



wcm.opole.pl nr 7



W numerze:
Reanimacja dawniej i dziś
Odleżyny...
Plazmafereza i jej zastosowanie
Portiernie WCM
Porady medycyny sądowej
Konkurs „Pielęgniarka Roku 2010”
Pielęgniarki i położne - wyróżnienia

*"Jesteśmy profesjonalistami
specjalnie dla Ciebie"*



2. obszar: pomocnego wyboru
na stanowisko Dyrektora
Wojewódzkiego Centrum Leczenia
Chirurga - wszystkim tym którzy music
wspierali w ostatnim okresie
działania powiatowej.

Chciałbym również powiatowej że wszystkie
problemy i ciężkie słowa mówisz
przez pracowników WCh i pacjentów
pod moim adresem.

Chciałbym sobie sprawę, że ta twoja kandydatura
nie była Twoja. Jesteś jedynym pracownikiem,
którego wspierali w całym WCh i wszyscy
sympozjoniści. Chciałbym owa błogosławieństwo Twoje

Michał Piślik

Reanimacja: dawniej i dziś



dr n. med. Tomasz Czarnik - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu

Definicje

„Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (cardiopulmonary resuscitation, CPR, RKO), to zespół zabiegów stosowanych w przypadku nagłego zatrzymania krążenia (NZK), których zadaniem jest przywrócenie podstawowych czynności życiowych, w szczególności krążenia krwi i oddychania. Nagłe zatrzymanie krążenia to gwałtowne ustanie krążenia krwi i oddychania“.

Czynności resuscytacyjne dzielą się na podstawowe (Basic Life Support – BLS), które mogą być przeprowadzone przez osobę niezajmującą się profesjonalnie ratowaniem życia oraz zaawansowane (Advanced Life Support - ALS), stosowane głównie przez profesjonalne służby medyczne. Niniejsze opracowanie traktować będzie tylko o podstawowych czynnościach resuscytacyjnych u osób dorosłych.

Rys historyczny

Obecną formę resuscytacji krążeniowo-oddechowej ukształtowała długa



Eksperyment resuscytacyjny, Oddział Anestezjologii Szpitala Miejskiego w Baltimore, 13 lipiec 1937

BALTIMORE CITY HOSPITAL
DEPARTMENT OF ANESTHESIOLOGY
RESUSCITATION EXPERIMENT, JULY 13, 1937
VOLUNTEER: FELIX STEICHEN, M.D.
RESIDENT IN SURGERY



BALTIMORE CITY HOSPITAL
RESUSCITATION EXPERIMENT, JULY 13, 1937
CHRIST PERSUBUKARUM LEFT HINDRICK

BALTIMORE CITY HOSPITAL
RESUSCITATION EXPERIMENT, JULY 13, 1937
CHRIST PERSUBUKARUM LEFT HINDRICK

droga badań klinicznych. W roku 1740 Paryska Akademia Nauk oficjalnie zarekomendowała technikę wentylacji metodą usta-usta u ofiar utonięcia. W roku 1891 Friedrich Maass przeprowadził pierwszy udokumentowany pośredni masaż serca (klatki piersiowej) w czasie resuscytacji człowieka. W 1893 roku George Crile przeprowadził pierwszą w historii, skuteczną resuscytację krążeniową z pomocą pośredniego masażu serca. W roku 1954 James Elam udowodnił, że wydychane z organizmu ludzkiego powietrze, wystarcza aby utrzymać prawidłowe utlenowanie organizmu człowieka. W 1956 roku Peter Safar i James Elam opracowali pierwszą, w pełni skuteczną, technikę resuscytacji oddechowej metodą usta-usta. Skuteczność tej metody została udowodniona w czasie tak zwanego eksperymentu resuscytacyjnego przeprowadzonego 13 lip-

ca 1957 roku w Oddziale Anestezjologii Szpitala Miejskiego w Baltimore. Data ta wyznacza początek współczesnej ery badań nad resuscytacją. W tym samym roku armia amerykańska zaadoptowała wentylację metodą usta-usta, do protokołu resuscytacji ofiar niereagujących na bodźce zewnętrzne (unresponsive victims). Techniki resuscytacji krążeniowo-oddechowej stosowano z powodzeniem na polu walki w czasie konfliktu wietnamskiego w latach 1957-1975.

W 1960 roku American Heart Association rozpoczęło wśród lekarzy program, propagujący techniki resuscytacji krążeniowej za pomocą pośredniego masażu serca (odkrytej ponownie przez doktora Kowenhovena), oraz stała się główną organizacją edukującą społeczeństwo amerykańskie w dziedzinie resuscytacji. W 1963 roku kardiolog Leonard Scherlis stworzył sekcję resuscytacji krążeniowo-oddechowej przy American Heart Association co było jednoznaczne z pełną aprobatą technik resuscytacji przez tę organizację. W roku 1966 odbyła się w USA pierwsza konferencja naukowa, której celem była standaryzacja postępowania resuscytacyjnego. W 1972 roku Leonard Cobb przeprowadził w Seattle pierwsze masowe szkolenia ludności w resuscytacji zwane Medic 2.

Obecnie standardy resuscytacji krążeniowo-oddechowej publikowane są co 5 lat w znanych pismach medycznych Circulation i Resuscitation. Są one owocem badań klinicznych i obserwacji, oraz konsensusu zawieranego przez czołowe światowe organizacje medyczne zajmujące się problematyką resuscytacji krążeniowo-oddechowej (International Consensus on CPR Science with Treatment Recommendations – CoSTR). Organizacje te tworzą Międzynarodową Komisję Współpracy w Dziedzinie Resuscytacji (International Liaison Committee on Resuscitation – ILCOR). Standardy te nie mają charakteru dogmatycznego, ale są raczej szeroko akceptowaną w świecie medycznym ideą jak przeprowadzić procedurę RKO zarówno bezpiecznie jak i efektywnie. Ostateczna ich forma na poziomie regionalnym/kontynentalnym, zależy od regionalnej specyfiki i funkcjonowania systemów ochrony zdrowia, a w szczególności medycyny stanów nagłych. W warunkach europejskich za dopracowanie standardów resuscytacji krążeniowo-oddechowej odpowiedzialna jest Europejska Rada Resuscytacji (European Resuscitation Council), której ramieniem wykonawczym na Polskę jest Polska Rada Resuscytacji z siedzibą w Krakowie.

