



Niesmak po zjeździe s. 3

Trafić w ból s. 5 – 8

Expert Clinic s. 2, 8 – 11

Symposium „Gastroenterologia
i hepatologia” s. 12 – 13

Boom inwestycyjny
w gorzowskim szpitalu s. 15 – 18

Medycyna wojenna s. 19 - 21

Fot. Dawid Anioł

Jedna z kreacji Natalii Ślizowskiej, inspirowana Chopinem i potrzebami osób z niepełnosprawnością narządu wzroku.
Na pasach spływających spod szyi wyhaftowane są alfabetem Braille'a tytuły utworów Chopina

EXPERT CLINIC



Dr Ewa Jaworucka, mama właścicielki Expert Clinic, z wielkim zaangażowaniem uczestniczyła w powstawaniu lecznicy. Rabaty wokół budynku są jej dziełem, własnoręcznie posadziła 135 roślin



Aleksandra i Marek Jaworuccy, dumny tata z córką, godną kontynuatką jego profesji



Dr n. med. Aleksandra Jaworucka powitała gości i podziękowała wszystkim, zwłaszcza rodzicom, którzy uczestniczyli i wspierali ją w budowaniu Expert Clinic



Sala operacyjna z ramieniem C



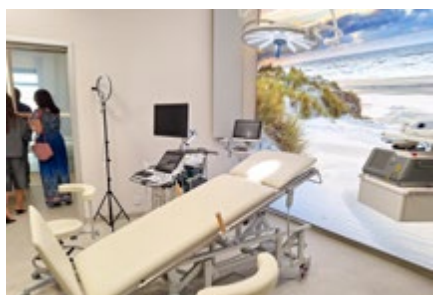
Piotruś, syn Anny Jaworuckiej, wnuk Ewy i Marka, sprawdza czy fotel jest wygodny



Aleksandra Jaworucka oprowadza po salach zabiegowych Ewę i Bogusława Jońców, z towarzyszącą im mamą, Ewą Jaworucką



Od lewej: Bożena Perużyńska (rejestratorka medyczna), Magdalena Matysiak, wieloletni pracownik przyjaciół rodziny Jaworuckich), Andrzej Wysoczański (dyrektor budowy, kierownik budowy Expert Clinic)



Druga sala operacyjna



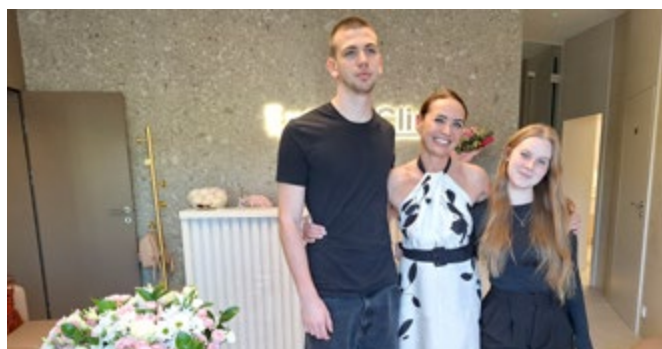
Andrzej Wysoczański i Marek Jaworucki



Aleksandra Jaworucka pokazuje jedną z dwóch sal pooperacyjnych



Lampka szampana i barwne przekąski dodały smaku uroczystości



Aleksandra Jaworucka z synem Michałem, studentem medycyny i jego dziewczyną



A nie mówiłem?!

I mam prawo tak zacząć. W poprzednim wstępie (jeszcze sprzed afery w warszawskim szpitalu) kolejny raz stwierdziłem, że bez udziału lekarzy w tworzeniu przepisów nic mądrego nie wyjdzie z Ministerstwa Zdrowia. Dla nas to oczywista oczywistość, ale dla MZ to chyba ciągle trudna do zaakceptowania konstatacja. Nagle politycy dowiedzieli się o „VIPsalonikach”, które w końcu powstały dla ich obsługi, za ich oczekiwaniami i akceptacją. I nie chodzi o pomieszczenia, ale o całą otoczkę procedury „przychodzi VIP do lekarza”. Nie jest to oczywiście nowość. Zawsze były telefony typu „rozumiecie wiecie” potrzebuję pilnej diagnostyki, leczenia lub przyjęcia syna kuzyna do pracy. Lekarz „z polecenia Dyrekcji” nie miał nic do gadania, a Dyrekcja gwarancję świętego spokoju. Szara rzeczywistość – i bez wątpliwości to się nie zmieni, no chyba że lekarze powiedzą wreszcie stop przedmiotowemu traktowaniu. Ale na to bym nie liczył, szczególnie widząc, co próbuje nam wysmażyć MZ. Dużo krzyku o koniecznych zmianach, ale jak już doszło do zapisania słów na papierze, to klękajcie narody.

Przepisów o takich wewnętrznych sprzecznościach w życiu nie widziałem. Podstawowa intencja zawiera się w zamiarze „wzięcia za pysk tych wrednych lekarzy”, przez których całe to zło. Za dużo zarabiają, bo pracują w wielu miejscach. Wszyscy mają więcej niż 240 zł za godzinę. Wpływają na wyceny

AOTMiT-u, zmuszając biednych urzędników do skandalicznych szacunków. A na koniec brakuje tylko stwierdzenia, że piszą sobie prawo, które daje im bandyckie uprawnienia. Otóż nie, państwo politycy! Nie my tworzyliśmy to prawo, które jest waszym dziełem, a nasz udział w konsultacjach społecznych był taki, jaki próbuje obecnie narzucić Izbie Lekarskiej Ministerstwo Zdrowia. Nie tworzyliśmy tzw. ustawy koszykowej, która – do spółki z katastrofą ustawową o kształtowaniu wynagrodzeń – jest praprzyczyną większości obecnych problemów. Proponuje się nam „ograniczenie czasu pracy” do „tylko” 320 godzin miesięcznie, czyli... tylko 11 godzin każdego dnia za maximum 240 zł za godzinę. Zbytek łaski.

Zaraz kończą się „optauty”, a 240 zł każdy z nas chętnie przytuli i nie będzie więcej żądać. Tylko jak obsadzicie wszystkie wymagane godziny zgodnie z koszykowym potworkiem? Się nie da. Nie da się również zmusić unikalnych specjalistów (a za takiego można zacząć uważać żywego chirurga, internistę, pediatrę i wielu innych krwiopijców) do pracy w publicznych zakładach. NFZ, które zostało wzmocnione armią kontrolerów, będzie musiało gdzieś zakontraktować świadczenia, bo choroby i pacjenci nie rozpułyną się w mgle ustawy. Chętnie bym punktował kolejne wiekopomne pomysły MZ, ale krzyczą na mnie, że wstępniki nie mogą być takie długie, a poza tym politycy raczej nie czytają gazet lekarskich, a Wy i tak wiecie, co powinno być i jak zmienione. Ale kogo to obchodzi...

ANDRZEJ SZMIT

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Gorzowie

Niesmak po zjeździe

W dniach 21-23 maja w Jachrance odbył się XVII Krajowy Zjazd Lekarzy. Uczestniczyło w nim kilkuset lekarzy i lekarzy dentyków.

Po raz pierwszy w historii samorządu lekarskiego wręczono odznaczenia „Amicus Medicorum” (Przyjaciel Lekarzy). Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski wytłumaczył, że to odznaczenie jest dla ludzi spoza środowiska lekarskiego, którzy wspierają samorząd lekarzy. Uhonorowano nim prof. Pawła Łukowa, radcę prawnego Witolda Preissa, aktorkę Annę Dymną i Tomasza Kota.

Przyznano też Odznaczenia „Meritus Pro Medicis” 'zasłużonym dla samorządu lekarskiego.

Pierwszy dzień obrad, mimo sprzeciwu części delegatów, trwał do godziny piątej nad ranem. Wybrano prezesa NRL i rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

W kolejnym dniu wybrano członków Naczelnej Rady Lekarskiej, Komisję Rewizyjną, Komisję Wyborczą, zastępców rzecznika.

Wszystkich kandydatów, którzy zostali wybrani do Naczelnej Rady Lekarskiej zgłosił prezes Ł. Jankowski.

Oczywiście byli oni z izb lekarskich, które popierały jego kandydaturę na prezesa NRL. Inni kandydaci zgłaszani z sali nie mieli szans na wybór.

Zresztą tak samo się stało z wyborami do Komisji Rewizyjnej i Komisji Wyborczej.

I tak jak w poprzedniej kadencji w NRL nie ma przedstawicieli (oprócz Prezesów, którzy obligatoryjnie są członkami

NRL) dużych izb lekarskich, które nie popierały kandydatury Ł. Jankowskiego i wcześniej podjęły uchwały o zwołaniu Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy w celu m.in. odwołania Łukasza Jankowskiego z funkcji prezesa NRL.

Nie tak powinny wyglądać demokratyczne wybory samorządowe!

Będąc prezesem w czterech kadencjach uczestniczyłam w wielu Zjazdach Krajowych i przyznam, że takich wyborów dawno nie było! Nawet poprawki zgłaszane do Regulaminu Zjazdu, porządku obrad czy uchwały, które zgłaszali koledzy lekarze, czy lekarze dentyści z izb „nie popierających prezesa” nie miały szans na przegłosowanie.

No cóż, pozostał niesmak!

Wybrany prezes Łukasz Jankowski deklarował „reset”, jedność samorządu. Czas pokaże, czy tak będzie. Osobiście mam duże wątpliwości. Będę zadowolona jak się okaże, że nie miałam racji.

EWA JONIEC

Wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Gorzowie
Delegatka na XVII Krajowy Zjazd Lekarzy





Fot. Dawid Aniol

Chopin, Braille i moda

W niedzielne popołudnie, 28 czerwca, zainaugurowane zostały w Filharmonii Gorzowskiej letnie Pikniki Chopinowskie. Tym razem nie tylko rozbrzmiewała muzyka, ale również wzbogacił wydarzenia pokaz kolekcji Natalii Ślizowskiej „Modern Chopin Vision”.

Natalia Ślizowska, gorzowska projektantka mody, pokazująca swoje kolekcje w całej Europie, USA, Japonii i innych krajach, zainspirowana postacią i twórczością Fryderyka Chopin, a także męską modą XIX wieku przeniosła charakterystyczne elementy strojów tamtej epoki do współczesności i kreacji kobiecych. Połączyła takie klasyczne stroje, jak fraki, surduty, peleryny, detale takie jak cylindry, żaboty, kołnierze, bufiaste rękawy, zdobne mankiety, brosze z nowoczesną ich interpretacją. Poza tym, że pokaz ten był przepięknym spektaklem, otulonym muzyką Chopina, to swoją kreatywnością wkroczył w świat nieomówionych zdrowia, w świat osób niewidomych i niedowidzących.

