

KRÓLEWIECKA 146

CZASOPISMO WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO W ELBLĄGU



Wspomnień czar s. 27



Chłodna przyjemność (...)
s. 36



Partnerstwo na nowo (...)
s. 19



Oddychaj właściwie (...)
s. 41

Spis treści

Refleksje jubileuszowe

S.3

Felieton

S. 5

Szczepić czy nie szczepić?

Pytanie dekady

S. 6

Uśmiechać się i żyć bez bólu

S. 9

Epidemie w historii

S. 11

Szkolimy się dla was

S. 14

Anatomia w polszczyźnie

S. 15

Z pamiętnika młodego ojca

S. 17

Partnerstwo na nowo narodzone (...)

S. 19

Szpital od A do Ż. Historia pisana ludźmi.

S. 22

Między ławą poselską, a szpitalem.

S. 25

Wspomnień czar

S. 27

Choroba Hashimoto (...)

S.30

Pomyśl o innych, pomożesz sobie!

S.33

Chłodna przyjemność (...)

S.36

Udar mózgu. Fakty (...)

S.38

Oddychaj właściwie. Efekt zaskoczy.

S.41

Z cyklu dobrych wiadomości

S.43

Królewiecka 146



Wydawca:

Wojewódzki Szpital Zespolony
biuroprasowe@szpital.elblag.pl

Zespół redakcyjny:

Maria Kasprzycka
Anna Kosno
Tomasz Czapla
Sebastian Makowski

Adres redakcji:

Wojewódzki Szpital Zespolony
ul. Królewiecka 146
82-300 Elbląg
Sekcja Marketingu
tel. 55 239 5704
www.szpital.elblag.pl

Skład:

Anna Kosno

Druk:

Reproscan sp. z o.o.
ul. Stoczniowa 2
82-300 Elbląg

Nakład:

3000 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmian tytułów. Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść nadsyłanych publikacji.

Refleksje jubileuszowe

Przełom roku 2023 i 2024 to czas jubileuszów. 50-lecie podpisania umowy na budowę szpitala, 35-lecie uruchomienia WSZ, 25-lecie idei szpitalnego periodyku Królewiecka 146 i - jakby tego było mało - 25-lecie mojej pracy w naszym szpitalu. Przy takim natłoku jubileuszy nie sposób uniknąć refleksji i wspomnień.

Aby nie bazować na własnej, ulotnej pamięci, sięgnęłam do pierwszych numerów Królewieckiej. Lektura naprawdę interesująca i warto było zobaczyć, co się w międzyczasie zmieniło i jak my sami się zmieniliśmy.



Pomysł stworzenia „gazety szpitalnej” dojrzywał od 1999 roku, aż wreszcie 7 kwietnia 2001 roku ukazał się wyczekiwany zerowy numer miesięcznika Królewiecka 146. Podstawowy temat – otrzymanie akredytacji przez Szpital. Przełom tysiącleci był czasem wielkich zmian, w całym systemie ochrony zdrowia również. Królewiecka nie unikała ważnych tematów. O nowych relacjach pacjent – publiczny zakład opieki zdrowotnej – kasy chorych i limitowaniu świadczeń medycznych wyczerpująco pisał prawnik Tomasz Pawłowski. Podjął temat, czy w świetle obowiązujących przepisów, pacjent objęty ubezpieczeniem zdrowotnym jest upoważniony do żądania zwrotu od kas chorych kosztów, jakie poniósł na świadczenie dokonane ponad ustanowiony przez kasę limit. Problem nadal aktualny, a nawet stał się prawdziwym przekleństwem w obecnym systemie opieki zdrowotnej i kompetencjach NFZ.

W pierwszym numerze periodyku podsumowany został optymistyczną i zobowiązującą konstatacją proces akredytacji: „Przyznanie akredytacji warunkowej powinno mieć wpływ na konsolidację całej załogi. (...) Personel powinien zacząć dostrzegać konieczność jakościowej zmiany Szpital – Pacjent. Szpital przestał być instytucją hermetyczną, rządzącą się swoimi prawami, a w centralnym punkcie powinien znaleźć się pacjent i jego satysfakcja”. Poświęcono też miejsce podsumowaniu trwającej od 1995 roku współpracy z Wielką Orkiestrą Świątecznej Pomocy i Jerzym Owsakiem.

Entuzjazm zespołu medycznego Szpitala w felietonie nr 2 świetnie uchwycił lek. Tadeusz Naguszewski. „W naszym szpitalu coraz więcej pracowników bardzo twórczo reaguje na wszelkie zmiany w swoim otoczeniu, na zmianę otoczenia szpitala – kiedy to Pacjenci zgłaszają nowe potrzeby, kiedy zauważalne są umiejętności konkurencji. Szpital jako duża i dobra firma musi modyfikować taktykę postępowania, przebudowywać się, przekształcać i dostosowywać do nowej sytuacji”.

Królewiecka 146 stała się szybko prawdziwym i otwarty polem komunikacji z pacjentami. Ze wzruszeniem przeczytałam w drugim numerze króciutki felieton pacjentki dotyczący barier architektonicznych w obiekcie.

Jako przykład wskazała krawężnik przy fontannie, uniemożliwiający korzystanie z tego miejsca osobom na wózkach inwalidzkich. Już w następnym numerze ówczesny redaktor naczelny Marek Kopyła z radością informował o zlikwidowaniu krawężnika. Z pierwszych numerów bije duże zaangażowanie pracowników w ich redagowanie oraz wzajemne poznawanie się zespołu. Konkursy, zdjęcia z dzieciństwa, relacje z podróży bądź zagranicznych staży. I przede wszystkim dyskusje, w których często przewijał się wątek etyki zawodu lekarza i pielęgniarki, wrażliwości społecznej i zaangażowania. Nie bez dozy humoru – jak puenta T. Naguszewskiego odnośnie oczekiwań pacjentów: Niektórzy ludzie myślą, że lekarze i pielęgniarki potrafią jajecznicę wsadzić z powrotem do skorupki...

