



KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO W ELBLĄGU PAŹDZIERNIK 2017 (4/68)

# KRÓLEWIECKA 146

ISSN-1642-1922  
Egzemplarz bezpłatny



W numerze m.in.:  
**Modernizujemy  
Szpitalny Oddział Ratunkowy**



fot. Anna Kowalska

**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**

SOR będzie jak nowy! _____	5
ZESPÓŁ GILBERTA - schorzenie metaboliczne, którego nie można ignorować _____	6
ŁUSZCZYCA - choroba na całe życie _____	8
Profilaktyka - ważna sprawa GUZY JĄDRA _____	10
Krótko i na temat... _____	11
Jak prawidłowo przygotować się do badań diagnostycznych? _____	12
BEATA KOZACZYK - nasza kandydatka do tytułu „POŁOŻNEJ NA MEDAL” _____	14
Porozmawiajmy o... sprawach sercowych _____	15
Terapia metodą Wojty _____	16
WYPADKI w PRACY, czyli... dbajmy o zdrowie i życie, bo mamy je tylko jedno _____	18
Pracownik z pasją: Justyna Sawicka Wakacyjne wędrówki rodziny Kałabun _____	20
Elbląskie szpitale (część 6) _____	22
Odeszły od nas... _____	23





*Szanowni Państwo!*

Miło nam podzielić się dobrą nowiną: właśnie udało się kupić dla szpitala kolejny nowy ambulans, i co za tym idzie, utworzyć w strukturach szpitalnego Działu Ratownictwa Medycznego dodatkowy specjalistyczny wyjazdowy zespół ratowniczy. Stało się to możliwe dzięki pozytywnej decyzji Wojewody Warmińsko- Mazurskiego o przydzieleniu Elblągowi dodatkowego wyjazdowego zespołu ratowniczego a następnie, dzięki życzliwości elbląskiej Rady Miejskiej i Prezydenta Elbląga, którzy jednogłośnie zgodzili się, by kwotą 250 tys. zł z budżetu miasta dofinansować zakup nowego ambulansu dla miasta. Pozostałą sumę (całkowity koszt pojazdu to prawie 400 tys. zł) udało nam się zebrać własnymi siłami.

Proszę wierzyć, że to dla nas sprawa niezwyklej wagi. Jak bowiem wynika ze statystyk, elbląskie zespoły ratownictwa medycznego są- jeśli chodzi o ilość wyjazdów na dobę- najbardziej obciążone spośród wszystkich działających na terenie naszego województwa. Wcześniej dysponowaliśmy w Elblągu czterema zespołami ratowniczymi: dwoma podstawowymi i dwoma specjalistycznymi, czyli z lekarzem. W praktyce była to ilość niewystarczająca. Każdy z takich zespołów wyjeżdżał statystycznie po kilkanaście razy na dobę, nierzadko były to wyjazdy dwugodzinne, czasem jeszcze dłuższe. A bywało i tak, że lekarze i ratownicy podczas dyżuru niemal nie wysiadali z karetki!

Mieliśmy świadomość, że tę bardzo napiętą sytuację może rozładować tylko zakup dodatkowego ambulansu i stworzenie dodatkowego – piątego - zespołu ratowniczego. Udało się, a wielką w tym zasługą elbląskiego radnego Michała Missana, szefa naszego Działu Ratownictwa Medycznego. Nikt tak dogłębnie jak on nie znał sytuacji, i to właśnie dzięki jego wysiłkom i konsekwencji udało się przekonać elbląskich radnych do pilnej potrzeby zainwestowania w poprawę stanu bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców miasta.

Nowa inwestycja pozwoliła nam, szpitalowi, odtworzyć stan taboru naszego Działu Ratownictwa Medycznego w takim stopniu, by dysponować bezpieczną ilością ambulansów zabezpieczających świadczone przez nas usługi ratownicze. W praktyce skróci to czas oczekiwania na przyjazd karetki pogotowia. To niezwykle ważna informacja dla wszystkich naszych potencjalnych pacjentów

Co jeszcze u nas? Jak Państwo wiedzą, od października weszły w życie nowe zapisy reformy ochrony zdrowia. Funkcjonujemy w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), czyli w tzw. sieci szpitali. Jak owe zmiany przełożą się na funkcjonowanie szpitala w praktyce? W kolejnym numerze gazety postaram się podzielić z Państwem pierwszymi spostrzeżeniami na ten temat. Tymczasem życzę miłej lektury.

*Elżbieta Gelert*  
*Dyrektor Naczelna*  
*Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu*

Projekt pn. „Przebudowa i modernizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu”, dofinansowany jest 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 wsparcia istniejących szpitalnych oddziałów ratunkowych, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii.

**Całkowita wartość: 7 954 218,03 zł**  
**Dofinansowanie ze środków unijnych:**  
**3 400 000,00 zł**  
**Wkład własny szpitala: 4.554.218,03 zł**



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego



### KALENDARIUM BUDOWY

- **7 lipca 2017** - podpisanie umowy na wykonanie prac budowlanych
- **17 lipca 2017** - przekazanie placu budowy
- **27 lipca 2017** - rozpoczęcie prac rozbiórkowych i konstrukcyjnych
- **Październik 2017** - rozpoczęcie prac wewnątrz budynku w pomieszczeniach SOR przewidzianych do przebudowy
- **Październik/ listopad 2017** - planowane zakończenie rozbudowy zewnętrznej
- **Czerwiec 2018** - planowane zakończenie inwestycji

### WAŻNE ZMIANY W ORGANIZACJI RUCHU NA TERENIE WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOŁONEGO W ELBLĄGU

**W związku z przebudową Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z dniem 4. 10. 2017 r. zmienia się organizacja ruchu na terenie WSZ w Elblągu.**

Szpitalny Oddział Ratunkowy przeniesiony zostaje do nowej tymczasowej lokalizacji na parterze szpitala, vis a vis Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej (stary Blok Operacyjny).

**Od 4.10.2017 r. dojdzie do:**

- Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,
- Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej ( dla dorosłych i dzieci),
- Obszaru Konsultacyjnego Chirurgicznego – wyłącznie od strony wejścia głównego do szpitala (od. ul. Królewieckiej).

**Rejestracja do w/w** – w głównej Izbie Przyjęć.

**Dziecięca Izba Przyjęć** – bez zmian – osobne wejście od strony podjazdu dla karetek.

**Położnicza Izba Przyjęć** – przeniesiona na I piętro, przy Oddziale Ginekologiczno-Położniczym – dojdzie od strony wejścia głównego do szpitala (od. ul. Królewieckiej).

# SOR będzie jak nowy!

Na początku lipca br. podpisaliśmy umowę na wykonanie prac budowlanych związanych z realizacją projektu „Przebudowa i modernizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu”. Jeszcze w lipcu na plac budowy wkroczył generalny wykonawca robót: Przedsiębiorstwo Budownictwa Ogólnego „Przemysłówka o3” z Elbląga. Tak rozpoczęła się kolejna bardzo ważna dla naszego szpitala inwestycja, której celem jest nie tylko dostosowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego do nowych standardów i przepisów Ministerstwa Zdrowia, ale przede wszystkim podniesienie jakości i dostępności świadczonych tu usług medycznych.



- Prace rozpoczęły się od ogrodzenia i zagospodarowania terenu budowy znajdującego się w obszarze zlokalizowanym przy podjeździe dla karettek, od strony lądowiska dla helikopterów – informuje Anna Maksymowicz, Kierownik Projektu, pracownik szpitalnej Sekcji Inwestycji i Remontów. – Równocześnie ruszyły niezbędne prace w patio przy budynku Rezonansu Magnetycznego oraz w patio za główną Izbą Przyjęć.

Na początku wykonywano głównie prace rozbiórkowe i wszelkie niezbędne roboty ziemne. **Aktualnie powstają stopy fundamentowe pod planowaną rozbudowę SOR oraz wzmocnienia konstrukcyjne pod podjazdem dla karettek, co umożliwi bezpieczne prowadzenie w tym obszarze prac budowlanych.**

Jak zakłada projekt, wszelkie konstrukcje żelbetowe, także nowy szyb windy, mają



Anna Maksymowicz,  
Kierownik Projektu,  
pracownik Sekcji Inwestycji i Remontów

być gotowe do końca bieżącego roku. Nieco wcześniej, bo na październik, budowlancy zaplanowali rozpoczęcie prac wewnątrz budynku - w pomieszczeniach SOR przewidzianych do przebudowy, które na ten okres przeniesione zostaną do tymczasowych pomieszczeń po starym Bloku Operacyjnym. Wiązać się to będzie z niezbędną reorganizacją pracy SOR, także ze zmianą dróg komunikacyjnych wewnątrz szpitala.

- Prace od początku przebiegają zgodnie z harmonogramem - mówi Inżynier Budowy Tomasz Stachura. - Na chwilę obecną nie ma żadnych przeszkód czy opóźnień, i oby tak dalej! Po prostu pracujemy, realizując nasze kolejne zadania.

**Finał inwestycji zaplanowano na czerwiec 2018 roku.**



# ZESPÓŁ GILBERTA

## - schorzenie metaboliczne, którego nie można ignorować

**Zespół Gilberta to jedno z najczęstszych schorzeń uwarunkowanych genetycznie. Występuje u około 10% populacji i charakteryzuje się podwyższonym stężeniem bilirubiny niesprężonej we krwi. Przez wiele lat, od czasu odkrycia i opisanie tego zaburzenia przez Gilberta i Lerebouleta w 1901 roku, uznawane było ono jedynie za niegroźny defekt metaboliczny. Obecnie jednak zauważono, że wpływ następstw zespołu Gilberta na zdrowie i życie człowieka był niedoceniany**



Żółte zabarwienie skóry i białkówki oczu – widoczne objawy zespołu Gilberta

Bilirubina jest żółtym barwnikiem, końcowym produktem degradacji hemu, pochodzącego z rozkładu takich białek jak hemoglobina, mioglobina i cytochromy. W ciągu dnia u zdrowej osoby powstaje i wydalane jest z organizmu od 250 do 400 mg bilirubiny, z czego większość w wyniku procesu utylizacji starych i uszkodzonych erytrocytów. Jeśli metabolizm bilirubiny nie jest zaburzony, jej stężenie w surowicy nie przekracza 1,1-1,2 mg/dl.

Łagodny wzrost stężenia bilirubiny niesprężonej we krwi przy normalnej produkcji tego barwnika oraz braku oznak wzmoczonej hemolizy czy też choroby wątroby to właściwie jedyny biochemiczny objaw zespołu Gilberta. Występujące tylko w części przypadków, symptomy kliniczne tego dziedzicznego schorzenia obejmują zażółcenie białek oka i powłok skórnych (żółtaczka), czemu towarzyszyć może osłabienie i uczucie zmęczenia. Stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy pacjentów z zespołem Gilberta waha się od wartości normalnej do nawet 5 mg/dl, ale zazwyczaj nie przekracza 3 mg/dl. Nasileniu objawów sprzyjają głód, odwodnienie, stres, brak snu, wysiłek fizyczny, infekcje a także zabiegi chirurgiczne. Bezpośrednią przyczyną opisywanej hiperbilirubinemii jest najczęściej obecność polimorfizmu promotora genu kodującego enzym UGT1A1 (urydynodifosfoglukuronylotransferaza bilirubiny, UGTB), czego następstwem jest

ograniczenie wydalania bilirubiny z organizmu.

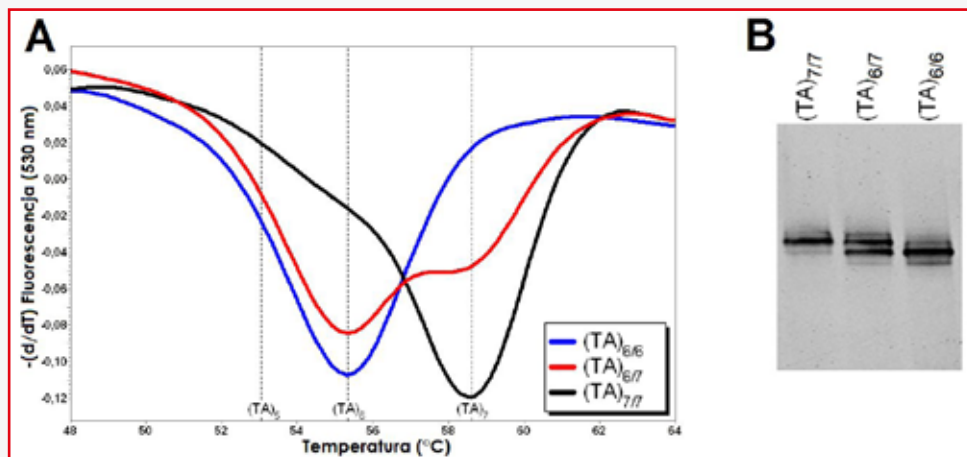
Na podstawie badań stężenia bilirubiny w surowicy, zespół Gilberta wykrywa się u 5-10% przedstawicieli populacji kaukaskiej. Z powodu wspomnianej wyżej fluktuacji poziomów bilirubiny bardzo trudno jest jednak wyznaczyć granicę między łagodną formą schorzenia a stanem normalnym. Ten czynnik oraz brak konieczności leczenia pacjentów z łagodną hiperbilirubinemią doprowadził w latach 70' i 80' XIX wieku do debaty nad istnieniem zespołu Gilberta. Część badaczy definiowała go jako zespół objawów występujących u reprezentantów populacji zdrowej, manifestujących najwyższe prawidłowe stężenie bilirubiny. W obliczu nowszych badań, poglądy te zostały jednak zrewidowane.

