



KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO W ELBLĄGU

KWIECIEŃ 2017 (2/66)

KRÓLEWIECKA 146

ISSN-1642-1922
Egzemplarz bezpłatny



W numerze m.in.:

**NOWATORSKA METODA
UŻYCIA IMPLANTU SPINE JACK**
w neurochirurgii



fol. Jarosław Mordal

WYDAWCA

Wojewódzki Szpital
Zespołony w Elblągu

REDAKTOR NACZELNA

Anna Kowalska

ZESPÓŁ REDAKCYJNY

Anna Kowalska
Małgorzata Twardowska
Danuta Stanicka

ADRES REDAKCJI

Wojewódzki Szpital
Zespołony 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	SOR: Chcemy być jeszcze bardziej skuteczni _____	4
	Modernizujemy Szpitalny Oddział Ratunkowy _____	5
	Panie doktorze, moje dziecko ma coś w nosie _____	6
	Miasto dofinansowało zakup nowego ambulansu _____	8
	Szkolimy kolejnych specjalistów w dziedzinie chirurgii stomatologicznej _____	9
	Odplącamy się Wielkiej Orkiestrze najlepiej, jak potrafimy _____	10
	Nowy sprzęt poprawił jakość naszej opieki nad pacjentem _____	11
	Nowatorska metoda użycia implantu Spine Jack _____	12
	Pielęgnacja pacjenta po laryngektomii (cz. 1) _____	14
	Bezpłatna infolinia onkologiczna _____	15
	W naszym szpitalu na świat przyszły trojaczki _____	16
	Wczesna interwencja zaburzeń ssania u noworodka _____	16
	Wpływ karmienia dzieci na rozwój mowy _____	17
	Pozytywny wpływ zwierząt na człowieka _____	18
Pracownik z pasją: Ewa Brzeska _____	20	
Elbląskie szpitale (cz.4) _____	22	
Odeszła od nas: Katarzyna Kłobuchowska _____	23	
Wystawa prac naszego kolegi z DRM _____	24	



Drodzy Czytelnicy!



Nadeszła tak długo oczekiwana wiosna! Świat wokół nas niecierpliwie budzi się do życia, a i my, funkcjonujący, jakby nie było, zgodnie z rytmem przyrody, czujemy się bardziej pogodni, bardziej przyjaźnie nastawieni do siebie i do bliźnich.

Życzę, aby ta pogoda ducha towarzyszyła Państwu jak najdłużej. Aby pozwoliła cieszyć się tymi małymi – a dobrymi – rzeczami, których wokół nas przecież nie brakuje.

Bez troski uśmiech dziecka, bliskość ważnych dla nas osób, obecność i wsparcie przyjaciół – to wszystko nieocenione skarby, które budują nasze poczucie szczęścia i bezpieczeństwa, pozwalając przetrwać także te trudniejsze chwile i z ufnością patrzeć w przyszłość.

Na zbliżające się Święta Wielkanocne chcę życzyć Państwu takiego właśnie wewnętrznego spokoju i radości z obecności Najbliższych Osób – doceńmy to, co wydaje nam się takie oczywiste, takie zwyczajne i „należne”. Cieszymy się z najmniejszych nawet sukcesów tych, którzy są dla nas ważni, dbajmy o ich zdrowie i (czego nigdy zbyt wiele) okażmy im więcej swojego czasu i zainteresowania. Doskonałą okazją ku temu będą zarówno rodzinne świąteczne spotkania w gronie najbliższych, jak i wiosenne spacerunki w blasku coraz silniej grzejącego słońca. Niech ogrzewa ono także Państwa serca.

Z życzeniami dobrych, pogodnych Świąt Wielkiej Nocy!

Elżbieta Głert
Dyrektor Naczelna
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu



SOR: Chcemy być jeszcze bardziej skuteczni



lek. Michał Dąbrowski
Koordynator SOR

Z moich doświadczeń wynika, że nikt z nas nie lubi czekać. Na cokolwiek. A zwłaszcza na udzielenie pomocy medycznej. Jednak to, co irytuje najczęściej, to nie sam fakt czekania, ale nieznaną czas, jaki upłynie, zanim zostaniemy wezwani do gabinetu. Przejrzysty system oznaczenia pacjentów kodami kolorystycznymi pozwoli sprecyzować ilość czasu, jaką maksymalnie spędzą w kolejce. Co więcej, pozwoli wstępnie wyłonić tych, którzy wymagają zaopatrzenia niezwłocznie i – niezwłocznie się nimi zająć. Do przeszłości odejdą zatem dyskusje pomiędzy pacjentami, którzy uważają, że ich katar jest znacznie poważniejszą jednostką chorobową, niż bóle ząbów u sąsiada. **Zamknijcie główne-**

W najbliższych tygodniach rozpocznie się I etap przebudowy i modernizacji SOR. Potrwa kilkanaście miesięcy, jednak przyniesie wymierne korzyści i dla personelu, i dla pacjentów. Dwukrotnie zwiększy się potencjał łóżkowy odcinka obserwacyjnego, o jedno miejsce poszerzy się baza Oddziału Wstępnej Intensywnej Terapii. Wszystkie stanowiska zostaną w pełni wyposażone w nowoczesny sprzęt, co pozwoli jeszcze skuteczniej ratować życie i zdrowie potrzebujących. Wprowadzone zostaną też nowe rozwiązania organizacyjne. Po pierwsze, planowane jest oddzielenie ruchu pieszego chorych od ruchu kołowego. Co za tym idzie wprowadzimy system segregacji medycznej pacjentów, oparty na międzynarodowych wytycznych. Co to oznacza dla osób trafiających do SOR?

go traktu SOR dla ruchu pieszego pozwoli nam bez problemów przemieszczać się pomiędzy poszczególnymi odcinkami oddziału i pracowniami diagnostycznymi, czy innymi oddziałami szpitalnymi. Obecnie nagminnie zdarzają się sytuacje, w których chorzy czy ich bliscy, oczekują na środku traktu, skutecznie blokując przejazd zespołowi transportującemu ciężko chorego człowieka do oddziału docelowego. Co więcej, na próbę zwrócenia uwagi i uzyskania możliwości przejazdu, reagują często złością, niepotrzebną agresją... **Szanowni Państwo, my naprawdę nie biegamy tym korytarzem wyłącznie dla podniesienia kondycji fizycznej. Ludzie, którzy są przez nas transportowani, potrzebują pomocy w stanie zagrożenia życia.** I tu ponownie pojawia się kwestia, którą poruszałem we wcześniejszych artykułach. Z ostatnich dyżurów mogę wysnuć wniosek, że **codziennie do SOR zgłasza się spora liczba obywateli,**

którzy w różnoraki sposób – prośbą, często groźbą i krzykami – próbują wymusić na personelu SOR świadczenia medyczne, które jednoznacznie przynależą Podstawowej Opiece Zdrowotnej lub Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej. Powody zgłoszeń są przeróżne, najczęściej przeziębienie czy brak leków na choroby przewlekłe, ale zdarzają się też np. żądania kontroli rozrusznika serca... Tymczasem Szpitalny Oddział Ratunkowy nie został powołany i nie służy do takich celów. **Jesteśmy tu, żeby ratować rzeczywiście zagrożone życie i zdrowie. To umiemy, to powinniśmy na co dzień robić.** Co ciekawe, z wypowiedzi potencjalnych pacjentów wynika bardzo głęboka nieznanomość obowiązujących w Polsce procedur. Na ile prawdziwa, na ile zaś – na użytek sytuacji – nie mnie oceniać. **Toteż pomogę w kilku słowach wyjaśnić najczęstsze wątpliwości:**

„Mnie tu z poradni przystali, bo nie mam skierowania... ”

W stanie nagłego zachorowania, poradnie nie muszą rejestrować skierowania, mają za to, w godzinach pracy, obowiązek udzielić stosownej porady medycznej. Oczywiście, pod warunkiem nagłości zachorowania, bo nagminnie słyszę relacje lekarzy z SOR, do których zgłaszają się pacjenci z bólami trwającymi od wielu lat...

„Bo w przychodni jest dużo ludzi... ” (moje ulubione tłumaczenie).

W przychodni jest dużo ludzi, bo mamy na przykład szczyt zachorowalności na grypę. A przy liczebności rejonu elbląskiego mało prawdopodobne jest zachorowanie jednego obywatela dziennie. Natomiast Szpitalny Oddział Ratunkowy nie znajduje celu swojego istnienia w wypisywaniu recept i zwolnień. My naprawdę potrzebujemy każdego skrawka miejsca w oddziale i każdej pomocy, żeby móc Państwu pomagać w poważnych zachorowaniach.

„Wezwałam, bo z pogotowiem jest szybciej... ”

To akurat mit i legenda, która jednak angażuje jeżdżące Zespoły Ratownictwa Medycznego do chorób przewlekłych i takich, które nijak mają się do stanu zagrożenia życia. Ostatnio karetka przywiozła osobę, która jest od kilku miesięcy leczona z powodu bólu barku. Wezwała karetkę, bo nie jest zadowolona z efektu leczenia. W historii choroby: podobne trzy wezwania w ostatnim miesiącu.

„Bo ja nie jestem tutejszy, do pracy tu dojeżdżam... ”

Szkoda, bo Elbląg to piękne miasto. Ale – z punktu widzenia prawnego – każda przychodnia POZ ma obowiązek Państwa przyjąć, w ramach tzw. wizyty jednorazowej i udzielić świadczeń refundowanych przez NFZ.

„Mój lekarz jest na urlopie/zwolnieniu/ wyjechał na Wyspy... ”

Nie znam przychodni, w której pracuje jeden lekarz. A już na pewno nie w tak dużym mieście. Lekarza zastępuje inny, który także może Państwu wypisać recepty na leki przewlekłe przyjmowane, czy zająć się katarzem.

W Elblągu jest pięć karetek. Każde dodatkowe wezwanie odbiera szansę na życie temu, kto czeka na pomoc z powodu wypadku, zawału czy udaru. Pomyślcie Państwo o tym, zanim wykręcicie 999 i zaczniecie udowadniać dyspozytorowi, że „płacicie składki, to się karetka należy”. My też płacimy te składki. I załamujemy ręce widząc, jak niewłaściwie są wykorzystywane. **PAMIĘTAJMY: SOR TO NIE PRZYCHODNIA, A KARETKA - TO NIE TAKSÓWKA.**

MODERNIZUJEMY SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY

Większy komfort pobytu oraz leczenia pacjentów SOR a także zdecydowana poprawa warunków pracy personelu tego oddziału - to zasadnicze założenia kolejnej dużej inwestycji, której realizację właśnie rozpoczęliśmy. Dzięki dofinansowaniu z funduszy unijnych Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu zmodernizuje Szpitalny Oddział Ratunkowy oraz zakupi aparaturę medyczną usprawniającą jego funkcjonowanie. Konieczność przebudowy i modernizacji tego strategicznego dla szpitala oddziału to wymóg zmieniających się standardów i przepisów Ministerstwa Zdrowia.



Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu przystąpił do realizacji infrastrukturalnego projektu pn. „Przebudowa i modernizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu”, dofinansowanego z funduszy Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020 (Oś priorytetowa IX. Wzmocnienie strategicznej infrastruktury zdrowia, Działanie 9.1. Infrastruktura ratownictwa medycznego w zakresie wspar-

cia istniejących szpitalnych oddziałów ratunkowych, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii.

Inwestycja realizowana będzie na przełomie 2017-2018 roku.

Modernizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego polegać będzie na przebudowie pomieszczeń i korytarzy oddziału oraz dostosowaniu ich do obowiązujących stan-

dardów. Dzięki pozyskanym funduszom nasz szpital zakupi nowoczesny sprzęt medyczny oraz utworzy nowe - trzecie - stanowisko intensywnej terapii w obszarze Wstępnej Intensywnej Terapii SOR.