Gdzieś po drodze, w narastających trudach codzienności, zagubiliśmy ten humor, dystans i entuzjazm. Dzisiaj od nas tylko zależy, czy jesteśmy gotowi próbować je wskrzesić. Niewątpliwie polityczny roller-coaster ostatnich dekad, nieprzemyślane zmiany legislacyjne, lobbystyczne wpływy i naciski spowodowały, że w zarządzaniu i pracy szpitala ciężar z dobra pacjenta przeniósł się na sferę finansowo-organizacyjną. I chociaż możemy jako jednostka chwalić się coraz lepszymi sprzętami i technologią, musimy wrócić do tego, do czego zobowiązaliśmy się dawno temu: w centralnym punkcie powinien znaleźć się pacjent i jego satysfakcja. Czego jubileuszowo życzę nam wszystkim i do czego się niniejszym zobowiązuję.

Elżbieta Gelert



Obiecałam sobie kiedyś, że do szpitala udam się dopiero, gdy będę gotowa na śmierć. Niestety, musiałam się poddać złamawszy kość śródstopia.

Był późny listopad. Usiłowałam po kąpieli umeścić mokrą stopę w skórzanym klapku, ale ta się niesfornie wywinęła. Ból był niczym w porównaniu z odgłosem łamanej kości. Zatem SOR, historyczna odmowa gipsu, atrakcyjna orteza i leczenie.... Początkowa akceptacja dla ortezy minęła z pierwszymi mrozami. Dwa poślizgi uświadomiły mi zagrożenie kolejnymi złamaniami, więc wskoczyłam w crokсы i tak przetrwałam do styczniowej wizyty kontrolnej w szpitalnej przychodni.

Mimo umówionej godziny, kolejną spędziłam pod drzwiami gabinetu na nerwowym oczekiwaniu. Noga na nogę i ostentacyjne machanie. W końcu wchodzę, oczywiście już poirytowana.

Imię, nazwisko, ostatnie zdjęcie RTG. Zagłębiany w papierach i zdjęciach lekarz mówi do siebie o starym złamaniu i jakimś zwyrodnieniu. Próbuję prostować, że to moje pierwsze, całkiem nowe złamanie i staram się dociec, co to za nieznane mi zwyrodnienie.

- Ma pani 63 lata – stwierdza lekarz.
- Dobrze, że mi Pan przypomniał, bo mogłabym to przeoczyć – odpyskuję. – A złamanie nowe, z grudnia – dodaję.
- Z listopada – ripostuje uważny badacz dokumentów. – No dobrze, niech pani pokaże tą nogę – dodaje zrezygnowany.
- Bardzo zgrabna stopa – komentuję zdejmując skarpetę.
- A druga? – pyta.
- Pasuje do pierwszej – kontynuuję prezentację.
- Ma inny kolor – stwierdza doktor.
- Bo godzinę dociskałam ją tą pierwszą siedząc pod pańskimi drzwiami - nie odmówiłam sobie choć drobnej uszczypliwości.

Spojrzał z odrazą na moje stopy, jeszcze raz porównał zdjęcia.

- Zrosło się – podsumował. – Koniec leczenia.

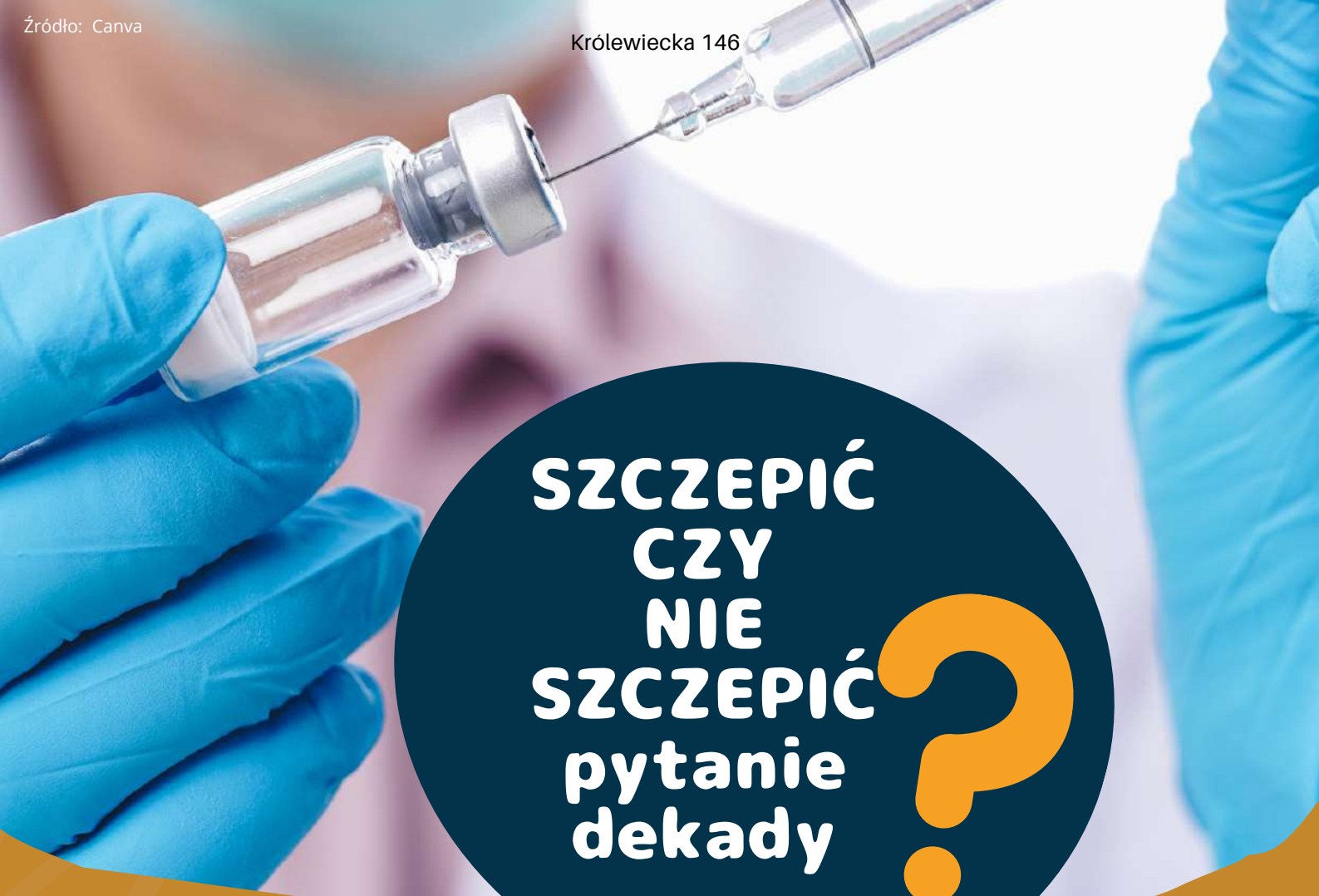
W końcu podniósł na mnie pełen wyrzutu wzrok.

