



# Biuletyn Szpitalny

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny  
im. prof. W. Orłowskiego CMKP



## W NUMERZE:

**Działalność Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego**



**Szpital otrzymał nową aparaturę medyczną**

**Kompleksowy program rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19**



**Działalność Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego,** rozmowa z p. Prof. dr hab. Jackiem Sobockim, Kierownikiem Oddziału, p. dr n. o

zdr. Krystyną Majewską, Kierownik Poradni Dla Chorych Leczonych Pozajelitowo i Dojelitowo w Warunkach Domowych oraz z p. dr Sylwią Osowską Kierownik Pracowni Żywienia Pozajelitowego.

**Panie Profesorze proszę przybliżyć nam profil Oddziału, którym Pan kieruje, co oznacza nie znany szerzej termin „żywienie kliniczne”?**

Każdy pacjent, który jest żywiony w sposób sztuczny - dojelitowo lub pozajelitowo, jest pod opieką lekarza, pielęgniarki i farmaceuty. Opiekę lekarską pełni Zespół Kliniki Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego, pielęgniarską - Zespół Poradni pod kierownictwem p. dr Majewskiej. Jeżeli pacjent jest żywiony dojelitowo to są gotowe mieszanki, jeżeli jest żywiony pozajelitowo, czyli dożylnie, wtedy mieszanki przygotowywane są w aptece szpitalnej przez zespół p. dr Osowskiej. Lekarz określa problem zdrowotny i zleca rodzaj żywienia, pielęgniarka określa problemy pielęgnacyjne, a farmaceuta przygotowuje na podstawie recepty wystawionej przez lekarza mieszaninę, którą pacjent sobie podłączy i wysyła ją do jego domu.

Termin **żywienie kliniczne** obejmuje każdą metodę sztucznego żywienia. Pod sztucznym żywieniem rozumiemy suplementy do żywienia, bo nie jest to naturalne jedzenie, ale sztucznie wytworzone. Będą tu: diety do popijania, proszki - głównie białkowe, a także batony białkowe. Druga grupa żywienia klinicznego to jest żywienie dojelitowe, czyli żywienie mieszankami odżywczymi, podawanymi przez sondę lub przez inny zgłębnik bezpośrednio do jelita lub bezpośrednio do żołądka. Żywienie dożylnie jest podawane bezpośrednio do żyły, jeśli jelita u pacjenta nie funkcjonują.

Klinika Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego zajmuje się szczególnie trudnymi przypadkami chirurgicznymi, które mogą stanowić problem dla standardowego oddziału chirurgicznego. Należą tu w szczególności trudne przypadki onkologiczne, choroby zapalne jelit, powikłania po operacjach i zespół krótkiego jelita, czyli sytuacja kiedy jelita nie funkcjonują. W ramach hospitalizacji na Oddziale leczymy pacjentów do momentu, kiedy będą mogli wyjść do domu. W szpitalu używamy technik chirurgicznych, endoskopowych i technik żywienia klinicznego. Część pacjentów można wyleczyć w czasie pobytu w szpitalu, części nie można i pacjenci ci w sposób sztuczny żywni są w domu, dalej pozostając pod naszą opieką. Ze sztucznego żywienia w domu korzystają pacjenci dosłownie z terenu całego kraju. Należy podkreślić, że nasza Klinika jest największym i głównym tego rodzaju ośrodkiem w Polsce i jednym z 3 największych w Europie. Dzięki współpracy z nami wielu pacjentów, których jelita nie działają całkowicie, mogą żyć wiele lat. W tym roku mamy pacjentów, którzy już 36 lat żywni są tylko dożylnie.

Zaangażowanie całego Zespołu Kliniki jest olbrzymie. Moi Współpracownicy poświęcają swoje życie dla tej pracy. Szczególnie chciałbym podziękować Pani dr Krystynie Majewskiej.

