



fol. Tomasz Gola

Na pierwszej linii frontu

120 pacjentów dziennie to tutaj norma. Niektórzy przychodzą o własnych siłach, innych przywożą karetki. Lekarze mają tu pełny przegląd dolegliwości: od najcięższych urazów do banalnych infekcji. Cała sztuka polega na tym, by jak najszybciej je zdiagnozować i udzielić skutecznej pomocy. Szpitalny Oddział Ratunkowy w każdym szpitalu to niezwykle ważna część placówki, którą można porównać z pierwszą linią frontu.

Czytaj na str. 5

Nominacje profesorskie

Do grona profesorów nauk medycznych pracujących w USK dołączyły dwie panie. Prof. Bernarda Kazanowska z Katedry i Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej oraz prof. Elżbieta Poniewierka kierująca Katedrą i Kliniką Gastroenterologii i Hepatologii odebrały z rąk prezydenta RP nominacje profesorskie. Uroczystość z udziałem prezydenta Andrzeja Dudy odbyła się 21 czerwca br.

Gratuluując nominacji prezydent Andrzej Duda podkreślił, że choć nowi profesorowie osiągnęli najwyższy poziom naukowy, jaki można uzyskać w Polsce, to jednak życzy im, by nie było to dla nich ukoronowanie kariery. – Tym ukoronowaniem niech będzie nagroda Nobla i liczę na to, że ktoś z państwa ją uzyska – mówił prezydent. – Bardzo bym chciał, by wreszcie trzymał ją polski naukowiec, za badania prowadzone w Polsce, nawet we współpracy z zagranicznymi ośrodkami. Nauka bowiem nie ma granic, ale naukowiec ma ojczyznę.

Prezydent dziękował nominowanym za to, co zrobili do tej pory, podkreślał wyrzeczenia, jakie są udziałem każdego naukowca, ale też apelował o wychowywanie następców. Dodał, że nie jest dziś łatwo przekonać nowe pokolenie do pracy naukowej, choćby z powodów materialnych. Wybitnie zdolny młody człowiek ma zwykle możliwość dużo lepszych zarobków poza nauką. Andrzej Duda zachęcał profesorów też do tego, by byli wymagający wobec swoich wychowanków i by każda praca doktorska wносиła coś nowego, a nie była odtwórcza. Apelował o wolność dyskusji i o to, by pozwalać młodym nie zgadzać się z autorytetami, bo rozwój nauki polega właśnie na odwadze w obalaniu zastanych naukowych tez. – Wolność nauki jest warunkiem podstawowym do wielkich odkryć, także do tego, by Nobel przyszedł do Polski – powiedział prezydent.



46 lat z nefrologią



– To, że przekazuję klinikę prof. Magdalenie Krajewskiej, daje mi spokój co do jej przyszłości. Łączy ona w sobie cechy bardzo dobrego lekarza z umiejętnościami organizatora. Klinika potrzebuje też nowych impulsów – mówi prof. Marian Klinger, wieloletni szef Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej USK. Odchodząc na emeryturę profesor wraca do początków swojej pracy, ocenia postęp w nefrologii i zastanawia się nad przyszłością medycyny. Z wieloletniej perspektywy widać, jak daleko zaszliśmy w tej dziedzinie.

Czytaj na str. 3

Mistrzowie endoskopii



W Klinice Chirurgii i Urologii Dziecięcej USK rocznie przeprowadza się 400-500 zabiegów endoskopowych. Zarówno sama liczba, jak i zakres operacji wykonywanych tą metodą, stawia wrocławski ośrodek w czołówce, nie tylko krajowej. W organizowanych przez klinikę szkoleniach biorą udział także lekarze zza granicy, a autorska technika PIRS stosowana jest w wielu krajach na świecie. Jej twórca prof. Dariusz Patkowski jest także światowym liderem w endoskopowych operacjach zespolenia przełyku, których wykonał ponad 150.

Czytaj na str. 4

Dzieci i ich migdałki



Całościowa opieka nad dzieckiem była głównym tematem konferencji pielęgniarstwa pediatrycznego, zorganizowanej przez pielęgniarki z koła im. Janusza Korczaka. Kilkogodzinne spotkanie w USK odbyło się pod patronatem Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatrycznych w ramach Korczakowskich Spotkań Pediatrycznych. Podczas konferencji poruszone zostały m.in. problemy opieki nad małym pacjentem ze schorzeniami laryngologicznymi z punktu widzenia pielęgniarki, lekarza i rodzica. Czy bać się usuwania migdałków?

Czytaj na str. 6



Wspierajmy seniorów - oni mają prawo do szczęścia i zdrowia

Prognozy demografów nie pozostawiają złudzeń. Społeczeństwa europejskie się starzeją i ta tendencja utrzymuje się od lat. Do 2020 r. seniorzy będą stanowić blisko 25 proc. polskiego społeczeństwa. Obecnie na świecie żyje około 600 milionów osób powyżej 60. roku życia. Szacuje się, że w 2050 roku będą ich 2 miliardy. Co zrobić, by dłuższe życie oznaczało także lepsze życie? Zmiany demograficzne powodują konieczność zmierzenia się z tym wyzwaniem.

W całej Europie powstają więc różnego rodzaju programy adresowane do seniorów, a dotyczące wszelkich sfer życia. Większość sprowadza się do jednego celu: by jak najdłużej zachować dobrą kondycję fizyczną i psychiczną. Jedną z takich inicjatyw było zorganizowane 15-16 czerwca we Wrocławiu I Forum Wspierajmy Seniorów, w którym wzięło udział kilkaset osób z całego Dolnego Śląska. Organizatorzy z Fundacji Wspierajmy Seniorów przygotowali dla nich m.in. warsztaty z udzielania pierwszej pomocy i postępowania w stanach zagrożenia życia i zdrowia. Od psychologów seniorzy mogli się dowiedzieć, jak starzeje się mózg, jak radzić sobie ze stresem i kryzysem wieku starszego; rozmawiano także o psychodietetyce i psychologii odżywiania.

Dr Diana Frontkiewicz, internista i psycholog z Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zawodowych, Nadciśnienia Tętniczego i Onkologii Klinicznej USK, działająca w Fundacji Wspierajmy Seniorów zapewnia, że dobór tematów był odpowiedzią na rzeczywiste potrzeby starszych osób. A zna je dobrze jako lekarz i psycholog jednocześnie. Na I Forum Wspierajmy Seniorów przygotowała warsztat pt. "Radzenie sobie ze stresem – czyli jak chwycić byka za rogi i być szczęśliwym w starszym wieku".

Stresu w życiu zupełnie wyeliminować się nie da. Można jednak nauczyć się z nim żyć, a w tym pomóc będą wskazówki dr. Diany Frontkiewicz, które przedstawiamy poniżej.

Czym jest stres?

Z punktu widzenia ewolucji stres ma charakter przystosowawczy i jest normalnym procesem fizjologicznym, przydatnym głównie w sytuacjach zagrożenia. W związku z aktywacją układu sympatycznego (odpowiedzialnego za mobilizację organizmu) zmysły się wyostają, energia zostaje skierowana do mięśni, a inne w danej chwili mniej potrzebne funkcje organizmu się ograniczają lub wstrzymują. Krótkotrwałe sytuacje stresowe nie stanowią jednak dla organizmu wyzwania. Gorzej, jeśli podwyższony poziom stresu utrzymuje się w organizmie przez dłuższy czas. Stres może być odczuwany na różnych poziomach – ciała, umysłu i środowiska. Wpływ stresu na osoby w wieku starszym jest jednak bardziej złożony, a odporność na stres jest w tym wieku dużo mniejsza. Niesie to za sobą szereg konsekwencji, m.in. pogorszenie funkcji poznawczych (w tym

pamięci), pogorszenie odporności czy nasilenie się schorzeń somatycznych. Dlatego tak ważne jest radzenie sobie ze stresem.

