



PULS SZPITALA

ISSN 1644-8162

NR 29/3 lipiec • sierpień • wrzesień 2010



Otwarcie zmodernizowanej Otolaryngologii



Droży czytelnicy

Ostatnie miesiące w naszym Szpitalu były pełne ważnych wydarzeń. We wrześniu miało miejsce uroczyste otwarcie zmodernizowanego Oddziału Otolaryngologicznego i Onkologii Laryngologicznej. Swoją obecnością zaszczytili nas przedstawiciele władz miasta i województwa, którzy gratulowali szpitalowi prężnego rozwoju. Nasi laryngologiczni pacjenci są leczeni w najlepszych warunkach. Teraz nie tylko mogą liczyć na doświadczoną i fachową kadrę oraz nowoczesny sprzęt, ale i komfort pobytu.

Już po raz czwarty współorganizowaliśmy Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki.

Podczas spotkania były prezentowane wysokospecjalistyczne metody diagnostyczne, jakie są wykonywane w naszym szpitalu. W czasie seminarium lekarze prezentowali możliwości diagnozowania w różnych dziedzinach medycyny oraz korzyści płynące dla pacjentów z badań wykonanych specjalistycznym sprzętem. Dużym zainteresowaniem cieszy się wystawa „Nie poznamy prawdy nie znając przyczyny”, przygotowana w ramach Olsztyńskich Dni. Na blisko 100 zdjęciach przedstawiono obrazy diagnozujące różne choroby oraz wysokospecjalistyczny sprzęt diagnostyczny, na którym wykonywane są badania w naszym szpitalu. Wystawę można oglądać w holu szpitalnym. W artykule „Przed nami nic się nie ukryje – zawsze dojrzymy Twoje bo-

gate wnętrze!” lekarze Działu Diagnostyki Obrazowej opisują historię swojego działu oraz ludzi, którzy tworzyli i tworzą ten dział. A jest to dział z wieloletnią historią, czego dowodzi wywiad przeprowadzony z Krystyną Gruszczyńską, najdłuższą pracującą osobą, nie tylko w dziale, ale w szpitalu. Gratulujemy wytrwałości :)

Nie można odłożyć Pulsu nie poznając relacji z wyprawy dr Emilii Paszkowskiej nad Wodospady Wiktorii. Pozwólm się porwać podróżnicze do dzikiej Afryki.

Zapraszam do lektury.

Kornelia Kotwicka
Redaktor Naczelna

Spis treści

Uroczyste otwarcie zmodernizowanego Oddziału Otolaryngologicznego i Onkologii Laryngologicznej	3
Nowe oblicze Otolaryngologii	4-5
Pielegniarki i położne to ważne i najliczniejsze grupy zawodowe w naszym Szpitalu	6-7
Okulary komfortowe dla oka, soczewki komfortowe dla człowieka	8-9
Przed nami nic się nie ukryje – zawsze dojrzymy Twoje bogate wnętrze!	10-11
41 lat minęło	12
Dar od Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy	12
Nie poznamy prawdy nie znając przyczyny – 8 Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki	13
Wystawa	14-15
Poantybiotykowe zapalenie jelit	16-18
Podstępny antybiotyk	18
Z myślą o niepełnosprawnych	19
Partnerstwo dla transplantacji	20
Nowy konsultant ds. endokrynologii	21
Rozwiązanie quizu szpitalnego	21
Wodospady Wiktorii	22-24
„Świat mi się wyrócił”	25
Podpisanie umowy na roboty budowlane	25
Nakarmimy Cię ... zdrowiem!	26-27
Krzyżówka	27

PULS SZPITALA



Wydawca:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

Redaktor naczelny:

Kornelia Kotwicka

Koncepcja graficzna

Barbara Szymczuk

Zespół redakcyjny

Alicja Biernacka
Magdalena Kantorczyk
Barbara Szymczuk

Stała współpraca

Alicja Markiewicz
Hanna Taraszkiewicz
Jerzy Badowski

Zdjęcia na okładce

Paweł Berkolec
Kornelia Kotwicka

Zdjęcia udostępnił

Emilia Paszkowska

Adres redakcji:

10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18
Dział Zarządzania, Marketingu i Promocji
tel. 89 538 63 06
marketing@wss.olsztyn.pl
kkotwicka@wss.olsztyn.pl
www.wss.olsztyn.pl

Druk i przygotowanie:

Studio Blenam
tel. 89 526 35 52, www.blenam.pl

Nakład:

1200 bezpłatnych egzemplarzy
Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmiany tytułów.



Uroczyste otwarcie zmodernizowanego Oddziału Otolaryngologicznego i Onkologii Laryngologicznej



Niezwykle ważnym wydarzeniem w życiu naszego szpitala było uroczyste otwarcie zmodernizowanego Oddziału Otolaryngologicznego i Onkologii Laryngologicznej, które odbyło się 30 września 2010r.



Uroczyste przecięcie wstęgi

Część oficjalna miała miejsce w szpitalnej sali konferencyjnej. Gości powitali: Irena Kierzkowska – dyrektor szpitala oraz Bogdan Kibiłda – ordynator oddziału otolaryngologii. Swoją obecnością zaszczytili nas: Julian Osiecki – przewodniczący Sejmiku Województwa Warmińsko-Mazurskiego, Jolanta Szulc – wicemarszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego, Arcybiskup Wojciech Ziemba, prof. Dariusz Jurkiewicz – konsultant

Krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii, Maria Bąkowska – dyrektor Biura Wojewody, Ewa Bertrand-Zbierska – dyrektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Olsztyn, Władysław Sawa – poprzedni ordynator oddziału oraz dyrektorzy szpitali wraz z ordynatorami oddziałów laryngologicznych. Po przedstawieniu krótkiej historii oddziału wszyscy obecni goście przeszli od oddziału, gdzie nastąpiło uroczyste przecięcie wstęgi oraz poświęcenie oddziału.

Oddział Otolaryngologiczny i Onkologii Laryngologicznej został całkowicie zmodernizowany. Sale dla pacjentów wyremontowano i przystosowano do kompleksowego leczenia chorych. Modernizacja Oddziału jest jednym

z zadań projektu „Centrum urazowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie szansą kompleksowego leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi” składanego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko. Koszt modernizacji wyniósł około 1,5 mln zł.



Od prawej: Arcybiskup Bogdan Ziemba; Piotr Rudzki – ordynator oddziału laryngologii w Szpitalu Dziecięcym; Mirosław Denisiuk – ordynator oddziału laryngologii w Szpitalu Wojewódzkim w Elblągu



Od prawej: Janusz Snopek – ordynator otolaryngologii ze Szpitala Uniwersyteckiego z dr. Robertem Ejdysem

Pacjenci hospitalizowani w Oddziale Otolaryngologicznym i Onkologii Laryngologicznej są leczeni w najlepszych warunkach. Teraz nie tylko mogą liczyć na doświadczoną i fachową kadrę oraz nowoczesny sprzęt, ale i komfort pobytu. **core**



Władysław Sawa – poprzedni ordynator oddziału otolaryngologii



Jolanta Szulc – wicemarszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego



Maria Bąkowska – dyrektor Biura Wojewody



prof. Dariusz Jurkiewicz – konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii



Irena Kierzkowska – dyrektor WSS w Olsztynie

Nowe oblicze Otolaryngologii

Rozmawiamy z dr. n. med. Bogdanem Kibiłdą, ordynatorem Oddziału Otolaryngologicznego i Onkologii Laryngologicznej.

– Oddział Laryngologiczny był pierwszym oddziałem jaki powstał po wojnie na Warmii i Mazurach. Kiedy rozpoczęto leczenie pacjentów laryngologicznych?

– W okresie powojennym województwo olsztyńskie było najbardziej upośledzonym i zaniedbanym województwem pod względem liczby lekarzy, a zwłaszcza lekarzy specjalistów.

Nasz oddział, który był pierwszym powojennym oddziałem, otwarto w styczniu 1950r. w dawnym Szpitalu Wojewódzkim, a obecnym Szpitalu Miejskim. Był to skromny, bo 15-lóżkowy, samodzielny oddział, bez własnej sali operacyjnej. Do stycznia 1951 r. posiadał jednoosobową obsadę lekarską, a pielęgniarka oddziałowa pełniła funkcję asystenta przy zabiegach operacyjnych. W lutym 1951r. oddział laryngologiczny otrzymał nowe pomieszczenia z własnym zapleczem operacyjnym. Od tego roku posiadał swoje sale: operacyjną, endoskopową, opatrunkową oraz sześć 30-lóżkowych sal dla chorych.

– Kto był prekursorem olsztyńskiej laryngologii?

– Twórcą i ordynatorem oddziału był docent Bolesław Laszka. Była to silna i nietuzinkowa osobowość. Docent Laszka nie tylko stworzył ten oddział, ale także na jego bazie wyszkolił całe zastępy lekarzy laryngologów pracują-

cych na Warmii i Mazurach i nie tylko. Jako wybitny lekarz miał wielki wkład w rozwój olsztyńskiej laryngologii. Jego imieniem została nazwana jedna z ulic oraz osiedle w Olsztynie.

– Kiedy oddział został przeniesiony do obecnego budynku?

– W maju 1971 roku oddział docenta Laszki został przeniesiony do obecnego szpitala wojewódzkiego. W nowym szpitalu otrzymał bardzo nowoczesne urządzenia z własną salą operacyjną, opatrunkową, gabinetem zabiegowym i wyciszonym pokojem do badania słuchu. Oddział liczył 30 łóżek, rozlokowanych w 3-osobowych salach chorych i 2 separatkach. Mieszkańcy Warmii i Mazur nie tylko byli leczeni przy pomocy najlepszego sprzętu, ale opiekowali się nimi również najlepsi specjaliści, którzy nieustannie podnosili swoje



kwalifikacje. W okresie do 2010 roku 25 lekarzy uzyskało II stopień specjalizacji, a 28 lekarzy I stopień specjalizacji. Wielu wyspecjalizowanych lekarzy opuściło województwo olsztyńskie, a 10 z nich zajmowało stanowiska ordynatorów.

– Historia olsztyńskiej laryngologii liczy już ponad 60 lat, kto w tym czasie kierował oddziałem?

– Założycielem i pierwszym ordynatorem, w latach 1949-1979, był dr hab. n. med. Bolesław Laszka. Po 30 latach przekazał obowiązki swojemu uczniowi

Oddział w liczbach

- w ciągu ostatnich dziesięciu lat wykonano – 1168 operacji usznych,
- od 2000 roku wykonano łącznie 592 laryngektomii z powodu raka krtani,
- od 2006 roku stosuje się Laser CO2,
- od 2003 roku wykonano 771 zabiegów endoskopowych zatok i nosa,
- oddział posiada 22 łóżka,
- zatrudnionych jest 7 lekarzy specjalistów,
- 3 lekarzy rezydentów,
- 4 lekarzy posiada stopień naukowy doktora nauk medycznych,
- 12 pielęgniarek, w tym 3 pielęgniarki ze specjalizacją chirurgiczną,
- od 2000 roku ogłoszono, opublikowano i przedstawiono na zjazdach naukowych 56 prac naukowych w czasopismach krajowych i zagranicznych



Zespół Oddziału Otolaryngologicznego i Onkologii Laryngologicznej



Teresa Berkolec pielęgniarka oddziałowa Otolaryngologii

doktorowi Władysławowi Sawie, który pełnił funkcję ordynatora przez 21 lat. Natomiast w kwietniu 2000r. w drodze konkursu zostalem ordynatorem i funkcję tę pełnię do dziś. Pielęgniarkami Oddziałowymi były: pani Nawraczka, Stanisława Mroczkowska, Jadwiga Tkacz, Danuta Mirecka (przez 32 lata) i obecnie od 2006r. pani mgr Teresa Berkolec.

– Niedawno zakończył się remont oddziału, dzisiaj pacjenci wracają do zdrowia w najlepszych warunkach.

– Oddział został całkowicie wyremontowany i od czerwca 2010r. spełnia najwyższe standardy. Zmiany są bardzo widoczne, nie tylko zmieniła się kolorystyka i estetyka oddziału, ale co najważniejsze poprawiły się warunki bytowe pacjentów. Obecnie dysponujemy 7 salami mieszczącymi 21 łóżek. Z każdego pokoju chorzy mają dostęp do łazienki. Znacznie wzrósł komfort pobytu pacjenta. Wszystkie łóżka oraz szafki na oddziale są nowe, na salach zostały zamontowane klimatyzatory, a na oknach zainstalowane rolety zewnętrzne.



Pacjenci hospitalizowani w oddziale

– Szpital otrzymał dofinansowanie z PFRON-u w ramach programu Wyrównywania Różnic Między Regionami. Inwestycja dotyczyła likwidacji barier architektonicznych. Czy oddział jest przystosowany do przyjmowania osób niepełnosprawnych?

– Dbamy również o naszych niepełnosprawnych pacjentów. W ramach tej inwestycji dostosowaliśmy do potrzeb osób niepełnosprawnych łazienki, wymieniliśmy posadzki oraz wykładziny na antypoślizgowe, zamontowaliśmy uchwyty i poręcze oraz wymieniliśmy stolarkę drzwiową na stolarkę o szerokości 100 cm.

– Oddział wzbogacił się również w nowy sprzęt.

– Zakupiliśmy dwa unity laryngologiczne. Dzięki temu pojawiła się nowa jakość w badaniu pacjenta. Sprzęt ten służy i pacjentowi i lekarzowi. Poprawia ergonomię pracy. Wszystkie czynności, które musi wykonać lekarz są zintegrowane.

– W jakich zabiegach specjalizuje się nasz oddział?

– Jako jedyny oddział w województwie jesteśmy oddziałem



Punkt pielęgniarski

pełnozadaniowym tzn., że wykonujemy wszystkie zadania z zakresu otolaryngologii. Podstawowymi kierunkami naszej działalności są: leczenie niedosłuchów (operacje poprawiające słuch, od 2009r. wszczepiamy implanty Baha), następnie zabiegi z zakresu onkologii laryngologicznej oraz leczenie zakażeń. Również leczymy i diagnozujemy bezdech senny. Jesteśmy wiodącym ośrodkiem w regionie w leczeniu raka krtani, głowy, szyi i ślinianek oraz w operacyjnym leczeniu ucha.

– Jakie są plany rozwoju oddziału?

– Planujemy wyposażenie pracowni otoneurologicznej w nowy sprzęt diagnostyczny, w której będziemy diagnozować pacjentów z zaburzeniami równowagi. Bardzo ważna dla nas jest jakość życia pacjentów, dlatego chcemy rozwijać się w tym kierunku.

– Dziękuję za rozmowę.

core

Dr hab. n. med. Bolesław Laszka (1915-1979)

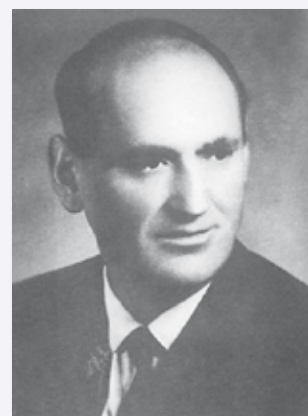
Życiorys docenta Laszki, podobnie jak całego jego pokolenia, związany został z tragicznymi czasami wojny. Jako lekarz absolwent Poznańskiego Uniwersytetu przez całą wojnę uczestniczył w najbardziej tragicznych wydarzeniach naszego narodu. Niósł pomoc żołnierzom broniącym Warszawy w 1939 roku. Po kapitulacji stolicy w obawie przed aresztowaniem ukrywał się jako robotnik. Potem pracował w klinikach warszawskich ucząc się medycyny u największych ówczesnych autorytetów medycznych. Jako lekarz uczestniczył także w powstaniu warszawskim. Po wojnie wrócił do Poznania i rozpoczął pracę na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Poznańskiego. Pracując w zakładzie medycyny sądowej rozpoczął specjalizację z otolaryngologii w klinice kierowanej przez Profesora Zakrzewskiego. W 1948 roku obronił pracę doktorską oraz otrzymał dyplom specjalisty otolaryngologa. Następnie został powołany do służby wojskowej w Lublinie. Po zakończeniu służby, Ministerstwo Zdrowia skierowało go do Olsztyna, w celu utworzenia oddziału otolaryngologii i 1 listopada 1949 roku został ordynatorem. Funkcję tę pełnił przez niemal 30 lat.

W 1965 r. w Akademii Medycznej w Gdańsku uzyskał najwyższy stopień naukowy doktora habilitowanego. Z tą kliniką utrzymy-

wał szczególne więzy, a profesor Jarosław Iwaszkiewicz, ówczesny kierownik Kliniki we wspomnieniach pośmiertnych napisał: „Każdorazowo jego przyjazd do Kliniki był przez nas wszystkich witany z wielką radością”.

