BEZPŁATNA GAZETA PACJENTA USK

BOROWSKA 213

NUMER 46

WRZESIEŃ 2019

Zatrzymać skutki udaru mózgu na czas

fot. Tomasz Golla

Niedowład i porażenie kończyn, zaburzenia mowy i widzenia, utrata pamięci – to najczęstsze skutki udaru mózgu, które niejednokrotnie pozostają do końca życia, czyniąc z chorego osobę niepełnosprawną, skazaną na pomoc innych. W wielu przypadkach te objawy można cofnąć, jeśli odpowiednio szybko po udarze udrożni się zatkane przez skrzep naczynia w mózgu. Lekarze Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu wykonują takie zabiegi ze świetnymi rezultatami od kilku lat, a od lipca br. tą metodą leczenia objęto znacznie większą liczbę pacjentów. Mogą oni ponadto uzyskać pomoc przez całą dobę, a nie jak wcześniej, tylko w godzinach pracy specjalistów.

Czytaj na str. 4-5

Potrójna endoskopia

Dziewczynka z Bolesławca urodziła się aż z trzema śmiertelnymi wadami rozwojowymi. Każda z nich z osobna zagraża życiu noworodka. Tym razem wyzwanie było potrójne, a lekarze Kliniki Chirurgii Urologii Dziecięcej USK poradzili sobie z nim doskonale. W dodatku prawdopodobnie jako jedni z pierwszych na świecie wszystkie zabiegi wykonali endoskopowo.

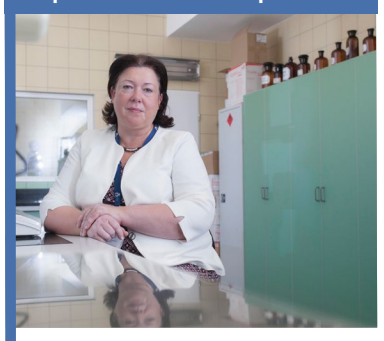
Czytaj na str. 3

Więcej ruchu!

Organizowana od trzech lat przez USK, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu oraz Fundację Biegaj dla Zdrowia prozdrowotna akcja „Uruchamiamy Dzieciaki" rozwija się. Prowadzona dotąd głównie we Wrocławiu, ma szansę objąć całe województwo dolnośląskie. Z problemem braku ruchu oraz nadmiernej wagi dzieci i młodzieży i trzeba się zmierzyć nie tylko w dużych miastach.

Czytaj na str. 6

Apteka sercem szpitala



Jak walczyć ze światowym zjawiskiem fałszowania leków? Dlaczego w polskich aptekach nie zawsze możemy kupić to, czego potrzebujemy? Czym zajmują się farmaceuci w szpitalu? O globalnych i lokalnych problemach rynku leków rozmawiamy z mgr Olgą Fedorowicz, kierownikiem Zespołu Farmacji Klinicznej USK i konsultantem wojewódzkim w dziedzinie farmacji szpitalnej.

Czytaj na str. 7

Szef Centrum Chorób Serca najbardziej wpływowym kardiologiem

fot. Archiwum USK

Prof. Piotr Ponikowski, kierownik Centrum Chorób Serca USK zajął bezapelacyjne pierwsze miejsce w tegorocznym rankingu najbardziej wpływowych kardiologów. Ranking opracował Dział Naukowy Wydawnictwa Termedia i „Menedżera Zdrowia" w oparciu o dane z Web of Science Core Collection, czyli bazy tworzonej przez Clarivate, która indeksuje kilkanaście tysięcy czasopism, monografii oraz materiałów konferencyjnych. Składa się on z trzech zestawień: pod względem cytowań, indeksu Hirscha i Top Papers. Prof. Ponikowski w każdym z nich zajął pierwsze miejsce.

Ogólna liczba cytowań to całościowy dorobek danego badacza i jakość tego dorobku. Indeks Hirscha jest parametrem jakościowym i oznacza liczbę często cytowanych prac naukowych. Kolejne kryterium, czyli liczba Top Papers odzwierciedla najbardziej cytowane prace z danej dziedziny z ostatnich lat, a jednocześnie pokazuje wpływ prac nowych, dopiero opublikowanych.

Pierwsze miejsce w tegorocznym rankingu najbardziej wpływowych kardiologów nie jest niespodzianką. Prof. Piotr Ponikowski został zaliczony do grupy najbardziej wpływowych naukowców świata (jako jeden z czterech Polaków) z dziedziny medycyny według rankingu Clarivate Analytics „The World's Most Influential Scientific Minds w 2015, 2016, 2017 i 2018 r.". W latach 2010-2012 był prezydentem Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, następnie do 2014 r. członkiem zarządu European Society of Cardiology, a w latach 2012-2018 członkiem Committee for Practice Guidelines ESC.

Zbadamy skórę pod kątem czerniaka i innych nowotworów

Serdecznie zapraszamy do udziału w dniu profilaktyki nowotworów skóry, podczas którego będzie można sprawdzić zmiany skórne i zdobyć wiedzę w na temat profilaktyki nowotworów skóry. W sobotę 28 września br. na terenie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego przy ul. Borowskiej 213 (hol przy wejściu do szpitala) organizowany będzie dzień pod hasłem: Skóra nie dla raka! Badaj się to nie boli!

W tym dniu w godzinach 9-15 w ramach działań profilaktyczno-edukacyjnych, lekarze specjaliści z zakresu dermatologii oraz onkologii zbadają Państwa skórę pod kątem czerniaka i innych nowotworów skóry. Badanie wykonane będzie za pomocą specjalistycznej aparatury medycznej, którą będą posługiwać się lekarze, tj. dermatoskopów. W trakcie badania diagnozowane będą niepokojące zmiany na skórze. Badanie będzie trwało kilka minut, jest metodą nieinwazyjną oraz całkowicie bezbolesną.

W trakcie badania będzie można także skorzystać z konsultacji edukacyjnej, dzięki której poznacie zasady prawidłowej profilaktyki przeciwsłonecznej oraz innych prozdrowotnych zachowań. Edukacja ma uzmysłowić Państwu

- jak ważne jest stosowanie kremów z filtrami ochronnymi,
- kiedy należy ich używać,
- jak często,
- czym kierować się przy wyborze preparatu do opalania,
- jak odczytywać informacje na etykietach.

Przy specjalnie przygotowanych stoiskach komputerowych zostanie przedstawione działanie aplikacji na smartfon umożliwiających samokontrolę skóry oraz stron internetowych i aplikacji na smartfony, na których można sprawdzić aktualny indeks UV-promieniowania słonecznego.

Podczas konsultacji omówione zostaną także czynniki ryzyka zachorowalności na czerniaka i inne nowotwory skóry. Wśród nich są takie, na które nie ma się wpływu (np. czynniki genetyczne, jasna karnacja), lecz istnieje też wiele czynników środowiskowych, na który ma się bardzo duży wpływ (np. korzystanie z solariów, nadużywanie kąpieli słonecznych). Jest to okazja, by dokładniej poznać symptomy pojawiające się na skórze, które jednocześnie powinny zaniepokoić i zostać skonsultowane z lekarzem specjalistą, czyli dermatologiem lub onkologiem.

Działania te realizowane są w ramach projektu: „Wzrasta liczba nowotworów skóry – zbadaj się!", w ramach Programu operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Kto może zgłosić się do projektu?

Ogólnopolski Program Profilaktyki Nowotworów Skóry – ABCDE samokontroli znamion przeznaczony jest dla osób:

- w wieku 50-64 (aktywne zawodowo),
- w wieku 15-49 (w przypadku jasnych zaleceń lekarza związanych z występowaniem czynników ryzyka lub występowania niepokojących znamion),
- po 65 r. ż. (w przypadku występowania czynników ryzyka lub występowania niepokojących znamion),
- zamieszkujących w jednym z trzech województw: dolnośląskie, śląskie, opolskie,
- niemających zdiagnozowanego nowotworu skóry i nieleczących się z tego powodu.