Realizacja projektu ma na celu wzmocnienie infrastruktury służby zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego województwa warmińsko-mazurskiego oraz podniesienie jakości świadczonych usług medycznych z równoczesnym zwiększeniem ich dostępności. Przebudowany i zmodernizowany Szpitalny Oddział Ratunkowy to odpowiedź na rosnące z roku na rok zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i stale zwiększającą się liczbę pacjentów przyjmowanych w naszym SOR. Realizacja projektu zaowocuje także podniesieniem jakości usług świadczonych pacjentom przebywającym na oddziale ratunkowym oraz znaczną poprawą warunków pracy personelu medycznego.

Całkowita wartość inwestycji wynosi 7 954 218,03 zł, z czego kwota dofinansowania projektu ze środków unijnych to 3 400 000,00 zł.

Pozostała część pochodzić będzie ze środków własnych szpitala.



Panie doktorze, moje dziecko ma coś w nosie



lek. Mirosław Denisiuk
otolaryngolog

Ordynator Oddziału Otolaryngologicznego
z Pododdziałem Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej

Trudności w oddychaniu przez nos u dzieci (zatkanie nosa, oddychanie przez usta) są jednym z najczęstszych objawów skłaniających rodziców do szukania pomocy lekarskiej. Ich uciążliwość i długość trwania oraz towarzyszące im inne objawy z jednej strony warunkują postępowanie diagnostyczne i czas ich rozpoczęcia, a z drugiej strony determinują sposób terapii. Blokada nosa może mieć różne przyczyny: zapalne (związane z obrzękiem błony śluzowej i/lub obecnością patologicznej wydzieliny), niezapalne oraz procesy nowotworowe. Wśród przyczyn zapalnych

są: przeziębienie, alergiczny lub niealergiczny nieżyt nosa oraz ostre lub przewlekłe zapalenie zatok. Wśród przyczyn niezapalnych wyróżniamy takie, które są związane ze zmianami strukturalnymi/mechanicznymi: skrzywienie przegrody nosa, zarośnięcie nozdrzy tylnych, przerost małżowin nosowych (między innymi polekowe, takie jak nadużywanie przeciwobrzękowych kropli do nosa i niesteroidowych leków przeciwzapalnych, stosowanie doustnych leków antykoncepcyjnych), polipy nosa (zapalne, alergiczne, wrodzone lub związane ze schorzeniami ogólnoustrojowymi, na przykład z mukowiscydozą). Inne przyczyny to uogólnione choroby naczyniowe (między innymi ziarniniak Wegenera), toczeń układowy, okres dojrzewania płciowego. Wśród przy-

Jedną z częstszych przyczyn niedrożności nosa u dzieci jest ciało obce (c.o.). Objawami c.o. mogą być: jednostronna niedrożność nosa, katar (nieraz podbarwiony krwią), obrzęk twarzy oraz przykry zapach. Powszechność tych objawów sprawia nieraz, że rozpoznanie bywa ustalone po pewnym czasie. Autorzy przedstawili materiał Oddziału Otolaryngologii WSZ w Elblągu obejmujący 246 dzieci z c.o. nosa. Materiał podzielono na grupy z uwzględnieniem wieku dziecka. Najczęściej c.o. występowały w grupie dwu- i trzylatków. Najmniej liczną grupę stanowiły dzieci poniżej pierwszego roku życia. Omówiono dokładnie rodzaje c.o. z uwzględnieniem ich budowy, kształtu i lokalizacji. Stwierdzono, że większość ciał obcych miała budowę nieorganiczną, kształt nieregularny i występowała w prawej jamie nosa. U wszystkich dzieci usuwano c.o. przez nozdrze przednie, u 34 (13,8%) ze względu na ich wielkość i lokalizację, zabieg wykonywano w znieczuleniu ogólnym. Szczególną uwagę zwrócono na dokładną ocenę nosa po zabiegu, gdyż długo zalegające c.o. mogą prowadzić do wtórnych zmian degeneracyjnych błony śluzowej (ubytki, owrządzenia, ziarninowanie i w dalszej konsekwencji zrosty) oraz fakt że u 10 naszych pacjentów (4,1%) mieliśmy do czynienia z jednostronnymi mnogimi c.o. nosa.

czyn niedrożności nosa są również te niezwiązane z jamą nosa, na przykład przerost migdałka gardłowego lub procesy patologiczne podstawy czaszki. Podstawą diagnostyki jest rynoskopia przednia wykonywana zarówno w sposób klasyczny, jak również z użyciem szerokiego otoskopu. Szczególne trudności niesie ze sobą badanie wykonywane u dzieci młodszych (< 5. r.ż.).

Jedną z częstszych przyczyn niedrożności nosa jest ciało obce (c.o.). Celem pracy jest przedstawienie doświadczeń Oddziału Otolaryngologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu w leczeniu niedrożności nosa spowodowanej przez ciało obce u dzieci. Przedstawiono sposób leczenia oraz trudności napotymane w jego trakcie. Większość dzieci zgłaszała się w try-

bie „ostrodyżurkowym” i była leczona niezwłocznie po ustaleniu rozpoznania.

Materiał i metody

Badania prowadzono w latach 2008–2015. W tym czasie leczono łącznie 246 dzieci z powodu c.o. w jamie nosa. Wśród nich było 110 dziewczynek i 136 chłopców (stosunek M/K — 1:1,24). Najczęściej leczono dzieci w 3. roku życia — łącznie 83 (33,7%); 2. rok życia — 59 (24,0%) oraz w 4. roku życia — 48 (19,5%). Najmniejszą grupę stanowiły dzieci poniżej pierwszego roku życia, których było 6 (2,4%) ponadto w naszej grupie było 24 dzieci (9,8%) w 5. roku życia oraz 26 (10,6%) w wieku > 6. roku życia. Najmłodsze dziecko miało 10 miesięcy, najstarsze 9 lat. Średnia wieku wynosiła 3,3 lata (tab. 1).

Tabela 1

WIEK	CHŁOPCY	DZIEWCZYNKI	ŁĄCZNIE
< 1. roku życia	4	2	6 (2,4%)
2. rok życia	30	29	59 (24%)
3. rok życia	51	32	83 (33,7%)
4. rok życia	22	26	48 (19,5%)
5. rok życia	14	10	24 (9,8%)
6. rok życia	15	11	26 (10,6%)
Razem	136 (55,3%)	110 (44,7%)	246 (100%)

Tabela 2

WIEK	Strona lewa (n = 112)	Strona prawa (n = 134)	ŁĄCZNIE
Rodzaj ciała obcego n = 246	Organiczne - 48 Nieorganiczne - 64	Organiczne - 47 Nieorganiczne - 87	95 151
Kształt ciała obcego n = 246	Sferyczne - 9 Cylindryczne - 2 Nieregularne - 101	Sferyczne - 14 Cylindryczne - 1 Nieregularne - 119	23 3 220

Większość dzieci miało c.o. w prawej jamie nosa 134 (54,5%) (stosunek P/L — 1,2:1). Wśród rodzaju c.o. przeważały te o budowie nieorganicznej (151 dzieci — 61,4%), między innymi klocki lub fragmenty zabawek, baterijki, kamienie. Mniej (95 dzieci — 38,6%) miało budowę organiczną przede wszystkim pestki, warzywa, papier, patyki. Większość c.o. miało kształt nieregularny (220 dzieci — 89,4%). Jedynie u 26 (10,6%) miały one kształt sferyczny lub cylindryczny (tab. 2).

U dziesięciorga dzieci (4,1%) obserwowano c.o. mnogie, to jest kilka ciał obcych po jednej stronie (ryc. 1 i 2). U żadnego dziecka nie obserwowaliśmy c.o. osadzonego obustronnie. Podstawą stwierdzenia obecności ciała obcego był wywiad zwykle zebrany od rodziców i badanie kliniczne (rynoskopia przednia). Większość rodziców zgłaszało u swoich dzieci jednostronny katar, niekiedy podbarwiony krwią, obecność przykrego zapachu oraz trudności w oddychaniu przez nos. Wśród rzadszych objawów były: nawracające infekcje, chrapanie, obrzęk twarzy. W wielu przypadkach rodzice widzieli moment implantacji c.o. do nosa, jednak w większości przypadków stwierdzenie w badaniu c.o. było dla nich dużym zaskoczeniem. Leczenie polegało na usunięciu c.o. przez nozdrze przednie z użyciem klasycznego zestawu kleszczyków i pincet. Zabieg wykonywano bez znieczulenia zwykle po anemizacji błony śluzowej. U 34 dzieci (13,8%) zabieg wykonywano w znieczuleniu ogólnym, co było podyktowane brakiem współpracy ze strony dziecka, wielkością c.o. oraz głębokością jego implantacji. Również wtedy stosowaliśmy anemizację. Po usunięciu ponownie dokładnie oceniano jamę nosa. Zwykle nie zakładano opatrunków/ tamponad nosowych, zalecano natomiast płukanie jamy nosa roztworem soli fizjologicznej przez kilka dni.

U żadnego z naszych dzieci nie obserwowano penetracji c.o. poza jamę nosa do oczodołu, zatok i/lub centralnego układu nerwowego.



Rycina 1. Przykłady mnogich ciał obcych

Omówienie

Problem c.o. dotyczy zwykle dzieci w wieku 2–5 lat. Jednostronna (choć niekiedy obustronna) niedrożność nosa, któremu towarzyszy śluzowo-ropny wyciek z nosa oraz przykry zapach są podstawowymi objawami c.o. Powszechność tych objawów sprawia, że c.o. nosa nierzadko bywają przez długi czas „leczone” jak infekcja górnych dróg oddechowych. Symptomatologia jest uwarunkowana przede wszystkim rodzajem c.o. oraz czasem zalegania w nosie. Niekiedy mamy do czynienia z c.o. wystającym na zewnątrz nosa, choć zwykle jest ono zaklinowane w przedsionku jamy nosa (w przestrzeni pomiędzy nozdrzami a przednim odcinkiem małżowin nosowych dolnych) lub pomiędzy małżowiną nosową dolną a przegrodą nosa. Wielu autorów podkreśla, że c.o. nosa u dzieci częściej występują po stronie prawej, co wynika z praworęczności częstszej w populacji. Obserwacje te potwierdziły się również u naszych dzieci. Obustronne występowanie c.o. oceniano na 0–0,3%. Jednak należy podkreślić fakt, że w wielu przypadkach obserwowaliśmy kilka c.o. występujących jednocześnie. W naszym materiale było to 4,1%. Podział c.o. nosa uwzględnia ich kształt (sferyczne, cylindryczne, nieregularne), twardość (miękkie, twarde) oraz budowę (organiczne, nieorganiczne). O rozpoznaniu decyduje badanie kliniczne. Tylko w niektórych przypadkach wymagana jest diagnostyka obrazowa (TK, RTG zatok).