BLS – podstawowe czynności resuscytacyjne

Europejska Rada Resuscytacji, wprowadziła pojęcie łańcucha przeżycia (chain of survival), czyli zespołu czynności niezbędnych dla skutecznej resuscytacji. W jego skład wchodzi: wczesne rozpoznanie zatrzymania krążenia lub bezpośredniego zagrożenia wystąpienia NZK oraz wezwanie służb medycznych, wczesne wdrożenie postępowania resuscytacyjnego, wczesne wdrożenie defibrylacji elektrycznej w przypadku migotania komór i w końcu wysokiej jakości leczenie poresuscytacyjne w oddziale intensyw-



Łańcuch przeżycia (źródło – European Resuscitation Council)

nej terapii. Znamienny jest fakt, że pierwsze trzy ogniwa łańcucha przeżycia jest w stanie wykonać osoba bez wykształcenia medycznego po wcześniejszym przeszkoleniu w standardzie BLS.

W sytuacji, kiedy ktoś stanie się przypadkowym świadkiem nagłej utraty przytomności człowieka, należy w pierwszej kolejności ocenić bezpieczeństwo własne i poszkodowanego, a następnie sprawdzić czy reaguje na bodźce potrząsając delikatnie za jego ramię oraz głośno pytając „**czy wszystko jest w porządku?**“. Jeśli poszkodowany reaguje należy pozostawić go w pozycji zastanej, starać mu się pomóc oraz regularnie oceniać jego stan. Jeśli nie reaguje, należy natychmiast i zdecydowanie starać się skłonić osoby postronne do pomocy, ułożyć poszkodowanego na plecach oraz udroźnić drogi oddechowe odchylając głowę do tyłu, jedną rękę kładąc na jego czole drugą delikatnie unosząc brodę.



Udrożnienie dróg oddechowych (źródło – European Resuscitation Council)



Pośredni masaż serca (źródło – European Resuscitation Council)



Oddech ratowniczy (źródło – European Resuscitation Council)

Następnym krokiem jest ocena oddechu pacjenta, którą wykonuje się utrzymując drożność dróg oddechowych, obserwując ruchy klatki piersiowej oraz wyczuwając ruch powietrza wydobywającego się z jego ust (procedura oceny oddechu trwa 10 sekund). Jeśli poszkodowany oddycha prawidłowo należy ułożyć go w pozycji bezpiecznej, wezwać służby medyczne, regularnie oceniać jego stan. Jeśli nie oddycha lub jego oddechy są nieprawidłowe, należy natychmiast wezwać służby medyczne robiąc to samemu (nawet jeśli będzie to wymagało pozostawienia poszkodowanego bez opieki), lub prosząc kogoś aby to zrobił. Należy pamiętać, że w standardzie BLS, stwierdzenie braku oddechu jest równoznaczne z rozpoznaniem NZK. Kolejnym krokiem, jest natychmiastowe rozpoczęcie pośredniego masażu serca (PMS), który wykonuje się kłękając po jednej ze stron poszkodowanego, układając dłonie (jedna na drugiej) w środkowej części klatki piersiowej (w dolnej połowie mostka), trzymając ramiona wyprostowane w stawach łokciowych, utrzymując własne barki nad centralną częścią klatki piersiowej poszkodowanego, uciskając mostek na głębokość 5 cm z częstotścią 100 na minutę nie tracąc przez cały czas kontaktu z klatką piersiową. Po wykonaniu 30 uciśnień mostka należy wykonać 2 oddechy ratownicze. Po udrożnieniu dróg oddechowych i otwarciu ust, palcem wskazującym i kciukiem ręki spoczywającej na czole zaciska się skrzydełka nosa, obejmuje ustami usta poszkodowanego i wdmuchuje jednostajnym rytmem przez 1 sekundę powietrze do jego dróg oddechowych, obserwując jednocześnie unoszenie się klatki piersiowej. Po wykonaniu pierwszego

oddechu należy odsunąć usta od ust poszkodowanego i poczekać do powrotu klatki piersiowej (opadnięcia) do pozycji wyjściowej oraz wykonać drugi oddech ratowniczy, po którym należy natychmiast rozpocząć ponownie uciskanie mostka. Kontynuujemy resuscytację w opisanej sekwencji 30 uciśnień mostka do 2 oddechów ratowniczych do momentu przybycia służb ratowniczych, pojawienia się własnych oddechów lub spontanicznych ruchów poszkodowanego lub skrajnego wyczerpania osoby prowadzącej RKO. Jeśli na miejscu zdarzenia obecny jest więcej niż 1 ratownik, wskazana jest zmiana ratowników w czasie resuscytacji co 2 minuty w celu uniknięcia zmęczenia i pogorszenia jakości procedury. Standard BLS dopuszcza prowadzenie resuscytacji za pomocą pośredniego masażu serca bez oddechów ratowniczych w sytuacji kiedy nie uda się udroźnić dróg oddechowych, ratownik nie został odpowiednio przeszkolony lub obawia się ryzyka infekcji czynnikiem zakaźnym. Po skutecznej resuscytacji pacjenta należy ułożyć w pozycji bezpiecznej (bocznej ustalonej).

Co nowego w ostatnich zaleceniach z 2010 roku?

Zmiany w zaleceniach RKO z roku 2010 dotyczących standardu BLS mają charakter raczej kosmetyczny. Podkreśla się, że dyspozytor pogotowia ratunkowego powinien zbierać wywiad od wzywającego pomocy według ustalonego, precyzyjnego protokołu, ukierunkowanego przede wszystkim na rozpoznanie stanu nieprzytomności i jakości oddychania. Stwierdzenie braku oddechu lub zaburzeń oddychania powinno skutkować wdrożeniem protokołu postępowania jak w przypadku podejrzenia nagłego zatrzymania krążenia. Wszystkie osoby udzielające pomocy powinny stosować skuteczny pośredni masaż serca. Kładzie się szczególny nacisk na wysokiej jakości masaże serca z głębokością ucisku mostka na 5 cm i częstości 100 na minutę, oraz minimalizację przerw w PMS. Gdy resuscytację prowadzi osoba nieprzeszkolona, powinna go wykonywać według telefonicznego instruktażu prowadzonego przez dyspozytora pogotowia ratunkowego, stosując jedynie pośredni masaż serca. Osoby przeszkolone powinny stosować uciskanie mostka z oddechami ratowniczymi w sekwencji 30:2.

