

Kwartalnik Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie



PULS SZPITALA

ISSN 1644-8162

NR 44/3 lipiec – wrzesień 2014

**Nie bierz
wolnego
od życia**

Olsztyńskie Dni Nauki
i Sztuki w Szpitalu

Kilka słów o Kodeksie Etyki Zawodowej

Szanowni Państwo,

chcę rozpocząć tym artykułem trudną dyskusję na temat problematyki etyczno-deontologicznej pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. A czynię to z kilku powodów: po pierwsze mamy obowiązek utworzenia Kodeksu Etyki Zawodowej, po drugie zalega nam ważny, niezrealizowany dotąd standard akredytacyjny ZO8, który brzmi „w szpitalu wdrożono mechanizmy

rozwiązywania zagadnień etycznych”, a po trzecie doszłam do wniosku, że po 10 latach pracy zespołowej na rzecz doskonalenia jakości czas najwyższy, ponieważ wszyscy do tego dojrzelismy. Dodatkowym argumentem przemawiającym za przyspieszeniem prac na rzecz Kodeksu Etyki Zawodowej są skargi pacjentów i niestety pojawiające się konflikty personalne naszych pracowników, które w ostatnim okresie eskalują, co mnie szczególnie martwi.

Kodeks Etyki Zawodowej powinniśmy wprowadzić w ramach wdrażania standardów Kontroli Zarządczej w sektorze publicznym. Piszę Państwu o tym, ponieważ kontrola wewnętrzna jest procesem integralnym, na który ma wpływ nie tylko kierownictwo jednostki, ale i pracownicy.

Kontrola wewnętrzna zwraca uwagę na ryzyka, przestrzeganie obowiązującego prawa, zabezpieczenie majątku i zasobów przed niewłaściwym wykorzystaniem oraz na wykonywa-

- 2** | Kilka słów o Kodeksie Etyki Zawodowej
- 4** | Diagnostyka piersi
- 8** | Monitorowanie i ocena Systemu Zarządzania Jakością w szpitalu
- 10** | Akcja – przeszczep
- 13** | Twoja krew – moje życie
- 14** | Nie bierz wolnego od życia – Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki
- 17** | Spotkania z nauką i sztuką
- 18** | Zakażenia w oddziale hematologii
- 20** | Pamięć i jej zagadki – cz. 14
- 22** | Na końcu języka – cz. 4
- 26** | Palcem po mapie świata za dr Miłą
- 27** | Krzyżówka
- 27** | Życie we fraszce

PULS SZPITALA



Wydawca

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

Redaktor naczelna

Barbara Szymczuk

Zespół redakcyjny

Alicja Biernacka
Magdalena Kantorczyk
Elżbieta Majchrzak-Kłokocka

Stała współpraca

Jerzy Badowski
Piotr Markiewicz
Emilia Paszkowska
Marzena Woźniak

Zdjęcia udostępnili

Emilia Paszkowska
SKYDIVE.OLSZTYN.PL

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.



nie zadań w sposób uporządkowany, etyczny i wydajny. Uporządkowany oznacza sposób dobrze zorganizowany, natomiast etyczny wiąże się z zasadami moralnymi. Tymi zasadami musimy objąć wszystkie grupy zawodowe pracujące w naszym szpitalu, zarówno grupy bardziej uregulowane swoimi kodeksami, jak i nieuregulowane. Innymi słowy nasze obowiązki i powinności wynikające z regulacji prawnych powinniśmy powiązać z przyjętymi zwyczajami w różnych zawodach, ze szczególnym uwzględnieniem aspektu moralnego, a dotyczących konkretnych sytuacji podczas wykonywania naszych codziennych obowiązków.

Zarówno kierownictwo jak i pracownicy powinni być zaangażowani w ten proces, by zwracać uwagę na ryzyka, niedbalstwo, marnotrawstwo majątku, łamanie prawa, czy postawy nieetyczne.

Nie możemy jednak dopuścić, żeby nadmiernie rozbudowane procedury, czy regulacje ograniczały kreatywność i zdolność do rozwiązywania problemów wśród pracowników lub miały niekorzystny wpływ na koszty, terminowość, czy jakość.

Z kolei w wyjaśnieniu do standardu jest napisane, że problemy natury etycznej występujące w szpitalu oraz przyjęty ich sposób rozwiązywania stanowi wyznacznik kultury organizacji. W szpitalu powinna zostać wyłoniona grupa, złożona z osób cieszących się powszechnym zaufaniem, do której, jako do Zespołu Etycznego, mogą zwracać się osoby zatrudnione, jak i pacjenci z problemami natury etycznej.

A szpital zapewnia informację o możliwości takiego kontaktu.

Ważną metodą pracy Komisji Etycznej będzie procedura poszukiwania pełnego konsensusu, czyli zgody wszystkich członków komisji odnośnie rozstrzygnięcia diskutowanego, czy rozpatrywanego przypadku, bądź kształtu opracowywanej przez komisję normy etycznej.

Odwolanie się do zasady konsensusu odróżnia szpitalne komisje etyczne od demokratycznych struktur, gdzie stosuje się procedurę głosowania i bezwzględną liczbą głosów podejmowane są decyzje. Tym przykładem chciałam zobrazować Państwu istotną różnicę

w działaniu i podejmowaniu decyzji przez Komisję Etyczną, co będzie nierzadko sztuką szukania kompromisu np. między racjami obu stron konfliktu.

W piśmiennictwie wymieniane są trzy podstawowe zadania niezależnych komisji etycznych: udzielanie konsultacji etycznych, dotyczących indywidualnych przypadków klinicznych, opracowywanie standardów etycznych i prowadzenie edukacji etycznej.

Zacytuję Państwu najprostszą definicję etyki: przez etykę rozumie się zbiór reguł określających dobre lub złe postępowanie. Rzeczywiście zabrzmiało dziecinnie prosto. Wydawałoby się, że nie powinniśmy mieć z tym żadnych problemów, a może nie mamy w szpitalu problemów etycznych i nie musimy przejmować się etyką? Pamiętajmy jednak, że przypadki naruszenia



Pracujemy w stresie, pod presją czasu, obowiązku i odpowiedzialności za ludzkie zdrowie i życie. Pracujemy w nocy, w warunkach nefizjologicznych, co niewątpliwie odbija się piętnem na naszym systemie nerwowym. Czasem presja ze strony rodzin pacjentów jest dla nas trudniejsza do zniesienia niż spełnienie oczekiwań pacjentów. Myślę, że te okoliczności wystarczająco tłumaczą eskalację ostatnich konfliktów pracowniczych. Ale tego nie zmienimy, wybraliśmy świadomie zawody medyczne i to szczególne miejsce pracy, jakim jest nasz szpital zorientowany na najtrudniejszego pacjenta, a to oznacza, że musimy przestrzegać obowiązujących standardów, dbać o atmosferę, uczyć się pracy zespołowej, umieć odpoczywać i dobrze organizować pracę.

Innymi słowy, spróbujmy przełożyć suchy język paragrafów zawartych w obowiązujących kodeksach branżowych na katalog stylu naszej pracy, na katalog zachowań w kontaktach z pacjentami i na nasze wzajemne relacje, na nas samych. Budujmy wspólnie kulturę naszej organizacji, atmosferę wzajemnego zaufania i postaw etycznych dla wspierania rozwoju i budowania dobrej marki naszego szpitala.

Zapraszam do współpracy przedstawicieli Związków Zawodowych, przedstawicieli Samorządów Zawodowych oraz wszystkich zainteresowanych problematyką etyki zawodowej.

Irena Kierzkowska

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie



społecznie uznanych norm etycznych przez przedstawicieli niektórych zawodów, tzw. zawodów zaufania publicznego, do których zaliczamy przecież zawody medyczne, zawsze spotykały się z surowszą niż przeciętna oceną i dezaprobatą społeczną.

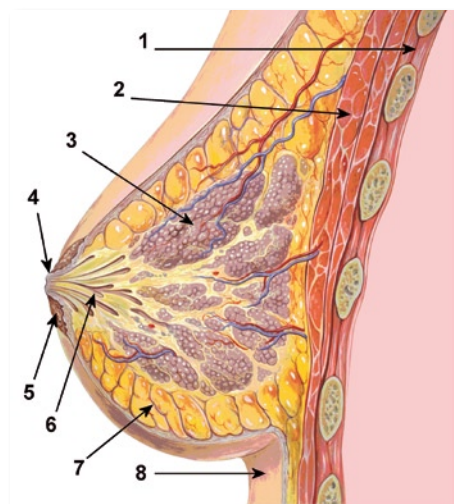
Żeby dobrze zrealizować to zadanie powinniśmy wyznaczyć sobie granice zachowań dozwolonych w szpitalu, akceptowalnych przez nas samych, a dotyczących unormowania i zdefiniowania trudnych zagadnień, takich jak uczciwość, transparentność, odpowiedzialność, bezstronność, nepotyzm, mobbing, bezstronność, sponsoring, czy czasem zwykłe chamstwo.

Diagnostyka piersi

Najczęstszą przyczyną zgonów w populacji kobiet w Polsce są choroby układu sercowo-naczyniowego (52% w 2010 roku), na drugim miejscu są choroby nowotworowe, wśród których główną przyczyną zgonów jest rak piersi (23%). W 2009 roku było prawie 16 tysięcy nowych zachorowań na raka piersi, co stanowiło ok. 22% wszystkich zachorowań na nowotwory. W 2009 roku śmiertelność z powodu raka piersi przewyższała jedynie śmiertelność z powodu raka płuc i oskrzeli.

Etiologia większości przypadków raka piersi nie jest możliwa do ustalenia. Wśród czynników ryzyka wymienia się m.in. alkohol – zwłaszcza wysokoprocentowy, dietę bogatą w tłuszcze nasycone, otyłość – zwłaszcza w wieku pomenopauzalnym i szczególnie typu brzuszego. Tymczasem dieta bogata w warzywa i owoce (wysoka podaż kwasu foliowego) oraz regularna aktywność fizyczna zdecydowanie redukują ryzyko powstania raka piersi.

Jednym z najważniejszych czynników w leczeniu raka piersi jest rozpoznanie choroby w jak najwcześniejszym sta-



Przekrój czynnego gruczołu piersiowego w płaszczyźnie strzałkowej

(Janina Sokołowska-Pituchowa, Anatomia człowieka, PZWL, Warszawa 2003)

Opis oznaczeń:

1. Ściana klatki piersiowej
2. Mięśnie piersiowe
3. Płat ciała sutka
4. Brodawka sutkowa
5. Otoczka brodawki sutkowej
6. Przewód mleczny
7. Tkanka tłuszczowa
8. Skóra

dium, dlatego tak ważne jest propagowanie wśród kobiet działań i zachowań prozdrowotnych i profilaktycznych.

Wszystkie kobiety zachęcane są do samodzielnej obserwacji i badania piersi, lekarze rodzinni i lekarze ginekolodzy po zgłoszeniu niepokojących objawów wykonują badanie kliniczne piersi. Kobiety w wieku 50-69 lat mogą mieć co dwa lata bezpłatnie wykonane badanie mammograficzne, w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. W przypadku wykrycia w badaniu mammograficznym zmian patologicznych przeprowadza się – również w ramach programu przesiewowego – diagnostykę pogłębioną, w skład której może wejść badanie usg, biopsja cienkoigłowa, biopsja gruboigłowa piersi.

W konkretnych wskazaniach, jako uzupełniające metody diagnostyczne, stosuje się badania MR, badania z zakresu medycyny nuklearnej, a także interwencyjne procedury diagnostyczne, takie jak biopsja gruboigłowa wspomaganą próżnią, biopsja chirurgiczna otwarta. Istnieje możliwość wykonania badań genetycznych, potwierdzających lub wykluczających mutacje genowe związane z zachorowalnością na raka piersi. Jak podkreślają specjaliści, obecna wiedza na temat genetycznego podłoża rozwoju raka piersi wciąż jest niepełna. Wiadomo, że nosicielstwo genów, które mają silny związek z predyspozycją do zachorowania (BRCA1, BRCA2, TP53) nie jest w ogólnej populacji zbyt częste. Jednak już nosicielstwo innych – słabszych, jest o wiele częstsze. Wynika z tego, że dokładne zebranie wywiadu rodzinnego ma szczególnie znaczenie u młodych kobiet, ponieważ jest to grupa pacjentek, wśród których należy wyselekcjonować



te kobiety, u których badania przesiewowe powinny zaczynać się jeszcze przed 40. rokiem życia.

Samobadanie piersi

Nauka samobadania piersi oraz regularna praktyka w badaniu i poznawaniu własnych piersi motywuje kobiety do myślenia o własnym zdrowiu i daje kobiecie pewne poczucie kontroli. Należy również poinformować kobietę o konieczności jak najszybszego zgłoszenia się do lekarza w przypadku stwierdzenia jakiegokolwiek niepokojącej zmiany. Samobadanie piersi – takie badanie powinno być wykonywane raz w miesiącu – w pierwszej połowie cyklu, a w przypadku kobiet nie miesiączkujących, w stałym ustalonym dniu miesiąca.

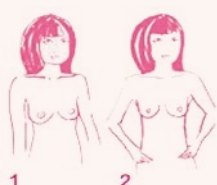
Prawdopodobieństwo rozsiewu drogą naczyń krwionośnych (krwiopochodnych przerzutów odległych) zależy od wielkości guza pierwotnego. W przypadku raków inwazyjnych (naciekających), rozpoznanych zanim guz osiągnie wielkość 10mm, rzadziej stwierdza się przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych lub przerzuty odległe. Raki przedinwazyjne lub małe raki inwazyjne uważa się za wczesne stadium choroby, umożliwiające uzyskanie ponad 90% trwałych wyleczeń lub wieloletnich przeżyć wolnych od choroby, stąd bardzo ważne jest rozpoznanie choroby w jak najwcześniejszym stadium.

Najlepszą metodą wykrywania raka piersi we wczesnych stopniach zaawansowania jest prowadzenie badań przesiewowych (skrining), które polegają na badaniu mammograficznym kobiet bez

SAMOBADANIE PIERSI – WZÓR INFORMACJI DLA PACJENEK (Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi)

Począwszy od 20 roku życia wykonuj systematycznie comiesięczne samobadanie, tydzień po zakończeniu miesiączki. W okresie pomenopauzalnym lub w trakcie ciąży wykonuj je w wybranym dniu miesiąca. Gdy zauważysz coś niepokojącego idź natychmiast do lekarza. Nawet gdy sama nie widzisz niepokojących zmian, kontroluj piersi u lekarza. Nie każdy guzek jest rakiem.

RAK PIERSI WCZEŚNIE WYKRYTY JEST ULECZALNY, A GUZ MOŻNA USUNĄĆ ZACHOWUJĄC PIERSĆ.



1. Stań przed lustrem z rękami opuszczonymi wzdłuż ciała i dokładnie obejrzyj piersi.

2. Oprzyj dłonie na biodrach zwracając uwagę na:

- Zmiany w kształcie piersi lub ich położeniu,
- Zmianę koloru skóry piersi lub brodawki,
- Zmarszczenia skóry, zaczerwienienia, wciągnięcia, owrzodzenia brodawki sutkowej.



3. Następnie obejrzyj piersi z rękami uniesionymi ku górze.

4. Prawą dłoń oprzyj o tył głowy, lewą dłonią badaj pierś prawą.



5. Badając pierś staraj się palce trzymać płasko, lekko naciskaj, zataczaj koła posuwając się zgodnie z ruchem wskazówek zegara wykonując ruchem spiralnym coraz węższe kręgi i kierując się ku brodawce.



6. Ściśnij brodawkę sutkową sprawdzając czy nie wydobywa się z niej wydzielina. Następnie zbadaj pierś lewą według powyższego schematu.



7. Połóż się. Wsuń zwinięty ręcznik pod lewy bark, lewą rękę włóż pod głowę. Zbadaj lewą pierś. To samo powtórz z prawą piersią.



