

Na zdrowie babciom i dziadkom



Starość nie musi wiązać się z niedołężnością i licznymi chorobami. Jednak trzeba się do niej przygotować już w młodym wieku. Dr Zbigniew Machaj z Kliniki Geriatrii USK przekonuje, jak niewiele wystarczy zmienić, by przedłużyć nasze życie aż o kilkanaście lat. Należy odżywiać się zdrowo, a zwłaszcza pilnować spożywania pięciu porcji warzyw i owoców dziennie, konieczne jest odrzucenie palenia tytoniu, regularne zmuszanie się do umiarkowanego wysiłku fizycznego. Warto o tym pomyśleć nie tylko w Dniu Babci (21 stycznia) i Dziadka (22 stycznia).

Czytaj na str. 4-5



Biała Niedziela z WOŚP

Z okazji 28. Finału Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy w niedzielę 12 stycznia br. w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu odbyły się badania profilaktyczne dzieci. Tematem tegorocznej zbiórki było bowiem zapewnienie najwyższych standardów diagnostycznych i leczniczych w dziecięcej medycynie zabiegowej. Orkiestra grała przede wszystkim dla chirurgii ogólnej, kardiologii, neurochirurgii dziecięcej. W Klinice Chirurgii i Urologii Dziecięcej USK przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie badania z zakresu chirurgii i urologii dziecięcej prowadził prof. Dariusz Patkowski, kierownik kliniki wraz ze współpracownikami. W Klinice Przylądek Nadziei USK badania pediatryczne ze zwróceniem uwagi na wczesne objawy nowotworów u dzieci przeprowadziła prof. Alicja Chybicka, kierownik kliniki wraz ze współpracownikami. Z bezpłatnych porad lekarzy można było też skorzystać w salach Ratusza w Rynku. Ich zakres był szeroki i obejmował m.in. zaburzenia odżywiania, profilaktykę nowotworów typowych dla płci żeńskiej i męskiej oraz układu oddechowego i skóry.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu od 2002 roku w ramach WOŚP otrzymał aparaturę medyczną o wartości 4,8 mln zł. W ub.r. USK zyskał sprzęt za ok. 1,2 mln zł, który trafił głównie na oddział intensywnej terapii dziecięcej, dziecięcy oddział kardiologiczny, do Kliniki Neonatologii i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Kardiologii USK. Klinika Okulistyki dostała w 2019 r. z WOŚP mikroskop operacyjny dla dzieci.

Dar od miasta



Aparat USG do diagnostyki płodu i trzy aparaty do KTG o wartości 400 tys. zł. trafiły do I Kliniki Ginekologii i Położnictwa USK w darze od Urzędu Miejskiego Wrocławia. Miasto wspiera obie kliniki ginekologiczno-położnicze USK od wielu lat, przekazując nowoczesny sprzęt w okresie świąteczno-noworocznym. W minionych latach szpital otrzymał m.in. aparaty do KTG, aparat do telemetrii i USG oraz inkubator.

Czytaj na str. 2

Po kuchennej rewolucji



Takiej rewolucji Magda Gessler zapewne nie dałaby rady przeprowadzić. Przeprowadzka szpitalnej kuchni z ul. Traugutta na Brochów była gigantycznym logistycznym przedsięwzięciem. W kuchni, przygotowującej posiłki dla 1500 pacjentów w różnych wariantach w zależności od problemów zdrowotnych, wszystko musi działać jak w zegarku. Przenosiny na drugi koniec miasta nie mogły zakłócić codziennego rytmu.

Czytaj na str. 6

Rok 2019 w pigułce



Podsumowujemy ten wyjątkowy rok, obfitujący zwłaszcza w nowe metody leczenia, dotąd niedostępne w publicznych ośrodkach na Dolnym Śląsku. USK wciąż rozszerza swoją ofertę zarówno dla pacjentów z najbardziej powszechnymi problemami zdrowotnymi, jak i z tymi, które zdarzają się niezwykle rzadko. Rośnie bowiem lista procedur unikatowych już nie tylko w skali regionu, ale całego kraju. Przypomnijmy je.

Czytaj na str. 7

Od magistratu dla pacjentek

fot. Archiwum USK



► (Od lewej) Prof. Lidia Hirnle, kierownik I Kliniki Ginekologii i Położnictwa USK, prezydent Wrocławia Jacek Sutryk, dyrektor Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych UM Joanna Nyczak, dyrektor USK dr Piotr Pobrotyn.

Aparat ultrasonograficzny do pełnej diagnostyki płodu oraz trzy aparaty do KTG o wartości 400 tys. zł. trafiły do I Kliniki Ginekologii i Położnictwa USK w darze od Urzędu Miejskiego Wrocławia. Miasto wspiera obie kliniki ginekologiczno-położnicze USK od wielu lat, tradycyjnie przekazując nowoczesny sprzęt w okresie świąteczno-noworocznym. W minionych latach szpital otrzymał od magistratu m.in. aparaty do KTG, nowoczesny aparat do telemetrii i USG oraz inkubator. W sumie we Wrocławiu w latach 2008-2018 miasto wsparło opiekę nad mamami i dziećmi, w ramach programu „Zdrowa matka i dziecko” kwotą ponad 5 mln zł.

Ufundowane przez miasto aparaty do USG i KTG to wysokiej klasy urządzenia, które będą służyć opiece nad pacjentkami w ciąży. KTG (kardiotokografia) pozwala na monitorowanie akcji serca płodu wraz z jednoczesnym zapisem czynności skurczowej mięśnia macicy. Dzięki temu badaniu można wcześniej wykryć sytuacje zagrożenia życia płodu. Jeden z trzech podarowanych ostatnio aparatów jest przeznaczony do obserwacji ciąży bliźniaczych. Jak podkreśla prof. Lidia Hirnle, kierownik I Kliniki Ginekologii i Położnictwa USK, ciąży mnogich jest coraz więcej.

W minionym roku tylko w tej jednej klinice było około 20 narodzin bliźniaków.

