożliwia wspomaganie wyłącznie oddychania. U pacjentów wymagających wspomagania nie tylko oddychania, ale także krążenia, stosuje się ECMO żylno-tętnicze.

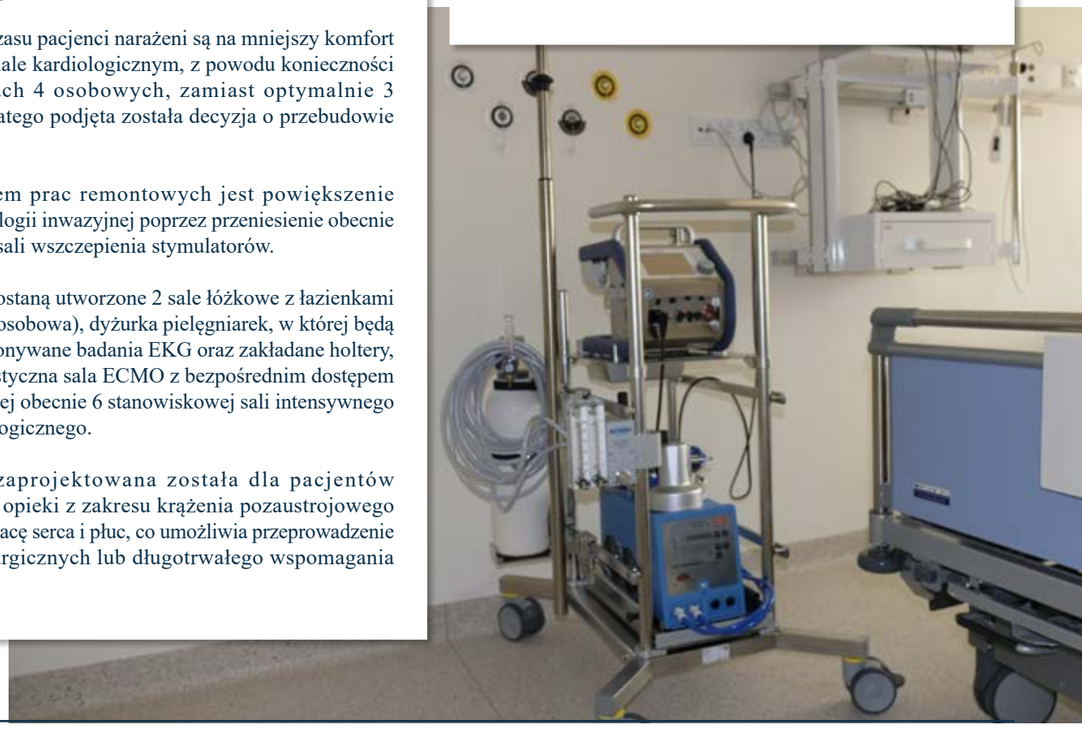
Ważny jest komfort

Od dłuższego czasu pacjenci narażeni są na mniejszy komfort pobytu w Oddziale kardiologicznym, z powodu konieczności pobytu w salach 4 osobowych, zamiast optymalnie 3 osobowych. Dlatego podjęta została decyzja o przebudowie oddziału.

Głównym celem prac remontowych jest powiększenie Oddziału kardiologii inwazyjnej poprzez przeniesienie obecnie funkcjonującej sali wszczepienia stymulatorów.

W jej miejscu zostaną utworzone 2 sale łóżkowe z łazienkami (2-osobowa i 4-osobowa), dyżurka pielęgniarek, w której będą mogły być wykonywane badania EKG oraz zakładane holtery, a także specjalistyczna sala ECMO z bezpośrednim dostępem do funkcjonującej obecnie 6 stanowiskowej sali intensywnego nadzoru kardiologicznego.

Sala ECMO zaprojektowana została dla pacjentów wymagających opieki z zakresu krążenia pozaustrojowego zastępującego pracę serca i płuc, co umożliwia przeprowadzenie zabiegów chirurgicznych lub długotrwałego wspomagania oddychania.



Rozmawiała **Marta Wójcik**

Lekarze z potencjałem

Najlepszą formą nauki zawodu jest praktyczne jego wykonywanie. Doskonale wiedzą o tym kierujący szpitalnymi oddziałami, których zadaniem jest przygotowanie młodych lekarzy do samodzielnej pracy. Takie właśnie podejście realizowane jest na Oddziale urologicznym WSzS.



dr n. med. **Maciej Kisiel**, ordynator Oddziału urologicznego, specjalista urologii, FEBU

Oddział urologiczny bialskiego Szpitala ma w sobie duży potencjał. Nie bez przyczyny szef Oddziału został powołany przez Dyrekcję na Głównego lekarza ds. medycyny zabiegowej. Z czym wiąże się pełnienie tej funkcji?

Zgodnie z zakresem obowiązków moi zadaniem jest wyznaczanie kierunków rozwoju oddziałów zabiegowych, koordynacja pracy lekarzy zabiegowych podczas przebudowy bloku operacyjnego i funkcje doradcze, rozwiązywanie bieżących problemów zleconych przez kierownika placówki dotyczących spraw medycyny zabiegowej, w tym konsultacje co do sprzętu oraz uczestnictwo w wyznaczonych konsyliach i rozstrzyganie problemów spornych.

Każdego roku lekarze Oddziału urologicznego wyjeżdżają na szkolenia. Tym razem to do Państwa przyjeżdżają najlepsi specjaliści, aby dzielić się swoją wiedzą.

Organizacją kursów zajmuję się od kilkunastu lat. Są to kursy dla lekarzy zarówno komercyjne, jak i zupełnie bezpłatne. Na tych spotkaniach zawsze kładę duży nacisk na aspekt praktyczny. Zwykle są to warsztaty, unikamy raczej konferencji. Kursy są kierowane do specjalistów, którzy chcą pogłębić swoją wiedzę praktyczną oraz początkujących lekarzy, którzy chcą zacząć swoją ścieżkę kariery w urologii.

Przynosi to efekty, ponieważ podczas jednego z kursów „nasza" pani doktor Amelia Rygiel została pochwalona, a operator zdziwił się, że nigdy nie wykonywała takich zabiegów.

Tak. Nasi lekarze, którzy zaczynali specjalizować się w bialskim Szpitalu, bardzo szybko nabywali umiejętności praktyczne. Staram się kłaść na to duży nacisk, żeby jak najszybciej wdrażać ich do operatywy i jestem z nich bardzo zadowolony. Robią wielkie postępy. W porównaniu z urologami, rezydentami z różnych części Polski, wypadają naprawdę bardzo dobrze.

Podczas spotkań prezentowany jest również najnowszy sprzęt używany podczas operacji. Czy na co dzień mają Państwo możliwość pracowania na takim sprzęcie, czy może spotkania te są wyjątkową okazją do pracy na nim?

Dzięki dobrym kontaktom z firmami oferującymi nasze, nazwijmy to, narzędzia pracy, które prezentujemy podczas warsztatów, zostają u nas. Pacjenci, którzy się tu leczą oraz, oczywiście, lekarze mogą z nich korzystać na co dzień. Sprzęt, który nie jest na stałym wyposażeniu Oddziału urologii, przyjeżdża rzeczywiście tylko na kursy, ale ponieważ odbywają się one, w zasadzie, w cyklach dwu, trzy miesięcznych, mamy możliwość korzystania z najnowocześniejszych urządzeń bez konieczności kupowania ich. Poza wspomnianymi przypadkami, Oddział urologiczny posiada również zakupiony własny sprzęt, właściwy dla naszych potrzeb.

Grupa szkolących się nie jest duża i pojawiają się na niej osoby z różnych szpitali.

Tak. Taka jest idea naszych kursów, aby były to kursy ogólnopolskie, realizowane w małych grupach. Chcemy aby delegaci, którzy przyjeżdżają z rożnych szpitali skorzystali jak najwięcej. Nie ukrywam też, że chcemy, aby powiedzieli dobre słowo o naszym Szpitalu w różnych częściach Polski.

Spotkań w zakresie urologii odbyło się już dosyć dużo. Co ciekawego jeszcze się wydarzy?

Jak już wspominałem spotkania odbywają się od kilku lat. Ostatnie dotyczyły współpracy sprzętowej z firmą Meden-Inmed, która dostarcza nam sprzęt i zaprasza naszych gości. Jedno z nich dotyczyło zabiegów kamicy nerkowej, drugie nowotworu stercza, a raczej nowoczesnych technik laparoskopowych w onkologii.

A co się wydarzy? Najbliższe spotkanie w ramach cyklu współpracy ze wspomnianą firmą, to biopsja fuzyjna gruczołu krokowego. To już we wrześniu. Na listopad planujemy kurs z laserowej i bipolarnej enukleacji stercza. Natomiast w pierwszym kwartale następnego roku planujemy konferencję międzynarodową połączoną z warsztatami. Będzie ona dotyczyła kompleksowego leczenia kamicy układu moczowego. Odwiedzą nas wykładowcy z Niemiec, Hiszpanii oraz Polski. Warsztaty, przy okazji tej konferencji, będą oczywiście dla małej grupy wybranych lekarzy. W następnym roku również planujemy warsztaty z zakresu laparoskopii, endoskopii, uroginekologii, biopsji fuzyjnej oraz enukleacji bipolarnej. Jak widać, mamy co robić.

Bialska urologia uczy się...



Oddział urologiczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej rozpoczął organizację cyklu szkoleń, mających na celu wdrożenie nowych metod leczenia. Podczas tych spotkań instruktorami będą specjaliści w dziedzinie urologii z Polski oraz zagranicy.

Pierwsze warsztaty dotyczyły leczenia kamicy nerkowej metodą URS giętki, które przeprowadził dr Przemysław Zimnoch ze Szpitala Bielańskiego w Warszawie.



Rozmawiała: **Marta Wójcik**

Podczas słów kierowanych do lekarzy, użył Pan stwierdzenia, że zabiegi URS są przyszłością. Chodzi tu o sprzęt, czy bezpieczeństwo dla pacjenta?

Jedno i drugie. Chodzi o to, że, sumarycznie rzecz ujmując, mają mniej działań niepożądanych w porównaniu z innymi metodami i mają bardzo dobrą skuteczność. Zabiegi, które przeprowadziliśmy polegają na rozbijaniu kamieni nerkowych laserem. Wspomniałem o przyszłości, ponieważ dostępne włókna laserowe, nie generują tak dużej energii, aby każdy lekarz mógł w sposób szybki i skuteczny skruszyć duże kamienie, czy też leczyć kamicę odlewową. Zazwyczaj te duże kamienie, przynajmniej na początku, należy kruszyć na kilka etapów. Nie zawsze lekarz jest przekonany do wykonania 3-4 operacji URS-em giętkim, aby pozbyć się kamienia, kiedy można osiągnąć to samo, wykonując jedną operację, czyli np. zabieg PCNL, który właśnie jest dedykowany do zdecydowanie większych kamieni. Dlatego jest jeszcze pewna droga przed URS-em giętkim, którą należałoby pokonać.

lek. med. **Przemysław Zimnoch**

lekarz Oddziału urologii
Szpitala Bielańskiego
im. ks. Jerzego Popiełuszki
w Warszawie

Czyli tutaj duże znaczenia ma sprzęt.

Jak najbardziej sprzęt i firmy, które inwestują, aby można było używać coraz lepszych laserów z większą mocą. Lasery używane 10 lat temu, miały 10-15 wat, teraz mają 30-35 ale są też i mocniejsze. Są również 100 watowe używane z innym zamiarem, do innych procedur medycznych.

Czy te 3-4 podejścia przy użyciu metody URS są dla pacjenta mimo wszystko lepsze?

To wszystko jest uzależnione indywidualnie. Są osoby, które boją się operacji i nie chcą być operowane wielokrotnie, chcą jednego podejścia, aby zapomnieć o całym problemie. Ale są inne osoby, które wolą mieć operację zrobioną nowszą metodą, której towarzyszy mniejsza liczba powikłań i jest mniejsze ryzyko ich wystąpienia.

