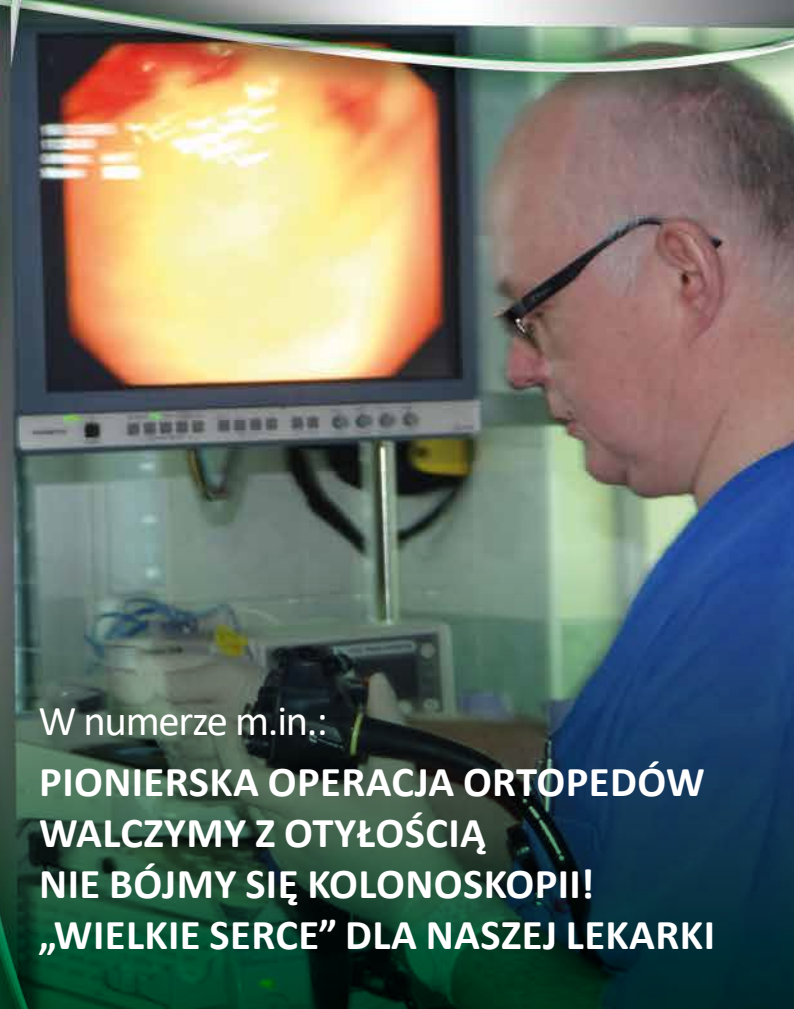


KRÓLEWIECKA 146

ISSN-1642-1922
Egzemplarz bezpłatny



W numerze m.in.:

- PIONIERSKA OPERACJA ORTOPEDÓW
- WALCZYMY Z OTYŁOŚCIĄ
- NIE BÓJMY SIĘ KOLONOSKOPII!
- „WIELKIE SERCE” DLA NASZEJ LEKARKI



Witrażowe karetki wykonane przez uczestników Warsztatu Terapii Zajęciowej przy ul. Saperów w Elblągu

WYDAWCA

Wojewódzki Szpital
Zespołowy w Elblągu

REDAKTOR NACZELNA

Anna Kowalska

ZESPÓŁ REDAKCYJNY

Anna Kowalska
Małgorzata Twardowska
Danuta Stanicka

ADRES REDAKCJI

Wojewódzki Szpital
Zespołowy w Elblągu
ul. Królewiecka 146
82-300 Elbląg
Sekcja Marketingu
tel. 55 239 57 04
tel. 55 239 59 62
a.kowalska@szpital.elblag.pl
www.szpital.elblag.pl

DRUK I SKŁAD

Agencja Reklamowa Contact
ul. Mikołaja Firleja 27
82-300 Elbląg
www.arcontact.pl

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

Groziła jej amputacja nogi - teraz będzie mogła chodzić _____	4
Marihuana w leczeniu padaczki _____	5
Niebezpieczne kilogramy _____	6
Wielkie Serce dla Hanicenty Rzepy _____	9
Nie bójmy się kolonoskopii _____	10
Pielęgnacja stomii (2). Stomia powikłana _____	12
Warto z nami dbać o formę _____	14
Ruch - zimowa antydepresja dla seniorów _____	15
Higiena rąk ważnym czynnikiem podwyższającym bezpieczeństwo epidemiologiczne _____	16
To, co robisz, rób najlepiej jak potrafisz _____	17
Krótko i na temat _____	18
Przedświątne spotkanie _____	19
Spokojnie! To tylko ćwiczenia! _____	20
Co mogą zręczne ręce rehabilitantki _____	21
Elbląskie szpitale (3) _____	22
Odeszli od nas _____	23





Szanowni Czytelnicy!

U progu Nowego Roku wszyscy mamy jakieś plany i marzenia. Mamy też magiczną wręcz nadzieję na to, że się ziszczą- jest na to przecież AŻ cały rok! Taka pozytywna wiara w przyszłość jest czymś jak najlepszym. Pielęgnowmy ją w sobie, bo przecież to właśnie ona daje nam siłę i nadaje sens naszemu życiu. Ale pamiętajmy, że niezbędny jest także nasz „wkład własny”. Są takie plany, które spełnią się wyłącznie pod warunkiem, że im w tym pomożemy.

Plany i marzenia na rok 2017 ma także nasz szpital. A na to, by się mogły spełnić, pracowaliśmy rzetelnie przez cały miniony rok. Dlaczego? Dlatego, że są one dla naszego szpitala szansą na dalszy rozwój.

Wciąż rosnące standardy dla placówek ochrony zdrowia nieuchronnie i od wielu już lat aktywizują nas do poszukiwania dodatkowych źródeł finansowania, głównie na przeprowadzenie kolejnych szpitalnych inwestycji, które trudno byłoby zrealizować bez pomocy unijnej, czy też bez wsparcia rządowego i samorządowego. Ale i tu jesteśmy dobrej myśli. Aktualnie przygotowujemy kilka projektów inwestycyjnych, z nadzieją na ich korzystne rozstrzygnięcie. Robimy to z myślą o przyszłości szpitala i jego pacjentów: z nadzieją na możliwość rozszerzenia i unowocześnienia naszych świadczeń, z chęcią i potrzebą wyposażania placówki w coraz lepszy i bardziej nowoczesny sprzęt, z zamiarem jeszcze lepszego diagnozowania chorych i systematycznej poprawy warunków ich leczenia.

Taką szansą jest dla szpitala m.in. Regionalny Program Operacyjny Warmia i Mazury 2014-2020, gdzie zamierzamy aplikować o dofinansowanie projektów związanych z dalszą informatyzacją szpitala, z modernizacją i doposażeniem Traktu Porodowego w Oddziale Ginekologiczno - Położniczym, czy z poprawą szpitalnej struktury techniczno- energetycznej.

Wiosną 2017 roku ruszymy też z długo oczekiwaną modernizacją Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020) i mamy nadzieję, że finał tej inwestycji w roku 2018 będzie wspaniałym prezentem dla naszych Pacjentów i Pracowników na Jubileusz 30-lecia działalności szpitala. Nasze plany na najbliższą przyszłość są ambitne, ale chcemy dziś wierzyć, że uda nam się je zrealizować.

Tymczasem, z okazji rozpoczynającego się Nowego 2017 Roku pragnę przede wszystkim Państwu- Czytelnikom naszej gazety, Pacjentom, Pracownikom i Współpracownikom Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu - życzyć, aby ziściły się także Państwa marzenia i projekty. Życzę, by dopisywało Państwu zdrowie, bardzo serdecznie życzę też powodzenia we wszystkich innych ważnych dla Państwa sferach życia.

Niech to będzie dla nas wszystkich Dobry Rok!

Z noworocznymi pozdrowieniami

Elżbieta Głert
Dyrektor Naczelna
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu



Groziła jej amputacja nogi - teraz będzie mogła chodzić!

Ubytek w kości udowej był tak wielki, że pani Teresie groziła amputacja nogi. Udało się tego uniknąć, dzięki naszym ortopedom, którzy wszczepili jej implant. Była to pierwsza taka operacja w naszym szpitalu i trzecia w Polsce.

Problemy Teresy Chałupki zaczęły się 1,5 roku temu. 60-letnia kobieta tak nieszczęśliwie upadła, że złamała kość udową.

- Złamanie, ktoś by powiedział, banalne. Trafiłam do szpitala, tam kość została zespolona. Ale trafiło mi się kolejne nieszczęście. Znowu upadłam, a noga nie była jeszcze zaleczona. Kość udowa znowu była złamana - opowiada kobie-ta.

Wtedy zaczął się prawdziwy koszmar. - Złamanie doprowadziło do wieloodłamowego rozkawałkowania kości - mówi doktor Grzegorz Sosnowski, lekarz ortopeda, koordynator Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu. - Pani Teresa została zoperowana, ale po zabiegu przyplątała się infekcja. Pacjentka znowu trafiła na stół operacyjny i założono jej tzw. stabilizację zewnętrzną. To jednak leczenie czasowe, do wygojenia stanu zapalnego. Infekcję udało się w końcu pokonać i teoretycznie mogliśmy przystąpić do zespolenia kości.

Jednak w trakcie leczenia pani Teresy lekarze musieli usunąć dużą część zainfekowanej kości udowej - łącznie aż 10 cm. Pojawiło się pytanie, jak odtworzyć brakującą część kości? Lekarze początkowo myśleli m.in. o pobraniu od pacjentki kości strzałkowej i wstawieniu jej w kość udową. Pani Teresa trafiła też do kliniki o wyższej referencyjności. Tamtejsi medycy także nie potrafili jej pomóc. Kobieta wróciła do szpitala w Elblągu z widmem amputacji nogi.

- Tyle czasu męki na darmo po to, by pogodzić się z odjęciem nogi. To był dla mnie dramat: psychicznie nie mogłam tego zaakceptować - wspomina pani Teresa.

Z koniecznością amputacji nie mógł się także pogodzić Grzegorz Sosnowski:

- Jako ortopedzi zawsze staramy się odtworzyć to, co zostało zniszczone, a amputacja dla nas jest zawsze porażką mentalną, psychiczną. Postanowiłem, że będę walczył o nogę pani Teresy.

Światło w tunelu pojawiło się w trakcie ostatniego zjazdu medycznego, w którym uczestniczył dr Sosnowski. To tam swoją ofertę zaprezentowała firma z Niemiec, która produkuje implanty pozwalające uzupełnić brakujące ubytki w kościach.

- Ta metoda leczenia do tej pory nie była w Polsce znana, bo przeprowadzono zaledwie trzy takie operacje w kraju - mówi koordynator. - A rozwiązanie jest naprawdę proste: trzpienie implantu wkłada się w kość z obu stron i łączy wstawką metalową, która uzupełnia brakującą ilość kości. Implant działa na zasadzie sztucznej protezy. Pozwala zachować kończynę, ale siłą rzeczy nie jest to zespolenie i w pełni odtworzenie. Po takim zabiegu sprawność pacjenta nie ma szans powrócić w pełni do tej sprzed choroby, ale umożliwia mu zachowanie samodzielności i ogromnie wpływa na psychikę.

Jak dodaje lekarz, ten rodzaj operacji może pomóc także w leczeniu pacjentów onkologicznych, u których nastąpiły przerzuty do kości. - Dzięki nim będziemy mogli usuwać zaatakowane nowotworem kości i w ten sposób zahamować rozwój choroby w tym miejscu, gdzie był przerzut - wyjaśnia.

Zabiegi z użyciem sztucznego implantu będą refundowane i wykonywane w ramach NFZ. Grzegorz Sosnowski przewiduje, że takich operacji w szpitalu wojewódzkim nie będzie więcej jak dwie w ciągu roku. Będą dotyczyły tylko najcięższych przypadków i pacjentów tzw. urazowych, gdzie zniszczenia kości będą bardzo duże. Tak jak w przypadku pani Teresy, która dwa dni po operacji, po prawie 1,5 roku leżenia wstała z łóżka i zaczęła rehabilitację. Wprawdzie jej noga po tylu przejściach nie odzyskała pierwotnej długości, ale niedobór około 2 cm kości uda się zniwelować wkładką ortopedyczną noszoną w butach.