- Fajnie tak być na emeryturze. Można mieć czas, być wyluzowanym i zadowolonym? – retorycznie, choć smutno zapytał.

I zawstydziałam się. Naprawdę. Był ewidentnie zmęczony i chyba czymś zmartwiony. Uświadomiłam sobie, że od rana zajmuje się ranami, nieuleczalnymi zwyrodnieniami, złamaniami; kalectwem i niedołążnością. Że nie może często naprawić oglądanych kończyn, a jedynie złagodzić ból. A każdy pacjent oczekuje nadziei, pokrzepienia, a czasem cudu.

To oczywiste, że dla każdego z nas, życie i zdrowie nasze i naszych najbliższych jest najważniejsze na świecie. Żywiąc przekonanie, że utrzymujemy służbę zdrowia z naszych podatków, oczekujemy od medycznego personelu usług na najwyższym poziomie, nieustającej uwagi, uprzejmości i poświęcenia. Żądamy pełnego zaangażowania, dostępności, wrażliwości i cudownej mocy. Zapominamy, że to też ludzie, ze swoimi problemami, zmęczeniem, znużeniem i granicami możliwości. Lekarze, pielęgniarki, obsługa szpitalna - ich doba, jak nasza, ma tylko 24 godziny. Mają też, tak jak my, prawo do prywatnego życia, urlopu i chwili oddechu. Wszyscy jesteśmy potencjalnymi pacjentami - czy tego chcemy, czy nie. W tym numerze znajdziecie więc Państwo wskazówki, w jaki sposób się temu opierać bądź opóźnić ten nieuchronny czas. Jeśli już jednak nadejdzie, opowiemy na jaką realną pomoc możemy liczyć w konkretnych przypadłościach, jak sami możemy wpłynąć na komfort pobytu w szpitalu oraz jak wspomóc medyczny personel w przywracaniu nas do zdrowia. Będzie też trochę wspomnień i aktualności, nieco żartu.

Życzymy satysfakcjonującej lektury
Redakcja



SZCZEPIĆ CZY NIE SZCZEPIĆ pytanie dekady



To pytanie, na które nie ma niejednoznacznej odpowiedzi. Na to pytanie każdy musi sobie odpowiedzieć tak lub nie. Jednak o jego wadze w dzisiejszym świecie świadczy choćby fakt, że dogłębną analizą tematu zajęło się Zespół Analiz i Opracowań Tematycznych Kancelarii Senatu RP w wyniku czego w marcu 2018 roku powstało opracowanie „Kontrowersje wokół szczepień obowiązkowych”. Lektura niezwykle ciekawa, z której zaczerpnę szereg istotnych informacji.

Fakty i liczby

W erze przedszczepionkowej śmiertelność niemowląt i skrócony okres życia były zjawiskiem powszechnym. Dzięki wprowadzeniu szczepień zniknęły przerażające epidemie z przeszłości.

W erze przedszczepionkowej śmiertelność niemowląt i skrócony okres życia były zjawiskiem powszechnym. Dzięki wprowadzeniu szczepień zniknęły przerażające epidemie z przeszłości. Jak wynika z różnych doniesień prasowych i publikacji, zanim ospa została wyeliminowana za pomocą szczepionki, zabiła około 500 milionów ludzi. Bakteria Hib, powodująca m.in. zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, pozostawiała wiele dzieci z trwałym uszkodzeniem mózgu. Przed wprowadzeniem masowych szczepień w 1960 roku, krztusiec był częstą przyczyną zgonów u dzieci poniżej 1 roku życia. W kolejnych latach liczba zachorowań zmniejszyła się ponad 100-krotnie. Przed wprowadzeniem szczepień choroba Heinego-Medina rocznie powodowała tysiące zgonów oraz kilkanaście tysięcy przypadków trwałego inwalidztwa u dzieci w wieku szkolnym na świecie. W USA w połowie lat 60. w wyniku epidemii różyczki 11 tys. kobiet poroniło lub usunęło ciążę, 20 tys. dzieci

urodziło się z zespołem Gregga, z czego 2 100 umarło, 12 tys. ogłuchło, 3 580 straciło wzrok, a 1 800 doznało opóźnień w rozwoju umysłowym. Do czasu wprowadzenia masowych szczepień błonica była przyczyną częstych epidemii, cechujących się wysoką śmiertelnością. W latach pięćdziesiątych XX wieku w Polsce rejestrowano ok. 40 000 zachorowań i 3 000 zgonów rocznie. Przed wprowadzeniem szczepień przeciw odrze liczba rejestrowanych przypadków w Polsce kształtowała się od 70 000 do 130 000 w latach pomiędzy epidemiami oraz od 135 000 do 200 000 w latach epidemicznych. Umierało 200–300 dzieci, a tysiące miało ciężkie powikłania wymagające długotrwałej hospitalizacji.

