

ISSN 2300-9063

Nr 4 (44) GRUDZIEŃ 2023



BIULETYN

10. WOJSKOWEGO SZPITALA KLINICZNEGO
Z POLIKLINIKĄ SP ZOZ W BYDGOSZCZ

VALETUDINARIA

BYDGOSZCZ

Spis treści

Słowo wstępne	1
Aktualności	
Obchody Narodowego Święta Niepodległości	2
Mianowania żołnierzy naszego szpitala	6
Plebiscyt Hipokrates 2023 - podsumowanie wyników	7
Wybrane zagadnienia z VIII Konferencji Blok Operacyjny – Bezpieczeństwo i nowoczesność rozwiązań.....	7
I Sympozjum Polskiego Towarzystwa Farmacji Klinicznej.....	9
Medycyna	
Zmiany zapalne, odczynowe i naprawcze szyjki macicy	11
Biomarkery p16 i Ki-67 w raku szyjki macicy	14
Pałeczki <i>Enterobacterales</i> wytwarzające karbapenemazy jako zagrożenie epidemiologiczne	16
O Kardiochirurgii nieszablono.....	18
Test rozpoznawania udaru	21
Programy profilaktyczne realizowane przez 10. WSzKzP.....	22
Podstawowa Opieka Zdrowotna - zaproszenie do składania deklaracji.....	25
Oddaj krew – podziel się tym bezcennym darem	26
Informacje	
Badanie opinii i doświadczeń pacjentów naszej placówki.....	27
Podziękowania od Pacjentów.....	28
Nasze portale społecznościowe	29
Zgłoszenie prac autorskich	29

Szanowni Państwo.

Kolejny rok ciężkiej, ale owocnej pracy ogromnymi krokami zbliża się ku końcowi. Od czasu wydania poprzedniego numeru naszego biuletynu mieliśmy okazję obchodzić Narodowe Święto Niepodległości, podczas którego oficjalnie pogratulowałem Pani ppłk mgr Iwonie Manos objęcia stanowiska Kierownika Polikliniki. Tego dnia również część żołnierzy została mianowana na wyższe stopnie wojskowe, a innym wręczono Odznaki Pamiątkowe 10. WSzKzP. Z kolei nasz szpital oraz dwóch jego pracowników medycznych zyskało zaszczytne tytuły w Plebiscycie „Hipokrates 2023”.

Dobiegają końca prace w Pracowni Endoskopowej Oddziału Klinicznego Gastroenterologii i Onkologii Gastroenterologicznej, podobnie jak wymiana aparatów RTG i adaptacja pomieszczeń w Klinicznym Zakładzie Radiologii Lekarskiej. Mam nadzieję, że wkrótce obie komórki organizacyjne rozpoczną swoją działalność dla dobra Naszych pacjentów.

Niepokojący jest fakt rosnącej liczby zachorowań na Covid-19, jednak łączę, wraz ze wszystkimi pracownikami szpitala, duże nadzieje, że sytuacja ta się nie pogorszy. Zbliżający się świąteczny czas sprzyja spotkaniom, dlatego zmobilizujemy się do szczególnego dbania o zdrowie zarówno swoje, jak i bliskich nam osób, abyśmy niebawem wszyscy mogli spotkać się przy świątecznym stole.

Na nadchodzące Święta Bożego Narodzenia życzę każdemu z Państwa wielu przyjemnych, radosnych i spokojnych chwil spędzonych w gronie najbliższych. Niech Nowy 2024 Rok będzie pełen śmiałych planów, twórczych pomysłów i obfitował w sukcesy zarówno zawodowe, jak i osobiste.



płk dr n. med. Robert SZYCA
Komendant
10. Wojskowego Szpitala Klinicznego
z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy



Obchody Narodowego Święta Niepodległości

Historia

11 Listopada 1918 roku jest niewątpliwie jedną z najważniejszych dat w naszej historii. W wyniku trzeciego rozbioru w 1795 roku, I Rzeczpospolita została całkowicie wymazana z mapy świata, ale nie z serc Polaków. 123 lata – tyle czasu upłynęło, zanim znów pojawiła się na mapach Europy. Mimo niewoli, wszystkie warstwy społeczne trwały uparcie przy polskości, nie godząc się na podporządkowanie obcej władzy i kulturze. Nie należy się więc dziwić, że kiedy wybuchła I Wojna Światowa, w której naprzeciw siebie stanęli zaborcy naszych ziem, w sercach rodaków ponownie zatliła się iskra nadziei o wolnej Polsce. Determinacja i wola zwycięstwa połączona z wysiłkiem militarnym jak i dyplomatycznym w końcu przerodziły się w upragniony sukces.

105 lat temu, 11 listopada, zakończyła się I Wojna Światowa, a równocześnie rządząca Królestwem Polskim Rada Regencyjna przekazała władzę nad podległymi wojskami

Józefowi Piłsudskiemu – przywódcy, który w owym czasie był dla Polaków symbolem niezłomnej walki o wolność. Radość z odzyskanej niepodległości była wielka – marzenia rodaków urodzonych i wychowywanych pod zaborami, o niepodległej Polsce, w końcu się ziściły.

Obecnie zaangażowanie patriotyczne nie wymaga od nas ofiary krwi czy dokonywania dramatycznych wyborów pomiędzy życiem prywatnym, a służbą Ojczyźnie. Nie znaczy to jednak, że patriotyzm przestał być aktualny we współczesnym świecie.

Każdy z nas, poprzez codzienną pracę, działalność zawodową i wszelkiego rodzaju aktywność w życiu prywatnym, przyczynia się do budowania trwałych i serdecznych więzi międzyludzkich. Jednocześnie, stajemy się jeszcze silniejsi, by służyć wszystkim potrzebującym pomocy, nie tylko medycznej, ale także wsparcia w codziennym życiu oraz oparcia duchowego.

Obchody w 10. WSzKzP SP ZOZ w Bydgoszczy

10 listopada br. społeczność Szpitala, zebrała się na uroczystym apelu, aby upamiętnić 105. Rocznicę Odzyskania Niepodległości. Pielęgnowanie pamięci o wydarzeniach sprzed ponad 100 lat jest niewątpliwie silnym bodźcem do jeszcze większego zaangażowania w wykonywanie codziennej misji Szpitala – od dbania o zdrowie po walkę o życie Rodaków.

Powyższemu wydarzeniu towarzyszyło mianowanie na wyższe stopnie wojskowe:

- kpt. Kamili KOWALCZYK
- kpt. Cezarego TRZASKOWSKIEGO
- kpt. mar. Huberta POLAKA
- st. sierż. Jacka KARCZEWSKIEGO
- st. kpr. Szymona PLASKATEGO

oraz wręczenie Odznak Pamiątkowych 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy:

- ppłk. Tomaszowi KOZIŃSKIEMU
- płk. w st. spocz. dr. n. med. Markowi GRYZOWI
- ppłk. rez. dr. n. med. Cezaremu RYBACKIEMU
- ppłk. rez. dr. n. med. Tomaszowi ŚLOTALE
- ppłk. w st. spocz. Jerzemu LUBOWIECKIEMU
- st. chor. szt. Grzegorzowi JAKUBCZAKOWI
- dr. n. med. Andrzejowi ŁUGOWSKIEMU
- lek. Stanisławowi KĘSEMUI
- lek. Tadeuszowi JARSKIEMU

Komendant Szpitala oficjalnie pogratulował także ppłk mgr Iwonie MANOS objęcia stanowiska Kierownika Polikliniki.





Dzień wcześniej, tj. 9 listopada br., **Komendant Szpitala płk dr n. med. Robert SZYCA** uczestniczył w obchodach Narodowego Święta Niepodległości w Departamencie Wojskowej Służby Zdrowia w Warszawie, gdzie poza przyjęciem podziękowań od Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej Michała WIŚNIEWSKIEGO, został uhonorowany Złotym Medalem „Sił Zbrojnych w Służbie Ojczyzny” Ministra Obrony Narodowej oraz Odznaką Pamiątkową Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia.



Pan płk dr n. med. Robert SZYCA
KOMENDANT
10 WOJSKOWEGO SZPITALA KLINICZNEGO
Z POLIKLINIKĄ SPZOZ W BYDGOSZCZY



PODZIĘKOWANIE

Panie Komendancie, proszę przyjąć wyrazy najwyższego uznania i szacunku oraz serdeczne podziękowania za dotychczasową udaną współpracę na rzecz wzmacniania bezpieczeństwa zdrowotnego naszej Ojczyzny.

Był to czas pełen wyzwań, wymagający nowego spojrzenia na dotychczas funkcjonujące rozwiązania w obszarze zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, a także elastycznych, szybkich oraz trudnych do wdrożenia decyzji.

Czas wyzwań stojących przed wojskową służbą zdrowia w obliczu zagrożenia epidemicznego, jak również w sytuacji wzrastającego zagrożenia konfliktami zbrojnymi na arenie międzynarodowej wymagał ogromnego zaangażowania i determinacji w działaniach.