Zapraszamy osoby spełniające te kryteria oraz osoby z grup ryzyka, ale także pacjentów chcących skontrolować swoją skórę i uzyskać wiedzę na temat profilaktyki nowotworów skóry.

Osoba do kontaktu:
Agnieszka Wasilewska, Kierownik Projektu
tel: 71 784 20 92
mail: awasilewska@gmail.com

Profilaktyka raka jelita grubego

fot. Tomasz Golla

700 badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego wykona do końca 2019 roku Uniwersytecki Szpital Kliniczny. Uczestnictwo w programie jest bezpłatne, niepotrzebne jest skierowanie – finansuje je Ministerstwo Zdrowia w ramach ogólnopolskiej akcji profilaktycznej. Jego adresatem są osoby bez objawów chorobowych.
Do badań kwalifikują się osoby w wieku:

- 50-65 lat,
- 40-65 lat, których rodzice rodzeństwo lub dzieci chorowały na to schorzenie.

Do programu nie kwalifikują się osoby, które miały wykonywaną kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat.
Osoby zainteresowane prosimy o kontakt pod numerem: tel. 71 733 16 57, tel. 71 733 12 12, lub osobiście: Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, budynek J1.

Objawy raka jelita grubego:

- polipy jelita grubego;
- krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego;
- zmiana rytmu wypróżnień (zaparcia, biegunki, ołówkowate stolce);
- niedokrwistość z niedoboru żelaza;
- zapalenie jelit.

Bezpłatne badania w kierunku tętniaka aorty brzusznej

W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu pacjenci mogą zbadać się pod kątem tętniaka aorty brzusznej.
Badania prowadzone są u pacjentów powyżej 65 roku życia, u których stwierdzono co najmniej trzy spośród czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego:

- palenie papierosów,
- nadciśnienie tętnicze,
- chorobę wieńcową,
- hiperlipidemię,
- płeć męską.

Tętniak aorty brzusznej (TAB) stanowi zagrożenie dla życia pacjenta. Powstaje wskutek osłabienia ściany tętnicy głównej. Występuje pięciokrotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet. TAB wykrywa się u około 4-9 proc. mężczyzn w wieku ponad 65 lat. Choroba zwykle przebiega bezobjawowo.
Badania prowadzone w USK realizowane są w ramach programu Ministerstwa Zdrowia pn. „Ogólnopolskiego programu badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej w latach 2018-2020". Badanie pozwala wykryć chorobę w jego wczesnym stadium, co pozwala na monitorowanie zmian i kierowanie pacjentów na operację w odpowiednim czasie. Program rozpoczął się już w grudniu br. i potrwa do końca 2020 roku.

Na badania obowiązują zapisy. Wizytę można umówić dzwoniąc pod numer:
22 417 13 25 (nr tel. ogólnopolskiej infolinii)

Zapraszamy karmiące mamy (nabór do badania klinicznego)

fot. Tomasz Golla

Zapraszamy mamy karmiące wyłącznie piersią, których dzieci nie ukończyły jeszcze czterech tygodni, do udziału w wieloośrodkowym europejskim badaniu klinicznym prowadzonym w Klinice Neonatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Badanie dotyczy wpływu sposobu karmienia dziecka na profilaktykę alergii. Dodatni wywiad w kierunku alergii w rodzinie (mama i/lub tata dziecka, starsze rodzeństwo) stanowi kryterium włączenia do badania.
Po zakwalifikowaniu do badania oferujemy opiekę specjalistyczną dla dziecka do 6. roku życia. Dodatkowo możliwość uzyskania porady laktacyjnej, a także odpowiedniej mieszanki mleka w przypadku konieczności dokarmiania.
W celu uzyskania szerszej informacji zachęcamy do kontaktu: kne@usk.wroc.pl, tel. 71 7331554, 71 7331500.

Wyjątkowa na światową skalę operacja u noworodka

fot. Tomasz Gola

► – Na szczęście, ten horror już za nami –mówi mama Patrycji, która w pierwszym miesiącu życia przeszła trzy skomplikowane operacje.

Mała Patrycja z Bolesławca urodziła się aż z trzema śmiertelnymi wadami rozwojowymi. Każda z nich z osobna zagraża życiu noworodka i jest wyzwaniem dla lekarzy. Tym razem wyzwanie było potrójne, a lekarze Kliniki Chirurgii Urologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu poradzili sobie z nim doskonale. W dodatku prawdopodobnie jako jedni z pierwszych na świecie wszystkie zabiegi wykonali endoskopowo.

Z panią Jolantą, mamą dziewczynki, rozmawiamy gdy już jest po wszystkim. Maleństwo śpi spokojnie, lekko tylko się porusza, gdy pielęgniarka podaje jej przez wenflon witaminy. Wkrótce mama i dziecko opuszczą klinikę i wrócą do domu po wielu tygodniach strachu i niepewności.

– Nie mogę się już doczekać, kiedy znowu będziemy wszyscy razem – przyznaje pani Jolanta, której starsze dziecko ma zaledwie 19 miesięcy. – To był straszny czas dla nas. Na szczęście się już kończy. Lekarze mówią, że wszystko jest w porządku, mała będzie się normalnie rozwijać. Waży już ponad dwa kilogramy, szybko przybiera na wadze.

Chwile niepewności

Poród odbywał się w jednym z lubuskich szpitali. Mama mówi, że nie spodziewała się komplikacji. Przez całą ciążę czuła się dobrze. Jedynym wyjątkiem było zapalenie oskrzeli, które się jej przytrafiło. Zaczęła rodzić w 35. tygodniu ciąży, czyli trochę za wcześnie. Jednak dopiero po urodzeniu ważącej 1800 g dziewczynki zaczął się prawdziwy horror.

– Lekarze poinformowali mnie, że dziecko ma zarośnięty przełyk i musi być operowane – opowiada. – Dali mi do podpisania zgodę na wykonanie zabiegu. Nie miałam wiele czasu na myślenie, bo powiedzieli, że bez operacji dziecko umrze. Podpisałam bez wahania, a Patrycję przetransportowano natychmiast do Wrocławia. Sama musiałam zostać w szpitalu, bo byłam po cesarce.

We wrocławskiej klinice okazało się, że wrodzona niedrożność przełyku z przetoką tchawiczo-przełykową to tylko jeden z poważnych problemów malucha. Poza tym lekarze stwierdzili u dziecka zarośnięcie dwunastnicy i niezamknięty przewód tętniczy Botalla. Trzy bardzo poważne wady, zagrażające życiu.

– Występowanie trzech takich wad u jednego noworodka zdarza się niezmiernie rzadko – mówi prof. dr hab. Dariusz Patkowski, kierownik Kliniki Chirurgii Urologii Dziecięcej USK. – Usunąć je można tylko operacyjnie, ale też nie da się tego zrobić jednocześnie. Nie pozwalał na to stan dziecka, które było bardzo niestabilne. Zdecydowaliśmy się na leczenie noworodka etapami i wykonaliśmy trzy zabiegi w odstępie kilkudniowym.

Profesor przyznaje, że planując leczenie małej Patrycji lekarze nie mieli pewności, jak dziecko zniesie kolejne zabiegi. Mając ogromne doświadczenie w technikach endoskopowych, zdecydowali się na ich zastosowanie. Są one bowiem bezpieczniejsze dla pacjenta, zwłaszcza u noworodka. Klasyczny zabieg z otwieraniem klatki piersiowej u tak małego dziecka niesie ze sobą ryzyko późniejszej deformacji kręgosłupa i klatki piersiowej. Pooperacyjna blizna rośnie wraz z pacjentem, a w wieku dorosłym może mieć nawet kilkadziesiąt centymetrów. Po zabiegach endoskopowych blizny są minimalne.