**Pani Doktor, proszę wprowadzić nas w bardziej szczegółową problematykę żywienia pozajelitowego i dojelitowego. Jaka jest rola Poradni w opiece nad pacjentami żywionymi klinicznie?**

(K. Majewska) **Żywienie kliniczne pozajelitowe**, o czym powiedział już Pan Profesor, dotyczy pacjentów, którzy nie mogą w żaden sposób odżywiać się drogą doustną, ani też mieć podawanego pokarmu do przewodu pokarmowego. Dzieje się tak z różnych powodów, np. zaburzeń wchłaniania jelitowego, po rozległych resekcjach jelit, przetok w jelitach, czy z powodu niedrożnego przewodu pokarmowego. Dotyczy to szczególnie pacjentów onkologicznych. Tacy pacjenci, nawet w okresie przygotowawczym, a i niejednokrotnie po operacji, wymagają żywienia pozajelitowego, bo powierzchnia ich jelit zdolna do wchłaniania jest zbyt mała, aby sami mogli się odżywiać drogą doustną. Kiedyś mieliśmy dużo więcej pacjentów z chorobami naczyniowymi, takimi jak np. zator tętnicy krezkowej, zakrzepica tętnicy krezkowej, martwica jelit i powikłań pourazowych, ale także z powikłaniami sercowo-naczyniowymi, kończącymi się obszerną, odległą resekcją jelit. Tak jak powiedział Pan Profesor, leczenie pozajelitowe może trwać nawet kilkadziesiąt lat. Najkrócej z tej formy żywienia korzystają pacjenci onkologiczni – ok. 1 rok.

Dążymy do tego, aby pacjent był zakwalifikowany do żywienia w domu. Otrzymuje on wtedy mieszaninę żywieniową oraz ustalony indywidualny program żywieniowy. Mieszanina jest wprowadzana do żyły głównej górnej za pomocą wszczepionego cewnika centralnego. Szkolimy pacjenta bądź rodzinę w zakresie obsługi tego cewnika, aby zabezpieczyć go przed ew. zakażeniem. Jest to przecież ingerencja w układ krwionośny. Szkolenie dotyczy również możliwych powikłań i sytuacji, kiedy chory powinien zgłosić się niezwłocznie do Szpitala.

Każdy pacjent wymagający żywienia pozajelitowego najpierw trafia do Oddziału. Jeśli jest on zakwalifikowany do żywienia w domu, sam będzie sobie podłączał cewnik i przygotowywał mieszaninę. Będzie dalej pod stałą opieką naszego Szpitala. Dodam, że pod opieką **Poradni dla Chorych Leczonych Pozajelitowo i Dojelitowo w Warunkach Domowych**, która jest integralną częścią Oddziału

Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego Szpitala, znajduje się 250 chorych żywionych pozajelitowo w warunkach domowych i ok. 250 chorych żywionych dojelitowo.



Są 2 metody przygotowywania mieszanin odżywczych. Pierwsza, to przygotowywanie ich w funkcjonującej od 2019 roku przy aptece szpitalnej **Pracowni Żywienia Pozajelitowego**. Druga to taka, że pacjent sam dostaje preparaty i sam przygotowuje mieszaninę. Należy wziąć pod uwagę fakt, że mamy pacjentów z odległych regionów kraju, stąd praktykujemy jeszcze tę metodę. Mieszaninę pobiera pacjent raz dziennie, przeważnie w nocy, przez 15-16 godzin. Często pacjentami są osoby, które pracują, czy uczą się, więc taki czas odżywiania jest dla nich najbardziej dogodny. Przekazujemy mobilnym pacjentom pompy infuzyjne, aby mogli sobie ustawić wlew dożylny w czasie dogodnym dla siebie. Mieszaninę przechowuje się w lodówce w temp. +4 - +7 stopni, przed podaniem doprowadza się ją do temperatury pokojowej i podaje dożylnie po ew. uzupełnieniu o dodatkowe leki. Ważne jest, aby nie doszło do zakażenia, stąd pacjent musi dbać o higienę cewnika.

Pacjent zgłasza się na wizytę w Szpitalu przynajmniej raz na 3 m-ce. Kontrolowany jest u niego metabolizm, samopoczucie i waga, pobierany cały panel badań biochemicznych, oglądane miejsce wprowadzenia cewnika i jego drożność. Jeśli pacjent zgłasza złe samopoczucie, gorączkę, przyjmujemy go do Szpitala. Może on zgłosić się również w poradni w swoim rejonie w przypadku innych chorób, tak jak każdy z nas. Po pacjentów, którzy nie mogą przyjechać do nas na wizytę, wysyłamy karetkę, albo jedziemy do pacjenta. Jeździmy głównie do pacjentów żywionych dojelitowo.