Nie tylko teoria

Uczestnicy I Forum Wspierajmy Seniorów mogli skorzystać nie tylko z wykładów i warsztatów. Na licznych stoiskach poddawali się badaniom składu masy ciała, sprawności i wydolności fizycznej oraz siły i wytrzymałości mięśniowej. Fundacja Wspierajmy Seniorów zapowiada, że także w przyszłym roku zorganizuje podobne forum dla starszych osób. Organizatorzy już wiedzą, jakie poruszają tematy, bo o tym zdecydowali uczestnicy tegorocznej edycji w ankietach i licznych rozmowach.

Jak radzić sobie ze stresem?

Ile osób, tyle możliwych odpowiedzi. Nie ma uniwersalnej, dobrej dla wszystkich metody. Najlepiej byłoby zupełnie wyeliminować stres, ale nie jest to możliwe. Można natomiast pracować ze stresem na różnych poziomach. Na poziomie ciała odczuwanie stresu objawia się m.in. napięciem mięśni, co jest naturalną i potrzebną reakcją, jednakże przy przewlekłym stresie faza napięcia towarzyszy nam nieustannie, często powodując ból i zmęczenie. Jak rozluźnić mięśnie? Czasem wystarczy ciepła kąpiel,

czasem leniwa drzemka w ciągu dnia, bardzo dobrym sposobem są także techniki relaksacyjne. Proponuję Ci jedną z najprostszych takich technik, którą można wykonać niemal wszędzie. Potrzebujesz tylko krzesła i chęci. Relaksacja sposobem Jacobsona polega na wykonywaniu określonych, celowych ruchów rąk, nóg, tułowia i twarzy. Napinanie i rozluźnianie określonych grup mięśni służy wyuczeniu świadomości różnicy wrażeń płynących z mięśnia napiętego i rozluźnionego. Nie przejmuj się, jeśli początkowo nie będzie Ci to wychodzić. Uczenie się relaksu jest podobne do uczenia się jazdy na nartach czy pływania.

Relaksacja sposobem Jacobsona

- Usiądź i weź dwa głębokie wdechy, powietrze wydychaj bardzo powoli. Zaciśnij obie pięści – wytrzymaj 5 sekund, zwróć uwagę na napięcie dłoni i przedramion, rozluźnij się. Następnie napnij wszystkie mięśnie obu rąk, przyciskając przedramię do barków. Wytrzymaj 5 sekund i rozluźnij. Teraz napnij barki, wytrzymaj 5 sekund i rozluźnij.
- Podnieś brwi i zmarszcz czoło, wytrzymaj 5 sekund i odpuść. Teraz zaciśnij powieki i napnij

wszystkie mięśnie wokół oczu, poczekaj 5 sekund i rozluźnij. Zaciśnij mocno zęby, jednocześnie przyciskając mocno język do podniebienia, przytrzymaj 5 sekund i zrelaksuj je.

- Skieruj głowę do tyłu i napnij tylne mięśnie szyi, wytrzymaj 5 sekund i rozluźnij, punkt ten wykonaj dwukrotnie, ponieważ mięśnie szyi zwykle są najbardziej napięte.
- Teraz napnij mięśnie pleców, wytrzymaj 5 sekund i odpuść. Weź głęboki wdech, zatrzymaj powietrze i napnij mięśnie klatki piersiowej, poczekaj 5 sekund i razem z wydychanym powietrzem rozluźnij te mięśnie.
- Napnij mięśnie brzucha, wytrzymaj 5 sekund i odpuść. Teraz napnij mięśnie pośladków (początkowo może być to trudne, ale po kilku próbach nie będziesz miał z tym problemu), wytrzymaj 5 sekund i rozluźnij je.
- Napnij mięśnie nóg, zacznij od ud, następnie łydek, wytrzymaj 5 sekund i odpuść. Teraz napnij mięśnie stóp, kierując palce do siebie, wytrzymaj 5 sekund i zrelaksuj je. Następnie podkurcz palce u stóp, silnie napinając mięśnie, zatrzymaj i odpuść.

Czy odczuwasz świadomie stan, w jakim znajduje się Twoje ciało? Poczuj to głębokie odprężenie, w którym się znajdujesz. Jeśli jeszcze jakiś mięsień jest choć trochę napięty – napnij go mocno i rozluźnij. Na zakończenie weź głęboki oddech i wstań.

Postęp w medycynie ma swoją cenę



foto: Tomasz Gola

- To, że przekazuję klinikę prof. Magdalenie Krajewskiej, daje mi spokój co do jej przyszłości. Łączy ona w sobie cechy bardzo dobrego lekarza z umiejętnościami organizatora. Klinika potrzebuje też nowych impulsów, nowej energii. Rozstaję się z nią z oczywistym żalem, ale jednocześnie z ulgą, że kolejne wyzwania podejmie już kto inny - mówi prof. Marian Klinger, wieloletni kierownik Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej USK. Odchodząc na emeryturę profesor wraca do początków swojej pracy, ocenia skalę postępu w nefrologii i zastanawia się nad przyszłością medycyny.

46-lecie pracy zawodowej to naturalny moment do retrospekcji. Cofnę się więc do połowy września 1972 r., gdy po raz pierwszy wkroczyłem do Kliniki Nefrologii, która wówczas mieściła się przy ul. Traugutta 57. Dopiero skończyłem studia, a „czerwony” dyplom (z wyróżnieniem) dawał mi możliwość zatrudnienia na Akademii Medycznej. Interesowała mnie immunologia i w czasie studiów należałem do koła naukowego immunologii przy Klinice Chorób Wewnętrznych i Alergologii. Jednak nie było tam miejsca, więc za radą prof. Marii Wrzyszczy postanowiłem spróbować na nefrologii. „Tam też jest immunologia” - powiedziała profesor, i tak znalazłem się w gabinecie ówczesnego szefa

kliniki, wówczas docenta Zenona Szewczyka. Rozmowa była krótka. Zdaniem profesora moim plusem jest to, że nie jestem kobietą, bo nie pójde na urlop macierzyński. Z drugiej strony jest poważny minus płci męskiej: mogą mnie powołać do służby wojskowej na dwa lata. Profesor poprosił, bym znalazł kilka osób, które mogą coś dobrego powiedzieć na mój temat i wrócił za tydzień. Tak też się stało. Zebrałem rekomendacje i 1 października 1972 r. zostałem najmłodszym asystentem w Klinice Nefrologii.

Szczęście do ludzi

Z dzisiejszej perspektywy mogę powiedzieć, że miałem szczęście - i wtedy i później - trafiać na mą-

drych i życzliwych ludzi. Taką osobą z pewnością był prof. Zenon Szewczyk. Dziś też można docenić jego naukowy instynkt. W tym czasie interesował się hodowlami komórkowymi i wbrew powszechnym opiniom był przekonany, że to przyszłość medycyny, choć wtedy niewiele na to wskazywało. Okazało się, że to on miał rację. Postęp w tej dziedzinie jest tak ogromny, że za 20-30 lat nie będą potrzebne przeszczepy, bo będziemy hodować narządy w laboratoriach. Poza szefem, który był bez wątpienia filarem kliniki, pracował w niej również prof. (wtedy dr) Tomasz Szepietowski, doskonały chirurg naczyniowy, który manualnie potrafił zrobić dosłownie wszystko. To dzięki niemu znakiem firmo-

wym naszej kliniki stało się samodzielnie wytwarzanie przetok tętniczo-żylnych przez nefrologów. Nie ma drugiego takiego ośrodka w Polsce, a nasze osiągnięcia doceniane są na całym świecie.