Nieprzeciętna osoba docenta Bolesława Laszki skupiała na sobie uwagę zawsze gdzie się pojawiał. Znany był z anegdot, które jeszcze wiele lat po jego śmierci były powtarzane. Biegłe władac czterema językami obcymi. Interesował się muzyką, doskonale grał na akordeonie.

Z naszym regionem wiązała go też inna pasja, a mianowicie był wytrawnym żeglarzem, oprócz żeglowania na jeziorach mazurskich, odbył jachtem kilka podróży morskich do Anglii i Francji. Zmarł po chorobie 4 maja 1979 roku w Gdańsku.



Pielęgniarki i położne

to ważne i najliczniejsze grupy zawodowe w naszym Szpitalu

O zawodzie pielęgniarki i położnej rozmawiamy z Alicją Markiewicz, zastępcą dyrektora ds. pielęgniarstwa w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

– Jak wygląda aktualnie system kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce?

– System kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych w ostatnich latach uległ transformacji, zmierzającej do spełnienia wymagań systemów obowiązujących w krajach Unii Europejskiej. Pielęgniarki i położne od kilku lat mają możliwość kształcenia się w systemie studiów wyższych. Są to studia dwustopniowe, licencjackie i magisterskie. Należy jednak zaznaczyć, że pielęgniarki i położne, które ukończyły kształcenie zawodowe w innych typach szkół, np.: Liceum Medycznym lub Studium Zawodowym, nadal spełniają wszystkie wymagania konieczne do wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, ale tylko na terenie naszego kraju. Gdyby chciały podjąć pracę w innych krajach unijnych, musiałyby ukończyć studia wyższe. Jest to możliwe w systemie zaocznym w postaci tzw. studiów pomostowych licencjackich, które w większości są współfinansowane z funduszy unijnych. Warto jeszcze raz podkreślić, że

osoby, które zdobyły zawód w starych systemach kształcenia nadal pozostają w pełni wykwalifikowanymi pielęgniarkami i położnymi.

– Czy pielęgniarki i położne pracujące w naszym Szpitalu chętnie uczestniczą w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych?

– Tak, bardzo chętnie uzupełniają i podnoszą kwalifikacje w różnych formach kształcenia zawodowego. Bardzo dużo osób uzupełnia wykształcenie do poziomu studiów magisterskich na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim. Bliskość uczelni spowodowała, że liczba pielęgniarek z wykształceniem wyższym magisterskim wzrasta w szybkim tempie.

– Proszę powiedzieć jak wygląda droga, którą musi przejść w naszym Szpitalu nowozatrudniona pielęgniarka lub położna?

– Pielęgniarki i położne, które rozpoczynają pracę uczestniczą w półrocznej, obowiązkowej adaptacji zawodowej. Ma ona na celu stopniowe wdrożenie pracownika do powierzonych zadań. Proces adaptacji rozpoczyna się w dniu przyjęcia do pracy. Pełniąc funkcję dyrektora ds. pielęgniarstwa, przekazuję informacje ogólne o działalności szpitala, strukturze organizacyjnej, omawiam zakres czynności oraz warunki pracy i płacy. Nowo zatrudniona osoba przedstawiana jest pielęgniarsce, położnej oddziałowej, która kontynuuje rozpoczęty proces, zapoznając ją m.in. z kodeksem etyki zawodowej, prawami pacjenta, aktami prawnymi regulującymi pracę pielęgniarek i położnych i procedurami obowiązującymi na danym stanowisku pracy. Po zakończeniu adaptacji pielęgniarka lub położna oddziałowa dokonuje oceny pracy, od której zależy, czy umowa będzie zawarta na czas nieokreślony.



– W jakich zadaniach i procesach uczestniczą pielęgniarki i położne?

– Pielęgniarki i położne wykonują wiele złożonych zadań dotyczących opieki nad chorymi. Można by wymienić główne procesy, jakimi są: leczenie, pielęgnacja, edukacja oraz udział w kształceniu pielęgniarek i położnych w szpitalu, stanowiącym bazę dydaktyczną. Leczenie nie tylko oznacza wykonywanie zleceń lekarskich polegających na podawaniu leków w różnej postaci i różnymi drogami, lecz również aktywny udział w złożonym procesie monitorowania stanu pacjenta. Pielęgniarki i położne prowadzą pomiary określonych parametrów, np. poziom glikemii, poziom diurezy, temperatury, tętna, ciśnienia krwi. Wykonują badania elektrokardiograficzne, kardiolograficzne, elektroencefalograficzne. Monitorują stan ran operacyjnych, stan ran przewlekłych, np. ran odleżynowych, wklucia dożylna, ryzyko wystąpienia powikłań, np. choroby zakrzepowo-zatorowej oraz monitorują parametry oddechowe pacjentów podłączonych do respiratorów. Ponadto instrumentują do zabiegów opera-



Pielęgniarstwo w liczbach:

ZATRUDNIENIE:

- 300 pielęgniarek
- 70 położnych

WYKSZTAŁCENIE:

- 33 osoby z tytułem magistra pielęgniarstwa i położnictwa
- 39 osób – wykształcenie wyższe inne
- 60 osób – licencjat pielęgniarstwa i licencjat położnictwa
- 77 osób – specjalizacja z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa



cyjnych i badań inwazyjnych np. przy badaniach naczyniowych i endoskopowych. Wykonują zabiegi lecznicze, np. zmiana opatrunków, cewnikowanie pęcherza moczowego, zakładanie sond.

– A na czym polega proces pielęgnacji?

– Proces pielęgnacji polega na indywidualnym doborze dla każdego pacjenta metod i środków pod kątem rozpoznania jego potrzeb psychicznych, fizycznych i społecznych. Praca jest zaplanowana w oparciu o przyjęte procedury i instrukcje postępowania, np. pielęgnowanie pacjenta z założoną rurką tracheostomijną, pielęgnowanie wkłucia dożylnego, pielęgnowanie pacjenta z drenażem układu moczowego, pielęgnowanie układu oddechowego oraz cała gama procedur w profilaktyce zakażeń szpitalnych. Wszystkie działania leczniczo-pielęgnacyjne są dokumentowane, a zapisy ich stanowią część składową historii choroby pacjenta.



– Ważnym elementem w hospitalizacji pacjentów jest również edukacja.

– Programy edukacyjne przygotowywane są ściśle z potrzebami poszczególnych grup pacjentów i ich problemów zdrowotnych. Często zakres edukacji jest ustalany indywidualnie w zależności od stanu chorobowego, możliwości

w zakresie profilaktyki przeciwnieżdżycowej, w zakresie czynników ryzyka wystąpienia choroby niedokrwiennej. Bardzo ważnym zadaniem położnych jest edukacja położnic w zakresie karmienia naturalnego i pielęgnacji noworodka.

– Czy pielęgniarki i położne muszą nieustannie podnosić swoje kwalifikacje?

– Szpital dąży do zapewnienia bezpiecznych warunków pobytu pacjentów, do których zalicza się: warunki lokalowe, sprzętowe oraz fachowość personelu. Szybki rozwój technologii medycznych wymaga podjęcia szeregu działań jakościowych i ciągłego podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Aby pielęgniarki i położne mogły spełniać zadania na wysokim poziomie jakościowym, muszą systematycznie doskonalić swoją wiedzę i umiejętności. Doskonalenie odbywa się na dwóch poziomach: zewnętrznym i wewnętrznym. Szkolenia zewnętrzne typu specjalizacje, kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne są organizowane przez uprawnione instytucje. Każdy typ kursu realizowany jest według programu zatwierdzonego przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie. Czas trwania kursów jest różny, np. specjalizacje w dziedzinach pielęgniarstwa trwają dwa lata: specjalizacja z zakresu pielęgniarstwa chirurgicznego, diabetologicznego, kardiologicznego, anestezjologicznego i intensywnej terapii, a kursy kwalifikacyjne trwają 6 miesięcy.

Szkolenia wewnętrzne odbywają się na terenie szpitala. Przebiegają one na dwóch poziomach: ogólnoszpitalnym i wewnątrzoddziałowym. Tematyka szkoleń ogólnoszpitalnych jest bardzo różnorodna. Są to zagadnienia spójne dla pielęgniarek i położnych pracujących w wielu oddziałach dotyczące

percepcyjnych pacjenta i wydolności rodziny. Edukacja pacjentów w szczególności chorób przewlekłych takich jak cukrzyca, żywienie pozajelitowe dotyczy całych rodzin. Pielęgniarki edukują pacjentów, np. po zabiegu całkowitego usunięcia krtani,

poprawy jakości, organizacji pracy, nowości pielęgnacyjnych, udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia, profilaktyki odleżyn, zapisu i interpretacji EKG, błędów przedlaboratoryjnych, itp. W 2009 r. zorganizowano 21 szkoleń ogólnoszpitalnych, w których uczestniczyło 865 osób.

– Ile i jakich szkoleń zostało zorganizowanych na poziomie wewnątrzoddziałowym?

– W 2009 r. zrealizowano 141 szkoleń, w których wzięło udział ok. 1500 osób. Szkolenia te są charakterystyczne dla danego profilu oddziału. Przykładowa tematyka to: test satysfakcji pacjenta, pielęgnowanie pacjentów w poszczególnych stanach chorobowych, psychologiczne aspekty opieki nad pacjentem, prowadzenie dokumentacji pielęgniarstwa.

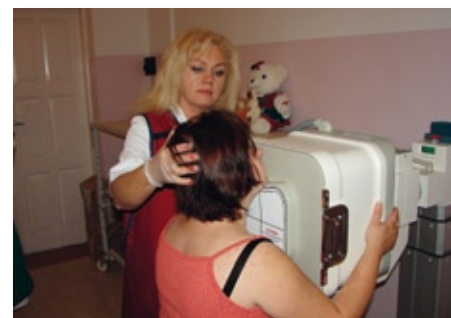
– Jakie są jeszcze inne formy szkoleń?

– Jest to uczestnictwo czynne lub bierne w konferencjach naukowych, sympozjach i zjazdach towarzystw naukowych.

– Kilka lat temu w szpitalach brakowało pielęgniarek i położnych, czy dzisiaj nasz szpital również boryka się z tym problemem?

– Jeszcze 3 lata temu rzeczywiście istniał taki problem w szpitalu. Niedobory kadrowe były uzupełniane dzięki różnym formom zatrudnienia. Jednak od ubiegłego roku kadra zaczęła się stabilizować. W 2009r. przyjęliśmy do pracy 38 osób, a w tym roku 16. Wzrost zatrudnienia wynika również z rozwoju szpitala, np. na blok operacyjny zostało przyjętych 11 osób. W tej chwili nasz szpital oferuje najbardziej atrakcyjne wynagrodzenie. Również otwarcie Wydziału Nauk Medycznych na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim, wpłynęło pozytywnie na uzupełnianie braku pielęgniarek.

– Dziękuję za rozmowę.

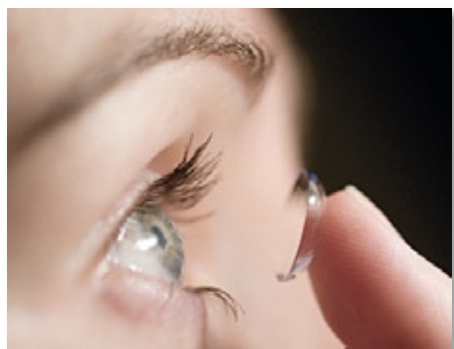


Okulary komfortowe dla oka, soczewki komfortowe dla człowieka

O użytkowaniu soczewek kontaktowych, predyspozycjach, a także o przeciwwskazaniach do ich noszenia rozmawiamy z lek. med. Januszem Pieczyńskim, specjalistą II stopnia z okulistyki.

– Soczewki kontaktowe mają niewątpliwie wiele atutów, jakich brak tradycyjnym szkłom i są coraz chętniej wybierane głównie przez osoby młode. Czy noszenie soczewek jest bezpieczne?

– Jest bezpieczne, ale pod pewnymi warunkami. Najważniejsze, aby soczewka kontaktowa była używana wymiennie z okularami w wymiarze dziennym: 8-12 godzin nosimy soczewkę, pozostały czas spędzamy w okularach, dając odpocząć oczom. Jeżeli są takie dni, kiedy nie musimy zakładać soczewek, lepiej w tym czasie nosić okulary. Należy pamiętać, że soczewka kontaktowa to nic innego jak ciało obce, które leży na powierzchni gałki ocznej i w sposób mechaniczny na nią wpływa. Przednia powierzchnia oka (chodzi głównie o rogówkę, która nie jest unaczyniona) otrzymuje tlen głównie z powietrza, a soczewka, choćby nie wiem, jak była doskonała, ogranicza dostęp tlenu do przedniej warstwy oka. Dlatego soczewka kontaktowa użytkowana w niewłaściwy sposób, niezgodny z zaleceniami lekarza może sprzyjać powikłaniom, głównie przedniej powierzchni oka, takim jak zapalenie spojówek, wrastanie naczyń w przejrzystą rogówkę, niedotlenienie rogówki i obrzęk jej nabłonka, a w skrajnych przypadkach może prowadzić nawet do zapalenia rogówki, łącznie z jej owrzodzeniami. Rzadko dochodzi do tak drastycznych komplikacji, jednak owrzodzenia występują



w wyniku niewłaściwego użytkowania soczewek i jest to choroba, którą się trudno, długo leczy i zwykle pozostawia blizny, które w przypadku centralnego ich umiejscowienia trwale pogarszają widzenie.

– Jakie w takim razie są zalecenia lekarza co do właściwego użytkowania soczewek kontaktowych?

– Zwykle zaleca się następujący sposób noszenia miękkich soczewek kontaktowych: w dziennym trybie noszenia zawsze zdejmujemy soczewki na noc (tylko w wyjątkowych sytuacjach możemy zastosować tryb noszenia przedłużony). Średni czas użytkowania soczewki kontaktowej miękkiej wynosi od 8 do 12 godzin. Soczewka kontaktowa musi być użytkowana w komplecie z okularami. Regularna kontrola okulistyczna co 6 miesięcy (oficjalne zalecenia Polskiego Towarzystwa Kontaktologicznego), a także kontrola okulistyczna w sytuacji jakiegokolwiek wątpliwości przy noszeniu soczewek.

Bezwzględna higiena przy zdejmowaniu i zakładaniu soczewek kontaktowych – czyli bezwzględne mycie rąk. Do przechowywania soczewek używamy specjalnych pojemników i płynów. Pojemnik najczęściej wymieniamy z każdym nowym płynem. Sam pojemnik nie wymaga specjalnej pielęgnacji: po wyjęciu szkieł wylewamy z niego płyn i pozostawiamy pojemnik otwarty, aby resztki płynu wyparowały. No i przede wszystkim przestrzegamy czasu noszenia soczewek i pilnujemy terminu ich użytkowania.

– Czy zawsze wizyta u specjalisty powinna poprzedzać zakup soczewek kontaktowych?

– Bezwzględnie tak. Niedopuszczalna jest taka sytuacja, kiedy pacjent sam dokonuje wyboru soczewek kontaktowych bez konsultacji z lekarzem. Od



niedawna coraz bardziej popularny staje się w Polsce zawód optometrysty, który tylko dobiera, przepisuje soczewki okularowe i kontaktowe, ale nie może przeprowadzić pełnego badania okulistycznego, bo nie ma do tego uprawnień. Jeżeli w krótkim czasie mieliśmy wykonane badanie wzroku, to w takiej sytuacji możemy skorzystać z usług optometrysty. Jednak większość pacjentów woli chodzić do okulisty, bo mają zapewnioną pełną obsługę: badanie wzroku połączone z doбором szkieł.

– Czy szkła kontaktowe korygują każdą wadę wzroku na przykład astygmatyzm, spora różnica w dioptriach między jednym okiem, a drugim?

– To zależy od rodzaju soczewek kontaktowych, czy jest to soczewka miękka – czyli ta najbardziej popularna, czy twarda – gazoprzepuszczalna. Soczewki miękkie korygują najczęściej wady sferyczne od -12 do + 6 i astygmatyzm do - 2,25 Dcyl (na specjalne zamówienie dostępne są miękkie soczewki kontaktowe od +20 do -20). Natomiast za pomocą twardych soczewek kontaktowych (robionych na indywidualne zamówienie pacjenta) możliwy jest pełny zakres korekcji wady wzroku, łącznie z wysokimi astygmatyzmami. Twarde soczewki kontaktowe są leczeniem z wyboru większości środków rogówki (jedno ze wskazań do refundacji przez NFZ dla soczewek kontaktowych twardych).