Zarośnięcie dwunastnicy

Do zarośnięcia dwunastnicy dochodzi we wczesnym etapie życia płodowego wskutek nieprawidłowego formowania jelita pierwotnego. Wada, która powoduje niedrożność przewodu pokarmowego i zaburza proces pasażu treści pokarmowej także wymaga interwencji chirurga. Zabieg polega najczęściej na wykonaniu zespolenia pomiędzy oboma odcinkami dwunastnicy.

Trzy etapy

W Kinice Chirurgii Urologii Dziecięcej USK rocznie przeprowadza się 400-500 zabiegów endoskopowych, co stawia wrocławski ośrodek w europejskiej czołówce. Tutejsi lekarze wykonywali już endoskopowe zabiegi zamykania przewodu Botalla, mają za sobą ponad 200 zabiegów torakoskopowego zespolenia przełyku czy laparoskopowego zespolenia dwunastnicy. Jednak po raz pierwszy wszystkie te operacje musieli wykonać u u jednego pacjenta. Pierwszym etapem było zamknięcie przetoki tchawiczo-przełykowej i zespolenie przełyku. Lekarze wykonali torakoskopię prawostronną, zamknęli przetokę i połączyli oba końce przełyku. Mimo problemów anestezjologicznych sam zabieg się udał, ale zaraz po nim wystąpiły komplikacje. U dziecka pojawiły się objawy niewydolności krążeniowo-oddechowej spowodowanej przetrwałym krążeniem płodowym. Dziecko było bardzo niestabilne i nie było pewności, czy uda się je uratować. trzeba było jednak działać szybko. Już po kilku dniach lekarze kliniki we współpracy z kardiochirurgami dziecięcymi przeprowadzili torakoskopię lewostronną, by zamknąć przewód Botalla. Dopiero po tym zabiegu można było odetchnąć z ulgą: stan malej Patrycji znacząco się poprawił i można było już spokojnie skorygować zarośniecie dwunastnicy.

– Każdy z tych zabiegów wykonanych techniką endoskopową jest bardzo trudny technicznie. Pacjent jest maleńki, jego tkanki są niezmiernie delikatne, a chirurdzy mają małe pole operacyjne – podkreśla szef Kliniki Chirurgii Urologii Dziecięcej USK. – W tym przypadku odnieśliśmy sukces i jest to efekt pracy całego zespołu: chirurgów anestezjologów i pielęgniarek. Warto też dodać, że udany zabieg chirurgiczny to tylko jedna trzecia ostatecznego rezultatu. Reszta to opieka przed- i pooperacyjna. Wszystkie te elementy muszą być niezawodne.

Zamykanie przewodu Botalla

Przewód Botalla to naczynie łączące aortę z tętnicą płucną, który w życiu płodowym zapewnia prawidłowy przepływ krwi z ominięciem płuc. Naczynie zamyka się zwykle w ciągu 72 godzin po urodzeniu, gdy płuca zaczynają pracować, pod wpływem ciśnienia w tętnicach płucnych. Niezamknięcie naczynia powoduje niewydolność oddechową oraz krążeniową, bo w takiej sytuacji serce pompuje za dużo krwi. Czasami udaje się zamknąć naczynie leczeniem farmakologicznym, ale jeśli nie przyniesie ono efektu, konieczna jest operacja.

Zarośnięcie przełyku

Wrodzona niedrożność przełyku z przetoką tchawiczo-przełykową to wada, która powstaje z niewiadomych przyczyn. Polega na niewykształceniu fragmentu przełyku oraz w najczęstszej postaci połączeniu odcinka dalszego przetoką z tchawicą. Jednym z objawów widocznym wkrótce po urodzeniu jest nadmierne ślinienie. Dziecko nie może połykać, nie może więc przyjmować pokarmów. Wskutek niedrożności przełyku oraz istniejącej przetoki tchawiczo-przełykowej szybko dochodzi do rozwoju zapalenia płuc i niewydolności oddechowej.

fot. Tomasz Gola

► – Zabiegi endoskopowe u noworodków są bardzo trudne technicznie, ale też bezpieczniejsze dla pacjentów – podkreśla prof. Dariusz Patkowski.

fot. Tomasz Golla

Zatrzymać skutki udaru mózgu na czas

Niedowład i porażenie kończyn, zaburzenia mowy i widzenia, utrata pamięci – to najczęstsze skutki udaru mózgu, które niejednokrotnie pozostają do końca życia, czyniąc z chorego osobę niepełnosprawną, skazaną na pomoc innych. W wielu przypadkach te objawy można cofnąć, jeśli odpowiednio szybko po udarze udrożni się zatkane przez skrzep naczynia w mózgu. Lekarze Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu wykonują takie zabiegi ze świetnymi rezultatami od kilku lat, a od lipca br. tą metodą leczenia objęto znacznie większą liczbę pacjentów. Mogą oni ponadto uzyskać pomoc przez całą dobę, a nie jak wcześniej, tylko w godzinach pracy specjalistów.

USK jako jedyny ośrodek na Dolnym Śląsku realizuje program pilotażowy trombektomii mechanicznej, czyli właśnie udrożniania naczyń, w leczeniu udaru niedokrwiennego. Program działa w Polsce od listopada ub.r., ale początkowo jedynie w kilku ośrodkach. Obecnie został rozszerzony i od lipca br. dostępny jest także w województwie dolnośląskim. Nareszcie – tak specjaliści z USK komentują zwiększenie dostępu pacjentów do zabiegu, który dla wielu jest szansą do normalnego funkcjonowania po udarze niedokrwiennym mózgu.

– Trombektomia mechaniczna pozwala cofnąć deficyty neurologiczne po przebytym udarze niedokrwiennym nawet u 60 proc. pacjentów, którzy przejdą zabieg w ostrej fazie – mówi prof. Sławomir Budrewicz, kierownik Kliniki Neurologii z pododdziałem udarowym USK. – To metoda stosowana na świecie od kilku lat i powszechna w większości krajów europejskich. W Polsce jednak pacjenci mieli do niej ograniczony dostęp. Kosztowne i skomplikowane zabiegi trombektomii wykonywano wprawdzie w kilku specjalistycznych ośrodkach (także w USK), ale stanowczo zbyt rzadko i nie w trybie ostrodyżurowym. Pacjent musiał mieć wiele szczęścia, by trafić po udarze do specjalistów w godzinach ich pracy. Udar po godzinie 15. wykluczał go praktycznie z tej formy pomocy. Potrzebne były dopiero zmiany systemowe, a ich początkiem jest właśnie program pilotażowy, do którego przystąpiliśmy.

Zdążyć przed martwicą

Dla lekarzy USK oznacza to choćby gotowość do zabiegu o każdej porze dnia i nocy, a więc konieczność zapewnienia nieustannych dyżurów specjalistów. Jet to kluczowy wymóg, bo udrażnianie naczyń przyniesie efekt tylko wtedy, gdy nastąpi jak najszybciej.

– W leczeniu udarów niedokrwiennych czas odgrywa niezmiernie ważną rolę – tłumaczy prof. Bogusław Paradowski, zastępca kierownika Kliniki Neurologii USK. – Zatkanie tętnicy doprowadzającej krew do mózgu powoduje w ciągu 3-4 minut martwicę w tym obszarze. Jest ona nieodwracalna i szczególnie niebezpieczna, gdy dotyczy dużego naczynia. Wokół warstwy martwiczej powstaje strefa umiarkowanego niedokrwienia, która szybko się rozszerza. Musimy działać jak najszybciej, by zahamować proces niszczenia kolejnych struktur mózgu.

Z tego powodu trombektomię wykonuje się do 6 godzin od wystąpienia objawów udaru. Po tym czasie zmiany są zbyt duże, by można było je odwrócić. Lekarze podkreślają jednak, że to tylko punkt graniczny: w rzeczywistości im szybciej udrożni się naczynie, tym lepsze rezultaty można osiągnąć.

