

Nr 1 (1) luty 2019



Nasz Szpital

Magazyn

dla Pacjentów Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o. w Radomiu



Wielkie zmiany,
ogromne sukcesy

Rozmowa z dr hab. med.
Zbigniewem Kotwicą



W neurologii
ważny jest czas

Rozmowa z dr hab. n. med.
Adamem Kobayashi



Dobro pacjentów najwyższą wartością



Lek

Tomasz Skura

Dyrektor ds. Lecznictwa



12



10

Spis treści

Nasz Szpital

- 4. Nasz Szpital. Słowo od Dyrektora - lek **Tomasz Skura**
- 6. Dobro pacjentów najwyższą wartością. 20-lecie istnienia
- 8. Uroczyste otwarcie sali hybrydowej

Medycyna

- 12. Pracownia radiologii zabiegowej - sala hybrydowa
- 13. W neurologii ważny jest czas. Rozmowa z dr hab. n. med. **Adamem Kobayashi**
- 16. Wielkie zmiany, ogromne sukcesy. Rozmowa z dr hab. med. **Zbigniewem Kotwicą**
- 18. Czas to mięsień. Rozmowa z dr hab. n. med. **Jackiem Kądziałą**

Ludzie

- 22. Ambulatorium nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Radomiu. Rozmowa z **Dorotą Chmiel** i **Magdaleną Szczęsną**
- 24. Mamy mocne podstawy do rozwoju. Rozmowa z prof. dr hab. n. med **Arturem A. Antoniewiczem**
- 28. Bezpieczna ciąża. Rozmowa z dr n. med. **Marzeną Jurczak-Czaplicką**

Mamy przyjemność przedstawić Państwu pierwszy numer nowego magazynu Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o. w Radomiu.

„Nasz Szpital” jest kwartalnikiem, na łamach którego chcemy na bieżąco prezentować Państwu najistotniejsze wydarzenia z życia placówki, sposób jej funkcjonowania, przybliżyć sylwetki pracujących specjalistów oraz dostępne metody diagnostyki i terapii.

W pierwszym dziale opowiadamy o historii szpitala, który przed kilkoma miesiącami obchodził 20-lecie swojego istnienia. Jest to doskonała okazja, aby opowiedzieć o trudnych początkach, które jednak przyniosły nadspodziewane efekty. Wyrazem zmian, które ciągle zachodzą w szpitalu i wprowadzają do niego nowoczesne, innowacyjne rozwiązania, jest powstanie operacyjnej sali hybrydowej. W poświęconych jej artykułach wyjaśniamy, czym jest, jakie daje możliwości oraz czemu stanowi podstawę przyszłości medycyny.

W dziale Medycyna znajdą Państwo dwa wywiady ze specjalistami pracującymi w naszym ośrodku. Prof. Zbigniew Kotwica, kierownik Klinicznego Szpitalnego

Oddziału Neurochirurgii, opowiada o specyfice prowadzonego przez siebie oddziału, o trudach i wyzwaniach pracy neurochirurgia oraz o zmianach, które zaszły w tej dziedzinie medycyny na przestrzeni ostatnich lat. Natomiast o neurologii, schorzeniach, którymi się zajmuje oraz sposobach ich profilaktyki rozmawialiśmy z prof. Adamem Kobayashim.

Na dalszych stronach zamieściliśmy prezentację ambulatorium nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Jest to stosunkowo nowa jednostka w strukturach naszego szpitala. Zachęcamy szczególnie do lektury tego artykułu, ponieważ informacje o tym, w jakich przypadkach można uzyskać w niej pomoc, są niezwykle ważne dla każdego chorego.

W ostatnim dziale prezentujemy artykuły, w której zawarliśmy szereg wskazówek i porad, jak samemu zadbać o własne zdrowie. Okazuje się, że nie potrzeba wcale aż tak wiele pracy i wysiłku, aby znacząco poprawić komfort swojego życia. Nigdy nie jest za późno na odpowiednią dietę czy zmianę naszych złych nawyków.

Naszym czytelnikom życzymy przyjemnej lektury oraz mamy nadzieję, że każdy znajdzie w tym pierwszym numerze coś ciekawego dla siebie.

Redakcja

Redaktor Naczelny: **Aneta Kušta**
 Redakcja: **Adam Słowikowski**
 Adres Redakcji: **ul. Juliana Aleksandrowicza 5, 26 - 617 Radom**
 Wydawca: **Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. w Radomiu**
 Opracowanie: **Tomasz Tomaszewski, IRONteam Sp. z o.o.**
 Grafika i DTP: **Piotr Zgorzelski**
 Drukarnia:
 Papier: **kreda mat 170/115g**
 Nakład: **3 000 egz.**
 E-mail: **szpital@wss.com.pl**



28



30



Zdrowie

- 30. Od pęporzezki do szkół rodzenia
- 32. Zdrowe odżywianie w każdym wieku. Rozmowa z mgr. **Ewą Marchlewską**
- 36. Stres pożywką dla chorób
- 38. Sposobów 12 na zdrowie



18



32



38



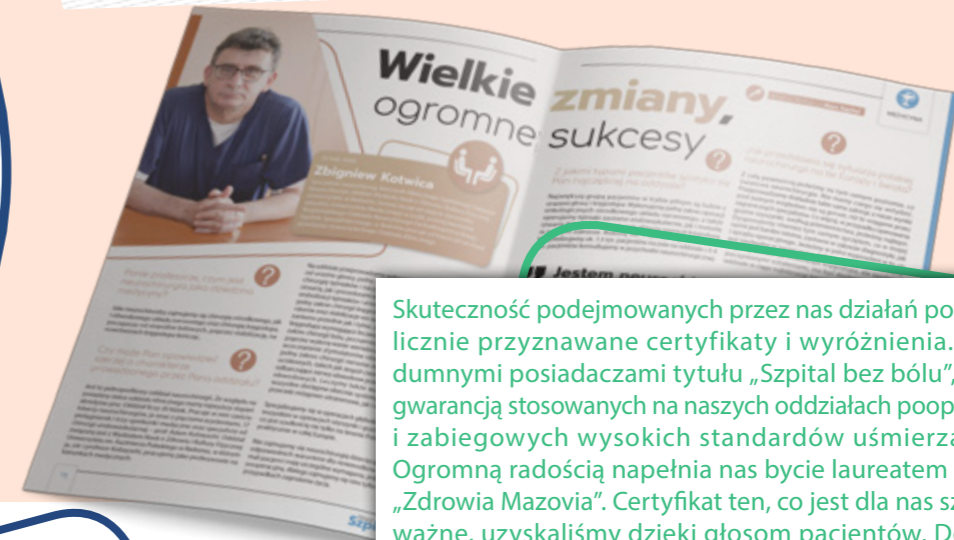


Fot. Agencja Gazeta



Nazwa „Nasz Szpital” nie została wybrana przypadkowo.

Chcemy w ten sposób podkreślić prawdziwe znaczenie misji, jaką jest publiczna służba zdrowia realizowana w naszej placówce.



Skuteczność podejmowanych przez nas działań potwierdzają licznie przyznawane certyfikaty i wyróżnienia. Jesteśmy dumnymi posiadaczami tytułu „Szpital bez bólu”, który jest gwarancją stosowanych na naszych oddziałach pooperacyjnych i zabiegowych wysokich standardów uśmierzania bólu. Ogromną radością napelnia nas bycie laureatem programu „Zdrowia Mazovia”. Certyfikat ten, co jest dla nas szczególnie ważne, uzyskaliśmy dzięki głosom pacjentów. Dodatkowo regularnie prowadzone wewnętrzne, jak i zewnętrzne kontrole poszczególnych struktur naszej placówki dają jasny obraz dobrze funkcjonującego, bezpiecznego ośrodka.

Duże nadzieje wiążemy również z podjęciem ścisłej współpracy z Uniwersytetem Technologiczno-Humanistycznym im. Kazimierza Puławskiego w Radomiu. Uczelnia ta jest niezwykle istotną instytucją dla rozwoju edukacji w naszym regionie. Dzięki podjętym krokom: wymianie doświadczenia oraz posiadanych zasobów, jesteśmy w stanie wesprzeć ją w wykształceniu młodych lekarzy, którzy w przyszłości zasila szereg naszych pracowników i pozwolą zapewnić pacjentom profesjonalną opiekę na najwyższym dostępnym poziomie.

Wierzę, że dzięki wzmoczonej pracy naszych lekarzy i pielęgniarek uda nam się osiągnąć z roku na rok coraz więcej. Dotychczasowe sukcesy są dobrym znakiem na nadchodzącą przyszłość. Mogę Państwu obiecać, że nie zejdziemy z obranej przez naszą placówkę drogi rozwoju. Będziemy podejmować wszelkie starania, aby nie tylko sprostać pokładanym w nas nadziejom, ale zapewniać usługi o coraz wyższej jakości. Już teraz mogę powiedzieć, że ten rok będzie obfitował w wiele nowych rozwiązań i innowacji, z których wymierne korzyści sami będziecie mogli Państwo odczuć.

Jeszcze raz dziękuję za zaufanie, którym nas Państwo obdarzyli i obiecuję, że nie zawiedziemy pokładanych w nas nadziei, tak aby nasz szpital stał się najlepszym nie tylko na Mazowszu, ale w całym kraju.

Prezes Zarządu, Dyrektor ds. Lecznictwa
lek **Tomasz Skura**

Nasz Szpital

Pragnę Państwa powitać po raz pierwszy na łamach nowego magazynu Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o. w Radomiu.

Artykuł: Prezes Zarządu,
Dyrektor ds. Lecznictwa, lek.
Tomasz Skura

Powstanie naszego własnego magazynu jest wyrazem zachodzących zmian, które wprowadzamy regularnie od lat. Duże inwestycje, odważne decyzje oraz ambitne plany na przyszłość odnawiają nie do poznania oblicze naszego ośrodka. W związku z tym rozumiemy, jak ważne jest dotarcie do Państwa z wszystkimi najistotniejszymi informacjami o zmianach tak, aby bez problemu mogli się Państwo odnaleźć w szpitalnych strukturach i procedurach. Jest to jednocześnie doskonała okazja, aby szerzej przybliżyć dostępne metody diagnostyki i prowadzonych terapii na naszych oddziałach, a także zaprezentować najnowsze zalecenia z zakresu profilaktyki chorób. Nasz kwartalnik w ten sposób stanie się kolejnym sposobem w walce o Państwa zdrowie.

Nazwa „Nasz Szpital” nie została wybrana przypadkowo. Chcemy w ten sposób podkreślić prawdziwe znaczenie misji, jaką jest publiczna służba zdrowia realizowana w naszej placówce. Wszystkie nasze starania i działania są podejmowane z myślą o Państwa dobru. Zdrowie pacjenta jest najważniejsze i to ono jest rozstrzygającym argumentem w każdej sytuacji. To dla Państwa także powstał ten magazyn. Pełne zrozumienie obu stron – potrzeb pacjentów przez personel, a także specyfiki pracy lekarzy i pielęgniarek przez pacjentów – jest kluczem do osiągnięcia coraz lepszych wyników prowadzonych terapii i zwiększania jakości dostępnych usług. Tylko naszymi wspólnymi siłami, pacjentów i personelu, stworzymy miejsce przyjazne dla wszystkich.

Jesteśmy największym szpitalem w tej części województwa mazowieckiego. W 21 oddziałach szpitalnych, które łącznie dysponują liczbą 740 łóżek, prowadzimy terapie ratujące zdrowie i życie 45 tys. pacjentom rocznie. To duże liczby świadczące dobitnie o skali przedsięwzięcia, którego wykonywania się podjęliśmy. Jesteśmy świadomi ogromu odpowiedzialności i wyzwań, które spoczywają na naszych barkach. Jak mówi powiedzenie: kto stoi w miejscu, ten się cofa. Dlatego nie spoczywamy na laurach, ale dzień w dzień podejmujemy kolejne działania zmierzające do jeszcze lepszych rozwiązań. Jest to dla nas tym łatwiejsze, że już dziś możemy z zadowoleniem obserwować, jak rozwijane na przestrzeni ostatnich lat metody opieki przynoszą wymierne korzyści. Stajemy się wiodącym ośrodkiem o wielkich możliwościach.

Namacalnym dowodem naszego rozwoju są nowoczesnie wyposażone sale zabiegowe. Sprzęt, którym dysponujemy nie odbiega od krajowej czołówki. Ostatnie inwestycje doprowadziły m.in. do powstania operacyjnej sali hybrydowej. Jest to wielka chwila w życiu szpitala. Dzięki niej przeprowadzane operacje staną się mniej inwazyjne, a pacjenci będą mogli cieszyć się szybszym powrotem do zdrowia bez obaw o powikłania.

Jako szpital prowadzimy również szereg akcji i kampanii promujących zdrowy tryb życia oraz profilaktykę prozdrowotną. Wspomnę tu jedynie o organizowanych cyklicznie, bezpłatnych badaniach wykrywania nowotworów. Jesteśmy aktywnymi uczestnikami publicznych wydarzeń odbywających się w naszym mieście. Podejmujemy ciągłą współpracę z wieloma podmiotami zewnętrznymi.



Dobro pacjentów najwyższą wartością



Artykuł: Redakcja Nasz Szpital

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. w Radomiu to największa placówka ochrony zdrowia w regionie.

Na 21 oddziałach rocznie leczonych jest ok. 45 tys. pacjentów.

Na nowoczesnych salach operacyjnych przeprowadzane są innowacyjne zabiegi, a pracujący w nim lekarze należą do krajowej czołówki specjalistów.

Nasz szpital ma długą i bogatą historię, która doprowadziła do jego obecnego kształtu oraz osiągniętych sukcesów.



Ważne powody

Decyzja o powstaniu szpitala została podyktowana potrzebami mieszkańców ówczesnego województwa radomskiego. Średnia liczba łóżek szpitalnych była jedną z najniższych w całym kraju. Brakowało miejsca, sprzętu, a przede wszystkim personelu, który byłby w stanie zapewnić należytą opiekę i bezpieczeństwo chorym. Jedyny wówczas szpital w Radomiu na ulicy Tochtermana nie był już w stanie wypełniać w odpowiedni sposób powierzonej mu misji. Oczywista stała się konieczność powstania nowej placówki, która nie tylko objęłaby pacjentów miasta, ale całego województwa.



Trudne początki

Lokalne władze zdecydowały o budowie nowego szpitala na Józefowie. Zgodnie z pierwotnymi założeniami obiekt miał być zbudowany na planie krzyża maltańskiego. Razem z dodatkowymi obiektami oraz parkingiem miał zajmować łączną powierzchnię 20 hektarów. Plany były naprawdę ambitne, a ich realizacja zapewniłaby miejsce dla tysięcy pacjentów oraz możliwość lokalizacji wszystkich niezbędnych przychodni specjalistycznych. Było to duże wydarzenie dla całego miasta, które budziło silne emocje oraz dawało nadzieję, że już wkrótce opieka zdrowotna w Radomiu osiągnie czołową pozycję w kraju. W 1981 roku ruszyły prace budowlane.



Jako pierwsze powstały budynki hotelu pielęgniarek na 500 oraz dwa zakładowe. Zaraz po nich zaczęto wznosić gmach budynku głównego. Niestety w wyniku zmian politycznych, kadrowych oraz zasad finansowania budowa po pełnym entuzjasmus początku stanęła w miejscu. Przez wiele lat szkielet porzuconej budowlie przypominał o wielkich, niezrealizowanych planach i zawiedzionych nadziejach. Pojawiły się nawet głosy, aby zapomnieć o pierwotnym pomysle i obiekt przekształcić w centrum biznesowe.

Sytuacja uległa zmianie w połowie lat 90. Przełomowy okazał się rok 1995, kiedy to na plac budowy wrócili robotnicy. Prace w kolejnych miesiącach widocznie przyspieszyły, przystąpiono do remontu powstałych przed laty budynków tak, aby w pełni odpowiadały nowoczesnym standardom oraz rozpoczęto wznoszenie nowych. W 1998 roku szpital został przekształcony w Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej. Na przestrzeni kolejnego roku rozpoczęło działalność kilkanaście poradni specjalistycznych, pracowni oraz oddziałów. Im bliżej było do oficjalnego zakończenia terminu robót w 2002 roku, tym szpital rozwijał się coraz szybciej.



