

PULS SZPITALA

ISSN 1644-8162

NR 19/1 STYCZEŃ – MARZEC 2008

WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE



- Pierwszy zabieg elektrofizjologii w województwie – str. 2
- Mózg w zdrowiu i chorobie, postępy w badaniach i leczeniu – str. 4
- Tu, gdzie rodzi się życie... – str. 8
- Nie daj się zjeść chorobie! – str. 16
- Najważniejsze spokojne życie – str. 25

ZARZĄDZANIE
JAKOŚCIĄ
ISO 9001:2000

► Systematycznie
monitorowany



ZARZĄDZANIE
ŚRODOWISKOWE
ISO 14001

► Systematycznie
monitorowany



WARMIŃSKO-MAZURSKA
NAGRODA JAKOŚCI



NOWE ZABIEGI PIERWSZY ZABIEG ELEKTROFIZJOLOGII W WOJEWÓDZTWIE

W Oddziale Kardiologicznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie w grudniu 2007 r. rozpoczęto wykonywanie zabiegów elektrofizjologicznych. Do tej pory pacjenci z Warmii i Mazur oczekiwali w ponad rocznych kolejkach na leczenie poza regionem. Zapotrzebowanie na tego typu zabiegi oszacowano na poziomie 400 rocznie. Właśnie dlatego w WSS w Olsztynie rozpoczęła pracę pierwsza w województwie warmińsko-mazurskim pracownia elektrofizjologii. Nasz Szpital już dwa lata temu rozpoczął starania o pozyskanie sprzętu do pracowni. Wysiłki zostały nagrodzone. Ministerstwo Zdrowia zrefundowało w 90% zakup nowego angiokardiografu o wartości 2,5 mln zł oraz w 90% zakup ablatora o wartości 80 tys. zł. W tym roku złożyliśmy wniosek o dofinansowanie zakupu stymulatora. Dzięki pracowni elektrofizjologii kardiologzy mogą leczyć chorych z zaburzeniami rytmu serca. A na taką pomoc czeka wielu pacjentów.

O zabiegach elektrofizjologii rozmawiamy z dr. n. med. Tomaszem Królakiem

– **Panie doktorze, czym są i w jaki sposób powstają zaburzenia rytmu serca?**

– Serce jest pompą, która zapewnia krążenie krwi w naszym organizmie. I tak jak każda pompa, również serce posiada swoje elektryczne sterowanie. Impuls elektryczny powstający w tzw. komórkach rozrusznikowych wywołuje skurcz serca i wyrzut krwi do tętnic. Liczba impulsów elektrycznych i sposób ich rozchodzenia odpowiedzialne są za prawidłowy rytm pracy serca. Istnieje wiele chorób, które upośledzają funkcję mechaniczną serca jako pompy mięśniowej, są też takie, które dotyczą jego funkcji elektrycznej i prowadzą do zaburzeń rytmu serca. Gdy impulsy elektryczne pojawiają się w sercu zbyt rzadko lub nie mogą przedostać się z przedsionków do komór, serce bije za wolno i nie jest w stanie przepompować odpowiedniej ilości krwi – właśnie wtedy konieczna jest implantacja rozrusznika serca. Gdy impulsy elektryczne pojawiają się zbyt często, mówimy o częstoskurczu. Serce bije wówczas tak szybko, że nie ma czasu na nabranie krwi z żył i ilość przepompowywanej krwi gwałtownie maleje – mamy wówczas do czynienia z częstoskurczem. W skrajnych przypadkach liczba impulsów elektrycznych jest tak wielka, że serce nie jest w stanie skurczyć się i przestaje pompować krew – mówimy wówczas o migotaniu komór. Skutecznym sposobem wyleczenia częstoskurczu jest wykonanie zabiegu ablacji, w przypadku migotania komór implantowany jest kardiowerter-defibrylator.

– **Na czym polega i jak przebiega badanie elektrofizjologiczne?**

– Badanie elektrofizjologiczne prawie zawsze poprzedza zabieg ablacji. Podczas badania

lekarz wprowadza do żył lub tętnic specjalne rurki zwane koszulkami. Może założyć od 1 do 5 koszułek. Najczęściej wprowadzane są one przez żyły udowe oraz przez żyłę szyjną wewnętrzną. Następnie przez koszulki wprowadzane są cewniki, które pod kontrolą obrazu RTG są umieszczane w określonych miejscach w sercu. Cewniki połączone są z komputerem, dzięki czemu można dokonać wielu różnych pomiarów parametrów elektrofizjologicznych serca pacjenta, umożliwiając dokładne określenie rodzaju zaburzeń rytmu.

– **Po określeniu rodzaju zaburzeń przeprowadzany jest zabieg ablacji?**

– Aby wyeliminować częstoskurcze, należy zniszczyć przyczynę arytmii. Zabieg ablacji polega na wytworzeniu w sercu niewielkiej blizny uniemożliwiającej dalsze powstawanie arytmii. Jeden z cewników używanych podczas badania elektrofizjologicznego jest usuwany, a w jego miejsce wprowadza się cewnik ablacyjny i umieszcza go w sercu. Następnie dzięki płynącemu przez cewnik prądowi o wysokiej częstotliwości dochodzi do jego nagrzania (do kilkudziesięciu stopni), czego efektem jest powstanie niewielkiej blizny w sercu. Do usunięcia arytmii niezbędne jest czasami wykonanie kilku blizn.

– **Czy ablacja gwarantuje powrót pacjenta do zdrowia?**

– Nie istnieje procedura medyczna, która jest 100% - owo skuteczna. Podobnie jest z ablacją – nie pozwala na pełne wyleczenie wszystkich pacjentów, a dodatkowo nawet po skutecznym



zabiegu istnieje pewne ryzyko nawrotu choroby. Jest to jednak metoda dużo skuteczniejsza niż farmakoterapia. Skuteczność ablacji zależy od typu arytmii, jaka występuje u danego pacjenta. W przypadku najczęściej spotykanych arytmii nadkomorowych zabieg ablacji pozwala wyleczyć ponad 90% chorych, a częstość nawrotów nie przekracza 3-4%. W innych typach zaburzeń rytmu skuteczność ta jest nieco niższa (70-80%). Są też takie arytmie, które nawet po skutecznym zabiegu ablacji po pewnym czasie nawracają, a zagrożenie dla pacjenta jest tak duże, że potrzebne jest leczenie dodatkowe, np. wszczepienie kardiowertera-defibrylatora serca.

– **Czy w trakcie przeprowadzania zabiegu mogą wystąpić powikłania?**

– Oczywiście. Każdy zabieg medyczny wiąże się z pewnym ryzykiem. W przypadku ablacji ryzyko to jest stosunkowo niewielkie – istotne powikłania zdarzają się u ok. 1% pacjentów. Ich częstość, zależy od wielu czynników – przede wszystkim od rodzaju arytmii i chorób współistniejących. Powikłania towarzyszące badaniu elektrofizjologicznemu i ablacji mogą dotyczyć miejsca wprowadzenia cewników lub mogą być związane bezpośrednio z sercem. Jednym z groźnych powikłań jest wytworzenie bloku przedsionkowo-komorowego. Impuls elektryczny z przedsionków nie przepływa wówczas do komór i serce pracuje tak wolno, że konieczne jest wszczepienie rozrusznika.

Trzeba pamiętać, że ablacja to zabieg na bieżącym sercu. Wprowadza się do serca narzędzia, przez co istnieje ryzyko przebicia jego ściany. Inne bardzo rzadkie powikłania to zwężenie

żył płucnych, uszkodzenie tętnic wieńcowych, czy incydenty zakrzepowo-zatorowe.

– Jakiego rodzaju arytmii leczymy w naszym szpitalu?

W pierwszym okresie działania pracowni zabiegom poddawani będą pacjenci z częstoskurczami węzłowymi, przedsionkowo-komorowymi, przedsionkowymi, z trzepotaniem przedsionków oraz tacy, u których zdiagnozowano idiopatyczny częstoskurcz komorowy. W przyszłości najpewniej rozszerzymy naszą działalność na migotanie przedsionków, częstoskurcze komorowe na podłożu organicznych chorób serca i inne rzadsze i trudniejsze do wyleczenia arytmie.

– Arytmia ogranicza aktywność fizyczną pacjentów, a czy po zabiegu ablacji wracają oni do normalnego życia i np. mogą uprawiać sport?

– Wszystko zależy od tego na jaką arytmie choruje pacjent. W większości przypadków chorzy, którzy mają zdrowe serce jako pompę, a jedynie szwankuje u nich „elektryka” kilka dni po skutecznym zabiegu ablacji wracają do normalnego życia, mogą również uprawiać sport.

– A kiedy dochodzi do takich sytuacji, że ablacja nie kończy się pomyślnie?

– Istnieje kilka sytuacji, które uniemożliwiają skuteczne wykonanie zabiegu. Najczęstsze z nich to:

- głębokie położenie źródła arytmii, co uniemożliwia dotarcie do tego miejsca,
- bliskie położenie źródła arytmii od ważnych dla życia struktur w sercu – wykonanie ablacji wiąże się wówczas z bardzo dużym ryzykiem poważnego uszkodzenia serca,
- nietypowa budowa anatomiczna serca,
- brak możliwości wywołania arytmii podczas badania elektrofizjologicznego,

– Mimo, że ablacja jest zabiegiem inwazyjnym przeprowadzanym na sercu, pacjent może czuć się bezpiecznie?

– Przed zabiegiem pacjenci są zazwyczaj trochę przestraszeni, jednak rozmowa i dokładne poinformowanie o tym, jak zabieg będzie przebiegał uspokaja ich. Przez cały czas trwania badania elektrofizjologicznego i ablacji monitorowane są wszystkie parametry życiowe organizmu. Pacjent jest pod czujną opieką 4-osobowego zespołu. Bezpieczeństwo chorego jest dla nas najważniejsze. Zdarza się, że rezygnujemy z kontynuowania zabiegu, gdy ryzyko powikłań rośnie. Przez cały czas trwania procedury mamy kontakt z pacjentem, przez co jest on na bieżąco informowany o postępach operacji i w każdej chwili możemy zdecydować o jego przerwaniu.

– Dziękuję za rozmowę.

O arytmii serca i zabiegu ablacji opowiada Jadwiga Greczyn, pacjentka WSS w Olsztynie



– Cztery lata temu straciłam przytomność. Skierowano mnie na oddział kardiologii, aby zdiagnozować przyczynę utraty przytomności. Stwierdzono zespół WPW. Już wtedy lekarz mówił, że muszę przygotować się do zabiegu ablacji. Jednak ciągle odkładałam zabieg, a palpacje serca nasilały się, przez co nie mogłam w nocy spać. Wytrzymałam tak, do momentu, gdy już codziennie zaczęłam się czuć źle i brakowało mi na wszystko sił. Zgłosiłam się do kardiologa, który od razu założył mi aparat do badań holterowskich i zaproponował zabieg ablacji. Zdecydowałam się. Wyznaczono termin na 1 marca.

Jestem pod wrażeniem dr. Królaka i jego profesjonalizmu. Ten profesjonalizm widać w każdym momencie. Poza tym jest sympatyczny i otwarty. Dokładnie tłumaczy pacjentom, co będzie robił, co zaboli, a co nie. Podczas zabiegu czułam się bezpiecznie, byłam pod dobrą opieką. Gdy się skończył i usłyszałam, że moje serce jest uzdrowione, gdybym mogła uściskałabym dr. Królaka ze szczęścia.

Po zabiegu trzeba przez 6 godzin leżeć, ale po zwolnieniu ucisków z miejsc, przez które były wprowadzane narzędzia, z godziny na godzinę czułam się coraz lepiej. Gdy tak leżałam spokojnie na łóżku czułam jakby moje serce było wybalsamowane. Niesamowite jest to, że nie ma prawie żadnych śladów zabiegu. Nie ma konieczności cięcia operacyjnego. I szybko wraca się do zdrowia.

Jestem zadowolona, że znalazłam się w szeregu osób, które zostały wyleczone dzięki przeprowadzonemu zabiegowi ablacji.



core

Zabieg ablacji

SPIS TREŚCI

- Pierwszy zabieg elektrofizjologii w województwie 2
- Światowy Tydzień Mózgu 4
- Sztuka życia, czyli savoir vivre 6
- Tu, gdzie rodzi się życie 8
- Nie zabieram swoich narządów do nieba 11
- Podróż do sukcesu 12
- Zarządzanie lekami 13
- Znad szpitalnego kałamarza Oddział Chirurgiczny 14
- Nie daj się zjeść chorobie! 16
- Tajemnice pracy pielęgniarek instrumentariuszek 18
- Własność pacjenta jako wymaganie jakościowe 19
- Osteoporoza – choroba kości 20
- Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C jako zakażenia szpitalne 21
- Z cyklu prezentacje: Sekcja Standardów Medycznych i Analiz Ekonomicznych 22
- Początek współpracy polsko-szwedzkiej 23
- Naucz się żyć z bólem 24
- Najważniejsze spokojne życie .. 25
- Światowy Dzień Chorego 26
- II Zima Ortopedyczna – Stare Jabłonki 2008 26
- „Krzyżówka” 27

ŚWIATOWY TYDZIEŃ MÓZGU

Mózg w zdrowiu i chorobie, postępy w badaniach i leczeniu

W dniach 10-16 marca w 73 krajach, w tym również w Polsce, obchodzone Światowy Tydzień Mózgu. Celem tej akcji jest upowszechnienie w społeczeństwie wiedzy o funkcjonowaniu mózgu w zdrowiu i chorobie oraz budowanie społecznej świadomości o korzyściach wynikających z badań nad układem nerwowym.

W czasie Tygodnia Mózgu organizowane są kampanie edukacyjne w mediach, cykle wykładów, warsztaty i konkursy dla młodzieży. Światowy Tydzień Mózgu obchodzony jest na świecie od 1996 r., a w Europie i w Polsce od 1998 r. Potrzebę tego typu aktywności publicznej uświadomiono sobie w czasie trwania dekadę mózgu, która obejmowała lata 1990-1999. Projekt ten ogłoszony przez Kongres USA i proklamowany 17 lipca 1990 roku przez ówczesnego Prezydenta Georga Busha seniora zawierał sponsorowanie różnego typu programów i publikacji dotyczących badań nad mózgiem oraz zachęcał do publicznego dialogu na różnorakie implikacje wynikające z tych badań (kliniczne, filozoficzne, etyczne, itp.). Uświadomiono sobie również potrzebę istnienia organizacji promującej tego typu działalność. W 1992 r. z inicjatywy laureata Nagrody Nobla, biochemika i genetyka Jamesa Watsona powstało Światowe Stowarzyszenie na Rzecz Krzewienia Wiedzy o Mózgu „DANA”. W 1997 r. w czasie Światowego Forum Ekonomicznego w Davos proklamowano utworzenie Europejskiego Stowarzyszenia na Rzecz Mózgu. Z inicjatywy osób skupionych w Polskim Towarzystwie Badań Układu Nerwowego (PTBUN) powstało Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Krzewienia Wiedzy o Mózgu „DANA” (adresy internetowe www.nencki.gov.pl/dana/ oraz www.ptbun.org.pl)

Światowe Stowarzyszenie

na Rzecz Krzewienia Wiedzy o Mózgu

Stowarzyszenie to oprócz wielu innych publikacji wydaje coroczny raport dotyczący znaczących osiągnięć w badaniach nad mózgiem, które miały miejsce w roku poprzednim. O jego różnorodności świadczą mogą tematy, które zostały przedstawione w raporcie w 2008 r., a mianowicie:

- poszerzenie możliwości zastosowania głębokiej stymulacji mózgu
- choroby wieku dziecięcego
- choroby dotyczące zaburzeń ruchu
- urazy układu nerwowego
- immunologia układu nerwowego
- problematyka bólu
- choroby psychiczne i uzależnienia
- umysł i ciało
- komórki macierzyste i neurogeneza (odnowa neuronów w dorosłym mózgu)
- procesy myślowe i pamięć
- problemy neuroetyczne
- sztuka i poznanie

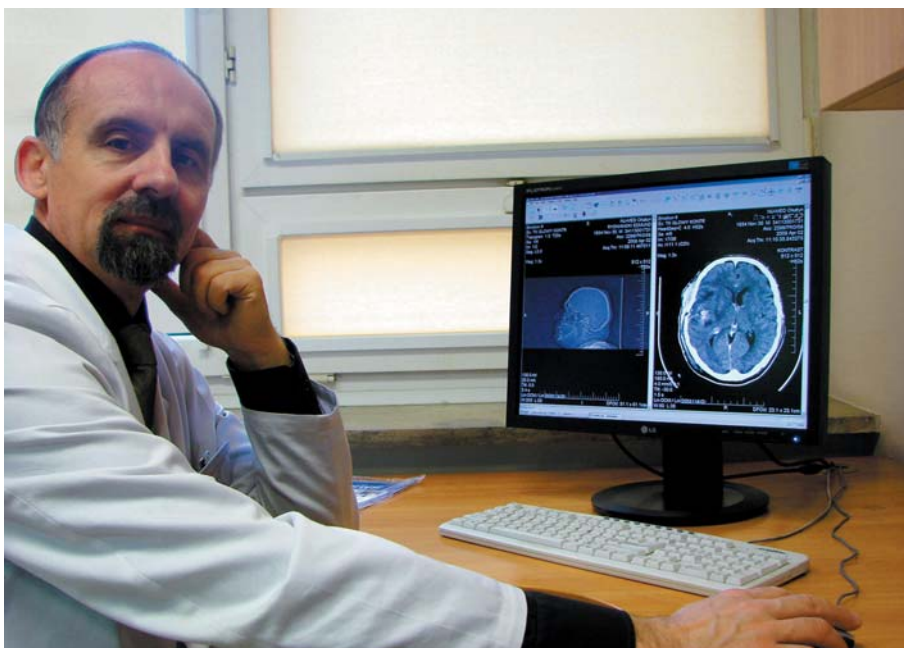
Rozległość tematyki związanej z badaniami mózgu wynika z jednej strony ze znacznego skomplikowania jego budowy i funkcji, a z drugiej strony ze znacznej ilości chorób mózgu i ich różnej etiologii.

Centrum dowodzenia

Mózg, który waży około 1400 g, co stanowi 2% wagi ciała jest główną jednostką kontrolną i centrum zarządzania organizmem. Zbudowany jest z ponad 10 miliardów komórek nerwowych, tzw. neuronów połączonych ze sobą siecią wypustek nerwowych, którymi przesyłane są impulsy na drodze przekazu elektrycznego i chemicznego. Ludzki mózg jest często porównywany do komputera, ponieważ podobnie jak komputer potrafi zbierać, przetwarzać i przechowywać informacje. Pracuje z niewiarygodną prędkością, w ułamku sekundy interpretuje obrazy i dźwięki i natychmiast wykonuje zaprogramowaną przez siebie reakcję. Jest nieustannie aktywny, co sekundę przepływają przez niego miliony impulsów, niektóre w sposób świadomy, inne poza naszą świadomością. Porównanie z komputerem, chociaż daje pewne wyobrażenie o tym jak złożoną pracę wykonuje mózg, jest tylko częściowo słuszne. Mózg jest ponadto siedliskiem naszych uczuć, pragnień, ambicji i inteligencji i pomimo dynamicznego rozwoju neurobiologii, nadal daleko do zrozumienia natury naszej świadomości, co sprawia, że każdy z nas jest sobą, inaczej reaguje, odczuwa, myśli. Ta tajemnica jest bardzo pociągająca dla badaczy mózgu. Z drugiej strony równie ważne są praktyczne aspekty badań, związane ze wzrostem zachorowań na choroby układu nerwowego.

Choroby mózgu

Miliony ludzi każdego roku chorują na choroby mózgu o różnej etiologii: od chorób o podłożu genetycznym, neurodegeneracyjnym, jak choroba Alzheimera i choroba Parkinsona, poprzez udary mózgu w wyniku zaburzeń krążenia mózgowego, nowotwory, urazy mózgu i choroby psychiczne. W Polsce na chorobę Alzheimera choruje 200 tys. osób, a na świecie 18 milionów (21.09. - jest obchodzony jako Światowy Dzień Alzheimera). Na chorobę Parkinsona w Polsce choruje ok. 70 tys., a nowych chorych przybywa rocznie kilka tysięcy (5-8 tys. wg różnych danych). Nowotwory mózgu stanowią 2% wszystkich nowotworów, ale u dzieci zajmują drugie miejsce po białaczkach i chłoniakach. Stale wzrasta ilość zachorowań na złośliwe nowotwory mózgu, a efekty ich leczenia są nadal niezadowolające. Urazów mózgu doznaje rocznie na świecie około 180-220/100 tys. osób, większość poszkodowanych to mężczyźni



dr n. med. Mirosław Smółka, neurochirurg

w wieku 15-24 lat, 10% to urazy śmiertelne. W Polsce współczynnik śmiertelności wynosi 10-12/100 tys. mieszkańców. Urazy mózgu, które stanowią trzecią przyczynę zgonów po chorobach serca i nowotworach, są główną przyczyną inwalidztwa, a występują w naszym kraju z częstotliwością 60-70 tys. rocznie, ze śmiertelnością ok. 100/100 tys. i różnego stopnia upośledzeniem sprawności powyżej 50% zachorowań. Przy okazji udarów mózgu można wspomnieć o spektakularnym, chociaż szerzej nieznanym sukcesie terapeutycznym, jaki osiągnięto ostatnio w oddziale Neurologicznym naszego szpitala. U sześćdziesięciokilkuletniej chorej przyjętej z objawami ciężkiego udaru niedokrwiennego lewej półkuli mózgu pod postacią zaburzeń mowy i znacznego niedowładu kończyn po stronie prawej podano lek trombolityczny Actylise, który spowodował rozpuszczenie skrzepu i szybkie cofnięcie się objawów neurologicznych. Chora, która przybyła w stanie zagrożenia życia i w najlepszym razie skazana na długotrwałą rehabilitację z dużym prawdopodobieństwem niepełnosprawności, została wypisana do domu po tygodniu bez żadnych deficytów. Sukces ten był możliwy, ponieważ zaistniały warunki do zastosowania tej obarczonej pewnym ryzykiem kuracji, a głównym był czas (do 3 godzin po udarze). W tym czasie chora trafiła do szpitala i wykonano tomografię komputerową - taka sytuacja zdarza się niestety bardzo rzadko. Przypadek zrzucił, że pacjentka była matką lekarza pracującego w USA, męża mojej koleżanki ze studiów. Jestem przekonany, że zawiezie bardzo dobrą opinię o naszym szpitalu po powrocie za ocean.