8. Wyjmij rękę spod głowy, połóż wzdłuż tułowia i zbadaj pachy. Sprawdź czy nie masz powiększonych węzłów chłonnych.

objawów klinicznych. Prawidłowo zaplanowany i prowadzony program badań przesiewowych prowadzi do zmniejsze-

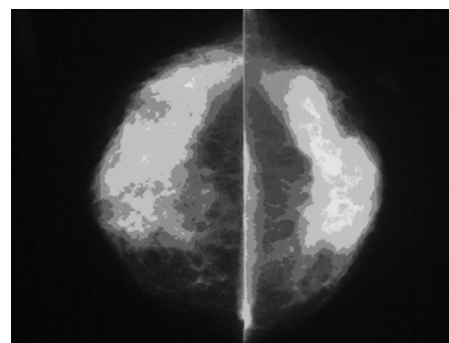
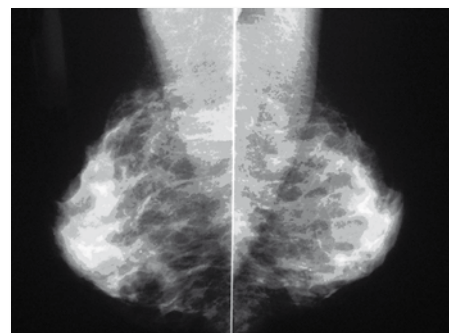


Objęcie populacji programem profilaktyki raka piersi, Polska, 01.06.2014, z danych WOK w Olsztynie

nia umieralności na raka piersi. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) zaleca wykonanie mammografii co 1–2 lata w grupie kobiet w wieku 50–69 lat.

W Polsce prowadzony jest Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, w którym bezpłatnym badaniem mammograficznym objęte są kobiety w wieku 50–69 lat. Należy jednak zaznaczyć, że zarówno program badań przesiewowych w kierunku raka piersi, jak i szybki macicy stał się dostępny dla kobiet w Polsce przynajmniej dwie dekady później niż w Wielkiej Brytanii czy Finlandii.

Opis badania mammograficznego powinien podlegać standaryzacji. W 1992 roku American College of Radiology opracował i zarekomendował po raz



Przykładowe prawidłowe badanie mammograficzne

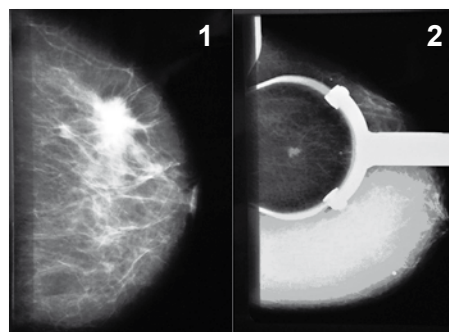
pierwszy stosowanie w ocenie badań mammograficznych skali BIRADS – Breast Imaging Reporting and Data System, głównie w celu standaryzacji opisów badań mammograficznych, oceny ryzyka złośliwości zmian w nich uwidocznionych i, w zależności od niego, zaleceń co do dalszego postępowania.

Klasyfikuje ona zmiany ogniskowe piersi pod względem ich charakteru na grupy: 0 - obraz niepełny, konieczna dodatkowa ocena, ryzyko złośliwości niepewne, zalecane dalsze badania diagnostyczne.

1 - obraz prawidłowy, ryzyko złośliwości 0, zalecanie badania kontrolne w normalnym trybie.

2 - obraz zmian łagodnych, ryzyko złośliwości 0, zalecane badania kontrolne w normalnym trybie.

3 - obraz zmian prawdopodobnie łagodnych, ryzyko złośliwości do 2%,

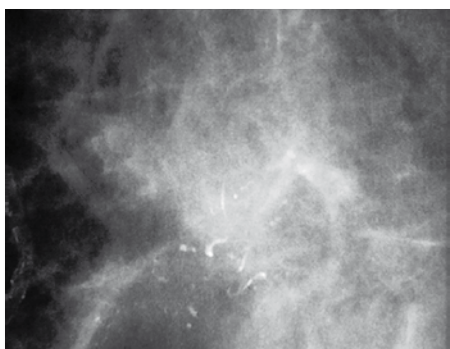


Zdjęcia mammograficzne uwidaczniają patologiczne guzki w piersiach, 1. duża zmiana i ognisko satelitarne, 2. drobny guzek spikularny

zalecane badania kontrolne w trybie przyspieszonym lub biopsja.

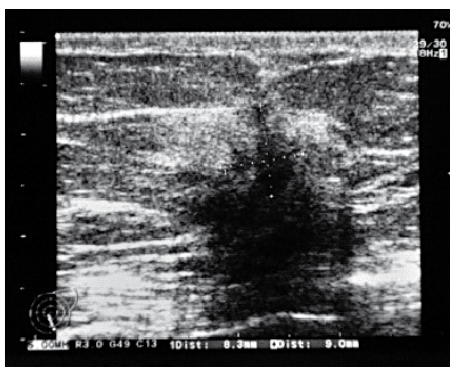
- 4 - obraz zmiany podejrzanej, ryzyko złośliwości od 2 do 90%, zalecana biopsja.
- 5 - obraz zmiany złośliwej, ryzyko złośliwości 100%, zalecana biopsja.
- 6 - zmiana złośliwa potwierdzona biopsją, pacjentki oczekujące na leczenie lub wykonujące badania kontrolne w trakcie chemio i radioterapii.

Jeżeli na podstawie prawidłowo wykonanych zdjęć mammograficznych w podstawowych projekcjach stwierdza się nieprawidłowości w obrębie piersi, wykonuje się projekcje dodatkowe, z których najważniejsze są zdjęcia celowane i powiększone.



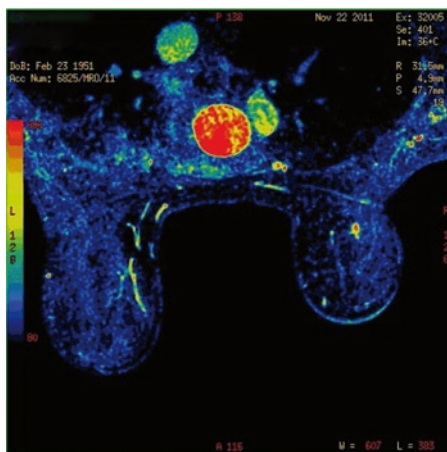
Zdjęcie mammograficzne celowane, powiększone na mikrozwapnienia

Oprócz badań mammograficznych dostępne są wykonywane dodatkowo, czasem zamiennie, badania usg piersi, które są powszechnie dostępne, tanie, łatwe do przeprowadzenia i nie wymagają użycia promieniowania rentgenowskiego lub środków kontrastowych, które to czynniki stanowią potencjalne ryzyko dla pacjentek.



Rak piersi w badaniu USG

Ultrasonografia gruczołów sutkowych nie jest badaniem zastępującym mammografię. Stanowi natomiast uzupełniającą część diagnostyki, adresowaną szczególnie do kobiet młodszych, z gęstym gruczołowym utkaniem piersi. Ma również kilka innych zalet – daje możli-



Badanie MR – rak piersi

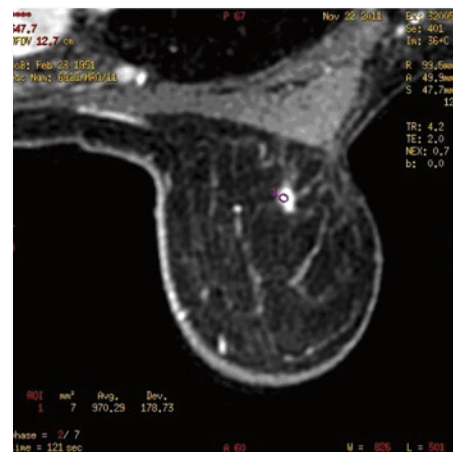
wość różnicowania zmian litych i torbielowatych, oceniania przewodów mlecznych oraz struktur leżących blisko klatki piersiowej, często słabo dostępnych w badaniu mammograficznym. Dodatkowo wprowadzana ostatnio wolumetryczna analiza ultradźwiękowa daje precyzyjne obrazy pomocne zwłaszcza przy wykonywaniu biopsji. To wszystko – przy stosunkowo małych kosztach i nienarażaniu pacjentki na promieniowanie rentgenowskie – daje spore możliwości diagnostyczne, uzupełniające diagnostykę mammograficzną. Należy pamiętać jednak, że mikrozwapnienia, które są jednym z podstawowych, a często jedynym objawem procesu złośliwego, nie są widoczne w badaniu usg w stopniu wystarczającym do sformułowania ostatecznych wniosków diagnostycznych.

Najnowszą techniką uzupełniającą rutynowe badanie ultrasonograficzne jest elastosonografia. Jest to badanie stopnia odkształcenia tkanek poddanych uciskowi i opiera się na porównaniu twardości tkanek oraz na założeniu, że guzki łagodne są bardziej miękkie i łatwiej poddają się odkształceniu, natomiast guzki złośliwe są twardsze i bardziej sztywne (nie poddają się odkształceniu). Pomiar twardości tkanki jest wskaźnikiem złośliwości guza.

Rezonans magnetyczny jest coraz szerzej stosowaną metodą obrazową wykorzystywaną do diagnostyki piersi.



Znacznik tkankowy widoczny na zdjęciu mammograficznym



Podstawową zaletą obrazowania magnetyczno-rezonansowego jest wysoka czułość i swoistość tego badania. High-Risk: Screening HIBCRIT-1. czułość 91,3%, swoistość 97,4% przy PPV 61,8% i NPV 99,6%. Ważną kwestią jest również to, że kontrast między guzem, a zdrową tkanką nie jest zależny od jej budowy, ponieważ obraz powstaje w wyniku obróbki komputerowej i nie jest zależny od tłuszczowej, czy gruczołowej budowy piersi.

W MR można uzyskać obrazy tkanek sutka w dowolnie wybranej płaszczyźnie przekroju, dla dowolnej grubości badanej warstwy oraz jednocześnie ocenić ścianę klatki piersiowej, węzły chłonne pachowe oraz przy- i zamostkowe. Jak w każdej metodzie obrazującej piersi, również w badaniu MR ocenia się morfologię zmian patologicznych. Podstawowe cechy to kształt, marginesy, rodzaj i charakter wzmocnienia kontrastowego.

W postępowaniu przygotowawczym przed operacyjnym usunięciem zmian patologicznych lub przed ich biopsją chirurgiczną otwartą wykorzystuje się różne techniki lokalizacji zmian w piersiach, wykonywane pod kontrolą mammografii lub ultrasonografii.

Do dyspozycji mamy znaczniki tkankowe, rodzaj metalowo-żelowych haczyków, które precyzyjnie znaczą miejsce patologiczne.



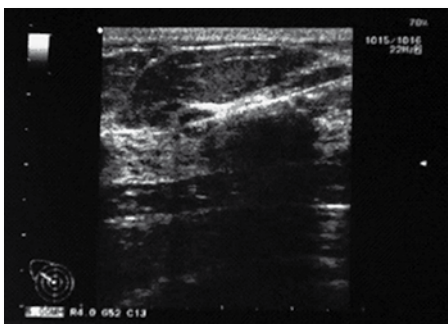
Interdyscyplinarny zespół zajmujący się diagnostyką piersi, do którego należą pracownicy: Działu Radiologii, Chirurgii Onkologicznej, Patomorfologii, specjalści Medycyny Nuklearnej



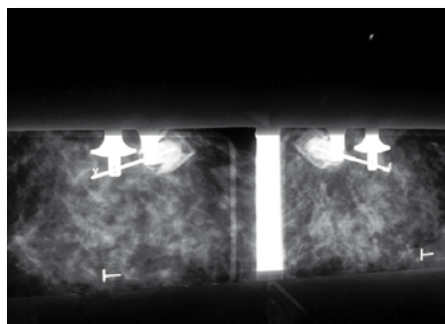
Biopsja piersi

Wykorzystywane są również radioizotopowe znaczniki tkankowe, wprowadzane do zmiany w postaci kropli radioaktywnej zawiesiny (radioznacznik – ok. 0,3 ml albuminy znakowanej izotopem

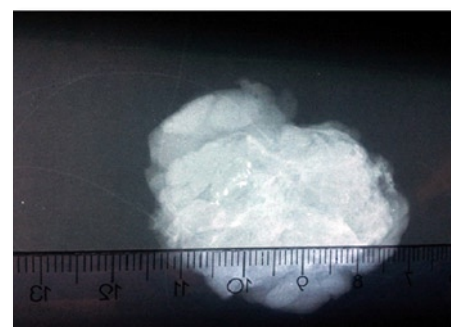
⁹⁹Tc). Ta nowoczesna metoda wykorzystywana jest w nielicznych ośrodkach onkologicznych w Polsce. Dzięki współpracy z Zakładem Medycyny Nuklearnej, wykorzystujemy jej zalety w naszym szpitalu. Metoda ta pozwala lokalizować zmiany bardzo małe i trudno dostępne, jej zastosowanie zwiększa komfort pacjentki, pozwala uzyskać jak najlepsze efekty kosmetyczne przy maksimum skuteczności, dzięki wybraniu przez chirurga dowolnej drogi dostępu do zmiany i ograniczeniu objętości usuwanej tkanki, co przy zastosowaniu tradycyjnej lokalizacji tzw. harpunem (kotwiczka), było w wielu przypadkach niemożliwe.



Procedura lokalizacji zmiany ogniskowej o wielkości 4 mm z użyciem radioznacznika pod kontrolą usg



Procedura lokalizacji radioizotopowej pod kontrolą mammografii



Zdjęcie preparatu tkankowego wyciętego w czasie zabiegu operacyjnego po wcześniejszym oznaczeniu radioizotopem

Medycyna nuklearna służy nam również pomocą przy wykonywaniu limfocyntygrafii, która pozwala na uwidocznienie dróg sływu chłonki z okolic raka i jest stosowana do lokalizacji (przed- lub śródoperacyjnej) węzła wartowniczego. Strategia leczenia wczesnych postaci raka sutki wymaga wykluczenia lub potwierdzenia obecności przerzutów w węzłach chłonnych, tak więc ocena węzła wartowniczego w wielu ośrodkach, między innymi w WSS w Olsztynie, znalazła się w rutynowym postępowaniu operacyjnym.

Ilek. Anna Szalcunas
specjalista radiolog

Monitorowanie i ocena Systemu Zarządzania Jakością w szpitalu

Wdrożenie Systemu Zarządzania Jakością według normy ISO 9001:2009 związane jest z koniecznością monitorowania i oceny skuteczności jego funkcjonowania. Jednym z narzędzi służących temu celowi są audyty wewnętrzne i zewnętrzne systemu jakości.

Międzynarodowa norma ISO 9001 definiuje audit jako „systematyczny, niezależny i udokumentowany proces uzyskiwania dowodu z auditu oraz obiektywnej oceny w celu określenia stopnia spełnienia kryteriów auditu”. Definicja wydawać się może dość skomplikowana, niemniej chodzi o to, aby w trakcie auditu udowodnić, że system jakości, który został wdrożony w szpitalu działa prawidłowo, zgodnie z założeniami. Audit to inaczej szukanie dowodów zgodności, czyli dowodów na to, że postępujemy zgodnie z prawem, procedurami i innymi wymaganiami szpitala.

Audyty zewnętrzne certyfikacyjne przeprowadzane są co 3 lata przez uprawnioną instytucję zewnętrzną. W wyniku pozytywnej oceny udzielany jest certyfikat jakości potwierdzający zgodność funkcjonowania systemu z wymaganiami normy. W odstępach dwunastomiesięcznych, przeprowadzane są przez tę samą firmę audyty nadzoru, które oceniają prawidłowość funkcjonowania systemu. Audit wewnętrzny w naszym szpitalu przeprowadzany jest przez Polską Izbę Handlu Zagranicznego z Gdyni, a aktualnie przyznany certy-

fikat obowiązuje do marca 2016 roku. Kolejnego auditu nadzoru spodziewamy się w marcu 2015 roku.

