



CZERWIEC - LIPIEC - SIERPIEŃ 2006 NR 6

Sursum Corda

DWUMIESIĘCZNIK WAŁBRZYSKICH SZPITALI



**Już 9 września (sobota) spotkanie
integracyjne 3 szpitali
(Hotel Maria od godz. 16.00)**



Konferencja Ortopedyczna str. 4-5

Nasze Oddziały str. 6-11

Profilaktyka str. 12-13

Życie Szpitala str. 13-15

Nowy sprzęt

Zakład Endoskopii Zabiegowej został wyposażony w nowy sprzęt do badań:

- videogastroskop - endoskop szerokiego zastosowania ze znakomitą obrazem pozwalającym uzyskać jego powiększenie bez utraty rozdzielczości,
- videoduodenoskop - wyposażony w kanał roboczy pozwalający na aplikację szerokiej gamy narzędzi endoskopowych,
- videokolonoskop - cechuje go duży obraz o znakomitej jakości, duży kanał biopsyjny oraz bardzo pomocny dodatkowy kanał spryskiwania pola operacyjnego na wprost, umożliwiającą utrzymanie czystego



pola obserwacyjnego w każdych warunkach badania. Powiększony obraz ułatwia wykonanie badania endoskopowego,

- videobronchoskop- łączy w sobie cechy funkcjonalności endoskopu z jego bardzo dużą trwałością.

Zasłużony dla Wałbrzycha

26 czerwca 2006 r. na uroczystości w wałbrzyskim Ratuszu, Nasz Pan Dyrektor dr n. med. Roman Szelemej otrzymał wyróżnienie „Zasłużony dla miasta Wałbrzycha”. Wraz z nim to prestiżowe wyróżnienie odebrał wieloletni dyrektor Filharmonii Sudeckiej Józef Wilkomirski. W uzasadnieniu tej decyzji rady miejskiej czytamy, m. in. W roku 2002 Marszałek Województwa Dolnośląskiego powierzył dr n. med. Romanowi Szelemejowi funkcję dyrektora Specjalistycznego Szpitala im. dr A. Sokołowskiego, a w czerw-



cu 2003r.- Pełnomocnika ds. Konsolidacji Wałbrzyskich Szpitali. W lipcu 2003r. powołany został na dyrektora Specjalistycznego Szpitala Zespołowego im. S. Batorego i ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Wałbrzychu. Funkcje te obejmował w sytuacji kryzysowej dla wałbrzyskiej służby zdrowia, przede wszystkim jednak wielce niekorzystnej dla mieszkańców Wałbrzycha, zagrożonych brakiem należytej opieki szpitalnej. Przerwanie rosnącego zadłużenia szpitali, pilna konieczność opracowania wizji, koncepcji i perspektyw dla wałbrzyskiego lecznictwa zamkniętego, potrzeba natychmiastowych zmian, to tylko mały wycinek zadań, przed którymi stanął dyrektor R. Szelemej.

W latach 2003-2004 skutecznie realizował w Wałbrzychu program działań osłonowych i restrukturyzacji w ochronie zdrowia, co wiązało się ze zmniejszeniem zatrudnienia we wszystkich trzech szpitalach, a także likwidacją bądź łączeniem komórek organizacyjnych. Dzięki ogromnemu zaangażowaniu i efektywnemu zarządzaniu dyrektora Romana Szelemeja przeprowadzono wiele inwestycji na terenie wałbrzyskich szpitali, które od lat nie były remontowane czy wyposażane w nowoczesny sprzęt.

Szkoła Przyszpitalna

Czwartego lipca, dokładnie o godzinie 16:30 w siedzibie Katolickiego Stowarzyszenia Christiana, w Wałbrzychu odbył



się wernisaż prac dziecięcych pt. „Przyroda wokół nas”. Na wystawie zaprezentowano prace plastyczne dzieci, które tworzyły w trakcie pobytu w Zespole Szkół Specjalnych Przyszpitalnych w Wałbrzychu. Wystawa zorganizowana została w związku z realizacją projektu „Szpital na zielono”, na który szkoła otrzymała finanse w ramach programów unijnych. W trakcie wernisażu Pani Dyrektor szkoły podziękowała swojej założycielce, oraz podkreśliła znaczenie zajęć dydaktycznych – wychowawczych, podczas których powstają prace plastyczne.

Spędzasz urlop w UE?

Zabierz ze sobą kartę ubezpieczeniową!

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego/EKUZ/ daje prawo do świadczeń zdrowotnych, które okażą się niezbędne z medycznego punktu widzenia w czasie pobytu na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej. O zakresie usług medycznych - w razie potrzeby - zdecyduje lekarz, w ramach koszyka świadczeń obowiązującego w danym kraju. Powinien on udzielić wszystkich niezbędnych świadczeń umożliwiających właścicielowi karty kontynuowanie pobytu w danym kraju bez potrzeby powrotu do Polski.

Podstawą do wydania **Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego** jest złożenie odpowiedniego wniosku oraz dokumentu, który potwierdzi aktualne ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia. Jeśli osoba wnioskująca nie będzie posiadała własnego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ, to do wniosku o wydanie Karty powinna dołączyć dokument potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny, a dodatkowo, w przypadku osób uczących się, które ukończyły 18. rok życia, należy przedłożyć legitymację szkolną, studencką lub zaświadczenie z uczelni. Przy staraniu się o EKUZ należy przedstawić do wglądu dowód osobisty lub paszport.

Źródło: Biuro Informacji i Komunikacji Społecznej

„Śpieszmy się kochać ludzi,
Tak szybko odchodzą...”

Ks. J. Twardowski

Z głębokim smutkiem i żalem żegnamy

Lek. med. Jolantę Korbasiewicz

Koleżankę, współpracownika, ale przede wszystkim człowieka o wielkim sercu. Podziwialiśmy ją za siłę, walkę i ogromną chęć życia.... Rodzinie i bliskim składamy wyrazy szczerzego współczucia, łączymy się z Wami w żalu i modlitwie
Dyrekcja, Pracownicy Szpitala im. dr A. Sokołowskiego w Wałbrzychu

Zespół Redakcji „Sursum Corda”:
redaktor naczelny - **S. Lewandowska**,
Mariusz Wereszczyński,
K. Augustyniak,
G. Mizera,
H. Kaczmarczyk,
E. Szram,
E. Mandzyn
współpraca „Wiadomości Wałbrzyskie”

„Podmuchy letniego dnia”

Lato tego roku nie szczędzi nam upalnych dni na przemian z tropikalnymi ulewami. Burze omijają na szczęście nasz Szpital, choć chyba wszyscy czujemy się dokładnie tak, jak nasze koleżanki i koledzy w wielu miejscach w Polsce z poświęceniem i burzliwie przypominający rządzącym, że dalej oszczędzać się już nie da. Jeszcze trudno ocenić prawdziwe rezultaty podpisanych porozumień i znaczenie ustaw, ale intuicyjnie czujemy, że przekroczono na szczęście barierę świadomości i już może być tylko lepiej. Oby szybciej niż wolniej.