— Na razie chodzę o kulach, ćwiczę też rozciąganie mięśni, które przykurczyły się od tak długiego leżenia. Ale dam radę, bo ma teraz jeden cel: znowu chodzić. Jestem za to ogromnie wdzięczna całemu personelowi szpitala i doktorowi Sosnowskiemu — mówi kobieta.



Problemy pani Teresy rozpoczęły się 1,5 roku temu. Przed kobietą stało widmo amputacji nogi. Dzięki operacji przeprowadzonej przez Grzegorza Sosnowskiego kobieta będzie mogła chodzić



Grzegorz Sosnowski
Koordynator
Oddziału Chirurgii
Urazowo-Ortopedycznej

Czy można mówić o swego rodzaju przełomie w tego typu urazach? Na pewno, choć Grzegorz Sosnowski nie chce mówić o sukcesie:

- Zawsze jest ryzyko powikłań: w trakcie operacji kość może pęknąć, może też

wystąpić infekcja. Tej ostatniej lekarze zawsze boją się najbardziej. Ale trzeba podkreślić, że postęp w ortopedii jest niewyobrażalny. Ze smutnym uśmiechem czytam publikacje z lat 80-tych, w których wskazywano, że po operacji wszczepienia endoprotezy sukcesem będzie, gdy po długiej rehabilitacji pacjent będzie mógł się poruszać o kulach. Dzisiaj - pięć dni po takiej operacji - pacjenci idą do domu o kulach. Gros z nich po wyleczeniu uprawia nawet sporty.

Niewykluczone, że niebawem na drukarkach 3D uda się także wydrukować biodro pacjenta. Taki model ułatwi prognozowanie potencjalnych efektów i wyboru najlepszej dla pacjenta metody leczenia. Bez konieczności wcześniejszej operacji i poszukiwania na żywym organizmie drogi do korekcji wady. To przenicuje planowanie zabiegów i zniweluje powikłania pooperacyjne.

*tekst i foto: Aleksandra Szymańska
„Dziennik Elbląski”*

Marihuana w leczeniu padaczki

Po próbach stosowania preparatów konopi indyjskich (kanabinoidów) – z lepszym lub gorszym skutkiem – w rozmaitych schorzeniach (przewlekły ból, nadmierna spastyczność, zaburzenia funkcji pęcherza moczowego) od kilku lat podejmowane są próby leczenia za ich pomocą padaczki. Nie jest to pomysł nowy (pierwsze doniesienia na ten temat datuje się na ok. 1800 r. p.n.e.), natomiast w ostatnim czasie dość szeroko dyskutowany, a próby jego prawnego uporządkowania uznane zostały przez niektóre środowiska wręcz za ograniczenie swobody osobistej.

Rzeczywista skuteczność jakiegokolwiek terapii musi być oparta na twardych, obiektywnych dowodach, jakimi są badania kliniczne. Dotychczasowe ich wyniki podają w wątpliwość skuteczność pochodnych marihuany w leczeniu padaczki. Na łamach prestiżowego czasopisma „The New England Journal of Medicine” ukazało się interesujące opracowanie podsumowujące dotychczasowy stan wiedzy na temat roli kanabinoidów w leczeniu padaczki. Jego autorami są Daniel Friedman i Orrin Devinsky – profesorowie neurologii z Kliniki Neurologii New York University specjalizujący się w padaczce, współautorzy kilku badań klinicznych dotyczących

zastosowania kanabinoidów w leczeniu tej choroby. Omawiając wyniki badań klinicznych autorzy, powołując się na aktualny systematyczny przegląd piśmiennictwa opublikowany w 2014 roku w bazie Cochrane, stwierdzili, że „obecnie nie można sformułować wiarygodnych wniosków dotyczących skuteczności kanabinoidów w leczeniu padaczki”. Ten wniosek potwierdził także systematyczny przegląd piśmiennictwa opracowany przez American Academy of Neurology. Autorzy omówili również bardzo istotną kwestię bezpieczeństwa stosowania pochodnych kanabinoidów, podkreślając szczególnie, że mogą one niekorzystnie wpływać na rozwój psychoruchowy dzieci, a efekty tego działania mogą być nieodwracalne. Kanabinoidy mogą też sprzyjać powstawaniu psychoz. Na koniec opracowania autorzy podkreślili, że podstawową przeszkodą w obiektywnej, naukowej ocenie skuteczności i bezpieczeństwa kanabinoidów w leczeniu padaczki jest wiara pacjentów i/lub/ ich rodziców w skuteczność leku wpływająca na ich



Marek Szatanik
epileptolog
Kierownik Poradni Neurologicznej
i Padaczkowej dla Dzieci

osąd. Rodzice dzieci chorych na padaczkę, którzy zdecydowali się przeprowadzić do stanu Kolorado, aby umożliwić leczenie kanabinoidami, zgłaszali znacznie lepsze subiektywne efekty terapii, niż rodzice chorych dzieci mieszkający już wcześniej w tym stanie.

Aktualnie w kilku ośrodkach w Polsce prowadzone są badania kliniczne, zarówno u dzieci, jak i dorosłych, mające ocenić skuteczność i bezpieczeństwo tej terapii. Dopiero ich wyniki oraz dłuższa obserwacja leczonych pacjentów pozwoli stwierdzić, czy pochodne marihuany okażą się godne wywołanego zamieszania, czy też podzielą los wielu rzekomo cudownych, a ostatecznie nieskutecznych leków (warto przypomnieć choćby krótkotrwałą sławę polskiego specyfiku – preparatu Tołpy).



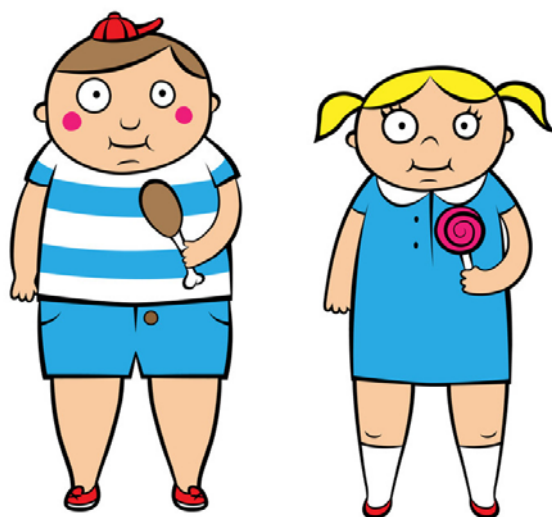


lek. Monika Kamińska - Zipsler
internista
II Oddział Chorób Wewnętrznych

Okres jesienno-zimowy sprzyja gromadzeniu nadmiernych kilogramów. Brzydka pogoda za oknem sprawia, że rzadziej podejmujemy aktywność fizyczną, a w naszej diecie warzywa i owoce, dostępne w okresie wiosenno-letnim, zastępujemy pokarmami bogatokalorycznymi. Wahania nastroju, tak częste jesienią, również przyczyniają się do przyrostu masy ciała.

W ostatnim czasie prowadziłam cykl wykładów na temat nadwagi i otyłości w ramach akcji „Dbaj o formę”. Jak się okazuje, choć świadomość tego problemu jest dość duża, to nadwaga i otyłość są postrzegane głównie jako „defekt kosmetyczny”, nie zaś jako problem, który rzutuje na nasze zdrowie.

To, o czym nie wszyscy pamiętają, to fakt, że otyłość jest chorobą przewlekłą. Nie ma ona tendencji do samoistnego ustępowania, a najczęściej powstaje w wyniku dodatniego bilansu energetycznego. Jeśli nad energią wydatkowaną przeważa ener-



co do wyboru produktów wysokoenergetycznych, funkcje naszych komórek tłuszczowych, podstawową przemianę materii a także odpowiadają za naszą spontaniczną aktywność fizyczną. Wzorce wyniesione z domu powodują powielanie przez nas nawyków żywieniowych oraz form spędzania wolnego czasu. Poza tym otyłość może być składową rzadkich zespołów chorobowych uwarunkowanych genetycznie.

Niebezpieczne kilogramy

Okres jesienno-zimowy sprzyja gromadzeniu nadmiernych kilogramów. Brzydka pogoda za oknem sprawia, że rzadziej podejmujemy aktywność fizyczną, a w naszej diecie warzywa i owoce, dostępne w okresie wiosenno-letnim, zastępujemy pokarmami bogatokalorycznymi. Wahania nastroju, tak częste jesienią, również przyczyniają się do przyrostu masy ciała.

gia pobrana z pożywieniem, dochodzi do gromadzenia tkanki tłuszczowej, co w konsekwencji powoduje rozwój poważnych chorób przewlekłych.

Na rozwój nadwagi i otyłości ma wpływ wiele czynników.

Rozwój cywilizacji przyczynił się do zmiany naszych nawyków żywieniowych i struktury spożywanych pokarmów. Żyjąc w pośpiechu częściej sięgamy po żywność wysokoprzetworzoną, zawierającą dużo tłuszczów, cukrów, mało błonnika. Ogólnodostępne środki transportu nie sprzyjają aktywności fizycznej, a przewlekły stres również powoduje wzrost masy ciała.

Jak się okazuje, o udział w patogenezie otyłości podejrzanych jest ok. 600 genów. To one regulują nasz apetyt, preferencje

Przyczyny wzrostu masy ciała można też upatrywać w zaburzeniach emocjonalnych.



Obniżenie nastroju, brak samoakceptacji, depresja, powodują zachowania kompensacyjne w postaci nadmiernego spożywania pokarmu. Dzieje się tak, dlatego że jedzenie jest łatwo dostępnym i szybko działającym środkiem znośnym napięcia.

SZACUJE SIĘ, ŻE W POLSCE MAMY OK. 8 MLN OSÓB OTYŁYCH. CO ZATRWAŻAJĄCE, NADWAGA I OTYŁOŚĆ WYSTĘPUJE CORAZ CZĘŚCIEJ U DZIECI.

Otyłość może być związana z niektórymi zaburzeniami hormonalnymi.

Niedoczynność tarczycy, przysadki mózgowej, hiperkortyzolemia, hiperinsulinizm pierwotny, niedobór hormonu wzrostu, hipogonadyzm, to tylko niektóre z dolegliwości, jakie niosą za sobą wzrost masy ciała. Zdarza się, że u pacjentów z chorobami ośrodkowego układu nerwowego; po urazach czaszki, przebytych chorobach zapalnych mózgu, z guzami mózgu również dochodzi do przyrostu wagi. Czasem nadwaga, otyłość bywa indukowana niektórymi lekami. Wśród nich wymienia się sterydy, leki przeciwdepresyjne, neuroleptyki, leki przeciwpadaczkowe, przeciwcukrzycowe, przeciwalergiczne, a także beta-blokery.

Zgodnie z kryteriami WHO otyłość rozpoznaje się na podstawie wartości wskaźnika masy ciała (BMI). Jest to iloraz masy ciała wyrażonej w kg i wzrostu w metrach podniesionego do kwadratu.

$$\text{BMI} = \frac{\text{waga [kg]}}{\text{wzrost x wzrost [m]}}$$

Na podstawie BMI diagnozuje się następujące stany odżywienia:

- Niedowaga < 18,5
- Prawidłowa masa ciała 18,5 - 24,9
- Nadwaga 25 - 29,9
- Otyłość >= 30
 - a) I stopnia 30 - 34,9
 - b) II stopnia 35,0 - 39,9
 - c) III stopnia >= 40

Wskaźnik BMI jest prosty w użyciu, ale niedokładny, nie pozwala na ocenę dystrybucji tkanki tłuszczowej w organizmie. Nie jest wiarygodnym wskaźnikiem zagrożenia chorobami dla dzieci, kobiet ciężarnych, sportowców i osób o rozbudowanej tkance mięśniowej a także dla osób w starszym wieku.