– A bywają one naprawdę spektakularne – dodaje prof. Paradowski. – Jesteśmy świadkami sytuacji, w których pacjent z niedowładem zaraz po zabiegu rusza ręką albo ktoś, kto stracił mowę, wypowiada normalnie słowa. Oczywiście, nie zawsze tak się zdarza, czasem też efekty nie są widoczne natychmiast, jednak w większości przypadków trombektomia odwraca skutki udaru.

Zabieg można wykonać jednak tylko u ściśle określonej grupy pacjentów. Wskazaniem jest nie tylko czas, jaki upłynął od wystąpienia udaru, ale i niedrożność musi dotyczyć dużych naczyń tętniczych w mózgu. Podstawą diagnozy jest tomografia mózgu, pozwalająca m.in. wykluczyć guzy mózgu czy udar krwotoczny, których objawy mogą być podobne, ale leczenie zupełnie inne. Kiedy już wiadomo, że pacjent uległ udarowi niedokrwiennemu, wykonuje się angiografię tomografii komputerowej. To badanie pozwala dokładnie zdiagnozować, które naczynia są niedrożne (bo problem może dotyczyć więcej niż jednego z nich). Na obrazie widać, które obszary mózgu są niedokrwione. Początkowo stosuje się leczenie farmakologiczne, podając leki rozpuszczające skrzep. Jeśli ta metoda nie zadziała, pacjent kierowany jest na trombektomię. Gdy stan pacjenta jest ciężki, trafia na zabieg od razu.

– Po znieczuleniu wprowadzamy przez tętnicę udową cewnik ze stentem samorozprężalnym do tęt-

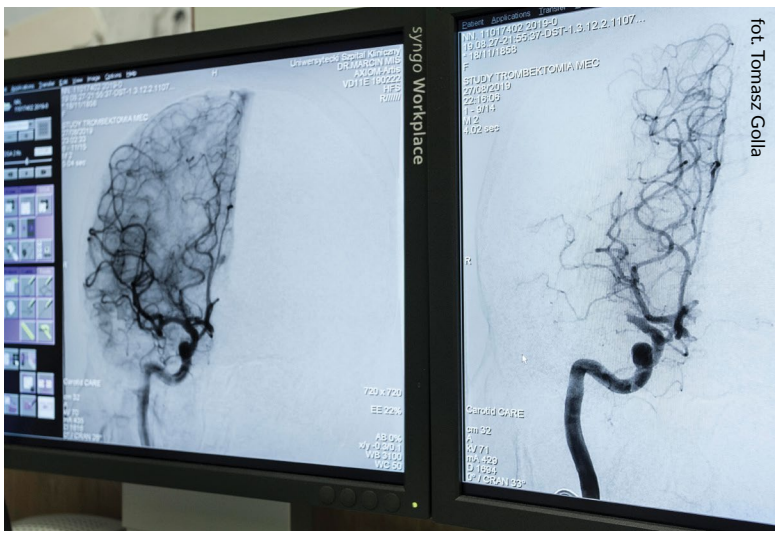
► Podczas zabiegu stan naczyń ogląda się w powiększeniu, gwarantuje to precyzję ruchów operatora.

fot. Tomasz Golla

► Część zespołu Kliniki Neurologii (ode lewej): dr Konstanty Gurański, pielęgniarka oddziałowa Karola Lentka-Bera, prof. Bogusław Paradowski, dr Krzystian Obara.

► – Trombektomia mechaniczna pozwala cofnąć deficyty neurologiczne po przebytym udarze niedokrwiennym – mówi prof. Sławomir Budrewicz, kierownik Kliniki Neurologii.

nicy w mózgu – wyjaśnia dr Marcin Miś z Zakładu Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii USK, który wykonuje w USK trombektomie. – Operator obserwuje każdy swój ruch na ekranie w powiększeniu. Stent wprowadza do skrzepu, gdzie go rozpręża, dzięki czemu naczynie można udrożnić. Czasem trzeba założyć stent w naczyniu, żeby nie doszło do ponownego zakrzepienia, czasem też interwencji wymagają dwa naczynia. Dlatego raz zabieg trwa 15 minut, a innym razem nawet trzy godziny. W każdym przypadku jest on trudny technicznie.



► Białe pole po prawej stronie ekranu obrazuje obszar mózgu objęty niedokrwieniem. Po lewej stan po zabiegu: widać, jak krew znowu krąży we wszystkich naczyniach.

Zbyt długa droga

Rocznie w Polsce dochodzi do około 60 tys. udarów mózgu, z czego około 80 proc. to udary niedokrwienne, a ok. 20 proc. – udary krwotoczne. 20-25 proc. pacjentów umiera (w krajach wysokorozwiniętych odsetek ten jest znacznie niższy i wynosi ok. 15 proc.). Na Dolnym Śląsku rocznie udar mózgu dotyka ok. 7 tysięcy pacjentów z udarem mózgowym, w tym ok. 5,5 tysiąca to udary niedokrwienne. Warto podkreślić koszty społeczne udarów mózgu, które są u nas pierwszą przyczyną niepełnosprawności. Dotyczą wprawdzie najczęściej osób starszych, ale nie tak rzadko zdarzają się w wieku aktywności zawodowej. Jeśli policzyć miliardy zł, jakie co roku pochłania rehabilitacja czy świadczenia socjalne dla osób po udarach, koszt trombektomii (ok. 30 tys. zł) wydaje się znikomy. Problem w tym, że w opinii ekspertów w dalszym ciągu zbyt mało pacjentów ma szansę na zabieg. Głównym powodem jest fakt, że wciąż mniej niż jedna trzecia chorych trafia do szpitali w czasowym oknie terapeutycznym (6 godzin). Żeby to zmienić, nie wystarczy całodobowa gotowość nawet najlepszych specjalistów. Liczy się każdy element całego łańcucha udzielania pomocy: od bliskich chorego, którzy potrafią rozpoznać objawy i szybko wezwać pogotowie do momentu przywiezienia pacjenta do odpowiedniego ośrodka. Pacjent nie może być wożony od szpitala do szpitala czy poddawany zbędnym procedurom. Tymczasem droga chorego po udarze do właściwej placówki jest u nas zbyt długa, nad czym specjaliści ubolewają. W USK w ramach programu wykonano dotąd kilkadziesiąt zabiegów trombektomii, a według statystyk, powinno ich być wielokrotnie więcej.

Objawy udaru

Objawy udaru mogą być różnorodne, bo zależą od lokalizacji uszkodzenia i jego zakresu. Jeśli zatkaniu ulegnie małe naczynie, w obszarze mózgu, który nie odpowiada za ważne życiowe funkcje, symptomy mogą być przejściowe. Jednak nie wolno liczyć, że „samo przejdzie", trzeba natychmiast wzywać pogotowie, nie czekając na nieodwracalne następstwa. Najczęstsze objawy udaru to:

- osłabienie mięśni twarzy, widoczne w postaci opadnięcia kącika ust lub powieki po jednej stronie;
- niedowład kończyny górnej lub dolnej (lub obu) po tej samej stronie ciała;
- zaburzenia mowy;
- zaburzenia widzenia (podwójne widzenie, ograniczenie pola widzenia, utrata widzenia (najczęściej w jednym oku);
- osłabienie mięśni języka i gardła, ujawniające się w trudnościach w połykaniu i mówieniu;
- zaburzenia równowagi i koordynacji ruchów;
- nagły silny ból głowy;
- zaburzenia lub utrata przytomności.

► – Zabieg jest trudny technicznie i w zależności od przypadku może trwać 15 minut, ale też trzy godziny – wyjaśnia dr Marcin Miś z Zakładu Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii USK, który wykonuje w USK trombektomie.

