



PULS SZPITALA

ISSN 1644-8162

NR 24/2 kwiecień • maj • czerwiec 2009



Spotkanie integracyjne



Drodzy czytelnicy

Z lekkim opóźnieniem, ale jakże ciekawym, pojawia się w Państwa domu kolejny „Puls Szpitala”. Zapraszam więc wszystkich do zapoznania się z nowymi wyzwaniem i możliwościami, wobec których staje szpital nawiązując współpracę z Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim. Mamy za sobą audyt akredytacyjny oraz ISO i jak wiemy, wymagało to od nas pełnej mobilizacji. Cieszy więc fakt, że

oprócz dobrej pracy, możemy pochwalić się dobrą zabawą. Takie właśnie było spotkanie integracyjne pracowników szpitala, którego reportaż fotograficzny możemy zobaczyć na str. 16 „Pulsu”, oraz na wewnętrznej stronie szpitala (załączka Galeria). W szpitalu ciągle coś się dzieje. Wprowadzamy nowe zabiegi, przeprowadzane są remonty. O tym, jak udzielić pierwszej pomocy w sytuacjach nagłych,

przypomina nam artykuł „Grunt to nie panikować”. Znajdziecie Państwo artykuły, z których możemy się dowiedzieć, że są wśród nas pasjonaci podróży, fotografii i sztuki. Dzięki nim poznamy miejsca, które warto zobaczyć. Te i wiele innych, ciekawych artykułów mam nadzieję, że okażą się ciekawą lekturą na wakacje.

Barbara Szymczuk

Spis treści

Wywiad z Ireną Kierzkowską

- Dyrektorem WSS w Olsztynie	3
„Dobry PR prawdą o sobie samym”	4
Akredytacja Szpitala po raz trzeci	5
Z cyklu: Zmysły - Węch	6
Diagnostyka atypowych zakażeń przenoszonych drogą płciową	8
Delegacja z Ukrainy	9
Z cyklu: Znad szpitalnego kałamarza	
- Pierwszy oddział – pierwszy pacjent	10
Dzisiejsze oblicze oddziału	11
Szpital bez barier	12
Razem łatwiej	12
Trzciniowa dolina „Majówka” WSS w Olsztynie	13
Z cyklu: Z kart historii	
- „Nie można uciec od pracy, która jest powołaniem”	14
Rozlane urazy aksonalne mózgowia	16
Informacja o Radzie Społecznej	18
Rozwój Pracowni Endoskopowej	19
Grunt to nie panikować	20
Izrael-Ziemia Święta	22
„Piękna nasza Polska cała...” - Kadzidłowo – Wojnowo	24
„Regionalne spotkania ze sztuką”	24
Doskonalmi się!	25
Subtelny smak orientu	26
Krzyżówka	27

PULS SZPITALA



Wydawca:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

Redaktor naczelny:

Kornelia Kotwicka
Barbara Szymczuk

Zespół redakcyjny:

Alicja Biernacka
Magdalena Kantorczyk

Stała współpraca:

Beata Januszko-Giergielewicz
Alicja Markiewicz
Hanna Taraszkiewicz
Jerzy Badowski

Zdjęcia w numerze:

Barbara Szymczuk
Magdalena Kantorczyk
Radosław Kowalski
Katarzyna Hołoweńko

Adres redakcji:

10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18
Dział Zarządzania, Marketingu i Promocji
tel. 089 538 63 06
marketing@wss.olsztyn.pl
kkotwicka@wss.olsztyn.pl
www.wss.olsztyn.pl

Druk i przygotowanie:

Studio Blenam
tel. 089 526 35 52, www.blenam.pl

Nakład:

1200 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmiany tytułów.



Wywiad z Ireną Kierzkowską – Dyrektorem WSS w Olsztynie

– Pani Dyrektor wiemy, że została nawiązana aktywna współpraca z Wydziałem Nauk Medycznych UWM w Olsztynie. Na bazie oddziałów utworzono Katedry i Kliniki, które aktualnie przygotowują się do kształcenia nowego pokolenia lekarzy i pielęgniarek. Czy może nam Pani powiedzieć jak rozwija się współpraca z UWM w Olsztynie?

– Współpraca z Uniwersytetem układa się dobrze. Szpital podpisał z dniem 1.01.2009 r. umowę o udostępnieniu naszych oddziałów na potrzeby wykonywania zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

W szpitalu obecnie funkcjonują Katedra Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii, której kierownikiem jest prof. dr hab. Elżbieta Bandurska-Stankiewicz, Katedra Patomorfologii na bazie Zakładu Patomorfologii, a od 1.06.2009 r. funkcjonuje Klinika Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych.

W związku z tym w naszym zespole mamy dwie nowe osoby, są to prof. Marian Sulik, który jest szefem Katedry Patomorfologii i docent Tomasz Stompór, który jest szefem Kliniki Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych.

– Jakie warunki musimy spełnić, aby nasze oddziały mogły być bazą szkoleniową dla studentów wydziału medycznego UWM w Olsztynie?

– W oddziałach klinicznych będą prowadzone zajęcia dydaktyczne i kliniczne związane z kształceniem studentów Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. Zabezpieczymy również studentom podstawowe warunki czyli szatnię i salę dydaktyczną. Udostępnienie oddziałów klinicznych nie może jednak ograniczać dostępności do świadczeń zdrowotnych określonych w statucie szpitala i wynikających z realizacji umowy z NFZ.

– Czy w związku ze współpracą z UWM planuje Pani wzrost zatrudnienia w naszym szpitalu?

– Nie planuję wzrostu zatrudnienia. Współpraca z UWM ma wykorzystać możliwości i potencjał dydaktyczny przede wszystkim kadry pracującej w szpitalu. Szefem oddziału klinicznego może być lekarz z doktoratem, a w naszym szpitalu pracuje 36 lekarzy z tytułem doktora nauk medycznych.

– Jakie korzyści będzie miał szpital i pracownicy po wprowadzeniu tak szerokich zmian organizacyjnych?

– Przede wszystkim chodzi o prestiż szpitala. Wspomnę, że nasz szpital zawsze był otwarty na potrzeby dydaktyczne i stanowił główną bazę szkoleniową dla całego regionu od początku istnienia, czyli od 38 lat z tym, że było to głównie kształcenie podyplomowe. Umożliwiliśmy również realizację praktyk studenckich, zawodowych czy zajęć praktycznych dla wszystkich zawodów medycznych. Mamy olbrzymie doświadczenie w tym zakresie, stąd szkolenie studentów jest jak najbardziej naturalnym zadaniem dla kadry naszego szpitala. Szpital wojewódzki poza UWM współpracuje również z innymi uczelniami wyższymi.

– Chciała Pani wzmocnić pion ekonomiczny i wprowadzić nadzór nad zamówieniami publicznymi oraz zintegrować w tym pionie komórki, które zajmują się rozliczaniem przychodów z NFZ i liczeniem kosztów. Czy to się udało?

– Struktura szpitala została zmieniona, powstał pion ekonomiczny, który obejmuje Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia, Dział Księgowości, Sekcję ds. Kontraktowania i Rozliczeń oraz Specjalistę ds. Programowania, Planowania i Analiz Medycznych. Mamy nowy regulamin zamówień publicznych, wprowadziliśmy elektroniczną formę składania zamówień, co



dało lepszą komunikację między działami, wymianę informacji i lepszy nadzór.

– W kwietniu Szpital złożył ogromny wniosek na pozyskanie środków na budowę Bloku Operacyjnego i Centralnej Sterylizatorni. Czy w tym roku planowane jest rozpoczęcie robót związanych z realizacją tego projektu?

– To jest ambitny plan i zamierzenie szpitala. W tym roku powinniśmy, zgodnie z planem, przygotować teren pod budowę, czyli tzw. niwelację terenu. Będzie to się wiązało z przeniesieniem kabli średniego napięcia, które zlokalizowane są w miejscu przyszłej budowy.

– Trwają prace modernizacyjne prowadzone na wysokim parterze budynku głównego Szpitala. Środki na ten cel pochodzą z PFRON. Co jeszcze zostało do wykonania i kiedy planowane jest zakończenie remontu?

– Termin zakończenia prac został przedłużony do 15.08.2009 r. W wyniku rozstrzygnięć przetargowych oszczędzone zostały środki pieniężne, stąd rozszerzony został zakres robót. Oprócz planowanego remontu sufitu i posadzki, wybudowana zostanie dodatkowa toaleta dla osób niepełnosprawnych.

– Jakie inwestycje są jeszcze planowane w tym roku w Szpitalu?

– Zmodernizujemy Oddział Otolaryngologiczny i Onkologii Laryngologicznej

nej w tej chwili finalizujemy dokumentację architektoniczną. Poza tym chcemy w ramach programu dostosowawczego, wyremontować Oddział Ginekologiczno-Położniczy i Ginekologii Onkologicznej. Kolejny remont to archiwum szpitalne, w którym utworzone zostaną stanowiska pracy dla pracowników archiwum. Wyremontujemy dawną salę konferencyjną na potrzeby dydaktyczne. Planujemy rozbudowę Izby Przyjęć, polegającą na wybudowaniu poczekalni dla pacjentów oraz zmodernizujemy Pracownię Badań Naczyniowych w związku z zakupem nowego angiografu. Planujemy też przygotować pomieszczenia do produkcji płynów żywienia poza- i dojelitowego w obecnych pomieszczeniach Apteki Szpitalnej.

– W maju kilkusobowa delegacja z naszego Szpitala, z myślą o nowych zadaniach czekających

naszą placówkę, odwiedziła Szpital w Aachen, Maastricht i Brukseli. Czy planuje Pani nawiązać międzynarodową współpracę z tymi jednostkami?

– Tak, myślimy o takiej współpracy. Wizyta, o której Pani wspomina, przyniosła nowe możliwości dla szpitala. Przede wszystkim, możemy czerpać ze wzorów stworzonych i sprawdzonych przez inne, podobne jednostki krajów unijnych. Wyzwaniem byłaby współpraca międzynarodowa, przy założeniu znalezienia partnerów strategicznych i tworzeniu z nimi nowatorskich rozwiązań, w kontekście planowanej inwestycji, jaką jest budowa bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni.

– **Minął już prawie rok Pani pracy w Szpitalu. Jak może Pani w kilku słowach podsumować ten okres?**

– Tylko rok, czasami mam wrażenie, że jestem z Państwem od zawsze. Szpital ma nieograniczone możliwości i to w każdym zakresie. Dysponuje dobrą, wykształconą, doświadczoną kadrą, stale jest doposażany w sprzęt najwyższej klasy. Jednym z priorytetowych zadań jest konsekwentne realizowanie planu dostosowawczego, żeby podnieść komfort pacjentów i pracy personelu na oddziałach niewyremontowanych. Miałam okazję poznać bliżej pracowników szpitala na spotkaniu integracyjnym w „Trzcinowej Dolinie”, współorganizowanym ze Związkami Zawodowymi, które mnie utwierdziło, że personel potrafi nie tylko dobrze pracować, ale również dobrze się bawić. Atmosfera była wspaniała i dziękuję wszystkim za to spotkanie.

– **Dziękuję za rozmowę.**

Barbara Szymczuk



„To pracownicy decydują o sukcesie firmy, a jednocześnie są jej ambasadorami w otoczeniu zewnętrznym.”

„To pracownicy decydują o sukcesie firmy, a jednocześnie są jej ambasadorami w otoczeniu zewnętrznym.” To słowa z prezentacji, którą przedstawiły dr n. ekon. Elżbieta Majchrzak – Kłokocka i Barbara Szymczuk z Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji WSS w Olsztynie, podczas II Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Jak się robi PR w ochronie zdrowia”.

Konferencja została zorganizowana 19 czerwca 2009 r. w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie przez redakcję „Ogólnopolskiego Przeglądu Medycznego”. Patronowali jej m. in: Ministerstwo Zdrowia (patron strategiczny), Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych oraz Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej. Do udziału w konferencji zaproszono zwłaszcza: osoby bezpośrednio odpowiedzialne za kreowanie wizerunku jednostek medycznych, kontakt z mediami, budowanie relacji

marketingowych z otoczeniem, szefów i specjalistów ds. PR i marketingu, dyrektorów i kierowników publicznych i niepublicznych placówek medycznych, szefów i pracowników agencji PR, które specjalizują się w obsłudze rynku medycznego.

Celem prezentacji pod nazwą „Właściwe narzędzie we właściwych rękach – public relations w WSS w Olsztynie”, było przedstawienie działań naszego szpitala w zakresie public relations. Wypracowany prze lata bagaż doświadczeń, był bogatym źródłem wiedzy praktycznej w ramach poruszanego tematu. Prezentacja cieszyła się dużym zainteresowaniem obecnych na konferencji gości.

Ponadto poruszono wiele istotnych spraw dotyczących PR np. „PR wewnętrzny w instytucjach opieki zdrowotnej- od komunikacji do wizerunku wśród pracowników.” – Rafał Stasz-



Od lewej: Barbara Szymczuk i Elżbieta Majchrzak-Kłokocka

kiewicz Uniwersytet Medyczny w Poznaniu czy, „Czego media branżowe oczekują od placówki medycznej?” – Marek Stankiewicz z „Gazety lekarskiej”. Te i wiele innych tematów pomoże w procesie komunikowania się, który jest niezbędny w realizacji celów szpitala, bo właśnie u podstaw sukcesu leży kształtowanie relacji z otoczeniem.

Barbara Szymczuk

Akredytacja Szpitala po raz trzeci

2003 rok – pierwsza Akredytacja udzielona na okres maksymalny, tj. 3 lata,

2006 rok – druga Akredytacja udzielona na okres maksymalny, tj. 3 lata.

Szpital poddał się ocenie akredytacyjnej przeprowadzonej przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w dniach 3-5.06.2009. Ocena przeprowadzona była przez profesjonalną grupę czterech wizytatorów. W tym roku wizyta odbyła się w ramach projektu „Wsparcie akredytacji zakładów opieki zdrowotnej” i była współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Akredytacja to zewnętrzny, dobrowolny system oceny opieki zdrowotnej. Jest to usystematyzowany proces oceny jednostek ochrony zdrowia prowadzony w oparciu o dostępne i opublikowane standardy, nakierowane na stymulowanie poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki. Ocena dotyczy placówki jako funkcjonalnej całości: działalności klinicznej, zarządzania i administracji. Podstawą oceny są standardy akredytacyjne opublikowane w przewodniku akredytacyjnym w liczbie 221. Każdy standard oceniany jest oddzielnie, zgodnie z przyjętą wagą. Obejmują 15 działów: ciągłość opieki, prawa pacjentów, ocena stanu pacjenta, opieka nad pacjentem, kontrola zakażeń, zabiegi i znieczulenia, farmakoterapia, laboratorium, diagnostyka obrazowa, odżywianie, poprawa jakości i bezpieczeństwo

pacjenta, zarządzanie ogólne, zarządzanie zasobami ludzkimi, zarządzanie informacją, zarządzanie bezpieczeństwem opieki. Ponadto szpital zobligowany jest do przedstawienia 70 dokumentów stanowiących niezbędne załączniki.

Wizytatorzy uzyskują informacje dotyczące spełnienia standardów w wyniku:

- wywiadu (z pracownikami, pacjentami, zespołami problemowymi),
- obserwacji bezpośredniej,
- przeglądu dokumentacji szpitala i dokumentacji medycznej.

Decyzja o przyznaniu certyfikatu zależy od wyniku stopnia spełnienia wymogów standardów akredytacyjnych określonego procentowo. 75% to stopień pozwalający na przyznanie akredytacji na okres 3 lat.

Wstępna ocena zakomunikowana nam na spotkaniu zamykającym wizytację świadczy o tym, że wynik oceny jest pozytywny, a więc szpital osiągnął stopień spełnienia wymagań powyżej 75%.

Dzień 5 czerwca 2009 r. będący dla nas ostatnim dniem wizyty akredytacyjnej, okazał się także dniem szczególnym dla Procesu Akredytacji w Polsce, gdyż następnego dnia, zaczęła obowiązywać Ustawa z dnia 8 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia, regulująca funkcjonowanie Centrum Moni-



torowania Jakości oraz zasady organizacji procesu akredytacji. Według nowej ustawy Akredytacja jest udzielana przez Ministra Zdrowia na podstawie rekomendacji Rady Akredytacyjnej, nie przewiduje ona akredytacji warunkowej, czyli przydzielonej na okres 1 roku.

Zgodnie z danymi opublikowanymi przez CMJ w Polsce akredytację posiadają 83 szpitale natomiast 180 zakładów opieki zdrowotnej zgłosiło się do udziału w projekcie „Wsparcie dla procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej, współfinansowanego z Unii Europejskiej.

Hanna Taraszkiewicz
Przełożona Pielęgniarek



Komisja akredytacyjna w trakcie przeglądu dokumentów szpitala

z cyklu ZMYŚŁY

Węch

Węch to jeden z sześciu zmysłów człowieka. W drodze ewolucji i spionizowania naszej postawy ciała jego znaczenie zmniejszyło się na korzyść wzroku i słuchu, stąd powonienie odpowiada za jedynie 4% odbieranych informacji o świecie.