Czasy przełomów

Blisko pół wieku pracy zawodowej to także wystarczający okres, by podsumować zmiany, jakie się dokonały w medycynie. Warto spojrzeć na tę „deskę”, z której się odbiliśmy, by zobaczyć dokąd przeskoczyliśmy. Kiedy zaczynałem pracę w klinice, dializoterapia była dostępna nielicznym i ograniczona głównie do osób z ostrym uszkodzeniem nerek. Na cały Dolny Śląsk i Opolszczyznę były tylko cztery aparaty do hemodializy. Korzystało się wprost z wody wodociągowej, a więc wszystkie znajdujące się w niej zanieczyszczenia trafiały bezpośrednio do krwi pacjenta. Nieraz odbieraliśmy telefon, że dziś woda jest wyjątkowo złej jakości i trzeba powstrzymać się od dializowania. Nie było też urządzeń, służących do zwrotu krwi do organizmu pacjenta. Bywały sytuacje, w których cały zespół, łącznie z panią sprząającą, słynną panią Alą, której postura budziła respekt, stawał do maszyny i pompował, oddając pacjentowi krew, by straty były jak najmniejsze. Przełom nastąpił w 1982 r., gdy zakupiono dla naszych stacji dializ aparat do uzdatniania wody (służył nam zresztą do 2010 r.). W latach 70-tych do dyspozycji mieliśmy dwa leki hipotensyjne, dziś dysponujemy ok. 200, co daje nieporównywalnie większe możliwości doboru odpowiedniej terapii. Prawdziwie przełomowe były lata 90-te, kiedy dializoterapia stała się dostępna każdemu, niezależnie od wieku i choroby. Wcześniej np. nie dializowano pacjentów chorych na cukrzycę, ze względu na słabe rokowania. Dziś 30 proc. dializowanych to osoby z tą chorobą. W początkach mojej pracy 60 proc. chorych na toczniowe zapalenie nerek (a jest to głównie choroba młodych kobiet) umierało w ciągu roku. Obecnie ok. 90 proc. z nich przeżywa 15 lat. To jest prawdziwa miara postępu. Wcześniejsze częste niepowodzenia terapeutyczne wynikały z tego, że nie umieliśmy odróżniać powikłań infekcyjnych, które należało leczyć, od zaostrzenia procesu immunologicznego, który trzeba hamować. Dziś to potrafimy w dużo większym stopniu, dzięki narzędziom laboratoryjnym, ale też dzięki zawodowym kompetencjom. Poziom precyzji diagnostycznej jest nieporównywalnie większy. Zaczynając pracę nie wyobrażałem sobie nawet, do jakich wspaniałych efektów będziemy w stanie dojść.

Granice terapii

Ten ogromny postęp powoduje jednak dylematy innego rodzaju. Zaczynamy się zastanawiać, czy np. 90-latek odniesie rzeczywistą korzyść z dializoterapii i czy przedłuży mu to życie w zadowalającej jakości. To, że potrafimy coś robić, nie oznacza jeszcze, że musimy - weryfikatorem powinno być dobro pacjenta. Podobne dylematy odnoszą się nie tylko do nefrologii, także do innych dziedzin. Czy terminalnie chory z wielonarządowym nowotworem ma żyć o miesiąc dłużej, cierpiąc z powodu powikłań na skutek chemioterapii, czy może lepiej, by pożegnał się z życiem wcześniej, zachowując pełną świadomość? Według medycznych sentencji, dobry lekarz wie jak diagnozować i leczyć. Bardzo dobry lekarz wie, kiedy diagnozować i leczyć. A najlepszy jest ten, który wie, kiedy nie należy tego robić. To jest bardzo trudne, bo w naturze człowieka, a szczególnie lekarza, leży aktywność i potrzeba działania. Jednak zawsze trzeba mieć na względzie podstawową hipokratesową zasadę, według której najważniejsze jest dobro chorego. Dziś celem nie jest samo przeżycie, ale życie w dobrej jakości.

Jaka przyszłość?

Moje obawy co do przyszłości medycyny dotyczą nadmiernej fragmentaryzacji ludzkiego ciała. Uważam za ogromny błąd w kształceniu lekarzy wprowadzenie specjalizacji modułowych, które czynią z lekarza specjalistę od jednego narządu. To nie jest tak, że gdy każdy będzie działał dobrze na swoim małym poletku, to złoży się z tego zdrowa całość. Koniecznie trzeba przywrócić rangę internisty i być może to jest właśnie kierunek przyszłości. Pacjent może być leczony przez wielu specjalistów, ale to specjalista chorób wewnętrznych, który widzi człowieka, a nie tylko narząd, powinien być jego przewodnikiem i reprezentantem. Najlepiej, gdyby na każdym oddziale szpitalnym pracował internista, który kierowałby całą terapią.

Z drugiej strony jestem też pełen optymizmu co do przyszłości z jednego powodu: mamy wspaniałe młode pokolenie lekarzy. Nie tylko w początkach mojej pracy miałem szczęście do współpracowników - mam je do tej pory. Są to ludzie wybitnie zdolni, a świat nie ma dla nich żadnych barier. To, że przekazuję klinikę prof. Magdalenie Krajewskiej, daje mi spokój co do jej przyszłości. Łączy ona w sobie cechy bardzo dobrego lekarza z umiejętnościami organizatora. Klinika potrzebuje też nowych impulsów, nowej energii. Rozstaję się z nią z oczywistym żalem, ale jednocześnie z ulgą, że nowe wyzwania podejmie już kto inny.

Mistrzowie endoskopii



fot. Archiwum USK

W Klinice Chirurgii i Urologii Dziecięcej USK rocznie przeprowadza się 400-500 zabiegów endoskopowych. Zarówno sama liczba, jak i zakres operacji wykonywanych tą metodą, stawia wrocławski ośrodek w czołówce, nie tylko krajowej. W organizowanych przez klinikę szkoleniach biorą udział także lekarze zza granicy, a autorska technika przezskórnego zamknięcia pierścienia pachwinowego wewnętrznego stosowana jest w wielu krajach na świecie.

Jej autor, szef Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej USK prof. dr hab. Dariusz Patkowski, nie do końca zgadza się z powszechnym określeniem chirurgii endoskopowej „małoinwazyjną”.

– Rzeczywiście, ta metoda powoduje mniejszy uraz, jednak nie oznacza to, że jest łatwiejsza, jak mogłaby sugerować nazwa – tłumaczy lekarz. – Wręcz przeciwnie, operowanie „przez dziurkę od klucza” dla chirurga jest bardziej skomplikowane, dużo łatwiej jest operować w szerokim polu, w którym wszystko dokładnie widać. Dlatego też wciąż nie we wszystkich ośrodkach

stosuje się techniki endoskopowe, choć istotnie stają

się one coraz częściej wykonywane.