Podsumowanie

Mózg człowieka obumiera po 5 minutach od wystąpienia zatrzymania krążenia, średni czas dojazdu karetki pogotowia ratunkowego do pacjenta w obszarach miejskich wynosi 10-12 minut. Wniosek z tego, że kluczową rolę dla przeżycia pacjenta ma szybkie podjęcie resuscytacji przez osoby postronne, świadków zdarzenia. Bez tego sukces RKO czyli przeżycie pacjenta i uniknięcie ciężkiego uszkodzenia mózgu nie jest możliwy. Stąd szerokie edukowanie społeczeństwa w dziedzinie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, a w szczególności BLS ma fundamentalne znaczenie. Stig Holmberg, ojciec szwedzkiej szkoły resuscytacji, jeden z założycieli Europejskiej Rady Resuscytacji stwierdził, że „umiejętność zastosowania resuscytacji krążeniowo-oddechowej powinna być tak naturalna, jak umiejętność pływania“.

Piśmiennictwo

European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Resuscitation 2010;81.

ODLEŻYNY - „LEPIEJ ZAPOBIEGAĆ NIŻ LECZYĆ”

mgr Lidia Kalinowska - kierownik Zakładu Rehabilitacji WCM Opole



Co to jest odleżyna?

To obszar miejscowej martwicy tkanek, powstający na skutek ograniczenia lub przerwania krążenia z powodu ucisku na naczynia krwionośne tkanek miękkich.

Ryzyko powstawania odleżyn dotyczy głównie osób unieruchomionych np. przez ciężką chorobę, przebywających długo w pozycji leżącej lub siedzącej, gdzie występuje bezpośredni ucisk kości na tkanki miękkie. W miarę upływu czasu w miejscach tych następuje ograniczenie lub zahamowanie krążenia krwi. Efektem jest powstawanie zaczerwienionych obszarów skóry, w obrębie których szybko dochodzi

do obumierania tkanek.

U zdrowego człowieka ucisk powoduje uczucie niewygody poprzez czuciowe zakończenia nerwowe, co prowadzi do podświadomej zmiany pozycji ciała usuwającej ucisk. W wielu przypadkach, zwłaszcza u pacjentów z uszkodzonymi drogami nerwowymi pacjent nie czuje niewygody, brak jest czynnika ostrzegawczego i wówczas bardzo szybko mogą powstawać odleżyny.

Możemy wyróżnić kilka czynników sprzyjających powstawaniu odleżyn:

* **bezpośrednie**

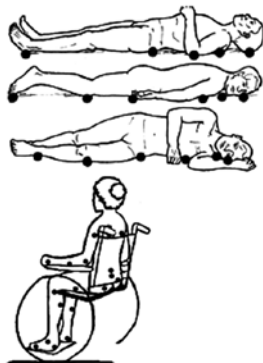
- nadmierny statyczny, długotrwały nie zmieniający się ucisk na tkankę wokół wystających elementów kostnych,
- uderzenia, wstrząsy, gwałtowne ruchy powstające w chwilach zmiany pozycji ciała - podnoszenia, przesuwania, siadania,

* **pośrednie wewnętrzne**

- ogólny stan zdrowia - niedobory krwi, białka, elektrolitów zwiększają niebezpieczeństwo martwicy z niedokrwienia,
- długotrwała choroba obniża sprawność wszystkich funkcji fizjologicznych,
- czynniki naczyniowe np. miażdżyca, cukrzyca,
- ograniczenie ruchomości, niedowład, porażenia,
- nietrzymanie moczu lub stolca,
- stan odżywienia,
- urazy i otarcia naskórka,
- używki: nikotyna, alkohol,

* **pośrednie zewnętrzne**

- temperatura otoczenia,
- nieodpowiednie ubranie - z włókien sztucznych, obcisłe, z twardymi szwami, zbyt ciasne obuwie,
- pościel - pofałdowana, zamoczona, okrucy lub inne przedmioty.
- leki przeciwbólowe i uspakajające,
- brak pielęgnacji wilgotnej skóry,



Odleżyny występują najczęściej w okolicy kości krzyżowej, guzów kulszowych, krętarzy, kostek, pięt, rzadziej w okolicy uszu, łopatek, kręgosłupa.

Podział odleżyn wg. Torrance'a

♦ Stopień I - blednące zaczerwienie, rumień, skóra nie jest uszkodzona. Lekki ucisk palca powoduje zblednięcie tego zaczerwienia, co wskazuje że mikrokrążenie nie jest jeszcze zatrzymane i uszkodzone.

♦ Stopień II - nieblednące, powiększające się zaczerwienie, powierzchowna nadżerka, tkanka twarda w dotyku. Po zakończeniu ucisku rumień nie ustępuje, może pojawić się powierzchniowy obrzęk, otarcie, przerwanie ciągłości naskórka i pęcherze, zwykle towarzyszy temu ból.

♦ Stopień III - głębokie uszkodzenie pełnej grubości skóry do granicy z tkanką podskórną. Widoczne głębokie ubytki tkanki, rana otoczona jest rumieniem i obrzękiem, brzegi rany są dobrze odgraniczone, dno rany może być wypełnione żółtymi masami rozpadających się tkanek lub czerwoną ziarniną. Uszkodzone tkanki znajdują się poniżej zakończeń nerwowych stąd zwykle są bezbolesne.

♦ Stopień IV - uszkodzenie rozpościera się w stronę tłuszczowej tkanki podskórnej, dochodzi do kości, występuje martwica z odczynem zapalnym kości i odczynowym zapaleniem stawów, widoczna jest obumarta tkanka. Brzeg odleżyny jest raczej dobrze odgraniczony, lecz martwica obejmuje także otaczające ją warstwy skóry, dno może być pokryte czarną martwicą.

♦ Stopień V - zaawansowana martwica rozpościerająca się w stronę powięzi i mięśni, stan ogólnego zakażenia - sepsa. W ranie są rozpadające się masy tkanek i czarna martwica.

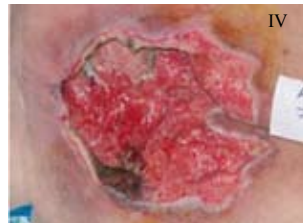
Innym sposobem klasyfikacji odleżyn, jest oparty na doświadczeniach brytyjskich tzw. system kolorowy. Jest on szczególnie przydatny do planowania leczenia odleżyn.