**Kalendarium 1981-1999**

- 1981** 1981 Rozpoczęcie budowy szpitala
- STYCZEŃ 1988** Styczeń 1988 Powołanie do życia Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Radomiu Oddział Radom-Józefów
- STYCZEŃ 1989** Styczeń 1989 Powołanie Dyrekcji Szpitala w Budowie Radom-Józefów
- PAŹDZIERNIK 1989** Październik 1989 Powołanie fundacji na rzecz budowy szpitala
- MARZEC 1992** Marzec 1992 Przeniesienie Dyrekcji szpitala do nowego obiektu przy ul. Piastowskiej
- MARZEC 1994** Marzec 1994 Adaptacja budynków G, H i K do potrzeb Oddziału Płucnego
- WRZESIEŃ 1995** Wrzesień 1995 Uroczyste otwarcie pierwszego oddziału łóżkowego i przyjęcie pierwszych pacjentów
- KWIECIEŃ 1997** Kwiecień 1997 Oddanie do użytku parterowej części budynku głównego szpitala przy ul. Aleksandrowicza
- WRZESIEŃ 1997** Wrzesień 1997 ZOZ Szpital Radom-Józefów otrzymuje nazwę: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Radom
- GRUDZIEŃ 1997** Grudzień 1997 Otwarcie Oddziału Rehabilitacji i Reumatologii
- SIERPIEŃ 1998** Sierpień 1998 Przekształcenie szpitala w Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
- STYCZEŃ 1999** Styczeń 1999 Działalność rozpoczyna szereg poradni, m.in. Poradnia Reumatologiczna czy Poradnia Chorób Naczyń
- GRUDZIEŃ 1999** Grudzień 1999 Rozpoczęcie działalności sześciu nowych oddziałów oraz dziesięciu przyszpitalnych poradni specjalistycznych

Dzień dzisiejszy

Podejmowane przez szereg lat działania dały efekt, który możemy podziwiać obecnie. Na oddziałach radomskiego szpitala, dzięki zaangażowaniu pracujących w nim specjalistów, udało się wprowadzić metody leczenia, które były pionierskimi w naszym kraju. Wystarczy wspomnieć o ówczesnych sukcesach Zespołu Zakładu Radiologii Interwencyjnej, do których należy m.in. wszczęcie stentu z filtrem tętnicy szyjnej zapobiegający udarowi mózgu.

Nikt jednak nie myśli o spoczywaniu na laurach. Wyrazem kolejnych zmian w walce o poprawę jakości prowadzonego leczenia, a także poczucia bezpieczeństwa i komfortu pacjentów jest powstanie przed kilkoma miesiącami nowoczesnej sali hybrydowej, która umożliwia przeprowadzenie innowacyjnych zabiegów z wykorzystaniem małoinwazyjnych metod, zapewniających pacjentowi zmniejszenie ryzyka powikłań oraz szybszy powrót do pełni zdrowia. Jednak nie tylko blok operacyjny jest stawiany jako wzorowy przykład rozwoju medycyny. Szpital jest powszechnie chwalony za wysokie, ciągle rozwijane kwalifikacje personelu, wyposażenie w nowoczesny sprzęt umożliwiający prowadzenie diagnostyki i terapii na najwyższym poziomie oraz sprawną organizację.

Przez 20 lat funkcjonowania udało się stworzyć nowoczesną placówkę, która nie tylko zapewnia bieżącą opiekę chorym, ale ma możliwości oraz ambicje, aby na drodze dalszego rozwoju stać się jednym z czołowych szpitali, który swoim przykładem wyznacza standardy dla innych.

**Obecnie w szpitalu użytkowanych jest:**

- 21** oddziałów szpitalnych
- 26** poradni specjalistycznych
- 4** zakłady diagnostyczne

blok operacyjny z dziewięcioma nowoczesnie wyposażonymi salami operacyjnymi

Dyrektorzy:

- inż. Krzysztof Mikos (01.01.1989 – 31.12.1991)
- inż. Wiesław Szymański (01.10.1991 – 15.06.1996)
- inż. Kazimierz Wesołowski (01.01.1996 – 30.09.1998)
- mgr inż. Jacek Krześniak (21.08.1998 – 13.10.1999)
- mgr Bożenna Pacholczak (14.10.1999 – 23.11.2006)
- mgr Luiza Staszewska (28.11.2006 – 30.06.2016)
- lek. med. Tomasz Skura (04.07.2015 – obecnie)
- mgr inż. Krzysztof Zając (17.12.2013 – obecnie)

Uroczystość 20-lecia Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o.

W dniu 05.10.2018 r. w Auli Głównej Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o. odbyła się uroczystość z okazji 20-lecia naszego Szpitala. W dniu 04.10.2018 r. odbyła się uroczysta msza święta w intencji pracowników i pacjentów Szpitala, której przewodniczył biskup radomski Henryk Tomasik.

W uroczystości obchodów 20-lecia uczestniczyli: wicemarszałek Senatu Adam Bielan, poseł RP Anna Maria Białkowska, poseł Anna Kwiecień, członek Zarządu Województwa Mazowieckiego Rafał Rajkowski, Bożenna Pacholczak wiceprzewodnicząca Sejmiku Województwa Mazowieckiego, radny Sejmiku Zbigniew Gołębek, wiceprezydent Jerzy Zawodnik, starosta radomski Mirosław Ślifirczyk, przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Małgorzata Sokulska, dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Radomiu doktor Lucyna Wiśniewska, dziekan wydziału nauk o zdrowiu UTH prof. Zbigniew Kotwica, kierownik delegatury NFZ Andrzej Cieślak i dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Agnieszka Gonczaryk oraz dyrektor RSzS w Radomiu Marek Pacyna, dyrektor Szpitala w Krychnowicach Włodzimierz Guzowski oraz dyrektorzy Szpitali Powiatowych, a także zaproszeni Goście Przedstawiciele Instytucji i mediów oraz Pracownicy Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o.

**Kalendarium 2000-2018**

- Maj 2000 Otwarcie bloku operacyjnego
- Czerwiec 2002 Uruchomienie Zakładu Hemodynamiki
- Lipiec 2004 Początek działalności Oddziału Kardiologii oraz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego
- Kwiecień 2005 Rozpoczęcie działalności Laboratorium Mikrobiologii
- Grudzień 2008 Uruchomienie kolejnych pracowni, w tym Pracowni Mammografii czy Tomografii Komputerowej
- Grudzień 2009 Otwarcie Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej
- Lipiec 2010 Zawarcie umowy z Poltransplant i powołanie koordynatora transplantacyjnego
- Listopad 2013 Mazowiecki Szpital Specjalistyczny zostaje przekształcony w spółkę prawa handlowego
- Styczeń 2015 Dysponując 21 oddziałami oraz 30 przyszpitalnymi poradniami specjalistycznymi jest największą placówką służby zdrowia w południowej części województwa
- Wrzesień 2016 Początek działalności Oddziału Hematologii
- Październik 2017 Pracę rozpoczyna Ambulatorium Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej
- Lipiec 2018 Uruchomienie Pracowni Radiologii Zabiegowej – sala hybrydowa w Bloku Operacyjnym



Artykuł: Redakcja Nasz Szpital

Uroczystość otwarcia sali hybrydowej

Uroczystość otwarcia sali hybrydowej, oddania nowego pomieszczenia Pracowni Elektrofizjologii – sali do zabiegów ablacji oraz zakończenia modernizacji pomieszczeń oddziałów.

W dniu 13.07.2018 r. w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. odbyła się uroczystość otwarcia nowoutworzonej sali hybrydowej, oddania do użytkowania nowego pomieszczenia Pracowni Elektrofizjologii – sali do zabiegów ablacji oraz zakończenia modernizacji pomieszczeń oddziałów w budynku D.

Na wstępie uroczystości zebranych powitał Pan Tomasz Skura – Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o. Sala hybrydowa jest wyposażona w sprzęt, który pozwala lekarzom obserwować przebieg operacji na ogromnym ekranie, wprowadzać leki "komputerowo" i kontrolować reakcje, jakie powodują. To najnowocześniejszy system na rynku i ogromny krok w przód w medycynie. Cieszymy się, że starania o najwyższą jakość leczenia mają swój finał i dają szansę na kompleksową opiekę. To bardzo ważne, aby mieszkańcy Radomia i naszego regionu mieli dostęp do najnowocześniejszych metod leczenia.

Pan Adam Struzik - Marszałek Województwa Mazowieckiego podkreślił, iż uruchomienie nowoczesnej sali hybrydowej ułatwi diagnozowanie i operowanie oraz poprawi skuteczność leczenia.

Pan Marszałek pogratulował Zarządowi Szpitala zaangażowania w dążenie do nowoczesnych technik leczenia, co zapewne przyczyni się do dalszego rozwoju Szpitala, jak również zapewni bezpieczeństwo pacjentów.

Uroczystość była okazją do wręczenia przez Pana Marszałka medalu Pro Masovia dla Pana doktora Ireneusza Choińskiego długoletniego pracownika Oddziału Otolaryngologii oraz dyplomów uznania dla pracowników naszego Szpitala.

U uruchomienie nowoczesnej sali hybrydowej ułatwi diagnozowanie i operowanie oraz poprawi skuteczność leczenia Adam Struzik

W uroczystości uczestniczyli:

- Adam Struzik - Marszałek Województwa Mazowieckiego,
- Jego Ekscelencja Ksiądz Biskup Henryk Tomasik,
- Pani Bożenna Pacholczak – Wiceprzewodnicząca Sejmiku Województwa Mazowieckiego,
- Pan Karol Semik – Wiceprezydent Miasta Radomia,
- Pan Mirosław Ślifirczyk – Starosta Radomski,
- Pani Lucyna Wiśniewska - Dyrektor Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Radomiu,
- Pan Józef Bakuła – Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Radomiu,
- Pan Andrzej Cieślik – Kierownik Delegatury Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Przedstawiciele Nadzorczej Szpitala,
- Dyrektorzy okolicznych szpitali,
- Przedstawiciele Firmy GE Medical Systems Polska Sp. z o.o.,
- zaproszeni Goście Przedstawiciele Instytucji i mediów
- Pracownicy Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o.

Modernizacja pomieszczeń szpitalnych w budynku D obejmowała oddziały:

- rehabilitacji,
- onkologii ogólnej,
- wewnętrznego II,
- neurologii,
- wewnętrznego I,
- ginekologiczno-położniczego

Wartość inwestycji – 1.800.00,00zł

Inwestycja została w całości sfinansowana ze środków Województwa Mazowieckiego.

Modernizacja obejmowała: wykonanie nowych węzłów sanitarnych oraz kanalizacji w 6 oddziałach – i przebudowę 88 łazienek, malowanie pomieszczeń i ułożenie glazury.

Wykonanie modernizacji oraz dostosowanie oddziałów dla potrzeb osób niepełnosprawnych w zdecydowany sposób poprawi komfort pacjentów przebywających w Szpitalu oraz w znaczący sposób ułatwi pracę personelowi medycznemu. Szpital będzie w stanie zapewnić wysoki standard leczenia w przyjaznych warunkach.

Hybrydowa sala operacyjna

Wartość inwestycji - 6.605.000,40 zł

Inwestycja została sfinansowana z następujących środków:

- Ministerstwo Zdrowia dofinansowanie w kwocie - 4.189.377,46 zł
- Województwo Mazowieckie dofinansowanie w kwocie - 2.359.556,59 zł
- Udział własny Szpitala - 56.066,35 zł.

Sala hybrydowa została wyposażona m.in. w cyfrowy angiograf do badań serca i naczyń, stół angiograficzny z pływającym blatem, aparat do kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej, aparaturę do hemofiltracji i krążenia pozaustrojowego, respirator, aparat do znieczulania, defibrylator, kolumnę chirurgiczną, kolumna anestezjologiczną, aparat ultrasonograficzny oraz lampę operacyjną.

Uruchomienie w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. wieloprofilowej sali operacyjno-zabiegowej na potrzeby kardiologii, kardiologii, neurochirurgii, neurologii zabiegowej, radiologii zabiegowej i gastroenterologii, pozwoli na wykonywanie badań w obrębie całego ciała, ze szczególnym uwzględnieniem naczyń obwodowych oraz naczyń wewnątrzczaszkowych oraz zabiegów naprawczych wewnątrznaczyniowych i wewnątrzsercowych układu tętniczego i żylnego. Hybrydowa sala operacyjna daje możliwość leczenia zabiegowego z wykorzystaniem pełnej diagnostyki obrazowej, co zdecydowanie poprawia bezpieczeństwo i skuteczność interwencji medycznej. Ułatwiony zostanie dostęp do skomplikowanych zabiegów dla pacjentów naszego regionu.

Hybrydowa sala operacyjna będzie pierwszą na południowym Mazowszu tego typu salą.

Oddanie do użytkowania nowego pomieszczenia Pracowni Elektrofizjologii – sali do zabiegów ablacji

Wartość inwestycji – 1.705.536,00 zł

Inwestycja została sfinansowana z następujących środków:

- Województwo Mazowieckie dofinansowanie w kwocie 1.688.480,64 zł
- Udział własny Szpitala - 17.055,36 zł.

Wyposażenie i adaptacja Pracowni Elektrofizjologii – sali do zabiegów ablacji na potrzeby kardiologii w naszym Szpitalu zostały zrealizowane w ramach środków z Województwa Mazowieckiego oraz środków własnych. Pracownia została wyposażona w nowy sprzęt medyczny:

- system mapowania elektronatomicznego
- Aparat RTG ramię C wraz z niezbędnym osprzętem
- Stół operacyjny, przezierny RTG.



WARTOŚĆ INWESTYCJI OGÓŁEM:

10.110.000,00 zł., w tym:

- 4.189.000,00 zł. - Ministerstwo Zdrowia
- 5.848.000,00 zł. - Samorząd Woj. Mazowieckiego
- 73.000,00 zł. - wkład własny szpitala



Artykuł: Redakcja Nasz Szpital

Pracownia radiologii zabiegowej – sala hybrydowa

Nowo powstała sala hybrydowa w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. stwarza zupełnie nowe możliwości dla leczenia chorób naczyniowych.

Nowo powstała sala hybrydowa w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. stwarza zupełnie nowe możliwości dla leczenia chorób naczyniowych.

Obecnie już funkcjonuje zespół neurologii interwencyjnej, który zajmuje się minimalnie inwazyjnym leczeniem chorób naczyniowych mózgu. Dotychczasowa oferta Szpitalnego Oddziału Klinicznego Neurochirurgii, gdzie prowadzi się operacje otwarte klipsowania tętniaków i usuwania naczyniaków mózgu została poszerzona o możliwość ich embolizacji, czyli wewnątrznaczyniowego wyłączenia patologii z krążenia. W ten sposób zmniejsza się przede wszystkim ryzyko. Istnieje również możliwość

wykonywania zabiegów hybrydowych, tzn. zabiegów przy skomplikowanych malformacjach naczyniowych mózgu, kiedy jednocześnie można zastosować doświadczenie wewnątrznaczyniowe i operację otwartą. Ponadto na sali hybrydowej będą wykonywane najnowocześniejsze obecnie zabiegi w leczeniu udaru niedokrwiennego mózgu - trombektomie mechaniczne, polegające na usuwaniu skrzeplin zamykających niedrożne tętnice mózgu, oraz zabiegi angioplastyki i stentowania tętnic szyjnych w profilaktyce udaru niedokrwiennego mózgu.

Sala hybrydowa umożliwi również wykonywanie minimalnie inwazyjnego wszczepiania sztucznych zastawek serca,

Sala hybrydowa stwarza możliwości leczenia chorób nowotworowych za pomocą miejscowego podawania leków chemioterapeutycznych tzw. chemoembolizacji.

co jest coraz częściej stosowaną alternatywą dla leczenia chirurgicznego u pacjentów z ciężkimi zastawkowymi wadami serca.

Wewnątrznaczyniowe metody leczenia chorób naczyń obwodowych są coraz częściej stosowane w chirurgii naczyniowej. Wszczepianie stent-graftów aortalnych jest obecnie standardem w leczeniu tętniaków aorty. Ponadto wszczepianie stentów i angioplastyka tętnic udowych staje się coraz częściej stosowaną metodą w leczeniu miażdżycy tętnic obwodowych. Wszystkie powyższe zabiegi mogą być wykonywane w warunkach sali hybrydowej.



Artykuł: Redakcja Nasz Szpital

Rozmowa z dr hab. n. med. Adamem Kobayashi

W neurologii ważny jest czas



Dr hab. n. med. Adam Kobayashi – specjalista neurolog, absolwent Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, uczestnik stażów w Kioto oraz Edynburgu, profesor Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu, pracownik Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Panie profesorze, proszę opowiedzieć o swojej pracy w radomskim szpitalu.

W Radomiu pracuję od niedawna – od października 2018 roku. W szpitalu moją funkcją jest rozwój neuroradiologii interwencyjnej, czyli leczenia za pomocą minimalnie inwazyjnych technik pod kontrolą promieni rentgenowskich chorób naczyniowych mózgu, do których zalicza się embolizację tętniaków, naczyniaków oraz stentowanie tętnic szyjnych w profilaktyce udaru mózgu. Jednocześnie skupiamy się na rozwoju mechanicznej trombektomii w Radomiu. Jesteśmy na etapie organizowania dyżurów, aby przez całą dobę móc zapewnić pacjentom dostęp do innowacyjnej metody leczenia. Jest to duże wzywanie, ale mam nadzieję, że jeszcze przed wakacjami uda nam się zakończyć wszystkie formalności.

Rozmowę o neurologii chciałbym zacząć od podstaw. Czym zajmuje się ta dziedzina medycyny?