Podczas uroczystego przekazania sprzętu prezydent Wrocławia Jacek Sutryk podkreślał, że w stolicy Dolnego Śląska rodzi się coraz więcej dzieci i jest bardzo ważne, by opieka nad ciężarnymi była na jak najwyższym poziomie.

Wsparcie dla klinik położnictwa to jeden z elementów miejskiego programu „Zdrowa matka i dziecko”, w ramach którego ponadto dofinansowuje się szkoły rodzenia. We Wrocławiu działa ich sześć, a zainteresowanie pro-

wadzonymi w nich zajęciami dla przyszłych rodziców jest ogromne.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu ma dwie kliniki ginekologiczne o najwyższym III stopniu referencyjności: przy ul. Chałubińskiego oraz w szpitalu przy ul. Borowskiej. Oddziały te zapewniają pełną diagnostykę i opiekę nad pacjentkami podczas najbardziej skomplikowanych porodów. W sumie w obu klinikach ginekologicznych USK rocznie na świat przychodzi blisko 4 tys. dzieci.

Gwiazda futbolu z wizytą w „Przylądku Nadziei”

fot. Archiwum USK



Piłkarz światowej klasy, zawodnik AC Milan i reprezentacji Polski Krzysztof Piątek i jego żona Paulina odwiedzili dzieci w Klinice Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej USK. Pochodzący z Dolnego Śląska (urodził się w Dzierżoniowie) strzelec podarował dwie swoje meczowe koszulki z autografem szefowej kliniki, prof. Alicji Chybickiej, która przekazała je Fundacji „Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową”. Koszulki trafią na aukcję charytatywną.

– Gdy uśmiech na twarzach dzieci wyraża więcej niż tysiąc słów! Przylądek Nadziei – napisał na swoim oficjalnym profilu na Instagramie Krzysztof Piątek. Jego żona Paulina zdradziła, że 20 lat temu sama była pacjentką Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej USK, ponieważ wstępnie zdiagnozowano u niej białaczkę. Teraz jest zdrowa i razem ze swoim sławnym mężem mogła umilić dzień chorym dzieciom. „A Ty jeśli kiedykolwiek pomyślisz, że masz problem, to uwierz, że jeśli masz zdrowie, to masz WSZYSTKO...” – napisała na portalu społecznościowym.

Strażackie Mikołajki w USK



Tuż przed Świątami Bożego Narodzenia członkowie Ochotniczej Straży Pożarnej – Grupy Ratownictwa Specjalistycznego „Strażacy Wspólnie przeciw Białaczce” zorganizowali dla dzieci leczonych na oddziałach pediatrycznych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu niespodziankę. Były prezenty od mikołajów, wspólne śpiewanie i wiele innych atrakcji. Jednocześnie każdy chętny mógł oddać krew na rzecz dzieci leczonych w Klinice Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej USK w krwiobusie parkującym pod budynkiem kliniki. 25 osób oddało 11,5 l krwi.

Wielkie Serce Górnika

Ponad 190 osób oddało krew w ramach akcji zorganizowanej przez klub Honorowych Dawców Krwi Serce Górnika, działający przy Zakładach Górniczych Lubin, na rzecz pacjentów Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej USK. Akcja została przeprowadzona w grudniu, a jej ukoronowaniem była wizyta górników-krwiodawców w klinice. Sprawiała ona chorym dzieciom wiele radości nie tylko z powodu kosza pełnego prezentów, jakie goście przywieźli małym pacjentom. Galowy strój górniczy zawsze wzbudza zainteresowanie, a chętnych do przymierzania czapki z piórami nie brakowało. Serce Górnika to najstarszy w Zagłębiu Miedziowym klub dawców krwi. Działa już prawie pół wieku i od lat wspiera dzieci z chorobami nowotworowymi.



Okulistyka z nowym sprzętem



Funduskamera Topcon TRC-50DX to nowoczesne urządzenie do wykonywania zdjęć oka i angiografii fluoresceinowej u pacjentów zagrożonych trwałą ślepotą. Urządzenie o wartości 230 tys. zł zostało zakupione ze środków darowizny pieniężnej z Fundacji KGHM Polska Miedź i znajduje się w Pracowni Angiografii Fluoresceinowej w Klinice Okulistyki USK.

Spotkanie opłatkowe służby zdrowia

Ks. Kazimierz Sroka, kapelan USK i Diecezjalny Duszpasterz Służby Zdrowia zorganizował spotkanie opłatkowe dla pracowników wrocławskich placówek medycznych. Msza w ich intencji została odprawiona 4 stycznia br. w kościele św. Franciszka z Asyżu we Wrocławiu. Przewodniczył jej bp. Jacek Kiciński. Po mszy uczestnicy podzielili się opłatkiem.



„Skóra nie dla raka! Badaj się, to nie boli!”



Od 1 marca do 31 października br. w USK we Wrocławiu na Oddziale Onkologii Diennej (ul. Borowska 213), oraz w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii (ul. Chałubińskiego 1) planowana jest organizacja kampanii profilaktycznej w postaci otwartych eventów edukacyjnych pod hasłem: „Skóra nie dla raka! Badaj się, to nie boli!”

W ramach działań profilaktyczno-edukacyjnych prowadzona będzie edukacja, adresowana do pacjentów z województw dolnośląskiego, opolskiego i śląskiego, aktywnych zawodowo, w wieku 15-64 lub starszych, jeśli nadal pracują. Edukacja ma uzmysłwić m.in., jak ważne jest stosowanie kremów z filtrami ochronnymi, kiedy i jak często nale-

ży ich używa, czym kierować się przy wyborze preparatu do opalania, jak odczytywać informacje na etykietach.

Dodatkowo lekarze specjaliści z zakresu dermatologii oraz onkologii zbadają uczestnikom projektu skórę pod kątem czerniaka i innych nowotworów skóry.

Badanie wykonane będzie za pomocą specjalistycznej aparatury

medycznej, którą będą posługiwać się lekarze, tj. dermatoskopy. W trakcie badania diagnozowane będą niepokojące zmiany na skórze. Badanie będzie trwało kilka minut, jest metodą niein-

wazyjną oraz całkowicie bezbolesną!