* **rany czarne** - sucha lub miękka czarna lub brązowa martwica wypełniająca dno odleżyny IV lub V,

* **rany żółte** - kolor odleżyny pochodzi od martwiczych mas głównie z tkanki tłuszczowej, często są to rany zainfekowane,

* **rany czerwone** - oznaczają fazę ziarninowania; ziarnina jest bardzo delikatna, nawet przy mikrourazach krwawi,

* **rany różowe** - oznaczają fazę naskórkowania.



Jak zapobiegać?

Zarówno chory jak i jego opiekunowie, powinni za wszelką cenę zapobiegać powstawaniu odleżyn, a w przypadku ich pojawienia się w dalszym ciągu stosować profilaktykę w celu poprawy warunków gojenia się. Do pełnego wykorzystania istniejących możliwości profilaktyki odleżyn, konieczna jest współpraca personelu medycznego na trzech płaszczyznach: działań pielęgniarских, lekarskich i fizjoterapeutycznych. Wszystkie te grupy jako element wspólny swoich działań, muszą wprowadzić element wczesnej edukacji pacjenta lub/i opiekuna. Tylko dobra informacja o zagrożeniach oraz sposobach zapobiegania odleżynom są w stanie zmniejszyć ryzyko ich powstawania.

Zaleca się przede wszystkim aktywność ruchową pacjenta, zmienianie jego pozycji co 2 godziny w dzień i co 4 godziny w nocy, poprawę krążenia miejscowego skóry/masaż, oklepywanie jeszcze nie uszkodzonych miejsc, nacieranie okolic ciała najbardziej narażonych na ucisk środkami poprawiającymi krążenie, stosowanie materacy przeciwodleżynowych, podkładek odciążających tzw. krzązków. Należy dokładnie obserwować skórę chorego podczas każdej zmiany pozycji. Rygorystycznie dbać o zachowanie higieny, unikać zanieczyszczenia skóry kałem i moczem, zapobiegać maceracji naskórka przez minimalizację kontaktu skóry z moczem, dbać o nawilżenie i uelastycznienie skóry przez stosowanie kremów i emulsji. Można używać preparatów, które nie tylko stwarzają barierę ochronną przed kontaktem z potem lub moczem, ale zawierają substancje dezynfekujące oraz lecznicze np.: sudokrem, maść lanolinową, panthenol, linomag, solkoseryl. Należy zmieniać delikatnie pozycję chorego, unikać urazów, stosować miękką nie drażniącą skóry pościel oraz bieliznę. Zaleca się zmianę po każdym zamoczeniu a nawet zawilgoceniu.

Działania fizjoterapeutyczne:

Kinezyterapia: ćwiczenia poprawiające krążenie, odpowiednie pozycje złożeniowe i ich zmiana.

Fizykoterapia: elektrostymulacja mięśni, galwanizacja odcinkowa, prądy diadynamiczne, kąpiele wirowe, światło spolaryzowane, laser biostymulacyjny- poprawa krążenia i odżywiania tkankowego, przyspieszenie gojenia ran.

Masaż: suchy całego ciała, masaż pneumatyczny podciśnieniowy, masaż podwodny.

Leczenie ran odleżynowych

Niestety, pomimo wielu badań na temat odleżyn, wdrażaniu procedur przeciwodleżynowych jak i coraz powszechniejszej edukacji ukierunkowanej na zapobieganie odleżynom, ich odsetek wśród pacjentów jest duży i wciąż nie maleje. Leczenie ran odleży nowych, tak jak ich zapobieganie wymaga współpracy całego zespołu medycznego.

Celem procesu gojenia, jest przywrócenie ciągłości funkcji uszkodzonych tkanek. Proces leczenia stanowi łańcuch procesów fizycznych, chemicznych i komórkowych, które zostają uruchomione w uszkodzonej tkance.

Nowoczesne leczenie odleżyn polega na koncepcji wilgotnego leczenia ran. Badania wykazały bowiem, że gojenie przebiega szybciej gdy powierzchnia rany jest wilgotna. Powoduje to przyspieszenie leczenia odleżyn aż o 50%. Leczenie jest uzależnione od stopnia zaawansowania odleżyny. Należy przy tym pamiętać, że w poważniejszych przypadkach powinno ono przebiegać pod

ściśłą kontrolą lekarza i najczęściej prowadzone jest w szpitalu lub placówkach opieki paliatywnej. Można również zastosować specjalne półprzepuszczalne opatrunki pochłaniające nadmiar wysięku. Zabezpieczają ranę przed zanieczyszczeniem oraz zapobiegają jej wysychaniu. Mogą to być opatrunki hydrożelowe, hydrożelowe z alginianami i żelowe hydrokoloidowe, które mają dobre właściwości oczyszczające, powodują nawodnienie tkanki martwiczej i ułatwiają przebieg naturalnych procesów oczyszczania odleżyny oraz jej gojenie. Mogą być również używane opatrunki poliuretanowe i błony półprzepuszczalne. Używanie poszczególnych opatrunków będzie uzależnione od stopnia odleżyny oraz sposobu leczenia.

W dalszym ciągu obowiązuje zmiana pozycji co 2-4h, dbanie o stan skóry, nawilżanie i uelastycznianie skóry wokół odleżyny, oczyszczanie i pielęgnacja rany odleży nowymi wymienionymi opatrunkami. W miarę potrzeby interwencja chirurgiczna (wycięcie tkanki martwej), nadzór nad analizą laboratoryjną krwi, zalecenia dietetyczne (podaż białek).

Również działania fizjoterapeutyczne mogą poprawić krążenie jak też przyspieszyć gojenie ran odleżynowych. Dobre rezultaty uzyskujemy przy zastosowaniu światła spolaryzowanego, lasera biostymulacyjnego czy hiperbarycznej terapii tlenowej.

Obecność ran odleżynowych w dobie gruntownej i ogólnodostępnej wiedzy na temat zapobiegania odleżynom, traktowana jest jako porażka współczesnej medycyny. Duży procent odleżyn to efekt zaniedbania i niestosowania procedur przeciwoodleżynowych. Zarówno zapobieganie odleżynom, jak i ich leczenie wymaga konsekwencji i współpracy pacjenta i całego personelu medycznego.