Neurologia jest wbrew pozorom bardzo szeroką dziedziną. Zajmuje się chorobami układu nerwowego: mózgu oraz rdzenia kręgowego i nerwów obwodowych. Do najczęstszych chorób, którymi zajmuje się neurolog należą: choroby naczyniowe mózgu, zespoły otępienne, m.in. choroba Alzheimera, padaczka, zaburzenia tzw. pozapiramidowe, do których zalicza się przede wszystkim chorobę Parkinsona,

poza tym z bardziej powszechnych dolegliwości migrena, ból kręgosłupa, uszkodzenie nerwów obwodowych na podłożu zapalnym czy też urazowym.

Które schorzenia neurologiczne występują najczęściej?

Najczęstsze są bóle głowy. Migrena jest powszechnym problemem, chyba każdy w swoim życiu miał z nią kiedyś problem, ale nie jest ona zjawiskiem tak bardzo niebezpiecznym. Chorobą bardziej zagrażającą życiu bezpośrednio jest udar mózgu, poza tym coraz większym problemem staje się stwardnienie rozsiane. Często prowadzą one do niesprawności. Padaczka jest w tej chwili większości przypadków zaleczalna, więc nie jest już tak dużym, poważnym problemem, ale nadal jest ważną kwestią społeczną ze względu na swoją powszechność występowania.



Jako że żyjemy w populacji, która żyje coraz dłużej, **udar mózgu zaczyna być coraz powszechniej występującym problemem**

Spodziewamy się coraz większej liczby pacjentów z udarem mózgu, ponieważ jest to choroba dotykająca głównie osób starszych. Jako że żyjemy w populacji, która żyje coraz dłużej, udar mózgu zaczyna być coraz powszechniej występującym problemem. W związku ze starzeniem się społeczeństwa, z dłuższą średnią życia wiąże się także coraz większa liczba zespołów otępiennych: demencji, choroba Alzheimera. Spodziewamy się, że w najbliższych latach będzie to już istotny problem społeczny.

Co jeszcze, oprócz wieku, wpływa na ryzyko wystąpienia schorzeń neurologicznych?

Głównie odpowiada za to wiek, istnieje jednak cały szereg innych czynników: społecznych czy infekcyjnych, bo tu cały czas mówimy również o stwardnieniu rozsianym, w przypadku którego cały czas nie ma ustalonej jednoznacznej etiologii. Wiemy jedynie, że pacjentów jest coraz więcej, więc w jakiś sposób jest to powiązane z rozwojem cywilizacyjnym.



dr hab. n. med.
Adam Kobayashi



Typowymi pierwszymi objawami udaru

mózgu jest osłabienie ręki lub nogi, zazwyczaj asymetryczne, opadanie kącika ust, często występują także zaburzenia mowy lub pacjenci nie rozumieją, co się do nich mówi.



Czy na ryzyko wystąpienia udaru mózgu ma wpływ styl naszego życia?

Udar mózgu jest bardzo poważnym zagrożeniem. Typowymi pierwszymi objawami udaru mózgu jest osłabienie ręki lub nogi, zazwyczaj asymetryczne, opadanie kącika ust, często występują także zaburzenia mowy lub pacjenci nie rozumieją, co się do nich mówi. Mniej specyficznymi objawami są utrata przytomności, drętwienia, czy bóle głowy. Im jesteśmy starsi, tym nasze naczynia są bardziej podatne na różnego rodzaju schorzenia: miażdżycę, zakrzepicę itd. Kiedyś był to mniejszy problem, ponieważ większość społeczeństwa nie dożywała do 60-70 roku życia, kiedy to zagrożenie występuje. W tej chwili przeżyć 80 lat nie jest już tak bardzo trudno. Należy pamiętać, że odpowiedni styl życia, dzięki któremu zapobiegamy pewnym czynnikom ryzyka jest bardzo istotny. Wysoki cholesterol, cukrzyca, palenie papierosów przyczyniają się do wystąpienia ryzyka, a przecież w prosty sposób np. poprzez dietę o niskiej zawartości węglowodanów i tłuszczów czy nasze nawyki możemy je łatwo modyfikować.

Czy zapotrzebowanie pacjentów na opiekę neurologiczną w naszym kraju jest w pełni zaspokojone?

Nie jest, jest bardzo poważny deficyt neurologów w Polsce. Ich obecną liczbę szacuję na ok. 10 tys. specjalistów. Nawet po raz pierwszy w historii jesteśmy na granicy wpisania neurologii na listę specjalizacji deficytowych. Wynika to z prostego faktu, że nie ma wystarczającej liczby neurologów, przede wszystkim takich, którzy pracowaliby w wymagających warunkach oddziałów szpitalnych. Niedobory kadrowe są duże w całym kraju. Wynika to po pierwsze ze specyfiki neurologii, a po drugie, że sporo kolegów przeszło do sektora prywatnego.

Jak neurologia się zmieniła na przestrzeni ostatnich lat?

Neurologia w tej chwili jest jedną z najbardziej dynamicznie rozwijających się dziedzin medycyny i to we wszystkich obszarach. Dostępne są przede wszystkim nowe leki, dzięki którym jesteśmy w stanie skutecznie leczyć takie choroby jak padaczka, choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane. W tej chwili w Polsce terapie te są dostępne albo w ramach refundowania, albo w ramach programów lekowych.

Kolejną rzeczą jest leczenie operacyjne choroby Parkinsona czy padaczek. Największy postęp dokonał się jednak w terapii udaru niedokrwiennego, w przypadku którego kiedyś występowała wysoka śmiertelność, a teraz mamy możliwości skutecznego leczenia. Od 15 lat dostępna jest tromboliza dożylna, gdzie pacjentów możemy leczyć za pomocą dożylnego podawania leku. Niezwykle istotny w tym przypadku jest czas, podanie leków musi nastąpić do 4,5 godziny od wystąpienia objawów. Podajemy lek, który rozpuszcza skrzepinę zatykającą tętnicę mózgową. W tej chwili, co nie jest jeszcze szeroko dostępną metodą, ale od ok. 5 lat wiemy, że jest ona skuteczna, to tzw. mechaniczna trombektomia. Za pomocą specjalnych systemów cewników, które wkładamy przez tętnicę udową pacjenta, jesteśmy w stanie skrzepinę usunąć, przywracając podobnie jak w przypadku trombolizy dożylniej prawidłowe krążenie mózgowe. Nie jest to jednak metoda refundowana, mamy obecnie siedem ośrodków pilotażowych, gdzie jest przeprowadzana. Jest to jednak stanowczo za mało na obecną chwilę. Mamy nadzieję, że ich liczba będzie stopniowo wzrastać, szacujemy, że powinno ich być od 30, może 40 w skali kraju. Dzięki zastosowaniu tych dwóch metod udało się w znaczny sposób ograniczyć ryzyko wystąpienia niesprawności u pacjentów z udarem i też w mniejszym stopniu, ale znacząco zredukować tym samym ryzyko śmierci pacjentów.

W czym Pan widzi szanse rozwoju na najbliższe lata?

W Polsce szansę rozwoju widzę przede wszystkim w odpowiedniej organizacji opieki neurologicznej. Mamy dostępne bardzo nowoczesne metody terapeutyczne. Nie odbiegamy pod tym względem od reszty świata, ale na pewno poprawy wymaga organizacja. Ponieważ zwłaszcza w przypadku udaru mózgu, ale także w innych schorzeniach neurologicznych, jak wcześniej wspominałem, bardzo ważny jest czas. Dlatego tak istotne jest, aby każdy pacjent miał równą dostępność do programów lekowych, bo nie wszędzie są one prowadzone.



Polska neurologia pod względem wykorzystywanych metod pod żadnym względem nie odbiega od światowej czołówki.

W tej chwili, moim zdaniem, właśnie to jest najważniejszym wyzwaniem, które przed nami stoi. Polska neurologia pod względem wykorzystywanych metod pod żadnym względem nie odbiega od światowej czołówki. Nie ma w naszym kraju terapii, które powszechnie uważane są za niezwykle skuteczne, a byłyby niedostępne dla polskich pacjentów. Dlatego sprawna organizacja, a nie szukanie nowych terapii, jest tym, czym musimy się zająć. Są już pewne załączki nowych rozwiązań. Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadza tzw. koordynowaną opiekę nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym, a w planach jest również wprowadzenie opieki nad pacjentami z udarami mózgu.



Wielkie zmiany, ogromne sukcesy



Dr hab. med.

Zbigniew Kotwica

Specjalista neurochirurg, kierownik Klinicznego Szpitalnego Oddziału Neurochirurgii, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu i Kultury Fizycznej Uniwersytetu w Radomiu, karierę zaczął od objęcia stanowiska adiunkta Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, później kierownik Wojewódzkiego Oddziału Neurochirurgii Zachodniopomorskiego Szpitala Specjalistycznego, w Radomiu pracuje od trzech lat od chwili powstania Uniwersyteckiego Oddziału Klinicznego.



Panie profesorze, czym jest neurochirurgia jako dziedzina medycyny?

Jako neurochirurdzy zajmujemy się chirurgią ośrodkowego, jak i obwodowego układu nerwowego oraz chirurgią kręgosłupa, począwszy od zespołów bólowych, poprzez stabilizację, na nowotworach kręgosłupa kończąc.

Czy może Pan opowiedzieć szerzej o charakterze prowadzonego przez Pana oddziału?

Jest to pełnoprofilowy oddział neurochirurgii. Ze względu na posiadany status oddziału klinicznego mamy najwyższy stopień akredytacyjny. Oddział liczy 20 łóżek. Pracuje w nim sześciu lekarzy neurochirurgów, ja wraz z pięcioma asystentami, 17 pielęgniarek i trzy opiekunki medyczne oraz specjalista od chirurgii endowaskularnej – prof. Adam Kobayashi. Oddział związany jest z Wydziałem Nauk o Zdrowiu i Kultury Fizycznej Uniwersytetu im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu, w którym ja, jak i profesor Kobayashi, pracujemy jako profesorowie na kierunkach medycznych.

Na oddziale przeprowadzamy pełną gamę zabiegów, począwszy od urazów głowy, pełny zakres zabiegów naczyniowych, tj. chirurgię tętniaków i naczynek mózgu, zarówno metodą otwartą, jak i procedurami endowaskularnymi, polegającymi na embolizacji tętniaków i anomalii naczyniowych. Wykonujemy pełny zakres chirurgii kręgosłupa – operacje dyskopatii, guzów rdzenia oraz stabilizacje we wszystkich odcinkach kręgosłupa, zarówno przednie jak i tylne, zabezpieczamy wszystkie urazy kręgosłupa wymagające leczenia operacyjnego. Mamy szeroki zakres chirurgii bólu, począwszy od bólu osteoporotycznego, poprzez wykonywanie wertybroplastyki i kyfoplastyki, aż po wszczepianie stymulatorów rdzenia. Wykonujemy również pełny zakres chirurgii nerwów obwodowych od zespołów uciskowych, takich jak zespół cieśni nadgarstka po operacje odbarczające nerwy obwodowe przeszczepy kablówce nerwów obwodowych. Leczymy także wodogłowie, posiadamy wszystkie dostępne obecnie systemy zastawkowe, zarówno przecieki mózgowo-otrzewnowe, jak i rdzeniowo-otrzewnowe.

Specjalizujemy się w operacjach głębokich struktur, przede wszystkim w operacjach szyszynki i guzów oczodołowych, co jest rzadkością nie tylko na terenie Polski, ale także praktycznie w całej Europie.

Nie zajmujemy się neurochirurgią dziecięcą, z powodu braku odpowiednich warunków dla noworodków i niemowląt. Tak mali pacjenci mają szczególne wymagania, jeśli chodzi o opiekę pooperacyjną, dlatego zajmujemy się nimi tylko w szczególnych przypadkach zagrożenia życia.

Z jakimi typami pacjentów spotyka się Pan najczęściej na oddziale?

Największą grupą pacjentów w trybie pilnym są ludzie z urazami głowy i kręgosłupa. Wykonujemy pełny zakres operacji onkologicznych ośrodkowego układu nerwowego, a także operujemy tętniaki zarówno endowaskularnie, jak i metodą otwartą. W trybie planowym są to głównie operacje kręgosłupa w pełnym zakresie. Robimy ok. 1 tys. zabiegów rocznie. Hospitalizujemy ok. 1.5 tys. pacjentów rocznie na oddziale i 3-4 tys. pacjentów konsultujemy w przychodni neurochirurgicznej.

Jestem neurochirurgiem od 1980 roku, przez ten czas ta dziedzina medycyny zmieniła się diametralnie.

Jak zmieniła się neurochirurgia w naszym kraju na przestrzeni ostatnich lat?

Jestem neurochirurgiem od 1980 roku, przez ten czas ta dziedzina medycyny zmieniła się diametralnie. Szczególne znaczenie ma tu wejście metod tzw. „keyhole surgery”, czyli metod mało inwazyjnych w operacjach naczyniowych, jak i onkologicznych. Również w tym okresie pojawił się cały szereg możliwości w rozległej grupie operacji kręgosłupa, przede wszystkim implantów kręgosłupowych. Dramatycznie poprawiła się diagnostyka, pojawiła się tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, możliwości monitorowania rdzenia i mózgowia śródoperacyjnego. Nowością jest także endoskopia mózgowia i kręgosłupa, w których to zakresach także wykonujemy zabiegi w naszym szpitalu.

W jakim kierunku neurochirurgia będzie rozwijana w przyszłości?

Zdecydowanie w kierunku rozwijania metod mało inwazyjnych. Zmierza, oczywiście, w kierunku dalszego minimalizowania przede wszystkim doświadczenia operacyjnego i śródoperacyjnego urazu mózgu.

Jak przedstawia się sytuacja polskiej neurochirurgii na tle Europy i świata?

Z całą pewnością jesteśmy na tym samym poziomie, co światowa neurochirurgia. Nie mamy czego się wstydzić. Przeprowadzamy dokładnie takie same zabiegi, a nasze wyniki pod żadnym względem nie są gorsze, niż te osiągnięte przez zagranicznych specjalistów. Co więcej, w przypadku operowania guzów szyszynki, według piśmiennictwa, jesteśmy najlepsi. Dysponujemy również tym samym sprzętem, co w mojej opinii jest bardzo istotne, zarówno w zakresie diagnostyki, jak i sprzętu operacyjnego. Jesteśmy w pełni wyposażeni w to, co jest niezbędne w naszej pracy. Jedyne, na co jeszcze czekamy to pełny zestaw do endoskopii kręgosłupa, ale zgodnie z poczynionymi ustaleniami, ma być dostępny na naszym oddziale w ciągu najbliższego kwartału.

Jakie znaczenie ma niedawne powstanie sali hybrydowej w naszym szpitalu?

Jej powstanie jest ogromnym krokiem w rozwoju i zapewnia wejście szpitala w nowoczesność. Możliwości, jakie daje sala hybrydowa, głównie wykorzystuje właśnie nasz oddział. Jak już wspominałem, wykonujemy wszystkie procedury endowaskularne. Szpital pozbawiony możliwości ich wykorzystania w obecnych czasach można nazwać „kulawym”. Sala hybrydowa wprowadza całą gamę nowych możliwości. Od trzech miesięcy, kiedy sala ta funkcjonuje w pełni, udało nam się przeprowadzić 20 procedur, co w skali kraju plasuje nas na jednym z czołowych miejsc pod względem ilości wykonywanych zabiegów miesięcznie. Liczba ta niewątpliwie będzie się zwiększać, ponieważ sala przeznaczona jest głównie do trombektomii w udarach niedokrwiennych mózgu, które należą już do zakresu neurologii. My w takich przypadkach będziemy służyć tylko w razie wystąpienia powikłań. To jest właśnie główna zaleta tego typu sal, która pozwala na natychmiastowe wprowadzenie chirurgii otwartej. Zabieg endowaskularny można natychmiast przekształcić w otwarty, jeśli zaistnieje takie konieczność, co daje znacznie większe szanse pacjentowi na przeżycie.



Dr hab. n. med.

Jacek Kądziela

kardiolog inwazyjny, hipertensjolog, adiunkt Kliniki Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej Instytutu Kardiologii w Warszawie, członek Europejskiej Asocjacji Interwencji Wieńcowych oraz Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Czym jest i czy można się wyleczyć z choroby wieńcowej?