Czyli decyzja zależy od pacjenta.

Ja zawsze daję wybór pacjentowi i mówię mu, że niezależnie, którą metodę wybierze, będzie ona dobra pod warunkiem, że decyzję będzie podejmował świadomie.

Wspominał Pan, że po swojej pierwszej operacji metodą URS zraził się Pan i nie chciał ich wykonywać. Od tego czasu minęło już kilka lat. Jak długo lekarz musi się szkolić, ćwiczyć, aby osiągnąć wprawę?

> Jeżeli mamy nauczyciela, który pokaże i wytknie, ale w dobrym tego słowa znaczeniu, błędy, to nauka na pewno będzie krótsza i po około 20 wykonanych operacjach można powiedzieć, że jest się dobrym operatorem. Jeżeli natomiast do wszystkiego dochodzi się samemu i nie ma takiej korekty, wskazania, podpowiedzi, że można coś zrobić w inny sposób, to naturalnym jest, że ileś błędów trzeba popełnić, żeby właśnie na nich się uczyć. Wtedy powiedzmy po 40 operacjach można powiedzieć, że operacje, o których mówimy robi się dobrze, pewnie i skutecznie.

Operacja URS-em giętkim odbyła się w naszym Szpitalu po raz pierwszy. Pani doktor, którą ją przeprowadzała, również wykonywała ją po raz pierwszy w swojej karierze. Mimo, że są to początki, na sali operacyjnej chwalił ją Pan. To znaczy, że nasi lekarze dobrze się zapowiadają?

Urolodzy generalnie są predysponowani do wszelkiego typu operacji endoskopowych, dlatego że nasza nauka opiera się na endoskopii. Ciągle robimy cystoskopie, co za tym idzie, mamy doświadczenie, a przede wszystkim wyobraźnię, którą od samego początku naszej edukacji szkolimy po to, aby przestrzennie wyobrażać sobie jak wygląda dana struktura, anatomia i co można zrobić dzięki tej metodzie operacyjnej. Pani doktor również ze względu na swój wiek, który również odgrywa tu ważną rolę, bo młodsi lekarze mają większy zmysł do rzeczywistości wirtualnej, takiego sprzętu endoskopowego, przeprowadziła całą operację bardzo dobrze. Myślę, że u niej ta krzywa nauki będzie dużo krótsza.

Dla obserwatora z zewnątrz zabiegi wydawały się być prostym, przeprowadzanym bardzo sprawnie, zabiegiem. Czy rzeczywiście usuwanie kamieni jest takie łatwe?

Ta operacja jest w miarę bezpieczna, pod warunkiem, że przygotujemy się do niej odpowiednio i że uzyskamy wskazówki, na co należy zwracać uwagę. Podczas wszystkich operacji endoskopowych zazwyczaj diabeł tkwi w szczególe. Trzeba być cierpliwym, nie poddawać się i trzeba umieć sobie radzić w sytuacji, kiedy nagle coś pójdzie nie tak.

Medycyna ma być bezpieczna dla pacjenta i jej rozwój właśnie temu służy. Ze strony technicznej takie operacje, jak dzisiaj wykonywane, są bezpieczne dla pacjenta. Na pewno są dużo bezpieczniejsze aniżeli inne tego typu procedury inwazyjne. Dzisiaj się szkoliliśmy, ale właśnie tak te operacje wyglądają na co dzień. Przy każdym zabiegu coś może pójść niezgodnie z planem. Jednak szkolimy się między innymi po to, aby umieć reagować w takich sytuacjach. Jeżeli widzimy, że coś idzie nie tak, to już wiemy, co należy zrobić, żeby przerwać ten ciąg błędów, które mogą doprowadzić do czegoś bardziej niebezpiecznego. Generalnie ta operacja jest dosyć bezpieczna.

Urologiczne **warsztaty laparoskopowe**

Rozmawiała **Marta Wójcik**

Laparoskopia umożliwia wykonywanie zabiegów operacyjnych bez tradycyjnego otwierania pacjenta, co pozwala na szybszą rekonwalescencję i powrót do domu. Taka metoda wykorzystywana jest również podczas długich operacji u chorych na nowotwory.



dr n. med. **Tomasz Borkowski**, specjalista urolog w Klinice Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Podczas dwudniowego szkolenia, dotyczącego zaawansowanych technik laparoskopowych, wykonywane były różne zabiegi m.in. podwiązanie żylaków powrózka nasiennego, marsupializacja torbieli nerki, radykalne wycięcie prostaty z powodu nowotworu. Który z nich jest najtrudniejszy?

Zacznę od prostatektomii laparoskopowej. Jest to zabieg od początku do końca bardzo sformalizowany pod względem następowania po sobie kolejnych ruchów. Jadnak biorąc pod uwagę to co lekarz spotka wewnątrz pacjenta - zabiegi te są zupełnie nieporównywalne do siebie. Jeden może być bardzo prosty, a drugi może być najtrudniejszy na świecie.

Nefrekomia z kolei jest zabiegiem łatwiejszym technicznie, ale stanowi większe zagrożenie dla pacjenta, ponieważ w przypadku uszkodzenia naczyń nerkowych od razu następuje masywne krwawienie, co stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia pacjenta. Jest on łatwiejszy technicznie, ale teoretycznie i praktycznie bardziej ryzykowny.

Poza wyżej wspomnianymi, w programie szkolenia znalazły się też zabiegi o wiele prostsze, łatwiejsze (np. podwiązanie żylaków powrózka nasiennego), od których można zaczynać naukę laparoskopii w urologii. Ich ryzyko powikłań jest minimalne, stopień skomplikowania też jest bardzo niewielki.

Jak długo trzeba się uczyć, aby dobrze wykonywać te najtrudniejsze operacje?

To jest bardzo trudne pytanie. Proste zabiegi można wykonywać już po kilku lekcjach. Natomiast prostatektomii radykalnej człowiek uczy się właściwie całe życie. Mówi się, że dopiero po 600 zabiegach następuje wypłaszczenie krzywej uczenia, tzn. że wyniki zarówno czynnościowe, tj. pod kątem trzymania moczu, jak i zachowania potencji zaczynają być porównywalne.

W przeliczeniu to nawet kilka lat.

Tak, w przeliczeniu to nawet kilka lat. Mistrzowie świata w tych operacjach mówią, że wykonali ponad 5 tysięcy zabiegów i nadal się uczą.

Skromni i pokorni...

Jest w tym troszeczkę skromności, ale bardzo dobrze słowa te odzwierciedla powiedzenie, że „diabeł tkwi w szczegółach". To nie jeden czy drugi lecz ich suma powoduje, że operacja jest wykonana po prostu poprawnie lub w sposób mistrzowski. Ludzie nie mający doświadczenia, patrzą na zabieg i mówią, że jest on tak prosty, że sami zrobiliby go lepiej. Dopiero kiedy wezmą narzędzia do ręki, okazuje się, że to nie jest aż takie łatwe. Aby dojść do perfekcji, do momentu kiedy zabieg zaczyna płynąć, jeden ruch przechodzi w następny, nie ma przerw, nie ma momentów trudnych - trzeba setek zabiegów.

Zachorowanie na nowotwór to poważna sprawa. Możliwość wyleczenia jest dla pacjenta najlepszą wiadomością. Jakie plusy – w sensie długości przeżycia, zdrowotnym – ma prostatektomia radykalna?

Trzeba zacząć od tego, że według ostatnich danych statystycznych w Polsce nowotwór prostaty jest już najczęściej rozpoznawanym nowotworem u mężczyzn – wyprzedził raka płuca, który do tej pory był na pierwszym miejscu. W związku z tym, tych nowotworów będziemy widzieli coraz więcej.

Kolejno trzeba zaznaczyć, że nie wszystkie z tych nowotworów wymagają agresywnego podejścia i operacji czy też radioterapii. Część z nich możemy obserwować, z częścią tych nowotworów pacjenci będą żyć i umrą z nowotworem, a nie z powodu nowotworu. Wreszcie zostaje grupa pacjentów, u których leczenie radykalne wpływa na ich przeżycie. Zasadniczo, im wcześniej nowotwór jest rozpoznany, tym lepsze są wyniki i bardziej oszczędzająca może być operacja. I odwrotnie – czym później rozpoznany nowotwór, czym bardziej zaawansowany, tym operacja będzie bardziej okaleczająca. Jeżeli nowotwór jest rozpoznany stosunkowo wcześnie, tzn. że jest ograniczony do narządu, który obejmuje - do prostaty, wówczas po leczeniu jest duża szansa na zachowanie kontynencji (trzymania moczu) i potencji.

Stadium zaawansowania nowotworu jest więc kolejnym elementem, oprócz wspomnianego doświadczenia operatora, który wpływa na wyniki zarówno onkologiczne jak i czynnościowe.

Jak bywa z wykryciem nowotworu prostaty? Panowie badają się, czy raczej unikają tematu?

Od czasów wprowadzenia PSA nie jako markera nowotworowego tylko markera chorób prostaty, nastąpił zdecydowany przełom (koniec lat 80. początek lat 90.) Początkowo był to bardzo dobry test, różnicujący grupę pacjentów chorych na nowotwór prostaty od tych, którzy tego nowotworu nie mają. Obecnie okazuje się, że sam screening przy pomocy PSA jest niewystarczający. W związku z tym musimy sięgać po nowoczesne narzędzia, nowoczesne testy - zarówno genetyczne jak i oparte o różne biomarkery - a także, co się zmieniło dosłownie w ostatnich latach, rezonans magnetyczny. W niektórych krajach zaleca się wykonanie multiparametrycznego rezonansu magnetycznego prostaty (czyli uwzględniającego podanie środka kontrastowego, DWI – diffusion-weighted imaging, obrazy T2-zależne), nawet jeszcze przed wykonaniem pierwszej biopsji. Do tej pory standardem było, i wielu miejscach nadal jest, że pacjentowi, który przychodzi z nieprawidłowym wynikiem badania fizykalnego lub podwyższonym i przetrwale podwyższonym wzrostem PSA, jako pierwszą robi się biopsję prostaty. Na podstawie dobrze zaprojektowanych badań z randomizacją okazuje się, że strategia wykonania rezonansu na początku - jeszcze przed biopsją - jest godna polecenia. Taki schemat postępowania potrafi wykryć więcej nowotworów, które naprawdę musimy leczyć, a pominąć część tych, których leczyć nie musimy.

PSA jest badaniem dostępnym dla każdego, które można wykonać we własnym zakresie?

Tak. Screening przy pomocy PSA wykonywany wszystkim mężczyznom z grupy ryzyka powyżej 50 roku życia rutynowo co roku, nie do końca się sprawdził. Jeżeli ktoś we własnym zakresie chce „pilnować" swojego zdrowia, pierwsze badanie PSA powinien wykonać między 40 a 50 rokiem życia. Jego wynik będzie niósł ze sobą bardzo ważną informację - czy za 20-30 lat u tych pacjentów rozwinie się nowotwór czy nie.

Ważną sprawą jest, aby nie traktować wyniku PSA jak testu ciążowego. Nie jest tak, że jeśli wynik jest poniżej normy (wynosi ona 4) to nie ma nowotworu, a jeśli powyżej to nowotwór jest. Trzeba dodatkowo uwzględnić wiele innych czynników tj. wiek, wielkość gruczołu krokowego, wcześniejsze przebyte biopsje, objawy kliniczne itd.

Podsumowując - badanie PSA można wykonać samemu, ale interpretacja wyniku w oderwaniu od pozostałych czynników jest dużym błędem. Zobrazuję to na przykładzie mojego niedawnego pacjenta – wynik PSA wynosił 52, co według norm niezaprzeczalnie potwierdzało nowotwór. Okazało się, że pacjent w tym czasie miał zapalenie gruczołu krokowego z silnymi objawami podrażnieniowymi. Po leczeniu antybiotykiem w badaniu kontrolnym po 6 tygodniach wynik PSA wynosił 3.