Jednym z powodów rozpowszechniania się chirurgii endoskopowej jest presja ze strony samych pacjentów: każdy woli mieć małą bliznę od rozległego śladu po przebytej operacji. O tym, jak bardzo owa blizna może być niewidoczna, świadczy anegdota, przytaczana przez prof. Patkowskiego. Po jednym z pierwszych wykonanych przez niego edoskopowym zabiegu u dziecka z przepukliną pachwinową, lekarz poinformował rodziców, że muszą wrócić do kliniki, bo... zabiegu w ogóle nie było. Profesor zastrzega jednak, że to historia sprzed kilku lat. Dziś jego metoda, opracowana w 2004 r., jest już znana, prawie niewidoczne blizny nie wywołują zdumienia, coraz więcej lekarzy się jej uczy i z powodzeniem ją stosuje. Technika PIRS – czyli przezskórne zamknięcie pierścienia pachwinowego wewnętrznego (skrót od nazwy w j. ang.) przyjęła się w wielu krajach, bardzo akceptowana przez pacjentów, a bardziej ich rodziców, bo praktycznie nie zostawia śladu. Jednocześnie dotyczy dużej liczby przypadków, bo przepuklina pachwinowa jest problemem rozpowszechnionym, a zabiegi z nią związane to chleb powszedni chirurgii dziecięcej.

– Przepuklina pachwinowa to

wada wrodzona, polegająca na niezamknięciu kanału pachwinowego – wyjaśnia prof. Dariusz Patkowski. – Dziecko nie może z tym normalnie funkcjonować, a poza dyskomfortem i bólem istnieje ryzyko uwięźnięcia, co jest już groźnym powikłaniem, nawet zagrażającym życiu. Dlatego kanał pachwinowy trzeba zamknąć, ale najpierw chirurg musi się do niego dostać. Najprostszym rozwiązaniem jest przecięcie powłok w okolicy pachwiny. Moja metoda polega na tym, że do kanału dostajemy się przez pępek, który jest naturalną blizną po poroźnięciu. Tą samą drogą wprowadzana jest także kamera, pod kontrolą której chirurg precyzyjnie dociera do odpowiedniego miejsca. Pozostaje je zszyć przezskórnie pod kontrolą kamery i... po zabiegu.

Jedyną pamiętką po przepuklinie zostaje niemal niewidoczny ślad, ryzyko powikłań jest minimalne, a skuteczność tej techniki została potwierdzona tysiącami udanych zabiegów. Tylko we wrocławskiej klinice wykonuje się ich ok. 150 rocznie. „Wejść przez pępek i zszyć” – brzmi to zapewne banalnie prosto, ale trzeba pamiętać, że posługiwanie się tą techniką wymaga od operatora ogromnej precyzji i doświadczenia. Lekarze z całego świata uczą się jej m.in.

► Nauka operacji techniką PIRS w Klinice Chirurgii Dziecięcej w Pradze (Czechy).

podczas internetowych transmisji, organizowanych on-line przez Klinikę Chirurgii i Urologii Dziecięcej USK. Jak podkreśla prof. Patkowski, to bardzo dobra forma szkolenia, bo chirurgia to dziedzina, w której ważny jest każdy szczegół. Żadna publikacja nie zastąpi sytuacji, w której lekarz może obserwować operację krok po kroku na własne oczy. Autorską metodę prof. Patkowski przedstawia także na licznych konferencjach naukowych. Jest na nie zapraszany także m.in. z powodu swojego doświadczenia w endoskopowych operacjach zespolenia przełyku, w których jest światowym liderem – i to w sensie dosłownym. Od czasu, gdy jako pierwszy w Polsce przeprowadził operację zespolenia przełyku techniką torakoskopową (bez klasycznego otwierania klatki piersiowej) u noworodka z zarośnięciem przełyku, takich zabiegów wykonał już przeszło 150. Nie ma prawdopodobnie drugiego chirurga z tak dużym doświadczeniem.

Dodajmy, że zabiegi u noworodków wymagają ogromnej biegłości: przełyk u takiego malucha ma ok. 3-4 mm średnicy. Do wyobraźni może przemówić też fakt, że najmniejszy pacjent wrocławskiej kliniki operowany techniką endoskopową ważył niespełna 1 kilogram.

Dokonania Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej USK są w świecie naukowym doceniane, o czym niebicie świadczy choćby fakt, że właśnie we Wrocławiu w ub. r. odbył się VII Europejski Kongres Chirurgów Dziecięcych Endoskopowych. Na koniec łyżka dziegciu w tej medycznej beczce miodu: prof. Dariusz Patkowski ubolewa, że nie wszystkim dzieciom można skutecznie i szybko pomóc. W tej chwili kolejka na zabiegi planowe do jego kliniki jest ogromna: trzeba czekać trzy lata! Wynika to z ograniczonej liczby personelu medycznego, sal operacyjnych oraz limitów, wymuszonych przez kontrakt z NFZ.



fot. Archiwum USK

► Kurs endoskopowy i pokazowe zabiegi operacyjne w Tancie (Egipt).

► Opracowana przez prof. Dariusza Patkowskiego technika przezskórnego zamknięcia pierścienia pachwinowego wewnętrznego przyjęła się w wielu krajach.

fot. Archiwum USK



Na pierwszej linii frontu

120 pacjentów dziennie to tutaj norma. Niektórzy przychodzą o własnych siłach, innych przywożą karetki. Lekarze mają tu pełny przegląd dolegliwości: od najcięższych urazów do banalnych infekcji. Cała sztuka polega na tym, by jak najszybciej je zdiagnozować i udzielić skutecznej pomocy. Szpitalny Oddział Ratunkowy w każdym szpitalu to niezwykle ważna część placówki, którą można porównać z pierwszą linią frontu.

Od niedawna kieruje nim w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym dr Janusz Sokołowski, który jest też od trzech lat konsultantem wojewódzkim w dziedzinie medycyny ratunkowej. – Pacjent często trafia na SOR z niezdefiniowaną chorobą i po to właśnie jest oddział ratunkowy, by z wielkiej grupy objawów znaleźć szybko ten odpowiadający za daną dolegliwość. Taka jest idea oddziału ratunkowego – mówi dr Janusz Sokołowski.

Zamiast nocnej pomocy

Jak podkreśla, praca na SOR jest ciężka, ale też i pasjonująca właśnie dlatego, że lekarz styka się z różnymi przypadkami i może pomóc pacjentom z różnymi dolegliwościami.

– Praca jest ciężka, ale wcale z powodu dużej liczby pacjentów. To jest do ogarnięcia, choć średnio dziennie przyjmujemy około 120 pacjentów. Mamy bowiem możliwość szybkiego i skutecznego zdiagnozowania, bo zarówno diagnostyka obrazowa jak i laboratoryjna są na dobrym poziomie – mówi dr Sokołowski.

Dodaje, że w ostatnim okresie liczba pacjentów na SOR wzrosła o ok. 10-15 procent, gdy np. zamknięto punkt nocnej ambulatoryjnej pomocy przy stacji pogotowia ratunkowego na ul. Traugutta

we Wrocławiu i gdy zmniejszyła się dostępność do nocnej, świątecznej pomocy lekarskiej.

– Trafia do nas średnio kilkunastu pacjentów więcej, którzy głównie przychodzą z różnymi urazami. Tylko pozornie to niewielki wzrost, bo w przypadku urazów trzeba wykonać dodatkowo więcej kilkanaście badań radiologicznych, opisać te badania, itd. W sumie jeden z lekarzy na SOR cały czas zajmuje się tylko chodzącymi pacjentami. W praktyce jesteśmy najbliższą w centrum miasta placówką, w której pacjent może szukać pomocy poza przychodniami – mówi dr Janusz Sokołowski.