Literatura:

Sopata M. Profilaktyka i sposoby leczenia odleżyn przy zastosowaniu „kolorowego” systemu klasyfikacji. Nowa Medycyna – Ból i Opieka Paliatywna II. 1/2000

Petkow L., Górkiewicz-Petkow A. Nowoczesne opatrunki w leczeniu przewlekłych ran i owrzodzeń podudzi ze szczególnym uwzględnieniem opatrunków hydrokoloidowych. Przegląd Flebologiczny 2002; 10(4):101-105

Zbarańska K. Odleżyny- patogeneza, profilaktyka i leczenie. Nowa Medycyna 2003; 1

http://www.stopacukrzycowa.com/leczenie_ran_odlezynowych.html



Plazmafereza i jej zastosowanie w Oddziale Intensywnej Terapii

lek. med. Maciej Gawor specjalista anestezjologii i intensywnej terapii



Kilka miesięcy temu wprowadziliśmy do standardów leczenia w Oddziale Intensywnej Terapii metodę plazmaferezy. Zastosowanie plazmaferezy było możliwe dzięki wykorzystaniu w pełni możliwości urządzenia „Prismaflex” firmy Gambro. Prismaflex w dotychczasowym zastosowaniu spełniał funkcje terapii nerkozastępczej, obecnie ma również zastosowanie jako urządzenie do zabiegów plazmaferezy.

Plazmafereza jest określana jako terapeutyczna wymiana osocza TPE (Therapeutic Plasma Exchange). Jest metodą stosowaną w leczeniu od prawie 50 lat. Jednak w ostatnim 10-letniu znacznie ją unowocześniono, zwłaszcza budowę filtrów. Liczne badania naukowe, spowodowały poszerzenie wskazań, dotyczących zastosowania głównie w intensywnej terapii w stanach zagrożenia życia.

Istotą zabiegu jest usunięcie z krwi pacjenta chorego osocza razem z zawartymi w nim białkami odpowiedzialnymi za objawy i podtrzymanie choroby (przeciwciała, immunoglobiny, cytokiny itp.). Ilość usuwanego osocza jest zwykle odznaczona do całkowitej objętości osocza we krwi chorego. U pacjenta ważącego około 70 kg całkowita objętość osocza (EPV Estimated Plasma Volume) to zazwyczaj 2,5 – 2,7 l. Żeby zabieg plazmaferezy był skuteczny powinno być usunięte około 1,5 EPV czyli prawie 2,5 – 3,5 l osocza. Ponieważ po zabiegu na skutek przechodzenia białek z przestrzeni pozanaczyniowej do wewnątrznaczyniowej stężenie chorych białek wzrasta zabieg należy powtarzać co 24 h przez kolejne 4-5 dni. Wówczas stężenie szkodliwych białek spada o prawie 90% w stosunku do stężenia wyjściowego. W miejsce usuwanego osocza, podaje się w trakcie zabiegu do krwi chorego albuminy, osocze i elektrolity z zewnątrz uzupełniając niedobory.

Przeprowadzenie zabiegu wymaga odpowiedniego dostępu naczyniowego, w praktyce takiego samego jak w przypadku hemodializy umożliwiającego jednocześnie pobieranie i oddawanie krwi do układu żylnego pacjenta. Konieczna jest również antykoagulacja czyli obniżenie krzepliwości krwi przez podanie heparyny. Filtrowanie krwi odbywa się w sposób ciągły, aż do uzyskania zamierzonej objętości osocza. Trwa to około 3-4 godziny. W tym czasie pacjent musi leżeć praktycznie w bezruchu.

Konieczne jest stałe i dokładne monitorowanie parametrów fizjologicznych pacjenta jak i jego badań laboratoryjnych wykonywanych nawet kilkakrotnie w czasie zabiegu (układ krzepnięcia, morfologia, elektrolity). Zabieg jest głąbo-



piel. Renata Ślimak

ką ingerencją w równowagę metaboliczną, stąd konieczność szczegółowej obserwacji pacjenta. Możliwe zaburzenia dotyczą reakcji ze strony układu krążenia (spadki ciśnienia, wahania tętna), układu oddechowego (duszności, kaszlu, ryzyko obrzęku płuc), układu odpornościowego (wysypki, reakcje alergiczne) jak i zaburzenia równowagi termicznej – spadki temperatury.

Wskazania do zabiegu plazmaferezy są przedmiotem stałych badań. Co kilka lat ukazują się nowe wytyczne formułowane przez dwa duże towarzystwa amerykańskie (AABB *American Association of Blood Banks* i ASA *American Society of Apheresis*), w oparciu o wyniki badań skuteczności terapii w określonych jednostkach chorobowych. Obecnie uważa się, że największą skuteczność zabiegi plazmaferezy mają tam gdzie w przyczynach choroby czynniki etiologiczne związane są z białkami krwi.

W nefrologii wskazaniem bezwzględny jest ostre kłębuszkowe zapalenie nerek spowodowane obecnością przeciwciał przeciwko błonie podstawnej kłębuszków nerkowych (Zespół Goodpasture'a), podobnie w zapaleniu nerek w przebiegu ziarniaka Wegenera tj martwiczego zapalenia małych tętnic, obejmującego głównie **górne drogi oddechowe, płuca i nerki**. Plazmafereza skojarzona z leczeniem immunosupresyjnym, daje szansę na złagodzenie objawów.

W hematologii plazmafereza znajduje zastosowanie w zakrzepowej plamicy małopłytkowej czyli zespole Moschcowitza gdzie jedną z przyczyn choroby są przeciwciała, które doprowadzają do wewnątrznaczyniowej aktywacji i agregacji płytek. Innym zastosowaniem jest choroba nowotworowa limfocytów makroglobulinemia Waldenströma.

Neurologia jest dziedziną w której zabiegi plazmaferezy są skuteczne w jednostkach chorobowych związanych z obecnością w ustroju przeciwciał, które działają przeciw strukturom neurologicznym gospodarza. Zespół Guillaina-Barre objawiający się zaburzeniami przewodnictwa nerwowego prowadzącymi do porażenia kończyn i niewydolności oddechowej jest jednostką chorobową, której powikłania są skutecznie leczone w Oddziałach Intensywnej Terapii plazmaferezą. Również miastenia i zespoły miasteniczne przebiegające z zaburzeniami oddechowymi są chorobami w, których plazmafereza jest szansą na cofnięcie się objawów zagrażających życiu.

We wskazaniach bezwzględnych do leczenia plazmaferezą znajdują się również przypadki zatrucia muchomorem sromotnikowym gdzie toksyny wiążą się z białkami krwi. Podobnie w przełomie tarczycowym. Dużą skuteczność

obserwuje się w chorobach autoimmunologicznych np. toczeniu trzewnym, pęcherzycy, reumatoidalnym zapaleniu stawów czy zapaleniu skórno-mięśniowym. Trwają także badania nad zastosowaniem plazmaferezy w stwardnieniu rozsianym.