Co najbardziej pociąga Pana w swojej pracy?

Z punktu widzenia zabiegów, jest to laparoskopia jako taka. Jestem zachwycony tym, że pacjenci, których operujemy również z powodów onkologicznych, w 2-3 dobie po zabiegu są w pełni sprawni i wychodzą do domu. A są i tacy, którzy wychodzą w pierwszej dobie.

Jeżeli chodzi o naukowe czy stricte medyczne zainteresowania, to jest to nowotwór gruczołu krokowego.

Pewnie dlatego został Pan szkoleniowcem i dzisiaj taką operację możemy oglądać w naszym Szpitalu.

Z tym szkoleniem to jest śmieszna sprawa. Nie wyobrażam sobie jak można być nauczycielem i uczyć dzieci i nigdy nie sądziłem, że znajdę w sobie taką żyłkę dydaktyczną. Jak się okazało w praktyce, jeżeli wiedza, którą przekazuję, pada na podatny grunt i inni z tego korzystają, to jest to super sprawa. Dlatego z przyjemnością wykonuję swoje zadania nauczyciela akademickiego, które przynoszą mi dużo frajdy i pozytywnych emocji.



Z dr n. med. **Pawłem Chwalukiem** Z-cą Dyrektora ds. Medycznych, specjalistą chorób wewnętrznych II° i specjalistą toksykologii klinicznej II°, rozmawiała **Marta Wójcik**

Ultrasonografia endoskopowa

Inaczej EUS lub endosonografia. To metoda badania przewodu pokarmowego. Jak nazwa wskazuje jest to połączenie dwóch technik czyli ultrasonografii i endoskopii przewodu pokarmowego.

Jak wygląda sprzęt, którego używa się do badań?

Wykorzystujemy specjalny sprzęt, który łączy w sobie endoskop z sondą ultrasonograficzną. Podczas badania oglądamy odcinek przewodu pokarmowego jak w endoskopii, widzimy obraz wnętrza, i jednocześnie wykonujemy badanie ultrasonograficzne.

Lekarz wykonujący badanie musi być więc biegły w ocenie tych dwóch aspektów – umieć wszystko to, co robi endoskopista pracujący na przewodzie pokarmowym i umieć interpretować obrazy usg, czyli posiadać wiedzę z zakresu anatomii radiologicznej.

Czemu ma służyć ta metoda?

To badanie często ma znaczenie rozstrzygające. Bardzo często zdarza się, że charakter zmian, uwidocznionych w innych badaniach, jest niepewny. Widzimy zmianę, ale nie wiemy do końca, czym ona jest. Robimy wtedy kolejne badanie. Dla przykładu może to być: usg, TK, MRI. Wreszcie na końcu sięgamy po endosonografię.

> Jej zaletą, poza możliwością bliskiego dotarcia sondy ultrasonograficznej do zmiany, jest również możliwość pobrania materiału do badań cytologicznych i histopatologicznych. W trakcie badania może też być wykonana biopsja czy drenaż torbieli trzustki, czasem także neuroliza splotu trzewnego, a więc zabiegi już nie diagnostyczne, a lecznicze.

Skoro jest to badanie rozstrzygające, to czy nie lepiej zrobić je od razu?

Endosonografia nie jest w stanie zastąpić ani tomografii komputerowej, ani rezonansu magnetycznego, ani nawet zwykłej ultrasonografii, ponieważ zakres badanych narządów i tkanek jest niewielki. Obraz jest bardzo dokładny, ze względu na bliskość struktur, do których dociera głowica usg, ale obejmuje on mały obszar.

Jakie narządy bada się w ten sposób?

Metoda ta ma zastosowanie w badaniu zmian dotyczących przełyku, żołądka i dwunastnicy - zmian umiejscowionych w ścianie przewodu pokarmowego – oraz węzłów chłonnych, które sąsiadują bezpośrednio z przewodem pokarmowym w tym obszarze badania. Jest też bardzo wartościowa w ocenie trzustki. I wydaje się, że właśnie to zastosowanie może być najczęstszym. Chodzi o ocenę zmian w trzustce, które w badaniach obrazowych opisywane są jako zmiany ogniskowe, albo guzy bez przesądzenia o ich charakterze. W tym miejscu badanie EUS ma służyć zróżnicowaniu zmian łagodnych od zmian złośliwych. Badanie jest przydatne również do oceny zaawansowania zmian w przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki.

Od kiedy badanie jest wykonywane w naszym szpitalu?

Na razie badanie było wykonane zaledwie kilka razy. Jesteśmy na etapie nauki. W celu szkolenia naszych lekarzy, do bialskiego szpitala przyjeżdża dr n. med. **Jarosław Drabko**, gastroenterolog z Lublina.

Czy, w związku z tym, potrzebne są do niego specjalnie wyszkolone osoby?

W różnych krajach świata, to jest różnie rozwiązane. Są kraje gdzie omawiane badanie wykonują diagności obrazowi. W Polsce z zasady wykonują je gastroenterolodzy lub chirurdzy. W programie specjalizacji z gastroenterologii przewidziane jest zdobycie doświadczenia z ultrasonografii jamy brzusznej.

W jaki sposób odbywa się kwalifikacja do badania EUS?

> Pacjenci są kierowani m.in. przez chirurgów (także chirurgów onkologów), ale przede wszystkim obecnie większość z nich to osoby leczone w Poradni gastrologicznej. Do tej pory pacjenci wymagający takich badań mieli je wykonywane w Lublinie i Warszawie.

Ponieważ, tak jak już powiedziałem, EUS jest często badaniem rozstrzygającym i końcowym, to pacjentów go potrzebujących jest stosunkowo niewiele. Często już wcześniej wykonane badania, dają odpowiedzi na różne pytania diagnostyczne.

I na koniec to czego boi się każdy pacjent – czy badanie jest bezpieczne?

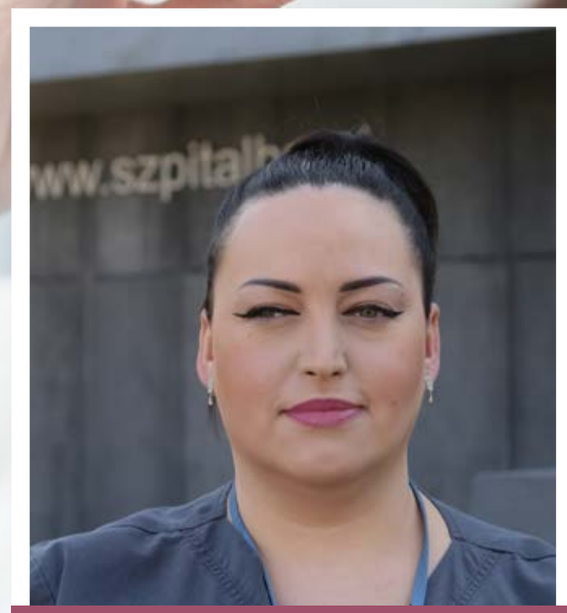
Każde badanie musimy przeprowadzić tak, aby uniknąć jakichkolwiek powikłań, niemniej jednak one się zdarzają. Są one w zasadzie bardzo zbliżone do tych, które mogą się pojawić podczas zwykłego badania endoskopowego górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Dodatkowo bezpieczeństwo, czy raczej ryzyko powikłań, jest zależne od tego czy wykonujemy badanie z biopsją czy bez. Tam gdzie jest planowana ingerencja w tkanki, nakłucie, pobranie materiału - zawsze występuje np. ryzyko krwawienia.



Grypa czy przeziębienie – prawidłowa diagnoza ma znaczenie

Rozmawiała: **Marta Wójcik**



lek. med. **Izabela Caruk**
lekarz Oddziału obserwacyjno-zakaźnego

Wiele osób choruje na grypę, która wraca do nas każdego roku. Wydaje się ona tak zwyczajną chorobą, że często ją bagatelizujemy. Niestety, źle leczona może doprowadzić do poważnych konsekwencji dla naszego zdrowia i życia.

Na grypę choruje wiele osób, zdarza się, że z jej powodu ktoś umiera. Czy w ostatnim sezonie wirus atakował wyjątkowo zajadle?

Prawdą jest, że ludzie chorują i zdarzają się przypadki śmiertelne.

Trudno powiedzieć, wirus atakował wyjątkowo zajadle, jako że grypa występuje corocznie i co roku ten wirus mutuje - mamy różne jego warianty. Na pewno nie mieliśmy do czynienia z pandemią grypy taką jak np. grypa hiszpanka. Problem leży po stronie profilaktyki, a raczej jej braku, co powoduje bardzo dużo zachorowań. Chodzi głównie o szczepienia.

Ponadto leczenie grypy w wielu POZ-ach w tym kraju, niestety, kuleje. Do dzisiaj niektórzy lekarze rodzinni nie wiedzą jak stosować leki przeciwgrypowe, czyli leki przeciwwirusowe. Jak powszechnie wiadomo grypa jest to wirus, więc antybiotykoterapia jest tutaj zbędna. Antybiotyk może być stosowany tylko i wyłącznie w leczeniu bakteryjnych powikłań tej jednostki chorobowej. W żadnym razie nie jest to leczenie pierwszego rzutu, nie jest to leczenie z wyboru. Niestety, nazwy leków przeciwwirusowych – nazwy handlowe czy też substancji czynnej zawartej w tych lekach – nadal nie są znane lekarzom rodzinnym.

W takim razie do kogo się zwrócić, aby być dobrze zdiagnozowanym? Przecież lekarz pierwszego kontaktu jest pierwszą osobą, do której się udajemy.

Lekarz pierwszego kontaktu powinien mieć informacje dotyczące grypy – jak ją odróżnić od innych zachorowań wirusowych, jakie są jej objawy - i zastosować skuteczne leczenie. Powinien być przeszkolony w tym zakresie. Informacje takie można znaleźć na stronie http://www.npzg.pl/- Ogólnopolski program zwalczania grypy. Jeżeli nie, najlepiej trafić do lekarza chorób zakaźnych, pulmonologa, często lekarze tych specjalizacji pracują dodatkowo nie tylko w szpitalu ale i w POZ, czy też poradniach specjalistycznych.

Jak rozpoznać, że zaatakowała nas grypa, a nie przeziębienie?

Jest to dosyć problematyczne, ale trzeba wiedzieć, że grypę przede wszystkim charakteryzuje wysoka, często dochodząca do 40 stopni, gorączka. Oprócz tego mamy silne bóle kostno-stawowo-mięśniowe, bóle głowy, osłabienie. Kaszel jest suchy i męczący, nie ma kataru, nie ma bólu gardła. Owszem, pacjenci z powodu tego suchego kaszlu często wspominają o tzw. drapaniu w gardle, jednakże nie jest to typowy ból gardła. Istotne jest to, że objawy pojawiają się bardzo szybko, początek choroby jest gwałtowny. Gwałtowny wzrost temperatury następuje w ciągu pierwszych 24 godzin.

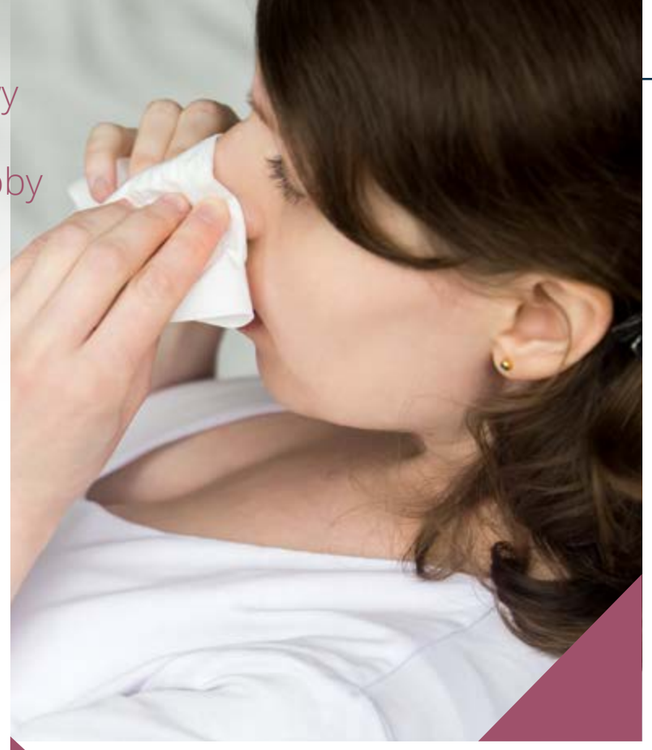
Grypę przede wszystkim charakteryzuje wysoka, często dochodząca do 40 stopni, gorączka. Oprócz tego mamy silne bóle kostno-stawowo-mięśniowe, bóle głowy, osłabienie. Kaszel jest suchy i męczący, nie ma kataru, nie ma bólu gardła.