Niezależnie od auditu zewnętrznego, przeprowadzane są także audyty wewnętrzne. Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora powołany został zespół auditorów wewnętrznych, składający się z pracowników szpitala. Osoby te posiadają formalne kwalifikacje uprawniające do prowadzenia auditów wewnętrznych. Najczęściej są to studia podyplomowe z zakresu zarządzania jakością wraz z uprawnieniami auditora wewnętrznego systemu ISO 9001. Dobór auditorów zapewnia obiektywność i bezstronność auditu. Auditorzy nie mogą auditować własnej pracy, nie mogą też być związani w bezpośredni sposób z auditowanym obszarem. O doborze auditorów decyduje wiedza merytoryczna dotycząca systemu jakości, najlepiej jeżeli jest ona potwierdzona odpowiednimi certyfikatami. Ponadto, auditorzy powinni posiadać cechy osobowości, które pozwolą na stworzenie właściwego klimatu auditu, powinni być przyjaźni i dyplomatyczni. Jeżeli auditorzy zespołu auditującego nie posiadają w pełni niezbędnej wiedzy

merytorycznej, do zespołu auditującego może zostać dodatkowo powołana osoba, która pełnić będzie funkcję eksperta technicznego.

Czemu ma służyć audit?

- Audit wewnętrzny nie służy ocenie pracowników, a ocenie skuteczności systemu.
- Audit przeprowadzony z należytą starannością pozwoli ocenić, które z działalności szpitala funkcjonują prawidłowo, a w których niezbędne jest podjęcie działań doskonalących. Wizyta auditorów niejednokrotnie mobilizuje pracowników do spojrzenia na pewne aspekty własnej pracy z dystansu i na samodzielne zainicjowanie działań, które mogą przyczynić się do poprawy jakości. Kolejny audit będzie źródłem informacji, czy przyjęty sposób postępowania okazał się skutecznym.
- Audit jest formą kontaktu między Pełnomocnikiem ds. Jakości, a pozostałymi komórkami organizacyjnymi szpitala, przy udziale auditorów wewnętrznych. Dzięki auditowi Pełnomocnik zdobywa wiedzę potrzebną dla określenia dalszych kierunków poprawy jakości, celów jakości. W oparciu o wyniki auditu opracowywany jest program poprawy jakości dla szpitala.

Jakie korzyści wynikają z auditu?

- Obiektywna samoocena prowadzonej działalności.
- Obiektywna ocena przeprowadzona przez instytucję zewnętrzną.
- Sprawdzenie efektywności zastosowania przyjętych procedur w praktyce.
- Punkt wyjścia do planowania, doskonalenia jakości opieki.

Realizacja auditów wewnętrznych szpitala została opisana w procedurze PR II PJ 3- Audyty wewnętrzne. Na początku każdego roku opracowywany jest program auditów wewnętrznych oraz program auditów klinicznych przeprowadzanych



w obszarze radiologii, opartych na wymaganiach prawa atomowego. Program auditów jest to dokument, który jest wdrożony po zaakceptowaniu przez Dyrektora. Zamieszczany jest na stronie intranetowej Szpitala, tak więc każdy z pracowników ma możliwość zapoznania się z nim i przygotowania w odpowiednim czasie do auditu. W programie zawarte są informacje na temat auditowanych komórek. Określony jest w nim zakres auditu, który obejmuje opis fizyczny lokalizacji jednostek organizacyjnych, działalności i procesów, jak również ramy czasowe. Ponadto wskazane jest kryterium auditu, czyli zestaw wymagań, procedur, punktów normy, które posłużą jako punkt odniesienia do podejmowanych obserwacji, wywiadów i oceny dokumentacji. W programie auditu określony jest także skład zespołu auditującego dany obszar.

Auditor wiodący przygotowuje plan auditu w oparciu o założony na dany rok program oraz umawia jego dokładny termin. Audyty umawiane są z przynajmniej tygodniowym wyprzedzeniem, w taki sposób, aby nie zakłócać pracy danego oddziału/ działu.

Najważniejszą częścią planu auditu jest dokładne określenie działalności, które zostaną oceniane. Są one punktem wyjścia dla stawianych pytań oraz dokumentacji, którą należy poddać ocenie w trakcie auditu. Auditor wiodący w zespole określa dla każdego z auditorów zakres odpowiedzialności za auditowanie danych obszarów.

Przed przeprowadzeniem auditu, auditorzy mają obowiązek zapoznania się z procedurami operacyjnymi danej komórki, posiadają też wiedzę niezbędną w zakresie obowiązujących przepisów prawa jak również wytycznych określonych normą ISO 9001 oraz standardami akredytacyjnymi. Z zespołu auditu-

jącego wybierany jest auditor wiodący, który odpowiada za przeprowadzany audit. To auditor wiodący inicjuje audit w danej komórce, następnie przygotowuje niezbędną dokumentację auditową. Auditor wewnętrzny prowadzi audit i sporządza raport z auditu na podstawie danych zgromadzonych przez siebie i innych auditorów będących w zespole. Audit rozpoczyna się spotkaniem otwierającym, w którym uczestniczy zespół auditorów oraz kierownictwo danego oddziału / działu. Na spotkaniu przedstawiony jest cel auditu, plan jego przebiegu oraz zakres i kryteria, w jakich komórka zostanie poddana auditowi.

Podstawowymi metodami zbierania informacji są rozmowy, obserwacje działań oraz przegląd dokumentów. Audit dotyczy zawsze reprezentatywnej próbki, na jej podstawie dokonywana jest ocena.

Wszystkie uwagi z auditu są opisane, zarówno w zakresie dowodów na postępowanie zgodne z wytycznymi, jak i dowodów na postępowanie niezgodne.

Ustalenia z auditu mogą wskazywać na:

- **zgodność** – spełnienia wymagania
- **niezgodność** – niespełnienie wymagania.

Ustalenia te obligują nas do przeprowadzenia działań korygujących lub działań zapobiegawczych. **Działania korygujące** należy podjąć, aby wykluczyć przyczynę zaistniałej niezgodności i zapobiec ponownemu jej wystąpieniu. **Działania zapobiegawcze** należy podjąć, gdy występuje sytuacja, która w danej chwili nie ma znaczącego wpływu na skuteczność lub zgodność systemu zarządzania, ale w opinii auditora może w przyszłości stać się niezgodnością.

Zakończenie działań auditowych stanowi pewne podsumowanie, z którego dana komórka dowie się jakie są mocne strony jej pracy, a w których obszarach



niezbędne są działania doskonalące. Auditor wiodący przeprowadza spotkanie zamykające w celu przedstawienia ustaleń z auditu, zakomunikowanych w sposób jasny i zrozumiały dla auditowanych. W uzasadnionych przypadkach zostaje uzgodniony termin auditu przeprowadzonych działań korygujących i zapobiegawczych po ich zakończeniu. Raport sporządzony przez auditora wiodącego stanowi podsumowanie auditu. Jeżeli w trakcie auditu zlokalizowane zostały działania, które są niezgodne z przepisami prawnymi, wewnętrznymi zarządzeniami, czy procedurami / instrukcjami jakości, wtedy wystawiana jest karta działań korygujących / zapobiegawczych, na której opisane zostają: wymaganie, czyli źródło wytycznych postępowania, błąd w jego realizacji oraz dowód. Jednym z wymagań jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania, błędem jest np. brak bieżących wpisów dotyczących obserwacji pacjenta, dowodem na to jest historia choroby danego pacjenta. Auditorowany powinien określić przyczynę zaistniałego błędu, działania, jakie należy podjąć, aby w przyszłości błąd nie został powtórzony oraz czas niezbędny do wdrożenia proponowanych działań. Audit jest zakończony, jeżeli wszystkie założenia planu zostały zrealizowane, a zatwierdzony przez Pełnomocnika ds. Jakości raport został przekazany kierownictwu auditowanej komórki.

Raporty z auditów wewnętrznych dostarczają danych, niezbędnych do przeglądu zarządzania szpitala. Przedstawienie ich kierownictwu wpływa na dalsze decyzje i działania związane z doskonaleniem skuteczności systemu zarządzania jakością, z doskonaleniem usługi medycznej w nawiązaniu do wymagań pacjenta.

mgr Katarzyna Łagodzińska
specjalista ds. jakości

AUDYT CZY AUDIT?

Pojęcie auditu zostało zaczerpnięte z łacińskiego słowa *auditio*, co znaczy słuchanie, słyszenie. Na początku słowem *audit* określano rewizję dokumentacji księgowej, a dopiero w latach sześćdziesiątych przeniesiono *audit* do sfery zarządzania jakością. Wtedy to zaczęto przeprowadzać ocenę możliwości utrzymania ustabilizowanego poziomu jakości dostaw u swoich kooperantów zgodnie z wymaganiami zawartymi w umowie. Wtedy to też wykształciła się praktyka stosowania *audit*, a żeby odróżnić go od *audytu* finansowego, zaczęto używać terminu *quality audit*, czyli *audit jakości*.

ZESPÓŁ AUDITORÓW WEWNĘTRZNYCH W SZPITALU

- Hanna Taraszkiwicz
- Alicja Markiewicz
- Katarzyna Łagodzińska
- Maria Kowalska
- Beata Drozdowska
- Ewa Pietrusińska
- Jolanta Szekowska
- Agnieszka Mączka
- Monika Madoń
- Wiesława Korejwo

Akcja – przeszczep

Dzwoni wyczekiwany telefon. Odzywa się dr Iwona Podlińska, koordynator Poltransplantu ds. donacji z Oddziału Intensywnej Terapii. Zgłasza przypadek młodej kobiety z ciężkim urazem głowy, u której stwierdzono zgon w wyniku śmierci mózgu. W takiej sytuacji zawsze rozważana jest możliwość pobrania narządów od osoby zmarłej w celu przeszczepienia ich osobie potrzebującej i jest to jednoznaczne z ratowaniem życia innym chorym. Dawca posiada status „dawcy potencjalnego”, bowiem trzeba jeszcze zweryfikować wiele danych medycznych, aby było możliwe pobranie i przeszczepienie jego narządów, ale już teraz trzeba powiadomić zespół transplantacyjny.



Jeszcze kilka lat temu nikt nawet nie śmiał pomyśleć o setnej transplantacji nerek w świeżo ukonstytuowanym ośrodku. Było to czymś bardzo odległym i nierzeczywistym.

my oferować pacjentom nasz wyjątkowy zapal i pasję. Wierzmy, że kiedyś uda nam się dobić do najlepszych, jednak z pokorą przyznajemy, że to trudna dziedzina i potrzeba na to trochę więcej

o co trudno w rozbudowanym, dużym ośrodku transplantacyjnym. Zabieg przeszczepienia nie jest zwykłą operacją. Przeszczepiamy nerki, które pochodzą od osób zmarłych. Ktoś umarł, ale darował swoje narządy, abyśmy mogli pomóc drugiej osobie uratować życie lub znacznie poprawić jej komfort, żeby „dało się żyć”. W głowie niejednokrotnie rodzi się myśl, z którą nasi pacjenci muszą się uporać. Czyjaś rodzina właśnie rozpacza po stracie bliskiego, ale może właśnie myśl o tym, że ten darowany altruistycznie narząd ratuje komuś innemu życie, pozwala trochę ukoić ból. Kilka godzin później ponownie dzwoni koordynator z OIT. Dawca został zakwalifikowany. Zaczynamy koordynację akcji transplantacyjnej. Czy ja, jako regionalny koordynator ds. transplantacji



Olsztyński zespół transplantacyjny, to zespół pasjonatów współpracujących ze sobą w wielu dziedzinach. Jesteśmy w tym rankingu „najmłodszy” w Polsce, więc spoczywa na nas wielka odpowiedzialność, bo wiemy, że jesteśmy zarówno wspierani w sposób szczególny przez doświadczony ośrodek, ale jednocześnie znajdujemy się „pod lupą” konkurencji. Nasze poczynania są śledzone przez inne zespoły, mające ogromne doświadczenie w transplantologii, jednak choć nie mamy ich lat doświadczenia, może-

czasu. Niewątpliwie do każdego pacjenta podchodzimy indywidualnie, a to niejednokrotnie spotyka się z wdzięcznością, choć wcześniej nie brakowało pacjentom obaw przed poddaniem się przeszczepieniu w najmłodszym ośrodku transplantacyjnym w Polsce. Te emocje znane nam są z bezpośrednich relacji pacjentów, którzy po mijającym stresie związanym z operacją zaczynają wspominać i głośno artykułować, że pomimo początkowych obaw cieszą się, że mogli być potraktowani indywidualnie,



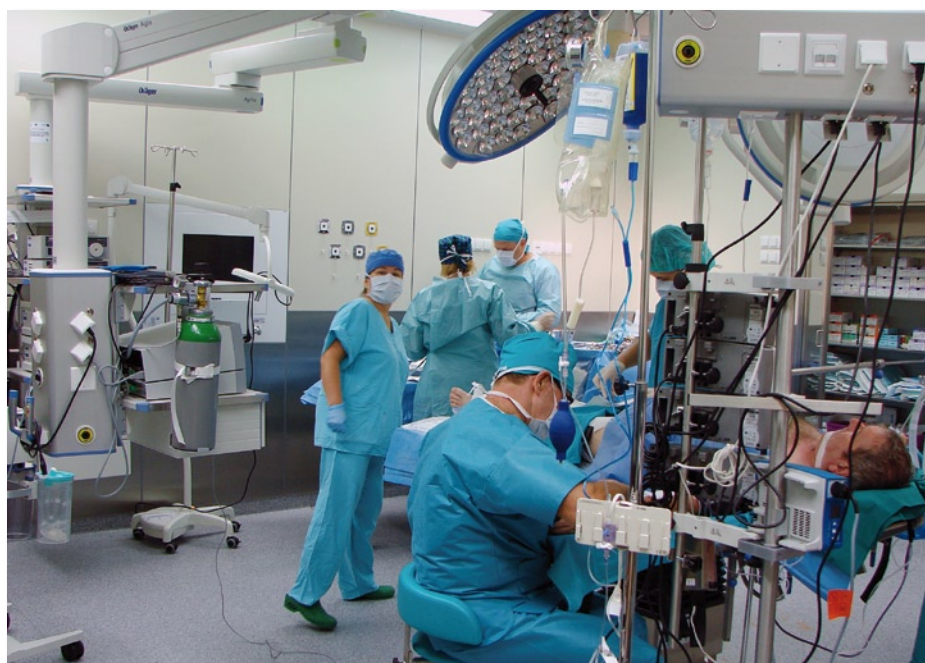
o wszystkim pamiętam? Z jakimi problemami trzeba będzie się tym razem zmierzyć? A więc dzwonimy, czas ucieka... nie wiemy, ile nam go zostało. Czy dawca czeka do pobrania? Czy uda się kogoś uratować?

Godziny mijają, Ewa Doroszkiewicz, pielęgniarka oddziałowa Oddziałów Klinicznych Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej oraz Chirurgii Naczyniowej powiadomiona, musi zorganizować obsadę pielęgniarską do opieki nad pacjentem, zabezpieczyć izolatkę. Trzeba pobrać węzły chłonne do badania zgodności tkankowej i wysłać je do Warszawy. Wzrasta napięcie, czy pobrany materiał będzie wystarczający do określenia typowania tkankowego. Jeśli konieczne byłoby ponowne pobranie węzłów, ucieknie nam kolejne 6 godzin cennego czasu.

Godzina 19:00

Uzyskujemy informację z Instytutu Immunologii Klinicznej Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie. Materiał jest wystarczający – odczuwam ulgę. Osoba odpowiedzialna za badanie typowania tkankowego uśmiechając się do słuchawki telefonu stwierdza, że materiał pobrany jest wzorcowo! Satisfakcja! Teraz przystępują do badań immunologicznych. Około godziny 2:00 w nocy poznamy wyniki badań. Cóż, trzeba je odebrać, potwierdzić, odpowiednio odczytać. Czy uda mi się choć na chwilę wyjść do domu oddalonego o 5 minut od szpitala?

Jeden etap koordynacji wydaje się być już zakończony. Czyżby tym razem miało być spokojnie? Czy to w ogóle możliwe?



Nagle otrzymujemy wiadomość. Najbliższa rodzina dawcy jedzie z odległego miejsca, chcą się jeszcze pożegnać ze zmarłą. Chcemy to uszanować i to im umożliwić. Musimy poczekać. Tylko czy jeszcze mamy czas? Ile nam go zostało? Ustalamy pobranie narządów dawcy na dzień następny. Cała procedura się przedłuża, klaruje się obstawa kadrowa pobrania narządowego. Znieczulał będzie dr Romuald Fidrych z Anią Orzoł, instrumentują Klaudia Smusz i Iza Gryszko, operować będzie dr Jacek Andrzejewicz.