Obok smaku jest zmysłem chemicznym, gdyż zapach to nic innego jak substancja chemiczna w postaci areozolu, która dostaje się do pola węchowego błony śluzowej nosa podczas wdychania oraz wydechu. Wiele odczuć smakowych to w rzeczywistości wrażenia węchowe, o czym łatwo się przekonać choćby podczas zwykłego kataru.

Węch jest bardzo czułym zmysłem. Człowiek rozróżnia ponad 100 tys. zapachów. Jest w stanie rozpoznać koncentrację poszczególnych związków w powietrzu większą niż 30%. Komórki węchowe żyją 90 dni, a każda z nich jest wrażliwa na inne spektrum zapachowe. Jedynie 3-4% cząstek zapachowych dociera do komórek receptorowych, ale to w zupełności wystarczy, żeby wywołać wrażenie węchowe.

Szybka adaptacja do bodźca węchowego (około 20 minut) wywołana męczliwo-

„Ludzie, bowiem mogą zamykać oczy na wielkość, na grozę, na piękno, i mogą zamykać uszy na melodie, albo bałamutne słowa. Ale nie mogą uciec przed zapachem. Zapach, bowiem jest bratem oddechu. Zapach wnika do ludzkiego wnętrza wraz z oddechem i ludzie nie mogą się przed nim obronić, jeżeli chcą żyć. I zapach idzie prosto do serca i tam w sposób kategoriyczny rozstrzyga o skłonności lub pogardzie, odrazie lub ochocie, miłości lub nienawiści. Kto ma władzę nad zapachami, ten ma władzę nad sercami ludzi.”

Patrick Süskind „Pachnidło”

ścią tego narządu ma swoje minusy, ale także plusy, o czym prawie każdy z nas zdążył się nie jeden raz przekonać...



Nabłonek węchowy mieści się w stropie jamy nosa, na łącznej powierzchni około 5 cm². Zawiera tzw. wypustki węchowe, które, jako jedyne w organizmie człowieka komunikują się bezpośrednio ze światem zewnętrznym. Cząstka zapachowa osiagając pole węchowe przetwarzana jest tam na impuls elektryczny, który stosunkowo krótką drogą komórek nerwowych przekazywany jest do kory węchowej (najstarszej struktury w mózgu, zwanej węchomózgowiem), która odpowiada zarówno za tzw. „pamięć węchową”, jak i za emocje. Wrażenia węchowe zapamiętywane są łatwo i trwale, tworząc bardzo istotną

oprawę emocjonalną dla naszych przeżyć i mogą przywołać wspomnienia nawet po wielu latach. Ten mechanizm jest efektem

Prousta (od słynnego ciasteczka magdalenki z powieści „W poszukiwaniu straconego czasu”).

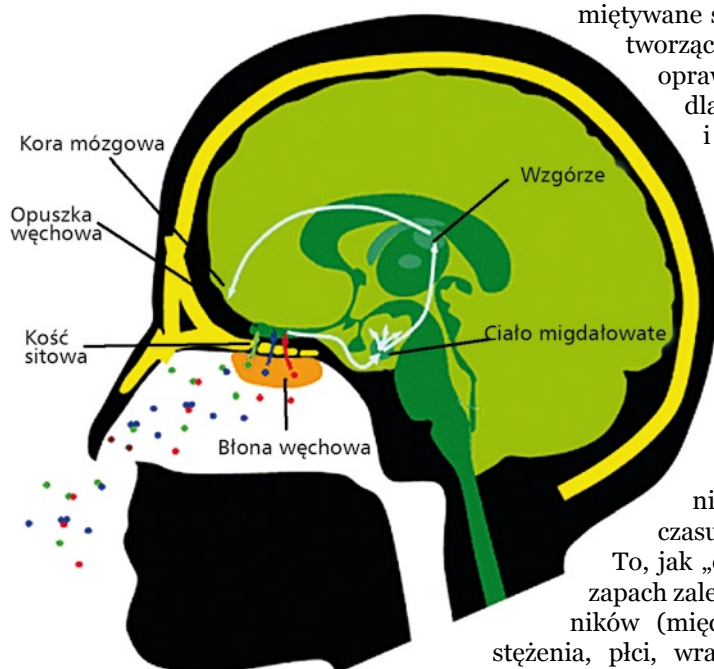
To, jak „odczujemy” dany zapach zależy od wielu czynników (między innymi jego stężenia, płci, wrażliwości osobni-

czej, stanu zdrowia, naszego nastroju, cyklu rozwojowego organizmu). Nie ma też jednolitej klasyfikacji zapachów. Wyróżnia się sześć podstawowych kategorii zapachowych: owocowy, kwiatowy, żywiczny, aromatyczny, przypalony i zgniły, przy czym dana substancja zapachowa może należeć do kilku grup (np. zapach róży jest kwiatowy, aromatyczny, przypalony i zgniły).

Warto tu wspomnieć o feromonach. Wydzielane są przez gruczoły potowe i łojowe wraz z potem i łojem. Za odbiór tych bodźców odpowiedzialny jest narząd lemieszowo-nosowy (VNO- Vomeronasal Organ), znajdujący się, jak sama nazwa wskazuje, w nosie, a dokładniej w części kostnej przegrody nosowej. Jego zadaniem jest przesyłanie bodźców do podwzgórza. Ta część mózgu odpowiada między innymi za popęd seksualny i poczucie bezpieczeństwa lub niepokój. Uważa się, że feromony, pomimo minimalnego stężenia w powietrzu wdychanym, oddziałują na zachowania seksualne człowieka i w dużej mierze odpowiedzialne są za dobór partnera, a co istotne, na ich postawie wybieramy osoby o dużej odmienności genetycznej (zwiększa to szanse na posiadanie zdrowego potomstwa). Mimo tego należy pamiętać, że aby być bardziej atrakcyjnym należy się myć...

Sprawnie działające powonienie, a nawet nieznaczne upośledzenie węchu zwane hyposmią, nie dają się zauważyć w codziennym życiu. Natomiast osoby, z tzw. anosmią, czyli utratą węchu, częściej ulegają urazom i wypadkom, gdyż zmysł powonienia ostrzega człowieka przed niebezpieczeństwem, informując np. o pożarze, ulatnianiu się gazu lub trujących substancji chemicznych, chroni również przed zjedzeniem nieswieżego pożywienia.

W stanie głodu występuje naturalne, nadmierne wyostwienie węchu (hyperosmia), zapach pożywienia wywołuje odruch produkcji śliny i soku żołądkowego, a u noworodka zapach kobiecego



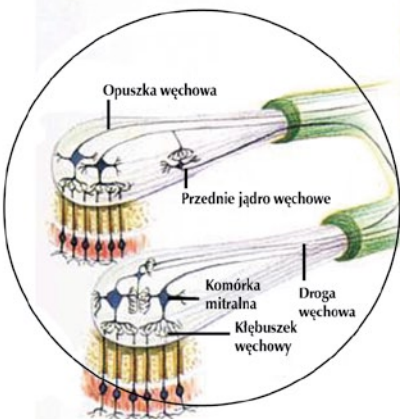


pokarmu pobudza odruch ssania i pomaga maleństwu odnaleźć matczyną pierś.

Co ciekawe, człowiek jest zdolny do odczuwania mylnych wrażeń węchowych w postaci halucynacji (phantoosmia), zwykle bardzo nieprzyjemnych, które występują w przypadku padaczki skroniowej, psychoz organicznych oraz zaburzeń schizofrenicznych.

Co może zaburzać zapachowe doznania

Po pierwsze utrudniony przepływ powietrza przez nos na skutek krzywej przegrody nosowej, przerośniętych małżowin nosowych, czy też występowanie polipów nosa, guzów nosa i nosogardła, a także ostre i przewlekłe nieżyty jam nosa i zatok przynosowych.



Drugą grupą przyczyn są zaburzenia związane z uszkodzeniem drogi węchowej i ośrodków węchu w mózgu. Powstają na skutek działania toksycznych związków (dym tytoniowy, pyły nieorganiczne i organiczne), urazów czaszki, interwencji operacyjnych (np. wielokrotne usuwanie polipów nosa), zażywania kokainy oraz stosowania leków o działaniu toksycznym na nerwy węchowe (np. aminoglikozydy), jak również w wyniku schorzeń takich jak mukowiscydoza, cukrzyca, hiperlipidemia, zaburzenia w odżywianiu.



Inną przyczyną są zmiany w mózgu np. guzy okolice czolewej, zaburzenia naczyniowe (wylew na podstawę przedniego dołu czaszki).

W określeniu poziomu zaburzeń węchowych pomocne są specjalne testy zwane olfaktometrycznymi podzielone na subiektywne, podczas których pacjent ma za zadanie rozpoznać węchem sześć charakterystycznych substancji (kamforę, amoniak, kawę,

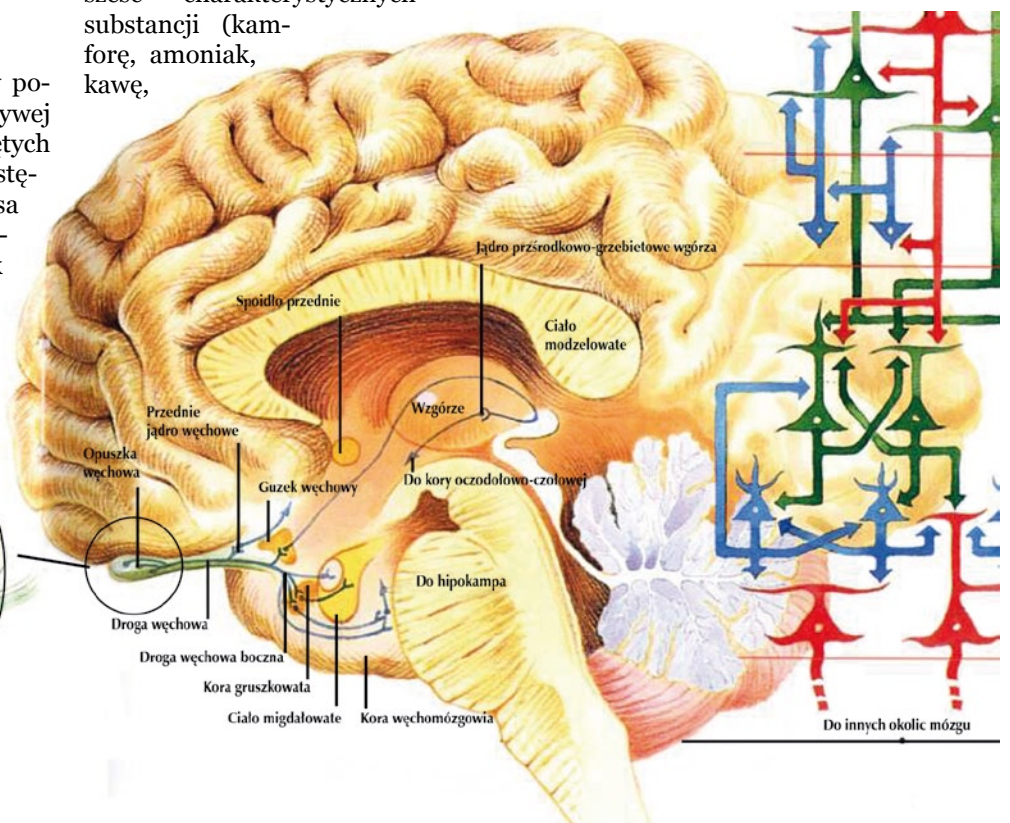
cytrynę, ocet i wodę) oraz obiektywne, czyli oceniające zmiany zapisu fal elektromagnetycznych w mózgu. Można także ocenić ilościowo zaburzenia węchu określając tzw. próg odczuwania zapachu, ale ta metoda jest mało dostępna.

Leczenie zaburzeń węchu jest mniej lub bardziej skuteczne, jeśli przyczyną są zaburzenia przewodzenia cząstek zapachowych, a trudne i w wielu wypadkach niepomyślne, gdy dotyczy elementów nerwowych. Z pewnością jednak nie zapobiegniemy fizjologicznemu procesowi starzenia się zmysłu powonienia. Co roku tracimy do 1% włókien nerwowych, do tego dochodzą zmiany w mózgu w ośrodkach narządu węchu upośledzając zdolność analizy

bodźców zapachowych.

Podsumowując, węch odgrywa bardzo istotną rolę w życiu człowieka. Wpływa na jego jakość, daje cenne informacje społeczne, jest źródłem przeżyć estetycznych, zachowań emocjonalnych i seksualnych. Sprawne powonienie tworzy uczucie pełnego komfortu psychicznego.

lek. med.
Magdalena Puciłowska



Diagnostyka atypowych zakażeń przenoszonych drogą płciową

Zakażenia dróg płciowych są wbrew pozorom jednymi z najtrudniejszych do leczenia i diagnozowania. Dzieje się tak ze względu na możliwość występowania w cewce moczowej i pochwie bardzo różnorodnej flory bakteryjnej bez objawów klinicznych zakażenia. Jednocześnie z uwagi na fakt, że infekcje te najczęściej przenoszone są drogą płciową, konieczne jest jednoczesne leczenie partnerów seksualnych. Bywa to czasem problematyczne w sytuacji, kiedy u osób zakażonych nie występują objawy kliniczne. Mężczyźni częściej chorują bezobjawowo, co związane jest z uboższym w substancje odżywcze środowiskiem cewki moczowej wykorzystywane przez drobnoustroje. Powoduje to zahamowanie namnażania się niektórych patogenów, które z kolei przeniesione do bogatego w glikogen i inne substancje środowiska pochwy kobiety, znajdują świetne warunki do obfitego wzrostu, prowadzącego niestety do pojawienia się dokuczliwych objawów klinicznych.

W tak zwanych chorobach wenerycznych, jak kiła czy rzeżączka, przy charakterystycznych, zwykle właściwie rozpoznawanych przez lekarza ginekologa objawach, określone są opcje terapeutyczne i leczenie jest na ogół skuteczne. Gorzej z infekcjami wywołanymi przez patogeny atypowe: chlamydia i mykoplazmy, czy inne bakterie jak: paciorkowce, gronkowce, pałeczki Gram-ujemne. Wszystkie one w niewielkiej ilości mogą kolonizować drogi płciowe nie dając objawów zakażenia. Bardzo więc trudno określić, co w danym przypadku jest prawdziwą przyczyną niepokojących stanów, takich jak: upławy, swędzenie, pieczenie, zaczerwienienie, częstomocz lub skąpomocz, czy zaburzenia erekcji. Jeśli w cewce moczowej występują pa-

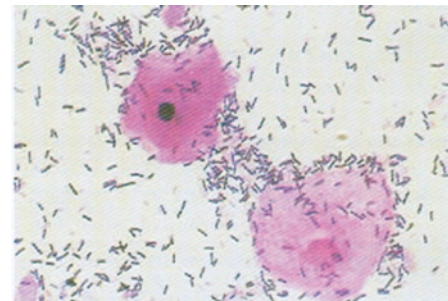
ciorkowce, gronkowce, czy *Escherichia coli* w niewielkiej ilości, na ogół nie wymaga to leczenia. Do podjęcia decyzji o leczeniu, konieczna jest ocena ilościowa. Przypadkowo zastosowany antybiotyk niszczy naturalną florę fizjologiczną i zamiast do wyleczenia może prowadzić do zaostrzenia objawów klinicznych lub pojawienia się nadkażenia grzybami.

Atypowe zakażenia przenoszone drogą płciową

Innymi, trudnymi do leczenia i diagnostyki schorzeniami są zakażenia atypowe dróg płciowych, wywołane przez chlamydia, mykoplazmy i ureaplazmy. Bakterie te mają specyficzne właściwości fizjologiczne i bardzo małe rozmiary komórek (300 nm do 1 μm w zależności od fazy rozwojowej), przez co ich oznaczenie nie jest łatwe i powinno być wykonywane w specjalistycznych placówkach. Konieczne jest tutaj wykonanie testu, polegającego na oznaczaniu antygenu, czyli rzeczywistej obecności patogenu. Badania polegające na oznaczaniu przeciwciał wykonywane w niektórych laboratoriach, często prowadzą do błędnej interpretacji, ponieważ przeciwciała te występują także u zdrowych ludzi i nie świadczą o aktualnym zakażeniu.