Plazmafereza jest metodą terapeutyczną stosowaną w Oddziałach Intensywnej Terapii w wielu jednostkach chorobowych w stadium zagrożenia życia. Często szybka decyzja o włączeniu terapii ratuje życie pacjentowi. Jednak ilość możliwych powikłań oraz konieczność prowadzenia zabiegu pod specjalistyczną opieką i intensywnym nadzorem powoduje, że zabiegi



lecniczej plazmaferezy powinny się odbywać w Oddziale Intensywnej Terapii. Zabieg plazmaferezy wymaga szczególnego zaangażowania, zwłaszcza specjalistycznego personelu pielęgniarskiego intensywnej terapii (konieczność ścisłego nadzoru, częste pobieranie badań, reżim sanitarny) wówczas jest szansa, że ilość powikłań i niepożądanych objawów ubocznych będzie niewielka.

Portiernie Wojewódzkiego Centrum Medycznego



Danuta Raszkievicz

Pierwszą osobą z którą pacjent ma kontakt w przychodni jest pani portierka, która obsługuje szatnię w Bloku D, przeznaczoną dla pacjentów przychodni i osób odwiedzających chorych w oddziałach szpitalnych.

Osoba na tym stanowisku dokładnie zna układ pomieszczeń w przychodni, numery gabinetów lekarskich, nazwy przychodni specjalistycznych oraz ich lokalizację. W razie potrzeby udziela także szczegółowych informacji dotyczących konkretnego gabinetu lub oddziału szpitalnego.

Zimą i jesienią codziennie przyjmuje do szatni i wydaje setki kurtek i płaszczy, niejednokrotnie podnosząc i dźwigając znaczne ciężary.

Co rano wydaje klucze do pomieszczeń przychodni, a po zakończeniu pracy odbiera wydane klucze, przestrzegając procedur związanych z ich ewidencją.

Portier mając bezpośredni kontakt z ludźmi chorymi, cierpiącymi, nierzadko zdenerwowanymi, musi wykazać się cierpliwością, spokojem, opanowaniem, a także dyskrecją i kulturą osobistą, gdyż niejednokrotnie to jemu w pierwszej kolejności

ludzie zwierniają się ze swoich dolegliwości, otrzymanych diagnoz medycznych, metod

leczenia itp. Czasami zdarza się również niewdzięczna rola, wyproszenia awanturowanego się będącego pod wpływem alkoholu pacjenta lub osoby bezdomnej.

Portier ściśle współpracując z dyspozytorem i ochroną szpitala, zgłasza wszelkie zauważone nieprawidłowości.

Główne drzwi wejściowe zamyka o godz. 21, by móc w razie potrzeby otworzyć je o każdej porze nocy np. gdy przyjeżdżają dostawcy krwi, dla oczekujących na



Regina Kolwzan



Irena Staś



Gerda Człapa

nią pacjentów. Oprócz tego, krew dostarczana jest codziennie ok. 5 rano do Pracowni Serologii.

W godzinach wczesno-rannych między godziną 3 a 4, już zaczyna się duży ruch i tak ok. 4.30 klucze do pomieszczeń kuchni pobierają jej pracownicy, o tej porze też dostarczana jest prasa, a następnie towar do kiosku.

Pierwsi pacjenci przychodzą najczęściej ok. godziny 6 rano.

Wszystkich dostawców oraz pacjentów należy wpuścić do zamkniętego jeszcze obiektu.

Portierzy obsługujący wjazd na teren szpitala przy obiekcie pralni mają nieco inny zakres obowiązków do których między innymi należą:

- dozór i odpowiedzialność za powierzone mienie,
- prowadzenie rejestru samochodów wjeżdżających na teren i wyjeżdżających z terenu WCM, gdzie w ciągu zmiany dokonanych jest ok.100-120 wpisów oraz zajmują się wypisywaniem przepustek dla dostawców,
- prowadzą książki przebiegu służby,
- o każdej porze dnia i nocy wydają klucze do pomieszczeń Zakładu Medycyny Sądowej dla firm pogrzebowych oraz prowadzą ich ewidencję,
- wydawanie kluczy dla pracowników transportu wewnętrznego od pomieszczenia z wagą dla odpadów medycznych przeznaczonych do spalania,
- sprawdzają kompletność kluczy,
- włączanie w godzinach wieczornych i wyłączanie w godzinach rannych oświetlenia zewnętrznego w rejonie portierni i pralni.

Podobnie jak na portierni w Bloku D, tutaj również dzień rozpoczyna się bardzo wczesnym rankiem. Pierwsze dostawy produktów dla kuchni pojawiają się ok. 5 rano, potem dostawa do apteki, nieco później pojawiają się samochody obsługujące spalarnię odpadów medycznych i pralnię.

Portier to istotna funkcja związana z dozorem i odpowiedzialnością za powierzone mienie, pełniona przez 24 godziny na dobę, po 12 godzin na zmianie. Pracownik zatrudniony w Wojewódzkim Centrum Medycznym na tym stanowisku pracuje w systemie od godz.6.00 do 18.00 i od 18.00 do 6.00 rano.

Sekcja Ogólnotechniczna zatrudnia 5 pań portierek w przychodni w bloku D oraz 5 panów portierów (czasami w zastępstwie są panie), obsługujących portiernię zlokalizowaną przy Pralni - wjazd na teren szpitala od strony ul. Górnej.

Panie portierki to: Teresa Bąk, Gerda Człapa, Regina Kołwzan, Danuta Raszkievicz, Irena Staś. Panowie portierzy to: Tadeusz Bagiński, Tomasz Kołwzan, Zbigniew Łupak, Andrzej Twardowski, Józef Wit (Adrianna Schwierc - zastępstwa).



Adrianna Schwierc



od lewej: Józef Wit, Andrzej Twardowski

Porad udzielają pracownicy z Zakładu Medycyny Sądowej



od lewej: dr A. Jastrzębski, dr H. Szatny, dr J. Maselko



sekretarka medyczna M. Glapiak-Pochopin

Co to jest obdukcja lekarska i jakie posiada znaczenie dla organów ścigania?

