



ELBLĄG

KRÓLEWIECKA 146

ISSN-1642-1922

Egzemplarz bezpłatny





fot. Izabela Kowalina

**„KRÓLEWIECKA 146”****Wydawca**

Wojewódzki Szpital
Zespolony w Elblągu

Redaktor Naczelna

Anna Kowalska

Zespół redakcyjny

Anna Kowalska
Małgorzata Twardowska
Danuta Stanicka

Adres redakcji

Wojewódzki Szpital
Zespolony w Elblągu
ul. Królewiecka 146
82-300 Elbląg
Sekcja Marketingu
tel. 55 239 57 04
tel. 55 239 56 62
a.kowalska@szpital.elblag.pl
www.szpital.elblag.pl

Druk i skład

REMI-B Sp. j.
ul. Strażacka 35
43-382 Bielsko-Biała
www.remib.eu

Nakład

1000 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo
do skrótów i zmian tytułów.
Redakcja nie ponosi
odpowiedzialności
za treści artykułów
nadesłanych do redakcji.

Spis treści

Guzy kanału kręgowego: rzadka przyczyna poważnych zaburzeń neurologicznych	4
Zabiegi rekonstrukcyjne w Oddziale Otolaryngologicznym z Pododdziałem Chirurgii Szcękowo-Twarzowej	6
Łuszczyca – choroba na całe życie	8
Serce mam tylko jedno, czyli co warto wiedzieć o profilaktyce chorób układu sercowo-naczyniowego?.....	10
Pracownia Neurofizjologii – jedyna taka w Elblągu i regionie	11
Panowie, zróbcie sobie przegląd!	12
Dr n. med. Marek Pastuszek laureatem Nagrody Prezydenta Elbląga za rok 2015	13
Zaburzenia odżywiania wśród młodzieży tematem debaty zorganizowanej przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	14
Poznajmy się na tłuszczach	15
Największe marzenie Julki	16
Pracownik z pasją: Bogusław Kisielewski.	17
Z życia szpitala	18
Historia WSZ w Elblągu w pigułce (część 3)	19
Grudzień w obiektywie	20





Szanowni Państwo!

Za nami kolejny niezwykle pracowity rok. To ponad 42 tysiące pacjentów hospitalizowanych w naszym szpitalu i niemal 45 tysięcy osób przyjętych w przychodniach. W 2015 roku na świat przyszło u nas ok. 1,5 tysiąca noworodków, w tym 32 pary bliźniąt.

Jak zawsze intensywnie pracował Blok Operacyjny: nasi lekarze przeprowadzili prawie 14 tys. operacji, w tym ok. 2 tys. zabiegów onkologicznych.

Od wielu już lat doceniamy też wagę profilaktyki zdrowotnej. Z bezpłatnych badań finansowanych przez szpital skorzystało blisko tysiąc mieszkańców naszego miasta i regionu.

Ogromnym wyzwaniem zarówno merytorycznym jak i organizacyjnym dla szpitala było w minionym roku wdrożenie systemu Szybkiej Terapii Onkologicznej. Tą jakże trudną „ścieżką” przeprowadziliśmy niemal tysiąc pacjentów!

Standardy i wymagania wciąż rosną, praktycznie w każdej sferze działalności naszej placówki. Rozumiemy, jak istotna jest np. sukcesywna wymiana sprzętu medycznego. W minionym roku przeznaczyliśmy na ten cel prawie 2 mln zł. Oznaczało to m.in. zakup trzech nowych aparatów do USG, respiratora dla noworodków, aparatów do znieczulenia ogólnego, aparaturę do badań elektrofi-

zjologicznych i wiele innego drobniejszego, ale też niezbędnego sprzętu medycznego.

To był rok, w którym postawiliśmy na informatyzację szpitala. Realizowaliśmy dwa projekty informatyczne, dofinansowane z UE, o łącznej wartości 2 mln zł. Pierwszy z nich pozwolił na zakup sprzętu do digitalizacji i ucyfrowienie dokumentacji medycznej pacjentów. Szpitalne Archiwum wprowadziło też dodatkową e-usługę, czyli możliwość wglądu pacjenta w elektroniczną wersję historii choroby. Drugi z programów informatycznych umożliwił wprowadzenie na Bloku Operacyjnym usługi on-line dla pacjenta (status pacjenta na Bloku Operacyjnym) oraz usługi e-edukacja, dzięki której na stronie internetowej szpitala pojawiły się pierwsze filmy z naszych zabiegów operacyjnych.

To był także rok nieprzerwanych inwestycji remontowych, bardzo dla szpitala istotnych, bo usprawniających pracę wielu komórek i oddziałów. Kompleksowa modernizacja objęła m.in. Pracownię Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi. Przeprowadziliśmy remonty w Oddziale Urologicznym, Pracowni Endoskopii Gastroenterologicznej oraz w szpitalnej pralni, do której dodatkowo trafiła nowa, supernowoczesna pralnicowo-wirówka. Wyremontowaliśmy kolejne pomieszczenia i klatki schodowe, zainstalowaliśmy nowe windy, wymieniliśmy instalację wodno-kanalizacyjną i przeciwpożarową i ... długo by tak można jeszcze wymieniać. A w bieżącym roku czekają kolejne wyzwania: organizacyjne i inwestycyjne.

W Nowy Rok 2016 wchodzimy zatem z nową energią i nadzieją na realizację następnych ambitnych zamierzeń. Tym bardziej, że aplikowaliśmy do kilku kolejnych programów inwestycyjnych i zdrowotnych. Liczymy, że pozwolą nam one szpitalowi nadal się rozwijać a przed naszymi pacjentami otworzą nowe możliwości diagnostyczne i medyczne. Czego bardzo i sobie, i Państwu, życzę.

Z najlepszymi życzeniami na cały Nowy Rok dla wszystkich naszych Pacjentów i całej Załogi Szpitala –

Elżbieta Geler
Dyrektor Naczelna
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu

Guzy kanału kręgowego:

rzadka przyczyna poważnych zaburzeń neurologicznych

Oddział Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Chirurgii Kręgosłupa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu od lat cieszy się opinią uznanego w kraju ośrodka leczenia schorzeń kręgosłupa. Istotną grupę chorych leczonych operacyjnie stanowią pacjenci z guzami nowotworowymi lokalizacyjnie związanymi z kręgosłupem. Nowotwory te podzielić można na zmiany dotyczące struktur kostnych kręgosłupa oraz na guzy położone w świetle kanału kręgowego. O ile ze zmianami nowotworowymi struktur kostnych kręgosłupa mamy do czynienia relatywnie często, zwłaszcza z guzami o charakterze ogniskowych zmian przerzutowych, o tyle guzy położone w świetle kanału kręgowego występują rzadko.



dr n. med. Marek Derenda,
neurochirurg, Oddział
Neurochirurgii, Neurotraumatologii
i Chirurgii Kręgosłupa

W ciągu ostatnich 25 lat pracy Oddziału Neurochirurgii przeprowadziliśmy ponad 180 operacji usunięcia guzów kanału kręgowego. Wśród operowanych guzów większość stanowiły zmiany wewnątrzoponowe zewnątrzrdzeniowe, a więc położone pod oponą twardą, w bezpośrednim sąsiedztwie rdzenia kręgowego lub korzeni nerwów rdzeniowych, rzadziej były to nowotwory śródrdzeniowe oraz wewnątrzkanalowe zewnątrzoponowe. Zważywszy na fakt niezwykle rzadkiego występowania guzów śródkanalowych, nie przekraczającego 8 nowych zachorowań na 1 milion populacji rocznie, grupa operowanych w naszym szpitalu chorych stanowi unikalny i znaczący ilościowo materiał, którego analiza badawcza może wnieść istotne informacje wzbogacające wiedzę na temat tych nowotworów. Dane uzyskane w oparciu o historię leczenia tych pacjentów mogą także stanowić podstawę dla udoskonalania techniki chirurgicznej oraz wносить nowe spostrzeżenia poprawiające wyniki leczenia chorych cierpiących z powodu nowotworów śródkanalowych.

W odróżnieniu od nowotworów kręgosłupa, które zwykle są histologicznie złośliwymi guzami przerzutowymi, mięsakami lub ogniskami szpiczaka, guzy śródkanalowe są najczęściej nowotworami łagodnymi lub o niskim stopniu złośliwości, co powoduje, że ich wzrost jest powolny, a objawy kliniczne rozwijają się stopniowo i przez relatywnie długi czas mogą być dyskretne.

Obraz kliniczny nowotworów śródkanalowych nie charakteryzuje się objawami patognomonicznymi, typowymi tylko dla tej grupy schorzeń. Guzy rzadko objawiają się dolegliwościami bólowymi o charakterze rwy kulszowej, typowymi dla dyskopatii bądź chromaniem rdzeniowym, na objawy którego uskarżają się chorzy ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa. Uwagę lekarza, do którego zwraca się pacjent (nierazko w młodym wieku, gdyż guzy te występują zwykle u pacjentów w 4-6 deka-

dzie życia) powinny zwrócić skargi chorego na zaburzenia czucia dotyczące tułowia i kończyn dolnych, a zwłaszcza okolicy kroczka. Mogą one przybierać różną formę – zarówno niedoczulicy, przeczulicy na bodźce dotykowe, zaburzeń odczuwania wrażeń cieplnych bądź odczuwania podłoża pod stopami, bóle miejscowe kręgosłupa, a przede wszystkim zaburzenia funkcji zwieraczy (po wykluczeniu przyczyn ginekologicznych i urologicznych tego typu nieprawidłowości). Charakter zaburzeń zależy głównie od lokalizacji guza, a więc stosunku do rdzenia kręgowego, który wzrastający guz uciska. Następstwem są stopniowo pojawiające się zaburzenia funkcji rdzenia wynikające z ucisku na drogi rdzeniowe lub rzadziej – objawy korzeniowe, gdy guz uciska na korzenie nerwów rdzeniowych.

