

Kwartalnik Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie




WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

ISSN 1644-8162

NR 42/1 styczeń – marzec 2014



Operacja – Nowy Blok



*Wszystkim pacjentom i pracownikom WSS w Olsztynie
składam najserdeczniejsze życzenia zdrowych,
radosnych i spokojnych Świąt Wielkiej Nocy.
Życzę Państwu, aby Wielkanoc
ogarnęła Was nowymi szczęśliwymi przeżyciami,
a także była chwilą odpoczynku
w atmosferze domowego ciepła.
Niech każdy z nas
wykorzysta ten czas jak najlepiej.*

*Irena Kierzkowska
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Olsztynie*

- 3** | Poznajmy nowego zastępcę dyrektora ds. leczenia
- 4** | Inwestujemy w bezpieczeństwo
- 6** | 35 lecie dializoterapii na Warmii i Mazurach
- 7** | To były trudne początki...
- 8** | Dializoterapia wczoraj, a dziś
- 9** | Co przyniesie nam przyszłość?
- 10** | Kolejny etap... otrzewnowka
- 10** | Zawsze będę po prostu lekarzem
- 12** | Tłum cichych bohaterów
- 13** | Zmarł Profesor Wojciech Rowiński
- 14** | Operacja – Nowy Blok
- 16** | „Czterdzieści lat, jak jeden dzień...”
- 17** | Nowa pielęgniarka oddziałowa
- 18** | Na końcu języka – cz. 2
- 19** | Rabaty dla pracowników Szpitala
- 20** | Pamięć i jej zagadki – cz. 12
- 22** | Dbajmy o bezpieczeństwo epidemiologiczne pacjentów
- 23** | Uzbekistan – perła Jedwabnego Szlaku – cz. 1
- 26** | Konferencja szkoleniowo-naukowa
- 27** | Krzyżówka
- 27** | Życie we fraszce

PULS SZPITALA



Wydawca
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
w Olsztynie

Redaktor naczelna
Barbara Szymczuk

Zespół redakcyjny
Alicja Biernacka
Magdalena Kantorczyk
Kornelia Kotwicka-Łucewicz
Elżbieta Majchrzak-Kłokocka

Stała współpraca
Hanna Taraszkiewicz
Jerzy Badowski
Piotr Markiewicz
Emilia Paszkowska

Zdjęcia udostępnili
Emilia Paszkowska
Krystyna Jaworska

Adres redakcji
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18
Dział Zarządzania, Marketingu i Promocji
tel. 89 538 65 06
bszymczuk@wss.olsztyn.pl
mkantorczyk@wss.olsztyn.pl
www.wss.olsztyn.pl

Druk i przygotowanie
Studio Blenam
tel. 89 526 35 52
www.blenam.pl

Nakład
800 bezpłatnych egzemplarzy
Redakcja zastrzega sobie prawo
do skrótów i zmiany tytułów.
Redakcja nie ponosi odpowiedzialności
za treść nadsyłanych publikacji.



Poznajmy nowego zastępcę dyrektora ds. lecznictwa

Rozmawiam z dr. n. med. Jerzym Górnym, ordynatorem Oddziału Kardiologicznego, pełniącym od 1 stycznia 2014 r. obowiązki zastępcy dyrektora ds. lecznictwa.

– Czy przyjęcie funkcji zastępcy dyrektora ds. lecznictwa to była łatwa decyzja?

– Zastanawiałem się nad tą propozycją dość długo, ale w rezultacie zostałem przekonany przez panią dyrektor Irenę Kierzkowską. Zgodziłem się, a skłoniła mnie do tego spójna z moimi przekonaniami koncepcja i perspektywa rozwoju szpitala.

– A jak udaje się Panu łączyć funkcję ordynatora i zastępcy dyrektora?

– Jest to bardzo trudne do pogodzenia. Na szczęście, częścią medyczną zawiaduje również dr Dariusz Onichimowski, który jest lekarzem naczelnym i obowiązki rozkładają się na nas dwóch. Najogólniej można podsumować, że dr Onichimowski zajmuje się częścią zabiegową szpitala, a ja tą mniej zabiegową. Aczkolwiek obowiązków jest dużo i po prostu dłużej i intensywniej pracuję.

– Woli Pan być ordynatorem, czy dyrektorem?

– Wolę być ordynatorem. Nigdy nie miałem aspiracji, żeby być dyrektorem szpitala. Moje zainteresowania to medycyna i pacjenci. Obecnie jednak szpital nie może się dla mnie ograniczać tylko do oddziału kardiologii i muszę zająć się zarządzaniem większym obszarem.

– Czy nie obawia się Pan, że oddział może ucierpieć na tym, że nie poświęca Pan całego swojego czasu na pracę w oddziale?

– Na pewno jestem mniej dostępny w oddziale. Przed przyjęciem funkcji zastępcy dyrektora zrobiłem sobie założenie, że oddział nie może ucierpieć z powodu mojej decyzji. Nadal poświęcam sporo czasu na pracę w oddziale. Znajduję również czas na badanie i konsultowanie pacjentów. Konsultuję nie tylko pacjentów leczonych w naszym szpitalu, ale również spoza szpitala. Na to muszę znaleźć czas. Na szczęście mam bardzo dobrą kadrę lekarską i pielęgniarską

w oddziale, pracuje ze mną kilkunastu doświadczonych kardiologów i zespół profesjonalnych pielęgniarek. Prawdę mówiąc można ich spokojnie zostawić bez mojej pomocy i na pewno by sobie poradzi. Funkcja ordynatora na co dzień polega na dyscyplinowaniu pracowników i utrzymywaniu planu przyjęć i wypisów oraz przestrzeganiu procedur i budżetu.

– Jak widzi Pan rolę zastępcy dyrektora ds. lecznictwa?

– Obecnie jestem częścią grupy zarządzającej szpitalem. Dyrektor naczelny odpowiada za całokształt, przede wszystkim podejmuje decyzje strategiczne i finansowe. Swoją rolę postrzegam jako doradcą w kwestii opieki lekarskiej i rozwoju medycyny w szpitalu. Do moich obowiązków należą również zadania o charakterze administracyjnym, co czasami łączy się z wydawaniem nakazów, czego specjalnie nie lubię.

– Jest Pan teraz zwierzchnikiem swoich kolegów, to ułatwia, czy utrudnia pracę?

– Ordynatorzy poszczególnych oddziałów to ludzie światli, którzy wiedzą, że też mogliby się znaleźć w mojej sytuacji. Dyrektor ds. lecznictwa jest ich partnerem w rozmowie, a nie osobą, która im cokolwiek nakazuje. Nie wyobrażam sobie, żeby miało być inaczej. Pracuję z ludźmi, którzy doskonale znają się na zarządzaniu swoimi oddziałami, wiedzą jakie są obowiązki zastępcy dyrektora oraz wiedzą, jakie są problemy w naszym szpitalu. Nie pracujemy w systemie nakazowo-rozdzielczym i pewne decyzje podejmujemy wspólnie, znając oczywiście ograniczenia szpitala. Naszym podstawowym ograniczeniem jest kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Większość oddziałów mogłaby zdecydowanie lepiej funkcjonować, gdyby było więcej środków z NFZ. Jak dotąd nie było żadnych problemów przy współpracy z lekarzami. Być może



pojawią się jakieś spięcia, ale myślę, że zawsze wypracujemy kompromis.

– Jak teraz widzi Pan szpital pełniąc obowiązki dyrektora?

– Gdy zacząłem się interesować szpitalem jako dyrektor, okazało się, że mam zupełnie inne spojrzenie na szpital. Przytoczę prosty przykład. Miałem pacjenta interdyscyplinarnego w oddziale. Będąc tylko ordynatorem, prawdopodobnie natychmiast bym go gdzieś przeniósł. Ale będąc już zastępcą dyrektora ds. lecznictwa, zacząłem zastanawiać się, jakie mogą z tego wyniknąć konsekwencje dla szpitala. Pomyślałem, że gdy wypiszę pacjenta na pewno skończy się to skargą, a jeżeli będzie skarga to zostanie ona złożona do mnie, jako zastępcy dyrektora, a przy okazji ordynatora. W związku z czym ten pacjent nadal leży w oddziale, a ja pertraktuję z rodziną. Ordynator zajmuje się wąskim wyścinkiem szpitala, a dyrektor zajmuje się już całym szpitalem. Muszę powiedzieć, że to bardzo ciekawe doświadczenie.

– Jak chciałby Pan widzieć szpital za 5 lat?

– Za 5 lat chciałbym widzieć w tym szpitalu pracujący pełną parą nowy blok operacyjny, centrum sercowo-naczyniowe, dział diagnostyczny na najwyższym poziomie z wyposażeniem będącym własnością szpitala oraz chciałbym, aby pacjenci i personel medyczny we wszystkich oddziałach i komórkach organizacyjnych mieli zapewnione warunki lokalowe i socjalne odpowiadające normom europejskim.

– Dziękuję za rozmowę.

Inwestujemy w bezpieczeństwo

Czy budynek szpitala spełnia wymagania przeciwpożarowe? Na co wydamy 14 mln zł? Co to są strefy przeciwpożarowe i czemu one służą? Na te i inne pytania odpowiada Stefan Barabasza, dyrektor ds. eksploatacyjno-technicznych.

– Budynek główny szpitala został zbudowany na podstawie dokumentacji z lat 50-tych, w związku z tym pod względem ppoż. jest budynkiem przestarzałym. Komendant Miejski Państwowej Straży Pożarnej w Olsztynie zakwestionował jego bezpieczeństwo pod kątem pożarowym i dlatego zostaliśmy zobligowani do przystosowania go do wymogów obecnie obowiązującego prawa przeciwpożarowego. Jest to budynek tzw. wysoki w rozumieniu prawa budowlanego i z tego punktu widzenia stwarza większe zagrożenie dla przebywających w nim osób, często niepełnospraw-



nych ruchowo. W roku 2009 Państwowa Straż Pożarna w Olsztynie wydała nakaz dostosowania tego budynku do wymogów przeciwpożarowych. Sprawa jest trudna, bo dotyczy obiektu będącego w użytkowaniu. W przypadku pożaru, ewakuacja będzie dotyczyła ok. 440 chorych, których mamy w tym obiekcie, ale również podobnej liczby personelu oraz wielu odwiedzających, to jest ok. 1000 osób. Stąd też występuje konieczność przebudowy tego obiektu, aby stał się bardziej bezpieczny. W ślad za decyzją Straży Pożarnej z maja 2009 r. zobowiązani zostaliśmy do przeprowadzenia ekspertyzy przeciwpożarowej.

Tę ekspertyzę opracował rzeczoznawca do spraw pożarowych, w porozumieniu z rzeczoznawcą ds. budowlanych. Przedstawili oni koncepcję przebudowy tego szpitala. Dotyczy ona wielu elementów jego infrastruktury.

– Jakie zadania Szpital musi zrealizować, aby sprostać tym wymaganiom?

– Przede wszystkim trzeba wydzielić 27 stref ppoż. i to zarówno w pionie, jak i w poziomie. Każdy oddział będzie oddzielną strefą ppoż. poprzez odgródzenie przegrodami ppoż. od sąsiednich stref. Ponadto obiekt musi być wyposażony w wyłączniki prądu, które pozwolą wyłączyć energię elektryczną w poszczególnych strefach na potrzeby akcji gaśniczej. Aby oddzielić poszczególne strefy ppoż. trzeba zainstalować instalacje wentylacyjne, dzięki którym uzyskamy oddymienie korytarzy oraz przyległych pomieszczeń w poszczególnych strefach ppoż., a tym samym umożliwimy ewakuację ludzi. Do tej pory wydzieliśmy klatki schodowe od poziomych dróg komunikacji ogólnej przedsięionkami ppoż., co też wiązało się z koniecznością wykonania odpowiednich ścian z drzwiami ppoż. oraz systemu wentylującego te pomieszczenia. Same klatki schodowe również posiadają systemy wentylacyjne, co zapobiega ich zadymieniu. Kolejnym zadaniem jest zamontowanie dźwiękowego systemu ostrzegawczego po to, żeby można było komunikować się z ludźmi przebywającymi w określonych strefach ppoż. System ten, pozwoli zarówno strażakom, jak i administracji szpitala oraz ludziom prowadzącym akcję gaśniczą informować ludzi o zagrożeniach lub o potrzebie ewakuacji i to nie tylko w strefach pożaru, ale również w strefach sąsiednich. Strefy ppoż. są podstawą całej tej przebudowy. Dzięki nim nie zawsze trzeba będzie ewakuować ludzi na zewnątrz budynku, ale wystarczy ewakuacja do stref sąsiednich nie objętych pożarem. Ludzie tam przebywający będą mogli czuć się bezpiecznie, dopóki kierujący akcją, np. dowódca oddziałów straży pożarnej nie postanowi inaczej.



– Czy zmiany te dotyczą również nowo oddanego skrzydła szpitala?

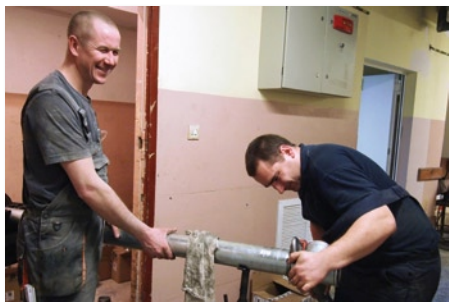
– Nowy budynek, który oddaliśmy niedawno do użytku, już od początku w swoich założeniach spełnia te wszystkie wymogi, więc dostosowanie, które teraz czynimy go nie dotyczy.

– Tak duża inwestycja to duże wydatki...

– Zakres robót jest znaczny, co wiąże się z dużymi kosztami, jest to wg kosztorysu inwestorskiego ok. 14 mln zł. Szpital czynił wiele kroków, aby uzyskać wsparcie z Sejmiku Warmińsko-Mazurskiego i to się udaje. Dlatego mogliśmy już w roku 2010 zrealizować pewien zakres robót, na kwotę ponad 700 tys. zł, a w roku 2012 już na kwotę prawie 3,5 mln zł. W sumie do 2014 r. wydaliśmy ok. 5,5 mln zł. W tym roku swój udział w finansowaniu będzie miał również Urząd Marszałkowski. Czekam nas jeszcze wiele pracy rozłożonej w czasie, bo tego nie da się zrobić od razu, nawet gdybyśmy dysponowali niezbędnymi środkami finansowymi. Pamiętajmy, że prace prowadzone są w czynnym obiekcie, aby móc je wykonać szybciej, musielibyśmy zamknąć szpital i dopiero po zakończeniu robót go otworzyć, co oczywiście nie jest możliwe.

– Co jeszcze zostało do zrobienia?

– Zrobiliśmy już bardzo dużo, ale zakres robót jest o wiele szerszy i jeszcze wiele przed nami. Szczególnie kosztowne będzie poziome wydzielenie stref ppoż. Wiąże się to z koniecznością modernizacji przejść, np. przez stropy lub ściany instalacji elektro-energetycznych, wentylacyjnych, klimatyzacyjnych, a także wodociągowych i kanali-



Prace przystosowawcze instalacji ppoż.



Instalacje wodne do celów ppoż.



S. Zadykiewicz i S. Pyśk kontrolują postęp prac remontowych

zacyjnych. Każdy element przechodzący przez przegrodę, musi być zaopatrzony w odpowiednie środki zabezpieczenia ppoż. Praca jest niezwykle uciążliwa i narusza spokój w poszczególnych komórkach organizacyjnych szpitala, szczególnie wtedy, kiedy prace te wykonujemy w czynnych oddziałach. Nieco inaczej wygląda sprawa, gdy zajmujemy się tym wykonawstwem w zakresie zaplanowanych remontów oddziałów, to jest łatwiejsze do zniesienia nie tylko dla użytkowników, ale również i dla wykonawców. W tym roku realizujemy zakres robót, który jest przewidziany planem inwestycyjnym na 2014 rok. Jest to dalsza realizacja postanowień decyzji Państwowej Straży Pożarnej, tj. dostosowania przekroczonych długości dojść ewakuacyjnych do wielkości normatywnych, czyli inaczej mówiąc przebudowa dróg komunikacyjnych, m.in. przez wstawienie drzwi ppoż. w różnych miejscach. W tym celu wcześniej wybudowano dodatkową klatkę schodową przy skrzydle północnym.