Koordinator Poltransplantu poinformował o zaakceptowaniu wątroby do przeszczepienia, nasz zespół zaakcep-

tował nerki, pobrane zostaną także rogówki.

Musimy ustalić godzinę pobrania narządowego. Pada ważne pytanie do dr Podlińskiej – czy uda się do tego czasu utrzymać krążenie dawcy? Zespoły pozostają w gotowości na wypadek, gdyby trzeba było przyspieszyć pobranie.

Godzina 2:30

Środek nocy, czas nas nie oszczędza, trzeba działać. Odbieram faks z listą typowania po oznaczeniu antygenów zgodności tkankowej dawcy i wytypowaniu komputerowym najbardziej zgodnych immunologicznie biorców z listy oczekujących na przeszczepienie nerki w Polsce. Krótkie sprawdzenie danych, potwierdzenie ich poprawności i informacja zwrotna do pracowni typowania tkankowego. Mocna kawa i zaczynamy dalszą pracę.

Godzina 3:00

Wraz z dr Anną Pawłowską zapoznajemy się szybko z historią choroby pierwszej osoby z listy, po chwili dzwonimy do stacji dializ. Lekarz dyżurny zaspasany, jednak w głosie daje się wyczuć radość, jego rolą jest wykonanie telefonu do pacjenta i zapytanie o stan zdrowia, a następnie potwierdzenie, że pacjent jest gotowy do zabiegu przeszczepienia. Musi wezwać go do stacji dializ, wykonać badania i dać nam szybko odpowiedź.

Godzina 3:40

Wykonujemy telefon do stacji dializ drugiego pacjenta z listy. Chory jest w dobrym stanie, czuje się świetnie. Tak jak w poprzednim przypadku zostanie poproszony o przyjazd do stacji dializ i po wykonaniu stosownych badań istnieje





duże prawdopodobieństwo, że po dializie przygotowawczej, jeśli tego wymaga, zostanie wstępnie zakwalifikowany do przeszczepienia. Ostateczna kwalifikacja odbędzie się w naszym Szpitalu po przyjeździe pacjenta i przeprowadzeniu badań kwalifikujących.

Godzina 4:20

Oddzwania lekarz dyżurny stacji dializ pierwszego pacjenta z listy typowania tkankowego, niestety ma niepokojące wieści – pacjent nie odbiera telefonu, nie można się z nim skontaktować. Obiecuję próbować za wszelką cenę dalej do niego dzwonić. Krótka narada z dr Pawłowską, zapada decyzja. Cóż, dzwoniemy do trzeciej osoby z listy. Informujemy lekarza stacji dializ, że 3-ci pacjent na liście aktualnie rozpatrywany jest jako rezerwowo do przeszczepienia, cała procedura w tym wypadku musi toczyć się w sposób identyczny, jakby pacjent miał być przeszczepiony. Na szczęście chory

wyraża zgodę i czeka w stacji dializ na ostateczną decyzję. Czy dostanie szansę na przeszczep i „drugie życie”?

Godzina 7:20

Nie możemy dłużej czekać, informujemy lekarza stacji dializ pierwszego pacjenta z listy, że nie bierzemy go już pod uwagę. Niestety dziś stracił swoją szansę na przeszczepienie. Musimy działać. Trzeci pacjent na liście typowania tkankowego czuje się dobrze, wykonane badania potwierdzają jego dobry stan zdrowia. Czeka nas kolejny etap koordynacji. Liczymy odległość pacjentów do Ośrodka WSS w Olsztynie, czas ukończenia dializy – będzie potrzebne użycie transportu lotniczego. Około godziny 12:00 pacjent z Sanoka powinien wylądować w Malborku, trzeba wysłać karetkę z Olsztyna, aby mogła go przywieźć do naszego Szpitala. Około godziny 13:00 pacjent spodziewany jest w Szpitalu. Telefony się urywają. Drugi pacjent z listy przyjedzie karetką. Także powinien pojawić się o godzinie 13:00 w Szpitalu.



Ustalamy z zespołem bloku operacyjnego, dr. hab. Maciejem Słupskim, dr. Jackiem Andruszkiewiczem, dr. Wojciechem Barczakiem, dr. Krzysztofem Kulikowskim i dr. Romualdem Fidychem, że spró-

bujemy wykonać niecodzienny zabieg. Postaramy się skoordynować zabieg przeszczepienia tak, jak w przypadku przeszczepień od dawców rodzinnych, aby do minimum skrócić czas niedokrwienia narządu – czyli pobranie będzie zgrane z przeszczepieniem „ze stołu na stół”, bez długiego przechowywania nerki w lodzie i związanym z tym zimnym niedokrwieniem narządu z jego negatywnymi konsekwencjami.

O godzina 13:00 zespoły transplantacyjne mają być gotowe. Dyżur w Warmińsko-Mazurskim Biurze Koordynacyjno-Organizacyjnym ds. Transplantacji zaczyna dr Małgorzata Braczkowska. Wraz z dr Marią Naporą przejmą opiekę nad pacjentami i ostateczną ich kwalifikacją do zabiegu. Wszyscy się spieszą. Udaje się sprawnie skoordynować całą akcję transplantacyjną. Pacjenci, którzy przyjechali do Ośrodka WSS w Olsztynie zostali ostatecznie zakwalifikowani do przeszczepienia. Czas na sprawne wykonanie badań i przygotowanie pacjentów przez personel pielęgniarski w naszym Oddziale Chirurgii.

Godzina 13:00

Spotykamy się na sali operacyjnej. Biorca zostaje znieczulony, a my przystępujemy do działania.

Godzina 15:20

Z sali operacyjnej wylania się dr Jacek Andruszkiewicz, który przynosi pobraną nerkę. Pierwszy pacjent zostaje przeszczepiony.

Godzina 17:30

Na blok operacyjny wjeżdża kolejny pacjent.

Ktoś obliczył, że w jednej akcji transplantacyjnej, w tym samym czasie w całym kraju zaangażowanych jest ok. 60 osób. Ogromny stres, presja czasu, adrenalina towarzysząca wielogodzinnym koordynacjom spędzonym w pracy, na koniec uśmiech pacjenta, któremu życie ma szansę zmienić się diametralnie – tak, to jest to, za co kochamy tę pracę.

Dziękuję całemu Zespołowi Transplantacyjnemu, biorącemu udział w dotychczasowych koordynacjach pobrania i przeszczepienia nerek w naszym Szpitalu i to właśnie Im dedykuję tę prawdziwą akcję przeszczepienia, uwiecznioną na piśmie.

mgr Marta Jaworska
koordynator regionalny
ds. transplantologii

Twoja krew – moje życie

Odbiorcami krwi i jej składników są szpitale, kliniki oraz instytuty dokonujące tysięcy skomplikowanych operacji, przeszczepów i innych zabiegów, do przeprowadzania których niezbędna jest krew – bezcenny, niezastąpiony lek – dar serca.

Krew jest niezbędna nie tylko ofiarom wypadków, ale także cierpiącym na szereg poważnych chorób. Potrzebują jej zarówno pacjenci Oddziału Hematologicznego cierpiący na choroby krwi, np. białaczkę, jak też pacjenci innych oddziałów, głównie zabiegowych, np. chirurgii i ortopedii. O skali potrzeb świadczy fakt, że co roku w całej Polsce wykonuje się 1,8 mln przetoczeń w postaci przetworzonych składników lub jako krew pełna, co pozwala ratować życie i zdrowie. Jej źródłem jest zdrowy człowiek!

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (RCKiK) w Olsztynie organizuje wyjazdowe akcje pobierania krwi. Dociera w ten sposób do dawców, którzy z różnych przyczyn nie mogą przyjechać do RCKiK w Olsztynie. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, jako jedna z największych i zabiegowych placówek medycznych w regionie oraz jako jedna z największych odbiorców krwi od RCKiK

W okresie letnich wakacji przed Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Olsztynie stanęło kolejny raz trudne zadanie zapewnienia ciągłości zabezpieczenia w krew szpitali w województwie warmińsko-mazurskim. Jak co roku ogromną pomocą służyły nam lokalna prasa, radio i telewizja. Każde dodatkowe działanie, mające zachęcić do oddania krwi, szczególnie w okresie jej niedoboru jest godne podkreślenia i promowania. Z taką inicjatywą wystąpił w tym roku nasz największy w województwie odbiorca krwi – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie. Dzięki działaniom promocyjnym, WSS w Olsztynie, w dniach 10 lipca, 7 sierpnia i 16 września zorganizował na terenie szpitala akcje poboru krwi, podczas których zgłosiło się 61 chętnych do jej oddania. W mobilnym punkcie poboru pracownicy RCKiK pobrali krew od 47 zakwalifikowanych osób, pozyskując dodatkowe 22 litry krwi.

Dziękujemy za podjęcie inicjatywy wspierającej działania na rzecz honorowego krwiodawstwa dla ratowania życia innych ludzi.

Z upoważnienia
Dyrektora RCKiK w Olsztynie

Jolanta Walenciak

w Olsztynie i w tym roku aż trzykrotnie wpisała się w kalendarz akcji wyjazdowych poboru krwi. 10 lipca, 7 sierpnia oraz 16 września czerwony ambulans RCKiK stanął na posesji szpitala. Dzięki zorganizowanej akcji informacyjnej na nasz apel odpowiedziało 61 osób i w ten sposób udało nam się zebrać 22 litry krwi.

Nie ma wątpliwości, że okres wakacji jest trudnym czasem dla banków krwi. Młodzież szkolna, studenci oraz honorowi dawcy krwi, którzy często oddają krew, w okresie wakacyjnym mniej licznie odwiedzają punkty RCKiK w Olsztynie. Wzrasta również liczba wypadków komunikacyjnych, co wiąże się ze wzrostem zapotrzebowania na krew w szpitalach.

Krew i preparaty krwiopochodne należą do najczęściej stosowanych środków leczniczych, a przetoczenie krwi jest najbardziej rozpowszechnionym przeszczepem. Krew jest niezbędna w wielu różnych przypadkach, a bez niej skuteczne leczenie byłoby niemożliwe. Pomimo rozwoju biologii molekularnej, a nawet otrzymywania białek osocza metodami inżynierii genetycznej, w najbliższym czasie jedynym źródłem krwi będą krwiodawcy. Co prawda obecnie prowadzone są badania nad preparatami, które mogłyby przejąć czynność przenoszenia tlenu w organizmie podobną do roli, jaką pełnią czerwone krwinki, ale sztuczna krew to jeszcze bardzo odległa przyszłość. Dlatego jeszcze raz podkreślić trzeba, że jedyną nadzieją w tych, którzy chcą swoją krwią dzielić się z innymi.

Krwii nie można oddać w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. Jedyną placówką



uprawnioną do pobierania krwi od dawców jest RCKiK oraz jego oddziały terenowe. To ta instytucja zaopatruje w krew wszystkie szpitale. Ze swojej strony pozostaje nam apelować do wszystkich, aby decydowali się na honorowe oddawanie krwi, zwłaszcza przed dłuższymi świętami i wakacjami, kiedy część stałych krwiodawców wyjeżdża na urlopy. Wtedy liczy się każda kropla.

Magdalena Kantorczyk

Tylko 15% populacji polskiej posiada grupę krwi Rh ujemną, dlatego też stacje krwiodawstwa borykają się z niedoborami w tych grupach. Osoby, które posiadają grupę krwi Rh ujemną szczególnie proszone są o systematyczne oddawanie krwi.

Nie bierz wolnego od życia



Bycie seniorem w obecnych czasach nabiera nowego znaczenia. Żyjemy coraz dłużej, w dużym tempie i stresie, jednocześnie pragnąc jak najdłużej zachować sprawność. Ale co zrobić, gdy nasze zdrowie podupada i pojawia się ból stawów? Wielu ludzi przyzwyczało się do tego stanu, pędzą dalej, rezygnując z komfortu życiowego nie wiedząc, że jest na to inne lekarstwo, niż tabletki przeciwbólowe.

W ramach 12. Olsztyńskich Dni Nauki i Sztuki Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie zorganizował spotkanie edukacyjne i warsztaty pod hasłem: „Usprawnić życie seniora”. W spotkaniu wzięli udział emerytowani pracownicy Szpitala, jak również seniorzy z Olsztyna i okolic, ale także i uczniowie 1 LO w Olsztynie, którzy swoją przyszłość wiążą z medycyną.

Dr Marek Szwabowicz oraz dr Mariusz Siergiej, ortopedzi z Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Chirurgii Kręgosłupa skupili się na endoprotezoplastyce stawu kolanowego i biodrowego. Dr Marek Szwabowicz poruszył problem profilaktyki zdrowia, a także w przystępny sposób zaprezentował uczestnikom nowoczesne i skuteczne metody leczenia, które umożliwiają szybki powrót do zdrowia. Z kolei dr Mariusz Siergiej, w trakcie emisji filmu dokumentującego operację wszczęcia protez stawu biodrowego i kolanowego, w prosty i zrozumiały dla gości sposób komentował zabieg.

– Chciałabym zostać lekarzem, dzisiaj film przedstawiający zabieg wszczęcia protez wywołał na mnie wielkie zdziwienie – mówi Agata, uczennica 1 LO w Olsztynie. – Nie spodziewałam się, że używa się przy operacji takich narzędzi jak młotki, wiertarki, czy piły.

– Wcześniej oglądałem podobne dokumenty z operacji kolana, jednak przyznaję, że nie wygląda to tak, jak sobie wyobrażałem – mówi Paweł Krajewski, uczeń 1 LO w Olsztynie. – Takie spotka-



Nasi Seniorzy nie zawiedli

nia na pewno są młodzieży potrzebne. W naszej klasie, o profilu biologiczno-chemiczno-matematycznym wszyscy mówili, że pójdą na medycynę i zostaną lekarzami. Po dzisiejszym spotkaniu dużo ludzi stwierdziło, że jednak musi zweryfikować swoje plany. Zobaczyli, że praca lekarza to wielka odpowiedzialność za ludzkie życie i zdrowie, to również ogromna wytrzymałość psychiczna. Uczestnicy spotkania poznali nowoczesne metody lecznicze, umożliwiające utrzymanie pełnej sprawności pomimo podeszłego wieku. Okazało się, że pa-

cjent nie musi rezygnować z dotychczasowego trybu życia, przyzwyczajęń i aktywności, a współczesna medycyna pozwala dłużej cieszyć się życiem.

Swój wkład w tegoroczne spotkanie miał również dr Piotr Siwik, ordynator Oddziału Rehabilitacyjnego, który swoim wykładem: „Bóle kręgosłupa – czy jest na to lekarstwo?” pobudził, szczególnie młodych ludzi, do większego dbania o siebie „dziś”, aby w przyszłości nie mieć problemów z kręgosłupem. W zorganizowanych po wykładach warsztatach wzięło udział ponad 70





osób, a chęć zgłosiło znacznie więcej, niż były w stanie pomieścić sale seminaryjne Szpitala. Dr Piotr Siwik, wraz z mgr Agnieszką Adamowicz - fizjoterapeutą, demonstrowali widzom jak wykonywać podstawowe i, wydawać by się mogło, proste czynności, aby w należyty sposób o siebie zadbać.

Na koniec, wśród wszystkich uczestników rozlosowano drobne upominki.

– Dzisiejsze spotkanie jest świetnym przeglądem postępu w dziedzinie ortopedii. Postęp jest obopólną satysfakcją, zarówno dla lekarza, jak i dla pacjenta. Lekarz ma większe możliwości diagnostyczne i terapeutyczne, a tym samym może więcej pomóc choremu i cierpiącemu człowiekowi – mówi uczestnik spotkania dr Leonard Januszko, specjalista w zakresie rehabilitacji, wieloletni ordynator Oddziału Rehabilitacyjnego WSS w Olsztynie. – Takie spotkania przybliżają mieszkańcom Olsztyna medycynę, pokazują, w jaki sposób szpital się rozwija. Pamiętajmy, że zawsze najważniejsi są przede wszystkim ludzie – ich zdolności, umiejętności i wiedza.