Objawiający się żółtaczka, nadmiar bilirubiny niesprężonej w surowicy jest charakterystyczny dla 50-60% noworodków w pierwszych dniach życia. Ta fizjologiczna żółtaczka pojawia się głównie w skutek obniżonego poziomu ekspresji genu UGT1A1, który osiąga właściwą wartość dopiero w 3. miesiącu życia. Akceptowalne stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy u noworodków karmio-

nych mlekiem matki to nawet 12-15 mg/dl (w zależności od masy i wieku dziecka). Czasami jednak dochodzi do jeszcze większej akumulacji bilirubiny po porodzie, grożącej uszkodzeniem układu nerwowego. Jednym z czynników ryzyka dla wystąpienia takiej niefizjologicznej żółtaczki noworodków są mutacje wywołujące zespół Gilberta, które sprzyjają wzmoczonej hiperbilirubinemii w pierwszych dwóch dniach życia. Ostra hiperbilirubinemia noworodków może być natomiast spowodowana współwystępowaniem zespołu Gilberta z innymi defektami genetycznymi. Opisano przypadki takiej negatywnej interakcji z wrodzonym niedoborem dehydrogenazy glukozy-6-fosforanowej, wrodzoną sferocytzą i heterozygotyczną  $\beta$ -talasemią.

Funkcją białka będącego produktem genu UGT1A1 nie jest jedynie udział w metabolizmie bilirubiny. Odpowiada ono także za dystrybucję, dezaktywację i wydalanie z organizmu innych endo- i egzogennych substancji. U osób z zespołem Gilberta, prezentujących zmniejszoną aktywność enzymu UGTB, obserwuje się wydłużone działanie i wzmoczone efekty uboczne różnego rodzaju leków oraz większą szkodliwość związków fenolowych czy mutagennych arylamin i benzo- $\alpha$ -pirenow.

Najbardziej znanym przykładem złego tolerowania leku u pacjentów z zespołem Gilberta jest terapia przeciwnowotworowa irinotekaniem (stosowany w raku jelita grubego). W przypadku tego inhibitora topizo-



Wykrywanie polimorfizmu promotora genu UGT1A1 (TA7/7) przy użyciu: A – fluorescencyjnych sond molekularnych, B – elektroforezy żelowej w gradiencie czynnika denaturującego (DGGE)

merazy I zaleca się badania genetyczne na obecność mutacji promotora genu UGT1A1 przed rozpoczęciem leczenia. Poza tym, u osób z zespołem Gilberta, obserwuje się nasiloną toksyczność takich substancji jak antynowotworowe belinostat i TAS-103, działająca przeciwbólowo buprenorfina, czy też wirosatyków stosowanych w zwalczaniu zakażenia HIV – atazanawiru i indinawiru.

Obniżoną eliminację z organizmu u pacjentów z zespołem Gilberta zaobserwowano również w przypadku acetaminofenu (popularny paracetamol). Związek ten jest jednak substratem dla glukuronidazy izoformy UGT1A6, a nie UGT1A1. Późniejsze analizy wyjaśniły powód powyższego zjawiska. Okazało się, że mutacje wywołujące zespół Gilberta współwystępują z polimorfizmem genu UGT1A6, którego rezultatem jest spowolniony metabolizm m.in. acetaminofenu. Obecna u około 90% osób z zespołem Gilberta mutacja UGT1A6\*2 powoduje również nieprawidłowości w glukuronidacji aspiryny oraz leków pochodnych kumaryny i dopaminy.

Innym przykładem okoliczności, w których zespół Gilberta powinien być brany pod uwagę, są decyzje dotyczące wyboru terapii czy też zakwalifikowania do przeszczepu u pacjentów ze schorzeniami wątroby (głównie WZW typu C). Powyższe decyzje podejmowane są często na podstawie skal Child-Pugha lub MELD (ang. Model for End-Stage Liver Disease), gdzie jedną ze zmiennych jest właśnie stężenie bilirubiny w surowicy. Osoba z zespołem Gilberta może być przez to w pewnych przypadkach pozbawiona możliwości skuteczniejszej formy leczenia lub też transplantacji wątroby.

Paradoksalnie, sama bilirubina nie jest tylko bezużytecznym, toksycznym produktem metabolizmu hemu. Korzystne, antyoksydacyjne i przeciwzapalne właściwości tego związku potwierdzone zostały zarówno w badaniach in vitro jak i in vivo. Bilirubina redukuje i unieszkodliwia oksydanty przekształcając się w biliwerdynę, która następnie jest natychmiastowo konwertowana z powrotem do bilirubiny i może być wykorzystana w kolejnych reakcjach. Jeszcze ważniejszego, antyoksydacyjnego działania bilirubiny upatruje się w jej zdolności do skutecznej i specyficznej inhibicji związanej z błoną oksydazy NADPH, która jest głównym źródłem oksydantów w fagocytach jak i w wielu komórkach niefagocytarnych. Warto przy tym wspomnieć, że mimo iż oksydaza NADPH warunkuje efektywność immunologiczną leukocytów, obserwacje kliniczne nie wskazują obniżonej odporności u pacjentów z zespołem Gilberta.

Krążąca we krwi bilirubina, poprzez ograniczanie oksydacji lipidów, może zabezpieczać przed rozwojem miażdżycy, wywołującej ciężkie i zagrażające życiu choroby naczyń krwionośnych, w tym serca i mózgu. Potwierdzono to w wielu analizach wykazujących odwrotną korelację pomiędzy poziomem bilirubiny w surowicy, a ryzykiem zwężenia naczyń wieńcowych, zwężenia tętnicy szyjnej, niedokrwiennej choroby serca i śmierci z przyczyn sercowo-naczyniowych. Tylko 2% spośród zbadanych w Czechach pacjentów z zespołem Gilberta w wieku powyżej 40 lat wykazywało symptomatyczną, niedokrwinną chorobę serca (częstość w populacji ogólnej 10-20%). Co ciekawe, w tej samej grupie osób, również

tylko 2% prezentowało objawy nadciśnienia tętniczego.

Z uwagi na fakt stymulacji mutagenyzy przez oksydanty, kilka grup badawczych przyjrzało się wpływowi stężenia bilirubiny w surowicy na ryzyko chorób nowotworowych. W populacji belgijskiej, wysoki poziom bilirubiny (w zakresie wartości normalnych) był statystycznie istotnie związany z mniejszą śmiertelnością z powodu raka u mężczyzn. W innym badaniu, porównującym grupy badaną i kontrolną, stwierdzono zależność wyższego poziomu bilirubiny z mniejszym ryzykiem raka piersi.

Równie ciekawe wyniki uzyskano w retrospektywnej analizie populacyjnej z 2013 r., obejmującej ponad 4 tysiące osób z zespołem Gilberta z Wielkiej Brytanii. Po wykluczeniu innych znanych czynników ryzyka, śmiertelność u tych pacjentów była na przestrzeni 5-12 lat dwukrotnie niższa niż w populacji ogólnej.

W ujęciu ewolucyjnym, utrzymywanie się w populacji znacznej częstości mutacji wywołujących zespół Gilberta musiała być związana z pozytywnym wpływem tego schorzenia na organizm. W określonych sytuacjach zwiększone stężenie bilirubiny było korzystne i zwiększało przeżywalność, co potwierdzają przedstawione wyżej badania na dużych grupach pacjentów. Trzeba tutaj jednak zaznaczyć, że będąc świadomym pozytywnych efektów, nie można lekceważyć zagrożeń i szkodliwych następstw związanych z opisywanym schorzeniem.

#### Tomasz Romanowski

*Diagnosta laboratoryjny, doktor nauk biologicznych w dziedzinie biochemii. Młodszy asystent w Laboratorium Bakteriologicznym WSZ w Elblągu. W pracy naukowej związany z Zakładem Diagnostyki Molekularnej na Międzyuczelnianym Wydziale Biotechnologii Uniwersytetu Gdańskiego i Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Realizował projekty badawcze dotyczące zastosowania nowoczesnych narzędzi biologii molekularnej w diagnostyce dziedzicznych chorób metabolicznych (tj. hemochromatoza, zespół Gilberta), nowotworowych i infekcyjnych (WZW typu B i C). Ostatnio uczestniczył w międzynarodowym projekcie, którego celem było poszukiwanie markerów wirusowych oraz osobniczych związanych ze skutecznością leczenia zakażeń HBV.*



# ŁUSZCZYCA

## – choroba na całe życie

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



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

### Przyczyny choroby

Rozwój łuszczycy związany jest z nieprawidłowym działaniem układu odpornościowego. Nie znamy dokładnie przyczyn choroby, znamy natomiast cały proces rozwoju zmian łuszczycowych. Kluczową rolę w rozwoju łuszczycy odgrywają limfocyty T- jedna z najważniejszych komórek odpowiadających za naszą odporność i zwalczanie zakażeń. U chorych na łuszczycę limfocyty T są nadmiernie pobudzone nawet przy braku zakażenia i atakują własne komórki skóry. Dlatego łuszczycę zaliczamy do chorób autoimmunologicznych, czyli chorób z autoagresji. W skrócie można proces przedstawić następująco pobudzony limfocyt T wydziela cytokiny prozapalne, które powodują rozrost naczyń krwionośnych w skórze, naczynia te stają się szersze i bardziej kręte, ponadto lokalizują się w wyższych warstwach skóry. Dochodzi do przyspieszonego namnażania i dojrzewania komórek naskórka. U osób zdrowych pojedyncza komórka naskórka potrzebuje około 4 tygodni, aby zamienić się w martwą łuskę, która w sposób naturalny złuszcza się na powierzchni skóry. W łuszczycy nowe komórki naskórka przechodzą z warstwy podstawnej do martwej warstwy rogowej w ciągu kilku dni. Dłate-

go na powierzchni skóry dochodzi do gromadzenia się komórek rogowych, które tworzą srebrzystą łuskę.

### Czynniki genetyczne a łuszczyca

W rozwoju łuszczycy bardzo ważną rolę odgrywają czynniki genetyczne. Pacjent, u którego rozpoznajemy łuszczycę zastanawia się zwykle, po kim mógł odziedziczyć chorobę. Bywa jednak okazuje, że nikt w najbliższej rodzinie nie chorował, a łuszczyca pojawiła się w danej rodzinie po raz pierwszy. Choroba może ujawnić się w każdym wieku, zarówno u niemowląt jak i u osób w wieku podeszłym. Z tego powodu wyróżniono dwie postaci łuszczycy:

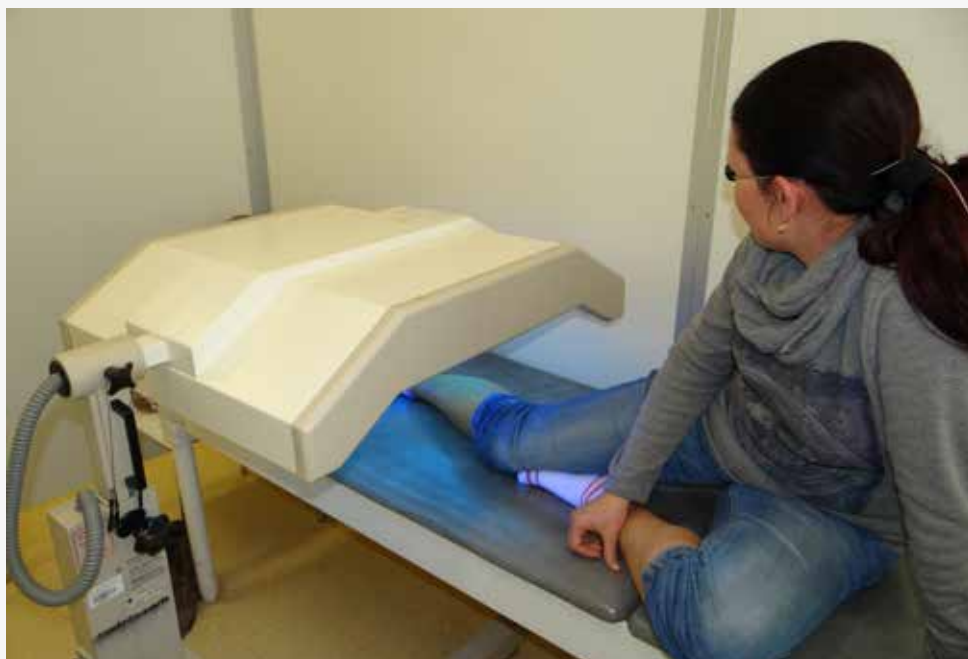
- typu I - dziedziczna, ujawniająca się w wieku młodzieńczym, często o ciężkim przebiegu
- typu II - sporadyczna, pierwsze zmiany pojawiają się zwykle między 40-60 r. ż., często bez innych przypadków choroby w rodzinie. Przebiega często w postaci pojedynczych ognisk

### Klinika łuszczycy

Łuszczyca to jedna choroba, która może występować w różnych postaciach. Jej podział ma znaczenie przy wyborze metody leczenia i rokowaniu dotyczącym przebiegu i ciężkości choroby. Może prezentować się od pojedynczych blaszek łuszczycowych w typowej lokalizacji, przez łuszczycę krostkową do erythrodermicznej.