Badanie lekarskie, którego podstawowym celem jest opis obrażeń ciała nazywane jest potocznie „obdukcją”. Jego celem jest ustalenie lokalizacji, rodzaju, charakteru obrażeń ciała i ich skutków. Pamiętać należy, że obrażenia mogą powstać od różnorodnych narzędzi i w różnorodnym mechanizmie. Mogą to być np. sińce, otarcia skóry, rany różnego rodzaju- klute, cięte, szarpane, oparzenia-termiczne, chemiczne, zatrucia itd. Badanie, w którym stwierdzone są obrażenia ciała może być przeprowadzone przez każdego lekarza. Lekarza klinicystę bez specjalizacji lekarskiej, posiadającego tytuł specjalisty i lekarza medyka sądowego. Z uwagi na specyfikę pracy, wiedzę i doświadczenie zawodowe lekarze klinicyści przede wszystkim zajmują się diagnozowaniem i leczeniem chorób. Posiadaną wiedzę kliniczną wykorzystają dla zdrowia pacjenta rzadziej dla celów opiniodawczych. Dla lekarzy klinicystów najważniejsze jest zdrowie pacjenta. Brak im szczegółowej wiedzy z zakresu prawa i zdarza się, że brak im widzenia perspektywy potrzeb postępowania karnego. Zatem pomimo dokładanych przez nich starań niektóre obrażenia czy zmiany mogą być opisane w sposób, który utrudni lub nawet uniemożliwi kwalifikację skutków obrażeń, odtworzenie mechanizmu i okoliczności ich powstania. Medyk sądowy na obrażenia ciała patrzy w inny sposób niż klinicysta. Obrażenia są opisywane w sposób taki, który ułatwi lub umożliwi zarówno ustalenie rodzaju narzędzia od jakiego powstały oraz pozwoli na odtworzenie mechanizmu powstania obrażeń ciała. Umożliwi to dokładną kwalifikację skutków obrażeń w sensie kodeksowym i ułatwi prowadzenie postępowania.

Dość ogólnie można stwierdzić, że to czy wynik badania przeprowadzonego przez jakiegokolwiek lekarza (obdukcja) zostanie uznany za dowód w sprawie należy do decyzji organu prowadzącego postępowanie na każdym szczeblu (Policji, Prokuratury lub Sądu). Jednocześnie pracownicy ww. organów najczęściej mają świadomość różnic pomiędzy jakością badania i wniosków z badania wykonanego przez klinicystę i medyka sądowego. Ze wskazaniem na medyka sądowego.

Kiedy i gdzie powinny zgłaszać się osoby potrzebujące wykonania badań specjalistycznych w celu wydania zaświadczenia?

Osoby które doznały obrażeń ciała do badania nazywanego „obdukcją”

mogą się zgłaszać do lekarza, a zwłaszcza do Zakładu Medycyny Sądowej w każdym czasie od urazu. Oczywiście im czas od zdarzenia jest krótszy tym możliwość szczegółowego opisu obrażeń ciała jest większa. Zatem większa jest możliwość szczegółowego stwierdzenia rodzaju, lokalizacji obrażeń ciała, ustalenia ich skutków i okoliczności powstania. Jeśli osoba pokrzywdzona korzystała z pomocy klinicysty- leczyla się po doznaniu obrażeń- to powinna przy badaniu przedłożyć odpowiednią dokumentację lekarską.

Czy badania i zaświadczenie są odpłatne, jeśli tak to w jakiej wysokości?

Takie badanie jest badaniem za które pobierane się opłaty. Nie jest ono refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Opłata za badanie określana jest przez placówki, w których jest ono wykonane. W Zakładzie Medycyny Sądowej Wojewódzkiego Centrum Medycznego jego cena wynosi 86,10zł. Osoba badana, w postępowaniu karnym nazywana „pokrzywdzonym” w trakcie postępowania przed Sądem może wnosić o zwrot wydatków poniesionych na diagnostykę medyczną i leczenie. Może zatem żądać od sprawcy zdarzenia-obrażeń, zwrotu wydatków poniesionych także na badanie lekarskie nazywane „obdukcją”.

Finalistka Konkursu „Pielęgniarka Roku 2010”

Maria Grzeczna

Już po raz trzeci pielęgniarka z naszego Szpitala wzięła udział w finale Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2010”, który zgromadził 15 pielęgniarek i pielęgniarzy z całej Polski. Finał Konkursu odbył się w dniu święta pielęgniarek 11-12 maja br. w Poznaniu. Każdy z laureatów przygotował prezentację na temat „Organizacje pielęgniarek polskich powstałe i działające w kraju po odzyskaniu niepodległości (1918) oraz współcześnie - zasługi dla rozwoju zawodu”. Przedstawiona prezentacja poddana została ocenie komisji konkursowej pod przewodnictwem mgr Krystyny Wolskiej – Lipiec. Tegoroczną zwyciężczynią konkursu została Magdalena Wiśniowska ze Szpitala Uniwersyteckiego z Krakowa, II miejsce przypadło pielęgniarce ze Szpitala Uniwersyteckiego z Lublina Sylwii Wójcik, natomiast III miejsce zajęła Anna Pikula ze Szpitala Specjalistycznego w Jaśle. Pozostali finaliści, a wśród nich nasza pielęgniarka Ania Kozłowska zostali wyróżnieni i uhonorowani nagrodą Ministerstwa Zdrowia,



od lewej:
U. Kraszkiewicz,
A. Kozłowska

Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Ania Pikula na co dzień pracuje w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej naszego Szpitala. W tym roku podjęła naukę na studiach magisterskich Uniwersytetu Śląskiego

w Katowicach- kierunku pielęgniarstwo. Oprócz



A. Kozłowska

pracy zawodowej interesuje się dobrą książką, kocha zwierzęta, a najbardziej koty podarowane przez koleżanki z Oddziału. Lubi wycieczki górskie i poznanie nowych miejsc. Ania jest bardzo dobrą pielęgniarką, skromnym człowiekiem z bogatym zasobem wiedzy nie tylko zawodowej. Dobrym kompanem wspierającym w potrzebie i wspaniałym nauczycielem zawodu dla młodych koleżanek.

Dyrekcja, pielęgniarki i położne naszego Szpitala serdecznie gratulują Ani wyróżnienia i dziękują za reprezentowanie Wojewódzkiego Centrum Medycznego na Ogólnopolskim finale Konkursu „Pielęgniarka Roku 2010”.