Są to objawy podstawowe, które charakteryzują początek tej jednostki chorobowej. Rzadko, aczkolwiek zdarza się, że mogą pojawić się również dolegliwości gastryczne tj. biegunka, wymioty. Nie zawsze choroba ma przebieg pełnoobjawowy. W przypadku łagodniejszych przebiegów grypy, pacjenci nawet nie są w stanie powiedzieć, czy byli chorzy w danym sezonie, albo też twierdzą, że nigdy nie chorowali na grypę.

Natomiast jeżeli chodzi o przeziębienia bądź choroby grypopodobne – wirusowe, zakażenie wirusem RSV - tutaj temperatura podnosi się maksymalnie do 38°C, często występują również stany podgorączkowe tj. 37°C. Ich przebieg jest zdecydowanie wolniejszy, łagodniejszy. Pojawia się nieżyt nosa z wydzieliną śluzową i ból gardła. Dolegliwości kostno-stawowo-mięśniowe albo nie występują w ogóle, albo nie są aż tak nasilone. Zazwyczaj nie ma bólów głowy.

Tak najłatwiej jest rozpoznać chorobę.

> Istotne jest to, że objawy pojawiają się bardzo szybko, początek choroby jest gwałtowny.



Czy można szybko zwalczyć grypę, tak żeby od razu stanąć na nogi? Jest wiele reklam pokazujących, że to możliwe… Jedna pastylka i my wracamy do pracy, a dziecko do przedszkola lub szkoły…

Gdy w grę wchodzą suplementy diety, leki dostępne bez recepty nie do końca jest to prawda. Jeżeli w odpowiednim czasie zastosujemy lek przeciwwirusowy dostępny tylko na receptę, jest szansa zahamowania replikacji wirusa i wówczas przebieg choroby będzie łagodniejszy, a nawet dolegliwości ustąpią. Ten odpowiedni czas wynosi do 48 godzin od wystąpienia dolegliwości. Podkreślam że trzeba wziąć pełną dawkę leku.

Leki, które działają objawowo, mogą tylko i wyłącznie leczyć same objawy, nie zahamują one replikacji wirusa. Choroba będzie trwała nadal i, niestety, grozi to licznymi powikłaniami mogącymi doprowadzić nawet do śmierci, gdyż nie jest to leczenie przyczynowe.

Jak długo choruje się na grypę?

Wszystko jest indywidualnie zmienne i zależy od naszego układu odpornościowego. Osoby w wieku starszym - głównie powyżej 64 roku życia oraz ci, którzy cierpią na choroby przewlekłe przeżywają to zdecydowanie gorzej. Wzrasta wtedy ilość hospitalizacji z powodu powikłań. Najczęściej jest to pogrypowe wtórne bakteryjne zapalenie płuc.

Natomiast jeżeli ktoś ma lepszą odporność, np. wcześniej był zaszczepiony, może przechodzić postać poronną choroby. Wówczas jest szansa, że będzie ona przebiegać prawie bezobjawowo. Chory bardzo tego nie odczuje i, oczywiście, sam przebieg choroby będzie zdecydowanie krótszy.

Duży wpływ na długość trwania choroby ma również wczesna diagnoza jeżeli leczenie zostanie szybko wdrożone, wówczas będzie ona miała dosyć krótki przebieg. Natomiast nieleczona, z powikłaniami, może trwać do kilku tygodni, a nawet do kilku miesięcy w przypadku zapalenia mięśnia sercowego.

Jakie inne powikłania mogą grozić choremu?

Najczęstszym powikłaniem grypy, z powodu którego pacjenci są hospitalizowani, jest wtórne bakteryjne zapalenie płuc. Oprócz tego może wystąpić zapalenie mięśnia sercowego. Grypa powoduje również zapalenie mięśni, w którym może dojść do tzw. rabdomiolizy. Może dojść do uszkodzenia nerek, rzadko mogą pojawić się również objawy neurologiczne tj. zapalenie mózgu, poprzeczne zapalenia rdzenia oraz zespół Gullaina-Barrego. Wszystko to może się zdarzyć, jeżeli grypa jest nieprawidłowo zdiagnozowana i leczona.

Brzmi dosyć poważnie…

Bo są to bardzo poważne powikłania i dlatego, niestety, wśród osób nieleczonych, występuje bardzo wysoka śmiertelność z ich powodu.

Czyli śmiertelność dotyczy raczej powikłań po grypie, niż samej grypy.

Właściwie tak. Najczęściej śmiertelność powodują właśnie powikłania pogrypowe. Grypa nierozpoznana, źle leczona i powikłana daje więcej zgonów aniżeli grypa, która ma prawidłowy przebieg, nie jest niczym powikłana i jest prawidłowo leczona.

W takim razie jak skutecznie walczyć z grypą?

Najlepiej zapobiegać. Tak naprawdę pierwszym krokiem w tej walce jest profilaktyka, czyli zalecane coroczne szczepienia przeciwko grypie, które powinien zaproponować nam lekarz pierwszego kontaktu czyli lekarz rodziny.

W pierwszej kolejności powinny być zaszczepione kobiety w ciąży, ale i również osoby w wieku podeszłym z licznymi powikłanymi schorzeniami sercowo-naczyniowymi, z cukrzycą, z pochp oraz małe dzieci do 69 miesiąca życia.

Szczepienia powinny odbywać się przed sezonem grypowym - najlepiej od września do listopada. Aczkolwiek zaszczepieni później, jeżeli nie mieli jeszcze kontaktu z chorobą, również mają dużą szansę uniknięcia choroby. Ponadto w takim sezonie trzeba unikać skupisk ludności, należy również stosować dezynfekcję rąk. Jak wiadomo jest to wirus przenoszony drogą kropelkową, więc przenosi się też na dłoniach. Mycie rąk nie zapobiegnie tej jednostce chorobowej, ale w ten sposób okazja do przeniesienia wirusa będzie mniejsza.

> Witaminowe suplementy typu witamina C lub echinacea tak naprawdę nie mają badań naukowych, które byłyby w stanie potwierdzić ich działanie i zapobieganie grypie.

A co z witaminowymi suplementami „na odporność”? Brać je samemu i podawać dzieciom czy nie?

Witaminowe suplementy typu witamina C lub echinacea tak naprawdę nie mają badań naukowych, które byłyby w stanie potwierdzić ich działanie i zapobieganie grypie. Stosowanie ich nie jest w stanie zapobiec grypie, ale na pewno nie zaszkodzi. Połączenie witaminy C, Rutinoscorbinu i rutyny może troszeczkę uszczelnić nabłonek naczyń krwionośnych.

Jest wiele chorób zakaźnych, na które szczepimy się raz, ewentualnie bierzemy dawkę przypominającą. Dlaczego przeciwko grypie trzeba się szczepić co roku?

Dlatego że wirus grypy, niestety, mutuje. Mamy wirusa grypy typ A i typ B. Typ A ma swoje podtypy i naukowcy co roku, dobierając odpowiednie warianty szczepionkowe, prognozują, który z nich w przyszłym roku może być najczęstszy. Tworzone szczepionki zawierają kilka podtypów hemaglutyniny, elementów składowych wirusów, po to, by zwiększyć w naszym organizmie pulę wytworzonych na antygeny przeciwciał, które mogłyby walczyć z wirusem.

Czy dużo osób chorych na grypę trafia do naszego Szpitala?

Owszem, w ostatnim sezonie mieliśmy dość dużo pacjentów z grypą. Często były to osoby już z powikłaniami. Jak wiadomo grypa niepowikłana, nie musi być hospitalizowana. Najczęściej byli to pacjenci z powikłaniami oddechowymi, grypą z zapaleniem płuc, grypą z zapaleniem górnych i dolnych dróg oddechowych takich jak zapalenie oskrzeli. Mieliśmy też przypadek pacjenta, który miał uszkodzone nerki z powodu rabdomiolizy w przebiegu grypy.

A czy zdarzył się przypadek śmiertelny?

Tym razem, na szczęście nie. Kiedyś zdarzył się taki przypadek, jednak pacjent był bardzo obciążony chorobami przewlekłymi. Zgon nie był spowodowany samą grypą, tylko inną jednostką chorobową.

Dobrze, że udaje się wyjść z tej choroby.

Na szczęście się udaje, jednak nie w każdym przypadku. Jednak, tak jak mówię, istnieje profilaktyka w postaci leku przeciwwirusowego, który może być stosowany przez osoby z kontaktu z grypą, również 2 doby od kontaktu. Jest to lek o nazwach handlowych Tamiflu, Ebilfumin, Tamivil, w którym występuje substancja czynna Oseltamiwir - hamująca replikację wirusów grypy typu A i B. Natomiast najlepiej szczepić się co roku.

Mimo wszystko jednak dużo osób się nie szczepi.

Bardzo dużo osób nie szczepi się przeciwko grypie. Po części jest to „zasługa” ruchów anty szczepionkowych. Jednak tak naprawdę ludzie mają swoje mity, które niekoniecznie są słuszne. Boja się, że szczepiąc się na grypę zachorują jeszcze ciężej. Jest to nieprawda, ponieważ w naszych szczepionkach przeciwko grypie posiadamy tylko i wyłącznie elementy składowe wirusa tj. hemaglutyninę, pochodzącą od różnych podtypów wirusa A i B. Taki wirus nie jest w stanie odbudować się w ludzkim organizmie bez materiału genetycznego jakim jest RNA, nie jest w stanie spowodować choroby. Nie zawsze szczepionka jest trafiona, co nie zmienia faktu, że osoba, która jest zaszczepiona i zachoruje na wariant nieszczepionkowy tego wirusa, przechodzi grypę zdecydowanie łagodniej i jest to miej powikłana postać, tzw poronna.

Być może ma znaczenie fakt, że szczepionka jest płatna?

Szczepionka przeciwko grypie nie jet drogą szczepionką, bo kosztuje około 30 zł. Uważam, że ta cena nie jest ceną zaporową, zwłaszcza że leki stosowane do leczenia grypy są dużo droższe. W chwili obecnej wahają się od 50 do 100 zł za 10 kapsułek. Profilaktyka jest przede wszystkim tańsza, poza tym mamy większą szansę (70%), że nie zachorujemy i nie pojawią się powikłania.

Jedynym i największym przeciwwskazaniem do szczepień jest uczulenie na białko kurze. Żeby stwierdzić alergię na białko jaja kurzego, które jest elementem składowym tej szczepionki, należy wykonać pacjentowi testy alergiczne.



Od lewej: dr n. med. Agnieszka Wrzołek, lek. med. Ireneusz Mikusek, lek. med. Tamara Fiedziuk, lek. med. Elżbieta Skrzypczak, lek. med. Daniel Kierdaszuk, mgr Agnieszka Romaniuk - psycholog



Higiena rąk chroni przed chorobami

Informacji udzielili lekarze Oddziału dziecięcego:
lek med. **Magdalena Sadownik**
i lek med. **Magdalena Kędzierska**

Światowy Dzień Higieny Rąk ma swoje miejsce w kalendarzu. Obchody takiego dnia mają na celu uświadomienie, jakie zagrożenia niesie za sobą brak higieny. Dlatego niezależnie od tego, kiedy jest obchodzony, higieną powinniśmy być zainteresowani na co dzień. Na nieumytych rękach do naszego organizmu dostają się liczne drobnoustroje, jaja pasożytów, które są odpowiedzialne za wiele poważnych chorób, ogólnie nazywanych „chorobami brudnych rąk".