Argumenty przeciw

Przeciwnicy szczepień argumentują, że zachorowalność i umieralność na choroby zakaźne spada już od dawna i nie ma to związku z wprowadzeniem szczepień. Są również przekonani, że badania, które nie potwierdzają szkodliwości szczepionek są prowadzone na konkretne zamówienie i w taki sposób, aby wykryć to, co badaczom polecono wykryć. W ich opinii zwolennicy szczepionek działają jak niegdysiejsi propagandziści palenia tytoniu, którzy latami wykazywali rzekome błędy w każdym badaniu wskazującym na związek przyczynowy pomiędzy paleniem papierosów a rakiem płuc. Antyszczepionkowcy twierdzą między innymi, że znaleziono wiele dowodów na obecność groźnych wirusów, bakterii i toksyn w szczepionkach, jednakże prace naukowców, które wskazują na możliwe powiązania pomiędzy szczepionkami a poważnymi problemami zdrowotnymi nie są w ogóle promowane. W ich przekonaniu organizacje rządowe powołane w celu ochrony zdrowia działają w zмовie z przemysłem farmaceutycznym i ukrywają przed społeczeństwem informacje o szkodliwości szczepień. Przytaczają także argumenty, że odporność poszczepienna jest czasowa, w przeciwieństwie do odporności wynikającej z przejścia normalnej choroby. Przekonują, że szczepienia przeciążają odporność dziecka, a dzieci nieszczepione są zdrowsze od szczepionych.

Kalendarium rodzimej dyskusji

Wg autorów przytoczonej analizy osoby zaangażowane w ruchy kwestionujące zasadność obowiązkowych szczepień nie są wcale jednorodne, reprezentują różne punkty widzenia, zgłaszają różne wątpliwości i wysuwają różnorodne postulaty. Na przykład Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach „STOP NOP” walczy o prawo rodziców do decydowania o szczepieniu dzieci. Stowarzyszenie nie identyfikuje się z pojęciem „ruch antyszczepionkowy”, ale jest za wolnością wyboru decyzji, gdyż – jak twierdzą jego członkowie – każdy rodzic bierze odpowiedzialność za swoje dzieci i konsekwencje tych wyborów będzie ponosić zawsze tylko on. Członkowie Stowarzyszenia walczą o niestosowanie przymusu wobec zdrowej osoby niewyrażającej zgody na zabieg medyczny oraz zadośćuczynienie dla tych, którzy ucierpieli wskutek powikłań poszczepiennych. Jednakże w 2016 roku Stowarzyszenie "Stop NOP" skierowało do premiera petycję, w której domagało się ujawnienia powiązań z firmami farmaceutycznymi osób decydujących o systemie szczepień w Polsce oraz odpowiedzialnych za refundację leków. W petycji padły nazwiska, wśród których wymieniony Paweł Grzesiowski był członkiem Zespołu Ekspertów do Spraw Programu Szczepień Ochronnych przy Ministerstwie Zdrowia. Grzesiowski wytoczył proces karny szefowej stowarzyszenia Justynie Sosze i wygrał. 17 stycznia 2019 roku Sąd Rejonowy w Poznaniu skazał Sochę na grzywnę w wys. 2000 zł.

Na początku stycznia 2019 roku kierowany przez posła Pawła Skuteckiego (Kukiz'15) Parlamentarny Zespół ds. Szczepień zaprosił prof. Christophera Exleya. - Zdejmiemy gacie polskim "ekspertom" - zapowiedział Skutecki. Profesor-antyszczepionkowiec, znany z teorii o aluminium w szczepionkach, nawoływał do picia wody z krzemem, która miała usuwać aluminium z organizmu. Okazało się jednak, że rzekome badania były finansowane przez producenta wody.

Nieprzypadkowo zatem w lutym 2019 roku, rok przed pojawieniem się COVID 19, prof. Krystyna Karczewska, emerytowana pediatra i dr Tadeusz Krawecki, emerytowany specjalista chorób zakaźnych, wystąpili w spocie pod tytułem "Choroby zakaźne - oni pamiętają" (dostępny na YouTube). Karczewska wspominała jak przerażała ją odra. - Dzieci miały bardzo wysoką gorączkę, były obsypane wykwitami, raziło je światło, leżały w ciemnych pokojach. Najczęściej były powikłania: zapalenia płuc, ucha, mózgu. Dzieci umierały w szpitalu - przyznała, a lek. Krawecki dodał: - Pamiętam wypełnione oddziały zakaźne i rzędy karetek przed szpitalem.

17 marca 2023 roku w Poznaniu rozpoczęła się jedna z największych spraw dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy w historii samorządu lekarskiego. Po dwuletnim śledztwie rzecznik odpowiedzialności zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej skierował wniosek o ukaranie 114 lekarzy z całej Polski, którzy w czasie pandemii COVID-19, od października do grudnia 2020 r., mieli publicznie rozpowszechniać informacje niezgodne z aktualną wiedzą medyczną i propagować postawy antyzdrowotne. Przed okręgowym sądem lekarskim zgromadzili się z transparentami i megafonami przeciwnicy szczepień. Ponad sto osób skandowało: „Izba opresji”, niesiono też transparent z napisem „Po pierwsze nie szkodzić”.