Choroba wieńcowa jest chorobą spowodowaną niedotlenieniem mięśnia sercowego z powodu istnienia zwężenia w jednej z tętnic „odżywiających” mięsień sercowy tzw. tętnic wieńcowych. Zwężenie to powoduje że krew, a wraz z nią tlen, nie dopływa w wystarczającej ilości do mięśnia sercowego. Głównymi objawami są bóle w klatce piersiowej tzw. bóle wieńcowe, zlokalizowane najczęściej za mostkiem, odczuwane jako pieczenie, rozpieranie lub gniecienie. Bóle trwają krótko, zazwyczaj kilka minut, najczęściej dolegliwości występują podczas wykonywania jakiegoś wysiłku fizycznego, przy sytuacjach stresujących lub np. wyjściu na zimne powietrze. Przyczyną zwężenia tętnicy wieńcowej jest miażdżycy, czyli złogi cholesterolu znajdujące się w ścianie tętnicy i utrudniające przepływ krwi. Czynnikiem ryzyka choroby wieńcowej jest nie tylko podwyższony poziom cholesterolu, ale również nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość, brak aktywności fizycznej czy przewlekły stres. Obecnie większość pacjentów z chorobą wieńcową jest leczonych zabiegowo - najczęściej za pomocą angioplastyki wieńcowej lub rzadziej za pomocą operacji kardiologicznej tzw. bypassów. Oczywiście wszyscy pacjenci powinni stosować leki zmniejszające ryzyko postępu miażdżycy czyli leki obniżające poziom cholesterolu, aspirynę, leki na nadciśnienie.



Artykuł: Redakcja **Nasz Szpital**

Czas to mięsień



Dlaczego występuje zawał serca? Jakie są najczęstsze przyczyny?



Przyczyną zawału serca jest nagłe zablokowanie przepływu w tętnicy wieńcowej. Może wystąpić w sytuacji dużego stresu, wzrostu ciśnienia lub dużego wysiłku fizycznego. W miejscu, gdzie istnieje miażdżycowe zwężenie, dochodzi do powstania skrzepliny całkowicie blokującej przepływ krwi. Najskuteczniejszą metodą leczenia jest wykonanie zabiegu angioplastyki wieńcowej i założenie stentu.

Niestety bardzo często zawał serca jest pierwszym objawem choroby wieńcowej, wielu pacjentów wcześniej nie odczuwa żadnych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej. Dlatego też bardzo ważne jest, aby prowadzić zdrowy tryb życia i okresowo kontrolować czynniki mające wpływ na powstawanie miażdżycy takie jak poziom cholesterolu i glukozy we krwi czy wysokość ciśnienia tętniczego. Bardzo ważne jest stosowanie odpowiedniej diety oraz regularna umiarkowana aktywność fizyczna.

Czy istnieje genetyczna skłonność do zachorowania na zawał serca i jak można się dowiedzieć, czy występuje ona u mnie?



Tak, czynnik genetyczny ma tu duże znaczenie - jeżeli zawał serca występował u kogoś z najbliższej rodziny zwłaszcza w młodym wieku, może to oznaczać zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia zawału serca u naszego pacjenta. Nie istnieją specyficzne testy genetyczne na sprawdzenie „skłonności” do zawału serca, najważniejszy jest obciążający wywiad rodzinny, czyli stwierdzenie tej choroby u najbliższych krewnych.

Czy osoby z niskim poziomem cholesterolu także chorują na choroby układu krążenia?



Tak, ponieważ podwyższony poziom cholesterolu nie jest jedynym czynnikiem ryzyka wpływającym na wystąpienie choroby wieńcowej. Na tę chorobę chorują częściej osoby otyłe, z cukrzycą bądź nadciśnieniem tętniczym, osoby palące papierosy. Dlatego ważne jest rzucenie nałogu, stosowanie diety i aktywności fizycznej tak, aby kontrolować wagę ciała oraz leczenie chorób współistniejących.

Co robić, gdy podejrzewamy u siebie zawał serca?



Jeśli występuje nagły ból w klatce piersiowej o charakterze ucisku, ściskania, rozpierania lub pieczenia za mostkiem nie ustępujący przez 20-30 minut, należy jak najszybciej wezwać pomoc medyczną. W sytuacji wystąpienia zawału serca bardzo

Dzięki postępowi technologicznemu i zminiaturyzowaniu sprzętu jesteśmy w stanie leczyć wiele chorób i wad serca za pomocą metod małoinwazyjnych, do niedawna leczonych jedynie operacyjnie.



ważny jest czas w jakim pacjent z zawałem serca otrzyma właściwe leczenie. Im szybciej karetka dowiezie go do szpitala wykonującego zabiegi angioplastyki wieńcowej, tym większa szansa na uratowanie pacjenta oraz na to, że uszkodzenie serca będzie nieduże. My kardiolodzy używamy stwierdzenia „czas to mięsień”. Im krótszy czas do wykonania zabiegu, tym mniejsze uszkodzenie mięśnia sercowego.

Co to znaczy stan „przedzawałowy”? Czy istnieje w ogóle takie pojęcie?



Stan „przedzawałowy” obecnie jest już pojęciem historycznym. Obecnie używamy określenia „niestabilna choroba wieńcowa”, oznaczającego nasilenie dolegliwości wieńcowych z występowaniem bólów spoczynkowych, nie prowokowanych żadnym wysiłkiem czy stresem. To również poważna sytuacja wskazująca, że w niedługim czasie może dojść do zawału serca. Należy jak najszybciej zgłosić się do kardiologa.

Ile zajmuje powrót do względnie dobrej formy po zawale? Jak postępować po przebytym zawale?



Rekonwalescencja po zawale serca zależy od tego, jak bardzo zawał serca uszkodził mięsień sercowy. Optymalną sytuacją jest, aby pacjent miał wykonany zabieg angioplastyki w pierwszych dwóch godzinach zawału serca. Wówczas jest duża szansa, że uszkodzenie mięśnia sercowego będzie niewielkie. W przypadkach większych zawałów serca bardzo korzystna jest rehabilitacja kardiologiczna. Większość pacjentów wraca do pełnej formy po czterech tygodniach od zawału.

Jak dużą aktywność fizyczną można podejmować po przebytym zawale?



Wszystko zależy od stopnia uszkodzenia mięśnia sercowego. Pacjenci z bardzo uszkodzonym sercem i tzw. frakcją wyrzutową lewej komory poniżej 35% nie powinni w ogóle podejmować dużej aktywności fizycznej. Są oni narażeni na występowanie groźnych zaburzeń rytmu serca. Z tego powodu po kilku tygodniach od zawału mają implantowane urządzenie tzw. kardiowerter-defibrylator mające za zadanie przerwać groźną dla życia arytmie i uratować życie pacjenta. Pozostali pacjenci powinni stopniowo wracać do codziennej aktywności fizycznej, najlepiej pod kontrolą kardiologa.

Jakie są przyczyny i czynniki ryzyka nadciśnienia tętniczego? Jak rozpoznać jego objawy? Na czym polega leczenie nadciśnienia?

U większości osób występuje tzw idiopatyczne nadciśnienie tętnicze, czyli nadciśnienie bez stwierdzonej konkretnej przyczyny. Tylko 10% chorych ma wtórną postać nadciśnienia spowodowaną np. zwężeniem tętnicy nerkowej, gruczolakiem nadnerczy czy nadczynnością tarczycy. U pozostałych osób wpływ na powstanie nadciśnienia tętniczego ma niezdrowy tryb życia: mała aktywność fizyczna, otyłość, nieprawidłowa dieta (spożycie dużej ilości soli, stosowanie używek). Objawy sugerujące nadciśnienie mogą być bardzo różne. Najczęściej są to nawracające bóle głowy, uderzenia gorąca, czasem ogólne zmęczenie. Nadciśnienie jest chorobą o ukrytym przebiegu - bywa, że pacjent nie ma żadnych objawów nadciśnienia tętniczego, a występują już powikłania choroby dotyczące różnych narządów np. serca czy nerek. Dlatego też bardzo ważne jest wykonywanie okresowych pomiarów ciśnienia tętniczego u osób zdrowych (bezobjawowych) w gabinecie lekarza rodzinnego czy lekarza w miejscu pracy. Pierwszym krokiem w leczeniu nadciśnienia tętniczego powinna być zmiana trybu życia, zwiększenie aktywności fizycznej prowadzące m.in. do redukcji wagi ciała, ograniczenie dosalania potraw, ograniczenie spożywania alkoholu. Na szczęście obecnie dysponujemy wieloma rodzajami leków obniżających ciśnienie tętnicze. Terapia często wymaga podawania kilku leków i powinna być ustalana indywidualnie. Stosowanie leków łączonych posiadających w jednej tabletkie dwa lub nawet trzy leki poprawia stosowanie się pacjentów do zaleceń lekarza. Oczywiście w przypadku stwierdzenia wtórnych przyczyn nadciśnienia tętniczego należy skierować pacjenta na leczenie tej przyczyny (np. usunięcie gruczolaka nadnerczy, zabieg angioplastyki tętnicy nerkowej).

Co to jest koronarografia? Czy to bezpieczne badanie? Czy zabieg koronarografii ma skutki uboczne?



Koronarografia jest metodą mającą na celu sprawdzenie drożności tętnic wieńcowych, czyli tętnic, dzięki którym serce jako pracujący mięsień jest odżywiane. W tym celu, przez tętnicę w nadgarstku bądź w pachwinie, wprowadza się do tętnic wieńcowych specjalną cienką rurkę tzw. cewnik, przez który podaje się do tętnic wieńcowych kontrast – substancję, za pomocą której na monitorze dokładnie widać ewentualne zwężenia w tętnicy wieńcowej.

Badanie wykonuje się w znieczuleniu miejscowym, jest zatem zupełnie niebolesne. Ponieważ jest to procedura inwazyjna, istnieje niewielkie ryzyko wystąpienia powikłań np. powstania krwiaka w miejscu nakłucia tętnicy w pachwinie, zaburzeń rytmu serca czy udaru mózgu. Częstość występowania poważnych powikłań jest mniejsza niż 1 %, a korzyść ze sprawdzenia drożności tętnic i ewentualnego zaplanowania zabiegów naprawczych zdecydowanie przewyższa ryzyko powikłań. Można zatem powiedzieć, że jest to bezpieczne badanie.

Jak przebiega zabieg angioplastyki?



Zabieg angioplastyki wieńcowej polega na usunięciu istniejącego miażdżycowego zwężenia w tętnicy wieńcowej. Polega on na wprowadzeniu w miejsce zwężenia specjalnego balonika z nałożonym na niego stentem (rodzaj sprężynki). Balonik nadmucha się, dzięki czemu dochodzi do rozłożenia się stentu i zgniecenia miażdżycy blokującej przepływ krwi w tętnicy. Następnie po spuszczeniu balonika zostaje on usunięty, stent zaś pozostaje w tętnicy na trwałe. Jest to zabieg małoinwazyjny, nazajutrz po zabiegu (lub czasami tego samego dnia wieczorem) pacjent jest wypisywany do domu. Poprawa po takim zabiegu, ustąpienie bólów w klatce piersiowej, jest odczuwana przez pacjenta właściwie już następnego dnia po zabiegu.

Jak przedstawia się sytuacja polskiej kardiologii w ostatnich latach? Czy możemy mówić o dużym postępie?




W ostatnich kilkunastu latach dokonał się olbrzymi postęp w leczeniu pacjentów z chorobami kardiologicznymi. Powstała w naszym kraju bardzo duża liczba Pracowni Hemodynamiki, gdzie leczy się pacjentów z chorobą wieńcową oraz prowadzi całodobowy dyżur leczenia ostrego zawału serca za pomocą zabiegów angioplastyki wieńcowej. Wiele z nich powstało w mniejszych miastach, dzięki czemu skrócił się czas dojazdu karetki do Pracowni Hemodynamiki. A jak już wspomniałem wcześniej - „czas to mięsień”. Stosujemy bardzo nowoczesny sprzęt, nowe rodzaje stentów, dzięki czemu znacznie rzadziej dochodzi do nawrotu zwężenia. Mamy w Polsce bardzo wysoko wykwalifikowaną kadrę specjalistów w tej dziedzinie medycyny.

Dzięki postępowi technologicznemu i zminiaturyzowaniu sprzętu jesteśmy w stanie leczyć wiele chorób i wad serca za pomocą metod małoinwazyjnych, do niedawna leczonych jedynie operacyjnie. Obecnie na przykład implantujemy zastawki serca poprzez małe nakłucie tętnicy w pachwinie. Dzięki tej metodzie można leczyć pacjentów w podeszłym wieku, 80- a nawet 90-latków, u których tradycyjna operacja wiąże się z ogromnym ryzykiem.

Również w sposób mało inwazyjny, przez pachwinę, bez rozcinania mostka, można leczyć niektóre wrodzone wady serca czy też leczyć pacjentów z migotaniem przedsionków narażonych na występowanie udaru mózgu. To ogromny postęp z którego korzysta coraz większa liczba pacjentów w Polsce.



Ambulatorium nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Radomiu

Na początku chciałbym, aby wyjaśniły Panie, na czym polegają ich obowiązki w ramach ambulatorium. 

Dorota Chmiel: Nadzoruję organizacyjnie i funkcjonalnie pracę ambulatorium. Sprawuję nadzór nad zapewnieniem ciągłości udzielanych świadczeń oraz ich jakości.

Magdalena Szczęsna: Zajmuję się organizacją dyżurów personelu, bo w przypadku naszego ambulatorium zapewnienie ciągłości pracy w przeciągu całego miesiąca jest koniecznością, oraz zabezpieczeniem zaopatrzenia w materiały medyczne oraz leki.

Czym jest ambulatorium nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej? 

Dorota Chmiel: Jest to jednostka, która została powołana we wrześniu 2017 roku. Jest to miejsce dające naszym pacjentom możliwość skorzystania z opieki zdrowotnej, wówczas gdy nie działają placówki Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Jest to swoiste przedłużenie opieki za POZ-tów.

Powstanie tego typu ambulatorium w założeniu ma za zadanie odciążenie SOR-ów. Pacjent w momencie, kiedy ma poczucie zagrożenia swojego zdrowia i życia, zgłasza się zazwyczaj właśnie na SOR, a jak wiadomo jego specyfika jest inna niż ambulatorium. Ambulatorium pozwoliło przekierować z nich pacjentów, którzy wymagają jedynie doraźnej porady, a nie hospitalizacji czy nawet pogłębionej diagnostyki. Jest to oddzielna jednostka, usytuowana na parterze naszego szpitala, gdzie pacjenci mają do niej łatwy dostęp. W uzasadnionych przypadkach, gdy stan zdrowia świadczy o tym, że jest uzasadniona taka forma pomocy, to jak najbardziej pacjenci z ambulatorium mogą być kierowani do SOR-u.

Sam rodzaj świadczeń realizowanych w naszym ambulatorium jest dość szeroki i na co dzień zajmujemy się dużą grupą pacjentów, potrzebujących różnorodnej formy pomocy. Należy natomiast podkreślić, że jest to pomoc doraźna, tak jak wskazuje na to nazwa.

W momencie, gdy lekarz stwierdzi potrzebę poszerzenia diagnostyki czy zdiagnozuje potrzebę bardziej specjalistycznej opieki lekarskiej czy hospitalizacji, pacjenci są kierowani dalej. Ambulatorium jest jednostką, która nie prowadzi pogłębionej diagnostyki. Ukierunkowana jest na zapewnienie opieki i bezpieczeństwa pacjenta, w danej sytuacji. W momencie, kiedy pacjent źle się czuje, potrzebuje informacji, porady, nie ma zapewnionego poczucia bezpieczeństwa, wtedy jak najbardziej może skorzystać ze świadczeń dostępnych w naszym ambulatorium.

Magdalena Szczęsna: Prowadzimy także opiekę wyjazdową. Dostajemy zlecenia wyjazdu do pacjenta w nagłej potrzebie. Otrzymujemy zgłoszenia indywidualne od pacjentów lub przekierowywane z Centrum Powiadomienia Ratunkowego. To są sytuacje, kiedy CPR uznaje, że nie ma potrzeby wysyłania karetki specjalistycznej i wystarczy, aby na taką wizytę przyjechał lekarz. Będąc już na miejscu, udziela porady, wypisuje receptę, bądź decyduje o wystawieniu pacjentowi skierowania do szpitala, gdzie może dotrzeć pod opieką rodziny. Jeśli się okaże, że wezwanie jest nieadekwatne do stanu pacjenta, bo jest w gorszym stanie niż zakładano, lekarz wzywa na miejsce, z domu zespół karetki specjalistycznej. Zazwyczaj takich wyjazdów jest kilka w ciągu nocy. Zdarzają się takie dyżury, podczas których lekarz wyjeżdża tylko raz, ale były sytuacje, kiedy mieliśmy z nim stały kontakt telefoniczny i kierowaliśmy go od domu do domu.



Ambulatorium nocnej i świątecznej opieki jest to jednostka, która została powołana we wrześniu 2017 roku. Jest to miejsce dające naszym pacjentom możliwość skorzystania z opieki zdrowotnej, wówczas gdy nie działają placówki Podstawowej Opieki Zdrowotnej



Dorota Chmiel-

kierownik zespołu pielęgniarskiego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, w ramach którego funkcjonuje ambulatorium.




Magdalena Szczęsna-

pielęgniarka koordynująca ambulatorium i SOR.




Dorota Chmiel: Pod tym względem jesteśmy w ciągłej dyspozycji. Jeśli istnieje taka potrzeba, każde wezwanie jest realizowane.