Lek. Mariusz Siergiej, ortopeda

– Społeczeństwo się starzeje, a liczba osób, które wymagają leczenia endo-

protezoplastyką wzrasta w zastraszającym tempie i jest to problem społeczny. Z drugiej strony coraz mniej lekarzy wybiera specjalizację z zakresu ortopedii, która jest coraz trudniejsza, wymagająca, fizycznie ciężka, ale przez to również ciekawa. Mimo, że mamy panie w zawodzie, to nie ukrywam, że jest to specjalizacja i praca dla mężczyzn sprawnie fizycznych. Jednak zachęcam młodych ludzi do specjalizacji w tej dziedzinie, bo jest to zawód, który daje bardzo dużo satysfakcji, szczególnie jak się widzi np. dzień, czy dwa dni po zabiegu pacjenta, który się uśmiecha z radością, bo w końcu przestało boleć, albo może znowu samodzielnie i sprawnie chodzić. Naprawdę warto.

Lek. Marek Szwabowicz, ortopeda

– Dlaczego potrzebne są takie spotkania? Są ludzie, którzy nie zdają sobie sprawy, że nie muszą cierpieć i żyć z nieustającym bólem kolana, czy biodra. Nie wiedzą, że powinny zgłosić się do lekarza, bo są metody i techniki, które pozwolą uniknąć im tego bólu i żyć w dobrej sprawności jeszcze przez wiele lat. Drugą ważną kwestią jest szerzenie zdrowego stylu życia i dbania o siebie.

Współczesna medycyna i leki bardzo przedłużyły nam życie i ocenia się, że jego przedłużenie jest dalej możliwe, a to za sprawą profilaktyki chorób, propagowania aktywności fizycznej, jak też unikania przyczyn chorób. Na tym polu jednak mamy na pewno jeszcze wiele do zrobienia, bo ludzie nie zdają sobie sprawy, ile od nich samych zależy. Dzięki emisji filmu ukazującego endoprotezoplastykę kolana i biodra pokazaliśmy uczestnikom spotkania rzeczywistość. Jak wyglądają takie operacje, na czym polegają, aby wiedzieli, czego oczekujemy po leczeniu operacyjnym. Pacjent musi wiedzieć, że jest to inwazyjna procedura, że może czasami warto, jeżeli nie jest jeszcze za późno, spróbować metod nieoperacyjnych.

Nie możemy trzymać medycyny „za zamkniętymi drzwiami szpitala”. Ludzie powinni być świadomi, że można im pomóc i wcześniejsze zgłoszenie się do lekarza może uwolnić ich od dolegliwości bólowych lub zapobiec rozwojowi choroby. Dysponujemy nowoczesnym sprzętem, blokiem operacyjnym, wykonujemy wszystkie nowoczesne metody diagnostyczne, terapeutyczne i pragniemy to pokazywać. Mamy naprawdę duże osiągnięcia i chcemy, żeby pacjenci o tym wiedzieli, mieli większe zaufanie



Dr Mariusz Siergiej



Dr Mateusz Szwabowicz



do lekarzy i do tego, co robimy. A to można osiągnąć tylko przez obopólny, dobry kontakt, rozmowę, wyjście do ludzi i prezentację tego, co robimy i czym się zajmujemy.

Lek. Piotr Siwik, ordynator Oddziału Rehabilitacyjnego WSS w Olsztynie

– Oczekiwania wielu pacjentów z bólami kręgosłupa wiążą się z zabiegami wykonanymi na nich (można powiedzieć, że oddają się w ręce fachowców i teraz inicjatywa jest po stronie medyków). Powodzenie terapii w ich mniemaniu zależy od profesjonalizmu lekarzy i fizjoterapeutów oraz od możliwości w miarę częstego korzystania z zabiegów. W mojej prezentacji chciałbym przesunąć akcenty na profilaktykę



Dr Piotr Siwik



i uświadomienie, że bez zmiany zachowań i wyuczenia prawidłowych pozycji przyjmowanych w ciągu całej doby niemożliwe jest uzyskanie trwałych efektów nawet najlepszych sposobów terapii. To pacjent staje się kompetentnym współterapeutą, rozumiejącym sygnały z organizmu i potrafiącym wcześniej reagować, zanim trafi do specjalisty. W dzisiejszym świecie pozycja siedząca znacznie zdominowała większą część

spędzanego przez nas czasu. Pierwszym ratunkiem dla bolącego kręgosłupa jest ruch i powrót do pozycji wyprostowanej, w której kręgosłup odzyskuje swoje fizjologiczne krzywizny. Korzystanie z właściwie dobranego krzesła, materaca i poduszki, to gwarancja komfortu wstawania bez bólu po wypoczynku.

Magdalena Kantorczyk



Spotkania z nauką i sztuką

Od kilkunastu wydarzeń do prawie 400 – tak na przestrzeni 12 lat zmieniały się Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki, które już na stałe wpisały się w kalendarz jesiennych wydarzeń Olsztyna.

O tym, jak Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki ewoluowały oraz jak wiele instytucji – również medycznych – angażuje się w to przedsięwzięcie, wypowiedział się prof. Jerzy Jaroszewski, prorektor ds. nauki Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

– Dni Nauki i Sztuki to wydarzenie, które stało się jesienną atrakcją Olsztyna. Skąd wziął się pomysł na zorganizowanie tego wydarzenia?

– To była inicjatywa Uniwersytetu. Dwanaście lat temu każdy wydział zorganizował we własnym zakresie kilka wydarzeń. Uczestniczyły w nich głównie osoby związane z UWM. Przez te wszystkie lata Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki bardzo się zmieniły. Do 2009 roku były to Olsztyńskie Dni Nauki. W 2009 roku ze struktur uczelni wyodrębnił się Wydział Sztuki dlatego też rozszerzyliśmy nazwę. Trzeba jednak nadmienić, że wydarzenia artystyczne były obecne również we wcześniejszych latach. W tym roku przygotowaliśmy ponad 390 różnych imprez. Dla porównania w roku ubiegłym było ich o 100 mniej. Wśród tych wydarzeń znajdą się pokazy, prezentacje, wykłady na wesoło, wycieczki, konkursy, przedstawienia teatralne, a także koncert. Przez trzy dni będziemy popularyzować naukę w przystępnej i niecodziennej formie. Na pewno każdy – niezależnie od wieku – znajdzie dla siebie coś, co go zainteresuje.

Jest to możliwe dzięki pracownikom uczelni, ale nie tylko. Korzystamy również z potencjału instytucji kulturalnych, naukowych oraz medycznych, które chcą angażować się w to przedsięwzięcie. Z roku na rok to grono się powiększa. Obecnie mamy aż 29 partnerów, a Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki odwiedza ponad 20 tys. osób.

– Jak wiele jednostek medycznych zaangażowało się w Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki?

– Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy oraz Wydział Nauk Medycznych.

– Jaka jest rola WSS w Olsztynie w organizacji tego przedsięwzięcia i czy cieszy się dużym zainteresowaniem?

– Wojewódzki Szpital Specjalistyczny angażuje się w Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki od 2007 r. W ciekawy sposób porusza kwestie związane ze zdrowiem. Wystawy, wykłady i warsztaty organizowane przez Wojewódzki Szpital Specja-



listyczny cieszą się ogromnym zainteresowaniem zarówno pacjentów szpitala, jak i młodzieży z Uniwersytetu i szkół ponadpodstawowych.

Pierwszym wydarzeniem była wystawa „Poczet chorób królów polskich” prezentująca choroby jakie niejednokrotnie były przyczyną śmierci naszych władców, a które dzisiaj, dzięki rozwojowi medycyny są już leczone. Interesująca była również wystawa „Nie poznamy prawdy nie znając przyczyny”. Szpital prezentował wówczas wyspospecjalistyczne metody diagnostyczne, które wykonuje. Olsztyński szpital poruszał również zagadnienia zdrowego żywienia i konsekwencji, jakie wynikają z nadwagi. W tym roku swoje warsztaty i wykłady skierował do seniorów, aby mogli cieszyć się pełnym i aktywnym życiem. Specjaliści ortopedii, rehabilitacji i fizjoterapii pokazali, jak należy dbać o siebie, aby w przyszłości nie mieć problemów ze zdrowiem.

– Udało się Państwu zaktywizować wiele środowisk przy organizacji tego przedsięwzięcia. Jakie są Wasze plany, marzenia związane z organizacją Olsztyńskich Dni Nauki i Sztuki w kolejnych latach?

– Chcemy, aby w Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki zaangażowało się jeszcze więcej instytucji, nie tylko z Olsztyna. W tegorocznym programie znajdzie się np. najnowsza wystawa Centrum Nauki Kopernik, podczas której przekonamy się, że nasz umysł można sprytnie oszukać. Przypuszczam, że dużą popularnością będzie cieszyła się również największa w Polsce wystawa robotów. Cenimy sobie bardzo również to, że z roku na rok przybywa wydarzeń. Jak wielkie jest zainteresowanie Olsztyńskimi Dniami Nauki i Sztuki świadczy fakt, że pierwszego dnia rejestracji na imprezy limitowane odnotowaliśmy 1466 odwiedzin strony internetowej Festiwalu, a 90% z nich została już zarezerwowana.

Red.



Problemy i wyzwania w profilaktyce zakażeń szpitalnych cz. II

Zakażenia w oddziale hematologii

Pacjenci leczeni w oddziale hematologicznym ze względu na charakter schorzeń oraz w następstwie stosowanego leczenia są szczególnie narażeni na wystąpienie powikłań infekcyjnych. Zakażenia stanowią najczęstszą przyczynę niepowodzeń terapii.

Choroby nowotworowe krwi doprowadzają u niemal wszystkich chorych do depresji układu immunologicznego. Nasz system odpornościowy pozwala na obronę przed wirusami, grzybami i bakteriami wszechobecnymi wokół nas oraz dzięki układowi pamięci immunologicznej daje w przyszłości szansę na „odświeżenie” reakcji odpornościowej i łatwiejszą walkę z zakażeniem. Tak dzieje się w zdrowym organizmie. Niestety choroba krwi oraz stosowane leczenie powodują bezbronność i podatność na infekcje. Można powiedzieć, że wszystko im „sprzyja” neutropenia i limfopenia, uszkodzenia błon śluzowych i skóry, chemioterapia, radioterapia, wkłucia, cewniki. Bardzo ważna jest profilaktyka zakażeń, która polega na

wysokiej higienie pacjenta i personelu medycznego, szczególnej dbałości o zachowanie zasad aseptyki oraz antyseptyki w oddziale, izolacji chorych z aktywnym zakażeniem, a w szczególnych przypadkach założeniu ścisłego reżimu sanitarnego.

Częste pobyty w oddziałach szpitalnych, kontakt z innymi chorymi, wielokrotne stosowanie antybiotyków powodują, że chorzy z chorobami krwi znacznie trudniej poddają się terapii i wymagają coraz silniejszych antybiotyków, na ogół zresztą kilku jednocześnie (antybiotykoterapia empiryczna szeroko spektralna).

Najważniejszym pojedynczym czynnikiem ryzyka infekcji u pacjentów hematoonkologicznych jest neutropenia, czyli obniżona liczbagranulocytów obojętnochłonnych (neucytów). Poza ich zmniejszeniem ryzyko zakażenia w tej grupie chorych mogą nasilać zaburzenia funkcji fagocytów oraz inne niedobory odporności (np. humoralnej). Grupą pacjentów o szczególnie dużym ryzyku zakażeń są chorzy poddawani

przeszczepieniom komórek krwiotwórczych, zwłaszcza od dawców niespokrewnionych. W okresie rzeczywistej neutropenii, głównymi przyczynami zakażeń są bakterie – tlenowe Gram(+), ziarenkowce i tlenowe Gram(-), pałeczki oraz grzyby, które najczęściej są przyczyną infekcji wtórnych, ale w określonych sytuacjach mogą wywoływać zakażenia pierwotne. U pacjentów poddanych leczeniu immunosupresyjnemu dodatkowo ważnymi patogenami są drobnoustroje atypowe (np. *Pneumocystis jirovecii*, dawniej *P. carinii*) i wirusy. Prawidłowa odpowiedź na wniknięcie patogenu zależy od sprawnej funkcji granulocytów.

U pacjentów z neutropenią objawy mogą być bardzo słabo wyrażone lub nieobecne, zwłaszcza, gdy towarzyszy jej niedokrwistość. Najczęściej występującym objawem infekcji u pacjenta z neutropenią jest gorączka.

Od połowy lat 80. ubiegłego wieku stwierdza się przewagę bakterii Gram-dodatnich wśród patogenów izolowanych z krwi pacjentów hematoonkologicznych z gorączką neutropeniczną. Stanowią one 60–70% przyczyn bakteriemii.

Są to w kolejności: koagulazoujemne gronkowce – 33%, *Staphylococcus aureus* (w tym szczepy MRSA) – 15%, paciorkowce zieleniejące – 10%, *Micrococcus species* – 8%, paciorkowce beta-hemolizujące – 8%, *Corynebacterium species* – 6% i *Streptococcus pneumoniae* – 4%. Pozostałe występują zdecydowanie



rzadziej. Trzeba jednak pamiętać, że każdy oddział/szpital ma „swoje” patogeny.

Wzrastającej tendencji występowania zakażeń patogenami Gram-dodatnimi w tej grupie pacjentów sprzyjają:

- coraz powszechniejsze stosowanie centralnych cewników żylnych w procedurach medycznych,
- stosowanie schematów intensywnej chemioterapii lub chemioradioterapii z ich głównym powikłaniem w postaci uszkodzenia błon śluzowych jamy ustnej i całego przewodu pokarmowego, stosowanie w profilaktyce gorączki neutropenicznej fluorochinolonów starszej generacji (np. ciprofloksacyna), co zmniejszyło częstość i ciężkość zakażeń bakteriami Gram-ujemnymi, ale nie stwierdzono takiego wpływu na bakterie Gram-dodatnie,
- powszechne stosowanie blokerów histaminy i inhibitorów pompy protonowej!

Według niektórych autorów w ostatnich latach obserwuje się stopniowy wzrost częstości zakażeń drobnoustrojami Gram-ujemnymi – mniej więcej o 3-4% rocznie w określonych populacjach pacjentów zwłaszcza z długotrwałą neutropenią.



Zakażenie u pacjentów z neutropenią może mieć różny przebieg – od bezobjawowego do gwałtownie rozwijającej się posocznicy z towarzyszącym wstrząsem i śmiercią chorego przed zidentyfikowaniem patogenu. W walce z tymi groźnymi powikłaniami opracowano standardy postępowania.

Przy podejmowaniu decyzji należy brać pod uwagę:

- spodziewany czas trwania neutropenii,

- choroby współistniejące (cukrzyca, niewydolność nerek, przewlekłe zapalenie wątroby),
- udokumentowane infekcje w czasie poprzedniego epizodu neutropenii u danego pacjenta,
- choroba nowotworowa w fazie remisji,
- warunki socjalno-ekonomiczne pacjenta,
- obecność centralnego cewnika żylnego.

Zakażenia grzybicze są drugim pod względem częstości występowania powikłaniem infekcyjnym u pacjentów hematologicznych z gorączką neutropeniczną. U około 30% pacjentów z ciężką neutropenią gorączkujących powyżej pięciu dni występuje układowe zakażenie grzybicze. Najczęstszą przyczyną zakażeń są grzyby z rodzajów *Candida spp.* i *Aspergillus spp.* Zdecydowanie rzadziej przyczyną zakażeń u pacjentów z neutropenią są grzyby z rodzajów: *Fusarium spp.*, *Zygomycetes spp.* (*Mucor*), *Cryptococcus* i inne. Rozpoznanie zakażenia grzybiczego u pacjentów z ciężką neutropenią nadal jest istotnym problemem klinicznym. Dlatego rozpoznanie grzybicy układowej jest stawiane zbyt rzadko i często niestety za późno! U chorego z neutropenią leczonego nieskutecznie antybiotykami o szerokim spektrum, u którego gorączka trwa powyżej 96 godzin, zawsze należy podejrzewać zakażenie grzybicze zwłaszcza, jeśli otrzymywał leczenie immunosupresyjne w ciągu ostatnich 30 dni.