W codziennej praktyce poza BMI postępujemy się pośrednim parametrem, pomagającym rozpoznać otyłość trzewną. Jest nim obwód talii. Wg kryteriów IDF otyłość trzewną rozpoznaje się u Europejczyków rasy białej, gdy obwód talii:

- u kobiet >= 80cm
- u mężczyzn >= 94cm

Wartości te są umowne, a wiele badań wskazuje na zwiększone ryzyko metaboliczne przy obwodzie talii u kobiet >= 70cm, u mężczyzn >= 86cm.

Umiejętne leczenie nadwagi i otyłości polega na ustaleniu indywidualnej dla każdego pacjenta metody leczenia. Wiąże się to z różnym stanem odżywienia chorych, chorobami współistniejącymi, a także problemami psychologicznymi. Leczenie takie wymaga współpracy interdyscyplinarnego zespołu składającego się nie tylko z lekarza, ale także dietetyka, rehabilitanta i psychologa.

Leczenie zachowawcze obejmuje:

- leczenie dietetyczne i zmianę nawyków żywieniowych
- aktywność fizyczną
- terapię behawioralną i psychoterapię
- leczenie farmakologiczne

W zaleceniach dietetycznych należy uwzględnić dotychczasowe zwyczaje żywieniowe, współistnienie innych chorób oraz poziom aktywności fizycznej pacjenta. Zwraca się uwagę nie tylko na rekomendacje ilościowe, ale i jakościowe. Ważne jest również regularne spożywanie posiłków (3-5 dziennie), niedojadanie między posiłkami, odpowiedni rozkład dobowy posiłków (z uwzględnieniem śniadań). Nie zaleca się głodówek ani ogólnodostępnych, popularnych „diety cud”.

Optymalny ubytek masy ciała wynosi ok. 1kg/tydzień, a zadowalający 0,5 kg/tydzień.

Instytut Żywności i Żywienia człowieka stworzył piramidę zdrowego żywienia, która od jakiegoś czasu wzbogacona jest o piętro z aktywnością fizyczną. Ma ono uzmysłwić jak znaczącą rolę w zdrowym trybie życia odgrywa ruch.

U osób z nadwagą i otyłością zaleca się aktywność o umiarkowanym nasileniu np. szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie. Nie zaleca się natomiast tych aktywności, które dodatkowo mogą obciążać stawy np. skoków, szybkiego biegania, wspinaczki itp.

PIRAMIDA ZDROWEGO ŻYWIENIA



Terapia behawioralna i psychoterapia skupia się na analizie i modyfikacji zachowań żywieniowych i związanych z aktywnością fizyczną. Nie tylko ułatwia modyfikację tych zachowań poprzez uczenie samoobserwacji, technik kontroli procesu jedzenia czy radzenia sobie ze stresem, ale także wzmacnia motywację do długoterminowego podtrzymywania zmian.

Wskazaniami do leczenia farmakologicznego jest otyłość lub nadwaga ($BMI \geq 25$ kg/m^2) współistniejąca z ≥ 1 chorobą będącą powikłaniem otyłości. Jeśli pacjent stosował dietę, podejmował aktywność fizyczną czy uporał się z ewentualnymi problemami natury psychologicznej, a nie uzyskał zadowalającego spadku masy ciała, można wkroczyć z lekami. Farmakoterapię można stosować również w celu utrzymania efektów leczenia nefarmakologicznego. Jeśli po 3 miesiącach stosowania farmakoterapii redukcja masy ciała jest mniejsza niż 5% (licząc ubytek masy ciała od zastosowania leku) kontynuacja jest nieuzasadniona.

Celem leczenia zachowawczego są:

- Zmniejszenie masy ciała o 5-10% w ciągu 3 - 6 miesięcy
- Utrzymanie tego efektu przez ok. 6 miesięcy
- W razie potrzeby dalsza redukcja masy ciała o kolejne 5-10%

Osobom z nadwagą zaleca się zmiany stylu życia zapobiegające dalszemu przyrostowi masy ciała oraz powodujące jej niewielką redukcję. Nie zaleca się farmakoterapii. Do rozważenia jest natomiast psychoterapia.

U osób z nadwagą i $>+1$ powikłaniem otyłości oraz u osób z otyłością I stopnia – stosujemy metody leczenia zachowawczego dobrane do potrzeb. U chorych z otyłością II i III stopnia należy zastosować leczenie zachowawcze, a dodatkowo po rozważeniu wskazań i przeciwwskazań rozważyć chirurgiczne leczenie otyłości.

Do leczenia operacyjnego otyłości mogą być zakwalifikowane:

Osoby w wieku 18-60 lat z rozpoznaną otyłością III lub II stopnia:

- jeśli występują u nich powikłania otyłości takie jak: cukrzyca typ 2, nadciśnienie tętnicze, choroba zwyrodnieniowa stawów
- jeśli wiemy, że redukcja masy ciała będzie miała korzystny wpływ na przebieg tych chorób
- jeśli wystąpił ponowny przyrost masy ciała u pacjentów w w/w grupie, po jej znacznej redukcji w wyniku leczenia zachowawczego
- gdy wdrożono wszystkie metody zachowawcze leczenia otyłości, przez co najmniej 6 miesięcy, ale nie uzyskano celu terapeutycznego przynoszącego poprawę stanu zdrowia.

Czemu mamy zapobiegać nadwadze i otyłości? Pytanie wydaje się banalne...

Otyłość to szereg powikłań min: stany przedcukrzycowe i cukrzyca, zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze indukowane otyłością, miażdżyca i jej konsekwencje: choroba niedokrwienna serca czy udar mózgu, choroby nerek, niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby, dna moczanowa, zaburzenia endokrynologiczne prowadzące do problemów z płodnością, większe ryzyko nowotworów, choroba zwyrodnieniowa stawów, związana z przeciążeniem narządu ruchu, zylaki kończyn dolnych i żylna choroba zakrzepowo - zatorowa, zespół hipowentylacji spowodowanej otyłością, obturacyjny bezdech senny, kamica pęcherzyka żółciowego, refluks żołądkowo - przełykowy, przepuklina rozworu przełykowego oraz wszystkie psychologiczne konsekwencje otyłości (niska samoocena, zaburzenia wizualizacji własnego ciała, izolacja społeczna, depresja).

Podsumowując, chciałabym jeszcze raz podkreślić, że otyłość jest chorobą. Leczy się ją jak każdą inną, a leczenie wymaga indywidualnego podejścia do każdego chorego. W tym leczeniu farmakoterapia nigdy nie zastąpi leczenia nefarmakologicznego, może je jedynie wspomóc. Sukcesem tego leczenia nie jest jednak liczba utraconych kilogramów, ale trwałość uzyskanych efektów.



WIELKIE SERCE dla Hanicenty Rzepy

Cieszy się wielką sympatią i szacunkiem współpracowników, ale przede wszystkim ogromnym zaufaniem swoich pacjentek. To właśnie one doceniły lekarkę Hanicentę Rzepę, przyznając jej honorową statuetkę „Wielkiego Serca” w kategorii „Najpopularniejszy ginekolog województwa warmińsko-mazurskiego”.



- Swoją pracę w oddziale ginekologii zaczęłam ponad 40 lat temu, w 1974 roku, w elbląskim Szpitalu Miejskim przy ul. Żeromskiego – mówi lekarka, podkreślając - Od tamtego czasu w diagnostyce zaszczyły ogromne, niewyobrażalne wówczas, zmiany na lepsze. Dzisiaj, dzięki sprzętowi, jaki mamy do dyspozycji, możemy bez problemu „zajrzeć” w każdy zakamarek ludzkiego ciała – zarówno matki, jak i dziecka. Jednak do skutecznego leczenia niezbędny jest znakomity „warsztat” a takim właśnie znakomitym zapleczem jest nasz szpital wojewódzki ze świetnymi specjalistami w różnych dziedzinach. To umożliwia pochylene się nad pacjentem wielu różnych specjalistów w krótkim czasie. Dzięki temu możliwy jest sukces, także ten, którego symbolem jest „Wielkie Serce”. Dziękuję bardzo i pani dyrektor, i moim asystentom, i położnym.

Jak podkreślają jej pacjentki, lekarka jest nie tylko świetną specjalistką, ale również bardzo ciepłą i serdeczną osobą. Uśmiech i dobre słowo, jakie stara się mieć dla każdej z nich, niejedną raz pomogły kobietom przetrwać także te trudne chwile, których wszak na tym oddziale nie brakuje.

„Doktor Hania” stara się być do dyspozycji swoich pacjentek, kiedy tylko jej potrzebują, często poświęcając im także swój prywatny czas. Nikogo nie dziwi więc fakt, że ma „zakochane” w sobie pacjentki, którymi opiekuje się od kilkudziesięciu lat. A zdarzają się przypadki, że leczy kolejne już pokolenie kobiet z tej samej rodziny.

A po pracy....

Jak się okazuje, lekarka najczęściej „po pracy” jest również... w pracy. W wolnym czasie stara się poszerzać swoją wiedzę medyczną, czytając, poszukując nowych

trendów, szkoląc się. Uważa, że zawsze można wiedzieć więcej, leczyć jeszcze lepiej, wciąż się rozwijać, być otwartym i ciekawym wiedzy. Tylko wówczas można okazać swoim pacjentkom naprawdę Wielkie Serce.

Plebiscyt „Wielkie Serce” organizowany jest od kilkunastu lat przez „Gazetę Olsztyńską” i „Dziennik Elbląski”. Symboliczną statuetką czytelnicy nagradzają najlepszych, ich zdaniem, lekarzy, pielęgniarki, położne, ratowników medycznych z Warmii i Mazur. Nagroda odebrana 21 listopada w Olsztynie przez lek. Hanicentę Rzepę jest już dwudziestym pierwszym „Wielkim Sercem”, jakie trafiło do rąk pracowników Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Elblągu.

Anna Kowalska



Od 1988 Hancienta Rzepa pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Zespołonym w Elblągu, początkowo jako zastępca ordynatora Oddziału Ginekologii i Położnictwa, od roku 2004 – jako jego ordynator. Jest lekarką z II stopniem specjalizacji z położnictwa i ginekologii.

Na oddział, którym kieruje, jeden z największych w szpitalu, składają się pododdziały: Ginekologiczny, Położniczy z Traktem Porodowym oraz Patologia Ciąży.



Najpopularniejszy ginekolog województwa warmińsko-mazurskiego w towarzystwie (od lewej) Marszałka Warmii i Mazur Gustawa Marka Brzezina, dyrektor WSZ w Elblągu Elżbiety Gelert oraz Wicemarszałek Województwa Wioletty Ślaskiej - Żyśk

Nie bójmy się kolonoskopii

Choroby nowotworowe stanowią coraz bardziej istotny problem medyczny współczesnego świata, znacząco pogarszając jakość, a często również skracając życie wielu ludzi. Niosą za sobą duży koszt ekonomiczny oraz społeczny dla całego społeczeństwa, w sposób szczególny dotykając zwłaszcza najbliższe otoczenie osób chorych. Dodatkowo dla wielu pacjentów rozpoznanie choroby nowotworowej stanowi duże obciążenie psychiczne, budząc lęk, częstokroć niewspółmierne intensywne w stosunku do rzeczywistego stopnia zagrożenia, w niektórych przypadkach prowadzący do opóźnienia rozpoznania i wdrożenia właściwego leczenia.

Wśród nowotworów złośliwych istotne miejsce zajmuje rak jelita grubego.

Według danych statystycznych za rok 2013 stanowił drugi co do częstości zachorowań nowotwór u kobiet po raku sutka oraz trzeci co do częstości zachorowań po raku płuca i raku stercza u mężczyzn (ale już drugi jako przyczyna zgonu). Jego częstość wzrasta w ciągu ostatnich lat – **od roku 1980 nastąpił prawie czterokrotny wzrost zachorowań na raka jelita grubego u mężczyzn i trzykrotny u kobiet stanowiąc obecnie odpowiednio około 12% i około 10% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe.** Niestety, jeszcze gorzej przedstawia się liczba zgonów z powodu raka jelita grubego – **od roku 1980 częstość zgonów z tej przyczyny u mężczyzn wzrosła prawie sześciokrotnie, a u kobiet prawie czterokrotnie – rak jelita grubego stanowi ok. 12% wszystkich zgonów z przyczyn nowotworowych.** Prognozy na najbliższą przyszłość zakładają dalszy wzrost – o ok. 40% większą liczbę zachorowań wśród mężczyzn i ok. 20% wśród kobiet w ciągu najbliższych lat w grupie osób w średnim wieku.