### Wybór leczenia

Nie wynaleziono jeszcze skutecznej terapii pozwalającej całkowicie i na stałe pozbyć się łuszczycy. Istnieje jednak wiele sposobów jej leczenia. Biorąc pod uwagę, że jest to choroba na całe życie należy zawsze wybierać najbardziej skuteczne metody leczenia, które jednocześnie nie będą szkodliwe w długim czasie. Leki ogólne (tabletki, zastrzyki) stosowane są tylko w cięższych postaciach łuszczycy z uwagi na możliwe krótko- i długoterminowe skutki uboczne. W przeważającej większości przypadków (80-90% chorych) łuszczyca przebiega w postaci łagodnej





## W ODDZIALE DERMATOLOGICZNYM NASZEGO SZPITALA OFEROWANE SĄ WSZYSTKIE RODZAJE LECZENIA ŁUSZCZYCY:

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

i umiarkowanej, a podstawą jej leczenia są preparaty miejscowe takie jak emolienty, maści zmiękczające i złuszczone, oraz preparaty redukujące i immunomodulujące.

### Fototerapia, czyli leczenie światłem

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

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



## PSORIASIS, CZYLI SWĘDZĄCA CHOROBA

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



Irena Kąkol  
Pielęgniarka Oddziałowa  
Oddział Urologiczny

Guzy jądra mogą mieć rozmaity charakter. Pojęcie „guz” często rozumiane jest jednoznacznie – jako nowotwór. Owszem - guz może mieć charakter nowotworowy, ale nie tylko. Formę guzowatą mogą przyjmować także zmiany zapalne, czy torbielowate. Bez względu na to, pojawienie się guza, czy to w obrębie jądra, czy innego narządu, wymaga pilnej konsultacji lekarskiej. Nawet w przypadku, gdy guz okaże się nowotworem, wczesna diagnostyka i leczenie wpływa na poprawę rokowania.

### Stany zapalne jąder

Stany zapalne jąder mogą powstać na skutek infekcji i zapalenia dróg nasennych, rozsiewu patogenów drogą krwi, limfy lub przez ciągłość – w przebiegu zapalenia najądrza. Patogeny odpowiedzialne za rozwój zapalenia jąder to m.in.:

- bakterie np. E. coli
- wirus świnki,
- wirus grypy,
- wirus ospy wietrznej, a także,
- bakterie wywołujące dur brzuszny, błonicę, czy płonicę.

Zapalenie jądra może przebiegać jako proces ostry lub przewlekły. Ostre zapalenie jądra objawia się jako powiększenie, stwardnienie jądra, czemu towarzyszy obrzęk i zaczerwienienie moszny, zwiększenie temperatury moszny. Powikłaniem może być wytworzenie ropni jądra lub przejście w stan przewlekły. Przewlekłe zapalenie jądra charakteryzuje się jego bliznowaceniem, co może prowadzić do upośledzenia płodności.

## Profilaktyka – ważna sprawa GUZY JĄDRA

Powiększenie jąder może być spowodowane toczącym się procesem zapalnym, nowotworowym, czy wodniakiem jądra lub zapaleniem najądrza lub jego guzem. Podstawą diagnostyki guzów jądra jest badanie palpacyjne narządu oraz badanie ultrasonograficzne. Wybór odpowiedniej metody leczenia uzależniony jest od przyczyny odpowiadającej za powstanie guza. Zmiany takie jak powiększenie jądra, pojawienie się niekształtnego i twardego tworów, ból jądra powinny skłonić do wizyty u specjalisty.

### Guzy nowotworowe jądra i rak jądra

Nowotwory jądra są schorzeniem występującym głównie u mężczyzn w młodym i średnim wieku – między 20 a 50 rokiem życia, zdarzają się przypadki przy urodzeniu. Większość guzów nowotworowych jądra wywodzi się z komórek płciowych i charakteryzuje się złośliwym przebiegiem. Podstawowa klasyfikacja nowotworów jąder wywodzących się z komórek płciowych dzieli je na dwie główne grupy:

- nasieniaki,
- nienasieniaki, do których należą: rak zarodkowy, guz zatoki endodermalnej, złośliwy nabłoniak kosmówkowy, potworniaki.

W wielu przypadkach nowotwory jąder złożone są z więcej niż jednego typu utkania nowotworowego, mają charakter mieszany.

Rak jądra zwykle objawiają się, jako jego stwardnienie i powiększenie, czemu zwykle nie towarzyszą dolegliwości bólowe. Objawom tym może towarzyszyć nierówność powierzchni jądra lub uczucie obciążenia w obrębie moszny. Niekiedy początkowe objawy przypominają te, towarzyszące zapaleniu jądra – ból i uczucie rozpiekania. Ze względu na fakt, że komórki nowotworowe często posiadają zdolność produkcji hormonów, objawem procesu nowotworowego mogą być rów-

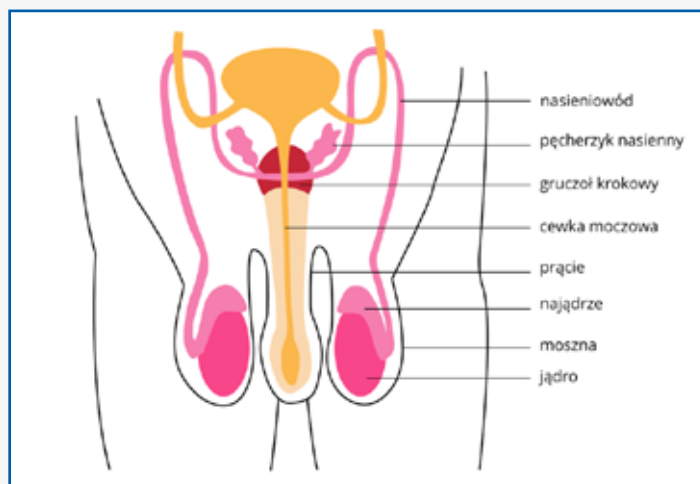
nież zaburzenia endokrynologiczne np. ginekomastia w przebiegu nasieniaka jądra spowodowana produkcją ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej (HCG) przez komórki guza.

Objawy zmiany guzowatej jądra mogą dawać także torbiele oraz zmiany torbielowate jąder. Zalicza się do nich przede wszystkim następujące schorzenia.

**1. Wodniak jądra** – polega na nagromadzeniu płynu między osłonkami jądra. Wodniaki jądra mogą być zmianami wrodzonymi lub nabytymi. Nabyte wodniaki mogą powstać samoistnie lub być konsekwencją urazu jądra, zapalenia, a także toczącego się procesu nowotworowego. Objawami towarzyszącymi schorzeniu jest zwykle niebolesne powiększenie jądra.

### 2. Torbiel nasienna tzw. spermatocele

Podstawą diagnostyki guzów jąder jest badanie palpacyjne jąder (za pomocą dotyku) oraz oglądanie moszny, np. w celu poszukiwania wyznaczników stanu zapalnego czy obrzęku.



Kolejny krok to wykonanie badań obrazowych, na czele z badaniem ultrasonograficznym. USG jąder i moszny jest metodą powszechnie stosowaną, nieinwazyjną i pozwalającą na dokładną ocenę zawartości moszny, dlatego stanowi podstawę w diagnostyce chorób jąder.

Uzupełnieniem badania USG może być badanie dopplerowskie, obrazujące przepływy naczyniowe. W przypadku podejrzenia guza nowotworowego wskazane jest wykonanie tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MR) miednicy w celu dokładnej oceny zaawansowania miejscowego choroby oraz stanu okolicznych węzłów chłonnych, a także TK lub MR klatki piersiowej i jamy brzusznej w celu poszukiwania przerzutów odległych.

W diagnostyce procesu nowotworowego istotne jest również oznaczenie poziomu markerów nowotworowych (Beta

HCG, alfa-fetoproteiny), dehydrogenazy mleczanowej, gonadotropin oraz testosteronu. Ostatecznym potwierdzeniem rozpoznania typu nowotworu jądra jest wynik badania histopatologicznego.

Leczenie guzów jądra jest zależne od ich charakteru

- Zapalenie jądra wymaga zastosowania antybiotykoterapii oraz niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ). Wskazane jest również pozostanie na czasie leczenia w łóżku oraz uniesienie moszny w celu łagodzenia dolegliwości bólowych.
- W przypadku zapalenia jądra o etiologii wirusowej nie stosuje się antybiotyków, a jedynie NLPZ.
- Leczenie wodniaka jądra oraz żyłaków powrózka nasiennego opiera się na metodach zabiegowych.
- W przypadku guzów nowotworowych, podstawą terapii jest chirurgiczne usunięcie jądra, które zwykle skojarzone

jest z zastosowaniem chemio- lub radioterapii.

- W przypadkach zaawansowanych nieraz leczenie może być skojarzone.

Jądro to męski narząd rozrodczy. Mężczyźni mają dwa jądra znajdujące się w worku mosznym. W ich obrębie odbywa się produkcja plemników oraz niektórych hormonów (hormonów płciowych, przede wszystkim testosteronu). W obrębie worka mosznego znajdują się również naczynia krwionośne, nerwy, naczynia limfatyczne biegnące do jądra oraz przewód wyprowadzający, służący do przenoszenia plemników wyprodukowanych w jądrze. Przy jądrze znajduje się najądrze, czyli struktury anatomiczne gdzie są magazynowane są plemniki. Jądra są zawieszane w mosznie za pomocą powrózka nasiennego, który zawiera wszystkie wymienione powyżej naczynia, nerwy i przewody.

## Krótko i na temat...

### Rośnie nam baza dawców szpiku

Około 80 kolejnych elblążan trafiło do bazy potencjalnych dawców szpiku podczas akcji zorganizowanej 10 września w Parafii Św. Brata Alberta. Współorganizatorką akcji odbywającej się pod szyldem Fundacji DKMS była lek. Katarzyna Chylińska-Wachnianyn, specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, koordynator transplantacyjny w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu. Jak podkreśla nasza lekarka: - Im więcej osób w bazie, tym większa szansa na znalezienie dawcy dla osoby chorej na nowotwory układu krwiotwórczego.



### Pracownia Neurofizjologii

Po kilkumiesięcznej przerwie pracę wznowiła nasza Pracownia Neurofizjologii zajmująca się diagnostyką chorób nerwowo-mięśniowych np. polineuropatii, miopatii, miastenii, pourazowych uszkodzeń nerwów, zaburzeń splotów, zespołów uciskowych, tężyczki. W pracowni wykonywane są badania przewodnictwa nerwowego (ENG), przewodnictwa nerwowo-mięśniowego, badania jakościowe i ilościowe mięśni (EMG). Pracownia czynna jest w czwartki od 8.00 do 15.00. Rejestracja w Zakładzie Radiologii pod tel. 55/239-58-80.



### Nowa lokalizacja Szkoły Rodzenia

Jak właściwie przygotować się do porodu? Jak aktywnie i świadomie uczestniczyć w porodzie? O czym powinni wiedzieć i pamiętać przyszli rodzice? Tego uczy nasza aktywna Szkoła Rodzenia. Zajęcia praktyczne i teoretyczne prowadzą: położna, pielęgniarka laktacyjna, lekarz położnik i neonatolog, ratownik medyczny i psycholog. Od września szkoła mieści się na niskim parterze szpitala, za Biblioteką Lekarską. Zapisy pod tel. 55/239-56-06 w godz. 8.00 – 13.00.

# Jak prawidłowo przygotować się do badań diagnostycznych?



Piotr Lassota  
radiodiagnosta obrazowy  
Kierownik Zakładu Radiologii

W diagnostyce obrazowej szczególnie mocno widoczny jest postęp techniczny, który dokonuje się na naszych oczach. Kolejne aparaty są coraz bogatsze w opcje poprawiające jakość obrazu. Zdjęcia RTG możemy oceniać dokładniej m.in. dzięki cyfrowej formie zapisu, co daje nam łatwość obróbki danych. Jednak niezmiennie i bardzo istotne jest uprzednie prawidłowe przygotowanie się pacjentów do badań. Pewne utrudnienia, jak np. niewłaściwe oczyszczenie przewodu pokarmowego czy, w wybranych przypadkach, pusty pęcherz moczowy, nawet przy zaawansowanej technice i dużym zaangażowaniu osoby wykonującej badanie, znacznie utrudnią, jeśli wręcz nie uniemożliwią, postawienie prawidłowej diagnozy. Pacjenci naszego szpitala przed każdym badaniem otrzymują odpowiednio wcześniej instrukcje, dzięki którym w przystępny sposób dowiadują się, na czym polega ich badanie. Są również „krok po kroku” instruowani co do swojej roli w procesie diagnostycznym. Wierzymy, że dzięki takiej współpracy pacjenta będzie nurtowało mniej wątpliwości, a z kolei wykonana przez nas procedura przyniesie maksimum informacji. Poniżej prezentujemy listę badań wykonywanych w naszym Zakładzie Radiologii wraz z ich opisem i instrukcjami przygotowania się do badania.