Zasady leczenia gorączki neutropenicznej

Gorączka u pacjenta z neutropenią jest bezwzględny wskazaniem do empirycznego zastosowania antybiotyków dożylnych o szerokim spektrum działania, gdyż obecnie dostępne badania diagnostyczne nie są wystarczająco szybkie, czułe ani swoiste, by odpowiednio wcześniej zidentyfikować lub wykluczyć zakażenie w tej grupie chorych. U każdego pacjenta z gorączką neutropeniczną należy wykonać:

- bardzo dokładne badanie przedmiotowe ukierunkowane na poszukiwa-

nie ewentualnych ognisk zakażenia,

- badanie morfologii krwi, podstawowe badania biochemiczne oceniające wydolność nerek, wątroby; CRP,
- badania obrazowe – minimum to badania radiologiczne klatki piersiowej i ultrasonograficzne jamy brzusznej, optymalne byłoby wykonanie tomografii komputerowej zatok obocznych nosa, narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej (tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości ujawnia obecność zakażeń u ponad połowy pacjentów z prawidłowym wynikiem rtg klatki piersiowej!),



- badania mikrobiologiczne – wstępne posiewy krwi dwukrotnie z żyły obwodowej i jednokrotnie z centralnego cewnika żylnego (ważne, aby pobrać pierwsze próbki materiału do badań mikrobiologicznych przed podaniem antybiotyku), posiew moczu, ewentualnie posiewy z innych okolic (nosogardła, zatok, odbytu, gdy są określone objawy zakażenia).

Przy wyborze antybiotyku w empirycznym leczeniu I linii gorączkującego pacjenta z neutropenią należy przede wszystkim kierować się sytuacją epidemiologiczną danego ośrodka – częstością zakażeń określonymi patogenami i ich lekowrażliwością. Poza leczeniem empirycznym bardzo ważne jest przestrzeganie prawidłowej polityki antybiotykowej w celu zapobiegania selekcji szczepów opornych oraz bezwzględne przestrzeganie zasad higieny szpitalnej (mycie rąk, izolacja chorych, aseptyka, antyseptyka).

dr n. med.

Małgorzata Wojciechowska

Ordynator Oddziału Hematologicznego
WSS w Olsztynie

Pamięć i jej zagadki cz. 14



Często działamy w warunkach stresowych. Niekiedy reakcja stresowa paraliżuje lub znacznie utrudnia wykonanie zadania. Nasze zdolności pamięciowe są wówczas znacznie ograniczone. W innych sytuacjach stres działa motywująco, świetnie zapamiętujemy wykonane czynności oraz towarzyszące temu zdarzenia. Jaka jest rola reakcji stresowej na nasze zdolności pamięciowe?

W ostatnim odcinku zajmowaliśmy się dramatycznymi przypadkami pozostawiania dziecka w nagrzanym samochodzie. Jedno z wyjaśnień tego zjawiska wskazuje na zapominanie pod wpływem oddziaływania czynników stresogennych lub wprost stresu. Krótko mówiąc, stres może osłabiać zdolności pamięciowe. Okazuje się jednak, że sprawa jest bardziej złożona, a relacje pomiędzy zjawiskiem stresu i pamięcią są nie tylko negatywne. Współczesne badania sugerują, że stres odgrywa podwójną rolę w procesach pamięciowych. Krótkotrwały i umiarkowany stres może znacznie poprawiać zapamiętywanie i przypominanie niektórych informacji. Z kolei chroniczny i silny stres upośledza funkcje pamięci. W tym odcinku zajmiemy się pozytywnymi efektami reakcji stresowej na pamięć.

W SKRÓCIE

- krótkotrwała i umiarkowana reakcja stresowa może wzmacniać zdolności pamięciowe
- kluczowym czynnikiem wzmacniającym zapamiętywanie i przypominanie informacji w reakcji stresowej jest czas wystąpienia takiej reakcji – najlepiej jednocześnie lub bezpośrednio po wystąpieniu danego zdarzenia

Stresowa pamięć

Praktycznie wszystkie nasze zapisy pamięciowe są przechowywane w sieciach neuronalnych. Część z tych zapisów jest uprzywilejowana przez stałe ich wykorzystywanie, jak to ma miejsce np. przy posługiwaniu się telefonem. Inne zapisy z czasem słabną, gdyż są zbędne i nie wymagają aktualizacji. Wzmocnienie lub osłabienie śladów pamięciowych odbywa się także pod wpływem pewnego markera emocjonalnego, zwanego reakcją stresową. Taka reakcja oznacza specyficzny stan pobudzenia organizmu. Generalny schemat akcji jest następujący. Czynniki stresogenny czy stan zagrożenia aktywizuje podwzgórze,

które włącza dwa systemy alarmowe. Pierwszy z nich – układ współczulny – działa szybko, włącza rezerwy organizmu do dodatkowego wysiłku i skupia całą uwagę na rejestrowanym zagrożeniu. To dlatego widząc zbliżającego się jegomościa z groźną miną czujemy m.in. przyspieszone bicie serca oraz nie zastanawiamy się w tym czasie nad tym, gdzie zjemy obiad. System współczulny powoduje m.in. wydzielanie hormonów stresu, adrenaliny i noradrenaliny w rdzeniu nadnerczy. Natomiast drugi system działa znacznie wolniej. To tzw. oś podwzgórze – przysadka mózgowa – kora nadnerczy. Efektem aktywności tego systemu jest produkcja najważniejszego hormonu stresu – kortyzolu, który wspomaga działanie pierwszego systemu alarmowego i przygotowuje organizm do wygaszenia reakcji stresowej. Dlatego przyspieszone bicie serca w końcu mija po zauważeniu, że wspomniany jegomość skierował swój gniew w innym kierunku.

Alarmowe odpowiedzi na stan zagrożenia pośrednio wpływają na systemy pamięci. W szybkiej odpowiedzi alarmowej ulegają poprawie funkcje uwagi, która sprzyja kodowaniu materiału. Natomiast w wolnej odpowiedzi alarmowej kortyzol wspomaga utrwalanie śladów pamięciowych i eliminowanie informacji nieistotnych dla sytuacji stresowej. Dodatkowo, hormony stresu aktywizują także te obszary mózgu, które są kluczowe dla powstawania i przechowywania śladów pamięciowych (hipokampy, ciała migdałowe i obszary kory przedczołowej – na ten temat zob. poprzednie odcinki z naszej serii o zagadkach pamięci). Odbywa się to przez wzmacnianie połączeń między neuronami. Ostatnie badania wskazują, że w grę nie tylko wchodzi substancje pośredniczące w pobudzeniu neuronalnym (tzw. neuroprzekazniki), ale także specjalne białko stabilizujące przetrzeźnienia między neuronami, zwane cząsteczkami adhezyjnymi. Podczas reakcji stresowej aktywuje się m.in. białko adhezyjne w hipokampach, które głównie odpowiadają za utrwalenie śladu pamięciowego.

Opisany pobieżnie proces ma także znaczenie przystosowawcze. Zwiększona wydolność pamięci podczas reakcji stresowej służy przyszłemu uniknięciu zagrożenia lub szybkiemu przygotowaniu metod obrony. System nerwowy zapamiętuje ważne zdarzenie i w zbliżonych warunkach włącza reakcję nawet bez wiedzy i przyzwolenia jego właściciela.

Automatyczna pamięć negatywna

Mechanizm wzmacniania śladów pamięciowych w warunkach stresu nie zawsze jest przyjemny. Tak jest w sytuacji powstawania bezwarunkowego odruchu emocjonalnego (wyuczenia się automatycznej reakcji np. awersji do jakiegoś bodźca). Przykładowo, osoba badana znajduje się w pomieszczeniu, w którym rozpyła się neutralny zapach. Taki zapach początkowo nie wzbudza reakcji stresowej. Zaraz potem badany otrzymuje do wykonania zadania, np. wygłoszenie jako laika przemówienia o globalnym ociepleniu. W tym czasie dochodzi już do wystąpienia reakcji stresowej, gdyż m.in. wzrasta tętno i zwiększa się ciśnienie tętnicze. Wspomniany neutralny zapach nagle staje się nieznosny dla osoby badanej. Po tygodniu od opisywanego badania ponownie wprowadza się osobę badaną do pomieszczenia i – co się okazuje – wyłącznie i tylko wyłącznie rozpylony zapach wywołuje reakcję stresową. Badany nie musi wykonywać żadnych zadań, jego układ nerwowy zapamiętał stresującą sytuację przez skojarzenie z zapachem. Kolejna ekspozycja zapachu wyzwała błyskawiczną reakcję typu „walcz lub uciekaj”. Taka reakcja jest tak silna, że nawet chłodna analiza o rzeczywistym braku zagrożenia („to tylko zapach”) długo nie likwiduje reakcji stresowej.

Inne korzyści stresu

Są też inne dowody wpływu reakcji stresowej na zdolności pamięciowe. Larry Cahill i James McGaugh z University of

California w Irvine (USA) przeprowadzili interesujący eksperyment, w którym badani słuchali czytanej historyjki. Część osób badanych słuchała neutralną emocjonalnie opowieść o tym, jak matka i syn idą ulicami miasta do miejsca pracy ojca. Pozostali badani słuchali opowieść naładowaną emocjonalnie, gdyż w tej wersji chłopiec został potrącony przez samochód. Okazało się, że po kilku tygodniach badani z drugiej grupy znacznie lepiej pamiętali środkową część opowieści (potrącenie chłopca), niż osoby z grupy pierwszej (w tym wypadku środkową częścią był opis przechodzenia obok poszczególnych budynków). Jak można wyjaśnić zaobserwowaną prawidłowość? Prawdopodobnie momenty emocjonalne w opowieści uruchomiły stan pobudzenia i coś w rodzaju niezbyt silnej reakcji stresowej. Efektem tego mogły być opisane wyżej stresowe wzmocnienie struktur mózgowia kluczowych dla konsolidacji pamięciowej (w tym wypadku głównie ciała migdałowate).

W innym badaniu zespół Larry'ego Cahilla sprawdzał, w jaki sposób pamięć zależy od stresu, gdy ten występuje po sesji uczenia się nowych informacji. Osoby badane oglądały neutralne, pozytywne i negatywne fotografie. Następnie część z badanych wkładała na kilka minut rękę do zimnej wody. Po tygodniu odroczenia okazało się, że właśnie te osoby – poddane czynnikowi stresogennemu (zwiększone wydzielanie kortyzolu) – znacznie lepiej pamiętały fotografie, zwłaszcza o emocjonalnym nasyceniu.

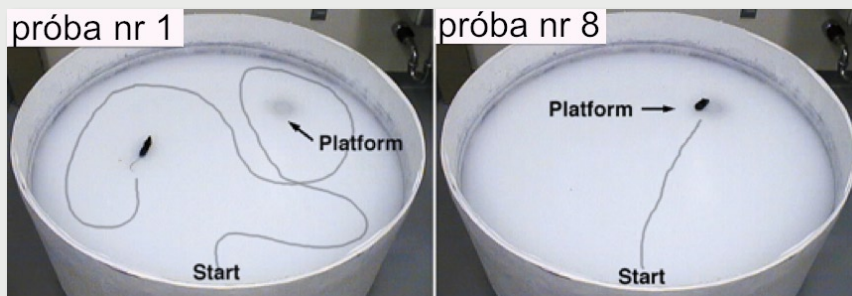
Zestresowana pamięć przestrzenna

Interesujące wyniki ujawniające wpływ reakcji stresowej na zdolność pamięciową, w tym wypadku pamięć przestrzenną, dostarczyła pewna prosta, pomysłowa metoda (zob. ramka Wodny labirynt). W naczyniu z zabarwioną na białą (nieprzezroczystą) wodą została umieszczona tuż pod powierzchnią wody platforma. Następnie do naczynia wkładano szczura laboratoryjnego i obserwowano zachowania zwierzęcia oraz mierzono czas odnalezienia platformy spoczynkowej

W metodzie wodnego labiryntu zagrożenie wynikające z możliwości utonięcia uruchomiło reakcję stresową, która wzmocniła efektywność pamięci przestrzennej. Melly Oitzl z Universiteit Leiden w Holandii wykazała, że pozba-

WODNY LABIRYNT

Zdjęcia poniżej pokazują drogę poruszania się szczura w pierwszej i w ósmej próbie podczas odnalezienia platformy spoczynkowej. Jak widać, trajektoria poruszania się zwierzęcia ulega znacznemu skróceniu. W ósmej próbie szczur nie poszukuje na ślepo ratunku i prosto zmierza do platformy. Skróceniu ulega również czas odnalezienia platformy w kolejnych próbach. Oznacza to, że szczur wykorzystuje pamięć przestrzenną do bardziej efektywnego wykonania zadania.



Źródło: <http://neuroamer.files.wordpress.com/2011/11/morris-watermaze.jpg>.
Adaptacja własna.

wienie szczura nadnerczy i tym samym wyeliminowanie produkcji hormonu stresu – kortykosteronu (odpowiednika kortyzolu u ludzi) – powoduje znaczące wydłużenie czasu znalezienia platformy w kolejnych próbach, w porównaniu do zachowań zwierząt z zachowanymi nadnerczami. Podobny efekt uzyskano przy farmakologicznej blokadzie receptorów kortykosteronu w mózgu. Inaczej mówiąc, brak hormonalnej reakcji stresowej osłabił pamięć przestrzenną.

Czas stresu

Przedstawione wyniki badań wskazują na korzystne działanie stresu na zdolności pamięciowe. Należy jednak zaznaczyć, że nie dotyczy to każdej reakcji stresowej. W wielu sytuacjach stres ma negatywne oddziaływanie na pamięć. Korzyści wynikające z reakcji stresowej są ograniczone do pewnych warunków. Zespół Marian Joëls z University of Amsterdam w Holandii sformułował następujące niezbędne ograniczenia:

1. Zbieżność w czasie. W opisanych wyżej badaniach każdorazowo reakcja stresowa towarzyszyła danemu zadaniu. Dlatego stres może wzmocnić sygnał

pamięciowy, o ile jest doświadczany w czasie lub bezpośrednio po wykonaniu zadania. Metody stresowania ludzi i zwierząt ze znacznym odroczeniem lub wyprzedzeniem w stosunku do czasu zadania znacznie pogarszały pamięć. Stąd praktyczny wniosek, że np. nie wolno silnie niepokoić studentów perspektywą egzaminu za kilka miesięcy lub wprowadzać stresującej atmosfery w miejscu pracy. Jednym z negatywnych efektów zbieżności w czasie może być sytuacja, gdy na egzaminie osoba nie pamięta materiału, ale za to świetnie zapamiętuje swój stan zagrożenia i frustrację z braku pamięci.

2. Zbieżność w miejscu. Stres poprawia funkcjonowanie pamięci, jeśli hormony stresu aktywizują te same sieci neuronalne, które zapisują i przechowują wymagany ślad pamięciowy.

Gdy powyższe warunki nie zostaną spełnione lub gdy czynnik stresowy jest silny i długotrwały, pamięć ulega znacznemu pogorszeniu. Ale o tym w kolejnych odcinkach.

dr Piotr Markiewicz

CHCESZ WIEDZIEĆ WIĘCEJ?

- Sapolsky R. (2011), Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schmidt M.V., Schwabe L. (2012), Presja, która uskrzydla. Psychologia Dziś, 1, s. 12-21.

Na końcu języka cz. 4

Kolejne zagadnienie przedstawię zawężając tematykę do zaburzeń mogących pojawiać się u pacjentów naszego szpitala, a zwłaszcza oddziału neurologicznego. Należy bowiem pamiętać, że dysartria może występować również u dzieci.

Dysartria

Jan Paweł II z chorobą Parkinsona żył kilkanaście lat. Sądzę, że wszyscy pamiętamy sposób w jaki mówił. Urywana fonacja, głos cichy i monotonna intonacja oraz niewyraźna artykulacja, a poza tym widoczny wysiłek podczas mówienia. Choroba postępowała na naszych oczach.

„Papież będzie miał coraz większe trudności z mówieniem, ponieważ postępuje u niego usztywnienie warg, języka i strun głosowych” – prognozował hiszpański dziennik „El Mundo”.