Chlamydia trachomatis

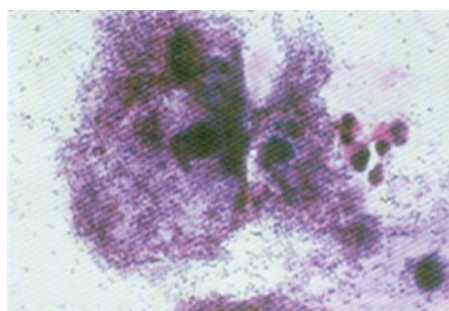
Chlamydia są wewnątrzkomórkowymi patogenami, które utraciły zdolność syntezy własnego ATP, przez co niemożliwe jest ich wyhodowanie na sztucznych podłożach. Bardzo małe rozmiary nie pozwalają na obserwacje ich komórek w standardowych powiększeniach w mikroskopie świetlnym, jak w przypadku typowych patogennych drobnoustrojów. Gatunek *Chlamydia trachomatis* uważa się za przyczynę ok. 40-50% tzw. nie-



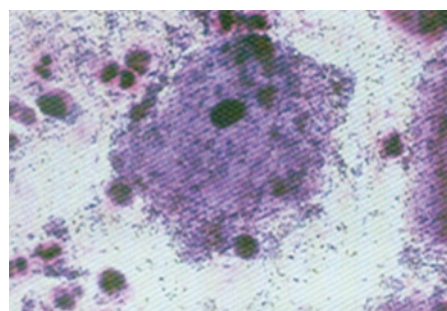
Prawidłowy obraz mikroskopowy biocenozy pochwy. Widoczne liczne pałeczki kwasu mlekowego

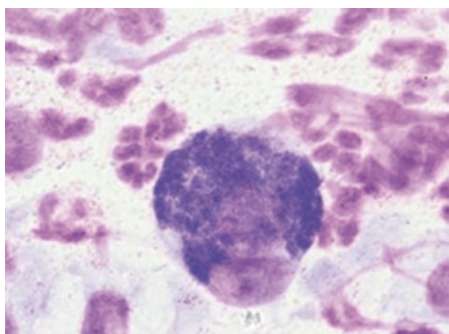
rzeżączkowych zapaleń cewki moczowej (NGU- nongonococcal urethritis). Objawy infekcji są zwykle mało charakterystyczne. U mężczyzny jest to surowiczy, śluzowy, rzadziej ropny wyciek z cewki moczowej i dolegliwości dysuryczne, u kobiet śluzowe lub śluzowo-ropne zapalenie szyjki macicy, z towarzyszącymi bólami w podbrzuszu. U obojga płci w skutek autoinfekcji możliwe jest zakażenie worka spojówkowego (szczepy okulogenitalne), występują także zakażenia bezobjawowe. Gatunek ten jest zresztą bardzo zróżnicowany. Na podstawie antygenów typowo swoistych wyróżnia się 17 serotypów, które są odpowiedzialne za różne jednostki kliniczne:

- jaglica (serotypy A, B, Ba, C) – wtrętowe zapalenie spojówek, ze zmianami na rogówce i bliznowaceniem, mogącym prowadzić do ślepoty (choroba nie występuje w Polsce, głównie w Afryce, Azji i USA),
- ziarnica weneryczna (LGV lymphogranuloma venerum serotypy LI, L2, L3) choroba weneryczna, cechująca się ropnym zapaleniem pachwinowych węzłów chłonnych (występuje głównie w klimacie tropikalnym), obecnie notowane są przypadki zapalenia odbytu i jelita grubego u homoseksualistów,
- zakażenia przenoszone drogą płciową (serotypy D, K),
 - nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowej (NGU),
 - zapalenie pęcherza moczowego,
 - zapalenia szyjki macicy, jajników,
 - zapalenie jajowodów i błony śluzowej macicy (z bliznowaceniem mogącym prowadzić do niepłodności, poronień, ciąży pozamacicznej),
 - zapalenia błon płodowych,



Brak pałeczek kwasu mlekowego, całe pole widzenia mikroskopu pokryte mieszaną florą bakteryjną





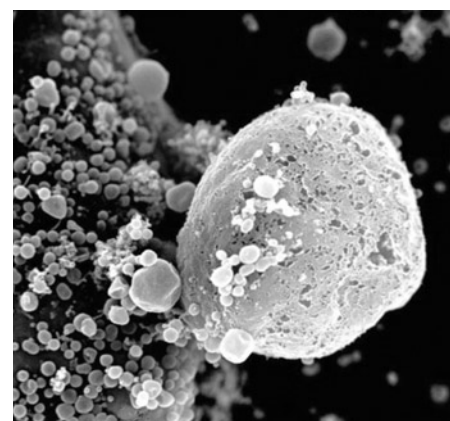
Chlamydia trachomatis w hodowli komórek

- poporodowe zapalenie narządów miednicy małej (PID),
- zapalenie najądrzy,
- zapalenie odbytnicy (najczęściej u homoseksualistów),
- zapalenia spojówek (najczęściej u noworodków),
- zakażenia dróg oddechowych i CUN u noworodków.

- zespół SARA (sexually acquired reactive arthritis) w tym zespół Reitera
- zespół Fitz-Hugh-Curtisa (perihepatitis)

Diagnostyka zakażeń *C. trachomatis*

Cechy morfologiczne i niespotykana fizjologia chlamydii mają bezpośredni wpływ na wybór stosowanych metod diagnostycznych. Opierają się na wykrywaniu ciałek wtretowych *C. trachomatis* hodowlach komórkowych lub wykrywaniu antygenów w bezpośrednich wymazach z dróg płciowych lub spojówek, a także na wykrywaniu kwasów nukleinowych. Pobieranie i sposób przesłania materiału zależy od stosowanego testu. W leczeniu stosuje się przede wszystkim: tetracykliny, makrolidy i chinoliny. Schemat leczenia zależy od postaci zakażenia oraz ewentualnych nawrotów.



Chlamydia trachomatis w obrazie mikroskopii elektronowej

Należy leczyć wszystkich partnerów seksualnych przez 7 dni.

Beata Mączyńska

Katedra i Zakład Mikrobiologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

Istnieje wiele metod identyfikacji zakażeń chlamydiami (hodowla, testy immunologiczne, metody genetyczne), mimo to diagnostyka zakażeń *Chlamydia trachomatis* nie jest rutynowo stosowana. Powodem jest trudna dostępność do laboratoriów dysponujących odpowiednimi metodami, czy koszt niektórych testów.

Ostatnio pojawiły się szybkie metody oznaczeń immunologicznych, wykorzystujące antygeny chlamydii. Testy te charakteryzują się wysoką czułością i specyficznością przy stosunkowo niskich kosztach.

Zakład Bakteriologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie dysponuje immunotestem przeznaczonym do szybkiego, jakościowego oznaczenia chlamydii bezpośrednio w wymazie z kanału szyjki macicy. Materiałem do badań jest wymaz z szyjki macicy pobrany przez ginekologa na specjalne wymazówki. Sam test przeprowadzany jest w Zakładzie Bakteriologii WSS w Olsztynie. Koszt badania wynosi 35 zł. Materiał do badań w kierunku *Chlamydia* przyjmowany jest w dni robocze od godziny 7:45 do 14:45

Delegacja z Ukrainy

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie 28 kwietnia 2009 r. gościł specjalną delegację z Ukrainy.

Ryszard Wasiński, dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Olsztynie przewodził 10-osobowej grupie zagranicznych gości w składzie:

1. Kowalowi Wiktor Andriejewycz – Naczelnik Urzędu Ochrony Zdrowia Obwodowej i Administracji Państwowej
2. Kowaliowa Lilija Hryhorjewna

3. Turkusowa Tatiana Anatoliewna
4. Domanowska Maria Władymirowa – Z-ca Naczelnika
5. Bojko Witalij Jarosławowycz – Lekarz Główny Obwodowego Szpitala Dziecięcego
6. Maksymiak Hryhoryj Iwanowycz – Lekarz Główny Obwodowego Szpitala Onkologicznego
7. Samsonowycz Andriej Wasyliwycz – Lekarz Główny Rokitnowskiego Rejonowego Szpitala Centralnego

8. Zima Iwan Jarosławowycz – Lekarz Główny Zdobunowskiego Rejonowego Szpitala Centralnego

9. Koroliuk Lilija Jewgieniewna – Zastępca Lekarza Głównego Centralnego Szpitala Miejskiego w Równem

10. Narsija Walentyn Iwanowycz – Kierownik Oddziału Ortopedyczno-Urazowego Centralnego Szpitala Miejskiego w Równem

Głównym celem wizyty, było zapoznanie się z polskim systemem opieki zdrowotnej, jakością oferowanych usług, a także z organizacją i zarządzaniem w polskiej placówce medycznej.





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 – przysłowiowego „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.

Beata Januszko-Giergielewicz
beatagiergielewicz@interia.pl

„Nie sztuka tylko wyleczyć pacjenta, sztuka przywrócić go najbliższemu i społeczeństwu.”

dr n. med. Leonard Januszko

Pierwszy oddział – pierwszy pacjent

5 maja 1970 roku, na prośbę ówczesnego dyrektora Szpitala dr. Maksay’a został hospitalizowany pierwszy pacjent w 31-lóżkowym Oddziale Rehabilitacji. Był to jednocześnie pierwszy pacjent nowo otwartego Szpitala. Był nim 60-letni mężczyzna z Olsztynka po przebytym udarze mózgu.

Pierwsi pacjenci pierwszego Oddziału mieli sprawdzić funkcjonowanie poszczególnych komórek szpitala. Takie było założenie dyrektora Jana Maksay’a i naczelnej pielęgniarki mgr Aliny Czubieli. „Na początek przyjmujcie pacjentów z dobrym rokowaniem – powiedział dyrektor – zgon pacjenta w pierwszych dniach funkcjonowania Szpitala byłby niemiłym akcentem”.

Zgodnie z prognozą wszyscy pacjenci w pierwszych tygodniach zostali wypisani w dobrym stanie. Szybko powstał zespół rehabilitacyjny. Jego trzon stanowili lekarze: dr Janusz Piaszczyński (ordynator), dr Krystyna Antonowicz, dr Leonard Januszko. Usprawnianie prowadzili kolejno magistrowie: Krystyna Wilińska, Jadwiga Czauderna, Marian Janocha, Janusz Zieleniewski, Marcin Topór, Cezary Fruziński. Opiekę pielęgniarską organizowała pielęgniarka Jadwiga Ziajko. Do 1981 roku pielęgniarką oddziałową była Halina Żydecka, w latach 1981-2005 Irena Kobus. Duży wysiłek w organizację oddziału wniosła pielęgniarka Irena Koczara. Od 1970 roku rehabilitację psychologiczną prowadziła mgr Krystyna Berndt.

Oddział pełnił wiodącą rolę w specjalizacji kadry województwa. Tu specjalizację z rehabilitacji uzyskało 21 lekarzy i 16 magistrów. W oddziale hospitalizowano następstwa najcięższych urazów układu

nerwowego (ponad 240 tetra- i paraplegii). Stąd z inicjatywy dyrektora Stołecznego Centrum Rehabilitacji, prof. Mariana Weisa opracowano koncepcję (autorzy: prof. Stefan Bołoczko, dr Leonard Januszko) rehabilitacji środowiskowej chorych z pourazowym uszkodzeniem rdzenia. Zespół rehabilitacyjny złożony z lekarza, fizjoterapeuty, psychologa, pielęgniarki, pracownika socjalnego prowadził w latach 1976-1984 rehabilitację w miejscu zamieszkania pacjenta. Środki na ten cel pozyskano z programu PHARE oraz z samorządów. Program ten, jako wzorcowy, był promowany dla całego kraju. W 1978 roku zorganizowano konferencję „Współczesne zaopatrzenie ortopedyczne”, która zgromadziła 120 specjalistów z całego kraju. Oddział i Szpital wizytował wówczas konsultant krajowy ds. rehabilitacji prof. Wiktor Dega. Od 2005 r. obowiązki ordynatora przejął dr Piotr Siwik.

dr n. med.
Leonard Januszko

Dr n. med. Leonard Januszko

Ordynator Oddziału Rehabilitacji w latach 1991-2004, honorowy członek Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, przedstawiciel Polski w Sekcji Medycznej Rehabilitation International, obecnie Dziekan wydziału Fizjoterapii Olsztyńskiej Szkoły Wyższej.



Dzisiejsze oblicze oddziału

Oddział Rehabilitacji z bazą 21 łóżek dysponuje zespołem złożonym z lekarzy, fizjoterapeutów, pielęgniarek, korzysta z Działu Fizykoterapii, ściśle współpracuje z psychologiem, logopedą, pracownikiem socjalnym, technikiem ortopedycznym.

Włączenie Oddziału w ministerialny program Polkard zaowocowało sfinansowaniem zakupu sprzętu do rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu. Pozyskano też środki z Urzędu Marszałkowskiego (PFRON) na zakup łóżek ortopedycznych i sprzętu rehabilitacyjnego.

Rozmawiam z doktorem Piotrem Siwikiem, ordynatorem oddziału.

– Panie doktorze jacy pacjenci mogą znaleźć pomoc w Oddziale Rehabilitacji?

Realizując zasadę wczesności, ciągłości i kompleksowości rehabilitacji pacjenci przyjmowani są do oddziału bezpośrednio po ustąpieniu zagrożenia życia lub po ustąpieniu ostrej fazy schorzenia lub urazu. W oddziale usprawniani są chorzy z porażeniami i niedowładami w przebiegu uszkodzeń układu nerwowego, często z zaburzeniami zwieraczy, z następstwami długotrwałego unieruchomienia po urazach wielonarządowych, dysfunkcjami narządu ruchu pourazowymi i zwyrodnieniowymi, zespołami bólowymi kręgosłupa w tym po leczeniu operacyjnym, oprotelowani po amputacjach kończyn.

– Tacy pacjenci wymagają na pewno długoterminowego leczenia i specjalnej terapii...

Podstawowym celem zespołu terapeutycznego jest poprawa sprawności pacjenta po przebytej chorobie. Proces usprawniania ustalany jest indywidualnie z wykorzystaniem najnowszych metod kinezyterapii wspomaganych przez nowoczesny sprzęt rehabilitacyjny umożliwiającą prowadzenie metody Bobath, PNF, biofeedback, symetrycznej aktywności kończyn itp. Równolegle prowadzona jest terapia objawów utrudniających rehabilitację tj. dolegliwości bólowych, zaburzeń adaptacyjnych, zaburzeń somatycznych, zaburzeń napięcia mięśniowego itd. Kompleksowe leczenie obejmuje również prewencję wtórną schorzeń, które doprowadziły do niepełnosprawności oraz naukę zasad pra-

widłowego postępowania z określoną dysfunkcją.

– Na ile ważne jest zaangażowanie rodziny w proces rehabilitacji?

W procesie usprawniania prowadzona jest edukacja rodziny chorego w zakresie ćwiczeń, asekuracji lokomocji i wspomaganie samoobsługi. Pacjenci po zakończeniu terapii w oddziale szpitalnym mają ustalany program dalszej rehabilitacji leczniczej oraz społecznej i zawodowej. To pomoże odnaleźć się pacjentowi w nowych dla niego okolicznościach a rodzina będzie mogła go wspierać w konkretny sposób.

– Proszę nam coś powiedzieć o kadrze medycznej i atmosferze panującej w Oddziale.

Ważnym aspektem aktywności oddziału jest działalność naukowa i dydaktyczna, co wyraża się w aktywnym uczestnictwie w działalności Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji oraz we współpracy z Wydziałem Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego i Wydziałem Fizjoterapii Olsztyńskiej Szkoły Wyższej. Motywuje to

nas do stałego podnoszenia kwalifikacji i poziomu świadczonych usług. Od początku istnienia Oddziału Rehabilitacji opublikowano wiele prac naukowych. Specjalizację z rehabilitacji uzyskało 25 lekarzy i 16 magistrów rehabilitacji ruchowej (w ostatnich 3 latach – 4 lekarzy).

Ostatnio przeprowadzona modernizacja Oddziału znacznie poprawiła warunki do prowadzenia terapii ale też wpłynęła pozytywnie na komfort przebywania chorych w Oddziale. Ważna jest atmosfera ciepła i wsparcia, którą staramy się stworzyć pacjentom, gdyż przebywają oni w naszym oddziale kilka, a czasem kilkanaście tygodni.

– Widzę w Oddziale wiele sprzętu rehabilitacyjnego. Nawet komputer jest „zaangażowany” w rehabilitację pacjentów.

Rzeczywiście kilka nowoczesnych urządzeń zakupionych niedawno wykorzystuje elektronikę do zastosowania biologicznego sprzężenia zwrotnego w celu poprawy koordynacji, równowagi, napięcia mięśniowego, precyzji ruchów. Są to rotory do synchronicznej i wspomagananej pracy kończyn górnych i dolnych oraz urządzenie sprzężone z programem komputerowym przeznaczone dla pacjentów na etapie pionizacji i nauki chodu. Naszym celem jest także wykorzystanie zaawansowanych programów do rehabilitacji neuropsychologicznej, które umożliwią pacjentom z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego na indywidualnie dobraną terapię funkcji poznawczych już w trakcie pobytu na oddziale.

Barbara Szymczuk



Ordynator Oddziału Piotr Siwik



Szpital bez barier

Na wysokim parterze głównego budynku Szpitala obecnie trwają prace modernizacyjne niwelujące bariery architektoniczne, które utrudniają samodzielne poruszanie się osób niepełnosprawnych. WSS w Olsztynie na tę inwestycję otrzymał dofinansowanie ze środków PFRON w wysokości 125 000 zł w ramach Programu wyrównywania różnic między regionami – obszar B.