W bieżącym roku montujemy także zawory hydrantowe na wszystkich pionach kanalizacji wodociągowej oraz modernizujemy wewnętrzną sieć hydrantową. Hydranty służą podjęciu ak-

cji gaśniczej przez personel, a zawory, które są instalowane przy instalacjach wodociągowych dają możliwość wykorzystania wody szpitala przez straż pożarną. Ważnym elementem robót jest wykonanie drogi ppoż. przy skrzydle wschodnim od strony SOR. Wynika to z konieczności zapewnienia pojazdom straży pożarnej możliwości dojazdu do tego skrzydła budynku głównego. Dwa lata temu wykonaliśmy drogę przy skrzydle zachodnim. Po wykonaniu jej również przy skrzydle wschodnim straż pożarna będzie miała, zgodnie z normatywem, możliwość dojazdu do wszystkich skrzydeł budynku, co jest niezwykle ważne dla ewakuacji ludzi oraz podjęcia akcji gaśniczej z zewnątrz. Dotychczas nie wykonaliśmy wielu robót związanych z zainstalowanym w budynku dźwiękowym systemem ostrzegawczym. Nie zmodernizowaliśmy w pełni systemu sygnalizacji alarmu ppoż. Nie wykonaliśmy jeszcze wyłączników ppoż. dla każdej ze stref. W najbliższym czasie musimy kontynuować te prace. Bardzo ważne zadanie to wykonanie całego systemu wentylacji oddymieniowej korytarzy w poszczególnych strefach ppoż. Wiąże się to z koniecznością wykonania we wszystkich skrzydłach szpitala wielu przewodów wentylacyjnych, tj. kilkunastu pionów wentylacyjnych na trasie od najniższych kondygnacji aż na dach. Prace te wykonujemy już częściowo w ramach prowadzonych remontów.

Wykonane już przegrody i drzwi ppoż. stwarzają utrudnienie w komunikacji, jednak to one właśnie będą chronić nas przed ogniem i dymem w chwili ewentualnego pożaru. To dzięki nim stworzymy ramy czasowe dla działań własnych oraz ewentualnie straży pożarnej.

– Czy takie remonty dostosowawcze dotyczą wszystkich szpitali ?

– Przepisy ogólne dotyczą wszystkich, natomiast szczególne dotyczą w województwie przede wszystkim naszego budynku szpitalnego z uwagi na fakt, że zaliczany on jest do budynków

wysokich, tzw. ZL II, tj. takich których wysokość przekracza 25 m i przebywają w nim osoby niepełnosprawne.

– Czy w tej chwili w razie pożaru pacjenci i personel mogą czuć się bezpiecznie?

– Bezpieczeństwo bardzo wzrosło dzięki realizacji zadań, które rozpoczęliśmy już w 2010 r., a mam na myśli podział szpitala na 3 duże strefy ppoż. podzielone główną klatką schodową oraz inne wykonane już elementy przebudowy. W ten sposób zapewniliśmy możliwość przemieszczania się między strefami. Ważną rolę odgrywają również bezpieczne klatki ewakuacyjne, które znajdują się na końcu każdego skrzydła szpitalnego.

– Czy prace przystosowawcze dotyczą innych budynków na posesji szpitala?

– Nie, tylko budynku głównego, ale w przyszłości szpital będzie musiał dostosować i inne obiekty, w których leżone są osoby niepełnosprawne, jak np. Żołnierska 16 A i B i o tym będziemy myśleć na etapie projektów związanych z przebudową tych budynków. W tym roku opracowujemy koncepcję takiej przebudowy.

– Czy poza pracami remontowymi potrzebny jest zakup specjalnego sprzętu związanego z podniesieniem bezpieczeństwa ppoż.?

– W ramach wykonanych już robót zamontowano nową centralę pożarową oraz centralę dla dźwiękowego systemu ostrzegawczego. W zakresie kolejnych prac, które będziemy realizowali wykonawcy będą zobowiązani do zrealizowania całego kompletu potrzebnego wyposażenia budowlanego i instalacyjnego

– Dziękuję za rozmowę.

Barbara Szymczuk



Kurtyna ppoż. przy drzwiach dźwigu

35 lecie dializoterapii na Warmii i Mazurach



18 stycznia br. był niepowtarzalną okazją do złożenia podziękowań osobom, które na stałe wpięły się w historię rozwoju nefrologii i dializoterapii na Warmii i Mazurach. To właśnie tego dnia uczczono 35- rocznicę przeprowadzenia pierwszej hemodializy w Olsztynie. Z tej okazji Irena Kierzkowska, Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie wręczyła specjalne kryształowe statuetki i dyplomy uznania naszym lekarzom i pielęgniarkom, którzy nie tylko byli inicjatorami powstania ośrodka dializoterapii w naszym Szpitalu, ale też w ciągu minionych lat podejmowali pionierskie działania na rzecz rozwoju nefrologii i dializoterapii w regionie warmińsko-mazurskim, a także przyczynili się do wypracowania profesjonalnej, pełnej empatii opieki nad pacjentami. Dzięki ich zaangażowaniu i inicjatywie, pacjenci z naszego województwa nie muszą pokonywać dużych odległości, aby poddać się dializoterapii.

Jak wyglądały początki dializoterapii, czy trudno było w tamtych latach utworzyć ośrodek dializoterapii, jak wyglądała praca komisji kwalifikacyjnych, o ręcznym przygotowywaniu płynów dializacyjnych, o trudnych chwilach związanych z walką o życie i zdrowie człowieka, o tym wszystkim znajdziecie Państwo odpowiedzi w dużym materiale poświęconym 35-leciu dializoterapii na Warmii i Mazurach.

To były trudne początki...



Hemodializa, jedna z metod leczenia nerkozastępczego, zastosowana została po raz pierwszy z powodzeniem przez Williama Kolfa w 1944 r. W Oddziale Nefrologii WSS w Olsztynie hemodializę stosuje się od 35 lat. Pierwszy taki zabieg w naszym szpitalu, 18 grudnia 1978 r., wykonał dr Jan Forfa oraz pielęgniarki Aniela Sikora i Teresa Gibowska.

– W grudniu obchodziliśmy rocznicę 35-lecia pierwszej hemodializy wykonanej w naszym Szpitalu. Obecnie z hemodializy i wypracowanej przez lata opieki pielęgniarskiej i lekarskiej korzystają wszyscy potrzebujący. Aż trudno uwierzyć w to, że kiedyś wyglądało to zupełnie inaczej.

– To prawda. W grudniu 1978 r., w ówczesnym I Oddziale Wewnętrznym ze Stacją Dializ, zastosowaliśmy pierwszą dializę, znajdując się w ten sposób w ścisłej czołówce krajowej ośrodków, które wykonywały tego rodzaju zabiegi. Swój wielki wkład w dializy w tamtych latach ma również pani dr Maria Naporę i pan dr Ryszard Targoński. Do momentu zastosowania przez nas pierwszej hemodializy, niestety większość pacjentów z ostrą i przewlekłą niewydolnością nerek po prostu umierała. W kraju było za mało placówek wykonujących dializoterapię i nie mogły one przyjąć wszystkich chorych. Mimo uruchomienia 6 stanowisk dializacyjnych w naszym oddziale i tak nie byliśmy w stanie zapewnić korzystania z tej metody leczenia nerkozastępczego wszystkim potrzebującym w naszym regionie. Możliwości w stosunku do potrzeb były zbyt małe. Dlatego najgorszym i najbardziej niewdzięcznym zajęciem w tamtych czasach była praca w komisjach kwalifikujących do zabiegów hemodializy. Komisja składała się z 3 lekarzy. Przy wyborze kierowaliśmy się na przykład wiekiem pacjenta. Z biegiem lat on się oczywiście zmieniał, ale początkowo 55-letni chory nie kwalifikował się do leczenia. To było dla nas straszne, bo przecież nikt nie dał lekarzowi prawa decydowania o tym, kto umrze, a kto będzie żył dalej. Niestety skreślenie takiego pacjenta z listy dializ było jednoznaczne ze słowami: będziesz umierał, jutro, pojutrze, za tydzień, może za miesiąc. Był to wyrok śmierci, ale innej możliwości nie mieliśmy. Teraz jest to niewyobrażalne.

– Jest Pan uważany również za prekursora wojewódzkiej dializoterapii. Olsztyński ośrodek dializacyjny był jakby punktem zwrot-

nym w rozwoju dializoterapii w Polsce północno-wschodniej, prawda?

– Tak. Równocześnie zaczęliśmy planować uruchomienie stacji dializ w innych punktach województwa. W tamtych latach wyszliśmy z założenia, że w Olsztynie nie będziemy tworzyć więcej stacji, bo są one bardziej potrzebne w innych miejscach regionu. Nasze województwo charakteryzowało się tym, że był to duży teren, o małym zagęszczeniu ludności, a więc dojazdy na dializy były wielkim utrudnieniem dla chorych, szczególnie takich, którzy musieli korzystać z nich 3 razy w tygodniu. Ciężka sytuacja była zimą, bowiem zdarzało się, że drogi były nieprzejezdne i nie mogliśmy dowieźć chorego na dializy. Dlatego chciałem tak rozmieścić stacje dializ w województwie, aby zapewnić wszystkim chorym maksymalnie jak najbardziej komfortowy, pod względem odległości, dojazd. W pierwszej kolejności wytypowaliśmy 3 szpitale, w których powstały ośrodki dializ: w Mrągowie, Iławie i Bartoszycach. Dużą rolę odegrał w tym dyrektor Stefan Barabasz, który jeździł z nami i był głosem doradczym, podsuwał nam rozwiązania różnych problemów technicznych. Utworzenie takiej stacji wymagało oczywiście przeszkolenia personelu pielęgniarskiego i lekarskiego. Wtedy nie było jeszcze specjalizacji z nefrologii, więc hemodializami zajmowali się lekarze chorób wewnętrznych. W następnych latach ośrodki powstały również w innych miastach i na chwilę obecną dializoterapię stosuje się jeszcze w Elku, Ostródzie, Działdowie, Giżycku, Pisz, Działdowie, Elblągu.

– Organizując inne ośrodki dializ na pewno chcieliście Państwo dać równą szansę na dializy wszystkim potrzebującym.

– Oczywiście. Wiek 55-lat, który dyskwalifikował w tamtych czasach człowieka do dializy, to straszne kryterium. Tworząc te ośrodki myślałem o pacjentach, chciałem, aby wszyscy chorzy wymagający leczenia dializami, mieli zapewnioną tę metodę leczenia na miejscu



i aby nikt nie musiał przechodzić wspomnianej kwalifikacji. W tej chwili nie ma już problemu, każdy człowiek, który wymaga dializ, ma je po prostu zapewnione. I tak powinno być.

– A pamięta Pan pierwszego pacjenta, który został poddany hemodializie w naszym Szpitalu?

– Tak. Był to trzydziesto kilkunastoletni pacjent ze Szczytna, trafił do nas w ciężkim stanie z przewlekłą chorobą nerek. Był bardzo sympatycznym człowiekiem. Małym akcentem humorystycznym na pewno będzie jedno ze wspomnień z nim związanych, że bardzo lubił kotlety schabowe. W związku z jego chorobą, musiał być na specjalnej diecie, jednak nie mógł sobie odmówić tych kotletów i ukradkiem przed nami je spożywał. W każdym razie był pierwszym w województwie pacjentem, którego samodzielnie z zespołem dializowaliśmy w naszym ośrodku. Po uruchomieniu sztucznej nerki przechodził zabiegi dializy otrzewnowej, a później przygotowaliśmy go z powodzeniem do zabiegu przeszczepienia nerki.

– Dziękuję za rozmowę.

Magdalena Kantorczyk

Dializoterapia wczoraj, a dziś



Od początku, czyli od 1981r., praca w oddziale chorób wewnętrznych w WSS w Olsztynie, sprofilowanym na leczenie schorzeń nefrologicznych i hematologicznych, pod kierunkiem ordynatora dr Jana Forfy oraz kierownika specjalizacji dr Urszuli Biernackiej, dawała mi wiele satysfakcji oraz możliwości rozwoju zawodowego.

Włączyłam się również do pracy w Stacji Dializ, która na przestrzeni lat ulegała dynamicznemu rozwojowi; przybywali nowi pacjenci, wielu z nich udało się skierować na przeszczep nerki, pojawiały się nowe techniki leczenia nerkozastępczego, jak: dializa otrzewnowa, plazmafereza, dializa wątrobowa, dializy ciągłe. Jednak przełomowym momentem była prywatyzacja Stacji Dializ w 2006 r. i było to duże wyzwanie. Jestem przekonana, że się udało, dzięki pomocy zespołu, w tym pani Haliny Czaplckiej, pielęgniarki zarządzającej, która pełniła praktycznie funkcję menagera, a po przejściu na zasłużoną emeryturę przekazała swoje obowiązki w zarządzaniu mgr piel. Katarzynie Bastek, która również znakomicie wywiązuje się z obowiązków. Pozostałam związana ze szpitalem. Praca w poradni nefrologicznej, leczenie pacjentów ze schorzeniami nerek nie tylko w okresie dializ, dyżury, pozwalają na utrzymanie pełnego kontaktu zawodowego w tej dziedzinie oraz dają możliwość kontynuacji opieki nad pacjentem, który wymaga leczenia nerkozastępczego w postaci hemodializ, dializy otrzewnowej, czy transplantacji nerki. Mimo, że obecna Stacja Dializ jest strukturalnie odrębną jednostką, to współpraca

ze Szpitalem jest niezbędna dla obu stron. Stacja, jako jednostka świadcząca procedury w zakresie hemodializ oraz dializ otrzewnowych wymaga współpracy w zakresie leczenia powikłań, dostępów naczyniowych oraz przygotowania do transplantacji. Szpital kieruje do nas pacjentów w celu kontynuacji leczenia nerkozastępczego, edukacji w zakresie wyboru metody do leczenia nerkozastępczego, czy wprowadzenia na listę oczekujących i dokonania kwalifikacji do przeszczepu nerki – dziedzina szczególnego działania dr Magdaleny Koziarek. Współpracę z kolegami lekarzami z Oddziału Nefrologii, kierowanego przez pana profesora Tomasza Stompora, który wniósł nową jakość w dziedzinie warmińskomazurskiej nefrologii oraz kontakty praktycznie ze wszystkimi oddziałami Szpitala, pozwalają zapewnić wszechstronną opiekę medyczną chorym w zakresie leczenia powikłań oraz innych schorzeń. Należy podkreślić, że chorzy obarczeni, oprócz schyłkowej choroby



nerek, wieloma schorzeniami współistniejącym, stanowią w większości populację „geriatryczną, kardiologiczną i diabetologiczną”, są odzwierciedleniem obecnych wyzwań medycyny.

Dzisiaj Stacja dysponuje 29 stanowiskami do hemodializ, wykonujemy około 1500 zabiegów hemodializy miesięcznie, hemodializami leczymy ok. 120 chorych z przewlekłą niewydolnością nerek, wykonujemy również hemodializy gościnne, ostre dla pacjentów z innych szpitali, leczymy ok. 20 chorych dializą otrzewnową, którymi w sposób szczególnie opiekuje się dr Marcin Sarana oraz pielęgniarka Beata Żbikowska. Przygotowujemy chorych do transplantacji nerki, edukujemy w zakresie wyboru metody leczenia nerkozastępczego. Celem dializoterapii jest nie tylko przedłużanie życia chorym dializowanym, jak było przed laty, ale poprawa jego jakości, zapobieganie powikłaniom, umożliwienie chorym powrotu do „w miarę normalnego życia”. Sprzyja temu nieustanna praca nad poprawą wyników medycznych naszych pacjentów, a to obszar szczególnego działania dr Zeni Diaków. W codziennej pracy uczestniczy aktywnie cały zespół pielęgniarek, lekarzy, salowych, sekretarek, techników, kierowców, którym z okazji minionego Jubileuszu należą się słowa najwyższego uznania za trud codziennej, niełatwej pracy.



Dr Alicja Całka w Stacji Dializ

dr Alicja Całka

Co przyniesie nam przyszłość?



Historia dializoterapii na Warmii i Mazurach tworzyła się na moich oczach. Pracowałam z dr. Janem Forfą od początku. Pamiętam jak powstawał II Oddział Wewnętrzny, byłam wtedy na stażu w Szpitalu Dziecięcym – wspomina dr n. med. Maria Naporą, nefrolog z Oddziału Klinicznego Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych WSS w Olsztynie.