Osobnym problemem pozostaje sposób ich usunięcia. Musi on uwzględnić podstawową zasadę usuwania c.o. (zasada Chevalier-Jacksona), według której każde ciało obce powinno zostać usunięte tą drogą, którą przebyło, wnikając do wnętrza ciała. Niedopuszczalne jest przemieszczenie (niekiedy przepchnięcie) c.o. nosa do gardła, gdyż może to grozić jego aspiracją do niższych odcinków dróg oddechowych. Odstępstwo od tej zasady jest dopuszczalne jedynie w przypadku takich c.o., które z powodu swojej budowy (na przykład gałązka świerku, haczyki) powinny być przemieszczane jednokierunkowo, ze względu na możliwość skażenia błony śluzowej przy ruchu wstecznym, taki zabieg wymaga bezwzględnie znieczulenia ogólnego. Zabieg usunięcia c.o. wymaga specjalistycznego sprzętu (zestawu kleszczyków, pincet, haczyków, ssaka, a nierzadko zestawu dziecięcych endoskopów nosowych sztywnych i miękkich) i nierzadko powinien być wykonywany w znieczuleniu ogólnym. Taki sposób leczenia (szczególnie u dzieci młodszych) podyktowany jest niepokojem i brakiem współpracy ze strony dziecka, ale również wielkością c.o. i głębokością jego implantacji. Zabieg zwykle rozpoczyna się od umieszczenia w nosie fragmentu watki (z przeszżytą nitką) nasączonego lekiem obkurczającym błonę śluzową. Pozwala to na lepszą wizualizację jamy nosa oraz zmniejsza ewentualne krwawienie podczas usuwania c.o. Dziecko powinno znajdować się w pozycji Trendelenburga. Niezwykle ważne jest wprowadzenie do znieczulenia ogólnego. Maskę ambu powinna być przyłożona jedynie do jamy ustnej z zamknięciem nozdrzy przednich od zewnątrz, gdyż wentylacja przez jamę ustną i nos jednocześnie może skutkować przemieszczeniem c.o. Cohen i wsp. zwracają uwagę na to, że nierzadko przy prowadzeniu indukcji do znieczulenia i wentylacji na maskę ambu jedynie przez usta, przy zamknięciu jednego nozdrza przedniego może nastąpić przemieszczenie na zewnątrz („wydmuchanie”) c.o. nawet przy jego głębokim umiejscowieniu. Warunkiem powodzenia tego manewru jest brak zaklinowania c.o. oraz krótki okres jego zalegania.

Poszerzenie diagnostyki obrazowej wymagane jest w przypadku penetracji c.o. z nosa do układu łzowego, oczodołu czy podstawy przedniego dołu czaszki. Zwykle penetracja takiego c.o. może być związana z urazem, wypadkiem lub uderzeniem.



Rycina 2. Rynolit – długo zalegające ciało obce „obudowane” substancjami mineralnymi

Dokładnej ocenie powinny być poddane inne narządy, a leczenie operacyjne zwykle bywa prowadzone w zespole interdyscyplinarnym (otolaryngolog/okulista/neurochirurg). Niezwykle ważne w przy-

padku c.o. penetrujących jest prowadzenie okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej oraz przeciwtępcowej.

Osobnym problemem pozostają c.o. długo zalegające w jamie nosa. Możemy obserwować nasiloną reakcję błony śluzowej z sekwencją zmian histologicznych w jej obrębie: owrzodzenie, destrukcja chrząstek, perforacja przegrody nosa, ziarnina, zrosty, metaplasja. Taki przebieg może wiązać się z zaleganiem bakterii. Długo zalegające c.o. może z czasem być optaszczane/obudowywane solami wapnia, fosforanami magnezu lub węgla — zwiększa ono w ten sposób swoją objętość i ciężar, zwykle zalega na dnie nosa. Takie c.o. bywa nazywane „kamieniem nosowym” (rynolit). Jego wieloletnie zaleganie w nosie może prowadzić do wystąpienia przewlekłego zapalenia zatok z polipami/ziarniną lub bez nich.

Autorami pracy są: lek. Mirosław Denisiuk Ordynator Oddziału Otolaryngologicznego z Pododdziałem Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu oraz dr hab. med. Andrzej Skorek – Katedra i Klinika Otolaryngologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Artykuł opublikowano za zgodą Wydawnictwa Via Medica „Forum Medycyny Rodzinnej” 2016, tom 10 nr 4 str.1-5, redakcja Mirosław Denisiuk

Miasto dofinansowało zakup nowego ambulansu

Elbląscy radni podjęli decyzję o przekazaniu z kasy miejskiej 250 tys. zł na zakup nowego ambulansu dla Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego. Pozwoli to na stworzenie w Elblągu dodatkowego zespołu ratownictwa medycznego, co w praktyce skróci czas oczekiwania na przyjazd karetki pogotowia. Dla potencjalnych pacjentów przełoży się to na zwiększenie ich bezpieczeństwa poprzez lepszy dostęp do usług ratowniczych.

- Te 250 tys. zł to mniej więcej połowa kosztów zakupu ambulansu wraz z wyposażeniem – informuje dyrektor szpitala wojewódzkiego Elżbieta Gelert. – Oznacza to, że pozostałą kwotę będziemy musieli albo dołożyć z budżetu szpitala, albo pozyskać z zewnątrz. Jesteśmy tu jednak dobrej myśli.

Jak wynika ze statystyk, elbląskie zespoły ratownictwa medycznego są najbardziej obciążone spośród wszystkich działających na terenie naszego województwa jeśli chodzi o ilość wyjazdów na dobę.

- W tej chwili mamy w Elblągu cztery zespoły ratownicze: dwa podstawowe

i dwa specjalistyczne (czyli z lekarzem) – tłumaczy Michał Missan, elbląski radny, jednocześnie szef Działu Ratownictwa Medycznego w szpitalu wojewódzkim. – W praktyce jest to ilość niewystarczająca. Każdy z zespołów wyjeżdża statystycznie po kilkanaście razy na dobę, nierzadko są to wyjazdy dwugodzinne, czasem jeszcze dłuższe. Bywa i tak, że lekarze i ratownicy podczas dyżuru prawie nie wysiadają z karetki. Posiadanie dodatkowego ambulansu umożliwiłoby nam utworzenie także dodatkowego – piątego - zespołu ratowniczego, co pozwoliłoby rozładować bardzo napiętą sytuację związaną z częstymi wyjazdami karetek.

- To będzie zespół podstawowy, czyli złożony z ratowników medycznych – dodaje dyrektor szpitala wojewódzkiego Elżbieta Gelert. – Będziemy zatem potrzebować także dodatkowych ratowników, którzy będą pełnić dyżury w systemie zmianowym przez 24 godziny na dobę. Planujemy, że wszystko to ruszy od 1 sierpnia br.



Szkolimy kolejnych specjalistów w dziedzinie chirurgii stomatologicznej

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu był organizatorem specjalistycznego kursu na temat. „Onkologia jamy ustnej i części twarzowej czaszki”. Jego uczestnicy to lekarze stomatolodzy z kilku polskich miast będący w trakcie specjalizacji z chirurgii stomatologicznej. Kurs otrzymał akredytację Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie i wpisany został na listę Kursów Obowiązkowych do Specjalizacji z Chirurgii Stomatologicznej. Był to pierwszy tak znaczącej rangi kurs organizowany przez nasz szpital.

- Tego typu kursy specjalizacyjne organizują zazwyczaj duże ośrodki uniwersyteckie – podkreśla kierownik kursu lek. dent. Bogdan Chomik - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Chirurgii Stomatologicznej, specjalista chirurgii szczękowej w Pododdziale Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Oddziału Otolaryngologicznego WSZ w Elblągu. – Tym bardziej było to dla naszego szpitala bardzo ambitne wyzwanie i merytoryczne, i organizacyjne, a dla lekarzy specjalizujących się aktualnie w naszym oddziale – także okazja i motywacja do podniesienia swoich zawodowych kwalifikacji.

Kurs trwał od 20-24 marca br. Wzięli w nim udział młodzi lekarze z Gdańska, Olsztyna, Warszawy, Poznania i Kielc a także troje lekarzy z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu.

Wykłady poprowadzili: prof. dr hab. Adam Włodarkiewicz, dr hab. med. Ewa Iżycka – Świerzevska (Gdański Uniwersytet Medyczny), dr n. med. Ewa Chomik (Klinika Vivadental, Gdańsk), dr n. med. Piotr Chomik (Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie), lekarze: Marcin Kurowicki i Wojciech Sikora z Centrum Radioterapii i Usprawniania Nu-Med, dr n. med. Iwona Ryniewicz-Zander, Ordynator Oddziału Onkologicznego WSZ oraz lekarze: Bogdan Chomik, Krzysztof Stankiewicz i Leszek Wiczerzak z Oddziału Otolaryngologicznego WSZ w Elblągu.



Po prawej kierownik kursu lek. dent. Bogdan Chomik w towarzystwie wykładowcy dra n. med. Piotra Chomika z Olsztyna



W kursie wzięli udział młodzi lekarze z Elbląga, Gdańska, Olsztyna, Warszawy, Poznania i Kielc



Za pomoc w realizacji kursu organizatorzy dziękują: Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku, Dyrekcji Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu oraz dr n. med. Annie Tałaj.



lek. Barbara Chomik
Ordynator Oddziału Noworodka,
Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka



Odplacamy się Wielkiej Orkiestrze najlepiej, jak potrafimy!

W dobie powszechnie występujących problemów służby zdrowia, w tym ciąglego jej niedofinansowania, pozostaje nam wyrazić nadzieję, że Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy będzie nam grała do końca świata i o jeden dzień dłużej, w dalszym ciągu nas wspierając. My zaś odplacimy się jej najlepiej jak potrafimy, czyli po prostu dobrze wykonując swoją pracę i właściwie wykorzystując ofiarowany sprzęt, co przełoży się na jeszcze lepsze wyniki leczenia najmłodszych pacjentów naszego szpitala.

Oddział Noworodka, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu jest tylko o 5 lat młodszy od Orkiestry. Od początku swojej działalności pracujemy na rzecz ratowania zdrowia i życia wcześniaków nie tylko z Elbląga, ale również ze znacznej części województwa warmińsko-mazurskiego. W ciągu 20 lat istnienia oddziału udało nam się uratować zdrowie i życie tysięcy najmłodszych pacjentów.

Z biegiem lat obserwujemy, że dokonujący się w medycynie postęp pozwala ratować życie i zdrowie w sytuacjach, w których jeszcze kilkadziesiąt lat temu było to niemożliwe. Nie byłibyśmy udziałowcami tego postępu, gdyby nie ogromne wsparcie ze strony WOŚP, którego doświadczamy od początku naszego istnienia.

Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy gra dla nas już 25 lat! Można śmiało powiedzieć, że najpierw grała dla naszych dzieci, a teraz gra dla naszych wnuków. Dzieci, które w dochodzeniu do zdrowia korzystały ze sprzętu zakupionego z pierwszych zbiórek, same niejednokrotnie są dziś wolontariuszami WOŚP, a często też już szczęśliwymi rodzicami. To najlepszy dowód na wielopokoleniowy charakter działalności Fundacji WOŚP i źródło nadziei, że o zdrowie naszych najmłodszych, ale także seniorów, dbać będziemy w oparciu o najlepsze standardy, z wykorzystaniem najnowsze- go sprzętu.

Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy wyposażyła nasz szpital w sprzęt i aparaturę o wartości ponad 2,5 mln zł. Otrzymaliśmy inkubatory, ultrasonogra-

fy, respiratory, kardiomonitor, pulsoksymetry, inhalatory, wideogastroskopy, pompy infuzyjne i wiele innego, drobniejszego sprzętu medycznego.

Nie ulega wątpliwości, że zakup tak wielkiej ilości sprzętu i aparatury nie byłby możliwy w oparciu jedynie o środki publiczne. Warto zauważyć, że nie ma roku, w którym nasz oddział nie wzbogaciłby się o nowy sprzęt dostarczony przez Fundację WOŚP. Wartość tego sprzętu wielokrotnie przewyższa wysokość kwoty, jaką udaje nam się zebrać w trakcie corocznych styczniowych zbiórek i licytacji.