Niestety, czasami pierwszym objawem guza śródkanalowego jest gwałtownie postępujący w czasie godzin lub kilku dni niedowład obejmujący dwie lub cztery kończyny. Sytuacja taka ma miejsce, gdy nagle wyczerpią się możliwości kompensacyjne rdzenia kręgowego w stosunku do ucisku, jaki wywiera guz, lub kiedy dojdzie do krwotoku wewnątrz guza. Taki przebieg kliniczny obserwujemy zwykle w przypadku guzów śródrdzeniowych. Niepokojące objawy kliniczne zawsze powinny skłonić lekarza do wdrożenia pilnej diagnostyki obrazowej lub niezwłocznego skierowania chorego do neurologa lub neurochirurga celem przeprowadzenia specjalistycznej oceny. Badaniem z wyboru jest rezonans magnetyczny, który pozwala nie tylko na rozpoznanie guza śródkanalowego, ale także na określenie stosunku zmiany do otaczających struktur nerwowych. U chorych, u których wykonanie MRI nie jest możliwe, przeprowadza się badanie mielo-tomografii komputerowej kręgosłupa. Sporadycznie wykonywane badania naczyniowe zarezerwowane są dla zmian o charakterze malformacji naczyniowych okołordzeniowych, zmian bardzo obficie unaczynionych lub wywierających ucisk na ważne dla życia naczynia, przede wszystkim na tętnice kręgowe.

Guzy śródkanalowe to w większości zmiany histologicznie łagodne. W populacji dorosłych pacjentów najczęściej są to oponiaki (25-46% wszystkich guzów kanału kręgowego), nerwiaki osłonkowe i nerwiakowłókniaki (30% operowanych przypadków), wyściółczaki i naczyniaki krwionośne zarodkowe. Około 15% wewnątrzkanalowych guzów nowotworowych u dorosłych pacjentów stanowią zmiany śródrdzeniowe, a wśród nich najczęściej wyściółczaki, gwiaździaki i naczyniaki krwionośne

zarodkowe. Wobec łagodnego charakteru histologicznego guzów szczególnego znaczenia nabiera wybór optymalnej techniki operacyjnej, jako że usunięcie guza daje szansę pacjentowi na wyleczenie z choroby nowotworowej. Ważne jest więc, by zastosowane techniki operacyjne z jednej strony pozwalały neurochirurgowi uzyskać właściwy wgląd w światło kanału kręgowego, umożliwiając całkowite usunięcie zmiany, z drugiej jednak strony uwzględniały przesłanki możliwie minimalnej inwazji w anatomiczno-funkcjonalną strukturę mięśni, więzadeł i kości grzbietu.

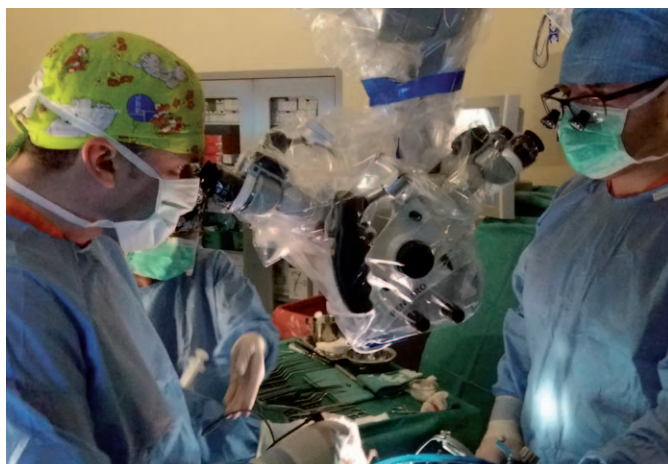
W Oddziale Neurochirurgii w Elblągu od 13 lat stosujemy we wszystkich przypadkach, w których jest to możliwe, technikę laminotomii osteoplastycznej umożliwiającą, po usunięciu zmiany nowotworowej, rekonstrukcję anatomiczną stropu kostno-więzadłowego kanału kręgowego. Technika ta, poza korzystniejszym efektem kosmetycznym, przywraca także ochronną barierę kostną dla rdzenia kręgowego. Bariera ta osłania struktury nerwowe wewnątrzkanalowe nie tylko przed potencjalnym incydentalnym urazem, ale również przed wnikaniem do światła kanału kręgowego pooperacyjnej blizny łącznotkankowej. Fakt odtworzenia anatomicznej bariery ochronnej dla struktur nerwowych wewnątrzkanalowych ma olbrzymie znaczenie w sytuacji, kiedy dochodzi do miejscowego odrostu guza, co w przypadku niektórych typów guzów takich jak nerwiaki lub nerwiakowłókniaki zdarza się relatywnie często, gdyż u niemal 15% chorych. Zrekonstruowany strop kostny kanału kręgowego znacznie zmniejsza ryzyko potencjalnego uszkodzenia neurologicznego podczas kolejnej operacji przeprowadzanej niejednokrotnie wiele lat po pierwszym zabiegu. To właśnie obecność blizny nadtwardówkowej odpowiada za potencjalne zagrożenie uszkodzenia struktur nerwowych podczas reoperacji, gdyż tkanka ta jest makroskopowo bardzo podobna do prawidłowej opony twardej i korzeni nerwowych. Poza zastosowaniem laminotomii osteoplastycznej, bezpieczeństwo chorych podczas operacji zwiększamy stosując techniki mikrochirurgiczne oraz neuromonitoring śródoperacyjny dróg nerwowych przewodzących impulsy w rdzeniu kręgowym.

Współczesne leczenie zmian nowotworowych rdzenia kręgowego i okołordzeniowych angażuje zespół specjalistów kilku dziedzin. Na poszczególnych etapach leczenia guzów śródkanalowych wska-

zany, a często niezbędny, jest udział neurologa, radiologa, neurochirurga, neuropatologa, rehabilitanta a nierzadko także onkologa, jeżeli ze względu na charakter zmiany konieczna okaże się kontynuacja leczenia w formie chemioterapii lub radioterapii.



Przypadek pacjentki z rozpoznaniem, niezwykle rzadko spotykanym chrzęstniakomięsakiem wewnątrzoponowym, operowanej w naszym Oddziale Neurochirurgii czterokrotnie na przestrzeni ostatnich 13 lat, przedstawiony został w Warszawie podczas sympozjum Stowarzyszenia Neuropatologów Polskich. Pracę na ten temat przygotowali lekarze neurochirurdzy: Marek Derenda, Damian Borof i Ireneusz Kowalina wspólnie z neuropatologiem Wojciechem Wesołowskim z Pracowni El-Pat, pod kierunkiem neuropatologa prof. Ewy Iżyckiej-Świeszewskiej z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Uznanie dla naszej pracy poprzez wyróżnienie jej II miejscem, oczywiście przynosi satysfakcję. Jeszcze bardziej cieszy fakt bliskiej współpracy z patologami a zwłaszcza możliwość uzyskania oceny neuropatologa. Różnorodność typów nowotworów wywodzących się z tkanki nerwowej i struktur okołonerwowych nastręcza niejednokrotnie poważnych trudności rozpoznawczych, stąd pomoc prof. Iżyckiej-Świeszewskiej jest dla nas szczególnie cenna. To właśnie od oceny patologa zależy, czy pacjent po przebiegu leczenia chirurgicznego, wiążącego się dla niego z niewątpliwym stresem, dowiadyuje się, że jest ostatecznie wyleczony z choroby – jeżeli guz udało się usunąć doszczętnie, a jego charakter histologiczny okazuje się łagodny - czy też konieczne jest leczenie uzupełniające w postaci radioterapii lub rzadziej – chemioterapii.



Nasi neurochirurdzy usunęli już ponad 180 guzów kanału kręgowego

dr n. med. Marek Derenda

Zabiegi rekonstrukcyjne w Oddziale Otolaryngologicznym z Pododdziałem Chirurgii Szcękowo-Twarzowej

Coraz ważniejszą część działalności Oddziału Otolaryngologicznego z Pododdziałem Chirurgii Szcękowo-Twarzowej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu stanowią rozległe resekcje nowotworów w zakresie narządów głowy i szyi. Od czterech lat kompleksowo diagnozujemy i leczymy chorych na złośliwe i niezłośliwe nowotwory zlokalizowane w górnym odcinku przewodu pokarmowego i oddechowego (jama ustna, gardło, szyjny odcinek przełyku, krtań, tchawica, ślinianki, zatoki przynosowe, węzły chłonne szyi), a także w kościach twarzoczaszki i oczodołach. Operujemy także pacjentów z nowotworami skóry w obrębie twarzy i szyi, w tym powiek, uszu i nosa.