Teraz trudny i wymagający etap zawierania tak nie lubianych kompromisów- czy ważniejszy chirurg czy anestezjolog? Czy trudniej pracować na Izbie czy na Dializie? Czy bardziej potrzebny lekarz czy pielęgniarka? A może wszystkim po równo? Czy bardziej dodać pielęgniarkę do czynszu za mieszkanie, czy lekarzowi do wyjazdu na kurs specjalizacyjny? Czy do biletu na autobus do Boguszowa, czy na przejazd codzienny do Wrocławia? Jak zwykle zostaniemy sami z dylematami, które od tyłu lat przychodzi nam rozstrzygać, gdy ciągle jest za mało. Nieźle udawało się do tej pory i wierzę, że znów się uda.

Urlopy- dla jednych okazja do podziwiania fauny Morza Czerwonego, dla innych „tylko” po raz kolejny plaż Toskanii, dla jeszcze innych rodzimych Tatr. A może więc jednak wielu z nas stać na całkiem wiele? Na znacznie więcej niż jeszcze kilka lat temu, choć nam, Polakom tak trudno się do tego przyznać. Może łatwiej wtedy będzie wesprzeć tych, którzy po raz kolejny czerpią uroki z działki na Podzamczu, a „podmuchy letniego dnia” mają tak znajomy zapach książkowych lasów, trochę inny niż piniowych południa Włoch.

Ostatnio popularny wśród rodaków jest kierunek brytyjsko-irlandzki. Również w naszym gronie są entuzjaści klifowych nadbrzeży Kornwalii. Oby szybko wracali, zawsze na nich czekamy... Są jednak i tacy, którzy wrócili po kilkuletnim „stażu” za międzą. Cieszymy się bardzo ze wspólnej pracy z Dr Danutą Chadryś!

Kilkoro z naszego grona wróciło ostatnio z „dalekiej podróży”, choć trwała tylko kilka dni, a kilometrów też niewiele zrobili. Cieszyliśmy się jak dzieci, gdy ściskając się mogliśmy powiedzieć- „jak dobrze Cię znów widzieć!”.

Są jednak i tacy, którzy już nigdy do nas nie wrócą- ten ostatni dyżur dla Dr Joli Korbasiewicz będzie wyjątkowo długi, ale już bez gonitwy na bloku i rannego zmęczenia. Wiem, że będzie nam kibicować, przyrzekła to... Będzie się cieszyć z nami z każdego małego czy większego Dobra. Tylko o tym mówiła.

I jak tu nie słuchać Ks. Twardowskiego.....

dr n. med. Roman Szełemej

NASI PRACOWNICY

Podnieśli kwalifikacje

Lek. med. Barbara Nabiałkowska pod kierunkiem dr n. med. **Kazimierza Kiewry** uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych,

Grażyna Nowakowska pod kierunkiem mgr **Adama Nowińskiego** uzyskała tytuł specjalisty w zakresie rehabilitacji ruchowej,

Dr n. med. **Kazimierz Kiewra** – uzyskał tytuł magistra odbywając studia wyższe na A.M. we Wrocławiu na kierunku Zdrowie Publiczne, specjalność Zarządzanie Instytucjami Opieki Zdrowotnej i Społecznej.

Wszystkim gratulujemy!

Jubileusze

Specjalistyczny Szpital Zespólny im. Stefana Batorego

35 – lecie obchodzi Urszula Walniczek,

30 – lecie obchodzą: Dymkowska Urszula, Majkowski Leszek i Żabierek Zofia,

25 – lecie obchodzą: Augustyniak Ewa, Jaśkowska Henryka, Laszuk Wiesław, Leśnikowska Iwona, Nejman Jadwiga i Żak Julia,

20 – lecie obchodzą: Cieśliewicz Ewa, Gromadzka Zofia, Karolczak Dorota, Pierzga Rachel i Sieczkarek Emilia,

Specjalistyczny Szpital im. dr A. Sokołowskiego

35 – lecie obchodzą: Leszczyńska Helena – Apteka, Barbara Krystek – Rehabilitacja i Dudycz Olga – AiT,

30-lecie obchodzą: Nowak Maria-Kardiologia, Kopel Teresa – Sekretariat, Michno Bogusława-Sterylizacja, Letniowska Jadwiga – AiT, Kocik Maria – AiT, Karolak Jadwiga –Nefrologia, Futoma Anna –Kardiologia, Moszczyk Helena – Nefrologia, Łączyńska Regina – Neurochirurgia,

25-lecie obchodzą: Ewa Sobota – Dział Obsługi Szpitala, Pypno Elżbieta – Sekretariat, Petrowicz Anna – Sterylizacja, Mirecka Da-

nuta – Neurochirurgia, Bawiec Jolanta – Interna, Antochewicz Teresa – Pulmonologia, Brogowska Krystyna – Nefrologia, Grzebieniak Małgorzata – Nefrologia, Jakubik – Mania Lila – Kardiologia, Jaskólska Barbara – Chirurgia, Konieczna Ewa – Kardiologia, Konop Iwona – AiT, Kupsz Ewa – Zakład Diagnostyki Obrazowej, Michałek Mariola – Neurochirurgia, Roszak Grażyna- Przychodnia Specjalistyczna, Trachimowicz Krystyna – Nefrologia

20-lecie obchodzą: Surma Monika – Rehabilitacja, Faściszewska Bożena – Chirurgia, Głosek Hanna – Rehabilitacja, Mazur Iwona – Pulmonologia, Dylewska Katarzyna- Ortopedia, Herdach Beata – Interna, Kilian Dorota – Ortopedia, Kołodziejczyk Zofia-Neurologia, Kurzyńska Helena – Chirurgia, Loda Agata – Ortopedia, Szarafin Zyta – Pulmonologia, Żyłka Barbara – Blok Operacyjny.

Ogólnopolska Konferencja Ortopedyczna w zamku Książ oraz otwarcie wyremontowanego i zmodernizowanego Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Specjalistycznym Szpitalu im. dra. A. Sokołowskiego. Tym żył szpital w czerwcu bieżącego roku.

Konferencja Ortopedyczna

Organizatorami konferencji, która odbyła się 23 czerwca byli: Specjalistyczny Szpital im. dra. A. Sokołowskiego oraz Dolnośląski Oddział Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego. W spotkaniu uczestniczyło 80 osób, a powitał ich zespół sygnalistów myśliwskich Zarządu Okręgowego PZŁ w Wałbrzychu.

W konferencji udział wzięli: Prezes Zarządu Głównego PTOiTR Prof. T. Gaździk, Prezes Dolnośląskiego Zarządu PTOiTR Prof. S. Dragan, Konsultant Wojewódzki ds. ortopedii i traumatologii Prof. A. Wall, Kierownik Katedry Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu Prof. P. Minta, Kierownik Katedry Rehabilitacji Wyższej Szkoły Fizjoterapii w Opolu Prof. A. Pozowski, Konsultant Wojewódzki ds. Rehabilitacji dla województwa dolnośląskiego dr. med. T. Urban.

Liczną grupę stanowili ordynatorzy oddziałów ortopedycznych z terenu województwa dolnośląskiego oraz ordynatorzy sąsiednich oddziałów chirurgicznych. W obradach uczestniczyli także lekarze z lecznictwa otwartego: kierownicy przychodni, lekarze rodzinni oraz

duża grupa magistrów rehabilitacji. Konferencje otworzył Dyrektor Specjalistycznego Szpitala im. dra. A. Sokołowskiego w Wałbrzychu dr n. med. Roman Szelemej.