Zakres rzeczowy inwestycji:

- dostawa i montaż dźwigu wraz z demontażem istniejącego komunikującego Szpitalny Oddział Ratunkowy z blokami operacyjnymi i oddziałami szpitalnymi,
- wymiana posadzek oraz wykładzin na antypoślizgowe na wysokim parterze budynku głównego szpitala,
- odboje i poręcze dla osób niepełnosprawnych w ciągach komunikacyjnych przy pracowniach i gabinetach lekarskich na wysokim parterze budynku głównego szpitala,
- roboty towarzyszące budowlane w szybie windy i maszynowni komu-

nikującej Szpitalny Oddział Ratunkowy z blokami operacyjnymi i oddziałami szpitalnymi,

- modernizacja i dostosowanie dwóch łazienek dla osób niepełnosprawnych,
- wymiana drzwi o szerokości ponad 100 cm.

Realizacja projektu sprawi, iż Szpital będzie otwarty i przyjazny osobom niepełnosprawnym. Osoby niepełnosprawne przebywające na terenie Szpitala, będą samodzielnie poruszać się pomiędzy poszczególnymi piętrami, będą korzystały z usług świadczonych na wszystkich oddziałach szpitalnych. Przeszaryły technologicznie i technicznie dźwig, nieprzystosowany dla osób niepełnosprawnych, zostanie wymieniony na bezawaryjny, bezpieczny dźwig, dostępny dla osób niepełnosprawnych. Sterowanie mikroprocesorowe, przyciski z oznaczeniem Braill'a oraz automatyczne drzwi kabinowe i szybowe pozwolą na samodzielnie korzystanie z dźwigu przez oso-



by niepełnosprawne. Podłoga wyłożona wykładziną przeciwpoślizgową zapewni bezpieczeństwo podczas poruszania się.

Alicja Biernacka

Razem łatwiej

Od 10 czerwca 2009 r. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie funkcjonuje specjalny punkt, w którym pracownicy Ośrodka Informacji dla Osób Niepełnosprawnych służą pomocą wszystkim osobom zainteresowanym w zakresie:

- pomocy w wypełnianiu dokumentów,
- udzielania informacji dotyczących osób niepełnosprawnych,
- przekazywania danych o zaopatrzeniu ortopedycznym, rehabilitacyjnym, o placówkach pomocy społecznej, o możliwości skorzystania z porad prawnych, psychologicznych (bezpłatnych), itp.,
- przyjmowania oraz wydawania wniosków dotyczących orzekania o niepełnosprawności oraz dofinansowań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych,
- pomocy w podjęciu zatrudnienia przez osoby niepełnosprawne,
- działalności gospodarczej podejmowanej przez osoby niepełnosprawne.

Punkt informacji powstał również po to, aby służyć merytorycznym wsparciem w zakresie wiedzy dotyczącej:

- ulg i uprawnień osób niepełnosprawnych,
- możliwości wsparcia finansowego i rzeczowego osób niepełnosprawnych;
- przekwalifikowania i szkolenia,
- likwidacji barier funkcjonalnych,
- ustawowego wspierania pracodawców zatrudniających osoby niepełnosprawne,
- organizacji i instytucji prowadzących działania na rzecz osób niepełnosprawnych,
- programów z PFRON skierowanych do osób indywidualnych i organizacji pozarządowych.

– *Z punktu Informacyjnego dla Osób Niepełnosprawnych mogą korzystać osoby niepełnosprawne, ich rodziny, opiekunowie, osoby fizyczne, instytucje, organizacje pozarządowe działające na rzecz osób niepełnosprawnych oraz inni, których interesuje tematyka niepełnosprawności* – mówi Marta Dziewiur, pracownik Ośrodka Informacji dla Osób Niepełnosprawnych.

Punkt informacyjny dla osób niepełnosprawnych znajduje się w budynku głównym Szpitala, na niskim parterze, obok Rejestra-

cji Szpitalnej. Dyżury pełnione są w każdą środę, w godzinach 12:00-14:30.

Pacjent szpitala, którego niepełnosprawność nie pozwala na zejście do punktu informacyjnego, może zgłosić potrzebę pomocy u pielęgniarki oddziałowej, a pracownik Ośrodka udzieli mu wszelkich informacji w oddziale w szpitalnym.

W ramach programu „Ośrodki Informacji dla Osób Niepełnosprawnych”, przy Miejskim Zespole ds. Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej Osób Niepełnosprawnych w Olsztynie utworzono Ośrodek Informacji dla Osób Niepełnosprawnych.

– *Ośrodek funkcjonuje od 6 czerwca 2006 roku i zatrudnia dwóch pracowników. Są to osoby niepełnosprawne ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności* – mówi Marta Dziewiur. – *Umiejscowienie Ośrodka Informacji dla Osób Niepełnosprawnych w budynku Miejskiego Zespołu ds. Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej Osób Niepełnosprawnych, gdzie również znajduje się Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności jest najlepszym rozwiązaniem dla osób, które są klientami tych placówek.*

meg



Laryngologia zawsze razem



Nowy członek Rady Społecznej



„Uśmiech wędruje daleko”



Nowi, a jakby zawsze z nami byli



„Wyścig drwalek”



Aż jeść się chce...



Integracja w tańcu



TRZCINOWA DOLINA "MAJÓWKA"

Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie - 20.06.2009 r.



Atrakcyjna dziewczyna z WSS



Wilhelm Tell



Taki zespół to strzał w 10



Slalom rowerowy



Niektórzy przepracowali z nami wiele lat



Chociaż niewiele ale za to jacy



Było przy czym posiedzieć

z cyklu **Z KART HISTORII**

Nasz szpital ma prawie 40 lat. Wśród nas są osoby, które pracują od samego początku jego istnienia. Pamiętając, że 1/3 życia spędzamy w pracy, zdajemy sobie sprawę, że tak długi okres jest skarbnicą ciekawych zdarzeń i wspomnień z życia bohaterów tego cyklu, ale i samego szpitala.



Nie można uciec od pracy, która jest powołaniem

Julien Green

37 lat pracował w naszym Szpitalu, 29 lat pełnił funkcję Ordynatora Nefrologii, 18 lat był dyrektorem WSS w Olsztynie. Przez wiele lat pełnił funkcję konsultanta wojewódzkiego ds. chorób wewnętrznych i nefrologii, a także Przewodniczącego Olsztyńskiego Oddziału Towarzystwa Internistów Polskich. Ta imponująca statystyka nakreśliła minione lata, które dr n. med. Jan Forfa poświęcił medycynie, pacjentom i rozwojowi naszego Szpitala. Z dniem 18 czerwca dr Forfa przeszedł na emeryturę.

Z tą placówką łączy Go wiele nie tylko miłych, niezapomnianych i wzruszających wspomnień, ale też trudnych chwil związanych z zarządzaniem Szpitalem, czy walką o życie i zdrowie chorego człowieka.

W 1967 r. ukończył Akademię Medyczną w Gdańsku. 13 marca 1968 r. został zatrudniony w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie. To właśnie tu odbywał swój staż lekarski, to tu w pocie czoła zdobywał i szlifował swoją wiedzę, którą do dziś dzieli się z młodszym pokoleniem lekarzy. Tu nabywał doświadczenie, uzyskiwał kolejne specjalizacje oraz tytuł doktora nauk medycznych.

– Do Szpitala trafiłem już do w pełni działającego oddziału chorób wewnętrznych, którego ordynatorem był wówczas dr Ludwik Mirecki, a dyrektorem Szpitala dr Jan Maksay – wspomina dr n. med. Jan Forfa. – W tamtym czasie był to 50-lóżkowy oddział, leczący wszystkie choroby z zakresu interny. Kilka lat później zostałem zastępcą dyrektora ds. medycznych i utworzyłem m.in. II oddział chorób wewnętrznych, co na tamte czasy było wielkim i przedsięwzięciem i osiągnięciem. Równocześnie w 1978 roku, nasz Oddział, jako pierwszy w całym województwie, zaczęła wykonywać pierwsze dializy.

Prekursor wojewódzkiej dializoterapii

Dr n. med. Jan Forfa uważany jest za twórcę i prekursora olsztyńskiej i wojewódzkiej dializoterapii. To przy Oddziale Nefrologii naszego Szpitala, pod Jego czujnym okiem powstała pierwsza w województwie stacja dializ, początkowo licząca 6 łóżek, stopniowo doposażona do 13 stanowiskowej stacji.

– Pamiętam, że nasza pierwsza aparatura była bardzo awaryjna i mieliśmy dużo kłopotów technicznych, cho-



dr n. med Jan Forfa

ciażby z uzdatnianiem wody do dializ – wspomina dr Forfa. – Dopiero w następnych latach nasz oddział i stacja otrzymały nowoczesną jak na tamte czasy aparaturę. Uruchomiliśmy również nowoczesny, zautomatyzowany system uzdatniania wody. Od tej pory posiadaliśmy takie zaplecze techniczne, na jakim pracuje się w innych krajach Europy.

Olsztyński ośrodek dializacyjny był jakby punktem zwrotnym w rozwoju dializoterapii w Polsce północno-wschodniej. Dr Forfa odwiedzał zakłady opieki zdrowotnej w województwie, mobilizował ludzi do tworzenia kolejnych punktów stacji dializ. Dokładnie planował rozmieszczenie stacji na terenie województwa, uzgadniał szczegóły ich tworzenia.

Od 1 stycznia 1980 r. do czerwca 2009 roku dr n. med. Jan Forfa był ordynatorem Oddziału Nefrologii WSS w Olsztynie. W ciągu tych 29 lat kształtował wiedzę i umiejętności wielu lekarzy internistów i nefrologów z całego regionu. Obecnie, wielu z nich, to doświadczeni i znakomici specjaliści z zakresu nefrologii, hematologii, medycyny nuklearnej, czy endokrynologii.

– W oddziale, którym kierowałem ponad 20 lekarzy uzyskało II stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych,



3 lekarzy zrobiło specjalizację z hematologii – dr Martyna, dr Wojciechowska i dr Rams, 10 lekarzy uzyskało specjalizację z nefrologii. 4 osoby uzyskały tytuł dr n. med. – wylicza dr. Forfa.

„Wieczny dyrektor”

1 grudnia 1980 r. dr n. med. Jan Forfa został powołany na stanowisko dyrektora Szpitala i z niewielką przerwą pełnił je przez 18 lat. Będąc dyrektorem WSS w Olsztynie otwierał nowe oddziały, pracownie, uruchamiał wszystkie siły i możliwości, aby wyposażyć placówkę w nowoczesny sprzęt diagnostyczny. Dzięki temu zapewnił nowoczesne metody leczenia wszystkim mieszkańcom naszego regionu. Myślał nie tylko o zdrowiu ówczesnych ludzi, ale przede wszystkim o przyszłych losach zdrowotnych następnych pokoleń. I to dr. Forfie się udało.

– *Trudno mi mówić o największym sukcesie, przełomowym wydarzeniu – mówi dr. Forfa. – Uważam, że dla Szpitala przełomowym okresem były lata, w których dyrektorem był Pan Profesor Bołoczko, bo tak naprawdę w tym czasie, zaczął się dynamiczny rozwój placówki. To oblicze, które teraz mamy miało wtedy swój początek.*

Mimo takiej skromności nie można nie zauważyć i nie docenić wielu działań, które miały swój początek również w latach dyktury dr. Forfy. To właśnie wtedy, w naszym szpitalu powstał pierwszy w województwie oddział intensywnej terapii, pierwsza pracownia ultrasonografii, czy pierwsza pracownia tomografii komputerowej.

– *Pierwsze dwa aparaty USG będące na wyposażeniu pracowni pozyskałyśmy od sponsorów z RFN – mówi dr Forfa. – Należy zaznaczyć, że w tamtych czasach, były bardzo ograniczone możliwości pozyskania dodatkowych środków na zakup sprzętu do szpitala. Aby kupić np. tomograf komputerowy przeprowadziliśmy po prostu wielką, społeczną akcję zbierania pieniędzy na ten cel. Otworzyliśmy również pracownię koronarografii, najpierw dr Kern szkolił się w Zabrze, aby objąć pieczę nad zabiegami, później i inni lekarze wyjeżdżali na szkolenia i pod merytorycznym nadzorem dr. Jerzego Górnego, jako szefa kardiologii uruchomiliśmy kardiologię inwazyjną.*

Na spotkaniu kadry kierowniczej, które odbyło się 28 maja br. koleżanki i koledzy z WSS w Olsztynie oficjalnie pożegnali dr. Jana Forfę. Oprócz prezentacji multimedialnej w kilku słowach podsumowującej pracę dr. Forfy, którą dokonała Pani Irena Kierzkowska, dyrektor WSS

w Olsztynie, było wiele podziękowań, słów uznania, kwiatów, a wszystko to w atmosferze uznania i wzruszenia. Z ust wielu osób padły również takie słowa:

„Jasiu, zawsze będziemy Cię pamiętać, jako wiecznego dyrektora”.

Dr Jan Forfa zawsze troszczył się o kadre medyczną, o jej rozwój, namawiał lekarzy do brania udziału w szkoleniach, do podnoszenia swoich kwalifikacji i wprowadzania nowych metod leczenia.

– *Uważam, że lekarze, którzy zostają w Oddziale Nefrologii są wyczuleni na cierpienie chorych, dobrze wyszkoleni, znający nowe trendy w medycynie. To*

Panu dr. n. med.
Janowi Forfie
życzymy
samyh pogodnych
chwil, realizacji marzeń,
satysfakcji i wytrwałości
w pokonywaniu nowych
wyzwań!!



ludzie o wszechstronnej wiedzy, inteligentni, podchodzący z sercem do pacjentów, nie zawężający się do jednej dziedziny w leczeniu chorych, ale patrzący na całość – mówi dr Jan Forfa. – Nie żegnam się całkowicie ze Szpitalem. Będę pracował w charakterze konsultanta nefrologii i chorób wewnętrznych dla innych oddziałów, zwłaszcza dla zabiegowych.

Magdalena Kantorczyk

Halina Czaplicka Oddziałowa Stacji Dializ

Byłam pielęgniarką koordynującą od pierwszych dni powstania stacji dializ w oddziale nefrologii. Właśnie tam, u boku dr. Jana Forfy zdobywałam wiedzę z tej nowej wtedy dziedziny. Trudno uwierzyć, że tak wiele lat już przepracowaliśmy razem i że dr Forfa przechodzi już na emeryturę. Jest dobrym człowiekiem, był dobrym szefem i organizatorem. Zawsze nas wspierał, chętnie udzielał pomocy w trudnych osobistych sytuacjach. Interesował się nie tylko nami, ale i naszymi rodzinami. Tak jak od personelu lekarskiego, tak i od pielęgniarskiego wymagał dokształcania się, zdobywania wiedzy, znajdował sponsorów na pokrycie kosztów kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych, czego wynikiem jest posiadanie przez wszystkie pielęgniarki w Oddziale kursu kwalifikacyjnego z nefrologii i dializoterapii.

W sytuacjach trudnych w oddziale zawsze był opanowany, ale i zdecydowany, starał się rozwiązywać problemy. Zawsze potrafił nawiązać kontakt z personelem średnim, nigdy się nie dystansował, często pożartował, porozmawiał. Po prostu czuwał nad nami jak taki „dobry ojciec”.

lek. med. Alicja Całka specjalista chorób wewnętrznych i nefrologii

Pracę zaczęłam w oddziale nefrologii, który był wtedy jeszcze oddziałem wewnętrznym. W tamtych czasach nie było procedur medycznych, dlatego profil hospitalizowanych pacjentów był bardzo szeroki. Ponieważ dr Forfa był wówczas konsultantem wojewódzkim w zakresie chorób wewnętrznych, oddział przyjmował najtrudniejsze przypadki z oddziałów wewnętrznych z całego województwa.

W oddziale Nefrologii odbyłam staż podyplomowy i nieprzerwanie kontynuuję w nim pracę do dzisiaj. W tym okresie w naszym oddziale pracowało wielu lekarzy, jak dr Józef Kozak, dr Jerzy Badowski, dr Janusz Hosaja, dr Andrzej Zakrzewski, dr Małgorzata Wojciechowska, dr Lena Rams. Zawsze dr Jan Forfa był otwarty na nowe kierunki rozwoju medycyny i ukierunkowywał nas na rozwijanie się w nowych dziedzinach, takich jak ultrasonografia, medycyna nuklearna, dializa otrzewnowa, dializa albuminowa, hematologia. Stąd z tego oddziału wywodzą się specjaliści w innych dziedzinach niż nefrologia. Szef był zawsze człowiekiem wymagającym od swoich współpracowników wiedzy medycznej i samodzielnego podejmowania decyzji. Miał życzliwe i kompetentne podejście do pacjentów.

lek. med. Maria Napora specjalista chorób wewnętrznych i nefrologii

Pracowałam z dr. Forfą od początku. Pamiętam jak powstawał Oddział Nefrologii, ja byłam wtedy na stażu w Szpitalu Dziecięcym i zostałam namówiona do pracy właśnie w Oddziale Nefrologii. Dr Jan Forfa był zawsze znakomitym organizatorem, umiał otaczać się zdolnymi ludźmi, bardzo dobrze nimi zarządzał wykorzystując poszczególne talenty każdego lekarza z osobna. Zawsze był i jest człowiekiem wymagającym, ale dbającym o rozwój indywidualny swoich asystentów. Przez wiele lat był dyrektorem naczelnym szpitala, pracując jednocześnie jako ordynator i lekarz na oddziale, co wymagało od niego niesamowitego zorganizowania. To człowiek bardzo obowiązkowy, sumienny, a przy tym dobry, starszy kolega.