Postępy w badaniach i leczeniu mózgu

Postęp w medycynie związany jest z rozwojem nauk podstawowych i możliwością ich zastosowania w praktyce klinicznej. W neurobiologii jednym z najważniejszych było odkrycie możliwości regeneracyjnych mózgu. Przez ponad sto lat panował pogląd, że dojrzały mózg może tracić komórki nerwowe, ale nie wytwarza nowych. W czasie trwania dekady mózgu odkryto istnienie w pewnych rejonach mózgu tzw. komórek macierzystych, które mają zdolność neurogenezy, czyli przekształcenia się w dojrzałe komórki nerwowe. Okazało się także, że mózg nie tylko ma możliwość wytwarzania nowych komórek nerwowych, ale pod wpływem doświadczeń może także zmieniać układy połączeń nerwowych. Te odkrycia pokazują, że mózg jest bardziej plastyczny niż to sobie wyobrażaliśmy i dysponuje mechanizmem naprawy po urazie lub chorobie. Otwierają się nowe, bardzo ciekawe możliwości, m. in. dla neurochirurga (pobranie komórek macierzystych i wszczepienie ich w uszkodzone miejsce). Proces neurogenezy jest jednak bardzo złożony i droga do sukcesu jest z jednej strony niepewna, a z drugiej pewna, że odległa. Dokonał się również znaczny postęp



Po prawej dr n. med. Mirosław Smółka podczas zabiegu

w nieinwazyjnym obrazowaniu żywego mózgu, który ma ścisły związek z rozwojem bliskiej mi neurochirurgii. Tutaj kamieniem milowym było wprowadzenie w 1972 r. przez Hounsfielda tomografii komputerowej, a następnie w połowie lat osiemdziesiątych obrazowania z wykorzystaniem znanego już wcześniej zjawiska rezonansu magnetycznego. Można bez przesady powiedzieć, że to zrewolucjonizowało diagnostykę, chociaż ówczesne obrazy, w porównaniu z obecnymi, mają się mniej więcej tak, jak jakość pierwszych komputerów, czy telewizorów do obecnych. Przed erą tomografii komputerowej diagnostyka np. guzów mózgu opierała się na odmie komorowej, czyli podawaniu kontrastu do komór mózgu, poprzez ich punkcję z otworu trepanacyjnego, często dodatkowo wykonywano nakłucie mózgu w miejscu podejrzewanej zmiany w poszukiwaniu torbieli i arteriografię mózgową uwidaczniającą w przypadku unaczynionego guza nieprawidłowe naczynia. Pomimo tych inwazyjnych procedur obraz zmiany był i tak mniej dokładny, niż na tych jakże niedoskonałych obrazach w początkach tomografii komputerowej. Nowoczesne aparaty, oprócz doskonałej jakości obrazów, pozwalają na przestrzenną, trójwymiarową rekonstrukcję, diagnostykę schorzeń naczyniowych w opcji naczyniowej zarówno tomografii komputerowej, jak i rezonansu magnetycznego. Pozwala to często uniknąć inwazyjnego badania, jakim jest arteriografia mózgową. W przypadku tętniaków mózgu możliwe jest także wykrycie tętniaka mózgu przed jego pęknięciem i krwotokiem wewnątrzczaszkowym, co wcześniej było rzadkością.

Neuroobrazowanie funkcjonalne

Osiągnięciem ostatnich lat jest tzw. neuroobrazowanie funkcjonalne z wykorzystaniem badania rezonansu magnetycznego metodą

spektroskopii (MRS) lub metodą DWI (diffusion-weighted imaging). Ta pierwsza pozwala na ustalenie położenia ważnych czynnościowo ośrodków mózgu, druga natomiast obrazowanie szlaków nerwowych. Ułatwia to planowanie zabiegu chirurgicznego z ominięciem ważnych struktur mózgowych oraz prognozę stanu zdrowia po operacji. Podobne obrazy można również uzyskać metodą emisyjnej pozytonowej tomografii (PET - positron emission tomography). Polega ona na podawaniu radioaktywnych znaczników pozwalających zlokalizować określone substancje w mózgu i przeprowadzić ich ilościowe pomiary. Na podstawie pomiarów lokalnego przepływu krwi i metabolizmu można zidentyfikować specyficzne regiony mózgu odpowiedzialne za funkcje czuciowe, ruchowe i poznawcze. Pierwszy aparat PET skonstruowano w 1974 r., ale ich ilość jest ograniczona, a badanie chociaż bardzo drogie i nie pokazuje szlaków nerwowych jest niezwykle cenne w aspekcie poznawczym i leczniczym.

Renesans neurochirurgii czynnościowej

Postępy w neurochirurgii, oprócz rozwoju metod obrazowania, są związane także z postępem technicznym, nowymi technologiami lub udoskonaleniem już istniejących. Dzięki temu obserwujemy m.in. renesans neurochirurgii czynnościowej, zajmującej się przywracaniem prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego. Chociaż najbardziej kojarzona jest z leczeniem zaburzeń ruchu, takich jak choroba Parkinsona, czy ruchy mimowolne, jej zakres jest znacznie szerszy i dotyczy także leczenia bólu, padaczki, obserwuje się powrót do leczenia niektórych zaburzeń psychicznych, tzw. psychochirurgii. Ponieważ często wymaga bardzo precyzyjnego dotarcia do niewielkich, głębokich struktur mózgu, oczywisty jest ►

związek neurochirurgii czynnościowej z postępem w neuroobrazowaniu, z wykorzystaniem ramy stereotaktycznej, a od 2000 r. także techniki neuronawigacji. Pozwala ona na dotarcie do dowolnie wyznaczonego celu, na podstawie badania tomografii lub rezonansu magnetycznego, bez użycia ramy stereotaktycznej (stąd angielskie określenie zabiegów przy użyciu neuronawigacji frameless stereotaxy). Wcześniej zabiegi polegały na tzw. ablacji, czyli niszczeniu struktur układu nerwowego, odpowiedzialnych za określoną dysfunkcję. Obecnie dzięki postępowi technologicznemu i wprowadzeniu stymulatorów, część zabiegów polega na ich stymulacji, lub inaczej nazywając, neuromodulacji. Zabieg polega na precyzyjnym wprowadzeniu cienkiej elektrody stymulującej nieprawidłowo funkcjonującą strukturę układu nerwowego, którą łączy się ze stymulatorem umieszczonym podskórnie na klatce piersiowej. Istnieje możliwość modulacji, poprzez zmianę parametrów stymulatora. Jednym z prowadzących ośrodków w tej dziedzinie neurochirurgii jest zaprzyjaźniona z naszym oddziałem Klinika Neurochirurgii 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy kierowana przez profesora Marka Harata.

Metody lecznicze

Nie sposób wymienić wszystkich osiągnięć w neurochirurgii, dlatego wspomnę tylko



o postępach w zastosowaniu technik endoskopowych, o możliwościach leczenia w wybranych przypadkach tętniaków mózgu metodą wewnątrzczaszkowego ich wykrzepiania. Metoda ta, tzw. coiling, polega na wprowadzeniu poprzez cewnik z nakłucia tętnicy udowej sprężynki (coils) do wnętrza tętniaka, które stanowią podłoże do wytworzenia skrzepu. W Polsce powoli wprowadza się metody tzw. stereotaktycznej radiochirurgii, polegającej na leczeniu niewielkich zmian wiązka

promieniowania w dużej, miejscowo podanej dawce. Szczególnie dobre wyniki uzyskuje się w leczeniu głębokich, niedostępnych operacji naczynek mózgu, do 3 cm średnicy oraz w leczeniu niewielkich nerwiaków nerwu słuchowego. Stosuje się dwa typy aparatów wykorzystujących różne rodzaje promieniowania: Gamma Knife i Linac (linear akcelerator - przyspieszacz liniowy). W Polsce obecnie są tylko dwa aparaty Linac. Mimo olbrzymiego postępu i wykorzystywaniu bardzo zaawansowanych metod diagnostyki i leczenia nie uzyskano dotąd istotnego przełomu w terapii złośliwych glejaków mózgu jak i terapii skurczu naczyńniowego, głównej przyczyny powikłań i śmiertelności po krwawieniu podpajęczynówkowym. Ponieważ zabrzmiało to dość pesymistycznie zakończę dowcipem:

w jego żeńskiej wersji na pytanie kiedy mózg mężczyzny osiąga wielkość piłeczki pingpongowej odpowiedź brzmi – jak spuchnie. Ten dowcip dotyka jednak jednego z realnych obszarów zainteresowania badaczy mózgu, który możemy określić mózg, a płeć, albo inaczej płeć mózgu, czyli badanie subtelnych różnic pomiędzy mózgiem kobiety i mózgiem człowieka.

*dr n. med. Mirosław Smółka
Oddział Neurochirurgii*

SZTUKA ŻYCIA, CZYLI SAVOIR-VIVRE

Wydaje się, że czasy nienaganej etykiety już minęły. A jednak mało kto zna jej zawiloci. Kpimy sobie z przesadnej uprzejmości, a jednak nikt nie chce popełniać towarzyskich gaf, ani uchodzić za osobę niekulturalną. Gdy pojawia się perspektywa wielkiej gali, bankietu, konferencji, czy jakiegokolwiek oficjalnego spotkania okazuje się, że etykieta ma ogromne znaczenie...

Dobrze wychowany człowiek stosuje zasady savoir-vivre zarówno w życiu prywatnym, jak i w życiu zawodowym.

Savoir-vivre to inaczej ogłada, dobre maniery, bon-ton, konwenans towarzyski, kindersztuba. Jeszcze inaczej to znajomość obowiązujących zwyczajów, form towarzyskich i reguł grzeczności obowiązujących w danej grupie społecznej.

Zasad dobrego wychowania jest cała masa, są jednak podstawowe, które zawsze wypada znać i stosować. Najczęściej stosowane z nich na płaszczyźnie zawodowej wiążą się z przestrzeganiem punktualności, witaniem się,

przedstawianiem siebie i innych osób, zajmowaniem miejsc w pomieszczeniach i w samochodzie, prowadzeniem rozmów.

Powitanie

Przy witaniu się z innymi osobami stosowana jest prosta zasada. Werbalnie pierwsza wita się osoba niższej rangi, np. mężczyzna przy spotkaniu z kobietą, młodszy przy spotkaniu ze starszym, pracownik przy spotkaniu z przełożonym. Jeśli siedzimy, to przy powitaniu powinniśmy wstać albo przynajmniej lekko unieść się na krześle (kobieta nie musi tego robić). Naturalnie podczas powitania (i w ogóle podczas rozmowy) nie wkładamy rąk do kieszeni. Przy wchodzeniu do pokoju pierwsza wita się osoba wchodząca.

Podawanie ręki

Rękę pierwsza podaje, w przeciwieństwie do powitania werbalnego, osoba ważniejsza i to bez względu na płeć, np. dyrektor pierwszy podaje rękę sprzątacze itp. Przed podaniem ręki należy zdjąć rękawiczkę. Możemy jej nie zdejmować,

jeśli druga strona tego również nie robi. Ważny jest też sposób podawania drugiej osobie ręki. Nie należy trzepać dłońią drugiej osoby zbyt energicznie, ale chyba jeszcze gorszą rzeczą jest omdlewający uścisk dłoni. W przypadku osób równej rangi pierwsza wyciąga rękę kobieta. Pierwszy również wyciąga rękę gospodarz w stosunku do swoich gości.

Przechodzenie na „ty”

Z przechodzeniem na „ty” trzeba być niezwykle ostrożnym. Rządzi tu taka sama zasada, jak w przypadku podawania ręki. Proponować to może: ważniejszy - mniej ważnemu, czy w przypadku osób równorzędnych: starszy - młodszemu, kobieta - mężczyźnie.

Być kobietą...

Kobieta w towarzystwie mężczyzny jest zawsze stroną uprzywilejowaną. Standardem jest już otwieranie kobiecie drzwi i przepuszczanie jej pierwszej. Kobieta zawsze idzie po prawej stronie mężczyzny, również po schodach jeśli ich



szerokość na to pozwala. Jeśli jednak nie, kobieta jako pierwsza wchodzi po schodach. Przy schodzeniu pierwszy idzie mężczyzna. Może to wywołać dziwne reakcje wśród osób mających lekkie braki w savoir-vivre, wszakże dama zawsze kroczy pierwsza. Ta sytuacja jest jednak wyjątkiem.

Mężczyzna podaje kobiecie płaszcz, odsuwa i przysuwa krzesło, wstaje gdy kobieta wchodzi do pokoju i siada dopiero, gdy kobieta usiądzie, odwozi kobietę do domu po prywatnym spotkaniu i odprowadza do drzwi oraz nigdy nie podaje pierwszy ręki.

Wyrażenie savoir-vivre pochodzi z języka francuskiego. Savoir oznacza wiedzieć, vivre to po prostu żyć. Stąd savoir-vivre tłumaczyć można jako sztuka życia. Najogólniej, zasady savoir-vivre'u to: uśmiech, uprzejmość, życzliwość, punktualność, dyskrecja, lojalność, grzeczność.

Winda

Wchodzący do pomieszczenia, gdzie przebywają inni ludzie, zawsze powinien pierwszy powiedzieć „dzień dobry”, czy „cześć”. Tak samo jest w przypadku windy. Zawsze, niezależnie, czy w windzie znajdują się akurat osoby nam znajome, czy też zupełnie obce powinniśmy się przywitać. Podczas wychodzenia z windy powinniśmy powiedzieć „do widzenia”.

Wizytówki służbowe

Jak powinny wyglądać służbowe wizytówki, aby zachowały zasady savoir-vivre? Podstawowym nietaktem, często spotykanym są wizytówki dwujęzyczne. Jeśli potrzebujemy wizytówki w innych językach, przygotujmy dwa rodzaje. Wykluczone są również złocenia, krzykliwe kolory, skomplikowana czcionka. Pamiętajmy, że wizytówka to nie reklama, więc nie dajemy na niej informacji o firmie, produktach itp. Niedopuszczalne są informacje nadrukowane na lewej stronie wizytówki – ona zawsze powinna pozostać czysta. Eleganckie wizytówki są na białym lub kremowym kartonie, z prostym liternictwem, kolorowe może być tylko logo firmy (wyjątek: wizytówki aktorów, plastików itp.). Jeśli podajemy zarówno adres prywatny, jak i służbowy, to prywatny jest w lewym dolnym rogu, służbowy w prawym. Wyjątkiem są wizytówki prywatne. Informacje drukujemy kursywą, zostawiamy również miejsce na adnotacje (np. zaproszenia na niezobowiązujące spotkania, kondolencje, potwierdzenie przybycia). Przy otrzymaniu wizytówki nie wypada schować jej bez przeczytania treści, nietaktem jest również ofiarowanie wizytówki osobom, z którymi zetknęliśmy się przelotnie, ofiarowanie własnego biletu wizytowego, jeżeli jesteśmy pewni, że rozmówca nie może się zrewanżować (gdyż postawiłoby to go w niezręcznej sytuacji).

Staranność i prostota w ubiorze

Swoim ubiorem budujemy nie tylko swój wizerunek. Jesteśmy również wizytówką firmy,

w której pracujemy. Ubiór stał się siłą rzeczy istotnym elementem savoir-vivre'u.

Dobre maniere, których oczekuje świat biznesu, polityki i dyplomacji nie uznają nonszalancji w sposobie bycia, a w ubiorze ekstrawagancji. W biurze czy na oficjalnych spotkaniach należy zawsze być zadbanym, schludnym, eleganckim. Wyróżnianie się swym ubiorem jest niemile widziane, a więc nie może on szokować otoczenia. Elegancja w stroju to bowiem dobry smak, wygodą i pewien indywidualizm wynikający z osobowości. Strój powinien być odpowiednio dobrany kolorystycznie i raczej stonowany. Bezwzględnie powinniśmy dbać o estetyczny wygląd, co w przypadku stroju przekłada się na szczególnie zwracanie uwagi na jego stan. Kostium czy garnitur powinien być zawsze odprasowany i wyglądający świeżo. Koszula zawsze czysta, na wieczór obowiązkowo zmieniana. Buty obowiązkowo wypastowane. Staranność w ubiorze nie sprowadza



się jednak wyłącznie do dbania o stan, w jakim znajdują się nasze ubrania. Strój powinien też harmonizować z dodatkami, takimi jak: krawat, obuwie, rękawiczki, torebka, parasolka, czy nakrycie głowy.

Strój zawsze powinien być dopasowany do sylwetki osoby, która go nosi, jej walorów zewnętrznych, wieku i okoliczności. Inaczej będziemy ubrani w czasie weekendu, na wycieczce, a inaczej w biurze, na spotkaniu towarzyskim, czy oficjalnym przyjęciu.

Rodzaje ubiorów

Stroje dzielimy z grubsza na trzy kategorie. Strój nieformalny lub inaczej strój wyjściowy. Nosimy go do godziny 20:00. Dla mężczyzny strojem nieformalnym będzie garnitur i krawat, dla kobiety krótka sukienka (sięgająca do kolan), czy kostium ze spódnicą (również do kolan) lub ze spodniami. Strój koktajlowy to strój pośredni pomiędzy strojem formalnym a nieformalnym. Strojem koktajlowym jest: dla mężczyzny ciemny garnitur, który wymaga białej koszuli i stonowanego krawata. Dla kobiety krótka sukienka koktajlowa, którą może również zastąpić kostium ze spódnicą lub spodniami. Kostium koktajlowy różni się od noszonego w ciągu dnia wykonaniem z delikatniejszej tkaniny, bardziej intensywnym kolorem i innym krojem (np. dużym dekoltem, szerszymi spodniami). Im bardziej uroczysta ceremonia tym bardziej polecane jest stosowanie ciemniejszych kolorów. Jeżeli ceremonia jest przewidziana na

świeżym powietrzu, kobieta powinna uzupełnić garderobę o kapelusz. Podczas przyjęć ogrodowych odradzane są natomiast buty na wysokich obcasach.

Dodatki

W kwestii doboru dodatków kobiety mają niewątpliwie większe pole do popisu niż mężczyźni. Dodatkami do kobiecego stroju mogą być bowiem m.in. chusty i szale zarzucone na ramiona, chusteczki i fulary wiązane wokół szyi, biżuteria, obuwie, rękawiczki, nakrycie głowy, parasolki, torebki, paski. Ważnym kobiecym dodatkiem do stroju są również makijaż i perfumy. Obowiązują generalnie dwie zasady: strój powinien harmonizować z dodatkami, zwłaszcza kolorystycznie. Dodatki, w tym makijaż i perfumy, powinny być dyskretne przed południem, a bardziej wyraziste, ozdobniejsze i cięższe porą wieczorową. Zasady doboru dodatków przez mężczyzn są już znacznie bardziej restrykcyjne. Często mówi się w tym kontekście o „zasadzie trzech S”. Mężczyźni, zdaniem niektórych, wypadają bowiem jako dodatek stosować jedynie: spinki (wyłącznie do mankietów), szelki (nie prezentowane ostentacyjnie, lecz ukryte pod marynarką lub kamizelką), skarpetki (mogą być jednobarwne lub wzorzyste, lecz muszą być dobrane kolorystycznie do spodni lub butów. Nigdy nie mogą być na tyle krótkie by nie zasłaniać łydek). Bardzo dużej wstrzeźliwości wymaga noszenie przez mężczyznę biżuterii. Odradza się noszenia złotych łańcuchów na nadgarstku lub na szyi oraz ozdób na rękach, z wyjątkiem symbolicznych pamiątek (obrączka zaręczynowa lub ślubna, sygnet rodowy itp).

Meg

Najczęściej popełniane błędy przy ubiorze

- ◆ noszenie przez mężczyznę zbyt krótkich skarpetek
- ◆ noszenie przez mężczyznę koszuli z krótkim rękawem pod marynarką
- ◆ noszenie przez mężczyznę muszki lub krawata z węzłem fabrycznie związanym
- ◆ używanie spinki do krawata
- ◆ noszenie w kieszonce garnituru chusteczki identycznej z krawatem
- ◆ ubieranie przez kobietę prześwitującej bluzki
- ◆ brak dostosowania długości spódnicy do figury i sytuacji
- ◆ noszenie sandałów do garnituru
- ◆ noszenie skarpetek do sandałów
- ◆ zakładanie przez kobietę złotych lub srebrnych butów do stroju innego niż wieczorowy
- ◆ używanie przez mężczyznę torebki na dokumenty
- ◆ kolorowy smoking
- ◆ niedoprasowane spodnie i niewypastowane buty
- ◆ noszenie obuwia sportowego do garnituru, marynarki lub spódnicy
- ◆ noszenie lakierków do spodni typu jeans

TU, GDZIE RODZI SIĘ ŻYCIE...