Następnie ogłoszono programowe referaty. Ordynator Oddziału Ortopedycznego dr n. med. Bogusz Stępniewski przedstawił historię ortopedii wałbrzyskiej. W tym roku minęło już ponad 40 lat od jej powstania. Pierwszy oddział otworzył swoje podwoje 1 marca 1962 r. w Szpitalu Miejskim im. Pstrowskiego w Wałbrzychu (obecny Szpital im. Batorego). Organizatorem i pierwszym ordynatorem był dr med. Tadeusz Brągoszewski, który kierował nim przez 25 lat aż do śmierci (1987 r.). Kolejnym ordynatorem był B. Stępniewski (lata 1987-2003). Do czasu zorganizowania samodzielnego oddziału ortopedyczno

– urazowego choroby przede wszystkim z urazami górniczymi byli leczeni w oddziale chirurgii ogólnej w wyżej wymienionym szpitalu.

Szpital ten został wybudowany od podstaw i otwarty w 1907 r. Jego fundatorem był Związek Zawodowy Górników „Spółka Bracka”. Był to pierwszy szpital górniczy w Wałbrzychu. W owym



Pamiątkowe zdjęcie personelu z Zamku Książ

czasie na terenie zagłębia wałbrzyskiego czynnych było 17 kopalni, poszkodowanych górników było wielu. Dla nich to przeznaczony był w zasadzie cały szpital – oddział chirurgiczny liczył 200 łóżek i zajmował dwa piętra. W okresie powojennym z tego oddziału wyodrębniono oddział chirurgii dziecięcej, laryngologii, urologii, chirurgii szczękowej i chirurgii urazowo-ortopedycznej. Nowo powstały oddział ortopedyczny liczył 55 łóżek. Liczba ta sukcesywnie malała aż do 33 w chwili rozwiązania oddziału w 2003 roku w ramach restrukturyzacji wałbrzyskiej służby zdrowia. W 1973 roku w nowowytbudowanym Wojewódzkim Szpitalu Górniczym w Wałbrzychu został zorganizowany drugi oddział ortopedyczno-urazowy liczący 72 łóżka. Oddział ten obejmował opiekę górników z całego ówczesnego województwa wrocławskiego, zagłębie wałbrzysko-noworudzkie, lubińskie i kopalnie węgla brunatnego w Bogatyni.

Ordynatorami tego oddziału byli lekarze: Eugeniusz Krawczyk od 1973 do 1989 roku, Franciszek Kochman od 1989 do 2002 roku. Obecny Ordynator jest dr n. med. Bogusz Stępniewski.



Uroczyste przecięcie wstęgi przez Ordynatora oddziału dr n. med. Bogusława Stępniewskiego



Konferencję ortopedyczną otworzył dyrektor dr n. med. R. Szelemej

W omawianym 40-leciu w oddziałach ortopedycznych pracowało 50 ortopedów: 31 lekarzy uzyskało specjalizację II°, 5 lekarzy uzyskało tytuł doktora nauk medycznych, 6 lekarzy wyjechało za granicę, 9 lekarzy zmarło. Obecnie w oddziale pracuje 10 lekarzy ortopedów.

Dekada kości i stawów

W następnym wystąpieniu: Profesor A.Wall przedstawił cele i zadania "Dekady kości i stawów". W roku 2000 WHO proklamowało „Dekadę kości i stawów 2000-2010” jako inicjatywę na rzecz rozpowszechniania wiedzy i prewencji chorób narządów ruchu.

Choroby narządu ruchu są najczęstszą przyczyną ograniczenia sprawności i stanowią połowę wszystkich przewlekłych schorzeń u osób powyżej 65 roku życia. Obecnie cierpi na nie kilkaset milionów ludzi na całym świecie, a przy-

świecie czwartą, najczęstszą przyczyną problemów zdrowotnych u kobiet i ósmą wśród mężczyzn.

Choroby narządu ruchu są związane z najwyższymi kosztami leczenia i stanowią Ł całości kosztów ponoszonych z tytułu leczenia chorób. Kolejnym poważnym schorzeniem jest osteoporoza. Jedna z 3 kobiet i 12 mężczyzn po 50 roku życia będzie chorować na osteoporozę. Nie leczona osteoporoza prowadzi do złamań i kalectwa. Szacuje się, że w Polsce na osteoporozę choruje ok.

muje się że wkrótce liczba ta wzrośnie w wyniku podwojenia liczby osób powyżej 50 roku życia do roku 2020. W Polsce w 1996 r. 1,5 mln osób nie mogło się poruszać lub miało z tym kłopoty. GUS prognozuje, że ludzi starszych będzie w 2010 r. w Polsce 7,1 mln, a dziesięć lat później 9 mln. Zmiany zwyrodnieniowe stawów są na

3,3 mln osób. Ryzyko złamania u 50-letniej kobiety wynosi 40%. Po złamaniu szyjki kości udowej umiera w ciągu roku 20% osób. W świecie w 1990 było 1,6 mln złamań szyjki kości udowej, a w roku 2050 będzie ich 2,5 mln. Większość kobiet chorujących na osteoporozę w Polsce nie leczy się z powodu zbyt wysokich kosztów. Wypadki drogowe i związane z nimi urazy wielonarządowe są główną przyczyną śmierci i przyjęć do szpitali w grupie wiekowej poniżej 45 roku życia. W Polsce ginie na drogach około 6 tysięcy osób rocznie, a około 70 tysięcy doznaje poważnych obrażeń. Na świecie co 30 sekund jedna osoba traci życie w wypadku drogowym. „Dekada kości i stawów 2000-2010” ma na celu odwrócenie powyższych trendów, aby w ten sposób poprawić jakość życia osób ze schorzeniami narządu ruchu.



Spotkanie zgromadziło licznych gości

MIS to przyszłość

W kolejnym wystąpieniu lekarze oddziału ortopedyczno-urazowego przedstawili nowoczesne techniki operacyjne w ortopedii. Te techniki to MIS – Minimally Invasive Surgery, które są stosowane u chorych leczonych operacyjnie w naszym oddziale. Współczesna chirurgia dąży do zmniejszenia rozległości operacji. W zabiegach zastępujemy rozległe cięcia skórne mini dostęпами bez przecinania mięśni, a jedynie ich rozdziele-

niami. MIS - w głównej mierze dotyczy chirurgii biodra i kręgosłupa.

Do głównych zalet MIS należą:

1. Zmniejszenie traumatyzacji tkanek.
2. Skrócenie czasu operacji.
3. Zmniejszenie utraty krwi.
4. Skrócenie hospitalizacji.
5. Szybszy powrót do sprawności.
6. Lepszy efekt kosmetyczny.

W naszym oddziale przedstawioną technikę MIS stosujemy podczas wszczepiania stawów biodrowych (endoprotez) stabilizacji złamań oko-

łokrętarzowych i operacji złamanych kręgów.

W ostatnim referacie Profesor Gaździk omówił współczesne sposoby postępowania w septycznych powikłaniach alloplastyki stawu biodrowego i kolanowego. Ilość tych powikłań jest stosunkowo duża – około 1% wszystkich alloplastyk (20 tys. zabiegów w skali roku). Leczenie tych powikłań. Jest bardzo drogie - około 40 tys. za jednego operowanego. Dlatego też należy dołożyć wszelkich starań by tych niepowodzeń było jak najmniej.