– Jakie są przeciwwskazania do noszenia soczewek?

– Na pewno aktywne stany zapalne przedniej powierzchni oka, np. zapalenie spojówek różnej etiologii, zapalenie rogówki (np. wrzody rogówki). Przeciwwskazaniem do noszenia soczewek jest także uczulenie na materiał soczewki, z którego jest ona wykonana lub uczulenie na płyny do pielęgnacji soczewek. Na pewno soczewek nie powinny nosić osoby, które pracują w zapyłonych pomieszczeniach (stolarnie) lub miejscach z unoszącymi się żrącymi oparami (laboratoria chemiczne, magazyny z chemikaliami, zakłady chemiczne). Względny przeciwwskazaniem jest brak umiejętności samoczynnego zdejmowania i zakładania soczewek.

– Ile jest prawdy w tym że soczewki niszczą oczy?

– Na pewno okulary są bardziej komfortowe dla oka, ale soczewki są bardziej komfortowe dla pacjenta. Nie ograniczają pola widzenia, nie zaparowują, nie przeszkadzają, jednak ograniczają dostęp tlenu do oka. Nie da się ukryć, że soczewki mają bardzo dużo zalet, jednak zdarza się, że mogą wywołać schorzenia infekcyjne rogówki, ale tylko wtedy, gdy zaniedbamy pielęgnację naszych szkieł, używamy nieodpowiedniego płynu i nie przestrzegamy zasad higieny.

– Jakie mogą być dalekosiężne konsekwencje noszenia soczewek?

– Nieodpowiednie użytkowanie soczewek kontaktowych może spowodować trwałe i nieodwracalne pogorszenia widzenia, np. powstanie centralnej blizny po owrzodzeniu rogówki. Noszenie soczewek kontaktowych może doprowadzić również do nawrotowego zapalenia spojówek, zapalenia rogówki z owrzodzeniami, wrastających naczyń krwionośnych w przejrzystą rogówkę, co może stanowić w skrajnych sytuacjach przeciwwskazanie do zabiegów laserowej korekcji wzroku.

– Kolorowe soczewki: za, czy przeciw?

– Na to pytanie nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Kolorowe soczewki kon-

taktowe są oficjalnie dopuszczone do użytkowania. Jednak kolorowe „szkła” zawierają dodatkową warstwę barwnika, poza tym zwykle są to soczewki ciaśniej dopasowane do gałki ocznej ze względu na konieczność utrzymania przejrzystej źrenicy, co powoduje, że mniej tlenu dostaje się ze łzami pod soczewkę kontaktową. Moim zdaniem kolorowe soczewki kontaktowe nie są złe, ale mimo wszystko namawiam do ich okazjonalnego noszenia.

– Dlaczego niektórzy mają problem z „suchym okiem” przy noszeniu soczewek?

– Soczewka kontaktowa jako ciało obce sprzyja uczuciu suchości oka chociażby dlatego, że jest zbudowana z materiałów hydrofilnych i aspiruje wodę z materiału łzowego. Można temu zapobiec po-



przez stosowanie sztucznych łez przeznaczonych do stosowania na soczewki kontaktowe. Tendencja do suchego oka może być też niezależna od soczewek. Po prostu niektórzy mogą mieć zmniejszoną ilość wydzielania łez, albo źle są one rozprowadzane po powierzchni oka (m.in. ma na to wpływ charakter pracy: większa koncentracja podczas pracy przed monitorem, zmniejszona liczba mrugnięcia powieką, gorsze rozprowadzanie łez). Doustne hormony antykoncepcyjne również wysuszają oczy.

– Które soczewki kontaktowe są najlepsze dla oka: jednodniowe, tygodniowe, miesięczne, a może takie, które można nosić 24-godzinny na dobę przez 30 dni?

– Obecnie panuje tendencja do skracania czasu noszenia soczewek. Im krócej, tym lepiej dla oka. Dlaczego soczewka jednodniowa jest lepsza niż miesięczna? Jednodniowa ma wytrzymać na oku kilka godzin, a nie miesiąc, więc pod względem swojej budowy mechanicznej jest bardziej delikatna i jest mniejszym

ciałem obcym dla oka, mniej inwazyjnym. Poza tym codziennie zakładamy czystą, nową i sterylną soczewkę więc jest znacznie mniejsze ryzyko zakażeń. Na soczewkach jednodniowych po kilku godzinach w minimalnym stopniu zbierają się osady, w przeciwieństwie do soczewki miesięcznej. Jedyną wadą soczewek jednodniowych jest ich cena (średnio dwa razy droższa od miesięcznej).

– Co sądzi Pan o kupowaniu soczewek przez Internet?

– Ten sposób zakupu soczewek jest stosowany na powszechną skalę, jednak trzeba mieć wiedzę o sprzedawcy. Nie ukrywam, że najlepiej jest kupować od producenta (jeśli prowadzi taką sprzedaż) lub z zaufanych, poleconych i sprawdzonych witryn internetowych. Generalnie można przyjąć, że bezpieczniej jest kupować soczewki w salonie optycznym, wtedy zawsze mamy możliwość reklamacji, a także w chwili zakupu widzimy, co kupujemy.

– Czy można opalać się i pływać nie wyjmując soczewek?

– Oficjalne zalecenia są takie, że przed opalaniem zdejmujemy soczewki i używamy ochronnych okularów do opalania. Natomiast jeśli chodzi o kąpiele, to zdania uczonych co do użytkowania soczewek w wodzie są podzielone. Jedni twierdzą, że bezwzględnie nie można użytkować soczewek w takich warunkach, a inni mówią, że można, ale tylko jednodniowe. Wynika to z faktu, że soczewka chłonie z otoczenia wszystko, co się w nim znajduje, w tym mikroorganizmy chorobotwórcze. Soczewka wielokrotnego użytkowania stanowi więc w takich sytuacjach rezerwuár mikroorganizmów, które wprowadzamy sobie do oka przez następne dni jej użytkowania, co sprzyja wszelkim infekcjom. W przypadku używania soczewek jednodniowych stosujemy dodatkowo bezwzględnie okulary pływackie, w przeciwnym razie przy pierwszym kontakcie soczewka wypłynie na zewnątrz, albo ulegnie zrolowaniu pod powieką oka. Po wyjściu z wody, po powrocie do domu jak najszybciej zdejmujemy taką soczewkę i ją wyrzucamy.

– Dziękuję za rozmowę.

Magdalena Kantorczyk

Przed nami nic się nie ukryje

– zawsze dojrzymy Twoje bogate wnętrze!

Od pierwszych dni funkcjonowania nowowybudowanego szpitala (w 1970 roku) Zakład Radiologii w Szpitalu Wojewódzkim w Olsztynie, a obecnie Dział Diagnostyki Obrazowej tworzony był przez dr. n. med. Leona Herbsta – ówczesnego kierownika zakładu, jego asystentów lek. med. Bolesława Piłata i lek. med. Ryszarda Eliszewskiego oraz wieloletniego kierownika Zespołu Techników RTG Antoniego Piątkę.

Organizacją Rejestracji, Archiwum Dokumentacji oraz Archiwum Naukowego przez wiele lat zajmowały się panie: Jadwiga Pimpicka, Jadwiga Pawłowicz i Władysława Meissner. Zakład od początku wyposażony był w nowoczesne na owe czasy, ogólnodiagnostyczne aparaty rentgenowskie produkcji NRD oraz jako jeden z nielicznych Zakładów RTG Szpitali Wojewódzkich w Polsce posiadał seriografy, umożliwiające wykonywanie badań naczyniowych całego ciała.

Po przedwczesnej śmierci w roku 1974 dr. n. med. Leona Herbsta, w lipcu 1975 roku kierownictwo Zakładu przejął adiunkt AMB dr n. med. Bazyl Żamojda, który pełnił tę funkcję do momentu wyjazdu do Libii w 1985 r. W roku 1986 kierownikiem Zakładu została dr n. med. Elżbieta Stefanowicz, która pełni tę funkcję do chwili obecnej.

Początki pracy były czasami ekscytujące – organizacja od podstaw pracowni rentgenowskich mających diagnozować

najtrudniejsze przypadki chorobowe w województwie była prawdziwym wyzwaniem dla lekarzy, techników i personelu pomocniczego. Do dziś z pierwszej, tworzącej Zakład od podstaw ekipy pracują jeszcze technicy elektroradiologii, panie: Marta Zeltzer – pełniąca funkcję kierownika techników od 1991 roku, Krystyna Gruszczyńska i Lila Jadźwińska. Ich wspomnienia dotyczą nie tylko pasjonującej, nierzadko pionierskiej pracy, snują się opowieści o spędzaniu częstszych zdecydowanie niż obecnie chwil wolnych od pracy (co za inne były czasy...) – o opalaniu się na dachu szpitala, spokojnych popołudniach w szpitalnym ogrodzie, gdzie komplementowano urodę żeńskiej części personelu szpitala. Do dziś pamiętani są „szczególnie” ci pacjenci, bojący się „zdjęcia” czaszki i ci wyjątkowi, będący prawdziwym naukowym wyzwaniem dla lekarzy diagnostów.

Przez te wszystkie lata przewinęło się przez nasz zakład wiele osobowości.

Niezapomniana Pani Maria Śliwińska, tzw. „Niunia”, którą można śmiało określić prekursorką popularnego dziś specjalisty ds. public relations. Słowo „załatwić” o tyleż nieznanie, co po zapoznaniu się z jego znaczeniem uwielbiane przez odwiedzających nasz kraj cudzoziemców, było jej życiowym credo. Załatwić mogła wszystko – od towarów deficytowych, po darowizny na wyposażenie pracowni rentgenowskich: „oblaskawić” i rozśmieszyć potrafiła każdego.

Ogromne zasługi dla obecnego wizerunku wysoko ocenianej w Polsce pracowni badań naczyniowych wniosła pielęgniarka zabiegowa Pani Janina Senderska – dla której słowa „niemożliwe” i „nie ma” nie istnieją. Dzięki niej pracownia naczyniowa funkcjonuje jak szwajcarski zegarek, a dosadność i kontrowersyjność zachowań Pani Jasi oraz jej żelazna konsekwencja w przestrzeganiu procedur wpisują się w historię Zakładu.

Osobowość i pasja naukowa kolejnych kierowników zakładu wpłynęły na dzisiejszy jego kształt i charakter, zarówno pod względem merytorycznym, jak i ludzkim – w wymiarze wzajemnych kontaktów, rozwijanych pasji i pozamedycznych zainteresowań. Pod kierownictwem dr n. med. Elżbiety Stefanowicz ukształtowały się dzisiejsze medyczne zainteresowania Zakładu. Świetnie merytorycznie i ciągle udoskonalane technicznie pracowni radiologii klasycznej, mammografii, tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego służą do kompleksowej, całodobowej diagnostyki nagłych zachorowań i urazów wielonarządowych u dorosłych i u dzieci w każdym wieku.

W Zakładzie działa „oczko w głowie” Szefowej, jedyna w województwie warmińsko-mazurskim pracownia badań naczyniowych i zabiegów wewnątrz-



Dr Leon Herbst z pierwszym zespołem



Dr Elżbieta Stefanowicz (pierwsza z prawej) z obecnym zespołem

naczyniowych, w której oprócz wykonywania badań diagnostycznych układu tętniczego i żylnego całego ciała, wykonywane są zabiegi z zakresu radiologii interwencyjnej. To tu metodą wewnątrznaczyniową zamykane są naczynia w przypadku wystąpienia krwotoków zagrażających życiu, poszerzane są i udrażniane naczynia tętnicze obwodowe, nerkowe i szyjne (tzw. Plastyki balonowe i plastyki z założeniem stentów wewnątrznaczyniowych); zakładane są filtry żyłne, które minimalizują ryzyko wystąpienia powikłań w przypadku powstania materiału zatorowego w układzie żylnym. W naszej pracowni wykonuje się również wszczepienia stent-graftów aortalnych, zarówno brzusznych, jak i piersiowych – metoda ta pozwala na nieoperacyjne leczenie tętniaków aorty, a wiele z tych metod jest ratującymi życie.

Zainteresowania Działu koncentrują się również na kompleksowej diagnostyce chorób sutka. Wykonywane są badania mammograficzne, przesiewowe badania USG piersi, biopsje cienko- i gruboigłowe, a także stereotaktyczne lokalizacje pod kontrolą mammografii, w których oznacza się zmiany subkliniczne w sutkach, niewidoczne w badaniach USG. Obecnie Dział Diagnostyki Obrazowej posiada system cyfrowego obrazowania, dzięki czemu uzyskuje się lepszy obraz i możliwość postawienia dokładniejszej diagnozy.

W Dziale Diagnostyki Obrazowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie nie wystarczy wiedza medyczna i chęci. Do niedawna umiejętnością pożądaną, żeby nie nazwać konieczną, była jazda na nartach, dobre umiejętności taneczne, duże poczucie humoru, tzw. szeroko pojęta „normalność” wykraczająca poza lektury obowiązkowe.

Doktor Maria Bładowska jest zwyciężczynią narciarskich zawodów amatorów w Alpach i na Kaukazie zaliczając regularnie nasze mistrzynię – dr Ela i Maria. Doktor Emilia Paszkowska słynie z niesamowitej inwencji organizatorskiej i świetnego pływania. Marta Zeltzer wolny czas spędzała na jachtach pełnomorskich (nie tylko szorując ich pokład), a doktor Ewa Łapuć zaskakuje nas wynajdywaniem nowych, nieznanych miejsc do zwiedzania.

Technicy zatrudnieni w Zakładzie prowadzili zajęcia praktyczne i teoretyczne w szkole medycznej, ucząc zawodu swoich następców. Aktywnie działają w Sekcji Techników w Polskim Lekarskim Towarzystwie Radiologicznym, są autorami referatów wygłaszanych na zjazdach naukowych.

Mimo, odpowiedzialnej i ciężkiej pracy nie zatraciliśmy chęci zabawy i żartu – znamy dokładnie aktualne dowcipy

i anegdoty; lubimy się zakładać, komentujemy „wpadki” polityków i życie towarzyskie gwiazd... lokalnych. Większość załogi naszego Działu posiada już specjalizację z Radiologii i Diagnostyki Obrazowej. I choć, szczerze mówiąc, cieszymy się, że mamy to już za sobą, dopingujemy młodszych kolegów do nauki i zawsze służymy pomocą w „rozgryzaniu” specyficznej interdyscyplinarnej dziedziny medycznej, jaką jest radiologia.

Dział posiada akredytację upoważniającą do prowadzenia specjalizacji z radiologii i diagnostyki obrazowej, prowadzi szkolenia z diagnostyki obrazowej dla lekarzy w trakcie specjalizacji z okulistyki, interny, medycyny ratunkowej i neurologii. W oparciu o bazę Zakładu około 60 lekarzy uzyskało specjalizację z radiologii, w trakcie szkolenia jest następnych 6 osób. Pracownicy Działu Diagnostyki Obrazowej, zarówno lekarze, jak i technicy, są autorami około 60 prac wygłoszonych lub opublikowanych w piśmiennictwie polskim. W 2004 roku na Europejskim Kongresie Radiologii w Wiedniu nasz Dział znalazł się w grupie najlepszych polskich placówek tego rodzaju - w jednym rzędzie z zakładami radiologii działającymi przy Akademiami Medycznych.

**Lekarze Działu
Diagnostyki Obrazowej**

41 lat minęło...

Rozmawiamy z Panią Krystyną Gruszczyńską, technikiem elektroradiologii, najdłużej pracującą osobą w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

– Czy pamięta Pani pierwsze miesiące pracy w nowowytbudowanym Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie?

– Ależ oczywiście. Pracę rozpoczęłam 1 grudnia 1969 roku na stanowisku technika elektroradiologii. Do pracy przyjmował mnie dyrektor Jan Maksay i Pani Alina Czubieli, naczelną pielęgniarką. W szpitalu nie funkcjonował jeszcze żaden oddział, dział diagnostyki obrazowej również nie pracował. Jednak mimo to, już kompletowano przyszłą kadrę pracowników. Początkowo zostałam na dwa miesiące oddelegowana do pracy na tym samym stanowisku do Szpitala Miejskiego w Olsztynie. Po powrocie, razem z Antonim Piątkiem, kierownikiem Zespołu Techników RTG i z Marią Śliwińską, technikiem elektroradiologii zintensyfikowaliśmy prace, aby jak najszybciej ruszył nasz Dział. Robiliśmy wszystko, łącznie z szorowaniem podłóg i myciem okien, aby uporządkować wszystkie pomieszczenia. W końcu zakupiono aparat diagnostyczny produkcji NRD (na tamte czasy bardzo nowoczesny) i ruszyliśmy z wykonywaniem zdjęć rentgenowskich. Pierwszym naszym pacjentem był mężczyzna z oddziału rehabilitacji, chory neurologicznie, któremu wykonaliśmy zdjęcie czaszki.