Czegoś mi brak, czegoś pięknego... Dotyku warg, uśmiechu Twego. Twych miłych pieśzcot słodkich, jak miód, oczu kochających, dźwięku Twych słów. Twej obecności, ciepła, oddechu, Twej miłości, uśmiechu. Brak mi wszystkiego. Więc po cóż żyć? Chyba tylko dlatego, by z Tobą wiecznie być...

Kiedy na świecie pojawia się dziecko, nie zawsze rodzice są na to gotowi. W momencie, gdy dziecko rodzi się wcześniej niż oczekiwano – nikt nigdy nie jest na to przygotowany. Wcześniaczek w pierwszych dniach, a nawet miesiącach życia leży pod specjalistyczną aparaturą, podłączony jest do dziwnych rurek i czujników. Mały człowieczek jest taki drobniutki, że w najmniejszych pieluszkach tonie. Rodziców czeka długa droga. Taki dzidzius wymagać będzie cierpliwości, wytrwałości i wiary, także w to, że ta okruszynka da sobie radę. Na szczęście niejeden wcześniak potrafi zadziwić, a cuda się zdarzają.

Zbyt wczesne przyjście na świat dziecka powoduje, że naturalny tok jego dojrzewania zostaje przerwany. Wszystkie organy wewnętrzne wykształcają się do 3 miesiąca płodu. Następne tygodnie to ich dojrzewanie. Wcześniaki zawsze wymagają specjalistycznej pomocy i czasu. Czasu, który odgrywa tu niezwykle ważną rolę.

Wtedy do akcji wkraczają neonatolodzy. W naszym szpitalu od 37 lat życie tych małych pacjentów spoczywa w rękach lekarzy Oddziału Neonatologii i Intensywnego Nadzoru Noworodka, którym od 17 lat ordynuje lek. med. Mieczysława Gryglicka.

– W 1971 r. rozpoczęłam pracę w oddziale neonatologicznym, który w tamtym czasie mieścił się jeszcze w budynku Szpitala Miejskiego w Olsztynie – wspomina Mieczysława Gryglicka. – Odkąd pamiętam, ordynatorem oddziału był dr n. med. Józef Rostański, wspaniały człowiek i doświadczony lekarz. W tamtych czasach wcześniakami wymagającymi intensywnej terapii zajmowali się anestezjolodzy dziecięcy, dopiero od 1989 r., kiedy została powołana specjalizacja z neonatologii, intensywną terapią noworodka zajmują się neonatolodzy.

Dziecko jest chodzącym cudem, jedynym, wyjątkowym i niezastąpionym

— *Phil Bosmans*

Większość z nas wie, jak kiedyś wyglądał system opieki zdrowotnej: jedni z autopsji, inni z opowiadań. Oddziały szpitalne były zamknięte, ustalone godziny wizyt. Szczególny rygor kładziono na porodówki. Tam mamy zgłaszały się na kilka dni przed porodem i czekały na rozwiązanie ciąży. Mąż nie mógł odwiedzić swojej żony do momentu wypisania jej ze szpitala. Czasami „dopuszczono” tatusia do okienka, żeby popatrzeć sobie na swoją nowonarodzoną pociechę. Nie było mowy o wzięciu na ręce, pogłaskaniu, czy ukojeniu malucha, jak płakał. Mama w określonych godzinach dostawała swoje dziecię, głównie do karmienia. Wszystkie maluszki rozwożone były do swoich mam na dużym wózku, ściśle okutane szpitalnymi wdziankami i poukładane w szufladkach jak laleczki. Czasami tylko skrzywienie na małej buźce i płacz mówiły samo za siebie.

Lekarze też nie mieli łatwo. Główną ich bolączką był brak sprzętu. Można było tylko

pomarzyć o nowoczesnych respiratorach, pompach infuzyjnych, czy monitorach bezdechu. Umieralność okołoporodowa i poporodowa w tamtych latach była bardzo wysoka, chociaż prowadzono zupełnie inną statystykę, niż obecnie. Jeżeli noworodek/ wcześniak poniżej 1000 gramów nie przeżył pierwszej doby od porodu, uznawany był wówczas za niezdolnego do życia – nie brano go pod uwagę w statystyce.

– *Ogromna przepaść oddziela te dwa okresy, kiedy zaczynałam pracę, a chwilę obecną – mówi Mieczysława Gryglicka. – Kiedyś nie było na przykład worka Ambu. Żeby wentylować wcześniaka, posilkowaliśmy się przepołowioną wzdłuż gruszką do odsysania noska, robiliśmy w niej dziurkę i jako maskę tlenową zakładaliśmy na buźkę malca, a przez otwór podawaliśmy tlen. Nie było również pomp infuzyjnych, podawaliśmy malcom leki zwykłymi kroplówkami na statywach. Rzeczą obecnie nie do pomyślenia było wstrzymanie się od podawania wszelkiego rodzaju pokarmów noworodkom przez 24, a nawet 48 godzin, ze względu na to, że w tym okresie w żołądku takiego malca zalegają wody płodowe. To były zupełnie inne czasy, nie mieliśmy możliwości takiej diagnostyki i leczenia jak teraz. Te najmniejsze dzieci nie miały szansy przeżycia. Dopiero w 1975 r. otrzymaliśmy pierwszy worek Ambu. Mogliśmy w końcu podać wcześniakowi tlen pod ciśnieniem, zaintubować dziecko – wtedy nawet całą noc ktoś stał przy inkubatorze i wtlaczał powietrze w maleńkie, niewykształcone w pełni płuca.*

Pierwszy respirator otrzymaliśmy w 1988-1989 r. Zaczęliśmy wtedy sami ratować nasze dzieci, nie byliśmy już tak uzależnieni od losu i przypadku. W 1990 r. oddział dostał pierwsze lampy do fototerapii, pompy infuzyjne, więcej respiratorów, inkubatorów. To był prawdziwy zastrzyk sprzętu, którego łaknęliśmy jak ryba wody – śmieje się. – Największy jednak napływ aparatury odczuliśmy między 1998 a 2004 r. Wtedy to powstał ministerialny program „Poprawa opieki perinatalnej”, do realizacji którego zostaliśmy zakwalifikowani, a Ministerstwo Zdrowia przeznaczyło dużą kwotę na zakup sprzętu.



Wcześniaki wymagają fachowej i troskliwej opieki



lek. med. Mieczysława Gryglicka

Dziecko jest księgą, którą powinniśmy czytać i w której powinniśmy pisać

– Peter Rosegger

Prawidłowa ciąża trwa od 38 do 42 tygodni. Każde dziecko urodzone po zakończeniu 37 tygodnia ciąży, bez względu na wagę, nazywane jest noworodkiem donoszonym. Dzieci, które przysły na świat przed ukończeniem 37 tygodnia nazywane są noworodkami przedwcześnie urodzonymi.

Mimo tak precyzyjnej definicji porodu przedwczesnego jest ona niedoskonała, ponieważ między noworodkiem urodzonym w 24 tygodniu ciąży, a takim z 36 tygodnia rozciąga się przepaść. Statystyki są bowiem bezlitosne: im młodsze dziecko, tym mniejsze szanse przeżycia. Dlatego też spotyka się następujące podziały: poród miernie przedwczesny od 32 tygodnia ciąży do 36 t.c., poród bardzo przedwczesny 32 t.c. - 28 t.c., poród skrajnie przedwczesny <28 t.c.

Często można spotkać się z obiegową opinią, według której lepiej urodzić dziecko w siódmym miesiącu niż w ósmym. Nie jest to prawdą, gdyż każdy tydzień i każde dodatkowe 100 gramów to większe szanse przeżycia malucha.

Mądrością dziecka jest ufność

– Jan Twardowski

Współczesna medycyna pozwala utrzymać przy życiu dzieci urodzone nawet w 22, 21 tygodniu trwania ciąży. W Polsce rodzi się takich dzieci około 6%, ale szanse na przeżycie mają raczej dzieci z powyżej 24 tygodnia. Noworodki te są maleńkie, niektóre ważą zaledwie 400 - 500 gramów!

Skóra takiego maleństwa jest prawie przezroczysta i pokryta meshkiem, a ponieważ jest tak cienka, prześwitują przez nią naczynia krwionośne. Skóra twarzy jest silnie pomarszczona, jakby luźna, buzia przypomina twarz starego człowieka. Także budowa ciała jest niepro-

porcjonalna: duża głowa, małe, chude rączki i nóżki, długi tułów. Narządy płciowe nie są w pełni wykształcone – u chłopców moszna jest gładka, często brak w niej jąder, u dziewczynek wargi sromowe większe nie okrywają mniejszych. Dzieci nie mają odporności na wszelkie infekcje. Ich możliwości adaptacyjne są o wiele mniejsze niż dziecka urodzonego o czasie. Ale pomimo wielu niebezpieczeństw, chorób i niedojrzałości jest w nich wielka wola walki i ogromna chęć życia.

Kto wiele przebywa z dziećmi, odkryje, że żaden nasz czyn nie pozostaje u nich bez oddźwięku

– Johann Wolfgang Goethe

Przez 37 ostatnich lat medycyna zrobiła milowe kroki w diagnostyce i leczeniu wcześniaków. Na pewno duże znaczenie tutaj odegrał sprzęt diagnostyczny – coraz doskonalszy, wielofunkcyjny, zautomatyzowany, monitorujący parametry życiowe. W tej chwili nasi neonatolodzy są w stanie rozpoznać wszystkie powstałe zaburzenia, nieprawidłowości funkcjonowania serca, czy mózgu.

– Nasz oddział wyposażony jest w nowoczesną, specjalistyczną aparaturę medyczną przeznaczoną dla ratowania życia wcześniaków – mówi Mieczysława Gryglicka. – Nowoczesne inkubatory i aparatura monitorująca: pulsoksymetry, oksymetry, monitory bezdechu, pompy infuzyjne, itp. są niezbędne, gdy należy przeprowadzić pogłębioną obserwację dziecka. Posiadamy także lampy do fototerapii, które są stosowane w leczeniu nasilonej żółtaczki noworodków.

Jednak doskonały sprzęt to tylko połowa sukcesu. Bez względu na stopień niedojrzałości, każdy wcześniak wymaga specjalnej opieki w momencie utraty środowiska wewnątrzmacicznego, zwłaszcza w zakresie dwóch podstawowych procedur: zabezpieczenia oddechów i zabezpieczenia przed utratą ciepła. Im bardziej niedojrzały noworodek, tym procedury należy wykonywać szczególnie starannie, bezinwazyjnie i perfekcyjnie. Aby więc takie maluszki mogły przeżyć i prawidłowo się rozwijać potrzebny jest również doświadczony i wyszkolony zespół lekarzy i pielęgniarek/ położnych. Stale, przez 24 godziny na dobę trzeba czuć przy wczesniakach, sprawdzać pomiary, aparaturę, pielęgnować, podawać leki, tlen, po prostu otaczać fachową i troskliwą opieką. W takich miejscach

nigdy nie można mówić o tym, że jest za dużo personelu.

– W chwili obecnej jesteśmy w stanie zdiagnozować i leczyć wcześniaki ze skrajnie niską wagą urodzeniową, z wczesnych tygodni ciąży. – mówi Mieczysława Gryglicka. – Są to dzieci bardzo małe, niedojrzałe, u których występuje chyba cała możliwa patologia rozwojowa: mają niedorozwinięte płuca, przewód pokarmowy, wielonarządowe zaburzenia, występuje u nich krwawienie do mózgu. Bardzo długo muszą być podłączone do respiratora (1-2 miesiące), a wynikiem tak długiej wentylacji jest dysplazja oskrzelowo-płucna. Ale te dzieci wychodzą z tego. Poddajemy je rehabilitacji, podajemy leki. Często w pełni wracają do zdrowia i normalnie funkcjonują.

Kiedy śmieje się dziecko, śmieje się cały świat

– Janusz Korczak

Po przedwczesnym porodzie wcześniak trafia pod profesjonalną opiekę neonatologów, gdzie będzie przebywał przez najbliższe tygodnie, a nawet miesiące życia, a mama wypisywana jest do domu. Oczywiście przez ten okres rodzice odwiedzają i czuwają przy swojej pocieszce.

– Rodzice mają obecnie nieograniczony dostęp do wszelkiej wiedzy, chociażby przez Internet – mówi. – Starają się być na bieżąco na każdym etapie leczenia ich dziecka, zapoznają się z aparaturą, wskaźnikami. Z biegiem czasu, słuchając naszego „zawodowego języka” zaczynają w ten sam sposób mówić, np. „o, saturacja spada!”.

W salkach, gdzie głównymi meblami są inkubatory i specjalistyczny sprzęt medyczny panuje zawsze cisza. Słychać miarowe popiskiwanie aparatury, czasami delikatny płacz jakiegoś maluszka. Rodzice szeptem czytają bajki swojemu dziecku zamkniętemu za szklaną szybą. Śpiewają mu po cichutku piosenki, rozmawiają z nim. Dr Gryglicka jest pewna, że to bardzo pozytywnie wpływa na rozwój małego człowieka. ►



Małgorzata Zajęc - oddziałowa oddziału neonatologii

– Dziecko odczuwa nastrój swojej matki, nawet będąc w inkubatorze i bardzo jest mu potrzebny kontakt z rodzicami – twierdzi. – Nie ukrywamy przed nimi niczego, co dotyczy stanu zdrowia ich dziecka, zawsze są na bieżąco o wszystkim informowani. Kiedy jest nadzieja na życie i zdrowie – zawsze im to mówimy, jeżeli według nas jej nie ma – to też musimy im to powiedzieć. Ale matka i tak wtedy najczęściej wierzy, że stanie się cud. Może i tak właśnie trzeba, czasami taka wiara jest w stanie zdziałać cuda.

Kiedy stan malucha się ustabilizuje, osiągnie on określoną wagę, wtedy – nawet jeszcze w inkubatorze – przenoszony jest do Oddziału Patologii, na 7. piętro. Razem z nim, ponownie do szpitala przyjmowana jest jego mama. W związku z tym, że układ odpornościowy wcześniaczka nie działa zbyt dobrze (maluch nie otrzymał w ostatnich tygodniach ciąży tak bardzo mu potrzebnych przeciwciał) i dziecko narażone jest na ryzyko infekcji, która może być bardzo groźna, często podaje się mu antybiotyki. Ograniczane są również kontakty z innymi ludźmi do minimum.

– Nie jesteśmy w stanie podchodzić obojętnie do żadnego dziecka – mówi Mieczysława Gryglicka. – Każda osoba z naszego zespołu wkłada całe serce w opiekę nad tymi maluszkami, aby żyły i aby miały jak najmniej powikłań, jednak nie wszystko zależy od nas. Nasze wcześniaki, to bardzo dzielni pacjenci, w których drzemie wielka chęć życia. Znoszą wszystkie zabiegi, którym są poddawane, rzadko płaczą. Często spotykam się ze zdziwieniem wśród innych lekarzy i z pytaniem: jak wy leczycie te maluchy?? Przecież one nawet nie powiedzą, co je boli. – śmieje się. – I to jest właśnie sedno tej pracy. Trzeba nauczyć się rozumieć i obserwować te dzieci, aby wiedzieć, np. czy nie następuje pogorszenie. Tych umiejętności nabywa się przez wiele lat pracy.

Język wcześniaka, którym próbuje porozumieć się z otoczeniem jest bardzo specyficzny. Dużo mówi zespołowi płacz dziecka i monitory, do których jest ono podłączone. Jeżeli nagle parametry zaczynają spadać, pielęgniarka sprawdza, co jest tego powodem. Maluch czasami może się po prostu zbyt energicznie wiercić, bo ma mokro, albo jest głodny. Trzeba to umieć odróżnić od pogarszającego się stanu groźnego dla życia i zdrowia.

– Nasza praca jest bardzo ciężka, odpowiedzialna i trudna, ale przynosząca wiele satysfakcji – mówi Mieczysława Gryglicka. – Przez te kilkadziesiąt lat pracy miałam wiele wspaniałych, miłych chwil i wspomnień. Jednak były również i niepowodzenia, bo przecież czasami rodzą się dzieci (z wadami wrodzonymi lub zakażeniami), którym nie sposób pomóc. Zawsze jednak, kiedy jeździłam na spotkania konsultantów neonatologii z całej Polski, nasz oddział plasował się w ścisłej czołówce pod względem przeżywalności wcześniaków. To wielki sukces i radość!

Dzieci nie należą wyłącznie do rodziców, ale przede wszystkim do życia
– Stefan Pacek

Oddział Neonatologii i Intensywnej Opieki Noworodka w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie jest ośrodkiem konsultacyjnym i odwoławczym dla innych tego typu oddziałów w województwie warmińsko-mazurskim. Dysponuje nowoczesnym sprzętem diagnostycznym i leczniczym. Personel oddziału systematycznie uczestniczy w licznych konferencjach i sympozjach naukowych podnosząc poziom swojej wiedzy.

Od początku funkcjonowania naszego szpitala była z nami Pani lek. med. Mieczysława Gryglicka, przez 17 lat była również ordynatorem oddziału. To właśnie tutaj uzyskała specjalizację I i II st. z zakresu pediatrii oraz II st. z zakresu neonatologii. Uratowała życie tysiącom dzieci. Do dziś wiele mam przychodzi do niej ze swoimi pociechami, aby pokazać jej jak wspaniale się rozwijają i rosną. To nieme podziękowanie za jej wiedzę i doświadczenie, które pozwoliło uchronić przy życiu najważniejszą istotę – małego człowieka. Z końcem marca ordynator dr Mieczysława Gryglicka przechodzi na emeryturę.



Życzymy Jej takiej samej jak przy ratowaniu swoich pacjentów odwagi i siły, by porywać się na cele i zmiany, które z pozoru wydają się trudne, a później wprost wymarzone, realizacji planów i nowych marzeń, kolejnych natchnień – jak fale, które pchają statek do przodu. Dziękujemy!

Magdalena Kantorczyk

Człowiek jest wielki nie przez to, co posiada, lecz przez to, kim jest. Nie przez to, co ma, lecz przez to, czym dzieli się z innymi.

Jan Paweł II

W związku z przejściem na emeryturę składamy Pani Ordynator Mieczysławie Gryglickiej serdeczne podziękowania za wieloletnią współpracę. Życzymy, aby nowy etap życia obfitował w same pogodne dni, pozwalała obracać się w gronie przyjaciół i aby droga wiodła w nowe, ciekawe miejsca...

*z podziękowaniem Pielęgniarki i Położne
Oddziału Neonatologii Intensywnego Nadzoru Noworodka
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie*



NIE ZABIERAM SWOICH NARZĄDÓW DO NIEBA, TAM WIEDZĄ, ŻE POTRZEBNE SĄ ONE NA ZIEMI

„Transplantacja jest jak barykada. Nigdy nie wiemy, po której znajdziemy się stronie. Raz po stronie, która dzięki naszej świadomej decyzji oddania po własnej śmierci organów do przeszczepu - może podarować nowe życie kilku osobom. Innym razem po stronie przeciwnej, po której przychodzi nam czekać na czyjś dar życia dla nas.”

Transplantacje narządów od około pół wieku ratują ludzi, dla których są jedyną szansą na przeżycie. W 1954 r. dokonano pierwszego udanego przeszczepienia nerki. Od tego czasu postępujący rozwój transplantologii pozwolił na udoskonalenie technik operacyjnych przeszczepiania narządów oraz na wprowadzenie coraz lepszych leków przeciwdziałających odrzuceniu przeszczepu u biorców. Przyczyniło się to do poprawienia efektów przeszczepiania w postaci dłuższego przeżycia biorców i lepszego komfortu ich życia. Pacjenci po przeszczepie wracają do normalnego życia rodzinnego, wykonywanej wcześniej pracy, a nawet uprawiania ulubionych sportów, kobiety mogą urodzić dziecko. Słowa te często nic nie znaczą dla nas zdrowych, którzy nie jesteśmy dotknięci problemem skrajnej niewydolności narządu, kiedy to jedynym ratunkiem dla życia jest przeszczep.

Trzeba bowiem zdać sobie sprawę z tego, jak wygląda życie osoby oczekującej na dar jakim jest narząd do przeszczepienia. A to jest mimo wielkiego postępu, jaki transplantologia poczyniła od pierwszego przeszczepienia narządu, największa bolączka tej dziedziny medycyny. Ilość możliwych do pozyskania narządów ciągle nie nadąża za ilością osób oczekujących na przeszczepienie. Problemem jest tu bowiem konieczność pozyskania narządu od innej osoby. I tak jak w przypadku narządów parzystych, jakimi są nerki, istnieje możliwość pobrania narządu od żywego dawcy, tak w przypadku serca, możliwe jest to tylko od dawcy zmarłego w wyniku śmierci mózgu. Wielu pacjentów z listy oczekujących na przeszczep umiera nie doczekawszy przeszczepienia z powodu braku narządów.

I dlatego pacjenci, którym darowane zostało „nowe życie” założyli Stowarzyszenie „Życie po przeszczepie”. To właśnie oni twierdzą, że transplantacja jest jak barykada. Nigdy nie wiemy, po której znajdziemy się stronie. Raz po stronie, która dzięki naszej świadomej decyzji oddania po własnej śmierci organów do przeszczepu - może podarować nowe życie kilku osobom. Innym razem po stronie przeciwnej, po której przychodzi nam czekać na czyjś dar życia dla nas.