<p><b>USG JAMY BRZUSZNEJ</b></p>	<p>USG jamy brzusznej polega na ocenie stanu narządów jamy brzusznej – wątroby, pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych, nerek, trzustki, śledziony, aorty i dużych naczyń, pęcherza i gruczołu krokowego, macicy i przydatków. Badanie wykonuje się przez powłoki jamy brzusznej. Skórę smaruje się specjalnym żelem, który zapobiega odbijaniu fal.</p> <p><b>Sposób przygotowania:</b> Dzień przed badaniem USG jamy brzusznej zaleca się dietę lekkostrawną, wieczorem można przyjąć środek wspomagający wypróżnianie (np. Bisacodyl).</p> <p>W dniu badania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• należy być 6 godzin na czczo,</li> <li>• 2 godziny przed badaniem wypić na raz 1 litr wody niegazowanej, następnie nie przyjmować już płynów i nie oddawać moczu,</li> <li>• rano zaleca się przyjąć 2 tabletki Espumisanu</li> <li>• należy przyjąć swoje lekarstwa.</li> </ul> <p><b>Zaleca się dostarczenie wyników ostatnich badań z USG jamy brzusznej.</b></p>
<p><b>BADANIE USG DOPPLER AORTY BRZUSZNEJ LUB NACZYŃ KOŃCZYN DOLNYCH</b></p>	<p>W tym badaniu (w zależności od skierowania) przy pomocy sondy USG badamy budowę tętnic i żył oraz prawidłowość przepływu krwi w ich zakresie. W celu prawidłowego uwidocznienia aorty oraz pozostałych biegnących przez jamę brzuszną i doprowadzających krew do kończyn dolnych naczyń należy się odpowiednio przygotować.</p> <p><b>Sposób przygotowania:</b> Dzień przed badaniem zaleca się dietę lekkostrawną, wieczorem można przyjąć środek wspomagający wypróżnianie (np. 2 tabletki Bisacodylu), jeśli są problemy z wypróżnianiem.</p> <p>W dniu badania należy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• być 6 godzin na czczo, przed samym badaniem opróżnić pęcherz moczowy, rano zaleca się przyjąć 2 tabletki Espumisanu,</li> <li>• przyjąć swoje lekarstwa.</li> <li>• W przypadku badania żył kończyn dolnych prosimy o zabranie ze sobą skarpet</li> </ul> <p><b>Zaleca się dostarczenie wyników ostatnich badań z USG DOPPLER jamy brzusznej lub kończyn dolnych.</b></p>
<p><b>BADANIE KONTRASTOWE PRZEŁYKU, ŻOŁĄDKA, DWUNASTNICY I JELITA CIENKIEGO - (badanie pasażowe)</b></p>	<p>Badanie polega na wypiciu pewnej ilości kontrastu, który omazując ściany przewodu pokarmowego pozwoli uwidocznić jego budowę i funkcjonowanie oraz ewentualne nieprawidłowości podczas prześwietlenia go promieniami RTG. Następnie wykonuje się serię zdjęć w różnych pozycjach tak żeby uzyskać możliwie największą ilość danych. W dalszej części badania zdjęcia są wykonywane w różnych odstępach czasowych w zależności od tego jak szybko kontrast przechodzi do kolejnych pętli jelitowych - w zależności od przypadku może to trwać od 2-5 godzin (najczęściej) do nawet 24 godzin, jeśli zleca się wykonanie dodatkowych zdjęć w dniu następnym. Badanie uznaje się za zakończone najczęściej w momencie przejścia kontrastu do jelita grubego. Do badania należy rozebrać się od pasa w górę.</p> <p><b>Sposób przygotowania:</b> w dniu przed badaniem należy stosować dietę lekkostrawną, warto wieczorem przyjąć środek przeczyszczający (np. Bisacodyl 2 tabletki) jeżeli są problemy z wypróżnianiem, w dniu badania należy zgłosić się na czczo, nie wolno palić i żuć gumy; rano zaleca się przyjąć 2 tabletki Espumisanu.</p>

<b>BADANIE KONTRASTOWE PRZEŁYKU, ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY</b>	<p>Badanie polega na wypiciu pewnej ilości kontrastu, który omazując ściany przewodu pokarmowego pozwoli uwidocznić jego budowę i funkcjonowanie oraz ewentualne nieprawidłowości podczas prześwietlenia go promieniami RTG. Następnie wykonuje się serię zdjęć w różnych pozycjach, tak żeby uzyskać możliwie największą ilość danych.</p> <p><b>Sposób przygotowania:</b> Badanie wykonuje się na czczo, tzn. należy wstrzymać się od spożywania posiłku i płynów do 6 godzin przed badaniem (można przyjąć niewielką ilość wody potrzebną do połknięcia swoich leków). Do badania należy rozebrać się od pasa w górę.</p> <p><b>Przed badaniem wykluczone jest palenie papierosów i żucie gumy!</b></p>
<b>WLEW DOODBYTNICZY</b>	<p>Badanie polega na podaniu przez włożony do odbytu cewnik pewnej ilości kontrastu, który omazując ściany jelita grubego pozwoli uwidocznić jego budowę i funkcjonowanie oraz ewentualne nieprawidłowości podczas prześwietlenia go promieniami RTG. Następnie wykonuje się serię zdjęć w różnych pozycjach, tak żeby uzyskać możliwie największą ilość danych. W dalszej części badania zdjęcia są wykonywane w różnych odstępach czasowych w zależności od tego jak szybko kontrast przechodzi do kolejnych odcinków jelita. Gdy całe jelito grube zostanie zakontrastowane, wypuszcza się nadmiar środka cieniującego i w to miejsce dopompowuje powietrze, co rozpręży jelito i ułatwi jego diagnostykę.</p> <p><b>Sposób przygotowania:</b> Zalecany przez lekarza kierującego z oddziału.</p>
<b>RTG KRĘGOSŁUPA ŁĘDŹWIOWEGO I KRZYŻOWEGO, JAMY BRZUSZNEJ, MIEDNICY</b>	<p><b>Sposób przygotowania:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>w dniu przed badaniem należy stosować dietę lekkostrawną, warto przyjąć środek przeczyszczający (np. Bisacodyl 2 tabletki), jeżeli są problemy z wypróżnianiem.</li> <li>w dniu badania należy zgłosić się na czczo, nie wolno palić i żuć gumy.</li> </ul> <p><b>W przypadkach pilnych badanie wykonujemy bez wcześniejszego przygotowania.</b></p>
<b>UROGRAFIA</b>	<p>Urografia jest obrazową metodą badania nerek oraz dróg wyprowadzających moczu za pomocą podanych do organizmu środków cieniujących, które silniej niż otaczające tkanki pochłaniają promieniowanie rentgenowskie. Użyte środki cieniujące, po dożylnym wprowadzeniu do krwiobiegu, są szybko usuwane przez nerki, pokazując na wykonywanych zdjęciach ich budowę i ewentualne nieprawidłowości.</p> <p><b>Sposób przygotowania:</b> zalecany przez lekarza kierującego z oddziału lub poradni, należy być dobrze nawodnionym.</p> <p>Kontrast: podczas badania podawany jest dożylnie środek kontrastowy. Jest to substancja o zwiększonej zawartości jodu, co może w rzadkich przypadkach prowadzić do reakcji niepożądanych. Wczesne reakcje występują zwykle do 1 godziny od podania kontrastu i najczęściej jest to zaczerwienienie i swędzenie skóry, rzadziej wymioty, skurcz oskrzeli, obrzęk twarzy, wyjątkowo rzadko może dojść do wstrząsu hipotensyjnego, zatrzymania oddechu lub akcji serca. Jeżeli po podaniu kontrastu pojawi się ból głowy, kołatanie serca, świąd należy niezwłocznie powiadomić personel medyczny. Często podczas podawania kontrastu odczuwane jest ciepło i zmiana smaku w ustach - nie są to niepokojące objawy. Do tygodnia od podania kontrastu mogą pojawić się niewielkie wysypki skórne.</p> <p>Przed badaniem należy zgłosić:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nadwrażliwość na środki cieniujące,</li> <li>skłonności do uczuleń,</li> <li>aktualnie przyjmowane leki (zwłaszcza osoby przyjmujące leki na tarczycę lub amiodaron powinny ustalić ze swoim lekarzem kierującym sposób ich przyjmowania przed badaniem),</li> <li>skłonności do krwawień,</li> <li>ciąża.</li> </ul> <p>Tuż przed badaniem należy opróżnić pęcherz. <b>Zaleca się dostarczenie wyników ostatnich badań z urografii.</b></p>
<b>MAMMOGRAFIA</b>	<p>Badanie polega na umieszczeniu piersi na stoliku mammografu, poddaniu jej kompresji w celu uzyskania lepszej jakości obrazu na zdjęciu, po czym prześwietleniu jej promieniowaniem RTG w dwóch, dostarczających jak najwięcej danych projekcjach.</p> <p><b>Badanie nie wymaga specjalnego przygotowania.</b> Najlepiej wykonywać je między 5 a 12 dniem cyklu miesięczkowego. W tym dniu nie powinno się używać dezodorantu, talku, balsamu ani kremu w okolicy górnej połowy ciała.</p> <p>Zaleca się dostarczenie wyników ostatnich badań z mammografii i USG piersi oraz poprzednie zdjęcia.</p>
<b>DENSYTOMETRIA</b>	<p>Badanie polega na pomiarze gęstości kości, co uzyskujemy przepuszczając przez daną okolicę promienie RTG i mierząc, w jakim stopniu zostały one pochłonięte przez kości pacjenta. Badamy okolice najczęściej ulegające złamaniom w osteoporozie jak np. kręgosłup lędźwiowy, szyjka kości udowej, przedramię.</p> <p><b>Badanie nie wymaga żadnego przygotowania.</b> Przed densytometrią dokonuje się pomiaru wzrostu i masy ciała, należy zdjąć metalowe przedmioty, jeśli znajdowałyby się w poddawanym badaniu zakresie. Samo badanie trwa najczęściej kilka minut. W dniu badania można zażyć przepisane leki lub suplementy o ile nie zawierają wapna.</p> <p><b>Zaleca się dostarczenie wyników ostatnich badań z kręgosłupa lędźwiowego, stawu biodrowego, przedramienia, densytometrii.</b></p>
<b>USG PIERSI</b>	<p>Badanie polega na ocenie za pomocą wiązki USG tkanek w piersiach i dołach pachowych. Skórę smaruje się specjalnym żelem, który zapobiega odbijaniu fal. Badanie nie wymaga specjalnego przygotowania.</p> <p>Zaleca się dostarczenie wyników ostatnich badań z USG piersi i mammografii.</p>



## BEATA KOZACZYK – nasza kandydatka do tytułu „POŁOŻNEJ NA MEDAL”

To im zawdzięczamy swój pierwszy oddech. Położne: „samodzielne specjalistki w zakresie opieki nad kobietą w każdym okresie jej życia”, to słownikowa definicja tego zawodu. A jak definiuje go życie? Z Beatą Kozacyk, położną z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu, kandydatką do tytułu „Położnej na medal”, rozmawia Anna Dawid z „Dziennika Elbląskiego”.

**Anna Dawid: Jak trafiła pani do tego zawodu?**

**Beata Kozaczyk:** Zdecydował o tym przypadek. Chciałam zostać lekarzem. Zabrakło mi jednak kilku punktów, by móc rozpocząć studia na wydziale lekarskim i wówczas postanowiłam kontynuować naukę w Medycznym Studium Zawodowym dla Położnych w Gdańsku. To miało być trochę „na przeczekanie”, ponieważ planowałam za rok zdawać ponownie na Akademię Medyczną. Szybko jednak okazało się, że bycie położną, to jest właśnie to, co chciałabym robić w życiu. Do tego, by pozostać przy tym zawodzie, przekonała mnie też ciocia-położna. Nigdy tej decyzji nie żałowałam i gdyby dziś cofnąć czas, podjęłabym ją raz jeszcze. Czuję się zawodowo spełniona.

**- Pamięta pani swój pierwszy dzień w pracy?**

- Po skończeniu szkoły czekałam na pracę aż dwa lata. Wówczas w Elblągu nie było dużo propozycji zatrudnienia dla położnych. W końcu trafiłam na Oddział Ginekologiczno - Położniczy do szpitala wojewódzkiego, więc była to praca wyczekana. Jaki był pierwszy dzień tutaj? Stresujący, ale też mile zaskakujący, bo bardzo mi się w tej pracy podobało. Od tamtej pory minęły już 24 lata...