– Pamięta Pani uroczystość otwarcia Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie?

– Tak. Uroczyste otwarcie szpitala odbyło się pod koniec 1970 roku. Gałę zorganizowano w holu głównym i pamiętam, że było bardzo dużo ludzi, z władzami wysokiego szczebla na czele. Nie obyło się oczywiście bez honorowego przecięcia wstęgi i przemówień władz. Wybudowanie i oddanie do użytku tak ogromnego szpitala, to było wielkie przedsięwzięcie, nawet jak na obecne czasy, więc i uroczyste otwarcie tej placówki było zorganizowane z dużym rozmachem.

– Aż trudno uwierzyć, że kiedyś w tych okolicach były same pola i łąki, prawda?

– Oj tak. Kiedyś miasto kończyło się na wierzy ciśnień, więc dookoła szpitala były same rozdroża, łąki, pola z uprawami ziemniaków i kapusty. Tu, gdzie obecnie stoi izba lekarska było gospodarstwo rolne i pasły się krowy. Hotele pielęgniarskie były dopiero w trakcie budowy, więc pracownicy mieszkali w głównym budynku szpitala, ja akurat na 7 piętrze, ale zarówno 3, jak i 5 piętro zaadaptowane były wówczas na pokoje hotelowe.



Naprawdę nie chce się wierzyć, że kiedyś szpital powstawał na końcu miasta, a w tej chwili jest praktycznie w centrum.

– Jaka jest główna różnica w pracy, porównując tamte czasy z obecnymi?

– Przede wszystkim jest kolosalna różnica w liczbie zleceń i badań. W tej chwili mamy zdecydowanie więcej pracy, doszły inne, bardziej specjalistyczne badania, np. mammografia, której się kiedyś nie robiło.

Poza tym dawniej relacje międzyludzkie były bardzo serdeczne i ciepłe. Wszyscy w szpitalu się znaliśmy, bez względu na stanowisko, czy oddział, nikt nie był anonimowy. Obchodziliśmy w pracy swoje imieniny, urodziny, a jak zebraliśmy się przy jednym stole, to było nas tyle osób, ile nie raz na małym weselu. Niestety lata lecą i sporo osób już z tej starej kadry odeszło. Spośród kolegów i koleżanek, którzy ze mną zaczęli pracę w tym dziale pozostały już tylko Bernadetta Jadźwińska, Marta Zeltzer i Henryka Kowalczyk.

– Dzisiaj pracownik średnio 4 razy zmienia stanowisko lub firmę w trakcie swojej pracy zawodowej. Czy nie żałuje Pani, że całe życie związała Pani ze szpitalem?

– Nie żałuję i tak naprawdę nie potrafiłabym pracować gdzie indziej, znam każdy zakamarek tego szpitala, wszystkie korytarze, z zamkniętymi oczami trafiłabym do celu. Sporo osób nadal mnie zna, sporo osób ja znam. Od 1,5 roku jestem na emeryturze, ale jak widać nadal pracuję i chcę tu przychodzić, bo nie umiem się z tym miejscem rozstać i przejść na inny etap życia.

– Dziękuję za rozmowę.

Magdalena Kantorczyk

Dar od Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy

Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka w sierpniu 2010r. otrzymał od Fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy respirator oscylacyjny.

Pragniemy serdecznie podziękować Fundacji za obdarowanie naszego szpitala tak drogocennym sprzętem. Respirator oscylacyjny jest niezbędnym wyposażeniem każdego oddziału, w którym ratowane jest życie najmłodszych pacjentów. W leczeniu wcześniaków i noworodków z ostrą niewydolnością liczy się każda minuta i dostępność do najlepszej aparatury, a dzięki Fundacji zapewniamy dzieciom bezpieczeństwo i najwyższe standardy hospitalizacji.

Redakcja



Nie poznamy prawdy nie znając przyczyny

– VIII Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki

Już po raz ósmy UWM zorganizował Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki (ODNiS). Nasz Szpital, jako współorganizator, 23 IX zaprosił mieszkańców regionu na seminarium popularno-naukowe i wystawę fotograficzną pt. „Nie poznamy prawdy nie znając przyczyny”.



Spotkanie rozpoczęła Irena Kierzkowska dyrektor WSS w Olsztynie powitaniem gości: Ryszarda Wasińskiego – dyrektora Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego, profesora Władysława Kordana – prorektora ds. nauki i współpracy z gospodarką, Marka Zabłockiego – prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej, uczniów z gimnazjów w Olsztynie oraz pracowników szpitala.

Jako pierwsza wystąpiła dr n. med. Dorota Wiatr-Bykowska z Oddziału Endokrynologicznego, Diabetologicznego i Chorób Wewnętrznych z wykładem „Od objawów do rozpoznania”. „Nasza Medycyna Nuklearna w XXI w.” to temat następnego prelegenta lek. med.



Irena Kierzkowska dyr. WSS, Barbara Szymczuk koordynator (ODNiS), Elżbieta Majchrzak-Kłokocka kier. Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji

Jerzego Badowskiego – kierownika Zakładu Medycyny Nuklearnej. Kolejno prezentacje prowadzili: lek. med. Patryk Jancewicz z Działu Diagnostyki Obrazowej z tematem: „Tomografia Komputerowa i Rezonans Magnetyczny – nieinwazyjne metody diagnozowania” oraz lek. med. Józef Kozak – kierownik Pracowni Ultrasonografii i Biopsji Cienkoigłowej z tematem: „Możliwości współczesnego badania USG”. Dr hab. n. med. Tomasz Stompór, prof. UWM ordynator Oddziału Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych mówił o „Patofizjologii, klinice i leczeniu kłębuszkowych chorób nerek”. Seminarium zakończył prof. dr hab. n. med. Marian Sulik z Działu Patomorfologii wykładem: „Wykładowiki morfologiczne podstawowych postaci zapaleń kłębuszków nerkowych”. Wszyscy obecni zostali zaproszeni do obejrzenia wystawy mieszczącej się w holu.

Na wystawie

W holu szpitalnym do końca roku będzie można oglądać wystawę fotograficzną „Nie poznamy prawdy nie znając przyczyny”. Na około 100 zdjęciach przedstawiono obrazy różnych chorób oraz wysokospecjalistyczny sprzęt diagnostyczny, na którym wykonywane są badania w naszym szpitalu. Szczególnie warto zobaczyć: angiografię wykonaną na TK naczyń wieńcowych, rezonanso-

Twórcami wystawy są:

Barbara Szymczuk i Magdalena Kantorczyk z Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji, Janusz Pajk z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, lek. med. Patryk Jancewicz z Działu Diagnostyki Obrazowej, lek. med. Józef Kozak – kierownik Pracowni Ultrasonografii i Biopsji Cienkoigłowej, lek. med. Jerzy Badowski – kierownik Zakładu Medycyny Nuklearnej oraz prof. dr hab. n. med. Marian Sulik z Działu Patomorfologii.

we badanie mózgu ukazujące zmiany nowotworowe, badanie USG – obraz biopsji nerki oraz badania scyntygraficzne wykonane nowoczesną gamma kamerą. Zdjęcia prezentowane na wystawie nie są ogólnie dostępne, dlatego warto ją obejrzeć. Jest ona ciekawa zarówno dla lekarzy specjalistów, jak i osób nie związanych z medycyną.



Kornelia Kotwicka, Alicja Biernacka, Magdalena Kantorczyk, organizatorzy ODN



dr n. med. Dorota Wiatr-Bykowska

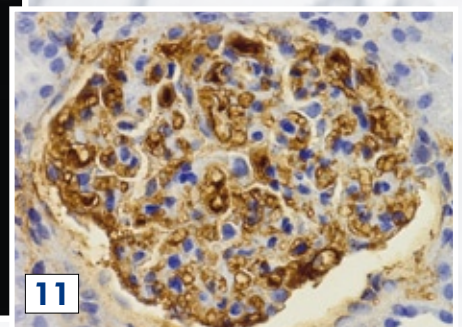
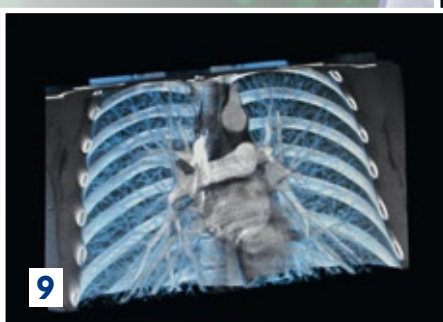
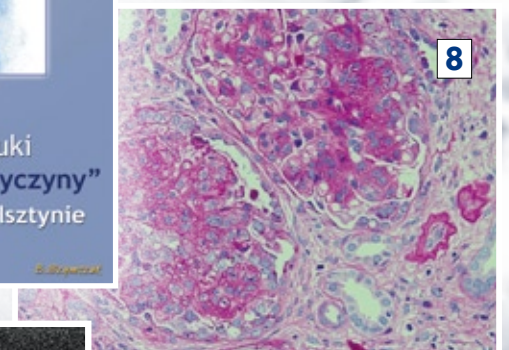
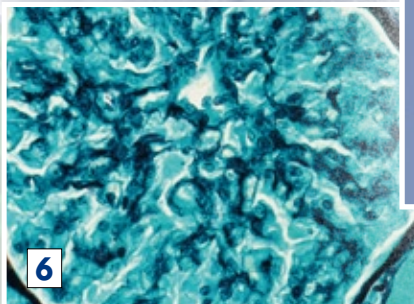
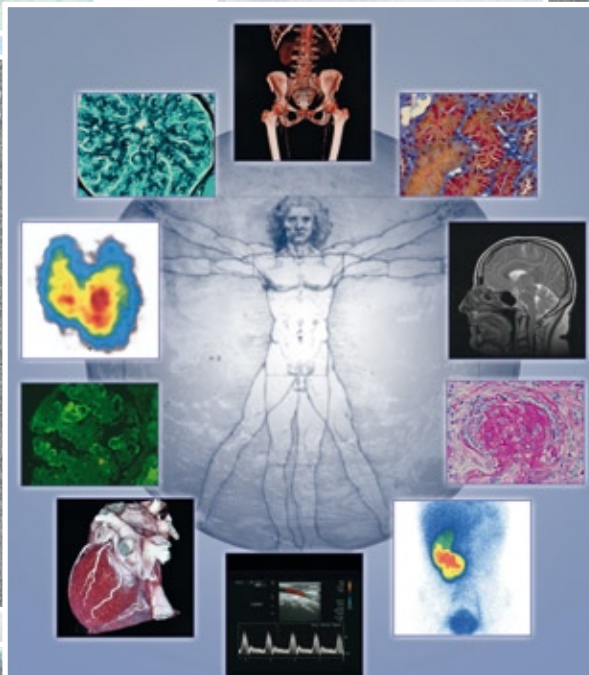
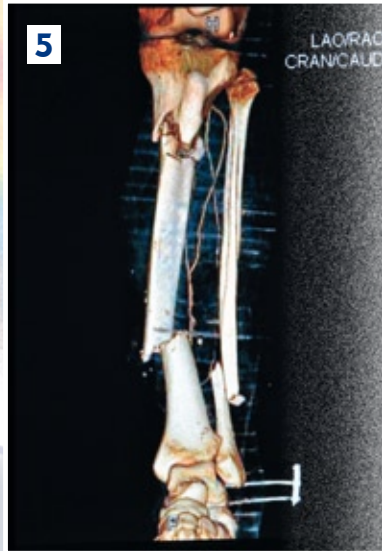
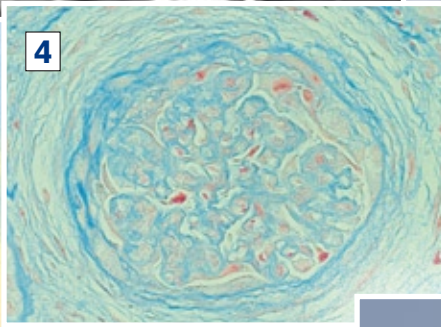
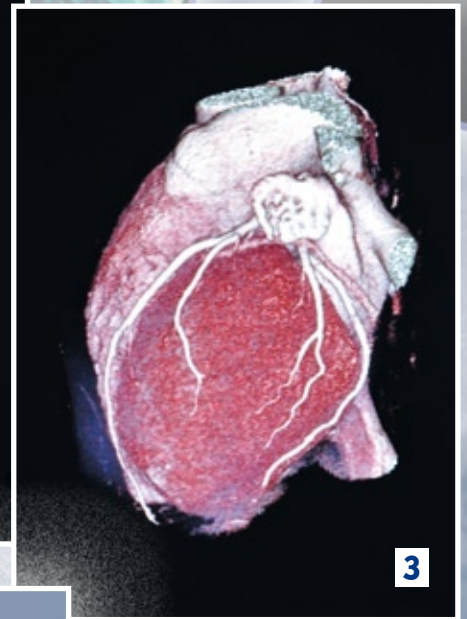
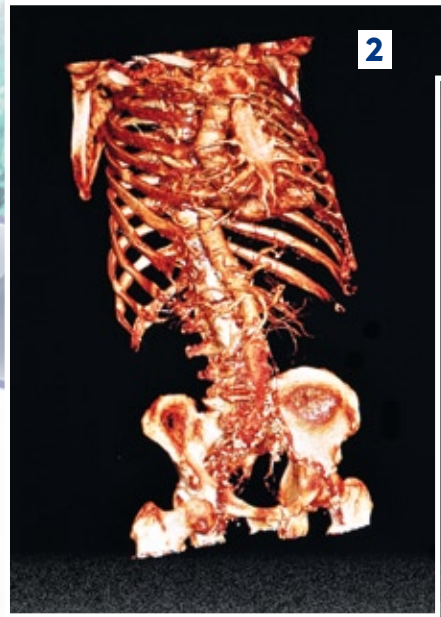
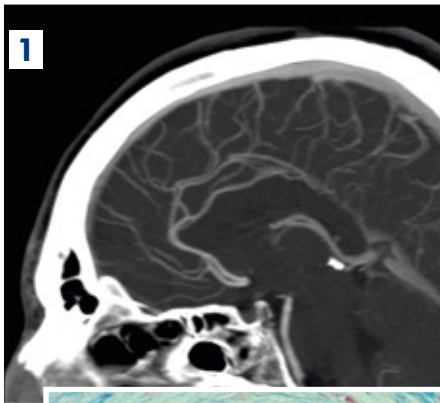
lek. med. Jerzy Badowski