Pielęgniarki i położne wyróżnione za zasługi dla opolskiego samorządu

Maria Grzeczna

W dniu 28 czerwca 2011 r. na Opolszczyźnie świętowano XX-lecie samorządu pielęgniarek i położnych. Z tej okazji zostały wręczone odznaczenia dla pielęgniarek i położnych pracujących na rzecz samorządu. Wśród 21 osób wyróżnionych odznaczeniami, 10 pielęgniarek było z Wojewódzkiego Centrum Medycznego, a wśród nich:



Wręczenie odznaczeń

Anna Fedorów - magister teologii, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, od 1996 r. pielęgniarka oddziałowa Oddziału Chorób Wewnętrznych, Gastroenterologii, Diabetologii i Endokrynologii. Od 1991 roku delegat środowiska, Z-ca Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Wraz z koleżankami „rzecznika-

mi” przeciera szlaki w prowadzeniu postępowań z zakresu odpowiedzialności zawodowej i postawy etycznej polskich pielęgniarek i położnych. Przez okres dwóch kolejnych kadencji jest współredaktorem czasopisma „Niezależne pismo pielęgniarek i położnych Województwa Opolskiego”. Wielka miłośniczka i pasjonatka pielęgniarstwa zachowawczego, nauczycielka ogromnej rzeszy pielęgniarek Województwa Opolskiego, wykładowca, opiekun studentów, słuchaczy i uczniów.

Wiesława Grabska - magister pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego, od 2002r. pielęgniarka oddziałowa Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Delegat środowiska, członek Okręgowej Rady, Z-ca Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Obecnie członek Okręgowej Rady i sekretarz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Od roku 2007r. członek Komisji Kształcenia. Od 2010r. Przewodniczącą Opolskiego

Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych. Kierownik kursów z zakresu pielęgniarstwa anestezjologicznego. Nauczyciel, niezliczonej już liczby pielęgniarek anestezjologicznych, studentów, stażystów i uczniów.

Katarzyna Kaźmierczak - magister zarządzania w zakresie zarządzania personelem, od roku 1997 pracuje w Oddziale Intensywnej Terapii Dzieci, a od 2007r. kieruje zespołem pielęgniarek i położnych. Delegat środowiska, członek Okręgowego Sądu następnie Okręgowej Rady. Od 2007r. do chwili obecnej członek Komisji Kształcenia. Pracę na rzecz samorządu doskonale łączy z pracą zawodową na rzecz „malutkich” pacjentów.

Urszula Kraszkiewicz - magister pedagogiki w zakresie pedagogiki pracy, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, od 1996 r. pielęgniarka oddziałowa Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej. Delegat środowiska pielęgniarek i położnych na Zjazd Okręgowy i Krajowy, obecnie członek Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych. Opiekun praktyk zawodowych i staży, kierownik kursu z zakresu leczenia ran, a obecnie kierownik specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.

Elżbieta Siwak - pielęgniarka oddziałowa pierwszego w Województwie Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej. Związana z pracą na rzecz samorządu od 1991r., jako delegat, członek Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz członek Komisji socjalnej. Dbą o dobre imię samorządu i zawodu. zawsze publicznie wyraża opinię w kwestii poparcia dla działalności samorządu i środowiska.

Małgorzata Czempora - starsza pielęgniarka w Oddziale Laryngologii, związana zawodowo z WCM od 1993 r. Na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych pracuje od IV kadencji, jako Z-ca Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, członek Okręgowej Rady i Prezydium. Pełniąc funkcję Z-cy Rzecznika prowadzi trudne dla środowiska postępowania, z którymi radzi sobie wyśmienicie. Od 2010 r. środowisko powierzyło Pani Małgosi funkcję Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej obdarowując ją pełnym zaufaniem. Jest łącznikiem pomiędzy samorządem a swoim miejscem pracy.

Krystyna Grajcar - starsza pielęgniarka w Pracowni Badań Hemodynamicznych od 1997r. Delegat środowiska na Okręgowy Zjazd, członek Okręgowego Sądu a obecnie Z-ca Okręgowego Rzecznika.

Violetta Horoszczyk - magister pedagogiki w zakresie psychopedagogiki, od 1997r. pracuje na stanowisku starszej pielęgniarki w Stacji Dializ. Delegat środowiska od 2003r. członek Okręgowej Komisji Rewizyjnej a obecnie Z-ca Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Pracę na rzecz samorządu doskonale łączy z pracą zawodową.

Anna Iwanicka - pielęgniarka koordynująca w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Od 1999r. jest delegatem środowiska pielęgniarek, obecnie członek Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

Elżbieta Gęglawy - magister pedagogiki, była pielęgniarka oddziałowa Oddziału Urologii. Od 2007r. realizuje się zawodowo będąc na emeryturze. Z samorządem związana od I do IV kadencji, jako delegat środowiska i członek ORPiP. Przez okres dwóch kadencji przewodniczy Komisji ds. standardów pielęgniarstwa. Wieloletnia Przewodnicząca Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Opolu.



Pamiętkowe zdjęcie z okazji wręczenia odznaczeń:
I rząd od lewej - A. Kucharski, J. Jakubiszyn, K. Sołtys-Bolibrzuch, E. Siwak, M. Czarzeźna, koleżanka z Nysy, V. Horoszczyk, M. Czempora, M. Kozak
II rząd od lewej - U. Kraszkiewicz, M. Piskozub, E. Gęglawy, A. Fedorów, W. Grabska, K. Kazmierczak, A. Iwanicka, K. Grajcar, T. Królikowski, S. Wiatkowska

SZATNIA

ZA RZECZY WARTOŚCIOWE
POZOSTAWIONE W SZATNI
SZPITAL NIE ODPOWIADA

BEZP



Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej

Wojewódzkie Centrum Medyczne

45-418 Opole, Al. W. Witosa 26

e-mail: centrum@wcm.opole.pl www.wcm.opole.pl

Redaktor Naczelny - Wiesław Duda, e-mail: wduda1@op.pl, tel. 601 688 692

Sekretariat Dyrektora 77 45 20 745, 77 54 13 745, fax 77 45 20 123

Kancelaria 77 45 20 124, 77 54 13 124

Informacja dla pacjentów 77 45 20 711, 77 54 13 711, 77 45 79 067

Rejestracja Główna 77 45 20 111, 77 54 13 111

Skład i druk: Eurocent, 45-049 Opole, ul. Dwernickiego 4, tel. 77 44 10 777, biuro@eurocent.opole.pl

Ostatnia str. okł.: Teresa Bąk