Krzysztof Stankiewicz
otolaryngolog
Oddział Otolaryngologiczny
z Pododdziałem Chirurgii
Szcękowo-Twarzowej

Podstawową metodą leczenia raków w obrębie narządów głowy i szyi jest chirurgiczne usunięcie guza i radioterapia. Zabieg operacyjny zawsze wiąże się z ubytkiem tkanek, co prowadzi do zaburzeń czynnościowych i estetycznych. Powoduje to często poważne konsekwencje społeczne i psychiczne u osób dotkniętych chorobą nowotworową. Taki stan wymusza zastosowa-

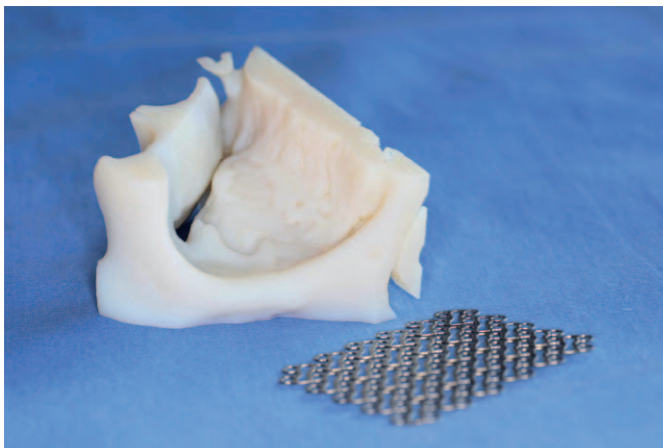
rze wykonują zabieg resekcyjny, który polega na usunięciu nowotworu oraz węzłów chłonnych szyjnych. Następnie lekarze uzupełniają tkanki, odtwarzając wargi, żuchwę, język, ściany gardła, ściany oczodołu, czy ubytki w skórze twarzy i szyi. Wykorzystujemy przy tym zarówno tkanki okoliczne, jak i przeniesione z innych odległych okolic ciała. Do odtworzenia języka lub gardła najczęściej pobieramy tzw. wolne płaty z przedramienia, które posiadają szypułę naczyniową, czyli mają własny zestaw naczyń krwionośnych. Przy rekonstrukcji kości (w przypadku naszej specjalizacji głównie żuchwy i szczęki) przeszczepiamy wolne płaty pobrane z podudzia – kość strzałkową i pokrywającą ją skórę.

nie podczas jednego zabiegu metod rekonstrukcji tkanek usuniętych podczas operacji.

Do zabiegu operacyjnego połączonego z rekonstrukcją pacjenci są przygotowani we współpracy ze specjalistami innych dziedzin medycyny, działających w ramach konsylium onkologicznego. Otolaryngolodzy i chirurdzy szcękowo-twa-

Warunkiem powodzenia takiej operacji jest mikrochirurgiczne połączenie tętnic, żył i nerwów w miejscu po usuniętym nowotworze. W związku z małą średnicą naczyń (często poniżej 2 mm) do zabiegu wykorzystujemy mikroskopy, lupy operacyjne i mikronarzędzia chirurgiczne. Są to długie i żmudne zabiegi wymagające zaangażowania zespołu wielu lekarzy i pielęgniarek, również w okresie pooperacyjnym.

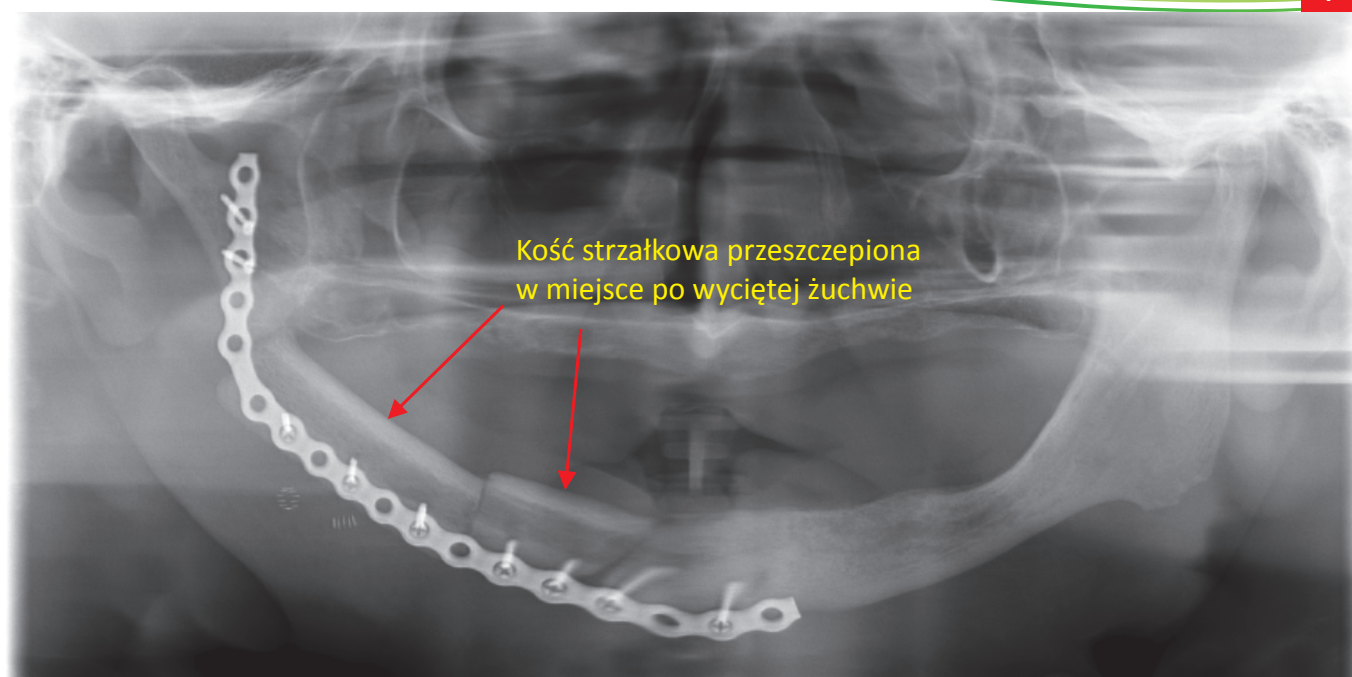
Poza metodami mikrochirurgicznymi stosujemy także uzupełnianie ubytków pooperacyjnych implantami tytanowymi



Model dna oczodołu pacjenta wydrukowany w drukarce 3D



Dopasowanie płytki rekonstrukcyjnej do modelu celem zaplanowania operacji



Stan po rekonstrukcji żuchwy przeszczepem kości strzałkowej

przygotowywanymi przed operacją na modelach z wykorzystaniem drukarek 3D. Takie planowanie pozwala znacznie skrócić czas zabiegu oraz dostosować kształt implantu konkretnie dla danego pacjenta. Ponadto do rekonstrukcji wykorzystujemy także tkanki pobrane z policzka, szyi, klatki piersiowej, podniebienia twardego albo z tylnej ściany gardła.

Współczesna chirurgia nowotworowa w zakresie głowy i szyi nie może funkcjonować bez zabiegów rekonstrukcyjnych. Tylko dzięki temu pacjenci po rozległych zabiegach operacyj-

nych uzyskują szansę powrotu tak ważnych funkcji jak połykanie, sprawne oddychanie, wydolna mowa, zachowanie prawidłowego widzenia i wyglądu, a w przyszłości możliwość protezowania uzębienia czy zastosowania implantów. Lekarze Oddziału Otolaryngologicznego z Pododdziałem Chirurgii Szcękowo-Twarzowej przeprowadzili do tej pory największą ilość operacji onkologicznych połączonych z rekonstrukcją mikrochirurgiczną w województwie warmińsko-mazurskim.

lek. Krzysztof Stankiewicz



Przeszczepiony płąt z przedramienia uzupełniający ubytek języka

Łuszczyca – choroba na całe życie

Łuszczyca to niezakaźna, przewlekła i nawrotowa choroba skóry, która dotyczy około 1-3% populacji. Na świecie choruje na nią 150 milionów ludzi - w ciągu ostatnich 30 lat ta liczba stale wzrasta. Niestety, do dzisiaj nie udało się opracować leku, który na trwałe pozwoliłby wyleczyć łuszczycę. Uważa się, że za rozwój choroby, obok zaburzeń immunologicznych (układu odpornościowego), odpowiedzialne są cechy genetyczne oraz rozmaite czynniki środowiskowe.



dr n. med. Anna Sobieszek-Kundro
dermatolog-wenerolog
Ordynator Oddziału
Dermatologicznego

Przyczyny choroby

Rozwój łuszczycy związany jest z nieprawidłowym działaniem układu odpornościowego. Nie znamy dokładnie przyczyn choroby, znamy natomiast cały proces rozwoju zmian łuszczycowych. Kluczową rolę w rozwoju łuszczycy odgrywają limfocyty T - jedna z najważniejszych komórek odpowiadających za naszą odporność i zwalczanie

zakażeń. U chorych na łuszczycę limfocyty T są nadmiernie pobudzone nawet przy braku zakażenia i atakują własne komórki skóry. Dlatego łuszczycę zaliczamy do chorób autoimmunologicznych, czyli chorób z autoagresji. W skrócie można proces przedstawić następująco: pobudzony limfocyt T wydziela cytokiny prozapalne, które powodują rozrost naczyń krwionośnych w skórze, naczynia te stają się szersze i bardziej kręte, ponadto lokalizują się w wyższych warstwach skóry. Dochodzi do przyspieszonego namnażania i dojrzewania komórek naskórka. U osób zdrowych pojedyncza komórka naskórka potrzebuje około 4 tygodni, aby zamienić się w martwą łuskę, która w sposób naturalny złuszcza się na powierzchni skóry. W łuszczycy nowe komórki naskórka przechodzą z warstwy podstawnej do martwej warstwy rogowej w ciągu kilku dni. Dlatego na powierzchni skóry dochodzi do gromadzenia się komórek rogowych, które tworzą srebrzystą łuskę.