Magdalena Szczęsna: Świadczymy również wyjazdy pielęgniarskie na zlecenia przychodni. W przypadku, kiedy pacjent ma zleconą np. iniekcję i w trakcie weekendu przychodnie nie działają, wtedy to my realizujemy wszystkie procedury. Ambulatorium na podstawie skierowania z przychodni wykonuje zabiegi w domu pacjenta.

Jacy pacjenci najczęściej się po pomoc do ambulatorium? 

Magdalena Szczęsna: Pacjenci z urazami przyjmowani są od razu na SOR, ze względu na brak możliwości wykonania obrazowych badań diagnostycznych. Natomiast najczęstsza grupa pacjentów u nas to osoby starsze oraz dzieci. Najwięcej dzieci jest z infekcjami sezonowymi – wysokie gorączki, kaszle, itp. Bardzo dużo pacjentów jest z bólami kręgosłupa oraz wysokim ciśnieniem. Szacujemy, że do naszego ambulatorium zgłasza się średnio 150-200 pacjentów w ciągu doby.

Przed otwarciem ambulatorium przeprowadzono remont pomieszczeń, w których obecnie Państwo pracujecie. Jakie zmiany zaszły w budynku? 

Dorota Chmiel: Przeprowadzony został generalny remont, który zabezpieczył wymagania, jakie związane były z rozpoczęciem tej formy działalności. Modernizacja i przystosowanie pomieszczeń, oraz pełne ich wyposażenie w niezbędny sprzęt, służyło temu, aby stworzyć miejsce przyjazne i przychylne pacjentowi. Dzięki łatwemu dostępowi oraz wprowadzonym zmianom jest identyfikowalne, przez co stało się swoistą wizytówką naszej otwartości jako szpitala na potrzeby pacjentów. Obecnie na ambulatorium składają się dwa gabinety lekarskie, jeden zabiegowy dla pielęgniarek oraz całe zaplecze socjalne, które gwarantuje komfort pracy. Mamy wyposażoną obszerną poczekalnię, urządzoną w taki sposób, żeby pacjent oczekujący czuł się w niej komfortowo. Znajdują się w niej konsole, w których pacjenci mogą znaleźć potrzebne informacje. Myślę, że jest to bardzo przytulne pomieszczenie, co potwierdza pozytywny odzew, który mamy ze strony pacjentów.



Modernizacja i przystosowanie pomieszczeń, oraz pełne ich wyposażenie w niezbędny sprzęt, służyło temu, aby stworzyć miejsce przyjazne i przychylne pacjentowi.



LUDZIE

Mamy mocne



Artykuł: **Adam Słowikowski**,
specjalista ds. komunikacji IRONteam



Dr hab. n. med.

Artur A. Antoniewicz

Od 2000 roku członek Komitetu Naukowego Polskiego Towarzystwa Urologicznego. W latach 2011-2017 pełnił funkcję przewodniczącego Komitetu Egzaminacyjnego European Board of Urology (EBU) z siedzibą w Holandii. Od 2016 roku pełni funkcję konsultanta krajowego w dziedzinie urologii. Autor ponad 100 prac naukowych i rozdziałów w podręcznikach, redaktor i tłumacz wydawnictw medycznych. Ordynator Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie.



LUDZIE

Rozmowa z prof. dr hab. n. med
Arturem A. Antoniewiczem

podstawy do rozwoju

Urologia została w praktyce zdominowana przez zagadnienia onkologiczne.

Liczba chorych na nowotwory w Polsce systematycznie rośnie. Eksperci z Najwyższej Izby Kontroli przewidują wzrost przypadków chorób onkologicznych o ponad 25% do 2025 roku, co oznacza, że rak stanie się główną przyczyną zgonów w naszym kraju.

Jak przedstawia się rozwój urologii w przeciągu ostatnich lat?

Ta dziedzina medycyny w ciągu ostatnich lat zmieniła swoje oblicze diametralnie. Najważniejszym zjawiskiem jest fakt, że została w praktyce zdominowana przez zagadnienia onkologii urologicznej. W urologii leczymy co najmniej siedem rodzajów nowotworów, a więc raka nerki, pęcherza moczowego, gruczołu krokowego, prącia, jądra, a także nowotwory górnych dróg moczowych i cewki moczowej oraz dodatkowo pozostałe pochodzące z innych narządów, które dotyczą układu moczowo-płciowego i przestrzeni zaotrzewnowej. Te nowotwory, o których wspominałem, stanowią coraz więcej przypadków, stąd ponad 60% chorych w urologii to właśnie przypadki onkologiczne. Liczba chorych z powodu raka ciągle rośnie, dlatego urologia aktywnie uczestniczy w systemie Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego od samego początku jego powstania. Leczenie w jego ramach jest nielimitowane, co prowadzi do zwiększenia liczby leczonych. Na drugim miejscu pod względem częstotliwości występowania przypadków wymienia się kamicę moczową, następnie łagodny przerost gruczołu krokowego i inne zagadnienia, w tym związane z urologią

czynnościową np. nietrzymanie moczu czy urologią rekonstrukcyjną - kiedy drogi moczowe są w stanie istotnych zaburzeń i wymagają naprawy.

Jak urologia jest postrzegana przez Polaków? Co o niej wiemy jako o dziedzinie medycyny?

Z mojego doświadczenia wynika jasno, że urologia w Polsce jest postrzegana zupełnie nieadekwatnie do jej rzeczywistego kształtu. Kojarzy się ją najczęściej z przypadkami wieku starczego u mężczyzn związanymi z trudnościami oddawania moczu czy kamicą moczową. Natomiast jedno i drugie to przeszłość. Urologia dzieli się na ambulatoryjną i szpitalną. I ta pierwsza faktycznie składa się z rozmów i konsultacji, natomiast szpitalna to blisko 250 tys. operacji wykonywanych w Polsce rocznie. Urolog jest chirurgiem, który dzień z zasady spędza na operowaniu chorych, z czego wielu pacjentów nie zdaje sobie sprawy. W tej chwili największym wyzwaniem urologii jest onkologia. U blisko 70 tysięcy chorych, na których składają się m.in. co najmniej 6 tys. przypadków raka nerki, 30 tys. chorych z rakiem pęcherza moczowego, 6 tys. chorych rakiem stercza - rozpoznaje się rocznie nowotwór z pola urologii. Największym fenomenem jest fakt, że mało kto te choroby kojarzy z tą dziedziną medycyny. Wielu chorych jest zdezorientowanych i szuka pomocy u onkologa. Nie zdają sobie sprawy, że nadzieja na ich wyleczenie leży w rękach urologa. Dlatego na początku rozmowy zaznaczyłem, że reprezentuje Oddział Urologii i Urologii Onkologicznej. To jest jeden z najważniejszych elementów, które chcemy zmienić



Potrzeby chorych determinują

– współczesne postrzeganie urologii powinno być postrzeganiem przez pryzmat naszej walki z nowotworami. Odnosi się to również do przedstawicieli mediów i władz. Historyczny sposób postrzegania urologii jest tak mocno zakorzeniony, że dotyczy również osób, od których zależą losy ochrony zdrowia. Postrzeganie urologii jest kluczem do jej rozwoju, bo gdybyśmy byli uważani za poważnych partnerów, którzy mają wiele atrybutów, nie byłoby tylu trudności. Nawet lekarze często nie zdają sobie z sprawy, jak potrzebna i ważna jest urologia. W ramach studiów medycznych na urologię przeznaczony jest jeden tydzień ćwiczeń, dlatego nie może dziwić fakt, że w nawale innych przedmiotów można jej nie zauważyć, a już na pewno nie docenić. Student, który wybrał później inną specjalizację, skonfrontowany w końcu z chorym na nowotwór nerki, nie ma pojęcia, co zrobić. Zapomniał po prostu, że powinien go skierować do urologa. Stąd bierze się paradoks, że lekarz rodzinny czy lekarz specjalista z innej dziedziny kieruje chorego, u którego istnieje podejrzenie nowotworu złośliwego dróg moczowych lub męskiego układu moczowo-płciowego, do onkologa. Kobiety z nietrzymaniem moczu kierowane są do ginekologów, mimo, że problem dotyczy układu moczowego. Dlatego m.in. w tej rozmowie zaznaczam konieczność zmiany postrzegania urologii, której rzeczywista rola w systemie ochrony zdrowia jest nie do przecenienia.

Jak wygląda sytuacja polskiej urologii na tle państw zachodnich?

Nie umiem porównać w prosty sposób sytuacji krajowej do Europy Zachodniej. Jeśli chodzi o poziom problemów i profil działania - kwestię rodzajów schorzeń oraz liczby chorych – są to dane porównywalne. Natomiast organizacja pracy, dostęp do technologii, poczynione inwestycje, mimo widocznego postępu, jaki się w tej dziedzinie dokonuje, odbiegają znacząco od tego, co jest standardem na Zachodzie. To, co robimy staramy się robić w świetle najnowszych

wytycznych, jakie obowiązują w Wielkiej Brytanii, Holandii, Niemczech, itd., jednak nie mamy tych samych możliwości. Są to problemy, których na poziomie szpitala nie da się rozwiązać. Dlatego, mówię to już z perspektywy konsultanta krajowego, są podejmowane przez środowisko urologiczne aktywne działania zmierzające do tego, aby skłonić organizatorów ochrony zdrowia do rozmów na temat urologii. Potrzebuje ona nowego oddechu, nowych regulacji dotyczących, m.in. zasad refundowania procedur i nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych. Urologia stała się – nie przez konkretne, celowe zaniechania z czyjejkolwiek strony – w pewnym sensie zaniedbana. Przez lata okazało się, jak ogromny jest dystans między nowoczesną urologią światową i urologią polską. Jednym z takich szczególnych przykładów jest chirurgia robotowa, która rozwija się na świecie od 20 lat. Zdominowała niektóre zabiegi urologiczne, np. laparoskopowa prostatektomia radykalna wykonywana jest w USA w prawie 90% przypadków z zastosowaniem robota. Technika ta w Polsce w zasadzie jest niedostępna. W momencie, gdy racjonalne potrzeby określone liczbą chorych, którym można by tą technologią pomagać na polu urologii, ginekologii i chirurgii ogólnej, wynoszą minimum 15-25 instalacji, w naszym kraju funkcjonują trzy roboty. Na dodatek nie wykonują zadań rutynowych związanych z obsługą chorych. W celu zobrazowania tych różnic podam jeszcze za przykład procent operacji laparoskopowych. Operacje laparoskopowe w urologii w Europie stanowią zdecydowaną większość: od 70 do 100%, zależnie od rozpoznania, podczas gdy w Polsce w całej puli operacji ich odsetek to tylko 15%. Dlaczego tak się dzieje? Zasady refundacji, wyjąwszy kilka przypadków, w zasadzie nie dotyczą operacji laparoskopowych. Nie opracowano modelu rzetelnego rachunku kosztów, wobec tego jeśli administrator szpitala uzna operację laparoskopową za zbyt drogą, zaleci wykonanie operacji otwartej, ze względu na krótszy czas jej trwania oraz liczby zaangażowanego personelu. Nie bierze się jednak pod uwagę, że chory dłużej pozostaje w szpitalu i częściej występują

powikłania, co generuje dodatkowe koszty dla szpitala. W efekcie nie ma postępu. To są zagadnienia, które w medycynie światowej dawno zostały wskazane i wyeliminowane, a w naszym kraju rozwiązanie tych problemów jest jeszcze cały czas przed nami.

Czy te zagadnienia wynikają głównie z niedostatecznego dofinansowania urologii?

Tu nie chodzi tylko o pieniądze - one są jedynie elementem szerszego zagadnienia. Wszystko zależy od struktury kosztów. Urologia jest w tym zakresie bezpieczna. Ma w sobie pod tym względem ogromny potencjał ze względu na bezpieczeństwo i skuteczność wykonywanych zabiegów oraz wykorzystywanie minimalnie inwazyjnych metod, w których chory wychodzi ze szpitala w tym samym dniu, w którym przyszedł, lub nazajutrz. Większość problemów, w tym pierwszoplanowych jak rak prostaty ograniczony do narządu, kamień w nerce czy blokada odpływu nerki jest rozwiązywana skutecznie w ciągu kilkunastu minut. W oparciu o wykorzystywane najnowsze technologie jest niezwykle skuteczna, ponieważ uderza w konkretny punkt choroby. W niektórych schorzeniach, jak w przypadku np. cukrzycy czy nadciśnienia tętniczego dominuje proces rozłożony na lata i nie ma możliwości uzyskania pełnego wyleczenia. Zachodzi w tych przypadkach konieczność ciągłego nadzoru, regulacji, dodawania leków, opanowywania powikłań, na które medycyna nie posiada bezpośrednich rozwiązań. Natomiast urologia ma zupełnie wyjątkową cechę szybkiego likwidowania większości problemów. Mało jest podobnych w tym względzie dziedzin, w których skuteczność zbliża się do 100%. Przykładowo, nie ma już ogromnej liczby chorych na kamice, która istniała jeszcze 20 lat temu. Potrzeby chorych determinują potrzeby urologii. A są nimi wprowadzenie zmian mających na celu zwiększenie efektywności, jakości

potrzeby urologii

leczenia oraz zbilansowania rachunków kosztów podobnie jak w innych krajach, w których urologia nie jest deficytowa. Bazując na tym, czym dysponujemy dziś, bez większych problemów moglibyśmy osiągnąć jeszcze więcej, aby nieść pomoc potrzebującym, których liczba wg danych epidemiologicznych, będzie coraz większa z powodu wzrostu częstości zachorowań, a także starzenia się społeczeństwa. Część tych chorób dotyczy jednego i drugiego zagadnienia, stąd przewidywany wzrost zachorowalności np. raka gruczołu krokowego o ok. 30% w ciągu najbliższych dziesięciu lat.

Czy wraz ze wzrastającą liczbą pacjentów urologicznych zwiększa się również liczba specjalistów z tej dziedziny medycyny?

Liczba urologów w Polsce jest mniej więcej stała od wielu lat. W tej chwili wynosi ok. 1300 specjalistów, z czego większa część aktywnie działa na polu chirurgii. Ciągłe szkolimy nowych lekarzy – obecnie w szkoleniu pozostaje ok. 350 rezydentów. W naszym Oddziale mamy sześć stałe zajętych miejsc specjalizacyjnych, co jest w obecnych warunkach sporą liczbą, która wymaga od nas dużego nakładu pracy, aby każdemu zapewnić jak najlepsze wykształcenie i jak najwięcej doświadczenia. Osiągnęliśmy poziom, który odpowiada poziomowi europejskiemu, z zdobywamy kompetencje na poziomie europejskim - od ponad 20 lat urologia jest objęta egzaminami europejskimi. Około 650 polskich urologów swoim wykształceniem i wyszkoleniem udowodniło, że są na tym samym poziomie, co lekarze z innych krajów Europy. I teraz jedynie trzeba dać im

szczęście, możliwości, aby mogli dalej się rozwijać. Dzisiaj mówi się coraz więcej o szkoleniu symulacyjnym, w czasie którego można poprawić skuteczność działań chirurga, aby bez konieczności „ćwiczenia” na chorym mógł zdobyć jak najwięcej doświadczenia. Do tego potrzebne są nowoczesne programy szkoleniowe, centra symulacyjne, wspomaganie technologiczne, itd. Te m.in. zagadnienia mam na myśli, zwracając uwagę na potrzebę zmian.

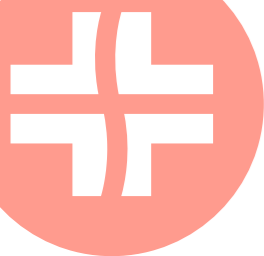
Osobiście uprawiam swój zawód z zamiłowaniem - Kocham to, co robię. Po ośmiu latach ordynatury i w dwudziestym dziewiątym roku pracy lekarskiej mogę powiedzieć, że jestem urologiem spełnionym. To wszystko, co mnie otacza zawsze było moim marzeniem i cieszę się, kiedy młodzi ludzie wchodzi do tej dziedziny medycyny z podobnym zapałem i wierzę, że pewnego dnia będą równie spełnieni. Natomiast warunki do tego spełnienia są niestety coraz trudniejsze. Mojemu pokoleniu wydawało się, że jeśli w Polsce osiągniemy ogólny poziom rozwoju zbliżony przynajmniej do średniej europejskiej, to w naszym fachu również będzie to odczuwalne. Okazało się jednak, że podczas, gdy np. w branży informatycznej, telekomunikacyjnej, spożywczej, czy motoryzacyjnej, a nawet w rolnictwie osiągnęliśmy normy europejskie, to urologii brak środków na to nie pozwala.

Jakie są podejmowane kroki, aby poprawić sytuację urologii?