Szczepienia obowiązkowe

Szczepienia obowiązkowe obejmują dzieci i młodzież do 19 roku życia oraz osoby szczególnie narażone na choroby zakaźne, m.in. studentów uczelni medycznych, pracowników służby zdrowia i ludzi zatrudnionych w służbach weterynaryjnych. W Polsce obowiązkowe są szczepienia przeciw gruźlicy, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, błonicy, krztuścowi, tężcowi, ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu, odrze, śwince, różyczce, inwazyjnemu zakażeniu pneumokokowym, inwazyjnym zakażeniom *Haemophilus influenzae*

typu B, zakażeniom wywołanym przez rotawirusy, oraz ospie wietrznej. Już w pierwszej dobie noworodek otrzymuje dawkę chroniącą przed gruźlicą oraz wirusowym zapaleniem wątroby typu B. Dalsze szczepienia odbywają się pod czujnym okiem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej - zaszczepienie przeciw pneumokokom, błonicy czy tężcowi w 6-8 tygodniu życia. Jeśli stan zdrowia dziecka nie pozwala na jego zaszczepienie w danym przedziale czasowym, ustala się indywidualny kalendarz szczepień, który pozwala szybko nadrobić zaległości. Szczepienia obowiązkowe są bezpłatne, z jednym wyjątkiem – jeśli wybie - rzemy dla naszego dziecka inną szczepionkę niż tę zakupioną przez ministerstwo zdrowia, będziemy musieli za nią samodzielnie zapłacić.



Źródło: Canva

Konstatacja

Problem szczepień wyszedł już ze sfery indywidualnej decyzji i odpowiedzialności za siebie i dziecko. Paradoksalnie antyszczepionkową narrację wzmacnia fakt, że dzięki szczepieniom niemal zapomnieliśmy o szeregu chorób zakaźnych, stanowiących przez wieki śmiertelne zagrożenie dla ludzkości i źródło ogromnego bólu matek i dzieci. Szczepienia osobiste chronią nas indywidualnie; szczepienia masowe chronią całe społeczeństwo. Odpowiednio wysoki poziom wyszczepienia sprawa, że ryzyko zachorowania na dane schorzenie jest bliskie zeru lub bardzo niskie. Dlatego szczepiąc się chronimy nawet osoby, które z powodów zdrowotnych nie mogły lub światopoglądowych nie chciały przyjąć szczepionki

Tomasz Czapla

UŚMIECHAĆ SIĘ I ŻYĆ BEZ BÓLU

**– o nowatorskiej chirurgii w obrębie stawu żuchwowo-skroniowego rozmawiamy z lekarzem dentystą
Filipem Kaczyńskim**



fot. Sebastian Makowski

W październiku ub. roku zespół Oddziału Otolaryngologii z Pododdziałem Chirurgii Szczękowo-Twarzowej przeprowadził nowatorski zabieg wstawienia pacjentce endoprotezy stawu żuchwowo-skroniowego. Operację wykonano pod okiem zaproszonego gościa – znakomitego chirurga szczękowego Włodimira Mahonia ze Szpitala Uniwersyteckiego w Pradze, jednego z najbardziej doświadczonych lekarzy w tej materii.

Zacznijmy od końca. Czy ten udany zabieg oznacza, że niebawem endoproteza stawu żuchwowo-skroniowego stanie się tak popularna i powszechna jak np. stawu biodrowego?

Jednak zacznijmy od początku. Staw żuchwowo-skroniowy jest najbardziej skomplikowanym stawem w anatomii człowieka. O ile większość stawów działa w jednym kierunku, ten obraca się na różne strony. Od diagnozy do operacji musi minąć sporo czasu.

Co zatem musi nastąpić, by zespół otolaryngologii podjął się wykonania operacji?

Zgłaszają się do nas pacjenci z rozmaitych powodów. Mogą to być uporczywe dźwięki w głowie czy okolicy stawu, bóle w stawie bądź mięśniach i więzadłach okołostawowych, niezdiagnozowane emisje bóli migrenowych czy zatokowych, zaburzenia w otwieraniu jamy ustnej. Skala problemów w populacji polskiej oceniana jest na 25 – 45%, w skali światowej około 20%. Jak by nie patrzeć – naprawdę duża.

Jakie są przyczyny tych problemów?

Nie ma jednoznacznej odpowiedzi.

Często są to zaburzenia rozwojowe, czasami autoimmunologiczne czy reumatoidalne.

Większość kwalifikuje się do operacji?

Przeciwnie. Większość może ustąpić samoistnie lub w wyniku nieinwazyjnego leczenia zachowawczego. Od tego zawsze staramy się zacząć. Dobrze sprawdza się fachowa fizjoterapia. Jeśli to nie wystarcza, staramy się ustawić szczękę, np. za pomocą szyn. W razie porażki, wprowadzamy zabiegi chirurgiczne minimalnie inwazyjne. Dopiero gdy i to nie pomoże – kierujemy pacjenta do otwartych zabiegów chirurgicznych. Ale dotyczy to niewielkiego procenta pacjentów i naprawdę wyjątkowych przypadków. Tak jak w sytuacji naszej pierwszej pacjentki, która w miarę postępujących zmian chorobowych po prostu utraciła cały staw żuchwowo-skroniowy.

Zapada decyzja – konieczny nowy staw. Do szpitalnego sklepiu po nową endoprotezę się nie chadza.

Tu się zaczyna kolejny dość długi proces. Jak wspominałem, to bardzo skomplikowany staw. Dlatego wkracza najnowocześniejsza technologia – w oparciu o tomografię i liczne skany szczęki, technicy przystępują do kompu-

terowego zaprojektowania endoprotezy. Na każdym etapie projektowanie odbywa się pod ścisłą kontrolą lekarza prowadzącego. Każda endoproteza powstaje na bazie indywidualnego projektu implantu tytanowego. Po jej zainstalowaniu nie będzie miejsca na poprawki.

Można powiedzieć, że od zgłoszenia do poradni do skonstruowania endoprotezy minęło sporo czasu, a ból narasta, życie coraz bardziej przykre, a przed cierpiącym operacja, rekonwalescencja. Daleka droga.

Już nie. Sam zabieg trwa około trzech godzin, pobyt w szpitalu 3-4 dni. Operacja jest skomplikowana, bo działamy w bardzo unerwionym obszarze głowy i szyi. Jest to strefa licznych ujęć nerwów i naczyń krwionośnych. Musimy być bardzo ostrożni, szczególnie zadbać o czystość pola operacyjnego, zabezpieczenie antyinfekcyjne. Mamy ku temu wszelkie warunki, dlatego możemy podjąć się tak skomplikowanych działań.