Kto może zgłosić się do projektu?

Badaniem przesiewowym objęci będą pacjenci zamieszkujący województwa: dolnośląskie, śląskie oraz opolskie tj: osoby dorosłe w wieku 50-64 będące w grupie podwyższonego ryzyka w celu wczesnego wykrycia choroby. Dodatkowo, w przypadku jasnych zaleceń lekarza związanych z występowaniem niepokojących znamion bądź czynników ryzyka zachorowania, wsparcie będą mogli otrzymać osoby w wieku 15-49 lat oraz po 65. r. z, gdy są nadal aktywne zawodowo. Serdecznie zapraszamy do udziału w eventach profilaktyki nowotworów skóry, podczas którego będzie można sprawdzić zmiany skórne i zdobyć wiedzę w zakresie profilaktyki nowotworów skóry.

Powyższe działania 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.

Więcej informacji na stronie: <https://zdrowaskora.usk.wroc.pl/> w zakładce dla pacjenta.

Projekt nadzoruje z-ca dyrektora USK Mariola Dwornikowska-Dąbrowska, koordynatorem medycznym jest prof. Jacek Szepietowski, a kierowniczką projektu jest Agnieszka Wasilewska.



Profilaktyka raka jelita grubego

Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu zaprasza na badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego. 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.

PRZEKAŻ 1%

dla Szymona
z rozszczepem kręgosłupa

Ur. 08.03.2010

Podopieczny wrocławskiej
fundacji „Potrafię Pomóc”

Aby przekazać 1% podatku,
wpisz w formularzu PIT:
**KRS 0000303590 z dopiskiem
Szymon Dawidziak 240-009**



Do starości trzeba się przygotować za młodu

fot. Tomasz Golla



Wieloletnia obserwacja grupy 20 tysięcy Brytyjczyków wykazała, iż zmiany tylko kilku zachowań zdrowotnych są w stanie przedłużyć nasze życie aż o czternaście lat. Należy odżywiać się zdrowo, a zwłaszcza pilnować spożywania pięciu porcji warzyw i owoców dziennie, konieczne jest odrzucenie palenia tytoniu, regularne zmuszanie się do umiarkowanego wysiłku fizycznego – mówi dr Zbigniew Machaj z Kliniki Geriatrii USK, dolnośląski konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatrii.

Kiedy zaczyna się starość?

Dr Zbigniew Machaj: Według Eurostatu pacjent geriatryczny to ten, który skończył 65 r.ż., natomiast Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) za początek starości uznaje 60. rok życia. Wyróżnia w niej trzy zasadnicze etapy: 60-75 lat to wiek podeszły (tzw. wczesna starość); 75-90 lat – wiek starczy (tzw. późna starość); 90 lat i powyżej – wiek sędziwy (tzw. długowieczność). Poprzedza ją wiek przedstarczy (45-59 lat). W Polsce za pacjenta geriatrycznego uważa się osobę, która ukończyła 60 lat i od tego wieku procedury geriatryczne finansuje NFZ.

Jednak obecnie wielu 60-latków jest w świetnej formie, nie czuje się staro i ani myśli korzystać z opieki geriatry. Jak są wyznaczniki starzenia poza kryterium wiekowym?

Dr Zbigniew Machaj: Starość u każdego może przebiegać inaczej, wiąże się z nią znaczny spadek zdolności adaptacyjnych w wymiarze biologicznym, psychicznym i społecznym. Narasta ograniczenie samodzielności życiowej, pogarsza

się jakość życia, postępuje zależność od otoczenia. W starości o niekorzystnym przebiegu pojawia się konieczność opiekuna bądź opieki instytucjonalnej. Te zmiany mogą jednak dotyczyć także ludzi w wieku przedstarzym, a jednocześnie nie muszą dotyczyć 90- czy 100-latka. Jest to sprawa indywidualna. Starzenie może przebiegać jako pomyślne, przeciętne lub niepomyślne. To ostatnie przyspieszają czynniki ryzyka przyspieszonej starości do których należą spadek aktywności fizycznej, niewłaściwe żywienie, używki, przeciążenie centralnego układu nerwowego, zmiana środowiska, izolacja społeczna, niedostatek rekreacji, nieprzygotowanie do starości własnej. Psycholodzy obserwując obecne pokolenia zauważają, że przez ostatnie 30 lat odczuwalny wiek psychologiczny człowieka spadł o połowę co wyraża się tym, że 10-latki zachowują się jak pięć-latki, 20-latki są jak rozwinięte dzieci, pierwszą pracę podejmują 30-latki, na dzieci przychodzi chęć w wieku 45 lat, 60-latki idą na uniwersytety. Trzeba jednak poważnie powiedzieć, że starość będzie zaczynać się coraz później i niedługo

60-latek będzie osobą w średnim wieku. Za 40 lat co trzeci Polak będzie miał powyżej 60 lat. Konieczne będzie w niedalekiej przyszłości zredefiniowanie pojęcia starości. W ubiegłym wieku za człowieka starego uważano 60-latkę, obecnie jest nim 65-latek. W przyszłym stuleciu najprawdopodobniej seniorami będą 70-75-latkowie, a ludzie 65-letni będą klasyfikowani jako ci w średnim wieku.

Starość kojarzy się nam z chorobami i niedołężnością. Jakie dolegliwości są najbardziej typowe dla tzw. jesieni życia?