Więcej miejsca, lepsza organizacja

Od stycznia tego roku SOR przy ul. Borowskiej działa na większej powierzchni i w efekcie remontu o wartości 2 mln zł zyskał też nowe dodatkowe wyposażenie. Do dyspozycji są dwie sale obserwacyjne – dla łżej chorych i tych z cięższymi dolegliwościami. Jest też osiem stanowisk do tzw. triage, na których pacjent może być cały czas monitorowany i kwalifikowany do dalszego leczenia. Są również trzy nowe, dodatkowe gabinety lekarskie.

– Pacjenci chodzący nie stykają się z tymi przywożonymi przez karetki. To bardzo dobrze, że łżej chorzy

nie widzą poszkodowanych pacjentów z obrażeniami wielonarządowymi, co może być traumatycznym przeżyciem. Nowe pomieszczenia i nowy podział pracy na SOR to nie tylko większy komfort dla pacjentów, ale też i dla personelu: pielęgniarek, ratowników i lekarzy – mówi dr Sokołowski.

Na SOR pracują też przez całą dobę asystentki medyczne, które są odpowiedzialne za dokumentację medyczną, dzięki czemu lekarze

► Dr Janusz Sokołowski, szef SOR i konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej.

i ratownicy koncentrują się tylko na zadaniach medycznych. Szef SOR dodaje, że mimo zwiększającej się liczby pacjentów praca tego oddziału jest na tyle sprawna i skuteczna, że wcale nie czeka się długo na pomoc. Nie pewno oczekiwanie nie trwa wiele godzin, jak to często jest przedstawiane.

– Mam takie nastawienie, że chcę pomagać i nie lubię odmawiać pomocy. Nie można mieć pretensji do pacjenta o to, że przychodzi na SOR, bo tak działa system. Dlatego otrzymuje pomoc w każdej sytuacji i staramy się to robić jak najszybciej. Na pewno nie czeka się godzinami w kolejce – podkreśla dr Sokołowski.

Pogotowie wybiera Borowską

Jeśli chce wskazać jakieś problemy na oddziale ratunkowym, to wiązać się one np. z pracą i obłożeniem innych oddziałów szpitala, gdy w okresie czasowego zamknięcia niektórych klinik USK nie udaje się szybko przekazywać pacjentów z SOR na inne oddziały szpitalne. Dzieje się tak z różnych powodów, czasem w okresie zwiększonej zachorowalności, a czasem z braku miejsca w danej klinice.

– Zdarza się, że karetki przywożą nam pacjentów i po diagnostyce nie ma ich gdzie przekazać z SOR. Czasami kierujemy ich do innego szpitala, również spoza miasta, gdy np. pacjent został przywieziony z miejscowości spoza Wrocławia – mówi dr Sokołowski.

To zjawisko wiąże się też z tym, że na SOR do Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego trafia średnio o 20-30 procent więcej pacjentów z karetek niż na SOR-y pozostałych szpitali we Wrocławiu. W niektórych dniach statystyki są nawet dwukrotnie wyższe: i tak np. do USK przywozi się 40 pacjentów, podczas gdy do innych ośrodków

po 24 -27.

– Centrum Powiadomienia Ratunkowego zachowuje się w sposób nieodpowiedzialny przysyłając nam tyle karetek. Wygląda na to, że im lepsza organizacja i praca SOR, tym więcej pacjentów do nas zostanie przywiezionych – mówi szef SOR w USK.

Jak zaznacza, do tej placówki nierzadko też trafiają pacjenci z województwa opolskiego, transportowani przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe.

Jak ich nie przyjąć?

Innym zauważalnym ostatnio zjawiskiem na SOR są pacjenci – obywatele Ukrainy, którzy pracując w okolicach Wrocławia ulegają wypadkom i zachorowaniom.

– Z tą grupą jest też taki problem, że większość z nich nie ma tutaj swego lekarza pierwszego kontaktu. Zatem siłą rzeczy kierują się na SOR – dodaje dr Janusz Sokołowski.

Zdarza się, że na oddziale ratunkowym są przyjmowani też pacjenci, którzy powinni być leczeni w poradniach, lecz ze względu na długi czas oczekiwania na przyjęcie do specjalisty, wybierają się na SOR. Lekarz podchodzi do tego ze zrozumieniem. – To są różne przypadki, np. komuś puchnie ręka pod gipsem, a skierowanie do poradni ma za dwa tygodnie. Trudno nie przyjąć takiego pacjenta. To są też zachorowania infekcyjne, stany gorączkowe. Zdarzają się też choroby przewlekłe, które bardziej wymagają diagnostyki niż przyjęcia w trybie ostrożyowym – mówi szef SOR.

Podkreśla, że pacjenci czasami traktują SOR jako swoistą izbę przyjęć do szpitala. Przychodzą tu po południu lub wieczorem ze skierowaniem do szpitala, podczas gdy powinni nazajutrz udać się do punktu planowych przyjęć do szpitala. Jednak taka jest specyfika tego oddziału: tu pacjentów nigdy nie zabraknie.



► Od stycznia tego roku SOR działa na większej powierzchni i w efekcie remontu zyskał też nowe dodatkowe wyposażenie.

Wrażliwe dziecięce migdałki

Twoja pociecha nie dostała się do żłobka albo przedszkola podczas wiosennej rekrutacji? Martwisz się, czy uda się znaleźć miejsce jesienią? Może nie jest to jednak koniec świata, a wręcz przeciwnie – dziecku najprawdopodobniej wyjdzie to tylko na zdrowie. Zdaniem lekarzy, im później maluch zacznie przebywać w dużych skupiskach, tym dla niego lepiej. Dotyczy to zresztą nie tylko placówek opiekuńczych, ale też np. galerii handlowych, do których zbyt często zabieramy już niemowlaki, nie zdając sobie sprawy z zagrożenia.

Całościowa opieka nad dzieckiem była głównym tematem konferencji pielęgniarstwa pediatrycznego, zorganizowanej w czerwcu przez pielęgniarki z koła im. Janusza Korczaka. Kilkogodzinne spotkanie w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym odbyło się pod patronatem Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatrycznych w ramach Korczakowskich Spotkań Pediatrycznych. Podczas konferencji poruszone zostały m.in. problemy opieki nad małym pacjentem ze schorzeniami laryngologicznymi z punktu widzenia pielęgniarki, lekarza i rodzica. Jednym z głównych schorzeń omawianych w tej części konferencji był przerost migdałków i sposoby radzenia sobie z problemem, który z biegiem lat dotyka coraz większej liczby dzieci.

Naturalna reakcja

– Z moich obserwacji wynika, że jest to obecnie znacznie większy problem niż jeszcze kilkadziesiąt lat temu. Jednym z powodów jest fakt, że dzieci coraz częściej znajdują się w dużych skupiskach ludzi – zauważa dr Wiktoria Nowak z Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi USK. – Dzieci dużo szybciej trafiają też do żłobków czy przedszkoli.

Dlatego, jak podkreśla dr Nowak, jednym z najlepszych sposobów na zapobieganie schorzeniu, jest opóźnianie czasu, kiedy dzie-

cko pójdzie do placówki. Maluch powinien jak najdłużej pozostać w domu, właśnie ze względów zdrowotnych.