Wydaje się, że na „choroby brudnych rąk" najbardziej narażone są dzieci. Ucząc się i poznając świat, dotykają różnych rzeczy i wkładają do ust zarówno te przedmioty jak i brudne rączki.

Rzeczywiście, z racji swojej ciekawości i nieświadomości, dzieci często narażone są na zachorowania. Jednak każdy z nas, również dorośli, może się zarazić. Może różnica polega na rodzaju choroby, gdyż możemy wyróżnić takie typowo dziecięce i takie, na które choruje się w starszym wieku.

Jakie są przykładowe „choroby brudnych rąk", na które chorują dzieci?

Takich chorób jest kilka.

Rotawirusy - są wyjątkowo wredne i bardzo zaraźliwe. Potrafią długo żyć poza organizmem: na meblach, zabawkach, na powierzchni rąk. Cechują się niską dawką zakażającą, tzn. do zakażenia wystarczy bardzo mało rotawirusów. Zakażenie przenosi się najczęściej za pośrednictwem brudnych rąk, przez skażone pokarmy i napoje, rzadko drogą kropelkową.

Objawy choroby to gorączka, wymioty, biegunka. Mogą one stosunkowo szybko doprowadzić do odwodnienia.

Rotawirusa nie leczy się żadnymi tabletkami, nie ma żadnego leczenia przyczynowego, naszym zadaniem jest zapewnienie dziecku bądź dorosłemu odpowiedniego stopnia nawodnienia – płyny należy podawać dziecku w niewielkich ilościach, za to bardzo często. Gdy taka metoda zawodzi wskazane jest nawodnienie dożylne.

Aby uniknąć ataku tych drobnoustrojów, można się zaszczepić doustnymi szczepionkami.

Toksokaroza - jest chorobą pasożytniczą wywoływaną przez larwy glisty psiej lub glisty kociej. Do zarażenia człowieka dochodzi poprzez przypadkowe spożycie inwazyjnych jaj z zanieczyszczoną odchodami zwierząt ziemią (np. w piaskownicach, skwerach i parkach miejskich, ogródkach przydomowych oraz osiedlowych placach zabaw dla dzieci), poprzez niemyte ręce lub zabrudzone ziemią surowe warzywa i owoce. Do zakażenia może dojść także podczas zabawy z pupilem. Jaja pasożyta są małe i lekkie, dlatego łatwo przyczepiają się do futra zwierzęcia.

> Z racji swojej ciekawości i nieświadomości, dzieci często narażone są na zachorowania. Jednak każdy z nas, również dorośli, może się zarazić.

Po dostaniu się jaj do przewodu pokarmowego wylęgają się z nich larwy, które początkowo przyczepiają się do ścian jelita cienkiego, a następnie wędrują z krwią do wątroby. Większość z nich pozostaje w tym narządzie. Jednak niektóre wydostają się z wątroby i wędrują dalej - aż do płuc, nieliczne trafiają do ośrodkowego układu nerwowego, na dno oka. W związku z tym objawy chorobowe zależą od umiejscowienia się larw w organizmie, ich ilości i reakcji układu odpornościowego osoby zakażonej. Może to być - gorączka, bóle brzucha, bóle głowy, kaszel, bóle mięśniowe i stawowe, powiększenie węzłów chłonnych, wątroby i śledziony, wysypka.

Owsica - przenosi się przez brudne ręce oraz niemyte owoce, przedmioty codziennego użytku, a także przez brudną bieliznę, pościel i wspólne ręczniki. Pasożyty te najczęściej atakują dzieci. Zaczynają swoje życie w jelicie cienkim, skąd przemieszczają się najpierw do jelita krętego, a później do ślepego. Tu się żywią i osiągają dojrzałą postać. Dorosłe samice wędrują nocą w kierunku odbytu, aby złożyć tam jajeczka. Wydostają się na zewnątrz i pełzają po skórze krocza. Wówczas dziecko drapie się, rozprzestrzeniając następnie zakażenie na brudnych rękach. Choroba może nie dawać żadnych objawów. Najczęściej jednak owsiki wywołują dokuczliwe swędzenie w okolicy odbytu, dlatego dzieci bywają niespokojne. Pojedyncze larwy trudno zauważyć, ale kiedy rozmnożą się nadmiernie, w kale dziecka wyraźnie widać białe, żwawo ruszające się jednocentymetrowe robaki. Kiedy je zauważymy, trzeba udać się do lekarza.

Salmonella jest to bakteria, która wywołuje zatrucie pokarmowe. Jest niebezpieczna, bo może doprowadzić nawet do zakażenia narządów wewnętrznych i chorób stawów. Salmonella lubi produkty pochodzenia zwierzęcego: jaja, mięso, mleko i jego przetwory. Mogą ją też przenosić muchy. Pierwsze objawy zatrucia mogą pojawić się już 8 godzin po zjedzeniu skażonego posiłku – ból brzucha, ból głowy, wymioty, biegunka, podwyższona temperatura - jednak najczęściej choroba daje o sobie znać po 18-24 godzinach od zakażenia.

Leczenie zatrucia salmonellą przeważnie ogranicza się do prawidłowego nawadniania organizmu oraz stosowania odpowiedniej diety. Jeśli objawy nie ustępują przez 2-3 dni, lekarz może zalecić antybiotyk. W cięższych przypadkach nie obędzie się bez szpitala.

Salmonella jest szczególnie niebezpieczna dla dzieci - szybko może dojść u nich do odwodnienia, dlatego kiedy tylko zauważymy niepokojące objawy, niezwłocznie skontaktujmy się z lekarzem.

Choroba dłoni, stóp i jamy ustnej (HMFS) - zazwyczaj występuje jako samoograniczająca się choroba przebiegająca z gorączką, złym samopoczuciem, obecnością bolesnych owrzodzeń w gardle oraz w jamie ustnej, a także pęcherzykowej osutki na dłoniach i stopach. Gorączka zazwyczaj nie jest wysoka i ustępuje w ciągu 48 godzin. Zmiany w obrębie jamy ustnej pojawiają się 1–2 dni po wystąpieniu gorączki i zwykle obejmują język, podniebienie oraz błonę śluzową policzków. Rumieniowe plamki w jamie ustnej przekształcają się w pęcherzyki, które następnie pękają i powodują powstanie bolesnych owrzodzeń. Może dojść do odwodnienia, ponieważ odczuwając ból przy przełykaniu dziecko nie chce jeść i pić. Następnie pojawia się osutka, zazwyczaj na dłoniach i stopach, a także – często – na pośladkach i okolicy narządów płciowych.



Te zmiany skórne nie swędzą, ale są bolesne. Ich całkowite ustąpienie zwykle obserwuje się w ciągu 7–10 dni. Większość przypadków ustępuje samoistnie bez jakichkolwiek następstw i ryzyka powikłań w ciągu 2-3 tygodni.

Zakażenie przenosi się przez bezpośredni kontakt z wydzielinami lub wydalinami. Dlatego w tym czasie dzieci nie powinny uczęszczać do żłóbków, przedszkoli lub szkoły. Przebycie HMFS nie zapewnia odporności, gdyż zespół ten wywołują różne wirusy. Przestrzeganie zasad higieny jest jedyną drogą do uniknięcia zakażenia.

Właściwie na każdym kroku trzeba pamiętać o higienie rąk, również podczas wycieczek i podróży.

Samo pojęcie jakim określane są te choroby podpowiada, co trzeba robić, aby się przed nimi ustrzec. Jakie są zasady zapobiegania „chorobom brudnych rąk”?

Podsumowując: jak najwcześniej wyrób dziecku nawyk mycia rąk mydłem i ciepłą wodą:

- przed jedzeniem i po wyjściu z toalety,
- po zabawie na podwórku lub ze zwierzętami domowymi,
- po zakrywaniu ust podczas kichania lub kaszlu,
- zawsze, gdy ma zabrudzone rączki.

Jak właściwie myć ręce i dlaczego ich mycie jest tak ważne? Czy samo mycie rąk wystarcza?

Ręce wystarczy umyć zwykłym mydłem pod bieżącą, ciepłą wodą. Ważne jest, aby je zamoczyć, dokładnie namydlić i myć przez dłuższą chwilę (także przestrzenie między palcami, miejsca przy paznokciach i nadgarstki), a następnie dokładnie spłukać. Częstym błędem jest zbyt krótkie mycie lub tylko zamoczenie rąk w wodzie. Na koniec dłonie starannie suszymy (bakterie lubią wilgoć).

> Powinno się stosować regułę 10 +10, tzn. liczyć do 10 podczas mycia rąk mydłem, a następnie po raz kolejny podczas spłukiwania.

Nie tylko higiena rąk jest ważna. Podczas wyjazdów – szczególnie do innej strefy klimatycznej - trzeba również pamiętać o tym, co jemy. Może nas dopaść tzw. biegunka podróżnych, która może pojawić się zarówno w trakcie podróży lub do 10 dni od jej zakończenia. W wielu przypadkach związana jest z zakażeniem Escherichia coli oraz Salmonellą.

Istotne znaczenie w jej wystąpieniu ma stres związany ze zmianą stref czasowych, rodzaju i rytmu przyjmowanych pokarmów oraz emocjami wynikającymi z odbywania podróży.

Aby uniknąć zachorowania trzeba spożywać bezpieczne produkty zawierające dużą ilość cukru, małą wody (np. pieczywo), gorące potrawy i napoje. Bezpieczna jest także gazowana woda butelkowana. Natomiast należy unikać dań podawanych w temperaturze pokojowej, świeżych warzyw liściastych i owoców oraz napojów schładzanych kostkami lodu.

Mydło zawierające substancje przeciwbakteryjne (odkażające) nie ma przewagi nad zwykłym mydłem toaletowym. Nieco większą skuteczność mają środki odkażające do mycia rąk na bazie alkoholu, ale niekiedy wysuszają lub drażnią skórę. Trzeba ich używać na czystą skórę, więc i tak najpierw ręce należy umyć wodą i mydłem.

Natomiast w sytuacjach, w których umycie rąk wodą z mydłem nie jest możliwe – np. podczas podróży, dobrze jest sięgnąć po profesjonalny preparat do dezynfekcji.

Wszystkie te choroby są poważne. Ale wcale nie trzeba wiele, żeby się przed nimi ustrzec, a przynajmniej zminimalizować ryzyko zachorowania. To proste – wystarczy przestrzegać higieny – myć ręce oraz owoce i warzywa przed jedzeniem.



Inwestycja w **mikrobiologię** jest naszą wielką szansą

Rozmowa z prof. dr hab. n. med. Walerią Hryniewicz – profesorem w Zakładzie Epidemiologii i Mikrobiologii Klinicznej Narodowego Instytutu Leków



Pani Profesor, jako że nasz magazyn jest kierowany do pacjentów polskich szpitali, chciałbym, aby wyjaśniła Pani na samym wstępie, dlaczego mikrobiologia lekarska jest tak ważną dziedziną medycyny?

Mikrobiologia lekarska zajmuje się drobnoustrojami odpowiedzialnymi za zakażenia u ludzi. Obejmuje swoim zakresem badań wirusy, bakterie, grzyby i pierwotniaki. Bada ich różnorodne cechy, co pozwala zrozumieć przebieg chorób przez nie wywoływanych, a tym samym poszukiwać metod ich diagnozowania, leczenia i zapobiegania. W codziennej praktyce służy diagnozowaniu zakażeń i chorób zakaźnych u pacjentów zarówno szpitalnych, jak i ambulatoryjnych. Identyfikuje w próbkach pobranych od chorego drobnoustroje za nie odpowiedzialne, określa ich różnorodne cechy, takie jak np. potencjał chorobotwórczy, wrażliwość na leki, itp. Dzięki temu przyczynia się do wyleczenia pacjentów, wskazując najlepsze możliwości terapii i profilaktyki.