Gratuluje Panu Pułkownikowi dotychczasowych osiągnięć oraz życzę kolejnych lat działalności obfitujących w sukcesy.

Jednocześnie pozwolę sobie przekazać na ręce Pana Pułkownika podziękowania dla całego personelu kierowanego przez Pana wojskowego podmiotu leczniczego.

Dziękuję za pełną poświęceń służbę i ofiarną pracę na rzecz wojskowej służby zdrowia i ratowania życia ludzkiego, za zaangażowanie i wielkie serce jakie wkładacie Państwo w niesienie pomocy potrzebującym. Państwa profesjonalizm w realizacji powierzonych zadań pozwalają osiągać najwyższe rezultaty i przyczyniają się do dalszego rozwoju wojskowej służby zdrowia.

Dla mnie niezwykle ważny jest fakt, że wspólnie przyczyniliśmy się do znacznego podniesienia zdolności wojskowej służby zdrowia w obszarze zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej.

Niech każdego dnia otacza Państwa życzliwość i serdeczność tych, których spotykacie na swojej drodze, a kolejne lata pracy będą pełne dobrego zdrowia, pomyślności i pogody ducha.



PODSEKRETAZ STANU
W MINISTERSTWIE OBRONY
NARODOWEJ
Michał Wiśniewski
MICHAŁ WIŚNIEWSKI

Warszawa, listopad 2023 r.

Mianowania żołnierzy naszego szpitala

W związku z nowelizacją zapisów Ustawy o obronie Ojczyzny, na podstawie Decyzji Ministra Obrony Narodowej niżej wymienieni oficerowie zostali mianowani na wyższe stopnie wojskowe, w ramach zajmowanego stanowiska służbowego:



Z dniem 6 października 2023 r. por. lek. **Kamila KOWALCZYK** została mianowana na kolejny wyższy stopień wojskowy KAPITANA.



Z dniem 11 listopada 2023 r. por. mar. lek. **Hubert POLAK** został mianowany na kolejny wyższy stopień wojskowy KAPITANA MARYNARKI.



Z dniem 11 listopada 2023 r. por. mgr farm. **Cezary TRZASKOWSKI** został mianowany na kolejny wyższy stopień wojskowy KAPITANA.

W związku z nowelizacją zapisów Ustawy o obronie Ojczyzny, na podstawie Rozkazu Personalnego Nr 9 Komendanta Szpitala Klinicznego płk. dr. n. med. Roberta SZYCY z dnia 02.10.2023 r. niżej wymienieni podoficerowie zostali mianowani na wyższe stopnie wojskowe, w ramach zajmowanego stanowiska służbowego:



Z dniem 12 października 2023 r. sierż. **Jacek KARCZEWSKI** został mianowany na kolejny wyższy stopień wojskowy STARSZEGO SIERŻANTA.



Z dniem 12 października 2023 r. kpr. **Szymon PLASKATY** został mianowany na kolejny wyższy stopień wojskowy STARSZEGO KAPRALA.



Plebiscyt Hipokrates 2023 – podsumowanie wyników

Podsumowanie Plebiscytu Hipokrates 2023 na poziomie regionalnym podczas uroczystej gali zostało zwieńczone trzema wyróżnieniami:

- **I miejsce dla dr. Radosława Janickiego w kategorii Ginekolog**
- **III miejsce dla dr. Michaliny Sobeckiej w kategorii Dermatolog**
- **III miejsce dla naszej placówki w kategorii Szpital**

Dla dr. Radosława Janickiego jednak to jeszcze nie koniec. Zajmując I miejsce na etapie regionalnym, przeszedł do finału, gdzie walcząc o tytuł Ginekologa Roku Polski, zdobył III miejsce.

Jeszcze raz dziękujemy naszym pacjentom za zaufanie oraz serdecznie gratulujemy naszym laureatom.

Wybrane zagadnienia z VIII Konferencji „Blok Operacyjny – Bezpieczeństwo i nowoczesność rozwiązań”

Na przełomie maja i czerwca odbyła się VIII Konferencja „Blok Operacyjny – Bezpieczeństwo i nowoczesność rozwiązań” w Uniejowie. Organizatorem całego przedsięwzięcia były Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych. Konferencja od wielu lat cieszy się dużym zainteresowaniem, różnych jednostek służby zdrowia. Tematyka poruszana w trakcie konferencji dotyczyła m.in. współpracy kontroli zakażeń z zespołami operacyjnymi w celu zapobiegania zakażeniom miejsca

operowanego, bezpieczeństwa pacjenta na bloku operacyjnym w świetle obowiązujących procedur oraz odpowiedzialności prawnej pracowników bloku operacyjnego.

Problem epidemiologiczny zagrożeniem dla szpitala

Jak informuje dr n. med. Paweł Grzesiak, aż 30% wszystkich roszczeń pacjentów, szkód zdrowotnych dotyczy zakażeń. Dlatego też

istotnym jest, aby cały zespół bloku operacyjnego działał jak tandem. Istotna jest tu ogromna wiedza i współpraca całego Zespołu. Zgodnie z przepisami prawa (Ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń szpitalnych u ludzi) mamy obowiązek prawny nadzorowania zakażeń szpitalnych w ramach zorganizowanych struktur. Zwrócono dużą uwagę na fakt braku szkoleń dot. zakażeń szpitalnych w obrębie własnego szpitala, analizując własne przypadki zakażeń, na poszczególnych oddziałach. Prelegent wskazał na kuriozalny fakt braku, w wielu jednostkach służby zdrowia, uczestnictwa bloku operacyjnego w zespołach, komitetach omawiających zakażenia szpitalne pacjentów przekazywanych na inne oddziały po zabiegach. Wskazano, iż szefowie bloków operacyjnych powinni mieć całość historii leczenia pacjenta, który przechodzi przez ich oddział. Tylko taki przepływ informacji między oddziałami, może pozwolić na minimalizowanie zjawiska jakim jest zakażenie szpitalne, które, należy podkreślić, nie musi pojawić się na terenie szpitala. Nie ma tu znaczenia czy zakażenie jest endogenne czy egzogenne. Wskazane jest postawić duży nacisk na działania profilaktyczne, zmierzające do zmniejszania ilości zakażeń poprzez poprawę działań zespołów, oddziałów.

Wyroby medyczne a odpowiedzialność pracowników bloku operacyjnego

Patrząc przez pryzmat epidemii z jaką przyszło nam zmierzyć w ostatnich latach, dynamika rozwoju technologii medycznych jest ogromna. Duży nacisk na to kładą nowe regulacje prawne, powiększająca się wiedza medyczna, ogromne bazy danych, systemy oraz oprogramowania. Zjawisko epidemii wpłynęło na wzrost roszczeniowości pacjentów, co zaobserwować można chociażby na stronie Rzecznika Praw Pacjenta, gdzie rejestrowanych jest setki skarg pacjentów, które niejednokrotnie przekształcają się w postępowania karne czy też cywilne. W roku 2020 odnotowano statystyczny wzrost zgłoszeń, naruszeń, skarg pacjentów kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta, aż o 50%. Ze staty-

styk Ministerstwa Sprawiedliwości, jak przedstawia mec. Grzegorz Mączyński wynika, że najbardziej zagrożoną grupą specjalizacji, tego typu roszczeniami, jest grupa neurochirurgów, chirurgów naczyniowych oraz chirurgów ogólnych, czyli grupa specjalizacji wykonująca najbardziej inwazyjne zabiegi, co wiąże się z dużym ryzykiem wystąpienia roszczeniowości ze strony pacjentów. Do najczęściej identyfikowanych problemów zaliczyć można m.in. pozostawienie ciała obcego w polu operacyjnym, nie poinformowanie o alternatywnych formach leczenia, zaniechanie naocznej kontroli pola operacyjnego. Na uwagę zasługuje fakt wzrostu rozwoju technologii, robotyki, a co za tym idzie tzw. sztucznej inteligencji wykorzystywanej już niejednokrotnie przy różnorodnych zabiegach. Należy pamiętać, że wzrost technologii to znaczny rozwój obszarów związanych z medycyną, poszerzenie jej możliwości działania, wzrost dynamiki podczas zabiegów. Wymaga to od specjalistów dużej kontroli procesów, całkowitego skupienia i myślenia analitycznego. Zwrócono dużą uwagę na odpowiedzialność pracowników bloku operacyjnego, w związku z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych. Zgodnie z art. 18 rozporządzenia, pracownik Bloku Operacyjnego ma obowiązek przekazywania pełnych kart implantacyjnych pacjentom, wraz z numerami UDI wyrobu. Aktualnie obowiązuje okres przejściowy dla rozporządzenia 2017/745 do maja 2024 roku. Jest czas na wdrożenie zmian i przystosowanie procedur medycznych.