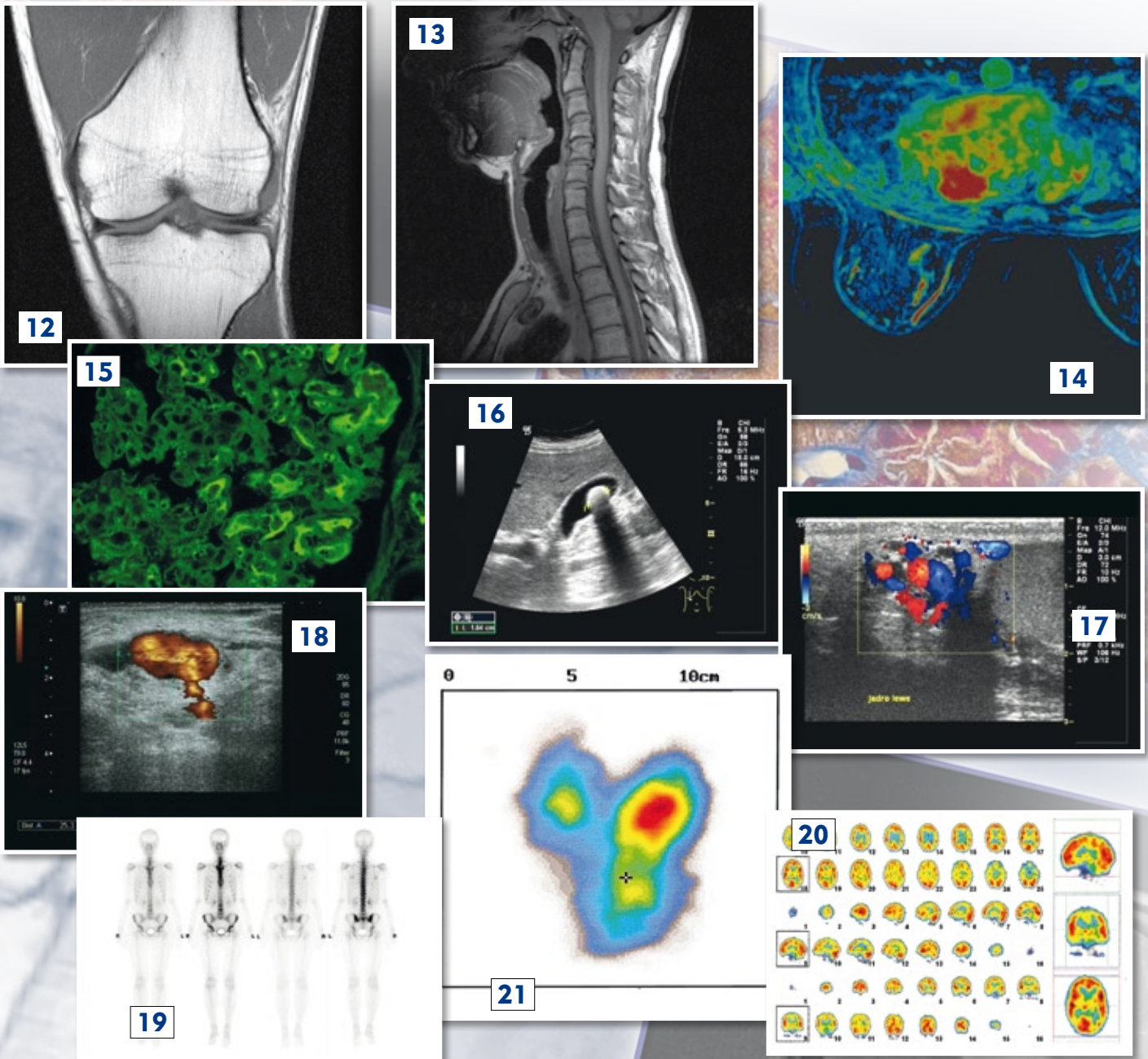
lek. med. Patryk Jancewicz

lek. med. Józef Kozak

dr hab. n. med. Tomasz Stompór, prof. UWM

prof. dr hab. n. med. Marian Sulik





1. Badanie Angiografii TK naczyń mózgowych.
2. Rekonstrukcje objętościowe uzyskane przy pomocy wielorzędowej tomografii komputerowej po dożylnym podaniu środka kontrastowego.
3. Angiografia TK naczyń wieńcowych - rozgałęzienia lewej tętnicy wieńcowej (białe naczynia) widoczne są na tle zakontrastowanego mięśnia lewej komory serca.
4. Kłębuszkowe Zapalenie Nerek. Włóknienie listka ściennego torebki Bowmana.
5. Wieloodłamowe złamanie kości podudzia w obrazach wielorzędowej tomografii komputerowej.
6. Kłębuszkowe Zapalenie Nerek. Pogrubienie błon podstawnych naczyń włosowatych kłębuszka.
7. Badanie Angiografii TK naczyń mózgowych.
8. Kłębuszkowe Zapalenie Nerek. Złogi paś + substancji (kwaśnych mukopolisacharydów) w mezangium i ścianie kapilar kłębuszka.
9. Wtórne rekonstrukcje objętościowe w badaniu TK klatki piersiowej wykonane celem wykluczenia zatorowości płucnej (na niebiesko widoczne są drogi oddechowe).
10. Badanie TK twarzoczaszki z widocznym złamaniem żuchwy.
11. Kłębuszkowe Zapalenie Nerek. Odkładanie się depozytów „lekkich łańcuchów” kappa w mezangium i ścianie kapilar całego pęczka naczyniowego kłębuszka. (Złogi globalne).
12. Badanie MR stawu kolanowego.
13. Badanie MR kręgosłupa szyjnego.
14. Badanie przesiewowe MR piersi u pacjentki z obciążonym wywiadem rodzinnym. Obszary oznaczone kolorem czerwonym odpowiadają najsilniejszemu wzmocnieniu kontrastowemu, w tym przypadku dotyczy to obszarów aktywnej hormonalnie tkanki gruczołowej.
15. Kłębuszkowe Zapalenie Nerek. Odkładanie się świecących w ciemnym polu widzenia mikroskopu depozytów immunoglobulin IgM w mezangium i ścianie kapilar niektórych zrazików pęczka naczyniowego kłębuszka. (Złogi segmentalne).
16. Usł narządów jamy brzusznej – kamica pęcherzyka żółciowego.
17. Usł innych narządów powierzchniowych – żylaki powrózka nasiennego.
18. Badania naczyń (żył i tętnic) z użyciem dopplera kolorowego, spektralnego i dopplera mocy – pseudotętniak po koronarografii.
19. Scyntygrafia kości MDP – Tc 99 m.
20. Scyntygrafia perfuzyjna mózgu – spect. Neurospect – Tc 99 m.
21. Scyntygrafia tarczycy JOD 131 – wole guzowate zamostkowe.

Poantybiotykowe zapalenie jelit

Wraz z końcem lata i tropikalnych upałów, rozpoczyna się sezon zwiększonej częstotliwości zachorowań na infekcje dróg oddechowych, układu moczowego, przewodu pokarmowego, a co za tym idzie, wzrostu ilości zalecanych antybiotyków i chemioterapeutyków, które są jednymi z najczęściej stosowanych preparatów w codziennej praktyce lekarskiej.

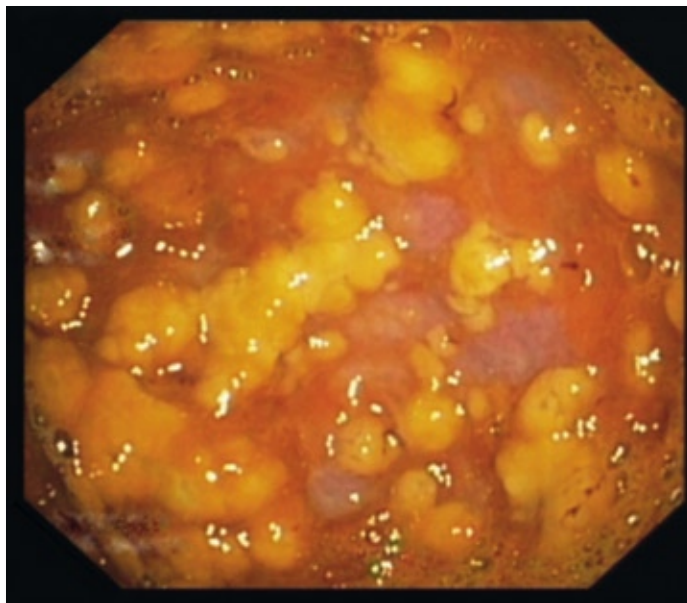
Leki te, niewątpliwie skuteczne przeciwko mikroorganizmom, nie są jednak całkowicie obojętne dla organizmu pacjenta. Kuracjom antybiotykowym poddawani są pacjenci ze wszystkich grup wiekowych, począwszy od noworodków, aż po osoby w podeszłym wieku, chorzy ambulatoryjni i hospitalizowani, z obciążeniem różnymi chorobami ogólnoustrojowymi i całkowicie zdrowi. Kuracje antybiotykowe stosowane są też jako profilaktyka zakażeń okołoperacyjnych. Jako preparaty będące w powszechnym użyciu od wielu lat, bardzo dokładnie zostały poznane wszystkie powikłania ich działania. Jednymi z najczęstszych niekorzystnych następstw terapii przeciwdrobnoustrojowych są objawy niepożądane ze strony przewodu pokarmowego, które mogą wynikać z określonego działania farmakologicznego antybiotyku na człowieka lub być następstwem zaburzeń naturalnej biocenozy każdego organizmu.

Do najczęściej występujących działań niepożądanych antybiotykoterapii należą: nudności, wymioty oraz biegunka, ponadto mogą występować brak łaknienia, zaburzenia percepcji smaku, np. odczuwanie gorzkiego smaku po klindamycynie lub metalicznego po metronidazolu, a także zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, np. po chloramfenikolu czy metronidazolu oraz uczucie wzdęcia brzucha. Antybiotyki wydalane drogą żółci, metabolizowane w wątrobie, np. cefriakson, mogą sprzyjać powstawaniu kamieni żółciowych i zapaleniu pęcherzyka żółciowego, szczególnie u dzieci.

Niektóre działania niepożądane mogą wynikać z określonego mechanizmu działania leku, np. makrolidy przez stymulację receptora motylinowego, wykazują właściwości prokinetyczne, powodując przez to nasilenie perystaltyki

przewodu pokarmowego, pojawienie się ruchomego kompleksu motorycznego, przyspieszenie pasażu jelitowego oraz zwiększenie napięcia dolnego zwieracza przełyku.

Niekorzystnym następstwem stosowania antybiotyków i chemioterapeutyków, zwłaszcza długotrwałego, mogą być zaburzenia mikroflory przewodu pokarmowego w obrębie górnego odcinka, objawiając się grzybiczym zapaleniem błony śluzowej jamy ustnej lub przełyku, wywołanym głównie przez drożdżak z gatunku *Candida albicans*. W dolnym odcinku przewodu pokarmowego mogą one przebiegać bezobjawowo lub jako poantybiotykowe zapalenie jelit.



Typowy obraz endoskopowy rzekomobłoniastego zapalenia jelit

Biegunkę związaną ze stosowaniem antybiotyków rozpoznaje się zazwyczaj, gdy:

- zwiększa się liczba wypróżnień (powyżej 3 x) i/lub,
- gdy ich konsystencja staje się luźniejsza,
- a te objawy mają związek z przyjmowaniem leków przeciwdrobnoustrojowych oraz nie można ich wykluczyć inną przyczyną.

U dorosłych występuje u około 5-30% osób leczonych, natomiast w populacji

dziecięcej około 11-40%. Czynniki zwiększonego ryzyka wystąpienia biegunki są:

- stosowanie antybiotyków szeroko-spektralnych, aktywnych wobec bakterii beztlenowych, np. aminopenicyliny, aminopenicyliny z kwasem klawulanowym, niektóre cefalosporyny, klindamycyna,
- rodzaj i stopień zaawansowania choroby podstawowej,
- wiek (większe ryzyko występuje u niemowląt i osób w podeszłym wieku),
- biegunka poantybiotykowa w wywiadzie,
- hospitalizacja lub pobyt w domach opieki dla przewlekle chorych,
- ciężki stan ogólny chorego,
- przebyte zabiegi operacyjne, szczególnie w obrębie jamy brzusznej,
- leczenie cytostatykami, dializoterapia oraz zaburzenia odporności.

Droga podania antybiotyku oraz stosowana dawka nie mają wpływu na zachorowanie. Objawy mogą pojawić się już kilka godzin od rozpoczęcia terapii, jednak w większości przypadków występują od kilku dni do 8-10 tygodni po zakończeniu leczenia przeciwbakteryjnego.

Obraz kliniczny biegunki poantybiotykowej charakteryzuje się szerokim spektrum – od postaci łagodnej, aż do pełnoobjawowego zapalenia jelita grubego. Najbardziej poważną postacią jest rzekomobłoniaste zapalenie jelit, które w 95% przypadków wywołane jest toksyną Gram-dodatniej laseczki beztlenowej – *Clostridium difficile*. Spowodowane jest zaburzeniem równowagi naturalnej biocenozy przewodu pokarmowego oraz wyselekcjonowaniem szczepów opornych, dotyczy to szczególnie antybiotyków z grupy linkozamidów (klindamycyna, linkomycyna), również po leczeniu miejscowym trądziku, cefalosporyn oraz penicylin. Anty-



W rozpoznaniu poantybiotykowego zapalenia jelit ważną rolę spełnia badanie endoskopowe

biotyki słabo wchłaniające się z przewodu pokarmowego oraz wydzielane do żółci, np. ceftriakson i cefoperazon częściej mogą powodować zapalenie jelit, natomiast w przypadku proleków, np. aksetyl cefuroksymu ryzyko jego wystąpienia jest o wiele mniejsze.

Najłagodniejszą formą poantybiotykowego zapalenia jest samoograniczająca się biegunka prosta poantybiotykowa, która nie wywołuje istotnych zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej, zazwyczaj ustępuje szybko po odstawieniu lub tylko zmniejszeniu dawki antybiotyku. W obrazie endoskopowym jelit występuje:

- obrzęk, przekrwienie miernego stopnia, mogą pojawiać się nadżerki,
- w kale często stwierdza się obecność toksyny *Clostridium difficile*.

Cięższym przebiegiem charakteryzuje się zapalenie okrężnicy, jest to następstwo zakażenia wywołanego przez *Klebsiella oxytoca*, *Clostridium perfringens*, *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*, *Clostridium difficile* lub bezpośredniego działania antybiotyku na błonę śluzową jelit. Przebieg kliniczny:

- jest bezgorączkowy,
- dominują silne bóle brzucha,
- endoskopowo uwidaczniają się zazwyczaj krwawiące owrzodzenia, rzadziej jedynie nadżerki, zlokalizowane głównie w prawej części okrężnicy.

Ta postać poantybiotykowego zapalenia jelit również ustępuje szybko po odstawieniu antybiotyków.

Najcięższym powikłaniem stosowania leków przeciwbakteryjnych jest rzekomobłoniaste zapalenie jelita grubego, które spowodowane jest przez egzotoksynę A (enterotoksyna) i B (cytotoksyna), wytwarzanych przez *Clostridium difficile*. Ta bakteria obecna jest w jelitach około 5% populacji zdrowych dorosłych. Egzotoksyna A wywołuje biegunkę, wykazuje właściwości cytotoksyczne, uszkadza błonę komórkową enterocytów, przez wiązanie się z receptorami na jej powierzchni, aktywuje makrofagi i komórki tuczne, uwalniając różne typy cytokin pozapalnych. Następstwem takiego złożonego działania jest rozpad aktywny oraz uwolnienie wewnątrzkomórkowych zasobów wapnia do cytoplazmy, co może prowadzić do martwicy komórek, również komórek nerwowych w ścianach jelita grubego. Egzotoksyna B jest silną cytotoksyną, powodującą około 1000-krotnie silniejszy efekt cytotoksyczny niż enterotoksyna. Niektóre szczepy *Clostridium difficile* wytwarzają toksynę binarną, która jest swoista wobec aktywny ADP-rybozylotransferazy.

Rzekomobłoniaste zapalenie jelit w warunkach ambulatoryjnych występuje 1-3 przypadki na 100 000 cykli leczenia oraz 1-10/1000 w szpitalu, najczęściej występuje po aminopenicylinach (ampicylina, amoksycylina), rzadziej po cefalosporynach, głównie trzeciej generacji, klindamycynie, penicylinach i erytromycynie, natomiast bardzo rzadko po tetracyklinach, kotrimoksazolu, aminoglikozydach, metronidazolu, wankomy-

cynie czy rifampicynie. W pojedynczych sytuacjach pojawia się u pacjentów po eradykacji *Helicobacter pylori*. Obraz kliniczny charakteryzuje się:

- uczuciem osłabienia,
- oddawaniem przez chorego licznych, wodnistych, zielonkawych stolców, z domieszką śluzu, rzadko krwi,
- z towarzyszącymi bólami brzucha, nudnościami, wymiotami i stanami gorączkowymi,
- mogą występować dehydratacja, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej,
- hipoaalbuminemia,
- objawy wstrząsu.

Bardzo rzadko występującym powikłaniem jest toksyczne rozdęcie i perforacja jelita grubego, co stanowi następstwo masywnego zapalenia jelita.

Rozpoznaje się rzekomobłoniaste zapalenie jelit, jeżeli objawy występują w trakcie lub do sześciu tygodni od zakończenia antybiotykoterapii, potwierdza je obraz endoskopowy, w którym charakterystyczne są:

- liczne szaro-żółte błony, głównie w odbytnicy i esicy,
- stwierdzenie przynajmniej jednej z toksyn w próbce kału.

Obecność toksyny *Clostridium difficile* w stolcu nie jest wystarczająca do postawienia diagnozy, test jest dodatni u około 30% hospitalizowanych pacjentów, bakterie te często są obecne w przewodzie pokarmowym noworodków i niemowląt, nie powodując objawów klinicznych. Najprawdopodobniej jest to związane

z obecnością przeciwciał przekazanych przez matkę w okresie ciąży lub z pokarmem w okresie karmienia piersią, osłabioną reakcją immunologiczną na obecność toksyn lub brakiem receptorów dla toksyn w błonie śluzowej jelit w tym wieku. Wrażliwość na toksyny *Clostridium difficile* wzrasta do 6 m.ż., osiągając poziom u dorosłych w 12 r.ż.