Do pracy w WSS w Olsztynie namówił mnie dr Forfa. Wspólnie z dr Ryszardem Targońskim mieliśmy uruchomić Sztuczną Nerkę. Należy pamiętać, że w tamtych latach rozwiązania techniczne były kompletnie inne od obecnych: uzdatniacz wody stał w piwnicy, początkowo woda była tylko filtrowana za pomocą filtrów robionych przez zespół dyrektora Barabasza i według jego projektu, a i sztuczne nerki były mocno awaryjne. Jednak z lekarskiego punktu widzenia, ówczesna dializoterapia była zdecydowanie ciekawsza, niż obecnie. Dlaczego? Musieliśmy wszystko samodzielnie przygotować, nie było takich jak obecnie, rozwiązań technologicznych. W Szpitalu funkcjonowała centralna dystrybucja płynu dializacyjnego. Wspólnie z mgr Benedyktowicz samodzielnie produkowałyśmy płyn dializacyjny, poprzez m.in. mieszanie naważki substancji w wielkim kotle. Płyn dializacyjny zawiera właściwie dobrane elektrolity i jony, które są dla pacjenta niezwykle cenne. Złe opracowanie składu mogłoby spowodować tragedię, na przykład przez zbyt duże stężenie potasu mogłaby zatrzymać się akcja serca u pacjentów poddawanych dializoterapii. Dlatego przez lata swoje pierwsze kroki każdego dnia kierowałam do laboratorium i tam jeszcze metodą fotometrii płomieniowej, sprawdzałam stężenia elektrolitów w płynie dializacyjnym. Później wszystko bardzo się zmieniło, nastąpiła nowa era pod względem technik i możliwości, jednak od samego początku stosowania tej metody leczenia nerkozastępczego, mimo wielu trudności i problemów, był



Dr n. med. Maria Naporą

w nas wielki zapal do pracy i po prostu ratowaliśmy naszych pacjentów. To był ważny etap w rozwoju dializoterapii, która dzisiaj jest bardzo uznaną, szeroko stosowaną i dostępną metodą leczenia chorych. Nie stoimy w miejscu, zrobiliśmy krok na przód.

Jestem fanem przeszczepiania nerek i bardzo się cieszę, że w naszym Szpitalu powstał oddział Transplantologii. Obecnie dializoterapia umożliwia doczekanie przeszczepienia nerki tym pacjentom, których spotkało nieszczęście i zachorowali na choroby nerek. Dializoterapią możemy wyrównywać gospodarkę wodną, elektrolitową, dajemy np. erytropoetynę, żeby wyrównywać niedokrwistość, aplikujemy nowocześniejsze leki, które leczą zaburzenia gospodarki wodno-fosforanowej, „skazujemy” jednak pacjenta na 4-godzinne dializy 3 razy w tygodniu. Chory z przeszczepioną nerką, która podejmuje wszystkie funkcje, łącznie z wewnętrznymi, endokrynnymi, zmuszony jest do przyjmowania 2 razy dziennie leków m.in. immunosupresyjnych. Jednak komfort życia jest oczywisty, bezdyskusyjny i to jest najważniejsze dla tych chorych.

Mam ciekawe porównanie, znane mi od lat. Młody człowiek zachorował na gripę i jej powikłaniem było ciężkie zapalenie mięśnia serca, które szybko stało się niewydolne. Nie ma dla niego innej opcji leczenia, jak przeszczep serca. Dzisiejsza medycyna może takiemu pacjentowi pomóc w przetrwaniu i doczekaniu przeszczepu, oferując sztuczne komory. Jednak ten etap jest nieporównywalny w stosunku do komfortu życia już z nowym, przeszczepionym sercem. A teraz inny pacjent. Zachorował na gwałtownie postępujące kłębuszkowe zapalenie nerek. Mimo, że choroba jest szybko rozpoznana i prawidłowo leczona, to potrafi zabić nerki w ciągu kilku miesięcy. Takiej osobie jesteśmy w stanie zaoferować metodę leczenia nerkozastępczego, właśnie w postaci dializy, hemodializy, bądź dializy otrzewnowej i zgłosić go do przeszczepu. W tym momencie samo oczekiwanie na nową nerkę, dzięki sto-

sowanej przez nas terapii pomostowej do przeszczepienia narządu, umożliwia pacjentowi przetrwanie i doczekanie momentu znalezienia właściwego organu, jest nieporównywalnie bardziej komfortowa niż kiedyś, jednak nie zastąpi jakości życia z nowym narządem, w tym wypadku z nerką.

Przeszłam już wszystkie etapy rozwoju dializoterapii. Mamy teraz bardzo dużą i dobrze wyposażoną Stację Dializ funkcjonującą przy Szpitalu, ale mamy też stanowiska dializacyjne w oddziale dla tzw. dializ ostrych, kiedy zdarza się, że mamy np. chorego z ciężkim przewodnieniem, na granicy/ albo wręcz już z rozwiniętym obrzękiem płuc, to jako lekarze mamy ten komfort, że możemy takiego pacjenta nawet w środku nocy, natychmiast podłączyć do „sztucznej nerki”. Mamy w końcu Klinikę Chorób Nerek, gdzie leczymy, łącznie z oceną biopsyjną, bardzo starannie wszystkie choroby nerek. Dokładając do tego niezwykle zdobyc dla nauki i chorych, czyli transplantację, można powiedzieć, że kompleksowo leczymy nerki, od początku do końca.

Co przyniesie nam przyszłość? Myślę, że będziemy przeszczepiać coraz więcej pacjentów. Dużą rolę odegra tu na pewno przeszczepianie rodzinne, które powinno być nagłaśniane i powinno być preferowaną metodą, bo nerki są wtedy lepiej dobrane, to taki dar życia i miłości jednego członka rodziny dla drugiego. W niektórych sytuacjach można również pacjentowi oszczędzić dializoterapii, kwalifikując go do przeszczepu wyprzedzającego i myślę, że w tej kwestii także zajdą zmiany. Dializoterapia już jest niezwykle rozwinięta, posiada dopracowane maszyny, gotowe koncentraty płynów dializacyjnych z różnymi wariantami, dlatego moim zdaniem w tej kwestii już większego postępu nie będzie. Teraz kolej na transplantologię, żeby pacjent nie czekał na przeszczepienie zbyt długo i aby starszy człowiek też miał szansę na tę formę leczenia.

z dr Marią Naporą rozmawiała
Magdalena Kantorczyk

Kolejny etap... otrzewnówka



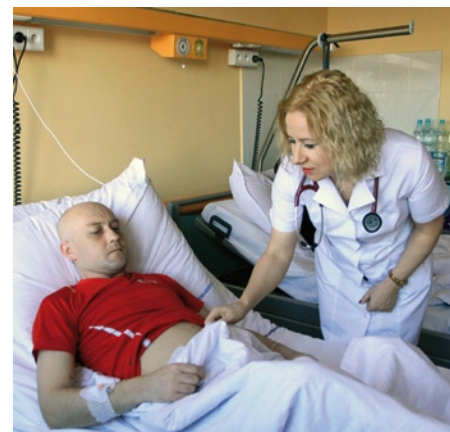
Dializa otrzewnowa w naszym szpitalu, ze względu na ograniczoną powierzchnię Oddziału Nefrologii ze Stacją Dializ, mieściła się na wysokim parterze budynku głównego Szpitala i była częścią Ośrodka Dializ, kierowanego przez panią dr Alicję Całkę. Początkowo dializę otrzewnową wykonywano tylko w szpitalu, jednak już od lat chory samodzielnie dializuje się w domu, a do szpitala przyjeżdża tylko na kontrole. Tak o swojej przygodzie z nefrologią i „otrzewnówką” opowiada dr n. med. Beata Januszko-Giergielewicz, wieloletni koordynator ośrodka dializy otrzewnowej w naszym Szpitalu.

– Moja wielka przygoda z nefrologią zaczęła się w 1990 r. od stażu z interny, który odbywałam w Oddziale Nefrologii ze Stacją Dializ WSS w Olsztynie. Atmosfera wsparcia dla młodych lekarzy i wyjątkowa aura do rozwoju zawodowego w dziedzinie interny, jaką stworzył ówczesny ordynator oddziału nefrologii dr Jan Forfa, skłoniła mnie do zainteresowania się tą właśnie specjalizacją, jednak muszę napomknąć, że mój pierwotny wybór zawodowy dotyczył neurologii, w której miałam już otwartą specjalizację i zaliczone pierwsze kolokwium z anatomii i fizjologii układu nerwowego. Jednak zawirowania administracyjne w naszym szpitalu w 1991 r., które dotyczyły redukcji etatów lekarskich spowodowały, że za namową późniejszego mojego szefa dr. Jana Forfy zmieniłam specjalizację z neurologii na nefrologię. Szef zawsze żartował, że zamieniłam tylko jedną literkę na drugą w nazwie specjalizacji. Wybór okazał się trafny. W 1996 r. między moim 1 a 2 stopniem specjalizacji z chorób wewnętrznych, przy Ośrodku Dializ organizował się ośrodek dializoterapii otrzewnowej, który w fazie początkowej koordynował dr Wojciech Ćwiertnia. Pewnego dnia dr Jan Forfa, ówczesny dyrektor szpitala i ordynator oddziału nefrologii, wezwał mnie do swojego gabinetu i zapropono-

wał współpracę w charakterze lekarza koordynującego dializę otrzewnową razem z dr. Ćwiertnią.

Od początku projektu rozwoju dializy otrzewnowej w naszym szpitalu istotną rolę odgrywały pielęgniarki koordynujące: Urszula Barczak, Irena Brzozowska i Ewa Mordwa. Dzięki współpracy z tymi paniami, prowadzenie pacjentów dializowanych otrzewnowo, dla lekarza, a przede wszystkim dla pacjenta stanowiło duży komfort i poczucie bezpieczeństwa. Z paniami utrzymuję ściśle i aktywne kontakty do dziś, a historia naszych losów zawodowych ciągle się przeplata.

Prowadzenie ośrodka przejęłam w 2000 r. Metoda dializ otrzewnowych od początku wzbudzała moje wielkie zainteresowanie, głównie z tytułu konieczności ścisłej współpracy z zespołem i pacjentem, z ominięciem nie lubianych przeze mnie w nadmiarze elementów technicznych (maszyn, sprzętu, etc.). Zawsze w centrum mojej uwagi w pryncypiach lekarskich był pacjent, ścisły z nim kontakt, a dializa otrzewnowa w pełni odpowiadała moim potrzebom. Był to mój piękny okres zawodowy, pełen pasji, wspaniałych emocji koleżeńskich, na fali których wraz ze wspomnianym Wojtkiem Ćwiertnią i paniami pielęgniarkami odbyliśmy wiele kreatyw-



nych kursów, staży i nawiązaliśmy liczne, trwające do dziś, kontakty koleżeńskie w środowisku nefrologicznym. Z tego okresu datuje się początek mojej koleżeńskiej współpracy z obecnym ordynatorem nefrologii naszego szpitala, z prof. Tomaszem Stomporem, również wielkim orędownikiem tej metody dializ. Dializa otrzewnowa stała się stałym elementem mojego życiorysu zawodowego, bowiem gdziekolwiek podejmuję pracę jako nefrolog, niezrozumiałym do końca dla mnie zbiegiem okoliczności jest fakt, iż zaraz za mną do drzwi danej jednostki wkracza również ta interesująca dla mnie metoda leczenia nerko zastępczego. Obecnie prowadzę pacjentów dializowanych otrzewnowo w Stacji Dializ w Ostródzie. Dzisiaj moją nową pasją jest również transplantologia, a uzyskana jesienią 2013 r. specjalizacja z transplantologii klinicznej przekuwa się w doświadczenia kliniczne. Obecną moją rolą jest udział w akcjach transplantacyjnych i nadzór nad pacjentami po przeszczepieniu nerki w oddziale transplantacyjnym oraz poradni naszego szpitala.

Wysłuchała
Magdalena Kantorczyk

Zawsze będę po prostu lekarzem



O rozwoju zawodowym, fascynacji nauką i wyzwaniach w nefrologii rozmawiam z prof. dr hab. n. med. Tomaszem Stomporem, ordynatorem Oddziału Klinicznego Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych WSS w Olsztynie

– Został Pan uhonorowany przez Prezydenta RP tytułem profesora nauk medycznych. Jak w skrócie może Pan Profesor

podsumować swoje osiągnięcia naukowe?

– Tytuł profesora nauk medycznych otrzymałem w wieku 47 lat, więc moja

naukowa droga do tytułu nie była aż tak długa, ale na pewno wymagała ode mnie bardzo dużo pracy i poświęcenia. Podsumowując w dużym skrócie moje

osiągnięcia, jestem współautorem ok. 140 publikacji naukowych, z czego mniej więcej połowa została wydana w periodykach o zasięgu międzynarodowym, opracowałem blisko 50 rozdziałów w książkach, a także ok. 150 doniesień zjazdowych. Łącznie moje publikacje zostały zacytowane w światowym piśmiennictwie blisko 600 razy, co jest miarą rzeczywistego sukcesu w nauce.

– Czy zamierzał Pan dojść tak wysoko w rozwoju zawodowym?

– W pewnym okresie rozwoju – chyba tak. Dość wcześnie zrobiłem doktorat i chcąc kontynuować tę drogę habilitowałem się (jako jeden z najmłodszych w Uniwersytecie Jagiellońskim). Mam również 4 pokrewne sobie specjalizacje. Zawsze byłem człowiekiem dociekliwym, interesowała mnie nauka, czytam dużo publikacji z zakresu nauk podstawowych. Nie jestem jednak „stuprocentowym” naukowcem. Praca z pacjentami jest dla mnie kluczowa i zawsze będę po prostu lekarzem – klinicystą.

– Jakie są Pana plany związane z dalszym rozwojem naukowym?

– Moje plany są ściśle związane z rozwojem nefrologii w WSS w Olsztynie i w ogromnym stopniu zależą zarówno od poprawy uwarunkowań kadrowych, jak i infrastruktury oddziału. Zespół nefrologii jest fantastyczny, tworzą go ludzie z pasją, zaangażowani w pracę lekarską, znakomicie radzący sobie z pacjentami, diagnostyką i leczeniem. Żałuję jednak, że mój zespół ciągle nie może pokazać swojego potencjału naukowego, który ewidentnie posiada, ze względu na przeciążenie codzienną pracą, niedobory personelu i złe warunki lokalowe w których pracujemy. Chciałbym, aby prowadzili własne badania pod moim merytorycznym kierownictwem. Mimo, że mamy już swój dorobek naukowy i nie mamy powodów do wstydu, mogłoby to dziać się na większą skalę. Aby zrealizować te marzenia i plany potrzebna jest modernizacja oddziału. Oczywiście zdaję sobie sprawę z „globalnych” uwarunkowań oraz z kolejności przeprowadzania inwestycji w naszej placówce.

– Niedawno obchodziliście Państwo Jubileusz 35-lecia dializoterapii na Warmii i Mazurach. Ile stanowisk dializacyjnych obecnie posiada oddział?

– W Oddziale mamy 3 stanowiska do dializy „ostrej”, współpracujemy również ze Stacją Dializ Diaverum, dysponującą 29 stanowiskami i to w zupełności pokrywa zapotrzebowanie naszych pacjentów. Jesteśmy drugim pod względem wielkości ośrodkiem w naszym województwie i jednym z największych w kraju. Zajmujemy się też pacjentami



Zdjęcie pochodzi z Kancelarii Prezydenta RP (autorem jest Wojciech Grzędziński).

po przeszczepieniu nerki. Przeszczepienie nie leczy choroby, a jedynie zmienia sposób chorowania (na szczęście – niemal zawsze – na lepsze). Taki pacjent zawsze pozostanie jednak nasz – będzie potrzebował nefrologa-transplantologa-internisty. Stajemy się dla niego niemal lekarzami rodzinnymi, gdyż nawet podanie prostych antybiotyków przy zwykłym przeziębieniu, w zestawieniu z leczeniem immunosupresyjnym, staje się wyzwaniem. Dlatego dla chorych po przeszczepieniu, dializowanych i z przewlekłymi chorobami nerek już zawsze będziemy punktem odniesienia – oni nigdy nie przestają chorować.

– Jaka jest rola nefrologii w procesie transplantacji nerek?

– W przypadku zgłaszania pacjentów dializowanych do przeszczepu przez Stację Dializ, nasz Oddział przyjmuje na siebie część obowiązków związanych z przygotowaniem biorecy. Dodatkowo nasi lekarze coraz częściej zgłaszają swoich podopiecznych do przeszczepu wyprzedzającego, przed zaistnieniem konieczności dializowania. Jest to metoda znana od lat, dotychczas w Polsce mało popularna, na szczęście jednak

coraz częściej się ją stosuje. Kilku pacjentów z naszej poradni zostało już przeszczepionych w tym trybie.

– Jak widzi Pan dalszy rozwój oddziału?

– Chciałbym wprowadzić pewne novum, czyli stanowiska wzmoczonego nadzoru nefrologicznego. W oddziale nefrologii hospitalizujemy niekiedy pacjentów w stanie krytycznym, wymagających nawet sztucznej wentylacji, dlatego wspomniana sala spełniałaby w pełni swoje zadanie. Muszę podkreślić, że my nie leczymy ludzi chorych tylko na nerki, my leczymy pacjentów, którzy poprzez nerki są chorzy absolutnie na wszystko, ludzi wyjątkowo często chorych. Zawsze mamy pacjentów przed albo po różnego rodzaju zabiegach operacyjnych. Bardzo sobie cenimy współpracę z naszą chirurgią i z OIT; bez ich wsparcia nie moglibyśmy funkcjonować. Być może stan naszych pacjentów, rozległość schorzeń i złożoność problemów klinicznych to powody, dla których brakuje nam niestety młodzieży, która chciałaby zostać rezydentami z perspektywą specjalizacji w nefrologii, co

spektywą specjalizacji w nefrologii, co mnie bardzo martwi. Nie ukrywam, że liczę na absolwentów Wydziału Nauk Medycznych UWM, bo bardzo potrzebujemy wsparcia kadrowego. Może uda nam się zarazić kolejne pokolenie pasją do nefrologii.