Natalia Ślizowska zwróciła uwagę na potrzeby osób niewidomych kilka lat temu podczas Nocnego Szlaku Kulturalnego, kiedy pokazywała swoją kolekcję w dawnym sklepie przy ul. Hawelańskiej.

- Przed otwarciem wystawy – wspomina – podszedł do mnie niewidomy pan, który zapytał czy będzie mógł dotykać

stroje, bo tylko w ten sposób będzie mógł je poznać. To była pierwsza inspiracja, żeby tworzyć takie modele, które niewidomi będą mogli poznawać poprzez dotyk. Na Wydziale Artystycznym UMCS w Lublinie realizowany jest projekt „Dotyk Sztuki”. Oni robili wystawy dla osób niewidomych, ode mnie wzięli tkaninę artystyczną, która później była wystawiana w Centrum Nauki „Kopernik”, w Wozowni w Toruniu, nawet na Węgrzech. To też była dodatkowa inspiracja, żeby niewidomych nie pomijać.

W medycynie i farmacji alfabet Braille’a służy zapewnieniu bezpieczeństwa i samodzielności pacjentom niewidomym oraz słabo widzącym. Umożliwia on chorym samodzielne odczytywanie nazw leków, dawkowania czy podstawowych dokumentów medycznych. W kolekcji chopinowskiej Natalii Ślizowskiej pozwolił niewidomym delektować się artystycznymi kostiumami, dzięki zastosowaniu elementów 3D oraz rozwiązań haptycznych, czyli technologii, które pozwalają

odczuwać dotyk, vibracje lub opór w interakcji z urządzeniami cyfrowymi. W medycynie technologie haptyczne służą sterowaniu robotami chirurgicznymi, dzięki czemu lekarz czuje opór tkanki pacjenta. Stosowane są szeroko w grach i konsolach. W dziedzinie mody to absolutnie nowatorskie rozwiązanie, chyba pierwsze na świecie.

W kolekcji wykorzystane zostały specjalne kroje, jak np. poły żakietu z profilem Chopina, płaskorzeźby wydrukowane w 3D z kukurydzy oraz płaskorzeźby z drewna.

Kolekcja powstała pod patronatem Narodowego Instytutu Fryderyka Chopina, który udzielił Natalii zgodę na użycie zastrzeżonego nazwiska Chopina. Stroje inspirowane Chopinem były prezentowane m.in. w Nowym Jorku, zaproszenia napłynęły też z Paryża, Majorki, Waszyngtonu, Florydy, Korei a w październiku będą do obejrzenia w Muzeum Lubuskim Gorzowie Wielkopolskim przy ul. Warszawskiej..

DOROTA FRĄTCZAK

Pokaz kolekcji "Modern Chopin Vision" w Nowym Jorku



Fot. :Shawn Punch

Trafić w ból

W drugiej połowie maja w gorzowskim szpitalu podjęte zostało leczenie bólu, towarzyszącego chorobom kręgosłupa, poprzez podanie leku bezpośrednio w otwór między kręgami, w okolicę korzenia nerwowego.

A wszystko zaczęło się od nadania nowego kształtu Wojewódzkiej Poradni Anestezjologicznej i Zwalczania Bólu około rok temu. Obecnie w poradni tej pracuje dwóch anestezjologów: Agnieszka Świerzko i Marcin Kordek.

- Staramy się nadążać za światowymi trendami – zapewnia Marcin Kordek. – Dążymy do tego, żeby za pomocą zabiegów interwencyjnych zmniejszać zapotrzebowanie na leki, co jest problemem u pacjentów z leczeniem bólu. Staramy się jak najmniej stosować leki uzależniające. Leczenie bólu dzieli się na pacjentów onkologicznych i pacjentów nieonkologicznych. Ci ostatni najczęściej cierpią na bóle pooperacyjne, migrenowe, neuropatyczne, bóle grzbietu i barku, bóle kręgosłupa, bóle zwyrodnieniowe. Chcemy im zapewnić maksimum komfortu i minimum bólu, ułatwić codzienne funkcjonowanie. Ciągłe mamy za mało godzin na przyjmowanie pacjentów w poradni. Może kiedyś zwiększy się możliwość przyjmowania większej liczby pacjentów. Na wizytę pierwszorazową mamy 25 minut, na wizytę kontrolną 15 minut.



Jednym z zabiegów interwencyjnych jest podanie leku bezpośrednio o w miejsce bólu. Iniekcje w Pracowni Hemodynamiki i Chirurgii Naczyniowej w gorzowskim szpitalu wykonuje zespół w składzie: profesor Mirosław Czuczwar, anestezjolog, Grzegorz Rutkowski neurolog i Agnieszka Świerzko anestezjolog. 10 czerwca trzecia grupa pacjentów otrzymała zastrzyki sterydowe i przeciwbólowe w kręgosłup. Wy-

konywali je prof. Mirosław Czuczwar i neurolog Grzegorz Rutkowski (absolwent m.in. kierunku: medycyna bólu na UJ).

Przygotowania

Przygotowania do zabiegu trwają dość długo. Sam kierownik Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, prof. Czuczwar pchał wózek z niezbędnymi lekami i narzędziami do Pracowni Hemodynamiki labiryntem korytarzy piwnicznych. Najpierw lekarze podjęli przygotowanie sterylnych warunków do wykonania iniekcji: rozłożenie podkładu na stole operacyjnym, ułożenie strzykawek, igieł, spajków (przelotek między butelką a strzykaw-



ką), leków, środka do znieczulenia miejscowego, kontrastu, nakładek z otworem na miejsce iniekcji, ubieranie się w kamizelki ochrony radiologicznej, fartuchy, a także zakładanie foliowych osłon na ręczny i nożny pulpit sterowania angiografem i monitorem, wreszcie mycie, nakładanie masek, rękawic...

Pacjent w tym czasie z pomocą pielęgniarki koordynatorki, Renaty Tylman, przebierał się w bluzę i spodnie z flizeliny. Gdy wszedł do sali operacyjnej, doktor Rutkowski przeprowadził z nim krótki wywiad medyczny. Profesor Czuczwar odczytał jeszcze raz jakie schorzenia i wskazania zapisane zostały na skierowaniu. W tym momencie już wiedział jakie trudności będą go czekały.

- Te iniekcje – wyjaśniał doktor Rutkowski – mają nie tylko znaczenie przeciwbólowe, pełnią one też rolę diagnostyczną i ułatwiają rehabilitację.

Z pomocą lekarzy pacjent kładzie się na brzuchu na stole operacyjnym. I teraz zaczyna się najtrudniejszy etap: analiza anatomii pacjenta na ekranie monitora, dzięki wizualizacji układu kostnego przez ruchome ramiona angiografu INNOVA. Dziś jest troje pacjentów: pacjentka oddziału neurologicznego i dwóch pacjentów poradni leczenia bólu.



Pani Wanda, lat 74

Pani Wanda do sali operacyjnej wjeżdża na wózku, z trudem podchodzi do stołu operacyjnego. Ma spłyconą lordozę lędźwiową, skrzywienie osi kręgosłupa, wielopoziomową, zaawansowaną zwyrodnieniowo-wytwórczą postać dyskopatii, znaczną degenerację krążków L3-S1, tendencję do tworzenia bólu trzonów L5/S1; wymiar strzałkowy worka oponowego na poziomie L5/S1 zwężony do około 9 mm, znaczna stenoza otworów międzykręgowych L5/S1 obustronnie i L4/L5 po stronie lewej. Niewiele lepiej przedstawia się lewy staw biodrowy.

Mimo to jest pogodna, zadowolona, że dopiero piąty raz jest w szpitalu.

- Dwa razy byłam w szpitalu – zdradza – jak rodziłam dzieci i dwa razy, jak miałam wszczepiany rozrusznik.

Z powodu tego rozrusznika nie mogła mieć rezonansu magnetycznego, było to również przeciwwskazaniem do operacji.

Lekarze, sterując angiografem, pokazując sobie nawzajem krytyczne miejsca w układzie kostnym, długo analizują obrazy z różnych ujęć, by wreszcie znaleźć miejsce, w które wstrzykną lek. Dezynfekują okolice lędźwiowe, układają nakładkę ograniczającą pole operacyjne, znieczulają miejscowo, wstrzykują kontrast do korzenia, dzięki czemu będą mogli widzieć, jak się rozchodzi lek po jego wstrzyknięciu.



Raz pani Wanda jęknęła, ale chyba bardziej z powodu stresu niż bólu. Miała dwa wstrzyknięcia leku: na poziomie L4-L5 i L5-S1. Po zabiegu wstała i i z zadowoleniem stwierdziła, że mniej ją boli. Czy poleca innym taki zabieg?

- No jak nie polecać, jak to zmniejsza ból? - spytała retorycznie. - Oczywiście, że polecam!

I z uśmiechem samodzielnie wyszła z sali operacyjnej do przebieralni.





Pan Marcin, lat 50

Procedura przygotowań do iniekcji powtarza się tak samo, jak przy pani Wandzie.

Pan Marcin jest wysokim, ważącym ponad 120 kg mężczyzną, przeszedł trzy operacje kręgosłupa, chodzi o kulach, jest bardzo obolały, porusza się z trudem.

- Za młodu uprawiałem kickboxing - opowiada - ciężko pracowałem na budowie i pewnie to wpłynęło na mój stan zdrowia. Poza tym podobno moje schorzenia są uwarunkowane genetycznie. Ojciec na wózku jeździ.

Pan Marcin jest pacjentem poradni leczenia bólu, ma chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa w odcinku szyjnym, piersiowym, lędźwiowym, krzyżowym, ucisk na korzeń nerwu rdzeniowego w odcinku szyjnym, piersiowym, lędźwiowym, krzyżowym, kilka śrub w kręgosłupie. Na skutek postępujących zwyrodnieniowych zmian w strukturze anatomicznej kręgosłupa dochodzi do nieprawidłowości w funkcjonowaniu samego kręgosłupa, ale także do upośledzenia działania a w późniejszym okresie do uszkodzenia rdzenia kręgowego i/lub korzeni nerwowych.

Zaproponowane i przeprowadzone zabiegi to blokada trasforaminałowa i blokada gałązki przyśrodkowej nerwu rdzeniowego oraz termoleżja gałązki przyśrodkowej nerwu rdzeniowego.