Co ważne, wsparcie WOŚP to nie tylko wyposażanie w sprzęt OIOM-u Noworodków. Również inne oddziały naszego szpitala efektywnie wykorzystują dary od WOŚP, przyczyniając się do skutecznej walki o zdrowie najmłodszych pacjentów od pierwszych dni ich życia. I tak: Oddział Okulistyczny aktywnie działa w kierunku wczesnego wykrywania i leczenia wad i uszkodzeń narządu wzroku u wcześniaków, a Oddział Otolaryngologiczny współpracuje z nami w programie profilaktyki zaburzeń słuchu u wcześniaków –zainicjowanym właśnie przez Wielką Orkiestrę. Warto podkreślić, że program ten stał się wzorem dla innych krajów, które także wprowadziły go do swoich standardów opieki nad noworodkami. Dzięki wsparciu Fundacji uratowane dzieci nie tylko żyją i rozwijają się, ale również mają szansę normalnie widzieć i słyszeć. Naszym zadaniem jest robić wszystko, by zapewnić im życie, które nie odbiega swoją jakością od życia dzieci urodzonych bez powikłań.



Nowoczesny inkubator transportowy dla noworodków przekazany oddziałowi przez WOŚP

Nowy sprzęt poprawił jakość naszej opieki nad pacjentem

Dzięki dotacji z Ministerstwa Zdrowia na nasz II Oddział Chorób Wewnętrznych trafiło łącznie 6 nowych kardiomonitorów: 4 stacjonarne i 2 mobilne. Urządzenia, które umożliwiają nieprzerwaną obserwację najważniejszych funkcji życiowych najciężiej chorych pacjentów oddziału, bardzo usprawniły głównie pracę pielęgniarek. O tym, jak w praktyce sprawdza się nowo zakupiony system monitorowania, mówi Teresa Linda, Pielęgniarka Oddziałowa.



Bieżący monitoring funkcji życiowych to jedna z podstawowych czynności wspomagających prawidłowy i bezpieczny proces leczenia naszych pacjentów. Kardiomonitor, którymi od niedawna dysponujemy, nieprzerwanie rejestrują aktywność elektryczną serca pacjenta (EKG), mierzą ciśnienie tętnicze krwi (RR) oraz procent wysycenia krwi tlenem (SpO2).

Bieżące zapisy najważniejszych parametrów życiowych chorego widoczne na

kardiomonitorach zamontowanych przy łóżkach pacjentów umożliwiają nam, pielęgniarkom, stałą i nieprzerwaną obserwację stanu zdrowia naszych podopiecznych. Na ekranie mamy możliwość równoczesnego podglądu wielu zapisów EKG danego pacjenta, możemy na bieżąco monitorować sprawność i wydolność jego układu oddechowego, zaś za pomocą pulsoksymetru w bezinwazyjny sposób mierzyć procent wysycenia krwi tlenem. Równocześnie monitorujemy ciśnienie krwi. To także istotny element oceny funkcji życiowej pacjenta. Spadki i wzrosty ciśnienia bywają często pierwszym alarmującym objawem groźnych dla życia powikłań. Wynik wyświetlany jest na ekranie kardiomonitora w formie wartości liczbowych ciśnienia skurczowego i rozkurczowego.

Wielką zaletą nowego sprzętu jest to, że pielęgniarki mają możliwość równoczesnej obserwacji wszystkich aktualnie mo-



Teresa Linda
Pielęgniarka Oddziałowa
II Oddział Chorób Wewnętrznych
z Pododdziałem Endokrynologicznym

onitorowanych pacjentów. Takie centralne monitory (kopiujące) zainstalowane są w gabinecie socjalnym pielęgniarek oraz w gabinecie zabiegowym.

Nowe kardiomonitora pozwalają nam w prosty sposób ocenić częstość akcji serca i szybko wykryć zaburzenia jego rytmu. Na podstawie parametrów EKG możemy ustalić dodatkowe niezbędne badania obrazowe, w porę rozpoznać patologię i możliwie najszybciej wdrożyć niezbędną terapię.

Jesteśmy oddziałem, w którym wykonywanie bieżących pomiarów i zapisów RR, EKG i SpO2 to podstawa. To, że od niedawna posiadamy system, który kompleksowo monitoruje funkcje życiowe naszych chorych, znacznie usprawniło naszą pracę, jednak przede wszystkim – co jest dla nas najważniejsze – przyczyniło się do podniesienia standardów bezpieczeństwa naszych pacjentów.

Nowy sprzęt kosztował 95 tys. zł. Ponad 61 tys. zł przekazało nam na ten cel Ministerstwo Zdrowia w ramach Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo – Naczyniowego POLKARD. Pozostała część to wkład własny szpitala.



Nowy sprzęt poprawił jakość naszej opieki nad pacjentami - cieszą się pielęgniarki z oddziału

Nowatorska metoda użycia IMPLANTU SPINE JACK

w leczeniu złamania kręgosłupa piersiowego u 16-letniej pacjentki

Doświadczenie, jakie lekarze Oddziału Neurochirurgii zdobyli w ciągu wielu lat szkolenia i praktyki klinicznej coraz częściej skłania nas do podejmowania się leczenia skomplikowanych przypadków chorobowych wymagających nie tylko wykazania się opanowaniem techniki chirurgicznej, ale również poszukiwania nowatorskich rozwiązań terapeutycznych nie stosowanych dotychczas.

W listopadzie 2016 roku w naszym Oddziale podjęliśmy się takiego właśnie wyzwania, przeprowadzając leczenie u 16-letniej pacjentki poszkodowanej w wypadku komunikacyjnym. W wyniku zderzenia samochodu, którego pacjentka była pasażerem, z drzewem, doszło do złożonego, wielopoziomowego urazu kręgosłupa piersiowego.

Wykonane badania obrazowe ujawniły wybuchowe złamanie trzonu siódmego kręgu piersiowego z jednoczesnym złamaniem elementów kolumny tylnej kręgosłupa na tym i sąsiednich poziomach (Ryc.1). Złamaniu kręgu siódmego towarzyszyło kompresyjne złamanie trzonu kręgu ósmego i złamanie wyrostka kolczystego kręgu szóstego. O ogromnej sile powodującej uraz kręgosłupa świadczyło ponadto złamanie prawych wyrostków poprzecznych siedmiu kręgów piersiowych od czwartego do dziesiątego. W przebiegu niestabilności do jakiej doszło w następstwie urazu, kręgosłup piersiowy uległ wyraźnej deformacji w postaci patologicznej hyperkyfozy na poziomie złamania. Szczęśliwie nie wystąpiły ubytkowe objawy neurologiczne w postaci niedowładów i zaburzeń czucia, mimo widocznego ucisku, jaki odłamy kostne złamanego kręgu wywierały na rdzeń kręgowy.

Praca Oddziału Neurochirurgii naszego szpitala koncentruje się na leczeniu operacyjnym zmian chorobowych kręgosłupa,

w tym w istotnej mierze następstw urazów u dorosłych pacjentów. Rzadko decydujemy się na interwencje u dzieci i młodzieży ze względu na specyfikę leczenia zmian patologicznych kręgosłupa w okresie wzrostu. Interwencja instrumentalna w rosnącym kręgosłupie, a nawet poddanie kręgów działaniu znacznych dawek promieniowania, czy to w formie radioterapii, czy zastosowanych jako badania diagnostyczne, może wywoływać zaburzenia wzrostu elementów kostnych lub niesymetryczne ich kostnienie, a w efekcie doprowadzać do deformacji kręgosłupa w postaci skolioz lub powstania garbu. Z tego względu interwencja operacyjna z jednej strony musi zabezpieczyć niestabilny po urazie kręgosłup przed dalszym niepożądanym przemieszczaniem się kręgów wobec siebie, z drugiej jednak strony być ograniczona do niezbędnego minimum tak, by zastosowane unieruchomienie wewnętrzne nie skutkowało zaburzeniem wzrostu kręgów. Pierwszym i najważniejszym celem leczenia musi być jednak niezwłoczne odbarczenie elementów nerwowych uciśniętych przez wyłamane struktury kostne.

Planując leczenie uwzględniające element stabilizacji kręgosłupa z jednoczesnym odbarczeniem struktur nerwowych zdawaliśmy sobie sprawę, że koniecznym dla osiągnięcia tych celów będzie całkowite usunięcie siódmego kręgu piersiowego. Skutkiem tego jest powstanie przerwy

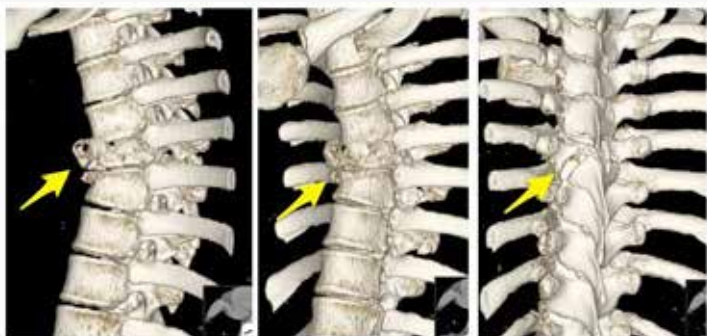
w kręgosłupie, a więc zupełna utrata ciągłości kręgosłupa jako kolumny, a jednocześnie pozbawienie rdzenia kręgowego kostnych elementów ochronnych. Rozwiązaniem takiej sytuacji jest następcze tzw. 360-stopniowe zaprotezowanie



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

kręgosłupa. Uzyskujemy je poprzez wprowadzenie w miejsce usuniętego trzonu kręgu protezy tytanowej, jednocześnie kręgosłup jest niejako „obudowywany” swoistym rusztowaniem ze śrub wprowadzanych przez nasady kręgów powyżej i poniżej złamania, łączonych następnie prętami. Całość takiego rusztowania stanowi konstrukcję zapewniającą stabilność kręgosłupa i ochronę dla rdzenia i korzeni nerwowych. Umożliwia pacjentce jak najszybszą pionizację, mobilizację i powrót do aktywności życiowej.

W tym momencie stanęliśmy w obliczu trudności wynikających z „dziecięcego” charakteru kręgosłupa pacjentki. Po pierwsze rozmiary poszczególnych struktur kostnych, w których osadzamy elementy stabilizujące, były zbyt małe w stosunku do instrumentarium, którym posługujemy się zaopatrując kręgosłupy dorosłych chorych. Ten problem udało się jednak stosunkowo łatwo rozwiązać. Znaleźliśmy producenta systemu stabilizującego przeznaczającego w swojej ofercie śruby o mniejszej średnicy, na zakup których specjalnie dla naszej „szczególnej” pacjentki dyrekcja wyraziła zgodę. Kolejny problem postawił nas przed dużo poważniejszym dylematem. Poza rozkawałkowanym trzonem siódmego kręgu piersiowego, który po usunięciu miał być zastąpiony protezą, również trzon ósmego kręgu piersiowego, który miał być



Złamania kręgów T7 i T8 w przedoperacyjnych obrazach 3D tomografii komputerowej. Strzałki wskazują złamany kręgi T7

podparciem dla protezy był kompresyjnie złamany. Gdybyśmy oparli protezę o taki niepełnowartościowy trzon, doszłoby do jej osiadania w istocie gąbczastej ósmego kręgu piersiowego, a wskutek powstałych naprężeń w całej konstrukcji – mogłoby dojść do jej wyłamania lub złamania elementów stabilizujących z katastrofalnymi skutkami neurologicznymi. Najprostszym rozwiązaniem wydawało się w takiej sytuacji usunięcie obu złamanych trzonów i zastąpienie ich jedną protezą. Takie rozwiązanie miałoby jednak prawdopodobnie daleko idące, niekorzystne implikacje dla zachowania prawidłowego wzrostu kręgosłupa.