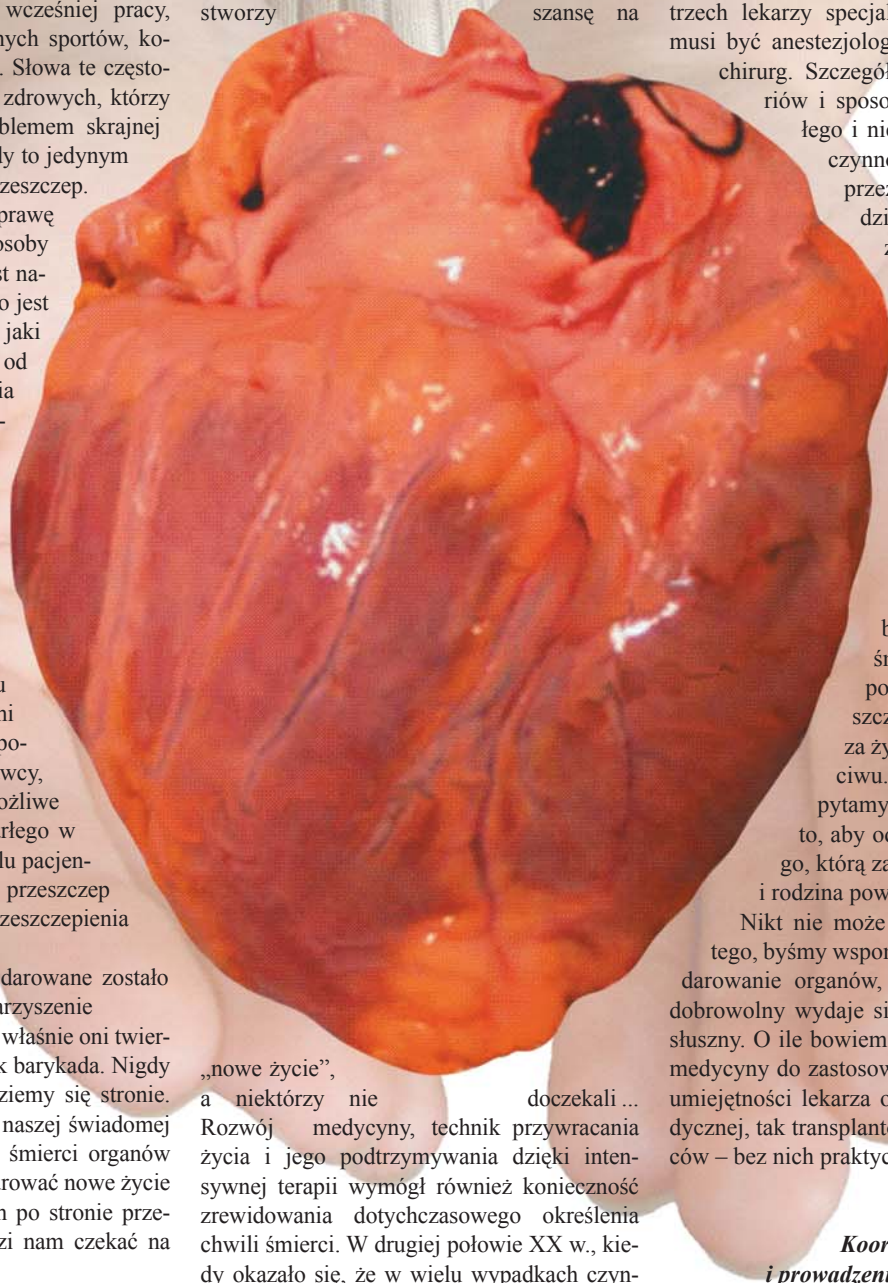
Sens transplantologii można zrozumieć dopiero wtedy, gdy zobaczy się efekt ciężkiej pracy ekip pobierających i przeszczepiających, czyli pacjenta lub pacjentkę. Kiedy zobaczymy człowieka zdrowego, wracającego do pracy zawodowej, do swoich zainteresowań. Kiedy obok pacjentki po kilku latach pojawia się dziecko, potem kolejne. Kiedy na bieżni obserwujemy zmagania sportowców po transplantacji - ludzi, którzy jeszcze niedawno musieli trzy razy w tygodniu zgłaszać się na kilkugodzinną dializę, bądź z nadzieją i niepokojem odbierali każdy telefon w oczekiwaniu na ten, który stworzy szansę na

życie. Śmierć serca można przywrócić lub zastąpić „sztucznym sercem”, zatrzymanie krążenia stało się sygnałem do rozpoczęcia reanimacji, a nie stwierdzenia zgonu, jak było wcześniej. Dziś mówimy o nagłym zatrzymaniu krążenia (NZK), którego skutki mogą być odwracalne. Człowiek może żyć, gdy jego serce zastąpi się przez urządzenie zastępcze lub przez inne serce przeszczepione. Na tym etapie rozwoju medycyny, nie może jednak żyć bez czynności mózgu. Nieodwracalne ustanie czynności mózgu oznacza śmierć osobniczą człowieka. Stwierdza ją komisja, w skład której wchodzi trzech lekarzy specjalistów, wśród których musi być anestezjolog, neurolog lub neurochirurg. Szczegółowa procedura kryte-

riów i sposobu stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu ustalonych przez specjalistów z dziedzin medycyny: anestezyjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej zawarta jest w załączniku do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. Osoba, u której komisja stwierdziła śmierć mózgu jest osobą zmarłą. Od osoby zmarłej w wyniku śmierci mózgu można pobrać narządy do przeszczepienia, jeśli ta osoba za życia nie wyraziła sprzeciwu. Rodzinę tej osoby pytamy, przede wszystkim po to, aby odtworzyć wolę zmarłego, którą zarówno my lekarze, jak i rodzina powinna uszanować.

Nikt nie może sobie rościć praw do tego, byśmy wspomagali jego życie przez darowanie organów, ale taki dar w pełni dobrowolny wydaje się być ze wszech miar słuszny. O ile bowiem w innych dziedzinach medycyny do zastosowania terapii wystarczą umiejętności lekarza oraz środki natury medycznej, tak transplantologia potrzebuje dawców - bez nich praktycznie nie istnieje.

Iwona Podlińska
Koordynator ds. zgłaszania
i prowadzenia dawcy narządowego



„nowe życie”, a niektórzy nie doczekali...
Rozwój medycyny, technik przywracania życia i jego podtrzymywania dzięki intensywnej terapii wymógł również konieczność zrewidowania dotychczasowego określenia chwili śmierci. W drugiej połowie XX w., kiedy okazało się, że w wielu wypadkach czyn-

PODRÓŻ DO SUKCESU

Dzisiaj pacjent sam może wybrać placówkę, w której chce się leczyć. A kryteria, którymi chorzy kierują się w swoich wyborach są bardzo subiektywne. Jednak dla większości pacjentów najważniejsi są fachowcy, dzięki którym wracają do zdrowia. Lekarz, nieustannie pogłębiający swoją wiedzę, odnoszący sukcesy nie tylko na niwie zawodowej, ale i naukowej, to wartość, której nie da się ocenić. Wiedza jest nie tylko gwarancją wysokiej jakości leczenia, ale podnosi prestiż całej placówki. 21 grudnia 2007 roku Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Lech Kaczyński nadał tytuł profesora Elżbiecie Bandurskiej – Stankiewicz. Wieloletnia praca pani doktor została nagrodzona, a nasz szpital wzbogacił się o specjalistę-profesora.

Rozmawiamy z prof. dr hab. n. med. Elżbietą Bandurską-Stankiewicz, ordynatorem Oddziału Endokrynologii i Diabetologii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie



– Pani profesor, serdecznie gratuluję nominacji, która jest wspaniałym zwieńczeniem kolejnego naukowego etapu w pani życiu. Czy zawsze chciała pani być lekarzem?

– Po maturze chciałam zdawać na Politechnikę i zostać inżynierem elektronikiem. Moimi ulubionymi przedmiotami były fizyka i matematyka, ale pod presją rodziców zrezygnowałam z tego wyboru. Kobietom inżynierom jest trudniej osiągnąć sukces niż mężczyznom, więc wybrałam Akademię Medyczną. Uznałam, że dobry lekarz również musi mieć ścisły, analityczny umysł, dużą wiedzę matematyczno-fizyczną, a co jest najważniejsze, musi go cechować logiczne myślenie, celem ustalenia trafnej diagnozy i wybrania właściwego sposobu leczenia. Czwierć wieku temu moje zainteresowania nie wróżyły mi kariery w zawodzie lekarza, który uznawany był za humanistyczny. Natomiast teraz w erze komputeryzacji nauki takie umiejętności są najbardziej przydatne.

– Na szczęście dla wielu mieszkańców Warmii i Mazur została pani lekarzem, a czym kierowała się pani przy wyborze specjalizacji?

– Gdy skończyłam 18 lat wystąpiły u mnie zaburzenia hormonalne, których nikt nie umiał rozpoznać. Gdy wszyscy dookoła bezradnie rozkładali ręce i nie potrafili udzielić mi odpowiedzi doszłam do wniosku, że wiele jest jeszcze w tej dziedzinie do odkrycia. Dlatego już w czasie studiów wiedziałam, że wybiorę endokrynologię. Wedle ostatniej wiedzy od hormonów wszystko się zaczyna i na nich się kończy. Hormony to „królowie życia” jak nazwałam je w jednym z moich wykładów. Każda funkcja komórki w organizmie człowieka, jest zależna od działania hormonów. A czemu diabetologia? To z kolei odrębna historia. Gdy odbywałam staż w oddziale

pediatrii spotkałam małe dziecko, które zachorowało na cukrzycę. Rozpacz rodziców była ogromna, ale oni i medycyna w tym czasie byli bezradni. Ja wierzyłam, że w tej dziedzinie dokona się wielki postęp. I tak się stało. Obecnie każde dziecko, które choruje na cukrzycę ma szansę normalnego życia.

– Czy jakiś problem medyczny jest pani szczególnie bliski?

– Najważniejsi są dla mnie chorzy na cukrzycę. Oni najbardziej potrzebują pomocy. Większość schorzeń endokrynologicznych można wyleczyć, a cukrzyca trwa przez całe życie i my lekarze towarzyszymy naszym pacjentom w ich chorobie. Cukrzyca powoduje ogromne spustoszenie w organizmie i nasi pacjenci potrzebują stałego wsparcia, zarówno od lekarza jak i wsparcia psychologicznego. Na przestrzeni 25 lat w dziedzinie diabetologii nastąpił kolosalny postęp. Nowe leki, nowe rodzaje insuliny i sposoby ich podawania spowodowały poprawę jakości życia. Dzisiaj z cukrzycą żyje się kilkadziesiąt lat dłużej, niż na początku XX wieku, a każdy następny rok to światło w tunelu dla wielu chorych.

– O cukrzycy mówi się, że jest to choroba współczesnej cywilizacji. Jaka jest obecnie sytuacja epidemiologiczna w naszym województwie?

– Z badań epidemiologicznych prowadzonych, od ponad 15 lat, w naszym województwie wynika, że odnotowujemy w naszym regionie największą liczbę zachorowań na cukrzycę typu 1 w Polsce. Podobne badania prowadzimy nad zapadalnością na raka tarczycy. I ta choroba również pojawia się częściej w województwie warmińsko-mazurskim niż w innych regionach Polski. Takie wyniki badań tłumaczymy w dwojaki sposób. Z jednej strony właściwe metody diagnostyczne, pozwalające na wczesne

rozpoznanie choroby, z drugiej zaś, istotny wpływ na występowanie tych dwóch chorób mają czynniki środowiskowe. Nasz region, to region rolniczy, a ludność zamieszkująca głównie wsie, ma niższy poziom edukacji niż w mieście i często zaniedbuje swoje zdrowie, co ma już dawno udowodnione, ogromny wpływ na zachorowalność na cukrzycę. Natomiast, gdy mówimy o raku tarczycy wpływ na występowanie tej choroby ma położenie geograficzne (niedobory jodu) i katastrofa w Czarnobylu.

– Porozmawiajmy teraz o pani „podróży do sukcesu”. Droga, którą musiała pani przebyć z pewnością nie należała do łatwych?

– To prawda, nie było łatwo. Pamiętam wszystko, po kilka dyżurów w tygodniu, dodatkowe prace, męczące dojazdy do innych miast powiatowych. Ale udawało mi się pogodzić pracę lekarza i pracę naukowca. A przy tym musiałam odnaleźć się w zwykłym życiu, wychowywać i kształcić dziecko, nie omijały mnie zwykłe problemy życiowe jak choroby rodziców. Mimo wszystko miałam jednak czas, żeby obejrzeć wystawę, czy pójść do teatru, przeczytać książkę, a także nigdy nie zapominać o estetyce osobistej.

– A gdyby musiała pani wybrać między pracą lekarza a naukowca, jaki byłby pani wybór?

– U osoby z moim charakterem nie ma wyborów. Nie wyobrażam sobie pracy bez szpitala i chorych, ale nie wyobrażam sobie również pracy bez działalności naukowej. Nie da się oddzielić tych dwóch dziedzin. Moje prace badawcze są oparte na doświadczeniach klinicznych oraz na epidemiologii chorób, które dotyczą naszego regionu. Nie są to zatem suche, teoretyczne prace naukowe, ale prace poparte wieloletnim doświadczeniem lekarza praktyka.

– Praca naukowca przekłada się również na działalność edukacyjną. Kiedy zaczęła pani uczyć innych?

– Wiele lat temu przyjeżdżali do szpitala studenci medycyny z Białegostoku i właśnie to był mój początek pracy w charakterze wykładowcy. Później rozpoczęłam współpracę z Katedrą Żywienia Człowieka na Akademii Rolniczo-Technicznej, obecnie Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim. Za swoją działalność dydaktyczną otrzymałam nagrodę od Rektora. Kolejne uczelnie, na których wykładałam lub wykładam to Wyższa Szkoła Informatyki i Ekonomii Towarzystwa Wiedzy Powszechnej Wydział Pedagogiki Specjalnej, Olsztyńska Szkoła Wyższa im. Józefa Rusieckiego, kierunek fizjoterapii. Od lat prowadzę szkolenia podyplomowe lekarzy, a mój oddział posiada akredytację aż w trzech dziedzinach: chorób wewnętrznych, diabetologii i endokrynologii. Oprócz edukacji lekarzy i pielęgniarek, angażuję się w promocję zdrowia w naszym regionie, szczególnie wśród chorych na cukrzycę i niewidomych z powodu tej choroby. Ważnym elementem mojej działalności naukowo-dydaktycznej są wykłady na polskich i międzynarodowych konferencjach, na których często jestem jedynym przedstawicielem Polski, czym niewątpliwie promuję moje miasto i region.

– Jak ma pani plany na przyszłość?

– Przez całe życie uzyskując kolejne stopnie naukowe mówiłam, że jutro będzie następny. Teraz gdy osiągnęłam punkt kulminacyjny, chcę wiedzą, którą zdobywałam przez lata dzielić się z młodą kadrą medyczną. Jestem promotorem 6 przewodów doktorskich, w tym 3 już zakończonych z wyróżnieniem, 28 licencjatów i 14 prac magisterskich. Od lat zajmuję się kształceniem kadry z chorób wewnętrznych, endokrynologii i diabetologii. Chcę skupić się na doskonaleniu i tak już bardzo dobrego Oddziału Endokrynologii i Diabetologii, który może równać się z oddziałami europejskimi i światowymi. Tytuł profesora obliguje mnie do wykształcenia jak najlepszej kadry medycznej.

– Dziękuję za rozmowę.

core

Prof. Bandurska-Stankiewicz jest opiekunem specjalizacji lekarzy, promotorem prac doktorskich, magisterskich i licencjackich oraz autorem ponad 219 prac naukowych, współautorem 4 skryptów oraz 120 streszczeń zjazdowych publikowanych i wygłaszanych w Polsce, Europie i na świecie.

ZARZĄDZANIE LEKAMI

O przyszłości aptek szpitalnych, farmacji oraz o byciu konsultantem rozmawiamy z Wandą Długi kierownikiem Apteki Szpitalnej.

– Grono konsultantów wojewódzkich pracujących w naszym szpitalu powiększyło się o konsultanta ds. farmacji szpitalnej. 22 listopada wojewoda warmińsko-mazurski powołał panią do pełnienia tej funkcji. Jakim obowiązkiem musi sprostać konsultant?

– Jako konsultant wojewódzki ds. farmacji szpitalnej m.in. nadzoruję wyposażenie aptek szpitalnych w aparaturę niezbędną do przygotowywania produktów leczniczych, sporządzam opinie o potrzebach kadrowych w zakresie farmacji szpitalnej oraz opinie o realizacji kształcenia podyplomowego farmaceutów. Współpracuję również z Wojewódzkim Inspektorem Nadzoru Farmaceutycznego w zakresie kontroli jakości świadczonych usług farmaceutycznych przez poszczególne apteki.

– Zebrane informacje o funkcjonowaniu aptek szpitalnych w naszym województwie przedstawia pani wojewodzie i konsultantowi krajowemu, jednak to nie są jedyne osoby, z którymi pani współpracuje?

– Rzeczywiście bardzo ściśle współpracuję z konsultantem krajowym ds. farmacji szpitalnej. Funkcję tę pełni prof. dr hab. Edmund Grześkowiak, który jest kierownikiem katedry i Zakładu Farmacji Klinicznej i Biofarmacji UM w Poznaniu oraz Dziekanem Wydziału Farmaceutycznego. Ponadto jestem w stałym kontakcie z Koordynatorem Departamentu Aptek Szpitalnych Naczelnej Rady Aptekarskiej, Wojewódzkim Inspektorem Nadzoru Farmaceutycznego w Olsztynie, Sekcją Aptek Szpitalnych Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego oraz Stowarzyszeniem Farmaceutów Szpitalnych.

– Jak aptekę szpitalną spostrzega konsultant wojewódzki ds. farmacji szpitalnej?

– Żyjemy w czasach, w których wszystko coraz dokładniej zamyka się w cyfrach, przelicza na wymierne korzyści ekonomiczne. Codziennie kalkulujemy wyliczamy, wybieramy między tym co tańsze, droższe, opłacalne i przynoszące straty. Jako konsultant ds. farmacji szpitalnej na aptekę patrzę nie tylko przez pryzmat kosztów wynagrodzenia personelu, kosztów powierzchni,



aparatury, wydanych na oddziały leków i wyrobów medycznych. Gdy mówię „Apteka szpitalna” to w myślach mam obraz komórki organizacyjnej o wyjątkowym znaczeniu dla funkcjonowania szpitala. Dla mnie apteka nigdy nie będzie „magazynem ze śrubkami”.

– To właśnie w aptece jest centrum dowodzenia lekami?

– Apteka szpitalna pełni rolę służebną w stosunku do całego szpitala. Pełni funkcje koordynatora czuwającego z jednej strony nad pacjentem poprzez zapewnienie mu niezbędnych dla procesu leczenia leków i wyrobów medycznych, a z drugiej stoi na straży finansów szpitalnych tak, aby każda wydana złotówka była prawidłowo zagospodarowana.

Apteka szpitalna to również kompetentne źródło wszelkich informacji o nowościach w branży leków, o kosztach leczenia zmieniających się nieustannie; to także miejsce pełniące nadzór nad produktami wstrzymanymi i wycofanymi z użycia. Żeby tym zadaniom sprostać apteka musi dysponować fachowym personelem zaangażowanym w swój zawód, ciągle podnoszącym swoje kwalifikacje, rozumiejącym potrzeby i oczekiwania chorych i wychodzącym naprzeciw tym oczekiwaniom poprzez świadczenie szeroko pojętej opieki farmaceutycznej. Z doniesień światowych wynika, że służba zdrowia w jej komercyjnym wydaniu odchodzi od czysto materialnych pobudek, a coraz większą wagę przywiązuje się do odczuć o charakterze społecznym takich jak wiarygodność, rzetelność, fachowość personelu medycznego, opieka farmaceutyczna, dostępność do leków, zapewnienie ich odpowiedniej jakości, zapewnienie dostępu do informacji o stosowanych u pacjenta lekach, wyrobach, procedurach. To oznacza że wkrótce okaże się iż fachowy personel do aptek szpitalnych jest pilnie poszukiwany.

– Dziękuję za rozmowę.

core

z cyklu *Znad szpitalnego katamarza*

Obok strony medycznej i marketingowej naszej gazety nie może w „Pulsie” zabraknąć treści humanistycznych, skierowanych na ludzkie potrzeby ciała i ducha, wszystko po to, by być bliżej Człowieka – przysłowowego „kamienia filozoficznego” rozwoju medycyny. Zachęcam do wspólnego kreowania myśli intelektualnej w naszym szpitalu. Pełno tu wybitnych osobowości, ciekawych ludzi i pasjonatów różnych zawodów, pełno wokół nas wydarzeń, na które możemy mieć własne spojrzenie i pogląd. Zatrzymajmy się na chwilę w tym szaleńczym biegu! Po co? Może po to, byśmy się lepiej czuli sami ze sobą, byśmy wzbogacali własne Ja, byśmy byli szczęśliwsi.

dr n. med. Beata Januszko-Giergielewicz
beatagiergielewicz@interia.pl



„Z albumu 35-lecia”

— ODDZIAŁ CHIRURGICZNY

(materiały archiwalne, przygotowywane do druku z okazji 35-lecia naszego szpitala)

„Były unikalne operacje, były odznaczenia, czasem świętowano sukcesy oddziałowe i osobiste, ale również przeżywano porażki, które pamiętano zazwyczaj najdłużej.”