Rekonwalescencja.

To zawsze indywidualne. Praktycznie zmiany na lepsze wyczuwalne są natychmiast. My zalecamy stopniowe uruchamianie żuchwy i ćwiczenia pod okiem fizjoterapeuty. Endoproteza stawu żuchwowo-skroniowego pozwala na normalne funkcjonowanie, choć nie można mówić o wyleczeniu chorego. Jeżeli jednak ktoś cierpiał kilka lat, a teraz może jeść, uśmiechać się i żyć bez bólu – tylko on może powiedzieć, jak zabieg zmienił jego życie.

Od pierwszej operacji minęły dwa miesiące. Kolejka już jest?

Wprowadziliśmy wymianę stawu do naszej oferty szpitalnej. Trwają konsultacje, działania bez radykalnej interwencji. Jak mówiłem – to bardzo indywidualne przypadki i stosunkowo długi proces od decyzji o konieczności operacji do uzyskania gotowego implantu do wykonania zabiegu. My też się do tego musieliśmy przygotować. I jesteśmy gotowi.

Na zdjęciu: od lewej zastępca ordynatora Oddziału Otolaryngologicznego z Pododdziałem Chirurgii Szcękowo-Twarzowej lek. dentysta Leszek Wiczerzak, dr hab. n. med. Vladimír Machoň, lek. dentysta ww. oddziału Filip Kaczyński.





EPIDEMIE W HISTORII



„TRIUMF ŚMIERCI” (1562) PIETERA BRUEGLA, ODZWIERCIEDLAJĄCY POWSZECHNY W SPOŁECZEŃSTWIE WSTRZĄS I PRZERAŻENIE, WYWOŁANE ”CZARNĄ ŚMIERCIĄ” - ŹRÓDŁO: WIKIPEDIA

Niemal w każdym zakątku średniowiecznej Europy stawiano niegdyś kamienne kolumny wotywnie jako symbol zakończenia masowych zachorowań. Zakończenia, a nie pokonania, gdyż średniowieczna medycyna nie radziła sobie z dziesiątkami czy setkami tysięcy chorych.

Dżuma Justyniana

Pierwsza wielka epidemia dość dobrze udokumentowana w źródłach pisanych to „dżuma Justyniana” (541-544), której nazwa wywodzi się od rządzącego ówczesnie cesarza bizantyjskiego Justyniana Wielkiego. Prawdopodobnie wybuchła w Egipcie i wkrótce ogarnęła Palestynę, Syrię, Cesarstwo Bizantyjskie z Konstantynopolem. Dotknęła też Persję, Galię, Wyspy Brytyjskie i nawet zachodnie obszary obecnej Polski. Chorobę rozprzestrzeniały szczury masowo okupujące ładownie statków kupieckich, dlatego pierwszą ofiarą zarazy padły miasta handlowe. W Konstantynopolu – jednej z największych ówczesnych metropolii, w apogeum epidemia zabierała do grobów 10 000

ludzi dziennie. Straty ludzkie w basenie śródziemnomorskim plasowały się na poziomie kilkunastu procent, co nie wyklucza, że mogły istnieć także lokalne ogniska chorobowe o wyższej umieralności. Według obliczeń demografów w roku 540 Cesarstwo Bizantyjskie liczyło ok. 26 mln mieszkańców, zaś w 565 było to już jedynie 19,5 mln. Stanowiło to wynik zarówno pandemii, jak i innych kryzysów. Konstantynopolitańczycy do 750 roku jeszcze kilkanaście razy mierzyli się z różnego rodzaju epidemiami.

Czarna śmierć

Niechlubny tytuł największej i najbardziej znanej zarazy należy się tzw. „czarnej śmierci”, która opanowała znaczną część Europy w połowie XIV wieku i pochłonęła ok. 1/3, a według niektórych szacunków nawet 40% ludności Starego Kontynentu. Pandemia dotarła do Europy z załogami genueńskich galer, które w październiku 1347 roku przybiły do sycylijskich portów. Marynarze i kupcy prócz towarów dostarczyli z Krymu wirusa dżumy. Znajdująca się tam faktoria handlowa Kaffa została właśnie brutalnie zdobyta przez wojska Dżanibeka, chana Złotej Ordy, który nakazał przerzucenie przez mury miejskie obleganego miasta zwłok ludzi zmarłych na dżumę.



„Doktor Schnabel von Rom” („Doktor Dziób z Rzymu”), rycina, Rzym 1656. Strój lekarski chroniący przed dżumą dymieniczą lub czarną śmiercią. Źródło: Wikipedia

Zaraza szybko się rozprzestrzeniła, a gdy wyruszający z niej żeglarze dotarli na Sycylię, błyskawicznie objęła wyspę i większość Europy. „Czarna śmierć” dotykała wszystkich; bariery naturalne nie stanowiły dla niej żadnej przeszkody. Do 1348 roku stała się przekleństwem mieszkańców terenów obecnej Francji, Niemiec, Niderlandów, Hiszpanii i Bałkanów. Zdziesiątkowała ludność Anglii, Szkocji, a nawet krajów skandynawskich.