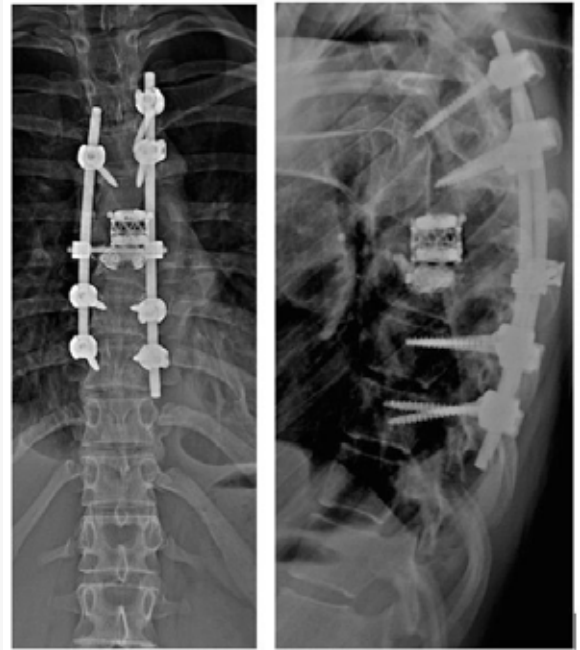
Wobec zaistniałych trudności zdecydowaliśmy się zastosować nowatorskie rozwiązanie. Jak wynika z przeprowadzonej analizy literatury i konsultacji z producentem implantu, którego zastosowanie zaplanowaliśmy, nie było jeszcze przeprowadzone w żadnym ośrodku kręgosłupowym.

W przypadku złamań kompresyjnych od 2010 roku stosuje się implant o nazwie Spine Jack. Istotą działania implantu jest wprowadzenie go w formie złożonej tulei poprzez wąską nasadę kręgu do wnętrza zgniecionego kompresyjnie trzonu, a następnie rozprężenie implantu, przypominającego nieco podnośnik samochodowy wewnątrz trzonu kręgu. Efektem tego jest podniesienie złamanej, skompresowanej części trzonu, a przez to częściowe lub niemal całkowite odtworzenie pierwotnej wysokości trzonu. Uzyskaną rekonstrukcję trzonu kręgu utrwala się następnie wypełniając trzon polimetylmetakrylatem (PMMA), popularnie nazywanym cementem kostnym. Tak odtworzony trzon ósmego kręgu piersiowego mógłby w naszej ocenie stanowić skuteczną podporę dla protezy trzonu siódmego, jednocześnie

ograniczając zakres naszej ingerencji. Niestety PMMA nie jest zalecany u chorych przed 40 rokiem życia, a nie wolno go stosować u dzieci. Nie jest bowiem materiałem biodegradowalnym, który może w przyszłości przerosnąć zdrowa kość zapewniając kontynuację wzrostu kręgosłupa. Na szczęście producent dysponuje również materiałem bio-przebudowywalnym, który może zostać użyty u młodych pacjentów, nie pozbawiając ich jednocześnie szansy na osiągnięcie prawidłowej dojrzałości kostnej kręgosłupa.

Wszystkie powyżej opisane wątpliwości, które musieliśmy pokonać przed przystąpieniem do realizacji założonego planu leczenia operacyjnego, mogą się wydawać marnotrawieniem czasu wobec konieczności możliwie jak najszybszego podjęcia interwencji u chorej, u której złamane odłamy kręgosłupa uciskają na rdzeń kręgowy. Jednakże właśnie dlatego, że stan chorej, mimo skomplikowanego, wielopoziomowego uszkodzenia kręgosłupa pozostał dobry, tak wnikliwie przygotowaliśmy się do operacji. Kręgosłup, który mieliśmy naprawić w chwili obecnej, ma służyć chorej bezpiecznie przez resztę życia. Jednocześnie nie chcieliśmy, aby pacjentka ciesząc się w przyszłości z tego, że może korzystać z życia w sensie pełnej aktywności ruchowej, miała powody, by mieć do nas żal o deformację kręgosłupa w następstwie zmian pooperacyjnych, których nie przewidzieliśmy.

Tak przygotowani przystąpiliśmy do przeprowadzenia kilkietapowej procedury operacyjnej. Zespół neurochirurgów w składzie Marek Derenda, Zbigniew Franc i Wojciech



RTG kontrolny pooperacyjny uwidaczniający zakres przeprowadzonej stabilizacji złamanego kręgosłupa

Pulka w czasie 9-godzinnej operacji zrealizował założony wcześniej plan operacyjny. Zabieg przebiegł bez powikłań. Pacjentka w drugiej dobie od operacji została spionizowana i uruchomiona. Kontrolne badania radiologiczne wykonane bezpośrednio po operacji i 2 miesiące po przeprowadzeniu leczenia wykazały prawidłowe położenie systemu stabilizującego (Ryc.2). Ostateczną weryfikację radiologiczną posadowienia elementów stabilizujących odraczamy obecnie ze względu na fakt przyjęcia przez chorą dotychczas zastosowanych dawek promieniowania rentgenowskiego. Jej bardzo dobry stan kliniczny, bez jakichkolwiek nieprawidłowości neurologicznych i obrazy kontrolnych badań RTG pozwalają nam być spokojnymi o przyszłość chorej.



dr n. med. Ireneusz Kowalina

Koordynator Oddziału Neurochirurgii, Traumatologii i Chirurgii Kręgosłupa

Operacje kręgosłupa to nasz chleb powszedni. W tym wypadku warte przedstawienia było nowe połączenie różnych, stosowanych do tej pory oddzielnie, metod operacyjnych. Z tego, co nam wiadomo, jesteśmy pierwsi na świecie. Nikt przed nami nie pomyślał, aby w ten sposób załatwić sprawę skomplikowanego złamania kręgosłupa. W tej chwili czekamy jeszcze na potwierdzenie z firmy produkującej implanty, która sprawdza w światowej bazie danych, czy wcześniej, przed nami, ktoś zrobił coś podobnego.



Jadwiga Kopytowska
pielęgniarka

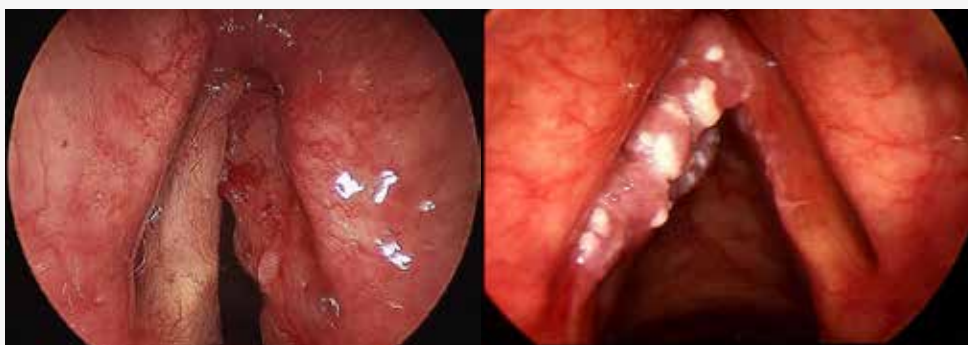
Oddział Otolaryngologiczny
z Pododdziałem Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej

Czynniki ryzyka

Głównymi czynnikami ryzyka występowania nowotworów złośliwych krtani jest palenie papierosów i nadużywanie alkoholu. Największe zagrożenie stanowi połączenie obu tych czynników. Związki chemiczne powstające w procesie podczas palenia tytoniu mają właściwości rakotwórcze. Działanie tych związków nie polega tylko na miejscowym drażnieniu powierzchni błony śluzowej, wpływają one na zmniejszenie utlenowania krwi, obniżoną odporność i mogą wywoływać uszkodzenie DNA komórki. Stałe lub okresowe spożywanie alkoholu powoduje przewlekły stan zapalny błony śluzowej, co ułatwia penetrację substancji rakotwórczych zawartych w dymie tytoniowym. Trzecim ważnym czynnikiem modelującym zachowania na raka krtani jest dieta uboga w warzywa i owoce (antyoksydanty). Witaminy C i A zawarte w jarzynach i owocach stanowią ochronne działanie w nowotworach złośliwych krtani, przy uwzględnieniu ekspozycji na dym tytoniowy i alkohol. Innymi przyczynami raka krtani jest występowanie czynników szkodliwych w miejscu pracy m.in. pył drzewny, środki ochrony roślin, nawozy sztuczne, chrom, produkty spalania materiałów pędnych, promieniowanie jonizujące, wpływ azbestu i niklu. W etiologii raka krtani duże znaczenie ma rozważa się też zakażenie wirusem HPV.

Pielęgnacja pacjenta po laryngektomii (część 1)

Jednym z najczęściej występujących w obrębie głowy i szyi nowotworów złośliwych jest rak krtani. Laryngektomia (łac. laryngectomia) to zabieg laryngologiczny polegający na częściowym, połowicznym lub całkowitym wycięciu zaatakowanej przez nowotwór krtani - zabieg najbardziej okaleczający i powodujący najwięcej dysfunkcji życiowych i społecznych dla chorego. W pierwszym odcinku artykułu omówione zostaną przyczyny i objawy nowotworów krtani. Powiemy także, jak przygotować pacjenta do zabiegu całkowitej laryngektomii.



Nowotwór krtani widoczny podczas badania fiberoskopem

Objawy nowotworu krtani

Głównymi objawami nowotworu krtani są zaburzenia głosu i połykania. W zaawansowanej chorobie objawy te trwają kilka miesięcy, najczęściej z trudnościami w oddychaniu i wychudzeniem. Pierwszym objawem jest chrypka utrzymująca się dłużej niż 2-3 tygodnie, która nie mija po typowym leczeniu przeciwzapalnym i przeciwobrzękowym. Trudności w połykaniu (uczucie przeszkody i drapanie) często są niezauważalne przez chorego. Następnie ból przy połykaniu występuje już w zaawansowanych stadiach choroby. Zwykle towarzyszy temu cuchnienie z ust, czasami szczękoscisk. Występowanie duszności

(stidor), której często towarzyszy świst krtaniowy, świadczy o zaawansowanym nowotworze. Innymi objawami jest suchy i męczący kaszel oraz ból krtani dający bardzo silne bóle promieniujące do uszu.

LARYNGEKTOMIA CAŁKOWITA – to całkowite wycięcie (resekcja) krtani, którego konsekwencją jest brak emisji głosu przez chorego. Zabieg polega na odcięciu krtani od tchawicy, nasady języka, gardła i przełyku oraz na usunięciu krtani, łącznie z kością gnykową i przestrzenią przednagłośniową. Następnie zespala się kikut tchawicy ze skórą szyi i zamyka rozciętą część krtaniową gardła i przełyk. W wyniku tego następuje całkowite oddzielenie drogi pokarmowej i oddechowej z koniecznością utrzymania na stałe tracheostomy, z utratą czynności fonacyjnej i zwierającej krtani.



Pacjent po laryngektomii

Laryngektomia całkowita jest zabiegiem trwale okaleczającym chorego i powoduje następujące dysfunkcje: oddechową, pokarmową, fonacyjną i psychologiczno - społeczną. Dysfunkcje te stanowią szereg problemów pielęgnacyjnych. Pielęgnację

pacjenta zakwalifikowanego do laryngektomii na oddziale otolaryngologicznym można podzielić na: czas przed zabiegiem, opiekę po zabiegu i zalecenia do domu w dniu wypisu ze szpitala.

Opieka przed zabiegiem

1. Przed operacją odbywa się rozmowa i wywiad z pielęgniarką, lekarzem operującym i anesteziologiem, podczas którego chory może uzyskać odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Pacjentowi udzielane są informacje dotyczące znieczulenia oraz zabiegu (m.in. zakres za-

biegu, założenie rurki tracheostomijnej, sondy do żołądka, protezki głosowej). Chory podpisuje też zgodę na zabieg i znieczulenie.