Dr Zbigniew Machaj: Zaczniemy od tego, że w populacji osób w podeszłym wieku zdecydowana większość (60-75 proc.) to osoby zdrowe, więc nie można stawiać znaku równości między starością a niedołężnością. Przewlekłe choroby dotyczą ok. 20-30 proc. a 2-10 proc. dotyka niedołężność. Najczęstsze schorzenia wieku podeszłego ujęte są jako tzw. „wielkie problemy geriatryczne”. Zaliczamy do nich wielofunkcyjną niedomogę mózgu objawiającą się otępieniem (nie tylko choroba Alzheimera), zaburzeniami nastroju (depresja)

oraz majaczeniem. Włączamy do zespołów geriatrycznych także problemy z mobilnością, zachowaniem równowagi i poruszaniem się (upadki), a także zaburzenia funkcji zwieraczy, niedowidzenie, niedosłuch oraz wielolekowość z polipragmatyzacją. Częstsze są również w tej grupie wiekowej schorzenia układu sercowo-naczyniowego, odleżyny, osteoporoza oraz wzrost ryzyka schorzeń nowotworowych. Niektóre z chorób towarzyszących starości występują również w młodszym wieku, mając nieco odmienny przebieg. Do takich chorób należy nadciśnienie, cukrzyca, choroba niedokrwienna serca. Najczęściej ludzie starzy chorują na choroby układu sercowo-naczyniowego (75 proc.), narządu ruchu (68 proc.), układu oddechowego (46 proc.), układu trawiennego (34 proc.) i otępienia (15 proc.). Osoby w podeszłym wieku skarżą się na trudności w przyswajaniu nowych informacji, mniejszą podzielność uwagi, trudności w adaptacji do nowych sytuacji, zmniejszoną zdolność reagowania, choć oczywiście cechy te nie dotyczą wszystkich ludzi starszych.

Jaka jest specyfika chorowania seniorów i dlaczego wymagają oni odrębnego podejścia ze strony lekarza?

Dr Zbigniew Machaj: „Pacjent geriatryczny” choruje inaczej niż młodszy. Cechuje go wysoka i korelująca z wiekiem zapadalność na

różne stany chorobowe, polipatologia, czyli równoczesne występowanie chorób swoistych dla wieku oraz choroby mające inny obraz, inną symptomatologię (cukrzyca, zaburzenia funkcji tarczycy, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, choroby układu oddechowego), współistnienie chorób ze zmianami starczymi. Np. zapalenie płuc w podeszłym wieku może objawiać się splątaniem, nie będzie gorączki, zmian osłuchowych nad płucami, a nawet radiologicznych, jeśli pacjent będzie odwodniony. Chorzy w starszym wieku wymagają holistycznego, całościowego podejścia do ich problemów, które stanowią duże obciążenie ekonomiczne systemów opieki zdrowotnej. Mają tendencje do nadużywania leków, nieprawidłowego samoleczenia, częstego korzystania z poradnictwa, częstych hospitalizacji. W grupach najstarszych wiekowo (powyżej 85. roku życia) z niepomysłną starością współistnieją choroby wymagające z reguły udziału opiekuna w codziennym funkcjonowaniu chorego. Takimi chorymi winien zajmować się zespół geriatryczny, w skład którego wchodzi lekarz specjalista geriatra, pielęgniarka geriatryczna, psycholog, rehabilitant, pracownik socjalny. Niestety, zaniedbania w polityce kształcenia kadr, tworzenia odpowiedniej bazy łóżek tzw. długoterminowych, niedofinansowanie powodują, że w stosunku do innych krajów UE pozostajemy daleko w tyle. Tymczasem dynamika

procesu starzenia w naszym kraju narasta. Brakuje przede wszystkim systemu usług środowiskowych, który pozwoliłby seniorom na jak najdłuższe cieszenie się niezależnością i samodzielnością (łącznie z systemem usług elektronicznych), infrastruktury zapewniającej opiekę stacjonarną osobom niesamodzielnym, które nie są w stanie zaspokajać swoich potrzeb bytowych oraz systemu wsparcia rodzin w ich funkcjach opiekuńczych wobec osób starszych.

Wspomniał Pan o samoleczeniu i korzystaniu z konsultacji wielu specjalistów, jako typowych zachowań seniorów. Jakie konsekwencje zdrowotne może to spowodować, zwłaszcza w sytuacji, gdy jeden lekarz nie wie, co zalecił drugi?

Dr Zbigniew Machaj: Niestety, wielu pacjentów w podeszłym wieku nie rezygnuje ze swoich nawyków, posiada „ulubione zestawy leków, przepisane przez ulubionego lekarza”. Wizyta u jednego tylko specjalisty kończy się zwykle zleceniem kilku leków, starszy pacjent to pacjent z wielochorobowością. Jeśli tych wizyt u kolejnych specjalistów będzie dużo, mamy politerapię, jeśli do tego dojdzie samoleczenie, to ryzyko powikłań staje się duże.

Badania PolSenior, w których miałem okazję brać udział, wykazały, że średnia liczba rodzajów leków pobieranych dziennie przez badanych wynosiła 5,1, a w grupie osób powyżej 75. roku życia – 5,9. Co trzecia osoba pobierała codziennie 6-10 leków, a co 10. – 11-24. Najczęściej były to leki sercowo-naczyniowe (72,1 proc.), następnie leki działające na przewód pokarmowy i metabolizm (48,9 proc.), kolejno leki układu krwiotwórczego (34,8 proc.), układu nerwowego (34,2 proc.) i leki działające na układ mięśniowo-szkieletowy (19,3 proc.). Spośród tej ostatniej grupy 10 proc. osób zażywało podwójne dawki niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ). Statystyczny pacjent po 65. roku życia oprócz 5-6 leków przyjmowanych z powodu chorób przewlekłych, stosuje samodzielnie dodatkowo średnio dwa leki lub suplementy diety. Ryzyko wystąpienia interakcji przy stosowaniu dwóch leków wynosi 5,6 proc., przy stosowaniu 5 leków – już 50 proc, a przy przyjmowaniu 8 różnych leków ryzyko to sięga 100 proc. Działania niepożądane leków są przyczyną nawet jednej trzeciej hospitalizacji osób w wieku podeszłym. Często przyczyną hospitalizacji są także krwawienia z przewodu pokarmowego, jako efekt nadużywania NLPZ. Należy też pamiętać stosując doustne koagulanty przy koniecznej antybiotykoterapii, że trzeba unikać chinolonów czy makrolidów zwiększających ryzyko krwawień.