ROZLANE URAZY AKSONALNE MÓZGOWIA

Problemy kliniczne i współczesne metody obrazowania

Rozlane urazy aksonalne mózgowia (DAI – diffuse axonal injury) należą do jednych z najczęstszych urazów mózgowia, które prowadzą do przedłużającej się śpiączki, stanu wegetatywnego pacjenta oraz do śmierci. Większość pacjentów po przebytych rozlanym urazie aksonalnym mózgowia, ze względu na swój stan, jest wyłączonych ze społeczeństwa. Rozpoznanie urazów aksonalnych jest utrudnione, ponieważ większość zmian obserwowanych w DAI ma charakter mikroskopowy.

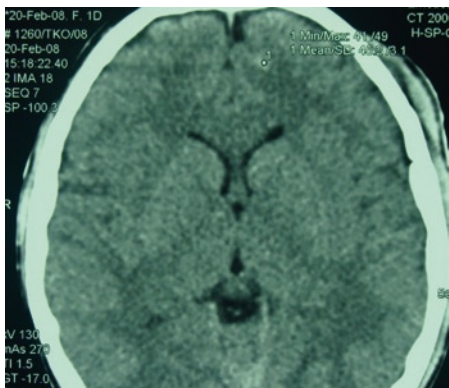
Patofizjologowie jako pierwsi zwrócili uwagę na rozległe, pourazowe uszkodzenia istoty białej – już w 1943 roku opisał to A. Holbourn, a 1956 r. Strich. W latach osiemdziesiątych XX wieku nazwę **rozlanego uszkodzenia aksonalnego DAI – diffuse axonal injury** wprowadzili J. Adams oraz T. Gennarelli, obaj w 1982 r.; obecnie jest ona powszechnie przyjęta i stosowana.

Rozlane uszkodzenia aksonalne to jedno z najczęstszych pierwotnych uszkodzeń neuronalnych u pacjentów z ostrymi urazami mózgowia – drugie pod względem częstości występowania po krwiakach pourazowych.

DAI polega na uszkodzeniu (naciągnięciu i skręceniu) aksonów istoty białej mózgu, co następuje w momencie urazu przebiegającego głównie z przyspieszeniem rotacyjnym.

Przyczyną uszkodzenia tkanki mózgowej w takich urazach jest różnica w bezwładności między istotą szarą i białą, powodująca uszkodzenie aksonów na granicy istoty białej i szarej oraz rozerwanie drobnych naczyń krwionośnych.

Najczęstszymi lokalizacjami uszkodzeń typu **DAI** są ciało modzelowate i podkorowa istota biała; często stwierdza się również obrzęk mózgu.



Zdj. nr 1. Badanie TK – drobne ognisko krwotocznego stłuczenia tkanki mózgowej w podkorowej i przystrzaskowej części lewego płata czołowego.

Częstość występowania **DAI** trudno było do niedawna ocenić ze względu na brak możliwości ich uwidocznienia w badaniach obrazowych, a zmiany te były potwierdzane histologicznie w badaniach autopsyjnych, ponieważ urazy typu **DAI** są częstą przyczyną śmierci.

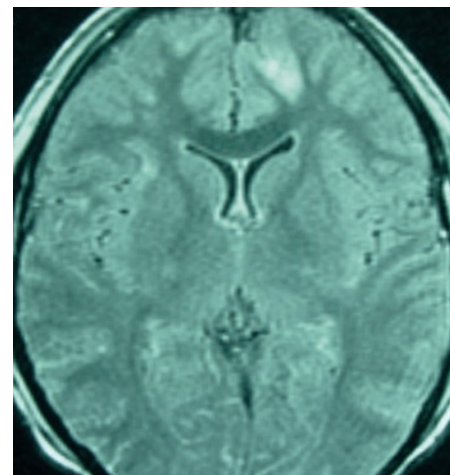
Pacjenci z **DAI** to najczęściej ofiary wypadków samochodowych przy dużej prędkości, co powoduje, że struktury mózgowia ulegają przemieszczeniu wewnątrzczaszkowo w wyniku działających sił bezwładnościowych przyspieszająco-opóźniających.

Urazy o typie rozlanego uszkodzenia aksonalnego nie są spowodowane przez mechaniczne rozerwanie, ale przez naciągnięcie i skręcenie aksonów pod wpływem działającego napięcia fali energetycznej wywołanej urazem i przechodzącej przez poszczególne struktury mózgowia. Przy tym typie obrażeń nie jest konieczny bezpośredni uraz, a zmiany mogą pojawić się w miejscach odległych od bezpośrednio działającego uderzenia.

Zasadniczą rolę we wczesnym rozpoznaniu zmian o typie rozlanego uszkodzenia aksonalnego odgrywają badania obrazowe. Do niedawna podstawową metodą obrazowania była tomografia komputerowa. Jednak ze względu na fakt, że część zmian w przebiegu **DAI** jest niewidoczna w badaniach TK, bądź nie można dokładnie ocenić ich rozległości, wartość TK w diagnostyce **DAI** jest ograniczona.

Faktyczny stan uszkodzenia mózgowia w przebiegu rozlanego urazu aksonalnego jest większy i cięższy niż obraz wizualny. Na poziomie mikroskopowym, mimo braku całkowitego przerwania aksonu w trakcie urazu, uruchomione są procesy degradacyjne, powodujące dalszą dezintegrację cytoszkieletu, akumulację organelli, zaburzenia osłonki mielinowej aksonu i w dalszym przebiegu atrofii parenchymy. To opóźnione, w stosunku do urazu, i dalej postępujące uszkodzenie

komórki nerwowej, jest głównym mechanizmem zmian w przebiegu **DAI**.



Zdj. nr 2. Ten sam pacjent co na zdj. 1, badanie MR, sekwencja FLAIR – rozlane, hiperintensywne ogniska, zlokalizowane podkorowo w obu płatach czołowych, w przebiegu DAI.

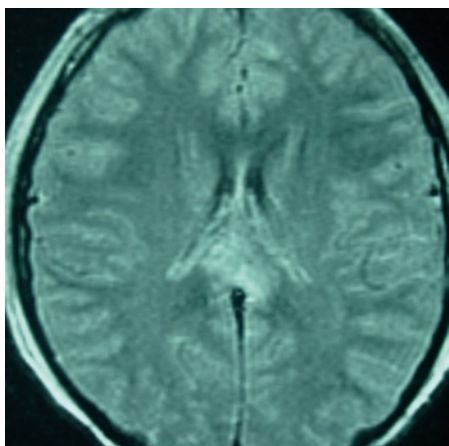
Wskutek uszkodzenia aksonów dochodzi do wylewania się aksoplazmy do przestrzeni międzykomórkowej, z wytworzeniem kulistych zmian tzw. kul retrakcyjnych (retraction balls), które pojawiają się już po trzech godzinach od urazu, a ich liczba rośnie do końca pierwszej doby. Uszkodzone aksony o zachowanej ciągłości ulegają pourazowej depolaryzacji z ucieczką jonów, wzmożonym uwalnianiem aminokwasów i innymi nieprawidłowościami metabolicznymi, w tym z przyspieszeniem glikolizy i gromadzeniem się mleczanów. Wynikiem tego jest upośledzenie transportu aksoplazmatycznego z przerwaniem połączeń synaptycznych, a po kilku tygodniach dochodzi do zwyrodnienia Wallera włókna nerwowego i rozlanego braku dopływu bodźców nerwowych (deafferencji).

Nie stwierdzono istotnych predylekcyj występowania **DAI** w stosunku do płci i grupy wiekowej – **DAI** może wystąpić w każdym wieku i u każdej płci – istotny jest jedynie mechanizm urazu, wystąpieniem gwałtownej rotacji i w efekcie tego

powstania tzw. **sił strzygących** – „**shearing injuries**”.

Wśród wprowadzonych w ostatnich latach nowych metod obrazowania, mających na celu szybszą i dokładniejszą diagnostykę urazów mózgowia o typie DAI, obrazowanie MR, w tym obrazowanie dyfuzyjne MR (DWI) wydaje się być metodą z wyboru.

Ze względu na stan chorych, który nie pozwala na długotrwałe, typowe badanie MR, w Pracowni MR NZOZ NU-MED w Olsztynie, został opracowany **protokół tzw. pourazowego badania MR**, który obejmuje sekwencje DWI i FLAIR w projekcjach poprzecznych oraz strzałkową projekcję w obrazach T2-zależnych, co powoduje, że czas badania nie przekracza 15 minut.



Zdj. nr 3. Ten sam pacjent co na zdj. 1-2, badanie MR, sekwencja FLAIR – hiperintensywne ognisko w ciele modzelowatym w przebiegu DAI.

Pourazowe badanie MR zawsze powinno być poprzedzone badaniem TK, celem wykluczenia krwawienia śródczaszkowego i innych, rozległych pourazowych uszkodzeń CUN.

Do pourazowego badania MR powinni być kwalifikowani pacjenci, u których w badaniu TK nie stwierdza się zmian lub są one subtelne, co jest nieadekwatne do ciężkiego stanu neurologicznego tych pacjentów, w postaci przedłużającej się śpiączki.

Zmiany w przebiegu DAI ujawniają się głównie w istocie białej wokół układu komorowego, w ciele modzelowatym, okolicy wzgórza, hipokampa, grzbietowo-bocznej części śródmózgowia i górnej części mostu.

Ciało modzelowate jest szczególnie narażone na DAI. Początkowo sądzono, że uszkodzenia ciała modzelowatego są przeniesione bezpośrednio z sierpa mózgu, ale w badaniach modelowych stwierdzono, że to liniowe (boczne) i rotacyjne siły (**siły strzygące** - „**shearing injures**,,) przenoszące energię fali ude-

rzeniowej w kierunku przeciwnym do ruchu głowy, są odpowiedzialne za jego uszkodzenie. Dodatkowo przemieszczenie struktur wewnątrzczaszkowych w kierunku przeciwnym do ruchu głowy prowadzi do napinania naczyń przyszywających zaopatrujących np. jądra podstawy mózgu, co wywołuje mikrokrwawienia, z rozlanym, pourazowym uszkodzeniem naczyń (**diffuse vascular injury**) i z towarzyszącym uszkodzeniem dróg śródmózgowych. Ten rodzaj uszkodzenia mózgowia odpowiada za ciężki przebieg kliniczny i określany jest jako „**shearing lesion**”. Niektóre wybroczyny osiągają wielkość makroskopową i najczęściej można je stwierdzić w przedniej części płatów czołowych i skroniowych oraz w otoczeniu układu komorowego.

Według J. Adamsa DAI można podzielić na 3 stopnie w zależności od ciężkości urazu, anatomicznej lokalizacji zmian oraz prawdopodobieństwo przeżycia:

Stopień I DAI (uszkodzenie łagodne)

– zmiany rozsiane, stwierdza się w przystrzałkowych częściach istoty białej płatów czołowych, w przykomorowych częściach płatów skroniowych. Rzadziej widoczne są ogniska w płatach ciemieniowych, torebce wewnętrznej i zewnętrznej.

Stopień II DAI (uszkodzenie średnio-ciężkie)

– obejmuje zmiany stwierdzone w stopniu I oraz dodatkowo zmiany w ciele modzelowatym, w tym zmiany krwotoczne, co znacznie pogarsza rokowanie i zmniejsza szanse przeżycia.

Stopień III DAI (uszkodzenie ciężkie)

– obejmuje zmiany stwierdzone w stopniu II oraz dodatkowo zmiany w pniu mózgu, moście oraz mózdzku, często powodujące stan wegetatywny lub zgon.

Dzięki postępowi w obrazowaniu CUN, w tym diagnostyce TK i MR, zmiany o typie urazów aksonalnych zaczęto coraz lepiej uwidaczniać i rozpoznawać.

Zmiany w rozlanych urazach aksonalnych DAI są lepiej widoczne na obrazach MR niż TK.

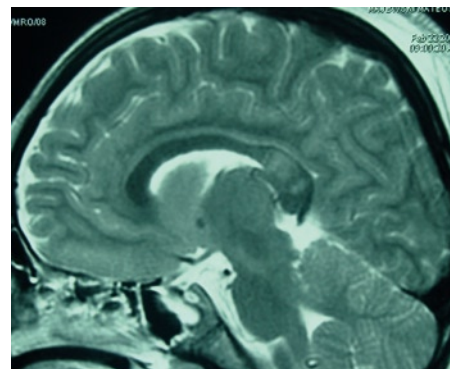
W badaniu TK objawy DAI są delikatne albo nie ma ich wcale. Jedynie DAI z makroskopowymi ogniskami krwotocznymi widoczne jest w obrazach TK i jest to przyczyna niskiej czułości tej techniki w wykrywaniu DAI. W badaniu TK widoczne są drobne, punkcikowate ogniska

o podwyższonej gęstości na pograniczu istoty białej i szarej, odpowiadające ogniskom krwotocznym.

Bezpośrednio po urazie zmiany mogą być słabo widoczne w badaniu TK, natomiast wykrywalne w badaniu MR.

W badaniu MR, w niekrwotocznym DAI, stwierdza się mnogie ogniska o wysokim sygnale w obrazach T2 zależnych i sekwencji FLAIR, w krwotocznym DAI oprócz nich widoczne są również ogniska o niskim sygnale, określane jako „czarne punkty” i odpowiadające ogniskom krwawienia.

Zmiany w przebiegu DAI występują w charakterystycznym umiejscowieniu, odpowiednio do ciężkości urazu, co zostało uwzględnione w klasyfikacji Adamsa. W przypadku łagodnych urazów zmiany ograniczają się do podkorowej istoty białej, obejmując obszary przystrzałkowe i przykomorowe. U pacjentów z cięższymi urazami dochodzi również do uszkodzenia ciała modzelowatego, zwłaszcza w części tylnej. W najcięższych przypadkach DAI obejmuje grzbietowo-boczną część śródmózgowia i górną część mostu, oprócz zmian w istocie białej płatów i ciele modzelowatym.



Zdj. nr 4. Ten sam pacjent co na zdj. 1-3, badanie MR, projekcja strzałkowa w obrazach T2 zależnych – hiperintensywne ognisko stłuczenia w tylnej części trzonu ciała modzelowatego w przebiegu DAI.

Obrazowanie dyfuzyjne rezonansu magnetycznego (DWI – diffusion weighted imaging)

– to technika umożliwiająca uzyskanie obrazu zależnego od dyfuzji cząsteczek wody pozakomórkowej i pozanacyniowej. Dyfuzja jest fizyczną właściwością cząsteczek zależną od ich energii cieplnej (ruchy Browna). Ruchy występują na poziomie mikroskopowym i zachodzą we wszystkich kierunkach.

W obrazach DWI obszary o zwiększonej dyfuzji są ciemne, natomiast o zmniejszonej dyfuzji są jasne (hiperintensywne). W celu wykluczenia artefaktowego pochodzenia hiperintensywnych ognisk w sekwencji DWI, tak zwanego prześwi-

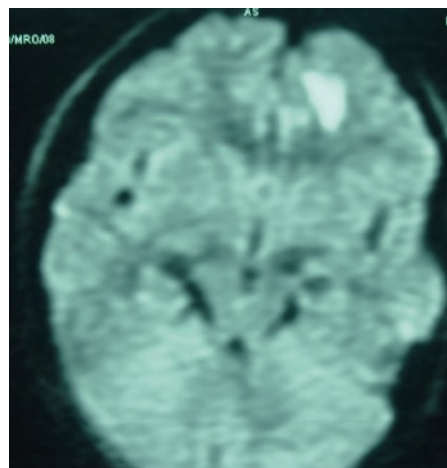
tywania (*T2 shine through effect*) ognisk hiperintensywnych w obrazach T2 zależnych, obrazy DWI porównuje się z mapami ADC (*apparent diffusion coefficient* – rzeczywisty współczynnik dyfuzji).

W przypadku urazu mózgowia, w tym DAI, pewne jego obszary mają zaburzone ukrwienie w wyniku rozlanego uszkodzenia komórek nerwowych i drobnych naczyń, co powoduje zmniejszenie swobodnej wymiany cząsteczek wody na drodze dyfuzji i w konsekwencji, w czasie badania dyfuzyjnego, obszary te generują silny sygnał MR, a zmiany te pojawiają się, już kilka minut od momentu uszkodzenia komórek nerwowych.