**- Jak wspomina pani swoje pierwsze „urodzone” dziecko?**

- Przyszło na świat jeszcze w szkole. To niesamowite przeżycie. Ale niezależnie od tego, ile porodów się już odebrało, każdy kolejny będzie wiązał się dla położnej ze stresem. Nigdy nie jesteśmy w stanie przewidzieć, co może się wydarzyć. Przeważnie poród przebiega prawidłowo, ale bywają też komplikacje. Poród to oczywiście dla nas wielka radość. Czuję, jakby to dziecko było troszeczkę też moje. Wspaniale jest widzieć płaczącą ze szczęścia mamę, która przytula nowo narodzone dziecko. To zawsze chwyta za serce. Obecnie nie odbieram już porodów, ale zajmuję się pacjentkami bezpośrednio po porodach i cięciach cesarskich, pomagam im rozwiązywać pro-

blemy związane z karmieniem piersią. Czasem pacjentka, na równi z opieką, potrzebuje także rozmowy i duchowego wsparcia.

**- Chyba zwłaszcza wówczas, gdy nie wszystko poszło dobrze?**

- Takie jest niestety życie i nie zawsze wszystko przebiega prawidłowo... W naszym zawodzie są to sytuacje wyjątkowo trudne. Zdarza się, że dziecko przychodzi na świat chore, z wadą rozwojową lub niewydolne oddechowo. Wówczas rozmowa z mamą jest naprawdę niełatwa. Czasem dziecko umiera... To jest dla matki niewyobrażalny cios.

**- Jak można kobietę pocieszyć w takiej sytuacji?**

- Słowo pocieszyć nie jest tu najtrafniejszym. Gdy dziecko umiera, albo jego stan zdrowia jest bardzo ciężki, to nie ma dla matki większego dramatu. Muszę zapewnić wówczas pacjentkę, że w każdej chwili może liczyć na moją pomoc, na rozmowę. Ważne jest, aby z taką pacjentką po prostu być. Chociaż kobiety różnie reagują i są też takie, które w tak dramatycznej chwili wolą być same ze sobą. Musimy więc mieć dużo empatii i wyczucia sytuacji, by ich nie urazić. To są sytuacje ekstremalnie trudne w naszym zawodzie. Musimy być opanowane, mieć dużą cierpliwość i otwartość na ludzi. Na szczęście na naszym oddziale radosne chwile przeważają. Trochę się pod tym względem różnimy od reszty szpitalnych oddziałów. **Do nas nie przychodzi się chorować, tu rodzi się nowe życie. Jesteśmy szczęśliwe, gdy na świat przychodzą zdrowe dzieci.**

**- Pacjentki są wam zapewne wdzięczne za opiekę?**

- Odpowiem dyplomatycznie: przekrój pacjentek jest różny. Ale większość jest bardzo wdzięczna. Miło wejść na salę i zobaczyć uśmiechniętą mamę karmiącą swoje dziecko piersią. Jednak niekiedy kobieta po porodzie miewa zmienne nastroje związane ze zmianami hormonalnymi. Jest płacziwa,



Beata Kozaczyk  
Położna,  
Oddział Ginekologiczno - Położniczy

zmęczona opieką nad dzieckiem. To tzw. „baby blues” daje o sobie znać. Trwa on kilka dni i cierpliwie go znosimy. Wówczas dużo rozmawiam z pacjentką, pocieszam ją i tłumaczę, że ten stan szybko minie.

**- Od czasu do czasu słyszy się, że młodzi ludzie coraz rzadziej decydują się na dzieci**

- Nie jest to prawda. Na naszym oddziale mamy do 130 porodów miesięcznie. Jednak dzisiejsze mamy chyba bardziej boją się bólu, niż kiedyś. W naszych czasach wszystko ma być łatwe, więc poród również - ma nie boleć. Wzrasta liczba cesarskich cięć. Prawie codziennie na naszym oddziale mamy jedno lub kilka. Kilkanaście lat temu był to zabieg wykonywany w pełnym znieczuleniu, teraz - w miejscowym. Pacjentka może więc mieć od razu kontakt z dzieckiem, usłyszeć jego pierwszy płacz. Znieczulenie działa jeszcze do 3 godzin, więc mama nie czuje bólu i może się tuż po porodzie nacieszyć dzieckiem. A to są dla matki i dziecka bardzo ważne chwile.

**- Czego należałoby wam, położnym, życzyć?**

- Aby wszystkie dzieci rodziły się zdrowe. Może także większych wypłat... Jest to zawód trudny, a wynagradzany nie zawsze adekwatnie do wysiłku, jaki codziennie wkładamy w naszą pracę.

**Na kandydaturę pani Katarzyny Kozaczyk do tytułu „Położnej na medal” można głosować na stronie <https://poloznanamedal2017.pl/profil/166-beata-kozaczyk> Głosowanie trwa do końca grudnia 2017 roku.**



Ilek. Gabriel Ruciński  
specjalista w dziedzinie kardiologii  
Oddział Kardiologiczny z Pododdziałem  
Kardiologii Inwazyjnej

**Jacek Żukowski: Czy możemy określić obrazowo, że mózg to nasza „płyta główna”, nasz „procesor”, zaś serce pełni niejako funkcję silnika naszego organizmu?**

**Gabriel Ruciński:** W uproszczeniu można tak powiedzieć. Serce jest takim właśnie naszym silnikiem. To narząd, bez którego nie bylibyśmy w stanie funkcjonować. Mówiąc o chorobach serca z punktu widzenia epidemiologicznego mamy na myśli głównie chorobę wieńcową spowodowaną miażdżycą tętnic wieńcowych. Co do mózgu - on również jest zasilany przez podobne tętnice, stąd miażdżycy dosięga także tętnic mózgowych. W zaawansowanym przypadku choroby dochodzi do zawałów serca i z ostrych zespołów wieńcowych. W przypadku mózgu - do udarów niedokrwiniennych. Obie choroby powstają na podobnym tle.

**- Co jest najczęstszą przyczyną chorób serca?**

- Najczęstszą przyczyną jest miażdżycy, czyli przewlekły proces zapalny tętnic doprowadzających krew do serca i innych ważnych narządów. Miażdżycy powoduje zwężanie się światła naczyń a w konsekwencji - do ich zamknięcia. Często mamy do czynienia z przypadkami, gdy miażdżycy, nawet przy niewielkim zwężeniu tętnic, powoduje pęknięcie blaszki miażdżycowej. Powstaje wówczas proces zapalny, który w konsekwencji przekształca się w ostry zespół wieńcowy lub zawał serca, co jest już bezpośrednim zagrożeniem dla życia.

**- Co robić, by nie dopuścić do takiego stanu?**

- Jestem pewien, że większość z nas doskonale wie, co szkodzi naszemu sercu i jak

## Porozmawiajmy o... sprawach sercowych

**24 września odchodziliśmy Światowy Dzień Serca. O tym, jak dbać o ten kluczowy dla naszego organizmu organ, Jacek Żukowski z Truso.tv rozmawiał z naszym lekarzem kardiologiem Gabrielem Rucińskim.**

należy postępować, by je chronić. Tym bardziej pamiętajmy, że za 80% przypadków choroby wieńcowej jesteśmy odpowiedzialni my sami. Pozostałe 20% to czynniki genetyczne, na które nie mamy większego wpływu. Dlatego zwróćmy uwagę na to, jak się odżywiamy. W dostępnym dzisiaj pożywieniu otrzymujemy zdecydowanie zbyt wiele niepotrzebnych nam cukrów, które przyczyniają się do rozwoju i postępów miażdżycy. Unikajmy też palenia papierosów. Bardzo ważna dla naszego serca ważna jest aktywność fizyczna. Wszystko to pomoże nam chronić organizm przed rozwojem choroby wieńcowej. Pamiętajmy też o chorobach współtowarzyszących, które - nieleczone lub niewłaściwie leczone - mogą szybko doprowadzić do wieńcówki. Mam na myśli cukrzycę czy nadciśnienie tętnicze - jeśli nie będą one pod kontrolą lekarza, z pewnością przyspieszą proces miażdżycowy. **Co ważne, pamiętajmy, że jeśli czujemy ból w klatce piersiowej, jeśli mamy duszności, mówią krótko: niepokojące dolegliwości, nie czekajmy, co będzie dalej, tylko natychmiast wzywajmy karetkę!** Nasze zespoły ratownicze zaopatrzone są w system do transmisji elektrokardiologicznej. My, kardiolodzy, dyżurujemy przez całą dobę, więc już na podstawie EKG wykonanego w karetce możemy podjąć decyzję co do dalszej terapii pacjenta. Najważniejsze, by pacjent trafił do nas jak najszybciej. Wówczas będziemy w stanie nie tylko uratować jego serce, ale także uniknąć późniejszych konsekwencji, jak np. przewlekła niewydolność serca, która zawsze źle rokuje.

**- Czy choroby serca dotyczą głównie osób starszych, czy też obserwuje pan, że „problemy sercowe” mają ludzie coraz młodsi?**

- Zdecydowanie wraz z postępem cywilizacji na choroby wieńcowe i zawały serca zapadają coraz młodsi osoby. Choroby jeszcze niedawno „dedykowane” osobom starszym, po, dotyczą teraz 30-, 40-stoletków, którzy trafiają na oddział z zawałem serca, którym trzeba bardzo pilnie ratować zdrowie a nawet życie. A pamiętajmy, że

w przypadku zawału liczy się każda minuta, każda sekunda, w której jesteśmy w stanie ocalić mięsień sercowy, otwierając zablokowaną tętnicę za pomocą zabiegu angioplastyki. Wykonujemy takie zabiegi w szpitalu wojewódzkim przez 24 godziny na dobę.

**- Ale rozumiem, że silny ból w klatce piersiowej nie zawsze musi oznaczać zawał serca?**

- Nie zawsze. Ale ze względu na powagę sytuacji, najlepiej, by ktoś, kto się na tym zna, mógł taką sytuację wykluczyć. Przyczyn bólu w klatce piersiowej może być kilkadziesiąt, ale tylko specjalistyczne badania pomogą wyeliminować tę najbardziej ryzykowną dla zdrowia i życia.

**- Reasumując, czy zdrowa dieta i w miarę regularna aktywność fizyczna naprawdę mają tak znaczący wpływ na kondycję naszego serca?**

- Jak najbardziej tak! Badania mówią, że zdrowy styl życia, w tym uprawianie umiarkowanej aktywności fizycznej, zmniejszają ryzyko choroby wieńcowej czy zawału serca aż o 25%! To zawsze lepsze, niż później konieczność przewlekłego przyjmowania leków. Zdrowa dieta i ruch mają niesamowicie korzystny wpływ na pracę serca i zwiększają nasze szanse na długie, zdrowe życie.

**- I nigdy nie jest za późno, żeby zacząć troszczyć się o nasze serce?**

- Nigdy! Warto się ruszać i być aktywnym w każdym wieku. Można zacząć nawet po 80-tce



# Terapia metodą Wojty



Sebastian Niżnik  
fizjoterapeuta

Oddział Noworodka, Patologii i Intensywnej  
Terapii Noworodka

Wszyscy mamy zakodowane genetycznie wzorce ruchowe, z którymi się rodzimy. Zatem zdrowego neurologicznie niemowlęcia nie musimy uczyć kolejnych umiejętności, np. ssania, czworakowania, siadania, czy wstawania, ponieważ niemowlę rozwinie je samodzielnie, bez niczyjej pomocy. Również dziecko, które nie prezentuje prawidłowego rozwoju ruchowego, nie musi uczyć się tych umiejętności, ale jego opiekunowie, poprzez terapię, mogą mu pomóc je „odblokować” i przez to dać szansę na samodzielne opanowanie tych umiejętności. **Poza tym uruchamiane wzorce ruchu pojawiają się w idealnej lub zbliżonej do idealnej jakości.** Dzięki temu terapia ma zastosowanie nie tylko u dzieci nieposiadających poszczególnych umiejętności, np. przy uszkodzonym ośrodkowym układzie nerwowym, przy opóźnieniach rozwoju wynikających z powikłań okresu płodowego i okołoporodowego, ale również u dzieci, które te umiejętności posiadają, ale w gorszej jakości np. przy wzmożonym, obniżonym napięciu mięśniowym, asymetrii, wadach postawy.