Czym zajmuje się mikrobiolog w szpitalu? Czy jego rola ogranicza się jedynie do diagnozy zakażenia?

Rola mikrobiologa w szpitalu jest nie do przecenienia. Bezpośrednim zadaniem mikrobiologa jest ustalenie etiologii zakażenia. W tym celu posługuje się różnorodnymi metodami diagnostycznymi, takimi jak klasyczne techniki hodowli drobnoustrojów in vitro (bakterie i grzyby), metody serologiczno/immunologiczne pozwalające na wykrycie specyficznych antygenów drobnoustrojów bądź swoistych przeciwciał. Stosuje także różnorodne techniki barwienia bezpośrednio próbek od chorego, co często daje możliwość bardzo szybkiego ustalenia czynnika etiologicznego zakażenia.

Ważną rolą mikrobiologa w szpitalu jest udział w nadzorze epidemiologicznym szpitala poprzez pracę w Zespole ds. Zakażeń Szpitalnych i dostarczania bieżących danych na temat czynników etiologicznych i ich cech, co ma niebagatelne znaczenie dla bezpieczeństwa pacjentów.

Jak wyglądają standardowe procesy profilaktyki i leczenia wybranych zakażeń?

Jedynie lekarz mikrobiolog zajmuje się bezpośrednio leczeniem zakażeń, natomiast nie-lekarz - specjalista mikrobiolog może mieć ważny głos doradczy, pomimo że bezpośrednio nie zleca leków. Natomiast wyniki uzyskiwane w pracowni mikrobiologicznej stanowią podstawę polityki antybiotykowej i umożliwiają optymalny wybór nie tylko leczenia celowanego, ale także empirycznego. W szpitalu pracownia mikrobiologiczna opracowuje tzw. szpitalną mapę mikrobiologiczną, która stanowi ważne źródło wiedzy dla lekarzy i dyrekcji zarówno w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, ale także tworzeniu i modyfikowaniu szpitalnej listy antybiotyków. Niezwykle ważne jest pobieranie właściwych próbek do badania od chorego z zakażeniem i jak najszybszego dostarczenia ich do laboratorium.

W leczeniu zakażeń należy uwzględniać aktualne rekomendacje oparte na medycynie faktów (EBM) i dane mikrobiologiczne szpitala, a po uzyskaniu wyniku badania mikrobiologicznego z antybiogramem prowadzić leczenie celowane.

W obszarze profilaktyki zakażeń mikrobiolog jest członkiem zespołu ds. zakażeń szpitalnych i odgrywa ważną w nim rolę. Dysponując bieżącymi danymi z diagnostyki może skutecznie i szybko wpływać na podejmowanie właściwych działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń. Kluczowym elementem jest opracowanie standardów postępowania podstawowego (np. higiena rąk, izolacja pacjentów, opieka nad cewnikami, liniami centralnymi) oraz w przypadku wystąpienia nowego zagrożenia lub ogniska epidemicznego.

> W szpitalu pracownia mikrobiologiczna opracowuje tzw. szpitalną mapę mikrobiologiczną, która stanowi ważne źródło wiedzy dla lekarzy i dyrekcji zarówno w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, ale także tworzeniu i modyfikowaniu szpitalnej listy antybiotyków.

Jak przedstawia się rozwój mikrobiologii w ostatnich latach? Co zmieniło się w tej dziedzinie od czasu, kiedy zaczynała Pani karierę?

W mikrobiologii, podobnie jak w wielu innych dziedzinach naszego życia, dokonał się wielki postęp dzięki wybitnym odkryciom i to zarówno w biologii, jak i technologii. Wyjaśniono szereg mechanizmów patogenezy zakażeń, poznano nowe cechy drobnoustrojów. Udaje się na coraz większa skalę sekwencjonować całe genomy bakterii. Rozwój metod genetycznych przyspieszył znacząco uzyskiwanie wyniku mikrobiologicznego. Także inne techniki jak spektrometria mas czy cytometria przepływowa znacząco podniosły szybkość i jakość uzyskiwanych wyników

Jakie nowe metody identyfikacji drobnoustrojów udało się opracować?

W ostatnim okresie położono nacisk na rozwój i wprowadzanie do codziennej diagnostyki metod, które pozwalają na jak najszybsze wykrycie patogenu odpowiedzialnego za zakażenie. Są one oparte jak wspomniano powyżej o identyfikację materiału genetycznego drobnoustrojów.

Jak wygląda sytuacja polskiej mikrobiologii? Czy mamy wystarczającą liczbę specjalistów?

W Polsce diagnostyka mikrobiologiczna opiera się przede wszystkim na mikrobiologach-absolwentach Wydziałów Biologii, Biotechnologii, ostatnio Mikrobiologii, a także diagnostach tj. absolwentach Wydziałów Diagnostyki Laboratoryjnej Uniwersytetów Medycznych. Natomiast dramatycznie mało jest lekarzy mikrobiologów.

Które szczepy bakterii są dla człowieka najgroźniejsze?

To trudne pytanie, zależy w jakim środowisku i u jakich pacjentów. Każde zakażenie może być niebezpieczne. To zależy od stanu odporności chorego, cech drobnoustroju i podejmowanych działań terapeutycznych. Obecnie najgroźniejsze są bakterie wieloantybiotykooporne bowiem mamy mały wybór skutecznych leków. Są to przede wszystkim:

- pałeczki jelitowe wytwarzające beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (ESBL) lub/ i karbapenemazy,
- pałeczki niefermentujące (Pseudomonas aeruginosa i Acinetobacter baumannii) oporne na karbapenemy,
- gronkowce złociste oporne na metycylinę,
- enetrokoki oporne na wankomycynę.

Wymienione bakterie to główne czynniki zakażeń szpitalnych. Musimy także pamiętać, że coraz trudniej jest leczyć zakażenia nabyte poza szpitalem takie jak pneumokokowe, Salmonella, czy rzeżączkę.

Czy to prawda, że szpitale są miejscem występowania najgroźniejszych dla zdrowia szczepów bakterii? Czy nadal zdarzają się przypadki zakażeń szpitalnych? Jaka jest skala tego problemu w Polsce i jakie działania przeciwko niemu są podejmowane?

Zakażenia szpitalne występują na całym świecie i są nie do uniknięcia, ale ich procent może być bardzo niski. Ważne jest właściwe funkcjonowanie zespołów ds. zakażeń szpitalnych, wspartych dobrą diagnostyką mikrobiologiczną i oczywiście przez kierownictwo szpitala. W Polsce mamy zbyt mało sal do izolacji pacjentów, niewystarczającą liczbę personelu i brak środków na ciągłą modernizację szpitali.

Z kolei, które bakterie mają pozytywny wpływ na zdrowie i życie człowieka?

Bakterie odgrywają szereg pozytywnych funkcji, a zaburzenie ich składu (mikrobiomu) może prowadzić do wielu niekorzystnych następstw. Bakterie, które naturalnie kolonizują nasze śluzówki stanowią rodzaj ochrony przed zasiedlaniem ich przez drobnoustroje bardziej patogenne. Nadużywanie antybiotyków zaburza tę równowagę i powoduje kolonizację naszego organizmu przez bakterie oporne na antybiotyki, które mogą stać się przyczyną zakażenia i to trudno poddającego się skutecznej terapii.

Antybiotyki od czasu ich wprowadzenia uratowały życie miliardom ludzi, ale stosowane w niewłaściwych wskazaniach i niewłaściwy sposób doprowadziły do powstania wieloantybiotykoopornych szczepów bakterii, wobec których coraz częściej nie mamy skutecznego leku. Nie działają na wirusy, a przecież tak często je podajemy w zakażeniach dróg oddechowych, które są przede wszystkim etiologii wirusowej.

Czy drobnoustroje mają swój udział w patogenezie coraz częściej spotykanych chorób cywilizacyjnych?

Dużo się o tym mówi, ale dowodów ostatecznych nie jest tak wiele. Wiemy, że Helicobacter pylori ma udział w patogenezie nowotworu żołądka, a wirus brodawczaka ludzkiego w raku np. szyjki macicy. Mówi się o przyczynach infekcyjnych choroby Alzheimera i miażdżycy, ale musimy poczekać na pełne wyjaśnienie tych zależności.

W mediach często można usłyszeć informacje o pojawieniu się nowego, opornego na dotychczasowe metody leczenia szczepu bakterii. Jak wygląda rozwój oporności bakterii? Jakie wyróżniamy mechanizmy warunkujące ich zmienność? Jaki wpływ na to ma stosowanie antybiotyków. Dlaczego antybiotyki stały się popularne na tak dużą skalę? Jak można temu zapobiec?

Zapewne chodzi o Klebsiella pneumoniae wytwarzającą karbapenemazę enzym, który prowadzi do unieczynnienia antybiotyków betalaktamowych, a więc najważniejszej grupy leków stosowanych w leczeniu różnorodnych infekcji. Antybiotyki od czasu ich wprowadzenia uratowały życie miliardom ludzi, ale stosowane w niewłaściwych wskazaniach i niewłaściwy sposób doprowadziły do powstania wieloantybiotykoopornych szczepów bakterii, wobec których coraz częściej nie mamy skutecznego leku. Nie działają na wirusy, a przecież tak często je podajemy w zakażeniach dróg oddechowych, które są przede wszystkim etiologii wirusowej. To samo dotyczy wirusa grypy, na którego podobnie jak i na inne wirusy antybiotyki nie działają. Nadużywanie antybiotyków w leczeniu zakażeń wirusowych, a także podawanie ich w niewłaściwych wskazaniach, dawkach i zbyt długo jest największym „grzechem" medycyny. Oczywiście należy podkreślić, że szerokie stosowanie tej grupy leków poza medycyną przyczynia się także do powstawania i rozprzestrzeniania się wieloantybiotykoopornych patogenów bakteryjnych.

Jak Pani ocenia rozwój sytuacji epidemiologicznej w Polsce w najbliższej przyszłości?

Obawiam się, że jeśli nie uświadomimy sobie, że antybiotyki nie są panaceum na wszystko i będą dalej nadużywane, to przyszłość w tym obszarze nie jest optymistyczna. Musimy działać szybko poprzez kontrolę przepisywania tej grupy leków, skuteczne programy kontroli zakażeń szpitalnych i politykę antybiotykową. Ważne są także szczepienia przeciwko grypie i pneumokokom… Należy się także liczyć z możliwością zawlekania coraz nowych patogenów w wyniku coraz większej mobilności Polaków i zwiększonej wymiany towarów, współpracy handlowej, naukowej, podróży itp. Coraz większy wpływ ma zmiana klimatu. Inwestycja w mikrobiologię i to zarówno w szkolenie specjalistów, jak i w nowoczesne laboratoria jest naszą wielką szansą.



Aby dłużej cieszyć się dobrym zdrowiem, należy o nie dbać – czyli badać się, nawet kiedy nie czujemy bólu. Wiele chorób nie boli, a co za tym idzie, dowiadujemy się o nich, kiedy są już zaawansowane – czyli za późno...

Cisi złodzieje – choroby, o których nie wiemy...

Z **Krystyną Puścian** – technikiem elektroradiologiem w Zespole Przychodni Specjalistycznych rozmawiała **Marta Wójcik**

Przykładem choroby, która nie boli jest osteoporoza – choroba polegająca na ubytku masy kostnej, osłabieniu kości i zwiększonej podatności na złamania. Pomocne w wykryciu osteoporozy są proste badania.

Badania densytometryczne. Co się kryje pod tą trudną nazwą?