Metoda DWI jest jedną z najlepszych metod obrazujących uszkodzenie istoty białej, co jest niezmiernie przydatne w detekcji ognisk urazu aksonalnego.

Nowsza technika obrazowania wykorzystująca pomiar dyfuzji z wyliczeniem tensora dyfuzji – **DTI (diffusion tensor imaging)** stosowana jest do obrazowania przebiegu dróg nerwowych w istocie białej mózgu z wykorzystaniem faktu, że cząsteczki wody znacznie ła-

twiej przemieszczają się wzdłuż włókien nerwowych niż w poprzek. Zatem ruch cząsteczek wody w obszarze istoty białej pokazuje kierunek ułożenia dróg nerwowych i umożliwia mapowanie przebiegu włókien z oceną ich uszkodzenia, co najczęściej występuje w przypadku urazu aksonalnego z zajęciem ciała modzelowatego.



Zdj. nr 5. Ten sam pacjent co na zdj. 1-4, badanie MR, sekwencja DWI, dobrze widoczne hiperintensywne ognisko stłuczenia podkorowo w lewym płacie czołowym.

Kolejna nowa metoda obrazowania przydatna w ocenie zmian powstałych w wyniku urazów aksonalnych mózgowia to **SWI (susceptibility-weighted imaging)** – obrazowanie oparte na ocenie podatności magnetycznej, która jest wartością zależną od cech danej tkanki, tzw. od stopnia jej magnetyzacji podłużnej po znalezieniu się w zewnętrznym polu magnetycznym. Jej rozkład oceniany jest w obrazach T2* -zależnych, które są bardzo wrażliwe na miejscowe niejednorodności pola magnetycznego, wynikające z obecności struktur różniących się istotnie podatnością magnetyczną np. pokrwotocznych depozytów hemosyde-ryny – co jest przydatne w ocenie krwotocznych ognisk DAI.

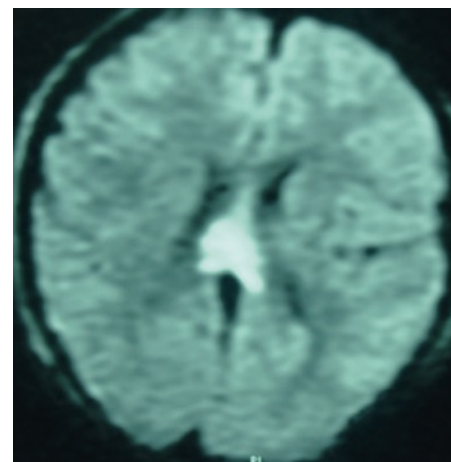
Metodą uzupełniającą ocenę rozlanego urazu aksonalnego jest również spektroskopia rezonansu magnetycznego – **MRS**, która wykazuje obniżony stosunek NAA/Cr, a stężenie NAA to wskaźnik obecności neuronów w badanej tkance nerwowej. W wyniku rozlanego urazu aksonalnego dochodzi do uszkodzenia komórek nerwowych, a w konsekwencji do ich zwyrodnienia i zaniku.

Wszystkie te metody mają za cel pełną ocenę rozległości uszkodzenia w przebiegu DAI wraz z oceną prognostyczną przeżycia pacjenta i ewentualnych zaburzeń funkcji mózgowia. Zmiany w ciele

modzelowatym mogą w wyniku degeneracji komórek doprowadzić do zaburzenia koordynacji ruchowej, zmiany w pniu mózgu do uszkodzenia układu aktywującego, zmiany w istocie białej płatów skroniowych do zaburzeń pamięci, dezorientacji, zmian charakterologicznych, depresji, a zmiany w istocie białej płatów czołowych do otepienia.

Rozpoznawanie urazów aksonalnych jest niewystarczające jedynie w oparciu o badania TK.

Zasadne wydaje się więc rozważenie zmiany algorytmu badań u pacjentów z podejrzeniem DAI i wykonanie oprócz badania TK również badania MR, ze skróconym protokołem badania i z opcją DWI. Nie przedłuży to istotnie diagnostyki, co w przypadku pacjentów pourazowych ma zawsze znaczenie, a zapewni prawidłowe rozpoznanie uszkodzenia mózgowia z oceną prognostyczną i będzie podstawą do ustalenia później pojawiających się pourazowych ubytków neurologicznych.



Zdj. nr 6. Ten sam pacjent co na zdjęciach 1-5, badanie MR, sekwencja DWI, hiperintensywny obszar uszkodzenia ciała modzelowatego.

Wnioski jakie nasuwają się tego opracowania są następujące:

- metoda TK nie jest wystarczająca do oceny rozlanych urazów aksonalnych mózgowia.
- MR jest bardziej czułą niż TK metodą do wykrywania zmian w przebiegu DAI.
- sekwencje obrazowania dyfuzyjnego DWI MR pozwalają na skuteczną i pełną diagnostykę urazów aksonalnych mózgowia.
- nowe metody obrazowania MR – DTI, SWI oraz MRS są ważnym uzupełnieniem diagnostyki urazów aksonalnych.

Opracowanie:

lek. med. Emilia Paszkowska
specjalista radiodiagnostyki

INFORMACJA O RADZIE SPOŁECZNEJ

W dniu 27.05.2009 r. w Sali Konferencyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie odbyło się posiedzenie Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. W posiedzeniu uczestniczyli członkowie Rady Społecznej, dyrekcja Szpitala oraz związki zawodowe.

Na spotkaniu członkowie Rady opiniowali:

1. Sprawozdanie finansowe za 2008 rok.
 2. Zakup sprzętu i aparatury medycznej ze środków Unii Europejskiej w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego oraz ze środków własnych Szpitala.
 3. Zmiany w Statucie Szpitala oraz Regulaminie Porządkowym Szpitala polegające na utworzeniu Poradni Okulistycznej II oraz zmianie nazwy oddziałów:
 - Oddział Nefrologiczny, Chorób Wewnętrznych i Leczenia Zatruc na Oddział Nefrologiczny, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych,
 - Oddział Neonatologii i Intensywnego Nadzoru Noworodka na Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka.
- Alicja Biernacka**

ROZWÓJ PRACOWNI ENDOSKOPOWEJ

Prawie półtora miliona złotych kosztował nowoczesny sprzęt zakupiony do pracowni endoskopowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Szpital mógł pozwolić sobie na taki zakup, dzięki pozyskanym środkom z Unii Europejskiej na realizację projektu „Zdążyć przed rakiem – doposażenie Oddziału Gastroenterologicznego z Pracownią Endoskopową w sprzęt i aparaturę medyczną do diagnostyki i leczenia nowotworów przewodu pokarmowego”. Województwo warmińsko-mazurskie jest jednym z dwóch regionów w Polsce, w którym zachorowalność i umieralność na nowotwory przewodu pokarmowego jest najwyższa, a choroby te wysuwają się na pierwsze miejsce pod względem liczby zachorowań. Wśród czynników wpływających na taki stan rzeczy jest niski poziom diagnostyki na wstępnym etapie rozwoju choroby.



Ultrasonograf endoskopowy

– Do tej pory jakość świadczonych usług była adekwatna do posiadanego sprzętu i robiliśmy wszystko, aby poziom świadczonych przez nas usług był na najwyższym poziomie – mówi dr n. med. Tomasz Arłukowicz, ordynator Oddziału Gastroenterologicznego WSS w Olsztynie. – Jednak barierą w dalszym wzroście była infrastruktura sprzętowa. W tej chwili możemy rozwinąć skrzydła. Zakup najlepszej jakości i większej liczby sprzętu przyczyni się przede wszystkim do skrócenia czasu oczekiwania na badanie diagnostyczne i hospitalizację, a także poprawi jakość świadczonych przez nas usług.

Skrócenie okresu diagnozy jest nieodłącznym powiązaniem ze skróceniem okresu leczenia. A im krótszy czas oczekiwania na badanie, tym większe szanse na wyleczenie pacjenta i zdiagnozowanie schorzenia w jego początkowej fazie.

Dzięki realizacji projektu poprawi się sytuacja osób ze schorzeniami onkologicznymi oraz bardziej poważnymi schorzeniami gastroenterologicznymi. Przyczyni się to również do zmniejszenia śmiertelności na nowotwory układu pokarmowego, szybszego powrotu chorych do zdrowia i do życia społecznego.

– Na efektywność pracy lekarzy wpływają nie tylko ich doświadczenie i wiedza, ale również sprzęt, z którego korzystają – mówi dr n. med. Tomasz Arłukowicz – Dostępność i nowoczesność aparatury medycznej jest obok potencjału lekarzy komplementarnym czynnikiem wpływającym na efektywność. Praca przy użyciu starych urządzeń przeważnie powoduje wydłużenie czasu realizacji procedury medycznej i utrudnia sprawną organizację pracy. Zbyt mała liczba sprzętu także wymusza stosowanie zbędnych przerw.

Najbardziej kosztownym urządzeniem zakupionym w ramach tego projektu jest ultrasonograf endoskopowy. Jest to głowica ultrasonograficzna – bardzo wysokiej rozdzielczości, umieszczona na końcówce endoskopu.

Pracownia endoskopowa zaopatrzyła się również w specjali-



dr n. med. Tomasz Arłukowicz

styczny sprzęt do endoskopii przewodu pokarmowego, wykorzystujący najnowsze osiągnięcia techniki, takie jak telewizja wysokiej rozdzielczości, specjalne filtry optyczne. Takie wyposażenie zwiększy wykrywalność drobniejszych struktur, które tradycyjnymi metodami mogłyby zostać przeoczone.

Sama liczba tzw. końcówek roboczych, która właśnie dzięki temu projektowi zostanie zwiększona, zapewni zespołowi płynniejszą i efektywniejszą pracę.

– Dzięki realizacji projektu będziemy mogli również rozszerzyć zakres wykonywanych procedur, których do tej pory wykonanie nie było możliwe ze względu na wyeksploatowany sprzęt lub po prostu jego brak – mówi dr n. med. Tomasz Arłukowicz. – Chcielibyśmy zająć się różnicowaniem guzów i zmianami podśluzówkowymi przewodu pokarmowego, oceną stopnia zaawansowania nowotworów przewodu pokarmowego, kwalifikacją do leczenia endoskopowego nowotworów przewodu pokarmowego. Myślimy również o diagnostyce guzów brodawki Vatera, przedoperacyjnej zmian nowotworowych trzustki i dróg żółciowych, kamicy przewodu żółciowego wspólnego (PŻW), ocenie przedoperacyjnej (staging) zmian w węzłach chłonnych tylnego śródpiersia, zwłaszcza okołoaortalnych i okolooprzyłykowych, ocenie węzłów chłonnych śródpiersia.

Magdalena Kantorczyk

Grunt to nie panikować

Życząc wszystkim czytelnikom radosnych, pięknych, słonecznych wakacji pragnę przypomnieć podstawowe zasady postępowania w nagłych zagrożeniach.

Nadrzędną zasadą udzielania pierwszej pomocy jest bezpieczeństwo osób ratujących. Gdy oceniamy, że okoliczność zdarzenia niosą ryzyko utraty przez nas zdrowia lub życia, wzywamy służby ratownicze. W takim wypadku informujemy w zwięzłych słowach o:

- stanie poszkodowanego,
- okolicznościach zdarzenia,
- miejscu i czasie.

Gdy ocenimy, że nic nam nie zagraża, postępujemy zgodnie ze schematem udzielania pomocy:

- BLS,
- układamy poszkodowanego w pozycji bezpiecznej.

ZAKRZTUSZENIE

Gdy poszkodowany jest przytomny – wykonujemy energiczne uderzenia w okolicę międzyłopatkową 5x, nakładając go do forsownego wydechu. Jeżeli to nie pomaga wykonujemy zabieg Heimlicha.

1. Stojąc za osobą, której udzielamy pomocy, obejmujemy ją w nadbrzuszu.
2. Jedną naszą dłoń jest zwinęta w pięść.



3. Pięść oparta jest kciukiem w okolicy pomiędzy pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym mostka uszkodzonego.

4. Druga dłoń ułożona jest na pięści. Mocno i szybko naciskamy nadbrzusze osoby ratowanej, ruchami skierowanymi ku jej głowie. Pchnięcia takie można w miarę potrzeby powtarzać.

Ta metoda przeciwwskazana jest u niemowląt, małych dzieci, ciężarnych i otyłych.

Gdy poszkodowany jest nieprzytomny wykonujemy BLS.

POPARZENIE

Oparzenia w obrębie „okolic wrażliwych” twarzy, szyi, krocza, rąk, stóp lub w okolicach zgięciowych stawów wymagają natychmiastowej pomocy lekarskiej.



1. Należy zdjąć ubranie. Jednak, jeżeli ubranie jest wtopione w ciało, to nie można go zrywać tylko należy wyciąć ubranie wokół rany.

2. Jeżeli oparzona jest ręka, należy ściągnąć biżuterię – zanim narastający obrzęk to uniemożliwi.

Jeżeli przyczyną oparzenia jest:

- gorący płyn (np. woda, olej) należy schładzać oparzoną okolicę strumieniem zimnej wody przez ok. 20 min i założyć jałowy opatrunek
- substancja żrąca – płuczemy obficie wodą i zakładamy jałowe opatrunki,
- płomień – po schłodzeniu oparzonej okolicy zakładamy jałowy opatrunek.

3. Po ochłodzeniu poczekaj, aż oparzona skóra wyschnie, następnie osłoń opatrunkiem oparzeniowym np.: Aqua Gel, Hydro Gel, wilgotny opatrunek nasączony np. riwanolem lub altacetem. Jeżeli używasz opatrunku tradycyjnego, to przed jego zmianą na nowy namocz go!!! W ten sposób zmiana opatrunku będzie mniej bolesna. Zwłaszcza wykorzystuj to przy zmianie opatrunków u dziecka.

Czego NIE wolno robić...

Nie wolno smarować oparzonej skóry maściami, kremami, tłuszczami. Nie wolno przekuwać pęcherzy. Nie wolno zostawiać ratowanego samego, jeśli oparzenie jest rozległe.

Uwagi dodatkowe:

Należy zgłosić się do placówki medycznej (ambulatorium chirurgiczne, lekarz rodzinny, izba przyjęć, SOR, poradnia chirurgiczna).

Do każdego pacjenta nieprzytomnego bądź którego stan budzi obawy (zasłabnięcie, duża powierzchnia oparzenia, silna reakcja bólowa) wzywamy zespół pogotowia ratunkowego.

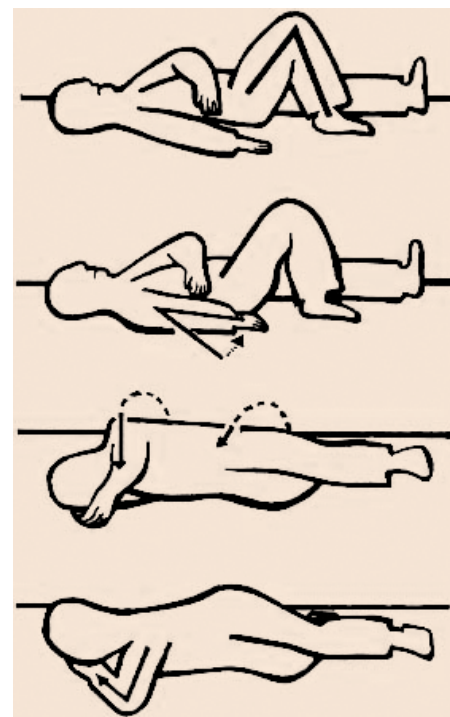
ZASŁABNIĘCIE

LUB PODEJRZENIA ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO

W przypadku zasłabnięcia układamy osobę w pozycji bezpiecznej i wzywamy pogotowie ratunkowe, obserwujemy.

W przypadku wystąpienia cech nagłego zatrzymania krążenia przystępujemy do przeprowadzenia BLS.

Pacjentowi przytomnemu, o ile nie ma przeciwwskazań, możemy podać rozpuszczoną tabletkę polopiryny. Podanie nitrogliceryny wymaga zbadania ciśnienia tętniczego, nie zawsze może być bezpieczne.



OWAD W UCHU, CIAŁO OBCE W NOSIE

Możemy podjąć próbę usunięcia owada pęsetą. Uwaga, nie płuczemy ucha wodą, bo może to spowodować pęcznienie owada. Możemy natomiast wpuścić do ucha kroplę oliwy, lub spirytusu, co może unieruchomić owada. Czasami, wystarczy wywabić owada światłem. W przypadku ciała obcego w nosie można spróbować zatykając drugą dziurkę wydmuchać je. Gdy jest to nieskuteczne należy zgłosić się do poradni laryngologicznej.