Po wstrzyknięciu w dwóch miejscach leku przeciwzapalnego i przeciwbólowego, tak jak u pani Wandy na poziomie L4-L5 i L5-S1, pan Marcin z trudem się podnosi ze stołu operacyjnego, prosi o podanie kul i zawołanie żony, żeby mu pomogła przejść do wyjścia. Nie widać, żeby go mniej bolało, natomiast widać, że bardzo cierpi.



- Nic nie pomogło – mówi – to jest sukces chyba tylko lekarzy, bo na pewno nie mój.

- Proszę być dobrej myśli – pociesza pacjenta prof. Czuczwar – za kilka dni może pan odczuć poprawę i zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Pan Józef, lat 67

Po raz trzeci lekarze powtórzyli całą procedurę przygotowań do iniekcji taką, jak przed iniekcją u pani Wandy i pana Marcina.

Pan Józef również jest pacjentem poradni leczenia bólu. Z całej trójki on chodzi najlepiej. Ma chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa w odcinku szyjnym, piersiowym, lędźwiowym.



wym, krzyżowym, ucisk na korzeń nerwu rdzeniowego w odcinku szyjnym, piersiowym, lędźwiowym, krzyżowym I - podobnie jak u pana Marcina - na skutek postępujących zwyrodnieniowych zmian w strukturze anatomicznej kręgosłupa dochodzi do nieprawidłowości w funkcjonowaniu samego kręgosłupa, ale także do upośledzenia działania a w późniejszym okresie do uszkodzenia rdzenia kręgowego i/lub korzeni nerwowych.

Zastosowane leczenie było również podobne, jak u pana Marcina, tyle że pan Józef otrzymał trzy wstrzyknięcia leków - na poziomie L3-L4, L4-L5 i L5-S1. Po iniekcjach wstał uśmiechnięty i zadowolony, że ból praktycznie ustąpił.



Ocena

- Najtrudniejszy anatomicznie był przypadek pani Wandy - ocenia doktor Rutkowski - ponieważ miała bardzo zaawansowaną chorobę zwyrodnieniową i trudno było znaleźć punkt, w który należało podać leki.

- Najtrudniejszy klinicznie - stwierdza profesor Czuczwar - był przypadek pana Marcina. Nadzieja, że mu pomożemy, jest nikła. Niestety tak to jest, że najtrudniej jest pomóc tym pacjentom, którzy cierpią najbardziej z powodu bólu.

Najdłużej cała procedura trwała przy pani Wandzie - ponad godzinę. Najkrócej załatwione zostały iniekcje pana Marcina - nieco ponad pół godziny. Pomoc całej trójce pacjentów zajęła cztery godziny. Najwięcej czasu lekarze poświęcili na dokładne analizy zmian anatomicznych, uwidocznionych w obrazach dzięki fluoroskopii.

Tekst i zdjęcia:
DOROTA FRĄTCZAK

Żyły powierzchowne, głębokie i miednicy – kompleksowa opieka flebologiczna

W piątkowe popołudnie, 29 maja, przy placu Jana Pawła II uroczyste otwarto nową placówkę medyczną dr Aleksandry Jaworuckiej-Kaczorowskiej. Ze względu na unikatowy zakres działalności Expert Clinic ma znaczenie nie tylko dla mieszkańców Gorzowa i regionu.

Dr n. med. Aleksandra Jaworucka-Kaczorowska jest specjalistką w dziedzinie chirurgii oraz położnictwa i ginekologii, a swoją działalność kliniczną i naukową koncentruje na flebologii. Współpracuje z prof. Houmanem Jalaie – światowej sławy specjalistą chirurgii naczyniowej i wewnątrznaczyniowej, kierownikiem Kliniki Chirurgii Żyłnej i Flebologii Charité w Berlinie oraz Europejskiego Centrum Żyłnego. Expert Clinic współpracuje również z innymi uznanymi specjalistami i ośrodkami flebologicznymi na całym świecie.

- Klinika jest w całości poświęcona chorobom żylnym - mówi dr Aleksandra Jaworucka-Kaczorowska. - Prowadzimy w niej diagnostykę i leczenie chorób układu żylnego powierzchownego, głębokiego oraz żył miednicy. Tak kompleksowe podejście jest wyjątkowe.

Leczenie żył układu powierzchownego

W przypadku układu powierzchownego leczone są wszystkie stadia przewlekłej choroby żylniej - od zmian klasy C1 według klasyfikacji CEAP, czyli telangiektazji i żył siatkowatych, przez żyłaki



(C2) i obrzęki (C3), aż po zmiany skórne (C4), takie jak przebarwienia, wyprysk żylny, lipodermatoskleroza, atrophie blanche oraz korona flebektatyczna. Leczeniem obejmowani są również pacjenci z wygojonymi (C5) i czynnymi owrzodzeniami żylnymi goleni (C6).

Klinika wykonuje pełen zakres zabiegów: od termicznej ablacji wewnętrznej z wykorzystaniem lasera lub radiofrekwencji, przez ablację mechanochemiczną przy użyciu Flebogryfu i zamykanie żył klejem, po skleroterapię niewydolnych dopływów oraz miniflebektomię.

W leczeniu pajączków naczyniowych, poza skleroterapią płynną i piankową z wykorzystaniem środków obliterujących, stosowane są urządzenia laserowe przeznaczone do terapii przezskórnej, w tym lasery Nd:YAG i KTP, emitujące wiązki o długości odpowiednio 1064 nm i 532 nm. Wykorzystywana jest również metoda CLACS, łącząca laseroterapię przezskórną ze skleroterapią przy użyciu roztworu glukozy o wysokim stężeniu. Metoda ta wywodzi się z Brazylii, gdzie dużą wagę przywiązuje się do efektów estetycznych, i nadal jest stosunkowo rzadko wykorzystywana w Polsce.

– Prowadzimy leczenie kompleksowe i hybrydowe, łącząc różne techniki zabiegowe podczas jednej procedury lub w kolejnych etapach terapii. Możemy na przykład wykonać ablację laserową niewydolnego pnia żylnego, a następnie zastosować skleroterapię jego niewydolnych dopływów – wyjaśnia dr Jaworucka-Kaczorowska.

Expert Clinic zapewnia również kompleksową opiekę nad pacjentami z owrzodzeniami żylnymi goleni. Obejmuje ona leczenie przyczynowe niewydolności żylną, opracowanie i oczyszczanie rany, stosowanie odpowiednich opatrunków oraz kompresjoterapię.

Leczenie żył układu głębokiego

– Chorobami układu głębokiego zajmuje się przede wszystkim prof. Houman Jalaie – mówi dr Aleksandra Jaworucka-Kaczorowska. – Prowadzi diagnostykę i leczenie przewlekłych niedrożności żył głębokich, w tym żyły głównej dolnej, żył biodrowych, żył udowych oraz żył górnej części ciała. Zajmuje się również leczeniem zabiegowym ostrej zakrzepicy żył głębokich.

Procedury poprzedza pełna diagnostyka obrazowa. Klinika dysponuje ramieniem C, czyli mobilnym aparatem rentgenowskim umożliwiającym wykonywanie wenografii oraz zabiegów wewnątrznaczyniowych. Dostępna jest również ultrasonografia wewnątrznaczyniowa (IVUS), pozwalająca precyzyjnie ocenić światło żyły oraz dokładnie zaplanować miejsce i zakres implantacji stentu.

Prof. Houman Jalaie jest międzynarodowym ekspertem w dziedzinie chirurgii żylną, wykładowcą na licznych zagranicznych konferencjach oraz autorem wielu publikacji naukowych. Opracował także klasyfikację przewlekłych niedrożności żylnych, stosowaną przez specjalistów na całym świecie,



Leczenie zaburzeń żylnych miednicy

– Nasza klinika jest pod tym względem wyjątkowa, ponieważ oprócz tego, że zajmujemy się flebologią i chirurgią, jesteśmy również specjalistką w dziedzinie położnictwa i ginekologii – podkreśla dr Jaworucka-Kaczorowska. – Dzięki temu możemy spojrzeć na zaburzenia żyłne miednicy kompleksowo, zarówno z perspektywy naczyniowej, jak i ginekologicznej. Pozwala to również różnicować je od innych schorzeń ginekologicznych wywołujących podobne objawy, takich jak endometrioza. Wspólnie z prof. Jalaie wykonujemy zabiegi u pacjentek z tymi schorzeniami, co stanowi jeden z najbardziej specjalistycznych obszarów działalności kliniki.

Zaburzenia żyłne miednicy najczęściej występują u kobiet po przebytych ciążach. W czasie ciąży przepływ krwi

przez żyły jajnikowe znacząco się zwiększa, a same naczynia ulegają poszerzeniu. Po kolejnych ciążach nie zawsze wracają one do swoich pierwotnych rozmiarów. Może wówczas dojść do niewydolności jednej lub obu żył jajnikowych, a w wyniku nadciśnienia żylnego – do poszerzenia spłotów żylnych okołojajnikowych, przymaciczych i pochwowych oraz do powstania żylaków w tych okolicach.

Zmiany te mogą powodować przewlekły ból podbrzusza, uczucie ciężaru w miednicy, dolegliwości podczas współżycia lub ból występujący po stosunku. Pacjentki często przez długi czas poszukują przyczyny swoich objawów, konsultując się z ginekologami, chirurgami, urologami lub fizjoterapeutami, jednak dolegliwości nie ustępują.

U odpowiednio zakwalifikowanych pacjentek można wykonać embolizację niewydolnej żyły jajnikowej lub obu żył jajnikowych. Zabieg przeprowadza się z dostępu żylnego, najczęściej przez żyłę szyjną. Pod kontrolą ramienia C cewnik wprowadza się kolejno do żyły głównej dolnej, żyły nerkowej, a następnie do żyły jajnikowej. Po podaniu środka kontrastowego wykonuje się wenografię, a po potwierdzeniu refluksu – skleroterapię niewydolnych spłotów żylnych w przymaciczach oraz zamknięcie niewydolnej żyły jajnikowej za pomocą spiral embolizacyjnych.

Problem może dotyczyć nie tylko żył jajnikowych. Dolegliwości mogą być również związane z niewydolnością dopływów żył biodrowych wewnętrznych. W takich przypadkach wykonuje się selektywną wenografię, ocenia zmienione naczynia i – jeżeli istnieją wskazania – zamyka je metodą embolizacji.