– Powiększające się migdałki to jest naturalna reakcja organizmu, kiedy następuje kontakt z wieloma infekcjami naraz, jak to się dzieje zazwyczaj w przedszkolu. Organizm małego dziecka nie jest jeszcze w stanie sobie z nimi poradzić – tłumaczy laryngolog.

Nie każdy ma jednak taką możliwość, aby pozostawić dziecko w domu przez kilka pierwszych lat życia. Szczególnie dotyczy to mieszkańców dużych miast. Jeśli zatem nie ma innego wyjścia i trzeba latorośl posłać do grupy dzieci, trzeba się przygotować na częste infekcje, które wcale nie muszą od razu oznaczać przerostu migdałków.

Kiedy się niepokoić?

– Sygnałem ostrzegawczym dla rodziców powinien być przewlekły katar trwający powyżej trzech tygodni, nawracające zapalenia uszu i zauważenie, że dziecko zaczyna gorzej słyszeć – wylicza dr Wiktoria Nowak. – Niepokojące może być też chrapanie w nocy i to, że w ciągu dnia dziecko nie oddycha przez nos, co najczęściej można zauważyć po tym, że chodzi cały czas z otwartą buzią.

Pediatra, który zauważa nagromadzenie tych przeciagających

się objawów, kieruje w takich sytuacjach dziecko do laryngologa. Trzeba jednak pamiętać, że nie każde takie skierowanie oznacza od razu konieczność zabiegu.

– Dla laryngologa zabieg wycięcia migdałków to jest naprawdę ostatnia rzecz, po jaką sięga – uspokaja dr Nowak. – Najpierw zaczynamy dziecko obserwować i robimy wszystko, aby taki migdałek obkurczyć farmakologicznie. Zaczynamy stosować w zależności od wieku dziecka, m.in. sterydy do nosa, czasem leki przeciwhistaminowe. Mamy całą gamę dostępnych leków, skutecznych w takich wypadkach. I prowadzimy obserwację pacjenta przez kilka miesięcy. Bardzo ważna jest wówczas kontrola uszu. Mnie najczęściej do przeprowadzenia zabiegu skłaniają właśnie problemy z uszami, a nie katar nawet mający utrzymywać się tygodniami. W międzyczasie robimy wszystkie potrzebne badania i jeśli nie ma żadnego efektu po trzech miesiącach obserwacji i leczenia farmakologicznego, to dopiero wtedy kierujemy pacjenta do zabiegu.

Rola rodziców

Jak jednak podkreśla laryngolog, nawet po skierowaniu na zabieg nie zawsze jest konieczne jego przeprowadzenie. Bo często się zdarza, że w długim, kilkumiesięcznym nawet czasie oczekiwania migdałek się obkurcza. Dzieje się

Nie tylko laryngologia

Schorzenia laryngologiczne były jednym z kilku tematów omawianych podczas czerwcowej konferencji pediatrycznej. W części klinicznej w konwencji, w której problem pokazywano z różnych punktów widzenia (lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, psychologa i rodzica), przedstawiono także problem całościowej opieki nad dzieckiem z białaczką i podczas okulistycznej diagnostyki elektrofizjologicznej. O swoich zadaniach mówiła też konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego Dorota Milecka i konsultant wojewódzki w dziedzinie pediatrii dr Ewa Willak-Janc. Działalność koła Korczaka przybliżyła Małgorzata Gdesz, kierownik działu organizacji opieki nad pacjentem USK, a działalność Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatrycznych na terenie USK – Katarzyna Mazurek, pielęgniarka oddziałowa Kliniki Transplantacji Szpiku Onkologii i Hematologii Dziecięcej.

tak np. wtedy, kiedy przychodzi lato, a dziecko jest zabierane na dłuższą wycieczkę do żłobka na wakacje i problem znika.

Na co jednak musimy się przygotować jeżeli już dojdzie do zabiegu? Dominika Żogała, pielęgniarka z Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi podkreśla, że bardzo ważna jest wówczas współpraca rodzica z lekarzami i pozostałym personelem szpitala.

– W pielęgnacji po zabiegu duży udział mają rodzice. Angażujemy ich w pielęgnację, bo to ich opieka jest tutaj znacząca – podkreśla Dominika Żogała. – To oni muszą pilnować, kiedy dziecko może zacząć jeść i pić po zabiegu, powinni znać i ściśle przestrzegać zasad diety. Muszą postarać się o to, żeby dziecko odpoczywało i informować personel szpitala o wszelkich objawach wzbudzających niepokój. Bardzo ważne są też pierwsze dwa tygodnie po powrocie ze szpitala. Dzieci powinny do 10 dni zostać w domu, bez wizyt w galeriach czy innych dużych skupiskach ludzi.

Pielęgniarka zauważa także, że często po zabiegu może dokuczać ból (najczęściej gardła), wtedy można dawać dziecku leki przeciwbólowe pod warunkiem, że jest to paracetamol. Po zabiegu należy

zdecydowanie unikać ibuprofenu czy aspiryny ze względu na możliwe zwiększenie ryzyka krwawienia. Regularnie trzeba też nawadniać dziecko – rodzice muszą być bardzo czujni, aby nie uległo odwodnieniu. – Przez około dwóch tygodni może utrzymywać się chrapanie i oddychanie przez usta. Nie powinno to jednak niepokoić, bo na efekty po zabiegu należy trochę poczekać – podsumowuje Dominika Żogała.

Podczas konferencji o swoich doświadczeniach pooperacyjnych z punktu widzenia rodzica opowiadała również Beata Leszczyńska, mama Huberta. Jej synkowi wycięto migdałki, gdy miał 5 lat. – Zanim zdecydowaliśmy się na zabieg, chodziliśmy do laryngologa, próbowaliśmy zmniejszyć migdałek różnymi lekami, ale cały czas się powiększał. Syn męczył się w nocy, chrapał, niewyraźnie mówił – opowiada pani Beata. – Pamiętam, że kiedy syn jechał na salę operacyjną, to strasznie żałowałam, że się na to zgodziłam. Teraz jednak z perspektywy czasu uważam, że to była bardzo dobra decyzja: syn przestał chrapać, spokojnie śpi w nocy, zaczął wyraźniej mówić i nie choruje już zbyt często.



► Punkt widzenia lekarza przedstawiła dr Wiktoria Nowak.



► Dominika Żogała opowiedziała, jak problem widzi pielęgniarka.



► Synkowi Beaty Leszczyńskiej usunięto migdałki.

Gdy nie można zapewnić opieki w domu

Stacjonarna opieka instytucjonalna jest najlepszym rozwiązaniem dla osób niemogących samodzielnie funkcjonować w domu, gdy nie ma możliwości zapewnienia im opieki na miejscu. Obecnie w Polsce może być ona realizowana w ramach systemu opieki zdrowotnej lub w ramach pomocy społecznej. Kto może korzystać z tego typu placówek, na jakich zasadach wyjaśniają pracownik socjalny Urszula Łukasiewicz i kierownik Działu Organizacji Opieki nad Pacjentami Małgorzata Gdesz, prowadzące zajęcia dla pacjentów i ich rodzin w USK.

– Rozmawiając z rodzinami pacjentów i proponując im różne formy pomocy, zawsze podkreślamy, że należy przemyśleć swoje decyzje. Radzimy podjąć się przynajmniej początkowo opieki w domu, ponieważ nie ma lepszego miejsca na poprawę kondycji psychicznej i powrót do zdrowia lub odejścia z tego świata, jak dom i rodzina – mówi Małgorzata Gdesz.