Nazwa jest trudna, ale badanie nie jest skomplikowane i polega na pomiarze gęstości kości. Aparat, skanując wybrany odcinek kości, oznacza gęstość tkanki kostnej wyliczając wskaźnik T-score – czyli stosunek gęstości kości osoby badanej do średniej gęstości kości osoby młodej i zdrowej. Za pomocą tego wskaźnika, w prostych wartościach cyfrowych, określany jest stopień zaawansowania choroby. Taki rodzaj wyniku jest jasny dla pacjenta, bo konkretne wartości wskazują na osteoporozę, osteopenię (zmniejszenie gęstości kości, ale jeszcze nie osiągające wartości patologicznych) czy też oznaczają zdrową kość.

Tkanka kostna, której głównym budulcem jest wapń, ma odpowiednią twardość, która powoduje, że nasz szkielet znajduje się w pionie i się nie wygina. Ta tkanka kostna buduje się, mniej więcej, do 30 roku życia, następnie przez pewien okres utrzymuje się bez zmian, a potem stopniowo, w miarę upływu wieku, zaczyna się wykruszać. Więc niczym niezwykłym jest fakt, że u ludzi w starszym wieku kości są bardziej kruche i podatne na złamania. Przypadłość ta jednak może zdarzyć się dużo wcześniej. Czasami zaawansowaną osteoporozę można mieć w wieku 40 lat, choć nic na to nie wskazuje i, zgodnie z prawidłami, nie powinno jej być.

Czyli są ku temu pewne uwarunkowania?

Osteoporoza nie jest chorobą genetyczną. Na jej pojawienie się ma wpływ m.in.:

- typ sylwetki - osoby dobrze zbudowane z reguły mają mocniejsze kości,
- tkanka mięśniowa,
- występowanie innych chorób, np. endokrynologicznych, onkologicznych,
- przyjmowanie sterydów.

Czy możemy zbadać każdą kość?

Densytometria polega na zbadaniu kości kręgosłupa lędźwiowego (4 kręgi), kości szyjki udowej lub kości promieniowej. A dlaczego te miejsca? Dlatego, że to właśnie one najczęściej ulegają złamaniom osteoporotycznym. O ile o złamanej ręce czy nodze nie można nie wiedzieć, to już inaczej rzecz się ma z kręgosłupem. Do złamania trzonów kręgowych, w wyniku osteoporozy, może dojść nawet przy chodzeniu, gwałtowniejszym ruchu, czy mocniejszym stąpnięciu przy schodzeniu ze schodów. Dlatego często pacjenci nawet nie wiedzą, że do takiego złamania doszło. Są to drobne nadpęknięcia na brzegach kręgów, które powodują ból. Jednak człowiek nie ma świadomości, czego ten ból dotyczy.

Densytometria jest badaniem szeroko dostępnym, które można sobie zrobić na własną rękę. Czy każdy może, lub powinien, z nich skorzystać w ramach profilaktyki? Lub jeśli boli mnie kolano i chcę sprawdzić, co się z nim dzieje?

Jeżeli chodzi o kolano, to nie, chociaż często przychodzą pacjenci właśnie z takim problemem. Oczywiście można zrobić sobie badania densytometryczne, żeby wiedzieć w jakim stanie są nasze kości, ale one nie wyjaśnią bólu kolana. Po pierwsze – osteoporoza nie boli. Dlatego mówi się o niej, że to cichy złodziej kości. Cichy – bo nie daje objawów i dopóki coś się nie złamie, pacjent nie wie, że ma osteoporozę. Wszelkie bóle, które pojawiają się przy okazji osteoporozy, są skutkiem złamań (np. pęknięte trzony kręgowe), a nie dlatego że choroba boli.

Do kogo najbardziej są skierowane badania?

Do wszystkich osób, które są w wieku 50+, kobiet w okresie menopauzy. Przyjmuje się, że kobiety szybciej niż mężczyźni mają osteoporozę, ponieważ zaburzenia występujące w wyniku menopauzy, powodują szybszą „ucieczkę” wapnia z kości.



Jak wygląda badanie? Czy wymaga specjalnego przygotowania?

W ogóle nie trzeba się do niego przygotowywać, nie trzeba być na czczo. Badanie wygląda bardzo prosto i przyjemnie. Pacjent kładzie się płasko na „łóżku” i specjalny aparat przystępuje do skanowania. Najlepiej jeżeli ubranie w polu badanym, nie ma części metalowych.

Badania wykonujemy właściwie od ręki. Nie ma długich kolejek, maksymalnie do tygodnia czasu.

Jak przedstawia się zainteresowanie badaniem?

Wykonujemy je już od 5 lat, więc przebadaliśmy sporo osób. Ale nawet po tych kilku latach zdarza mi się spotkać osoby, które w ogóle nie wiedziały, że takie badanie się wykonuje.

Jeżeli chodzi o to, czy jest potrzebne, to można powiedzieć, że u 50% osób badanych wykryte zostały nieprawidłowości. Nie u wszystkich wynik oznaczał osteoporozę, ale np. osteopenię, co jest wskazaniem do profilaktyki.

Zdarza się, że zmiany zostają wykryte u osób 20-kilku letnich. Ale w tym wypadku często są one spowodowane zaburzeniami z dzieciństwa, np. skazą białkową, przy której ograniczone jest spożycie mleka - głównego źródła wapnia - i jego przetworów, czy też różnymi zaburzeniami wchłaniania. Przychodzą do nas również dzieci, którym zdarzają się liczne złamania. W naszym Szpitalu nie mamy specjalistów, aby leczyć takich pacjentów, jednak zrobienie badania densytometrycznego jest pierwszym krokiem, wskazówką do dalszego działania.

Badania można umawiać w godzinach 8.00-15.00 codziennie pod nr tel. (83) 41-47-132 lub w środę i czwartek pod nr tel. (83) 41-47-750

Chcąc być w dobrym zdrowiu, dbamy o nie m.in. stosując pewne nawyki żywieniowe, uprawiając sport. Aby sprawdzić, czy nasze metody działają i organizm jest w dobrej kondycji, można wykonać badanie TOTAL BODY.

Czego można się dowiedzieć podczas tego badania?

To badanie wskazuje procentowy stosunek ilości tkanki kostnej, tłuszczowej i mięśniowej całego ciała – od czubka głowy do czubka palców nóg.

Kierowane jest do:

- sportowców potrzebujących utrzymywać odpowiednią wagę i dietę – dzięki badaniu mogą ją monitorować,
- osób na dietach odchudzających, aby sprawdzić, czy podczas tego procesu ubywa tłuszczu i jakie przynosi skutki,
- osób mających zaburzenia wchłaniania,
- pacjentów z anoreksją,
- osób z chorobami endokrynologicznymi powodującymi przybieranie na wadze w wyniku zaburzeń hormonalnych, np. nadczynnością tarczycy,
- osób z dystrofią mięśniową.

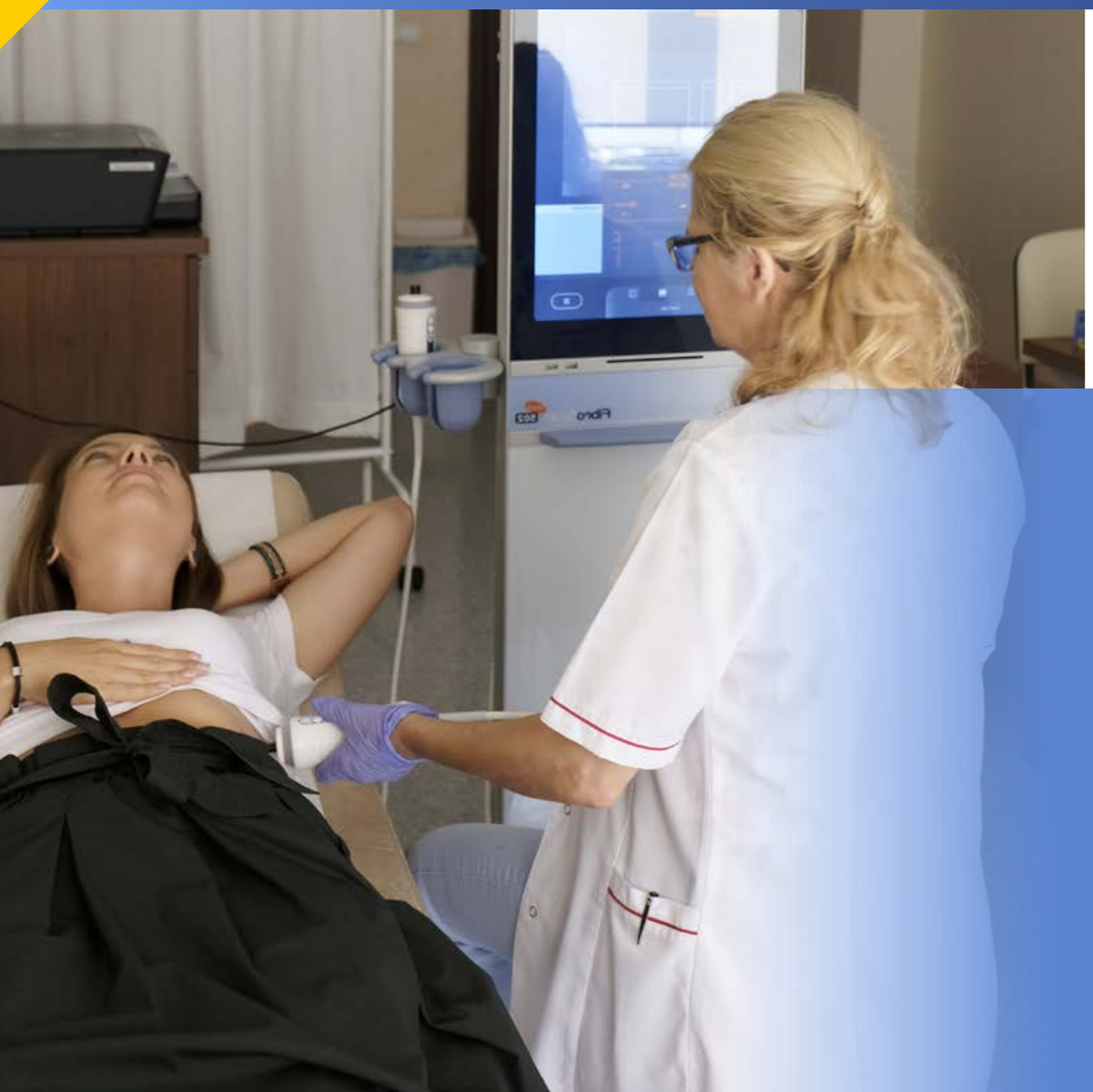
Na czym ono polega?

Badanie wykonuje się tym samym aparatem, którego używa się podczas badań densytometrycznych. Pacjent kładzie się wygodnie i zostaje poddany skanowaniu. Różnica jest taka, że trzeba wykluczyć wszelkie elementy metalowe, które przy sobie posiadamy – nawet biustonosz, który na metalowe fiszbiny. Poza tym żadne inne przygotowanie również nie jest konieczne.

Badania można umawiać pod nr tel. (83) 41-47-132 w godzinach 8.00-15.00

Poprawa bezpieczeństwa epidemiologicznego

Autor: **Kamil Olesiejuk**, pracownik Działu przygotowania i realizacji projektów WSzS



Sąsiedztwo granicy i związany z tym ruch graniczny a także niska świadomość społeczeństwa i ograniczony dostęp do badań profilaktycznych sprzyjają rozpowszechnianiu się chorób zakaźnych takich jak Wirusowe Zapalenie Wątroby typu C oraz HIV/AIDS. W ostatnich latach zauważalna jest tendencja wzrostu nowych przypadków WZW typu C przy polsko-białoruskiej granicy.

Sytuacja taka skłoniła Szpitale w Białej Podlaskiej i Brześciu do wspólnej realizacji projektu, który służyć ma zwiększeniu bezpieczeństwa epidemiologicznego mieszkańców obszaru przygranicznego poprzez poprawę dostępności do usług zdrowotnych oraz podniesienie świadomości dotyczącej zagrożenia chorobami zakaźnymi.