Inną przyczyną zaburzeń odpływu żylnego może być zespół May-Thurnera, czyli ucisk lewej żyły biodrowej wspólnej pomiędzy prawą tętnicą biodrową wspólną a kręgosłupem. Może on prowadzić do utrudnionego odpływu krwi z lewej kończyny dolnej i miednicy, powodując obrzęk, ból, uczucie ciężkości lewej kończyny dolnej, chromanie żyłne, a w bardziej zaawansowanych przypadkach także zmiany skórne i owrzodzenia żyłne goleni. Przewlekłe nadciśnienie żyłne może również sprzyjać powstawaniu lub nawrotom żylaków kończyny dolnej. U części pacjentek zastój żylny w obrębie miednicy mniejszej może również wywoływać objawy charakterystyczne dla zaburzeń żylnych miednicy.

U odpowiednio zakwalifikowanych pacjentów leczenie może polegać na wszczępieniu stentu do zwężonego odcinka żyły. Precyzyjne zaplanowanie procedury wymaga wykonania wenografii oraz ultrasonografii wewnątrznaczyniowej (IVUS). Badanie IVUS polega na wprowadzeniu do żyły specjalnej sondy ultrasonograficznej i pozwala dokładnie określić lokalizację oraz stopień zwężenia i średnicę naczyń, a także dobrać właściwą długość oraz położenie stentu.

– Dostęp do ramienia C, ultrasonografii wewnątrznaczyniowej IVUS oraz zespołu doświadczonych specjalistów umożliwia nam wykonywanie tak zaawansowanych procedur w Gorzowie – podkreśla lekarka.

Żyłaki kończyn dolnych i okolic intymnych pochodzenia miednicznego

Ze względu na liczne połączenia między żyłami miednicy a żyłami sromu i kończyn dolnych, przebiegające przez dno miednicy, nadciśnienie żyłne powstałe wskutek niewydolności żył miednicy może prowadzić do powstawania żylaków warg sromowych, krocza, pachwin, pośladków oraz kończyn dolnych.

Expert Clinic jest jednym z nielicznych ośrodków specjalizujących się w diagnostyce i leczeniu tego problemu. Do kliniki zgłaszają się pacjentki nie tylko z całej Polski, lecz także z wielu krajów Europy i Bliskiego Wschodu oraz ze Stanów Zjednoczonych. Poszukują specjalistycznej diagnostyki i leczenia tego schorzenia, które nadal pozostaje stosunkowo słabo rozpoznawane i leczone w wielu ośrodkach.

Dr Aleksandra Jaworucka-Kaczorowska jest światowej sławy ekspertką w diagnostyce i leczeniu żylaków pochodzenia miednicznego. Jest autorką licznych publikacji naukowych oraz wykładów na wielu międzynarodowych konferencjach. Jej szczególne doświadczenie w tej dziedzinie wynika z unikatowego połączenia kompetencji z zakresu flebologii, chirurgii oraz położnictwa i ginekologii. Pozwala to oceniać problem zarówno z perspektywy układu żylnego, jak i narządów miednicy mniejszej, a następnie zaplanować kompleksowe, indywidualnie dobrane leczenie.

– Niektóre pacjentki zgłaszają się z bardzo dużymi żylakami okolic intymnych, których leczeniem zajmuje się stosunkowo niewiele ośrodków – mówi dr Aleksandra Jaworucka-Kaczorowska. – W naszej klinice wykonujemy szczegółowe badanie ultrasonograficzne i lokalizujemy połączenia między żyłami miednicy a żyłami warg sromowych, krocza i kończyn dolnych.

Podczas badania USG poszukuje się tak zwanych punktów wyjścia refluksu z miednicy. Mogą one znajdować się w okolicy lechtaczki, warg sromowych, krocza, pachwin lub pośladków. Po ich zidentyfikowaniu można zastosować celowaną skleroterapię,

a następnie leczyć widoczne żylaki okolic intymnych i kończyn dolnych.

Niekiedy żylaki pochodzenia miednicznego występują wyłącznie na kończynach dolnych, mimo że ich źródło znajduje się w miednicy. Bez dokładnego badania ultrasonograficznego mechanizm ich powstawania może pozostać nierozpoznany, co zwiększa ryzyko nieskutecznego leczenia i nawrotu choroby.

– Świadomość tego problemu nadal jest niewystarczająca – zauważa lekarka. – Pacjentki często wstydzą się mówić o żylakach okolic intymnych. Jest to bardzo dyskretny temat, wymagający szczególnego podejścia, zapewnienia pacjentce poczucia bezpieczeństwa oraz stworzenia atmosfery zaufania. Chirurg może uznać problem za ginekologiczny, natomiast ginekolog nie zawsze wie, dokąd skierować pacjentkę. Tymczasem właściwe rozpoznanie źródła refluksu ma kluczowe znaczenie dla skuteczności terapii i ograniczenia ryzyka nawrotu.

Międzynarodowa pozycja ośrodka sprawia, że do Gorzowa przyjeżdżają również lekarze z różnych części świata, aby uczestniczyć w prowadzonych przez dr Aleksandrę Jaworucką-Kaczorowską praktycznych szkoleniach typu hands-on, poświęconych diagnostyce i leczeniu chorób żył, ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń żylnych miednicy. Dotychczas w szkoleniach uczestniczyli specjaliści między innymi z Niemiec, Danii, Wielkiej Brytanii, Urugwaju, Kanady, Izraela i Egiptu.

Kompleksowe leczenie i międzynarodowa wymiana doświadczeń

Nowoczesna diagnostyka i leczenie chorób układu żylnego powierzchownego, głębokiego oraz żył miednicy nadal nie są dostępne w pełnym zakresie w wielu regionach Polski. Dotyczy to zarówno pacjentów z zaawansowaną przewlekłą chorobą żylną, w tym owrzodzeniami żylnymi goleni, jak i osób z zespołem pozakrzepowym, niedrożnościami żył głębokich, ostrą zakrzepicą wymagającą interwencji zabiegowej czy zaburzeniami żylnymi miednicy.

– Prof. Houman Jalaie zajmuje się przede wszystkim chorobami układu głębokiego, natomiast ja układem powierzchownym. Wspólnie zajmujemy się zaburzeniami żylnymi miednicy. Dzięki połączeniu naszych doświadczeń możemy zapewnić pacjentom kompleksową diagnostykę i leczenie praktycznie całego spektrum chorób żył – podsumowuje dr Aleksandra Jaworucka-Kaczorowska.

Expert Clinic jest nie tylko miejscem leczenia pacjentów, lecz także międzynarodowej wymiany wiedzy i doświadczeń. Ośrodek planuje rozwijać działalność edukacyjną poprzez organizację specjalistycznych warsztatów flebologicznych poświęconych nowoczesnej diagnostyce i leczeniu chorób żył, prowadzonych z udziałem ekspertów z Polski i zagranicy.

Kompleksowe podejście, specjalistyczne wyposażenie, połączenie kompetencji z zakresu flebologii, chirurgii oraz ginekologii, a także współpraca z uznanymi ekspertami umożliwiają prowadzenie diagnostyki i leczenia chorób układu żylnego powierzchownego, głębokiego oraz żył miednicy w jednym ośrodku.

Koszty części zaawansowanych procedur są wysokie, dlatego dr Aleksandra Jaworucka-Kaczorowska podejmuje starania o zawarcie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, przynajmniej w zakresie świadczeń znajdujących się w koszyku świadczeń gwarantowanych.

DOROTA FRĄTCZAK

Fot. DOROTA FRĄTCZAK oraz archiwum dr ALEKSANDRY JAWORUCKIEJ-KACZOROWSKIEJ





Gastroenterologia i hepatologia

27 czerwca w Urzędzie Marszałkowskim w Zielonej Górze odbyło się IX Lubuskie Sympozjum „Gastroenterologia i hepatologia 2026” zorganizowane przez komitet organizacyjny pod kierunkiem konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie gastroenterologii dr. n. med. Dariusza Giezowskiego.

Przewodniczącym Komitetu Naukowego był prof. dr hab. n. med. Jarosław Reguła. W składzie Komitetu Naukowego znalazło się jedenastu profesorów i dziesięciu doktorów nauk medycznych. Patronat honorowy przyjęli wojewoda lubuski, marszałek lubuski i Polskie Towarzystwo Gastroenterologii. Konferencję swoim udziałem zaszczylicili: pierwszy wicewojewoda lubuski, Maciej Siwicki,

Ewa Jaske, dyrektor Departamentu Ochrony Zdrowia, Urzędu Marszałkowskiego, profesor Wojciech Marlicz, prezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, profesor Jarosław Reguła, przewodniczący Komitetu Naukowego Sympozjum, dr n. med. Marzena Plucińska, wiceprezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze. Witając gości dr Dariusz Giezowski szczególnie dziękował za obecność pani profesor Grażyny Rydzewskiej, na której wsparcie – jak podkreślił – zawsze może liczyć. Powitał również panią profesorową, wdowę po zmarłym profesorze Witoldzie Bartniku. Następnie dr Giezowski wspominał innych nieżyjących gastroenterologów: swojego przełożonego, dr. Jerzego Teicherta, prof. Krzysztofa Linke, prof. Krzysztofa Marlicza, prof. Leszka Paradowskiego. Zebrani ich pamięć uczcili minutą ciszy.

Celem organizatorów było zgłębienie najnowszych postępów w diagnostyce i leczeniu chorób układu pokarmowego oraz wątroby. W sympozjum udział wzięli profesorowie z takich ośrodków akademickich,

jak Szczecin, Wrocław, Warszawa, Kraków, Lublin.

I sesja

I sesja nosiła tytuł „Endoskopia przewodu pokarmowego”. Przewodniczyli jej: prof. Jarosław Reguła, dr Dariusz Giezowski i dr Radosław Kempański. Pierwszy wykład o nowościach z najbardziej prestiżowego na świecie kongresu naukowego DDW (Digestive Disease Week) wygłosił prof. Jarosław Reguła z Warszawy. Innowacje technologiczne i AI w endoskopii omówił dr n. med. Tomasz Marek z Katowic. „Co nowego w postępowaniu w krwawieniach do przewodu pokarmowego?” przybliżyła dr hab. Ewa Nowakowska-Dułała z Katowic. Temat „Enteroskopia – od diagnostyki do terapii, warto to robić częściej. Co nowego w endomikroskopii konfokalnej?” przybliżył dr n. med. Janusz Milewski z Warszawy. Sesję zakończyła dyskusja.