Epidemie nad Wisłą

Przypuszczalnie już Praslówianie stykali się ze „złym powietrzem”. Nieprzypadkowo wierzyli bowiem w Trzybka – demona odpowiedzialnego za zarazy. Po dojściu do władzy dynastii Piastów i przejściu mieszkańców polskich grodów na chrześcijaństwo, Trzybka zastąpił gniew Chrystusa, a za zwiastun rychłego nieszczęścia uważano komety. Dziś wiemy, że rozprzestrzenianie epidemii i ich śmiertelne żniwo wynikało z powszechnego braku higieny, dużego zgęszczenia ludzi w średniowiecznych miastach, migracji, a nawet obrzędów pogrzebowych. Nierzadko w celu pochówku wewnątrz murów miejskich rozkopywano stare mogiły uwalniając czyhające bakterie. Wiarygodny zapis Jana Długosza dotyczy epidemii z lat 1003 i 1006. Jak pisał „Głód, mór i zaraza okropne panowały tymi czasy nie tylko w Polsce, ale i w całym prawie świecie”. W kolejnych stuleciach zarazy często nawiedzały ziemie polskie – wystąpiły w latach: 1186, 1283, 1307, 1360, 1383, 1451, 1497, 1542, 1573 i 1663. Każda z nich rozprzestrzeniła się na znacznym terenie Polski, a jeśli chodzi o mieszkańców pojedynczych miast, bywało że mierzyli się ze „śmiertelnym powietrzem” co 3 lata, a nawet i co roku. Np. od 1500 do 1750 roku w Krakowie miały miejsce 92 epidemie; mieszkańcy Warszawy w latach 1601-1650 borykali się z zarazą 33-krotnie.

Średniowieczna profilaktyka antyepidemiczna

Ucieczka. Nasi przodkowie najczęściej brali po prostu nogi za pas i jak najszybciej oddalali się od ognisk epidemii. Wierzyli, że dystans – zarówno czasowy, jak i przestrzenny – stanowi gwarancję zachowania zdrowia. Paradoksalnie nie tylko nie uchronili siebie, ale aktywnie uczestniczyli w jej roznoszeniu. Z czasem ludzie zdali sobie jednak sprawę, że nie należy przyjmować uciekinierów, a raczej zamykać przed nimi bramy. W okresach zarazy miasta realizowały więc zasadę „mój dom, moja twierdza”. Twierdza rzadko okazywała się szczelna i nierzadko wirusy bądź bakterie przedostawały się do wewnątrz murów.

Drastycznie ograniczano wówczas ruch mieszkańców w mieście – obowiązywał kategoryczny zakaz wychodzenia z domu, poza wyjątkowymi sytuacjami. Przy dostawie żywności nie przekraczano progu domów, ale ją zostawiano przed drzwiami. Zarażonych „wyróżniano” białą laską, którą musieli nieść przed sobą niczym drogowskaz opuszczając swoje lokum. Domostwa, w których panowała zaraza, malowano białą farbą, aby inni mieszczenie mogli je z daleka rozpoznać. Władze uniemożliwiały też ludziom korzystanie z wszelkich grupowych rozrywek. Zamykano karczmy, łaźnie, miejsca gier. Wprowadzano zakaz wyrzucania fekaliiów na ulice, regularnie czyszczono rynsztoki, a ubrania po zmarłych wskutek epidemii palono jeszcze tego samego dnia. Najważniejsze pozostawało liczenie na łut szczęścia.

Powolny postęp

Chociaż kolejne stulecia przynosiły sukcesywny rozwój medycyny, epidemie nadal stanowiły śmiertelne zagrożenie dla ludzkości. Dotyczyło to nawet najbogatszych miast, gdzie świadomość społeczna była odpowiednio wyższa, a mieszczenie korzystali z usług medycznych. Dramatycznym przykładem Gdańsk i nękająca go w XVII i XVIII wieku dżuma: w 1620 roku zmarło na nią 16% mieszkańców, 1709 rok to aż 35% zgonów, a ćwierć wieku później kolejna epidemia pochłonęła 7% gdańszczan. W XIX wieku szczególnie groźna okazała się cholera, która spustoszyła ziemie polskie w trakcie powstania listopadowego. To ona miała przyczynić się do śmierci Adama Mickiewicza w Stambule jesienią 1855 roku. Z kolei w XX wieku epidemicznym falam sprzyjały konflikty zbrojne: I wojna światowa to masowe zgony wywołane tyfusem, czerwonką i gripą hiszpanką.

Dopiero wprowadzenie po II wojnie światowej masowych szczepień pozwoliło zneutralizować szereg chorób zakaźnych, jak chociażby gruźlicę, dyfteryt czy polio. Jeszcze w 1963 roku we Wrocławiu, mieliśmy do czynienia z ogniskiem ospy prawdziwej, którą sprowadził z Azji oficer Służby Bezpieczeństwa. Błyskawicznie przedsięwzięte środki zaradcze ograniczyły zasięg choroby - Wrocław na kilka tygodni odizolowano kordonem sanitarnym, zaszczepiono 98% wrocławian, zaś osoby, które mogły mieć kontakt z zakażonymi, trafiły do izolatorium. W efekcie zmarło jedynie 7 osób.

Epidemia czy pandemia

Skurczenie świata, przeludnienie wielu regionów, możliwości błyskawicznego przemieszczania się ludzi po całym globie spowodowały, że od XX wieku wzrasta zagrożenie pandemią. W odróżnieniu od epidemii, która jest ograniczona obszarem występowania, pandemia ma charakter globalny. Z pewnością za pierwszą z nich uważany jest wybuch grypy hiszpanki w czasie I wojny światowej, która jest odpowiedzialna za śmierć nawet 50 milionów ludzi, tj. większą liczbę ofiar niż pochłonęły same działania wojenne. Paradoksalnie rozwojowi pandemii sprzyja dotychczasowa skuteczność walki z najbardziej śmiertelnymi chorobami, gdyż mniej ofiar generuje wyższy wskaźnik zaraźliwości. Wspomaga pandemię również brak biologicznej odporności populacji w przypadku chorób długo niewystępujących. Nieprzewidywalne zagrożenie stanowi też zdolność patogenów do coraz szybszych samoobronnych mutacji. Dlatego nie lekceważmy pandemii i prócz korzystania z możliwości, jakie daje współczesna medycyna, warto sięgać po sprawdzone od wieków metody ograniczania zagrożenia.