Antoni Dutkiewicz

35-lecie Szpitala Wojewódzkiego przy ul. Żołnierskiej w Olsztynie nie może być powodem, aby nie pamiętać, że historia Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie trwa już ponad 60 lat. Oddział chirurgiczny w Szpitalu przy ul. Miariańskiej został otwarty 20 stycznia 1946 roku, a ordynatorem został dr med. Jan Janowicz - organizator chirurgii olsztyńskiej. Otwarcie nowego Szpitala Wojewódzkiego w 1970 roku było jedynie dalszym krokiem w możliwościach wprowadzania postępów w leczeniu chorych w Olsztynie.

Ręka chirurga

– Panie docencie, pan nie pozwoli mi umrzeć, prawda?

Stan pacjentki był ciężki. Zostałam wezwana na konsultację internistyczną. Był środek głębokiej nocy, w powietrzu szpitalnym unosił się ten specjalny, drażliwy, wibrujący klimat niepewności - noc, to czas pogorszeń stanów u pacjentów z labilnym układem krążenia, noc to czas smutnych, często ostatecznych wydarzeń, gdy kończy się ludzkie życie... Dlatego też wezwania na najcięższe konsultacje chirurgiczne na Oddziale Chirurgii Naczyniowej, my, konsultujący Oddział interniści zaliczamy głównie w nocy.

Pan docent Antoni Dutkiewicz siedział przy łóżku pacjentki i swoim charakterystycznym, ciepłym gestem trzymał ją za rękę. Zawsze zwracał tym moją uwagę. Tak jakby chciał powiedzieć, że ręka chirurga to nie tylko skalpel, ale również prawdziwa, żywa ręka człowieka. Tym gestem nawiązywał kontakt z pacjentami przed i po zabiegach chirurgicznych.

– Droga pani – odpowiedział – oczywiście, że nie damy pani umrzeć! Po to tu jesteśmy. Głowa do góry! Wszystko będzie dobrze.

– Skoro pan tak mówi, to na pewno tak będzie. Wierzę panu!

Operacja się udała, choć nie była łatwa. Zastanawiałam się w duchu, co by było, gdyby stało się inaczej. Czy można w takiej sytuacji odpowiedzieć inaczej, gdy sprawa jest beznadziejna?

Nie! To, co trzyma człowieka przy życiu, to nadzieja. Zabranie nadziei pacjentowi, to jak pozbawienie go ostatnich sił do walki. A tu idzie bój o życie, stawka jest najwyższa, a ryzyko ogromne!

Docent Dutkiewicz, obecnie na emeryturze, ale wciąż aktywny zawodowo, w relacjach współpracujących z nim asystentów i całego szpitala ma opinię „złotej rączki”. Znający go świetnie dr Przybyszewski opowiadał na dyżurach prawdziwe legendy o chirurgicznym talencie pana docenta, odkrywanych podczas zabiegów w różnych zakątkach kraju przy okazji edukacyjnych spotkań chirurgicznych. Wypowiadał te słowa z prawdziwym zachwytem w głosie. Niektórzy znawcy sztuki chirurgicznej nazywali Antoniego Dutkiewicza prawdziwym wirtuozem chirurgii. Na tę wirtuozerię patrzyli latami przy stole operacyjnym pokolenia szkolących się chirurgów, możemy więc śmiało powiedzieć, że współczesna chirurgia w naszym szpitalu wywodzi się ze „Szkoły Chirurgicznej” pana docenta Antoniego Dutkiewicza. On sam, znany ze skromności, z pewnością zachęcałby się na to zdanie, przywołując pamięć swojego „Wielkiego Szefa” dr Mieczysława Szwalkiewicza, ale to już zupełnie inna legenda, o której za chwilę...

Docent Antoni Dutkiewicz tak dalej kontynuuje swoją historyczną opowieść:

„Chirurgia w nowym szpitalu była kontynuacją osiągnięć zapoczątkowanych przez ordynatorów oddziału chirurgicznego: dr Jana Janowicza, Antoniego Terajewicza, Mieczysława Pimpickiego i Mieczysława Szwalkiewicza. Dr Mieczysław Szwalkiewicz z przygotowaniem do nowych zadań zespołem dnia 1 grudnia 1970 roku przeniósł się do otwartego oddziału chirurgicznego w nowym szpitalu, aby kontynuować dzieło chirurgicznego leczenia chorych. Dr Szwalkiewicz już dawno dostrzegł „nową” grupę chorych naczyniowych, którym należało zapewnić leczenie na miejscu, aby nie musieli jechać do klinik oddalonych od Olsztyna w granicach powyżej 200 km. Jak widzimy, już od dawna była stosowana w praktyce zasada: „Pacjent przede wszystkim”.

Dr med. Mieczysław Szwalkiewicz i jego współpracownicy odbyli szkolenia w Klinikach Chirurgii Naczyniowej i w 1971 roku przeprowadzone zostały pierwsze planowe operacje tętnic poprawiające ukrwienie



Zespół Oddziału Chirurgicznego „kiedyś”...

kończyn w przebiegu miażdżycowej niedrożności tętnic, a liczba tych operacji rosła z roku na rok prawie lawinowo. Potrzeba zmuszała do wprowadzania nowych typów operacji naczyniowych: przetoki tętniczo-żylna do hemodializ – 1978 r.; operacje tętniaków aorty brzusznej – 1981 r.; udrożnienie tętnic szyjnych – 1998 r. Rozwój chirurgii naczyniowej pozwolił na przemianowanie oddziału w 2003 roku na Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej.”



Zabieg chirurgiczny...

O dr. Szwałkiewiczu tak pisze jako uczeń i następcę:

„W pracy oddziału chirurgicznego dr Mieczysław Szwałkiewicz oprócz „rzemiosła” chirurgicznego wprowadzał elementy naukowe, zarażając swoich współpracowników dociekliwością naukową oraz ucząc ich samodzielności. Zaowocowało to uzyskaniem tytułu



Od lewej: dr n. med. Mieczysław Szwałkiewicz z doc. Antonim Dutkiewiczem

naukowego doktora nauk medycznych przez siedem osób oraz jednego doktora habilitowanego”.

Ja, jako asystentka oddziału nefrologii, dr. Mieczysława Szwałkiewicza poznałam, gdy był już dobrych parę lat na emeryturze. Mimo szlachetnego wieku emanował nadal tym wszystkim, co prawdopodobnie zbudowało jego mit w Oddziale Chirurgii, gdzie na korytarzach wisiały drewniane tabliczki z przytoczonymi maksymami „dla pokrzepienia serc”, które sam kazał sporządzić. Docent Dutkiewicz, pytany o motywację do prac habilitacyjnych odpowiadał: „Szef mnie gnał do pracy, do rozwoju, silnie motywował, mawiał, że uczeń musi przewyższyć mistrza!”. Był wybitnym organizatorem, z czego słycał, dla mnie głównym rysem jego osobowości wydawała się głębia i szeroki horyzont spojrzenia, którego nie zniszczył zabieg czasu. Etyk, humanista - to wszystko kojarzy mi się jednym zdaniem po przebytych z nim kilku dłuższych rozmowach. Rozmawialiśmy coraz dłużej, słuchałam z uwagą, coraz bardziej zafascynowana tym co mówił...Wydawało mi się nieprawdopodobne, by taki kontakt można było nawiązać mimo dużej różnicy pokoleniowej i pogarszającej się, niestety, kondycji zdrowotnej, a jednak! Zazdrościłam wszystkim, którzy

go znali w kwiecie młodości u szczytu pracy zawodowej. To musiała być osobowość wielkiego formatu! Kochał „Puls Szpitala”, uważał tę gazetę za „zbawienie dla interakcji międzyludzkich” w szpitalu, dzwonił często na Oddział: „Pani doktor, kiedy ukaże się następny numer Pulsu?”. Ten ostatni miałam mu zanieść do domu. Niestety, nie zdążyłam...odszedł na zawsze.

Klasykiem chirurgii jest w naszym szpitalu również dr Tomasz Przybyszewski. Wprawiał nas, młodych lekarzy niejednokrotnie w zadziwienie, gdy badając brzuch pacjenta znajdował „coś”, czego my zupełnie nie mogliśmy wy badać. Jakby miał przysłowio- wy RENTGEN w oczach!

- Panie doktorze, jak pan to robi?



dr n. med. Piotr Malinowski, ordynator

- pytaliśmy zaszokowani, gdy podczas jednego z dyżurów wysłał na CITO pacjentkę z Izby Przyjęć wprost na blok operacyjny, gdzie znalazł... rozlane zapalenie wyrostka robaczkowego, a my, „żółtodzioby” szykowaliśmy się odesłać pacjentkę (o, zgrozo!) do domu, bo przecież „już brzuch nie boli, i miękki, itd.”.

Zamyślił się chwilę, uśmiechnął i odpowiedział:

- Zapamiętajcie, zawsze badajcie tętno pacjenta. Tętno to cenny znak, mówiący co się dzieje z chorym. Tak mnie uczono, ja tę wiedzę przekazuję wam.

Do tej pory mierząc tętno chorego mam te słowa „wryte” głęboko w podświadomość.

Przyszedł czas na pokoleniową zmianę warty. W 2005 r. „berło” Chirurgii Naczyniowej zostało przekazane w ręce dr Piotra Malinowskiego, wychowanka docenta Dutkiewicza. Znając sylwetkę, potencjał i osobowość mojego szanownego kolegi, obecnego ordynatora, mogę Państwa zapewnić, że to dopiero początek.



Obecna kadra Oddziału Chirurgicznego

NIE DAJ SIĘ ZJEŚĆ CHOROBIE!

Przez wiele lat uważano, że niedożywienie nie występuje w rozwiniętych gospodarczo krajach. W Polsce dopiero pod koniec lat sześćdziesiątych, kiedy do praktyki klinicznej wprowadzono ocenę stanu odżywienia okazało się, że niedożywienie występuje u około połowy chorych leczonych w szpitalach!

Niedożywienie występuje najczęściej u pacjentów w wieku podeszłym (50%), pacjentów z chorobami układu oddechowego (45%), z chorobami zapalnymi jelit (80%) i z nowotworami złośliwymi (85%). Wykazano też, że aż u 30 % chorych prawidłowo odżywionych niedożywienie rozwija się po przyjęciu do szpitala, a u 70% niedożywionych w momencie przyjęcia ulega dalszemu pogłębieniu w trakcie hospitalizacji. Do podstawowych przyczyn tzw. niedożywienia szpitalnego należą: choroba i jej skutki, takie jak niedostateczne odżywianie doustne z powodu braku apetytu, niskokaloryczna dieta szpitalna, zwiększone straty substancji odżywczych.

Nie ulega wątpliwości, że jakość i ilość pokarmów spożywanych przez chorego i stopień pokrycia rzeczywistego zapotrzebowania białko-energetycznego powinny być tak samo kontrolowane, korygowane i odnotowywane jak podawane leki. Ważne jest to, co chory rzeczywiście zjada w ciągu doby. Przez krótki czas organizm może bez większych zaburzeń przetrwać brak pożywienia nawet wtedy, gdy jego potrzeby metaboliczne są większe niż normalnie. Jeżeli okres głodzenia przedłuża się, a straty nie zostaną w porę wyrównane, niedożywienie pogłębia się, prowadząc do śmierci chorego.

Z żywieniowego punktu widzenia okres przeżycia zależy od rezerw (w tym przypadku białka) i szybkości ich zużycia. Czasem np. w okresie zakażenia nawet odpowiednie żywienie nie jest w stanie poprawić stanu odżywienia, jest jednak niezbędnym elementem leczenia, gdyż zmniejsza zużycie zasobów białka, dostarcza substratów do syntezy białek ostrej

fazy i gojenia ran, wspomaga skuteczność leczenia i wydłuża okres przeżycia, dając czas na leczenie choroby podstawowej.

Zespół żywieniowy

Jeśli chory nie może odżywiać się wystarczająco w sposób naturalny, wskazane jest leczenie żywieniowe. I tu na ratunek śpieszą specjaliści żywieniowi. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie jako jedyny w województwie warmińsko-mazurskim posiada Pracownię Żywności poza- i dojelitowego i jako jeden z 7 w całym kraju prowadzi leczenie żywieniowe poza- i dojelitowe w warunkach domowych pod kierownictwem dr n. med. Krystyny Urbanowicz, specjalisty chirurga. Skromny, dwuosobowy skład zespołu zapewnia profesjonalną opiekę żywieniową pacjentom nie tylko z naszego regionu, ale także z województw Polski Pn., Pn.-Zach. Pani Krystyna Piziorska, pielęgniarka zespołu żywieniowego i pracowni edukuje pacjentów w zakresie przygotowania mieszaniny żywieniowej, podłączania jej, a po skończonym wlewie odłączania, a także w zakresie opieki nad centralnym dojściem do układu żylnego. Szkoli również chorych odżywiających się przez przetoki odżywcze przewodu pokarmowego.

Z pracownią żywienia współpracują członkowie zespołu żywieniowego:

- lek. med. Katarzyna Koziolec, Oddział Gastroenterologii
- lek. med. Maciej Sadowski, Oddział Chirurgii
- lek. med. Iwona Podlińska, OIT
- mgr Hanna Dłuska, Apteka Szpitalna

wymagający pomocy żywieniowej po prostu umierali – mówi Krystyna Urbanowicz, kierownik Pracowni Żywności poza- i dojelitowego. – *W tej chwili wprowadza się umiejętność leczenia żywieniowego, którą można nabyć po specjalizacji z gastrologii, chirurgii, pediatrii lub anestezjologii. Pierwszy egzamin odbędzie się za pół roku.*



Skrajne wyniszczenie z powodu niedożywienia

Ratunek przed śmiercią głodową

Wykorzystując dojelitową lub pozajelitową drogę żywieniową można skutecznie zapobiegać lub leczyć niedożywienie, w następstwie którego dochodzi do zmniejszenia masy ciała, osłabienia mięśni, upośledzenia odporności (w konsekwencji do wzrostu zakażeń), spadku stężenia białka, atrofii błony śluzowej, gorszego wykorzystania tlenu. Skutkiem są zaburzenia gojenia ran i zwiększone ryzyko powstawania odleżyn. U chorych niedożywionych obserwuje się znaczny wzrost powikłań powodujący dłuższy pobyt w szpitalu. Wskazaniem do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego są stany chorobowe, które powodują, że pacjent nie może, nie powinien, albo odżywia się niewystarczająco w stosunku do zapotrzebowania, co spowoduje w przyszłości stopniowe wyniszczanie się organizmu ze wszystkimi konsekwencjami, ze śmiercią włącznie.

Zarówno u dzieci jak i u dorosłych odżywianie pozajelitowe (dożylne) stosuje się u pacjentów ze skrajnym wyniszczeniem, pooperacyjnymi przetokami przewodu pokarmowego, niedrożnością nieoperacyjną jelita, z urazami wielonarządowymi, po rozległych resekcjach przewodu pokarmowego, w powikłaniach pooperacyjnych wymagających ponownych zabiegów operacyjnych tylko



Kontrola cewnika permanentnego

– Ewa Gawlikowska, OIT

– *Leczeniem żywieniowym i chirurgią zajmuję się od 1985 roku, wtedy właśnie po raz pierwszy pojechałam na kurs do Kliniki Chirurgii i Żywności AM w Warszawie i wprowadziłam mało jeszcze wówczas rozpowszechnione żywienie pozajelitowe chorych do naszego szpitala. Wcześniej pacjenci*



Zabieg zakładania cewnika permanentnego

wtedy, gdy nie można zastosować żywienia enteralnego.

Leczenie żywieniem pozajelitowym polega na dostarczeniu choremu wszystkich niezbędnych składników pokarmowych – odpowiedniej ilości białka, energii, elektrolitów, witamin, mikroelementów i wody bezpośrednio do układu krwionośnego z pominięciem przewodu pokarmowego. Żywienie pozajelitowe musi być dostosowane do metabolizmu i zapotrzebowania chorego.

– *W pierwszej kolejności zbieram wywiad żywieniowy i ogólny, oceniam stan odżywienia chorego i stan ogólny, jeżeli zakwalifikuję do leczenia to decyduję o metodzie poza- czy dojelitowej, ewentualnie o zastosowaniu obu sposobów* – mówi Krystyna Urbanowicz. – *Trzeba również zastanowić się, jak długo będziemy stosować leczenie, następnie założyć sondę lub stomię odżywczą – operacyjnie lub endoskopowo (żywienie dojelitowe). W sytuacji, kiedy przewód pokarmowy jest niesprawny, niedostępny, niedrożny, albo go nie ma zakładamy do żyły głównej cewnik lub podajemy mieszaninę żywieniową przez żyły obwodowe. Gdyby nie wspomaganie chorego leczeniem żywieniowym, w wielu wypadkach pacjenci skazani byłiby po prostu na śmierć.*

Leczenie żywieniowe w warunkach domowych

Są sytuacje, kiedy pacjenci muszą być żywieni poza- lub dojelitowo przez miesiące, lata, czasami do końca życia, aby nie umrzeć z głodu. Jednak w dzisiejszych realiach nie muszą z tego powodu przebywać w szpitalu. Leczenie to można stosować w warunkach domowych po odpowiednim przygotowaniu chorego i jego rodziny. Wówczas pacjentowi w warunkach szpitalnych zakłada się cewnik permanentny poprzez wkłucie do żyły szyjnej lub podobojczykowej z wejściem do żyły głównej górnej. Zewnętrzne ujście cewnika znajduje się na przedniej powierzchni klatki

piersiowej. Przez ujście cewnika chory codziennie na 12-16 godzin podłącza worek żywieniowy (czas zależy od objętości i stanu chorego). Zanim jednak pacjent zostanie wypisany do domu przechodzi szkolenie. Polega ono na dokładnym nauczaniu chorego wszystkich czynności niezbędnych do samodzielnej obsługi żywieniowej – sporządzania mieszanin z leków do żywienia (według receptury ustalonej przez lekarza), posługiwania się cewnikami, podawania mieszanin. W szkoleniu tym kładzie się nacisk na utrzymanie jałowości punktów strategicznych, służących przygotowaniu i przetoczeniu składników odżywczych. We wszystkich czynnościach obowiązują chorego reżim sanitarny.

– *Jeżeli pacjent ma częściowy przewód pokarmowy, to nadal może i powinien spożywać posiłki w sposób fizjologiczny, jednak nie wchłonie do organizmu tyle, ile potrzebuje. Chorzy zaspokajają w ten sposób jedynie swoją potrzebę jedzenia*

– *smaku, uzupełniając braki żywieniem pozajelitowym* – mówi Krystyna Urbanowicz.

– *Ostatnio miałam pacjentkę, która w ciągu roku schudła do wagi 28 kg, mimo że bardzo dużo jadła. Gdyby nie żywienie pozajelitowe umarłaby z głodu.*

Dla pacjentów leczonych żywieniowo w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie worki żywieniowe przygotowuje Pracownia Przygotowania Mieszanin Żywieniowych w Aptece Szpitalnej. Jest jedyną tego rodzaju pracownią w województwie warmińsko-mazurskim. Farmaceuci sporządzają na zlecenie lekarza mieszaniny do żywienia parenteralnego dla pacjentów dorosłych i niemowląt w warunkach aseptycznych. Ich zaletą jest skład dobrany indywidualnie do potrzeb każdego chorego oraz to, że mieszaniny są bardzo świeże, nie są narażone na długie przebywanie w opakowaniu foliowym.

Przetoki odżywcze

Żywienie dojelitowe stosuje się, gdy pacjent posiada przewód pokarmowy, ale nie może samodzielnie z niego korzystać z powodu wysokiej przeszkody (np. guz), zaburzeń połykania, albo stanu braku przytomności. Chorzy otrzymują żywienie

płynne przemysłowe o ściśle opracowanym składzie, podawane bezpośrednio do żołądka lub do jelit. Pokarm wprowadzany jest przez zgłębnik założony przez nos. Tę metodę stosuje się zwykle, gdy konieczność żywienia dożołądkowego lub dojelitowego trwa względnie krótko – podczas pobytu osoby chorej w szpitalu. Gdy żywienie tego typu potrzebne jest przez bardzo długi okres, pokarm dostarcza się przez specjalny otwór w powłokach jamy brzusznej, prowadzący do żołądka lub jelita. Dostęp ten nazywa się żołądkową lub jelitową przetoką odżywczą.

– *Na początku leczyliśmy tylko powikłania wynikające z niedożywienia, wyniszczenia, było to długie i żmudne leczenie. Obecnie jesteśmy na etapie szybkiego diagnozowania rodzaju zaburzeń stanu odżywienia, jeżeli występują lub zapobiegania wyniszczenia w trakcie leczenia choroby podstawowej. Z roku na rok mamy większe doświadczenie w tej dziedzinie, dysponujemy lepszymi preparatami. Żywienie poza i dojelitowe jest na pewno metodą leczenia, która musi i będzie istnieć, ponieważ odżywianie jest podstawowym prawem każdego człowieka, tym bardziej człowieka chorego, wrażliwszego na ujemny bilans białkowo-kaloryczny. Dzisiaj dysponujemy różnymi metodami leczenia żywieniowego, poczynając od zaleceń dietetycznych, poprzez pełne żywienie dojelitowe lub suplementację potrzebnymi choremu składnikami, korzystając również z możliwości leczenia żywieniem pozajelitowym* – podsumowuje Krystyna Urbanowicz.