10 łóżek i 13 osób personelu medycznego. Niewielki Oddział Patologii Noworodka w szpitalu Batorego. To tutaj hospitalizuje się noworodki, a także niemowlęta, których choroba miała swój początek w okresie noworodkowym.

Oddział Patologii Noworodka

oddział Patologii Noworodka.

Noworodki w stanach zagrożenia życia leczone są w Oddziale Intensywnej Terapii Dziecięcej, który powstał w 1981 roku, a także we wspomnianym już oddziale niemowlęcym. W 1989 roku powstają samodzielny czterołóżkowy Oddział Intensywnej Terapii Noworodka, którego ordynatorem jest już wówczas doc. dr hab. **Janusz Szymborski**, natomiast utworzony samodzielny Oddział Patologii Noworodka i Niemowlęcia prowadzi pani doktor **Małgorzata Komar-Szymborska**, która jako jedna z pierwszych w województwie wałbrzyskim uzyskała specjalizację z neonatologii. Szefuje mu do 1991 roku kiedy wraz z mężem wyjeżdża do Szczecina. Od września 1991 roku oddział prowadzi doktor **Zdzisława Maleńczak** specjalista chorób dziecięcych (od 1996 roku również neonatolog), a po wygranej w styczniu 1993 roku konkursie - zostaje ordynatorem oddziału. Początkowo oddział liczył 30 łóżeczek, od 1993 roku 25, a po wprowadzeniu reformy w 1999 roku 17 łóżeczek zgodnie z wymogami kasy chorych. W oddziale leczone są wówczas noworodki od pierwszych godzin życia, przekazywane ze wszystkich oddziałów noworodkowych województwa

Oni dbają o zdrowie dzieci

- Ordynator Oddziału – **Zdzisława Maleńczak** specjalista chorób dzieci i neonatologii
- Asystent lek. med. – **Marzena Hrabąńska-Mazur** specjalista chorób dzieci
- 11 – osobowy zespół pielęgniarek, nad którymi czuwa Pielęgniarka Oddziałowa **Jadwiga Bączyk**
- Pielęgniarka nadzorująca **Grażyna Adamowicz**



Mamę instruuje magister rehabilitacji Agata Miśkiewicz

Pierwszy oddział dziecięcy w Wałbrzychu zlokalizowany był w Szpitalu przy ul. Batorego i działał tam aż do 1964 roku, do momentu wyremontowania tzw. "żółtego budynku" na Gaju i połączenia wszystkich oddziałów pediatrycznych. Bowiem od 1950 roku na Gaju funkcjonowały już w "czerwonym budynku" oddziały zakaźne. W sumie po połączeniu w szpitalu było 5 oddziałów, w tym aż trzy

zakaźne i mogło się w nich leczyć 225 dzieci. Takie były wówczas potrzeby. W 1979 roku powołany zostaje Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem, a jego dyrektorem zostaje doktor Janusz Szymborski. Oddział V jest wówczas oddziałem niemowlęcym o profilu nefrologicznym. W 1983 roku w ramach oddziału niemowlęcego zostaje utworzony Pod-



Kadra Oddziału Patologii Noworodka prawie w komplecie

wałbrzyskiego a także jeleniogórskiego, legnickiego i wrocławskiego. Aktualnie leczone są głównie noworodki kierowane przez lekarzy rejonowych z powodu różnych patologii jak żółtaczki, zakażenia często o bardzo ciężkim przebiegu, z zaburzeniami neurologicznymi, niedokrwistościami, które wymagają specjalistycznej diagnostyki, a także rehabilitacji. W 2003 roku szpital zostaje przeniesiony do odremontowanego i zmodernizowanego budynku przy ul. Batorego. Można więc powiedzieć, że wrócił do korzeni, wszak tutaj po wojnie zaczęła

funkcjonować wałbrzyska pediatria. Obecnie oddział liczy 10 łóżek. Hospitalizuje głównie noworodki, ale przyjmowane są także niemowlęta, których choroba ma swój początek w okresie noworodkowym, bo w naszym rejonie wciąż utrzymuje się duży procent wcześniactwa i dystrofii wewnątrzmacicznej.

Personel medyczny zatrudniony w oddziale o długim stażu, o dużym doświadcze-

niu w pracy z najmłodszymi pacjentami, przygotowany zawodowo, posiadający odpowiednie przeszkolenie, wymagane specjalizacje jest w stanie zabezpieczyć wysokospecjalistyczną opiekę oraz wykonanie procedur medycznych zgodnie z wytycznymi konsultantów regionalnych i krajowych ds. neonatologii i pediatrii. Dysponujemy odpowiednimi kwalifikacjami i sprzętem medycznym.



Na szczęście pod sufitem oddziału wisi delfinek



Pielęgniarka Grażyna Adamowicz



Pielęgniarka Małgorzata Kwiatkowska

Drugi co do wielkości w województwie dolnośląskim, na pewno jedyny w regionie wałbrzyskim. Rocznie jest na nim hospitalizowanych 1000 pacjentów, działające przy nim przychodnie przyjmują ich dwa razy tyle. Integralna część Szpitala im. Batorego, Oddział Chorób Zakaźnych dla Dorosłych.

*„Chorobom zakaźnym można zapobiegać...;
dzieje się jednak tak, że trzeba je zwalczać.”*

Personel

Oddział Chorób Zakaźnych dla Dorosłych



Pielęgniarka Agnieszka Kowziel

Oddział, należy do-
dać pierwszy tego typu w Wałbrzy-
chu, został otwarty 1 stycznia 2004
roku z inicjatywy Pana Dyrektora
dr n. med. Romana Szelemeja. Liczy
33 łóżka i jest drugim co do wielko-
ści w województwie dolnośląskim.
Posiada II stopień referencji. W swo-
ich strukturach oprócz bazy łóżko-
wej posiada Izbę Przyjęć oraz trzy
poradnie.

Oddział zatrudnia 3 lekarzy (w
tym 2 lekarzy ze specjalizacją II-ego
stopnia z chorób zakaźnych z ty-
tułem doktora nauk medycznych),
17 pielęgniarek, sekretarkę i 8 salo-
wych. Funkcję ordynatora pełni dr
n. med. **Krystyna Augustyniak**, na-



*Pomimo kontuzji nogi, Piotr Nowak z Niemcy
nie traci humoru*

tomia pielęgniarki oddziałowej
Elżbieta Grajczyk.

Oddział jest sprofilowany i po-
dzielony na cztery pododdziały: he-
patologia zakaźna, neuroinfekcje,
zakaźne choroby jelit i inne choroby
(zakaźne choroby skóry, AIDS, lep-



W Oddziale Zakaźnym właśnie kończy się kompleksowy remont



W poradni przyjmuje pielęgniarka Grażyna Czernik

tospirozy, choroby z autoagresji, np. PSC, PBC i inne).

W oddziale prowadzone są też programy leczenia przeciwwirusowego u dorosłych z przewlekłym zapaleniem wątroby typu B i C, finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Aby to było możliwe w oddziale wykonuje się specjalistyczną diagnostykę chorób wątroby, w tym drogie badania wirusologiczne (jakościowe i ilościowe PCR) z genotypowaniem oraz badania histologiczne wątroby za pomocą biopsji cienkoigłowej.