2. U pacjentów z zaburzeniami połykania ewentualnie robiona jest przeszćkorna gastrostomia endoskopowa (PEG).
3. Wykonywane są badania (m.in. TK szyi, RTG klatki piersiowej, USG szyi, EKG, badania z krwi niezbędne do długotrwałego zabiegu w znieczuleniu ogólnym).
4. Ostatni posiłek i napój pacjent może spożyć w przeddzień zabiegu do godziny.
5. W dniu zabiegu rano chory przyjmuje dotychczas przyjmowane leki (popijając

niewielką ilością wody) oraz leki zalecone przez lekarza.

6. Rano w dniu zabiegu chory bierze kąpiel i goli się (wąsy, brodę, włosy w 1/3 górnej części klatki piersiowej).

Opieka po zabiegu

Opieka po zabiegu laryngektomii dotyczy problemów pielęgnacyjnych wynikających z dysfunkcji oddechowej, pokarmowej, fonacyjnej oraz psychologiczno- społecznej. **Więcej na ten temat będą Państwo mogli przeczytać w kolejnym odcinku.**



Zadbaj o siebie, zadzwoń.

BEZPŁATNA INFOLINIA ONKOLOGICZNA

 **800 777 333**

Informacje dotyczące, m.in.:

- placówek onkologicznych
- diagnostyki onkologicznej
- szybkiej ścieżki onkologicznej
- organizacji wspierających pacjentów
 - pomocy hospicyjnej
- sklepów i wypożyczalni medycznych

Organizatorzy:

Poradnia
Onkologiczna
w Elblągu



W naszym szpitalu na świat przyszły TROJACZKI

Lucjan, Ignacy i Witold - to imiona trzech chłopców, którzy przyszli na świat w naszym szpitalu 8 marca, kilkanaście minut po północy. Dla potrójnie szczęśliwych rodziców, a także i dla nas – pracowników szpitala, było to niezwykle wydarzenie. Trojaczki rodzą się nadzwyczaj rzadko, my zaś ostatni taki poród odnotowaliśmy w roku 2008.

Chłopcy przyszli na świat metodą cesarskiego cięcia w 35 tygodniu ciąży. Ważyli kolejno: 2, 120 kg, 2,160 kg i 2,190 kg. Urodzili się zupełnie zdrowi, otrzymali 10 pkt w skali Apgar, niemniej na jakiś czas trafili do inkubatorów - pod czujną opiekę naszych specjalistów z Oddziału Intensywnej Terapii Noworodka.

Mamą trojaczków została 29-letnia pani Marta spod Kętrzyna.

- Urodziłam trzech synów naraz nie tylko, że w Dniu Kobiet, ale i dokładnie w dniu urodzin męża! – cieszyła się potrójnie szczęśliwa mama.

Serdecznie dołączamy do życzeń i gratulacji, jakie już spłynęły, i wciąż spływają, na naszą Pacjentkę i całą Jej Rodzinę. Szczególnie chłopcom życzymy mnóstwa zdrowia i pięknego, szczęśliwego życia.



W blisko 30-letniej historii Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Elblągu odnotowaliśmy zaledwie 7 porodów trojacznych. Szczególnie „obfity” był pod tym względem rok 2005 (4 takie porody). Trojaczki urodziły się u nas także w roku 2006 i 2008.



Elżbieta Winiarczyk
Certyfikowany Doradca Laktacyjny

Jaka jest przyczyna zaburzeń ssania u noworodka? Na tym etapie trudno jest to ocenić. Przede wszystkim musimy wziąć pod uwagę następujące czynniki: ulewianie wodami płodowymi, mała ilość pokarmu (siary), asymetria napięcia mięśniowego, urazy poporodowe, żółtaczka, zakażenia.

Wczesna interwencja zaburzeń ssania u noworodka

W mojej codziennej praktyce dość często obserwuje zaburzenia funkcji ssania u noworodków. Jest to dość trudny stan, ponieważ prowadzi do nieprawidłowego odżywiania noworodka i jest elementem wielu frustracji u matki, co w efekcie prowadzić może do rezygnacji z karmienia naturalnego.

Prawidłowe pobieranie pokarmu zapewnia dojrzałość umiejętności neuromotorycznych w obrębie twarzy i jamy ustnej, na którą składają się prawidłowa budowa anatomiczna i sprawność mięśni twarzoczaszki, koordynacja ssania – połykania - oddychania, jak również obecność prawidłowych odruchów np.: szukania, otwierania ust, wysuwania języka, ssania, połykania. Jakość tych odruchów ewaluuje wraz z rozwojem dziecka.

Jednym z istotnych elementów wsparcia podczas karmienia naturalnego jest ocena umiejętności ssania i skuteczności pobierania pokarmu z piersi przez noworodka. We wczesnym etapie efektywne ssanie zapewnia prawidłowe odżywianie dziecka, a także zapobiega zaburzeniom laktacyjnym u matki, w dalszym zapewnia prawidłowy rozwój mowy dziecka.



W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości konieczna jest wczesna interwencja w odpowiednio dobranym zespole terapeutycznym: doradca laktacyjny,

neurologopeda i rehabilitant terapii neurorozwojowej. Otoczenie matki i dziecka taką opieką pozwoli na szybkie uzyskanie efektów. Matka, która uzyska informacje,

a także, nazwijmy to: „instrukcję działania”, na pewno dołączy do współpracy (bez matki, jej wrażliwości, chęci działania wiele nie uzyskamy). Musimy pamiętać, że para matka-dziecko to dwa emocjonalnie połączone ze sobą elementy. Dziecko, które ssi efektywnie, najada się, prawidłowo nabiera masy ciała, śpi. Najedzone dziecko zapewni matce wiarę we własne możliwości, zadowolenie.

Celem naszego zespołu jest uzyskanie przede wszystkim dobrostanu dziecka. Dla mnie, jako doradcy laktacyjnego to przede wszystkim rozpoczęcie i kontynuowanie karmienia piersią ze względu na wynikające z niego korzyści dla matki i dziecka. Dla neurologopedy uzyskanie optymalnego funkcjonowania jamy ustnej, ponieważ na tej bazie następuje prawidłowy rozwój mowy.



Agnieszka Wolna-Żak
neurologopeda, oligofrenopedagog

W naszej praktyce czasami obserwujemy kłopoty z nakarmieniem malucha już na sali poporodowej, zastanawiamy się wtedy nad przyczynami. **Jednym z powodów może być obniżone, albo wzmożone napięcie mięśniowe dziecka.** Symptomy nieprawidłowego napięcia pojawiają się już w pierwszych dniach życia. Dziecko nie domyka ust, ma trudności z uchwyceniem piersi, prawidłowym ssaniem, połykaniem i nadmiernym ślinieniem. Z czasem zaburzenia utrwalają się. Trudności ruchowe podczas jedzenia i picia wiążą się z kłopotami w gryzieniu, żuciu, przetrwałym nawykiem ssania, otwartymi ustami, wysuniętym językiem, co w konsekwencji prowadzi do wad wymowy. Dzieci takie należy usprawniać jak najwcześniej stosując masaże logopedyczne i rehabilitację całego ciała.

Inną przyczyną trudności ze ssaniem u noworodków może być skrócone wędzidełko podjęzykowe. Wędzidełko to nieukrwiona i nieunierwiona błonka, która przytrzymuje

Wpływ karmienia dzieci na rozwój mowy

Nie ma jednego narządu do wytwarzania mowy. Jest ona wynikiem dojrzałości całego układu nerwowego, oddechowego i pierwszego odcinka układu pokarmowego. Przy ssaniu, żuciu i połykaniu zaktywizowane zostają te same organy ustno-twarzowe, co w trakcie mówienia. Dlatego tak ważny jest prawidłowy rozwój funkcji pokarmowych, ponieważ warunkują one poprawne mówienie.

język. Gdy błonka jest za krótka, wówczas za bardzo przytrzymuje język i noworodek może mieć trudności ze ssaniem. Czasami zdarza się, że początkowo nie obserwujemy takich problemów. Z doświadczenia jednak wiemy, że kłopot ten będzie się nasilał, ponieważ z wiekiem dziecko będzie potrzebowało coraz więcej pokarmu, a jego ssanie będzie nieefektywne. Skrócone wędzidełko można skorygować np. u chirurga szczękowego. Dzięki temu maluch znacznie poprawi jakość ssania, a w przyszłości prawidłowo będzie realizował głoski, do których niezbędna jest tzw. pionizacja języka np.: i, r, sz, cz, i uniknie wad wymowy.

Nawet kolejność pojawiania się zębów u dziecka ma znaczenie anatomiczne dla rozwoju mowy. Pierwsze zwykle pojawiają się dole siekacze tzw. „jedyńki”. Mają one za zadanie przytrzymać język w jamie ustanej i razem z kolejnymi zębami wspierać zamianę połykania niemowlęcego, kiedy język ułożony jest płasko na dnie jamy ustnej, na dorosły sposób połykania, kiedy czubek języka dotyka podniebienia. Przyczyną przetrwałego niemowlęcego połykania może



być: zbyt długie karmienie pożywieniem papkowatym, stosowanie nieprawidłowych smoczków, niedojrzałość układu nerwowego.

Infantylnie połykanie spowodowane brakiem pionizacji języka powoduje wady zgryzu oraz nieprawidłowe funkcjonowanie narządów mowy, a to właśnie one są najczęściej przyczyną wad wymowy.



Małgorzata Olszewska-Niedziałek
psycholog

Dobrym przykładem pozytywnego wpływu zwierząt na człowieka jest powstanie zooterapii, znanej również pod nazwą animaloterapii. Jest to naturalna metoda leczenia poprzez dobroczynny dla człowieka kontakt ze zwierzętami. Dla każdego człowieka kontakt ze zwierzętami jest bardzo ważny, w szczególności dla osób chorych i niepełnosprawnych. Zwierzęta są istotami żywymi, które można dotykać, głaskać, przytulać brać na ręce, na kolana. W zooterapii, tak jak w każdym innym leczeniu bardzo ważne znaczenie odgrywa dotyk. Powoduje on wydzielanie endorfin, hormonów szczęścia. Zwierzęta są bardzo dobrymi terapeutami, bo przyjmują nas takich, jacy jesteśmy, nie oceniają, nie zauważają różnic między osobą zdrową i tą niepełnosprawną. Zachowują się naturalnie i dzięki temu osoby chore, również zachowują się naturalnie i spontanicznie. Zwierzęta są często powodem śmiechu, zadowolenia i radości, a każdy wie, że „śmiech to zdrowie”. Powodują rozluźnienie, dostarczają wytchnienia, odpoczynku i oderwania się od myślenia o kłopotach i niepowodzeniach. Dostarczają również tematów do roz-



fot. Izabela Kowalina

Pozytywny wpływ zwierząt na człowieka

Zwierzęta towarzyszą nam od wieków. Kiedyś jako zwierzęta do pracy, dzisiaj jako członkowie rodziny. Bardzo często nie jesteśmy świadomi ile tak naprawdę dobrego dają nam zwierzęta, i jak duży wpływ mają na nasze życie. Wiele zalet posiadania zwierząt potwierdzono naukowo a każdy, kto je posiada, chyba może się z tym zgodzić. W Polsce, według statystyk, co druga osoba posiada pod opieką lub w najbliższym otoczeniu jakiegoś zwierzaka. Co zatem, dzięki swojemu pupilowi zyskuje ta „co druga” osoba?

mów z innymi ludźmi, co zwłaszcza dla osób samotnych jest bardzo ważne. Badania przeprowadzane na całym świecie potwierdzają dobroczynne działanie zwierząt na ludzki organizm, stan fizyczny, a przede wszystkim psychiczny. Dlatego coraz częściej stosowane są terapie dla chorych z udziałem zwierząt. W Polsce najpopularniejsza jest dogoterapia (kontakt z psem), hipoterapia (kontakt z koniem) i felinoterapia (kontakt z kotem). Na świecie znane są również onoterapia (kontakt z osłami i mułami) oraz delfinoterapia (kontakt z delfinami).