**Żywienie dojelitowe** polega na tym, że pokarm podajemy do pewnego odcinka przewodu pokarmowego - najczęściej do żołądka, poprzez rurkę (gastrostomia odżywcza), do jelita (jejunostomia) lub przez zgłębnik nosowo-żołądkowy albo nosowo-jelitowy. Pokarm podawany jest tam, gdzie będzie on wchłonięty z ominięciem obszarów objętych chorobą. Żywienie dojelitowe nie wymaga długiej hospitalizacji. Możemy zakwalifikować pacjenta ze skierowaniem do żywienia dojelitowego również przez naszą Poradnię. Jeśli ma on już założony dostęp to wykonujemy cały panel badań biochemicznych, przeprowadzamy wywiad i dobieramy indywidualną dietę. Szkolimy pacjenta jak obsługiwać urządzenie podające mieszankę i jak pielęgnować dostęp. Jeżeli pacjent wymaga pompy do żywienia dojelitowego, to mu ją wydajemy. Organizujemy transport na dostarczanie diet i sprzętu do domu chorego.

Żywienie dojelitowe dotyczy głównie pacjentów onkologicznych (nowotwory głowy i szyi, układu pokarmowego) albo neurologicznych (udary, stwardnienie boczne, rozsiane, choroba Parkinsona). Skierowanie do żywienia dojelitowego może złożyć każdy szpital i poradnia. W przypadku pacjenta leżącego, lekarz i pielęgniarka udaje się do miejsca jego przebywania. Dieta dojelitowa może być modyfikowana w zależności od sytuacji.

Pracownia żywienia pozajelitowego przygotowuje mieszanki dla pacjentów żywionych dożylnie, natomiast dla celów żywienia dojelitowego służą specjalne mieszanki gotowe. Każdy z producentów oferuje szereg diet do takiego żywienia – standardowe, wzbogacone w kalorie, w białko, zaadoptowane do poszczególnych chorób. Na podstawie wywiadu i badań pacjenta dopasowujemy mu odpowiednią dietę. Pacjent pobiera dziennie średnio ok 1,5 l mieszanki.

**Szpital dysponuje dużą, nowoczesną Pracownią Żywienia Pozajelitowego. Pani Doktor, proszę przybliżyć jej działalność.**

(S. Osowska) Pracownia Żywienia Pozajelitowego uległa spektakularnej zmianie. Dziesięć lat temu zaczynałam pracę w małym pokoiku o powierzchni 5 m<sup>2</sup> i byłam jedyną farmaceutką zatrudnioną do przygotowywania mieszanki wyłącznie dla pacjentów Oddziału Żywienia

Klinicznego i Chirurgii, żywionych w warunkach szpitalnych. Dzisiaj Pracownia Żywienia spełnia wszelkie standardy przygotowywania mieszanki żywienia pozajelitowego i jest najnowocześniejszym pomieszczeniem w naszym Szpitalu. Przygotowujemy mieszanki żywieniowe dla pacjentów żywionych w Szpitalu, włączając Oddział Neonatologii. Oprócz tego, dostarczamy żywienie pozajelitowe dla 90 pacjentów żywionych w warunkach domowych. Dziennie w pracowni produkowanych jest ok. 110 mieszanki żywieniowych, wliczając soboty i niedziele.

Kwiecień to pierwszy miesiąc, w którym Pracownia prowadzi nadzór i ustala całą logistykę transportu półproduktów do przygotowywania mieszanki dla 150 pacjentów „porozrzucanych” po całej Polsce. Było to niesłychane wyzwanie i ogrom pracy dla całego zespołu. Ale udało się!

Jednak to, z czego jestem najbardziej dumna, to opieka farmaceutyczna nad pacjentem. Należy pamiętać, że dla pacjentów po masowej resekcji jelita, z niedrożnością jelit i zaburzeniami wchłaniania, przyjęcie jakiegokolwiek innego leku w formie doustnej przedstawia ogromny problem. Problemem jest również kruszenie leków do podaży dojelitowej. Nie wszystkie leki można kruszyć i to właśnie wiedza farmaceutyczna pozwala na odpowiedni dobór leków. Pacjent żywiony w warunkach domowych pozajelitowo to pacjent, któremu nagle zmienił się cały świat. Jemu i jego rodzinie. Żywienie pozajelitowe ratuje życie, ale jednocześnie wywraca je do góry nogami. Wszystko jest nowe, wszystko jest trudne. Staramy się by pacjenci nie czuli się sami i mogli liczyć na fachowe wsparcie.