Współpraca ma polegać na wypracowaniu wspólnych procedur, szkoleniu personelu medycznego, realizacji badań profilaktycznych oraz akcji informacyjnej dla mieszkańców. Ponadto w ramach projektu nastąpi rozbudowa zaplecza infrastrukturalnego Szpitali.

Istotnym problemem uniemożliwiającym jego realizację, jest brak w bezpośrednim sąsiedztwie granicy ośrodków medycznych, przygotowanych infrastrukturalnie i kadrowo do izolacji, transportu, diagnozy i leczenia pacjentów na choroby szczególnie niebezpieczne.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej (Beneficjent Wiodący) zakupił specjalistyczny sprzęt medyczny który stanowi istotne wsparcie Szpitala w kompleksowej diagnostyce i leczeniu pacjentów z podejrzeniem wystąpienia chorób zakaźnych (w tym szczególnie niebezpiecznych):

- urządzenie do nieinwazyjnego badania wątroby metodą elastografii
- zautomatyzowany zamknięty system Real-Time PCR
- komorę laminarną II klasy bezpieczeństwa mikrobiologicznego
- kontrolowaną wytrząsarkę obrotową
- system automatycznego barwienia próbek metodą Grama z pakietem startowym
- cieplarki o pojemności około 55l i 140l
- wirówkę laboratoryjną z akcesoriami
- mikroskop z dodatkową cyfrową kamerą wideo i oprogramowaniem do archiwizacji

Fibroscan

Urządzenie do bezinwazyjnej i bezpiecznej oceny stopnia włóknienia oraz stłuszczania wątroby.

Włóknienie jest nieodłącznym procesem towarzyszącym przewlekłym chorobom wątroby szczególnie w przewlekłym zakażeniu wirusami HBV i HCV. Większość powikłań w przebiegu chorób wątroby jest konsekwencją zaawansowanego włóknienia, prowadzącego do jej marskości.

Metoda elastografii staje się obecnie często standardowym narzędziem diagnostyki hepatologicznej i jest alternatywą dla wykonywania biopsji wątroby. Jest podstawową metodą oceny uszkodzenia wątroby u chorych kwalifikowanych do terapii przeciwwirusowej z powodu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C w ramach programów lekowych NFZ.

Badanie przy użyciu tego sprzętu jest nieinwazyjne i bezbolesne, nie wymaga specjalnego przygotowania ze strony pacjenta.

Trwa krótko a wynik jest uzyskany natychmiast po zakończeniu badania, co pozwala lekarzowi ocenić stan wątroby przed rozpoczęciem leczenia i w jego trakcie.





Zautomatyzowany zamknięty system Real-Time PCR

Aparat przeznaczony do równoczesnego wykonywania niezależnie dużej ilości różnego rodzaju specjalistycznych badań genetycznych (klinicznych). Wykorzystywany w diagnostyce genetycznej patogenów wysoce zakaźnych.

Komora laminarna II klasy bezpieczeństwa mikrobiologicznego

Urządzenie do prac laboratoryjnych w sterylnych warunkach. Występuje w nim laminarny (warstwowy) przepływ sterylnego powietrza, co tworzy barierę utrudniającą rozwój drobnoustrojów chorobotwórczych (bakterii) lub zarodników grzybów.

Kontrolowana wytrząsarka obrotowa

Służy do szybkiego i efektywnego mieszania małych objętości cieczy w naczyniach lub tworzenia zawiesin na płytkach mikrobiologicznych i w naczyniach (probówki, kolby). Wskazuje ilościową ocenę poziomu przeciwciał i możliwość monitorowania aktywności/odpowiedzi patogenu na wdrożoną antybiotykoterapię lub monitorowania dalszych efektów procesu leczenia.





System automatycznego barwienia próbek metodą Grama

System jest przeznaczony do uzyskiwania wysokiej widoczności próbek do badań mikroskopowych, w celu szybkiej identyfikacji istniejącego patogenu i wyboru typu i dawki antybiotyków, poprzedzonej próbą kliniczną wrażliwości danego drobnoustroju na antybiotyki (antybiogram).

Cieplarki o pojemności około 55l i 140l

Aparaty do inkubacji kultur/szczepów bakterii w odpowiedniej temperaturze.

Wirówka laboratoryjna z akcesoriami

Możliwość wykrywania ukrytych, trudno widocznych i hodowanych w warunkach klinicznych, istniejących form drobnoustrojów chorobotwórczych o zmiennej antygenowości w celu diagnostyki i różnicowania ostrych, utajonych i przewlekłych zakażeń.

Mikroskop z dodatkową cyfrową kamerą wideo i oprogramowaniem do archiwizacji

Mikroskop do podglądu preparatu w powiększeniu pod kątem identyfikacji patogenu zakażeń, jego rozwoju i struktury, w celu diagnostyki zakażeń o różnej lokalizacji i etiologii, z możliwością przechowywania (archiwizacji) obrazów mikroskopowych i wykonywania prostych pomiarów morfometrycznych.

Celem projektu jest zwiększenie bezpieczeństwa mieszkańców poprzez poprawę dostępności do usług zdrowotnych, wzrost świadomości, dotyczącej zagrożenia chorobami zakaźnymi oraz potrzeby okresowych badań kontrolnych. W wyniku realizacji projektu nastąpi również podniesienie świadomości i wiedzy kadry medycznej w zakresie chorób zakaźnych. Wszyscy pacjenci zamieszkali na terenach objętych działaniem partnerskich szpitali oraz podróżni przekraczający granicę na tym terenie będą mogli potencjalnie skorzystać z kompleksowych usług zdrowotnych.

Dzięki realizacji projektu po obu stronach granicy, w jej bezpośrednim sąsiedztwie, zostaną utworzone dwa silne ośrodki medyczne dysponujące potencjałem niezbędnym do skutecznego działania w sytuacji kryzysowej związanej z rozprzestrzenieniem się pomiędzy państwami chorób wysoce zakaźnych.

Ze względu na ruch graniczny realizacja działań projektowych tylko po jednej stronie granicy nie zapewni tak wysokiej skuteczności i uniemożliwi podjęcie skutecznych działań w sytuacji kryzysowej. Cykliczny charakter części działań zaplanowanych w projekcie jak i dotychczasowa współpraca partnerów w zakresie zdrowia gwarantują, że projekt wzmocni podstawy przyszłej współpracy nie tylko w zakresie bezpieczeństwa epidemiologicznego, ale i szeroko rozumianej opieki zdrowotnej.

O pozytywnym wpływie projektu świadczyć będzie dostawa sprzętu najwyższej jakości, spełniającego normy środowiskowe z zakresu zużycia energii itp. do już istniejących budynków. Realizacja zadań projektowych niezwiązana jest z wykorzystaniem żadnych nieodnawialnych zasobów naturalnych, a także nie przyczynia się do powstania znacznej ilości odpadów.

Szpitale partnerskie przystąpią także do kampanii promocyjnej mającej na celu podniesienie świadomości społeczeństwa o problemie zdrowotnym, jakim jest WZW C. Promocja zdrowia będzie miała też duży wpływ, aby zachęcić mieszkańców do skorzystania z planowanych w projekcie badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania HCV, które będą przeprowadzane w obu szpitalach w Polsce i na Białorusi.

Osoby, u których badanie przesiewowe dało pozytywny wynik na obecność HCV zostaną przebadani w dalszej turze w obu Szpitalach przy użyciu sprzętu do nieinwazyjnego badania wątroby przy użyciu metody elastografii.

Każdy pacjent biorący udział w badaniach przesiewowych w kierunku HCV będzie mógł zadeklarować równocześnie przebadanie się w kierunku AIDS/HIV.

Nieodzownym elementem projektu są także planowane szkolenia w obu Szpitalach dla personelu medycznego WSzS w Białej Podlaskiej i BSO w Brześciu w obszarze postępowania z pacjentami chorymi na choroby zakaźne szczególnie niebezpieczne.

Projekt to także szkolenia dedykowane personelowi medycznemu POZ i poliklinik, pielęgniarkom środowiskowym i szkolnym w zakresie WZW C oraz HIV/AIDS. Seminaria będą służyć podniesieniu wiedzy kadry medycznej (pierwsze ogniwo skoordynowanej opieki zdrowotnej pacjentów) na temat profilaktyki i leczenia WZW C czy HIV/AIDS. Uczestnicy szkoleń zostaną zapoznani również z możliwością skorzystania przez mieszkańców z badań profilaktycznych, które będą wykonane w obu Szpitalach partnerskich.

Uzupełnieniem inicjatywy szpitali partnerskich będą konferencje naukowo-szkoleniowe, które pozwolą nawiązać specjalistom z obydwu krajów długofalową współpracę, skłaniającą do prowadze-nia dalszych badań, które uskutecznią rozwój medycyny w zakresie chorób i niwelowania ryzyka wystąpienia chorób szczególnie zakaźnych.

Już w dn. 24-25.10.2019 w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej odbędzie się konferencja otwarcia projektu „Poprawa bezpieczeństwa epidemiologicznego na polsko-białoruskim obszarze przygranicznym" równocześnie z zaplanowanym w tych dniach w Białej Podlaskiej V Polsko-Białoruskim Szczytem Zdrowia.

Polsko-Białoruski Szczyt Zdrowia w założeniu jest platformą wymiany doświadczeń, ale także miejscem gdzie specjaliści z obydwu krajów mogą nawiązać długofalową współpracę w tym także w zakresie wspólnej realizacji projektów. W poprzednich latach w Szczycie Zdrowia uczestniczyli ob-ok przedstawicieli WSzS w Białej Podlaskiej i Brzeskiego Szpitala Obwodowego w Brześciu rów-nież przedstawiciele władz centralnych i lokalnych Polski i Białorusi, specjaliści ze środowisk me-dycznych obu krajów, konsultanci medyczni, zaproszeni goście z innych szpitali.

W związku z planowaną tematyką projektu tj. leczenia i diagnostyki chorób zakaźnych na polsko-białoruskim pograniczu jeden z paneli dyskusyjnych podczas Szczytu Zdrowia poświęcony będzie tej tematyce, a uczestnicy konferencji będą mogli zapoznać się z samym projektem, działaniami projektowymi obu szpitali, jak i przyszłymi rezultatami wynikającymi z podjętej współpracy.

Konferencja przyczyni się także do szerokiego rozpowszechnienia informacji o Programie Współpracy Transgranicznej Polska-Białoruś-Ukraina 2014-2020, jego celach i współfinansowaniu działań ze środków UE.

Jest to kolejna wspólna inicjatywa Szpitali.

WSzS w Białej Podlaskiej podpisał z Ministerstwem Inwestycji i Rozwoju RP umowę grantową o wdrożenie i dofinansowanie projektu. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Polska-Białoruś-Ukraina 2014-2020.

Całkowita wartość projektu to ponad **2,5 mln euro.**
Dofinansowanie projektu ze środków UE wynosi ponad **1,8 mln euro.**

Wojewódzki
Szpital Specjalistyczny
w Białej Podlaskiej



PRACUJ Z NAMI!

W ZWIĄZKU Z DYNAMICZNYM ROZWOJEM NASZEGO SZPITALA
CHCEMY ZAPROSIĆ DO WSPÓŁPRACY

- Ginekologów do pracy w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym,
- Anestezjologów do pracy w Oddziale Anestezjologii Intensywnej Terapii,
- Lekarzy wykonujących badania endoskopowe do pracy w Centralnej Pracowni Endoskopii,
- Internistów do pracy w Oddziale Chorób Wewnętrznych,
- Chirurgów do pracy w Poradni Chirurgicznej,
- Ortopedów do pracy w Poradni Neurologicznej i w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym,
- Onkologów do pracy w Poradni Onkologicznej i w Oddziale Onkologii Kliniczne i Hematologii,
- Lekarzy specjalistów do pracy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym,
- Neonatologów do pracy w Oddziale Neonatologicznym,
- Personel pielęgniarski i położniczy.

Szczegółowe informacje:
tel **83 41 47 288**
e-mail: **rekrutacja@szpitalbp.pl**