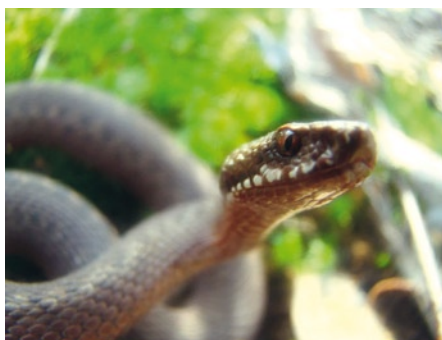


UKĄSZENIA OWADA

Osoby z potwierdzoną alergią na błonkoskrzydłe, powinny nosić przy sobie w sezonie wiosenno-letnio-wczesnojesiennym zestaw pierwszej pomocy, które należy zastosować po ukąszeniu przez owada. Usuwamy z rany żądło. Miejsce ukąszenia możemy schłodzić np. przez przyłożenie kostki lodu. Stosujemy miejscowo leki, np. fenistil żel, doustne leki przeciwhistaminowe (zyrtek, alertek itp.), ewentualnie preparaty wapnia.

KLESZCZE

Usuwanie przez delikatne wykręcenie owada, bądź stosujemy specjalne aparaty do usuwania owadów (dostępne w aptekach). Należy obserwować okoli-



ce ukąszenia przez parę kolejnych dni. W przypadku pojawienia się rumienia (nieregularny pierścień wokół ukąszenia) należy zgłosić się do lekarza rodzinnego, który pokieruje dalszym leczeniem.

UKĄSZENIA PRZEZ ŻMIJĘ

Wymagają oceny lekarza. W przypadku konieczności podania surowicy przeciw jadowi żmiji (na naszym terenie dostępna w oddziałach zakaźnych w Elblągu, Giżycku, Ostródzie) wiąże się z koniecznością hospitalizacji pacjenta. Rany po ukąszeniu nie wysysamy, pozwalamy na swobodny wypływ krwi, co może zmniejszyć ilość toksyn dostających się do organizmu. Nałożenie opaski uciskowej powyżej ukąszenia wymaga sprawdzenia tętna na kończynie (najczęstsze miejsca ukąszenia to dłonie lub stopy, podudzie). Osoby niewykwalifikowane mogą mieć z tym problem. Należy zapisać godzinę założenia opaski.

URAZY KOŃCZYN DOLNYCH

Zabezpieczamy opatrunkiem, możemy podać leki przeciwbólowe. Amputowane części kończyny owijamy w jałowe opatrunki, wkładamy do foliowego worka, który szczelnie zamykamy. Całość

umieszczamy w pojemniku z zimną wodą (możemy dodać parę kostek lodu). Musimy jak najszybciej uzyskać pomoc medyczną.

ZAPAMIĘTAJ:

oceni sytuację, gdy nie reaguje:



zawołaj pomoc



udroźnij drogi oddechowe
brak prawidłowego oddechu



zadzwoń 999 lub 112



wykonaj 30 ucisków klatki piersiowej



2 oddechy ratownicze



powtarzaj w sekwencji 30:2

BLS /Basic Life Support/

Opracowano na podstawie wytycznych Europejskiej Rady ds. Resuscytacji (ERC) z grudnia 2005 r.

WYSOKA TEMPERATURA

Jak zwykle „babcię” sposoby obniżenia wysokiej temperatury ciała są niezastąpione do dziś. Zimne okłady na czoło, kark, pachy i pachwiny są skuteczne, gdy nie dysponujemy, albo nie możemy zastosować aspiryny, pyralginy, paracetamolu lub ibuprofenu. Pacjenta z gorączką, należy poić aby nie doprowadzić do odwodnienia organizmu.

Marzena Kuliś,
Ordynator

Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

Grupa OSB s.c. ogłasza nabór na

szkolenie specjalizacyjne dla pielęgniarek w dziedzinie „Pielęgniarstwa opieki długoterminowej”

Szkolenie bezpłatne – dofinansowane ze środków Ministra Zdrowia

Do szkolenia specjalizacyjnego, zwanego dalej „specjalizacją”, może przystąpić pielęgniarka, która:

- 1) posiada prawo wykonywania zawodu;
- 2) posiada co najmniej dwuletni staż pracy w zawodzie;

Termin nadsyłania dokumentów – 30 sierpnia br.

Planowany termin rozpoczęcia szkolenia – 12 września 2009r.

Organizator szkolenia:

Instytut Spraw Społecznych Grupa OSB s.c.
ul. Murzynowskiego 20, 10-684 Olsztyn

tel. (089) 542 42 70 wewn. 6, fax. (089) 542 42 74,

tel. kom. 600 800 133

www.specjalizacje.pl, www.osb.edu.pl

PAMIĘTAJMY:

W dobie powszechnie stosowanych telefonów komórkowych, zawsze uzyskamy instrukcje postępowania od służb ratunkowych i placówek medycznych (tel. 112, 999).

Zawsze wzywajmy pomoc. Prowadzenie czynności reanimacyjnych, to ciężka praca fizyczna. Ale nasz wysiłek może ocalić czyjeś życie.

Na szczęście wielu „nieprzewidzianych” zdarzeń można uniknąć, oceniając i unikając niebezpieczeństw.

Izrael-Ziemia Święta

Marzenie wielu ludzi bez względu na wiarę, jaką wyznają. Każdy znajdzie tu coś dla siebie: zarówno dla ducha – zadumę, modlitwę, jak i dla ciała – słońce, nurkowanie i zwiedzanie.

Wyprawę swą rozpoczęłam wylatując z Warszawy do Tel Awiwu z przesiadką w Budapeszcie. Sam lot był dużym przeżyciem, ponieważ turbulencje, które nami miały nie należały do przyjemnych. Ale to, co zobaczyłam w czasie tygodniowego pobytu w tym urokliwym kraju, wynagrodziło wszystkie niedogodności podróży. Była to duża zmiana trafić z zimnej, zaśniewanej Polski do ciepłego, słonecznego, zielonego Izraela. Dominuje tam krajobraz wyżynno-górzysty. Obszar kraju dzieli się na cztery regiony: wybrzeże śródziemnomorskie, centralny pas wzgórz, Dolinę Jordanu i Pustynię Negew. Większość mieszkańców posługuje się biegle kilkoma językami, w tym rosyjskim, angielskim, nowohebrajskim (iwrit).



Zwiedzanie zaczęłam od wieczornej wycieczki do Tel Awiwu i tutaj pierwszy raz spróbowałam prawdziwej szalarmy, czyli bułki pita z pysznie przyprawionym mięskiem w środku. Morze Śródziemne przywitało mnie serdecznie swoją ciepłą wodą i przyjemnym szumem. Idąc jego brzegiem niedaleko centrum trafia się na Jaffę. Jest to ośrodek portowy z historią sięgającą głębokiej starożytności. Panuje tam cudowna bliskowschodnia

atmosfera. Wąskie, kręte niczym labirynt uliczki zachęcają do odkrywania tajemnic i poznawania pięknej architektury. W soboty panuje tam wielki tłok, ludzie przychodzą na plażę, rozpalają grille, tańczą, odpoczywają. Dla ortodoksyjnych Żydów, przestrzegających ściśle zakazów religijnych, jest także oddzielna plaża dla kobiety i oddzielna dla mężczyzny.



Kolejnym numerem na liście była Pustynia Negew. Na jej olbrzymiej powierzchni, wbrew pozorom, znajduje się wiele ciekawych rzeczy. Najbardziej przejmujący widok stanowiły „biedne” domy Beduinów, składające się z paru blaszanych ścian, przykrytych szmatami. Dużą zagadką było to, co jedzą na pustyni zwierzęta hodowlane. Tamtejsze kozy są pożytecznymi zwierzętami, ponieważ zjadają wszystkie odpady pozostawione przez ludzi przy szlakach turystycznych. Warte obejrzenia są ruiny starożytnego miasta Avdat, położonego na szczycie góry. Miasto zbudowali w II w. p.n.e. Nabatejczycy, jako przystanek dla karawan na szlaku handlowym z Petry (w Jordanii) do Gazy. Widok, który się tam rozciąga zapiera dech w piersiach. Najslynniejszą atrakcją Pustyni Negew jest olbrzymi tzw. Krater Ramon.



Jest to największe tego typu zagłębienie na świecie, które ma 40 km długości, 8 km szerokości i 300 m głębokości. Niech was nie zmyli nazwa krater, nie jest to bowiem efekt uderzenia meteorytu lub wybuchu wulkanu. Jest to forma geologiczna. W tym miejscu płaskowyz Negew osiąga blisko 1000 m n. p. m., dlatego zimą często pada tu śnieg.

Następnym przystankiem był Ejlat. Miasto – kurort, raj dla sportów wodnych i miłośników nurkowania w Morzu Czerwonym. Dodatkowo ma też duże znaczenie historyczne. Podobno to w Ejlatcie „Naród Wybrany” wyszedł z Morza Czerwonego, które, dzięki łasce Pana, przekroczył suchą nogą podczas ucieczki z Egiptu. Tutaj lato trwa cały rok, więc bez ryzyka można przyjechać i korzystać z dobrodziejstw przyrody. Jadąc wzdłuż morza trafia się na prywatną plażę zwaną Rafą Delfinów. Można obejrzeć tam pokaz umiejętności tych cudownych ssaków i ich karmienia. Za dodatkową opłatą można popływać w ich towarzystwie (ok. 200 zł). Kolejnym punktem mojej wyprawy było podwodne Obserwatorium Świata Koralowców i przejażdżka żółtą łodzią podwodną. Podziwiałam piękne koralowce i tropikalne ryby (ok. 100 zł). O wyznaczonej godzinie można zobaczyć także karmienie rekinów, płaszczek i tuńczyków. Większość widzów, w tym również i ja, spodziewała się krwi i szarpaniny, a w rzeczywistości ryby były przekarmione i nawet nie tknęły pokrojonych w dzwonek ryb. Okolice Ejlatu należą do najważniejszych tras przelotów pta-





ków wędrownych z terenów lęgowych w Europie i Azji do ciepłych zimowisk afrykańskich. Nieopodal tego pięknego miasta znajduje się pełen uroku Gay Shane, czyli czerwony kanion. Widok różnych odcieni czerwieni i faktur skał w zachodzie słońca, tworzy niesamowitą kompozycję gry światła, cieni i kolorów.

Olbrzymią atrakcją i niesamowitym przeżyciem jest kąpiel w Morzu Martwym. Pływanie w nim jest bardzo utrudnione ze względu na duże zasolenie wody. Ale leżąc sobie na wodzie można podziwiać z jednej strony piękne widoki otaczających gór i luksusowych hoteli Izraela, a z drugiej góry Jordanii. Lustro wody znajduje się w najniższym punkcie Ziemi, czyli 418 m pod p. m. i ciągle się obniża. Ważną w miesiącach letnich rzeczą, o której trzeba pamiętać, to zabranie kłapek. Piasek na plaży i chodniki rozgrzane są do czerwoności, co może spowodować poparzenie stóp. Oprócz kąpeli dobrze jest się potaplać w dobroczynnym błotku i skorzystać z gorących źródeł siarkowych, które leczą różnego rodzaju choroby skóry. Można, a nawet trzeba, kupić sobie pamiętkę w sklepie z kosmetykami z Morza Martwego, a jest w czym wybierać. Nieopodal Morza Martwego rozciąga się oaza Ein Gedi z licznymi źródłami (m.in. Ein Gedi, Nahal David, Nahal Arugot) i jaskiniami. Rezerwat ten to jeden z najważniejszych obszarów przyrody chronionej w Izraelu. Największą atrakcją jest Źródło Dawida (Nahal David). W tworzących wodospadach, można się wykąpać i popływać a szum spływającej z dużej wysokości wody, działa kojąco na naszą psychikę.

Niewątpliwie najbardziej chwytającą za serce i wzruszającą jest podróż do Jerozolimy (po hebrajsku: Jerusalamim, po arabsku Al-Quds). Jest to miasto trzech religii i trzech odmiennych kultur. Atmosfera tam panująca jest

niesamowita, nastraja człowieka melancholijnie i zmusza do refleksji oraz przemyśleń nad swoim istnieniem. Wiele można by pisać o tym miejscu i tak nie przekazać się wszystkiego. Całość jest wspaniała, interesująca, warta zobaczenia. W pierwszej kolejności poszłam pod Ścianę Płaczu z karteczką i długopisem, aby tradycji stało się zadość. Napisałam swoje skromne prośby i upchnęłam karteczkę między kamienie. Można tu spotkać ludzi różnych narodowości, kolorów skóry i wiary. A wszyscy proszą o to samo: miłość, szczęście, zdrowie i o pokój na świecie, zwłaszcza na Ziemi Świętej.

Budowlą od razu rozpoznawalną i widoczną z daleka jest pozłacana Kopuła Skały, położona na Wzgórzu Świątynnym. Jej kopuła pokryta jest płatkami złota. Pod kopułą znajduje się skała, na której Abraham miał złożyć w ofierze Izaaka. Muzułmanie wierzą, że właśnie stąd Mahomet wzbil się na wierzchołcu do nieba. Odwiedziłam również Bazylikę Grobu Świętego, a w niej Kamień Namaszczenia, Ołtarz główny na Gulgocie, miejsce znalezienia Krzyża. Warto wspomnieć o Via Dolorosa – najważniejszym miejscu Dzielnicy Chrześcijańskiej, o Górze Oliwnej z licznymi kościołami i cmentarzami. Niezwykłym kościele Pater Noster – Ojciec Nasz, w którym możemy zobaczyć mozaikowe tablice z tekstem Modlitwy Pańskiej w ponad 140 językach. Zwiedzenie tego

wszystkiego wymaga nie lada kondycji, a opisanie dużo czasu i papieru. Kolejnym cudownym miejscem, które odwiedziłam jest Cezarea – najlepiej zachowany w Izraelu kompleks starożytnych i średniowiecznych ruin nad Morzem Śródziemnym. Można tam obejrzeć amfiteatr zbudowany przez Heroda. Imponującym osiągnięciem budowniczym jest akwedukt, którym płynęła woda ze źródła na zboczach Karmelu oddalonego o 13 km. W Cezarei można spędzić cały dzień korzystając z kąpeli słonecznych na pięknej piaszczystej plaży, ponurkować i zwiedzić Wieżę Czasu. W jej wnętrzu można zobaczyć multimedialną prezentację Cezarei z czasów Heroda. Są tam też figury znanych postaci, m.in. św. Pawła i rabiego Akiwy, których hologramy przemawiają do nas, jak postacie z kultowego filmu „Gwiezdne wojny”.

W Izraelu wszystko było dla mnie nowe, piękne i niesamowite. Nie chciałam stamtąd wyjeżdżać, tym bardziej, że podczas mojej wyprawy zwiedziłam tylko niewielki fragment zabytków i miejsc, wartych zobaczenia. W pamięci została mi wspaniała atmosfera Ziemi Świętej. Postanowiłam, że muszę dokończyć zwiedzanie i na wakacje zarezerwowałam już bilety.

Katarzyna Hołoweńko
Rejestratorka Medyczna
Pracownia USG



„Piękna nasza Polska cała...”

Kadzidłowo

Około 10 km od Rucianego-Nidy w Puszczy Piskiej znajduje się Prywatny Park Dzikich Zwierząt. Miłośnicy przyrody powinni się do niego koniecznie wybrać, by na obszarze około 100 ha móc podziwiać wiele gatunków zwierząt. W parku spotkamy m.in. tarpany, danielle, wilki skandynawskie, losie, jelenie (także syberyjskie jelenie Dybowskiego), dziki, miniaturowe kozy, osiołki, bobry, żubry, bizona. A także ptaki: bociany, żurawie,

głuszce i wiele innych. Niektóre zwierzęta swobodnie poruszają się po lesie, inne możemy oglądać tylko w zagrodach i parku małych zwierząt. (przyp. red. Reportaż fotograficzny z wizyty w Kadzidłowie, na okładce Pulsu.)

Warto przyjechać tu z dziećmi, na pewno będzie to dla nich duża atrakcja! Tym bardziej, że zwierzęta można karmić. Park został założony przez doktora Andrzeja Krzywińskiego. Jest to prywatna

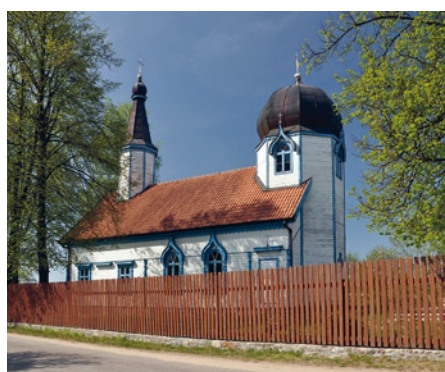


inicjatywa, mająca na celu zachowanie wymierających gatunków. Dzięki niej możemy zobaczyć i podziwiać z bliska wiele zwierząt, które bardzo trudno spotkać na wolności.

Radosław Kowalski

Wojnowo

W niedalekim Wojnowie od lat żyją zgodnie wyznawcy czterech religii: katolicy, ewangelicy, prawosławni i starowiercy. Ci ostatni, nazywani też Filiponami na cześć pustelnika ascety, to wyznawcy prawosławia, którzy odrzucili reformy wprowadzone w XVII w. przez patriarchę Nikona.