Przytoczona częstość zgonów w wyniku raka jelita grubego dobrze ilustruje główny problem związany z tą chorobą – w warunkach Polski rozpoznanie następuje bardzo często w późnym okresie choroby przy znacznym stopniu jej zaawansowania. W większości przypadków rak jelita grubego jest nowotworem o niskiej dynamice wzrostu, rozwijającym się stosunkowo powoli, w dodatku



dr n. med. Marek Pastuszak
gastroenterolog
kierownik Pracowni Gastroenterologicznej

w znaczącej większości przypadków z jasno zdefiniowanym stanem przedrakowym – większość raków rozwija się na podłożu gruczolaka, a czas ich rozwoju liczony jest w latach. W ostatnim okresie coraz większą rolę przypisuje się także nowej grupie polipów – polipom ząbkowanym prowadzącym także do rozwoju raka jelita. Niestety w kilkunastu procentach przypadków rak jelita powstaje od razu jako nowotwór złośliwy. Pomimo tak wydawałoby się korzystnej dla pacjenta dynamiki rozwoju raka jelita grubego większość rozpoznań dotyczy nadal przypadków o wysokim stopniu zaawansowania. Wynika to ze skrytego ich rozwoju – przez długi okres czasu zarówno raki jak i nawet zaawansowane

oraz duże polipy nie dają istotnych objawów – objawy, o ile w ogóle są zauważane przez pacjenta, są skąpe, o niewielkim natężeniu, co istotnie opóźnia rozpoczęcie diagnostyki.

Metodą przynoszącą najlepszy efekt w postaci zmniejszenia ryzyka śmierci w wyniku raka jelita grubego jest aktywne poszukiwanie nowotworu i jego prekursorów u osób bez objawów chorobowych – badania profilaktyczne, wśród których najlepszy efekt przynosi badanie endoskopowe jelita grubego (kolonoskopia). Podczas tego badania wykrywane i usuwane są polipy, co zmniejsza ryzyko rozwoju raka w przyszłości, zaś w przypadku wykrycia raka w fazie bezobjawowej stopień jego zaawansowania jest zwykle niski i pozwala na skuteczne wyleczenie przy zastosowaniu terapii mało obciążającej pacjenta (zwykle wystarczający jest zabieg chirurgiczny bez konieczności chemioterapii, w przypadku bardzo wczesnych stadiów rozwoju może wystarczać także wycięcie endoskopowe).

W Polsce jako jednym z trzech krajów Europy poza Włochami i Niemcami od 2000 roku prowadzony jest Program Badań Przesiewowych zakładający wykonanie kolonoskopii profilaktycznej u każdej osoby pomiędzy 55 a 64 rokiem życia, u której nie występują istotne przeciwwskazania medyczne. Od 2012 roku program prowadzony jest w trybie zapraszanym – osoby z objętego badaniem przedziału wiekowego losowane są z bazy PESEL i zapraszane indywidualnie do ośrodków wykonujących badania w ramach programu (każda z osób w tym przedziale wiekowym powinna otrzymać zaproszenie w ciągu 10 lat w kolejności wynikającej z losowania). **Pełny koszt wykonania badania wraz z kosztem środków do przygotowania jelita pokrywa Ministerstwo Zdrowia w ramach finansowania Programu Badań Przesiewowych.** Preparat do przygotowania jelita wraz z pełną informacją pa-



Program Badań Przesiewowych
RAKA JELITA GRUBEGO



Ministerstwo Zdrowia

cient otrzymuje bezpłatnie po zgłoszeniu się do ośrodka wykonującego badanie. Obecnie stosowany sposób przygotowania oparty jest o doustne przyjęcie roztworu środka czyszczącego (koniecznie z dodatkowymi płynami) w dwóch porcjach w odpowiednim czasie przed badaniem, co znacznie zmniejszyło uciążliwość procesu przygotowania i poprawiło jego efektywność.

Pomimo dobrych efektów z dotychczasowego przebiegu programu u co czwartej osoby poddawanej badaniu wykrywana jest obecność gruczolaków. W ciągu pierwszych 5 lat trwania programu wykryto ponad 400 raków, co stanowi ok. 0.8% badanych. **Nadal główny problem stanowi niska zgłaszalność zapraszanych do udziału w programie osób.** W 2015 roku wyniosła ona w Polsce średnio zaledwie 16,78% (od 11,89 do 21,2% w zależności od ośrodka, w naszym 17,83%). Zgłaszalność z podziałem na powiaty dość wyraźnie spada wraz z rosnącą odległością od ośrodka, występują jednakże dużego stopnia różnice pomiędzy poszczególnymi gminami – na naszym terenie najwyższa zgłaszalność dotyczy Krynicy Morskiej (26,32%), najniższa Godkowa (zaledwie 6,38%) – niestety, przynajmniej w części przypadków, może w tym brać udział zła współpraca z POZ (notowaliśmy przypadki rezygnacji z badania wcześniej zdecydowanych pacjentów po rozmowie... ze swoim lekarzem rodzinnym).

Co ciekawe w pierwszej dekadzie XXI wieku statystycznie częstość 5-letnich przeżyć w raku jelita wzrosła w Polsce u mężczyzn z 43,3 do 47,6% a u kobiet z 44,1 do 49,1%.

Wydaje się, że głównym elementem wpływającym na niską zgłaszalność jest niska świadomość wagi problemu (postawa typu „mnie to nie dotyczy, przecież nie mam żadnych objawów, jestem zdrowy”), brak wiedzy o skuteczności badań profilaktycznych (wykonywanie profilaktycznej kolonoskopii według założeń planu nadzoru powoduje aż 70% zmniejszenie ryzyka zgonu w wyniku raka jelita grubego!), a zwłaszcza lęk przed badaniem. I to lęk podwójny – przed wynikiem badania („a może coś znajdą...?”), jak i przed samym przebiegiem badania. A przecież jeżeli nawet w trakcie kolonoskopii wykryty zostanie rak, to w fazie bezobjawowej jest on zwykle na niskim stopniu zaawansowania umożliwiającym skuteczne leczenie, w dodatku zwykle ograniczone do najprostszych i najmniej obciążających metod, za to z doskonałym efektem w postaci pełnego wyleczenia.

Znacznie większy problem stanowi lęk przed samym badaniem – w wielu miejscach można napotkać na wręcz alarmistyczne komentarze i ostrzeżenia. Tymczasem podczas kilkunastoletniego już trwania Programu Badań Przesiewowych zbierane są anonimowe ankiety (wypełniane po badaniu w domu pacjenta, a więc bez wpływu ośrodka wykonującego badanie), w których aż 75% badanych podaje, że badanie było zupełnie niebolesne, albo też odczuwane dolegliwości były tak niewielkie, że praktycznie nieistotne. Jedynie 25% pacjentów deklaruowało, że podczas badania odczuwało istotne dolegliwości. Dobrą praktyką większości pracowni wykonujących badania kolonoskopowe jest utrzymywanie stałego kontaktu z pacjentem podczas badania z próbą bezpośredniego zaangażowania osoby badanej w przebieg badania – pacjent uczestnicząc w badaniu (np. poprzez właściwe przytrzymanie brzucha czy zmianę pozycji) może na bieżąco zgłaszać wszelkie dolegliwości, co umożliwia właściwą reakcję wykonujących procedurę w celu ich zmniejszenia, a w przypadku braku efektu jest podstawą do przerwania procedury i podjęcia decyzji o jej powtórzeniu w warunkach znieczulenia ogólnego. Dodatkowym plusem jest możliwość obejrzenia przebiegu badania przez pacjenta na monitorze z jednoczesnym uzyskaniem na bieżąco komentarza od wykonującego – z doświadczeń naszego ośrodka wynika, że wielu pacjentów wykazuje duże zainteresowanie przebiegiem badania i chętnie korzysta z możliwości uzyskania dodatkowych informacji.

Trzeba także pamiętać, że profilaktyczna kolonoskopia, choć jest najlepszą metodą profilaktyki, nie jest jedynym sposobem zmniejszenia ryzyka zgonu z powodu raka jelita grubego. Alternatywą jest wykonywanie corocznie testu na krew utajoną w kale, a w przypadku jego dodatniego wyniku dopiero wykonanie kolonoskopii. Jest to metoda o znacznie mniejszej efektywności, sumarycznie znacznie droższa od kolonoskopii, choć także o udowodnionej skuteczności – a więc doskonała alternatywa w przypadku, gdy z różnych powodów nie można wykonać kolonoskopii.

Z punktu widzenia pacjenta najważniejszym elementem jest uzyskanie przekonania o celowości aktywnego zmierzenia się z problemem chorób nowotworowych. Uświadomienie, że poza prowadzeniem „prozdrowotnego” trybu życia, na który – z różnych powodów – znaczna część z nas nie chce, nie może lub nie potrafi się zdecydować, istnieje jeszcze druga, równie ważna i skuteczna metoda przeciwdziałania – badania profilaktyczne. Że uczestnicząc w programie badań profilaktycznych możemy w istotny sposób zwiększyć swoje szanse w walce z zagrożeniem nowotworem.

Program Badań Przesiewowych przyniósł już wiele pozytywnych skutków. Zadbajmy, aby nie stał się kolejną straconą szansą dla nas i dla naszych pacjentów.





Anna Jaroszuk - pielęgniarka
Oddział Chirurgii Onkologicznej,
Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Stomijnych

Z mojego kilkunastoletniego doświadczenia w opiece nad pacjentami stomijnymi mogę powiedzieć, że pielęgnacja prawidłowo wyłonionej stomii nie jest trudna. Najważniejsze to odpowiedni do rodzaju stomii dobór sprzętu oraz właściwa pielęgnacja skóry wokół wyłonionej stomii, o czym szczegółowo pisałam w poprzednim numerze gazety. O skórę wokół stomii należy dbać już od



Przypadek stomii bez powikłań

pierwszej doby po zabiegu. Skóra nie powinna odbiegać wyglądem od skóry w innych okolicach brzucha. Powinna być czysta, sucha bez zaczerwienień, owrzodzeń, wyprysków i nie powinna boleć. Najważniejsze, by nie dopuścić do stanów zapalnych, które goją się bardzo długo i uniemożliwiają przymocowanie jakiegokolwiek sprzętu stomijnego.

Stomia przestała być tematem tabu i możemy o niej usłyszeć w mediach, mamy do dyspozycji coraz lepszej jakości sprzęt stomijny, a mimo to prawidłowy stan skóry ma tylko część pacjentów ze stomią – najczęściej ci, u których stomia została wyłoniona właściwie, którzy mają dobrze dobrany i dopasowany sprzęt stomijny, i którzy potrafią się nim odpowiednio posługiwać. Zdecydowana większość pacjentów cierpi od czasu do czasu na powikłania skórne.

Pielęgnacja stomii (cz. 2) Stomia powikłana

W Oddziale Chirurgii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Elblągu przeprowadza się rocznie około 50 operacji wyłonienia stomii. Okres pobytu w szpitalu po zabiegu jest bardzo krótki. Jeśli nie pojawią się powikłania, w 6-8 dobie pacjent jest wypisywany do domu. Dla nas, pielęgniarek stomijnych, jest to czas na edukację pacjenta oraz na przygotowanie go do samodzielnej pielęgnacji stomii w warunkach domowych.



Zapalenie skóry wokół stomii

Z reguły jest to zapalenie skóry wokół stomii, rzadziej alergiczne zapalenie skóry. Gdy dochodzi do powikłań, skóra wokół stomii jest podrażniona i zaczerwieniona, znacznie różniąc się wyglądem od pozostałej skóry na brzuchu. Wówczas swędzi, piecze lub boli. Pojawiają się też nadżerki, owrzodzenia, pęcherzyki lub wypryski. Skóra jest wilgotna, a sprzęt stomijny trzyma się jej znacznie gorzej. Do zapalenia dochodzi wtedy, gdy treść wydobywająca się ze stomii działa bezpośrednio na skórę. Zapalenie może pojawić się u każdego stomika, najczęściej jednak dotyczy osób z ilo- i urostomią. Alergiczne zapalenie skóry to odczyn uczuleniowy na któryś ze składników sprzętu stomijnego, najczęściej płytki lub przyłepca. Oba typy powikłań są dość łatwe do odróżnienia. W przypadku zapalenia skóry wokół stomii, skóra jest najbardziej zmieniona i zaczerwieniona w bezpośrednim sąsiedztwie stomii. Przy alergicznym zapaleniu skóry zmiany obejmują powierzchnię skóry pod całą płytką. Większość przypadków zapalenia skóry wokół stomii chory może wyleczyć samemu.