– Pana marzenia odnośnie rozwoju nefrologii?

– Głównym wyzwaniem dla nefrologii jest zahamowanie progresji chorób nerek w taki sposób, aby nie doprowadzały one do schyłkowej niewydolności, do konieczności dializowania i do przeszczepiania. Moim drugim marzeniem jest znalezienie bardziej skutecznych i obciążonych mniejszą liczbą powikłań metod leczenia kłębuszkowych chorób nerek i „systemowych” chorób autoimmunologicznych zajmujących nerki. Współczesne terapie są bardzo toksyczne, niszczą organizm pacjenta; lecząc zdajemy sobie sprawę, że podajemy leki, które powodują poważne powikłania i jest to bardzo frustrujące.

– Dziękuję za rozmowę.

Magdalena Kantorzky

Tłum cichych bohaterów

W piątek, 24 stycznia w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie odbyły się obchody Ogólnopolskiego Dnia Transplantacji. Pod hasłem „Najpiękniejszy dar to życie” zorganizowaliśmy akcję społeczną pozyskiwania potencjalnych dawców szpiku, połączoną z panelem wykładowym poświęconym zagadnieniom transplantacji.

Po raz kolejny mogliśmy się przekonać o ogromnej wrażliwości mieszkańców naszego regionu. Tego dnia Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie odwiedził tłum cichych bohaterów, chcących podarować potrzebującym to, co najcenniejsze – lek na białaczkę, który jest produkowany w każdym zdrowym organizmie – szpik kostny. Tego dnia zostawili po 4 ml swojej tkanki łącznej płynnej – krwi. Zostaną z niej określone antygeny zgodności tkankowej (HLA), czyli swoisty kod genetyczny, który trafi do Światowego Rejestru Dawców Szpiku Kostnego.

Dzięki naszej Akcji do Rejestru Szpiku Kostnego dołączyło 69 osób, które gotowe są podzielić się kawałkiem siebie wiedząc, że „kto ratuje jedno życie, ratuje cały świat”.

Oprócz pozyskania potencjalnych dawców do Banku Szpiku, celem naszej Akcji było również przybliżenie idei trans-

plantacji i uświadomienie, jak ważna jest rozmowa w gronie bliskich na temat oddania narządów po śmierci.

Dzięki zaangażowaniu wielu osób, m.in. personelu medycznego naszego szpitala, za co serdecznie dziękujemy, przeprowadziliśmy panel wykładów edukacyjnych. A słuchaczy nie brakowało. Poruszono tematy dotyczące śmierci mózgu, rozwoju programu transplantacji, przebiegu akcji transplantacyjnej w naszym ośrodku i dawstwa szpiku. Wykłady prowadzili: prof. Leszek Kauc, dr n. med. Andrzej Tutaj, dr hab. n. med. Maciej Słupski, dr n. med. Lidia Glinka, lek. neurochirurg Agnieszka Parda. Prawne i etyczne aspekty transplantacji przedstawiła Marta Jaworska, koordynator regionalny ds. transplantacji. Swoim doświadczeniem podzieliła się ze słuchaczami Katarzyna Żadziłko, dawca szpiku. Pomimo upływu czasu, emocje w niej nadal pozostały silne. W głosie pani Katarzyny słychać było wzruszenie, nie kryła również łez radości z tego, że mogła komuś pomóc. Dzięki olsztyńskim transplantologom, mogliśmy także porozmawiać z Hanną Komstą, pacjentką po przeszczepie nerki. Usłyszeliśmy jej opowieść o zmaganiu z chorobą, pełnym nadziei oczekiwaniu na przeszczep, a także o wdzięczności wobec dawcy, jego rodziny, jak również lekarzy, którzy podarowali jej szansę na



„nowe” życie. Mimo, że przeszczep nerki zwykle nie jest operacją ratującą bezpośrednio życie, pani Hanna opowiedziała, jak wielkie zmiany zaszły w jej życiu. Po przeszczepie ma więcej czasu dla siebie, rodziny, bliskich. Nareszcie może pracować i żyć normalnie. Czas i energię poświęcane wcześniej dializoterapii, zyskała teraz jej rodzina. Jak sama twierdzi „narodziła się na nowo”.



Transplantologia jest trudną dziedziną medycyny. Aby uratować komuś życie potrzebny jest dawca. W olsztyńskim ośrodku przeszczepiania nerek, od początku jego istnienia, z powodzeniem przeszczepiono nerki już 84 osobom. W ciągu tych kilku lat 3 nerki zostały także przekazane do Centrum Zdrowia



PAMIĘTAJ:

TWOJA zgoda na oddanie narządów po śmierci może uratować komuś życie. Osoba wyrażająca zgodę na oddanie po śmierci swoich tkanek i narządów do przeszczepienia dla ratowania życia i przywracania zdrowia ludziom chorym, może nosić przy sobie własnoręcznie podpisane oświadczenie woli. Takie oświadczenie woli ma charakter informacyjny i nie zwalnia lekarza, mającego zamiar pobrać narządy, z obowiązku sprawdzenia w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, czy osoba ta nie wyraziła sprzeciwu za życia. W Polsce obowiązuje ZGODA DOMNIEMANA na pobranie narządów. Oznacza to, że nie zgłaszając sprzeciwu akceptujemy pobranie narządów i/ lub tkanek po śmierci.



Dziecka w Warszawie i przeszczepione kilkuletnim pacjentem.

Wyniki przeszczepiania narządów są coraz lepsze, dzięki czemu rozszerzają się wskazania do leczenia tą metodą. Wie-

dza społeczeństwa jest niewystarczająca, potrzebne są kampanie edukacyjne. Najważniejszą kampanią edukacyjną jest i zawsze będzie rozmowa w rodzinnym gronie. To ważne, abyśmy o tym

świadomie zdecydowali. Nie zostawiamy bliskich w trudnym momencie utraty osoby bliskiej, aby sami musieli podejmować decyzję w kwestii transplantacji narządowej. Narządy nie spadają z nieba, są w nas.

Co osiągnęliśmy naszą akcją? 69 potencjalnych dawców szpiku kostnego wie, że od tej chwili może ktoś do nich zadzwonić z informacją, że to właśnie oni są dla kogoś jedyną, ostatnią nadzieją na leczenie. Zapisali się do „Banku Ostatniej Nadziei” (czyt. Banku Dawców Szpiku), bo chcą być znalezieni. Statystycznie co 80 osoba zapisana do rejestru zostanie dawcą. A chyba każdy chciałby być tym osiemdziesiątym... Niektórzy z biorących udział w akcji, przy wyjściu prosili „znajdźcie mi biorcę” lub „dziękuję Wam, że mogłem pomóc”. Dla nas, organizatorów, było to najpiękniejsze podziękowanie. Dzięki Wam wiemy, że warto to robić. Dziękujemy!

Marta Jaworska
Dominika Trawczyńska

Zmarł Profesor Wojciech Rowiński

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci wybitnego transplantologa Pana Profesora Wojciecha Rowińskiego, który był pionierem i współtwórcą polskiej transplantologii.

Zmarł 14.03.2014 r., w wieku 78 lat po rocznych zmaganiach z białaczką. 26 stycznia 1966 r. Profesor Rowiński brał udział w pierwszym udanym przeszczepieniu nerki w Polsce. Był inicjatorem i twórcą Polskiej Unii Medycyny Transplantacyjnej oraz programu „Partnerstwo dla Transplantacji”, przysłużył się do powstania Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej. Profesor Wojciech Rowiński był wieloletnim Konsultantem Krajowym w dziedzinie transplantologii klinicznej, przewodniczącym Krajowej Rady Transplantacyjnej oraz członkiem szeregu międzynarodowych towarzystw naukowych. Był wybitnym lekarzem i nauczycielem akademickim, chirurgiem i transplantologiem. Dzięki Jego zaangażowaniu i pomocy Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie dołączył do listy ośrodków transplantacyjnych w naszym kraju. Po raz pierwszy z oficjalną wizytą gościliśmy Pana Profesora w naszym szpitalu 19.11.2009 r., kiedy to wraz z prof. Zbigniewem Włodarczykiem przeprowadzał audyt, celem

którego było podjęcie decyzji przez komisję akredytacyjną o utworzeniu w naszym szpitalu ośrodka transplantacji. Dzięki przychylniej opinii 9 września 2010 r. w Urzędzie Marszałkowskim z udziałem Pana Profesora, podpisano list intencyjny „Partnerstwo dla Transplantacji w Województwie Warmińsko-Mazurskim”. Już 26 listopada 2010 r. w WSS w Olsztynie zespół naszych lekarzy, pod kierunkiem prof. Wojciecha Rowińskiego, przeprowadził dwa zabiegi przeszczepienia nerki – transplantacje zakończyły się sukcesem. Pan Profesor brał czynny udział we wszelkich spotkaniach naukowych i akcjach, mających na celu propagowanie idei i wiedzy na temat transplantacji oraz zdrowego trybu życia.

26.01.2012 r. – podczas uroczystości Obchodów Ogólnopolskiego Dnia Transplantacji w Olsztynie opowiedział słuchaczom o historii transplantacji i o przeszczepach ksenogenicznych, polegających na przeniesieniu tkanki lub narządu między osobnikami różnego gatunku. W październiku wziął czynny



udział w Akcji społecznej organizowanej przez WSS w Olsztynie „Czas dla transplantacji – uchwycić to co ulotne...”. Dzięki jego zaangażowaniu i oddaniu nasz region nie jest już białą plamą na mapie transplantologii w Polsce.

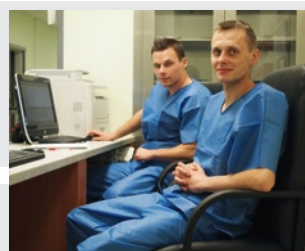
red.

Operacja – Nowy Blok

Nowy blok operacyjny ruszył pełną parą. 10 lutego 2014 r. rozpoczęły się zabiegi. Pierwszym i zarazem historycznym pacjentem, który wjechał na blok był pacjent chirurgiczny.

Wejście na bloki operacyjne jest pilnie strzeżone przez dwóch sympatycznych panów. Jacek Sendrowski i Andrzej Dela pracują w dyspozytorni bloków. To oni pomagają w kontaktach z pracownikami bloku.

Jak pracuje się na bloku operacyjnym?



Jacek Sendrowski (na fot. drugi z lewej): Na nowym bloku pracuje się zdecydowanie lepiej. Są lepsze warunki pracy i mamy zaplecze socjalne. Z dyspozytorni jest łatwiejszy dostęp do pielęgniarek i lekarzy, co bardzo poprawiło komunikację.

Andrzej Dela (na fot. pierwszy z lewej): Nowe bloki to europejski standard. Panuje tu ład i porządek. Wszystko ma swoje miejsce, a każdy pracownik ma uporządkowany zakres obowiązków.



Co o nowym bloku myślą pielęgniarki anestezjologiczne?



Agnieszka Mączka: Na bloku na pewno pracuje się łatwiej, bo wszystko jest na jednym piętrze. Mamy magazyny na jednym poziomie i nie musimy rozdzielać materiałów na dwa piętra. Nad wszystkim mamy kontrolę. Pacjent jest odbierany w służbie, a przy każdej sali jest pokój przygotowawczy i pacjent nie musi obserwować przygotowań sali operacyjnej do zabiegu.

Krystyna Tyszecka (na fot. trzecia z prawej): Blok jest bardzo nowoczesny. Ale nowy blok to również nowe wyzwania, więc mamy więcej pracy. Z pewnością lepiej się pracuje, bardziej komfortowo i bezpieczniej, również pacjenci są bardziej zadowoleni.

Jolanta Dudko (na fot. druga z lewej): Jest więcej sal, więc można inaczej zaplanować zabiegi i nie ma natłoku operacji. Dzięki większej powierzchni mamy też duże zaplecze i miejsce na sprzęt, a blok jest lepiej wyposażony.

Katarzyna Górską (na fot. pierwsza z prawej): Najlepszą zmianą, porównując stary i nowy blok, jest właśnie nowoczesność. Teraz jest pięknie i jasno. Na starym bloku pacjenci pytali się, czy jesteśmy w trakcie remontu, a nie byliśmy. Mamy również własną dyżurkę z łazienką.



(Ponadto na fot.: Halina Jackiewicz – pierwsza z lewej i Joanna Stępień – druga z prawej).

- laparoskop
- stabilizacja
- kraniotom
- wycięcie
- mikrochir





Jak nowy blok widzą pielęgniarki instrumentariuszki?



Jolanta Lewandowska (na fot. pierwsza z lewej): Pracuje się lepiej, sale są przestronne, a sprzęt nowy. Warunki zdecydowanie się poprawiły. Wszystko jest poukładane i na swoim miejscu.

Maria Wiśniewska (na fot. druga z lewej): Mamy wreszcie swoją dyżurkę i szatnie. Warunki są zdecydowanie lepsze. Jest pięknie. Ogromnym plusem jest duża powierzchnia. A jedyny minus to mała liczba personelu, co jednak dezorganizuje pracę.



Nowy blok okiem lekarzy.



dr n. med. Dariusz Onichimowski: Porównując do starego bloku, nowy obiekt jest bardziej nowoczesny i lepiej wyposażony. Rozwiązania konstrukcyjne pozwalają spełnić wszystkie, nawet najbardziej rygorystyczne wymagania dotyczące sal operacyjnych. W obecnej chwili zarówno zespoły operacyjne, jak i anesteziologiczne, dysponują sprzętem pozwalającym w pełni wykorzystać ich umiejętności tak, aby operacja była przeprowadzona jak najlepiej dla pacjenta.



dr Bułat Tuyakov: Na nowym bloku pracuje się lepiej, chociaż na początku trzeba było się przyzwyczaić. Nowy blok to bardziej korzystne i ergonomiczne warunki do pracy, a możliwości leczenia operacyjnego są bardziej dostosowane do potrzeb nowoczesnej medycyny. Obecnie jest więcej udogodnień, ale zarówno pracownicy, jak i pacjenci będą mogli z nich w pełni skorzystać, gdy zostaną rozwiązane wszystkie problemy organizacyjne.



dr Leszek Malinowski: Nowy blok operacyjny w znacznej części, w zakresie technicznym, spełnia marzenia pracowników medycznych o klimatyzowanych salach operacyjnych z dobrym wyposażeniem technicznym. Jednak należy pamiętać, że najistotniejszą częścią pracy jest człowiek, jego profesjonalizm, właściwe relacje międzyludzkie i jego zdolności wykorzystania nawet najlepszych warunków technicznych. Wartość techniczna powinna w dwójnasób przekładać się na czynnik ludzki, dopiero wtedy będzie pełna satysfakcja z nowego bloku operacyjnego.



dr n. med. Robert Wojsław: Klimatyzowane, bardzo dobrze oświetlone i doposażone w nowy sprzęt sale operacyjne oraz pomieszczenia socjalne dla personelu, w tym szatnie, których tak naprawdę na starym bloku operacyjnym nie było, zniemiennie poprawiły warunki pracy załogi. Dla pacjentów to możliwość leczenia w aseptycznych warunkach i w budzącym zaufanie otoczeniu.

PIERWSZE ZABIEGI

powne usunięcie śledziony – sala chirurgiczna
 a kręgosłupa – sala ortopedyczna
 nia guzowa – sala neurochirurgiczna
 macicy z przydatkami – sala ginekologiczna
 urgia krtani – sala laryngologiczna



„Czterdzieści lat, jak jeden dzień...”

40- lecie pracy jest to niewątpliwie zaszczytny jubileusz. Tyle lat dr Lesław Suprynowicz, nasz lekarz zakładowy, przepracował na pełnym etacie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

– Tak naprawdę to z naszym Szpitalem związany jestem od ponad 45 lat, chociaż już nawet nie pamiętam, czy to był 69., czy 70 rok, ale zatrudnienie znalazłem u Pana dr. Mireckiego w Oddziale Kardiologii ówczesnego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie.

– Jak Pan wspomina pracę w Szpitalu w tamtych latach?

– Zaczynałem jako internista. Opiekowałem się mniejszą liczbą chorych, niż pełnoetatowcy, ale miałem swoje 3 łóżka. Już w tamtych czasach nasi pacjenci byli monitorowani, ale ten sprzęt można w tej chwili porównać do kombajnów, bo zajmował bardzo dużo przestrzeni. Popołudniami szedłem do swojej poradni i tam kończyłem dzień pracy. W 1974 r. zaproponowano mi stanowisko kierownika przychodni dla pracowników budownictwa w Olsztynie, która należała do struktur WSS w Olsztynie aż do 1992 r.