Czynniki genetyczne a łuszczyca

W rozwoju łuszczycy bardzo ważną rolę odgrywają czynniki genetyczne. Pacjent, u którego rozpoznajemy łuszczycę zastanawia się zwykle, po kim mógł odziedziczyć chorobę. Bywa jednak okazuje, że nikt w najbliższej rodzinie nie chorował, a łuszczyca pojawiła się w danej rodzinie po raz pierwszy. Choroba może

ujawnić się w każdym wieku, zarówno u niemowląt jak i u osób w wieku podeszłym. Z tego powodu wyróżniono dwie postacie łuszczycy:

- typu I - dziedziczna, ujawniająca się w wieku młodzieńczym, często o ciężkim przebiegu
- typu II - sporadyczna, pierwsze zmiany pojawiają się zwykle między 40-60 r.ż., często bez innych przypadków choroby w rodzinie. Przebiega często w postaci pojedynczych ognisk.

Klinika łuszczycy

Łuszczyca to jedna choroba, która może występować w różnych postaciach. Jej podział ma znaczenie przy wyborze metody leczenia



W większości przypadków (80-90% chorych) łuszczyca przebiega w postaci łagodnej i umiarkowanej

W Oddziale Dermatologicznym naszego szpitala, oferowane są wszystkie rodzaje leczenia łuszczycy:

- ogólne - metotreksat, cyklosporyna A, acytretyna, leki biologiczne,
 - miejscowe - preparaty maściowe,
- oraz fototerapia, która dostępna jest również dla pacjentów, którzy nie przebywają w oddziale szpitalnym.



Nowy nabytek naszej Dermatologii: lampy do fototerapii UVB 311

i rokowaniu dotyczącym przebiegu i ciężkości choroby. Może prezentować się od pojedynczych blaszek łuszczykowych w typowej lokalizacji, przez łuszczycę krostkową do erythrodermicznej.

Wybór leczenia

Nie wynaleziono jeszcze skutecznej terapii pozwalającej całkowicie i na stałe pozbyć się łuszczycy. Istnieje jednak wiele

sposobów jej leczenia. Biorąc pod uwagę, że jest to choroba na całe życie należy zawsze wybierać najbardziej skuteczne metody leczenia, które jednocześnie nie będą szkodliwe w długim czasie. Leki ogólne (tabletki, zastrzyki) stosowane są tylko w cięższych postaciach łuszczycy z uwagi na możliwe krótko- i długoterminowe skutki uboczne. W przeważającej większości przypadków (80-90% chorych) łuszczycę przebiega w postaci łagodnej i umiarkowanej, a podstawą jej leczenia są preparaty miejscowe takie jak emolienty, maści zmiękczające i złuszcza-jące, oraz preparaty redukujące i immunomodulujące.

Fototerapia, czyli leczenie światłem

Fototerapia przy użyciu lamp emitujących promienie ultrafioletowe (UV) została wprowadzona do leczenia po koniec XIX wieku przez laureata nagrody Nobla Nielsa Finsena. Korzystne działanie promieni UV wynika z ich wpływu na układ immunologiczny skóry, zwłaszcza na komórki Langerhansa biorące udział w powstawaniu chorób skóry o podłożu immunologicznym. W leczeniu łuszczycy stosujemy trzy rodzaje naświetlań:

- szerokowidmowe naświetlanie UVB (długości fali 290-320 nm).
- wąskowidmowe naświetlanie UVB (długość fali 311 nm), obecnie najczęściej wykorzystywane w leczeniu. Z całego paśma UVB wyizolowano długość fali, która działa najkorzystniej w leczeniu łuszczycy, co pozwala na skrócenie czasu naświetlań i minimalizuje ryzyko oparzeń
- naświetlania metodą PUVA - fotochemioterapia czyli naświetlanie promieniami UVA o długości 320-400 nm. Poprzedzone podaniem leków uwrażliwiających na światło, czyli psoralenów.

dr n. med. Anna Sobieszek-Kundro

Psoriasis, czyli swędząca choroba

W IV wieku p.n.e. Hipokrates- ojciec medycyny, w swoim dziele „Corpus Hippocraticum” po raz pierwszy przedstawił opis choroby odpowiadający objawom łuszczycy. Jej „zła renoma” wynika z faktu, że przez długi czas była mylona z trądem- chorobą zakaźną. W XVIII wieku łuszczycę nazywana była Trądem Williama, natomiast nazwę „psoriasis” wprowadził w 1841 roku wiedeński dermatolog Ferdinand von Hebra. Termin pochodzi od greckiego słowa „psora”- swędzieć. Zatem łacińska nazwa tej choroby- Psoriasis to połączenie dwóch greckich słów -” psora”, czyli świąd i końcówki „-sis”, oznaczającej schorzenie.

Serce mam tylko jedno, czyli co warto wiedzieć o profilaktyce chorób układu sercowo-naczyniowego?

To czy zachorujemy na chorobę niedokrwinną serca, zwaną popularnie wieńcówką, zależy od wielu czynników. Na niektóre z nich nie mamy wpływu, inne - możemy świadomie modyfikować. Faktem jest, że to obecnie najczęściej diagnozowana choroba układu krążenia. Podstawową i co ważne skuteczną bronią w zwalczaniu czynników ryzyka miażdżycy tętnic wieńcowych jest właściwa profilaktyka.



Jakub Ostrowski kardiolog
Kierownik Pracowni Diagnostyki
Inwazyjnej Chorób Układu
Krążenia

Nie mamy, niestety, wpływu na genetycznie uwarunkowane występowanie chorób układu sercowo-naczyniowego w naszej rodzinie, ale już np. to czy palimy papierosy, czy nie, zależy wyłącznie od naszej woli. Zaprzestanie palenia już po kilku latach istotnie obniża ryzyko wystąpienia zawału serca i udaru mózgu. Przynosi również olbrzymie korzyści osobom, które wcześniej przeżyły zawał serca.

Palenie to nie jedyny czynnik, na który mamy wpływ. Bardzo dużo zależy od naszej wagi, diety i aktywności fizycznej. Od tego w dużej mierze zależy wystąpienie patologii składających się na pojęcie tzw. zespołu polimetabolicznego. Pod tą nazwą kryje się szereg wzajemnie powiązanych, tworzących błędne koło czynników. Kluczowym elementem zespołu jest tak częsta wśród nas otyłość, szczególnie otyłość brzuszna (definiowana jako obwód w pasie przekraczający u kobiet 80, u mężczyzn - 94 cm). To od niej w dużym stopniu zależy występowanie kolejnych składników zespołu: cukrzycy, zaburzeń lipidowych czy nadciśnienia tętniczego.



Określenie czy u nas występują te czynniki (a przez to czy należymy do osób wysokiego ryzyka wystąpienia zawału lub udaru) wymaga niezbyt skomplikowanej diagnostyki – miary krawieckiej, wagi, aparatu do pomiaru ciśnienia tętniczego i kilku nieskomplikowanych badań laboratoryjnych. Pozwolą nam one wstępnie ocenić ryzyko rozwoju miażdżycy.

Oczywiście pojedynczy pomiar nie jest wystarczający dla ustalenia ostatecznego zdiagnozowania nadciśnienia, cukrzycy



czy hiperlipidemii (podwyższonego poziomu cholesterolu lub trójglicerydów). Rozpoznanie nadciśnienia wymaga powtarzania pomiarów ciśnienia zaś w przypadku powtarzających się pomiarów przekraczających 140/90 - konsultacji lekarskiej. Warto o tym pamiętać, bo skutecznie leczone nadciśnienie, podobnie jak rzucenie palenia, zwiększa nasze szanse na zdrowie. Rokowanie poprawia też skuteczne leczenie cukrzycy czy hiperlipidemii.

Jeżeli dostrzeżemy u siebie objawy takie jak bóle w klatce piersiowej czy duszności, wymaga to bezwzględnie oceny lekarskiej. Szczególnie zaniepokoić powinny nas dolegliwości występujące po raz pierwszy, mające duże nasilenie, trwające dłużej, czy występujące przy niewielkim wysiłku lub w spoczynku. Mogą one świadczyć o ostrym niedokrwieniu serca spowodowanym zamknięciem tętnicy wieńcowej. W takiej sytuacji ważny jest jak najszybszy kontakt z lekarzem w celu oceny ryzyka i kwalifikacji do dalszego leczenia. W przypadku zamknięcia tętnicy w obszarze, do którego doprowadzała ona krew, dochodzi do zawału, czyli do martwicy mięśnia serca. Najskuteczniejszym leczeniem w takim przypadku jest udrożnienie tętnicy metodami kardiologii inwazyjnej. Bardzo istotny jest czas od zamknięcia do udrożnienia tętnicy. Zabieg wykonamy w pierwszej godzinie od zamknięcia tętnicy wieńcowej zwykle pozwala nam, lekarzom, w pełni przywrócić funkcję sercu. Jednak każda godzina opóźnienia pogarsza efekty leczenia. Dlatego pamiętajmy: jeśli mamy objawy mogące świadczyć o zawale serca - nie czekajmy! Każda godzina zmniejsza nasze szanse na powrót do pełnego zdrowia.

Każdy z nas wie, że lepiej zapobiegać opisywanym wcześniej problemom, niż je leczyć. Dlatego warto wiedzieć, co robić, by dbać o nasze serca na co dzień.