II sesja

Po przerwie otwarta została II sesja. Jej tematem były „Choroby jelit. Mikrobiota jelitowa”, a przewodniczyli jej: prof. Grażyna Rydzewska, prof. Agnieszka Dobrowolska, prof. Elżbieta Poniewierka i prof. Krystian Adrych. Pierwszy wykład (sponsorowany) zatytułowany „Mikrobiota jelitowa. Nowoczesne cele leczenia IBD” przeprowadziła prof. Grażyna Rydzewska z

Warszawy. Kolejny wykład: „Różne aspekty diagnostyki i leczenia NChZJ u dzieci” był dziełem dr n. med. Tomasza Pytrusa i dr n. med. Katarzyny Akutko z Wrocławia. Kolejny wykład: „Wybór leku biologicznego/innowacyjnego w warunkach polskich” miał prof. Piotr Eder z Poznania. Temat „Zespół nieszczelnego jelita – jak postępować?” przedstawił prof. Wojciech Marlicz ze Szczecina. Prof. Małgorzata Zwolińska-Wcisło z Krakowa omówiła „Jak skutecznie stosować probiotyki?”. Prof. Barbara Skrzydło-Radomiańska dała wykład na temat „Zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego – co się zmieniło? A co z dyskinezą dróg żółciowych?”.

Po czym odbyła się dyskusja.

III sesja

Następnie otwarta została III sesja pt „Choroby wątroby, choroba otyłościowa. Dylematy wokół opcji terapeutycznych”. W ze Szczecina tej części prof. Ewa Wunsch przedstawiła wykład na temat „Cholestaza wewnątrzwątrobowa – jak współcześnie diagnozować i leczyć chorych?”. Z kolei prof. Katarzyna Neubauer z Wrocławia omówiła „Nowe wytyczne farmakoterapii oraz monitorowanie pacjentów z MASLD”. Dr n. med. Maria Janiak z Gdańska przeanalizowała „Chorobę otyłościową i różne aspekty leczenia zachowawczego”. Dr n. med. Daria Anna Solis z Niemiec zajęła się tematem „Operacje bariatryczne – ak-



Dr n. med. Dariusz Giezowski



Dr n. med. Daria Anna Solis

Dr Jerzy Teichert – ordynator Oddziału Chorób
Wewnętrznych
i Gastroenterologii, wraz z zespołem



Prof. dr hab. n med. Krzysztof Linke



Prof. dr hab. n med. Witold Bartnik



Prof. dr hab. n med. Krzysztof
Marlicz



tualny stan wiedzy”. Prof. Mirosław Jarosz z Warszawy zgłębił „Sekrety długowieczności – na co mamy wpływ w praktyce?” Po czym otwarty został kolejny panel dyskusyjny z możliwością zadawania pytań, który moderował prof. Mirosław Jarosz a uczestniczyły w nim panie Ewa Wunsch, Katarzyna Neubauer i Maria Janiak.

W symposium uczestniczyło 150 lekarzy, głównie byli to interniści i gastroenterolodzy, ale nie zabrakło też chirurgów, pediatrów, lekarzy rodzinnych, endokrynologów. Wszyscy otrzymali punkty edukacyjne.

- Po zakończeniu symposium zaczęłam dostawać mnóstwo SMS-ów i mejli z podziękowaniami i gratulacjami – zdradza dr Giezowski. - Nie spodziewali się, że symposium będzie tak świetne, na tak wysokim poziomie. Udowodniliśmy, że nie tylko w Warszawie, Krakowie czy Gdańsku

organizowane są wydarzenia na wysokim poziomie, ale w mniejszych ośrodkach również. Słyszałem okrzyki radości: Wygrała Zielona Góra. Bardzo mnie to cieszy.

Zgranie terminów tylu profesorów, uzgodnienie tematów z tak wieloma wykładowcami, zorganizowanie całej logistyki tego wydarzenia – to wszystko wymagało od dr. Giezowskiego gigantycznego wysiłku. On sam przyznaje:

- Ostatnie pół roku to była praca nad przygotowaniem tego symposium. Duży wysiłek, ale i satysfakcja niemała. Uważam, że trzeba coś zrobić z tymi lekarzami, którzy po zrobieniu specjalizacji nie pokazują się już na żadnych kursach, szkoleniach, konferencjach czy symposiumach. W tym zawodzie trzeba nieustannie zdobywać nową wiedzę. Poziom symposium był bardzo wysoki – ocenia prof. Barbara Skrzysło-Radomańska - Tradycja tych spotkań jest

dłuższa. Wspominany był profesor Witold Bartnik. Po jego śmierci trochę to zamarło, ale tradycja jednak jest kontynuowana. Profesor Jarosław Reguła i doktor Dariusz Giezowski opracowali bardzo nowoczesną formułę tego symposium – choroby nieswoiste, choroby zapalne jelit. W maju ogłoszono kryteria rzymskie V. Odchodzą one od terminu „choroby czynnościowe” na rzecz zaburzenia na osi jelitowo - mózgowej. Zaburzenia te dotyczą bardzo wielu ludzi. Zagadnienia mikrobioty jelitowej, której rola ciągle jest niedoceniana. Atmosfera tych spotkań jest niezwykła – dominuje gościnność i serdeczność. Darek wspomnień naszych nieżyjących już uczestników spotka. Poza wielką jakością merytoryczną była doskonała organizacja.

DOROTA FRĄTCZAK

Fot. archiwum symposium



Dr n. med. Daria Anna Solis i dr n. med. Dariusz Giezowski



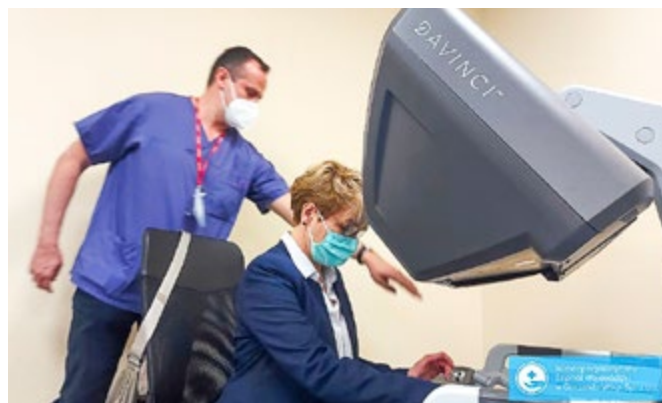
Prof. Grażyna Rydzewska oraz Hanna i Dariusz Giezowski

Jednak da Vinci

Gorzowski szpital pilnie potrzebuje już drugiego robota typu da Vinci.

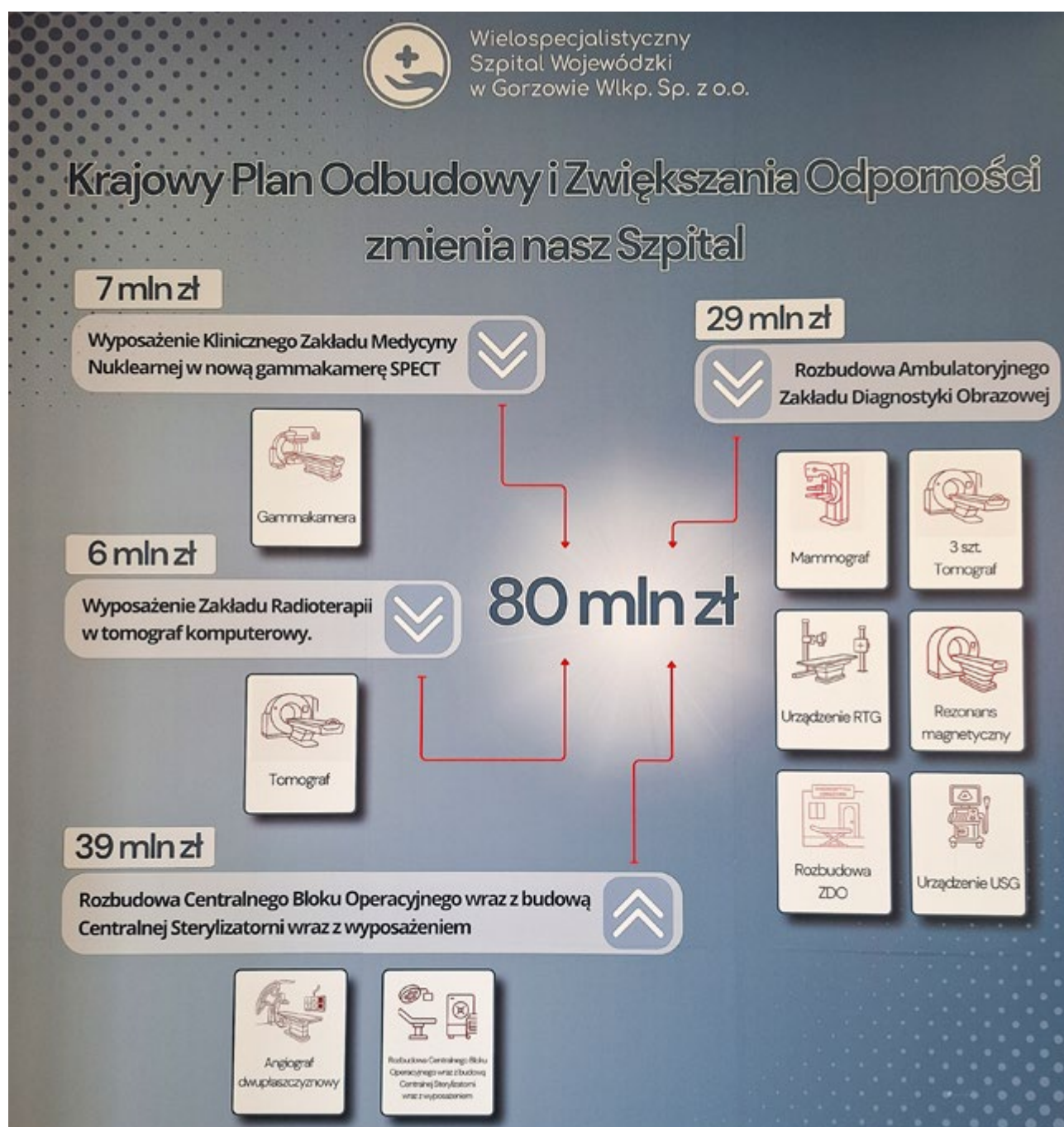
Na oddziale urologicznym testowany był chiński robot z firmy Edge Medical. Początkowo wydawał się prawie wierną kopią oryginalnego da Vinci a cena była niższa, Doktor Piotr Petrasz nie kierował się uprzedzeniami do chińskich produktów, które wzorem dobrej jakości na ogół nie są, i z pełną otwartością testował chińskiego robota. Miał do niego sporo uwag, które przekazał producentowi. Po poprawkach robot ponownie został przetestowany.