– To była duża przychodnia?

– Bardzo duża. Mieściła się przy ul. Kopernika w Olsztynie, zatrudniała 50 osób i miała 20 tys. podopiecznych. Całe Olsztyńskie Zjednoczenie Budownictwa, które było jednym z większych w kraju, było pod moją opieką. Zajmowaliśmy się medycyną pracy i tym, czym obecnie zajmuje się lekarz pierwszego kontaktu. Przepracowałem tam 18 lat, a w 1992 r., kiedy przychodnia

wyszła spod struktury WSS w Olsztynie, przenieśliśmy się tutaj, czyli do Poradni Lekarza Zakładowego. W międzyczasie zrobiłem 1 i 2 stopień specjalizacji z medycyny przemysłowej i zostałem lekarzem zakładowym. W latach 90. przez rok byłem zastępcą dyrektora ds. lecznictwa, wówczas dyrektorem naczelny był Jan Forfa.

– Czy w trakcie tych lat zmienił się zakres obowiązków lekarza zakładowego?

– Tak, ale zacznę od tego, że poradnia zlokalizowana była kiedyś na wysokim parterze w budynku głównym Szpitala i zatrudnione w niej były dodatkowo 2 pielęgniarki. Prowadziliśmy rejestrację na miejscu. Dodatkowo szczepiliśmy wszystkie dzieci, które przechodziły zabiegi w naszym oddziale okulistycznym, bo w tamtych latach szpital dziecięcy nie posiadał takiego oddziału. Pobieraliśmy również naszym pracownikom krew do

wszystkich badań okresowych i wstępnych. Oprócz tych kilku rzeczy, tak naprawdę nie zmienił się zakres zadań, czy badań, które muszą przechodzić okresowo pracownicy. To naturalne, że pojawiały się nowe zagadnienia, wraz z rozwojem nowych komórek, jak na przykład z medycyną nuklearną, ale w związku z tym, że obowiązują nas przepisy podobne do tych, które obowiązują pracowników przebywających w promieniowaniu rentgenowskim, to w zasadzie większych rewolucji nie było.

– W tej chwili sam Pan prowadzi poradnię, a przecież badaniami wstępnymi objęci są wszyscy



pracownicy przystępujący do pracy, a okresowymi również i ci współpracujący ze Szpitalem na zasadzie kontraktów. Jak Pan sobie radzi?

– Od roku pracuję sam i nauczyłem się radzić sobie ze wszystkimi zadaniami w pojedynkę, pomimo że obowiązków nie ubywa. Jeśli jest się życzliwym dla ludzi to i z taką samą życzliwością człowiek się spotyka. Dla naszych pracowników to komfortowa sytuacja, że przychodnia lekarza zakładowego znajduje się w szpitalu, bo dzięki temu nie muszą tracić wolnych dni na wykonanie badań okresowych w innym miejscu, na stanie w kolejkach po skierowanie. Gdy trzeba, a mam odpowiednie zalecenia, wypisuję również pracownikom recepty, aby zachowali kontynuację swojego leczenia, bez konieczności zapisywania się do specjalisty. Jeżeli potrzebują pilnej konsultacji któregoś z naszych specjalistów, to z odmową też się nie spotkałem. Wystawiam też zwolnienia lekarskie pracownikom chorym na ostre schorzenia. Nie wyobrażam sobie pójścia na emeryturę. Lubię prowadzić aktywny tryb życia i lubię pomagać ludziom. Nie pracuję wieczorami, nie mam dyżurów, więc potrafię pogodzić pracę z moim życiem prywatnym.

– Dziękujemy za rozmowę. Jednocześnie życzymy dalszej satysfakcji z wykonywania swoich obowiązków, przyjaznych ludzi dookoła, aby w dalszym ciągu mógł się Pan cieszyć sympatią pracowników Szpitala.

Magdalena Kantorczyk

Nowa pielęgniarka oddziałowa

Joanna Kozłowska – pielęgniarka oddziałowa w Klinicznym Oddziale Ratunkowym i w Izbie Przyjęć.

„Praca w tym oddziale jest trudna, ale chciałabym, aby każdy przychodził tu z chęcią i uśmiechem na twarzy.”



– Od kiedy Pani pracuje w WSS w Olsztynie?

– Swoją pracę zawodową zaczynałam w Oddziale Wewnętrznym Szpitala Miejskiego w Olsztynie, później pracowałam w Oddziale Intensywnej Terapii w szpitalu w Augustowie, a następnie od 2002 r. podjęłam pracę w Oddziale Intensywnej Terapii w WSS w Olsztynie, od 2004 r. pracuję w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i w Izbie Przyjęć.

– Czy doświadczenie z pracy w intensywnej terapii pomaga Pani w pracy w obecnym Oddziale?

– Umiejętności tam nabyte bardzo pomagają w pracy w każdym innym oddziale, gdyż opieka tam sprawowana dotyczy pacjentów z różnymi schorzeniami. Podobnie jest w SOR, z tą jednak różnicą, że tu pacjenci przygotowywani są do hospitalizacji, tam natomiast są już pod opieką długoterminową. Praca w intensywnej terapii była moją pasją, uwielbiałam ją, ale niestety ze względów zdrowotnych musiałam z niej zrezygnować. W SOR zajmowałam się dokumentacją prowadzoną w Izbie Przyjęć, formalnościami związanymi z przyjmowaniem pacjentów planowych oraz pomagałam zespołowi w przyjmowaniu pacjentów do SOR. Tutaj nigdy nie można przewidzieć, jaki będzie przebieg dnia i jacy pacjenci do nas trafiają. Czasami przez godzinę nie ma żadnego pacjenta, a już w następnej jest ich dziesięciu. Ważne jest, aby szybko ocenić, czy pacjentowi, który do nas trafia należy udzielić pomocy w trybie pilnym, czy może on poczekać na odpowiednią pomoc bez narażania jego życia i zdrowia.

– Czy ta praca wymaga szczególnych cech charakteru?

– Przede wszystkim ludzi tu pracujących musi cechować duża odpornością na stres oraz umiejętność łatwego dostosowania się do pracy w zmiennym składzie zespołu. Potrzebna jest również łatwość nawiązywania kontaktu z pacjentem i jego rodziną. SOR jest pierwszą linią ognia i wizytówką Szpitala zarazem. Mamy tu często do czynienia z pacjentami w stanie zagrożenia życia



i dlatego są oni przerażeni, niepewni, wymagający, co przekłada się na ich zachowania względem personelu. Musimy umieć opanować taką sytuację, wyciszyć pacjenta i poinformować go o podejmowanych działaniach, trzeba mieć w sobie dużo empatii. Każdy z nas może znaleźć się w podobnej sytuacji i nie koniecznie w swoim miejscu zamieszkania, gdzie zawsze czujemy się pewniej.

– Jako oddziałowa SOR pracuje Pani w szpitalu od 10 lutego 2014 r. Proszę opowiedzieć nam o swojej obecnej pracy.

– W lutym minęło 10 lat od kiedy rozpoczęłam pracę w tym oddziale. Nigdy nie przypuszczałam i nie planowałam, że kiedykolwiek będę piastować takie stanowisko. Obowiązki, które teraz pełnię bardzo różnią się od tych, które do tej pory wykonywałam. Jest to ogromna, całościowa odpowiedzialność

za pracę całego zespołu oraz za pacjentów. W pracy tej pomaga mi jednak to, że pracuję w znanym sobie środowisku i wiem czego od kogo mogę oczekiwać. Personel doskonale wie za co kto odpowiada i świetnie się uzupełnia, ale czasami trzeba ich wesprzeć dodatkową parą rąk przy wypełnianiu dokumentacji, wykonywaniu telefonów, opieką nad pacjentem. Zawsze lubiłam pracować z pacjentami i teraz trochę mi tego brakuje. W nowych obowiązkach pomaga mi również to, że wcześniej częściowo byłam zaangażowana w prace przy dokumentacji oddziału. Teraz więcej kontaktu mam z personelem niż bezpośrednio z pacjentem.

– Jakie są Pani marzenia dotyczące organizacji pracy w SOR?

– Praca w tym oddziale jest trudna, ale chciałabym, aby każdy przychodził tu z chęcią i uśmiechem na twarzy. Jeżeli jest fajny, zgrany zespół, to ciężką pracę łatwiej wykonać i udźwignąć związane z nią problemy. Chciałabym, aby wszyscy dali z siebie to, co najlepsze i aby każdy dostrzegł w drugim potencjał, jaki posiada, doświadczenie związane z wiekiem i zapał jaki niesie ze sobą młodość.

– Pani najpiękniejsze wspomnienia związane z wykonywanym zawodem...

– Związane są z oddziałem intensywnej terapii, kiedy to przychodzili odwiedzić nas pacjenci, po zakończonym leczeniu. Czasami trudno było nam ich poznać, bo pamiętaliśmy te osoby jako chorych na szpitalnym łóżku. To chwile, dla których warto znosić największy trud. Pacjent w SOR przebywa krótko, ale i tu praca daje dużo satysfakcji, zwłaszcza jeżeli uda nam się sprawnie przeprowadzić diagnostykę i pokierować pacjentem do oddziału, w którym udzielona zostanie mu pomoc w odzyskaniu zdrowia.

– Dziękuję za rozmowę

Barbara Szymczuk



Na końcu języka cz. 2

„The best exercise for swallowing is swallowing”
(Najlepszym ćwiczeniem polykania jest polykanie)
Jerilyn Logemann

Polykanie to jedna z podstawowych funkcji życiowych człowieka. Rehabilitacja zaburzeń polykania (dysfagii) jest dziedziną stosunkowo nową i nienajlepiej opisaną w polskiej literaturze. W tym i w następnym artykule postaram się nakreślić problem przez pryzmat logopedii.

Dla potrzeb artykulacji w procesie ewolucji człowiek wykorzystał, czy też przystosował, narządy, które biorą udział w przyjmowaniu pokarmów oraz w oddychaniu. Funkcjonujące określenie narządy mowy jest więc pewnego rodzaju nieścisłością. Możemy bowiem wskazać, że narządy te są wykorzystywane w sposób wtórny do tworzenia dźwięków mowy, a ich pierwotna funkcja ma charakter biologiczny i polega na przyjmowaniu pokarmów i dostarczaniu do organizmu powietrza.

Podczas mówienia kopiowane są ruchy właściwe dwóm pierwszym fazom polykania: ustnej i gardłowej, ponieważ tylko takie, oparte na istniejącym unerwieniu i umięśnieniu, mogą być wykorzystywane, zgodnie z zamierzonym przez naturę pierwotnym przeznaczeniem.

Fizjologia polykania

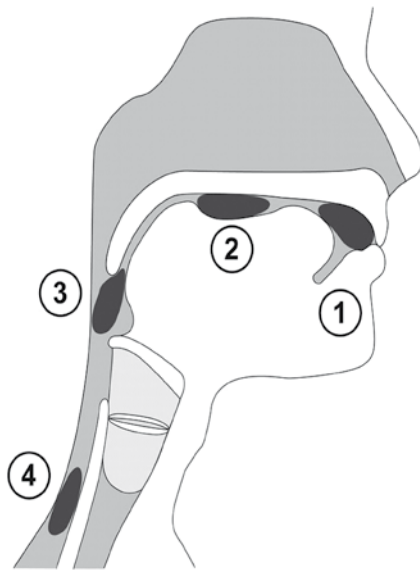
Polykanie jest półautomatyczną czynnością, dzięki której jest pobierany, rozdrabniany i transportowany pokarm (również płyn i ślina) z jamy ustnej przez gardło i przełyk do żołądka. W proces ten jest zaangażowanych około 100 mięśni twarzy, jamy ustnej, gardła i przełyku. Zdrowy człowiek polyka dziennie ponad 1000 razy, najczęściej w czasie posiłków, a najrzadziej podczas snu.

Proces polykania można podzielić na etapy:

1. faza ustna przygotowawcza: pobieranie pokarmu, rozdrobnienie i mieszanie ze śliną w celu utworzenia bolusu. Wymaga to sprawności motorycznej warg, policzków, mięśni żwaczy i języka.
2. faza ustna właściwa: przemieszczanie pokarmu z jamy ustnej w kierunku gardła dzięki sprawności języka i policzków. Obie fazy podlegają świadomej kontroli. Kiedy bolus zostanie przemieszczony poza łuki podniebienne, dalszy przebieg zachodzi na drodze odruchowej.
3. faza gardłowa: dalsze przemieszczenie pokarmu w obrębie gardła w kierunku przełyku. Konieczna jest

sprawność podniebienia miękkiego w celu oddzielenia jamy ustnej od nosowej i wytworzenia podciśnienia ułatwiającego przesuwanie bolusu. Jednocześnie krtań i kość gnykowa unoszą się, co ułatwia otwarcie górnego zwieracza przełyku oraz dochodzi do zwarcia krtaniowego w celu ochrony dróg oddechowych.

4. faza przełykowa: bolus po otwarciu górnego zwieracza przełyku przemieszcza się do żołądka dzięki ruchom perystaltycznym ścian przełyku.



Ilustracja: http://www.swallowsafely.com/wp-content/uploads/2009/08/Four_Phases.jpg

Polykanie a mowa

To, w jaki sposób oddychamy i polykamy ma oddźwięk w tym, jak mówimy. Zaburzenie funkcjonowania któregośkolwiek elementu jamy ustnej lub nosowej powoduje jednocześnie zaburzenie mowy.

Dysfunkcja podniebienia miękkiego bądź twardego może spowodować nosowanie, skrócenie fonacji oraz zaburzenia polykania w postaci przedostawania się pokarmu lub płynu do jamy nosowej, lub niekontrolowanego „wpadania” pokarmu lub płynu do krtani.



Zaburzenia w pracy warg mogą powodować wypływanie pokarmu lub płynu z jamy ustnej jak też zaburzenia artykulacji głosek dwuwargowych (*p, b*), wargowo-zębowych (*f, w*), samogłosek oraz głoski *m*.

Uszkodzenia języka z kolei w znacznym stopniu wpływają na sposób artykulacji i jedzenia, bowiem większość głosek (nie tylko w języku polskim) jest wytwarzana poprzez odpowiednie jego ułożenie. Bardzo ważna jest również jego sprawność i szybkość przechodzenia od jednego ułożenia do kolejnego. O stopniu zaangażowania języka w tworzenie mowy świadczy ilość głosek realizowanych przez ten narząd: przedniojęzykowo- zębowe: *t, d, n, s, z, c, dz*, przedniojęzykowo-dziąsłowe: *r, l*, przedniojęzykowo-zadziąsłowe: *sz, ż, cz, dż*; środkowojęzykowe: *ś, ź, ć, dź*, tylnojęzykowe: *k, g, h*.

Ponadto brak pionizacji języka w okresie nabywania umiejętności polykania może prowadzić do przetrwałego polykania językowo-wargowego (które poniekąd odtwarza ruchowo schemat ssania), a w dalszej mierze powoduje wadliwą realizację głosek syczących i szumiących oraz głosek *l* i *r*. Natomiast zbyt wygórowany odruch wymiotny może nie dopuścić do opanowania artykulacji głosek tylnojęzykowych *k g h*.

Dysfagia

Terminem tym określamy zaburzenia lub utrudnienia w polykaniu. Może się ona objawiać: problemem z żuciem stałych pokarmów, pozostałościami w jamie ustnej po przełknięciu, ulewaniem treści pokarmowej i płynu z jamy ustnej

w trakcie jedzenia, ślinotokiem, kaszlem bądź zmianą jakości głosu w trakcie jedzenia, krztuszeniem się, poczuciem utknięcia pokarmu w jamie ustnej lub w gardle, chrząkaniem w trakcie jedzenia lub picia, wydłużonym czasem trwania posiłków (zwykle do 30 min.). Często dolegliwościami towarzyszącymi dysfagii jest utrata masy ciała, odwodnienie organizmu, nawrotowe infekcje dróg oddechowych, zachłystowe zapalenie płuc (najczęściej w prawym płucu), zgaga oraz ból przy połykaniu.

Na oddziałach szpitalnych można spotkać się z różnymi rodzajami zaburzeń połykania od zupełnie niewykształconej funkcji u wcześniaków na oddziale neonatologii, przez ubytki spowodowane nowotworami jamy ustnej na oddziale laryngologii, do dysfagii neurogennej na oddziale neurologicznym. Odrębnym działem pozostaje sam oddział gastrologiczny, który zajmuje się połykaniem zwłaszcza w fazie przełykowej.

Etiologia zaburzeń połykania

Dysfagia przedprzełykowa w 80% jest wynikiem zaburzeń nerwowo-mięśniowych, pozostałe 20% to przyczyny zależne od miejscowych zaburzeń strukturalnych, w dysfagii przełykowej natomiast proporcje są odwrotne: aż 85% wiąże się z zaburzeniami strukturalnymi, a jedynie w 15% z motorycznymi.