Główne czynniki ryzyka udaru mózgu

- nadciśnienie
- otyłość
- cukrzyca
- migotanie przedsionków
- alkohol, papierosy

Warunki udziału w programie pilotażowym trombektomii mechanicznej

- posiadanie zespołu specjalistów w dziedzinie rentgenodiagnostyki lub radiologii, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, neurochirurgii lub neurochirurgii i neurotraumatologii, neurologii, kardiologii spełniającego wymagania samodzielnego operatora wg Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, angiologii, chirurgii naczyniowej;
- doświadczenie potwierdzone uczestniczeniem w co najmniej 150 zabiegach z zakresu neuroradiologii, w tym co najmniej 50 zabiegach przeprowadzonych samodzielnie lub wykonaniem 50 zabiegów z zakresu endowaskularnego leczenia naczyń domózgowych i wewnątrzczaszkowych;
- posiadanie oddziału neurologii z oddziałem lub pododdziałem udarowym;
- posiadanie pracowni hemodynamiki lub pracowni radiologii zabiegowej;
- posiadanie oddziału neurochirurgii;
- zapewnienie całodobowej gotowości do realizacji procedury.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu poszukuje Kandydatów na stanowiska:

PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA, RATOWNIK MEDYCZNY, OPIEKUN MEDYCZNY

Osoby zainteresowane podjęciem pracy w naszym zespole, prosimy o przesyłanie CV i listu motywacyjnego na adres e-mail: dp@usk.wroc.pl lub na adres:

Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa
Uniwersytecki Szpital Kliniczny
ul. Borowska 213
50-556 Wrocław
tel. 71 733 11 95

SALOWA, NOSZOWY

Osoby zainteresowane podjęciem pracy w naszym zespole, prosimy o przesyłanie CV i listu motywacyjnego na adres e-mail: dp@usk.wroc.pl lub na adres:

Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa
Uniwersytecki Szpital Kliniczny
ul. Borowska 213
50-556 Wrocław
tel. 71 733 11 95

POMOC KUCHENNA

Osoby zainteresowane podjęciem pracy w naszym zespole, prosimy o przesyłanie CV i listu motywacyjnego na adres e-mail: dzz@usk.wroc.pl lub na adres

Kierownik Działu Żywienia
Uniwersytecki Szpital Kliniczny
ul. Borowska 213
50-556 Wrocław
tel. 662 232 556

Realizując obowiązek informacyjny Administratora danych osobowych, uprzejmie informujemy, iż: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu , ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław , nr KRS 0000136478, NIP 898-18-16-856, REGON 000289012. Szczegółowe informacje dotyczące obowiązku informacyjnego RODO znajdują się na stronie internetowej szpitala www.usk.wroc.pl w zakładce Kariera i konkursy.

Uruchamianie dzieciaków na jeszcze szerszą skalę

Zbadają dzieci i ich rodziców

Jaki jest wpływ stylu życia i nawyków żywieniowych na zachorowalność dzieci i dorosłych? To jedno z pytań, na które odpowie projekt badawczy PICTURE (Population Cohort Study of Wroclaw Citizens), który ruszy w listopadzie. Jest on finansowany i realizowany wspólnie przez Uniwersytet Medyczny i Urząd Miejski we Wrocławiu, a jego liderem jest dr hab. Tomasz Zatoński. Główny celem projektu jest poszerzenie wiedzy na temat przyczyn zachorowalności i umieralności na terenie Dolnego Śląska. Analizie zostanie poddanych wiele czynników (także m.in. hałas czy zanieczyszczenie środowiska) i ich wpływ na zdrowie. Badaniem zostanie objętych 1250 dzieci (taka sama liczba chłopców i dziewczynek) w wieku 7-14 lat i tyle samo ich rodziców lub opiekunów. Badani wypełnią różne kwestionariusze, dotyczące stanu rodziny, gospodarstwa domowego, zdrowia rodziców, aktywności fizycznej, diety. W ramach projektu przewiduje się także badania: morfologia krwi, poziom glukozy, ekg, spirometria, audiometria, pomiar ciśnienia tętniczego, pomiary antropometryczne m.in. pomiar pasa, bioder i wzrostu oraz analiza składu masy ciała. Każdy uczestnik otrzyma pełną informację o wynikach , a także profilaktyczne zalecenia medyczne, które będą miały służyć poprawie jego stanu zdrowia.

Organizowana od trzech lat przez Uniwersytet Medyczny i Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu oraz Fundację Biegaj dla Zdrowia prozdrowotna akcja „Uruchamiamy Dzieciaki" rozwija się. Prowadzona dotąd głównie we Wrocławiu, ma szansę objąć całe województwo dolnośląskie. To ważna informacja, bo z problemem nadmiernej wagi dzieci i młodzieży trzeba się zmierzyć nie tylko w dużych miastach.

Liczba dzieci z nadwagą otyłością rośnie, zaś eksperci podkreślają, że nie jest to problem estetyczny, tylko zdrowotny. Otyłość powoduje groźne konsekwencje w całym organizmie, dlatego należy traktować ją jako chorobę wielonarządową.

– Nasza akcja jest skierowana do wszystkich, którym bliski jest stan zdrowia dzieci – przypomniał jej pomysłodawca dr hab. Tomasz Zatoński z Kliniki Otolaryngologii Chirurgii Głowy i Szyi USK podczas konferencji naukowej organizowanej w ramach przedsięwzięcia na początku września. – Są to lekarze, pielęgniarki, nauczyciele wychowania fizycznego, rodzice, wychowawcy i trenerzy uczniów szkół podstawowych i gimnazjów. Wszystko zaczęło się od Biegu Uniwersytetu Medycznego, podczas którego w 2016 r. zorganizowaliśmy start dla dzieci. Okazało się, że dał on zawodnikom wiele emocji, radości i był po prostu świetną zabawą. Widząc tę radość pomyślałem: dlaczego więc nie wszystkie dzieci chcą biegać? Tak powstał pomysł, by problem dogłębnie zbadać, a potem postarać się mu zaradzić.

W ramach akcji przeprowadzono badania ankietowe uczniów wrocławskich szkół, które były źródłem informacji o nawykach żywieniowych, formach spędzania wolnego czasu i aktywności fizyczną, stanie narządu ruchu, kręgosłupa i kończyn dolnych oraz innych czynników ryzyka u dzieci. Niektóre wyniki były oczywiste, jak związek nadwagi z brakiem ruchu czy nadmiarem słodyczy i małą ilością warzyw w diecie. Inne zaskoczyły badaczy. Okazało się np. że spora grupa uczniów wrocławskich szkół cierpi na niedowagę.

Akcja „Uruchamiamy dzieciaki" to także program naprawczy, który polega na zachęcaniu najmłodszych do aktywności fizycznej. Tu nieocenieni są nauczyciele wychowania fizycznego, organizujący w swoich szkołach zawody biegowe w postaci Testu Coopera. Zwycięzcy tego 12-minutowego biegu są nagradzani, otrzymują dyplomy i medale Biegu Uniwersytetu Medycznego.

– Brak ruchu jest rosnącym problemem społecznym, dlatego przygotowaliśmy program zawodów rozgrywanych w szkole, oceniających kondycję dzieci – mówi dr hab. Zatoński. – W naszą inicjatywę zaangażowali się wykładowcy akademiccy oraz lekarze i specjaliści, którzy na co dzień zajmują się profilaktyką i leczeniem dzieci. Sami jesteśmy entuzjastami biegania, dlatego chcemy zarazić naszą pasją dzieci, pokazując im radość i satysfakcję oraz pozostałe korzyści płynące z wysiłku fizycznego. Pragniemy zachęcić uczniów szkół podstawowych i gimnazjum do ćwiczeń i startu w zawodach biegowych organizowanych przez szkołę.