- Zrobiliśmy nim trzy operacje. Czuję się po nich jak z krzyża zdjęty, nie chciałbym na tym robocie pracować. W poszczególnych elementach jest 10-15% gorszy od da Vinci. Nie chodzi o to, żeby kupić tańszego robota i potem pacjentowi zaszkodzi, czy uśmiercić na stole operacyjnym. Zdecydowanie nie



jest on bezpieczny, a bezpieczeństwo pacjenta jest najważniejsze.

Ta opinia szefa urologii zapewne ucieszy pozostałych operatorów i asystentów, pracujących nad da Vincim, bo przesiadać się mercedesa na malucha nikt by nie chciał. (DF)



Krajowy Plan Odbudowy zmienia gorzowski szpital, trafi do niego na inwestycje w sumie 80 mln zł



Pozyskiwać najlepszą kadrę

Rozmowa z Jerzym Ostrochem, prezesem zarządu
Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie

- Wiem, że był pan na Ukrainie. Gdzie i w jakim celu?

- Byłem w Tarnopolu. Tam jest szpital, z którym utrzymujemy kontakt i współpracę od blisko trzech lat, właściwie od początku inwazji w Ukrainie. Wspieramy ten szpital, pomagamy. W ubiegłym roku mieliśmy wspólną konferencję w Gorzowie z udziałem lekarzy ze szpitala z Tarnopola. Cieszyła się ona dużą popularnością. Uczestniczyły w niej nasze lokalne służby: policja, wojsko, straż pożarna, ościenne szpitale, także Narodowy Fundusz Zdrowia, w sumie około stu uczestników. Lekarze z Tarnopola opowiadali o funkcjonowaniu szpitali w warunkach wojennych. Były cztery prezentacje, była prezentacja dyrektora tego szpitala. To jest istotne z uwagi na to, że ten szpital nie był w strukturach wojskowych, a był jednym z ważnych szpitali, gdzie byli przywożeni pociągami ranni z linii walk. Ranni żołnierze, wymagający zaopatrzenia ortopedycznego, byli przywożeni w nocy, nad ranem do tego szpitala. Uczestniczyłem w takim wyjeździe, zorganizowanym przez Instytut Medyczny MSWiA, i w przyjęciu takich pacjentów. Przyjęto wówczas około siedemdziesięciu rannych żołnierzy. Obserwowałem jak to jest organizacyjnie rozwiązane. To spowodowało, że nawiązałem bliższą współpracę i bardzo się cieszę, że ona jest. To jest unikalne doświadczenie, jakie możemy pozyskać w trakcie współpracy ze szpitalem w Tarnopolu.

- Czy to jest podyktowane zagrożeniem militarnym Polski?

- Tak, jest to podyktowane sytuacją geopolityczną, zagrożeniami militarnymi, ale również jest to pokłosie naszych doświadczeń, związanych z covidem. Są prace, które wykonujemy na rzecz przygotowania szpitala do wszelkiego rodzaju zagrożeń: wojennych, epidemiologicznych,

związanych z klęskami masowymi. Na te działania, które nieprzerwanie od kilku lat realizujemy w związku z zagrożeniami cywilnymi – które zaczęły się w okresie covidowym i pocovidowym – nakłada się w ostatnim okresie ta dodatkowa matryca, związana z zagrożeniami militarnymi,

- Wkrótce ruszy nowy blok operacyjny. Jakie są różnice między starym i nowym blokiem operacyjnym?

- To jest uzupełnienie naszego bloku operacyjnego. Są to dodatkowe cztery sale na bloku operacyjnym. Blok ten realizujemy w ramach Krajowego Planu Odbudowy. W tej chwili trwają już ostatnie odbiory sprzętu, który jest zamontowany w bloku operacyjnym. Czym się różni? Po prostu jest postęp technologiczny. Tam będą sale hybrydowe; tam jest sala, w której na stałe będzie angiograf; będzie sala, w której będą realizowane procedury robotyczne. To nie jest tak, że zastąpimy stary blok nowym blokiem. Te dwa bloki będą nawzajem się uzupełniały.

- Czy to będzie ten angiograf, który jest wykorzystywany w Pracowni Hemodynamiki?

- Nie, to jest nowy angiograf. W ostatnim okresie bardzo dużo sprzętu kupiliśmy.

- To od razu zapytam o drugiego robota da Vinci. Od doktora Petrasza wiem, że decyzja dotycząca zakupu już zapadła, pytanie tylko kiedy to nastąpi?

- Jesteśmy jednym z ośrodków w Polsce, który robi bardzo dużo zabiegów na jednej maszynie. W ubiegłym roku około 450 zabiegów wykonano – to jest jeden z lepszych wyników w Polsce, jeśli chodzi o wykorzystanie robota. To jest powód do satysfakcji. Kiedy ponad pięć lat temu podejmowaliśmy starania, aby kupić robota do naszego szpitala, to zderzyliśmy się z dużą niechęcią. Panowało przekonanie, że właściwie robot w Gorzowie do niczego nie jest potrzebny.

- Z czyjej strony ta niechęć była?

- Ze strony środowiska lekarskiego. Ze strony specjalistów były wypowiedzi, że szpital w Gorzowie znany jest z tego, że „znany jest z niczego”. Dosłownie tak było

napisane w jednej z opinii. Mimo wszystko udało nam się doprowadzić do sytuacji, w której ten robot został zakupiony i ...

- ... i bardzo intensywnie jest wykorzystywany – pisałam o tym niejednokrotnie.

- Dzięki temu nasz ośrodek urologiczny jest jednym z lepiej funkcjonujących oddziałów urologicznych w Polsce. To jest pasja lekarzy. Pozyskaliśmy specjalistów, którzy zdecydowali się podjąć pracę w naszym szpitalu, i dzięki temu mamy świetny oddział urologiczny.

- Jakie będą kolejne inwestycje w budynek i z jakimi przemieszczeniami oddziałów będzie się to wiązało?

- Trzeba zacząć od tego, co już wybudowaliśmy. Mamy wybudowany blok operacyjny, mamy Zakład Diagnostyki Obrazowej, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, została wybudowana tlenownia. Jest wybudowana nowa kuchnia za tym dużym, czerwonym budynkiem ze szpitalną apteką i Zakładem Medycyny Nuklearnej. Na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat średniorocznie wydajemy około 40 milionów własnych środków na realizowane inwestycje szpitalne. Kuchnia jest jedną z nich, w nią inwestowaliśmy ze środków własnych. Dlaczego jest to takie ważne? Gdyż w miejscu dzisiejszej kuchni będziemy budowali duży, sześciopiętrowy obiekt, skomunikowany z głównym budynkiem szpitala, i tam będzie między innymi oddział urologii, oddział neurologii i oddział interny. Oddziały te będą skomunikowane z głównymi korytarzami szpitala. Wizualizacji tego obiektu jeszcze nie mamy, ale to już się dzieje. W tej chwili toczą się dwa duże projekty, to jest budowa zespołu poradni, zlokalizowana pod ścianą lasu. Przypuszczam, że rozpoczniemy budowę we wrześniu, może w październiku tego roku – koszt tej inwestycji będzie rzędu 80 milionów złotych. I równolegle rozstrzygany jest przetarg na termomodernizację szpitala. To jest też koszt około 100 milionów złotych. Przy okazji termomodernizacji będzie budowa magazynu energii. To są rzeczy, które będą się działy na ulicy Dekerta.

- Kiedy będzie budowany ten budynek, w którym znajdzie się urologia, neurologia i interna?

- Na razie organizujemy finansowanie. Powiedziałem o tym, co w tej chwili się dzieje, a jeśli chodzi o ten nowy budynek – o tym też trzeba powiedzieć, że termomodernizacja szpitala spowoduje ubytek dotychczasowych miejsc dla chorych. Przy okazji termomodernizacji będziemy dążyli do tego, żeby doprowadzić do sytuacji, w której będą sale dwułożkowe z węzłami sanitarnymi. Każde dwie sale będą miały wydzielony węzeł sanitarny. Jeśli będziemy chcieli to zrobić, to ubędzie nam miejsc łóżkowych. Łóżka, które w ten sposób stracimy, plus interna, która zostanie powiększona, to powinniśmy odzyskać poprzez budowę nowego pawilonu.

- Ilu łóżkowe będą te trzy oddziały w nowym budynku?

- One na pewno będą nie mniejsze niż dotychczas. Interna na pewno będzie większa. Szukamy najlepszych rozwiązań. Fakt, że w ogóle postanowiliśmy budować dodatkowy pawilon z oddziałami, to właśnie ze zwiększeniem liczby łóżek jest związany. Na razie nie jest jeszcze ustalone ile łóżek na którym oddziale będzie, zapewniam, że nie mniej niż dotychczas. To wszystko będzie lepiej zorganizowane, bo bezpośrednio przy oddziale urologicznym będzie również poradnia i ambulatorium. W tej chwili poradnię urologiczną mamy w innej lokalizacji, oddział w innej. A będziemy uruchamiać też pewne działania związane z tak zwaną chirurgią jednego dnia, kiedy pacjent w ogóle nie przebywa stacjonarnie w szpitalu.

- Jak zagospodarowane zostaną opuszczone przestrzenie?

- To się skończy tak, że na przykład dotychczasowy oddział chirurgiczny będzie miał całe piętro, oddział kardiologiczny będzie miał całe piętro, na razie mają po pół pietra. Dążymy do tego, żeby oddziały zabiegowe, które są w tej chwili na półkach pięter, funkcjonowały na całym piętrze, żeby docelowo każde piętro było dedykowane jednemu oddziałowi.

- Czy w kompleksie szpitalnym przy ul. Walczaka również będą prowadzone jakieś inwestycje?