Stephen Hawking, znany fizyk i kosmolog cierpi na stwardnienie zanikowe boczne i już nie mówi. Stopniowo mowa stawała się tak niewyraźna, że zrozumieć mogli go tylko ludzie, którzy go dobrze znali. Obecnie ze światem zewnętrznym porozumiewa się przy pomocy syntezatora mowy, do którego wprowadza wypowiedzi przez wirtualną klawiaturę.

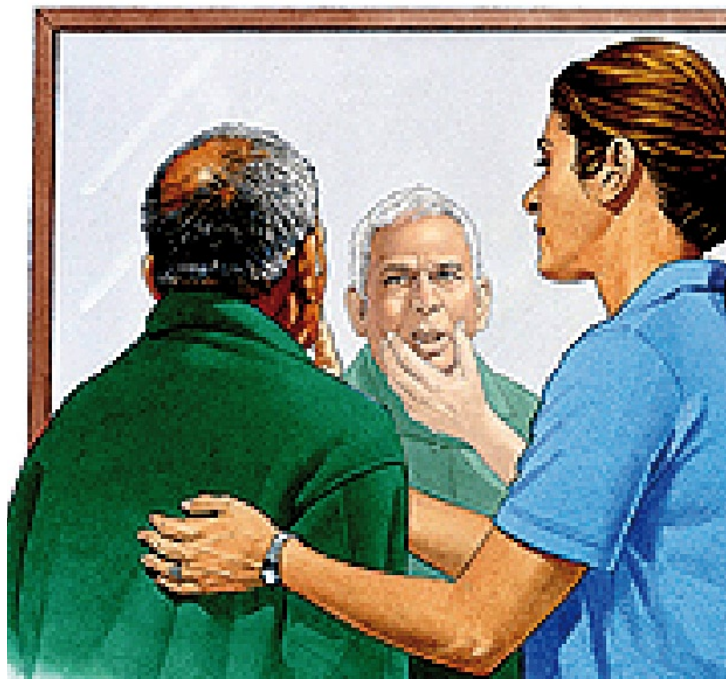
To dwa dramatyczne przykłady chorób, w których występuje zaburzenie mowy o nazwie dysartria.

Sam termin oznacza niezdolność do wyraźnego wypowiadania się. Jest to zespół zaburzeń fonacyjno-artykulacyjnych spowodowanych uszkodzeniem ośrodków i/lub dróg unerwiających aparat mówienia i, co niezwykle ważne, nie upośledzający planu mowy. Zmiany dotyczą sfery funkcjonowania języka, czyli artykulacji, fonacji oraz elementów prozodycznych tj. tempo, rytm, akcent i intonacja.

Dysartria powstaje w wyniku różnych chorób naczyniowych, nowotworowych, toksycznych i zwyrodnieniowych. Jej charakter zależy od miejsca i rozległości dysfunkcji ruchowego systemu mówienia.

Obraz zaburzenia

Mowa jest bardzo czułym instrumentem, dzięki któremu można uzyskać wiele informacji na temat funkcjonowania układu nerwowego, zanim deficyty pokażą się w pełnym obrazie klinicznym.



Pacjent z dysartrią powinien wykonywać ćwiczenia przed lustrem

Źródło: <http://www.mountrittany.org/articles/healthsheets/3067>

W początkowym okresie dominującym objawem niekoniecznie są zaburzenia w realizacji głosek. Może się okazać, że najpierw pojawiają się zmiany w głosie (chrypka), skrócony oddech, zmiany w elementach prozodycznych języka (pauzy, zmienione tempo mówienia). Niektórzy pacjenci pierwsze zmiany opisują jako „uczucie skrócenia języka”. Mogą ujawniać się drobne zmiany w sposobie pisania.



Jednakże dość szybko pojawiają się zmiany w wyrazistości mowy. Dysfunkcje dotyczą narządów artykulacyjnych. Jeśli są to zmiany w aktywności języka, to w pierwszej kolejności trudności obejmują głoski r oraz s; mogą się pojawić zmiany w zakresie napięcia warg i wówczas zniekształcenie będzie dotyczyć głosek wargowych p, b bądź wargowo-zębowych w, f. Kiedy zmiany obejmują podniebienie miękkie, pojawiają się dysfunkcje w realizacji głosek nosowych; często dochodzi do zbliżenia realizacji głosek m-b.

Podkreślę jeszcze raz, że planowanie, dobór wyrazów, konstruowanie zdań, czyli ogólnie mówiąc formułowanie wypowiedzi jest zachowane. Również w piśmie, poza charakterystycznymi zniekształceniami liter, nie obserwuje się nieprawidłowości – kolejność ich zapisywania pozostaje bez zmian. Chorzy w odróżnieniu od pacjentów z afazją nie poszukują wzorca artykulacyjnego, oni ten wzorzec mają, jednak często dysfunkcje w pracy narządów (np. osłabienie mięśni warg lub języka) utrudniają pełną, właściwą i poprawną artykulację.

Stopień zaburzenia zależy od skali zmian jakie zaszły w funkcjonowaniu warg, języka, podniebienia. Wobec rozległych zmian w systemie fonetycznym

pacjenta z dysartrią zniekształceniu ulegają całe słowa i to właśnie jest bezpośrednią przyczyną niewyraźnej artykulacji.

Reasumując, u chorego będą paralelnie do zmian neurologicznych następować zmiany w obrazie mowy. Będą dotyczyć zmian jakości głosu, czasu fonacji, wyrazistości artykulacyjnej, tempa mowy oraz intonacji i akcentu.

RODZAJE DYSARTRII				
Rodzaj	Umiejscowienie i istota zmian	Obraz kliniczny	Najczęstsze przyczyny	Inne określenia
Dysartria spastyczna	obustronne uszkodzenie dróg piramidowych – korowo-jądrowych (zespół rzekomo-opuszkowy)	upośledzenie artykulacji, mowa powolna, nosowa, chrapliwa, w niskiej tonacji	miażdżycy naczyń mózgowych	rzekomo-opuszkowa, piramidowa
Dysartria wiotka	uszkodzenie jąder lub pni nn. V, VII, IX, X i XII bądź też odpowiednich mięśni (zespół opuszkowy)	upośledzenie artykulacji, mowa zamazana, nosowa, bezgłośna	choroba Charcota, udary na poziomie pnia mózgu – opuszki, udary tzw. zatorowe, miażdżycy naczyń mózgowych, polineuropatia błonnicza, zatrucie jadem kielbasianym, miopatie, polio, choroba Heinego-Medina	opuszkowa
Dysartria ataktyczna	uszkodzenie mózdzku	mowa wybuchowa, skandowana, przerwy między sylabami i słowami	stwardnienie rozsiane, zwyrodnienia mózdzku-ataktyczna Friedricha, zatrucia UN, zanik mózdzku, guzy mózdzku	mózdkowa, mowa skandowana
Dysartria hipokinetyczna (hipertoniczna)	uszkodzenie układu pozapiramidowego (zaburzenia mowy związane ze spowolnieniem i sztywnością)	mowa monotonna, spowolniona, niewyraźna, kilkakrotne powtarzanie tego samego słowa (palilalia)	choroba Parkinsona, zespół parkinsonowski	pozapiramidowa
Dysartria hiperkinetyczna	uszkodzenie układu pozapiramidowego (zaburzenia mowy związane z ruchami mimowolnymi całego ciała, warg, podniebienia i języka)	mowa porywista, wybuchowa	pląsawica Huntingtona, pląsawica Sydenhama, zespół Gilles'a de la Tourette'a, dystonie	pozapiramidowa

wg F.L. Darley (1969)

Dynamika zmian

Zmiany w mowie o typie dysartrii często postępują wraz z progresją choroby neurodegeneracyjnej. Mogą nasilać się zaburzenia oddechowe, narastać trudności z wykonywaniem ruchów artykulacyjnych języka i warg, z poruszeniem żuchwą. Szczególnie groźne, nie tylko dla funkcjonowania mowy, ale też innych procesów życiowych (tj. jedzenie, picie, połykanie) są dysfunkcje pracy języka.

Przy zachowanej świadomości językowej chory ogranicza wypowiedzi do niezbędnego minimum. Często jest to spowodowane faktem, iż mówienie wymaga od niego ogromnego wysiłku. Pacjenci ze stwardnieniem zanikowym bocznym są świadomi pogarszającego się stanu swojej wymowy. Innym chorobom towarzyszą często zespoły otępienne (choroba Parkinsona, choroba Huntingtona, otępienie korowo-czołowe), które charakteryzują się obniżeniem funkcji intelektualnych, w tym powodują zmiany w osobowości i zmiany w samoocenie człowieka (również w świadomości językowej).

Terapia

W niektórych jednostkach chorobowych medycyna nie dysponuje jeszcze skutecznymi lekami (np. w chorobie neuronu ruchowego). Czasami jest tak, że jedyną znaczącą i efektywną pomocą jest rehabilitacja mowy oraz rehabilitacja ruchu.

Ćwiczenia logopedyczne indywidualne, dostosowane do stanu, możliwości i potrzeb pacjenta, obejmują ćwiczenia oddechowe, które mają na celu wzmocnienie mięśni biorących udział w procesie oddychania, wydłużenie fazy wydechu, ćwiczenia tzw. małej motoryki, czyli ćwiczenia języka, warg i podniebienia miękkiego. Wprowadzane są także ćwiczenia artykulacyjne, które mają na celu poprawić wyrazistość mowy chorego. Ponadto prowadzi się

ćwiczenia elementów prozodycznych, czyli praca nad tempem mowy, rytmem, akcentem, intonacją.

Prawidłowo, sumiennie i systematycznie wykonywane ćwiczenia przynoszą poprawę nie tylko wymowy, ale też mimiki twarzy, podstawowych procesów fizjologicznych (oddychania, żucia, połykania).

W niektórych przypadkach sukcesem jest to, by stan zdrowia się nie pogarszał, żeby pozostał bez zmian.

Oczywiście nie wolno zapominać o roli specjalistycznego masażu pomocnego w terapii dysartrii oraz łączeniu ćwiczeń małej motoryki z ćwiczeniami całego ciała.

Artykuł powstał w oparciu o: I. Gatkowska, Diagnostyka dysartrii u dorosłych w neurologii klinicznej, Kraków 2012 oraz O. Jauer-Niworowska, Dysartria nabyta. Diagnostyka logopedyczna i terapia osób dorosłych, Warszawa 2009.

DYSARTRIA = DYZARTRIA

Często spotyka się obie wersje zapisu. Pisane przez s jest zbliżone do odpowiednika obcojęzycznego, zaś pisane przez z jest wersją spolszczoną

Marzena Woźniak
Neurologopeda

Palcem po mapie świata za dr Milą

Od 6 lat, dzięki dr Emilii Paszkowskiej, poznajemy wiele wspaniałych miejsc naszego globu, od Wenezueli, poprzez Chiny, Afrykę, Nepal, Laos, Islandię, po Grenlandię i Uzbekistan. Dzielila się z nami swoimi przygodami, przybliżała nam ciekawostki historyczne danych państw i miejsc. Dała się nam poznać jako wspaniała i zagorzała podróżniczka. Tym razem jednak to my zadajemy Jej pytania związane z dalekimi wyprawami. Zapraszamy do lektury.

– Od lat przemierza Pani różne rejony świata. Czy Pamięta Pani swoją pierwszą podróż?

– Oczywiście – była to piękna i jakże wtedy „egzotyczna” dla mnie Grecja, którą odwiedziłam po raz pierwszy w 1984 r. Byłam wtedy na studiach, dzięki temu łatwiej uzyskałam paszport i możliwość oficjalnej wymiany waluty. Grecja była wtedy dla mnie ziszczeniem młodościowych marzeń rodem z „Mitologii Greków i Rzymian”, lektury szkolnej Zygmunta Kubiaka. Do tej pory mam przed oczami nocny widok Akropolu ze wzgórza Likavitos i wspomnienie nocnych wrażeń z dzielnicy Plaka, gdzie po raz pierwszy tańczyłam słynny taniec Zorby przy akompaniamencie buzuki. Ponieważ w tamtych czasach można było swobodniej przemieszczać się po Grecji, „zaliczyłam” też noclegi na plaży i nocną, nielegalną kąpiel w gorących źródłach siarkowych przełęczy Termopile. Legenda głosi, że dzięki kąpielom w tych źródłach garstka Spartan regenerowała siły do dalszej walki. Do tej pory interesują mnie takie ciekawe, na pół legendarne historie, które w miarę możliwości próbuje sprawdzić. Grecję odwiedzałam jeszcze wielokrotnie, zarówno tę kontynentalną, jak i wyspy – w tym jej perły: Santorini, Kretę i Rodos.



– W jaki sposób wybiera Pani miejsce docelowe swoich wojaży? Czym się Pani kieruje?

– Kierunki moich podróży czasami są wynikiem pewnych zainteresowań, np. „zbierałam” widoki wodospadów i wulkanów, a czasami to po prostu zwykły przypadek, gdy mój wolny czas pokrywa się z terminem organizowanej wyprawy. Muszę przyznać, że te spontaniczne są najbardziej intrygujące – tak było

z Grenlandią, na którą wybrałam się będąc na Islandii. Poza tym zaczęłam jeździć do miejsc, w których ważna jest dobra kondycja i zdrowie, aby sprostać trudom naturalnych warunków geograficznych i przyrodniczych. Bardziej cywilizowane kraje zostawiam na później, kiedy już trudniej będzie maszerować „pod górkę”. Dotychczas udało mi się odwiedzić większość państw europejskich oraz kraje przybaltyckie i Skandynawię z wyspami bałtyckimi, Rosję, Uzbekistan, Chiny, Wietnam, Kambodżę, Laos, Indie, Nepal, kraje północnej Afryki, w tym Maroko, Południową Afrykę – RPA, Zimbabwe, Zambię, Karaiby, Wenezuelę, Peru i Boliwię, Meksyk, Kubę. Jak widać jest wiele wspaniałych miejsc, w których mnie jeszcze nie było.

– Który kraj z dotychczas odwiedzanych jest dla Pani najbliższy i wywarł największe wrażenie?

– Trudno wybrać jedno miejsce, czy kraj. Są zbyt różnorodne – zarówno pod względem historycznym, jak i geograficznym. Nepal zaskoczył mnie najbardziej – nie spodziewałam się w tym małym kraju zobaczyć tak wspaniałych zabytków architektury, zapoznać się z tak burzliwą i bogatą historią, a widok





Himalajów jest dla mnie najwspanialszy na świecie.

– W jaki sposób przygotowuje się Pani do swoich wyjazdów, biorąc pod uwagę fakt, że nie są to zazwyczaj pobytu w luksusowych kurortach?

– Moje przygotowania to po prostu zdrowy rozsądek. Zawsze robię wszystkie zalecane szczepienia i mam swój sposób, aby uniknąć wszystkich tzw. „zemst” Tutenchamona i Montezumy – przez pierwsze trzy dni jem tylko jedzenie gotowane, a potem przez cały pobyt nie jem świeżych sałat mytych tylko w wodzie – zawsze wybieram warzywa obgotowane lub smażone w głębokim tłuszczu. Ta metoda się sprawdza – wielokrotnie jadałam przepyszne posiłki z ulicznych straganów i budek, ale zawsze były to potrawy smażone, gotowane, ale nie surowe i na szczęście nie chorowałam. Poza tym trzeba jeść tak, jak jedzą dane potrawy miejscowi – gdy trzeba, to polewać je ostrymi sosami i posypywać dziwnymi przyprawami, bo to wszystko ma znaczenie nie tylko smakowe, ale i zdrowotne. Poza tym nie kąpię się w wodach stojącej, które mogą być miejscem bytowania przywr lub nicieni, wybieram wody płynące – rzeki i oceany, ale i tam trzeba uważać na piranie lub rekiny :)

– Czy zawsze są to zorganizowane eskapady z biurami podróży, czy raczej wypadu na własną rękę?