Jest diagnoza, jest terapia, powinna być także profilaktyka, która pozwoli unikać błędów. W akcji „Uruchamiamy dzieciaki" jej rolę pełnią cykliczne wykłady skierowane do specjalistów ds. żywienia, wychowawców, nauczycieli wf-u, rodziców. Wykładowcami są lekarze, dietetycy i trenerzy.

Kolejny Bieg Uniwersytetu Medycznego odbędzie się 28 września br. Na starcie zobaczymy także najmłodszych uczestników, którzy pobiegną na odpowiednich dla swojego wieku dystansach. Oby było ich jak najwięcej.

Nowoczesna apteka jest sercem szpitala

fot. Tomasz Golla

Wiedza i doświadczenie lekarzy USK wykorzystywana jest także poza ośrodkiem. Krajowym konsultantem w dziedzinie nefrologii dziecięcej jest prof. Danuta Zwolińska z Kliniki Nefrologii Pediatrycznej, a prof. Joanna Maj z Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii pełni funkcję krajowego konsultanta z dziedzinie dermatologii i wenerologii. Ponadto pracownikami naszego szpitala jest wielu konsultantów wojewódzkich:

- lek. Mirosław Gibek z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii (anestezjologia i intensywna terapia),
- dr Andrzej Dołyk z Kliniki Angiologii i Nadciśnienia Tętniczego (angiologia)
- dr Marcin Polok z Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej (chirurgia dziecięca),
- dr hab. Paweł Domosławski z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej (chirurgia ogólna),
- prof. Grzegorz Mazur z Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego (choroby wewnętrzne),
- dr Danuta Nowicka z Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii (dermatologia i wenerologia),
- prof. Rajmund Adamiec z Kliniki Angiologii i Nadciśnienia Tętniczego (diabetologia),
- prof. Marek Bolanowski z Kliniki Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami (endokrynologia),
- dr hab. Ewa Barg z Kliniki Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami (endokrynologia i diabetologia dziecięca),
- mgr Olga Fedorowicz, kierownik Zespołu Farmacji Klinicznej (farmacja szpitalna),
- dr hab. Elżbieta Poniewierka z Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii (gastroenterologia),
- dr Zbigniew Machaj z Kliniki Geriatrii (geriatria),
- prof. Lidia Usnarska-Zubkiewicz z Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku (hematologia),
- dr Anna Szymańska- Chabowska z Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego (hipertensjologia),
- prof. Marek Jasiński z Kliniki Chirurgii Serca (kardiochirurgia),
- dr Ewa Masłowska z Kliniki Pediatrii, Alergologii i Kardiologii (kardiologia dziecięca),
- dr Janusz Sokołowski z SOR (medycyna ratunkowa),
- prof. Oktawia Mazanowska z Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej (nefrologia),
- dr hab. Irena Makulska z Kliniki Nefrologii Pediatrycznej (nefrologia dziecięca),
- dr Małgorzata Czyżewska z I Kliniki Ginekologii i Położnictwa (neonatologia),
- prof. Włodzimierz Jarmundowicz z Kliniki Neurochirurgii (neurochirurgia),
- dr hab. Maria Ejma z Kliniki Neurologii (neurologia),
- prof. Marta Misiuk-Hojło z Kliniki Okulistyki (okulistyka),
- prof. Bernarda Kazanowska z Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej (onkologia i hematologia dziecięca),
- dr hab. Tomasz Zatoński z Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi (otolaryngologia),
- dr Ewa Willak-Janc z Kliniki Pediatrii, Alergologii i Kardiologii (pediatria),
- dr hab. Urszula Zaleska-Dorobisz z Zakładu Radiologii Ogólnej i Pediatrycznej (radiologia i diagnostyka obrazowa),
- dr hab. Jerzy Świerkot (reumatologia),
- dr Ryszard Smoliński (seksuologia),
- prof. Romuald Zdrojowy z Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej (urologia),
- dr Bogusław Beck (zdrowie publiczne).

O globalnych i lokalnych problemach rynku leków rozmawiamy z mgr Olgą Fedorowicz, kierownikiem Zespołu Farmacji Klinicznej USK i konsultantem wojewódzkim w dziedzinie farmacji szpitalnej.

Czym zajmuje się konsultant wojewódzki w dziedzinie farmacji szpitalnej?

Mgr Olga Fedorowicz: Sprawuje nadzór nad aptekami szpitalnymi i działami farmacji szpitalnej na terenie naszego województwa w zakresie prawidłowości i bezpieczeństwa udzielanych usług farmaceutycznych w podmiotach leczniczych oraz przebiegiem staży zawodowych i kształcenia specjalizacyjnego absolwentów farmacji.

Światowy rynek farmaceutyczny boryka się z poważnym problemem fałszowania leków. Czy dotyczy on także Polski i czy ma wpływ na pracę rodzimych aptek?

Mgr Olga Fedorowicz: Tak, jesteśmy krajem członkowskim Unii Europejskiej, więc dotyczą nas unijne akty prawne. UE wprowadza przepisy, które mają zapobiegać wprowadzaniu fałszywych leków do legalnego obrotu i zostają one również zaimplementowane w polskim ustawodawstwie. Oznacza to także dodatkowe obowiązki dla aptek. W tym roku w Polsce weszły w życie przepisy wynikające z Rozporządzenia Delegowanego Komisji (UE) 2016/161, dotyczące wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi – w zakresie zapobiegania wprowadzaniu sfałszowanych produktów leczniczych do legalnego łańcucha dystrybucji. Nazywane są one Dyrektywą Fałszywkową lub FMD (Falsified Medicines Directive). Została ona uchwalona, by zabezpieczyć europejski łańcuch dystrybucji przed wprowadzeniem sfałszowanych produktów leczniczych. To groźne zjawisko o ogromnej skali. Według WHO liczba leków podrobionych może stanowić około 10 proc. światowego rynku leków, w krajach rozwijających się nawet 30 proc. W weryfikacji autentyczności produktów leczniczych dostarczanych pacjentom istotną rolę odgrywają także apteki szpitalne i działy farmacji szpitalnej. Po otrzymaniu leku sprawdzają one jego zabezpieczenia i wycofują jego niepowtarzalny identyfikator. Wprowadzenie systemu weryfikacji leków wiązało się jednak z koniecznością zakupu specjalnych czytników kodów 2D, dostosowaniem systemów informatycznych jak również ze zmianami organizacyjnymi.

Naszą rodzimą bolączką jest nielegalny eksport leków, mówi się wręcz o mafiach lekowych. To zjawisko jest odczuwalne przez pacjentów, bo regularnie media donoszą o brakujących medykamentach na rynku, nawet tych ratujących życie. Czy w walkę z tym problemem zaangażowani są także farmaceuci?

Mgr Olga Fedorowicz: Od 1 kwietnia br. apteki mają obowiązek podłączenia się do Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktem Leczniczym (ZSMOPL). Apteka musi codziennie przesyłać do tego systemu komunikat o obrotach i swoich stanach magazynowych. Głównym celem tego systemu jest gromadzenie informacji o obrocie na rynku polskim produktami leczniczymi. Dzięki tym danym Ministerstwo Zdrowia ma wiedzę m.in. o ilości produktu leczniczego zwolnionego do obrotu, stanie magazynowym danego produktu na terenie Polski – z dokładnością do konkretnej hurtowni i apteki, cenie danego produktu na etapie jego zbycia, planowanych dostawach oraz ewentualnych brakach w dostępności. Wykaz brakujących produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności publikowany jest regularnie w obwieszczeniach ministra zdrowia. W ostatnich okresach znajdowało się w nim ok. 300 produktów. To jeden z powodów wprowadzenia Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi. Główną przyczyną wywozu leków z Polski jest ich cena, niższa niż w większości krajów europejskich.