Piotr Lesiński
Kierownik Wydziału Zaopatrzenia
i Naprawy Sprzętu Medycznego

I Sympozjum Polskiego Towarzystwa Farmacji Klinicznej

W dniach 28-29 września 2023 r. w Warszawie odbyło się I Sympozjum Polskiego Towarzystwa Farmacji Klinicznej, w którym udział wzięli farmaceuci z Apteki Zakładowej naszego Szpitala: mjr mgr farm. Agata Bocheńska, por. mgr farm. Magdalena Bernadkiewicz, ppor. mgr farm. Wojciech Maślowski, mgr farm. Magdalena Stanisławska oraz mgr farm. Mateusz Witkowski.



Symposium podzielone zostało na część wykładową prowadzoną zarówno przez polskich, jak i zagranicznych gości oraz część warsztatową prowadzoną przez praktyków – farmaceutów klinicznych.

Celem Symposium było stworzenie platformy, na której profesjonalści z dziedziny farmacji klinicznej mogli dzielić się swoimi osiągnięciami, wspólnie rozwiązywać wyzwania branżowe i promować interdyscyplinarną współpracę w celu poprawy opieki zdrowotnej pacjentów.

Współczesna opieka zdrowotna stawia przed placówkami szpitalnymi wiele wyzwań. Jednym z kluczowych elementów poprawy jakości leczenia i bezpieczeństwa pacjentów jest wdrożenie serwisów farmacji klinicznej. Ta specjalizacja farmaceutyczna przynosi ze sobą wiele korzyści, które nie tylko podnoszą standardy opieki, ale także przyczyniają się do oszczędności i efektywności w systemie ochrony zdrowia.

Podczas symposium poruszano m.in. następujące tematy:

1. Indywidualne podejście do terapii lekowej

Farmaceuci kliniczni odgrywają kluczową rolę w dostosowywaniu terapii farmakologicznej do indywidualnych potrzeb pacjentów. Dzięki starannemu monitorowaniu i ocenie leków oraz odpowiednim dostosowaniom, zapewniają skuteczną i bezpieczną terapię.

2. Zmniejszenie ryzyka błędów medycznych

Błędy związane z lekami to jedna z głównych przyczyn problemów zdrowotnych pacjentów. Farmacja kliniczna pomaga w identyfikacji i eliminacji zagrożeń, takich jak interakcje leków czy alergie, co prowadzi do znacznego zmniejszenia ryzyka błędów medycznych.



3. Optymalizacja terapii lekowej

Farmaceuci kliniczni współpracują z zespołem opieki zdrowotnej, aby zapewnić, że terapia farmakologiczna jest jak najbardziej efektywna i ekonomiczna. Pomagają w wyborze odpowiednich leków, ich dawek oraz monitorowaniu postępów w leczeniu.

4. Edukacja pacjentów

Farmaceuci kliniczni odgrywają również rolę w edukacji pacjentów. Wyjaśniają pacjentom, jakie leki przyjmują, jakie są możliwe skutki uboczne i jak przestrzegać zaleceń lekarskich. To pozwala pacjentom na pełniejsze zrozumienie i kontrolę nad swoją terapią.

5. Redukcja kosztów

Mimo początkowych inwestycji w specjalistyczny personel farmaceutyczny, wprowadzenie farmacji klinicznej w szpitalu może przyczynić się do znaczącej redukcji kosztów w dłuższej perspektywie. Mniejsza liczba powikłań spowodowanych błędami medycznymi oraz optymalizacja terapii lekowej skraca czas pobytu pacjentów i zmniejszają koszty hospitalizacji.

Farmacja kliniczna wprowadzona w Szpitalu przynosi szereg korzyści, zarówno dla pacjentów, jak i samej placówki medycznej. To interdyscyplinarna dziedzina, która doskonale współpracuje z zespołem opieki zdrowotnej,

zapewniając opiekę dostosowaną do indywidualnych potrzeb pacjentów oraz podnosząc standardy bezpieczeństwa i efektywności w opiece medycznej. Wdrażając farmację kliniczną, szpitale inwestują w zdrowszą i bardziej opłacalną przyszłość opieki zdrowotnej.

Farmaceuci, farmaceuci kliniczni, lekarze, pielęgniarki i inni specjaliści muszą działać razem, aby zapewnić pacjentom najlepszą możliwą opiekę.

I Symposium Polskiego Towarzystwa Farmacji Klinicznej stanowiło ważny krok w kierunku promowania tej istotnej dziedziny nauki i praktyki. Dzięki wymianie wiedzy i doświadczeń, uczestnicy wydarzenia wspólnie pracowali nad poprawą jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów. To z pewnością nie była ostatnia taka inicjatywa, a farmacja kliniczna nadal będzie odgrywać kluczową rolę w przyszłości opieki zdrowotnej.

Warto również zaznaczyć, że Apteka Zakładowa znajdująca się w Szpitalu na chwilę obecną zatrudnia 4 specjalistów farmacji szpitalnej oraz 1 osobę, która jest w trakcie specjalizacji z farmacji klinicznej.

Od 2024 roku Apteka Szpitalna planuje wdrożyć program pilotażowy serwisów farmacji klinicznej na oddziałach szpitalnych.

mjr mgr farm. Agata Bocheńska
Kierownik Apteki Zakładowej

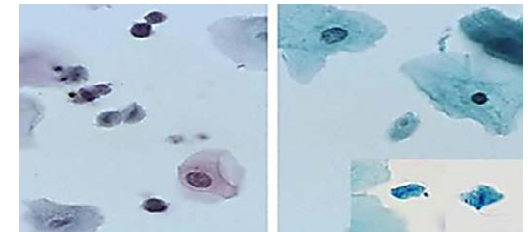
Zmiany zapalne, odczynowe i naprawcze szyjki macicy

Zmiany zapalne w szyjce macicy pojawiają się w następstwie uszkodzenia chemicznego bądź fizycznego błony śluzowej szyjki macicy. Mogą się pojawić również w wyniku infekcji szyjki macicy różnymi drobnoustrojami. Niekiedy można zidentyfikować czynnik mikrobiologiczny w rozmazie przez ujawnienie jego obecności, bądź też poprzez charakterystyczne zmiany cytopatologiczne, pozwalające na rozpoznanie specyficznej infekcji. Najczęściej występujące drobnoustroje to:

- *Trichomonas vaginalis* (rzęsistek pochwowy),
- *Candida albicans* (bielnik biały),
- *Gardnerella vaginalis* (bakteria gram-ujemna),
- *Herpes genitalis*– HSV (wirus opryszczki narządów płciowych),
- *Human papillomavirus*– HPV (wirus brodawczaka ludzkiego),
- *Actinomyces* (promieniowiec).

Trichomonas vaginalis (rzęsistek pochwowy)

to pierwotniak często występujący w drogach rodnym. Do zakażenia dochodzi głównie drogą płciową. Okres inkubacji trwa od kilku dni do miesiąca. Infekcja rzęsistkiem powoduje u większości świad, ból i obfite żółtawe upływy, natomiast u ok. 50% kobiet infekcja może przebiegać bezobjawowo. W rozmazie cytologicznym pierwotniak ten ma kształt okrągły, owalny lub gruszkowaty, jest barwy szarzielonkawej, z ekscentrycznie położonym jądrem, którego obecność jest konieczna do odróżnienia od fragmentu cytoplazmy lub



Zdjęcie 1. *Trichomonas vaginalis*

grudki śluzu (patrz zdjęcie 1). W rozmazach widoczna jest eozynofilia głównie w początkowym okresie zakażenia.

Candida (*Candida albicans*)

Jedną z najczęściej występujących zakażeń układu moczowo-płciowego jest zakażenie drożdżakiem z rodzaju **Candida** (*Candida albicans*). Obecność candida wiąże się z kwaśnym pH pochwy i najczęściej stwierdza się u ciężarnych po antybiotykoterapii oraz u ko-

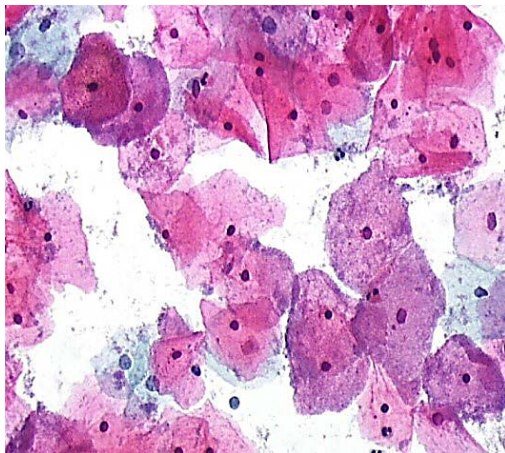


Zdjęcie 2. *Candida albicans*

biet z obniżoną odpornością. Objawem są białawe drażniące upławy. W rozmazie cytologicznym widoczne są dość grube, segmentowane i rozgałęziające się nitki o długości 7-10 µm. W barwieniu Papanicolaou mają kolor szaro-brązowy lub są eozynochłonne (patrz zdjęcie 2).