Przed wszystkim ruch. Regularny umiarkowany wysiłek fizyczny polecany jest jak najczęściej, najlepiej każdego dnia przez około godzinę. W zależności od naszych upodobań i możliwości



może to być intensywny spacer, bieganie, pływanie, wiosłowanie oraz wiele innych rodzajów aktywności, które w naturalny sposób zmuszą nasze serce do pracy.

Druga rzecz to dieta. Jeżeli ważymy za dużo, to oprócz ruchu powinniśmy także mniej jeść. Dużo ruchu i mało kalorii - to jedyny racjonalny sposób

na zapobieganie otyłości. Bardzo ważne jest również, co jemy. Powinniśmy ograniczyć w diecie tłuszcze, zwłaszcza zwierzęce. A te czają się wszędzie. Tłuszcze zwierzęce to nie tylko smalec czy masło, ale również tłuste wędliny, mięso, śmietana, sery, słodczyce... Bardzo ważne jest, by ograniczyć w diecie cukier i sól (szczególnie niekorzystne jest dosalanie potraw na talerzu!).

To zaledwie kilka podstawowych rad, jak dbać o serce. To łatwiejsze, jeśli posiadamy elementarną wiedzę na temat czynników zagrażających naszemu układowi sercowo-naczyniowemu. Namawiam Państwa (i Państwa serca) do aktywności, także tej na świeżym powietrzu, do czynnego uprawiania sportu, do zmiany złych nawyków żywieniowych. Państwa serca z pewnością się za to odwdzięczą.

lek. Jakub Ostrowski

Pracownia Neurofizjologii – jedyna taka w Elblągu i regionie

Pacjenci, u których lekarze podejrzewają choroby układu nerwowego nie muszą już jeździć do Olsztyna czy Gdańska. Badania ENG i EMG można od kilku miesięcy wykonać w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu w nowo powstałej Pracowni Neurofizjologii. Obecny termin oczekiwania na badanie wynosi około trzech miesięcy.

Wskazaniem do przeprowadzenia badań ENG i EMG jest podejrzenie procesu chorobowego lub uszkodzenia w zakresie mięśni i nerwów obwodowych.

- **ENG (elektroencefalografia, czyli badanie przewodnictwa nerwowego)** pozwala ocenić funkcje nerwów na podstawie pomiaru odpowiedzi na kontrolowane bodźce elektryczne. Badanie stosowane jest w celu diagnozy chorób, w przebiegu których doszło do uszkodzenia nerwów na skutek ich ucisku, np. zespół cieśni nadgarstka, zespół cieśni kanału ściępa oraz chorób złączy nerwowo-mięśniowych np. miastenii.

- **EMG (elektromiografia, czyli igłowe badanie mięśni)** ma na celu ocenę reakcji mięśnia na bodziec elektryczny doprowadzany do niego specjalną elektrodą igłową jednorazowego użytku wkuwaną do mięśnia. Badanie wykonywane jest w celu rozpoznania np. dystrofii mięśniowych, stwardnienia bocznego zanikowego czy rdzeniowego zaniku mięśni.

Oba badania mogą być bolesne, jednak większość osób toleruje je dobrze. Niewielki ból, najczęściej szybko przemijający, można czasem odczuwać również po badaniu. Badania ENG i EMG wykonywane są w pozycji leżącej. Czas badania zależy od jego zakresu i wynosi od 10 do 60 minut. Badanie nie wymaga specjalnego przygotowania. Zaleca się jednak, aby pacjenci nie stosowali przed nim kremów ani balsamów pielęgnujących skórę.

Względny przeciwwskazaniem do wykonania EMG jest przyjmowanie przez pacjenta leków obniżających krzepliwość krwi. Dlatego osoby zażywające antykoagulanty (np. acenokumarol) powinny, pod kontrolą i za zgodą lekarza prowadzącego



Kim Nowak, technik elektroradiologii, w trakcie badania pacjentki

go, na 3 dni przed badaniem przejść na stosowanie heparyny drobnocząsteczkowej. Również pacjenci z rozrusznikami serca powinni przed badaniem skonsultować się ze swoim kardiologiem, bowiem wykonanie badania może bowiem grozić wyładowaniem baterii rozrusznika. Na miesiąc przed badaniem nie należy przyjmować również blokady sterydowej, bo może to zafałszować obraz badania.

Pracownia Neurofizjologii usytuowana jest na parterze Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu (vis a vis Laboratorium Analitycznego). Czynna jest w czwartki w godz. 8.00 -15.00. Rejestracja osobista lub telefoniczna pod numerem 55 239 56 89 - do godz. 11.00.

Kim Nowak

Panowie, zróbcie sobie przegląd!

- Rak prostaty „awansował” w ostatnich latach z czwartego na drugie miejsce, tuż po raku płuc, na liście najczęstszych schorzeń onkologicznych u mężczyzn. Prawda jest taka, że wielu mężczyzn bardziej dba o swój samochód, niż o swoje zdrowie – konstatuje lek. Jan Meller, urolog.



lek. Jan Meller, urolog,
kierownik Poradni Urologicznej
z Pracownią Uroflowmetryczną

- **Rafał Gruchalski:** -
Dlaczego mężczyźni tak niechętnie się badają, odwiedzają lekarzy, na przykład urologa? Czy powodem jest jedynie wstyd?

- **Jan Meller:** - Jestem lekarzem od 46 lat i z biegiem czasu obserwuję, że wstyd przed wizytą nie jest już tak duży jak kiedyś.

Mentalność Polaków

się na szczęście zmienia, choć jeszcze wielu mężczyzn bardziej dba o swój samochód niż o swoje zdrowie. Zawsze tłumaczę, że z samochodem na przegląd muszą jeździć co roku, więc i swoje zdrowie powinni badać systematycznie. Duży wpływ na zachowania mężczyzn mają ich partnerki, dlatego apeluję do pań: naciskajcie swoich partnerów, by korzystali z badań.

Pocieszające jest to, że mamy coraz mniej przypadków w zaawansowanym stadium choroby, ale niepokoją dane, które wskazują, że rak prostaty „awansował” w ostatnich latach

z czwartego na drugie miejsce, tuż po raku płuc, na liście najczęstszych schorzeń onkologicznych u mężczyzn.

- **Co jest tego przyczyną?**

- To kilka przyczyn. Wśród nich jest tryb naszego życia, odżywiania się, jedzenie zbyt tłustych i kalorycznych posiłków. Powodem jest także paradoksalnie to, że coraz dłużej żyjemy, wraz z naszym wiekiem rośnie też ryzyko zachorowania.

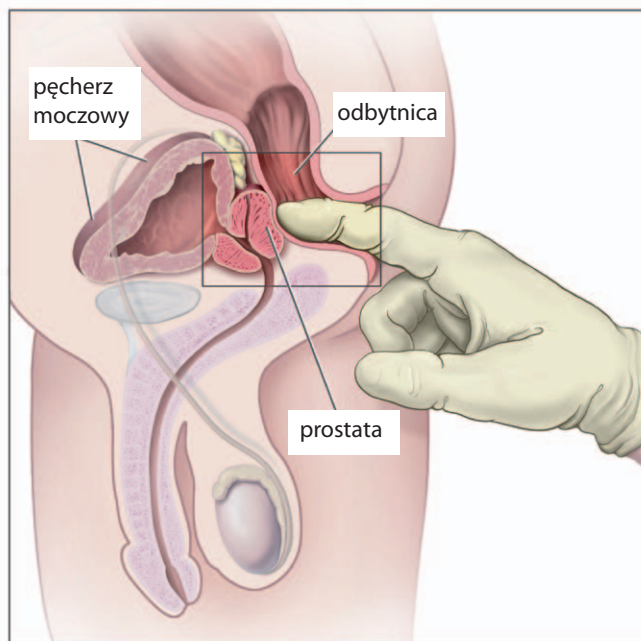
- **Jakie objawy powinny nas skłonić do wizyty u specjalisty?**

- Na raka jąder najbardziej narażeni są mężczyźni między 20 a 40 rokiem życia. Jeśli wyczują niepokojące zgrubienia powinni zgłosić się do specjalisty. Z kolei rak prostaty może wystąpić u mężczyzn powyżej 50. roku życia. Sygnałem ostrzegawczym są problemy z oddawaniem moczu. Wskazówką do wystąpienia choroby mogą być wyniki badania krwi na obecność PSA - białka wytwarzanego przez prostatę. Jego wysoki wskaźnik może świadczyć o chorobie.

- **Pacjenci często się skarżą, że na wizytę u urologa muszą miesiącami czekać. Może tutaj leży problem?**

- W sprawach pilnych pacjent nie czeka w kolejce, jest przyjmowany w ciągu tygodnia, maksymalnie dwóch w naszej Poradni Urologicznej. W przypadkach, które nie są pilne, na wizytę trzeba rzeczywiście czekać kilka miesięcy, do pół roku.

Rozmowę przeprowadzono z okazji listopadowej akcji „Movember” odbywającej się co roku w wielu krajach na świecie. Chodzi w niej o podniesienie świadomości społecznej na temat problemów zdrowotnych mężczyzn, przede wszystkim raka prostaty i innych chorób onkologicznych dotyczących mężczyzn. To akcja edukacyjna, podczas której osoby w nią zaangażowane zapuszczają wąsy, jako znak solidarności z chorymi na raka prostaty. Movember to zbitka angielskich słów „mo-ustache” (wąsy) i November (listopad).