PAMIĘTAJMY:

Zapalenie skóry wokół stomii występuje najczęściej u pacjentów, którzy :

- mają wyłonioną stomię w złym miejscu
- mają blizny w bliskim sąsiedztwie stomii
- mają stomię wklęsłą lub płaską
- nieprawidłowo pielęgnują swoją stomię
- mają niewłaściwie dobrany i dopasowany sprzęt stomijny

W leczeniu zapalenia skóry wokół stomii należy:

1. Zmienić sprzęt na taki, którego płytki wykonane są z materiału gojącego.

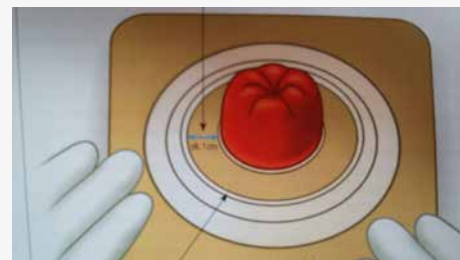
Zastosowanie tego rodzaju płytek goi skórę wokół stomii a także skutecznie zapobiega podrażnieniom. Doskonale przylegają one zarówno do suchej, jak i do wilgotnej powierzchni. Nie powodują uczuleń i mogą być stosowane przez dłuższy czas. Absorbują wilgoć ze skóry, umożliwiając jej oddychanie i utrzymanie odpowiedniego pH.

2. Zastosować sprzęt dwuczęściowy.

Płytki w systemie dwuczęściowym są grubsze i zawierają więcej materiału gojącego. Taką płytkę można zostawić na skórze kilka dni i nie trzeba zmieniać jej codziennie. To istotne, ponieważ częsta zmiana sprzętu – tak jak to ma miejsce w przypadku worków jednoczęściowych – niepotrzebnie drażni skórę i zadaje ból. Płytkę sprzętu dwuczęściowego należy utrzymać na brzuchu tak długo, jak to możliwe, nie dłużej jednak niż 6-7 dni. Drobne uszkodzenia skóry powinny wygoić się po kilku/ kilkunastu dniach.

3. Dopasować wielkość i kształt otworu w płytce do wielkości i kształtu stomii.

Otwór w płytce należy dociąć tak, by odległość między jego brzegiem a brzegiem stomii nie była większa niż 1-2 mm. Większy otwór naraża skórę na drażniące działanie treści stomijnej. Za mały - może powodować otarcia śluzówki jelita. Przy



Prawidłowo docięta płytka stomijna

zastosowaniu sprzętu plastycznego wielkość otworu w płytce należy wymodelować, bez wycinania do wielkości i kształtu stomii. Istotne jest odpowiednie dobranie wielkości płytki do rozmiaru stomii. Przy docinaniu otworu w płytce odległość między pierścieniem płytki, do którego mocuje się worek a wyciętym otworem, nie może być mniejsza niż 1cm. Umożliwi to właściwe przyleganie powierzchni płytki pomiędzy jej otworem a plastikowym pierścieniem. Niedopuszczalne jest wycięcie otworu aż po sam pierścień płytki- zmniejsza to znacznie jej przyczepność i czas utrzymania na skórze. Stomię można mierzyć miarkami dołączonymi przez producentów do pudełek z płytkami. Zaraz po operacji należy to robić za każdym razem przy zmianie sprzętu. Później - wystarczy raz na kilka miesięcy.

4. Oczyszczyć i przygotować skórę przed przyklejeniem nowego sprzętu.

Do mycia stomii i skóry wokół niej należy używać ciepłej wody i delikatnego mydła. Można też stosować specjalne gaziki do zmywania skóry, pomocne np. w czasie podróży, gdy nie ma dostępu do bieżącej wody. Skórę po oczyszczeniu należy dokładnie osuszyć i dopiero wówczas przykleić nową płytkę lub worek. Do oczyszczania nie wolno stosować np. spirytusu czy benzyny, które wysuszają skórę, usuwając z niej warstwę ochronną i znacznie zwiększając podatność na podrażnienia. Nie należy też stosować pod płytkę tłustych kremów, ponieważ zmniejszają one jej przylepność.

5. Na uszkodzoną skórę zastosować pastę uszczelniającą - gojącą

Pasta jest wykonana z tego samego materiału, co płytki, a jej zadaniem jest gojenie i ochrona skóry. Ma miękką konsystencję i doskonale uszczelnia stomię, nie dopuszczając, by treść jelitowa przedostała się pod płytkę. Istotny jest sposób nakładania pasty. Należy ją wycisnąć z tuby na skórę wokół przetoki, następnie palcem zwilżonym w wodzie wygładzić delikatnie, odczekać kilkanaście sekund i dopiero wówczas przykleić płytkę. Inny sposób to wyciśnięcie „wianuszka” pasty na płytkę wokół otworu, a następnie bezzwłoczne przyklejenie płytki. Pasta uszczelniająca – gojąca jest szczególnie zalecana przy ileo- i urostomii, nawet gdy skóra nie jest uszkodzona, gdyż zwiększa to pewność przylegania i przedłuża czas noszenia.

6. Gdy zapaleniu towarzyszy wilgotny wysięk, należy zastosować puder gojący.

Kiedy skóra jest zapalnie zmieniona, często towarzyszy temu wysięk. Wilgotna powierzchnia znacznie utrudnia zaopatrzenie stomii, ponieważ sprzęt nie chce się dobrze trzymać na skórze. Aby zwiększyć przyczepność płytki i przyspieszyć proces gojenia, należy zastosować puder gojący. Jest on prosty w użyciu. Po dokładnym umyciu i wysuszeniu skóry wokół stomii należy posypać pudrem. Nadmiar delikatnie usunąć. Następnie nałożyć pastę uszczelniającą – gojącą i przykleić sprzęt stomijny.

7. W przypadku stomii płaskiej lub wklęsłej należy zastosować płytki wypukłe typu Convex.

Czasami stolec wycieka spod sprzętu stomijnego, ponieważ stomia jest płaska lub wklęsła. Wówczas zaleca się zastosowanie specjalnych płytek wypukłych typu Convex. Są one tak wyprofilowane, że idealnie dopasowują się do wklęsłego kształtu skóry wokół stomii. Materiał, z którego są zbudowane, pęcznieje pod wpływem wilgoci, uszczelniając dodatkowo nierówności. Istotnym elementem wpływającym na szczelność zaopatrzenia stomii płytką Convex jest noszenia podtrzymującego paska stomijnego.

8. Gdy zapalenie skóry powtarza się częściej, trzeba sprawdzić czy sprzęt stomijny jest właściwie zakładany i zdejmowany.

Przy zmianie sprzętu stomijnego nie należy się spieszyć. Dokładne przygotowanie skóry i przyklejenie nowego sprzętu wymaga czasu. W ileostomii należy zmieniać sprzęt rano, na czczo, kiedy stomia nie wydziela treści jelitowej. Przyczyną podrażnień może być zbyt długie noszenie sprzętu lub zbyt częsta jego zmiana (kilka razy na dobę), co mechanicznie drażni skórę.

Powikłanie, któremu towarzyszy zakażenie rany i wyrwanie się szwów z jej brzegu skórno

W powikłaniach tego typu konieczne jest łączenie opatrunku specjalistycznego do zaopatrzenia ran ze sprzętem stomijnym. Ranę wokół stomii należy zabezpieczyć opatrunkiem. Ma on za zadanie oczyścić ranę, zabezpieczyć przed zabrudzeniem treścią jelitową oraz wypełnić ubytek w skórze. Na tak przygotowaną ranę można założyć płytkę stomijną. Częstotliwość



Utrudnione gojenie, zakażenie rany i wyrwanie się szwów z jej brzegu skórno. Rana w fazie ziarninowania

zmiany sprzętu jest różna, w pierwszej fazie gojenia wysięk jest większy i wymiana konieczna raz dziennie.

Kluczem do tego, aby u nowo operowanych chorych było jak najmniej powikłań skórnych, jest dobrze dobrany sprzęt stomijny. Dopasowanie sprzętu zaczynamy już w szpitalu od pierwszego założenia worka. Każda doświadczona pielęgniarka jest w stanie ocenić, jaki rodzaj sprzętu powinien zastosować pacjent w domu – dwuczęściowy, jednoczęściowy, płytki wypukłe czy płaskie. Kiedy powinien zastosować pastę uszczelniającą – gojącą, a kiedy pasek podtrzymujący itd. Przy każdej zmianie worka przekazujemy małą dawkę informacji. W edukacji pacjenta trzeba brać pod uwagę poziom jego inteligencji oraz stan emocjonalny. Ludzie uczą się w różnym tempie i w różny sposób. Ważne jest, aby ocenić możliwości pacjenta oraz styl nauki i dostosować plan opieki, aby sprostał jego potrzebom. Bywają sytuacje, w których pacjent nie jest w stanie opanować pielęgnacji stomii, wtedy należy włączyć rodzinę do opieki. Są to: zaburzenia psychiczne, niepomyślna diagnoza, starość i unieruchomienie w związku z podeszłym wiekiem, negatywny stosunek chorego do leczenia, niezdolność nauczenia się samodzielnego pielęgnowania. Poza wymienionymi przypadkami chorzy opuszczając szpital powinni wiedzieć jak wypróżnić i zmienić worek, kiedy należy go wymienić, jak pielęgnować stomię i skórę wokół stomii, jak rozpoznać i pielęgnować proste powikłania oraz kiedy i gdzie szukać profesjonalnej pomocy.

Oprócz porad dotyczących pielęgnacji przekazujemy pacjentowi warunki i przepisy dotyczące refundacji sprzętu stomijnego, miejsc zaopatrzenia w worki i akcesoria stomijne oraz zalecenia dotyczące odżywiania.

Warto z nami dbać o formę!

„Dbaj o formę. Profilaktyka wad postawy i nadwagi” to hasło, pod jakim nasz szpital realizował swój kolejny program edukacyjny skierowany do mieszkańców regionu. Przekonywaliśmy, że zdrowe odżywianie się i ruch to podstawowe elementy profilaktyki zdrowotnej. Propagowaliśmy wiedzę na temat tego, jak nieprawidłowy tryb życia wpływa na zdrowie naszych stawów, jak nieuchronnie prowadzi nas do otyłości i wielu innych, pochodnych chorób, które w efekcie zdecydowanie pogarszają komfort naszego życia.

(wykłady naszych specjalistów: internista, rehabilitant), zaserwowaliśmy także porcję ruchu (zumba, nordic walking) oraz zdrowe posiłki przygotowane przez szpitalnego dietetyka. Zapewniliśmy też możliwość wyko-

nięcia na miejscu bezpłatnych pomiarów ciśnienia tętniczego, poziomu cukru we krwi, wskaźnika masy ciała - BMI.

Anna Kowalska



Wojewódzki Szpital Zespołowy w Elblągu od lat nieustrudzenie realizuje projekty z dziedziny profilaktyki zdrowotnej. Hołdujemy tym samym zasadzie, że zapobieganie chorobom jest znacznie łatwiejsze, tańsze i bardziej skuteczne, niż ich późniejsze leczenie.

- Przygotowując kolejne projekty zdrowotne bazujemy na środkach własnych szpitala, ale również na dotacjach z Ministerstwa Zdrowia, czy – tak, jak w tym przypadku - na dofinansowaniu z budżetu Województwa Warmińsko-Mazurskiego – mówi koordynator programu Danuta Stanicka, Edukator Zdrowia WSZ w Elblągu. – Na realizację programu przeznaczaliśmy 13.670 zł, z tego 8.000 zł to dotacja z województwa.