Prześladowani w Rosji, w zamian za kolonizację Puszczy Piskiej mogli żyć według reguł swej wiary. Powstały wówczas takie wsie jak Ukta, Iwanowo, Onufryjowo i Piaski, ale religijnym sercem społeczności stało się Wojnowo. Do dnia dzisiejszego zachowała się drewniana cerkiew zbudowana w latach 1922-1927 i żeński klasztor staroobrzędowców z XIX wieku, w którym obecnie znajduje się hotel.

Radosław Kowalski

„Regionalne spotkania ze sztuką”

9.05.2009 r. miałam przyjemność udziału w niewielkim, acz bardzo miłym wernisażu, który odbył się w Barczewie w galerii „Synagoga”. Dlaczego o tym piszę? Bo jednym z prezentujących się tam artystów, był nasz kolega z pracy, którego sylwetkę przedstawialiśmy w wcześniejszym „Pulsie”. O kim mowa? – o tuż jest nim Daniel

Burakowski, pracownik Działu Technicznego, znany nam jako stolarz a niektórym, jako artysta rzeźbiarz. Spotkanie to pod tytułem „Regionalne spotkania ze sztuką” w ramach cyklu „Co ręce potrafią”, było okazją do zapoznania się z wieloraką twórczością artystów amatorów, mieszkających w naszym regionie.

Pan Daniel zaprezentował tam wiele bardzo pięknych i ciekawych prac. Dlatego tym bardziej jest nam miło, że są wśród nas osoby tak uzdolnione, które poza codzienną pracą znajdują czas na realizację swoich osobistych pasji. Gratulujemy.

Barbara Szymczuk



Doskonaliśmy się!

W dniach 18-21 maja 2009 r. przedstawiciele naszego szpitala oraz osoby, którym dobro szpitala leży szczególnie na sercu, udali się na niezwykle konstruktywną wyprawę, jaką był wyjazd do pięknych miast w Unii Europejskiej: Brukseli, Maastricht i Aachen.

Na czele z Ireną Kierzkowską Dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie w wizycie udział wzięli Wiesława Włodarczyk-Szczepańska – Przewodnicząca Rady Społecznej, Elżbieta Majchrzak-Kłokocka – Kierownik Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji, Dariusz Onichimowski – Ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Stefan Barabas Z-ca Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych oraz Marcin Kautsch – Ekspert Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Celem wizyty było zapoznanie się z nowoczesnymi rozwiązaniami w zakresie:

- budowania struktury zarządzania na najwyższym szczeblu,
- zarządzania oddziałami klinicznymi w szpitalu,
- zarządzania personelem lekarskim, w tym form zatrudnienia,
- zarządzania personelem pielęgniarskim, w tym form zatrudnienia,
- struktury podejmowania decyzji,
- budowania nowoczesnej struktury organizacyjnej w oparciu o doświadczenie krajów UE,

- budowania struktury w zależności od rodzaju zadań.

Wizyta ta była zaplanowana z myślą o nowych zadaniach Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie w związku z utworzeniem Wydziału Medycznego na UWM – zgodnie z art.1. pkt.2 i art. 3 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 14 października 1991 r.

Podczas wizyty miało również miejsce spotkanie z dyrektorem zarządzającym Stowarzyszeniem Szkół Zdrowia Publicznego Regionu Europejskiego z siedzibą w Brukseli w sprawie nowych możliwości pozyskiwania środków z Unii Europejskiej przez Szpitale, w tym szpitale kliniczne – uniwersyteckie.



Szpital uniwersytecki w Maastricht

Kilkoma wspomnieniami na temat odbytej wizyty, dzieli się z nami dr n. ekon. Elżbieta Majchrzak-Kłokocka:

– W Szpitalu Uniwersyteckim w Maastricht przywitał nas rektor tegoż uniwersytetu. Tu mogliśmy się zapoznać z tym, jak współpracują oddziały kliniczne szpitala z uniwersytetem i w jaki sposób są finansowane te jednostki. Największe wrażenie wywarł na nas Menedżer ds. Zarządzania Personalem. Jego nowatorskie metody zarządzania, zastosowanie wszelkiego rodzaju ankiet, danych statystycznych, analiz były niezwykle interesujące. Myślę, że te sprawy dzione przez niego działania, warto byłoby zaszczyć na grunt naszego szpitala tym bardziej, że stoimy przed nowymi wyzwaniami, jakimi jest budowa bloku operacyjnego i sterylizatorni oraz współpraca z uniwersytetem w zakresie stworzenia bazy dydaktycznej dla studentów Wydziału Medycznego. Również rozwiązania organizacyjne w szpitalu w Aachen zainspirowały nas do nowych działań. Atmosfera całej tej wizyty była niezwykle przyjazna i serdeczna. Spotkaliśmy się z dużym zainteresowaniem dotyczącym naszych problemów i radzenia sobie z nimi. Problemy wszędzie są takie same a to, jak sobie z tym poradzić zależy od ludzi ich wiedzy i zaangażowania.

Barbara Szymczuk



Delegacja z Olsztyna



SUBTELNY SMAK ORIENTU

Od razu po przekroczeniu progu tej restauracji mamy wrażenie, że znaleźliśmy się w innym świecie. Na pierwszy rzut oka widać, że lokal urządzone jest z wysublimowaną prostotą i minimalizmem. Dominującym kolorem jest tu bordo i ciemny brąz. Światło w tej restauracji, jak przystało na wnętrze urządzone w stylu japońskim jest oszczędne. Oryginalną estetykę budują tutaj mlecznobiałe, podłużne lampy, które sprawiają, że miejsce nabiera orientального klimatu.

Możemy usiąść przy jednym z kameralnych, małych stolików, albo zająć miejsce przy rolling-barze. To specyficzna lada, gdzie po zewnętrznej stronie siedzą goście, a po wewnętrznej mistrzowie sushi wyczarowują niesamowite przysmaki. Środkiem rolling-baru, płynnie rzeczka, a po niej, na specjalnych tackach – na talerzykach – sushi ozdobione kwiatami orchidei.

W tym miejscu od razu zapomina się o tłumach tuż za szklanymi szybami, spacerujących po olsztyńskiej Starówce.

To pierwsza i jedyna restauracja Sushi w naszym regionie.

– Jakiś czas temu razem z mężem wyjechałam zagranicę i tam po raz pierwszy zetknęłam się z prawdziwym smakiem sushi – opowiada pani Katarzyna Dostatnia, właścicielka Yoko Sushi. – Miałam okazję pracować przy otwarciu prawdziwej japońskiej restauracji i od podstaw przyglądać się tworzeniu, organizowaniu i rozwojowi tego lokalu. Naszym szefem był Japończyk, od którego naprawdę dużo się nauczyłam. To od niego podpatrzyłam, na co trzeba zwrócić uwagę przy organizowaniu takiego miejsca, a także przy doborze menu.



Po powrocie do Polski Pani Kasia ze swoim mężem Pawłem po kilku miesiącach bezowocnych poszukiwań pracy, postanowili otworzyć własny biznes. Wpadli na pomysł sushi baru. Od pomysłu, do realizacji minęło 1,5 roku. W końcu się udało. Od stycznia wszyscy mogą raczyć swoje podniebienia orientальnym smakiem japońskich potraw w Yoko Sushi.



Katarzyna Dostatnia – właścicielka Yoko Sushi.

– Zdziwił nas przekrój wiekowy osób, przychodzących do naszego sushi baru – mówi Katarzyna Dostatnia. – Na początku naszej działalności byliśmy nastawieni na klientów pracujących i osoby starsze. Okazało się, że klimat naszej restauracji, a także serwowane tu potrawy przypadły do gustu również młodszym konsumentom. Często więc przychodzą do nas na obiad studenci, ale także osoby starsze, które zasmakowały w naszej kawie i deserach, a w szczególności w naszych poziomkach w białej czekoladzie. Odwiedzają nas także przedsiębiorcy, którzy odbywają u nas swoje spotkania biznesowe. Jednym słowem do sushi baru można wpadać zarówno na śniadania, jak i obiady, desery, czy kolacje.

Wielowiekowa tradycja, namaszczenie z jakim wybiera się składniki i sposób przyrządzania sprawiły, że dania orientalne stały się prawdziwą sztuką w krajach, z których pochodzą. Coraz

większą popularnością cieszą się również w naszym kraju. Jedzenie to nie tylko zaspokajanie potrzeby człowieka, bo kuchnia japońska to ucztą nie tylko dla podniebienia.



Warto pamiętać o innej jej, bardzo istotnej stronie. Estetyce serwowania potraw i niezwyklej dbałości o szczegóły. Dania są naprawdę pięknie podane, na charakterystycznych, prostokątnych talerzach i miseczkach.

Swoisty smak japońskim potrawom nadają dashi, wywar z suszonych ryb i wodorostów, ryżowe wino mirin, sake, a także produkty z soi: miso, tofu i japoński sos sojowy.

Na początku odnosimy się do tych smaków nieufnie, z pewną rezerwą, ale i ciekawością. Potrawą, z której słynie sushi bar, jak sama nazwa wskazuje jest sushi, charakterystyczne dla japońskiej kuchni. A więc smakujemy...

– W Polsce panuje przekonanie, że sushi to surowa ryba i niektórzy ludzie po prostu boją się do nas zająć, bo nie mają odwagi spróbować tej potrawy – śmieje się pani Kasia. – A tak naprawdę sushi jest terminem używanym dla dań, do przygotowania których użyto sushi meshi, czyli ryżu z octem winnym.

W barze sushi możemy więc spróbować na przykład Sushi Maki. Są to paski ryb (nie koniecznie surowych!) lub warzyw, zrolowane w ryżu i zawinięte w płat suszonego nori (alg morskich). Dodatkowo do ryżu mogą być również np: ogórek, awokado, szparagi, krewetki, czy ośmiorniczki. Dowolność w doborze składników do sushi jest nieograniczona.

W zależności od sposobu przygotowania lub podania istnieje wiele rodzajów

sushi: formowane w rękę, zwijane rolki (grube i cienkie), rożki, łódeczki, i wiele innych. Do sushi zawsze podaje się sos sojowy, japoński chrzan wasabi oraz marynowany imbir.

Można je jeść palcami lub pałeczkami. Ważne jest jednak, by zjadać całe kawałki na raz i absolutnie nie używać do tego sztućców.



Osobą, która dba o smak wszystkich potraw jest Piotr Narel, szef kuchni.

– Mieliliśmy na prawdę szczęście, że Piotr zgodził się u nas pracować – mówi pani Kasia. – W 2007 roku Piotr został odkryciem kulinarnym w miesięczniku „Kuchnia”. Dla niego gotowanie jest prawdziwą pasją, całe dni spędza na szukaniu nowych smaków i przepisów.

Kuchnia japońska jest zdrowa i mało kaloryczna. Te z pozoru niewinnie wyglądające porcje serwowane w restauracjach, tak naprawdę są niezwykle syćące i lekkie dla naszego żołądka. Nie smaży się tu na maśle, nie je chleba i śmietany, unika sera i tłustych sosów. Dzięki temu potrawy są bogate w białko i żelazo, a także ubogie w cholesterol i tłuszcze. Od lat zachwycają swoją doskonałą formą, egzotyką zapachów i wyśmienitym smakiem.

Magdalena Kantorczyk

Ciekawostki

W japońskich kasynach na przełomie XIX i XX wieku podawano sushi z tuńczykiem, jednak klejący się do dłoni ryż przeszkadzał graczom, zaś szulerom służył do znaczenia kart. Na życzenie klientów zaczęto więc zawijać sushi w plastry nori, co dało początek nowemu rodzajowi sushi.

Wśród osób, które nadesłały właściwe rozwiązanie krzyżówki, rozlosowane będą dwa podwójne zaproszenia do:

Yoko Sushi
ul. Stare Miasto 17/21 lok.33A
10-028 Olsztyn
tel. (089) 533 88 33
restauracja, catering

K r z y ż ó w k a

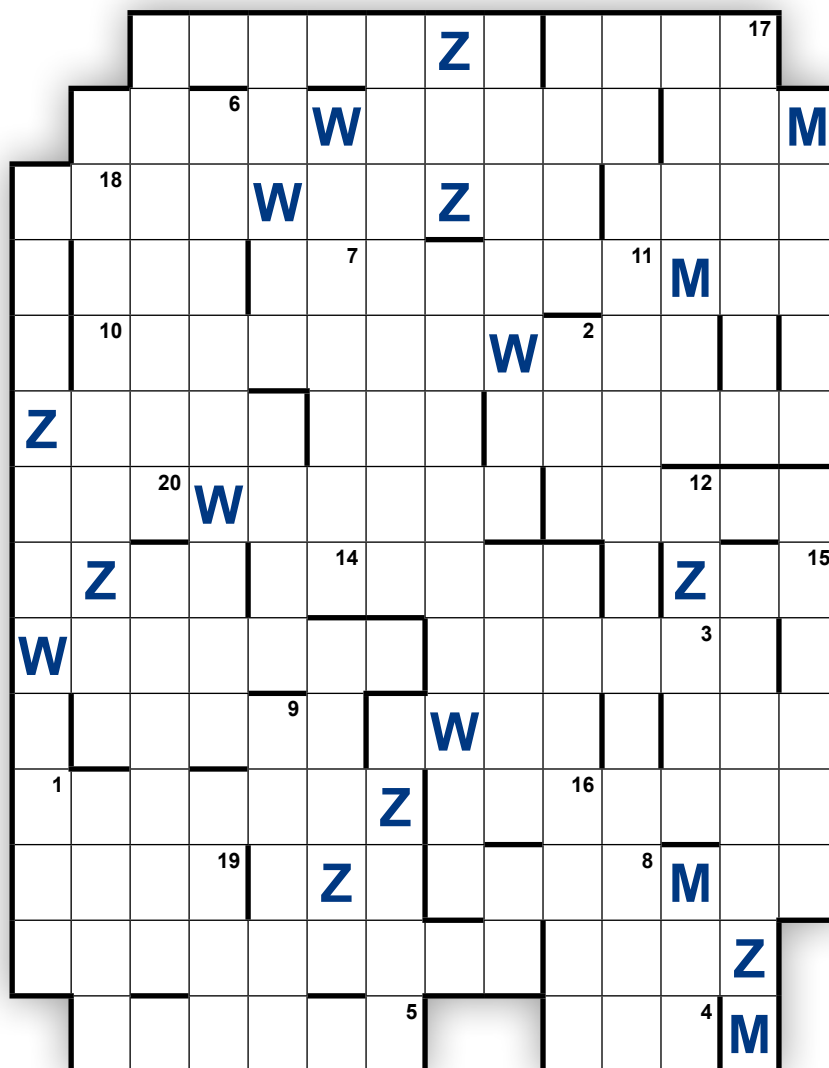
Jolka

24

Objaśnienia 61 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery M, W i Z. Na ponumerowanych polach ukryto 20 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest nim przysłowie polskie.

Hasło w zaklejonej kopercie prosimy wrzucić do specjalnej skrzynki w Kancelarii Szpitala. Na kopercie prosimy podać imię, nazwisko i miejsce pracy oraz nr kontaktowy. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy, rozlosujemy dwa podwójne zaproszenia do restauracji Yoko Sushi.

Nagrodę książkową za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki otrzymuje **Barbara Lachowicz**.
Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.



- zostały rzucone • eksponat • stolica Sindh • najszybszy galop • alkaloid krzewu andyjskiego • żona radzy • bydlenie • autor „Wojny i pokoju” • kapusta polna • natychmiastowy rodzaj żupki • stolica Bearn • schody ruchome • roślina na morfinę • żona Mahometa • stoik z Kition • konstrukcja wokół budynku • partner noża • zbieżny lub rozbieżny • dodatkowa ruchoma podziałka • Punto lub Panda • szpalta • oksybiont • nazista • nad Uralem, powyżej Orenburga • ogród zoologiczny • bakterio-bójca odmiana tlenu • włoski przewodnik • krętorogi z Tybetu • diabeł lasów i mokradel • to, co rzeczywiste • pokarm • kolejka za czymś • miasto nad Ingodą • dziwaczna figura taneczna • na ręce chirurga • konkurent • imię konstruktora lampy naftowej • przerzut piłki górą • usunięcie trzeciego migdałka • lejce, wodze • Wahan • górotwór • czynność przewodu pokarmowego • w urzędzie z wagami • kot amerykański • dowcipniś • Nb • energetyka wiatrowa • mały Ireneusz • 2-litrowe miasto Sumerów • patrycjusz • najznakomitsi plebejusze • masturbacja • Iwan Groźny • radość i spokój duszy u Demokryta • syn Dedala • walc lub tango • imię Cembrzyńskiej • podbici przez Pizarra • 4 asy • oszust, łgarz • żółciowy lub płucny

BJER

Rozwiązanie krzyżówki nr 23 z 23 numeru Pulsu Szpitala:
„Więcej ludzi utonęło w kieliszku niż w morzu”



Radek Kowalski
– informatyk,
w szpitalu pracuje
od 2001 roku.
Fotografią fascynował
się już w podstawówce,
jest to tradycja
rodzinna.