Gardnerella vaginalis

są to krótkie gram-ujemne pałeczki. Do zakażenia dochodzi, gdy wnikające do pochwy bakterie zdominują fizjologiczną florę pochwy. Szczególnie narażone są młode dziewczęta przed okresem pokwitania oraz kobiety w okresie menopauzalnym. Rozmazy cytologiczne są bogato komórkowe o nieprzejrzystym mętnym tle. Bakterie barwią się na kolor ciemnoniebieski. W charakterystyczny sposób gromadzą się na powierzchni komórek nabłonka wielowarstwowego płaskiego, dając obraz „komórek posypanych cukrem” (patrz zdjęcie 3). Klinicznie objawia się obecnością upławów o charakterystycznym rybnym zapachu.

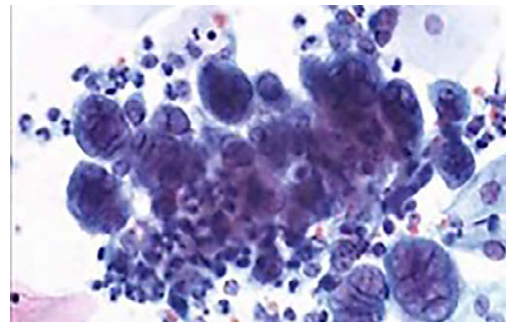


Zdjęcie 3. Gardnerella vaginalis

Herpes Simplex Virus (HSV)

Infekcję Herpes Simplex Virus (HSV) wywołuje wirus HSV-2 (Herpes genitalis) spokrewniony z wirusem opryszczki zwykłej HSV-1. Typową cechą HSV jest zdolność przechodzenia

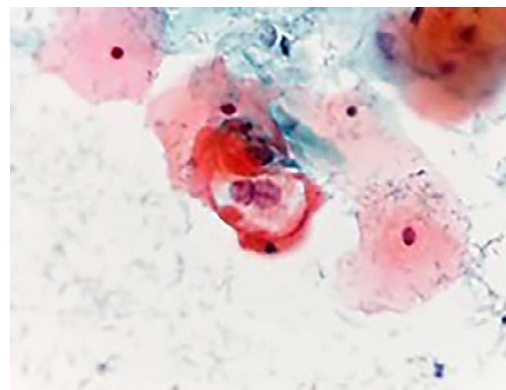
w postać utajoną w komórkach gospodarza z możliwością późniejszego uaktywnienia. Do zakażenia dochodzi przez kontakt seksualny z osobami, które mają zmiany czynne. Infekcja może przebiegać bezobjawowo jednak częściej występują pęcherze, owrzodzenia, świąd, zaczerwienienia narządów płciowych. W cytologii ginekologicznej stwierdza się obrzymie, wielojądrowe komórki, ich jądra przylegają ściśle do siebie, modelując swe kształty, wykazują obraz matowego szkła i mają dobrze zaznaczoną błonę jądrową. Umiejscawiają się w komórkach nabłonka płaskiego i gruczołowego. Zwraca uwagę obfity naciek zapalny (patrz zdjęcie 4).



Zdjęcie 4. Herpes Simplex Virus

Human papillomavirus (wirus brodawczaka ludzkiego)

– istnieje ponad 100 typów wirusa HPV, a wśród nich wysokoonkogennymi są m.in.

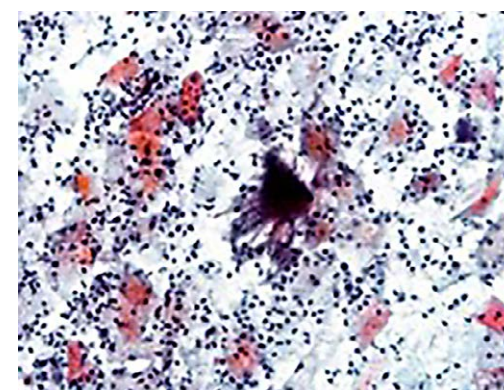


Zdjęcie 5. HPV -Human papillomavirus

typy: 16, 18, 31, 45. Przetrwiała infekcja wirusem może doprowadzić do rozwoju raka szyjki macicy. Typy 6 i 11 są czynnikami etiologicznymi dla kłykcin kończystych i kłykcin płaskich, które przenoszone są drogą płciową i występują w okolicy krocza, sromu, pochwy i szyjki macicy. Infekcja wirusem HPV w rozmazie cytologicznym charakteryzuje się obecnością koilocytów. Koilocytoza jest morfologicznym objawem replikacji wirusa HPV w komórkach nabłonka wielowarstwowego płaskiego. Zainfekowane komórki mają charakterystyczne przejaśnienie wokół jądra (halo). Halo to jest wyraźnie zarysowane i otoczone skrawkiem eozynochłonnej cytoplazmy. Komórki są dwujądrowe i wielojądrowe (patrz zdjęcie 5).

Actinomyces (promieniowce)

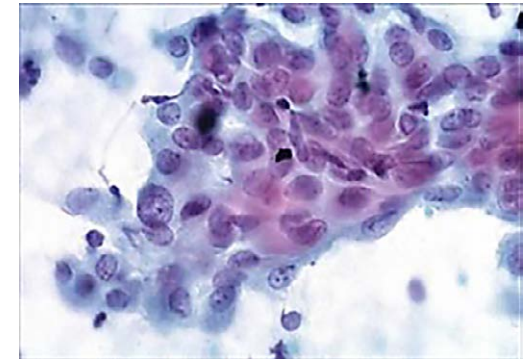
to duże bakterie przypominające morfologicznie grzybnie. Częściej stwierdzone są u kobiet stosujących wkładki wewnątrzmaciczne (IUD). Zazwyczaj reakcja zapalna jest minimalna i bakterie te nie wywołują objawów klinicznych. Rzadko mogą być przyczyną ostrego zapalenia szyjki, infekcji wstępującej i bezpłodności. Jeżeli u pacjentki występują objawy w postaci zaburzeń miesiączkowania lub upławów, zazwyczaj usuwa się IUD. W cytologii bakterie te tworzą kolonie układające się w twory przypominające kłębki bawełny, na zewnątrz promieniście ułożone maczugowate filamenty (patrz zdjęcie 6).



Zdjęcie 6. Actinomyces

Zmiany odczynowe i reparacyjne

nabłonka wielowarstwowego płaskiego i nabłonka cylindrycznego kanału szyjki widywane są w rozmazach kobiet po: konizacji, pobraniu wycinków, innych zabiegach na szyjce, ciężkim zapaleniu szyjki. Początkowo odsłonięta przestrzeń pokryta jest komórkami niedojrzałej metaplazji, które w końcu przekształcają się w dojrzały nabłonek wielowarstwowo płaski lub gruczołowy. Zmiany cytologiczne związane z procesami regeneracji i regeneracji charakteryzują się obecnością płatów komórek cylindrycznych i niedojrzałych komórek metaplastycznych zawierających duże jądra i kilka dużych jąder. Często stwierdza się obecność wypustek cytoplazmatycznych (patrz zdjęcie 7).



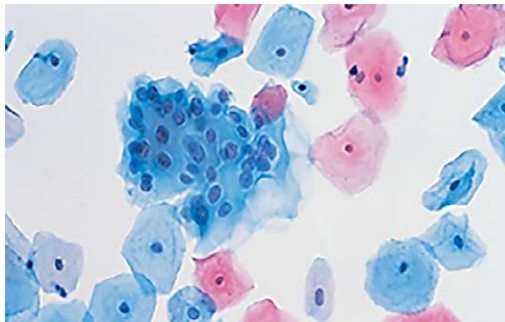
Zdjęcie 7. Zmiany odczynowe i reparacyjne

mgr Marika Gawinecka
młodszy asystent diagnostyki laboratoryjnej
mgr Martyna Sarnicka
młodszy asystent

Zakład Patomorfologii

Biomarkery p16 i Ki-67 w raku szyjki macicy

Rak szyjki macicy jest drugim wśród najczęściej występujących nowotworów na świecie. Wczesne wykrycie stanów przednowotworowych jest najskuteczniejszą strategią walki z tym nowotworem. Liczne badania, przeprowadzone w ostatnich dziesięcioleciach, dowiodły zależność pomiędzy przetrwałą infekcją wirusem HR-HPV, czyli wirus brodawczaka ludzkiego wysokiego ryzyka (typy 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56) a rozwojem klinicznie istotnych zmian dysplastycznych czy raka szyjki macicy. Zaburzenia te mają swoje odzwierciedlenie w morfologii komórek pod postacią zmiany współczynnika jądro-cy-



Zdjęcie 1.
Zmienione komórki nabłonka płaskiego szyjki macicy



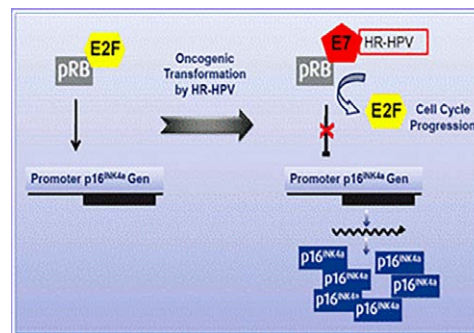
Zdjęcie 2. HPV (ang. Human papillomavirus) macicy

toplazmatycznego, polimorfizmu i nadbarwności jąder komórkowych (patrz zdjęcie 1).