- Tym razem założyliśmy, aby opuścić szpitalne mury i „wyjść” z programem do mieszkańców regionu – dodaje Danuta Stanicka. - W czerwcu 2016 roku odwiedziliśmy Frombork, w październiku – Braniewo, w listopadzie – Pasłęk. Łącznie dotarliśmy do ponad 300 osób, którym przypomnieliśmy wiedzę z zakresu profilaktyki wad postawy i nadwagi.

Projekt był, naszym zdaniem, interesującą i atrakcyjną dla jego uczestników propozycją. Oprócz sporej porcji wiedzy teoretycznej





Izabela Kowalina
rehabilitantka
Zakład Rehabilitacji

Świetnym wyjściem na pokonanie zimowej beczynności dla seniorów jest chociażby wyjście na basen. Pływanie czy zajęcia aqua-aerobiku to doskonale na tę (jak i na każdą inną) porę roku formy aktywności fizycznej, ogólnie usprawniające nasz organizm, podnoszące naszą zimową odporność.

Polecam także siłownię. Seniorzy mogą tam korzystać z niemal wszystkich przyrządów, pamiętając jedynie o tym, by stosować niewielkie obciążenia i zaczynać od niewielkiej liczby powtórzeń. Podkreślam, że seniorzy nie powinni bać się siłowni. Odpowiednio dobrane ćwiczenia i mądry instruktor może ich zachęcić do bezpiecznego korzystania z tej formy ruchu.

Także kluby fitness, wyrastające wokół naszym przysiółkowie grzyby po deszczu, proponują osobom dojrzałym rozmaite formy zajęć grupowych, jak chociażby: „zdrowy kręgosłup”, joga, taniec brzucha itp. Jestem pewna, że przy odrobinie dobrej chęci, każdy może tam znaleźć coś odpowiedniego dla siebie, coś, co polubi i co może mu przetrwać zimę.

Jeśli zaś w naszej okolicy, czy miejscowości, nie ma żadnej oferty, zawsze pozostają nam bezpłatne a równie cenne dla naszego zdrowia ćwiczenia w domu, na kocu czy karimacie. Pamiętajmy jednak, by robić to systematycznie, po pół godziny każdego dnia, jako że regularnie wykonywane ćwiczenia bardzo korzystnie wpływają na ogólną kondycję seniorów, a co za tym idzie, pozwalają im sprawnie funkcjonować, chronić przed urazami oraz ogólnie poprawić samopoczucie.

RUCH – zimowa antydepresja dla seniorów

Nieuchronnie minęła pora „oczu oczarowanie”. Dni stały się krótkie i nieprzytulne. Wraz z nadejściem chłodów i mrozów aktywność fizyczna na świeżym powietrzu, tak lubiana i ceniona przez seniorów, stała się praktycznie niemożliwa. A jednak także zimą osoby starsze powinny znaleźć odpowiednią dla siebie formę ruchu. Jest to niezbędne, aby móc przywitać wiosnę w zdrowiu i dobrej kondycji.

Pamiętajmy, że regularnie uprawiane ćwiczenia nie obciążają stawów, wzmacniają mięśnie, dotleniają organizm, obniżają po-

ziom cukru i ciśnienie tętnicze, a przede wszystkim zapobiegają depresji. Ćwiczmy więc na zdrowie! Także zimą!



Gimnastyka rehabilitacyjna w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu



Tak o swoją kondycję dbają słuchacze elbląskiego Uniwersytetu III Wieku i Osób Niepełnosprawnych
www.utwion.elblag.pl



Agata Sawicka
pielęgniarka epidemiologiczna
Sekcja Higieny i Epidemiologii

Co roku wiele ludzi ulega zakażeniom związanym z hospitalizacją. Może to prowadzić do powikłań w procesie leczenia, powodować konieczność dłuższej hospitalizacji, generować dodatkowe koszty. Chory przebywający w szpitalu powinien być świadomy ryzyka zakażeń związanych z opieką zdrowotną i oczekiwać od personelu medycznego, że ten będzie dbał o czystość rąk tak często, jak tego wymagają szpitalne procedury.

W ub. roku uczestniczyłam w szkoleniu z zakresu wdrażania strategii WHO w placówkach medycznych „CLEAN CARE IS SAFER CARE” organizowanym przez Academy Medical Training & Consulting. Po szkoleniu przystąpiłam do egzaminu i uzyskałam tytuł AUDYTORA WIODĄCEGO zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

W roku 2009 WHO opublikowało wytyczne w sprawie zasad przestrzegania higieny rąk w placówkach ochrony zdrowia. Na ich podstawie pracownicy ochrony zdrowia



Zasad przestrzegania higieny rąk należy uczyć od najmłodszych lat. Na zdjęciu Agata Sawicka objaśnia odwiedzającym szpital przedszkolakom, jak należy prawidłowo myć ręce

HIGIENA RĄK podstawą bezpiecznej opieki

Wojewódzki Szpital Zespólny w Elblągu wdrożył międzynarodowy program „Clean Care is Safer Care”, co tłumaczone na język polski oznacza „Higiena Rąk to Bezpieczna Opieka”. To program, którego celem jest poprawa zasad przestrzegania higieny rąk w placówkach ochrony zdrowia. Realizacja tej ze wszech miar dobrej praktyki odbywa się u nas poprzez wdrażanie i propagowanie wytycznych WHO, przy wykorzystaniu materiałów i doświadczeń w tym zakresie innych szpitali na całym świecie.

i pacjenci na całym świecie szkoleni są w ramach Pierwszej Światowej Inicjatywy na Rzecz Bezpieczeństwa Pacjenta „Higiena Rąk to Bezpieczna Opieka” (Polska przystąpiła do niej w 2013 r.).

Program ma na celu zmniejszenie liczby zakażeń szpitalnych poprzez promowanie właściwej higieny rąk na wszystkich poziomach ochrony zdrowia w oparciu o fakt, iż tak proste czynności jak mycie i dezynfekcja rąk istotnie przyczyniają się do poprawy bezpieczeństwa opieki nad pacjentami redukując liczbę zakażeń szpitalnych. Program higieny rąk WHO to kampania obejmująca wytyczne postępowania, przewodnik wdrażania, materiały edukacyjne, w tym narzędzia do przeprowadzenia samooceny i ewaluacji w zakresie dojrzałości kultury higieny rąk oraz moduły szkoleniowe.

Jedną z obowiązujących nas zasad jest „5 Momentów Higieny Rąk”. Zgodnie z tą koncepcją, wymaga się, aby personel medyczny dezynfekował ręce:

1. Przed kontaktem z pacjentem
2. Zanim przystąpi do czystych/aseptycznych procedur
3. Po ekspozycji/narażeniu na kontakt z płynami ustrojowymi
4. Po kontakcie z pacjentem
5. Po kontakcie z otoczeniem pacjenta

Prof. Didiera Pitteta, Dyrektor Programu Zwalczania Zakażeń i jeden z twórców Strategii WHO, powiedział: Program Higiena Rąk to Bezpieczna Opieka” nie jest kwestią wyboru, lecz stanowi jedno z podstawowych praw pacjenta.

HIGIENA RĄK JEST OBOWIĄZKIEM, NIE KWESTIĄ DOWOLNOŚCI!
Należy ją wykonywać sumiennie w celu podwyższenia bezpieczeństwa epidemiologicznego pacjenta i personelu medycznego.



Ilek. Bogusław Kisielewski
epidemiolog

Zakażenia szpitalne były, są i – niestety – będą problemem każdej placówki ochrony zdrowia. A ponieważ wszystkie procedury medyczne wymagają od personelu użycia rąk, to właśnie ręce jako możliwy wektor przenoszenia wszelkich zakażeń powinny być szczególnie starannie przygotowywane do pracy. Dlatego przed każdą procedurą mycia czy dezynfekcji rąk należy zwrócić uwagę na to, czy paznokcie są krótko obcięte, pozbawione lakieru i sztucznych tipsów. Koniecznie zdejmujemy z rąk biżuterię i zegarki. Pamiętajmy też, by wszelkie otarcia czy uszkodzenia na skórze rąk chronić wodoodpornym opatrunkiem. Bezwzględnym obowiązkiem personelu jest stosowanie podczas pracy jednorazowych rękawic: jałowych lub niejałowych – w zależności od procedury. Dopiero wówczas można z czystym sumieniem podejść do pacjenta i rozpocząć dalsze czynności.

To, co robisz, rób najlepiej jak potrafisz, czyli Służba BHP

Bezpieczeństwo i Higiena Pracy to stan warunków i organizacji pracy oraz zachowań pracowników, który zapewnia wymagany poziom ochrony zdrowia i życia przed zagrożeniami występującymi w środowisku pracy. To nie tylko ochrona życia i zdrowia pracowników, ale także zapewnienie im ergonomicznych warunków w miejscu wykonywania pracy. Zadaniom tym starają się sprostać pracownicy służby BHP w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym: Maria Szulecka – Specjalista ds. BHP i Hanna Szpuga – Inspektor ds. BHP.



Hanna Szpuga i Maria Szulecka
Służba BHP
Dział Służb Pracowniczych

Bezpieczeństwo Pracy to zespół warunków, które muszą być zachowane, by pracować bezpiecznie i bez szkody dla zdrowia. To wszystkie działania i angażowane w nie środki służące zapobieganiu urazom i wypadkom przy pracy.

Natomiast **Higiena Pracy** obejmuje działania i środki służące zapobieganiu chorobom zawodowym. Zajmuje się ona: badaniem wpływu warunków pracy na zdrowie, na zaburzenia czynności fizjologicznych i na zachowanie sprawności ustroju człowieka w czasie pracy, ustaleniem czynników szkodliwych dla zdrowia a także zapobieganiem powstawaniu schorzeń i chorób zawodowych wśród osób wykonujących określony zawód.

Służba BHP jest specyficznym miejscem każdej organizacji, gdyż wszelkie podejmowane przez nią działania wynikają ściśle z przepisów prawnych, na których czele jest Kodeks

Pracy oraz przepisy wykonawcze do niego. Podstawowym rozporządzeniem jest Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 roku w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy (z późn. zm.). To przepis zawierający szczegółowe wytyczne dotyczące kwalifikacji niezbędnych do wykonywania pracy w Służbie BHP, jak i zakres działań, które służba ta podejmuje.

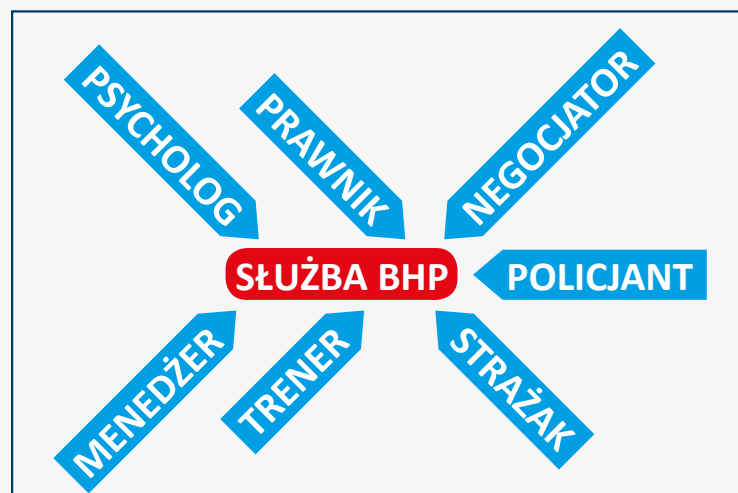
Służba BHP podlega bezpośrednio pracodawcy i pełni w zakładzie pracy rolę kontrolno-doradczą. Do jej zadań należy m.in. przeprowadzanie kontroli warunków pracy i przestrzegania przepisów i zasad BHP, bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach - wraz z propozycjami ich usunięcia, udział w opracowywaniu wewnętrznych zarzą-

żeń, regulaminów i instrukcji, udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków, jakie miały miejsce w danym zakładzie, udział w pracach dotyczących oceny ryzyka zawodowego, uczestniczenie w pracach komisji BHP, popularyzacja problematyki BHP i ergonomii, organizowanie szkoleń z zakresu BHP, także współpraca: z laboratoriami przeprowadzającymi pomiary środowiska pracy, z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami oraz ze społeczną inspekcją pracy i zakładowymi organizacjami związkowymi.