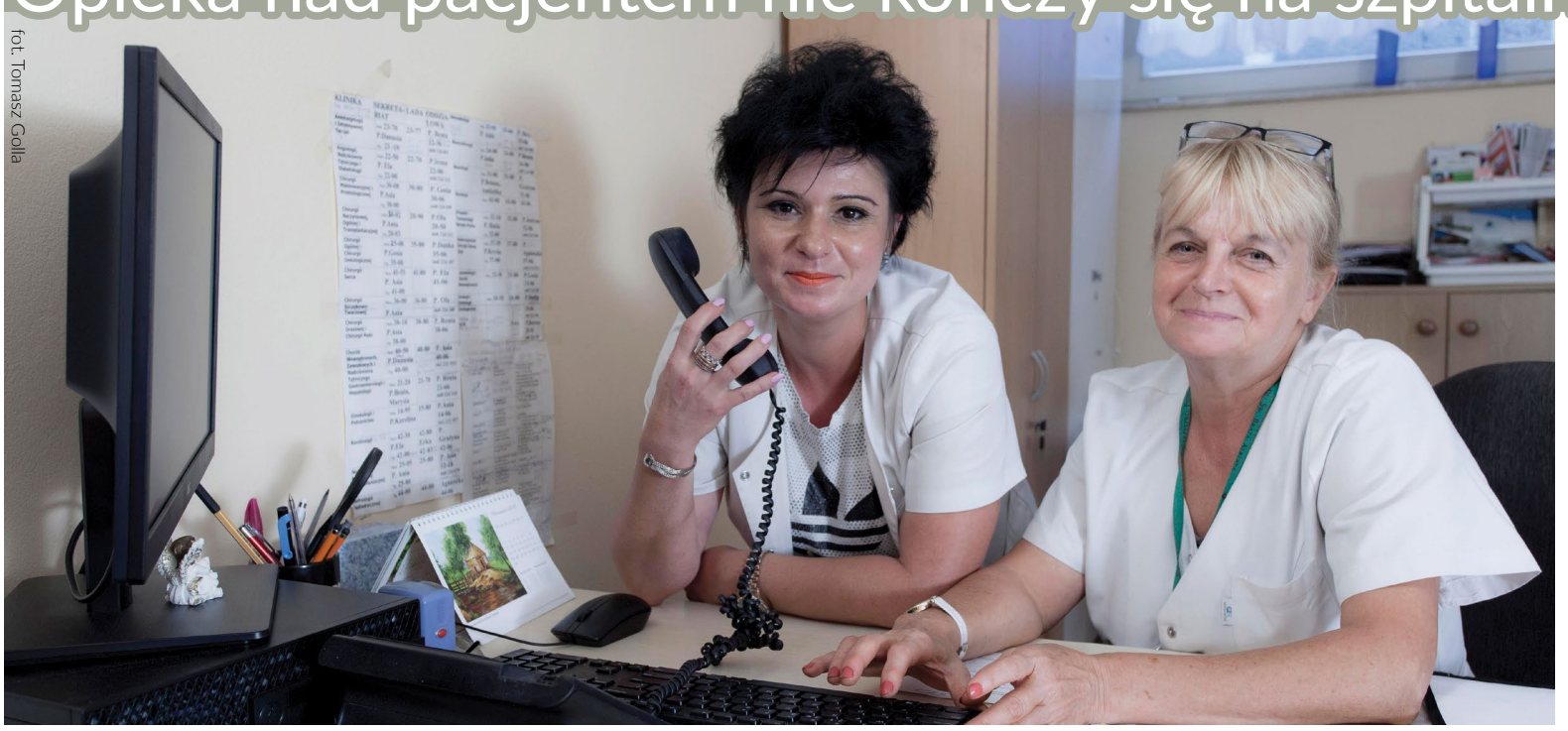
Nikt by jednak chyba nie chciał, by te ceny wzrosły… Ten problem nie dotyczy pacjentów szpitala, którzy dostają potrzebne leki. Czy apteki szpitalne funkcjonują we wszystkich placówkach leczniczych? Jakie są ich zadania?

Mgr Olga Fedorowicz: Według prawa we wszystkich określonych ustawowo jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi oraz podmiotach leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne musi działać apteka szpitalna lub dział farmacji szpitalnej. Apteka zajmuje ważne miejsce w strukturach szpitala, ponieważ uczestniczy we wszystkich procesach związanych z pobytem pacjenta w szpitalu, od momentu przyjęcia do wypisania. Nowoczesna apteka szpitalna to serce szpitala. Miejsce, gdzie oddziały nie tylko zaopatrują się w produkty lecznicze i wyroby medyczne, ale otrzymują również rzetelną informację na temat nowoczesnych terapii, dostępności leków, kosztów leczenia pacjenta. Farmaceuci szpitalni przygotowują m.in. żywienie pozajelitowe, leki cytotoksyczne, radiofarmaceutyki, biorą udział w badaniach klinicznych, monitorują działania niepożądane. Te obowiązki wiążą się znowu z dostosowaniem systemów informatycznych aptek szpitalnych, spełnieniem wymogów lokalowych i kadrowych. Jak wykazała kontrola NIK z 2017 r., nie wszystkie sobie z tym radzą. Według NIK 40 proc. działów farmacji szpitalnej nie spełnia wymogów w zakresie lokalowym, część aptek znajduje się w pomieszczeniach, które wymagają remontu, brak bieżących przeglądów urządzeń znajdujących się na wyposażeniu, brak całodobowego monitoringu warunków przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych. W wielu aptekach zatrudniony jest tylko jeden farmaceuta-kierownik. Stąd wykazano brak nadzoru nad bezpłatnymi próbkami leków, badanymi produktami leczniczymi.

W USK istnieje Zespół Farmacji Klinicznej, którym Pani kieruje. Czym zajmuje się taki zespół i w jakim celu powstał?

Mgr Olga Fedorowicz: W skład Zespołu Farmacji Klinicznej wchodzi farmaceuta kliniczny i farmakolog kliniczny (to stanowisko już istniało). Takie stanowiska powstają obecnie w wielu szpitalach, a na Zachodzie jest to standard. W wielu opracowaniach zostało udowodnione, że wprowadzenie w szpitalu stanowiska farmaceuty klinicznego przynosi wymierne oszczędności finansowe poprzez stosowanie racjonalnej gospodarki lekami. Farmaceuci kliniczni stanowią odpowiednio wykształcony, wysokospecjalistyczny personel medyczny, którego działalność we współpracy z innymi członkami szpitalnego zespołu terapeutycznego, umożliwia zwiększanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia farmakologicznego, prowadzenie zindywidualizowanej terapii, zapewniając najwyższą jakość usług medycznych świadczonych na rzecz pacjentów, czego następstwem jest optymalizacja funkcjonowania podmiotu leczniczego, w tym również jego zarządzania. Cele te są realizowane poprzez liczne działania, m.in.: prowadzenie racjonalnej polityki lekowej, która polega na zlecaniu leków tylko wtedy, kiedy jest to konieczne i korzystne dla pacjenta, właściwy wybór leku, jego postaci i drogi podania, dawki, przedziału dawkowania oraz czasu leczenia, dla uzyskania optymalizacji leczenia, przy minimalnym ryzyku działań niepożądanych, ograniczaniu lekooporności i minimalizacji kosztów. Zajmujemy się także szkoleniem personelu medycznego z zakresu skutecznej i bezpiecznej farmakoterapii, edukacją pacjentów czy opracowaniem i rozwijaniem szpitalnej polityki antybiotykowej oraz monitorowaniem niepożądanych działań produktów leczniczych. To tylko niektóre z naszych zadań.