Działania środowiska mają charakter wielokierunkowy. Z jednej strony Polskie Towarzystwo Urologiczne występuje z propozycjami zmian do resortu zdrowia, z drugiej jako konsultant krajowy staram się propagować wiedzę o urologii, jej dokonaniach i potrzebie włączania jej

w nurt rozwoju onkologii w Polsce z powodów wymienionych wcześniej. Bez wątplenia urologia powinna korzystać ze wszystkich inicjatyw związanych z rozwojem onkologii. Ponadto pojawiają się działania o charakterze edukacyjnym, m.in. w odniesieniu do lekarzy rodzinnych i internistów, których celem jest przekazanie nowoczesnej wiedzy z zakresu urologii, aby umożliwić im w sposób kompetentny pomagać chorym, u których występują podstawowe zagadnienia z pola zaburzeń układu moczowo-płciowego, bez konieczności opieki urologicznej. Poruszamy w ramach tych zajęć tematy częstych zakażeń dróg moczowych, leczenia łagodnego rozrostu stercza, który jest typowy dla starzejących się mężczyzn, zaburzeń funkcji pęcherza itp. Ich specyfika nie wymusza leczenia szpitalnego, czy pomocy specjalisty, a mogłaby być skutecznie rozwiązywana na poziomie przeszkolonego lekarza pierwszego kontaktu. Osobiście z wielką satysfakcją obserwuję ogromne zainteresowanie uczestników tego typu konferencji tym tematem i wierzę, że jest to jeden ze sposobów przesunięcia pewnej puli chorych z ambulatorium urologicznego do POZ. Powinno to przynieść wymierne efekty w postaci skrócenia okresu oczekiwania na poradę urologa dla tych, u których wskazania do konsultacji specjalistycznej są bezsporne. To z kolei powinno skrócić także czas od uzyskania diagnozy do definitywnego rozwiązania problemu. Ufam, że wielokierunkowe działania pozwolą nawiązać dialog z organizatorami ochrony zdrowia w Polsce, którego efektem będzie poprawa funkcjonowania Ochrony zdrowia na polu urologii w interesie tysięcy chorych urologicznych rokrocznie oczekujących pomocy specjalistycznej w naszej dziedzinie.

Dziękuję za rozmowę.



Bezpieczna ciąża



LUDZIE



Rozmowa z dr n. med.
Marzeną Jurczak-Czaplicką

Pani Doktor, czego najczęściej obawiają się kobiety w związku z ciążą?

Najczęściej obawiają się po prostu tego, czy ciąża przebiegnie prawidłowo. Czy nie będzie żadnego zagrożenia dla płodu i czy wszystko przebiegnie zgodnie z oczekiwaniami. W związku z tym, że nie za bardzo wierzą w swoje siły, to częściej myślą, że poród przy wykorzystaniu cięcia cesarskiego jest dużo prostszy niż naturalny. Natomiast nie jest to do końca prawda, bo pomimo poprawy jakości opieki anestezyjologicznej i stosowanej antybiotykoterapii, ilość powikłań po porodzie operacyjnym jest większa niż przy porodzie drogami natury. Dla samego dziecka jest to także mniej korzystne, ponieważ nie ma ono czasu na adaptację, jest „zaskoczony” porodem i ma trudności w dostosowaniu się do życia poza łonem matki (przy cięciu cesarskim elektywnym, przed rozpoczęciem czynności skurczowej). Poza tym nie dochodzi do prawidłowej kolonizacji przewodu pokarmowego, co ma znaczenie w przyszłości, wpływa np. na występowanie alergii, florę przewodu pokarmowego, odporność na zakażenia i infekcje. Najczęściej jest to niepokój wynikający z tego, że coś się może nie udać. Jeśli dzieci są normalnej wielkości, nie są bardzo duże, nie są wcześniakami w położeniu miednicowym, to natura steruje porodem w dosyć prosty sposób. Jeżeli wystąpi jakieś zagrożenie, a pacjentka rodzi w szpitalu, to cały czas, przez całą dobę obecny jest zespół położniczo-lekarski, który nadzoruje dobrostan dziecka. Jeśli coś się dzieje, jest wyraźne zagrożenie życia, to nikt w dzisiejszych czasach nie ryzykuje zdrowiem czy życiem dziecka lub matki.

Jak prawidłowo powinna odżywiać się kobieta podczas ciąży?

Podstawową zasadą jest racjonalne odżywianie. Nie jemy za dwoje - co jest mitem, na szczęście powoli wypieranym ze świadomości społecznej. Ważna jest odpowiednia podaż warzyw zgodna w zasadzie z obecną piramidą zdrowia. Podstawą są warzywa, węglowodany złożone. Warto pamiętać o rybach, jajkach, które zawierają w sobie dużo substancji potrzebnych w czasie ciąży. Dodatkowo można stosować suplementację zgodnie z rekomendacjami, które przygotowują towarzystwa naukowe. Według tych wytycznych przyjmuje się, że kwas foliowy (w dawce 400 mikrogramów) w czasie pierwszego i drugiego trymestru jest niezbędny, podobnie witamina D (2000 jednostek), jod (150 miligramów). Ostatnio pojawiło się także zalecenie dodatkowej suplementacji magnezem. Jeżeli pacjentka jest w kolejnej ciąży, a w poprzedniej rozwinęła nadciśnienie związane z ciążą lub hipotrofię płodu, to dodatkowo w małej dawce włączany jest kwas acetylosalicylowy przed 16 tygodniem trwania ciąży, czyli przed momentem, gdy ostatecznie ukształtuje się łożysko, aby wpłynąć na jego przebudowę. Taka profilaktyka jest prowadzona do trzeciego trymestru ciąży.

Zmiany w masie ciała kobiet są nieodłącznym elementem ciąży. Jak duże powinny być, aby zapewnić optymalny rozwój płodu?

Przybieranie na wadze związane jest z wagą startową. Kobieta szczupła może przytyć kilkanaście, a otyła jedynie kilka kilogramów. Średnio można liczyć, że od połowy ciąży, jeśli kobieta nie ma nadwagi, przyrost masy ciała będzie wynosił średnio pół kilograma na tydzień. Jeśli wystąpią obrzęki, jest to powód, aby zgłosić się do lekarza prowadzącego. Niedowaga, jeśli wynika z niedożywienia może prowadzić do niedoboru pewnych substancji, które są niezbędne do prawidłowego rozwoju płodu. Przy nadwadze głównych powikłań należy spodziewać się u matki. Może dojść do szybszego rozwoju nadciśnienia związanego z ciążą, cukrzycy czy zakrzepicy.

Jakie zagrożenia dla płodu są najczęstsze?

Wszystkie powikłania, które pojawiają się w ciąży są stosunkowo rzadkie i stanowią jedynie niewielki procent w skali wszystkich ciąż. W Polsce ok. 6% noworodków rodzi się przedwcześnie. Obrzęk płodu po infekcji wirusowej, którą mama przeżyła kilka miesięcy wcześniej, lub wystąpienie konfliktu serologicznego są sytuacjami poważnymi, ale nieczęstymi. Nadciśnienie, cukrzyca ciężarnych, która w zasadzie nie przynosi dużych konsekwencji, jeśli jest wyregulowana odpowiednią dietą czy insuliną, natomiast nierozpoznana lub nieleczona może dawać konsekwencje dla płodu, jak i matki. Sporadyczne są także przypadki typu jak oddzielanie łożyska. Pacjentki z wcześniejszymi chorobami muszą być objęte opieką interdyscyplinarną wielu lekarzy, swojego kardiologa czy nefrologa, cięższe te prowadzone są w ośrodkach specjalistycznych, które skupiają się na konkretnych chorobach. Z gruntu nie są to cięższe fizjologiczne, w związku z tym, że od samego początku z obciążeniami.

Jak wyższy wiek pacjentki wpływa na rozwój płodu?

U pacjentek starszych częściej dochodzi do powikłań, które w ogóle występują w ciąży. Są nimi głównie rozwój nadciśnienia tętniczego związanego z ciążą oraz cukrzyca ciążowa. Konsekwencje dla płodu będą związane głównie z tym. Starsza kobieta ma większe ryzyko populacyjne wystąpienia nieprawidłowości genetycznych, ale to już na wczesnym etapie ciąży wykluczamy metodami nie- lub inwazyjnymi. Poza tym uważa się, że pacjentki starsze około terminu porodu mają większe ryzyko powikłań płodowych, czyli częściej dochodzi do obumarcia wewnątrzmacicznego płodu. Takie pacjentki wcześniej przyjmujemy do szpitala i indukujemy poród (kobiety po 40 roku życia w 39 tygodniu ciąży).

Jak duży wpływ na płód ma niewłaściwy tryb życia matki?

Nieznana jest zależność między dawką alkoholu a uszkodzeniami płodu. Wiemy natomiast, że u płodu matki spożywającej alkohol w czasie ciąży dochodzi do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Również, jeśli matka pije od samego początku ciąży, dochodzi do zmian w postaci zespołu poalkoholowego, którego cechy widać na twarzy dziecka po urodzeniu. Jeśli chodzi o nikotynizm, to głównym zagrożeniem jest zaburzenie odżywiania wewnątrzmacicznego, kiedy dochodzi do wyłączania części łożyska przez szybciej starzejące się jego elementy i niskiej masy urodzeniowej noworodka. Poza tym dzieci mają po urodzeniu mają również zespół odstawienny, dochodzi do uzależniania płodu od nikotyny. Dawka kofeiny nie powinna przekraczać pięciu espresso i mniejsze dawki nie powinny szkodzić płodowi, więc teoretycznie można spożywać kofeinę w małych ilościach, ale jeśli kobieta może z niej zrezygnować, to jeszcze lepiej. Przez cały okres ciąży ostrzegamy przed niemytymi owocami i warzywami w związku z ryzykiem zanieczyszczenia oocystami toksoplazmy, czyli paszyta, który częściowo pod postacią jaj bytuje w ziemi. Z powodu tego pierwotniaka należy też unikać surowego, czy niedopieczonego mięsa i wędlin dojrzewających. Eliminujemy też sery pleśniowe z niepasteryzowanego mleka, gdyż mogą być źródłem zarażenia listeriozą.

Czy kobieta ciężarna może być aktywna fizycznie?

Generalnie w tej chwili nie uważa się, że kobieta ciężarna powinna tylko leżeć i jeść. Poza sportami kontaktowymi, zespołowymi, które mogą prowadzić do urazów, przeciwwskazany jest rower, szczególnie w miastach, gdzie łatwo może dojść do kolizji. Najczęściej zaleca się pływanie, spacer, nordic walking, truchtanie i ćwiczenia zorganizowane dla ciężarnych pod okiem instruktora. Jeśli pacjentka jest aktywna przed ciążą, to proponujemy redukcję aktywności w pierwszym trymestrze ciąży mniej więcej o połowę. Głównie chodzi o to, że występuje spadek ciśnienia ortostatycznego - u kobiety może dochodzić do łatwiejszego omdlenia. Generalnie, jeśli nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych, to przez cały okres ciąży pacjentki mogą stosować ćwiczenia, najlepiej pod okiem trenera, który prowadzi pacjentki ciężarne. Obecnie w internecie dostępne są instrukcje filmowe, gdzie każda zainteresowana kobieta może zapoznać się z zalecanymi zestawami ćwiczeń. Podstawą jest zawsze zapytanie lekarza prowadzącego na wizycie, czy nie widzi żadnych przeciwwskazań. Głównie są to występujące krwawienie, rozpoznanie nieprawidłowo usadowionego łożyska, zbyt wolne wzrastanie płodu - w tych sytuacjach uważa się aktywność fizyczną za niewskazaną. Staramy się stworzyć optymalne warunki do rozwoju, mama odpoczywa jak najwięcej, aby było jak najlepsze ukrwienie macicy.

Dr n. med.
Marzena Jurczak-Czaplicka,
specjalista w dziedzinie ginekologii i położnictwa i perinatologii w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie

Jakie objawy powinny zaalarmować kobietę, że dzieje się coś złego w czasie ciąży?

Krwawienie, bóle brzucha, brak ruchów w trzecim trymestrze, odpływanie płynu owodniowego i czynność skurczowa w trzecim trymestrze ciąży są to rzeczy, z którymi zwracamy się do szpitala. Nie powinno nas niepokoić na przykład: po 23 tygodniu ciąży chwilowy brak odczuwania ruchów dziecka. Dziecko po prostu może się tak ułożyć, że mama przez pewien czas nie będzie czuła jego ruchów. Napinania macicy, które nie są bolesne, także nie powinny niepokoić, pod warunkiem, że nie są bolesne.



Artykuł: **Adam Słowikowski**,
specjalista ds. komunikacji IRONteam

Od pęporzezki do szkół rodzenia

Poród od zawsze naznaczony był wysokim ryzykiem wystąpienia zagrożenia dla zdrowia życia tak matki, jak i dziecka. Na przestrzeni wieków podjęto szereg starań, aby zmniejszyć je do minimum. Prawdziwa rewolucja w tej materii dokonała się jednak dopiero w przeciągu ostatnich kilkudziesięciu lat, wyrazem czego jest powstanie szkół rodzenia.

Przez wieki kobiety w czasie porodu podstawową opieką otaczały akuszerki, nazywane także w naszym kraju, zależnie od regionu, babkami, dzieciobiorkami czy pęporzezkami. Były to przeważnie starsze kobiety, które kilkakrotnie przeszły własne porody. Doświadczenie życiowe wsparte przez przekazywane z pokolenia na pokolenie wskazówki zastępowało im specjalistyczne, naukowe wykształcenie medyczne. Towarzyszyły kobietom od pierwszych oznak nadchodzącego porodu aż do rozwiązania. Mężczyźni, którzy uznawali akt urodzenia za „nieczysty”, usuwali się na ten czas w cień.

Możliwość rodzenia poza domem zaistniała dopiero w połowie XX wieku, kiedy otwarto pierwsze szpitalne izby porodowe. Warunki w nich panujące często znacząco odbiegały od przyjętych dzisiaj powszechnie standardów. Lekarze starali się przyspieszyć poród, który niejednokrotnie przeprowadzany był z pominięciem procedur bezpieczeństwa, aby jak najszybciej zwolnić szpitalne łóżko. Młode matki widywały swoje dzieci tylko w ściśle określonych regulaminem porach karmieniach.

Listę fundacji i organizacji, na stronach których można uzyskać odpowiedzi na interesujące nas tematy:

- Niezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych Dobrze urodzeni
- www.dobrzeurodzeni.pl
- Fundacja Rodzić po ludzku
- www.rodzicpoludzku.pl
- Fundacja Poród bez strachu
- www.porodbezstrachu.pl
- Fundacja Wcześniak Rodzice-Rodzicom
- www.wczesniak.pl
- Fundacja im. M. Bajerskiej „Macierzanka”
- www.macierzanka.org
- Portal Mamo to ja
- mamotoja.pl

Obecność ojca przy porodzie została dopuszczona dopiero w 1954 roku we Francji. W Polsce pionierskie placówki tego typu zaczęły funkcjonować w 1956 roku w Krakowie, Wrocławiu, Łodzi i Szczecinie.



Współcześnie na terenie całego kraju, w każdym większym mieście, **istnieje i funkcjonuje kilkadziesiąt szkół rodzenia.**

Troska o zdrowie i dobre samopoczucie matki oraz jak największe szanse przeżycia i prawidłowego rozwoju noworodka stała się przyczyną powstania szkół rodzenia na całym świecie. Pierwsze z nich otwarto w Wielkiej Brytanii po II wojnie światowej. Był to początek rewolucji w myśleniu o rodzących kobietach, sposobie ich traktowania i metodach odbioru porodów. Za przykład może posłużyć fakt, że obecność ojca przy porodzie została dopuszczona dopiero w 1954 roku we Francji. W Polsce pionierskie placówki tego typu zaczęły funkcjonować w 1956 roku w Krakowie, Wrocławiu, Łodzi i Szczecinie. Współcześnie na terenie całego kraju, w każdym większym mieście, istnieje i funkcjonuje kilkadziesiąt szkół rodzenia. Przyszli rodzice mogą w nich wiele dowiedzieć się na temat prawidłowego rozwoju ciąży, przebiegu porodu, ale także praw, które przysługują młodej matce w szpitalu. Często program obejmuje również informowanie o sposobach finansowej pomocy po urodzeniu. Obecnie patronat nad ich rozwojem sprawuje Instytut Matki i Dziecka w Warszawie.

Ciąża, poród, a także pierwsze miesiące życia noworodka to niezwykle odpowiedzialny, a tym samym stresujący moment w życiu każdego młodego rodzica. Dlatego powstał szereg fundacji oraz stowarzyszeń, które podjęły się misji zwiększenia świadomości o nowych metodach oraz sposobach odbioru porodu czy opieki nad noworodkiem. Organizacje zapewniają wsparcie oraz informacje dotyczące najważniejszych kwestii w tym zakresie. Wiele z nich walczy na polu ciągłego polepszania sytuacji w szpitalach oraz o prawa kobiet do porodu w godnych warunkach. Młodzi rodzice nie są pozostawieni sami sobie.