Ponadto do obowiązków służby BHP należy: przeprowadzanie kontroli stanu BHP i przestrzegania przepisów w tym zakresie w zakładzie i w każdym innym miejscu wykonywania pracy, występowania do osób kierujących pracownikami z zaleceniami usunięcia stwierdzonych zagrożeń wypadkowych i szkodliwości zawodowych oraz wszelkich uchybień, niezwłoczne wstrzymanie pracy maszyny, urządzenia, w razie wystąpienia bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia, także niezwłoczne odsunięcie od pracy osoby, która swoim zachowaniem stwarza bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia

Jak widać, zadań jest bardzo wiele a zmierzają one przede wszystkim do likwidacji uciążliwości związanych z wykonywaną pracą oraz do ochrony pracowników przed wypadkami i chorobami zawodowymi, co z kolei przełoży się na prawidłowe funkcjonowanie organizacji.

Z uwagi na interdyscyplinarny charakter zagadnienia BHP można stwierdzić, że pracownik Służby BHP powinien posiadać wiele umiejętności pozwalających sprostać różnorodnym wyzwaniom czekającym na niego każdego dnia w pracy.



Krótko i na temat



Październik

Pięcioro pracowników szpitala zostało odznaczonych przez Prezydenta RP z okazji październikowego Dnia Ratownictwa Medycznego. Medale za Długoletnią Służbę odebrały: Ewa Dąbrowska – Zastępca Pielęgniarki Oddziałowej SOR i Janina Staszewska – pielęgniarka Działu Ratownictwa Medycznego. Przyznano też Honorowe Odznaki „Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia”. Otrzymali je: Katarzyna Rychcik – Pielęgniarka Oddziałowa SOR oraz dwaj ratownicy medyczni: Piotr Misiuajtis i Andrzej Sankowski z Działu Ratownictwa Medycznego.



Październik

Przez trzy kolejne dni gościliśmy w szpitalu auditorów Polskiego Centrum Badań i Certyfikacji S.A. z Warszawy. Celem auditu było potwierdzenie utrzymania i doskonalenia Zintegrowanego Systemu Zarządzania, zgodnie z wymaganiami norm PN-EN ISO 9001, PN-EN ISO 14001 i PN-N 18001. sprawdzając zgodność z wymaganiami wyżej wymienionych norm i Księgą Jakości, oceniając przestrzeganie wewnętrznych procedur, a także zgodność usług świadczonych przez Szpital z aktualnymi przepisami prawa.



Listopad

W naszym szpitalu gościł Marszałek Warmii i Mazur Gustaw Marek Brzezina. Wziął udział w uroczystym otwarciu nowego Gabinetu RTG wyposażonego w nowo przez nas zakupiony, bardzo nowoczesny aparat rentgenowski. Szpital zakupił go za kwotę ponad 1,2 mln zł. To sprzęt bardzo zaawansowany technologicznie, posiadający wiele dodatkowych przydatnych funkcji i możliwości, jakich nie miały dotychczas przez nas posiadane aparaty rentgenowskie.



Listopad

Dyrektor szpitala Elżbieta Gelert podpisała w Warszawie umowę z Ministerstwem Zdrowia na dofinansowanie projektu pn. „Przebudowa i modernizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu” w ramach „Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 - 2010”. Projekt zakłada kompleksową rozbudowę obecnej infrastruktury SOR. Koszt inwestycji to niemal 8 mln zł, z czego 3,4 mln otrzymaliśmy z Ministerstwa Zdrowia. Pozostałe pieniądze - ok. 4,6 mln - będą wkładem własnym szpitala. Prace rozpoczną się wiosną 2017 r.



Grudzień

Mikołajki w szpitalu wojewódzkim. Z tej okazji gościliśmy mnóstwo darczyńców, którzy – po postacią Św. Mikołaja – odwiedzili z upominkami naszych małych pacjentów leczonych w Oddziale Pediatricznym, niemowlęcym i na Laryngologii. Byli m.in. zaprzyjaźnieni uczniowie elbląskiej szkoły muzycznej, byli niezawodni Motomikołaje z Moto Team Elbląg. Wszystkim gorąco dziękujemy!

Przedświąteczne spotkanie

Tradycyjne grudniowe spotkanie dyrekcji szpitala z jego pracownikami to doskonały moment, by podsumować kończący się rok i przypomnieć jak wiele udało się zrealizować wspólnym wysiłkiem prawie 1,5 tysięcznej załogi. To również okazja, by pogratulować wyróżniającym się w swojej pracy, także tym, którzy podnieśli swoje kwalifikacje zawodowe. To pożegnanie osób odchodzących na emerytury czy renty i wspomnienie tych, którzy w 2016 roku odeszli od nas już na zawsze. To w końcu wspólna chwila refleksji tuż przed Świętami Bożego Narodzenia, zakończona życzeniami dla wszystkich pracowników szpitala od dyrekcji i od szpitalnego kapelana.





SPOKOJNIE! To tylko ćwiczenia!

Choć pożar w naszym Oddziale Pediatrii był, na szczęście, tylko symulowany, to towarzyszące mu emocje - jak najbardziej prawdziwe!!! Takie akcje z udziałem straży pożarnej, odbywają się w naszym szpitalu regularnie. Mają wykazać, czy i jak jesteśmy przygotowani na profesjonalne działania w sytuacji prawdziwego zagrożenia pożarem.

24 listopada, godz. 10.30. Personel Oddziału Pediatrycznego zauważył dym wydobywający się z jednego z pomieszczeń gospodarczych. W szpitalu ogłoszono alarm przeciwpożarowy, natychmiast rozpoczęto też (wg obowiązujących procedur) ewakuację pacjentów i personelu z zagrożonego pożarem oddziału, także z sąsiednich oddziałów i pomieszczeń - do bezpiecznej strefy.

Na miejscu zdarzenia pojawiła się też błyskawicznie straż pożarna, która sprawnie przyłączyła się do ewakuowania pacjentów i równie sprawnie ugasiła źródło pożaru, usuwając zagrożenie. Całe wydarzenie trwało ok. godziny. Ale choć była to akcja li tylko pozorowana, to emocje wśród personelu i pacjentów były prawdziwe!

- Tego rodzaju działania, podejmowane są przez nas regularnie raz w roku – mówi Tomasz Świniarski, szpitalny inspektor

ds. p/pożarowych - To dla nas okazja, by sprawdzić, w jakim stopniu jesteśmy gotowi na prawidłowe i skuteczne działanie w przypadku realnego zagrożenia pożarem, czy personel szpitala odpowiedzialny za bezpieczeństwo pacjentów, wie co w takiej sytuacji należy robić. Przy okazji sprawdzamy, czy prawidłowo działa nasz system komunikacji wewnętrznej, sprzęt przeciwpożarowy oraz wszystkie służby techniczne szpitala odpowiedzialne za działania w sytuacji zagrożenia...

- W tym roku zadbaliśmy o to, aby strażacy zapoznali się ze specyfiką naszego szpitala. Przez trzy kolejne dni instruowaliśmy ich, gdzie – na potrzeby prowadzonych działań - uzyskają skuteczną pomoc techniczną i organizacyjną. Strażacy potwierdzili nam zasadność takich działań i potrzebę kontynuowania ich także w przyszłości – dodaje insp. Świniarski. - Należy pamiętać, że szpital wojewódzki jest ogromną i wyjątkowo

skomplikowaną infrastrukturą techniczną, a my jesteśmy odpowiedzialni nie tylko za siebie, ale przede wszystkim za życie i zdrowie pozostających pod naszą opieką pacjentów. W przypadkach zagrożenia musimy udowodnić, że każdy na swoim stanowisku wie, co robić, by akcja ewakuacyjna odbyła się najszybciej i najbardziej sprawnie, jak to możliwe.

Ćwiczenia, podobnie jak te wcześniejsze, udowodniły, że zarówno personel, jak i służby techniczne szpitala są przygotowane do działania w czasie zagrożenia. Personel medyczny wykazał się kompetencją i opanowaniem, a elbląscy strażacy – byli, jak zawsze, wspaniali!

Dziękujemy za tak cenną możliwość wspólnych ćwiczeń.

Anna Kowalska



Pracownik z pasją: **Grażyna Pyłtacz**



Co mogą zręczne ręce rehabilitantki?

Zawodowo od prawie 30 lat pracuje jako technik rehabilitacji, za to po pracy, w wolnych chwilach „wyczarowuje” niepowtarzalną biżuterię.

Grażyna Pyłtacz z Zakładu Radiologii w tym roku odchodzi na, jak mówi, zasłużoną emeryturę. Wcześniej jednak postanowiła odkryć przed nami swoją ogromną – i jakże uroczą - pasję.

W zręcznych rękach Grażyny od lat powstają „dzieła”, które potrafiłyby zauroczyć niejedną kobietę: przepiękne naszyjniki i bransoletki, niepowtarzalne broszki – kwiaty. Wszystkie są bardzo, ale to bardzo pracochłonne, ale Grażyna nie narzeka. Mówi, że taka twórczość ją relaksuje i sprawia przyjemność. Jej ostatnią fascynacją jest beadind, czyli biżuteria robiona z drobnutkich, barwnych koralików (z ang. bead – koralik). To bardzo modna w ostatnich latach technika. Polega na łączeniu koralików do siebie lub do tkaniny za pomocą igły i nici lub miękkiego i elastycznego drutu.

- Aby powstał przeciętnej wielkości naszyjnik – mówi Grażyna - trzeba najpierw wg szablonu nawlec cieniutką igłą na specjalną nitkę ok. 7 tysięcy miniaturowych koralików. W przypadku bransoletki czy broszki - nieco mniej: j e d y n i e jakieś 3 - 4 tysiące! Dopiero wówczas można przystąpić do dalszego etapu pracy, czyli do formowania nanizanych koralików w konkretne kształty i wzory. Potem pozostaje już tylko dobrać odpowiednie zapięcie. I już!

Koralikowanie wciągnęło nie tylko Grażynę, ale przy okazji także jej męża. Rehabilitantka nie ukrywa, że to dla niej duża pomoc.



- Mąż nie protestuje, a na finalny efekt nie trzeba czekać aż tak bardzo długo – mówi – i dobrze, bo przecież zawsze znajdzie się jakaś okazja, by komuś podarować coś unikalnego, własnoręcznie przez siebie wykonanego.

Niepowtarzalne „piękności”, jakie wychodzą spod ręki Grażyny, trafiają głównie do jej najbliższych: członków rodziny i przyjaciół. Od lat zachwycają się nimi także koleżanki ze szpitala. Czasem, jak mówi Grażyna, zdarzają się jej zamówienia specjalne: np. ktoś zauroczył się jej biżuterią i prosi o „taką samą, tylko zieloną”.

Koralikowanie to tylko jedna z ostatnich artystycznych fascynacji Grażyny Pyłtacz.

Zdolna rehabilitantka przebrnęła przez bodajże wszystkie najpopularniejsze techniki tzw. robótek ręcznych, nie wspominając o tak banalnych jak robienie na drutach czy szydełkowanie. Grażyna dobrze radzi sobie także z techniką filcowania, decoupage’u, wykonuje ładną podobną do prawdziwych kwiaty ze specjalnej pianki (foamiran), robi skomplikowane i pracochłonne frywolitki, zabawne szydełkowe maskotki i ... długo by tak jeszcze wyliczać.

- Wciąż szukam czegoś nowego – przyznaje. – Ja to po prostu uwielbiam! No i ... - Grażyna przez chwilę się zastanawia - nie grozi mi to, że nie będę miała co z sobą zrobić na emeryturze...

Anna Kowalska



Elbląskie szpitale (część 3)

Autorem cyklu „Elbląskie szpitale” jest lek. Bolesław Szatrański, specjalista chorób płuc, przez wiele lat kierujący szpitalnym Ośrodkiem Domowego Leczenia Tlenem, prywatnie – pasjonat i znawca historii Elbląga. Od kilku lat na emeryturze, proponuje Państwu wędrowkę po historii elbląskiego szpitalnictwa.