Laureat Nagrody Prezydenta Elbląga za rok 2015

Nie będzie przesadą stwierdzenie, że pacjenci go uwielbiają, bardzo ceniąc sobie jego lekarską dokładność i rzetelność, a także nadzwyczajną kulturę osobistą, która sprawia, że każdy chory czuje się przy nim ważny – najważniejszy. Choć nadzwyczaj zajęty, nikomu nie odmawia pomocy. Jako lekarz jest wyjątkowo staranny i wyjątkowo pracowity. Dr n. med. Marek Pastuszek, gastroenterolog, to piękny przykład lekarza z powołania. Od 20 lat służy pacjentom Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu swoją ogromną wiedzą medyczną i równie ogromnym – sercem.



dr n. med. Marek Pastuszek
kierownik Pracowni Endoskopii
Gastroenterologicznej

Dr Marek Pastuszek od 15 lat kieruje Pracownią Endoskopii Gastroenterologicznej, w której wykonywane są tak cenne badania jak gastroskopia, kolonoskopia czy ECPW. Pracownia jest „oczkiem w głowie” doktora. Dzięki jego staraniom przeszła w ostatnim czasie modernizację i została wyposażona w nowoczesny sprzęt. Sam dr Pastuszek jest współautorem i współrealizatorem projek-

tów zdrowotnych, dzięki którym nasz szpital mógł w ostatnim czasie zaoferować pacjentom z Elbląga i regionu kilka tysięcy dodatkowych, bezpłatnych badań kolonoskopowych! Praca całego Zespołu Pracowni kierowanej przez dr. Marka Pastuszaka to wiele uratowanych istnień ludzkich i trudny do przecenienia wkład w zakresie szerzenia profilaktyki przeciwnowotworowej.

Dr Marek Pastuszek to przykład lekarza, dla którego jego praca jest jednocześnie jego wielką pasją. Dlatego nieustannie doskonalą swoją wiedzę z zakresu gastroenterologii, uczestnicząc w szkoleniach, warsztatach, sympozjach naukowych. Jest prawdziwym autorytetem dla swoich współpracowników, także



Marek Pastuszek podczas badania kolonoskopowego

dla młodych lekarzy, którym niestrudzenie i rzetelnie przekazuje swoją wiedzę medyczną.

Obdarzony bardzo rozległą specjalistyczną wiedzą medyczną, wciąż dociekliwie poszerzający jej horyzonty, sam mówi o sobie skromnie, że nie jest typem naukowca, że najlepiej czuje się mogąc praktykować wśród pacjentów. A jego pacjenci odwdzięczają mu się za to sympatią, szacunkiem i zaufaniem.

Pracę i postawę dr. Marka Pastuszaka doceniła także dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego nominując lekarza do Nagrody Prezydenta Elbląga w kategorii „Służba zdrowiu”. Nagroda wraz z symboliczną statuetką została wręczona 6 stycznia 2016 roku podczas uroczystości towarzyszącej styczniowemu Koncertowi Noworocznemu.



Marek Pastuszek odbiera nagrodę z rąk Prezydenta Elbląga Witolda Wróblewskiego

Dr n. med. Marek Pastuszek w roku 1991 ukończył z wyróżnieniem gdańską Akademię Medyczną. Już sześć lat później był specjalistą II stopnia z zakresu chorób wewnętrznych, po trzech kolejnych uzyskując specjalizację z gastroenterologii. Dwa lata temu z powodzeniem obronił na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym pracę doktorską na temat „Charakterystyka błony śluzowej żołądka w infekcji helicobacter pylori z uwzględnieniem ekspresji anhidrazy węglanowej IX i profilu cytokinowego”.

Anna Kowalska

Zaburzenia odżywiania wśród młodzieży

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu zrealizował program zdrowotny pt. „Profilaktyka zaburzeń odżywiania - debaty z młodzieżą szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych prowadzona przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu”. Program zrealizowano na podstawie umowy zawartej pomiędzy szpitalem a Województwem Warmińsko – Mazurskim reprezentowanym przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego.



Danuta Stanicka, Edukator Zdrowia

W ramach programu przeprowadzono 2 debaty z młodzieżą szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych z terenu Elbląga, poświęcone profilaktyce zaburzeń odżywiania.

Deбата dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych odbyła się 10 listopada 2015 r. (182 uczniów wraz z opiekunami). Deбата dla uczniów szkół gimnazjalnych odbyła się 12 listopada 2015 r. (184 uczniów wraz z opiekunami).

Obie debaty odbyły się w IV Liceum Ogólnokształcącym w Elblągu.

Przewodnym tematem debat były zaburzenia odżywiania dotyczące młodzieży, a w szczególności młode dziewczęta w wieku 13-14 oraz 17-18 lat. Według psychologa prowadzącego debaty problemy z odżywianiem mają głównie młode kobiety (95% ogółu zachorowań), choć należy podkreślić, że problem również dotyczy młodych mężczyzn. Okazuje się, że ponad jedna czwarta nastolatków deklaruje chęć obniżenia swojej masy ciała, z czego połowa zgłasza nadmierną kon-



sumpcję, 40% odczuwa lęk przed otyłością, 28% odczuwa jałowstręt i prawie co dziesiąta osoba prowokuje wymioty.

Zaburzenia odżywiania m. in. anoreksja, bulimia to bardzo poważne choroby, których początek jest bardzo niewinny, przesadne dbanie o sylwetkę, nowa dieta, zainteresowanie zdrowym stylem życia. Na tym się jednak nie kończy. Niepokojąco dużo, bo aż 70% dziewcząt przyznało, że odchudzały się w przeszłości lub były cały czas na diecie. Zazwyczaj są to bardzo dobrzy uczniowie, osoby uparte w swoich przekonaniach i skoncentrowane na sobie. Prawie wyłącznie zajmują się problemami żywienia i liczeniem kalorii. Stają się złośliwe dla otoczenia, twarde i narzucające wszystkim swoją wolę. Ubytek

masy ciała przyjmują z satysfakcją, ciągle uważają, że są za grube, nie przejawiają zainteresowania płcią przeciwną, unikają towarzystwa rówieśników, koncentrują się na nauce i zajęciach ruchowych. Odrzucają potrzebę leczenia, uważają, że są zdrowe, czerpiąc z osiągniętej „władzy nad sobą” dużo osobistego zadowolenia.

Profilaktyka zaburzeń odżywiania stanowi niewątpliwie obszar, w którym powinny być podejmowane działania, o zróżnicowanym charakterze, dostosowane do potrzeb odbiorców, angażujące wiele podmiotów oraz wykorzystujące wszystkie dostępne środki i techniki służące poprawie kondycji zdrowotnej całego społeczeństwa.



W obu debatach wzięło udział prawie 400 uczniów elbląskich szkół

Danuta Stanicka

Poznajmy się na tłuszczach

Od tego, jak się odżywiamy, zależy zdrowie i kondycja naszego organizmu. Dla wielu z nas prawidłowe odżywianie się stanowi kluczowy element dbania o zdrowie własne i swoich bliskich. W praktyce sprowadza się to do tego, by w codziennej diecie starać się przestrzegać podstawowych zasad zdrowego żywienia.

Osoby dbające o zdrowy styl życia lub borykające się z chorobami układu krążenia nierzadko zadają sobie pytanie: „Czy tłuszcze są niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania organizmu?” Odpowiedź brzmi „Zdecydowanie TAK!”. Tłuszcze, jako składnik odżywczy stanowią najbardziej skondensowane źródło energii: **1 g tłuszczu to 9 kcal**. Jednak nadmiar tłuszczu w diecie dostarcza organizmowi zbyt wielu kalorii, co z kolei prowadzi do otyłości lub wystąpienia innych chorób metabolicznych, chorób układu krążenia, pozostałych chorób żywieniowo zależnych. **Codzienna dieta zdrowego człowieka powinna dostarczać 25 -30 % energii z tłuszczów.**

Tłuszcze stanowią ważny składnik codziennej diety. Jako podstawowe źródło energii, stanowią również materiał budulcowy, z którego organizm czerpie składniki do budowy i odbudowy własnych komórek, tkanek i narządów wewnętrznych.

Kwasy tłuszczowe nasycone mają konsystencję stałą, występują w produktach pochodzenia zwierzęcego np.: smalec, tłuste czerwone mięso, masło.

Nienasycone kwasy tłuszczowe mają konsystencję płynną, głównym ich źródłem są rośliny oleiste np.: rzepak, słonecznik, sezam, oliwki, len

Jakie tłuszcze wybierać?

Wybierajmy oleje roślinne: np. rzepakowy, słonecznikowy, oliwę z oliwek, produkty tłuszczowe takie jak miękkie margaryny (tzw. kubkowe), tłuste ryby morskie, orzechy, pestki i nasiona roślin oleistych np., pestki dyni, słonecznika.

Wybierajmy chude gatunki mięsa, chude gatunki wędlin, chude mleko o zawartości tłuszczu do 2%, chudy ser twarogowy.

Śmietanę - zastąpmy jogurtem naturalnym.

Smalec - zastąpmy olejem roślinnym.

Jakie tłuszcze ograniczać lub unikać ich w diecie?

Ograniczajmy spożywanie tłustych produktów zwierzęcych (np. smalec, masło tłuste sery podpuszczkowe – żółte, mleko > 2% tłuszczu, śmietana > 18% tłuszczu, tłuste gatunki mięsa, tłuste gatunki wędlin).

Unikajmy tłustych, słodkich i słonych przekąsek, gotowych ciastek i pieczywa cukierniczego. Zawierają one częściowo uwodornione oleje roślinne, stanowiące źródło tłuszczów nasyconych „trans”. W przemyśle spożywczym stosowane są tłuszcze utwardzone bogate w TFA i SFA.