Bywają jednak sytuacje, gdy jest to niemożliwe i trzeba znaleźć inne rozwiązanie. W ramach systemu opieki zdrowotnej udzielane są całodobowe świadczenia zdrowotne realizowane przez zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze. Obejmują opieką osoby obłożnie i przewlekle chore, które jednocześnie nie wymagają pobytu w szpitalu, ale też potrzebują stałej, profesjonalnej, intensywnej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia. Warto dodać, że podstawowym wskazaniem nie może tu być trudna sytuacja socjalna, zaawansowana choroba nowotworowa, psychiczna lub uzależnienie.

Zasady pobytu

Świadczenie w tego typu placówce jest finansowane ze środków NFZ, pacjent natomiast ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania w wysokości 70 proc. swojego dochodu. W zakładzie opiekuńczym przebywa się zawsze na czas określony, uzależniony od stanu zdrowia danej osoby i jej oceny w skali Barthel. Ponieważ miejsc jest mało, a potrzebujących dużo, na przyjęcie do typu placówki czeka się od kilku tygodni do nawet kilku miesięcy. Warto szukać w mniejszych miejscowościach, tam kolejki są mniejsze.

ZOL dla przewlekle chorych

Zakłady opiekuńczo-lecznicze są stacjonarnymi zakładami długoterminowej opieki zdrowotnej, przeznaczonymi dla pacjentów przewlekle chorych oraz osób, po leczeniu szpitalnym nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak są niezdolne do samodzielnego funkcjonowania w domu. Ponadto wymagają kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji oraz zapewnienia opieki pielęgniarzkiej.

ZOL zapewnia:

- całodobową opiekę lekarską, pielęgniarską i pielęgnacyjną,
- ordynowanie leków, materiałów medycznych oraz środków leczniczych i pomocniczych (zaopatrzenie w wyroby medyczne, np. kule, laski, balkoniki, podpórki, chodziki, wózki inwalidzkie, pionizatory, cewniki, worki na mocz, sprzęt stomijny, pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, materace p/odleżynowe, rurki tracheostomijne)
- opiekę psychiatryczno-psychologiczną,
- usługi rehabilitacyjne,
- badania diagnostyczne RTG, USG, EKG oraz badania laboratoryjne,
- opiekę socjalno - bytową,
- opiekę duszpasterską i korzystanie z obrzędów liturgicznych.

W ZPO bez lekarza na stałe

W zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych prowadzi się opiekę całodobową, obejmującą świadczenia o charakterze pielęgnacyjnym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym z kontynuacją leczenia farmakologicznego i dietetycznego dla pacjentów niewymagających leczenia szpitalnego. W ZPO nie ma opieki lekarskiej przez całą dobę. Najczęściej lekarz dyżuruje „pod telefonem”, a opiekę zdrowotną i pielęgnacyjną sprawują pielęgniarki, technicy fizjoterapii, masażyści i terapeuci zajęciowi. To bowiem placówki, które mają głównie charakter pielęgnacyjny, opiekuńczy i rehabilitacyjny. Przeznaczone są przede wszystkim dla pacjentów w wieku podeszłym, którzy np. są w okresie rekonwalescencji po pobycie w szpitalu i mają problemy z samoobsługą lub z innych powodów nie mogą samotnie przebywać w domu, choćby czasowo, a potrzebują opieki pielęgnacyjnej połączonej z możliwością dietetycznego żywienia i zabiegów z zakresu fizjoterapii.

Jakie dokumenty?

Do skierowania do zakładu opiekuńczego niezbędne są:

- skierowanie do zakładu pielęgnacyjno - opiekuńczego/opiekuńczo - leczniczego,



- zaświadczenie lekarskie,
- wywiad pielęgniarski,
- karta oceny wg skali Barthel,
- informacje o wysokości dochodu, w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń emerytalnych lub rentowych aktualna decyzja o waloryzacji świadczenia.

Opieka hospicyjna

To całociepowa opieka nad osobami znajdującymi się w stanie terminalnym, które wymagają stałej specjalistycznej opieki medycznej ze względu na ciężki przebieg choroby. Są to m.in. osoby z chorobą nowotworową, z chorobami wywołanymi przez wirus HIV, z następstwami chorób zapalnych OUN, z układowymi zanikami zajmującymi OUN, z kardiomiopatią, z owrzodzeniami odleżynowymi. Opieka hospicyjna zapewnia stałą opiekę medyczną, rehabilitacyjną, psychologiczną, terapeutyczną i duchową przez wyspecjalizowany personel. Celem jest w tym wypadku poprawa jakości życia chorych, łagodzenie bólu, cierpienia i innych skutków choroby nowotworowej, a także wsparcie psychiczne i duchowe. Chodzi także o przygotowanie chorych do spokojnej śmierci oraz wsparcie rodzin czy opiekunów w czasie choroby i w okresie żałoby.

Pomoc społeczna

Placówkami zapewniającymi całodobową opiekę są również domy pomocy społecznej, przeznaczone dla osób wymagających całodobowej opieki z powodu wieku,

choroby lub niepełnosprawności, niemogących samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych.

Istnieją różne typy domów pomocy społecznej w zależności od tego dla kogo są przeznaczone. Możemy więc wybierać pomiędzy domami dla osób starszych, przewlekle somatycznie chorych, a także psychicznie chorych. Jeżeli zdecydujemy się powierzyć opiekę nad chorym bliskim opiekunom w domu pomocy społecznej należy zgłosić się do pracownika socjalnego w ośrodku pomocy społecznej. W szpitalu na miejscu powinien być pracownik socjalny, u którego można uzyskać szczegółowe informacje na temat niezbędnych dokumentów i czasu oczekiwania.

Pobyt w DPS jest płatny. Zobowiązany do tego jest mieszkaniowiec domu (jednak do wysokości 70 proc. dochodów), jego małżonek, zstępni przed wstępnymi, a także gmina, z której osoba została skierowana (gmina nie płaci, gdy mieszkaniowiec domu ponosi pełną odpłatność).

Dzienne domy pomocy społecznej

Dzienny dom pomocy społecznej jest ośrodkiem wsparcia dla osób, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, w tym gorącego posiłku. Osoby chętne do skorzystania z takiej formy pomocy po-

winny się zgłosić do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania Zespołu Terenowej Pracy Socjalnej, który po przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego wyda decyzję o skierowaniu i odpłatności. Zasady i wysokość opłat regulują uchwały rad gminy.

Pomoc społeczna w domu

Inną formą wsparcia ze strony opieki społecznej jest pomoc typowo opiekuńcza w domu chorego. Polega ona m.in. na spędzaniu czasu z chorym, wyjściu z nim na spacer, posprzątaniu mieszkania, zrobieniu zakupów, przygotowaniu posiłku oraz pomocy w jego przygotowaniu, asystowaniu lub pomocy w wykonywaniu czynności higienicznych.

Pomoc ta jest przeznaczona dla osób, które są niesamodzielne, przebywają w domu i wymagają niewielkiej pomocy w zaspokajaniu podstawowych codziennych potrzeb. Świadczenie jest płatne według ustalonych stawek godzinowych w zależności od dochodu. Wizyty odbywają się od poniedziałku do piątku w godzinach 7-15. Jest to czas, w którym odbywają się wizyty domowe, liczba godzin opieki dla danego pacjenta ustalana jest indywidualnie. Nie jest potrzebne skierowanie od lekarza: pracownik socjalny przeprowadza wywiad środowiskowy w miejscu zamieszkania osoby chorej, aby ocenić sytuację i w razie potrzeby podjąć stosowne działania. Okres oczekiwania na objęcie usługami opiekuńczymi wynosi zwykle od kilku do kilkunastu dni.