Interakcje mogą być na poziomie lek-lek, jak te przytoczone wyżej, ale najczęściej obserwowane są na poziomie lek-choroba. Chorzy z nadciśnieniem tętniczym i niewydolnością serca stosują NLPZ, sprzyjające retencji płynów, powodując wzrost ciśnienia. Z kolei leki powodujące hipotonię ortostatyczną nasilają ryzyko upadków. Przykładem tych leków są leki hipotensyjne, moczopędne, wazodilatacyjne, trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, neuroleptyki, lewodopa. Nietrzymanie moczu potęgują blokery kanału wapniowego oraz leki antycholinergiczne (przeciwhistaminowe), przeciwdepresyjne, przeciwparkinsonowskie, spasmolityki, neuroleptyki. Osobny problem to leki przeciwbólowe, które wyłączając „dzwonek alarmowy”, jakim jest ból mogą opóźnić postawienie wcześniej właściwej diagnozy, maskując chorobę, a stosowane niewłaściwie i w nieodpowiednich dawkach powodują krwawienia z przewodu pokarmowego, niekiedy groźne dla życia.

Seniorzy często stosują na własną rękę także różnego rodzaju „ziołka”, uważając je za absolutnie bezpieczne.

Dr Zbigniew Machaj: A skutki mogą być opłakane. Np. trzeba uważać na preparaty, będące wyciągami z miłorzębu japońskiego, żeń-szenia czy dziurawca. Miłorzęb japoński nasila działanie przeciwpłytkowe i przeciwwąskrępowe doustnych antykoagulantów, a wyciąg z żeń-szenia zmniejsza skuteczność diuretyków tiazydowych. Dziurawiec poprzez wpływ na aktywność izoenzymu CYP3A4 zmniejsza z kolei skuteczność takich leków, jak antagonistów wapnia, beta-blokerów, leków przeciwdepresyjnych, neuroleptyków, benzodiazepin i lipofilnych statyn. Również dieta i pewne składniki pokarmów mogą powodować podobne interakcje; przykładem jest sok grejpfrutowy, blokujący metabolizm leków grupy enzymów cytochromu P-450, dający nawet kilkunastokrotny wzrost stężeń we krwi takich leków jak: antagonistów wapnia czy leków przeciwhistaminowych. Stosując jedzenie bogate w witaminę K (brokuły, jaja, kalarepa, kapusta, otręby, płatki owsiane, sałata, soja, szpinak, wątróbkę) obniżamy działanie doustnych antykoagulantów (acenocumarol, warfaryna). Stosujący pochodne teofiliny narażeni są na interakcję ze składnikami pokarmowymi.

Czerwona papryka i posiłki zawierające dużo tłuszczów zwierzęcych zwiększają stężenie tego leku we krwi, a smażone lub grillowane mięso przyspiesza jej metabolizm w wątrobie o około 40 proc., osłabiając istotnie efekt terapeutyczny leku. Lukrecja obecna w cukierkach i tabletkach wykrztuśnych daje utratę potasu, działając synergistycznie z diuretykami pętłowymi. Użytki typu kawa i herbata zmniejszają wchłanianie takich leków, jak preparaty żelaza, potęgując jednocześnie działanie teofiliny oraz działanie przeciwbólowe kwasu salicylowego.

Wskazane jest popijanie leków wodą, przy czym ilość wypijanych płynów w ciągu doby powinna wynosić minimum 6-8 szklanek (2,0-2,5 l we wszystkich posiłkach).

Niektórzy seniorzy bagatelizują swoje dolegliwości. Inni przeciwnie, nadmiernie się na nich koncentrują. Czy słuszne jest dość powszechne przekonanie, że starość musi być związana z chorobami i nic się na to nie poradzi?

Dr Zbigniew Machaj: Starsi pacjenci zachowują się różnie w przypadku choroby, przyjmując różne postawy wobec niej. Może być to

„Statystyczny pacjent po 65. roku życia oprócz 5-6 leków przyjmowanych z powodu chorób przewlekłych, stosuje samodzielnie dodatkowo średnio dwa leki lub suplementy diety. Ryzyko wystąpienia interakcji przy stosowaniu dwóch leków wynosi 5,6 proc., przy stosowaniu 5 leków – już 50 proc, a przy przyjmowaniu 8 różnych leków ryzyko to sięga 100 proc.”

postawa pozytywna, traktująca chorobę jako kolejne nowe zadanie życiowe, któremu trzeba podołać. Mogą być również zachowania negatywne, jak postawa hipochondryczna (nadmiernej koncentracji na sobie) albo negacji choroby (niekorzystna) lub apatii i obojętności (bardzo niekorzystna). Rzadko w podeszłym wieku mamy realistyczne nastawienie do choroby i wiarę w możliwość jej wyleczenia. Większość chorych, a co gorsza i personel leczący, jest przekonana, że jeśli jest się starym to musi się chorować. Sytuację pogarsza brak więzi emocjonalnych i wzajemnej pomocy wśród samych chorujących. Z tym należy walczyć i temu przeciwdziałać, duże znaczenie ma tu pomoc psychologa klinicznego.

Czy otępienia związane z wiekiem starczym można skutecznie leczyć?

Dr Zbigniew Machaj: W podeszłym wieku dochodzi do wie-

loczynnościowej niewydolności mózgu, która objawia się otępieniem, depresją lub majaczeniem. Świadomość tego w środowisku lekarskim staje się coraz bardziej powszechna, walka o zdrowie i jakość życia osób w podeszłym wieku będzie walką o zdrowy mózg. We wszystkich specjalizacjach medycznych odnosimy coraz większe sukcesy, niestety nie ma ich za dużo w leczeniu zwłaszcza zaburzeń funkcji poznawczych, a więc w terapii otępienia. Można by tu zacytować laureata nagrody Nobla w dziedzinie medycyny, brazylijskiego onkologa Drauzio Varelle: „W dzisiejszym świecie wydaje się pięć razy więcej pieniędzy na środki zwiększające potencję i na silikon dla kobiet, niż na lekarstwa przeciw chorobie Alzheimera. Wynika z tego, że za kilka lat będziemy mieli mnóstwo starych kobiet z dużymi piersiami i starych mężczyzn z twardymi członkami. Za to nikt z nich nie będzie w stanie sobie przypomnieć, do czego im to jest potrzebne!” Mówiąc poważnie, konieczne wydają się masowe badania przesiewowe osób starszych pod kątem jak najwcześniejszego wykrycia pierwszych oznak zaburzeń funkcji poznawczych i stosować przynajmniej te-

rapię spowolniającą ich przebieg, skoro jeszcze nie mamy skutecznych leków na proces otępienia. Te badania są o tyle istotne, że u wielu chorych z otępieniem nawet troskliwa i opiekuńcza rodzina zauważyła problem, gdy choroba jest już zaawansowana.