Przy oddziale funkcjonują następujące poradnie: wzw, hepatologiczna i chorób zakaźnych, w

której przeprowadzane są m.in. zalecane szczepienia ochronne. W każdej z nich wykorzystany jest limit

przyjęć w 100%, a w poradni wzv stale przekraczany jest 3 – krotnie. Rocznie w oddziale hospitalizowanych jest ponad 1000 chorych, a w poradniach przyjmowanych jest ponad 2000 pacjentów.

Choć istnieje przekonanie, że choroby zakaźne przy obecnym rozwoju medycyny i terapii są niegroźne i zmniejsza się ich ilość to prowadzona przez nas działalność świadczy o dużej potrzebie i przydatności tegoż oddziału na naszym terenie.



Pacjentka Magdalena Mostkowska pod czują opieką Janiny Duszyńskiej



Personel medyczny Oddziału Zakaźnego dla Dorosłych

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, mieszczący się w Specjalistycznym Szpitalu im. dr A. Sokołowskiego jest nowoczesnym wyposażonym działem, obsługującym pacjentów hospitalizowanych w szpitalach: im. Sokołowskiego, im. S. Batorego i ZOZ Nad Matką i Dzieckiem jak również pacjentów ambulatoryjnych, którzy coraz częściej chcą korzystać z naszych usług. O poziomie i jakości wykonywanych badań laboratoryjnych mogą świadczyć liczne certyfikaty jakości, zarówno krajowe jak i międzynarodowe.

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej

Popularnie zwany „Laboratorium”, to tutaj zbiegają się drogi wszystkich pacjentów leczonych w Naszych szpitalach. Laboratorium wykonuje rocznie blisko 350 tysięcy badań z różnych

dziedzin popularnej immunologii. Dla potrzeb naszych oddziałów, laboratorium ma do dyspozycji również Bank Krwi.

Zakładem Diagnostyki Laboratoryjnej kieruje mgr Lidia Micińska oraz zastępca mgr **Marta Jędrzejewska**. Bankiem Krwi i Pracownią Seroologii Transfuzjologicznej kieruje mgr **Janina Jurek**. Nad

sprawnym przebiegiem procesu diagnostycznego czuwa zespół doświadczonych fachowców składający się z 7 pracowników z wyższym wykształceniem (diagnostów laboratoryjnych), 13 techników analityki medycznej, mgr biologii, sekretarki medycznej oraz pomocy laboratoryjnej. Badania wykonywane są całodobowo

na trzech zmianach, (również w soboty, niedziele święta).

Poza badaniami wykonywanymi na potrzeby oddziałów szpitalnych Zakład świadczy usługi diagnostyczne również dla całkiem licznej grupy odbiorców zewnętrznych m.in. dla Powiatowego Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze, szpitala „Łatawiec” w Świdnicy czy też indywidualnie zgłaszających się pacjentów.



Pracownia bakteriologii, na zdjęciu mgr Agata Klimek

dziedzin diagnostyki laboratoryjnej: biochemii, analityki ogólnej, hematologii, koagulologii, bakteriologii, serologii transfuzjologicznej i coraz bar-



Sekretarka medyczna Barbara Wróbel w sekretariacie laboratorium



Bank krwi w pracowni serologii, na zdjęciu mgr Janina Jurek



Kierownik laboratorium mgr Lidia Męcińska



W pracowni biochemii spotkamy mgr Martę Jędrzejewską



W pracowni immunologii działa technik Agnieszka Seinnica

Zakład wyposażony jest w nowoczesne analizatory, własną stację uzdatniania wody oraz laboratoryjną sieć informatyczną. Te wszystkie „cuda techniki” radykalnie skracają czas oczekiwania na wyniki, niejednokrotnie z kilku godzin do maksymalnie 30 minut. Informatyczna sieć laboratoryjna pozwala na szybkie dostarczenie wyników badań przez Internet i Intranet odbiorcom, jeszcze przed ich wydrukowaniem.

Jako jedna z dwóch placówek na Dolnym Śląsku (poza Wrocławiem) możemy w ciągu 5 minut oznaczyć poziom HbCO – hemoglobiny tlenowęglowej, parametru wielce przydatnego w rozpoznawaniu zatrucia tlenkiem węgla. Również jako nieliczni na terenie dawnego



Mgr Wiesława Kwiatek w pracowni hematologii

województwa wałbrzyskiego dysponujemy fachową kadrą pomagającą w diagnozowaniu licznej grupy pacjentów hematologicznych, wykonując tak zwane mielogramy czyli określając odsetkowy wzór morfologiczny szpiku kostnego.

Jakość wykonywanych przez Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej badań jest stale potwierdzana i monitorowana w krajowej kontroli jakości, prowadzonej przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w Łodzi, Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej w Warszawie (POLMICRO) oraz udział w międzynarodowych sprawdzianach jakości badań RIQAS (obejmuje poza Polską Wielką Brytanię, Kanadę, Francję, Niemcy, Portugalię i Hiszpanię) oraz QCS, które obejmują Polskę, Francję i Niemcy.



Pracownia analityki ogólnej, technik analityki medycznej Beata Cupiał przy pracy



Pracownia biochemii, na zdjęciu technik Teresa Blitek

W numerze 4 rozpoczęliśmy cykl artykułów poświęconych narkotynom w kontekście hospitalizacji dzieci i młodzieży w naszym szpitalu. W tym wydaniu „Sursum Corda” ciąg dalszy tego trudnego tematu.

Narkotyki

Podobne objawy jakie daje spożycie amfetaminy i metamfetaminy występują po kokaenie (nazwa slangowa: koks, gram, biała dama, śnieg, witamina C), która działa pobudzająco na ośrodkowy układ nerwowy i układ wegetatywny, daje poczucie wyższości i odsuwa uczucie lęku, ale równie szybko uzależnia. Natomiast narkotyki uzyskiwane z przetworów maku lekarskiego i ich syntetyczne odpowiedniki, a także przetwory z konopii indyjskich są „atrakcyjne” z uwagi na swoje działanie euforyzujące, odprężające, dające uczucie błogostanu, przypominające trochę działanie alkoholu etylowego.

Marihuana i Haszysz wyrabiane z konopii indyjskich zawierają kilkadziesiąt biologicznie czynnych substancji tzw. tetrahydrokannabinole (THC).

Marihuana - susz z liści konopii, zawiera 0,5 – 5 % THC.

Haszysz - żywica krzewu konopii, zawiera 2 – 19 % THC.

Olej haszyszowy – żywica rozpuszczona eterem, zawiera 10 – 30 % THC.

Najczęściej stosowaną formą przyjmowania w/w preparatów konopii jest ich palenie („skręty”, „fifki”, „marycha”, „zioło”, „blant”, „gandzia”, „afgan”). Doznania wynikające z ich przyjęcia zależą od cech osobowości danego człowieka, wielkości dawki, drogi przyjęcia, stanu emocjonalnego w momencie przyjęcia oraz od współdziałania z innymi substancjami (np. z alkoholem). Po jednorazowym przyjęciu wyróżnia się następujące fazy działania THC:

- faza dobrego samopoczucia i euforii z wielomównością, optymizm, podniesiona samoocena,

- faza nadwrażliwości zmysłowej, zwłaszcza słuchu i wzroku z zaburzeniami poczucia czasu i przestrzeni ale niekiedy z napadem ostrego lęku,

- faza ekstatyczna,
- faza snu i przebudzenia

Fizjologiczne oznaki zażycia preparatów konopii to:

- wzrost ciśnienia krwi i tętna,

- pocenie się,
- przekrwienie gałek ocznych, spojówek, niekiedy obrzęk powiek,
- wąskie źrenice,
- zaburzenia koordynacji ruchowej, gorsza sprawność psychofizyczna – możliwość urazowości,

- zaburzenia uwagi, pamięci, pogorszenie możliwości uczenia się.