Czytając etykiety, zwracajmy uwagę na zawartość tłuszczów nasyconych w produkcie.

Teresa Sierant

Wybrane oleje świata – polecamy!

Olej rzepakowy (kwas alfa-linolenowy-omega 3 Kwas linolowy - omega 6 Kwas oleinowy - omega 9)	Powstaje z wyselekcjonowanych odmian rzepaku metodą tłoczenia na zimno. Ma delikatny aromat i wyrazisty, lekko ziółkowy smaki. Doskonały dodatek do dań na zimno oraz surówek, sałatek warzywnych, dipów, sosów, past.
Olej lniany (kwas alfa - linolenowy - omega 3 Kwas linolowy - omega 6 Kwas oleinowy - omega 9)	Powstaje ze starannie wyselekcjonowanych nasion lnu metodą tłoczenia na zimno. Stała kontrola nad procesem tłoczenia zapewnia mu wysoką jakość. Charakteryzuje się złocistym kolorem i lekko goryczkowym smakiem. Doskonały dodatek do surówek, sałatek, dipów, sosów, past serowych innych potraw spożywanych na zimno.
Olej słonecznikowy (kwas linolowy - omega 6 Kwas oleinowy - omega 9)	Uzyskiwany z nasion słonecznika metodą tłoczenia na zimno. Ma łagodny, lekko orzechowy smak. Doskonały dodatek do dań przygotowywanych na zimno oraz surówek z kiszzonej kapusty, sałatek, dipów, sosów, past serowych.
Olej sezamowy (kwas linolowy- omega 6 Kwas oleinowy - omega 9)	Otrzymywany ze starannie wyselekcjonowanych prażonych nasion sezamu. Posiada bogate walory aromatyczne i smakowe. Idealny do surówek, sałatek, sosów, oraz dipów. Ze względu na charakterystyczny ostry smak i intensywny zapach stanowi podstawowy składnik dań kuchni azjatyckiej.
Olej arachidowy (kwas oleinowy - omega 9)	Powstaje ze starannie wyselekcjonowanych orzeszków ziemnych metodą tłoczenia na zimno. Jego delikatny, słodkawy posmak czynią z niego idealny dodatek do deserów, lodów, sosów, do polewania potrawy z ugotowanego ryżu z owocami, budyniu, naleśników, racuchów. Można go też stosować do wszelkiego rodzaju potraw przygotowywanych na zimno: np. sałatki, surówki.
Olej krokoszowy (kwas linolowy - omega 6 Kwas oleinowy - omega 9)	Tłoczony na zimno z nasion krokosza barwierskiego. Znany był już w czasach starożytnych. Polecany jako dodatek do potraw przygotowywanych na zimno np. sałatek, surówek, dipów smakowych, sosów, past.
Oliwa z oliwek (Kwas linolowy - omega 6 Kwas oleinowy - omega 9)	Oliwa z oliwek z pierwszego tłoczenia, to najwyższa kategoria oliwy, uzyskana wyłącznie za pomocą środków mechanicznych. Posiada bogaty aromat i wyjątkowy smak. W diecie śródziemnomorskiej powszechnie stosowana do potraw na zimno, sałatek i sosów. Jest doskonałym dodatkiem do dań z makaronem, ryżem i owocami morza.

Największe marzenie Julki



Ta cudownie uśmiechnięta dziewczynka ma na imię Julka. Jak każda ośmioletka ma mnóstwo marzeń, jednak to największe i najważniejsze jest takie, żeby jej mama, Kasia, wyzdrowiała.

Dzięki życzliwości Fundacji POLSAT i wielu innych wspaniałych osób marzenie Julki ma szansę się ziścić.

Kasia Kłobuchowska stoi przed wielką szansą

Mama Julki, Kasia Kłobuchowska jest pielęgniarką. Ma

42 lata. Od 22 lat pracuje w Oddziale Dermatologicznym Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Elblągu. Trzy lata temu zachorowała na raka piersi. Ma za sobą chemio- i radioterapię, które okazały się nieskuteczne. Szansą dla Katarzyny jest lek Kadcyła, nowoczesny chemioterapeutyk stosowany w rozsia-
nym stadium raka piersi. Bardzo drogi i – niestety - nierefundowany przez NFZ. Jedna dawka leku, który powinien być przyjmowany regularnie, co trzy tygodnie, to koszt ponad 15.000 zł. Dla pielęgniarki samotnie wychowującej dziecko to suma jak z kosmosu! Jednak leczący Kasię onkolodzy wierzą, że terapia Kadcyłą może okazać się sposobem na ocalenie jej życia.

Dobrych serc wokół nie zabrakło

W szpitalu od wielu miesięcy - wielkie poruszenie! Nawet trudno wyobrazić sobie, żeby w takiej sytuacji pozostawić bez pomocy jedną z nas. Na pomoc ruszyli najpierw onkolodzy i współpracownicy z oddziału. We wrześniu 2015 roku Kasia rozpoczęła terapię Kadcyłą. Przyjęła trzy pierwsze dawki leku i... poczuła się dużo lepiej. Co ważne, także kolejna tomografia komputerowa wykazała, że zmiany nowotworowe w piersiach Kasi są dużo mniejsze! Do zbiórki pieniędzy na kontynuację leczenia koleżanki przyłączyła się cała załoga szpitala i wielu innych, często anonimowych przyjaciół.

Gwiazdka z nieba od Fundacji POLSAT

Julka, córka Kasi, osobiście podpisała się pod prośbą dyrekcji i pracowników szpitala o finansową pomoc dla swojej mamy. Ten gorący apel trafił do wielu osób i firm w regionie. List Julki poruszył m.in. serce prezesa fundacji POLSAT Krystyny Aldridge-Holc, która zareagowała niemal błyskawicznie, gwarantując pokrycie kosztów trzech kolejnych dawek leku dla Kasi. Kwota 45.000 zł spadła, niczym gwiazdka z nieba, przed samymi Świątami Bożego Narodzenia. Radość wielu, wielu osób nie miała wówczas końca.



Kasia i jej córka Julka są niemal nierozłączne

Mam szansę żyć dzięki Wam

- pisze Kasia Kłobuchowska na stronie Fundacji Onkologicznej Osób Młodych ALIVIA. – Chcę być jak najdłużej z moją córeczką, która jest dla mnie całym światem. Kocham ją nad życie. A wiara dobrych ludzi we mnie i w moje wyzdrowienie dodaje mi skrzydeł. Z góry dziękuję za wszystkie wpłaty dokonane na moje leczenie.

To jeszcze nie koniec

Kiedy tuż przed świętami Kasia spotkała się z pracownikami szpitala, by osobiście podziękować im za pomoc, była tak wzruszona, że z trudem mogła mówić. Ale wyglądała wspaniale, a w jej oczach widać było nadzieję.

Kasia Kłobuchowska nadal potrzebuje pomocy. Wciąż do końca nie wiadomo, jaki wynik przyniesie leczenie, i jak długo powinna je kontynuować. Dlatego pamiętajmy o niej...

Anna Kowalska

Darowizny na rzecz leczenia Kasi można przekazywać na konto Fundacji Onkologicznej Osób Młodych ALIVIA, koniecznie z dopiskiem „Darowizna na program Skarbonka – Katarzyna Kłobuchowska 10174”. Można również skorzystać z umieszczonego tam mechanizmu wpłat on-line.

Pracownik z pasją:

Bogusław Kisielewski

- Zamierzam jeszcze kiedyś powrócić do malowania. Muszę tylko najpierw wyleczyć się z pracoholizmu – deklaruje Bogusław Kisielewski, lekarz epidemiolog w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu. Póki co, w elbląskiej Galerii ART MIŚ wystawione zostały obrazy doktora sprzed... 30 lat.

Bogusław Kisielewski to wulkan energii. Bardzo trudno jest wyobrazić go sobie, jak siedzi spokojnie, z pędzlem w ręku, skoncentrowany na niewielkim kawałku płótna. A jednak! Okazało się, że będąc studentem medycyny a następnie początkującym lekarzem zapamiętał malować. Mówi, że było to dla niego wówczas najlepszym sposobem na odreagowanie wszelkich życiowych stresów. Ale życie toczyło się dalej: rodzina, pierwsza specjalizacja, praca, przeprowadzka, kolejna specjalizacja, praca, praca, praca... Razem z doktorem „przeprowadzały” się jego obrazy. Tylko czasu na malowanie już brakowało.

- Myliłby się ten, kto sądziłby, że obwiesiłem sobie moimi pracami cały dom – podkreśla skromnie Bogusław Kisielewski, po to zapewne, by nie być posądzonym o megalomanię. – One, owszem, wędrowały ze mną do moich kolejnych domów, nigdy jednak nie były specjalnie eksponowane, wręcz przeciwnie.

Kobietom mojego życia

- Ta wystawa to właściwie przypadek – przyznaje Bogusław Kisielewski. - Jakiś czas temu wybrałem się do Galerii Art Miś, by oprawić kilka moich dawnych prac na konkurs. Podczas rozmowy z właścicielem galerii wyszło na jaw, że mam ich dużo więcej. Uznano, że moje „obrazki” są warte wystawienia. I tak oto światło dzienne ujrzały prace malowane przeze mnie 30 lat wcześniej! Czasu na przygotowanie ekspozycji liczącej kilkadziesiąt prac miałem niewiele, w ostatniej chwili malowałem ramy moich obrazów. Niedługo też zastanawiałem się nad



Wernisaż obrazów Bogusława Kisielewskiego w galerii ART MIŚ

tytułem wystawy. Postanowiłem ją zadedykować „Kobietom mojego życia”. To taki mój hołd dla pań, z którymi los połączył mnie w życiu prywatnym i zawodowym. Dla mojej żony, mamy, córek, pacjentek...