Odstawienie podejrzanego antybiotyku jest w przypadkach o lżejszym przebiegu wystarczająco skuteczne, nawet w 25-50%, może dojść do zmniejszenia zgłaszanych dolegliwości już po 48 godzinach, a do wyleczenia po 7-10 dniach. Rzekomobłoniaste zapalenie

jelit, poza leczeniem uzupełniającym, związanym z wyrównywaniem niedoborów wodno-elektrolitowych, wymaga podawania antybiotyków. Lekiem z wyboru jest metronidazol, w przypadku braku efektu i pogorszenia stanu ogólnego chorego stosuje się wankomycynę doustnie przez 10-14 dni, skuteczność określona jest na około 95%. U około 10-20% pacjentów stwierdza się nawroty. Megacolon toxicum i perforacja okrężnicy wymagają leczenia chirurgicznego.

Korzystny wpływ na przebieg poantybiotykowych zapaleń jelit, będących następstwem zaburzeń biocenozy prze-

wodu pokarmowego, wywierają probiotyki, zwłaszcza *Lactobacillus GG*, *Streptococcus thermophilus*, *Sacharomyces boulardii*, *Enterococcus faecium* i *Bifidobacterium*. Działają one antagonistycznie w stosunku do wytwarzanych przez bakterie patogenne aktywnych substancji, takich jak antybiotyki, kwasy organiczne, nadtlenek wodoru, bakteriocyny. Ponadto konkurują z wirusami i bakteriami o składniki odżywcze i miejsce przylegania do komórek nabłonka jelitowego oraz wpływają na układ immunologiczny błony śluzowej jelita.

lek. med. Anna Woś

Podstępny antybiotyk

O rzekomobłoniastym zapaleniu jelit rozmawiamy z dr. n. med. Tomaszem Arłukowiczem, ordynatorem Oddziału Gastroenterologicznego.

– Chorzy przyjmujący antybiotyki często nie zdają sobie sprawy z negatywnych skutków działania tych leków. Czy antybiotyki mogą zagrażać naszemu zdrowiu?

– Antybiotyki są lekami przeciwbakteryjnymi, które mają za zadanie zwalczać infekcje rozwijające się w naszym organizmie, jednak czasem zwalczając jedną chorobę mogą powodować inną – poantybiotykowe zapalenie jelit. Najcięższą postacią tej choroby jest rzekomobłoniaste zapalenie jelit, które zagraża nie tylko zdrowiu, ale i życiu pacjenta.

– Jakich pacjentów w szczególności dotyka ta choroba?

– Osoby leczone w szpitalu chorują trzy razy częściej, niż chorzy leczeni ambulatoryjnie. Szczególnie mam tu na myśli pacjentów: z najcięższymi urazami wielonarządowymi, po ciężkich zabiegach operacyjnych, obłożnie chorych, osób z zaawansowaną miażdżycą oraz po złożonych, powtarzanych antybiotykoterapiach.

– Co jest największą trudnością w leczeniu chorych?

– Należy pamiętać, że ta jednostka chorobowa jest zaliczana do stanów bezpośredniego zagrożenia życia. A szcze-

gólną trudnością w leczeniu chorych, jest to, że wyjściowo mają oni poważne problemy zdrowotne i powikłanie w postaci rzekomobłoniastego zapalenia jelit znacząco pogarsza przebieg schorzenia i rokowanie. Z największym jednak problemem musimy się zmierzyć, gdy chorują pacjenci, u których istnieje potrzeba kliniczna antybiotykoterapii.

– Ponieważ na rzekomobłoniaste zapalenie jelit mogą również chorować osoby przyjmujące antybiotyki w domu, proszę powiedzieć, na co powinny one zwracać uwagę?

– Alarmującym objawem jest pojawiająca się, w trakcie lub po antybiotykoterapii, biegunka z wysoką gorączką oraz z towarzyszącym, pogarszającym się stanem ogólnym. Cechą charakterystyczną, ale nie obowiązkową, jest szczególna złowonność stolca. Chory powinien w takiej sytuacji natychmiast zgłosić się do lekarza.

– Czy można zapobiegać poantybiotykowemu zapaleniu jelit?

– Najwłaściwszym sposobem postępowania jest profilaktyka. Co prawda, każdy antybiotyk jest przepisywany przez lekarza, który powinien pamiętać o profilaktyce, jeżeli jednak tak niestety nie jest, pacjent może sam zadbać o swoje



dr n. med. Tomasz Arłukowicz

zdrowie zaopatrując się w dostępne bez recepty probiotyki. Bardzo ważne jest, aby antybiotykoterapia była: rozważna, celowana, o adekwatnym do przyczyny czasie trwania, a równocześnie podawane probiotyki zawierały szczepy ze skutecznością potwierdzoną w badaniach klinicznych.

– O czym powinny pamiętać osoby, które chorowały na zapalenie jelit?

– Osoby te powinny dbać o zdrowie, m.in. uzupełniając probiotyki i utrzymując właściwy stan mikroflory jelitowej. A lekarze szczególnie roztropnie powinni zalecać kolejne antybiotykoterapie.

– Dziękuję za rozmowę.

core

Z myślą o niepełnosprawnych

Placówki służby zdrowia nie są dobrze przystosowane dla osób niepełnosprawnych. Problem dotyka wielu ludzi zwłaszcza, że pod pojęciem „niepełnosprawni” należy rozumieć nie tylko osoby poruszające się na wózkach, niedowidzące i niedosłyszące, ale także niepełnosprawnych czasowo – wystarczy złamana noga, by nie być w stanie poruszać się samodzielnie bez kuli czy wózka.

Dlatego Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie wyszedł naprzeciw tym problemom i od 2005 r. pozyskuje środki finansowe z programu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) pn. „Program wyrównywania różnic między regionami”. Dzięki tym środkom udało się zrealizować 7 projektów. Inwestycje te głównie polegały na realizacji zadań, mających na celu udostępnienie przestrzeni architektonicznej osobom niepełnosprawnym (likwidacja barier architektonicznych) oraz na wymianie i uzupełnieniu sprzętu medycznego, umożliwiającego zastosowanie najnowocześniejszych metod rehabilitacji.



Specjalnie wyposażona łazienka

Obecnie zakończono realizację dwóch projektów w ramach obszaru A i B.

W ramach obszaru A Szpital zrealizował projekt „Zrób z nami pierwszy krok – doposażenie WSS w Olsztynie w sprzęt rehabilitacyjny niezbędny do rehabilitacji osób niepełnosprawnych”. Inwestycja dotyczyła zakupu sprzętu, służącego do rehabilitacji osób niepełnosprawnych na kwotę 142 055,41 zł, kwota dofinansowania z PFRON 40 337,99 zł.

W ramach projektu zakupiono specjalistyczny sprzęt rehabilitacyjny:

- wózek inwalidzki (4 szt.),
- wałek flexbar (6 szt.),
- łóżka elektryczne z wyposażeniem (6 szt.),

- siatki lateksowe różnego oporu (15 szt.),
- wałek terapeutyczny (2 szt.),
- dynamiczna platforma stabilometryczna bezprzewodowa (1 szt.),
- zestaw nebulflaem z rapidflaem i akcesoriami (1 szt.),
- panel rehabilitanta (1 szt.),
- notebook (1 szt.),
- osprzęt do kabiny UGUL pełny (1 szt.),
- taśmy rehabilitacyjne (15 szt.),
- poduszka sensomotoryczna (2 szt.),
- piłka (3 szt.),
- obręcz (2 szt.),
- step do ćwiczeń tensometryczny (2 szt.),
- dysk korekcyjny (2 szt.),
- dysk terapeutyczny (2 szt.),
- artromot - aparat do prowadzenia ciągłego ruchu biernego (1 szt.),
- aparat do terapii z akcesoriami (1 szt.),
- aparat do terapii wieloczynnościowy z akcesoriami (1 szt.).

Zakup nowego sprzętu przeznaczonego na oddział rehabilitacyjny, w znacznym stopniu poprawi jakość i dostęp do usług rehabilitacyjnych świadczonych osobom niepełnosprawnym. Nowe urządzenia pozwolą na zachowanie ciągłości w rehabilitacji. Często z powodu braku odpowiedniej liczby sprzętu, pacjenci niepełnosprawni muszą czekać, aż urządzenia rehabilitacyjne zostaną udostępnione. Do sprzętu tworzą się kolejki, co jest powodem przedłużenia okresu rehabilitacji i zmniejszenia jej efektywności.

W ramach obszaru B Szpital zrealizował projekt „Szpital bez barier – dostosowanie pomieszczeń WSS w Olsztynie do potrzeb osób niepełnosprawnych”. Inwestycja dotyczyła likwidacji barier architektonicznych:

- dostosowanie chodnika do potrzeb osób niepełnosprawnych, łączącego budynek izby przyjęć planowych i rejestrację szpitalną z ulicą Żołnierską,
- dostosowanie łazienki do potrzeb osób niepełnosprawnych w budynku izby przyjęć planowych oraz w Oddziale Otolaryngologicznym i Laryn-



Wszystkie drzwi w oddziale mają 100 cm szerokości

gologii Onkologicznej,

- wymiana posadzki oraz wykładzin na antypoślizgowe, montaż uchwytów i poręczy dla osób niepełnosprawnych w Oddziale Otolaryngologicznym i Laryngologii Onkologicznej,
- wymiana stolarki drzwiowej na stolarkę o szerokości 100 cm w Oddziale Otolaryngologicznym i Laryngologii Onkologicznej.

Całkowita wartość projektu to 233 576,00 zł, kwota dofinansowania wynosi 70 072,30 zł.

Realizacja projektu sprawi, iż Szpital będzie otwarty i przyjazny osobom niepełnosprawnym, a osoby niepełnosprawne, przebywające na terenie Szpitala, będą czuły się bezpiecznie.

Celem realizowanych projektów jest umożliwienie lub w znacznym stopniu ułatwienie osobom niepełnosprawnym dostępu do świadczeń wykonywanych w Szpitalu i poruszania się po jednostce.



Antypoślizgowe wykładziny i poręcze dla osób niepełnosprawnych

Należy zaznaczyć, że Szpital przy realizacji projektów kierował się zasadą, że w przypadku osób niepełnosprawnych należy pamiętać o tym, aby coś co ma służyć i pomagać, nie stanowiło utrudnienia.

Alicja Biernacka

Partnerstwo dla transplantacji

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie przygotowania do powołania Oddziału Transplantologicznego oraz Poradni Transplantacji Nerek idą pełną parą. Jeszcze w tym roku może dojść do pierwszego przeszczepu nerki. Dotychczas w Olsztynie pobierano narządy, ale przeszczepiano je w innych ośrodkach.

W Urzędzie Marszałkowskim 9 września 2010r. podpisano list intencyjny „Partnerstwo dla Transplantacji w Województwie Warmińsko-Mazurskim”. Przedstawiciele władz województwa, ochrony zdrowia, oświaty i kościoła mówili o nowym życiu po przeszczepie narządów. Celem programu jest uzyskanie społecznego poparcia dla idei dawstwa narządów, a także zwiększenie liczby przeszczepów poprzez utworzenie stanowisk koordynatorów transplantacyjnych w szpitalach.

W województwie warmińsko-mazurskim w ubiegłym roku wskaźnik zmarłych dawców na 1 mln mieszkańców przekroczył średnią dla Polski i wyniósł 14,3 dawcy. Poważnym problemem w regionie jest jednak bardzo niska liczba dawców żywych – w ubiegłym roku w całym województwie pobrano zaledwie jedną wątrobę do przeszczepu. Tym samym wskaźnik żywych dawców dla regionu wyniósł zaledwie 0,7 dawcy, podczas gdy w Holandii przekroczył 25, a w Anglii 15 dawców na 1 mln mieszkańców.

Transplantologia w Polsce

W Polsce przeszczepia się dwa, a nawet trzy razy mniej narządów w porównaniu do rzeczywistych potrzeb, a wielu chorych umiera w oczekiwaniu na przeszczep. W naszym kraju w 2009 roku pobrano narządy od 420 zmarłych osób. W 2008 r. liczba ta wyniosła 427, co stanowiło 11,2 dawcy w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców. W tym samym czasie średnia liczba zmarłych dawców w Europie wyniosła ponad 16 na 1 mln mieszkańców. W Hiszpanii, w której funkcjonuje najsprawniejszy system pobierania narządów, wskaźnik ten przekroczył 30. Należy jednocześnie podkreślić, że w Polsce przeszczepia się dramatycznie mało nerek pobieranych od dawców żywych. W 2008 roku, w całym kraju przeszczepiono ich jedynie 20.

O transplantacji narządów

Transplantacja narządów jest metodą leczenia ratującą życie i zdrowie pacjentów. Stosuje się ją w przypadku schyłkowej niewydolności organów, takich jak nerki, serce, wątroba, płuca, trzustka, jelita. Leczenie to umożliwia powrót do zdrowia około 1-1,5 tysiącom osób w skali roku.



Irena Kierzkowska – dyrektor WSS oraz Andrzej Zakrzewski – dyrektor NFZ podpisują list intencyjny

Poważne i nieodwracalne uszkodzenia narządów mogą występować od urodzenia, np. w wyniku wad genetycznych, a także na skutek silnego urazu czy wyniszczającej choroby. W wielu przypadkach jedyną skuteczną formą terapii jest przeszczep określonego narządu. O jego potrzebie decyduje lekarz, który zgłasza pacjenta do wyspecjalizowanego ośrodka transplantacyjnego, w którym chory jest poddawany specjalnym badaniom kwalifikującym, a następnie zgłaszany do Krajowej Listy Osób Oczekujących na Przeszczepienie.

Możliwość przeszczepienia organów jest warunkowana wieloma czynnikami. Do najważniejszych z nich należą niewykluczające się wzajemnie grupy krwi dawcy i biorcy, a także stopień zgodności pomiędzy antygenami zgodności tkankowej (HLA, z ang. Human Leukocytes Antigens), które mogą wpływać na pro-



Prof. Wojciech Rowiński – prezes Stowarzyszenia Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej oraz Jolanta Szulc – wicemarszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego

ces odrzucenia przeszczepu. Antygeny te znajdują się w białych ciałkach krwi i są różne dla każdego człowieka, z wyjątkiem bliźniaków jednojajowych. Do innych ograniczeń należą m.in. ogólny stan zdrowia chorego, czy też rozmiary ciała dawcy i biorcy.

Wykorzystywane w transplantologii narządy pochodzą głównie od dawców zmarłych. Jedynie nerki i fragmenty wątrób mogą być pobierane od dawców żywych, lecz odsetek tego rodzaju pobrań jest stosunkowo niewielki. Szacuje się, że na świecie co czternaście minut kolejna osoba jest kwalifikowana do zabiegu, a codziennie piętnaście osób umiera nie mogąc doczekać się przeszczepu.

Organy pobierane od dawców zmarłych odgrywają kluczową rolę w ratowaniu ludzkiego życia. Rozpoznanie potencjalnego dawcy wiąże się z przeprowadzeniem szeregu specjalistycznych testów, pozwalających na stwierdzenie śmierci mózgowej, czyli stanu, w którym w mózgu nie występują już żadne funkcje życiowe. Śmierć mózgowa jest nieodwracalna, a osoba w takim stanie jest uznana za zmarłą, mimo że jej ciało może funkcjonować z pomocą aparatury medycznej. Do śmierci mózgu dochodzi najczęściej wskutek jego rozległych uszkodzeń (głównie pnia mózgu) i zatrzymania dopływu krwi dłuższego niż kilka minut. Po rozpoznaniu śmierci mózgowej, co następuje najczęściej, gdy brak dopływu krwi do mózgu przekracza 10-12 godzin i przy braku przeciwwskazań zdrowotnych, lekarze kwalifikują zmarłego do operacji pobrania organów. Szacuje się, że narządy jednego dawcy mogą uratować lub przedłużyć życie siedmiu osobom.

Źródło: www.uniatransplantacyjna.pl
core

Nowy konsultant ds. endokrynologii

O pełnieniu obowiązków konsultanta wojewódzkiego ds. endokrynologii rozmawiamy z dr n. med. Ewą Aksamit-Białoszewską, specjalistą chorób wewnętrznych, specjalistą endokrynologii i diabetologii.



– Czy objęcie stanowiska konsultanta wojewódzkiego ds. endokrynologii traktuje Pani jako kolejny szczebel w swoim rozwoju zawodowym?

– Na pewno nie, jest to jednak zwiększenie mojego doświadczenia i kilkudziesięcioletniej pracy w tej dziedzinie.

– Ilu lekarzy endokrynologów liczy województwo warmińsko-mazurskie i czy ta liczba jest wystarczająca dla pokrycia potrzeb zdrowotnych mieszkańców naszego regionu?