Najczęściej występującą przyczyną **dysfagii ustnej i ustno-gardłowej** są uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego pod postacią ostrego niedokrwienia mózgu, zatoru, zmiany krwotocznej. Inne najczęściej spotykane przyczyny to guzy mózgu, ogniska demielinizacyjne i zmiany porurazowe. Dysfagia może występować również w zespołach pozapiramidowych, takich jak choroba Parkinsona,

SŁOWNICZEK

- aspiracja – wydzielina bądź płyn wpada poniżej poziomu strun głosowych
- penetracja – materiał dostaje się powyżej poziomu strun głosowych
- aparat oro-motoryczny – wargi, język, policzki, podniebienie w kontekście połykania
- aparat artykulacyjny – wargi, język, policzki, podniebienie w kontekście mowy
- kęs – odmierzona część pokarmu lub płynu
- bolus – przeżuty, wymieszany ze śliną, gotowy do połknięcia kęs

płasawica, w których charakter zaburzeń połykania jest związany z obniżoną koordynacją ruchów mimowolnych, oddechania i przełykania oraz zmiennym napięciem mięśni.

Inną przyczyną występowania dysfagii w fazie ustnej i gardłowej są nowotwory jamy ustnej, dolnej części gardła lub górnej części przełyku. Skala zaburzenia połykania zależy w tym przypadku od lokalizacji i rozległości zmiany nowotworowej oraz stanu pooperacyjnego chorego. Częściowe lub całkowite wycięcie języka, choć uwalnia chorego od nowotworu, jest bardzo okaleczające i stwarza duże trudności w doustnym odżywianiu oraz w znacznym stopniu zaburza mowę. Najczęściej stwierdza się zaburzenia ruchomości języka, w następstwie których dochodzi do zaburzeń formowania kęsa lub całkowitego wypadnięcia w tej ważnej czynności fazy ustnej.

Należy wspomnieć, że do dysfagii ustno-gardłowej może dojść także na tle psychoneurwicy, kiedy to w tej postaci dochodzi do konwersji objawów. Jednak, aby z pewnością rozpoznać zaburzenia połykania na tym tle, należy stanowczo wykluczyć wszystkie wyżej wymienione przyczyny dysfagii.

Zaburzenia połykania zlokalizowane poniżej zwieracza ustno-gardłowego nazywamy **dysfagią przełykową**. Najczęstszą przyczyną tego typu dysfagii jest rak przełyku. Przyjmuje się, że początkowo zaburzenia połykania dotyczą pokarmów stałych a następnie płynów, towarzyszy temu uczucie bólu i zatrzymywanie się pokarmu w przełyku.

Jednak na tym etapie połykania zainteresowanie i ewentualne czynności logopedyczne się kończą, więc i ja zakończę. W następnej części postaram się przybliżyć sposoby rehabilitacji zaburzeń połykania w fazie ustnej i gardłowej.

Marzena Woźniak
Neurologopeda

RABATY DLA PRACOWNIKÓW SZPITALA

Już dzisiaj wszyscy pracownicy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie mogą wykonywać badania laboratoryjne w preferencyjnych cenach!

Jeżeli decydujemy się na zrobienie badań prywatnie (bez skierowania) otrzymamy aż do 50% zniżki. Rabatem są objęci nie tylko wszyscy pracownicy Szpitala, ale również trzy osoby z rodziny wskazane przez każdego pracownika. Zniżka uzależniona jest od rodzaju badania. Jedynie badania zlecane podwykonawcom nie są w promocyjnych cenach.



**Pracownikowi Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego w Olsztynie!**

**Do 50% zniżki na badania laboratoryjne dla Ciebie
i trzech wybranych osób z Twojej rodziny!**

Jeżeli chcemy poznać dokładny koszt wybranego przez nas badania lub zapisać rodzinę na listę osób objętą rabatami, należy zgłosić się lub zadzwonić do Działu Diagnostyki Laboratoryjnej. Telefon kontaktowy: **89 53 86 280**.

Laboratorium posiada certyfikat i zaświadczenia kontroli jakości badań wydane przez centralny Ośrodek Badań i Diagnostyki Laboratoryjnej oraz certyfikaty potwierdzające udział w międzynarodowych kontrolach jakości badań.

Pamięć i jej zagadki cz. 12



Historia medyczna pewnego człowieka, znanego z inicjałów jako H.M., stanowi przełom w badaniach procesów pamięci, w tym zapominania. Mózg H.M. jest prawdopodobnie najlepiej poznanym mózgiem pojedynczego człowieka i pomimo kilku dekad badań nadal odsłania nowe ścieżki wiedzy o mechanizmach pamięci.

W ostatnim odcinku, poświęconym zjawisku zapominania, zostały zaznaczone dwie kluczowe sprawy. Po pierwsze, zapominanie informacji jest normalnym zjawiskiem wynikającym z koniecznej selekcji takich informacji. Nie potrzebujemy detalicznego zapisu pamięciowego danych i typowo zapamiętujemy w postaci upraszczającego schematu. Poza tym wiele informacji jest nieistotnych i dlatego są natychmiast anulowane. Drugą kluczową sprawą została tylko zamarkowana. W niektórych sytuacjach, wskutek uszkodzenia mózgowia, zapominanie staje patologiczne i radykalnie utrudnia codzienne funkcjonowanie.

Memento

Dobrym przykładem ilustrującym konsekwencje zapominania są sceny filmu Memento w reżyserii Christophera Nolana. Główny bohater filmu – Lenny – przyjeżdża do pewnego miasteczka i dokonuje zemsty na ludziach, którzy według niego zabili jego żonę i spowodowali jego urazowe uszkodzenie mózgu. Problem w tym, że Lenny ma poważne zaburzenia pamięci. Nie jest w stanie zapamiętać nowych informacji na dłużej niż kilkanaście sekund. Lenny dysponuje sprawną pamięcią krótkotrwałą, ale nie jest w stanie utrwalić informacji w pamięci długotrwałej. Nawet wydarzenia są systematycznie zapomniane bez śladu. Lenny zachował niektóre ślady pamięciowe sprzed wypadku, natomiast pamięć bieżącą zastępują mu notatki, zdjęcia polaroidowe, mapa wydarzeń oraz tatuaże-zapisy. Niestety, w perypetiach Lenny'ego uczestniczą inni ludzie, którzy perfidnie wgrzywają

mu fikcyjne dane i przez to sterują jego zachowaniem. Choć główny bohater ma poczucie, że to on panuje nad sytuacją, tak naprawdę jego analiza biegu zdarzeń jest zwykłą konfabulacją.

Zatrzymany czas

Filmowy Lenny jest odpowiednikiem realnego przypadku pacjenta o inicjałach H.M. Pacjent H.M. od niedawna ujawniony publicznie z nazwiska jako Henry Gustav Molaison był obiektem wieloletniego zainteresowania naukowego (zobacz ramka Neurologiczny kalendarz pacjenta H.M.). Urodzony w 1926 r. doznał w wieku siedmiu lat urazu głowy z utratą przytomności podczas jazdy rowerem. Od tego czasu cierpił na coraz cięższe ataki epileptyczne. Dokumenty ze szkolnych archiwów wskazują, że nie miał problemów z realizacją wymagań edukacyjnych i w badaniach inteligencji uzyskiwał wyniki powyżej średniej. Jednak na początku lat 50. XX wieku Molaison doświadczał około dziesięciu ataków padaczkowych tygodniowo, co rzecz jasna uniemożliwiało mu normalną pracę. Dodatkowo, próby stosowania nawet najsilniejszych dawek leków przeciwdrgawkowych okazały się nieskuteczne.

W takim stanie w 1953 r. H.M. trafił do neurochirurga Williama Beechera Scoville'a w Szpitalu Hartforda, który zlokalizował ognisko ataków epilepsji w korze skroniowej obu półkul. Ze względu na lekooporny i zagrażający życiu charakter

neurologiczny kalendarz pacjenta H.M.

1953



operacja neurochirurgiczna celem złagodzenia objawów epilepsji

1957-2008



liczne studia – obrazowanie mózgowia i ocena stanu psychicznego H.M.

od 2009



po śmierci H.M. pocięcie mózgu na 2401 plasterów – badania neurohistopatologiczne i budowa modelu 3D mózgu H.M.

Źródła (adaptacja własna):

- <http://psychologyrats.edublogs.org/files/2010/11/HM-before-his-surgery-1fgqrv.jpg>
- <http://neurocritic.blogspot.com/2009/12/stanley-cup-of-neuroscience.html>
- <http://scopeweb.mit.edu/articles/the-brain-that-brings-back-memories/>

tych napadów zdecydowano o usunięciu fragmentów przyśrodkowych części płotów skroniowych. Resekcja obejmowała obustronnie korę skroniową, znaczne części obu hipokampów i jąder migdałowatych. Taka inwazyjna operacja udała się – H.M. przestał doświadczać napadów epileptycznych.

Pojawiły się jednak nieoczekiwane dramatyczne konsekwencje. Między innymi H.M. zaczął ujawniać głębokie zaburzenia pamięci. Podobnie jak opisany wyżej Lenny, Molaison nie był w stanie świadomie zapamiętać nowych informacji epizodycznych (zdarzenia) i semantycznych (wiedza). Taka amnezja następowała pozwalając mu na tylko chwilowe utrzymywanie informacji w pamięci – potrafił uczestniczyć sensownie w krótkiej rozmowie, ale po jej zakończeniu nie pamiętał ani rozmówcy, ani tego, że w ogóle z kimś rozmawiał. Ponawianie kolejnych konwersacji nie przynosiło żadnych skutków i H.M. na nowo poznawał widzianą już wielokrotnie osobę. Brak

W SKRÓCIE

- w niektórych sytuacjach po uszkodzeniu mózgu pojawiają się zaburzenia pamięci, w tym nietypowe i globalne zapominanie wielu informacji
- jedną z przyczyn patologicznego zapominania jest brak możliwości utrwalenia informacji w pamięci długotrwałej
- najnowsze badania wskazują, że przyczyna defektu konsolidacji pamięciowej tkwi nie w hipokampach, ale w obszarach kory śródwęczowej – przekątnika informacji do hipokampów

nowych śladów pamięciowych spowodował, że Molaison zatrzymał się w czasie teraźniejszym. Zapiski z jego dziennika pokazują jak np. próbował zapamiętać, że zjadł śniadanie – przez kilka godzin wpisywał praktycznie te same zdania, że właśnie obudził się i czeka go posiłek.

Dalsze perypetie H.M.

Pooperacyjny stan pacjenta H.M. uruchomił dosłownie lawinę badań. Gdy przeprowadzano zabieg, tylko pobieżnie znano neuronalne podłoże procesów pamięci. Dzięki dramatycznej historii Molaisona wiedza o pamięci znacznie uległa poszerzeniu.

Podstawową diagnozą stanu poznawczego pacjenta H.M. było stwierdzenie defektu utrwalania w pamięci długotrwałej informacji, które prawidłowo były przechowywane w pamięci krótkotrwałej. To dlatego H.M. potrafił śledzić krótką rozmowę i orientować się na bieżąco w rozwoju sytuacji, ale jednocześnie nie był w stanie zapisać danych w dłuższej perspektywie czasowej. Dlatego nie rozpoznawał widzianych wcześniej ludzi i nie mógł przypomnieć sobie treści rozmowy lub oglądanego filmu. Jego pamięć świadomą cechowało gwałtowne i globalne zapomnianie nowych informacji – coś w rodzaju szybkiego ścierania danych z tablicy zaraz po ich zapisaniu. Ponieważ w toku operacji zostały usunięte fragmenty przyśrodkowych obszarów płatów skroniowych, w tym hipokampy, to właśnie te struktury zaczęto identyfikować jako kluczowe w procesie wzmacniania śladu pamięciowego i zapisu informacji w pamięci długotrwałej.

Ale naukowa historia pacjenta H.M. na tym się nie skończyła. Ze względu na zachowane praktycznie wszystkie inne umiejętności poznawcze H.M. był pożądanym wręcz obiektem badań. W ciągu ponad 50 lat po operacji współpracowało z nim więcej niż 100 naukowców – głównie psychologów i neurologów. Na jego przykładzie udało się ustalić różne szczegóły funkcjonowania ludzkiej pamięci. Między innymi udowodniono, że H.M. pomimo deficytów pamięci świadomej był w stanie wyuczyć się prostych czynności motorycznych nawet nie pamiętając okoliczności uczenia się takich czynności. Dzięki temu można było potwierdzić hipotezę, że pamięcią świadomą (epizodyczną i semantyczną) i nieświadomą pamięcią proceduralną sterują odrębne szlaki neuronalne. Historia H.M. to także soczewka ilustrująca proces unowocześniania metod

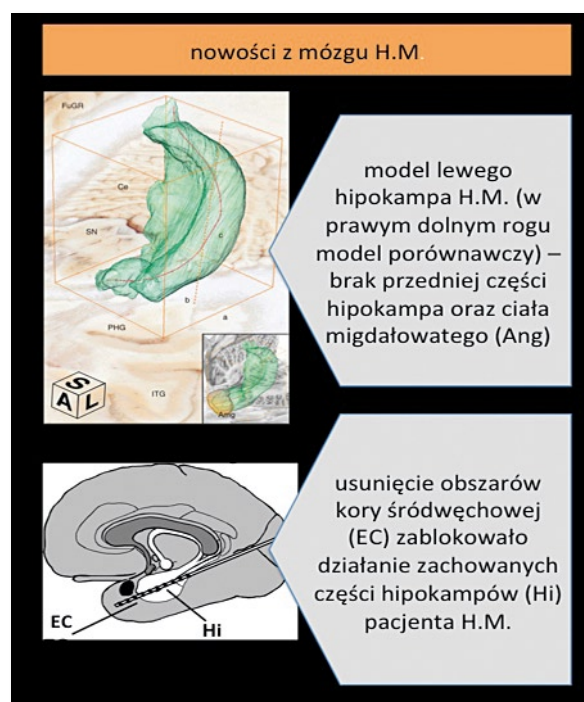
badawczych w obrazowaniu mózgowia. Początkowo cała wiedza o stanie mózgowia H.M. sprowadzała się do rysunków sporządzonych przez neurochirurga Scoville'a. Dzięki zastosowaniu pod koniec XX wieku nowych technologii (TK, MRI) okazało się, że zakres uszkodzeń w toku zabiegu był znacznie mniej rozległy, niż pokazywały to wcześniejsze ryciny. Scoville usunął zasadniczo tylko przednie części hipokampów i ciała migdałowe. Uszkodzenie tych ostatnich uzasadniało obserwowane u H.M. zaburzenia pamięci emocjonalnej, braku inicjatywy i braku informacji np. o głodzie lub bólu.

Projekt H.M. i nowości

Pod koniec życia Molaison przekazał swój mózg do dalszych badań po jego śmierci. Gdy ta nastąpiła w 2008 r. szybko zabezpieczono cenny obiekt. Następnie w 2009 r. zespół Jacopo Annese z Uniwersytetu w Kalifornii pociął mózg H.M. na 2401 plasterów grubości 70 mikrometrów. O znaczeniu tej akcji świadczy fakt, że cała operacja była nadawana online w internecie, przy oglądalności rzędu 17 tysięcy widzów i przy 3 milionach odsłon strony internetowej projektu. Dzięki temu zabiegowi powstaje trójwymiarowa mapa mózgu H.M.

Pomimo licznych dotychczasowych badań neurologicznych i neuropsychologicznych oraz zgromadzonej wiedzy mózg Molaisona nadal umożliwia odsłonę tajemnic pamięci ludzkiej (zobacz ramka Nowości z mózgu H.M.).

Ostatnie badania neuroanatomiczne z 2014 r. przeprowadzone przez duży zespół Jacopo Annese potwierdziły wcześniejsze wnioski z badań neuroobrazowych, że w mózgu H.M. nie zostały uszkodzone w całości formacje hipokampów, ale tylko przednie ich części. Co więcej, neurony w zachowanych częściach hipokampów prawdopodobnie były sprawne w ciągu życia H.M. Skoro znaczna część struktur hipokampów była nadal aktywna po operacji neurochirurgicznej, to dlaczego H.M. miał objawy głębokiej amnezji następczej? Jak pamiętamy, właśnie brak lub defekt hipokampów



Źródła (adaptacja własna):

- <http://www.nature.com/ncomms/2014/140128/ncomms4122/full/ncomms4122.html>
- http://www.frontiersin.org/files/Articles/202/fnhum-02-003/image_m/fnhum-02-003-g001.jpg

zgodnie z dotychczasową wiedzą uzasadniał problemy H.M. w postaci upośledzenia nabywania nowych informacji epizodycznych i semantycznych.