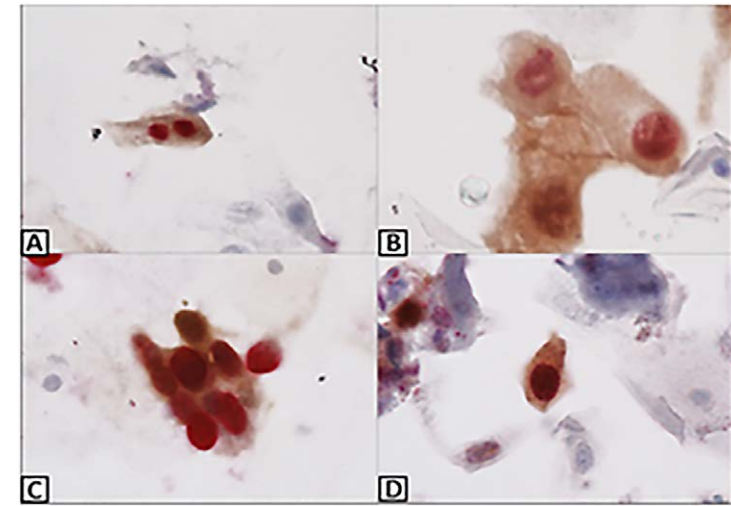
Szczegółowe analizy prowadzone na poziomie molekularnym doprowadziły do wykrycia obiecujących biomarkerów p16 i Ki-67 występujących w komórkach dysplastycznych szyjki macicy. Biomarker nowotworowy to białko lub glikolipid wytwarzany wyłącznie w komórkach nowotworowych albo w komórkach prawidłowych, ale wytwarzanie w komórce nowotworowej jest znacząco wyższe niż w komórce prawidłowej.

Białko supresorowe p16 należy do rodziny cyklozależnych kinaz i odgrywa główną rolę w procesie kontroli prawidłowego cyklu komórkowego za pośrednictwem białka pRB. W całkowicie dojrzałych komórkach poziom p16 jest praktycznie niewykrywalny. Marker Ki-67 jest białkiem proliferacji komórkowej i jest obecny w jądrach komórek dzielących się.

W procesie karcynogenezy szyjki macicy, kontrola cyklu komórkowego zostaje zaburzona przez onkogeny E6 i E7 wirusa HR-HPV. Dochodzi do inaktywacji białka supresorowego pRB przez onkogen E7. Konsekwencją utraty aktywności i degradacji pRB jest wzrost poziomu białka p16 w komórce (patrz zdjęcie 3).



Zdjęcie 3. Patogeneza – mechanizmy molekularne



Zdjęcie 3. Dodatni odczyn p16/Ki-67

Użycie biomarkera p16 służy do wykrycia zmian nowotworowych na poziomie komórkowym w bardzo wczesnym stadium ich rozwoju. Jednoczesne zastosowanie Ki-67 pozwala na uzyskanie maksymalnej czułości testu. W warunkach fizjologicznych niemożliwym powinno być jednoczesne występowanie w komórce prawidłowo działającego antyproliferacyjnie białka p16 wraz z markerem proliferacji Ki-67. Jednoczesna ekspresja p16 i Ki-67 w komórkach nabłonka szyjki macicy wskazuje na zaburzenie cyklu komórkowego i pozwala na rozpoznanie dysplazji szyjki macicy. Użycie testu p16/Ki-67 ma zastosowanie w przypadku rozpoznania cytologicznego ASCUS, czyli nieprawidłowych komórek nabłonka wielowarstwowego płaskiego o nieokreślonym znaczeniu (ang. atypical squamous cells of undetermined significance) lub LSIL – zmian śród nabłonkowych niskiego stopnia (ang. low-grade squamous intraepithelial lesion), kiedy należy różnicować zmiany łagodne z rzeczywistymi zmianami przedrakowymi HSIL tj. zmianami śród nabłonkowymi dużego stopnia (ang. high-grade squamous intraepithelial lesion), które wymagają odpowiedniego postępowania terapeutycznego.

Markery te wykrywa się przy użyciu dwubarwnego badania immunocytochemicznego z użyciem przeciwciał p16 i anty-Ki67 na odpowiednio przygotowanym preparacie cytologicznym. Pozytywny odczyn ujawnia się w postaci reakcji barwnej. Wynik badania jest dodatni, jeśli w co najmniej jednej komórce nabłonka szyjki macicy dojdzie do wybarwienia na kolor czerwony jądra komórkowego (ekspresja Ki-67), a na kolor brązowy wybarwieniu ulegnie cytoplazma (ekspresja p16) – patrz zdjęcie 4.

Wynik negatywny odpowiada ostatecznej diagnozie zmian typu NILM, czyli wynikowi ujemnemu pod względem zmian śród nabłonkowych lub raka (ang. negative for intraepithelial lesion or malignancy), LSIL i zmianom nie związanym z infekcją HR-HPV.

mgr Marika Gawinecka
młodszy asystent diagnostyki laboratoryjnej
mgr Martyna Sarnicka
młodszy asystent

Zakład Patomorfologii

Pałeczki *Enterobacterales* wytwarzające karbapenemazy jako zagrożenie epidemiologiczne

Pałeczki *Enterobacterales* towarzyszą nam niezmienne przez całe życie, stanowiąc przede wszystkim fizjologiczną mikrobiotę przewodu pokarmowego zdrowych ludzi i zwierząt. Bywają jednak gatunki wywołujące zakażenia oportunistyczne, a także takie, które są bezwzględnie patogenami. Szczególną uwagę zwraca rosnąca wśród tych bakterii lekooporność, która dotyczy w sposób szczególny gatunku *Klebsiella pneumoniae*. To właśnie ta bakteria najczęściej spędza sen z powiek mikrobiologom i epidemiologom, a także lekarzom i całemu personelowi, któremu przyszło się z nią mierzyć.

Po raz pierwszy świat usłyszał o nowym szczepie *K. pneumoniae*, opornym na antybiotyki z grupy karbapenemów (wg dzisiejszej klasyfikacji – KPC) w roku 1996 w Ameryce, w Karolinie Północnej. Szczep ten przestał być wrażliwy na leczenie, gdyż potrafił wytworzyć enzym (karbapenemazę), który rozkładał antybiotyk poprzez hydrolizę, a więc nieskuteczne stały się wszystkie antybiotyki z grupy β -laktamów, w tym również karbapenemy, uznawane za leki ostatniej szansy. Niestety okazało się, że nie był to pojedynczy przypadek – od tamtego czasu coraz częściej spotykano się z opornością na karbapenemy, głównie w Indiach, Izraelu i USA. Całą grupę takich szczepów nazwano CPE (ang. *Carbapenemase-Producing Enterobacterales* – pałeczki *Enterobacterales* wytwarzające karbapenemazy). Jednocześnie, gdy badano wytwarzane przez bakterie enzymy, odkryto, że różnią się one między sobą strukturą. Podzielono więc karbapenemazy na klasy – A, B i D.

Do klasy A należy głównie KPC (*Klebsiella pneumoniae carbapenemase*) – wykryta po raz pierwszy u *K. pneumoniae*, skąd wzięła swoją nazwę, teraz jednak na świecie spotykana jest już wśród innych gatunków, nawet spoza pałeczek jelitowych (*Pseudomonas spp.*). Na pomoc w leczeniu przychodzą antybiotyki połączone z nowymi inhibitorami – ceftazydym/awibaktam, imipenem/relebaktam i meropenem/warorbaktam, jednak już teraz powoli obserwuje się oporność również i na nie. Obiecująca wydaje się też być nowa cefalosporyna – cefiderokol, jednak jej użycie w leczeniu klinicznym jest na razie bardzo niewielkie.

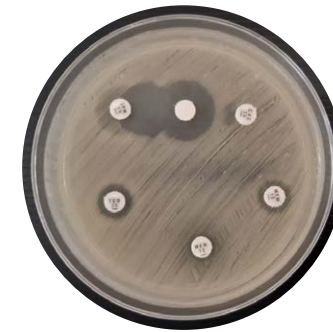
Karbapenemazy klasy B to metallo- β -laktamazy (MBL), a wśród nich odkryty złą sławą podtyp wykryty w New Delhi – NDM (ang. New Delhi metallo- β -lactamase). Karbapenemazy klasy B są wytwarzane naturalnie przez niektóre szczepy różnych gatunków, m.in. *Stenotrophomonas maltophilia* lub laseczki z rodzaju *Bacillus*, jednak większe zagrożenie stanowią formy nabyte u *Enterobacterales* spp. i *Pseudomonas* spp. Warto również pamiętać, że klasa B to nie tylko MBL, ale również mniej znane typy, występujące głównie wśród rodzaju *Pseudomonas*: IMP i VIM. Pomimo, że karbapenemazy są dziś głównie kojarzone z gatunkiem *K. pneumoniae* i typem KPC, to pierwsza na świecie wykryta karbapenemaza wystąpiła u *E. cloacae* i był to właśnie podtyp IMP (1993r., Japonia). Nowe, wcześniej wymienione inhibitory β -laktamaz niestety nie skutkują w leczeniu pacjentów z wykrytym szczepem produkującym MBL, ale trwają badania nad kolejnymi związkami chemicznymi, które mogłyby zablokować te enzymy w inny sposób. Także w tym przypadku obiecujący wydaje się cefiderokol. Kolejnym ciekawym rozwiązaniem jest jednoczesne zastosowanie ceftazydymu/awibaktamu z aztreonamem. Najczęściej szczepy MBL+ nie wykazują wrażliwości na sam aztreonam, jednak jednoczesna obecność awibaktamu działa hamująco na karbapenemazę, co odblokowuje terapeutyczne działanie aztreonamu.