– W naszym województwie pracuje 33 lekarzy endokrynologów. Wielu z nich, podobnie jak ja, zdobyło doświadczenie pod kierownictwem Pani Profesor Elżbiety Bandurskiej-Stankiewicz i kształciło się w naszym Oddziale Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych. Wydaje się, że co do zasady liczba lekarzy w naszym województwie jest wystarczająca. Jednocześnie odrębną kwestią pozostaje problem wykorzystania ich potencjału i doświadczenia.

– Na jakie trudności w swojej dziedzinie napotyka Pani, jako konsultant?

– Jestem na razie na początkowym etapie pracy na tym stanowisku, konsultantem jestem od maja 2010 r. i dotychczas nie spotkałam się z żadnymi problemami.

– Dziękuję za rozmowę.

Barbara Szymczuk

Quiz szpitalny

Drodzy Czytelnicy, quiz szpitalny okazał się nie lada wyzwaniem, nikomu nie udało się podać wszystkich poprawnych odpowiedzi. Mimo to, przeprowadziliśmy losowanie i nagrodę otrzymuje Jolanta Borejko z Działu Diagnostyki Laboratoryjnej. Gratulujemy, nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji. Nagrodą w konkursie był komplet gadżetów: parasolka, koszulka, daszek oraz ciekawa książka. Największy problem sprawiło pytanie o imię i nazwisko pierwszej przełożonej pielęgniarek. Była nią Alina Czubieli.

Pytania wraz z odpowiedziami:

- Kiedy otwarto Wojewódzki Szpital Ogólny?
26 listopada 1970 r.
- Kto wykonał pierwszą operację w ramach pełnionego pierwszego ostrego dyżuru?
dr Stanisław Niepsuj
- Kto był trzecim dyrektorem szpitala?
Stefan Bołoczko
- W którym roku po raz pierwszy wykonano operację tętniaka aorty brzusznej?
1980 r.
- Czyje imię nosił Wojewódzki Szpital Zespolony i kim z zawodu był jego patron?
Alfreda Fiederkiewicza, lekarzem

6. Wymień troje jubilatów z 40-lecia szpitala.

- prof. Elżbieta Bandurska-Stankiewicz
- Stefan Barabas
- Krystyna Gruszczyńska
- dr n. med. Mieczysława Gryglicka
- Teresa Gryniewicz
- Bernadetta Jaźwińska
- Danuta Kierska
- Irena Kruszewska
- dr n. med. Władysław Opacki
- dr n. med. Tomasz Przybyszewski
- lek. med. Tomasz Sankowski
- Jolanta Trytek
- Halina Walczyk
- Janina Wojtulewicz-Senderska
- Marta Zeltzer

7. Jaki oddział otwarto w szpitalu, gdy funkcję dyrektora pełniła Bożena Marcinkowska?
kardiochirurgiczny

8. Podaj imię i nazwisko ministra zdrowia, który przecinał wstęgę na otwarciu szpitala?
Jan Kostrzewski

9. Na jaki oddział został przyjęty pierwszy pacjent?
rehabilitacyjny

10. Jaki oddział otwarto w 1978 r.?
nefrologiczny

11. Podaj imię i nazwisko pierwszego ordynatora Oddziału Kardiologicznego?
dr Ludwik Mirecki

12. Gdzie odbyło się 40-lecie Szpitala?
w Trzcimowej Dolinie



13. Kto daje zastrzyk „dzielnemu pacjentowi” z poprzedniego numeru „Pulsu Szpitala”?

Halina Czaplicka

14. Jakie punkty handlowe mieściły się w starym holu szpitalnym?
księgarnia, sklep ortopedyczny, warzywniak, kiosk RUCH

15. Podaj imiona i nazwiska dwóch uczennic ze szkoły pielęgniarskiej z kwiatami z fotoreportażu „Gdzie są ludzie z tamtych lat...”

Monika Kaliszuk,
Małgorzata Zając

16. Jaki gadżet dostał każdy uczestnik spotkania integracyjnego z okazji 40-lecia szpitala?

daszek

17. W którym roku powstała Pracownia Izotopowa?

1983 r.

18. Podaj imię i nazwisko pierwszej Przełożonej Pielęgniarek?

Alina Czubieli

Wodospady Wiktorii

– „Dym, który Grzmi” cz. I

„Podczołgawszy się w strachu do samej krawędzi, spojrzałem w głąb wielkiej szczeliny, która ciągnęła się w poprzek szerokiej Zambezi. Patrząc w przepaść nie widzi się nic prócz gęstej, białej chmury. Był to najwspanialszy widok jaki ujrzałem w Afryce” – David Livingstone napisał to 15 listopada 1855r. w dniu, w którym zobaczył Wodospad Wiktorii, nazwany tak na cześć brytyjskiej królowej.

Ten szkocki badacz i misjonarz dokładnie oszacował wielkość wodospadu; masa wody spada z szerokości ok. 1600 m i z wysokości ok. 108 m, tworząc najszerszą wodną kurtynę na świecie – najszerszy w świecie, nieprzerwany wodospad. Ta masa wody naprawdę sprawia wrażenie. Podczas pory deszczowej – w lutym i w marcu, przez wodospad przepływa 550 mln litrów wody na minutę (!), spadając w przepaść z ogłuszającym hukiem i tworząc gęstą zasłonę z mgły widoczną z odległości nawet 60 km. Nie przypadkiem plemię Kololo, rdzenni mieszkańcy tych okolic, nazwali wodospad Mosi-oa-tunga, czyli „grzmiący dym”, a w dawnych czasach nazywano go bardziej poetycko Seongo – „dom tęczy”.

Rzeczywiście, we mgle powstającej z ogromnych mas wody, nieustannie tworzą się tęcze, widoczne nawet nocą. Dziś wiadomo, że rzeka Zambezi, płynąca na granicy Zambii i Zimbabwe, niespodziewanie natrafia na przeszkodę w po-

staci wąskiego, głębokiego, bazaltowego wąwozu tektonicznego. Z zambijskiego brzegu, szeroko płynąca Zambezi – w tym miejscu osiąga 1600 m, wpada z hukiem w 110 m, wąską czeluść, szerokości jedynie 60 m.

Wodospad tworzy pięć głównych kaskad wodnych o następujących nazwach: Diabelska Katarakta, Wodospad Główny, Wodospad Końskiej Podkowy, Wodospad Tęczowy oraz Wschodnia Katarakta, o wspólnej nazwie Wodospadów Wiktorii. Wspaniałe widoki białych wstęg wodnych roztaczają się z kilku punktów obserwacyjnych na przeciwległym ścianie skalnej. Mimo peleryn przeciwdeszczowych w jakie zaopatrywani są obecnie turyści, woda i tak dostaje się wszędzie, a aparaty fotograficzne i kamery w tak dużej wilgotności odmawiają posłuszeństwa. Mimo to można spokojnie podziwiać te nierzeczywiste widoki – tęczowe mosty na tle bujnej zieleni i surowy majestat miejsca nigdy niepokromionego przez człowieka.



wysokość wodospadu:
108 m
szerokość wodospadu:
1600 m
przepływ wody:
550 mln L / min.
wiek wodospadu:
200 mln lat

Równie urzekający pejzaż można zobaczyć z wybudowanego w 1905 r. mostu kolejowego nad wąwozem za wodospadem. Inicjatorem tego przedsięwzięcia był kolejny Brytyjczyk – polityk i przedsiębiorca – Cecil Rhodes, od którego nazwiska pochodziła nazwa państwa Rodezji – obecnie Zimbabwe.



David Livingstone (1813 – 1873)

Był najlepszym przykładem samouka epoki wiktoriańskiej. Syn ubogiego robotnika. W wieku 10 lat zaczął pracować w młynie – po 13 godz. dziennie, 6 dni w tyg., mimo to, każdego wieczoru chodził do szkoły. Sam nauczył się łaciny, przyrody i teologii. W wieku 21 lat postanowił zostać misjonarzem medycznym. W 1840 r. uzyskał dyplom lekarza i został mianowany pastorem, po czym wyjechał na południe Afryki prowadząc działalność misyjną. Z czasem porzucił tę pracę, poświęcając się całkowicie podróżom badawczym. Przez lata słyszał opowieści o wodospadach Mosi-oa-tunga „grzmiący dym”. Dopiero w 1855 r. zobaczył je na własne oczy, nadając im nazwę Wodospadów Wiktorii.

W 1856 r., otrzymał złoty medal Królewskiego Towarzystwa Geograficznego i został przyjęty przez królową Wiktorię, a jego książka „Podróże i badania misjonarza w południowej Afryce” stała się bestsellerem. Królewskie Towarzystwo Geograficzne finansowało jego kolejne wyprawy do Afryki, między innymi w celu odnalezienia źródeł Nilu.

Mimo coraz gorszego stanu zdrowia odmówił powrotu do Wielkiej Brytanii, kontynuując poszukiwania źródeł Nilu. Zmarł 1873 r. w pobliżu jeziora Tanganika. Jego dwaj afrykańscy słudzy – asystenci postanowili, że zwłoki badacza powinny powrócić do Wielkiej Brytanii. Pogrzebali jego serce i wewnętrzne organy w ukochanej przez niego afrykańskiej ziemi, a zmumifikowane ciało w 1874 r. złożono w opactwie Westminster w Wielkiej Brytanii.

Obeenie most jest przejściem granicznym pomiędzy Zambią i Zimbabwe, a w jego części środkowej znajduje się punkt skoków na bungee, przyciągający wielu śmiałków, ze względu na jeden z najdłuższych dystansów swobodnego opadania. Oczywiście i w naszej grupie znaleźli się śmiałkowie, którzy te wszystkie atrakcje zaliczali – oprócz skoku, można też zjechać na linie pomiędzy krańcami kanionu na kołowrotku trzymając się tylko rękoma, albo – wersja dla słabszych zawodników – w specjalnej uprząży-krzeselku. Patrząc jedynie przez wizjer kamery i aparatu na te wyczyny nie czułam się pewnie. Dopiero zimne piwo już po drugiej stronie mostu w Zambii trochę poprawiło moje samopoczucie, a naszych trzech „wspañiałych” było tak naładowanych adrenaliną, że jeszcze przez kilka dni żyli tylko tymi wyczynami. Najpiękniej jednak wodospad prezentuje się z lotu ptaka.

W promieniu 30 km od wodospadu wilgotność jest tak duża, że umożliwia wzrost lasu deszczowego, który wchodzi wraz z Wodospadami Wiktorii, w skład parku Narodowego Mosioatunga na terenie Zambii, a po stronie Zimbabwe w obszar Parku Narodowego Victoria Falls. Specyficzny system lasu deszczowego, z płataniną liści i lian, wielkimi paprociami, dzikimi orchideami, drzewami hebanowymi, zamieszkały jest przez wszechobecne małpy, małe kolibry i wiele innych zwierząt i ptaków – po prostu raj i to nie tylko dla Tarzana. Safari jakie rozpoczęło się następnego dnia wcześniej rano, było jak jeden ze wspaniałych filmów przyrodniczych – tylko brakowało mi w tle głosu pani Krystyny Czubówny.



Emilia Paszkowska

Naszym celem było zobaczenie tzw. „wielkiej piątki afrykańskiej – big five”: lwa, lamparta, słonia, nosorożca i bawoła. Jeszcze bladuróżowym świtem wyruszyliśmy specjalnie przygotowanymi jeepami na ich przewidywane szlaki przejść. Początkowo widzieliśmy jedynie bardzo płochliwe gnu pęgowane, które tak szybko uciekały, że wszystkie zdjęcia jakie próbowałam zrobić są poruszone. Potem oczy zaczęły wylapywać z płataniny traw i drzew egzotyczne zwierzęta i ptaki, w tym kolejne gatunki antylop: koba śniadego, z charakterystyczną białą plamą na zadzie, oryksa – z białoczarnym pyskiem, długimi i prostymi rogami, botenboka – endemiczny gatunek antylopy o ciemnobrązowej skórze z kontrastowymi, białymi plamami na zadzie. Wszystkie były pełne gracji i wdzięku. Podziwiając je nie wiedziałam

jeszcze, że część tych pięknych zwierząt będzie naszym kolacyjnym menu – cóż, takie jest prawo buszu.



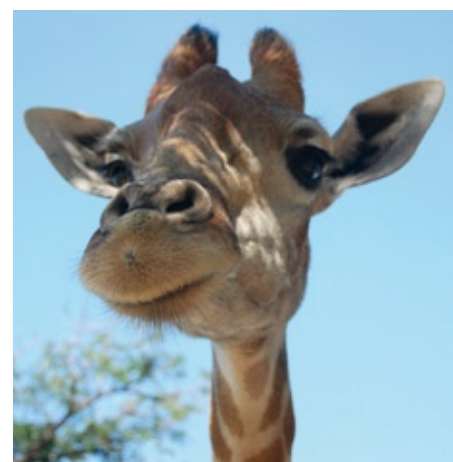
Zatrzeszczała krótkofalówka i nasz przewodnik poinformował nas, że druga grupa, która pojechała inną trasą, natknęła się na średniej wielkości stado lwów – pędzimy więc pełni ekscytacji ku naszej przygodzie... a może przeznaczeniu? Wolno i ostrożnie podjeżdżamy do jeepa drugiej ekipy i mamy całą lwią rodzinę w pełnej krasie. Stado składało się z kilku samic z młodymi, ale pana lwa, dominującego w stadzie nie widzimy – pewnie ma już dość tych „babskich” pogaduszek i uciekł w krzaki. Robimy dużo zdjęć, a lwy wspaniale nam pozują, ale i tak najciekawsze są małe lwiątko, które tak jak małe dzieci są trochę nieufne, ale i strasznie ciekawe, więc powolutku zbliżają się do jeepów. Mimo bezpośredniej bliskości tych dzikich i groźnych zwierząt czujemy się bezpiecznie, bo czuwają nad nami uzbrojeni przewodnicy – strażnicy tego parku. Jedziemy dalej i napotykamy bawoły afrykańskie – bardzo dostojne i potężnie zbudowane, z dużymi i ciężkimi rogami. Bawoły przyglądają nam się badawczo, co sprawia, że wzrasta nam trochę ciśnienie – mogą być bardzo niebezpieczne. Spojrzeniem mówią wyraźnie, że chcą





widzimy stado słoni, które jak przystało na największe ssaki lądowe, kroczą z królewską godnością. Nasze stado aktywnie poszukuje śniadanka – słonie z apetytem zajadają młode gałązki krzaków i długie trawy – po prostu sielanka. Na szczególną uwagę zasługuje troska, z jaką samice opiekują się potomstwem. Podobną troskę zwierzęta okazują również rannym lub chorym osobnikom. Kiedy słoń umiera, pozostali członkowie przyjmują to z wyraźnym smutkiem i zdarza się, że przykrywają jego ciało gałęziami.

Obecnie większość stad dzikich antylop, a także słonie, nosorożce i większe drapieżniki, żyją w rezerwach i parkach narodowych – trafnym wydaje się stwierdzenie, że to, jak naród dba o swoje środowisko naturalne, jest wyznacznikiem poziomu jego cywilizacji... i Ty, biały człowieku, czytający ten artykuł, pamiętaj o tym – segregując chociaż śmieci, oszczędzając wodę i prąd.



w spokoju przeżuć swoje śniadanie – karnie wycofujemy się. Potem kolejne spotkania – zebry, żyrafy, pawiany, guźdźce (dzikie świny), dużo ptaków. Wreszcie mamy sygnał od naszego przewodnika, aby być cicho – wypatrzył rodzinę nosorożca: samiec z samicą i jednym młodym. Trudno je zobaczyć, bo kryją się w gęstej roślinności, ale jak już mieliśmy odjeżdżać następuje ulubiona chwila fotografa-amatora, kiedy „tata – model” prezentuje się w pełnej kra-

sie z pięknym rogiem. Róg jest niestety jego zgubą – w wielu regionach świata sproszkowany róg uchodzi za wspaniały afrodyzjak, co prowadzi do znacznego wytopienia tych zwierząt przez kłusowników.