Przyjrzyjmy się zatem dokładniej poszczególnym zmianom, jakie zachodzą w naszym życiu i w nas samych dzięki zwierzętom.

REDUKUJĄ STRES

Pomaga już samo przebywanie w jednym pokoju z ulubieńcem. Gdy patrzemy na swojego pupila, który cieszy się na nasz widok albo się do nas przytula, organizm wydziela oksytocynę. Hormon ten wpływa na tworzenie więzi i budzi odruchy opiekuńcze. W dodatku podwyższanie się poziomu oksytocyny wpływa na obniżenie poziomu kortyzolu, nazywanego hormonem stresu. Metodę obcowania ze zwierzętami stosuje się m.in. w leczeniu stresu pourazowego u weteranów wojennych. Samo towarzystwo psa czy kota sprawia, że łatwiej radzimy sobie z trudnymi sytuacjami. Towarzyszy im wówczas mniejsze napięcie i zdenerwowanie.

OBNIŻAJĄ POZIOM CHOLESTEROLU

Gdy masz w domu psa, musisz z nim wychodzić codziennie na spacer. A ruch pomaga utrzymać poziom złego cholesterolu w ryzach. Opinię tę potwierdzają badania australijskiej Narodowej Fundacji Kardiologicznej. Eksperti zauważyli, że ludzie posiadający psa, zwłaszcza mężczyźni,



mają mniejsze skłonności do nadciśnienia, nadwagi i podwyższonego cholesterolu niż osoby, które nie mieszkają ze zwierzęciem.

OBNIŻAJĄ CIŚNIENIE

A to wszystko dzięki zbawiennemu wpływowi głaskania zwierząt futerkowych. Badania naukowców ze Stanowego Uniwersytetu Nowego Jorku w Buffalo dowiodły, że na ludzi z nadciśnieniem głaskanie kota czy psa działa tak, jak gdyby przyjmowali połowę zalecanej przez lekarzy dawki leku na obniżenie ciśnienia.

Także zabawa z psem obniża za wysokie ciśnienie krwi, nawet sama obecność zwierzęcia w jednym pomieszczeniu powoduje, że niepokój związany z jakąś stresującą sytuacją – znacznie spada. Podobne efekty są zauważalne nawet, gdy obserwujemy rybki pływające w akwarium. Ptaki, papugi i kanarki działają z kolei rozweselająco.

POLEPSZAJĄ KONDYCJĘ

Pies jest lepszym kompanem na szwendańnię się po mieście niż jakikolwiek kumpel. Ludzie, którzy wychodzą na spacer z czworonogiem, cieszą się lepszą kondycją niż ci, którzy preferują przechadzki w towarzystwie znajomych czy rodziny. Inne badania pokazały, że posiadacze psów spacerują

średnio 300 minut tygodniowo, podczas gdy ludzie bez zwierzęcia chodzą średnio zaledwie 168 minut. Ponadto psiarze mają o 54 proc. większą szansę na osiągnięcie zaleconej przez lekarzy „dawki” codziennego ruchu.

WYDŁUŻAJĄ ŻYCIE

Niższy cholesterol, ciśnienie krwi, zredukowany stres i lepsza kondycja – kombinacja tych korzyści z posiadania zwierzęcia wpływa na zmniejszenie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Potwierdzają to wnioski z badań z 2013 r. Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego, które podkreśla, że zwierzęta futerkowe (zwłaszcza psy) zwiększają szansę pacjenta na dłuższe życie w zdrowiu i dobrej kondycji. Inne badania z kolei wykazały, iż w ciągu 10 miesięcy od kupienia zwierzęcia jego właściciele rzadziej cierpieli na drobne dolegliwości somatyczne, takie jak katar, kaszel, bóle pleców, głowy czy też bezsenność. Wynikało z nich także, że osoby, które mieszkają z czworonogiem rzadziej chodzą do lekarzy niż osoby nie posiadające zwierząt. Właściciele psów odwiedzali lekarzy o 8% rzadziej niż osoby nie posiadające zwierząt, a właściciele kotów o 12%.

PRZECIWDZIAŁAJĄ ALERGI

Jeśli miałeś zwierzę w dzieciństwie, jesteś szczęściarzem. Badania dowiodły, że dzieci, które do szóstego miesiąca życia miały kontakt ze zwierzętami, rzadziej cierpią na alergię, uczulenia, wypryski i astmę w późniejszych latach. Maluchy wychowane na wsi, otoczone kotami, psami, krowami czy nawet sporadycznie myszami, mają lepiej ukształtowany system immunologiczny.

POMAGAJĄ W WALCE Z DEPRESJĄ

Bliska relacja z pupilem łagodzi przebieg depresji, a nawet pomaga ją wyleczyć. Szczególny wpływ na polepszenie samopoczucia mają psy, które redukują napięcie, poprawiają samoocenę i utwierdzają w poczuciu autonomii i byciu kompetentnym. Pupile dają coś, na czym człowiek z depresją może się skoncentrować, przez co nie myśli o problemach i chorobie. Z kolei gdy zwierzę zwraca na taką osobę uwagę, chory czuje się zaakceptowany i kochany.

POMAGAJĄ ZNIEŚĆ CHRONICZNY BÓL

A to dzięki temu, że odwracają uwagę od fizycznego cierpienia. Dowiodły tego obserwacje w szpitalach, w których do pacjentów dopuszczane były ukochane zwie-

rzęta. W późniejszych rozmowach chorzy ci zaznaczali na skali niższy poziom bólu niż osoby, których pupile nie „odwiedzały”. Zaobserwowano, że pacjenci, którzy poddali się operacji wymiany stawu biodrowego, po zastosowaniu „zwierzęcej terapii” przyjmowali mniej leków przeciwbólowych.

UTRWALAJĄ WIĘZI MIĘDZYLUDZKIE

Młodzi ludzie, którzy czują więź z pupilem, potrafią budować trwalsze związki z innymi osobami w porównaniu z tymi, którzy zwierząt nie posiadają. Ponadto właściciele kotów czy psów są bardziej skłonni przejmować rolę decydenta w relacjach z partnerem, są bardziej odpowiedzialni, pewni siebie i okazują empatię. Spacer z psem zwiększa także możliwości kontaktów interpersonalnych, stwarza okazję do zatrzymania się i pogawędki z innymi „spacerowiczami” – człowiek staje się więc w tym czasie bardziej „dostępny”. A rozmowy dwóch właścicieli czworonogów są na ogół przyjazne (oczywiście poza przypadkami, gdy psy nie przypadną sobie do gustu...).

MONITORUJĄ NASZ STAN ZDROWIA

Zwierzęta są bardzo wrażliwe na wszelkie zmiany zachowania właściciela. Okazuje się, że czuły nos niektórych psów potrafi wyczuć chociażby poziom cukru u diabetyków, zanim jeszcze zauważy to sam właściciel. Gdy chorym na cukrzycę spada poziom glukozy, dochodzi w ich organizmie do kwasicy ketonowej, czyli stanu, w którym zamiast cukru spalany jest tłuszcz. Zmienia się wówczas zamach oddechu, co wyszkolone psy znakomicie wyczuwają.

PODWYŻSZAJĄ SAMOOCENĘ

Zwierzęta nie oceniają i akceptują właściciela takim, jaki jest, bez względu na wygląd czy zachowanie, kochają bezwarunkowo. To wszystko wpływa na podwyższenie samooceny u człowieka. Postawa ta nie dotyczy tylko psów, ale też kotów, które również przywiązują się do swojego pana. Eksperci dowodzą, że właściciele zwierząt w większym stopniu akceptują siebie niż osoby, które nie mają kota czy psa.

ZBLIŻAJĄ DO SIEBIE CZŁONKÓW RODZINY

Badania pokazują, że w momencie, gdy skłaniasz dziecko do spaceru z psem albo nakarmienia kota, wzmacniają się więzi między Wami. Zwierzęta są wdzięcznym tematem do rozmowy z dzieckiem

czy partnerem. Co więcej, dzieci uczą się odpowiedzialności i troski o innych. Ponadto to właśnie w związku z ulubionym zwierzęciem przeżywają swoje pierwsze doświadczenia ze śmiercią, co jest dla nich edukacyjnym przeżyciem i pretekstem do głębokiej rozmowy z rodzicem.

ZMNIEJSZAJĄ POCZUCIE SAMOTNOŚCI

Domowy zwierzątko może dać to czego często nie mogą zaoferować inni ludzie: miłość i towarzystwo. A przy tym nie marudzi, nie zdradza, a może nawet... ogrzać. Jest więc doskonałym antidotum na samotność. Badania przeprowadzone przez naukowców Saint Louis University wykazały, że mieszkańcy domów opieki czuli się mniej samotni, gdy przebywali z psem niż wówczas gdy przebywali z innymi ludźmi! W interwencjach przeprowadzanych przez inspektorów Towarzystwa Opieki nad Zwierzętami często spotykają oni samotne osoby, dla których pies czy kot to jedyne towarzystwo i często także jedyna motywacja do życia. W więzieniach, w których zezwolono na wizyty zwierząt lub trzymanie własnych zanotowano znaczne zmniejszenie częstotliwości aktów przemocy, prób samobójczych i zażywania narkotyków.



REASUMUJĄC:

Zwierzęta poprawiają nasze samopoczucie, relaksują, obniżają ciśnienie, a przede wszystkim są zawsze wierne i oddane. Obecność zwierząt w naszym życiu być może ma tak zbawienny na nas wpływ, dlatego że zwierzęta nie osądzają nas tylko po prostu kochają. Trudno chyba o lepszego towarzysza.

Źródło: <http://stylzdrowia.pl/pozytywny-wplyw-zwierzat-na-czlowieka/>

Pracownik z pasją: Ewa Brzeska

Jako przewodnik turystyczny nigdy nie wiem, z kim danego dnia przyjdzie mi spędzać czas. Ale zawsze jest w tym sporo adrenaliny, która pozwala mi energiczniej działać i przy okazji oderwać się od codzienności. Często poznaję przy tej okazji interesujących ludzi, którzy wnoszą w moje życie kolejne ciekawostki, chociażby takie jak budowa urządzeń hydrotechnicznych, jakimi są pochylnie Kanału Elbląskiego.

Uwielbiam być między ludźmi. Los obdarował mnie niezwykłym darem łatwego komunikowania się, a dzięki sporej wiedzy historycznej zdecydowałam się, aby swój czas wolny, po pracy, spędzać jako przewodnik

turystyczny. Najbardziej interesuje mnie historia rejonu, w którym mieszkam ze swoją rodziną, czyli Elbląg i okolice, ale także rejon Ostródy i Olsztynka, gdzie się urodziłam, i gdzie rozpoczęłam swoją edukację.



pracownica Centrali Telefonicznej
w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu

Swoje wędrowki śladami historii zapoczątkowałam w Stębarku i na Polach Grunwaldu, spędzałam tam każde wakacje aż do końca liceum. Później zamieszkałam w Gdańsku. Zakochałam się w jego urodzie i historii. Do dziś oprowadzam wycieczki po zaułkach tego wspaniałego miasta. Na turystycznych ścieżkach odzyskuję równowagę, regeneruję swoje siły. Świeże powietrze i ludzie, z którymi przebywam, praca w żywiole, który lubię – przywracają mi siły witalne na kolejne miesiące roku. Jednocześnie lubię tworzyć coś, co po sobie pozostawię, takie lekcje historii na żywo.