Magdalena Kantorczyk



Edukacja pacjentki w pracowni żywienia poza- i dojelitowego

TAJEMNICE PRACY PIELEŃNIAREK INSTRUMENTARIUSZEK

Blok operacyjny jest sercem szpitala, to wokół niego skupia się praca oddziałów zabiegowych. W codzienny plan pracy lekarzy i pielęgniarek z bloku wpisane jest ratowanie życia i zdrowia. Na nich spoczywa tak wiele, przecież odpowiedzialni są za bicie serca...

Pielęgniarki instrumentariuszki codziennie wykonują trudną i odpowiedzialną pracę. Choć są niewidzialne dla pacjentów, to również dzięki nim wracają oni do zdrowia. Pielęgniarki instrumentariuszki nie da się zastąpić z dnia na dzień, ponieważ przeszkolenie jednej zajmuje cały rok, dlatego stanowią one w naszym szpitalu „dobro deficytowe”.

Dzień za dniem

Pacjenta na bloku operacyjnym, od pielęgniarzek z oddziału, odbiera zespół anestezjologiczny. Gdy zajmuje się przygotowaniem go do znieczulenia pielęgniarzka instrumentariuszka zgodnie z planem operacji przygotowuje do zabiegu salę, zestawy i komplety narzędzi oraz inny niezbędny sprzęt medyczny (opatrunki, bieliznę operacyjną). Dokładnie sprawdza cały sprzęt. Wszystko musi podczas zabiegu działać, a sam zabieg przebiegać sprawnie. Gdy pacjent jest znieczulony, lekarz operujący układa na stole pacjenta, a sposób ułożenia zależy od zabiegu, jaki będzie wykonywany. Następnie pielęgniarzka wspólnie z lekarzem przygotowują pole operacyjne. Rozpoczyna się zabieg. Pielęgniarka instrumentariuszka podczas operacji asystuje lekarzowi, podaje narzędzia, kontroluje stan narzędzi oraz zużycie materiału opatrunkowego. Ponieważ zadania pielęgniarzki „lotnej” wykonuje sanitariuszka, pielęgniarzka instrumentariuszka dodatkowo kontroluje jej pracę. Podczas zabiegu pielęgniarzka musi być skoncentrowana na przebiegu operacji, musi śledzić jej etapy oraz pole operacyjne. Musi być przygotowana na każde nieprzewidziane wydarzenie i na komplikacje, które mogą wystąpić przy zabiegu. Pielęgniarka musi znać technikę operacyjną, wiedzieć kiedy podać odpowiednie narzędzie, wybiegać przed myślą lekarza operującego. Po zakończonym zabiegu zespół anestezjologiczny wybudza pacjenta i przekazuje go pielęgniarzkom z odpowiedniego oddziału. W tym czasie pielęgniarzka instrumentariuszka dezynfekuje narzędzia w kuwetach ze środkiem dezynfekcyjnym, po dezynfekcji narzędzia są myte, suszone, pakowane i przygotowywane do sterylizacji. Narzędzia, które nie zostały użyte podczas zabiegu są wnoszone, dopiero wtedy sala jest sprządana i przygotowywana do następnego zabiegu.

Jak zostać pielęgniarzką instrumentariuszką

Pielęgniarki zaczynając pracę w szpitalu, wiedzą na jakim oddziale chciałyby opiekować się pacjentami. Często jest jednak tak, że nie trafiają na wymarzony oddział, ale na ten, na którym jest wakat. Zdarza się, że tym miejscem jest blok operacyjny. Wiele pielęgniarek rezygnuje z tej propozycji, bojąc się trudnej i odpowiedzialnej pracy. Jednak gdy już pielęgniarzka wpadnie w „wir” rzadko zamienia blok na oddział. Pracy pielęgniarzki

instrumentariuszki nie można nauczyć się w szkole pielęgniarzkiej, a jedynie na bloku. Wykształcenie pielęgniarzki trwa około roku. W tym czasie musi ona odbyć praktykę asystując przy zabiegach przeprowadzanych przez lekarzy z oddziałów chirurgii, ginekologii, laryngologii, okulistyki, ortopedii i neurochirurgii.

Na blokach operacyjnych każda pielęgniarzka specjalizuje się w poszczególnym typie zabiegów, ale musi umieć asystować przy każdym zabiegu. W nocy na dyżurze są tylko dwie pielęgniarzki, a nigdy nie wiadomo jaki zabieg będzie przeprowadzany. Do najtrudniejszych zabiegów należą zabiegi ortopedyczne i neurochirurgiczne. Trudność pierwszych polega na niezliczonej liczbie sprzętu, który trzeba poznać. Obok nici, ssaków, serwet trzeba umieć poruszać się wśród różnego rozmiaru i rodzaju śrubek, wkrętów, płytek oraz implantów. Trudność zabiegów neurochirurgicznych wynika z bardzo skomplikowanych operacji tętniaków i guzów mózgu.

Najważniejszy jest zespół

Nasze pielęgniarzki instrumentariuszki lubią swoją pracę i nie żałują, że trafiły na blok operacyjny. – *Jest to praca, w której ciągle uczymy się czegoś nowego. Nie ma w niej schematów – mówi Małgorzata Damińska. – Choć pracujemy w stresie jest to stres pozytywny, który motywuje do pracy.*

Pielęgniarka instrumentariuszka musi być odporna psychicznie, posiadać zdolności manualne, mieć dużą podzielność uwagi, musi być mobilna i umiejętnie przechodzić z jednego zabiegu do drugiego. Inna wiedza i umiejętności są

potrzebne przy zabiegu ortopedycznym, a inne przy okulistycznym. – *Najtrudniejsze są zabiegi ortopedyczne. Trudno ogarnąć cały ortopedyczny sprzęt. Do zabiegów chirurgicznych używamy jednego zestawu, a do ortopedycznych bywa, że szesnastu zestawów – wyjaśnia Jolanta Kowalewicz. W trakcie zabiegu pielęgniarzka nie może odejść od stołu, gdy jest zmęczona nie może odpocząć, nie może wyjść do toalety, najważniejsza jest operacja. Wydaje się, że zabiegi można przeprowadzać według schematów, nic bardziej mylnego, wszystko zależy od tego, co się zdarzy po otwarciu pola operacyjnego. Te same zabiegi każdego dnia mogą przebiegać całkiem inaczej. Czym jeszcze różni się praca pielęgniarzki pracującej na bloku operacyjnym od pracy pielęgniarzki w oddziale? – *My nie pielęgnujemy pacjentów, chociaż w szkole uczono nas pielęgnacji, a nie pielęgniarstwa zabiegowego. Najważniejsza na bloku jest praktyka. Pielęgniarka z oddziału, nawet z 15-letnim stażem pracy, będzie na bloku nowicjuszka – mówi Maria Wiśniewska. Na bloku operacyjnym bardzo ważna jest praca zespołowa. Zestawy muszą być odpowiednio przygotowane. Nie może podczas zabiegu okazać się, że brakuje potrzebnych narzędzi, bo pielęgniarzka z poprzedniego dyżuru nie sprawdziła zestawu. Dlatego pielęgniarzki muszą przekazywać sobie wszystkie informacje i wykonywać rzetelnie obowiązki.**

Nasze pielęgniarzki są świetnymi instrumentariuszkami, to również dzięki ich pracy zabiegi kończą się sukcesem, a pacjenci wracają do zdrowia.

core



WŁASNOŚĆ PACJENTA JAKO WYMAGANIE JAKOŚCIOWE

Określenie „własność” kojarzy nam się zazwyczaj z własnością materialną. Bezpośrednie odniesienie do własności klienta znajdujemy w wymaganiach normy ISO 9001, która między innymi nakłada na naszą organizację obowiązek sprawowania pieczy nad własnością klienta. Własność pacjenta leczonego w szpitalu musi być traktowana w sposób bardzo odpowiedzialny, ze względu na złożoność tego zagadnienia. Rodzi się pytanie: co jest własnością pacjenta?

Własność pacjenta, rozpoczynając od rzeczy materialnych, stanowi np. **odzież**, którą pacjent pozostawia na czas pobytu w szpitalu, w magazynie, przeznaczonym wyłącznie do jej przechowywania. Odzież jest ewidencjonowana i nadzorowana przez osoby za to odpowiedzialne z SOR z Izłą Przyjęć. Czynności te odbywają się w obecności pacjenta, co potwierdza własnoręcznym podpisem. Z działań powyższych utrzymywane są zapisy w prowadzonych rejestrach i formularzach. Odbiór ubrań po zakończeniu hospitalizacji może być dokonany za okazaniem dokumentu – potwierdzenie przyjęcia rzeczy chorego.

Bardziej skomplikowaną procedurą jest **zabezpieczanie rzeczy wartościowych** pacjenta, które stanowią jego własność. Przebiega ona zgodnie z wymaganiami przedstawionymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia, w sprawie depozytu wartościowych rzeczy pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej. Za rzeczy wartościowe przyjmuje się: pieniądze, karty płatnicze, dokumenty, biżuterię, klucze i inne przedmioty stanowiące dla chorego wartość, którą chce zabezpieczyć w szczególny sposób. Szpital zapewnia tę usługę na prośbę pacjenta oraz obligatoryjnie w przypadku pacjentów nieprzytomnych, przyjmowanych w sposób nagły. Rzeczy wartościowe po uprzednim zewidencjonowaniu, opakowaniu i oznakowaniu przechowywane są w sejfie. Przekazywanie i zabezpieczanie rzeczy wartościowych jest możliwe w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izłą Przyjęć oraz w poszczególnych oddziałach.



Material biologiczny to własność pacjenta

Kolejny przykład własności pacjenta stanowi **material biologiczny**, pobrany w celu przeprowadzenia badań laboratoryjnych, bakteriologicznych czy cytologicznych. Pacjent udostępnia szpitalowi własny materiał biologiczny, który będzie podstawą do uzyskania informacji o jego stanie zdrowia. Osoby mające kontakt z materiałem biologicznym, muszą pamiętać o tym, że sposób pobrania materiału, jak i sposób zabezpieczenia, identyfikacji i transportu, mogą skutkować właściwym lub niewłaściwym procesem terapeutycznym. Postępowanie z próbkami materiału w całym procesie przetwarzania musi być zgodnie z przyjętymi w szpitalu zasadami, opisanymi w instrukcjach i procedurach. Wynik, towarzyszący zakończeniu procesu diagnostycznego musi dawać pewną informację, że odnosi się do określonej próbki materiału, która pochodzi właśnie od tego pacjenta, którego dotyczy proces diagnostyczny.

Bardzo istotne jest zabezpieczenie warunków transportu, począwszy od zabezpieczenia przed zaginięciem, zniszczeniem, do zapewnienia właściwych warunków fizyko-chemicznych, a więc rodzaj opakowania, odczynnik chemiczny, temperatura transportu, itp.

Pewność skutecznego zabezpieczenia tego typu własności pacjenta wzrasta poprzez systematyczne monitorowanie usługi na poszczególnych etapach realizacji oraz świadome i odpowiedzialne realizowanie powierzonych zadań.

Najistotniejszy element własności na jaki chciałabym zwrócić uwagę, **to dane osobowe pacjenta oraz informacje o stanie zdrowia**. Do ochrony tych własności, między innymi obliguje nas ustawa o ochronie danych osobowych, ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz kodeksy: etyki zawodowej, rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zoz oraz sposobach jej zabezpieczania. Musimy zdawać sobie sprawę, że szpital jako instytucja,



a także każdy z pracowników medycznych jest w posiadaniu bardzo dużej ilości informacji o pacjentach. Informacje te z racji swojego charakteru muszą być chronione. Posiadamy dwa zasoby informacji, w postaci zapisów w dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej oraz w postaci informacji niezapisanej, tzw. ustnej. Dokumentacja medyczna zawiera informacje zapisane na dwóch nośnikach: elektronicznym oraz tradycyjnym - na papierze.

Dokumentacja medyczna tworzona jest na poszczególnych etapach realizacji usługi medycznej, począwszy od przyjęcia do szpitala, a skończywszy na wypisie ze szpitala. Dokumentacja tworzona w oddziałach, pracowniach diagnostycznych, poradniach powinna być zabezpieczona przed dostępem osób nieupoważnionych. Dostęp i uprawnienia do tworzenia dokumentacji medycznej szpital zdefiniował w zakresach uprawnień i odpowiedzialności pracowników.

Ważnym zagadnieniem jest obieg dokumentacji. Jest oczywiste, że na proces tworzenia i obiegu dokumentacji składa się działalność wielu osób. Zanim dotrze ona do ostatecznego miejsca przechowywania, do archiwum, niejednokrotnie zmienia swoje miejsce pobytu w zamierzonym celu, wynikającym z procesu realizacji świadczeń medycznych. Mając na uwadze znaczenie zapisów oraz długą drogę jaką musi pokonać historia choroby do miejsca jej wieloletniego przechowywania, musimy stworzyć warunki skutecznego monitorowania obiegu dokumentacji zarówno wewnątrz szpitala, jak i na zewnątrz. W tym celu została opracowana procedura obiegu i udostępniania dokumentacji medycznej, która w szczególności opisuje proces zabezpieczania przekazywania i udostępniania dokumentacji podczas procesu leczenia oraz w czasie archiwizowania.

Właściwe i skuteczne zabezpieczenie informacji zawartej w dokumentacji medycznej, to również element szeroko pojętego bezpieczeństwa pacjenta w szpitalu.

*Hanna Taraszkiewicz
przełożona pielęgniarek*

OSTEOPOROZA – CHOROBA KOŚCI

Osteoporoza na całym świecie stanowi coraz większy problem. Światowa Organizacja Zdrowia zalicza ją do głównych chorób cywilizacyjnych.

Złamania osteoporotyczne na całym świecie występują u około 1/3 kobiet i 1/5 mężczyzn w populacji powyżej 50 r.ż. oraz są główną przyczyną dolegliwości i przedwczesnych zgonów wśród ludzi starszych. Negatywny wpływ tych złamań na jakość życia jest znaczący i zwiększa się wraz z wiekiem i liczbą złamań. Z punktu widzenia kosztów leczenia szpitalnego, obciążenia finansowe spowodowane złamaniami osteoporotycznymi u kobiet przekraczają wydatki związane z rakiem sutka, zawalem serca lub z udarem.

Osteoporoza określona jest mianem „cichego złodzieja kości”. Proces chorobowy polega na powolnym odwapnianiu się tkanki kostnej i może bardzo długo przebiegać nie powodując żadnych dolegliwości. Często pierwszym objawem osteoporozy jest złamanie towarzyszące urazowi o małej sile.

Definicja osteoporozy według Światowej Organizacji Zdrowia jest oparta na oznaczeniach densytometrycznych metodą absorpcyjometrii promieniowania rentgenowskiego o podwójnej wiązce energetycznej (DXA). Opiera się ona na zależności, że kość tym więcej pochłania promieniowania rentgenowskiego, im więcej zawiera minerałów. Zasada pomiaru polega na tym, że z jednej strony przedramienia lub całego ciała umieszczamy mikro-lampę rentgenowską wysyłającą promieniowanie, podczas gdy po drugiej stronie znajduje się specjalny czujnik, który mierzy jak dużą dawkę wysłanego promieniowania pochłonęły kości. Na tej podstawie komputer oblicza zawartość minerałów w badanej kości. Oznaczenia powinny być wykonywane w odcinku L1-L4 kręgosłupa i/lub nasadzie bliższej kości udowej, a interpretacja kliniczna wynika ze ścisłej zależności między niską gęstością mineralną kości (BMD), a większą podatnością na złamania.

Istnieją aparaty do pomiarów obwodowych zwane popularnie jako „małe” oraz do pomiaru całego ciała tzw. „duże” pozwalające na pomiar w dowolnym miejscu ciała. Współcześnie za „złoty standard” przyjmuje się pomiar metodą DXA w kręgosłupie i szyjce kości udowej. Aparaty „małe” mogą być używane tylko w badaniach populacyjnych do wykrywania osób narażonych na osteoporozę. Natomiast na podstawie wykonanych pomiarów nie można rozpoznawać, a tym bardziej leczyć osteoporozę. Badania ultrasonograficzne, np. pięty, nie są badaniami densytometrycznymi, a pomiarem własności akustycznych kości. Pozwalają oszacować ryzyko złamania, natomiast nie dają żadnej informacji o gęstości mineralnej kości.

Aparat na wydruku podaje bezwzględne wartości gęstości mineralnej kości w g/cm² (BMD- Bone Mineral Density). By umożliwić lekarzowi interpretację wyniku, wartości te są porównane do grupy kontrolnej w formie procentu oraz wskaźników „T” i „Z-score”. Odpowiedni program komputerowy porównuje wyniki badanego chorego do grupy kontrolnej w tym samym wieku, co badany (wskaźnik Z-score) oraz do grupy kontrolnej w wieku 30-40 lat (T-score). To ostatnie porównanie jest szczególnie cenne, bowiem mówi nam, ile badany stracił kości w stosunku do masy szczytowej kości, jaką miał w wieku 30-40 lat.

Światowa Organizacja Zdrowia opracowała zasady rozpoznawania osteoporozy na podstawie wskaźników „T” i „Z-score”. Na tej podstawie rozpoznajemy następujące kategorie diagnostyczne:

Rozpoznanie wartości wskaźnika T-score

Norma:	do -1
Osteopenia:	-1 do -2,5
Osteoporoza:	poniżej -2,5
Ciężka osteoporoza:	poniżej -2,5 oraz złamania

Termin „osteopenia” oznacza obniżenie masy kostnej stanowiącej zagrożenie osteoporozą. Należy podkreślić, że jedynym wiarygodnym badaniem w rozpoznawaniu i leczeniu osteoporozy jest pomiar w kręgosłupie lub szyjce kości udowej. W kręgosłupie zmiany pojawiają się najwcześniej i najszybciej

Najważniejszymi samodzielnymi czynnikami ryzyka złamania kości są:

- ◆ wiek – dla kobiet ≥ 65 lat i dla mężczyzn ≥ 70 lat
- ◆ przebyte złamanie osteoporotyczne kręgosłupa i bliższego końca kości udowej niezależnie od wieku
- ◆ przebyte złamanie osteoporotyczne o innej lokalizacji niezależnie od wieku
- ◆ przebyte złamanie osteoporotyczne bliższego końca kości udowej u rodziców, po 50 r.ż. u ojca i po menopauzie u matki
- ◆ przewlekłe przyjmowanie kortykosteroidów (Encorton) w dziennej dawce $\geq 7,5$ mg, przez co najmniej 3 miesiące
- ◆ skłonność do upadków (zaburzenia widzenia, zaburzenia neurologiczne)
- ◆ aktualnie trwająca pierwotna nadczynność przytarczyc



reagują na leczenie. Niestety po 65 roku życia, ze względu na pojawianie się rozległych zmian zwyrodnieniowych w obrębie kręgosłupa, pomiar ten staje się mniej wiarygodny. Zaleca się wówczas badanie w obrębie szyjki kości udowej.

Obecnie jesteśmy świadkami przejścia pomiędzy rozpoznawaniem i leczeniem osteoporozy w oparciu o kryteria densytometryczne, a oceną indywidualnego, bezwzględnego ryzyka złamania przy niewielkim urazie, oddającego istotę osteoporozy.

Dodatkowymi czynnikami ryzyka są: niski wskaźnik masy ciała (BMI poniżej 18), reumatoidalne zapalenie stawów, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, wczesna menopauza (przed 45 r.ż.).

U każdego pacjenta ważnym jest ustalenie jego indywidualnego ryzyka złamania oraz ustalenie potrzeby leczenia. Temu celowi służy porównanie indywidualnego zagrożenia badanego pacjenta z naturalnym, postępującym z wiekiem, populacyjnym ryzykiem złamań. Jeśli indywidualne zagrożenie jest wyższe od populacyjnego, wtedy wymaga interwencji leczniczej. Dopóki niedostępne będą techniki nieinwazyjne oceny wytrzymałości kości, indywidualne ryzyko złamania obliczamy pośrednio, uwzględniając wszystkie znane z badań epidemiologicznych, niezależne i samodzielne czynniki ryzyka złamań. Ich moc oddziaływania wyznacza liczba ryzyka względnego, wskazująca, o ile badana osoba obciążona tym czynnikiem ma większe ryzyko złamania w porównaniu do – wyznaczonego ryzyka całej populacji w tym samym wieku i w perspektywie najbliższych dziesięciu lat.

dr n. med. Joanna Rutkowska

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B I C JAKO ZAKAŻENIA SZPITALNE

W Polsce zmienia się sytuacja epidemiologiczna wirusowych zapaleń wątroby. W ostatnich latach doszło do znacznego obniżenia zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby typu B. Zawdzięczamy to dwóm czynnikom: szczepieniom anty – HBV oraz poprawie warunków sanitarnych w szpitalach i ambulatoriach.

W procesie zapobiegania epidemii HCV w Polsce najważniejsza jest edukacja społeczeństwa i skłonienie osób z grup ryzyka do poddania się badaniu, dotyczy to szczególnie następujących osób:

- ♦ biorców krwi i jej pochodnych, zwłaszcza przed 1993 r.,
- ♦ leczonych iniekcjami i po jakimkolwiek zabiegu operacyjnym (w tym większych zabiegach stomatologicznych),
- ♦ kiedykolwiek poddawanych dializie,
- ♦ po przebytych wirusowym zapaleniu wątroby typu B,
- ♦ uzależnionych od preparatów stosowanych dożylnie lub donosowo,
- ♦ tatuowanych i z nakłuciami skóry w celach upiększających,
- ♦ korzystających z potencjalnie źle wysterylizowanego sprzętu medycznego,
- ♦ korzystających ze wspólnych cząstek do skórek, szczoteczek do zębów lub maszynek do golenia,
- ♦ chorych na hemofilię,
- ♦ zakażonych wirusem HIV.