Opóźnienie rozwoju ruchowego opóźnia proces doświadczania w najbliższym otoczeniu i przez to pogarsza możliwości poznawcze dziecka. Fizyczne niemożności doprowadzają do frustracji i w końcu do zaburzeń sfery emocjonalnej. Dlatego jeśli skutecznie ułatwimy dziecku rozwój jego motoryki spontanicznej, efektem będzie także lepszy rozwój psychiczny i bardziej wyrównany rozwój emocjonalny. Właśnie dlatego mówimy o rozwoju psychoruchowym małego

Metoda Wojty jest terapią neurorozwojową, która powstała w oparciu o prawidłowy rozwój człowieka. Składa się z bardzo dokładnej części diagnostycznej i terapeutycznej. W określonych pozycjach ciała stymulowane są tak zwane strefy wyzwalania, z których możliwe jest, w sposób automatyczny, uruchomienie odruchowej lokomocji, która jest zbiorem prawidłowych wzorców ruchowych. Najogólniej mówiąc polega na uruchamianiu prawidłowych i zakodowanych w organizmie wzorców ruchowych, które są wzorcami funkcjonalnymi, niezbędnymi do wykonywania umiejętności dnia codziennego. Te wzorce są wrodzone. Można powiedzieć, że są zaprogramowane w naszym układzie nerwowym. Odróżnia to metodę Wojty od klasycznych ćwiczeń.

dziecka, bo istnieje ścisła zależność stopniowego rozwoju funkcji psychicznych i poznawczych od możliwości ruchowych niemowląt. Poznawanie etapów prawidłowego rozwoju dziecka i kolejności pojawiania się sekwencji tego procesu znacznie ułatwia wczesne wykrycie wszystkich odchyśleń od normy. Wskaże, czego i kiedy możemy oczekiwać, jeśli niemowlę rozwija się zupełnie prawidłowo. Niemożność realizacji programu idealnego rozwoju lub wyraźne opóźnienie tego procesu należy traktować jako wystarczający powód do włączenia ćwiczeń tak wcześnie, jak to możliwe. Ćwiczenia uwolnią dziecko od jego ograniczeń, poprawią pracę jego własnych mięśni, pozwolą uzyskać zgrabną sylwetkę, wykorzystać talenty sportowe i nie dopuszczą do powstania wad postawy czy płaskostopia. Oczywiście decydują o tym rodzice, jednakże muszą mieć świadomość, że działają na rzecz dobrego startu ich dziecka, aby mogło ono w przyszłości w pełni rozwinąć swoje potencjalne zdolności, bądź też zwolnić dziecko z wysiłku i trudu pracy, i mieć świadomość tego negatywnych następstw.







**Terapia jest dużym wysiłkiem, gdyż ćwiczenia uruchamiają prawidłowe wzorce ruchowe, angażując przy tym te grupy mięśniowe, które u dziecka są słabe, lub pracują w innym, niż powinny, kierunku.**

*Vojta zaczął tworzyć swoją metodę w latach 50. XX wieku. W 1954 roku prof. Kamil Henner, który wówczas był dyrektorem kliniki neurologii na Uniwersytecie Karola w Pradze, powierzył Wojcie zadanie, które polegało na opracowaniu metody terapeutycznej dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym i wprowadzenie jej we właśnie powstającym instytucie w Żelaznicy. Vojta, wraz z czterema wolontariuszami, pracował wówczas z dziewięćdziesiątką dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w wieku od 3 do 15 lat. Najpierw Vojta szukał takich ćwiczeń, dzięki którym dzieci przestaną chodzić tylko na palcach i poprawią postawę. Zaczął manipulować z oporem na barkach w pozycji stojącej, potem zmienił pozycję na leżącą i – również poprzez zastosowanie oporu, ale tym razem na stopie i na głowie – obserwował reakcje ich ciała. Dla przykładu – podczas stosowania oporu na stopę dochodziło do zmniejszenia się spastycznego przykurczu – dochodziło m.in. do odpuszczenia końskiego (takiego jak stanie na palcach) ustawienia stóp, ale równocześnie pojawiał się skurcz mięśni karku i tułowia wraz z uniesieniem głowy. Te doświadczenia uświadomiły Wojcie, iż istnieje pewien obszerny wzorzec postawy obejmujący całe ciało, gdyż manipulacja przy jego jednym końcu wpływa na ustawienia na drugim końcu. Później przeprowadzono eksperymenty w różnych innych pozycjach ciała, stosując przy tym opór m.in. na głowie i obserwując reakcje. W ten sposób Vojta spostrzegł, że dzięki ułożeniu dzieci w okre-*

*ślonych pozycjach i zastosowaniu w pewnych miejscach oporu dochodzi do prawidłowej aktywacji grupy mięśni, których nie dało się aktywować u tych dzieci w innych sytuacjach. Innymi słowy – te ćwiczenia wymuszały na organizmach dzieci powstanie i wyrobienie poprawnych reakcji ruchowych.*

Terapię wg Vojty od wielu metod odróżnia spojrzenie na rozwój psychoruchowy człowieka. Terapia zakłada, iż **dziecko rozwija się w sposób spontaniczny**, a jego wzorce ruchowe, które stopniowo zdobywa w pewnej określonej sekwencji, są wrodzone, uwarunkowane genetycznie i typowe dla człowieka. Poza tym, podczas terapii, właściwe wzorce ruchowe uruchamiane są niezależnie od woli poddanego terapii pacjenta, tzn. w sposób automatyczny. To jest bardzo istotne, gdyż wszystkie wzorce ruchowe – np. siadanie, wstawanie, mówienie, pisanie,

chodzenie – wykonujemy w sposób automatyczny. Nie myślimy o tym, jak to robimy. Gdy chcę wstać, to nie myślę, jak przenieść ciężar ciała, by to zrobić, tylko po prostu wstaję. Gdy chcę iść, to idę, nie myśląc o tym, co muszę zrobić, aby to wykonać.

W terapii Vojty nie ćwiczymy tych funkcji bezpośrednio, tzn. nie ćwiczymy z pacjentem siadania, wstawania i czworakowania, tylko uruchamiamy kompleksy ruchowe: odruchowy obrót i odruchowe pełzanie. Zawierają one tak zwane gry mięśniowe, czyli pracę mięśni w kierunkach i w zależnościach takich, które potrzebujemy do wykonywania praktycznie wszystkich funkcji motorycznych. Oznacza to, iż w tym kompleksie ruchowym zawarta jest praca mięśni charakterystyczna dla różnych funkcji, np. dla uzyskania i utrzymania podparcia na łokciach, czworakowania, stania na jednej nodze.

**Terapia metodą Vojty od lat stosowana jest także w rehabilitacji najmłodszych pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu. W lipcu br. odbyły się u nas warsztaty z udziałem instruktora metody Vojty i kierownika kursów Vojty Grzegorza Serkiesa. W szkoleniu doskonalącym umiejętności terapeutyczne w tym kierunku wzięli udział certyfikowani terapeuci z województw pomorskiego i warmińsko-mazurskiego oraz lekarze pediatry i neonatolodzy z Oddziałów Noworodkowych.**



# WYPADKI w PRACY, czyli...

## dbajmy o zdrowie i życie, bo mamy je tylko jedno

Rozważania dotyczące wypadków przy pracy na wstępie wymagają zdefiniowania tego pojęcia. Definicja wypadku została podana w art. 3 ust. 1, Ustawy z dnia 30.10.2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. Nr 199, poz.1673 z późn. zm.). Zgodnie z nią „za wypadek przy pracy uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą” (podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych, podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia, w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy).



Hanna Szpuga  
Służba BHP

**Aby uznać zdarzenie za wypadek przy pracy niezbędnym warunkiem jest, aby wszystkie elementy przytoczonej powyżej definicji wystąpiły jednocześnie:**

**NAGŁOŚĆ ZDARZENIA** jest tym kryterium, które decyduje o tym, czy dane zdarzenie można zakwalifikować jako wypadek przy pracy czy chorobę zawodową. Przepisy nie definiują tego pojęcia, natomiast wykładnia w orzecznictwie sądowym wskazuje, że zdarzenie nagłe wtedy zachodzi, gdy nie trwa dłużej niż jedna zmiana robocza (z uwzględnieniem pracy w godzinach nadliczbowych).

**PRZYCZYNA ZEWNĘTRZNA** również nie została zdefiniowana w przepisach prawnych, jednak powszechnie przyjmuje się, że jest nią każdy czynnik, który pochodzi spoza organizmu pracownika poszkodowanego i może wywołać szkodliwe skutki, takie jak pogorszenie stanu zdrowia pracownika. Do czynników zewnętrznych można zaliczyć między innymi działanie zbyt wysokich lub zbyt niskich temperatur, działanie substancji chemicznych, działanie energii elektrycznej,

czy działanie na pracownika elementów luźnych albo ostrych urządzeń. Takim czynnikiem może być także śliska powierzchnia podłogi, niewłaściwa organizacja pracy, brak lub niezastosowanie środków ochrony indywidualnej, czy też agresja innej osoby.

**ZWIĄZEK Z PRACĄ** zachodzi wtedy, gdy do urazu dojdzie podczas wykonywania przez pracownika pracy (obowiązków służbowych), jak i wówczas, gdy pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy, na którego rzecz miała być praca świadczona (oczekiwanie pracownika na polecenie pracodawcy, na terenie zakładu pracy lub w innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę). W szczególności związek z pracą zachodzi w czasie, gdy pracownik wykonuje zwykłe czynności lub polecenia przełożonego, lub podczas wykonywania przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez jego polecenia oraz w czasie, gdy pozostaje w dyspozycji pracodawcy w drodze pomiędzy siedzibą pracodawcy a miejscem, w którym wykonuje obowiązki wynikające ze stosunku pracy.

**URAZ** został zdefiniowany w art. 2 pkt 13 ustawy wypadkowej jako „uszkodzenie tkanki ciała lub narządów człowieka wskutek działania czynnika zewnętrznego”. Pojęcie to należy rozumieć bardzo szeroko, ponieważ urazami mogą być rany, skaleczenia, złamania, urazy wewnętrzne, oparzenia, zatrucia, odmrożenia, duszenie spowodowane brakiem tlenu, skutki działania wibracji, dźwięku, ciśnienia, skrajnych temperatur a także promieniowania. Należy również pamiętać o tym, że uraz może pojawić się jako wstrząs psychiczny będący ostrą reakcją organizmu na stres.

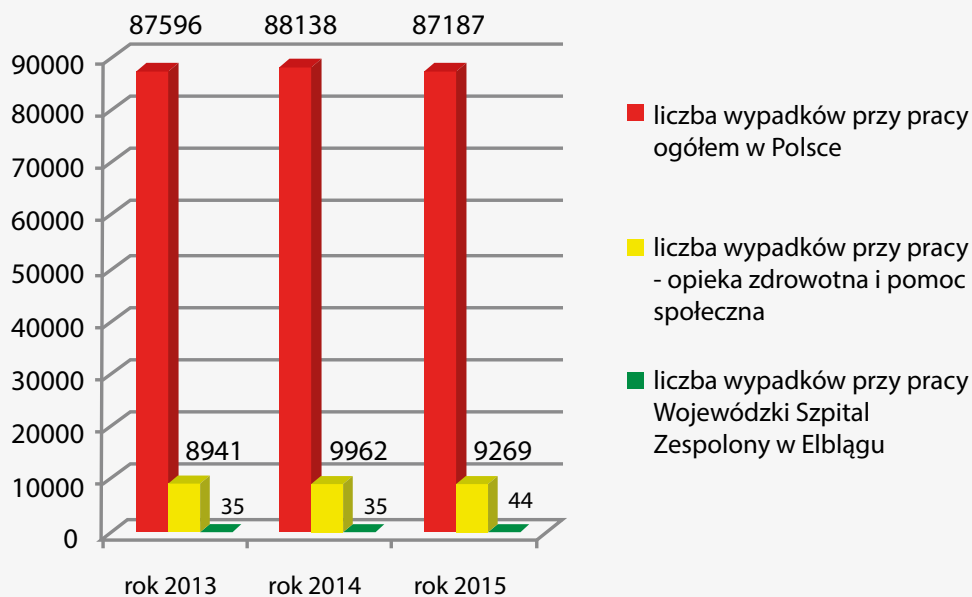
Zagadnienie wypadkowości jest bardzo istotne w każdej organizacji ze względu na skutki i koszty tych zdarzeń, które ponosi firma i pracownik, a także nasze państwo. Zgodnie z przedstawioną statystyką, liczba wypadków w skali roku jest bardzo wysoka, czego konsekwencją jest duża liczba opuszczonych dni pracy przez poszkodowanych pracowników. Wypadki przy pracy stanowią doniosły problem tak zdrowotny, jak i finansowy w polskich firmach. Biorąc pod uwagę liczbę osób poszkodowanych, oczywista wydaje się konieczność wdrażania prewencji wypadkowej, którą musi w swoich działaniach uwzględnić nie tylko pracodawca oraz kadra kierownicza, ale także inspektorzy inspekcji pracy, a ze względu na skalę problemu także osoby rządzące państwem.

Aby móc ograniczyć lub wyeliminować przynajmniej część wypadków niezbędne jest analizowanie również zdarzeń potencjalnie wypadkowych, które mogą dostarczyć bardzo istotnej wiedzy. Poza tym bardzo ważne jest organizowanie przeglądów stanowisk pracy, procesów, które mają miejsce w danej organizacji, czy wreszcie przeprowadzanie rozmów z pracownikami, którzy mogą dostarczyć przydatnej wiedzy o potencjalnych zagrożeniach lub zauważonych nieprawidłowościach, jakie zachodzą w procesie pracy. Każda wiedza mogąca coś wnieść w zakresie profilaktyki wypadkowej jest istotna. Analizowanie wszystkich tych informacji może w znacznym stopniu wspomóc działania na rzecz poprawy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, a co za tym idzie ochronić najcenniejszy „element” w procesie pracy – zdrowie i życie ludzkie.