Konie o ludzkim spojrzeniu

Goście przybyli na wernisaż do Galerii Art Miś byli przyjemnie zaskoczeni zarówno mnogością prac Bogusława Kisielewskiego, jak i ich różnorodnością tematyczną. Dominowały pejzaże, nie brakowało tematyki marynistycznej. Szczególną uwagę zwiedzających wystawę przykuwały końskie głowy. „Pana konie mają takie ludzkie spojrzenie...” – zauważył kiedyś jeden z profesorów łódzkiej ASP, namawiając młodego lekarza do podjęcia studiów na kierunku malarskim.

- Prawdziwy współczesny człowiek Renesansu – konstatawali przyjemnie zdumieni współpracownicy i znajomi Bogusława Kisielewskiego, dla znacznej większości których ta druga „twarz” cenionego lekarza okazała się autentycznym zaskoczeniem.

Bogusław Kisielewski pochodzi z Łodzi, tam w roku 1985 ukończył Wojskową Akademię Medyczną.

W roku 1998 został specjalistą z dziedziny położnictwa i ginekologii, rok później – z epidemiologii wojskowej. Od 10 lat pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu jako kierownik Sekcji Higieny i Epidemiologii.



„Pana konie mają takie ludzkie spojrzenie...”

Anna Kowalska

Z życia szpitala

Ranking Szpitali 2015



W opublikowanym w „Rzeczpospolitej” Rankingu Szpitali Zabiegowych, Wielospecjalistycznych i Onkologicznych nasz szpital znalazł się na 3. pozycji w województwie warmińsko-mazurskim i na 28. w kraju. Oceniano m.in. sposób zarządzania szpitalem, jakość opieki medycznej, świadczonych usług czy komfort pobytu pacjenta. Ranking „Rzeczpospolitej” odbywa się od 12 lat. Merytorycznej oceny i podsumowania wszystkich aspektów działalności równorzędnych sobie polskich szpitali dokonuje krakowskie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.



Do coraz liczniejszego grona naszych utytułowanych specjalistów dołączyła w grudniu Ordynator Oddziału Onkologicznego dr n. med. Iwona Ryniewicz-Zander. Lekarka obroniła pracę doktorską na temat „Analiza wyników leczenia chorych z odległym nawrotem raka piersi w zależności od schematu chemioterapii”. Dr n. med. Iwona Ryniewicz-Zander pracuje w naszym szpitalu od roku 1989. Oddziałem Onkologicznym kieruje nieprzerwanie od ponad 16 lat.



Tytuł dr. n. med. uzyskał także nasz neurochirurg Marek Derenda. Tytuł jego pracy to „Porównanie wyników leczenia chorych z guzami kanału kręgowego przy stosowaniu laminotomii i laminektomii”. Dr n. med. Marek Derenda pracuje w Oddziale Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Chirurgii Kręgosłupa.



Beata Szandrowska, położna Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, zdobyła I miejsce w województwie warmińsko-mazurskim w ogólnopolskim konkursie „Położna na medal”. Uroczysta Gala Konkursu połączona z wręczaniem nagród odbędzie się w marcu w Warszawie.



Z okazji obchodzonego w październiku Dnia Ratownictwa Medycznego nasz lekarz Maurycy Dyba pracujący w Dziale Ratownictwa Medycznego odebrał Honorowe Odznaczenie za Zasługi dla Ochrony Zdrowia przyznane przez ówczesnego Ministra Zdrowia prof. Mariana Zębale. Odznaczenie zostało przyznane podczas Wojewódzkich Obchodów Dnia Ratownictwa Medycznego w Klebarku Wielkim.



Podczas ogólnopolskiej uroczystości zorganizowanej w październiku w Warszawie z okazji Dnia Ratownictwa Medycznego nasz ratownik medyczny Jacek Radziejewicz otrzymał Srebrny Medal za Długoletnią Służbę przyznany przez Prezydenta RP Andrzeja Dudę.

Historia WSZ w Elblągu w pigułce (część 3)

W 1985 r. na budowie szpitala nastąpił istotny przełom. Prace nabrały tempa. Rozpoczęto intensywne roboty wykończeniowe: kładzenie posadzek, malowanie, okładziny ścian (zaopatrzeniowcy EKB przywozili płytki z całej Polski!), prace stolarskie, instalacyjne, wentylacyjne, klimatyzacyjne, kamieniarskie, montaż dźwigów towarowych i osobowych. Równocześnie rozpoczęto tak bardzo oczekiwany montaż aparatury medycznej i pozostałych urządzeń.

Wspomina inż. **Mieczysław Szałachowski**, szef produkcji EKB-generalnego wykonawcy inwestycji:

„W tych latach na budowie szpitala zatrudnionych było średnio 500-800 osób. Dodatkowo około 30 specjalistycznych firm z całej Polski wykonywało prace na zasadach umów podwykonawczych. W pracach pomocniczych i porządkowych na budowie codziennie zatrudniano ekipę 30-50 skazanych z Aresztu Elbląskiego. Dzień pracy trwał 12-14 godzin bez względu na porę roku”. Jak dowiadujemy się z „Głosu Wybrzeża”, do prac porządkowych zaangażowano również uczennice Liceum i Studium Medycznego. Od kwietnia do czerwca 1985 r. prawie 350 przyszłych pielęgniarek porządkowało pomieszczenia nowo wybudowanej przychodni zarabiając w ten sposób na zakup sztandaru szkoły.

W czerwcu 1985 r. ukończono pierwszy fragment inwestycji – przychodnię przyszpitalną przy (ówczesnej) ul. Armii Czerwonej. Stanowisko kierownika przychodni powierzono lek. Danieli Bukowskiej, przełożoną pielęgniarek została Danuta Duda. W sierpniu tego samego roku zaczęły funkcjonować poradnie, jeszcze bez zaplecza diagnostycznego: radiologii i laboratorium. W przestronnych i lśniących czystością poczekalniach zbierali się pierwsi pacjenci. Do nowych pomieszczeń sukcesywnie przenoszono kolejne poradnie specjalistyczne usytuowane dotąd w różnych miejscach Elbląga. Jako pierwsze: Poradnię Neurologiczną dla Dorosłych i Poradnię Laryngologiczną, Reumatologiczną i Onkologiczną. Sprowadzono również Wojewódzką Przychodnię Stomatologiczną z poradniami (ogólną, zachowawczą i chirurgią szczękową) oraz z całą administracją. W następnej kolejności: Poradnię Okulistyczną, Poradnię Dziecięcą z Wojewódzkiej Przychodni Matki i Dziecka oraz Poradnię Cukrzycową.

Równocześnie pracowały też ekipy remontowe, wciąż uzupełniając budowlane „niedoskonałości”.

Ze wspomnień **Ireny Rukujżo-Półtorzeckiej** z Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego w Elblągu:



Połowa lat 80-tych. Pierwsi pracownicy poradni specjalistycznych. Od prawej przełożona Danuta Duda, w środku rejestratorka Krystyna Płonka, z lewej kierownca pan Paweł



Jedną z pierwszych otwartych w nowym szpitalu była Poradnia Cukrzycowa. Na zdjęciu lek. Barbara Cyłkowska z pacjentami

„Przyspieszenie robót widać było wyraźnie także na pozostałym placu budowy. Stało się to m.in. za sprawą komisyjnego dyrektora EKB – inż. Władysława Stradowskiego. W roku 1986 kondygnacje bloku łóżkowego wymagały już tylko „wykończeniówki”, pawilon pediatriczny był prawie gotowy. Z pośpiechem przygotowywano budynek pogotowia ratunkowego i Izby Przyjęć, tak by zimą 1986/87 można było prowadzić prace już wewnątrz tego bloku. Jeszcze przed zimą uporządkowano teren budowy. Zlikwidowano węzeł betoniarski - pod przyszłe lądowisko dla helikopterów. Coraz bliższe były widoki na przejęcie kompleksu w użytkowanie. Zaczęły się intensywne przeglądy techniczne poszczególnych pomieszczeń przygotowanych do odbioru oraz bardzo częste wizyty władz centralnych i wojewódzkich”.

Inż. Mieczysław Szałachowski dodaje zaś: „Budowa była wielką nauką dla kadry kierowniczej, technicznej, a także pracowników. Z satysfakcją należy powiedzieć, iż uzyskany efekt był na miarę oczekiwań, a późniejsze mankamenty w użytkowaniu wynikały nie z jakości prac, a z jakości wyrobów gotowych montowanych na budowie, ze zmiany norm technicznych...”

Ciekawostka!

Wieczorem 17 sierpnia 1987 r. ok. godz. 21.40 na I piętrze budynku przyszpitalnej przychodni zdrowia wybuchł pożar. Ogień zauważył przejeżdżający w pobliżu kierowca samochodu, który zawiadomił straż pożarną. Na szczęście pożar okazał się niegroźny. Spaliły się składowane płyty pilśniowe oraz przygotowane do wmontowania drzwi i okna. Straty oszacowano na około 100 tys. zł.

GRUDZIEŃ W OBIEKTYWIE

Gwiazdkowe życzenia od dyrekcji szpitala.
Przy mikrofonie Dyrektor ds. Pielęgniarstwa Bożena Ropelewska



Nasz szpital w świątecznej szacie



Przedświąteczne spotkanie w sali konferencyjnej