STAROMIEJSKI SZPITAL ŚW. JERZEGO - SZPITAL BOŻEGO CIAŁA



Staromiejski Szpital św. Jerzego - Szpital Bożego Ciała

Szpital p.w. Św. Jerzego został założony ok. 1300 r. na terytorium staromiejskim, kilkaset metrów na północ od Bramy Targowej, po zachodniej stronie grobli św. Jerzego, zwanej też Krowią (ul Browarna). Początkowo przeznaczony był dla trędowatych, ale służył też jako przytułek dla nieuleczalnie chorych. Pod koniec XIV stulecia zaczęto przyjmować również, za odpłatnością, pierwszych zdrowych pensjonariuszy, zwanych prebendarzami. Były to osoby starsze, nie mogące już pracować, chcące zapewnić sobie opiekę i wyżywienie. Za opłatą przyjmowano „Provenerów” (jak w XVI wieku nazywano dożywotnią rentę), był więc jednocześnie domem starców.

Leprozorium było fundacją miejską, utrzymywało się z wkupnego, kolekt, odpustów, legat testamentowych, działalności gospodarczej. Obie grupy, chorzy i zdrowi zamieszkiwali w jednym budynku unikając tylko bezpośredniego kontaktu. Odrębną grupę stanowili umysłowo chorzy, umieszczeni w małym domku św. Jerzego, lokalizowanym przed łaźnią, bliżej rzeki Elbląg. Był to tzw. „Dom dla obłąkanych”, zbudowany w 1326r.

Choroba była wówczas rozumiana jako grzech, stąd przy szpitalu zbudowano kaplicę o konstrukcji szachulcowej. W 1400 r.

kaplica spaliła się. W zgłiszczach znaleziono nadpalony woreczek z nietkniętą ogniem hostią. Miejsce to stało się punktem pielgrzymek, tu zbudowano w 1405 roku nową świątynię i przyjęto nazywać ją Kościołem p.w. Bożego Ciała. Taką też nazwę stosowano odtąd wobec szpitala tj. „Szpital Bożego Ciała”. Szpital początkowo składał się kilku małych domów, na ich miejscu, w latach 1832 /33 zbudowano nowy, większy budynek przy ul. Browarnej. Poświęcenie nastąpiło 18 grudnia 1833 r. Budynek szpitala miał wymiary 20 x 11 m, przez środek biegł korytarz, po obu stronach były izdebki dla chorych lub pensjonariuszy. Drugi mniejszy budynek składał się z kuchni i kilku izb mieszkalnych. Na terenie szpitala znajdowała się studnia, zbudowano wodociąg i łaźnię.

Leczenie trędowatych ograniczało się do ich izolacji. Mieszkańcom szpitala zapewniało opiekę religijną, którą sprawował kapłan leprozorium, dbano o dobre wyżywienie i opiekę pielęgnacyjną. Trąd przestał być problemem dla mieszkańców Elbląga pod koniec XV wieku. Bardziej radykalnie postępowano z niektórymi umysłowo chorymi: wywożono ich na Mierzeję Wiślaną i tam pozostawiano na pastwę losu, co oznaczało- śmierć. Szpital Bożego

NOWOMIEJSKI SZPITAL ŚW. JERZEGO

Ciała, jako przytułek, dotrwał do 1945r. Zbudowany, najpewniej przez Zakon Krzyżacki, jako szpital dla trędowatych ok. 1336 r. na Nowomiejskiej Zewnętrznej Grobli św. Jerzego, [obecnie ul Bema], za rzeką Kumielią, obok kościółka św. Jerzego. Do połowy XV w. przebywali tu trędowaci, potem stopniowo, przez wykup miejsc w szpitalu, stawał się on odpłatnym zakładem dla osób starszych tzw. prebendarzy. Zarządzanie szpitalem podlega-



lek. Bolesław Szatrański specjalista chorób płuc

ło Radzie Nowego Miasta do roku 1773 tj. do czasu połączenia Starego i Nowego Miasta. W czasach wojen napoleońskich kościółek i szpital uległ znacznym zniszczeniom. W 1836 r. obchodzono uroczyste 500 rocznicę założenia szpitala i kościoła św. Jerzego.



Nowomiejski Szpital św. Jerzego

Pierwotny budynek miał kształt czworokąta o wymiarach 16,3 na 14,4 m. Przez środek biegł korytarz a po obu stronach znajdowało się 6 izb mieszkalnych z niewielkimi przedścionkami. W latach 1863 - 1864 po zachodniej stronie kościoła zbudowano nowy, ceglany, piętrowy budynek szpitala. Budowę sfinansowano z własnych środków szpitala, pożyczki od fundacji Pott- Cowle i daru Bractwa św. Jerzego. Pod koniec marca 1906 r. w szpitalu było 36 hospitalizowanych. Obecnie jest tu dom zakonny Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi z Domem Opieki Społecznej. Zabytkowy kościół po 1907 r. poddano konserwacji. Mała gotycka świątynia służy dziś elblążanom nieustającą kontemplacją Najświętszego Sakramentu z postugą sióstr klarysek od Wiecznej Adoracji. W latach 90-tych XX wieku wybudowano plebanię oraz, za ul. Chocimską, wzniesiono nową świątynię pod wezwaniem Miłosierdzia Bożego.

*W kolejnym odcinku:
Szpital zakaźny - Pestbude*



Marek Prus

30 października 2016 odszedł od nas Marek Prus - jeden z najbardziej znanych elbląskich lekarzy, st. asystent w Oddziale Ginekologiczno - Położniczym Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Elblągu. Miał 70 lat. Tak wspomina Go syn Stanisław, również pracownik naszego szpitala.

Zawsze uważałem, że mojego ojca dobrze znamy tylko my troje - najbliższa rodzina. Że tylko dla nas był wyjątkowy, niezwykły, niezawodny, zdolny do poświęceń i wielkiej miłości. Od chwili Jego śmierci przekonuję się, że znali Go praktycznie wszyscy... i każdy ma tak wiele różnych określeń na opisanie tego niezwykłego człowieka. A był człowiekiem bardzo trudnym do krótkiego zdefiniowania i zrozumienia...

Za wszystko, co robił, brał pełną odpowiedzialność, nigdy nie szukał półśrodków, nie chował głowy w piasek, a zazwyczaj wręcz chętnie nadstawiał karku, gdy sprawa w Jego przekonaniu tego wymagała. On sam dużo wymagał... również od nas, ale przede wszystkim najczęściej wymagał od siebie sa-

mego. Bo nienawidził bylejakości, obłudy i braku rzetelności. Gdy coś mówił, mówił ze szczerą stanowczością, a że był fachowcem z wielką wiedzą i doświadczeniem, rzadko się mylił. Był bezkompromisowy - zarówno jako lekarz, jak i mąż czy ojciec. Jego trudny charakter był jednak dla naszej rodziny drogowskazem i dawał nam wszystkim poczucie bezpieczeństwa.

Długo mógłbym analizować Jego sposób bycia, a i tak nie powiem wszystkiego, jest jednak rzecz, z której znany był nasz ojciec, i za co wszyscy Go uwielbialiśmy. To... poczucie humoru: wyjątkowe, nietuzinkowe i jedyne w swoim rodzaju. Poczucie humoru, którym zarażał i zaskakiwał współpracowników w najmniej spodziewanych chwilach. Poczucie humoru, które w naszym domu dawało poczucie dystansu i lekkości w trudach codziennego dnia. Poczucie humoru, które mamy z bratem szczęście w pewnym stopniu dziedziczyć.

Dla naszej cudownej mamy przez 50 wspólnych lat był bezgranicznie oddanym mężem, przyjacielem i oparciem we wszystkich razem przeżytych chwilach. Dla nas, swoich synów, pozostanie niedoścignionym wzorem życiowej uczciwości, pracowitości. Nauczył nas poczucia własnej godności i dał przykład, jak mądrze wychodzić z każdej życiowej sytuacji.

Będzie nam Cię, tato, bardzo brakowało. Już dziś tęsknimy za rodzinnymi spacerami po Twoim ukochanym Bogaczewie, zazwyczaj w towarzystwie naszych przyjaciół, także tych czworonożnych, których tak uwielbiałeś. Tęsknimy za Twoją umiejętnością odpowiedzi na każde pytanie w teleturniejach, za Twoimi dowcipami i radami, którymi zawsze służyłeś. Zawsze też będziemy słyszeć charakterystyczny dźwięk Twoich szpitalnych drewniaków, gdy siedłeś po swoim ukochanym oddziale.

Marzena Fijałkowska

Choć z wykształcenia fryzjerka, przez prawie 20 pracowała w Zakładzie Rehabilitacji jako kąpielowa - nawet wtedy, gdy stawy zaatakowane przez RZS bardzo, ale to bardzo ją już bolały. Po prostu - kochała tę pracę i ten nieustanny kontakt z pacjentami. I z wzajemnością: pacjenci przychodzący na zabiegi hydromasażu wręcz dopytywali o „ panią Marzenkę”, bo nikt, tak jak ona, nie potrafił ich rozśmieszyć, zagadać, sprawić, żeby zapomnieli o swoich dolegliwościach. Bo tam, gdzie była Marzena, tam zawsze było głośno i radośnie.

- Była po prostu wyjątkowo dobrym, otwartym na potrzeby innych ludzi człowiekiem – mówi jej wieloletnia przyjaciółka i koleżanka z pracy Danuta Frącz. – Można z nią było porozmawiać o wszystkim, i o życiu, i o śmierci. O tej ostatniej potrafiła mówić z ogromnym dystansem, wręcz z poczuciem humoru, co bynajmniej nie znaczy, że przygotowywała się na odejście. Marzenka po prostu była osobą bardzo pogodną, wesołą i myślę, że to pomagało jej lżej znosić swoją chorobę. Tyle tylko, że nikt z nas nie spodziewał się Jej śmierci. Jeszcze nie teraz, nie tak nagle... Wciąż nie potrafię się z tym

pogodzić, tak bardzo mi jej brakuje...

- Serce Marzeny było ogromnych rozmiarów – podkreśla rehabilitantka Izabela Kowalina. – To czuli nie tylko ludzie, ale i zwierzęta. Bo było tak, że schronienie pod dachem Marzeny znalazły równocześnie trzy psy i aż osiem kotów! Wszystkie wcześniej, oczywiście, bezpieczne. Marzena uważała, że to niesprawiedliwe i dzieliła się z nimi tym, co miała.

Trzy lata temu Marzena Fijałkowska zmuszona była odejść na rentę. Jej choroba zbyt mocno dawała się we znaki. Ale na-



wet wówczas dom Marzeny był otwarty dla wszystkich, którzy potrzebowali rozmowy czy spotkania. Do końca starała się też być samodzielną, pomimo cierpienia wychodziła z domu, sama załatwiała swoje sprawy. Mieszkała blisko szpitala i jeszcze na kilka dni przed swoją tak niespodziewaną śmiercią wiele znajomych osób spotkała Marzenę – i dla każdego z nich zdążyła jeszcze znaleźć uśmiech i dobre słowo...

- Mówi się, że o tym, jakim człowiekiem był zmarły, świadczy ilość osób, które przyszły na pogrzeb – mówi Danuta Frącz i dodaje: - Na pogrzebie Marzenki było ich bardzo dużo.

Marzena Fijałkowska pracowała w Zakładzie Rehabilitacji Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Elblągu w latach 1995-2014. Zmarła 30 listopada 2016 r. w wieku 56 lat.

Bezpłatne badania profilaktyczne w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu

BEZPŁATNA MAMMOGRAFIA dla kobiet w wieku 50-69 lat

Możliwość wykonania badania także w SOBOTĘ !



Rejestracja: tel. 55/239-58-80 lub osobiście

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu

Zakład Radiologii (I piętro)

ul. Królewiecka 146, 82-300 Elbląg



Przed rejestracją prosimy przygotować nr PESEL

Badanie jest wykonywane co 2 lata



Program profilaktyki raka piersi w ramach NFZ

PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

Bezpłatne badania
cytologiczne,
co 3 lata dla kobiet
w wieku 25-59 lat.



Poradnia Konsultacyjna Położniczo-Ginekologiczna

1 piętro, pok. 1050 | wtorek, czwartek 9:00 - 11:30; środa 12:00 - 14:00

tel.: 55/ 239 58 43