Zdrowe odżywianie w każdym wieku



Rozmowa z mgr.
Ewą Marchlewską

Wraz z wiekiem zwiększa się zagrożenie związane z pojawieniem się pewnych chorób czy schorzeń. Jak się odżywiać, aby minimalizować szanse na ukazanie się niepożądanych objawów?

Wiek jest jednym z niemodyfikowalnych czynników chorób układu krążenia, np. miażdżycy tętnic, nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej. Wraz z wiekiem częściej występują zaburzenia gospodarki węglowodanowej, częściej pojawia się insulinooporność oraz wzrasta ryzyko cukrzycy typu II. Żeby istotnie zmniejszyć ryzyko należy zadbać o odpowiednią dietę. Co więcej, wiele schorzeń, zwłaszcza metabolicznych, których ryzyko wystąpienia wzrasta z wiekiem dodatkowo potęgowane jest przez nadmierną masę ciała! Dlatego też w celu utrzymania dobrego stanu zdrowia konieczna jest zbilansowana dieta, dostosowana do potrzeb danej osoby. Należy pamiętać o zjadaniu 4 – 5 posiłków dziennie w regularnych odstępach czasu, unikaniu żywności przetworzonej, obecności warzyw i owoców w każdym posiłku, prawidłowym nawodnieniu. Zadbać należy również o odpowiednią podaż błonnika pokarmowego – znajdziemy go przede wszystkim w pełnoziarnistych produktach zbożowych oraz warzywach i owocach. Spożycie błonnika musi pociągać za sobą odpowiednią ilość wypijanej wody (1,5 – 2 litry) – jest to szczególnie ważne, ponieważ wraz z wiekiem mechanizm odczuwania pragnienia staje się mniej wrażliwy. Ważne jest także dostarczenie odpowiedniego rodzaju tłuszczu, należy unikać tłuszczów nasyconych, których źródłem są przede wszystkim produkty pochodzenia zwierzęcego, a także oleje palmowy i modny w ostatnich latach – kokosowy. Drugim szkodliwym rodzajem tłuszczu są tłuszcze trans znajdujące się w twardych margarynach, wyrobach cukierniczych. Bazujmy na tłuszczach roślinnych tj. olej rzepakowy i oliwa z oliwek, olej lniany, orzechy, nasiona, awokado.

Jak zmienia się nasze ciało, procesy metaboliczne po osiągnięciu pewnego wieku?

Wraz z wiekiem w znaczący sposób zmienia się skład ciała. Dochodzi do stopniowego spadku beztłuszczowej masy, zmniejsza się masa mięśni szkieletowych, ich siła, wytrzymałość i elastyczność. Za przyczyny utraty masy i siły mięśniowej uznaje się brak pokrycia zapotrzebowania na białko oraz brak aktywności fizycznej. Dochodzi również do ubytku tkanki kostnej, zwłaszcza u kobiet po menopauzie, obniża się gęstość mineralna kości. Ponadto wzrasta procentowa zawartość tkanki tłuszczowej, spowalnia metabolizm spoczynkowy, dochodzi także do ubytku wody z organizmu. Oczywiście to, w jakim stopniu zajdą niekorzystne zmiany w dużej mierze zależy od odpowiedniego odżywiania i aktywności fizycznej.

Jeśli przez większość życia odżywialiśmy się nieprawidłowo, czy nagła zmiana nawyków na zdrowsze po latach zaniedbań ma sens? Czy zdołamy naprawić wyrządzone naszemu organizmowi szkody?

Tak! Zawsze warto zmieniać swoje nawyki żywieniowe i nawet po latach zaniedbań, w przypadku już istniejących chorób cywilizacyjnych i dietozależnych zmiana nawyków żywieniowych na właściwe przyniesie korzyści – może zapobiec lub opóźnić wystąpienie innych chorób, powikłań już istniejących schorzeń, poprawić wyniki badań (np. lipidogram, poziom glukozy, stężenie kwasu moczowego, parametry wątrobowe itd.), zapewnić lepszą jakość życia, lepsze samopoczucie.

Dlaczego w naszym społeczeństwie coraz częściej pojawia się problem otyłości?

Problemy z nadmierną masą ciała wynikają w dużej mierze ze spożywania żywności przetworzonej, która jest źródłem pustych kalorii, dużej ilości cukrów prostych, tłuszczów nasyconych... - często robimy to z wygody i z lenistwa. Ponadto wraz z wiekiem coraz mniej się ruszamy, jak pokazują badania, tylko co siódmy Polak spełnia normy rekomendowane przez WHO dotyczące aktywności fizycznej w czasie wolnym. Wśród osób w wieku 30–39 lat blisko 60% Polaków nie podejmuje aktywności fizycznej, natomiast wśród seniorów (60 i więcej lat) odsetek ten wzrasta prawie do 80%!



Często największym problemem w utrzymaniu wagi jest nasza słaba wola. Czy są jakieś sposoby, niejako „sztuczki”, które można stosować, aby ułatwić odchudzanie i zwiększyć samodyscyplinę?

Przede wszystkim należy jasno określić cel, a następnie rozłożyć go na mniejsze, krótsze etapy, które łatwiej będzie osiągnąć, np. „Moim głównym celem jest zrzucenie 20 kg, więc pierwszym małym celem będzie pozbycie się pięciu kg”. Warto uświadomić sobie, dlaczego chcemy zmienić masę ciała, z jakimi korzyściami to się wiąże. Na niektóre osoby świetnie działa metoda małych kroków, wprowadzenie zmian stopniowo, np. w pierwszym tygodniu celem jest praca nad regularnością posiłków, w drugim dodatkowo picie półtora litra wody, w kolejnym zadbanie o obecność warzyw w każdym posiłku itd.

Nasze menu nie może być monotonne, zdrowa dieta to nie tylko sałata...Wielu moich pacjentów stwierdza, że nie spodziewali się tak dużych ilości jedzenia i jeszcze w dodatku tak smacznych posiłków. Ważne jest również to, że jeżeli zdarzy się jakaś „wpadka” nie można traktować tego w kategorii klęski, a często jak już sięgniemy po czekoladę, to później działamy lawinowo... Swoich pacjentów często pytam, czy jeżeli kupili nowy telefon i niefortunnie upadł na ziemię rozbijając szybkę, ale nadal działa to czy go wyrzucają czy naprawiają szkodę? Tak samo warto pomyśleć o zmianie swoich nawyków – czy jeden batonik jest powodem, dla którego mamy wyrzucić swoje starania do kosza?



Zawsze warto zmieniać swoje nawyki żywieniowe i nawet po latach zaniedbań,

w przypadku już istniejących chorób cywilizacyjnych i dietozależnych zmiana nawyków żywieniowych na właściwe przyniesie korzyści – może zapobiec lub opóźnić wystąpienie innych chorób, powikłań już istniejących schorzeń, poprawić wyniki badań (np. lipidogram, poziom glukozy, stężenie kwasu moczowego, parametry wątrobowe itd.), zapewnić lepszą jakość życia, lepsze samopoczucie.



Ile powinna trwać dieta odchudzająca? Jak uniknąć efektu jo-jo?

Tempo chudnięcia jest kwestią indywidualną, zależy m.in. od wieku, wyjściowej masy ciała i stanu zdrowia. Prawidłowy, zdrowy spadek masy ciała to pół, jeden kilogram tygodniowo, więc długość okresu odchudzania zależy przede wszystkim od celu wagowego, jaki chcemy osiągnąć. Jednak nie należy traktować diety jako okresu przejściowego, na miesiąc, dwa czy pół roku. Ważne jest, aby wprowadzić właściwe nawyki żywieniowe na stałe! Jeżeli osiągniemy swój wagowy cel, a później wrócimy do starych nawyków, które doprowadziły do nadwagi lub otyłości to z całą pewnością tak będzie znowu. Celem jest nie tylko osiągnięcie wymarzonej masy ciała, ale przede wszystkim jej utrzymanie. Żeby uniknąć efektu jo-jo, należy wystrzegać się wszelkich „diet cud”, które w przeważającej większości są zbyt niskokaloryczne, niedoborowe, a w rezultacie mogą doprowadzić do negatywnych konsekwencji zdrowotnych.

Mamy coraz mniej czasu, aby dbać o prawidłowe odżywianie. Co zrobić, aby przy jak najmniejszej ilości czasu maksymalnie zoptymalizować naszą dietę?

Najważniejszą kwestią, od której należy zacząć jest planowanie posiłków i organizacja czasu! Trzeba określić ile czasu dziennie możemy przeznaczyć na przyrządzanie posiłków, niekoniecznie skomplikowane menu będzie odpowiednie dla osób, które większość dnia spędzają poza domem i nie lubią eksperymentować w kuchni. Warto również wybrać sobie jeden dzień w tygodniu, w którym będziemy robić duże zakupy, oczywiście po uprzednim planowaniu i zrobieniu listy. Warto korzystać z wszelkich ułatwień: gotować obiad na dwa dni, korzystać z mrożonych warzyw, czy np. mieszanek warzyw na patelnię (zwłaszcza w sezonie jesiennozimowym), które w połączeniu z kaszą lub ryżem oraz dodatkiem białkowym w postaci chudego mięsa, ryby, jajka czy strączków będą stanowiły zdrowy, zbilansowany obiad lub lunch do zabrania w pracy. Ponadto jeden, dwa posiłki w ciągu dnia mogą stanowić zwyczajne... kanapki, ważne, aby były z dobrej jakości pieczywa pełnoziarnistego i z dużą ilością warzyw!

Czy w zdrowym żywieniu są inne zalecenia dla kobiet, a inne dla mężczyzn?

Jeżeli chodzi o ogólne zasady zdrowego żywienia, to są one takie same dla obu płci, natomiast zapotrzebowanie na energię i niektóre składniki odżywcze różni się. Spoczynkowy i całkowity wydatek energetyczny jest większy u mężczyzn, stąd ich wyższe zapotrzebowanie na energię, a co za tym idzie poszczególne makroskładniki. W porównaniu do kobiet mężczyźni mają większe zapotrzebowanie na witaminy takie jak A, E, K, C, niektóre witaminy z grupy B oraz niektóre składniki mineralne, np. cynk, magnez, fluor. W przypadku wapnia, zapotrzebowanie wzrasta wraz z wiekiem, u mężczyzn wzrasta od 66 roku życia, natomiast u kobiet jest większe już od 51 roku życia, co z związane jest z okresem menopauzy. W przypadku żelaza, do 50 roku życia zapotrzebowanie jest wyższe u kobiet, później u obu płci jest takie samo.

Jak duży procent w naszej diecie powinny stanowić poszczególne grupy żywieniowe?

Należy kierować się najnowszą „Piramidą zdrowego żywienia i aktywności fizycznej”. Podstawą naszej diety powinny być warzywa i owoce – powinny stanowić połowę tego, co zjadamy, z czego 3/4 - warzywa, a 1/4 - owoce. Kolejną grupą są produkty zbożowe, najlepiej z mąki pełnoziarnistej, grube kasze, brązowy ryż. Nad produktami zbożowymi znajdują się produkty mleczne, najlepiej wybierać częściowo odtłuszczone produkty z tej grupy, unikajmy nabiału 0% - nie ma w nim witamin rozpuszczalnych w tłuszczach! Kolejny poziom piramidy to mięso i substytuty- najlepiej wybierać chude mięso drobiowe, nie zapominajmy również o nasionach roślin strączkowych, stanowiących świetną alternatywę dla mięsa. Na szczycie piramidy znajdują się tłuszcze – najlepiej bazować na tłuszczach roślinnych: oliwie, olejach; w tej grupie zostały umieszczone także orzechy i nasiona. Ilość porcji poszczególnych grup spożywczych zależy od naszego zapotrzebowania na energię, więc jest dostosowywana indywidualnie do danej osoby.

Czy na przestrzeni lat coś zmieniło się w ogólnych zaleceniach żywieniowych?

W 2016 roku Instytut Żywności i Żywienia opublikował nową piramidę żywieniową, najważniejszą zmianą w stosunku do poprzedniej wersji, jest awans warzyw i owoców z drugiego poziomu na podstawę, tym samym produkty zbożowe, które wcześniej umieszczone były na podstawie, teraz znajdują się poziom wyżej. Zmieniła się także sama nazwa „Piramida zdrowego żywienia i aktywności fizycznej”, przez co podkreśla się istotność codziennej aktywności obok zdrowej, zbilansowanej diety. Ważną zmianą jest także umieszczenie orzechów w piramidzie oraz wyszczególnione zostały zioła i przyprawy, którymi zaleca się zastępować sól.

Jakich grup produktów powinno się szczególnie unikać? Co i w jakich ilościach jest dla nas szkodliwe?

Przede wszystkim w zdrowej diecie należy unikać produktów o wysokim stopniu przetworzenia – wszelkich potraw „instatnt”, fast-food, sklepowych słodczy, słodzonych napojów, chipsów itp. Należy także ograniczyć spożycie tłustego, mięsa oraz produktów zbożowych z białej mąki.



Mgr **Ewa Marchlewska** - absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Łodzi na kierunku dietetyka, specjalizuję się w dietach odchudzających, dietoterapii zaburzeń metabolicznych i hormonalnych, głównie insulinooporności; chętnie pracuję z wegetarianami i osobami w wieku starszym (mail: ewa.marchlewska@mojdietetyk.pl)



Warto także uważać na wszelkie produkty reklamowane jako „dietetyczne”, często jest to tylko chwyt marketingowy. Kluczem do sukcesu jest nauka czytania etykiet. Również alkohol nie wpisuje się w ramy zdrowej diety, jeden gram etanolu dostarcza siedmiu kcal (dla porównania jeden gram węglowodanów czy białka – cztery kcal, jeden g tłuszczu – dziewięć kcal). Oczywiście wszystko jest zawsze kwestią umiaru! Jeżeli na co dzień odżywiamy się zdrowo, to jeden kieliszek wina, czy jeden pączek zjedzony w Tłusty Czwartek nie będzie miał negatywnego wpływu na nasze zdrowie czy masę ciała, bo „wszystko jest trucizną i nic nie jest trucizną, bo tylko dawka czyni trucizną”.

Zdrowe odżywianie czy aktywność fizyczna? Czy któryś element jest istotniejszy w dbaniu o zdrowie?

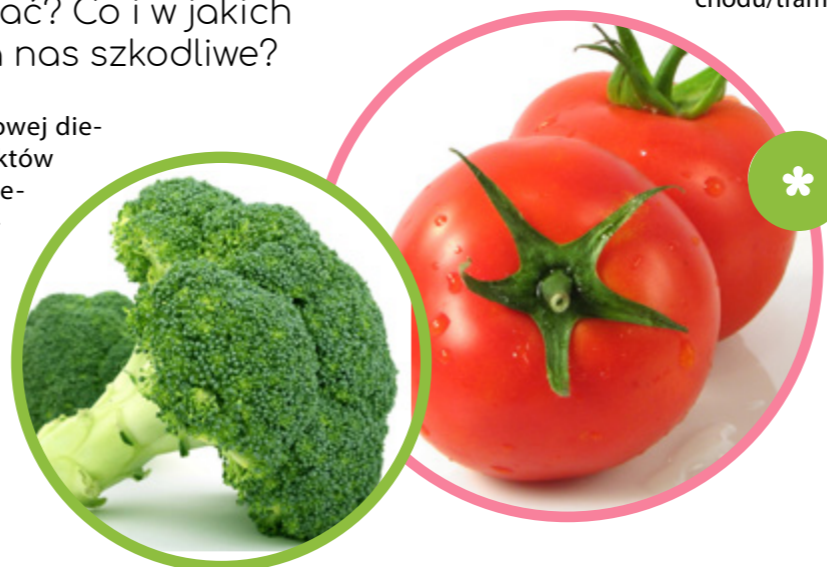
Najlepsze rezultaty daje połączenie zdrowej diety z aktywnością fizyczną, zarówno w przypadku redukcji masy ciała, jak i profilaktyki oraz leczenia wielu chorób. Oczywiście ważne jest, aby obydwa elementy były dostosowane do stanu zdrowia i możliwości danej osoby, w przeciwnym wypadku mogą przynieść więcej szkody niż pożytku. Warto również zaznaczyć, że w przypadku aktywności nie trzeba codziennie odwiedzać siłowni czy biegać długie dystanse – dla początkujących jest to wręcz niewskazane! Warto zacząć od... chodzenia. Polecam zainstalowanie w telefonie aplikacji liczącej kroki lub zakup takiej opaski na nadgarstek, dziennym celem powinno być przejście 10 tys. kroków! Nie można także bagatelizować innych możliwości dnia codziennego – zamiast windy – schody, zamiast samochodu/tramwaju – rower.

Czy jesteśmy w stanie samodzielnie ułożyć optymalną dla siebie dietę czy lepiej skonsultować się ze specjalistą?