Najrzadziej spotykana i najmniej rozpowszechniona, ale jednocześnie najbardziej zróżnicowana jest klasa D, z głównym mechanizmem typu OXA-48. Typ ten dotyczy głównie *Enterobacterales*, jednak inne typy są często spotykane u pałeczek *Acinetobacter* spp. (niektóre produkowane naturalnie). Pierwszy przypadek enzymu OXA-48 wśród pałeczek jelitowych miał miejsce w Turcji w 2001 r. Klasa ta pozostawia najwięcej możliwości terapeutycznych, gdyż jest wysoce specyficzna i nie hydrolizuje cefalosporyn III i IV generacji oraz aztreonamu, jak również nowego cefiderokolu.

W Polsce pierwszy przypadek KPC miał miejsce w roku 2008 w Warszawie, MBL w 2006 r. w Bydgoszczy, a OXA-48 w 2012 w Białymstoku. Od tamtego czasu nastąpiło dynamiczne rozprzestrzenienie się tych drobnoustrojów, a także ich



Oporność na meropenem wykryta manualnie, testem gradientowo-dyfuzyjnym (e-testem).



Mechanizm MBL dodatni – trzy górne krążki z dzwonekową strefą wokół jednego z nich, wykryty manualnie metodą krążkowo-dyfuzyjną. Nie można wykluczyć współwystępowania mechanizmu KPC – krążki z meropenemem oraz meropenemem/kwasem boronowym (na dole i po prawej) zarośnięte.

wielokrotne mutacje i zmiany profilu oporności. Zmieniały się również częstości występowania i miejsca ognisk, a nawet bywały momenty stabilizacji, jednak zagrożenie realnie nie zmalało. Karbapenemazy stanowią tym większe niebezpieczeństwo, że geny odpowiadające za ich produkcję są kodowane na ruchomych elementach materiału genetycznego drobnoustrojów i przez to mogą one swobodnie je sobie przekazywać, nawet pomiędzy różnymi gatunkami i rodzajami. Epidemiolodzy w Polsce i na całym świecie biją więc na alarm, aby poprzez przemyślane decyzje zapobiec dalszemu rozprzestrzenianiu się opornych szczepów i ograniczyć już istniejące ogniska. Wielką wagę przywiązuje się do możliwych dróg przenoszenia, które obejmują przede wszystkim ręce personelu medycznego i powierzchnie sprzętów (nawet ciśnieniomierzy

Źródła:

1. https://korid.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2023/03/Rekomendacje-Paleczki-Enterobacterales_2023.21.02-1.pdf – dostęp 27.11.2023
2. https://antybiotyki.edu.pl/wp-content/uploads/2019/09/Raport-KORLD-2019_EL_2.pdf – dostęp 27.11.2023
3. https://antybiotyki.edu.pl/wp-content/uploads/2018/11/PostepowanieCPE_M.st._Warszawa.pdf – dostęp 27.11.2023

Lekowrażliwość			
główniej ekspozycji na lek		O - oporny	
1	2	3	
<i>Escherichia coli</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	<i>Pseudomonas</i>	
MIC	Wrażliwość	MIC	Wrażliwość
>16	O	>16	
>64	O	>64	WZE ²
		>16	
32	O	>32	
8	O	>32	
0,5	O	>32	WZE ²
2	O	>16	WZE ²
<=0,25	O	>8	WZE ²
<=0,25	O	>8	W
>32	O	>32	W ³
>8	O	>8	W ³
>2	O	>2	WZE ²
		>8	WZE ²
<=20	O	>160	WZE ²
		16	
		16	
		>32	
		>32	

Fragment wyniku pacjenta z Oddziału Intensywnej Terapii 10. WSzKzP z lipca 2023r. – *K. pneumoniae* wielolekooporna

czy stetoskopów). Światowa Organizacja Zdrowia przeprowadziła badania, które dowodzą o nieocenionym wpływie higieny rąk na przenoszenie się drobnoustrojów wielolekoopornych i opracowała specjalny program oraz wytyczne. Ich przestrzeganie ma w środowisku szpitalnym ogromne znaczenie i może determinować dalsze losy całych placówek. Należy również pamiętać, że istotnym rezerwuarem bakterii są toalety i umywalki przeznaczone dla pacjentów.

Walka przeciw wielolekoopornym szczepom wymaga zbudowania świadomości zagrożenia, zaangażowania całych oddziałów i skoordynowanych działań pracowników na wszystkich szczeblach. W wielu miejscach jest to niesamowicie trudne do zrealizowania pośród szarej codzienności, gdzie często brakuje czasu lub personelu, a sama praca przebiega pod ogromną presją. Warto jednak uswiadomić sobie, że scenariusz jak z horroru, gdzie brakuje opcji terapeutycznych i pacjent umiera na najprostsze zakażenie, gdyż bakteria jest oporna na wszelkie dostępne leki, jest jak najbardziej realny. Wysiłek podjęty teraz przez ochronę zdrowia jest na wagę złota – oporne szczepy pałeczek Gram(-) do swojej dawnej wrażliwości już nie wrócą.

mgr Kamila Wereszczyńska
Zakład Analityki Lekarskiej



O Kardiochirurgii nieszablonowo

- Może być napisał kilka słów o naszym oddziale do szpitalnego biuletynu? – zapytał szef. Ton głosu i wzrok pytającego wyrażał szczerą prośbę, nie potrafiłem odmówić. Muszę popracować nad asertywnością pomyślałem...

- Jasne, że napiszę – odpowiedziałem – ale... zrobię to w sposób nieszablonowy.

Dlaczego nieszablonowy? Ponieważ ludzie pracujący na Kardiochirurgii: lekarze, pielęgniarki, perfuzjoniści, instrumentariuszki i fizjoterapeutki są nieszablonowi.

O czym będzie zatem tekst? O pasji! Dlaczego, ktoś zapyta?

Praca, której poświęcasz połowę miesiąca musi być pasją. Realnie każdy z nas spędza w pracy dużą część swojego życia. Nawet będąc w domu często łąpiemy się na tym, że myślimy o pracy. Myślimy o tym co było albo czego można się spodziewać na nadchodzącym dyżurze. Czyż nie jest podobnie z pasją? Jeżeli rozwijasz swoje hobby, zaczynasz wię-

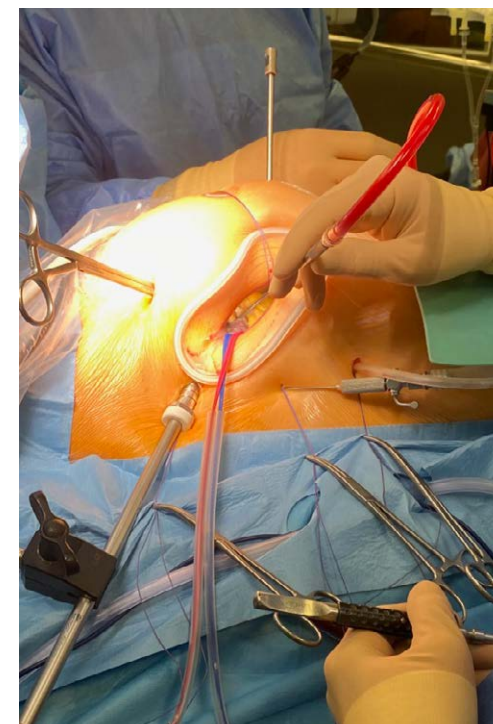
cej czytać, nabywasz doświadczenie i wiedzę by stawać się coraz lepszym w tym co lubisz robić – dla mnie to ta sama analogia.

A emocje w pracy? Są ogromne, większe niż w sporcie. Nie powinno to nikogo dziwić, w końcu chodzi o zdrowie pacjentów. Przykład? Bardzo proszę. Stawiasz sobie za cel ukończenie dowolnych zawodów. Realizujesz plan treningowy. Raz wykonujesz go z pełnym zaangażowaniem, innym razem jest pokusa by wymagany trening opuścić. Jednak tylko żmudnie realizując każdy najmniejszy krok sprawiasz, że satysfakcja na mecie i duma jest ogromna. W naszej pracy emocje również bywają skrajne. Czasem po wielogodzinnej walce na sali operacyjnej, po 2 dobach od zabiegu ostrego rozwarstwienia aorty pacjent budzi się w kontakcie logicznym – pełen sukces. Nie zawsze tak jest. Bywa i tak, że w na pozór typowej i banalnej sytuacji dochodzi do powikłania, po którym same cisną się pytania. Jak do tego doszło? Co czujemy? Smutek, przygnębienie i złość.