Powyższe objawy utrzymują się 1 do 3 godzin od zażycia. Śmiertelne przedawkowanie THC jest praktycznie niemożliwe.

Jakie są oznaki używania THC i na co należy zwrócić uwagę?

- słodkawa woń oddechu, włosów i ubrania, zapach palonych liści,
- przekrwione oczy,
- kaszel,
- gadatliwość i wesołkowatość,
- ogólne podniecenie i nadczynność psychoruchowa,
- zaburzenia orientacji przestrzennej i koordynacji ruchów,
- blade palce,
- brązowo- szare nasionka w kieszeniach, bibuła papierosowa, zielony tytoń.

Przy systematycznym przyjmowaniu po pewnym czasie może wystąpić uzależnienie psychiczne, z nadwrażliwością na THC tzw. małe dawki już wywołują efekty narkotyczne.

Zagrożenia i niebezpieczeństwa regularnego i długotrwałego zażywania preparatów konopii to:

1. Zespół amotywacyjny - stan charakteryzujący się zmniejszoną energią, zmniejszoną dążnością do osiągnięć, apatią, zaburzeniami skupienia uwagi, upośledzoną zdolnością do komunikowania się z innymi, nieadekwatną oceną sytuacji.

2. Indukcja schorzeń psychiatrycznych.

3. Dym działa szkodliwie na cały układ oddechowy a aktywne składniki THC docierają z krwią do mózgu, osłabiają zdolność przyswajania informacji i pamięć, co negatywnie odbija się na wynikach w nauce.

4. Zwiększona możliwość współuzależnienia od tytoniu i alkoholu. Eskalacja używania innych środków odurzających, co może mieć związek z otwarciem dostępu do innych

bardziej wyniszczających narkotyków np. w ramach „oferty” dealera sprzedającego preparaty konopii. Uważa się, że używanie preparatów konopii **to jest furtka do zażywania innych narkotyków.**

Szczególnie groźne jest bowiem uzależnienie od **Opiatów**:

„Kompot” – polska heroina, uzyskiwana sposobem domowym ze słomy makowej. Zawiera morfinę, kokainę, heroinę. Lekko oleisty płyn w kolorze od słomkowego do brązowego przechowywany w małych plastikowych butelkach lub strzykawkach.

Opium – ciemnobrązowy proszek lub bryłki.

Morfina – przezroczyste kryształki, tabletki lub roztwór w ampułkach.

Heroina – proszek koloru białego, brązowego proszek lub granulki tzw. brown sugar

Preparaty te zażywane są w postaci iniekcji dożylnych, wciągania przez słuszki nosa lub wdychanie oparów z podgrzewanej folii metalowej. Należy więc zwrócić uwagę czy młody człowiek nie posiada igieł, strzykawek, rurki, osmalonych sreber, torebek z brunatnym proszkiem, naczyń pokrytych brudnym nalotem. Zewnętrznymi oznakami działania narkotyku są:

- zamroczenie,
- szklane wodniste oczy,
- zwężone źrenice, słabo reagujące na światło,
- ślady wkłuć na ciele,
- krople krwi na rękach,
- niemiły zapach w otoczeniu,
- z wywiadu brak apetytu, przewlekły kaszel.

Przy przedawkowaniu:

- krańcowa sennaś do śpiączki włącznie,
- zwióczenie mięśni szkieletowych (nie-naturalne rozluźnienie),
- zimna, wilgotna, lepka skóra,
- zwolnienie akcji serca, niskie ciśnienie krwi, słabo napięte tętno,
- sinienie ust i opuszków palców,
- depresja oddechowa prowadząca do ostrej niewydolności oddechowej i w porę nie udzielona pomoc – następuje zgon.

Skutki przewlekłego przyjmowania:

- wyniszczenie psychiczne i fizyczne,

- uszkodzenie narządów miękkich,
- przewlekłe zaparcia,
- zaburzenia menstruacji,
- impotencja,
- zaawansowana próchnica zębów,
- zmiany zapalne skóry,
- zanik żył powierzchniowych.

Na skutek przyjemnego błogostanu w jaki wprowadzają opiaty, niemal natychmiast pojawia się potrzeba ponownego przeżycia tego stanu co wywołuje uzależnienia psychiczne. Uzależnienie fizyczne występuje bardzo szybko i pojawia się niezależnie od rodzaju alkaloidu opiatowego i sposobu jego używania. Następstwem są przykre **objawy abstynencyjne**

po odstawieniu narkotyku – szereg dolegliwości, z których najbardziej charakterystyczne to:

- rozszerzone źrenice,
- łzawienie oczu, wysięk z nosa, kichanie,
- „gęsia skórka”,
- nudności i wymioty,
- bule brzucha, biegunka,
- obniżenia ciśnienia krwi,
- dolegliwości bólowe (stawowo-mięśniowe) zwłaszcza kończyn dolnych i kręgosłupa,
- zaburzenia snu i utrata łaknienia,
- zmiany nastroju od przygnębienia i apatii, drażliwości, agresji, napadów złości, a głód psychiczny „zmusza” do poszukiwania i zdobywania narkotyków.

bycia narkotyków.

Opiaty wywołują zjawisko tolerancji, co wywołuje potrzebę zwiększania dawki narkotyku, aby uzyskać na pożądanym poziomie efekt jego działania. Intensywność uzależnienia prowadzi do **całkowitego podporządkowania** życia nałogowi i jego podtrzymywania. Obniżone przez opiaty napięcie emocjonalne sprawia, że osoby uzależnione nie czują dyskomfortu swojej pogarszającej się sytuacji. Skutki takiego stanu odczuwane są wyraźnie w każdej dziedzinie życia osoby uzależnionej.

Lekarz Naczelny

Ordynator Oddziału Pediatrycznego

Lek. Elżbieta Mandzyn

*„Ileż to trzeba wiedzieć, aby zrozumieć jak mało się wie” - G. C. Lichtenberg
W myśl tej sentencji spróbujmy zmierzyć się z naszą wiedzą na temat...*

Wypadków przy pracy

Jednym z podstawowych obowiązków pracodawcy jest zapewnienie pracownikom ochrony zdrowia i życia. Jednak pomimo przywiązywania należytej uwagi do stworzenia właściwych, zgodnych z przepisami warunków pracy, może dojść do nieszczęśliwego zdarzenia, jakim jest wypadek przy pracy. Ważna zatem jest znajomość obowiązków w związku z takim zdarzeniem, jak i wiedza dotycząca czynności w celu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku.

Ostatnie lata przyniosły wiele zmian i nowelizacji przepisów, także w dziedzinie bezpieczeństwa pracy. Dotyczy to również postępowania w razie wypadku przy pracy. Zmiany w tym zakresie zostały wprowadzone m.in. Ustawą z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniach społecznych z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. Nr 199, poz. 1673 ze zmianami).