Przedstawione poniżej informacje o wypadkach przy pracy pozyskane zostały z Głównego Urzędu Statystycznego, który bada te zdarzenia w Polsce, na podstawie statystycznej karty wypadku przy pracy.

#### WYKRES NR 1:

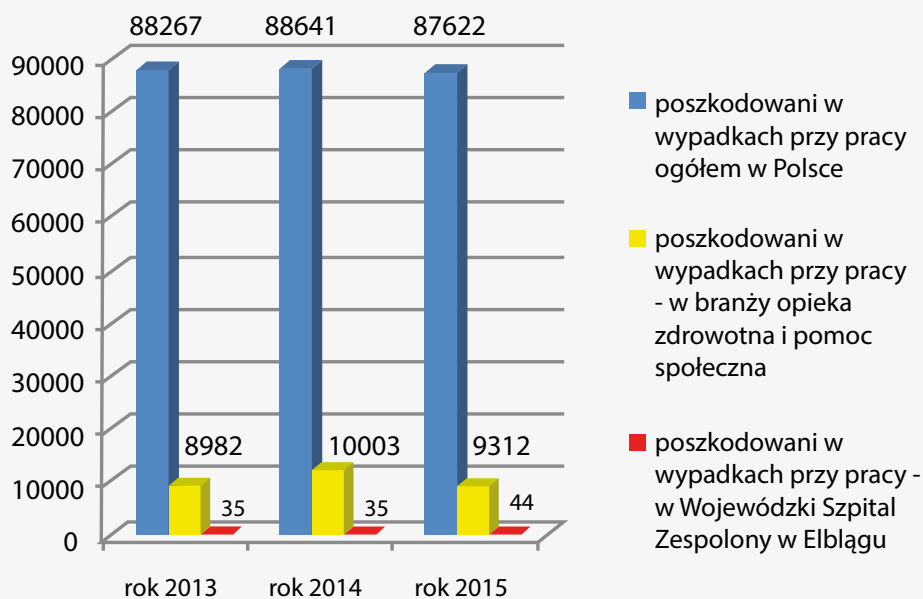
**LICZBA WYPADKÓW PRZY PRACY W LATACH 2013-2015** ogółem w Polsce, w branży opieka zdrowotna i pomoc społeczna (wg danych GUS) oraz Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu



Źródło: Opracowanie własne na podstawie statystyki GUS i danych ze szpitala

#### WYKRES NR 2:

**LICZBA OSÓB POSZKODOWANYCH W WYPADKACH PRZY PRACY W LATACH 2013-2015** ogółem w Polsce, w branży opieka zdrowotna i pomoc społeczna (wg danych GUS) oraz w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu

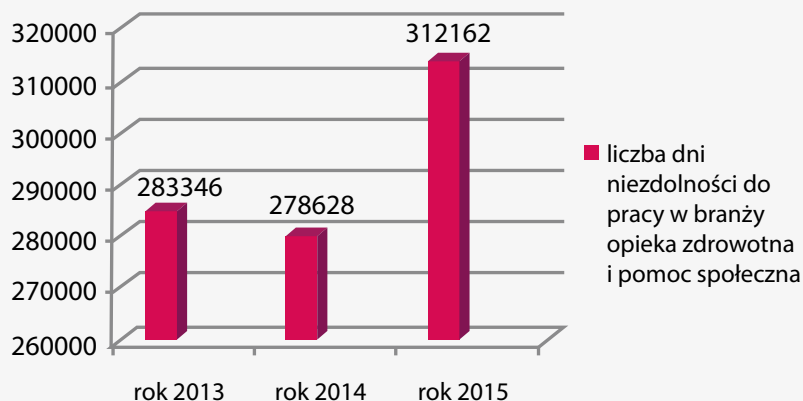


Źródło: Opracowanie własne na podstawie statystyki GUS i danych ze szpitala

#### WYKRES NR 3:

**LICZBA DNI NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W ZWIĄZKU Z WYPADKAMI PRZY PRACY W LATACH 2013-2015** w odniesieniu do branży opieka zdrowotna i pomoc społeczna wg danych statystycznych GUS.

Z powyższego wykresu wynika, iż w ciągu trzech lat pracownicy branży opieka zdrowotna i pomoc społeczna przebywali na zwolnieniach lekarskich w związku z wypadkami przy pracy aż 874.136 dni.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie statystyki GUS

# Wakacyjne wędrówki rodziny Kałabun

Jolanta Kałabun od ponad 20 lat pracuje w szpitalnym magazynie. Po godzinach pracy jest zaś aktywną członkinią i przewodniczką turystyczną elbląskiego PTTK. Swoją pasją zaraziła całą rodzinę. Wspólnie z mężem i dorosłymi już córkami wciąż odkrywa nowe zakątki naszego pięknego kraju. Już dziś planuje kolejne wspólne wakacje w trasie. – Wciąż tyle jeszcze zostało nam do zobaczenia! – mówi. Poniżej fotorelacja Joli z wakacyjnej wyprawy na Dolny Śląsk.



Zamek w Oleśnicy. Jego historia sięga XIV wieku

W sierpniu tego roku wybraliśmy się całą rodziną na urlop. Celem naszej wyprawy był Dolny Śląsk i jego zabytki. W drodze do Karpacza, gdzie mieliśmy pierwsze noclegi, zwiedziliśmy ciekawy zamek w **OLEŚNICY**. Zachwyciły nas zachowane oryginalne piękne stiukowe sufity w dwóch salach zamkowych oraz bardzo ciekawa historia tej budowli. W XIV w. powstała część gotycka, do której dobudowano później renesansowe skrzydła w XVI i na początku XVII w. Wejście na dziedziniec jest przez dwie bogato zdobione renesansowe bramy. Zamek jest połączony przejściem (obecnie nieczynnym) nad ulicą z kościołem zamkowym.

Dalej dotarliśmy do **TRZEBNICY**, gdzie znajduje się jeden z większych w Europie Środkowej barokowy pocysterski zespół klasztorny z dwoma wirydarzami, wybudowany w latach 1697-1726. Od pn. zach. kościół św. Bartłomieja z wysoką wieżą. Najstarsze części są romańskie z pocz. XIII w, zasadniczy korpus świątyni pochodzi z XIII- XIV w. Jest to bazylika z niewydat-

nym transeptem. Przy wejściu znajduje się bardzo cenny romański portal Dawidowy, drugi taki- w prezbiterium. W kaplicy św. Jana Chrzciciela z romańskimi detalami znajduje się symboliczny grób św. Jadwi-

gi (1680 r.) w miejscu jej pierwotnego pochówku. W świątyni- duża kaplica św. Jadwigi, bardzo cenna, ponieważ to pierwszy w pełni gotycki obiekt w Polsce, zbudowany w 1267 r. z okazji kanonizacji świętej.

Do **KARPACZA** dotarliśmy późnym wieczorem, a już następnego dnia powędrowaliśmy na Śnieżkę, na którą piękny widok mieliśmy z okna naszego noclegu. Szczyt przywitał nas chłodem i gęstą mgłą, która czasami gdzieś zniknęła, i wtedy mogliśmy podziwiać piękne widoki na polską i czeską stronę. W Karpaczu obejrzelśmy również drewniany kościółek p.w. Naszego Zbawiciela zwany świątynią Wang, wybudowany w XII lub na początku XIII wieku w stylu norweskim (wikińskim).

W miejscowości **SUCHA** zwiedziliśmy zamek Czocho. Zachowały się tu oryginalne fragmenty murów i wyposażenie.

Z zamku Czocho udaliśmy się do małej miejscowości **LUBOMIERZ**, która jest zna-



Widok na Śnieżkę w kierunku Czech



Jolanta Kałabun z córkami na zamku Czocha

nej jako miejsce akcji trylogii Sylwestra Chęcińskiego o Kargulu i Pawlaku. Czynne jest tam też muzeum poświęcone bohaterom i filmowi.



Na zwiedzanie Pragi czasu jest zawsze zbyt mało

Kolejne dwa dni naszej wyprawy spędziliśmy w **PRADZE**, zwiedzając jej piękne zabytki i muzea m.in. Muzeum Alfonsa Muchy. Spacerowaliśmy pięknymi uliczkami i po Moście Karola. Szkoda, że tak krótko! Z Pragi skierowaliśmy się na Duszniki - Zdrój. Jechaliśmy tam przez KUDOWĘ- ZDRÓJ, gdzie zatrzymaliśmy się, by obejrzeć Kaplicę Czaszek z 1776 r. i pospacerować po Parku Zdrojowym. Z kolei w pobliskich DUSZNIKACH-ZDROJU podziwialiśmy zabudowę rynku, dawny zajazd Pod Czarnym Niedźwiedziem, w którym w 1668 r. nocował król Jan Kazimierz, oraz ciekawy kościół św. Piotra i Pawła z 1708-30, w którego barokowym wnętrzu znajduje się ambona w formie paszczy wieloryba. Ogromne wrażenie i swoim wyglądem zewnętrznym i tym, co zobaczyliśmy wewnątrz, zrobiło na nas Muzeum Papiernictwa usytuowane w unikatowym młynie papierniczym z 1605 roku. Uzdrowisko, w którym bywał i koncertował Fry-

deryk Chopin pożegnaliśmy z żalem, ale przecież czekały na nas dalsza podróż.

Kolejnym miastem, do którego dotarliśmy, było **KŁODZKO** ze swoją słynną twierdzą zbudowaną na urwistym wzgórzu, górującą nad miastem. Pierwotnie znajdował się tu gotycki zamek, dopiero po zajęciu tych ziem przez Prusy na rozkaz Fryderyka II utworzono tu potężną fortyfikację z ośmioma podziemnymi poziomami. Obecnie jest ona udostępniona do zwiedzania w dwóch wersjach: sama twierdza lub twierdza i jej podziemne labirynty. My wybraliśmy, oczywiście, tę dłuższą i ciekawszą trasę - z labiryntami.

Potem powędrowaliśmy dalej, by poznać piękne miasteczko, jakim bez wątpienia jest Kłodzko. Pośrodku rynku stoi tu Ratusz z XVI w. przebudowany na neorenesansowy w 1886 r. W pobliżu liczne barokowe i klasycystyczne kamienice. Monumentalny kościół Wniebowzięcia NMP, jeden z najcenniejszych w Sudetach, zbudowany jako gotycka bazylika w 1344 r., zbarokizowany na początku XVIII w. Bogate wyposażenie wnętrza. W barokowym kompleksie dawnego konwiktu mieści się Muzeum Ziemi Kłodzkiej z bogatymi zbiorami regionalnymi.

Po wędrowce ulicami Kłodzka (w niezmiernym upale!) zapragnęliśmy skryć się gdzieś pod drzewami, dlatego udaliśmy się do **POLANICY-ZDROJU**. Spacerowaliśmy ścieżkami Parku Zdrojowego, rozkoszując się cieniem, jaki dawała nam tamtejsza przyroda. Park szczyti się wieloma ciekawymi okazami rzadkiej roślinności i drzew, a wszystko to jest pięknie skomponowane i rozplanowane.

Kolejnym punktem naszej wycieczki były **WAMBIERZYCE** z kościołem Nawiedzenia NMP (obecna forma z 1718-21 powstała na miejscu kościoła z roku 1512). Szerokie schody z licznymi stopniami wiodą do późnorennesansowej bezwieżowej fasady, za którą kryje się barokowe jednonawowe wnętrze na rzucie łączących się elips. Wokół krużganek z bocznymi kaplicami i stacjami Drogi Krzyżowej oraz pamiątkami z początku kultu. Nieopodal kościoła - Kalwaria w formie okazałych domków założona w r. 1681 przez Daniela von Osterberga. Ma 79 stacji i uznana jest za jedno z najwartościowszych i największych w Polsce. Przy okazji obejrzeliśmy ruchomą szopkę, która cieszy i dzieci, i dorosłych, mogących podziwiać zegarmistrzowski kunszt twórcy.



Szerokie schody wiodące do kościoła w Wambierzycach

Z Wambierzyc udaliśmy się do **WAŁBRZYCHA**, gdzie obejrzeliśmy Muzeum Porcelany, w którym znajdują się bogate zbiory porcelany z całego świata. Stamtąd skierowaliśmy się do zamku Książ, którego zwiedzanie zajęło nam kilka godzin. Barokowe założenie zamku powstawało w latach 1722-24. Jego najciekawszym wnętrzem jest sala Maksymiliana z freskami i marmurową dekoracją. Zwiedziliśmy też zamkowe tarasy z ogrodami i punktami widokowymi.