Opieka nad pacjentem nie kończy się na szpitalnym łóżku



fot. Tomasz Golla

Co zrobić, jeśli nasz bliski opuszcza szpital, ale pozostaje niesprawny, a my nie możemy zapewnić mu odpowiedniej opieki w domu? Czy lepszy będzie zakład opiekuńczo-leczniczy, czy dom spokojnej starości? Gdzie szukać odpowiedniej placówki, jak załatwić konieczne formalności? To tylko niektóre trudne ludzkie problemy, jakie pomagają rozwiązać pracownicy socjalni szpitala.

Urszula Łukasiewicz (na zdjęciu z prawej) i Iwona Mostecka mają za sobą wiele lat pracy w USK przy ul. Borowskiej, a na podstawie ich doświadczeń można by napisać książkę. O rozterkach rodzin, które nie potrafią zająć się swoim bliskim po wypisaniu ze szpitala, ale nie do pomyślenia jest dla nich oddanie ich pod opiekę obcym. O ludzkiej podłości, gdy w mieszkaniu chorej babci zmienia się zamki, by nie przyjąć jej z powrotem do domu. Wreszcie o ciągnących się w nieskończoność procedurach w sądach i urzędach, przez które pacjent kwalifikujący się do wypisu miesiącami zajmuje szpitalne łóżko, bo nie ma dokąd pójść.

– Zajmujemy się załatwianiem usług opiekuńczych z ośrodków pomocy społecznej, pomagamy w formalnościach w przyjęciu do zakładu opiekuńczo-leczniczego czy domu pomocy społecznej – wylicza Urszula Łukasiewicz. – Z pomocą policji poszukujemy członków rodziny pacjentów, którymi nikt się nie interesuje, a którzy powinni opuścić szpital, bo nie ma wskazań medycznych do hospitalizacji.

Najtrudniejsze i najbardziej czasochłonne są przypadki pacjentów bezdomnych i nieposiadających żadnych dokumentów. Są oni przyjmowani do szpitala, gdzie udziela się im pomocy, ale przychodzi czas wypisu. Tymczasem pacjent może być niesprawny, wymagający całodobowej opieki. Panie socjalne muszą się w takich sytuacjach zmierzyć z urzędniczą machiną.

– Najważniejszy jest dowód osobisty, bez którego nie ma mowy o umieszczeniu pacjenta w jakiejkolwiek placówce – tłumaczy Iwona Mostecka. – Wyrabianie tego dokumentu zaczynamy od MOPS-u. Pierwszym krokiem jest uzyskanie zasiłku celowego, przeznaczonego na wykonanie zdjęcia. Potem trzeba potwierdzić dane tej osoby, na podstawie ostatniego meldunku. Procedura związana z wyrabianiem dowodu trwa około miesiąca, czasem nawet dłużej. Jeśli pacjent wymaga całodobowej opieki, a nie ma skończonych 75 lat, musi mieć orzeczony odpowiedni stopień niepełnosprawności. To warunek przyjęcia go do domu pomocy społecznej. Kolejnym jest stały dochód (za wyjątkiem hospicjum, gdzie nie ma takiego wymogu). Musimy więc załatwić pacjentowi w MOPS stały zasiłek. To wszystko trwa, więc na ogół zanim uzyskamy informację o zakwalifikowaniu do przyjęcia w domu pomocy społecznej, mija 4-5 miesięcy.

W dodatku taka informacja nie oznacza automatycznie, że jest dla niego miejsce. Czasem trzeba czekać kolejne tygodnie, by pacjent mógł opuścić szpital i zwolnić łóżko dla chorych, wymagających pomocy. Jeszcze trudniejsze sytuacje dotyczą pacjentów bez dokumentów, którzy są nieprzytomni, a o ich rodzinie nic nie wiadomo. Wówczas trzeba z kolei uruchomić procedury związane ustanowieniem kuratora przez sąd lub z ubezwłasnowolnieniem, co wymaga wniosku prokuratury.

Sądy, urzędy, instytucje, morze papierów, wniosków, zaświadczeń, dziesiątki telefonów – to elementy codziennych obowiązków pracowników socjalnych szpitala. Najczęściej wiążą się one z prawdziwymi ludzkimi dramatami, w których człowiek nie może być zostawiony sam sobie.

Krzyżówka panoramiczna

Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego numeru: „Kto ma chleb, szuka bułki."
Nagrody otrzymują: Teresa Wierzbicka, Natalia Maćkowska, Olaf Płachta.

Rozwiązanie można przesłać na e-mail: kowalskam@usk.wroc.pl lub wrzucić wypełniony kupon do skrzynki w informacji (hol główny). Nagrodzonych wybieramy 7 października.

Borowska213

Rozwiązanie krzyżówki:

.....

.....

Imię:

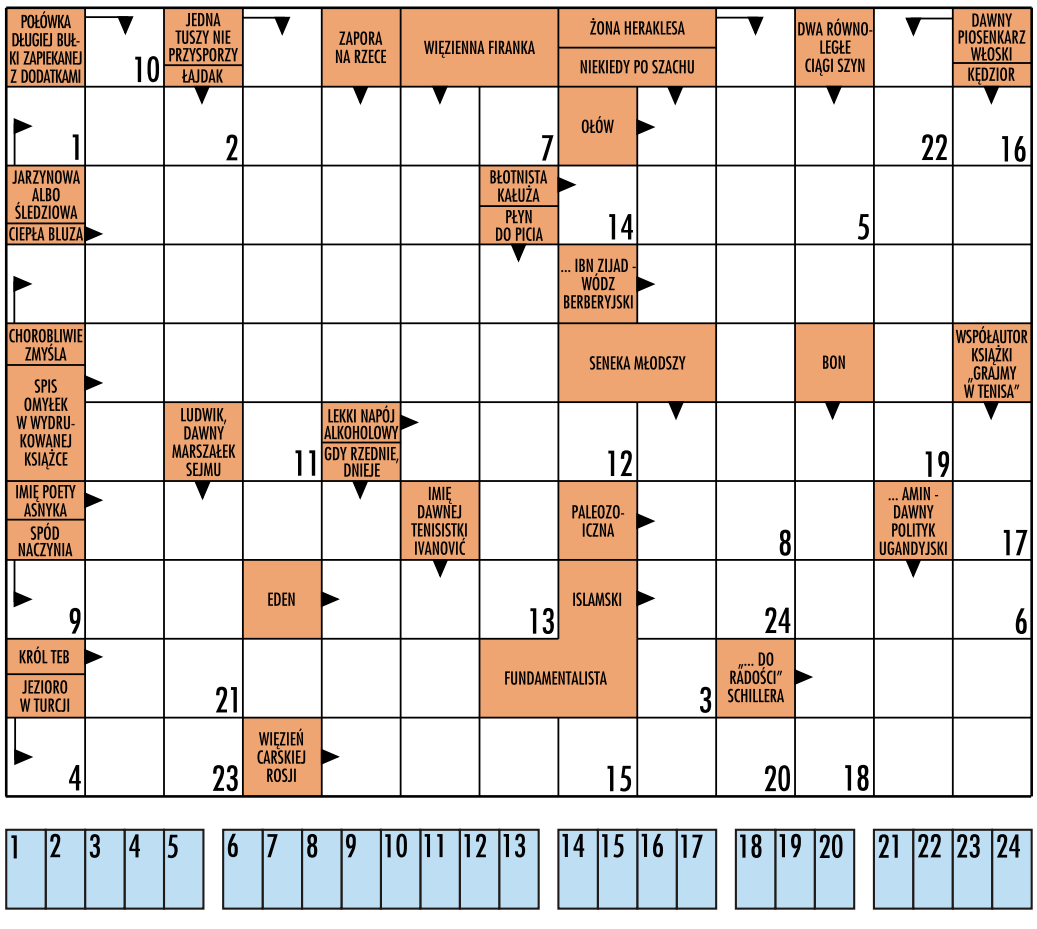
.....

Nazwisko:

.....

Telefon:

.....



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 Giedroyć

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

Skład: STUDIO MANAT
www.studiomanat.com