Ważna jest przede wszystkim zmiana definicji wypadku przy pracy (art. 3, ust.1 Ustawy). Do trzech już istniejących elementów (nagłości zdarzenia, przyczyny zewnętrznej i związku z pracą) dodano jeszcze jeden, a mianowicie uraz odniesiony w wyniku wypadku.

Pamiętaj! Do uznania zdarzenia za wypadek przy pracy konieczne jest łączne wystąpienie wszystkich elementów definicji (a więc zdarzenie musi być nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, powodujące uraz lub śmierć i nastąpić w związku z pracą).

Uległeś wypadkowi? Jakie masz w związku z tym obowiązki?

Oczywiście należy o tym fakcie powiadomić niezwłocznie swojego przełożonego (przypominam, że w naszych szpitalach obowiązuje także pisemna forma zawiadomienia o zaistniałym zdarzeniu). Pracownik poszkodowany w wypadku ma obowiązek dostarczyć, w wyznaczonym przez członków zespołu powypadkowego terminie, wymagane dokumenty poświadczające rodzaj urazu, informacje dotyczące udzielenia pierwszej pomocy, jak również złożyć wyjaśnienia na temat okoliczności wypadku, jakiemu uległ. Przesłuchuje się także świadków takiego zdarzenia. Natomiast zespół powypadkowy ma obowią-

zek w ciągu 14 dni od daty zawiadomienia o wypadku, sporządzić protokół powypadkowy.

Jeżeli pracodawca, po zapoznaniu się z całością dokumentacji, zatwierdzi protokół - to pracownik poszkodowany w wypadku po zakończonym leczeniu i rehabilitacji może się ubiegać o jednorazowe odszkodowanie (oczywiście tylko wtedy, kiedy zdarzenie zostało przez zespół powypadkowy uznane za wypadek przy pracy). W tym celu musi zwrócić się do pracodawcy z pisemnym wnioskiem (prośba o skierowanie pracownika na badanie do lekarza orzecznika ZUS w celu ustalenia procentu uszczerbku na zdrowiu).

Wspomniana wyżej Ustawa wprowadziła także zmianę dotyczącą podmiotu wypłacającego świadczenia z tytułu wypadku przy pracy (art. 15 Ustawy). Otóż świadczenie to wypłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych a nie pracodawca, jak było to do chwili wejścia w życie nowych przepisów.

Z uwagi na ograniczoną objętość naszego dwumiesięcznika nie uda nam się poruszyć wszystkich kwestii związanych z wypadkami przy pracy, ale mam nadzieję, że to co zostało tutaj napisane zapadnie głębiej w pamięć i pozwoli na łatwiejsze poruszanie się w gąszczu przepisów.

Wszystkim pracownikom życzę bezpiecznej pracy

Specjalista ds. BHP

Ewa Chudy



W dniach 6 – 16 czerwca tego roku miałem możliwość odbyć staż w Szpitalu Uniwersyteckim Instytutu Karolińskiego w Sztokholmie. Szpital wraz z Instytutem Karolińskim są jednymi z najważniejszych ośrodków w Szwecji i prawdopodobnie jednymi z 4 najlepszych w Europie. Szpital uniwersytecki ma swoje oddziały w kilku miejscach, z których najważniejsze to Huddinge i Solna. W tej ostatniej miałem przyjemność odbyć szkolenie.

Staż w Sztokholmie

Sprawozdanie z pobytu w Instytucie Karolińskim - dr n. med. Adam Majewski

Szpital posiada 1600 łóżek, 800 000 m kwadratowych powierzchni podłóg oraz 14500 zatrudnionych osób. Pacjenci zgłaszają się 1,3 miliona razy w ciągu roku. Wykonuje się tu 7 operacji na godzinę przez 365 dni w roku.

W instytucie przeprowadzanych jest 40% wszystkich akademickich badań medycznych w Szwecji. Jego pracownicy publikują rocznie około 5 tysięcy artykułów naukowych. Czterech pracowników instytutu otrzymało nagrodę Nobla. Budżet szpitala uniwersyteckiego wynosi 10,3 biliona koron szwedzkich plus około biliona SEK w zewnętrznych grantach, co przy kursie korona szwedzka 1 SEK = 0,4397 zł daje sumę około 5 miliardów złotych. Budżet roczny naszego szpitala wynosi 40 milionów zł, czyli jest około 100 razy mniejszy.

Przyjmowanie pacjentów do planowego leczenia operacyjnego

Anestezjolog konsultuje pacjentów w poradni na około 2 tygodnie przed planowanym przyjęciem, ocenia jego zdolność do znieczulenia, zleca potrzebne badania i konsultacje.

Blok operacyjny

–Każdy pacjent ma na przedramieniu opaskę z danymi osobowymi, ma również zaznaczone na skórze miejsce planowanego cięcia chirurgicznego (nie można znieczulić bez zaznaczenia).

–Instrumentariuszka myje pole operacyjne i zakłada jednorazowe obłożenie.

–Każdy podawany pielęgniarce sprzęt (chusty, narzędzia) ma 2 etykiety. Jedną otrzymuje pielęgniarka wraz z sprzętem (aby znała ilość otrzymanego sprzętu) druga jest wieszana na stojaku. Sprzęt po zużyciu jest wieszany na stojaku obok etykiety, tak aby instrumentariuszka mogła z daleka policzyć odda-

cego, w celu zmniejszenia bólu po wybudzeniu.

–Łączono znieczulenie ogólne z nadoponowym.

–W czasie znieczulenia i po nim kontrolowano **temperaturę pacjenta** za pomocą cewników w przełyku oraz termometrów umieszczanych na czas pomiaru w zewnętrznym przewodzie słuchowym. Sale operacyjne są klimatyzowane co w połączeniu z długim czasem zabiegu powoduje wychłodzenie pacjenta. Obniżona temperatura utrudnia wybudzenie. Temperaturę podtrzymywano za pomocą ogrzewaczy płynów infuzyjnych oraz kołder z nawiewem gorącego powietrza.

–U dzieci do krótkotrwałych znieczuleń wziewnych stosowano maski krtańowe i Emlę przed założeniem wenflonu.

Operacje

Miałem przyjemność oglądać **laparoskopową operację kamicy żółciowej**. Po wypreparowaniu przewodu pęcherzykowego nacięto go, usunięto z niego drobne konkrementy, wykonano cholangiografię śródoperacyjną za pomocą kleszczyków Olsena. Stwierdzono kamica przewodową. Próbowano przepchnąć kamienie do dwunastnicy z pomocą podanej pod ciśnieniem soli fizjologicznej do dróg żółciowych, bez efektu. Założono przewodnicę przez przewód pęcherzykowy do dwunastnicy, którą wyprowadzono na skórę. Przewód pęcherzykowy zamknięto 1 klipsem, obejmującym również przewodnicę. Po usunięciu pę-



ny sprzęt.

–Pacjenci są przekładani przy użyciu dźwigów.

–Stoły operacyjne mają błądy, które są odłączane od podstawy stołu i montowane na ruchomej podstawie łóżka transportowego. Ułatwia to transportu chorych na bloku operacyjnym.

Znieczulenie

–W Szwecji znieczulenia prowadzi przeszkolona pielęgniarka pod nadzorem lekarza anestezjologa. Trudniejsze elementy wykonuje lekarz. Wezwanie następuje za pomocą pagerów.