Dlaczego o tym wszystkim piszę? Uważam, że Ci którzy pracują w Oddziale Klinicznym Kardiochirurgii są pasjonatami. Wszyscy są gotowi do ciężkiej pracy, czasem wyrzeczeń, a już z pewnością zdeterminowani do walki o każdego operowanego pacjenta. Realizując wspólne pasje rozumiemy się wzajemnie. Lubimy przebywać w swoim towarzystwie. Tak jest i w naszym oddziale. Mieszanka spokoju i energii. Młodości i doświadczenia. Wybuchowość testosteronu i łagodność kobiecego pierwiastka. Wzajemna pomoc i serdeczność. Nieporozumienia są – jak wszędzie. Muszą być. To nieodłączna część stresu i adrenaliny. Pracy zespołowej i indywidualności.

Co robimy w czasie wolnym? Rozwijamy inne pasje. Są wśród nas żeglarze, tenisiści, hokeiści i kolarze. Wielbiciele motoryzacji wszelakiej – od ryczących V8 po motocyklowe 4 cylindry w rzędzie. Ktoś tańczy, ktoś inny gotuje, słowem pełen przekrój hobby i zainteresowań. Istna mieszanka wybuchowa. Co robimy? Rozwijamy się. Stale, nieustrudzenie podnosimy swoje kwalifikacje by być lepszymi dla innych i dla siebie.





Ostatni rok był dla nas przełomowy. Nastąpiła zmiana na stanowisku Koordynatora Oddziału. Wraz z dr. n. med. Remigiuszem Tomczykiem dołączyły do zespołu 3 osoby. Lek. Justyna Jaraczewska – kardiolog, lek. Jarosław Kołakowski – kardiochirurg oraz lek. Paulina Szymańska – realizująca program specjalizacji z kardiochirurgii. Po raz pierwszy od długiego czasu złapaliśmy wiatr w żagle i stanęliśmy do wyścigu. O co? O pacjentów, o wyniki i o nowe medyczne wyzwania.

Przytoczę trochę liczb. W roku 2023 wykonaliśmy dotychczas ogółem 235 zabiegów. Operacji w krążeniu pozaustrojowym 54. Zabiegów pomostowania aortalno wieńcowego na bijącym sercu 114. Tętniaków aorty 14. Ostre rozwarstwienie aorty 5 operacji. Stale rozwijamy zabiegi małoinwazyjne których portfolio jest bardzo szerokie. Wykonujemy zabiegi pomostowania aortalno wieńcowego z mini-torakotomii bocznej lewostronnej MIDCAB – 5 operacji. Nasi chirurdzy należą do grupy MICS (Minimally Invasive Cardiac Surgery) – rozwijamy operacyjne leczenie wady zastawki mitralnej z mini-torakotomii bocznej prawostronnej – 2 zabiegi. Wraz z pomocą ppłk. rez. lek. Cezarego Wałęsy Koordynatora Klinicznego Zakładu Radiologii Lekarskiej

naszego szpitala implantujemy stentgrafty piersiowe. W porównaniu z poprzednimi latami dwukrotnie zwiększyliśmy liczbę zabiegów TAVI (przezudowa implantacja protezy zastawki aortalnej). Na chwilę obecną wykonaliśmy 59 zabiegów, z czego 58 z dostępu przez tętnicę udową. 1 zabieg wykonany został z dostępu podobojczykowego. Jesteśmy przeszkoleni do wykonywania zabiegów TAVI na systemach aż 3 producentów. Zabiegi TAVI przeprowadzamy przy wydatnej pomocy ppłk. lek. Roberta Romanka Ordynatora Oddziału Klinicznego Kardiologii Inwazyjnej. Wykonywanie tego typu procedur nie było by możliwe bez ciężkiej pracy i udziału w całym procesie diagnostyczno-leczniczym naszych koleżanek i kolegów wszystkich oddziałów o profilu kardiologicznym szpitala. Jakie mamy plany na przyszłość? Remont oddziału, zwiększenie liczby łóżek, stałe zwiększanie liczby wykonywanych zabiegów oraz dalszy rozwój własny. Dlaczego? Odpowiedź ciśnie się sama na usta...

„Ponieważ jesteśmy ludźmi z pasją”.

dr n. med. Sebastian Woźniak
Oddział Kliniczny Kardiochirurgii

TEST ROZPOZNANIA UDARU MASZ UDAR!

M	OWA ZMIENIONA trudności z mówieniem lub rozumieniem mowy	U	DAR!
A	SYMETRIA TWARZY np. opadnięty kącik ust	D	ZWOŃ NATYCHMIAST
S	ŁABSZA RĘKA, NOGA zdrętwienie, osłabienie albo paraliż ręki lub nogi	A	MBULANS
Z	ABURZENIA WIDZENIA nagła utrata wzroku w jednym oku, dwojenie obrazów lub połowicy ubytek w polu widzenia	R	ATUNEK W SZPITALU Z ODDZIAŁEM UDAROWYM

Udar jest coraz częstszą przyczyną
niepełnosprawności lub zgonu.

**NIGDY NIE LEKCEWAŹ NIEPOKOJĄCYCH SYMPTOMÓW!
SZYBKE ROZPOZNANIE = SZANSA NA SKUTECZNE LECZENIE
I UNIKNIĘCIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI!!!**



**CZAS jest najważniejszy!
Leczenie TRZEBA podjąć w ciągu 4,5 GODZ.
od wystąpienia pierwszych objawów!**

PROGRAMY PROFILAKTYCZNE REALIZOWANE PRZEZ 10. WSZKzP



Profilaktyka chorób układu krążenia (CHUK)

GDZIE SIĘ BADAĆ?

Na badanie należy się zgłosić do swojego lekarza rodzinnego/ lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

CELE OGÓLNE I SZCZEGÓLNE PROGRAMU:

Choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów w Polsce i na świecie. Umieralność w Polsce z tego powodu należy do najwyższych w Europie. Badania epidemiologiczne i socjomedyczne pokazują, że ważną rolę w rozwoju chorób układu krążenia odgrywają niektóre wzorce zachowań składające się na współczesny styl życia - czynniki ryzyka.

Cel główny:

- obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia populacji objętej programem, poprzez wczesne wykrywanie, redukcję występowania i natężenia czynników ryzyka,

Cele dodatkowe:

- zwiększenie wykrywalności i skuteczności leczenia chorób układu krążenia,
- wczesna identyfikacja osób z podwyższonym ryzykiem chorób układu krążenia,
- promocja zdrowego stylu życia: niepalenia, prawidłowego odżywiania się, aktywności fizycznej.

PROGRAM KIEROWANY JEST DO OSÓB, KTÓRE:

- w tym roku kalendarzowym mają 35, 40, 45, 50, 55 lat,
- są obciążone czynnikami ryzyka (palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze krwi, zaburzenia gospodarki lipidowej, niska aktywność ruchowa, nadwaga i otyłość, upośledzona tolerancja glukozy, nadmierny stres, nieracjonalne odżywianie się, wiek),
- u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia,
- w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach programu profilaktyki CHUK także u innych świadczeniodawców.

Świadczenia w ramach programu udzielane są bez skierowania, przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego ubezpieczony jest zadeklarowany.

Lekarz przeprowadza wywiad z pacjentem oraz kieruje go na badania pozwalające określić kategorię ryzyka choroby układu krążenia.

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO OBEJMUJE TAKIE INFORMACJE, JAK:

- obciążenia rodzinne (zawał serca, udar mózgu u ojca przed 55 r.ż.; u matki przed 60 r.ż.),

- palenie papierosów,
- przyjmowanie leków hipotensyjnych, hipolipemizujących,
- wykonywanie ćwiczeń fizycznych trwających powyżej 30 minut,
- wyniki badania fizykalnego,
- wynik oceny BMI,
- pomiary ciśnienia tętniczego,
- wyniki badań biochemicznych: cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, trójglicerydy, glukoza na czczo.

Na tej podstawie lekarz dokonuje oceny ryzyka chorób układu krążenia oraz wskazuje zalecenia dla pacjenta: edukację lub dalszą diagnostykę i leczenie w poradni specjalistycznej.

CZYNNIKI RYZYKA I PODZIAŁ NA KATEGORIE RYZYKA CHOROÓB UKŁADU KRĄŻENIA

- płeć męska oraz kobiety po menopauzie,
- mężczyźni > 45 lat, kobiety > 55 lat,
- palenie tytoniu powyżej 1 papierosa dziennie,
- nadciśnienie tętnicze,
- zaburzenia lipidowe: stężenie cholesterolu całkowitego, tri glicerydów,

- cukrzyca,
- otyłość,
- mała aktywność fizyczna (np. spacer, marsze, bieganie, jazda na rowerze, pływanie, aerobik) rzadziej niż 3 razy w tygodniu po 30 minut,

Ryzyko łagodne - osoby bez obecnych czynników ryzyka innych niż wiek i płeć.