W przypadku osób zdrowych, bez konieczności wprowadzania specjalistycznego postępowania dietetycznego czy eliminacji produktów, myślę, że kierując się zasadami zdrowego żywienia, spożywając produkty z wszystkich grup, dbając o urozmaicenie diety nie powinno stanowić to problemu, jeśli jednak nie mamy pomysłów na posiłki lub nie jesteśmy pewni swoich wyborów żywieniowych, warto skonsultować się z dietetykiem. Tym bardziej w przypadku trudności z redukcją masy ciała, występowaniu chorób, w których konieczna jest zmiana dotychczasowego sposobu żywienia warto skorzystać z pomocy dietetyka, który odpowie na wszystkie pytania, przekaże zalecenia żywieniowe i ułoży zbilansowaną, dostosowaną do potrzeb dietę.

Skąd zainteresowani mogą czerpać najpotrzebniejsze informacje o zdrowym odżywianiu?

Główną jednostką zajmującą się żywieniem w Polsce jest Instytut Żywności i Żywienia – na stronie internetowej znajdziemy wiele informacji z zakresu żywienia i dietetyki, aktualne normy i piramidę. Należy jednak pamiętać, że ogólne zalecenia mogą nie sprawdzić się u każdego, a część osób będzie potrzebowała indywidualnego podejścia – w takim przypadku zachęcam do skorzystania z usług dietetyka. Polecam również stronę internetową poradni Mój Dietetyk, w której pracuję (<http://www.mojdietetyk.pl/>) znajdziemy tam m.in. wiele ciekawych, przepisów na zdrowe dania oraz artykuły pisane przez wykwalifikowanych dietetyków.



mojdietetyk

UCZYMY ZDROWEGO ODŻYWIANIA

www.mojdietetyk.pl

WIELE CIEKAWYCH, PRZEPISÓW NA ZDROWE DANIA ORAZ ARTYKUŁY PISANE PRZEZ WYKWALIFIKOWANYCH DIETETYKÓW.



Stres

pożywką dla chorób

Jak działa stres?



Stres jest reakcją naszego ciała na stawiane mu wymagania. Im trudniejsze do pokonania, tym reakcja organizmu staje się silniejsza. Krótkotrwały stres bywa korzystny dla organizmu. Powoduje wydzielanie hormonów stresu, czyli adrenaliny oraz kortyzolu, które zwiększają możliwości naszego organizmu w sytuacji zagrożenia. Dzięki temu słyszymy o nieprawdopodobnych historiach, w których ktoś podniósł samochód, czy uciekł przed watahą psów, co w przypadku normalnych warunków byłoby niemożliwe. To co jest dla nas szczególnie szkodliwe to stres długotrwały. Większość chorób spowodowana jest obniżeniem odporności. Nie zastanawiamy się nad tym, że podwyższony poziom kortyzolu (mający miejsce w sytuacjach stresowych) sprawia, że obniża się produkcja białych krwinek i przeciwciał. Nasz organizm staje się bezbronny wobec czynników chorobotwórczych, a my coraz częściej i mocniej podupadamy na zdrowiu. Jeśli przyjrzymy się bliżej liście chorób będących następstwem chronicznego stresu, prawdopodobnie będziemy bardzo zaskoczeni.

Doskonale zdajemy sobie sprawę, że stres ma swoje zalety jak i wady. Z ostatnich badań wynika jednoznacznie, że nagromadzony codzienny stres, szkodzi ludziom niemal tak samo jak jedno poważne traumatyczne wydarzenie. Dlaczego, mimo tak szerokiej wiedzy i informacji na ten temat, wciąż zdajemy się ignorować istotę tego problemu?

Na liście chorób znajdziemy: schorzenia układu krążenia oraz serca, bóle głowy, bóle mięśni, schorzenia układu pokarmowego, duszności, otyłość, problemy z cyklem miesięcznym, a nawet bezpłodność, cukrzyca, bóle kręgosłupa, osteoporozę, problemy ze skórą, wypadanie włosów, a także... nowotwory. Z badań naukowców z Uniwersytetu w Bergen w Norwegii wynika, że osoby, które w testach wykazywały dużą nerwowość, o 25% częściej chorowały na raka związanego z nieprawidłowym działaniem układu immunologicznego, szczególnie na chłoniaki i nowotwory skóry.

Przewlekły stres może podstępnie zrujnować organizm, nie dając przy tym długo żadnych widocznych objawów. Każdy człowiek ma swój „limit”, po przekroczeniu którego pojawiają się pierwsze oznaki chorobowe. Zdarza się także, że pojawia się poważna choroba, mimo braku znaków ostrzegawczych. W wielu przypadkach ignorujemy znaki, które wysyła nasz organizm. Dopóki nie uniemożliwiają nam codziennego funkcjonowania, leczymy się na własną rękę, bądź całkowicie staramy się nie reagować. Nigdy nie wiadomo, kiedy skończy się wytrzymałość organizmu. Początkowo odwracalne objawy przeradzają się w trwałe stany chorobowe. Patrząc w przeszłość, warto sobie przypomnieć ile razy unikaliśmy zwolnienia lekarskiego, aby nawet na chwilę nie wypaść „z obiegu”. Dopiero kiedy dosięgnie nas poważna choroba, żałujemy tych wszystkich chwil, kiedy mogliśmy bardziej się o siebie zatroszczyć.

Kto jest najbardziej narażony na stres?



Stres jest plagą naszych czasów i współczesnego stylu życia. Ciągła presja, pośpiech, niezliczone obowiązki. Dokładając do tego siedzący tryb życia, małą bądź znikomą aktywność fizyczną oraz odrzucenie relaksu na rzecz kariery – w efekcie otrzymujemy alarmujące statystyki chorobowe. Stres i jego negatywne skutki nie wybierają konkretnego wieku, jednak problem dotyczy zwłaszcza mieszkańców dużych miast. Do zawodów szczególnie narażonych na stres należą zawody o dużej odpowiedzialności osobistej: pilot, strażak, lekarz, pielęgniarka. Wszystkie zawody misji społecznej, a także te, które opierają się na kontakcie z drugim człowiekiem. Źródłem przewlekłego stresu mogą być także ciężkie lub przewlekłe choroby, zarówno nasze jak i naszych najbliższych. Trudne sytuacje finansowe np. kredyty, długi, praca np. zagrożenie zwolnieniem czy nadmiar obowiązków, a nawet brak perspektyw na dalszy rozwój.

Jak radzić sobie ze stresem?



Zdając sobie sprawę z powagi sytuacji, powinniśmy pochylić się głębiej nad naszym zdrowiem. Wyeliminowanie stresu, może pomóc nam wyjść obronną ręką z wielu schorzeń. Żyjemy w takich czasach, kiedy samo zanieczyszczenie powietrza, jakość spożywanego pożywienia czy czynniki genetyczne, zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia chorób. Tym bardziej, powinniśmy troszczyć się o własne zdrowie psychiczne, nie ułatwiając chorobom dostępu do naszego życia.

Wielu specjalistów, lekarzy, psychologów publikuje rady dotyczące radzenia sobie ze stresem. Zazwyczaj, wiele z takich rad, spotyka się z dystansem i śmiechem. To bardzo przykry znak, pokazuje jednoznacznie jak mało dbamy o własne zdrowie psychiczne i jak odpychamy od siebie możliwości, które jak się okazuje – wcale nie należą do skomplikowanych. Nie warto oczekiwać gotowych recept na szczęście. Przede wszystkim zaś – nie ignorujmy najmniejszych znaków naszego organizmu, im wcześniej zareagujemy, tym dłużej będziemy cieszyć się życiem.

12 kroków do redukcji stresu wg **Connie Stetler**, amerykańskiej trenerki osobistej

1. Weź codziennie przynajmniej sześć głębokich oddechów, dzięki czemu rozluźnisz ciało i oczyścisz umysł.
2. Wykonuj 3-4 razy w tygodniu ćwiczenia, które przyśpieszą puls. Jakie? Na przykład szybki spacer lub kilka rundek w górę i w dół po schodach.
3. Codziennie daj kilkanaście pocałunków dziecku lub domowemu zwierzątku. Kluczowym słowem jest tu „daj”. My, ludzie, zazwyczaj bierzemy, ale gdy dajemy, redukujemy nagromadzony stres.
4. Dwa, trzy razy w tygodniu wykonuj przez kilka minut ćwiczenia siłowe, na przykład podnoś ciężary, ruszaj się, napinaj mięśnie.
5. Sypiaj po osiem godzin dziennie.
6. Spożywaj każdego dnia dziewięć porcji owoców i warzyw – „smacznych lekarstw”. Mięso i produkty nie mają tej zalety.
7. Dwa razy dziennie zrezygnuj z czegoś, co mogłoby cię zestresować. To dużo mniej stresujące niż decyzja na „tak”, skutkująca przepracowaniem lub wypaleniem.
8. Dziesięć razy na dzień pomyśl sobie o czymś miłym. Pozytywne nastawienie wspaniale zmniejsza stres, pozwalając nadziei przebić się do przeciążonego umysłu.
9. Pięć razy dziennie serdecznie się pośmiej. Naukowcy zaczynają powoli odkrywać, że jak stwierdził kiedyś mędrzec, śmiech to naprawdę dobre lekarstwo.
10. Raz, dwa razy na dzień posiedź sam w ciszy przez kilka minut. Przypomnij sobie, że masz niebiańskiego Ojca, który się tobą opiekuje.
11. Pij codziennie osiem szklanek wody. Nie soku owocowego, nie napoju gazowanego, nawet nie mleka sojowego. Wody. Dlaczego? Bo to ona przede wszystkim daje zdrowie. Czysta woda oczyszcza i nawilża organizm, a także wypłukuje toksyny.
12. Przynajmniej raz dziennie powiedz bliskiej osobie, że ją kochasz. Wyrażanie miłości może uspokoić zestresowane serce.



Nie palę papierosów, nie nadużywam alkoholu, dobrze się odżywiam. Panie Doktorze, dlaczego zachorowałam na raka?

Niejeden raz lekarze onkolodzy mierzą się z podobnym pytaniem. Tym trudniej o odpowiedź, kiedy okazuje się, że pacjent faktycznie nie stosował używek, dobrze dbał o zdrowie. Po głębszej analizie, okazuje się często, że pacjenci żyli w chronicznym stresie. To wiele różnych kłopotów, które towarzyszą nam w każdej chwili i zaprzatają nam głowę od świtu do zmierzchu.

Sposobów

12

na zdrowie

Artykuł: Adam Słowikowski,
specjalista ds. komunikacji IRONteam



ZDROWIE

Jeśli zadamy o odpowiedni styl życia, możemy ograniczyć ryzyko zachorowania na raka. Rak to choroba polegająca na niekontrolowanym namnażaniu niektórych komórek ciała, wskutek czego powstają guzy mogące dawać przerzuty do różnych organów. Najczęściej choroba ta diagnozowana jest u osób w średnim i starszym wieku, ale pierwsze zmiany w komórkach mogą pojawić się znacznie wcześniej i w konsekwencji doprowadzić do powstania nowotworu. Już w młodości możemy mieć wpływ na ryzyko rozwoju choroby, tym bardziej że znamy sposoby, aby to ryzyko istotnie zmniejszyć. Dzięki prowadzonym od wielu dekad badaniom naukowym wiadomo, że zdrowy tryb życia oraz przestrzeganie kilku prostych zasad może ograniczyć nasze ryzyko zachorowania na nowotwór. Te proste wskazówki zawarte są w niniejszej broszurze. Zachęcamy do zapoznania się z 12 sposobami na zdrowie, czyli z zaleceniami Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem.

Nowotwór powstaje w wyniku mutacji zachodzącej w pojedynczej komórce, czyli zmian w DNA obecnym we wszystkich komórkach ciała. DNA to „przepis” na funkcjonowanie pojedynczej komórki zgodnie z zasadami obowiązującymi w zdrowym organizmie. Organizm każdego z nas jest wyposażony w mechanizmy ochronne, które zapobiegają wyłamaniu się komórki spod obowiązujących zasad, czyli mutacjom. W sytuacji, gdy jesteśmy często i w dużym stopniu narażeni na substancje rakotwórcze, np. zawarte w dymie tytoniowym, mechanizmy te mogą nas zawieść. Przyczyną mutacji mogą być także czynniki wewnętrzne, takie jak produkcja hormonów mogących stymulować powiększanie się niektórych guzów. Najważniejszą przyczyną zachorowań na nowotwory w Polsce wciąż pozostaje palenie tytoniu. Na podstawie badań ustalono, że do wzrostu ryzyka zachorowania na raka również przyczynia się nadwaga i otyłość, nieprawidłowa dieta, brak aktywności fizycznej oraz picie alkoholu, ale także nadmierna ekspozycja na promienie słoneczne i inne podobne źródła promieniowania.

Nie można przewidzieć, kto z nas na pewno zachoruje na nowotwór, jednak u części osób ryzyko choroby jest znacznie wyższe ze względu na częste narażenie na substancje rakotwórcze, nadmierną ekspozycję na słońce bądź nieprawidłowy styl odżywiania się i niedostateczną aktywność fizyczną. Często czynniki te występują równocześnie, zwiększając to ryzyko. Dzięki wieloletniej pracy naukowców wiemy, że nawet połowy obserwowanych dziś w Europie zachorowań na nowotwory można byłoby uniknąć, gdyby wszyscy Europejczycy stosowali 12 sposobów na zdrowie, które przedstawiono poniżej.

Zalecenie 1

Nie pal

Nie używaj tytoniu w żadnej postaci. Najbardziej niebezpieczną formą używania tytoniu jest palenie papierosów. Połowa palaczy tytoniu umrze przedwcześnie (tj. przed 70 rokiem życia) z powodu chorób spowodowanych paleniem.



Zalecenie 3

Utrzymuj prawidłową masę ciała

Jest to drugi po paleniu tytoniu najważniejszy czynnik ryzyka nowotworów.



Zalecenie 2

Stwórz w domu środowisko wolne od dymu tytoniowego

Wspieraj politykę miejsca pracy wolnego od tytoniu. Według badań ponad 14 milionów Polaków jest narażonych na bierne wdychanie dymu tytoniowego w domu, a ponad 4 miliony w miejscu pracy (pomimo zakazu palenia).



Zalecenie 4

Bądź aktywny fizycznie w codziennym życiu

Ogranicz czas spędzany na siedząco. Regularne ćwiczenia chronią przed rakiem jelita grubego, piersi i błony śluzowej macicy. Dodatkowo według niektórych badań bycie aktywnym może chronić nas także przed rakiem płuca, wątroby, jajnika, prostaty, nerki i żołądka.



Zalecenie 5

Przestrzegaj zaleceń prawidłowego sposobu żywienia:

Jeźdź dużo produktów pełnoziarnistych, roślin strączkowych, warzyw i owoców, ogranicz spożycie wysokokalorycznych produktów spożywczych (o wysokiej zawartości cukru lub tłuszczu) i unikaj napojów słodzonych, unikaj przetworzonego mięsa; ogranicz spożycie mięsa czerwonego i żywności z dużą ilością soli.



Zalecenie 6

Jeśli pijesz alkohol dowolnego rodzaju, ogranicz jego spożycie

Abstynencja pomaga zapobiegać nowotworom.



Zalecenie 7

Unikaj nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne:

(dotyczy to szczególnie dzieci) chroń się przed słońcem, używaj produktów przeznaczonych do ochrony przeciwsłonecznej, nie korzystaj z solarium.



Zalecenie 8

Chroń się przed działaniem substancji rakotwórczych w miejscu pracy

Postępuj zgodnie z zaleceniami dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy.



Zalecenie 9

Dowiedz się, czy w domu jesteś narażony na naturalne promieniowanie spowodowane wysokim stężeniem radonu

Podejmij działania na rzecz zmniejszenia jego poziomu.



Zalecenie 10

Kobiety powinny pamiętać o tym, że:

karmienie piersią zmniejsza u matki ryzyko zachorowania na nowotwory. Jeśli możesz, karm swoje dziecko piersią, hormonalna terapia zastępcza zwiększa ryzyko rozwoju niektórych nowotworów. Ogranicz jej stosowanie.



Zalecenie 11

Zadbaj o to, aby twoje dzieci poddano szczepieniom ochronnym przeciwko:

wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (dotyczy noworodków), wirusowi brodawczaka ludzkiego – HPV (dotyczy dziewcząt).



Zalecenie 12

Bierz udział w zorganizowanych programach badań przesiewowych w celu wczesnego wykrywania:

raka jelita grubego (zalecenie dotyczy zarówno mężczyzn, jak i kobiet), raka piersi (u kobiet), raka szyjki macicy (u kobiet).





Nasz Szpital

Pracownia Hemodynamiki



Zakład Diagnostyki Obrazowej
i Radiologii Interwencyjnej



Laboratorium Mikrobiologii



Telefoniczna rejestracja medyczna

tel. **48 361-36-00**



Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. w Radomiu
ul. Juliana Aleksandrowicza 5, 26 - 617 Radom

Telefoniczna rejestracja medyczna: 48 361-30-00, fax 48 345-11-18
e-mail: szpital@wss.com.pl