- 31 marca podpisaliśmy umowę na realizację projektu „Przebudowa, modernizacja budynków szpitalnych oraz wyposażenie infrastruktury technicznej i medycznej w celu poprawy jakości i dostępności do kompleksowej opieki psychiatrycznej” w kompleksie szpitalnym przy ul. Walczaka. Inwestycja ta, opiewająca na blisko 230 milionów złotych, będzie finansowana z

Funduszu Medycznego i budżetu szpitala, Odpowiada ona na rosnące potrzeby w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i ma na celu stworzenie nowoczesnego, bezpiecznego oraz dostępnego dla pacjentów centrum kompleksowej opieki psychiatrycznej przy ul. Walczaka 42. Projekt obejmuje modernizację i przebudowę sześciu pawilonów szpitalnych: nr 3, 4, 5, 9, 10 i 17, które zostaną dostosowane do nowych funkcji medycznych, i wyposażone w nowoczesną infrastrukturę. Zostaną wymienione instalacje, przebudowane wnętrza, zamontowane systemy bezpieczeństwa, zagospodarowane zostaną też zielone tereny zewnętrzne z uwzględnieniem funkcji rekreacyjnych i integracyjnych. Wszystkie modernizowane obiekty będą dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami narządów ruchu.

- Jaki jeszcze nowoczesny sprzęt mieści się w planach zakupowych?

- Zacząć trzeba od tego, że nawet najlepsze urządzenie diagnostyczne czy chirurgiczne bez dobrego operatora, bez dobrego lekarza będzie bezużyteczne. Taki był nasz główny cel, gdy obejmowaliśmy ten szpital z Robertem Surowcem ponad dziesięć lat temu, żeby spróbować sprowadzić możliwie najlepszych lekarzy. I to nam się w dużej mierze udało. Wymiernym efektem jest to, że potroiliśmy prawie kontrakt, że od podstaw zbudowaliśmy radioterapię, od podstaw brachyterapię, stworzyliśmy od podstaw oddział chirurgii naczyniowej, również oddział kardiochirurgii, uruchomiliśmy badania PET/CT, czyli cały kompleks związany z diagnostyką nowotworową, rozwinęliśmy Zakład Medycyny Nuklearnej. Po to, żeby to wszystko zrobić, musieliśmy najpierw pozyskać wysoko wykwalifikowanych specjalistów. Rozmawialiśmy o urologii, o której pamiętam jak szef Narodowego Funduszu Zdrowia, zanim pozyskaliśmy doktora Petrasza, doktora Gałęskiego, mówił: „Zróbcie coś z tą urologią, bo to jest kompromitacja”. No więc chciałbym pokazać nasze działania, które na przestrzeni ostatnich lat zostały zrealizowane, dzięki stworzeniu takiego zespołu lekarskiego.

- Jednocześnie jednak sporo lekarzy ze szpitala odeszło do Drezdenka, Międzyrzecza, Świebodzina i innych, nie tylko powiatowych szpitali.

- Tak, to jest naturalny proces.

- Ogólnie, co mogło być przyczyną, że do tego doszło?

- Brak umiejętności, brak troski o pa-

cjenta, unikanie pracy. Taka spektakularna historia: jeśli chirurg, będący na etacie w naszym szpitalu, w ciągu roku na bloku operacyjnym był dziesięć razy, to co on robił? Stworzenie radioterapii, stworzenie brachyterapii wymagało całkowicie nowych umiejętności od lekarzy chirurgów. Oni musieli zacząć się specjalizować w zabiegach onkologicznych, bo inaczej mielibyśmy radioterapię, ale nie mielibyśmy pacjentów. Dlatego musieliśmy tę niszę wypełnić. Za zespół, jaki pracuje, odpowiada ordynator. Była sytuacja taka, że grupa lekarzy z dnia na dzień odeszła, porzuciła oddział, twierdząc, że nie zostały wynegocjowane umowy, że zaproponowane stawki są za niskie. Pozostaje pytanie: gdzie etyka lekarska? Wtedy pozyskaliśmy nową grupę lekarzy i muszę przyznać, że od tamtego czasu nie mam sytuacji takiej, żeby jakikolwiek lekarz porzucił oddział. Jeden z lekarzy, niezależnie od tego, że wcześniej porzucił oddział, został zatrudniony ponownie, ale ordynator po jakimś czasie rozczarował się, bo lekarz ten nie miał pewnych niezbędnych umiejętności.

- Czy za inwestycjami materialnymi idą też inwestycje w ludzi?

- Tak, oczywiście. Sam fakt, że da Vincim operujemy w trzech specjalnościach: urologicznej, chirurgicznej i ginekologicznej, czyli że mamy wyspecjalizowane zespoły, które musiały przejść specjalistyczne kursy, zdać egzaminy, aby uzyskać certyfikaty, świadczy o tym, że lekarze rozwijają się zawodowo. To są właśnie inwestycje w ludzi. Dla rezydentów, którzy zobowiązują się, że po zakończeniu rezydentury będą u nas przez trzy lata pracowali, dofinansowujemy dużą część dodatkowego wynagrodzenia, niefinansowanego z Ministerstwa Zdrowia. Z ministerstwa to jest kwota 11 tysięcy złotych a my do tego dokładamy jeszcze sześć i pół tysiąca złotych co miesiąc przez trzy lata. W tej chwili wiele specjalności zarówno lekarskich, jak i pielęgniarskich, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów wiąże się z uzyskiwaniem dodatkowego wykształcenia i my w to inwestujemy, finansujemy to. Współpracujemy też z Wydziałem Lekarskim Uniwersytetu Zielonogórskiego, z AJP w zakresie kształcenia pielęgniarek i ratowników medycznych – studenci i absolwenci odbywają praktyki i staże w naszym szpitalu. Zabiegamy o to, żeby pozyskiwać możliwie najlepszą kadrę.

- Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała
DOROTA FRĄTCZAK

Boom inwestycyjny w gorzowskim szpitalu

Nowo powstałe obiekty



Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej



Ambulatoryjny Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej



Rehabilitacja i Szkoła Rodzenia



OIOM oraz Klinika Hematologii Uniwersytetu Zielonogórskiego



Zakład Radioterapii



Stacja Dializ i Wojewódzka Poradnia Nefrologiczna



Zakład Patomorfologii



Zakład Mikrobiologii

Obiekty na ukończeniu



Blok Operacyjny



Nowa kuchnia



Obiekty planowane



W miejscu starej kuchni powstanie sześciokondygnacyjny pawilon szpitalny



W nowym pawilonie znajdą się trzy oddziały: urologiczny, neurologiczny i internistyczny

Medycyna wojenna

1 września, jak co roku, wspominaliśmy wybuch II wojny światowej. W Muzeum Obrony Wybrzeża w Helu można oglądać nie tylko militaria, ślady po I i II wojnie światowej, ale również arsenał medycyny, który służył ratowaniu ludzi. Oglądając te zbiory, uświadamiamy sobie jak trudne zadania stały wówczas przed lekarzami przy tak skromnym, żeby nie powiedzieć prymitywnym wyposażeniu w sprzęty i leki oraz jak ogromny postęp dokonał się w medycynie od tamtej pory.

Jednym z najsłynniejszych osiągnięć medycyny II wojny światowej było zastosowanie antybiotyków. Znaczący przełom stanowiła masowa produkcja penicyliny, odkrytej przez Alexandra Fleminga, szkockiego lekarza i mikrobiologa, we wrześniu 1928 roku.

Ważnym lekiem z grupy sulfonamidów był też prontosil, pierwszy antybiotyk stosowany w leczeniu zakażeń u ludzi, jeden z pierwszych skutecznych leków bakteriobójczych. Przeciwbakteryjne działanie sulfonamidów odkrył niemiecki patolog, Gerhard Domagk, za co w 1939 roku otrzymał Nagrodę Nobla. Leki te wie-

lu ludziom uratowały życie, podobnie jak i – prozaiczna zdawałoby się – aspiryna.

Dla ciężko rannych najważniejszym specyfikiem była morfina. Podawano ją w jednorazowych dawkach po 32 mg. Żołnierze otrzymywali zestawy pierwszej pomocy, w tym indywidualne pakietki z morfiną.

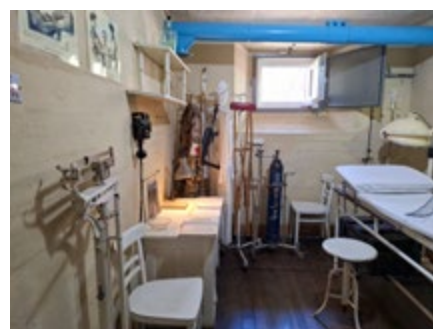
Pasjonatom ze Stowarzyszenia „Przyjaciele Helu”, które prowadzi Muzeum Obrony Wybrzeża w Helu, udało się zgromadzić opakowania po tych lekach.



Ambulans z czasów II wojny światowej



Ambulatorium portowe Komendy Portu Wojennego w Helu



Gabinet lekarski



Szafa w ambulatorium



Zachowany kitel lekarski i stetoskop



Nosze w ambulatorium



Opakowania po lekach stosowanych w czasie II wojny światowej



W gablocie m.in. korytko ze szpatułką, maska do znieczulania, wziernik nosowy



Walizeczka lekarska kpt. marynarki lek. Zbigniewa Pawła Wierzbowskiego herbu Sępówron (1909 + 1941), zrobiona na zamówienie, wyposażona przez Z. Wierzbowskiego, używana w czasie obrony Helu.



Akcesoria medyczne zgromadzone w jednej z sal Muzeum Obrony Wybrzeża w Helu



W gablocie m.in. strzykawka pielęgniarki Otylii Dornr, aparat ssący do wyśięków z jam ciała, butelka z jodyną, opatrunek osobisty prod. USA, wanienska mosiężna oznaczona godłem państwowym i literami W.P.SA



Szafa z narzędziami medycznymi

Ekspozaty polskiej i niemieckiej służby zdrowia z Helu

W czasie II wojny światowej prezerwatywy były kluczowym elementem wyposażenia żołnierzy. Rządy obu stron konfliktu traktowały ich produkcję priorytetowo, by chronić wojsko przed chorobami wenerycznymi. Prezerwatywy, które nadal nazywano gumkami, były już produkowane z odkrytego w 1920 roku lateksu. W gablotach helskiego muzeum również można je znaleźć. A kiedy brakowało prezerwatyw, chłopcy otrzymywali na wszelki wypadek proszek sulfonamidu.

Żołnierze używali też lateksowych prezerwatyw jako wodo-odpornych ochraniaczy na lufy karabinów (zabezpieczały przed wodą, piaskiem i błotem, nie wpływając na celność strzału). Służyły również do przechowywania i zabezpieczania przed wilgocią zapalniczek, dokumentów, map.