Jak wiadomo, w Polsce jest zbyt mało specjalistów geriatry w stosunku do potrzeb. Czy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może ich zastąpić?

Dr Zbigniew Machaj: Jest zdecydowanie za mało kadry geriatrycznej, nie tylko lekarskiej ale i pielęgniarskiej, bez której właściwej opieki nad seniorami nie będzie. Jeśli porównamy się z innymi krajami UE to nie wygląda dobrze. Zbyt często zmieniają się koncepcje dotyczące opieki senioralnej. Niedawno uczestniczyłem w spotkaniu u Prezydenta RP, gdzie debatowano nad tym problemem, krytykując nieuwzględnienie geriatry w stworzonej sieci szpitali. Miejmy nadzieję, że nastąpią w najbliższym czasie nowe rozwiązania. Ideałem byłoby, gdyby lekarz POZ posiadał jak najszerszą wiedzę z zakresu geriatry, jednak nie da się sprowadzić całej diagnostyki wielochorobowości, zaleceń terapeutycznych, rehabilitacji do POZ. Lekarze rodzinni są wystarczająco

obciążeni innymi zadaniami. Wiele z nich chętnie korzysta z danych i wskazówek zawartych w Karcie Informacyjnej, którą pacjenci otrzymują przy wypisie z oddziału geriatrycznego.

W jaki stopniu można przewidzieć, jaka będzie nasza starość i jaki możemy mieć na to wpływ?

Dr Zbigniew Machaj: W latach 70-tych ubiegłego stulecia minister zdrowia Kanady Marc Lalonde opracował swój paradygmat. Punktem wyjścia dla koncepcji obszarów zdrowia Lalonde’a była następująca definicja zdrowia: „Zdrowie jest wynikiem działania czynników związanych z dziedziczeniem genetycznym, środowiskiem, stylem życia i opieką medyczną. Promocja zdrowego stylu życia może wpłynąć na poprawę stanu zdrowia i ograniczyć zapotrzebowanie na opiekę medyczną”. Lalonde wyróżnił następujące grupy czynników mających wpływ na stan zdrowia ludności, czyli obszary zdrowia: obszar biologii i genetyki, zachowań i stylu życia, środowiskowy (czynniki ekonomiczne, społeczne, kulturowe i fizyczne) oraz obszar organizacji systemu ochrony zdrowia. Jego koncepcję rozwinął amerykański analityk Dever. Oto kilka jego tez: – System opieki zdrowotnej pochłania aż ok. 90 proc. z całkowitych nakładów na ochronę zdrowia a ma tylko ok. 10 proc. wpływ na redukcję umieralności! – Nakłady na kształtowanie stylów życia i edukacja zdrowotna pochłaniają zaledwie ok. 1,5 proc. nakładów, a mają ok. 40 proc. wpływ na obniżenie umieralności. – Nakłady finansowe na ochronę środowiska naturalnego człowieka – 1,5%, posiadają ok. 20% potencjalny wpływ na redukcję umieralności – Wydatki na biologię człowieka wynoszą ok. 7 proc., a dają ok. 30 proc. potencjalnego wpływu na obniżenie umieralności ludzi. Zmiana zachowań zdrowotnych jest w stanie przedłużyć nasze życie o wiele lat. Należy odżywiać się zdrowo, a zwłaszcza pilnować spożywania pięciu porcji warzyw i owoców dziennie, konieczne jest zaprzestanie palenia tytoniu, regularne zmuszanie się do umiarkowanego wysiłku fizycznego. Mówi się też o codziennym picu bardzo umiarkowanych, ilości czerwonego wytrawnego wina 1-2 lampki (zawarty w nim resweratrol stymuluje mechanizm sirtuinowy). Ludność basenu Morza Śródziemnego stosująca tzw. dietę śródziemnomorską oraz spożywająca małe ilości czerwonego wina należy do najdłużej żyjących. Jednym słowem, każdy jak najwcześniej powinien stosować prozdrowotne zachowania i z nadzieją patrzeć na ciągłe postępy medycyny.

Po kuchennej rewolucji



Takiej rewolucji Magda Gessler zapewne nie dałaby rady przeprowadzić. Przeprowadzka szpitalnej kuchni z ul. Traugutta na Brochów była gigantycznym logistycznym przedsięwzięciem. W kuchni, przygotowującej posiłki dla 1500 pacjentów w różnych wariantach w zależności od problemów zdrowotnych, wszystko musi działać jak w zegarku. Przenosiny na drugi koniec miasta nie mogły zakłócić codziennego rytmu. I tak się stało: pacjenci nie odczuli zamieszania.

W kuchni nie ma dnia wolnego, bo przecież chorzy muszą jeść codziennie. Dlatego przeprowadzka do nowej siedziby musiała być bardzo dobrze zorganizowana. Ten dzień pracownicy pamiętają bardzo dobrze. – Część pracowników przygotowywała posiłki jeszcze w starej siedzibie, a część już pracowała w nowej – mówi kierownik działu żywienia USK Anna Reszuta. – Na szczęście nie musieliśmy przenosić sprzętu, bo na Brochowie mamy wszystko nowe: piece konwekcyjne, kotły, zmywarki i cały sprzęt konieczny w tak ogromnej kuchni.