Ryzyko umiarkowane - osoby z obecnością 3 i mniej czynników ryzyka, ale bez cukrzycy, choroby niedokrwiennej serca i innych chorób układu krążenia.

Ryzyko duże - osoby z obecnością 4-5 czynników ryzyka innych niż wiek i płeć, ale bez cukrzycy, choroby niedokrwiennej serca i innych chorób układu krążenia.

Ryzyko bardzo duże - osoby z obecnością powyżej 5 czynników ryzyka, osoby z cukrzycą, chorobą niedokrwinną serca i innymi chorobami układu krążenia.

Oddziałując na czynniki ryzyka można uzyskać obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia.

NIE CZEKAJ - ZGŁOŚ SIĘ JUŻ DZIŚ..

Świadczenia w ramach programu udzielane są **bez skierowania**, przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego ubezpieczony jest zadeklarowany.

Lekarz przeprowadza wywiad z pacjentem oraz kieruje go na badania pozwalające określić kategorię ryzyka choroby układu krążenia.

PROGRAMY PROFILAKTYCZNE REALIZOWANE PRZEZ 10. WSZKzP

Program profilaktyczny raka szyjki macicy



cytologicznego.

Cytologia to bezpieczne, bezbolesne badanie. Pozwala na wykrycie nie tylko wczesnych postaci raka szyjki macicy, ale także stanów,

„Życie jest bezcennym darem” – to hasło przyświeca akcji bezpłatnych badań cytologicznych. Jest ona skierowana do wszystkich kobiet w wieku od 25 do 59 lat, które przez ostatnie trzy lata nie miały wykonywanego badania

które nieleczone mogą doprowadzić do powstania nowotworu. Warto wziąć udział w programie, ponieważ co roku na raka szyjki macicy zapada 4 tys. kobiet. Połowa z nich umiera tylko dlatego, że za późno zgłosiły się do lekarza. Wczesne wykrycie choroby gwarantuje niemal 100% skuteczność wyleczenia. Badania cytologiczne wykonywane są w gabinecie ginekologicznym Polikliniki 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ. Przed wizytą należy się zarejestrować pod nr tel. 261 417 342.

Program profilaktyczny raka piersi

Mammografia to jedno z najważniejszych badań, które powinny wykonywać kobiety zwłaszcza po okresie menopauzy. Dzięki niemu jest możliwe wykrycie zmian w piersiach o średnicy 0,5 cm, co nie jest możliwe podczas samobadania piersi. W dobie, gdy rak piersi jest jednym z najczęściej występujących nowotworów



wśród kobiet po 50 r.ż., należy zadbać o to, aby ewentualne zmiany zostały zdiagnozowane jak najwcześniej.

W związku z tym zapraszamy wszystkie Panie pomiędzy 50 a 69 rokiem życia, które w ostatnich dwóch latach nie miały wykonywanej mammografii, na bezpłatne badanie mammograficzne, które przeprowadzane są w Poliklinice 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ.

W celu ustalenia terminu badania należy skontaktować się z rejestracją RTG osobiście (budynek Polikliniki, pok. 0013) bądź telefonicznie pod nr 261 417 310.

W dniu badania prosimy pamiętać o zabraniu ze sobą zdjęć i wyników poprzednich mammografii.

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

10. WOJSKOWEGO SZPITALA KLINICZNEGO
Z POLIKLINIKĄ SP ZOZ W BYDGOSZCZY



**ZAPRASZAMY PAŃSTWA
DO SKŁADANIA DEKLARACJI
DO NASZYCH LEKARZY RODZINNYCH**

OFERUJEMY:

- PROFESJONALNE USŁUGI LEKARSKIE I PIELĘGNIARSKIE
- KOMPLEKSOWE BADANIA DIAGNOSTYCZNE W JEDNYM MIEJSCU
- NOWOCZESNE GABINETY

Już dziś zapisz się
do NASZEGO lekarza rodzinnego

REJESTRACJA 261 417 300

Oddaj krew

- podziel się tym bezcennym darem!

ŁĄCZY NAS KREW, KTÓRA RATUJE ŻYCIE

BO TĘTNI W NAS DOBRO

Krew była, jest i zawsze będzie potrzebna. Nie można jej wyprodukować ani pozyskać jej składników laboratoryjnie. Krew można otrzymać wyłącznie od drugiego człowieka.

Krew może oddać każda zdrowa osoba w wieku 18-65 lat, o wadze ciała powyżej 50 kg, legitymująca się dokumentem ze zdjęciem stwierdzającym tożsamość.

Przed oddaniem krwi dobrze się wypij, wypij około 2 litrów płynów (wody lub soków), zjedz lekkostrawny, niskotłuszczowy posiłek, ogranicz palenie papierosów i nie pij alkoholu.

Sprawdź na www.twojakrew.pl



www.gov.pl/zdrowie



www.gov.pl/nck



www.twojakrew.pl

Kampania społeczna „Twoja krew, moje życie” realizowana w ramach programu polityki zdrowotnej pn. „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2021-2026”, finansowana ze środków Ministra Zdrowia.



Centrum
Monitorowania
Jakości w Ochronie Zdrowia



Szanowni Państwo,

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia przeprowadza badanie doświadczeń pacjenta ze świadczonej opieki. Do udziału w badaniu zaproszeni są wszyscy pacjenci naszego szpitala. Badanie przeprowadzone jest w formie anonimowej ankiety elektronicznej.

Państwa opinia jest dla nas ważna! Pozwoli Państwu mieć realny wpływ na jakość leczenia i rozwój naszej jednostki. Dziękujemy!



Kwestionariusz ankiety dostępny jest poprzez stronę internetową:
www.cmj.org.pl/ankiety/10wsk
lub po zeskanowaniu kodu QR

PODZIĘKOWANIA

Bydgoszcz, 20.09.2023 r.

Sz.P.
 PLK DR N. MED. ROBERT SZYCA
 KOMENDANT
 10. WOJSKOWEGO SZPITALA KLINICZNEGO
 Z POLIKLINIKĄ SP ZOZ
 UL. POWSTAŃCÓW WARSZAWY 5
 85-681 BYDGOSZCZ

Szanowny Panie Komendancie,

W związku z nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce dnia 17.09.2023 r. zostałam przewieziona przez Zespół Ratownictwa Medycznego do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego kierowanego przez Pana Szpitala, który opuściłam po północy 18.09.2023 r. Na Pana ręce składam najszczerze podziękowania dla całego zespołu zabiegowej części SOR oraz Pani anestezjolog za bardzo życzliwe i empatyczne podejście do chorego. Ze względu na zwichnięcie stawu łokciowego lewego odczuwałam bardzo silny ból. Personel zrobił wszystko co w jego mocy, aby pomóc mi w tej trudnej i stresującej dla mnie sytuacji. Nastawienie zwichnięcia odbyło się w znieczuleniu ogólnym. Zostałam wnikliwie poinformowana o przeprowadzonym leczeniu oraz zaopatrzona w niezbędne skierowania oraz recepty.

Jeszcze raz dziękuję życząc sukcesów w życiu zawodowym i dużo zdrowia.

*Z wyrazami
 szacunku*

Maria M.

NASZE PORTALE SPOŁECZNOŚCIOWE



Znajdź nas na Facebooku

Szanowni Państwo,

Chcielibyśmy dzielić się ze wszystkimi pracownikami, jak i miłośnikami Naszego Szpitala najważniejszymi informacjami z dnia codziennego. Dlatego też serdecznie zapraszamy do odwiedzania Nas na Facebooku. Oficjalny profil pod nazwą 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Bydgoszczy, łączy pracowników, pacjentów, jak i fanów naszego szpitala. Zachęcamy do polubienia, śledzenia aktualności, oraz komentowania najciekawszych wydarzeń.

Na Facebooku znajdziecie Nas pod adresem:
www.facebook.com/10WSK

Serdecznie zapraszamy
 Sekcja Organizacyjno - Promocyjna



ZGŁOSZENIE PRAC AUTORSKICH

Redakcja Biuletynu Valetudinaria 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ zachęca wszystkich pracowników Szpitala do przesyłania i umieszczania autorskich artykułów na łamach biuletynu, który wydawany jest w systemie kwartalnym dla pacjentów i załogi 10. WSzKzP SP ZOZ w Bydgoszczy.

Szczegóły odnośnie możliwości publikacji oraz zgłoszenia przyjmuje Sekcja Organizacyjno - Promocyjna

e-mail: marketing@10wsk.mil.pl, tel. 261 417 461

**10. WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
W BYDGOSZCZY**

ul. Powstańców Warszawy 5, 85-681 Bydgoszcz
tel. 261 417 220, fax 261 416 110
e-mail: szpital@10wsk.mil.pl

www.10wsk.mil.pl