Na podstawie najnowszych ustaleń zespołu Annese (zobacz ramka Nowości z mózgu H.M.) możliwy scenariusz wyjaśniający deficyty pamięciowe pacjenta H.M. jest następujący. W trakcie operacji neurochirurgicznej w 1953r. zostały usunięte niemal całkowicie obszary kory śródwęchowej (entorhinal cortex), która typowo sąsiaduje ze strukturami hipokampa oraz stanowi coś w rodzaju przekątnika danych z innych części mózgowia właśnie do hipokampów. Brak takich przekątników przerwał działanie całego obwodu, wstrzymał funkcje zachowanych części hipokampów pacjenta H.M. i w efekcie zablokował utrwalanie śladów pamięciowych. Pacjent H.M. nie miał wyjścia – zapominał zdarzenia i nowe informacje, bo nie działał system przenoszenia zintegrowanych danych do hipokampów – utrwalaczy takich danych.

dr Piotr Markiewicz

CHCESZ WIEDZIEĆ WIĘCEJ?

- Annese, J. i in. (2014). Postmortem examination of patient H.M.'s brain based on histological sectioning and digital 3D reconstruction. *Nature Communications*, 5: 3122.
- <http://thebrainobservatory.ucsd.edu/hm>

Dbajmy o bezpieczeństwo epidemiologiczne pacjentów

Rozwój medycyny daje możliwość wprowadzenia nowych, inwazyjnych metod diagnostycznych, technik operacyjnych i nowych metod leczenia. Z drugiej strony biologiczne czynniki chorobotwórcze stają się coraz bardziej powszechne i zarazem odporne na działanie antybiotyków, dlatego też coraz większą uwagę należy koncentrować na profilaktyce zakażeń.

Zakażenie szpitalne to każde zakażenie nabyte w szpitalu, rozpoznane klinicznie i potwierdzone laboratoryjnie, które ujawniło się w okresie hospitalizacji lub po jej zakończeniu. Problem zakażeń istnieje i istniał będzie. Ważna jest świadomość ich istnienia, jak również fakt, że mamy możliwość wpływu na ich kontrolę. Według Światowej Organizacji Zdrowia, kontrola zakażeń szpitalnych stanowi najważniejsze kryterium jakości pracy w szpitalu. Przez wiele lat szpitale podejmowały działania profilaktyczne głównie w oparciu o wytyczne merytoryczne, jak i własne doświadczenia. Obecnie system prawny w coraz szerszym zakresie reguluje kwestię profilaktyki, monitorowania i rejestrowania zakażeń szpitalnych. Działanie dobrowolne szpitala stało się wymaganiami prawnymi, regulowanymi przez Ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz rozporządzenia do tej ustawy.

Zainteresowanym poprawą jakości opieki w aspekcie profilaktyki zakażeń jest również Narodowy Fundusz Zdrowia. Nowe wymagania zawarte w Zarządzeniu Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej odnoszą się do określonych działań zapobiegawczych, m.in.:

1. analiz i raportowania kierownikowi szpitala wyników dotyczących bezpośredniej obserwacji procedury higieny rąk personelu medycznego oraz oceny zużycia środka do dezynfekcji rąk w poszczególnych oddziałach w przeliczeniu na pacjentów i osobodni,
2. monitorowania zakażeń w szpitalu na zasadzie weryfikacji odnotowanej w dokumentacji medycznej ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowa-

wanych, operowanych, zacewnikowanych, z linią dożylną, u których zastosowano antybiotyki,

3. stosowania procedury postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej oraz własnej polityki antybiotykowej zgodnej z rekomendacjami Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków.



Czy jesteśmy gotowi na taką ocenę?

Tak, prace w naszym szpitalu, zmierzające do zdiagnozowania sytuacji epidemiologicznej oraz zapobiegania rozprzestrzenianiu się zakażeń prowadzone są od 1996 r. Zorganizowane działania zostały zapoczątkowane powołaniem Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych i opracowaniem pierwszych procedur dotyczących profilaktyki. Kolejnym krokiem było przystąpienie do Programu Rejestracji Zakażeń pod patronatem Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych w Krakowie. Monitorowanie i rejestracja zakażeń początkowo odbywała się metodą bierną. Kartę zakażenia zakładano każdemu pacjentowi przyjmowanemu do szpitala i uzupełniano w konkretnym oddziale, w sytuacji kiedy pojawiło się zakażenie. W 2004 r. podjęto pierwsze próby rejestracji zakażeń metodą czynną, polegającą na codziennym wykrywaniu, kwalifikacji i rejestracji zakażeń dokonywanej przez pielęgniarkę epidemiologiczną. W 2008 r. zgodnie z wymaganiami Ustawy obowiązek rejestracji zakażenia spoczywa na lekarzu. Komputeryzacja Szpitala pozwoliła na wprowadzenie modułu zakażeń do

dokumentacji elektronicznej. Od drugiej połowy 2012 r. lekarz prowadzący ma możliwość wypełnienia karty zakażenia i zarejestrowania pacjenta z rozpoznanym zakażeniem.

W Szpitalu funkcjonują procedury i instrukcje dotyczące zarządzania profilaktyką zakażeń, podejmowane są również działania podnoszące bezpieczeństwo epidemiologiczne, wymagające ciągłego nadzoru i monitorowania. Działanie to realizowane jest przez wszystkich pracowników szpitala, ale pod kierownictwem i nadzorem członków Zespołu ds. Zakażeń. Zespół ds. zakażeń realizuje swoje zadania skupiające się na szkoleniu pracowników, aktualizacji procedur, kontroli ich przestrzegania, analizy skuteczności podejmowanych działań. Bardzo ważnym zadaniem jest systematyczne przeprowadzanie walidacji, czyli działań mających na celu udokumentowanie poprawności zgromadzonych danych.

Praca zespołu jest pracą ciągłą, dlatego też zostały opracowane zadania na rok 2014, koncentrujące się między innymi na:

- weryfikacji i aktualizacji procedur,
- usprawnieniu dokumentowania działań epidemiologicznych w przypadku alert patogenu,
- doskonaleniu metod kontroli skuteczności mycia i dezynfekcji rąk z zastosowaniem bezpośredniej obserwacji higieny rąk i ilości zużycia środka do dezynfekcji,
- doskonaleniu monitorowania ran operacyjnych (wprowadzenie nowej Karty monitorowania pacjenta z raną),
- wdrożeniu do monitorowania zalecanej przez NFZ karty linii centralnej,
- monitorowaniu i analizie terapii antybiotykoterapii celowanej i empirycznej z zastosowaniem Punktowego Badania Epidemiologicznego.

**Ewa Pietrusińska
Katarzyna Grabowska**

Uzbekistan – perła Jedwabnego Szlaku cz. I

„Słodko o zmroku iść, gdzie źródło tętni, gdy cień olbrzymi na piasku się kładzie. I miękko ciszę mącą dzwonów dźwięki, przy złotym trakcie, hen, ku Samarkandzie.”

James Elroy Flecker (1884-1915)

Nazwa Jedwabny Szlak obejmuje kilka dróg przetartych przed tysiącami lat, prowadzących z Chin nad Morze Śródziemne, którymi podróżowali kupcy i pielgrzymi, a za nimi podążali awanturnicy i rozbójnicy. Jedwab był tylko jednym z wielu luksusowych towarów, które transportowano tą drogą.

Jedwabny Szlak zaczyna się w Xi'an w Chinach i kończy w Antiochii na tureckim wybrzeżu Morza Śródziemnego lub w Stambule. Ciągnie się przez ponad 8000 km i trzyma się krajów – Chiny, Kirgistan, Tadżykistan, Uzbekistan, Kazachstan, Pakistan, Afganistan, Turkmenistan, Iran, Irak, Syrię, Liban i Turcję. Jedwabny Szlak przebiega przez tereny o niesamowitym krajobrazie, w tym przez kilka najbardziej na świecie jałowych pustyń, jak Takla Makan w Chinach i Pustynię Syryjską oraz przez góry: Karakorum, Kunlun, Pamir, Hindukusz i Tien-Szan. Najważniejszymi rzekami na trasie są Huang He (Złota Rzeka) w Chinach, Amu-daria w Azji Środkowej oraz Tygrys i Eufrat w Iraku i Syrii.

Z żadną z dróg na świecie nie łączy się tyle romantyzmu i przygód, co z Jedwabnym Szlakiem. Ale przez wieki wiedza o nim pozostawała bardziej w sferze bajek, niż faktów i dopiero teraz, gdy środkowoazjatyckie republiki i Chiny otwierają się na świat, szlak stał się dostępnym dla zwykłych podróżników, zostawiających tu swoje pieniądze. Jedwabny Szlak był

nie tylko drogą transportu jedwabiu i innych luksusów, jak lapis lazuli, nefryt, herbata. Oprócz kupców wykorzystywali go najeźdźcy, podróżnicy, misjonarze i pielgrzymi. To tędy wędrowały idee, myśl naukowa, wynalazki, religie, filozofie, zbliżając odizolowane dotąd krainy. Był więc Jedwabny Szlak infostradą, bez której może inaczej wyglądałby nasz współczesny świat. Poruszanie się po Jedwabnym Szlaku nie było łatwym przedsięwzięciem. Gdy jedna z dróg była otwarta, na innej pojawiały się przeszkody.

Ruch na Jedwabnym Szlaku odbywał się etapami. Towary przechodziły z rąk do rąk, od jednych miejscowych kupców do drugich. Podróż trwała długo, była pełna niewygód, a oazy, bazyry i karawanseraje należały do najbardziej wypatrywanych miejsc na ziemi. Towary transportowane były powoli, w tempie ok. 40 km dziennie, jako że tyle, w zależności od terenu, był w stanie przebyć średnio przez 8 godzin wielbłąd z maksymalnym obciążeniem. Najważniejszymi zwierzętami jucznymi używanymi przez karawany były wielbłądy – dromadery w cieplejszych rejonach Szlaku, a w surowszych klimatycznie terenach – dwugarbne baktriany o długiej sierści. Na Szlaku bezpiecznie było podróżować w większej kompanii, więc podróżni zatrzymywali się na krótkie postoje w karawanserajach, które rozmieszco-



ne wzdłuż Szlaku zapewniały żywność, wodę i schronienie ludziom i zwierzętom a tym samym wspierały i chroniły handel. Karawany liczące nieraz setki, a nawet tysiące wielbłądów i koni, często chronione były przez zbrojną eskortę. W skład karawan wchodził ludźmi o różnych specjalnościach, poza kupcami byli to poganiacze wielbłądów, medycy i weterynarze, miejscowi przewodnicy, kucharze i strażnicy. Podróż mogła trwać tygodnie i miesiące, a dystans pokonywany dziennie zależał od tego, czy była woda, jaka panowała pogoda, czy nie groziła napaść koczowników i jaka była sytuacja polityczna.

Na ważnych skrzyżowaniach szlaków, szczególnie w miastach i oazach funkcjonowały bazyry. Przerwy w podróży na wielkich bazarach mogły trwać tygodniami, albo miesiącami. Prowadzono



Buchara



Bazar z przyprawami



lebka sztuki rzeźbiarskiej, o której rzeźbiarz słyszał. Dla Polaka Uzbekistan brzmi egzotycznie, tajemniczo, wydaje się być krajem gdzieś na końcu świata.

tam handel na wielką skalę, wymieniając dobra przeznaczone do miejscowej konsumpcji na towary, które miały być transportowane dalej.

Dla wielu podróżników Uzbekistan jest kwintesencją środkowoazjatyckiego Jedwabnego Szlaku. Jego trzy główne ośrodki historyczne: Samarkanda, Bucharą i Chiwa, są wprost nabrzmiące historią, a ich bazyry i herbaciarnie wciąż rozbrzmiewają echem bajecznej przeszłości.

Uzbekistan, czyli kraj Uzbeków, to najnowsza nazwa starożytnych ziem, leżących między Amu-darią (starożytny Oksus), a Syr-darią (Jaksartes). To tutaj ostatnie górskie szczyty Tien-szanu i Pamiru ustępują przed równinami pustkowiami i piaskami pustyni Karakum i Kyzyl-Kum.

Uzbekistan jest średniej wielkości państwem azjatyckim, należącym do byłych republik radzieckich. Ten równinny kraj, cechujący się suchym i surowym klimatem, tak jak sąsiednie kraje jest zamieszkiwany głównie przez wyznawców islamu. Główną grupę etniczną stanowią Uzbegy, a poza nimi Rosjanie. Uzbekistan należy do ubogich państw świata, gdzie podstawę gospodarki stanowi rolnictwo. Powierzchnia to ok. 447 400 km², co w zbliżeniu odpowiada powierzchni Niemiec, zamieszkała jest przez ok. 28 mln ludzi. Jest krajem podwójnie śródlądowym, to znaczy, że nie ma dostępu do morza i graniczy z państwami śródlądowymi, a więc z krajami, które też nie mają dostępu do morza – obecnie na świecie tylko Uzbekistan i Liechtenstein to kraje podwójnie śródlądowe.

Uzbekistan to kolebka kultury, o której świat zapomniał, architektury monumentalnej, o której nie pisze się w książkach z zakresu historii architektury. Ko-

Jednocześnie niczym miasta z Baśni z Tysiąca i Jednej Nocy brzmią w polskich uszach takie nazwy jak: Samarkanda, Taszkent, Bucharą. Nadal można tutaj spotkać barwne karawany, uzbromionych w fantazjnie wygięte noże derwiszów, czy w końcu tajemnicze pustynne oazy. Uzbekistan to kraj, z którym nierozzerwalnie związane są takie postaci jak: Czyngis-chan, Timur Chromy i Józef Stalin.

Pora poznać tajemnice Uzbekistanu – zaczynamy od Taszkontu, trzymilionowej stolicy kraju, postsowieckiego molocha. W 1966 r. Taszkent nawiedziło silne trzęsienie ziemi, które najbardziej zniszczyło zabytkową i najciekawszą starą część miasta. Stolica została odbudowana jako wzór sowieckiej zabudowy – idealnie prostopadłe ulice, dużo monumentalnej szarości i wielkiej płyty, a dla entuzjastów komunikacji miejskiej Taszkent może pochwalić się metrem, jako jedyny pośród krajów Azji Centralnej.

Korzenie miasta leżącego u stóp Tien-szanu sięgają czasów osady karawanowej, noszącej początkowo nazwę Czacz, która w X w. została zmieniona na Taszkent, co oznacza „Kamieńna Wieś”, bardzo adekwatna nazwa do dziś.

Obecnie centrum miasta pełne jest symboli niepodległości. Główny plac koło hotelu Uzbekistan, w którym zamieszkałam na czas pobytu w Taszkencie, zwany jest placem

Amira Timura z pomnikiem Timura – najnowszym lokatorem tego miejsca, po Kaufmannie, Stalinie i Marksie.

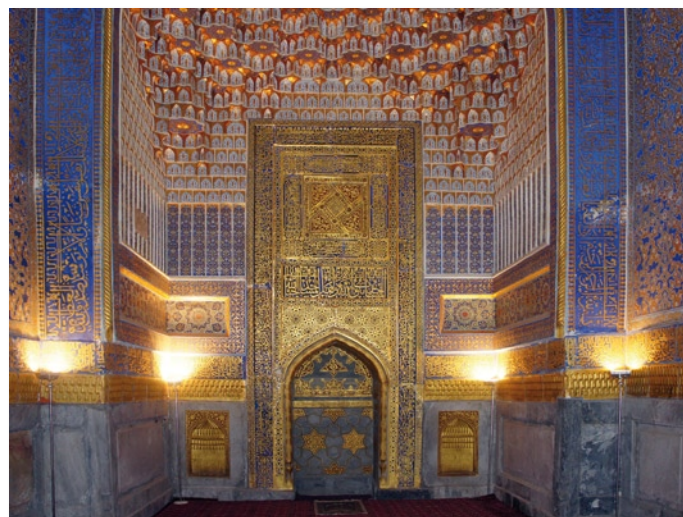
Taszkenckie stare miasto nie może równać się z Samarkandą, czy Bucharą, ale to tu jest religijne centrum kraju – plac Chast-Imam, przy którym stoi Islamski Instytut Imama al-Buchariego, najważniejsze islamskie seminarium, a w XVI-wiecznej medresie Barak Chan rezyduje mufti Taszkentu.

Dla wszystkich interesujących się islamem dużym zaskoczeniem jest informacja, że jeden z dwóch najstarszych na świecie egzemplarzy Koranu znajduje się w Uzbekistanie, pochodzi z 655 r. Księga trafiła tu po długich perypetiach. Zwana jest Koranem Osmana, od kalifa Osmana, który został zamordowany, gdy czytał tę Księgę, a to zabójstwo spowodowało rozłam między sunnitami, a szyitami. Na niektórych kartach z jeleńniej skóry, na której napisano tę Księgę, widać nadal krople krwi kalifa Osmana.