Nowa kuchnia mieści się w osobnym budynku, który przeszedł gruntowny remont, przy Szpitalu im. Falkiewicza. Choć kucharkom doszły nowe obowiąz-

ki, bo teraz gotują także dodatkowo dla ok. dwustu pacjentów brochowskiego szpitala, nikt nie narzeka. Warunki pracy są bowiem nieporównywalne z tymi, jakie panowały w starej kuchni w obiekcie należącym do zakonu bonifratrów przy ul. Traugutta (w ostatnich latach wynajmowanym przez USK). To miejsce, w którym gotowało się dla chorych od czasów powojennych. W ciągu kolejnych dekad kuchnia była wielokrotnie modernizowana i doposażana, ale od strony infrastruktury budynek doszedł już do granic swoich możliwości. Latem ub.r. ostatecznie kuchnia zakończyła swój żywot w tym miejscu, zakon ma inne plany związane z obiektem, a USK dysponuje wreszcie kuchnią spełniającą standardy współczesnych czasów.

– Mamy dużo więcej sprzętu dobrej jakości, więc pracuje się łatwiej – podkreśla szefowa kuchni Ilona Kunysz. – I wreszcie nie musimy biegać po piętrach, wszystko mamy na jednym poziomie.

Nie zmienił się tylko rytm pracy, która wre tutaj od godziny 6 rano. USK należy do nielicznych szpitali w Polsce posiadających własną kuchnię, a nie korzystających z zewnętrznych usług cateringowych. Dzięki temu każdy etap przygotowywania posiłków jest pod kontrolą. Wszystko jest świeże, robione na bieżąco, pacjenci nie dostają odmrażanych dań. Jadłospis i skład każdego dania jest w szczegółach opracowywany przez dietetyka. Posiłki są sprawdzane pod względem mikrobiologicznym, fizycznym i chemicznym, a więc absolutnie



► Nawet zmywanie może być lepsze, jeśli ma się odpowiedni sprzęt. A tu jest co myć!

bezpieczne dla pacjentów, nawet, gdy nie trafiają we wszystkie gusta. Szpitalne jedzenie ma swoją specyfikę, np. nie używa się ostrych przypraw, a sól i cukier stosuje się w ograniczonym stopniu. Dlatego miłośnicy pikantnych, niezdrowych dań muszą poczekać, aż opuszczą szpital. Dodatkowym wyzwaniem dla dietetyka i kucharek jest spełnienie wymogów wielu różnych diet, m.in. wątrobowej, trzustkowej, cukrzycowej, bezmlecznej,

niskopotasowej, niskosodowej, dla pacjentek w ciąży, osób po przeszczepach, itd. Niektórzy chorzy, ze względu na specyfikę swoich schorzeń wymagają diety indywidualnej. Ważny jest nie tylko skład diety, ale i liczba posiłków. Kuchnia otrzymuje codziennie rano szczegółowe zlecenia z poszczególnych oddziałów szpitala, ile i jakich dań będą potrzebowały. Bywają także zmiany w ciągu dnia, a wszystkie życzenia trzeba spełnić.



► Posiłki są wożone na oddziały USK busami w utrzymujących ciepło termoportach i termosach kilka razy dziennie



► Piece konwekcyjne naszpikowane elektroniką to standard we współczesnej kuchni.

Podsumowujemy 2019 rok w USK

To był wyjątkowy rok, obfitujący w wiele wydarzeń, w tym wdrożenie nowych metod leczenia, dotąd niedostępnych w publicznych ośrodkach na Dolnym Śląsku. USK we Wrocławiu wciąż rozszerza swoją ofertę zarówno dla pacjentów z najbardziej powszechnymi problemami zdrowotnymi, jak i z tymi, które zdarzają się niezwykle rzadko. Rośnie bowiem lista procedur unikatowych już nie tylko w skali regionu, ale całego kraju.



fol. Tomasz Gollai

Autoprzeszczepienie serca

Autoprzeszczepienie serca wykonali w listopadzie ub.r. lekarze Centrum Chorób Serca USK. Pacjentem był młody mężczyzna, z niezmiernie rzadko występującym mięsakiem serca. Guz zajmował niemal cały przedsionek, a od jego usunięcia zależało życie chorego. Ze względu na trudny dostęp, lekarze zdecydowali się wyciąć serce, a po usunięciu guza wszczepić je ponownie. Takie zabiegi są unikatowe, w Polsce wykonano ich zaledwie pięć.



fol. Tomasz Gollai

Ratunek w chorobie Parkinsona

Terapia infuzyjna dojelitowa i podskórna to dwie nowe metody skutecznego leczenia objawowego zaawansowanej postaci choroby Parkinsona, dostępne w Klinice Neurologii USK jako jednym z kilku ośrodków w kraju. U pacjentów, którzy nie kwalifikują się do operacji głębokiej stymulacji mózgu, alternatywą są nowoczesne terapie infuzyjne, z których chorzy mogą skorzystać w programach lekowych, finansowanych przez NFZ.



fol. Tomasz Gollai

Krzyżowy przeszczep

W lutym ub.r. dwie kolejne osoby z niewydolnością nerek dostały szansę na życie bez uciążliwych dializ. Lekarze USK przeszczepili im narządy od żywych dawców. Był to piąty krzyżowy przeszczep nerek w Polsce i drugi w USK. Jednak po raz pierwszy wszystkie procedury zostały przeprowadzone w ośrodku przy ul. Borowskiej (w poprzednim przeszczepie krzyżowym uczestniczył także Uniwersytecki Szpital w Bydgoszczy).



fol. Archiwum USK

„Łatanie” zastawki

Lekarze z Kliniki Chirurgii Serca USK przeprowadzili jako pierwsi w Polsce nowatorskie warianty operacji zastawki aortalnej. Jeden z nich polegał na „załataniu” zniszczonej zastawki za pomocą unikalnego materiału biologicznego, a drugi – na przeszkońnym wszczepieniu sztucznej zastawki najnowszej generacji. Nowe metody wprowadzono na stałe, wzbogacając możliwości kliniki w niesieniu skutecznej pomocy pacjentom.