Wzrost liczby niektórych usług inwazyjnych, rozwój nowych technik diagnostycznych i zabiegowych zwiększył ryzyko zakażeń szpitalnych, szczególnie wirusowych, oraz wymagał w obliczu standardów higienicznych.

Od kilku lat podnosi się udział służby zdrowia w szerzeniu się zakażeń wirusami hepatotropowymi B i C. Właściwości tych wirusów, takie jak np. mała wrażliwość na środki fizyko-chemiczne i warunki środowiska, duża zakaźność (zwłaszcza dotyczy to HBV), brak skutecznej profilaktyki czynnej (HCV), sprawiają, że patogeny te łatwo mogą szerzyć się w środowisku szpitalnym.

Źródłem zakażenia jest chory człowiek – pacjent: dawca krwi lub narządów, a także personel, a transmisja zachodzi najczęściej w czasie używania niedostatecznie wysterylizowanego sprzętu wielokrotnego użytku, powtórnego wykorzystania narzędzi pierwotnie przeznaczonych do jednorazowego użytku, zakłuć lub skaleczeń, ekspozycji materiału zakaźnego na błony śluzowe, podania zainfekowanych

preparatów krwiopochodnych, itp., a także nieprzestrzegania standardów podczas procedur diagnostycznych, leczniczych i pielęgnacyjnych.

Po powszechnym wprowadzeniu sprzętu jednorazowego użytku i szczepień, co spowodowało znaczną poprawę w epidemiologii WZW typu B, nadal część zakażeń tym wirusem jest nabywana w kontaktach ze służbą zdrowia. Ocenia się, że dotyczy to około 55 – 60% infekcji.

Również w przypadku zakażenia HCV, w dochodzeniu epidemiologicznym u ponad 80% zakażonych ustala się wcześniejszy kontakt ze służbą zdrowia.

Do najważniejszych czynników ryzyka należą: hospitalizacja, iniekcje ambulatoryjne, zabiegi chirurgiczne, leczenie stomatologiczne. Należy zwrócić uwagę na często występujące błędy i zaniedbania przy wykonywaniu rutynowych procedur, które niejednokrotnie przyczyniają się do transmisji wirusów. Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla rolę iniekcji jako procedur obciążonych dużym ryzykiem zakażenia HBV i HCV.

Ocenia się, że rocznie nawet 2 mln zakażeń HCV (co stanowi około 50 % rocznych zakażeń, a niektóre modele wskazują nawet na możliwość 4, 7 mln zakażeń rocznie tą drogą) i 20 mln transmisji HBV może być spowodowane wykonywaniem iniekcji zakażonym sprzętem lub przeprowadzeniem procedury w niewłaściwy sposób. Przykładem może być tu często obserwowane niezminianie rękawiczek (lub też ich nieużywanie) przy iniekcjach wykonywanych kolejnym pacjentom.

Nie bez znaczenia jest również stosowanie środków ochrony indywidualnej pracowników, przestrzeganie reżimu sanitarnego oraz postępowanie z materiałem zakaźnym.

Na podstawie publikacji „Zakażenia” – pisma Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych

*Ewa Pietrusińska
Małgorzata Dobrzańska
– Zespół ds. Zakażeń Zakładowych*



z cyklu PREZENTACJE

SEKCJA STANDARDÓW MEDYCZNYCH I ANALIZ EKONOMICZNYCH

Sekcja Standardów Medycznych i Analiz Ekonomicznych to gorąca komórka szpitala. Siedmioosobowa grupa pracowników, pod kierownictwem Andrzeja Lawręca, „trzyma w swoich rękach” wszystkie dokumenty niezbędne do rozliczenia poszczególnych procedur medycznych, czy to z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia, czy innymi podmiotami, z którymi szpital ma podpisaną umowę. I od tego wszystko się zaczyna.

Początek

Oficjalnie Sekcja Standardów Medycznych i Analiz Ekonomicznych powstała w 1998 r., na początku funkcjonowania Kas Chorych, kiedy obowiązek rozliczania umów spoczął na samodzielnych zakładach opieki zdrowotnej, a także wprowadzenia nowego rachunku kosztów związanych z opisem procedur medycznych i nowym sposobem obciążania kosztami komórek szpitalnych. Jednak już znacznie wcześniej rozliczaniem procedur, chociaż nie aż w takim stopniu jak obecnie, zajmowała się Wiesława Bednarek z Anną Kamińską - Tabaką. Gościnnie zajmowały wtedy małe pomieszczenie w sekretariacie szpitala. Kiedy zwiększyły się wymagania, dotyczące rozliczeń procedur medycznych, a co za tym idzie, zwiększyła się również liczba obowiązków, do akcji wkroczyła Beata Grzybowska (bardziej znana jako pani Gosia) oraz jedyny mężczyzna (w całej sekcji) Andrzej Lawręca, z dużym doświadczeniem w tej branży, które pracował w Rejestrze Usług Medycznych. Wtedy to 4-osobowa grupa zaadaptowała małe pomieszczenie na wysokim parterze, które obecnie służy za „sztab dowodzenia” całą sekcją standardów medycznych – urzędują w nim Andrzej z Wiesią. Pozostałe panie z sekcji, wspólnie z pracownikami Sekcji Rejestracji i Dokumentacji Chorych, zajmują duży pokój na wysokim parterze. Są to: Beata Grzybowska, Mariola Siwecka-Woch, Elżbieta Szpakowska, Krystyna Błaszowska i Marzena Suprynowicz.

- *Systematycznie nasza sekcja powiększyła się do 7 osób, ze względu na wzrost obowiązków idących w parze ze wzrostem wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących sprawozdawczości*

i rozliczeń – mówi Andrzej Lawręca, kierownik sekcji. – W tej chwili nie bylibyśmy w stanie podolać temu wszystkiemu co robimy, w starym 4-osobowym składzie.

Każdy kto wejdzie do pokoju, w którym siedzą panie z sekcji standardów medycznych, zawsze zobaczy je pochylone nad klawiaturą, intensywnie wpatrzone w monitor komputera, zavalone stertą papierów i dokumentacji, które w skupieniu wprowadzają kilkanaście tysięcy danych miesięcznie (!) do systemu. Bez tej pracy nie byłyby możliwe rozliczenia z funduszem. Tak naprawdę to tu wszystko się zaczyna. Tu powstają bazy danych, dopiero tu widać, ilu pacjentów miesięcznie przyjmują szpitalne oddziały, poradnie i komórki usługowe.

To żmudna, wyczerpująca praca, która daje załazek innym, niezbędnym do funkcjonowania szpitala działaniom. Rozliczenia z funduszem, wielomilionowe przelewy, raporty, sprawozdania. Tu do akcji wkracza Wiesia z Andrzejem.

Standardy wypracowały standardy

Andrzej z Wiesią stanowią bardzo zgrany tandem szpitala. Andrzej ze stoickim spokojem (nawet jeśli miałoby to trwać kilka godzin) wytłumaczy zawiloci jakiejś procedury, czy wymagań NFZ, wyszpera konkretną umowę z placówką, na zawołanie przygotowuje zestawienia zawierające setki kolumn i rubryk. Natomiast Wiesia, poruszając się z prędkością światła, potrafi w ciągu chwili odwiedzić kilka komórek szpitalnych, zdyscyplinować każdego „spóźnialskiego” i dopilnować, aby na czas spłynęły wszystkie dokumenty potrzebne do comiesięcznych rozliczeń procedur medycznych. To już standard.

I to właśnie między innymi dzięki ich skrupulatnej i dokładnej pracy mamy wynagrodzenia na kontach w terminie, wypłacane z pieniędzy przelewanych z NFZ.

To również stąd wpływają do księgowości niezbędne wykazy, na podstawie których można wystawić faktury za wykonane usługi przez określone komórki usługowe szpitala, takie jak Dział Diagnostyki La-

boratoryjnej, czy Dział Radiodiagnostyki Obrazowej.

Wiesia i Andrzej trzymają również rękę na kosztach. Dbają, aby koszt procedury był właściwy. Często spędzają wiele godzin z Rafałem Laszczakiem, specjalistą ds. finansowo- ekonomicznych nad stertą dokumentów, analizując prawidłowość rozliczania kosztów na poszczególne ośrodki kosztów. Przygotowują analizy ekonomiczne, np. do Agencji Oceny Technologiczno- Medycznej przy Ministerstwie Zdrowia, czy do Centrali NFZ w Warszawie. Prognozują wyniki finansowe szpitala i poszczególnych jego komórek. Są wtedy tak pochłonięci pracą, że często zapominają „jak się nazywają”.

Siła doradcza

Jeżeli gdzieś w naszym szpitalu jest za dużo niewykorzystanych pieniędzy, a gdzie indziej za mało, to Wiesia z Andrzejem służą jako siła doradcza dyrekcji Szpitala. Oni wiedzą jak zakopywać dolki finansowe. - *Jeżeli jakaś komórka nie wykorzysta przeznaczonych środków finansowych, to piszemy pismo do NFZ, aby przesunęli te środki do oddziału, który ma wypracowane nadlimity – mówi Andrzej Lawręca.* Sekcja standardów medycznych i analiz ekonomicznych zajmuje się również przygotowywaniem i składaniem ofert na określone świadczenia medyczne do NFZ, np. na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, programy zdrowotne, rehabilitację.

Magdalena Kantorczyk

Standardy w szczególe

- ◆ Obsługa modułów związanych z kalkulacją kosztów leczenia: opis procedur medycznych, wprowadzanie danych, statystyki procedur med. i badań diagnost.
- ◆ Obliczenie kosztu leczenia pacjenta nie ubezpieczonego na podstawie karty medycznej pacjenta
- ◆ Prowadzenie rozliczenia umów podpisanych z Funduszem Zdrowia oraz z innymi świadczeniodawcami
- ◆ Prowadzenie ewidencji umów zawartych ze zleceniodawcami, uzgadnianie warunków umów z jednostkami zlecającymi badania
- ◆ Raporty do Centrum Zdrowia Publicznego dotyczący pacjentów hospitalizowanych.



Kadra Sekcji Standardów Medycznych

POCZĄTEK WSPÓŁPRACY POLSKO-SZWEDZKIEJ

Trzy dni. Dokładnie tyle czasu dr n. med. Radosław Goraj, za-ca ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii WSS w Olsztynie oraz Katarzyna Kaczmar, pielęgniarka OIT mieli na zwiedzanie nowoczesnego Szpitala Lanssjukhuset w Halmstad w szwedzkim województwie Halland.

Na początku marca nasza delegacja pojechała do skandynawskiej placówki zdrowia, na specjalne zaproszenie przedstawicieli szpitala, w ramach współpracy międzyregionalnej województwa warmińsko-mazurskiego z województwem Halland w Szwecji. Spotkanie zainicjowało współpracę między szpitalami. Miało charakter wymiany doświadczeń, praktyk, standardów dotyczących zarówno organizacji systemu opieki zdrowotnej w Polsce i Szwecji, jak i w poszczególnych dziedzinach medycyny. Szczególny nacisk położono na dokładne zapoznanie się z pracą oddziału intensywnej terapii, bloków operacyjnych, Izby Przyjęć, oddziału intensywnej opieki noworodka (o najniższej umieralności noworodków na świecie), oddziału chirurgii szczękowej, a także oddziału okulistycznego (obydwa najbardziej renomowane w całej Szwecji).

- Poznanie tego szpitala dało nam na pewno wiele ciekawych spostrzeżeń, bardzo pozytywnych w naszej codziennej praktyce lekarskiej i pielęgniarskiej, dużo z nich może zachęcić do wprowadzenia zmian, zastanowienia się nad niektórymi aspektami działalności, chociażby w intensywnej opiece – mówi dr n. med. Radosław Goraj. – Podobała mi się organizacja pracy w tamtejszym oddziale intensywnej terapii. Od razu zauważyliśmy, że wszędzie panuje spokój, cisza i nikt się nigdzie nie spieszy. W szpitalu nie słychać rozmów, nawoływania się pracowników, i nie przestających dzwonić telefonów (dzięki systemowi osobistych pagerów). Obowiązuje tu całkowity zakaz używania telefonów komór-

kowych, rzeczywiście przestrzegany. Jedną pielęgniarką na dyżurze opiekuje się dwoma pacjentami, ma jeszcze do dyspozycji pomoc pielęgniarską. Codziennie rano lekarze razem z pielęgniarkami wspólnie wypisują zlecenia, planują proces leczenia, przez co brane są pod uwagę wszystkie spostrzeżenia – zarówno lekarskie, jak i pielęgniarskie i nic istotnego nie umknie ich uwagi. Pomimo, że rodziny mogą odwiedzać chorych przez całą dobę, to panuje dyscyplina i odwiedzający zachowują dyskrecję bez utrudniania pracy oddziału.

- Zwiększona obsada pielęgniarska w oddziale ma ogromne znaczenie dla pielęgnacji pacjentów – mówi Katarzyna Kaczmar. – W Szwecji pielęgniarki zajmują się tylko czynnościami zabiegowymi, a pomoce pielęgniarskie, tzw. „czynnościami brudnymi” – czyli płukaniem sond, cewników, toaletą jamy ustnej, spisywaniem parametrów z monitora.

Na uwagę zasługuje również inicjatywa pracowników szwedzkiego oddziału izby przyjęć, dotycząca podnoszenia umiejętności i sprawności osób z zespołu urazowego.

- W Szwecji nie ma specjalizacji medycyny ratunkowej, działają tam tylko izby przyjęć, bardzo dobrze wyposażone, lepiej niż szpitalne oddziały ratunkowe w Polsce. Wszystkie akcje ratunkowe przeprowadzane są szybko i sprawnie – mówi dr n. med. Radosław Goraj. – Byłem świadkiem szkolenia z udziałem osoby, która zagrała pacjenta poszkodowanego w wypadku. W izbie przyjęć błyskawicznie uruchomiono postępowanie zespołu urazowego, cała akcja była filmowana, a następnie film był analizowany przez członków zespołu, w celu wychwycenia wszystkich błędów, niedociągnięć i niepotrzebnych czynności, które powodują stratę czasu (tzw. trauma drill). Dzięki takim szkoleniom wypracowuje

się perfekcję w udzielaniu pomocy w sytuacjach nagłych.

Szpital Lanssjukhuset Halmstad to niezwykle estetyczna i schludna placówka, dbająca o wygodę nie tylko pacjentów, ale i osób odwiedzających. Budynek ma bardzo rozbudowane zaplecze



Hol szpitala w Lanssjukhuset w Halmstad

socjalne. Standardem w każdym oddziale są kąciki wypoczynkowe, wyposażone w sofę i fotele dla rodzin pacjentów, kuchenki, TV, łącza internetowe. Pomieszczenia są przestronne, jasne, ozdobione kwiatami i obrazami na ścianach, firankami w oknach.

- Placówkę tworzy zespół budynków połączonych korytarzami, a nawet powietrznymi „rękawami”, byłam naprawdę zaskoczona wielkością tego szpitala – mówi Katarzyna Kaczmar. – Widziałam ludzi, którzy jeździli po posesji specjalnymi samochodzikami, jak na polach golfowych, raz w budynku natknęłam się na człowieka, który jechał na rowerze – śmieje się.

- Mimo typowo skandynawskiej powściągliwości Szwedzi byli wobec nas bardzo uprzejmi, przyjaźni i kurtuazyjni – mówi dr n. med. Radosław Goraj. – Ku naszej radości bardzo zależy im na podtrzymaniu kontaktu i współpracy z naszym szpitalem. Już we wrześniu zapowiedzieli, że przyjadą do Olsztyna.

Magdalena Kantorczyk



Radosław Goraj (drugi od lewej) i Katarzyna Kaczmar (czwarta)



NERKI A SERCE

www.wss.olsztyn.pl

II Gdańsko-Olsztyńskie Spotkania

10-12.IX.2008 r.

Druskienniki Litwa

NAUCZYĆ SIĘ ŻYĆ Z BÓLEM

Niejednokrotnie osoba, którą boli głowa mówi, że ma migrenę, bez względu na intensywność, umiejscowienie i charakter bólu. Nie zawsze jest to prawda, bo nie każdy ból głowy jest migreną. Ból może być kłujący, pulsujący, tępy lub cięty. Czasem obejmuje całą głowę, innym razem tylko połowę, a jeszcze innym umiejscawia się nad brwiami. Może trwać kilka godzin, a nawet kilka dni.

Migrena jest bardzo uciążliwą i bolesną chorobą. Potrafi wyłączyć osobę z normalnego życia nawet na kilka dni. Migrena cechuje się występowaniem nawracających napadów bólu głowy o znacznym zróżnicowaniu pod względem intensywności, czasu trwania i częstości pojawiania się. Migrenowe bóle głowy stanowią problem epidemiologiczny, diagnostyczny i terapeutyczny. Pierwsze napady bólów rozpoczynają się zazwyczaj w okresie dojrzewania lub we wczesnym wieku dorosłym, mogą jednak wystąpić już we wczesnym dzieciństwie. Pojawienie się i występowanie napadów w późniejszym okresie życia nie należy do zjawisk typowych.

Według badań, kobiety chorują trzykrotnie częściej na migreny niż mężczyźni. Stwierdza się również ścisłą zależność występowania napadów bólu od fazy cyklu miesięczkowego. Brak właściwego postępowania z migreną znacznie pogarsza jakość życia pacjentów, z tego powodu, że bóle ograniczają sprawność fizyczną i psychiczną. Typuje się kilka rodzajów migren, jednak najpopularniejsze, dotyczące większej liczby pacjentów uskarżających się na bóle głowy, to: migrena bez aury i migrena z aurą.

Migrena bez aury (zwykła)

Występuje przeszło u 80% wszystkich chorych na migrenę. Objawy poprzedzające wystąpienie bólu (faza prodromalna) nie są tu ściśle zdefiniowane: mogą się na nie składać zmiany nastroju, zmęczenie, nudności, wymioty. Nie występuje w tym przypadku aura. Faza prodromalna może poprzedzać ból głowy o godzinę, a nawet o dni. Ból głowy jest jednostronny i pulsujący, towarzyszą mu foto- i fonofobia, niechęć do jedzenia, nudności, wymioty oraz ogólnie bardzo złe samopoczucie.

Migrena z aurą (klasyczna)

Występuje jedynie u 12% osób. Faza prodromalna jest ściśle określona z aurą - zaburzeniem widzenia w postaci błyszczących, iskrzących zygzaków zniekształcających obraz, migoczących punktów w postaci gwiazdek. Bywa, że dochodzi nawet do obniżenia widzenia w połowie lub nawet w całym polu widzenia. Takie objawy aury wzrokowej nie powinny trwać dłużej niż trzydzieści minut.

Sporadycznie objawy prodromalne mogą mieć charakter ruchowy lub czuciowy. Po okresie aury następuje ból głowy, często jednostronny, o charakterze pulsującym z towarzyszącymi nudnościami, światłowstrętem, nadwrażliwością na dźwięki i zapachy.

Migrena powikłana

Występuje wówczas, kiedy objawy neurologiczne utrzymują się nadal po ustąpieniu fazy bólowej migreny klasycznej. U tych pacjentów często pojawiają się zaburzenia mowy, takie jak: dyzartria, afazja, dysleksja i dysgrafia. Trwałe następstwa neurologiczne mogą wynikać z udarów o różnym nasileniu, będących odzwierciedleniem ognisk niedokrwiennych lub krwotocznych.

Migrena podstawna

Dotyczy przede wszystkim młodych, miesiączkujących kobiet. Objawy prodromalne mają charakter zaburzeń wzrokowych pod postacią rozsianych iskrzeń i ubytków w obrębie obu połówek pola widzenia. Po objawach wzrokowych szybko występują zawroty głowy, ataksja, dyzartria, szum w uszach oraz parestezje kończyn. Może się również zdarzyć utrata przytomności. Faza prodromalna trwa od kilku minut do godziny, a po niej następuje silny, pulsujący ból w okolicy potylicznej.

Co wywołuje migrenę?

Tego wciąż dokładnie nie wiadomo. Na pewno jednak wiele zależy od związku o nazwie 5-hydroksytryptamina. Kiedy człowiek jest zestresowany, organizm wytwarza go o wiele za dużo. Pod jego wpływem dochodzi m.in. do zaburzeń przepływu krwi i zaopatrzenia mózgu w tlen. W efekcie naczynia krwionośne najpierw gwałtownie się kurczą, a później rozszerzają.

Na ataki mają również wpływ hormony. Dlatego tak często migrena pojawia się przed miesiączką, kiedy spada poziom jednego z estrogenów.

Oprócz predyspozycji genetycznych także niektóre czynniki środowiskowe (długo trwające emocje, stres spowodowany pracą) mogą w znacznym stopniu pogarszać przebieg choroby.

Migrenowcy o atakach...

Pani Ela, lat 49:

Od 20 lat zmagam się z bólami migrenowymi. Na początku migrena występowała u mnie nawet kilka razy w miesiącu, potrafiła trwać 3 dni, towarzyszyły temu silne nudności, wymioty, biegunka. Było mi zimno, następował spadek nastroju, płakałam z bólu. Czułam się jak wrak człowieka.