Timur Chromy (Tamerlan)

Niewielu ludzi ukształtowało oblicze Azji Środkowej w takim stopniu co Timur, znany w Europie jako Tamerlan, który jako bezlitosny wódz podbił ziemie od Indii po Bagdad.

Pochodził z mongolsko-tureckiego plemienia Barłasów, był synem zubożałego arystokraty. Jego imię pochodzi z języka mongolskiego i oznacza „żelazo”. Urodził się zaledwie sto lat po śmierci Czyngis-Chana w 1336 r. Legenda mówi, że przyszedł na świat z dłońmi zbromionymi krwią, co wróżyło, że jego dzieje będą krwawe. Był rozbójnikiem, w wieku 27 lat został przyłapany na kradzieży owcy i został postrzelony z łuku w prawe ramię i biodro. Jego rany dały początek złośliwemu perskiemu przydomkowi Timur Chromy.



Grobowiec Timura Chromego



Chiwa

Realizując swoje niemałe ambicje w 1370 r. rozgromił swojego byłego szwagra i sojusznika Husejna i odtąd sam decydował o wyborze chanów. Uważał, że „świat jest za mały dla dwóch królów” i przez następne 35 lat skutecznie przekonywał świat o słuszności tego twierdzenia. Pokonał osmańskiego sułtana Bajazyda pod Ankarą, w kazachskich stepach zniszczył Złotą Orde i narzucił kontrolę nad szlakiem handlowym od Delhi (które złupił) po Damaszek, marzył o podboju Chin.

Szacuje się, że jego krwawe kampanie kosztowały życie 17 mln ludzi. Pod Smyrną oddziały Timura bombardowały chrześcijan obciętymi głowami rycerzy, a w 1401 r. w Bagdadzie zabito 90 tys. mieszkańców, a z ich głów zbudowano 120 wież.

Timur był człowiekiem pełnym sprzeczności. Pozostając pod wpływem islamu, był muzułmaninem, ale żadnej ze swoich kampanii nie prowadził pod hasłami religijnymi. Mówił biegle w kilku językach, wielkim szacunkiem otaczał uczonych. Ten koczownik, żyjący w ciągłym ruchu, stworzył kilka najpiękniejszych dzieł architektury ówczesnego świata. Uwielbiał wielkie budowle i pałace, których najwięcej powstało w stolicy jego imperium Samarkandzie i w rodzinnych stronach. Do budowy z każdej wyprawy wojennej brał w niewolę wielu wykwalifikowanych w tym rzemiośle robotników. Cenił ich i chciał mieć takowych jak najwięcej nie tylko w budownictwie, ale i w innych dziedzinach. Tamerlan wreszcie, co jest oczywiste, najbardziej interesował się wojskiem i wojną. Był

skazany na podboje, ponieważ musiał zapewnić swoim dzikim żołnierzom ze stepów przede wszystkim sówite łupy oraz przygody wojenne, dzięki którym mogli oni wykorzystać swoje wielkie pokłady energii i sprawdzić się jako wojownicy w boju na różnych polach walki. Przed atakiem Timur dokładnie sprawdzał wszelkie informacje na temat atakowanego miejsca, miał znakomity wywiad i wielu szpiegów. Po wielu zwycięstwach Timur uważał się za władcę świata wyznaczonego przez Boga, wielu jego żołnierzy wierzyło w jego boskie pochodzenie i oddawało mu z tego tytułu kult.



Na koniec trzeba powiedzieć, że był to człowiek twardy i ambitny, który mimo kalectwa stawiał sobie najwyższe cele, jakim na przykład było niewątpliwie zdobycie Chin. Oprócz ambicji i siły był to człowiek obdarzony ponadprzeciętną inteligencją mimo, że przez całe życie był analfabetą. Miał co najmniej 12 żon. Zmarł w Otrarze w 1405 r. Jego ciało zostało zabalsamowane piżmem i wodą różaną, owinięte w płótna, złożone do hebanowej trumny i wysłane do Samarkandy, gdzie zostało złożone w mauzoleum Gur-i-Mir, a na grobowcu widnieje jakże wymowny napis „Gdybym żył, ludzie nie byłiby zadowoleni”. Po śmierci Tamerlana, nowym władcą państwa został obwołany jego wnuk Mirza Halil Sułtan, który w ciągu czterech lat roztrwonął bogactwa nagromadzone przez swego dziadka. Został zabity przez niezadowolonych emirów. Władzę w 1409 r. przejął na czterdzieści lat najmłodszy syn Tamerlana Szahruch. Syn Timura odczuwał już powolny roz-

pad imperium swego ojca, ponieważ władał w rzeczywistości tylko centralną i południową częścią państwa. W Iranie i Iraku wystąpiły tendencje wywoleńcze spod jarzma Timurydów. Po śmierci Szahrucha w 1449 r. rozłam państwa jeszcze przyspieszył. Dlatego w latach 60 XV wieku państwo założone przez Tamerlana, a po jego śmierci rządzone przez jego potomków, przestało istnieć.

SAMARKANDA położona na skrzyżowaniu szlaków handlowych nad rzeką Zarafszan, jest od około 2500 lat miastem Jedwabnego Szlaku. Sogdyjskie malowidła odkryte w Afrasiab na północny wschód od miasta, przedstawiają dni największej prosperity Jedwabnego Szlaku. Królestwo Samarkandy wysyłało w darze na chiński dwór tak egzotyczne towary, jak złociste brzoskwinie, które były niezwykle cenione. Samarkanda jest przede wszystkim miastem Timura, to jego turkusowe kopuły i śmiałe budowle przyciągają dziś turystów. Timur przymusowo osiedlał tu rzemieślników z całego państwa, by upiększali stolicę i to właśnie oni, przybysze z Persji, Azerbejdżanu, Syrii i Indii dokonali „zmiany barbarzyństwa w piękno”. Dla samego Timura miasto było „bardziej wspinałym łupem niż domem”. Zawsze koczownik, wołał namioty, obozy i ogrody poza murami miasta. W XVI w. Samarkanda zaczęła ustępować pierwszeństwa Bucharze.

W 1868 r. miasto zajęli Rosjanie, po czym na krótko zakwitło, jako stolica Uzbeckiej SRR, później popadło w zapomnienie.

Registan

Plac Registan w Samarkandzie jest bez wątpienia najwspanialszym zespołem architektonicznym w Azji Środkowej. Trzy strzeliste madrasy, wyłożone od fundamentów po szczyty lśniącymi płytkami ceramicznymi, wznoszą się wokół otwartej przestrzeni, tworząc zespół o zadziwiającej symetrii. Nie jest on jednak dziełem Tamerlana, ale mało





Plac Registan Samarkanda



Madrasa Szir Dar-Registan

znanego uzbeckiego gubernatora Yalangtuską Bachadurą. Registan, co oznacza „piaszczyste miejsce” był pierwotnie targowiskiem, na którym zbiegały się sześć ulic miasta. Później odbywały się tu parady wojskowe i publiczne egzekucje, a bolszewicy urządzali polityczne wiece i publiczne procesy.

Pierwszą madrasę (teologiczna szkoła muzułmańska) wybudował tutaj Uług Beg (wnuk Timura) stoi ona po zachodniej stronie, flankowana 33-metrowej

wysokości minaretami, bogato ozdobiona motywami gwiazd, geometrycznymi ornamentami oraz zachwycającymi mozaikami i ceramicznymi płytkami. Po dwóch stuleciach zbudowano po wschodniej stronie, jako lustrzane odbicie pierwszej, madrasę Szir Dar (nazwa pochodzi od mozaikowych lwów, które zdobią naroża wejścia). Ukoronowaniem zespołu jest madrasa Tillja Kari, szersza od poprzednich, z potężną turkusową kopułą i bogato złożonym wnętrzem.

W dawnych hudżrach (celach studentów) znajdują się obecnie sklepy z pamiątkami. Po wschodniej stronie Registanu jest Państwowe Muzeum Sztuki z kopiami malowideł ściennych z Afrasiab i słynnym fryzmem z Ayrtań, pochodzącym z epoki Kuszanów, a także drewnianym sarkofagiem Timura Chromego.

c.d. w następnym numerze

lek. med. Emilia Paszkowska

Konferencja szkoleniowo-naukowa

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie odbyła się konferencja na temat kontroli jakości w dziedzinie Patomorfologii. Gośćmi spotkania była Profesor Anna Nasierowska-Guttmejer, Prezes Polskiego Towarzystwa Patologów oraz przedstawiciele innych Zakładów Patomorfologii w Polsce. Pani Profesor, doceniając starania Działu Patomorfologii naszego szpitala w dążeniu do standaryzacji diagnostyki, podkreśliła istotność automatyzacji pracy, która

jest podstawą powtarzalności uzyskiwanych preparatów oraz zwróciła uwagę na konieczność ciągłego doszkalanie personelu. Podczas konferencji nakreślone zostały także cele, którymi z pewnością będzie m.in. standaryzacja raportów histopatologicznych. Raporty te zostały wprowadzone i zaakceptowane przez wiele szpitali w Europie, Kanadzie i Stanach Zjednoczonych. Ujednolicone kryteria elektronicznych raportów, opartych o standardy WHO, użytecznych

szczególnie dla klinicystów, pozwalają na uniknięcie niewłaściwej interpretacji wyników, w tym czynników prognostycznych i predykcyjnych; redukują tym samym błędne decyzje kliniczne. Mówi dr Danuta Szafie, specjalista patomorfolog, koordynator Działu Patomorfologii.

– Ponieważ zdajemy sobie sprawę, iż tylko sprawne i wysokostandardowe procedury warunkują właściwą terapię i stanowią bardzo ważny element systemu opieki nad chorym, do wszystkich wykonywanych procedur z zakresu histopatologii w Zakładzie Patomorfologii od 2012 r. wprowadzono wewnętrzną kontrolę jakości. Zakład uczestniczy także w systemie zewnętrznej kontroli jakości, prowadzonej przez niezależną organizację NordiQC. Dobrą jakość świadczonych przez Zakład usług gwarantuje uzyskana licencja na badania histopatologiczne, wydana przez Komisję Polskiego Towarzystwa Patologów ds. Licencjonowania Zakładów.

dr Anna Rozicka



Krzyżówka

Jolka 41

Objaśnienia 54 hasel podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery B, C, N i U. Na ponumerowanych polach ukryto 27 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest nim mądrość biblijna.

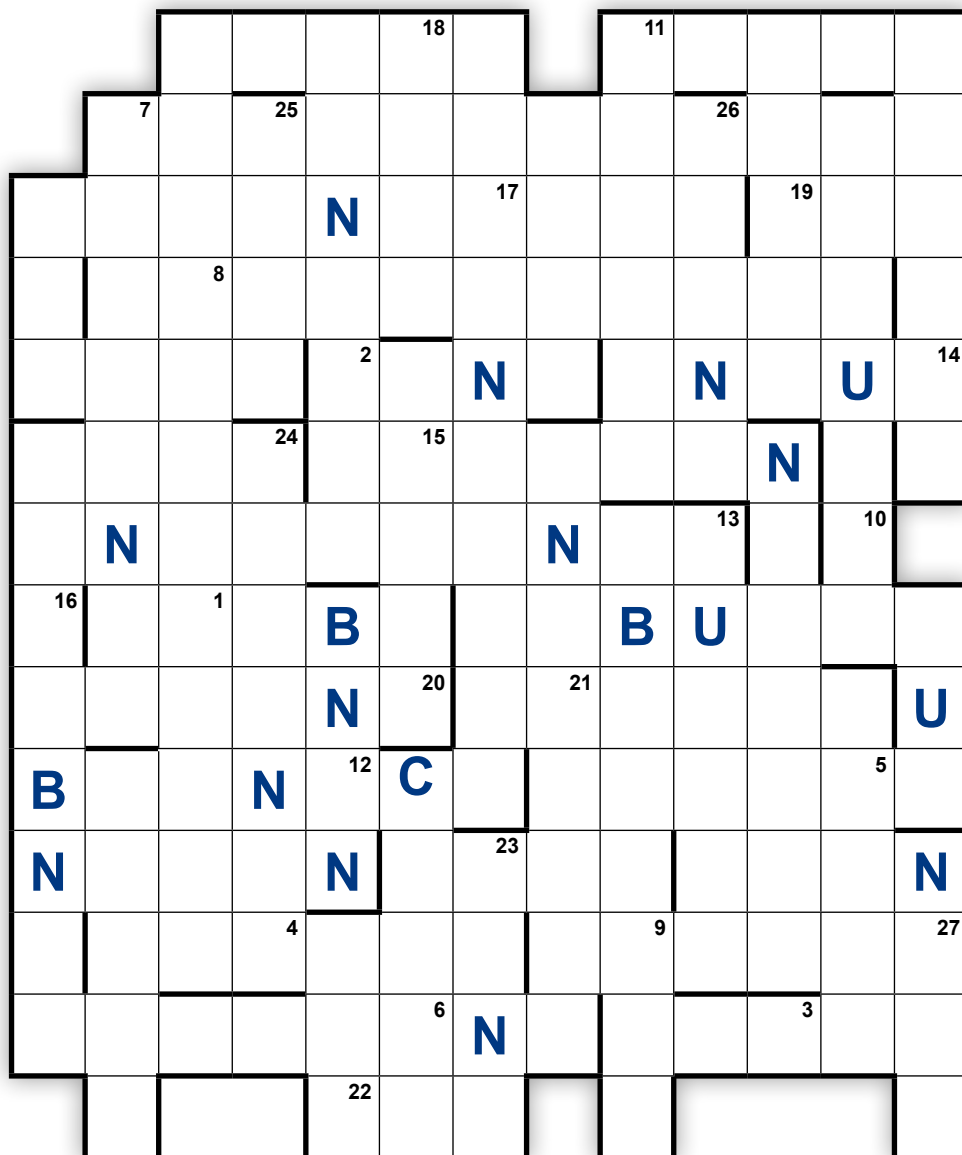
Hasło w zaklejonej kopercie prosimy zostawić w Kancelarii Szpitala. Na kopercie prosimy podać imię, nazwisko i miejsce pracy oraz nr kontaktowy. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wylosujemy osobę, która otrzyma nagrodę książkową.

- białko paznokci i rogów • krótka kara pozbawienia wolności • tu urodził się Chopin • piłka za linią • ornament • dymi nad Katanią • karciane wino • elektrokardiogram • zastój, ślepa uliczka • lud starożytny ze wsch. Hiszpanii • lapis lazuli • walizeczka podróżna • główny port nad Kasai • ważna modlitwa żydowska • czczony chasyd • płynie w Sosnowcu • czapka rzeźmieszka • ojciec Okeanid • banda Olsena • maszyna do nawijania osnowy tkackiej • ruchy robaczkowe • nie zdobi człowieka? • liguryjskie Opole • mazak • solarymetr • dawniej zamieszanie, tumult • od 1961 dzielnica Kórnika • 4 kwatery • kolczykowanie lub obrączkowanie • przyrząd do pomiaru kątów z 1/8 okręgu • najjaśniejsza gwiazda w Lutni • pierwszy prorolniczy człon wyrazu • Pakt Bezpieczeństwa Pacyfiku • plac prezentacji koni • z ostrzem na sztorc • między sprzedawcą a klientem • tuja • okrzyk Archimedesesa • greckie uosobienie błędu i nieszczęścia • smar stały • sławna judejska twierdza Heroda • święty z Bambergu, ochrzcił Pomorze • oszust • drapieżna ryba morska, z wąsem na podbródku • miasto w ujściu Donu • Nikita Minow • prezes FIFA z mundialowym pucharem • kawa kongijska • ptak stanu wojennego • agencja kosmiczna USA • największe miasto Peloponezu • Edmund, najwybitniejszy aktor ang., 1 poł. XIX w. • odkryty w 1898 r. przez M. Curie-Skłodowską • Henri, noblista z 1906 r.

„BJER”

Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego Pulsu Szpitala: „Lzy są kroplami krwi duszy”.

Nagrodę książkową otrzymuje Izabela Gryszko-Deptuła. Gratulujemy! Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.



Życie we fraszce

lek. Andrzej Pukiński
Dział Patomorfologii WSS w Olsztynie




Kiedys brać lekarska

*Była względem siebie miła, lojalna, uczynna,
Pomocy wzajem nie szczędziła.*

*Lecz coś się nagle stało; pieniądz zabłyskotał
I oto te wartości poszły wprost do błota.*

Na szczęście są jeszcze znajomi.





*Z okazji
zbliżających się
Świąt Wielkanocnych
składamy wiosenne życzenia,
aby w Ten czas
w Państwa sercach, rodzinach
i domach zagościła radość,
spokój oraz nadzieja
odradzającego się życia.*

Redakcja

*Bogaty - to nie ten,
kto ma dużo pieniędzy,
lecz ten, kto może sobie pozwolić
na życie wśród uroków,
jakie roztacza wczesna wiosna.*

Antoni Czechow