Wytropiliśmy już trzech przedstawicieli „big five” – brakuje jeszcze słonia i lamparta. Lampart w ciągu dnia jest prawie nie do wytropienia – z żalem przyjmujemy tę wiadomość. Wreszcie

Po tych ekscytujących, porannych wrażeniach odbyło się „śniadanie na trawie” – kucharz, który z nami jechał, migiem je przygotował, a smakowało wyborne – dla takich chwil warto odbywać te wszystkie podróżnicze trudy. Dzikie rejony świata kryją spektakularne klejnoty przyrody, a podróż do tych często odległych miejsc bywa równie emocjonująca i ciekawa, jak sam jej cel. Jeśli nie możemy tam wybrać się osobiście, zawsze pozostaje podróż „palcem po mapie” i marzenia, które potrafią obudzić w nas prawdziwych podróżników i odkrywców.

cdn.
Emilia Paszkowska

Koniec cz. I

**Całość artykułu na stronie
www.wss.olsztyn.pl**

„Świat mi się wywrócił”

Henryk Mierzyński, rolnik z Lipowca, gm. Kurzętnik (woj. warmińsko-mazurskie) w piątek rano, 20 sierpnia br. trafił na ostry dyżur oddziału okulistycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Diagnoza dyżurnego lekarza zabrzmiała jak wyrok: „Nastąpiło rozwarstwienie siatkówki, grozi panu utrata wzroku. Pilnie potrzebna jest operacja, której wynik może być ryzykowny”.

Już następnego dnia rano Henryka zawieziono na stół operacyjny. Najpierw poczuł chłód, potem dostrzegł nad sobą błyszczącą niklem tajemniczą aparaturę. Na bliższe obserwacje nie starczyło mu czasu, bo na twarz założono mu maskę i po chwili pogrążył się w głębokim śnie. Obudził się dopiero na szpitalnym łóżku.

Operacja się udała, pozostało tylko wyleczyć mocno poranione w jej trakcie lewe oko i potem już tylko czekać na wypis do domu. W gospodarstwie rolnika czekały przecież pilne prace polowe: wykopki ziemniaków, podorywki, orki oraz przygotowanie pola pod zasiew pszenżyta. Do tego dość uciążliwy codzienny obrządek licznego inwentarza...

Niestety, Henrykowi w szpitalu przyszło spędzić jeszcze trzy tygodnie. Nic dziwnego, że nocami nie mógł spać ze zdenerwowania i ciągłego myślenia, co też dzieje się w jego gospodarstwie? Nie pomogły uspokajające telefony od żony Agnieszki, że daje sobie radę z obrządkiem piętnastu macior, ponad setki tuczników, dwudziestu sztuk bydła i ukochanych trzech koni. Potrafił dzwonić już o wpół do szóstej rano z instrukcjami dla synów, 15-letniego Dariusza i 14-letniego Damiana, na jakim biegu

ciągnika najlepiej orać rżysko po zebra-nej latem mieszance.

Jeszcze gorzej poczuł się w dzień wypisu ze szpitala, 9 września, kiedy przeczytał we wręczonych mu zaleceniach pooperacyjnych, że do 3 miesięcy powinien unikać forsownego wysiłku fizycznego, w tym pracy na działce i w gospodarstwie, dalej dźwigania ciężkich przedmiotów oraz dłuższego przebywania w pozycji schylonej, na przykład przy pieleniu chwastów w przydomowym ogródku. – *Świat mi się wywrócił. Raz, że strach coś dźwigać, a dwa, że brak wiary na przyszłość. Zwłaszcza, że teraz jest ryzyko, iż siatkówka może się znów odkleić* – mówi z troską w głosie Henryk Mierzyński i dodaje, że pytał lekarzy okulistów, czy jeszcze będzie mógł ciężko pracować na roli?

Niestety, odpowiedzi na swoje dramatyczne pytanie nie usłyszał. Natomiast od swojego towarzysza niedoli, leżącego na sąsiednim łóżku w szpitalnej sali, dowiedział się, że w krajach zachodniej Europy tamtejszy farmer może w trudnej sytuacji życiowej liczyć na pomoc państwa, przede wszystkim ze strony gminy. Np. we Francji mer, czyli ichni wójt, przysyła do tego gospodarstwa pracownika, który



w czasie nieobecności gospodarza zajmuje się obrządkiem inwentarza i uprawą ziemi. Ba, więcej, taki pracownik może zastąpić gospodarza, jeśli ten wybierze się na kurację do sanatorium!

Rolnik ma dopiero 37 lat i wcale nie marzy mu się zostać rencistą. Chciałby wykształcić swoich synów licząc, że przynajmniej jeden z nich zostanie na ojcowiznie. Jak opowiada, obecnie, zaraz po lekcjach w szkole, przebijają się w ubrania robocze i w miarę sił pomagają w pracach domowych i gospodarskich. A przy okazji zdobywają umiejętności obsługi ciągnika, w tym prawidłowego wykonywania jesiennej orki.

Na zakończenie rozmowy z dziennikarzem rolnik dodaje, że sporą dawkę optymizmu dostarczył mu również 3-tygodniowy pobyt w oddziale okulistyki WSS w Olsztynie, gdzie tak lekarze, na czele z operującym go doktorem Januszem Pieczyńskim, jak i pielęgniarki pod wodzą oddziałowej Agnieszki Przybyłek, troskliwie się nim opiekowali i podtrzymywali go stale na duchu. – *Zwłaszcza pielęgniarki są dla nas, pacjentów, prawdziwymi uzdrowicielami* – mówi z uznaniem pan Henryk.

Kazimierz Olejnik



Umowa na budowę nowego bloku podpisana

10 września 2010 r. Szpital zawarł umowę z firmą Budimex S.A. na wykonanie robót budowlano-montażowych w ramach projektu „Modernizacja Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie poprzez rozbudowę istniejącego głównego budynku szpitala na potrzeby bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni”.

Roboty budowlano-montażowe zakończone zostaną w III kwartale 2012 r. Będą obejmować m.in.: przygotowanie placu budowy (ogrodzenie placu budowy, droga dojazdowa, zasilanie

placu budowy), roboty budowlane i instalacyjne (roboty ziemne, stan surowy otwarty, roboty murarskie, dach, roboty wykończeniowe wewnętrzne, elewacje, roboty zabezpieczające, wyposażenie



specjalistyczne, zagospodarowanie terenu wokół budynku, wykonanie stacji uzdatniania wody z hydrofornią, roboty instalacyjne).

Alicja Biernacka

Nakarmimy Cię... zdrowiem!

Czekoladowy baton, który ma tylko 60 kalorii, a syci nawet na... 9 godzin! Ciastka, które mają cztery razy więcej błonnika, niż... pieczywo razowe! Cukier, który... zapobiega próchnicy i wzmacnia odporność! To tylko przykładowe produkty, które można kupić w olsztyńskich „Eko-Delikatesach”. Gdy odwiedzisz ten sklep, przekonasz się, że to, co zdrowe, może być naprawdę pyszne.

Nie znam nikogo, kto chce zrzucić zbędne kilogramy, ma cukrzycę albo alergię pokarmową np. na laktozę czy gluten. Jeśli możesz się pod tym podpisać, to jesteś wyjątkiem bo, niestety, coraz więcej z nas na co dzień boryka się z dolegliwościami spowodowanymi niewłaściwym odżywianiem...

Jemy byle co i byle jak, nieregularnie, a często też za dużo, bo reklamy kuszą promocjami jedzenia w wersji XXL... Tymczasem lekarze zalecają, aby jeść mało, ale wartościowo. To recepta, by być zdrowym i szczupłym. Właśnie takie zbilansowane produkty można kupić w „Eko-Delikatesach”.



Zdrowo i smacznie

Zakupy robią tu nie tylko osoby z cukrzycą, alergiami pokarmowymi czy z nadwagą, ale też klienci, którzy takich problemów nie mają, ale są świadomi tego, że właściwa dieta to inwestycja we własne zdrowie i dobre samopoczucie. Przychodzą m.in. młode mamy, które kupują dzieciom niesiarkowane bakalie

i inne zdrowe przekąski, zamiast batonów i chipsów – pustych kalorii. Przyznają, że trudno im odstawić słodczyce i zrezygnować z innych niezdrowych przyzwyczajeń, dlatego chcą uchronić przed tym swoje pociechy. Bo zwykle smakuje nam to, co nauczyliśmy się jeść w dzieciństwie. Dlatego wciąż jemy za tłusto i za słodko... – *Do tego przyzwyczaiły nas nasze mamy i babcie. Jednak one pracowały fizycznie więcej niż my, więc szybciej spalały kalorie – zauważa Agnieszka Deoniziak, właścicielka „Eko-Delikatesów”.* – *My najczęściej całymi dniami siedzimy przed komputerem i jeździmy samochodami. Potrzebujemy jeść mało, ale wartościowo. Niestety, przemysłowo przetworzona żywność, „wzbogacona” w sztuczne aromaty i konserwanty, a także puste kalorie, nie dostarcza nam tego, czego potrzebujemy, by cieszyć się zdrowiem i dobrym samopoczuciem. Żeby dobrze się czuć, musimy wybierać produkty z magnezem, bo stres i kawa wypłukują ten pierwiastek. Jeśli chcemy pozbyć się zapać i innych problemów z trawieniem, powinniśmy wybierać produkty z błonnikiem. Nie znam osoby, która nie uskarżałaby się na problemy ze zdrowiem lub wyglądem, których źródłem jest niewłaściwa dieta...*

Czy to oznacza, że ci, którzy chcą o sobie zadbać, muszą odstawić wszystko to, co im dotąd smakowało i zacząć się



Agnieszka Deoniziak, właścicielka „Eko-Delikatesów”

katować niesmacznym jedzeniem? Otóż nie! Pani Agnieszka chce obalić stereotyp, że to co zdrowe, jest niesmaczne. W „Eko-Delikatesach” można kupić np. lizaki i cukierki owocowe bez... cukru, zrobione z soków owocowych. Naturalnie słodkie. Jest też ksylitol – cukier z drewna brzozy, który ma prawie o połowę mniej kalorii niż zwykły cukier i 14-krotnie niższy indeks glikemiczny. Ksylitol m.in. wzmacnia szkliwo zębów i odgrzybia organizm. Klienci mają do wyboru także mnóstwo bezcukrowych przekąsek słodzonych melasą, bogatą w wapń, magnez i żelazo. – *Moi klienci są zaskoczeni tym, że produkty dietetyczne mogą tak dobrze smakować. Cieszą się, że nie muszą rezygnować z przyjemności jedzenia, a jednocześnie dbają o własne zdrowie. Na początku trudno im uwierzyć, że to w ogóle możliwe – przyznaje pani Agnieszka. – Jednym z naszych hitów są ciastka z otrębami pszennymi, które mają cztery razy więcej błonnika niż pieczywo razowe! Dużą popularnością cieszą się też ciastka z amarantusa. Smaczne, a nie zawierają cukru, tłuszczu, mleka, jaj ani mąki! Amarantus to zboże, które ma więcej wapnia niż mleko, więcej magnezu niż czekolada, więcej żelaza niż szpinak i więcej błonnika niż owies! Panowie zachwycają się smalczykiem roślinnym z cebulką, zrobionym z nietwardzonego oleju palmowego. Smakuje jak zwykły, a nie ma cholesterolu!*

Właścicielka „Eko-Delikatesów” wybiera asortyment konsultując się z lekarzami różnych specjalności i z dietetykami. W tym sklepie można kupić żywność bezglutenową, niskobiałkową, bez laktozy, dla diabetyków, dla alergików, wegetarian i osób odchudzających się oraz zdrowe i ekologiczne produkty, m.in. mąki, makarony, kasze, otręby, kiełki, słodczyce, bakalie, przyprawy, herbaty i dietetyczne artykuły dla dzieci. W planie również kosmetyki i chemia gospodarcza bez alergenów. Jednym słowem – każdy znajdzie tu coś dla siebie lub wybierze oryginalny, smakowity i zdrowy prezent dla bliskiej osoby.

Sklep „Eko-Delikatesy” mieszczą się przy ul. Wilczyńskiego 21 w Olsztynie. Są czynne od poniedziałku do piątku w godz. 11-19, w soboty w godz. 10-15, tel. 501-298-350. Można też robić zakupy przez internet: www.sklepdietetyk.pl. Motto sklepu brzmi: **Nakarmimy Cię... zdrowiem!**

Wylosowana osoba, która rozwiąże krzyżówkę z „Pulsu Szpitala”, otrzyma od pani Agnieszki bon na zakupy do „Eko-Delikatesów”

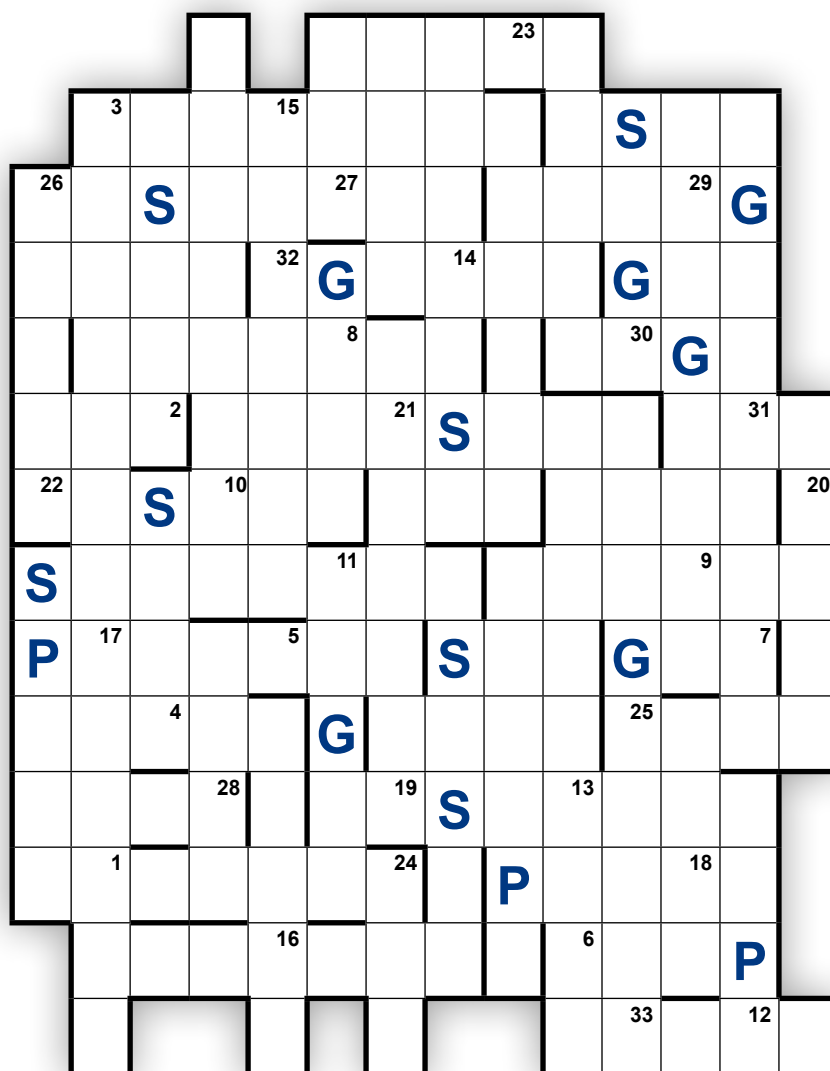
K r z y ż ó w k a

Jolka

28

Objaśnienia 59 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery G, P i S. Na ponumerowanych polach ukryto 33 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest nim mądrość arabska.

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 bon na zakupy w „Eko-Delikatesach”



- Ordynator Neurologii • górotwórczość • zatonął w 1912 • motyl lub pchła • z Rucianem • przychód
- uderza w spleńkę • łagodny guz trzonu macicy • ogół wojsk tatarskich • wspólnota Dzieci Świata
- malajska mączka skrobiowa • stolica Lotaryngii • pierwsza grzesznica • cyfra, wynalazek Indusów
- związki jodu • wielki na zupe • film Munka • mużułmański bazar • matka Minosa • las • Jospri Broz
- 2 m linki dla dziewczynki • nerwowy lub tkacki • stałe stanowisko • twórca bajki zwierzęcej • działowa z płyty • uchodzi w Lyonie • obiecanka • śląski łobuz • indyjski system filozoficzno-gimnastyczny
- sowiecki skaut • ustrój monarchii rosyjskiej • wódz bolszewików • kość • Pola z kina niemego
- umiejętność • Maria z martwym Jezusem na kolanach • 2,54 cm • zakończenie podniebienia miękkiego • Cyganka z „Chaty za Wsią” • owad • paryskie Okęcie • z komedią w dramacie • konkurent Rejenta • tkanina na firanki • ograniczone wargami • religia Mahometa • szagryna • UNO • grafik, ilustrator • król z damą na ręku • wyolbrzymianie objawów chorobowych • garkośluk • filmowy kochanek • dzielnica Krapkowice • torbacznik • narzuta • Ir Sen • Wicedyrektor ds. Ekonomicznych

BJER

Olsztyńskie Lato Artystyczne - Dni Folkloru 2010



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