Tekst i zdjęcia: DOROTA FRĄTCZAK



W gablocie od lewej z góry na dół m.in. pudełko do przechowywania strzykawki prod. H. Windler; strzykawki do podawania maści, ceramiczne łyżeczki do podawania leków; strzykawki metalowo-szklane typu Record, pojemnik do przechowywania wyjąłowanej strzykawki z igłami, palniki spirytusowe do wyjąławiania strzykawek metalowych; strzykawki metalowo-szklane z podziałką do dawkowania leku, umieszczonym na gwintowanym tłoczysku, a nie na szklanym cylindrze, do regulowania jest nakrętka; strzykawka do przepłukiwania jam ciała



W gablocie m.in. cewniki srebrne, cewnik nosowy, szpatułka do nakładania maści, rektoskop z wewnętrznym oświetleniem, butelka po eterze z dozownikiem, kleszczyki naczyńowe typu Pean, nożyczki chirurgiczne, wanienska ze wzgłębnikami i narzędziami otolaryngologicznymi



Dezynfekcja rąk



Gabinet Rentgena w służbie wojskowej



Dr Izydor Janca z Pucka kupił aparat rtg latem 1939 roku, ale nie zdążył go użyć, gdyż we wrześniu wybuchła wojna i aparat trafił na wyposażenie wojskowej służby medycznej



Rarytas, nowinka - aparat rentgenowski



Zdjęcie rtg z prześwietlenia płuc



Sala operacyjna



Przedmioty codziennego użytku służb medycznych: butelka z jodyną, butelka po olejku NIVEA z napisem u dołu Przed użyciem zamąć, i i inne butelki dla wojskowej służby zdrowia oraz łyżeczka do kawy lub herbaty, wykonana z alpaki, przeznaczona dla wojskowej służby zdrowia. Producent NONARG – FRAGET (Fabryka Wyrobów Srebrnych i Platerowanych Józefa Fregeta w Warszawie) i talerz dla służby zdrowia, producent Włocławek

Design sprzed stu lat

Bauhaus to nie tylko kierunek w architekturze lecz także nowoczesny design, prekursor IKEI w projektowaniu mebli i wyposażenia wnętrz, a nawet kostiumologii teatralnej. Muzeum Bauhaus, które zostało wybudowane w Dessau w 2019 roku, prezentuje ten dorobek z lat 1925 -1932.

tekst i zdjęcia: DOROTA FRĄTCZAK



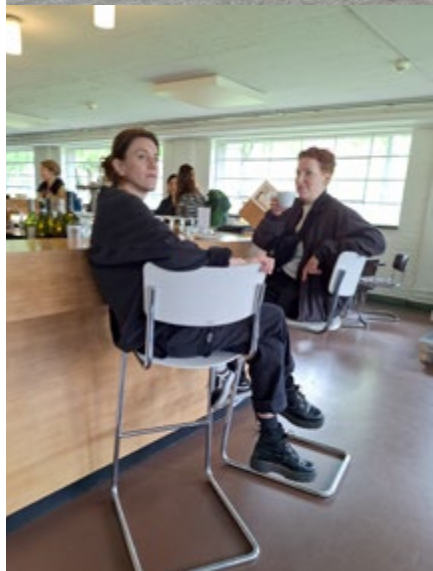
Muzeum Bauhaus od tyłu.



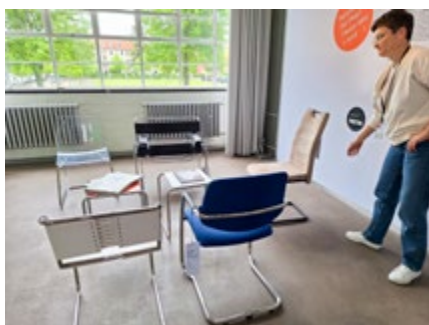
Stojak na rowery.



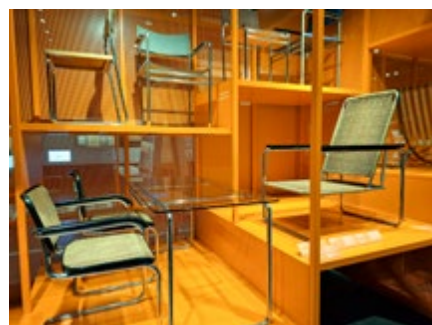
Kaloryfer żeberkowy.



Kawiarnia w Bauhaus z hokerami.



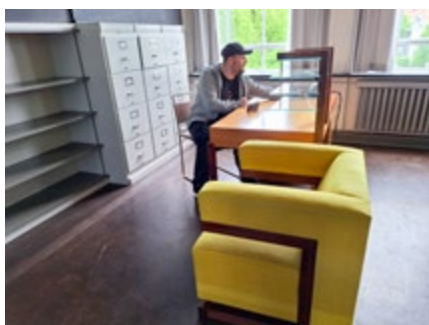
Charakterystyczne krzesła na giętych rurach.



Fotele i krzesła jednolite stylistycznie.



Stolik i stolki.



Prosty fotel.



Prosta kanapa.



Biurko, krzesło, szafa na dokumenty.



Szafki, półki, krzesłą.



Nocna szafka.



Przesuwne drzwi w szafie w zabudowie.



Witrynka.



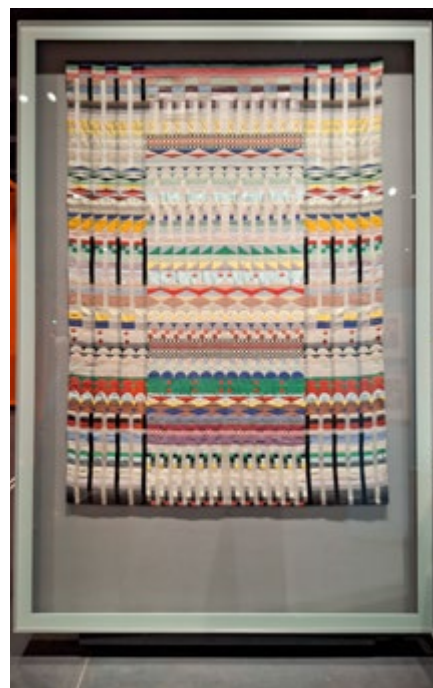
Szafa wnękowa.



Lampy stojące i jedna podsufitowa.



Lampy podsufitowe.



Kilim - tkanina artystyczna.



Dzieło Oskara Schlemmery zrewolucjonizowało taniec, łącząc go z geometrią, rzeźbą.



Serwis kawowy.



Dywan.



Kostiumy Oskara Schlemmery z 1922 roku do baletu tradycyjnego.



Teatr lalek autorstwa członków Bauhausu Lotte i Edmunda Colleinów.jpg

Złoty tenisista

Stomatolog Philip Arndt wygrał XXXV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Ziemnym, które odbyły się w dniach 4 – 7 czerwca we Wrocławiu.

Philipp Arndt nosi niemieckie imię i nazwisko ze względu na niemieckie pochodzenie ojca i fakt, że sam urodził się w Berlinie. Do Polski przyjechał dopiero w 2020 roku, by studiować stomatologię na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie. Jako lekarz dentysta początkowo należał do Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie. Po przeniesieniu się do Ślubic w lutym tego roku został członkiem Okręgowej Izby Lekarskiej w Gorzowie.

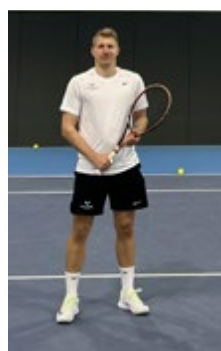
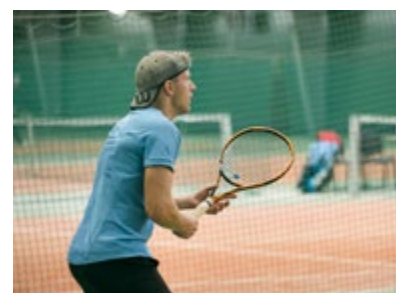
Tenis ziemny uprawia od ponad 20 lat. Po raz pierwszy wystartował w XXVI Halowych Mistrzostwach Polski Lekarzy w Tenisie Ziemnym w Chorzowie w listopadzie ubiegłego roku. Uczestniczyło w nich 128 zawodników i zawodniczek. Zdobył I miejsce w kategorii open.

- W mistrzostwach jest podział na kategorie wiekowe plus kategoria open, - wyjaśnia - w której może wystartować każdy lekarz, który chce. Zawodnicy startujący w kategorii open prezentują najwyższy poziom, wielu z nich jest klasyfikowanych w rankingach światowych.

W mistrzostwach we Wrocławiu także wzięło udział ponad 100 zawodników i zawodniczek, pan Philipp również grał w kategorii open i zdobył złoty medal. Serdecznie gratulujemy.

Tak na marginesie: warszawska izba na swojej stronie internetowej odnotowała „sukces reprezentantów OIL w Warszawie”. Ten wielki sukces to zaledwie III miejsce jednego z zawodników w kategorii open (mikst). Tym bardziej cieszymy się ze zwycięstwa naszego reprezentanta. (DF)

Fot. archiwum organizatorów



Mistrz golfa

W dniach 5 - 6 czerwca w Szczecinie, na polu golfowym Binowo Park GC 18 Golf Club odbyły się XXV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie, w których sukces odniósł gorzowski lekarz, prezes Okręgowej Izby Lekarskiej, Andrzej Szmit.

W przeddzień zawodów miała miejsce runda treningowa. W dniach zawodów rozegrane zostały dwie rundy w formacie Stableford netto i Strokeplay brutto. Owiązywała zasada brutto przed netto, czyli osiągnięty wynik plus handicap najlepszych zawodników. Andrzej Szmit zdobył srebrny medal w kategorii Masters Senior (65+) po 192 uderzeniach. Zdobywca I miejsca miał tylko trzy uderzenia mniej.

W mistrzostwach wzięły udział 73 osoby z całej Polski (18 kobiet i 55 mężczyzn), a wydarzeniu towarzyszyła także akademie golfa dla początkujących. Był też wieczorny bankiet i na zakończenie grillowanie. (DF)

Fot. Archiwum Binowo Park GC 18 Golf Club



GORZOWSKI BIULETYN LEKARSKI

Wydawca: Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wlkp., 66-400 Gorzów, ul. Warszawska 14A/15, tel. 95 722 54 95, 782 554 777

e-mail: biuro@oilgorzow.pl, www.oilgorzow.pl

Redaktor naczelna: Bogumiła Turowska-Dejnowicz, **redaktor odpowiedzialna:** Dorota Frątczak, dorotafr7@wp.pl

Skład i łamanie: Barbara Rynkiewicz

Druk: SONAR sp. z o.o., ul. Kostrzyńska 89, 66-400 Gorzów, tel. 95 72 50 325

Nakład: 585 egzemplarzy