Mój lekarz zalecił mi tomografię komputerową głowy, badanie EEG, które nie wykazały żadnych zmian. Postawiono jednak diagnozę: bóle migrenowe. Poddałam się ponad 2-letniemu leczeniu, po którym rzeczywiście intensywność występowania napadów migreny spadła i to znacznie – do jednego ataku w miesiącu. Nauczyłam się również postępować z migreną, przede wszystkim odróżniać zwykły ból głowy, od zbliżającej się migreny. To podstawa. Teraz, po tylu latach wiem, że migrena zaczyna się u mnie drganiem lewej powieki, a także ómieniem w lewej półkuli głowy. Od razu zażywam lek przeciwbólowy i Coffecorn. Jednak leki, to kwestia indywidualna, na każdego migrenowca działa coś innego, nie ma uniwersalnego środka. Odkąd pamiętam, mój tata miał silne bóle głowy (wtedy jeszcze nikt nie mówił o migrenie), zawsze chodził z lekami. Widocznie to po nim odziedziczyłam.

Pani Basia, lat 47:

Od dziecka miałam bóle głowy, silne i intensywne. Zawsze zaczynało się od ostrego, przeszywającego bólu w prawej skroni. Wydawało mi się, że jak dotknę tego miejsca palcem, to tak, jakbym dotknęła mózgu. Później ból pojawiał się za prawym okiem. Oczywiście miałam nudności, wstręt na zapachy, bardzo wyczułony słuch.

Leki przytłumiają ból, muszę jednak spowolnić wszystkie ruchy, bo każdy szybszy np. obrót głową powoduje nudności i wymioty.

W moim przypadku zapowiedzią ataku migreny jest aura. Jeżeli szybko zareaguję i wezmę mocny środek przeciwbólowy, to najczęściej powstrzymam migrenę. Najczęściej ataki pojawiają się u mnie po wysiłku fizycznym, podczas upałów, stresu, zmęczenia. Migrenę może u mnie wywołać również zbyt mocny zapach. W tej chwili dominującym czynnikiem jest faza cyklu miesięcznego – często migreny dostaję przed okresem.

Moja mam od dziecka cierpiała na migreny (jak była malutka, jej tata nosił ją na rękach, żeby uśmierzyć ból).

Magdalena Kantorzcyk

NAJWAŻNIEJSZE SPOKOJNE ŻYCIE



Rozmowa z lek. med. Leszkiem Malinowskim, specjalistą neurologii i neurochirurgii

|| - Co to jest migrena?

Etiopatogeneza migreny nie została dotąd w pełni wyjaśniona. Uważa się, że migrena jest dolegliwością głównie czynnościową, związaną ze zmianą napięcia naczyń mózgowych i domózgowych, czyli początkowo skurczem tych naczyń, a następnie nadmiernym rozszerzeniem. Prawdopodobnie u podłoża tego mechanizmu leżą zaburzenia metaboliczne czynników wazoaktywnych, jak serotonina, tyramina, histamina, brodykimina, prostaglandyny. Do końca jednak mechanizm powstawania migreny nie jest znany.

Wiadomo, iż u niektórych osób napady mogą być prowokowane przez pewne czynniki jak stres, zmiany pogody, nadmierne długie sen, pozostawanie na czczo, niektóre pokarmy i napoje. Migrena jest również jednostką często występującą rodzinnie, co nie oznacza oczywiście, że dzieci rodzica cierpiącego na ataki migrenowe będą musiały zmagać się z tym schorzeniem.

naczyń, ale bez podłoża organicznego. Nie powoduje to neurologicznych zmian. Migrena nie jest schorzeniem niebezpiecznym, tylko bardzo uciążliwym, okresowo wyłączającym osobę nią dotkniętą z życia codziennego i zawodowego.



|| - Czy migrenę można wyleczyć?

Migreny niestety nie można wyleczyć, ale można ograniczyć liczbę napadów i złagodzić ich przebieg. Dlatego niezmiernie ważne jest przestrzeganie kilku zasadniczych reguł. Po pierwsze należy zmienić tryb życia na spokojny, regularny, unikać używek i pokarmów predysponujących do wywołania migreny. Po drugie nie wolno eksperymentować z lekami przeciwbólowymi. Jeżeli czujemy, że zbliża się pierwsza faza ataku i nie mamy przy sobie typowych leków przeciwmigrenowych, należy ewentualnie doraźnie przyjąć sprawdzony przez siebie lek przeciwbólowy, zalecony wcześniej przez lekarza. Jednak właściwe leczenie migreny polega na jej profilaktyce, czyli przyjmowaniu typowych leków przeciwmigrenowych przed wystąpieniem ataku bądź w trakcie napadu, w dawkach zaleconych przez specjalistę. Napady migreny przechodzące jeden w drugi, połączone z odwodnieniem (wymioty, biegunka), czy zaburzeniami świadomości wymagają hospitalizacji, w celu podania leków we wlewach dożylnych,

łącznie ze sterydami, niezbędne jest wówczas również uzupełnienie płynów i elektrolitów kroplówkami. Migrenę można również leczyć metodą akupunktury, akupresury w renomowanych ośrodkach, ale nie znam nikogo z moich pacjentów, kto zostałby tą metodą wyleczony całkowicie. Bardzo istotne jest zwrócenie uwagi, czy w przebiegu migreny pojawiają się bóle głowy i objawy, które wcześniej nie towarzyszyły atakom. Jeśli tak, należy skonsultować się ze specjalistą neurologiem, aby nie przeoczyć innego, poważnego schorzenia. Jeżeli przebieg migreny jest niezmienny, to wystarczy okresowa kontrola stanu zdrowia u lekarza specjalisty raz na kilka miesięcy.

|| - Czy dużo ludzi zmierza się z atakami migrenowymi?

Według statystyk częstość migreny określa się nawet na poziomie 15% populacji. Nowoczesne badania epidemiologiczne wskazują na znaczne rozpowszechnienie migreny, która jest nawet uznawana za najczęstszą chorobę neurologiczną. Tylko część pacjentów z bardziej ciężkimi lub częstymi napadami wymaga pomocy lekarskiej, inni nie zgłaszają się do lekarzy. Mimo to migrena stanowi istotny problem socjo - medyczny, do niedawna niedoceniony. Migrena nie jest groźna dla życia i nie powoduje w zasadzie inwalidztwa, ale jednak przysparza wielu cierpień, a także negatywnie wpływa na jakość życia.

|| - Dziękuję za rozmowę.

Magdalena Kantorczyk

|| - Czy każda osoba, u której zaczynają się pojawiać ataki migreny powinna zgłosić się do lekarza i wykonać takie badania, jak np. tomografia komputerowa głowy, rezonans magnetyczny, czy EEG?

Oczywiście, to podstawa. Jeżeli u pacjenta zaczynają pojawiać się silne bóle głowy, nie może on sobie sam postawić diagnozy, że cierpi na migrenę. Jej rozpoznanie musi być poprzedzone dokładną diagnostyką neurologiczną, aby wykluczyć inne schorzenia organiczne, jak np. guz mózgu, wady naczyniowe, nadciśnienie tętnicze, czy inne ciężkie schorzenia ośrodkowego układu nerwowego.

|| - Czy długotrwałe i częste ataki migreny powodują zmiany w mózgu?

Na szczęście nie. Migrena w swoim przebiegu jest tylko zjawiskiem czynnościowym, tzn. ogniskowe objawy mózgowe, jak mroczki przed oczami, zawroty, wymioty, zaburzenia czucia mają charakter przejściowy, związany z niedokrwieniem mózgu w skutek skurczu

Każdy, kto przeżył choćby jeden atak migreny wie, że nie sposób pomylić jej ze zwykłym bólem głowy. Migrena obejmuje tylko pół głowy. Z tego powodu do XIX w. nazywano to schorzenie *hemicraniją*, co po łacinie oznacza połowę czaszki.

ŚWIATOWY DZIEŃ CHOREGO

Światowy Dzień Chorego można by nazwać dniem prawie każdego z nas, gdyż na początku XXI w. medycyna tak bardzo się rozwinęła, że „nie ma już ludzi zdrowych, są tylko niezdiagnozowani”.

Światowy Dzień Chorego został ustanowiony przez papieża Jana Pawła II w dniu 13 maja 1992 roku. 11 lutego to uroczystość Matki Bożej z Lourdes, dzień ogłoszenia pierwszego listu apostolskiego poświęconego znaczeniu cierpienia ludzkiego oraz jedenasta rocznica zamachu na życie papieża Jana Pawła II.

Dzień ten jest okazją refleksji nad kruchością życia i zdrowia każdego człowieka. W środowisku szpitalnym wszyscy mamy możliwość dostrzec ludzkie cierpienie. Codziennie spotykamy na korytarzu ludzi potrzebujących pomocy lekarskiej. To tu w szpitalu powinno się przede wszystkim pamiętać o konieczności zapewnienia chorym dobrej opieki, dowartościowania ich cierpienia na płaszczyźnie ludzkiej i duchowej.

O refleksji nad sensem bólu i nad chrześcijańskim obowiązkiem nakazującym, by poczuwać się do odpowiedzialności w każdej sytuacji, w jakiej on występuje, o wadze wolontariatu mówił w swoim orędziu papież

Benedykt XVI. W Światowy Dzień Chorego, w całej Polsce biskupi modlili się za chorych i cierpiących. Odwiedzali szpitale i hospicja odprawiając Msze Święte dla pacjentów i personelu medycznego. Udzielali sakramentu namaszczenia chorych.

W naszym szpitalu z okazji XVI Światowego Dnia Chorego także miała miejsce uroczysta Msza Święta, którą wzbogacili swoim występem uczniowie z koła „Caritas” Archidiecezji Warmińskiej przy I LO im. Adama Mickiewicza w Olsztynie. Marta Szachniewicz uczennica kl. Ia i przewodnicząca koła szczególnie pięknie zaśpiewała utwór Ave Maryja Franza Schuberta. Udział we Mszy wzięli pacjenci naszego szpitala, ich rodziny ale również nasi pracownicy. Homilię wygłosił kapelan szpitala ks. Leszek Muzyka, który przypomniał wszystkim o tym jak godnie i z pokorą znosił swoje cierpienie papież Jan Paweł II. Człowiek świadom swojej tożsamości potrafi przyjąć cierpienie, jakie może nieść ze sobą choroba. Podczas Mszy został



W szpitalu pacjent otoczony jest dobrą opieką

udzielony sakrament namaszczenia chorych, a ci chorzy, którzy nie mogli w niej uczestniczyć otrzymali go na salach.

A my wszyscy, którzy czujemy się na siłach by wspierać ludzi chorych i przygnębionych pamiętajmy, że „człowiek staje się wielki nie przez to, co posiada lecz przez to, co daje z serca drugiemu człowiekowi”

Barbara Szymczuk

II ZIMA ORTOPEDYCZNA – STARE JABŁONKI 2008

Oddziały Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie i Miejskiego Szpitala w Elblągu działając pod auspicjami Warmińsko-Mazurskiego Oddziału PTOiTr oraz Pomorskiego Oddziału PTOiTr zorganizowały w Starych Jabłonkach w dniach 08-10 luty 2008r. Sympozjum Naukowe: *Diagnostyka obrazowa oraz leczenie obrażeń i schorzeń przejściowego piersiowo - łędźwiowego odcinka kręgosłupa.*

Sympozjum poświęcone było pamięci Profesora Stefana Bołoczko. Honorowy patronat nad Sympozjum objęli prof. Jan Haftek nestor neurochirurgii polskiej i prof. Wojciech Marczyński Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego. Ponadto wśród ponad 130 uczestników Sympozjum byli prof. prof. Włodzimierz Jarmundowicz, Andrzej Radek, Wojciech Maksymowicz, dr hab. dr hab. Andrzej Nowakowski i Wojciech Kloc oraz liczni ordynatorzy Oddziałów Ortopedii i Neurochirurgii z sąsiednich województw. W sympozjum uczestniczyli tak lekarze i magistrowie rehabilitacji. W imieniu organizatorów Sympozjum rozpoczął Ordynator oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej WSS w Olsztynie Antoni Kolakowski witając wszystkich uczestników Sympozjum, a następnie przypomniał sylwetkę prof. Stefana Bołoczko jednego z inspiratorów tego Sympozjum, organizatora Ortopedii na terenie naszego województwa i nauczyciela wielu lekarzy znajdujących się na sali.

Wśród wygłoszonych referatów znalazł się referat przygotowany przez lekarzy z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, referat przygotowany przez zespół lekarski z Oddziału Neurochirurgii

oraz dwa referaty przygotowane przez zespół z Oddziału Chirurgii Urazowo Ortopedycznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Wszystkie prace spotkały się z pozytywnym przyjęciem uczestników Sympozjum i wywołały bardzo ciekawe dyskusje poszerzające omawianą tematykę. Część naukowa Sympozjum zakończyła się po godzinie 17-tej.

Dużym zainteresowaniem uczestników Sympozjum cieszyły się sale wystawowe, na których przedstawiały swoje leki i produkty firmy farmaceutyczne i sprzętowe. Bardzo ciekawa była

ekspozycja nowoczesnego stołu operacyjnego, przeziernego dla promieni rtg przygotowanego do zabiegów neurochirurgicznych i chirurgii kręgosłupa. Stół taki powinien znaleźć się w nowo budowanym bloku operacyjnym.

Uczestników Sympozjum czekały także liczne atrakcje. Myśliwi uczestniczyli w 3 polowaniach, których efektem były 3 dziki. Dźwięki Kapeli bawili uczestników Sympozjum przy ognisku. Sympozjum zakończyła uroczysta kolacja koleżeńska, na której wręczono puchar dla króla polowania. Został nim kol. Cezary Kuciński z Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej Szpitala Miejskiego w Elblągu.

Miała odbyć się jeszcze jedna impreza towarzysząca – mistrzostwa ortopedów w łowieniu ryb spod lodu, ale tak jak i przed rokiem organizatorom splotała figla przyroda – brak było lodu. Może za rok!

Sympozjum zostało pozytywnie ocenione przez uczestników i wszyscy żegnając się, składali organizatorom podziękowania i wyrażali chęć uczestnictwa w kolejnym, które odbędzie się za rok.

Antoni Kolakowski

Program naukowy Konferencji

17 wykładów zgrupowanych w 3 sesjach tematycznych:

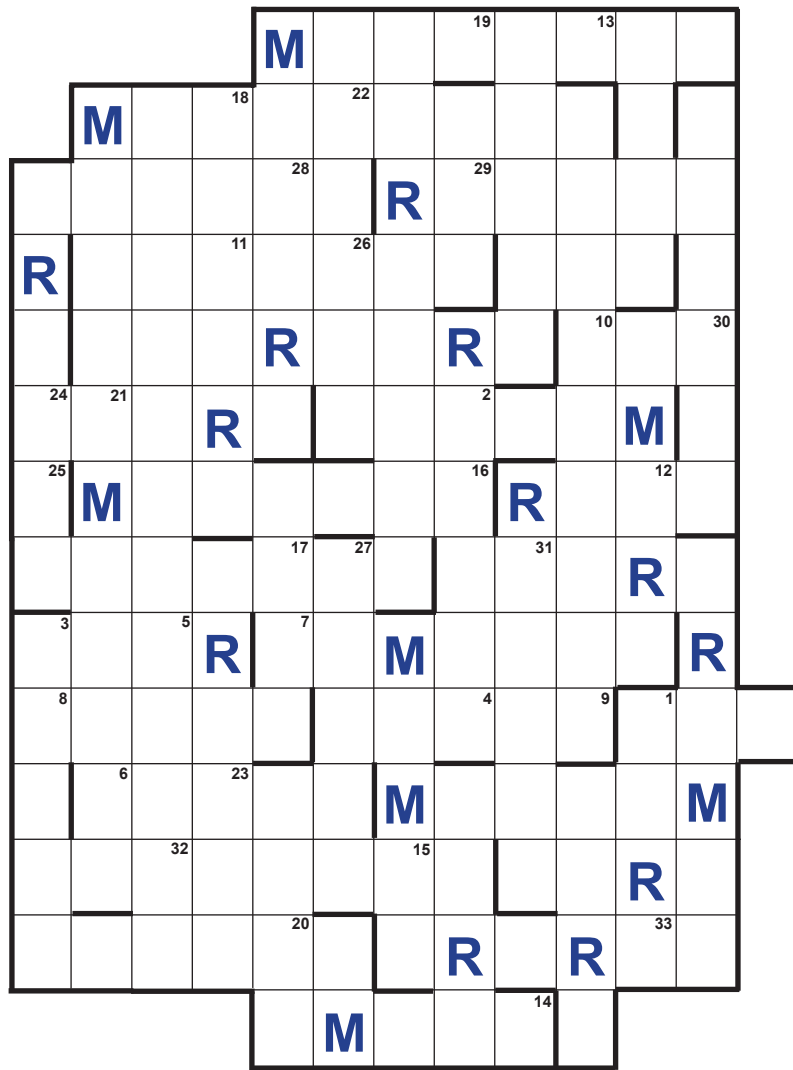
1. Nowoczesna diagnostyka obrazowa urazów i schorzeń przejściowego piersiowo-łędźwiowego odcinka kręgosłupa.
2. Złamania i zwichnięcia w tym odcinku kręgosłupa – leczenie zachowawcze i operacyjne.
3. Zmiany zwyrodnieniowe, dyskopatie, skoliozy i guzy – leczenie operacyjne.

K R Z Y Ź Ó W K A



Objaśnienia 52 hasel podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery M i R. W ponumerowanych polach ukryto 33 litery hasła, które stanowi rozwiązanie.

Hasło w zaklejonej kopercie prosimy wrzucić do specjalnej skrzynki w Kancelarii Szpitala. Na kopercie prosimy podać imię, nazwisko i miejsce pracy. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy wartościowe książki.



- dziekan Wydziału Lekarskiego UWM • chiński żaglowiec • mieszkanka naszego grodu • pogoda • najwyższy szczyt Turcji • alpejski chordonofon szarpany • jednostka oporu elektrycznego • ostatnim był Unkas
- zapach • z szablą dla bratanka • żółta choroba tropiku • włośnianin • karmi pierśią zastępczo • kazanie na motywach biblijnych • okres dinozaurów • pstrąg lub wypławek • oktawa + sekunda • promieniotwórczy na hipertyreozę • pachnące Fa • zięć Mussoliniego • odwet • bizantyjska atrakcja pod Spartą • prąd rzeki • planetoida z Daktylem • obciążenie statku • ordynator Rehabilitacji • karp lub dorsz • imię gubernatora Terminatora • tłok • płynię w Bernie • pomost obok wylotu szybu • krytyk się nie boi • sól kwasu jodowego • cenna wydzielnia kaszalota • swój dzień zawdzięcza Kondratowi • indiańskie buty • interwał 8-stopniowy • rewolwerowy supernabój • miasto na zachód od Prahy • czołg po angielsku • pańszczyzna przy drogach i groblach • ryzykowne przedsięwzięcie • beznadziejnie kochała Narcyza • chamerops • serw w siatkę • Bertold, autor „Matki Courage” • zaprzeczenie istnieniu bogów • płynię w Przemysłu • zarys, format • georginie • podstawa melodyczno-harmoniczna • poprzedni minister zdrowia •

BJER

Rozwiązanie krzyżówki numer 17 z 18 numeru Pulsu Szpitala:

„Ludzie chętnie wierzą w to czego pragną”



Wydawca:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
w Olsztynie

Nakład:
1200 egzemplarzy
Egzemplarze bezpłatne

Redaktor naczelny:
Kornelia Kotwicka

Zespół redakcyjny:
Barbara Szymczuk
Magdalena Kantorczyk
Beata Januszko-Giergielewicz
Alicja Biernacka

Stale współpracują:
Alicja Markiewicz
Hanna Taraszkiewicz
Tomasz Widawski
Jerzy Badowski

Zdjęcia w numerze:
Bernard Wawrzyniewicz
Kornelia Kotwicka
Magdalena Kantorczyk

Zdjęcie na okładce:
Magdalena Kantorczyk

Opracowanie graficzne:
Barbara Szymczuk
Rafał Depczyński

Adres redakcji:
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18
Dział Organizacji i Zarządzania
tel. 089 538 63 06
marketing@wss.olsztyn.pl
kkotwicka@wss.olsztyn.pl

Nasz adres w internecie:
www.wss.olsztyn.pl

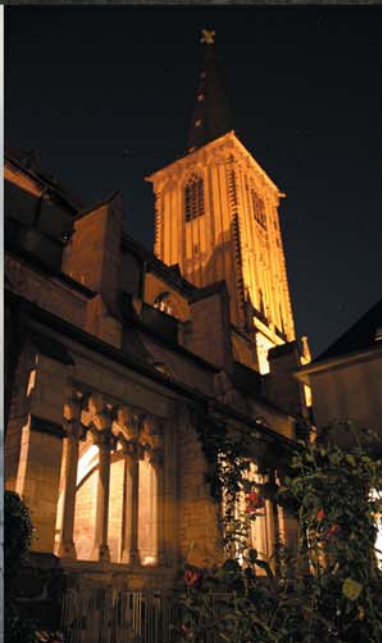
Opracowanie i skład:
Wydawnictwo Foto Press
10-172 Olsztyn, ul. Nad Jarem 4
tel. 089 533 88 62, tel. kom. 608 528 404

Korekta:
Wydawnictwo Foto Press
10-172 Olsztyn, ul. Nad Jarem 4
tel. 089 533 88 62, tel. kom. 608 528 404

KONTO:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
w Olsztynie
Kredyt Bank S.A. Olsztyn
53150012981212900258040000

*Redakcja zastrzega sobie prawo
do skrótów, zmiany tytułów.
Teksty prosimy przekazywać na dyskietce
w programie Word (*.doc)*

Nagrodę za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki otrzymuje Alicja Baldyga z Oddziału Okulistyki. Nagroda do odebrania w Sekcji Marketingu.



fot. Paweł Kozak
- Zakład Medycyny Nuklearnej