–Stosowano ostrzykiwanie ran po operacji roztworem środka znieczulają-

cherzyka zamknięto brzuch bez drenu i zaplanowano pacjentkę do planowego endoskopowego usunięcia konkrementów za 2 dni. Zapytałem:

Jak będzie usunięta prowadnicy po ECPW? Poprzez pociągnięcie!

Czy 1 klips wystarczy? Tak!

Operację prostatektomii z powodu raka prostaty wykonuje się tutaj laparoskopowo przy użyciu systemu Da Vinci firmy Intuitive Surgical z Kalifornii (<http://www.intuitivesurgical.com>). Obecnie system ten jest stosowany w 300 szpitalach na całym świecie. W Europie jest około 100 urządzeń. W Polsce nie ma takiego systemu.

Stosowany jest w u osób dorosłych jak i dzieci w operacjach laparoskopowych i torakoskopowych.

Średni koszt systemu wynosi 1.5 miliona USD. System Da Vinci zamienia ruchy ręki chirurga w precyzyjne ruchy mikroinstrumentów w polu operacyjnym. Obraz który widzi chirurg na monitorze jest trójwymiarowy i powiększony. System nie podejmuje samodzielnych decyzji. O każdym manewrze decyduje operujący chirurg. Teoretycznie system może być wykorzystany do operacji na odległość (telesurgery).

System został wypróbowany w tysiącach operacji raka prostaty na całym świecie. Stwierdzono mniejszą utratę krwi i mniejszą liczbę zaburzeń erekcji po laparoskopowej prostatektomii z użyciem robota (Robotically-Assisted MIS) w porównaniu z standardową operacją laparoskopową (Minimally Invasive Surgery).

W praktyce wygląda to następująco:

asystent zakłada troakary w sposób typowy, kontroluje jamę brzuszną i podłącza dwa instrumenty do robota. Operator przystępuje do zabiegu, korzystając z pomocy asystenta, który ręcznie obsługuje dodatkowe narzędzia.

Leczenie bólu:

Leczenie trudnych przypadków jest prowadzone w zespole leczenia bólu. Polecam naukowo uzasadnione wytyczne leczenia ostrego bólu edycja 2005:

<http://www.medeserv.com.au/anzca/publications/acutepain.pdf>

Miareczkowanie morfiny w ciężkim ostrym bólu poprzez dożylnie podawanie 2 mg dawki co 5 minut z oceną efektu leczenia za pomocą skali VAS.

Miałem możliwość uczestniczyć w leczeniu pacjentki z zaostrzonym ciężkim bólem (VAS = 10) w przebiegu przewlekłego niedokrwienia kończyny dolnej. Po zbadaniu pacjentki i zebraniu wywiadu, zmierzeniu ciśnienia i saturacji podano bolus morfiny iv, a następnie kolejne dawki aż do uzyskania poprawy (VAS = 6). W tym przypadku nastąpiło to po podaniu w sumie 20 mg morfiny (pacjentka wcześniej była leczona przewlekłe morfiną). Następnie zlecono podawanie morfiny drogą dożylną co 4 godziny i następnego dnia drogą doustną (dawka p.o 2 razy większa od i.v.).

U pacjentów z bólem przewlekłym stosowano ciekawy sposób ustalania **doustnej dobowej dawki morfiny**. Po podaniu pierwszej dawki stawiano przy łóżku chorego naczynie z następną tabletką. Jeśli pacjent przyjął ją to ponownie uzupełniano naczynie z lekiem (naczynie powinno być zawsze pełne). Idea tego sposobu jest następu-

jąca: jeśli dawka początkowa jest niewystarczająca to pacjent przyjmuje dodatkową tabletkę. Jeśli przyjmie za dużo to robi się senny i nie przyjmuje następnej dawki. Oczywiście wymaga to kontroli stanu pacjenta.

Zwracano uwagę na:

- stosowanie mikrocewników (< 24 gauge) dokanałowych z portem podskórnym w okolicy łuku żebrowego (aby nie pomylić z innym portem) w leczeniu przewlekłego bólu nowotworowego,
- stosowanie skali VAS.

Oddział ratunkowy (Emergency Room) i Zespół Leczenia Urazów (advanced trauma unit)

Oddział ratunkowy przyjmuje rocznie około 70 tysięcy pacjentów. W pobliżu znajduje się lądowisko dla helikoptera. Oddział ma do dyspozycji Zespół Leczenia Urazów (advanced trauma unit) z własną salą operacyjną, nie wykorzystywaną do planowych operacji. W przypadku ciężkich urazów wykonuje się tomografię komputerową całego pacjenta, którą w razie potrzeby powtarza się po 6 godzinach. TK znajduje się w obrębie oddziału.

Pacjenci zgłaszający się do oddziału ratunkowego płacą za wizytę 250 koron szwedzkich (110 zł). Za każdy dzień pobytu pacjenci płacą 70 koron (30 zł).

Chciałbym bardzo serdecznie podziękować Panu Dyrektorowi **Romanowi Szelemejowi** za umożliwienie mi odbycia stażu oraz Panu Doktorowi **Stanisławowi Ryniakowi** za pomoc, opiekę i wiele cennych informacji w czasie stażu.

dr n. med. Adam Majewski



SPECJALISTYCZNY SZPITAL

im. dr A. Sokołowskiego w Wałbrzychu

ZAKŁAD ENDOSKOPII ZABIEGOWEJ

PROGRAM BADAŃ PRZESIEWOWYCH DLA WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA JELITA GRUBEGO

EDYCJA 2006

Kolonoskopia to obejrzenie "od środka" całego jelita grubego za pomocą giętkiego instrumentu wprowadzonego przez odbyt. Do badania trzeba odpowiednio oczyścić jelito - dokładna instrukcja będzie udzielona po ustaleniu terminu badania.

Badania wykonywane są przez bardzo doświadczonych lekarzy w Specjalistycznym Szpitalu im. dr A. Sokołowskiego w Wałbrzychu.

Program finansowany jest przez Ministerstwo Zdrowia w ramach ogólnokrajowej akcji profilaktycznej. Kolonoskopia **jest bezpłatna** zarówno dla osób poddających się badaniu, jak i lekarzy na nie kierujących.



ANKIETA

dotycząca możliwości
przeprowadzenia kolonoskopii
w ramach

Programu Badań Przesiewowych
mających wykryć ewentualne
polipy lub nowotwory jelita grubego
u osób bez objawów chorobowych

Do badań kwalifikują się:

- wszystkie osoby w wieku 50-65 lat bez objawów raka jelita grubego
- osoby w wieku 40-65 lat bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego
- osoby w wieku 25-65 lat pochodzące z rodziny HNPCC lub FAP.

W tym przypadku konieczne jest skierowanie (potwierdzenie) z Poradni Genetycznej.

Do badań nie kwalifikujemy osób, które miały wykonywane badanie w ciągu ostatnich 10 lat!

Skierowaniem na badanie jest ankieta wypełniona przez osoby gotowe poddać się kolonoskopii oraz podpisana przez lekarza kierującego.

Ankieta powinna trafić do Ośrodka realizującego program:

*Specjalistyczny Szpital im. dr A. Sokołowskiego
Zakład Endoskopii Zabiegowej
58-309 Wałbrzych, ul. Sokołowskiego 4
NIP 886-23-85-315*

W razie pytań i wątpliwości proszę dzwonić w godzinach od 8.00 do 14.00
- nr tel. 074 64 89 683