– Jestem typowym turystą i korzystam z pomocy kilku sprawdzonych biur podróży, które zapewniają swoim klientom możliwie największe atrakcje,

dobrze i bezpieczne warunki noclegowe, a przewodnikami i opiekunami są zawsze bardzo ciekawe osoby, często pasjonaci danego kraju lub kultury, którzy organizują dodatkowe atrakcje poza ramowym programem, np. klubowe imprezy muzyczne i taneczne, pokazy kulinarne, spotkania z lokalnymi artystami, albo nocne oglądanie nieba na wierzchołkach gór, podziwianie wschodów i zachodów słońca w romantycznych sceneriach, a dla chętnych takich jak ja np. uczestnictwo w porannym patrolowaniu wybrzeża i ostrzeganiu przed rekinami, a następnie w selekcji rekinów złapanych w sieci ochronne, organizowanych przez Instytut Morski w Durbanie w RPA.

– Podobno, kiedy połknie się podróżniczego bakcyli, trudno jest przestać. Czy Panią też to spotkało?

– Turystyka i podróżowanie jest rzeczywiście bardzo wciągające, a natura człowieka zawsze chce wszystkiego „więcej”, również w tej dziedzinie. Poza tym pojawia się pewien rodzaj współzawodnictwa: kto widział więcej, wszedł wyżej i szybciej, dojechał dalej. Mnie to na szczęście ominęło – mogę spokojnie siedzieć w knajpce u podnóża wielkiej góry i wygrzewać się w słońcu popijając lokalne piwko – dla mnie to już jest raj. Poza tym w całym tym podróżowaniu zawsze najważniejsze jest miejsce do którego się wraca – dom.

– Czego nauczyły Panią te wszystkie podróże w dalekie krańce świata?

– Wszędzie, na całym świecie, najważniejsza jest rodzina i troska o bliskich, wzajemna miłość, dbałość o pracę, szacunek do przeszłości i nadzieja na lepszą przyszłość. Nie ma znaczenia kolor skóry, wiara, ustrój polityczny – każdy pragnie tego samego, ale niektórym łatwiej zrealizować plany, a w niektórych miejscach osiągnąć je jest bardzo trudno. W wielu miejscach na świecie bardzo ciężko mają szczególnie kobiety, na barki których spada utrzymanie wielodzietnych rodzin, zapewnienie wyżywienia i dostarczenie wody. Wiem, że znajduję się w uprzywilejowanej sytuacji i codziennie doceniam fakt, że mam w bród wody i jedzenia, ciepły, bezpieczny dom i spokojny kraj. Z dużym niepokojem obserwuję „zapalne miejsca” zarówno blisko naszego kraju, jak i te odległe, współczuję ludziom, że ich spokój został tak bezlitośnie zakłócony przez niezrównoważonych watażków.

– Jakie cechy wg Pani powinien mieć dobry podróżnik?

– To cechy, jakimi powinien cechować się każdy człowiek, nie tylko podróżnik – takie trochę biblijne, które jak się okazuje, często trudno nam w sobie znaleźć. Najważniejsze to nie wywyższać się, traktować innych sprawiedliwie i równym sobie. Poza tym poczucie humoru, które często ratuje z niecodziennych opresji i ogólna życzliwość, która pod każdą szerokością geograficzną jest dobrze rozumiana. Ja zawsze staram się być wyrozumiała dla lokalnych mieszkańców, dla których niecodzienne są na przykład moje niebieskie oczy, czy jasne włosy – w Afryce pytano się mnie jak wyglądać przez takie jasne oczy, a w Indiach bardzo często dotykano moich włosów, w Chinach często byłam główną maskotką zbiorowych zdjęć wycieczek szkolnych i pracowniczych. W wielu rejonach świata bardzo atrakcyjny jest też mój wysoki wzrost – zdarza się, że ludzie (obojga płci) chcą mnie przytulać i obejmować, a dzieci po prostu biorą za rękę i chcą się bawić – tu muszę przyznać, że jest to duży test dla mojej cierpliwości. Ja sama zawsze pytam o pozwolenie zrobienia zdjęcia i dopiero po uzyskaniu zgody je robię; nie podoba mi się robienie zdjęć z ukrycia, osobom które sobie tego nie życzą. Mam szczęście, bo większość zgadza się, a później, jak pokazuję im ich zdjęcia na wyświetlaczu aparatu są bardzo przejęci i dumni.

– Powracając z egzotycznych wycieczek, mając do czynienia z inną kulturą, inaczej Pani odbiera otaczającą nas rzeczywistość?

– Tak, bardziej doceniam to co mam, jak łatwo nam się żyje. Jest woda w kranie, elektryczność, duży wybór jedzenia, dobry klimat i czyste powietrze, brak niebezpiecznych pasożytów i groźnych chorób. O tym na co dzień w ogóle się nie myśli. A dla wielu ludzi w innych rejonach świata są to nieosiągalne luksusy, którymi los nas szczęśliwie obdarował, a którymi jakże często nie potrafimy się cieszyć i ich doceniać.

– Jakie jest Pani największe marzenie związane z podróżami?

– Jest kilka miejsc, o których myślę jak o podróżach marzeń. To przede wszystkim krańce Ameryki Południowej, Antarktyda, Wyspy Wielkanocne, dzikie tereny Patagonii, nocne przejście przez pola gejerów i wizyta w najdalej wysuniętym na południe mieście świata – Ushuaia. Te marzenia konkurują z wizytą w Australii i Oceanii, o których myślę już od dawna. Marzę o Japonii,

w typie wypraw „konesera”, gdzie ucztuje się przy wspaniałej wołowinie z Kobe, wybiera się na najslynniejszym targu rybnym świata o 3 nad ranem trującą rybę fugu, a następnie, po jej rytualnym przygotowaniu – je z duszą na ramieniu, czy to aby nie jest ostatni posiłek :). Jak zawsze zadecyduje los i możliwy termin urlopu. Teraz moje wyjazdy muszą trochę poczekać, bo jestem w fazie rekonwalescencji po zabiegu kolana, ale pilnie przykładam się do ćwiczeń, aby szybko odzyskać formę, która umożliwi realizację tych planów. W tym miejscu serdecznie pozdrawiam cały oddział naszej wspaniałej Ortopedii.

– Pisze Pani piękne artykuły ze swoich wojaży. Czy myślała Pani kiedyś o wydaniu książki?

– Pisanie tych artykułów to dla mnie bardzo duża przyjemność. Raz jeszcze przeżywam wyprawy i wspaniałe wrażenia, przy okazji porządkując archiwa i zdjęcia. To ja dziękuję wszystkim czytelnikom „Pulsu”, że z zaciekawieniem czytają moje artykuły, a niektórzy – wiem to z prywatnych rozmów – podróżują razem ze mną „palcem po mapie”. Ta forma wspomnień jest wystarczająca. Jest tyle wspaniałych książek – przewodników i przygodowych, napisanych przez prawdziwych podróżników i poszukiwaczy przygód, że mój wkład nie jest już potrzebny.

– Wielu turystów przywozi ze swoich urlopów różne pamiątki, kolekcjonuje np. egzotyczne muszle. Czy w Pani domu, po tylu podróżach, można dojrzeć mały kawałek „tego dalekiego świata”, który przypomina o przygodach i generuje wspomnienia z dalekich podróży?



– Tak jak większości, trudno jest mi się oprzeć, aby nie kupić egzotycznych pamiątek i prezentów. Obecnie są to już bardziej przemyślane zakupy, ale mam za sobą etap typowych figurek i słoników. Teraz staram się wybierać rzeczy bardziej artystyczne i z motywem ściśle związanym z danym rejonem, a także rękodzieło. Wybieram bajecznie kolorowe obrusy i serwety, dekoracyjne powłoczki na poduszki, interesującą biżuterię. Zawsze jestem obładowana przyprawami, lokalnymi łakociami, oryginalnymi herbatami i aromatyczną kawą. Gdy wróciłam z Wietnamu tuż przed Bożym Narodzeniem moi bliscy dostali ćwierćkilowe paczki najdroższej kawy świata Kopi Luwak, której kilogram kosztuje około 1000 euro. Oczywiście moje koszty zakupu były znacznie niższe, co wiązało się z zakupem u producenta, ale i tak wszyscy mieli ogromną frajdę popijając tę nieco kontrowersyjną, ale niewątpliwie wyborną kawkę.

Kopi Luwak wytwarza się z ziaren kawy, które wydobywa się z odchodów zwierzątka podobnego do naszej łasicy. Po oczyszczeniu ziaren, kawę przetwarza się w typowy sposób, a rocznie produkuje się tylko ok. 300-400 kg tego delikatesu. Poza tym przytaszczyłam, dosłownie na swoich plecach, bo w plecaku, kilka niecodziennych rzeźb – w tym kamienną głowę Buddy, replikę VI w. rzeźby, zakupioną w Muzeum Narodowym w Kambodży. Miałam niesamowite szczęście, że udało mi się ją wreszcie dowieźć do domu, ponieważ kilka razy w czasie powrotnej drogi, plecak ginął na kilka godzin – na lotniskach, w autobusach i nie wiem jakim cudem do mnie wracał. Mój Budda ma łagodny uśmiech i zakłęty w nim niezmierny spokój – wystarczy jedno spojrzenie na jego słodką twarz, aby całe zdenerwowanie lub niepokój umknęło w pośpiechu. Z Chin, też na plecach i w tym samym plecaku, przywoziłam drewnianą i jak się później okazało bardzo ciężką figurkę Laozi, autentycznej postaci historycznej, filozofa i autora Księgi Drogi i Cnoty z VI w. p.n.e., która stała się podstawą taoizmu.

I tak mogłabym wymieniać jeszcze mojego wesołego hipopotama z Zimbabwe, wspaniały prezent – ptaka kiwi z Antypodów, „złotą rybkę” z Izraela, stado żyraf z Afryki, azteckiego wojownika z Peru, „latający” dywan z Maroka, repliki starożytnych fajek do opium z Azji. Ale i tak najważniejsze i bezcenne pozostają niezapomniane wspomnienia.

– Dziękuję za rozmowę i życzymy wielu wspaniałych podróży i niezapomnianych przygód.

Magdalena Kantorczyk



Krzyżówka

Jolka 43

Objaśnienia 66 hasel podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: N i U. Na ponumerowanych polach ukryto 36 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie arabskie.

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.

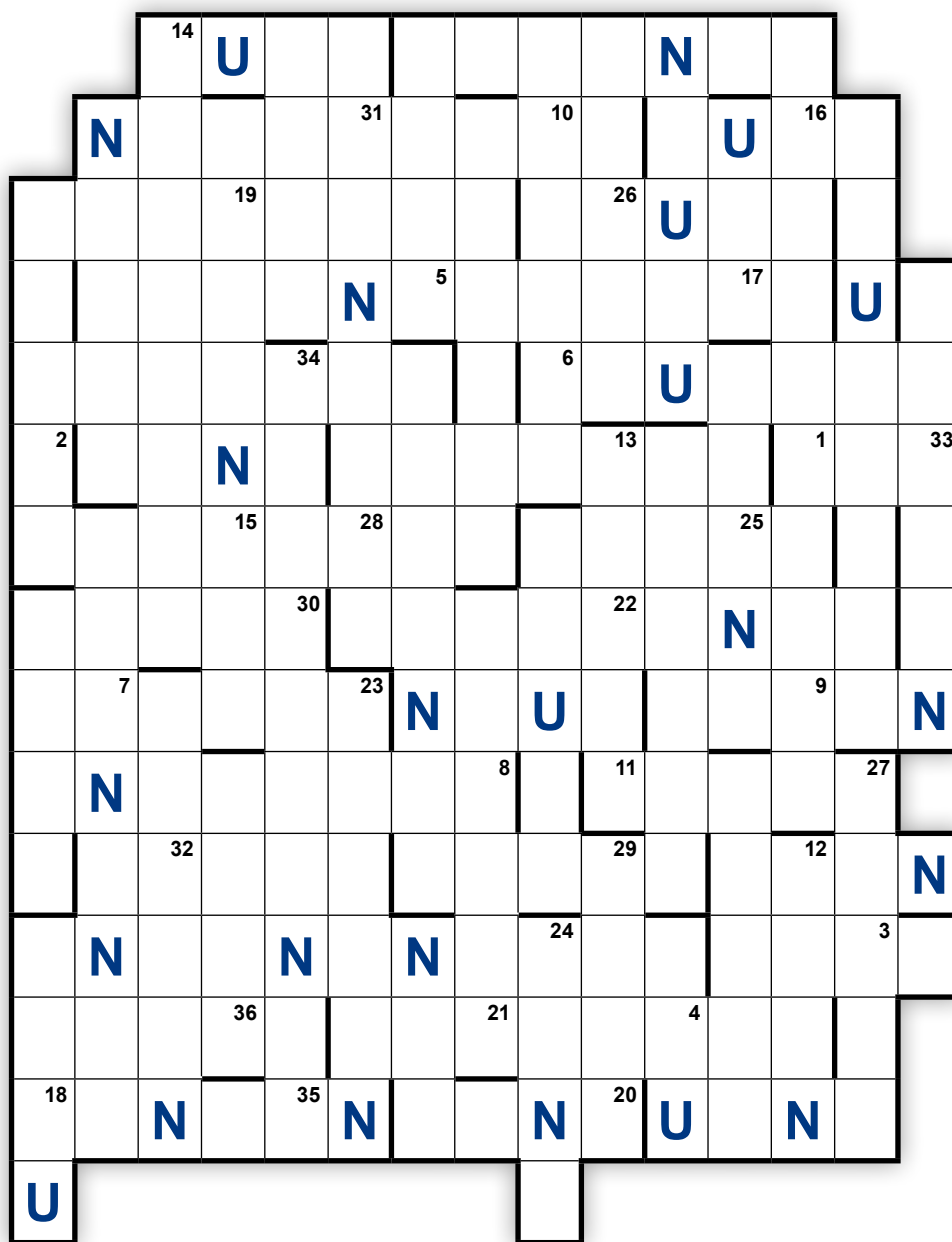
- specjalista kostno-mięśniowo-stawowy • warzy w browarze • zach. przykład Europy • Niki, sławny kierowca F-1 • nad kolaniem • przytulne dla dwojga, nie koniecznie ptasząt • okrągławy ubytek w kości lub skale • kotlina irańsko-afgańska • temp. powyżej 38 stopni • sławny College naprzeciw Windsoru • algebraiczne lub całkowite • herb Koźlarogi • Pd. ze stolicą Pierre • uroczysty surdut • dynastia z Trajanem • sole kwasu rodanowego • płynie w Orleanie • tłuszcz rybi • pogoda • struś australijski • konspiracyjna organizacja wojskowa (1942-47) • zatoka z Ejlątem • strefa • enterobioza • dzisiejszy Oksus • ser z Holandii Pd. • jedna z przyczyn niepłodności męskiej • państwo fosforytów w Mikronezji • włókno z liści agawy • Wladimir, amerykański wirtuoz fortepianu • kwiat Michałek lub Marcinek • neurofizjolog z Cambridge, noblista z 1932 r. • podłoże życia biocenozy • wykorzenienie choroby • członek rzymskiego senatu • jezioro z Kruszwicą • dofinansowanie • worek do sztucznego oddychania • starożytny Krym • domena Kuleja • pstry łuszczyk • otaczają ring • nadrzeczny partner Slavonskiego Brodu • z głosami lub prochami • najmniejsza cząstka pierwiastka • pseudo trenera Wagnera • wyspa Odysa • witka • badają krew i moc • wyspa z Alofi • rosochy, łopaty • wicionogi • opiekun, święty • twórczy zapal • rzymska Demeter • imię córki Gałczyńskiego • Wschodni z Munku Sardyk • najprostszy węglowodór aromatyczny • zasiadająca w Ratuszu • grecki bóg wiatru zach. • opowiadanie bajek • imię narzeczonej dr Judyma • transakcja większą ilością towaru • największe miasto Florydy • zniekształcenie, karykatura • dziecko do 28-go dnia życia

„BJER”

Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego Pulsu Szpitala (42):

„Kto nic nie robi, ma wielu pomocników”

Nagrodę otrzymuje Anna Frączek- Oddział Neurologii. Gratulujemy! Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.



Życie we fraszce

Ilek. Andrzej Pukiński
Dział Patomorfologii WSS
w Olsztynie



„Komóreczka”

Oj dana, dana
 komórko kochana,
 żyć bez ciebie nie mogę
 od rana do rana.
 Każdą chwilę mego życia
 wypełniasz bez trudu
 i jak mi ciągle dobrze
 bez zajęć i nudy.