KROK na szczyt krajowej kardiologii

fot. Tomasz Gola



W Klinice Chirurgii Serca USK we Wrocławiu w roku 2017 odnotowano najmniejszą śmiertelność oraz najlepsze wyniki operacji kardiologicznych w skali kraju. Wynika to z analizy Krajowego Rejestru Operacji Kardiologicznych (KROK), zawierającego kompletne dane o przebiegu i wynikach wszystkich operacji kardiologicznych w Polsce u dorosłych i dzieci.

– Na pewno mamy z tego powodu satysfakcję, bo wykonaliśmy w minionym roku kawał dobrej roboty. I takie poczucie nie wynika tylko z własnego mniemania, ale z obiektywnych wyliczeń Krajowego Rejestru Operacji Kardiologicznych – mówi prof. Marek Jasiński, szef Kliniki Chirurgii Serca Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

Jak dodaje, analiza Krajowego Rejestru Operacji Kardiologicznych, który jest prowadzony od 2006 r., nie pozostawia wątpliwości, że w USK osiągnięto w 2017 r. najlepsze wyniki wczesne zarówno w kategorii ogólnej, jak i w kompleksowych operacjach zastawek serca. Klinika Chirurgii Serca USK we Wrocławiu stała się

liderem rankingu.

– KROK obejmuje obligatoryjnie wszystkie operacje w kraju w każdym ośrodku i jest to jedyny pełny rejestr zabiegów w Polsce. Na jego podstawie stowarzyszenie Klub Kardiologów Polskich wraz z ministrem zdrowia analizują wyniki. I nasze wyniki za 2017 r. są najlepsze. Mamy najmniejszą śmiertelność i najmniej powikłań. Jesteśmy na czele – wyjaśnia prof. Marek Jasiński.

Krajowy Rejestr Operacji Kardiologicznych (KROK) powstał z inicjatywy Klubu Kardiologów Polskich. Jego założyciel prof. Marian Śliwiński już od 1988 r. prowadził ocenę ilościową i jakościową wyników leczenia w polskiej kardiologii. Publikowane one

były w corocznym raporcie Kardiologia Polska. Raporty pozwalały na monitorowanie rozwoju polskiej kardiologii, dawały też możliwość porównywania wyników leczenia poszczególnych ośrodków. W 2006 r. powstał KROK, który zawiera informacje dotyczące liczby, rodzaju zakresu i wyników zabiegów kardiologicznych u dorosłych i dzieci przeprowadzonych w Polsce. Podmiotem prowadzącym Rejestr jest Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”. KROK jest wzorcowym rejestrem medycznym. Europejski Kongres Kardiologów i Torakologów (EACTS) uznał Krajowy Rejestr Operacji Kardiologicznych za najlepszy w Europie. W ocenie ekspertów jest to wzór do naśladowania.

Wózek „made in Wrocław” coraz bliżej

Studenci Politechniki Wrocławskiej sprostali zadaniu: przygotowali 30 projektów wózków biegowych dla niepełnosprawnych dzieci. To pierwszy efekt wspólnej akcji wrocławskich uczelni technicznej i medycznej.



Jej inicjatorami są dr hab. Tomasz Zatoński z Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i szyi USK oraz fizjoterapeuta Łukasz Malaczewski, który z 10-letnim niepełnosprawnym Jasiem Kmiecikiem startuje w imprezach biegowych.

– Pomyśleliśmy, że fantastyczną sprawą byłoby stworzenie specjalnego wózka biegowego dla niepełnosprawnych dzieci. Sami nie byliśmy w stanie tego zrobić, nawiązałem więc współpracę z naukowcami Politechniki Wrocławskiej i bez problemu znalazłem chętnych do pomocy – mówi dr hab. Tomasz Zatoński.

Zadania zaprojektowania wózka podjęli się studenci międzywydziałowego kierunku mechatronika. Wózek biegowy dla dzieci z niepełnosprawnościami powinien spełniać kilka wymagań: musi być bezpieczny i komfortowy, chronić kręgosłup oraz zapewniać stabilność podczas manewrów. Jego konstrukcja powinna być także odporna i lekka, chronić przed wiatrem i opadami atmosferycznymi, łatwo się składać oraz być wyposażona w mechatroniczny system diagnostyczny, mierzący m.in. przeciążenia i drgania, jakimi jest poddany podczas biegu niepełnosprawny sportowiec. Powstało 30 projektów spełniających te wymagania. Który okaże się najlepszy? Tego dowiemy się 29 września podczas 4. edycji Biegu Uniwersytetu Medycznego.

Krzyżówka panoramiczna

Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego numeru:

Gdzie gromada, tam i rada.

Nagrody (książki „Stulecie chirurgów”) otrzymują: Grażyna Skubikowska, Michał Biegon, Andrzej Socha.

Rozwiązanie można przesłać na e-mail: kowalskam@usk.wroc.pl lub wrzucić wypełniony kupon do skrzynki w informacji (hol główny). Nagrodzonych wybieramy 3 września.



Rozwiązanie krzyżówki:

Imię:

Nazwisko:

Telefon:

SYSTEM PRZEKAZYWANIA PROGRAMÓW RADIOWYCH	ŻYŁKA DO JAKIEGOŚ ZAJĘCIA	STAROGRECKI OKRĘT WOJENNY	KEŁUJĄCY OWAD	LATARNIA MORSKA W EGIPCIE	JAPANEŃSKI TRUNEK	OSTRZELIWANIE	6	ZNÓJ, WYSIEK	... SFORZA, POLSKA KRÓLOWA LECI Z KRANU
7									
ULEGANIE WE WSZYSTKIM ŻONIE					PLEMIĘ INDIAN AMERYKI POŁOŻONEJ	FOTEL KRÓLEWSKI			
IMITUJE SKÓRĘ	13					SUROWIEC DLA HUT			
POETA HISZPAŃSKI, TŁUMACZ UTWORÓW HORACEGO I WOLTERA						... ANDRESS			
		OCHRONNY KOMBINEZON ROBOCZY LUB SPORTOWY	JANUSZ REWIŃSKI W FILMIE "KILER"		"KIEROWNICA" KONIA		2		TANIEC STAROFRANCUSKI
				LEGENDARNY ZAŁOŻYCIEL KRAKOWA		IMIĘ PIOSENKARKI PRZYBYLSKIEJ			
SZWEJK	10	NAROŻNIK				"... KRWI" LONDONA			9
1				RZĘKA W AUSTRII, DOPŁYW RENU	11	YOKO... ZONA JOHN LENNONA			
ANI MRU-MRU	3	MIEJSCE DLA NIEGRZECZNEGO UCZNIA		12	5	PROMIENIOTWÓRCZY PIERWIASTEK CHEMICZNY	4		

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----

BOROWSKA213



UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY

im. Jana Mikulicza-Radeckiego

WE WROCŁAWIU

Wydawca:

Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu
ul. Borowska 213
50-556 Wrocław

Informacja:

tel. (71) 733-1110
fax. (71) 733-1209
e-mail: sekretariat@usk.wroc.pl

Teksty i redakcja:

Alicja Giedroyc

Kontakt do redakcji:

Monika Kowalska
tel. 71 733 10 55
e-mail: kowalskam@usk.wroc.pl

STUDIO
Skład: MANAT
www.studiomanat.com