Po tej dawce miłych wrażeń skierowaliśmy się na **WROCŁAW**, do którego chcieliśmy dotrzeć przed zmrokiem. Tu spędziliśmy dwa kolejne dni. Zobaczyliśmy najważniejsze zabytki tego pięknego miasta, ale żeby poznać je naprawdę dobrze będziemy musieli przyjechać tu jeszcze kilka razy. Był to ostatni punkt naszej wakacyjnej wyprawy. Do domu wracaliśmy zmęczeni upałami, ale pełni wrażeń, w końcu udało nam się zobaczyć tyle nowych miejsc!

A w naszych głowach już tworzy się plan wyjazdu w następnym roku...

Jolanta Kałabun

# Elbląskie szpitale (część 6)

## SZPITALE KOŃCA WOJNY – WIOSNA 1945 R.

**Elbląg, styczeń 1945rok.** Do miasta zbliża się Front Wschodni. Walki na podejściach do Elbląga, następnie walki uliczne, niszczą miasto, prowadząc do śmierci kilkunastu tysięcy cywilów i żołnierzy Wehrmachtu. Ran-ni kierowani do szpitali również giną, bo istniejące szpitale ulegają zniszczeniu.

**W Elblągu czynne są wówczas trzy szpitale:** Miejski przy ul. Żeromskiego, Szpital Diakonisek przy ul. Zw. Jaszczurczego i Szpital Wojskowy przy ul. Komeńskiego. Gdy w połowie stycznia 1945 r. rusza ofensywa Armii Czerwonej napływ wycofujących się ze wschodu oddziałów Wehrmachtu i olbrzymiej masy uciekającej przed frontem ludności cywilnej powodują konieczność tworzenia rezerwowych szpitali w różnych obiektach miasta. Liczba ludności cywilnej oraz żołnierzy wzrasta do ok. 150 tys. osób. **Po 18 stycznia 1945 r. większość urzędów już nie pracuje, nie ma w mieście cywilnych gabinetów lekarskich a szpitale przepełniają tysiące rannych żołnierzy.** Ludność praktycznie pozbawiona jest opieki medycznej. 25 stycznia miasto jest już całkowicie okrążone przez Rosjan. Gdy czołowe oddziały Armii Czerwonej znalazły się w granicach miasta Szpital Wojskowy przeniesiono do Szkoły von Plauena (obecnie Urząd Miejski), ewakuowano Szpital Miejski, utworzono szpitale w Szkole Jahna (szkoła nr 3 przy ul. Agrykola) i w Bergschule przy ul. Traugutta 93. Na krótko udrożniono kierunek ewakuacji na Nowy Dwór Gdański. Wywieziono wówczas dużą grupę rannych ze Szkoły Plauena, ale nadal narastała liczba tych, którzy zapełniali tymczasowe lazarety w budynkach szkolnych w centrum miasta, także w budynku Sądu, w piwnicach Ratusza i Prezydium Policji przy ul. Giernków i w innych budynkach publicznych. 5 lutego Rosjanie zajmują rejon i budynki Szpitala Wojskowego przy ul. Komeńskiego, umieszczając tam swój szpital polowy. Pod koniec walk czynny jest jeszcze lazaret w Szkole Jahna (ul. Agrykola). Dowództwo Obrony Miasta znajduje się wówczas w II LO przy ul. Królewieckiej, tam też jest wielu rannych. W szpitalu w Urzędzie Miasta w dniu 9 lutego do nie-woli dostaje się 2.400 rannych.

Wreszcie z 10 na 11 lutego ustają walki ustają. Przez następne dwa miesiące nie istnieje w Elblągu służba medyczna. W pierwszych tygodniach po wyzwoleniu (w lutym i marcu 1945 r.) opiekę lekarską sprawuje szpital wojskowy Armii Radzieckiej (czynny do czerwca 1945), do którego dostęp ludności cywilnej jest ograniczony.

**Po zakończonych walkach Elbląg był morzem gruźlicy, z tysiącami ludzi szukających środków do życia, żywności, pomocy medycznej.** Katastrofalny stan sanitarny nieuchronnie prowadzi do szerzenia się chorób zakaźnych. Szaleje dur brzuszny, czerwonka, choroby weneryczne. Najbardziej palącym problemem staje się hospitalizacja chorych zakaźnie. Olbrzymim zagrożeniem jest znaczna ilość nieoprzeżebanych zwłok osób zmarłych i zabitych. Niemiecka służba zdrowia nie ujawnia się, nie licząc pojedynczych lekarzy i siostr zakonnych, którzy zgłosili się do pracy w polskim szpitalu. Zorganizowano go w budynku szkolnym przy ul. Traugutta 93. Była to cytowana wyżej Bergschule.



**Ciekawa jest historia tego nieistniejącego już dziś budynku. Powstał pod koniec XIX wieku. Do 1945 r. mieściła się w nim tzw. Szkoła na Górcie (Bergschule), jedna z najstarszych szkół powszechnych w ówczesnym Elblągu. W czasie wojny budynek stał się najpierw schronieniem dla uchodźców, w styczniu 1945 r. został zamieniony na wojskowy lazaret, a w 1949 r. utworzono w nim Szkołę Podstawową nr 9.**

W kwietniu 1945 r. do Elbląga przybywa dr Stanisław Netzer, któremu powierzono organizację szpitala. Następni lekarze docierają na początku maja, to małżeństwa:



lek. Bolesław Szatrański, specjalista chorób płuc

Marceli i Izabela Kozłowscy oraz Edward i Olga Gardulscy. **Oficjalną działalność szpital przy ul Traugutta rozpoczął w ostatnim tygodniu kwietnia. Utworzono tu oddziały: wewnętrzny, zakaźny i weneryczny.** Obiekt nie spełniał wymogów sanitarnych czasu pokoju. Warunki pobytu chorych były bardzo trudne: małe i poniszczone sanitariaty, olbrzymie zagęszczenie łóżek, brak możliwości izolacji chorych zakaźnych, brak leków i środków higienicznych. Powodowało to konieczność szybkiego rozdzielania chorych internistycznych i chirurgicznych od chorych zakaźnych - głównie z tyfusem i czerwonką. Dlatego w pierwszych dniach maja Oddział Wewnętrzny przeniesiono do Szpitala Diakonisek przy ul. Zw. Jaszczurczego 22. Po częściowym uporządkowaniu pomieszczeń tego budynku dr Netzer zorganizował tu Szpital Miejski ze 106. łózkami.

Oddział Zakaźny w maju 1945 przeniesiono do budynku mieszkalnego przy ul. Trybunalskiej 11, nieprzystosowanego do funkcji szpitala. Ordynatorem został Marceli Kozłowski. Oddział miał 170 łóżek i przebywało w nim 150 ciężko chorych na tyfus, w tym kilkunastu Polaków. Oddział Zakaźny istniał tam do czasu otwarcia szpitala przy ul. Żeromskiego (1947).

Oddział Weneryczny (150 łóżek) był w 99% zapełniony przez Niemców. Do 30.06.1945 r. prowadzili go lekarze radzieccy, potem przejął go dr Anatol Czerniecowa i prowadził aż do czerwca 1946 r. Wówczas powstała Poradnia Wenerologiczna przy ul. Grochowskiej. **Zatem budynek szkolny przy ul. Traugutta 93 pełnił funkcję pierwszego powojennego szpitala do 1947 r.**

Opracował Bolesław Szatrański  
Zdjęcie ze zbiorów Karola Wyszyńskiego



## URSZULA WALEWSKA

27 czerwca 2017 r. walkę z chorobą przegrała Urszula Walewska, wieloletnia technik elektrokardiologii w Zakładzie Radiologii. Ula pracowała w naszym szpitalu od 1 lipca 1992 r. do 18 października 2016 r. Odeszła w wieku zaledwie 56 lat.

**Na Twoje odejście nie można się było przygotować. Twoja śmierć była nie na miejscu. Przyszła nie w porę. Za szybko i zbyt nagle. Przyszła i zostawiła ból. Ból, który ukoić mogą tylko wspomnienia. Wspomnienia o Tobie to dar, jaki nam zostawiłaś...**

Twój uśmiech... Ilość słów wypowiedzianych w tempie błyskawicy... Energia, którą zarażałaś nas wszystkich... Radość z rodziny, którą się zawsze z nami dzieliłaś...

lę, to nic, że pod kroplówką, to nic, że już w peruce, to też nic, ale BYŁAŚ!  
Wciąż jesteś z nami - we wspomnieniach.

Dziękujemy Ci, Ulu, że byłaś z nami.

A potem te inne spotkania – już w czasie Twojej choroby: chociażby na krótką chwilkę...

*Przyjaciele z Zakładu Radiologii*



## MARIA CHRZANOWSKA

W dniu 11 lipca 2017 roku na Cmentarzu Łostowickim w Gdańsku pożegnaliśmy Panią Doktor Marię Chrzanowską, długoletnią Ordynator Oddziału Dziecięcego WSZ w Elblągu.

Maria Chrzanowska urodziła się 26.02.1938 r. w Podorosku gm. Wołkowyż, na terenie dzisiejszej Białorusi, skąd po zakończeniu II wojny światowej została wraz z rodziną przesiedlona do Polski, do Kwidzyna. Tam ukończyła szkołę podstawową i gimnazjum. Po zdaniu matury w kwidzyńskim LO rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku. Po studiach w 1963 r. osiedliła się w Elblągu, gdzie rozpoczęła pracę i założyła rodzinę. Po ukończeniu stażu podyplomowego uzyskała specjalizację z pediatrii i odtąd już całe swoje zawodowe życie poświęciła leczeniu dzieci.

Maria Chrzanowska była współorganizatorem elbląskiej pediatrii. Przez wiele lat pełniła obowiązki Ordynatora Oddziału

tu Dziecięcego w Szpitalu Miejskim. Po powstaniu Wojewódzkiej Poradni Matki i Dziecka – została jej kierowniczką. Kiedy w roku 1988 utworzono Wojewódzki Szpital Zespolony – objęła tu funkcję Ordynatora Oddziału Dziecięcego B, pełniąc ją aż do przejścia na emeryturę w roku 2000. Od podstaw tworzyła oddział, na którym do dzisiaj pracujemy. Ten okres życia Pani Doktor jest nam najlepiej znany - pod Jej kierownictwem wielu pediatrów uzyskało specjalizację z zakresu chorób dziecięcych. Maria Chrzanowska była aktywną członkinią Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i organizatorką cyklicznych szkoleń umożliwiających szerokiej grupie pediatrów doskonalenie zawodowe. Dbała nie tylko o nasz rozwój zawodowy, ale towarzyszyła nam także w życiu osobistym. Własnym przykładem udowodniła, jak ważne jest zaangażowanie w sprawy społeczne. Była współtwórczynią Elbląskiego Hospicjum, aktywistką Klubu Inteligencji Katolickiej oraz powstającej w Elblągu „Solidarności”.

**Odchodząc na emeryturę, pożegnała się z nami słowami: „Myślę, że w moim życiu zawodowym miałam szczęście. Wykonywałam pracę, którą lubiłam. Spotkałam wielu mądrych i dobrych lekarzy, pielęgniarki oddane swojej pracy i salowe, które były serdeczne dla dzieci i sumienne w pracy. Szpital była dla mnie drugim domem. Po odejściu na emeryturę nadal często wracam do wspomnień tych chwil dobrych, i tych bardzo trudnych, ale zawsze z życzliwymi ludźmi wokół siebie. Kochani! Życzę Wam dużo zdrowia, wytrwałości i radości z wykonywanej pracy. Niech uśmiech dziecka będzie zapłatą za waszą trudną pracę”.**

Mimo upływu lat Pani Doktor Maria Chrzanowska pozostała w naszej pamięci jako dobry, oddany pacjentom lekarz oraz pogodny, życzliwy człowiek.

*Personel Oddziału Pediatrycznego  
WSZ w Elblągu*

# Kodeks Praw Dziecka

PAMIĘTAJ:

**PRAWA CZŁOWIEKA ZACZYNAJĄ SIĘ OD PRAW DZIECKA!**

- 1 Jesteś młodym człowiekiem - masz swoje prawa, nazywane „prawami dziecka”.
- 2 Masz prawo, aby żyć i rozwijać się w dobrych warunkach. Art. 6, 7, 8
- 3 Masz prawo do opieki i leczenia kiedy chorujesz. Art. 24
- 4 Masz prawo chodzić do szkoły i rozwijać swoje zainteresowania, a także tworzyć. Art. 28, 29
- 5 Możesz wyrażać swoje zdanie o tym co Cię dotyczy, mówić, co myślisz i uważasz za słuszne oraz uczestniczyć w życiu społecznym. Art. 12, 13, 14, 15
- 6 Masz prawo mieć swoje tajemnice i sekrety. Art. 16
- 7 Masz prawo mieć opiekunów i cieszyć się życiem rodzinnym. Art. 21
- 8 Nikt nie może Cię bić, krzywdzić, wykorzystywać do ciężkiej pracy, poniżać, lekceważyć Twoje uczucia - w ogóle źle Cię traktować. Art. 19, 37
- 9 Twój kraj powinien pomagać Twoim rodzicom, aby mogli zapewnić Ci dobre warunki rozwoju.
- 10 Twoje dobro jest najważniejsze dla rodziców i dla Polski. Art. 3, 18