fol. Tomasz Gollai

Technologie przyszłości

Operacje transmitowane w czasie rzeczywistym nie są w USK nowością, ale dotychczas można je było oglądać jedynie w jednej sali seminaryjnej. Pod koniec maja ub.r. po raz pierwszy zabieg przeprowadzany w sali operacyjnej Kliniki Neurochirurgii przy ul. Borowskiej online obserwowali w najwyższej jakościowo rozdzielczości obrazu także studenci i lekarze w kampusie przy ul. Pasteura. System wciąż się rozwija.



fol. Tomasz Gollai

Trombektomia bardziej dostępna

Niedowład i porażenie kończyn, zaburzenia mowy i widzenia, utrata pamięci – to najczęstsze skutki udaru mózgu. W wielu przypadkach można je cofnąć, jeśli odpowiednio szybko po udarze udroźni się zatkane przez skrzep naczynia w mózgu. Od lipca ub.r. metodą leczenia objęto znacznie większą liczbę pacjentów. Mogą oni uzyskać pomoc przez całą dobę, a nie jak wcześniej, tylko w godzinach pracy specjalistów.



fol. Tomasz Gollai

Na światowym poziomie

Lekarze Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej USK wykonali unikalne zabiegi u noworodka z trzema śmiertelnymi wadami rozwojowymi. Dziecko miało wrodzoną niedrożność przełyku z przetoką tchawiczo-przełykową, zarośnięcie dwunastnicy i niezamknięty przewód tętniczy Botalla. Każda z tych wad zagrażała życiu. Lekarze USK prawdopodobnie jako jedni z pierwszych na świecie wszystkie zabiegi wykonali endoskopowo.



fol. Archiwum USK

Kciuk jak nowy

Dwumobilna proteza kciuka wszczepiona w Klinice Chirurgii Urazowej i Chirurgii Ręki USK pozwoli pacjentce z chorobą zwyrodnieniową stawu śródręcznego normalnie funkcjonować. Inne metody chirurgiczne albo uśmierają ból, unieruchamiając staw, albo też mają charakter okaleczający. Proteza zastosowana w USK, po raz pierwszy w Polsce w publicznej placówce zdrowia, zapewnia ruchomość stawu i likwiduje ból.



fol. Tomasz Gollai

Implanty ślimakowe

Pacjenci z głębokim niedosłuchem z Dolnego Śląska nie muszą już szukać pomocy poza regionem. USK dołączył do ośrodków wszczepiających implanty ślimakowe. Realizowany w Klinice Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi USK Dolnośląski Program Implantów Słuchowych obejmuje nie tylko wszczepianie urządzeń, ale także rehabilitację po zabiegu, która jest niezmiernie ważnym elementem w powrocie ze świata ciszy.



fol. Tomasz Gollai

Nowa jakość psychiatrii

Na początku roku otwarto całodobowy oddział kliniczny i psychogeriatryczny Kliniki Psychiatrii USK przy ul. Pasteura 10. Wykorzystując nową bazę, ramach projektów naukowych klinika wprowadziła nowatorskie metody leczenia depresji: głęboką stymulację mózgu i powtarzalną przezczaszkową stymulację magnetyczną. Trwa też badanie kliniczne leczenia ketaminą chorych z nawracającą depresją oraz chorobą afektywną dwubiegunową.



fol. Tomasz Gollai

Terapia nadziei

USK jako pierwszy ośrodek w Europie Środkowo-Wschodniej uzyskał akredytację do leczenia terapią CAR-T. To nowatorska terapia genowa, wykorzystująca do walki z nowotworem własny układ odpornościowy. Jest stosowana u chorych z ostrą białaczką limfoblastyczną, u których wszystkie inne metody były bezskuteczne. W Klinice Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej USK wkrótce leczenie rozpoczną pierwsze dzieci.

A portrait of an elderly man with a bald head and a friendly smile, wearing a colorful plaid shirt over a white t-shirt. The man has a warm, orange-toned skin and is looking directly at the camera. The background is a solid, bright white.

- 22 417 13 25 - ogólnopolska infolinia**
71 733 20 03 - sekretariat Kliniki



Podmiot koordynujący:
Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie

Telefon:

PIOSENKA ZESPOŁU GOLEC „ORKIESTRA”	MINERAŁ BARWY CZARNEJ LUB BRUNATNEJ	POMYSŁOWY CHŁOPIEC W DAWNEJ DOBRANOCCE	DUŻA ŁÓDZ OKRĘTOWA	10	AZOT DOLNA CZĘŚĆ WIELKIEGO PIECA HUTNICZEGO	14	CIEMNO- CZERWONY KAMIEŃ SZLACHTNY
MIESZKANKA NOWEJ SOLI		PILOT	FRYDERYK, AUTOR „PANA ANTONIEGO”		KIEŁ ALBO SIEKACZ		
NIEWOLNIK							
17			2			ŚWIĘTY Z SEWILLI	1
FILOZOF Z RODOS	3	SAMOCHÓD	MANNA		5	BRAT ABŁA	
STOLICA EGIPTU		4				AUTOR POWIEŚCI „GERMINAL”	12
PAŃSTWO W OCEANII			MOŻLIWOŚĆ POSTĘPOWA- NIA LUB ZACHOWY- WANIA SIĘ BEZ KO- NIECZNOŚCI ULEGANIA PRZYMUSOWI LUB OGRA- NICZENIOM	1	STOLICA WŁOCH „.... DO RADOŚCI” - POEMAT SCHILLERA		
15			9				
PAŃSTWO POSIADAJĄCE NA SWOIM TERYTORIUM DWIE ENKLAWY: SAN MARINO I WATYKAN		CHORZOWSKI KLUB SPORTOWY			GRECKA WYSPA NA MORZU EGEJSKIM	6	11
				PRZYJMUJE ŻYCZENIA I KWIATY 2 STYCZNIA			
	13		7		8		