Najlepszą wizytówką Pracowni są słowa jednej z pacjentek, która tak napisała w liście skierowanym do nas i dyrekcji: „Dopiero w trakcie choroby mama i ja uświadomiłyśmy sobie jak wielką pracę wykonuje Pracownia Żywienia z Panią dr Osowską. Jak sprawnie pracuje cały zespół. Jak wspaniali, fachowi, mili i grzeczni ludzie tam pracują. Atmosfera stworzona przez szefową udzielała się wszystkim chorym i ich rodzinom. Zawsze można było na nich liczyć (Pani dr dostępna telefonicznie 24h/dobę służyła zawsze pomocą ...). Wszyscy tam pracują z ogromnym zaangażowaniem i poświęceniem jako CISI BOHATEROWIE. Ludzie, których nie widać, nie słychać, a są. Tacy ludzie to

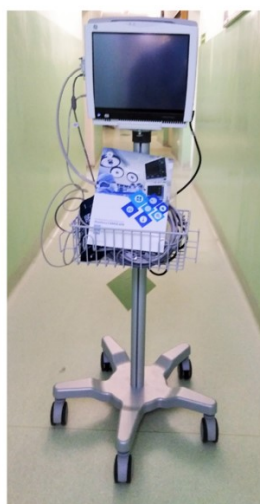
wspaniała wizytówka szpitala”. I takie właśnie słowa nadają sens naszej pracy.

### Dziękuję Państwu za rozmowę.

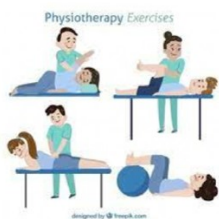


### Szpital otrzymał nową aparaturę medyczną

W ostatnich dniach nasz Szpital wzbogacił się o nową aparaturę medyczną. Otrzymaliśmy 22 kardiomonytory różnego typu, 10 respiratorów oraz 10 pulsoksymetrów z transmisją danych. Aparatura ta jest niezbędna w codziennej pracy Szpitala, szczególnie obecnie, w sytuacji hospitalizacji pacjentów z COVID-19.



Otrzymany sprzęt pochodzi z zasobów Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego, pozyskanych z Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych.



### Kompleksowy program rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19

Narodowy Fundusz Zdrowia przygotował kompleksowy program rehabilitacji dla pacjentów, którzy chorowali na COVID-19. Rehabilitacja trwa od 2-6 tygodni. Pacjenci mają zapewnioną opiekę lekarską, pielęgniarską i wsparcie psychologiczne. Za każdy dzień leczenia NFZ zapłaci 188 zł.

Dzięki rehabilitacji pacjenci poprawią swoją sprawność oddechową, zwiększą wydolność wysiłkową i krążeniową, poprawią kondycję psychiczną. Świadczenia rehabilitacji COVID-19 są realizowane na podstawie skierowania lekarza

ubezpieczenia zdrowotnego, po zakończeniu leczenia związanego z chorobą COVID-19.

W programie mogą uczestniczyć placówki, które mają podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym lub w leczeniu uzdrowiskowym, wpisane w wykazie podmiotów udzielających świadczeń covidowych. Z programu można skorzystać w okresie do 12 miesięcy od zakończenia leczenia związanego z COVID-19.

Lekarz podejmie decyzję o skierowaniu pacjenta do programu na podstawie wyników badań:

- RTG klatki piersiowej z opisem, wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby,
- aktualnej morfologii, OB, CRP (białko ostrej fazy) oraz EKG wykonanego po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby COVID-19.

Na program składa się m. in. kinezyterapia z uwzględnieniem treningu wytrzymałościowego, ćwiczeń oddechowych, ćwiczeń efektywnego kaszlu, ćwiczeń na wolnym powietrzu, opukiwania i oklepywania klatki piersiowej, drenaży ułożeniowych, inhalacji indywidualnych, treningów marszowych, balneoterapii, masażu, hydroterapii, treningów relaksacyjnych, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Pacjent może liczyć na minimum 96 zabiegów fizjoterapeutycznych, ma również prawo do korzystania z profesjonalnej terapii psychologicznej. Każda placówka uczestnicząca w programie zapewnia pacjentom badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne. Podczas rehabilitacji pacjent będzie pod opieką lekarską i pielęgniarską. Personel medyczny będzie kontrolował postępy w powrocie pacjenta do pełni sprawności. O tym, czy pacjent dochodzi do pełni sił, decydowało będzie porównanie wyników badań i testów, które przeprowadza się na początku i na zakończenie leczenia.

Koszty programu pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz budżet państwa, z części której dysponentem jest minister zdrowia.

Program został ustanowiony Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 63/DSOZ/2021 (Źródło: NFZ)

Redakcja Biuletynu: Ewa Olsińska, Specjalista ds. Komunikacji, pok. D 109, tel. 433