Kolejnym moim ulubionym regionem jest Mierzeja Wiślana: rezerваты przyrody, zwierzęta, ptaki, woda oraz najbardziej rozpoznawalne maleńkie nadzalewowe miasteczko Frombork, tak rozstawione przez pobyt kanonika fromborskiego Mikołaja Kopernika. Był doktorem dwojga praw: kanonicznego i świeckiego, człowiekiem twórczym, który wykorzystywał do maksimum swoją zdobytą wiedzę na uniwersytetach. Mimo wielu obowiązków w pracy znajdował czas, by zajmować się swoją wielką pasją - astronomią. Wyrócił do góry nogami geocentryczny system Klaudiusza Ptolemeusza – zamieniając go na nowy system - heliocentryczny, niezgodny z ówczesnymi teoriami kościoła. Turyści, których oprowadzam po Fromborku, są zawsze bardzo ciekawi historii życia i twórczości Kopernika, także historii odkrycia jego grobu odnalezionego we fromborskiej katedrze. Mam już nowy pomysł, żeby historię katedry wzbogacić w ciekawostki dotąd nieopisane, od dwóch lat zbieram materiały na ten temat i mam nadzieję, że niebawem powstanie ciekawa praca...



Święto ustanowione na pamiątkę powstania 7 kwietnia 1948 r. Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) porusza aktualną problematykę z zakresu zdrowia publicznego.



Paniom i Panom wykonującym te wspaniałe,
choć jakże trudne zawody
wszystkiego, co najlepsze życzą
Dyrekcja i pracownicy WSZ w Elblągu



Elbląskie szpitale (część 4)

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 wędrówkę szlakiem dziejów elbląskiego szpitalnictwa.

SZPITAL ZAKAŹNY – PESTBUDE

Epidemie dżumy w Elblągu odnotowano już w latach 1351/52. Powtarzające się przypadki masowych zgonów z powodu dżumy (6 tys. do 13 tys. ofiar w 1360 r.) wskazywały na pogarszające się warunki bytowe mieszkańców, wynikające z wojen i głodu w tym okresie. Wybuch zarazy w 1624 roku skłonił Radę Miejską do wybudowania dla chorych na dżumę drewnianych bud poza miastem. Było to za mało wobec wielkiej liczby chorych i dlatego zakupiono gospodę „Wysokie Blanki” na terenie byłego bastionu umocnień miejskich, w której urządzono szpital dla zarażonych. Po ustąpieniu zarazy urządzono tutaj szpital dla ubogich, jednakże szpital wracał do swojego pierwotnego przeznaczenia przy powrotach zarazy – szczególnie w XVII w. Budynek ten, nazywany też Blanką Zarazy lub Budą Zarazy (Pestbude), lokalizujemy u zbiegu ul Trybunalskiej, Hetmańskiej i Słonecznej, w pobliżu obecnej kwaciarni „Azalia”, ustawiony równolegle do ul Słonecznej. W miejscu zapewne dawnego cmentarza, rosną dorodne drzewa. Jeszcze nie dawno podczas wykopów odkrywane były tam szczątki kostne. W 1819 r. musiano rozebrać budynek szpitala zakaźnego, gdyż groził zawaleniem. Nowy został zbudowany jeszcze w tym samym roku i poświęcony 19 września. (patrz zdjęcie poniżej). W styczniu 1945 r. był to rezerwowo szpital dla rannych, uległ jednak zniszczeniu w toku walk o miasto.

Największą epidemię dżumy odnotowano w mieście w latach 1709- 1710. Przywlekli ją dwaj czescy czeladnicy, którzy przybyli tu po naukę zawodu i po kilku dniach zmarli. Powołana przez Radę Miasta na czas zarazy Rada Zdrowia (Collegium Sanitatis) stanowiąca:

- ograniczenie komunikacji poza i do miasta: przy bramach miasta ustanowiono warty, które wymagały od przybyszów okazania paszportów zdrowia, mówiących o tym czy na terenie skąd przybywają nie ma zarazy.
- kontroli poddano też towary przywożone, uważane za niebezpieczne: sukno, wełna, futra, pierze. Były one siedliskiem pcheł, te zaś były pośrednikami w przenoszeniu zarasków dżumy ze szczurów na ludzi.
- prowadzono akcje „oświatowe” w dzisiejszym znaczeniu: pouczano, jak należy się zachowywać przy chorych, zalecano zabiegi o charakterze higienicznym np. usunięcie z domu drobiu, trzody, utrzymywanie czystości w domu, dobre odżywianie, okadzanie mieszkań etc.

Leczeniem zadżumionych w szpitalach i domach od 1709 r. zajmował się „balwierz dżumowy” (Pestbarbier). Grzebaniem zwłok zajmowali się powołani przez Radę Zdrowia specjaliści odpowiednio wyposażeni tragarze. Zmarłych chowano na istniejących nekropoliach. Za środek chroniący domostwa przed zarazą powszechnie

uważano tytoń oraz proch dymny. Trzy razy dziennie okadzano domostwa, a zażywanie tytoniu i tabaki było wręcz zalecane. Uczono, aby jadłospis był bogaty w sok z cytryny, wiśni i porzeczek, co miało wzmacniać organizm przed chorobami. Na czas moru przyjmowano szczególne normy konsumpcji. Rada Miejska w 1708r. zlecała drukowanie specjalnych książeczek z zaleceniami. Podawano tam wiele wskazówek jak „w tym groźnym czasie” należy się „prezerwować i kurować”.

Przebieg choroby był zawsze taki sam: gorączka, dreszcze, osłabienie, bóle krzyża, głowy i kończyn. Na ciele pojawiały się wybroczyny, plamy i guzy. Po wystąpieniu objawów należało niezwłocznie przystąpić do podjęcia leczenia (jednego z trzech sposobów) np. pół łyta sproszkowanego bezoaru* lub 70-80 kropli tego medykamentu w roztworze, 30 kropli eliksiru antydżumowego, ewentualnie łyt powidełek ochronnych. Nie znany jest skład eliksiru antydżumowego. Wiadomo tylko, iż po zastosowaniu leków trzeba było czekać dwa tygodnie, aż sytuacja się wyklaruje. Jeśli chory przetrzymał ten czas, oznaczało, iż wyszedł z opresji obronną ręką.

W listopadzie 1710 r. zastosowano nową metodę obrony przed epidemią – zamknięto domy, w których ktokolwiek chorował lub zmarł. Przed drzwiami wystawiano warty pilnujące, aby nikt nie wydostał się z mieszkań. Żywność oraz lekarstwa dostarczali pilnujący ich wartownicy. Okna i drzwi w mieszkaniach po zmarłych zabijane były deskami. Oczywiście najobfitsze żywno choroba zbierała w dzielnicach zamieszkałych przez biedaków. Miasto otaczało ich swoją opieką na tyle, iż nie pobierano od nich opłat za leczenie. Jednak balwierze nie docierali tam tak często, jak do pacjentów płacących za leczenie. Ludność uboga z tych samych względów miała utrudniony dostęp do szpitali. Lazaret utrzymywał się z datków elbląskiego patrycjatu oraz z dochodów z posiadłości ziemskich.

W czasie epidemii do świątyni mieli wstęp tylko ludzie zdrowi. Ludzie chorzy mogli modlić się poza murami kościoła, tam też przyjmując komunię. Sama ceremonia pochówków miała miejsce nocą, aby zmniejszyć ryzyko zachorowań i wyeliminować kontakty ze zdrowymi obywatelami miasta. W czynnościach pogrzebowych brali udział tragarze zwłok, grabarz i osoba duchowna.





KATARZYNA KŁOBUCHOWSKA

Przez pięć kolejnych bardzo trudnych lat Kasia wierzyła, że się uda. A razem z nią wierzyliśmy my wszyscy – jej przyjaciele i współpracownicy ze szpitala wojewódzkiego. Odeszła od nas w wieku niespełna 44 lat. W pamięci tych, którzy ją znali, pozostała symbolem kobiety i matki, która w imię miłości do swojej córki rzuciła wyzwanie bezlitosnemu przeciwnikowi - nowotworowi.

Katarzyna Kłobuchowska przez blisko 24 lata pracowała jako pielęgniarka w Oddziale Dermatologicznym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu. Równocześnie sama wychowywała córeczkę Julkę. Kiedy pięć lat temu lekarze wykryli u Kasi raka piersi, to właśnie miłość do córki sprawiła, że Kasia się nie poddała i podjęła bezkompromisową walkę o życie.

Terapia Kasi zaczęła się od standardowego leczenia chemio – i radioterapią, które okazało się nieskuteczne. Nowotwór przerzucił się na kości i wątrobę. Szansą miała być Kadcyła, nowoczesny chemioterapeutyk stosowany w rozsiałym stadium raka piersi. Lek dający nadzieję na wyzdrowienie, niestety drogi i nie refundowany przez NFZ. Jedna dawka Kadcyli, którą Kasia musiałaby przyjmować regularnie raz na trzy tygodnie, to ponad 15.000 zł. Dla pielęgniarki samotnie wychowującej dziecko to suma nierealna!

Na ratunek Kasi ruszyli najpierw onkolodzy i współpracownicy z oddziału. Do zbiórki pieniędzy na leczenie koleżanki przyłączyli się pracownicy szpitala a także wiele innych, często anonimowych, osób. Apele dyrekcji szpitala z prośbą o pomoc dla Kasi trafiły do wielu osób prywatnych i firm w regionie. Julka, córeczka Kasi, osobiście podpisywała się pod prośbami o ratunek dla mamy. List Julki poruszył m.in. serce prezes fundacji POLSAT Krystyny Aldridge - Holc, która zareagowała błyskawicznie, gwarantując pokrycie kosztów trzech kolejnych dawek leku. Pieniądze na leczenie Kasi zbierano też za pośrednictwem ogólnopolskich fundacji: Alivia i siepomaga.pl.

We wrześniu 2015 roku Kasia rozpoczęła terapię Kadcyłą. Po pierwszych dawkach leku poczuła się lepiej! Także tomografia komputerowa wykazała, że zmiany nowotworowe są mniejsze.

W lutym 2016 roku Kasia wróciła na Dermatologię. Praca miała być dla niej, i była, terapią. Z nieuchronnymi przerwami na kolejne cykle „chemii” opiekowała się pacjentami, podawała im leki i kroplówki, robiła iniekcje, dbała o dokumentację medyczną. Często mówiła, że dzięki temu, że sama usłyszała „trudną diagnozę”, o wiele bardziej rozumie teraz swoich pacjentów...

Pod koniec ubiegłego roku nowotwór powrócił. Lek, który przyjmowała Kasia, przestał działać... Lekarze nie pozwolili jej jednak się poddać. Zastosowali inny lek onkologiczny - Perjeta, uważany za przełomowy w leczeniu raka piersi z przerzutami. Niestety, także nie refundowany przez NFZ: 13.000 zł za jedną dawkę co trzy tygodnie. Na początku lutego Kasia przyjęła pierwszą kroplówkę, potem kolejną...

Kasia Kłobuchowska odeszła 11 marca 2017 roku. Miała niespełna 44 lata. W maju jej córeczka Julka ma przystąpić do pierwszej komunii. Obie –i mama, i córka - do końca wierzyły, że to będzie dla nich radosne przeżycie, że Kasia będzie już zdrowa, że mają przed sobą jeszcze wiele dobrych, wspólnych lat...

Jesteśmy przekonane, że jakaś cząstka osobowości Kasi pozostanie w nas na zawsze. Dla jednych będzie to wspomnienie Jej zaangażowania się, wręcz oddania, pracy, Jej sumienność i dokładność. Dla innych – wysoka kultura osobista Kasi i Jej życzliwość w kontaktach z drugim człowiekiem. Dla nas wszystkich – Jej dobroć i niezwykła wrażliwość... Będzie nam bardzo brakowało Kasi.

Koleżanki z Oddziału Dermatologicznego



Wystawa prac naszego kolegi z Działu Ratownictwa Medycznego w Hotelu Arbiter