Tomasz Czapla

FRESK "TANIEC ŚMIERCI", 1490 ŹRÓDŁO: WIKIPEDIA



SZKOLIMY SIĘ DLA WAS

Współczesna medycyna ratunkowa w swoim wachlarzu usług i działań wymaga od jej adeptów nieustannego dążenia do bycia lepszym, poszukiwania nowych, bardziej optymalnych rozwiązań oraz możliwości udzielania pomocy osobom w zagrożeniu życia i zdrowia. Przede wszystkim wymaga ciągłego nadążania za możliwościami technologicznymi, aby tej pomocy udzielić.

System Państwowe Ratownictwo Medyczne działa na podstawie ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, która nakłada na nich obowiązek doskonalenia zawodowego. Jest tak od 2006 roku i każdy, kto czynnie wykonuje ten zawód w ciągu 5 lat powinien zdobyć 200 punktów edukacyjnych. Proces ten trwa już przeszło dekadę. W tym czasie pracownicy Działu Ratownictwa Medycznego naszego szpitala uczestniczyli w wielu sympozjach, szkoleniach oraz kursach doskonalących na terenie całego kraju. Nasi ratownicy, wychodząc naprzeciw wymaganiom, które stawia nowoczesna medycyna oraz tym, które postawiła przed medykami pandemia, od 2021 roku szkolą się i wdrażają nowe możliwości wczesnej diagnostyki przedszpitalnej na wewnętrznych szkoleniach. Zaproszeni na warsztaty specjaliści z dziedzin, które ratownicy chcą doskonalić, wzbogacają spektrum przedsięwzięcia. Szkolenia odbywają się dla wszystkich pracowników Działu Ratownictwa Medycznego.

Jedno z pierwszych szkoleń (wiosna 2021) dotyczyło wprowadzenia do zespołów ratownictwa medycznego stetoskopu XXI wieku, jak określa się USG. Wymagało to przeszkolenia ratowników z podstaw ratunkowego używania urządzenia, które okazało się nieocenioną pomocą w czasie pandemii. Pierwsze szlify ultrasonografii ratunkowej nasi ratownicy przeszli pod okiem lek. Łukasza Skorupy. Przeprowadzone warsztaty pokazały potrzebę poszerzenia wiedzy na temat przedszpitalnego użycia USG. Dzięki opanowaniu i korzystaniu z USG w naszych ambulansach wzrosło wczesne rozpoznanie tętniaka aorty czy tamponady serca, które przyspieszyło cały proces terapeutyczny.

Na zdjęciu: Jakub Omalecki oraz Marcin Kamiński



fot. Konrad Kosacz

Kolejne szkolenia poprowadzili kardiolog Michał Jaśkiewicz oraz neurolog Katarzyna Łaskawiec. Wspólne warsztaty pozwoliły lepiej zrozumieć potrzeby i specyfikę pacjentów zarówno kardiologicznych, jak i neurologicznych, a symulowane sytuacje na poszczególnych szkoleniach możliwie wiernie oddać specyfikę codziennej pracy ratowników. Dla ratowników warsztaty stanowią przestrzeń do dzielenia się doświadczeniem i wiedzą poza codziennymi rozmowami między wyjazdami.

Na zdjęciu: Rafał Śledziński



fot. Konrad Kosacz

Latem 2023 roku ratownicy uczestniczyli w warsztatach, których tematem były masywne krwawienia oraz aspekty prawne związane z przymusem bezpośrednim. Zajęcia praktyczne pod okiem Bartka Chilmanowicza pozwoliły nam doskonalić technikę udzielania szybkiej pomocy. Za szpitalnym zespołem ratowniczym już dziewięć edycji warsztatowych. Ostatnie odbyły się w listopadzie ubiegłego roku.

- Aby zachować ciągłość dyżurów i możliwość przeszkolenia całej kadry szkolenie zostało podzielone na dwa dni – wyjaśnia Rafał Śledziński – koordynator szkolenia i zarazem jeden ze szkolących. Szkolimy się przez cały dzień, korzystamy z naszej bazy lokalowej pogotowia przy ulicy Orzeszkowej w Elblągu.

Najważniejszymi zagadnieniami obecnego szkolenia są zaawansowane czynności resuscytacyjne u osób dorosłych - dopowiada. Wśród nas jest kilku trenerów i wykładowców kierunku ratownictwa medycznego i lekarskiego elbląskiej uczelni i to te osoby tworzą trzon naszej kadry szkoleniowej. Za każdym razem zapraszamy również do współorganizacji zewnętrznych trenerów, którzy wzbogacają nasz warsztat. Choć usytuowani na uboczu i mało widoczni staramy uwijać się jak pszczoły i pracować wspólnie dla jeszcze lepszych efektów naszej pracy. Wspólna nauka, unifikacja wyposażenia oraz warsztaty w mieszanych zespołach w których nie pracujemy na co dzień pozwalają budować dobre relacje.

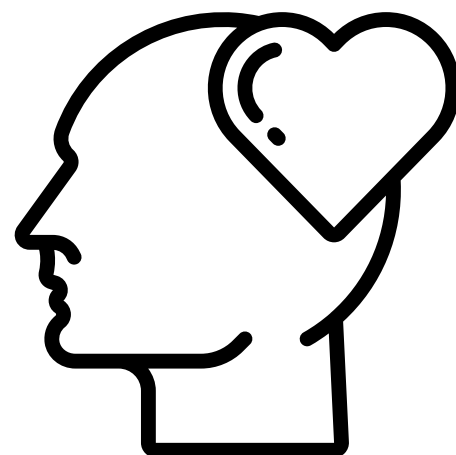
Rafał Śledziński

ANATOMIA W POLSZCZYŹNIE

MOWA POTOCZNA ZAWIERA LICZNE ODNIESIENIA DO RÓŻNYCH CZĘŚCI LUDZKIEGO CIAŁA. ICH NIEJEDNOZNACZNA SYMBOLIKA JEST CZĘSTO ZASKAKUJĄCA

Serce i głowa

Pomijając wszechobecną d..., w języku polskim roi się głównie od zwrotów związanych z sercem lub głową. Można się nad tym głowić, bo tęga głowa to podstawa. Olejem w głowie zaimponujemy idąc do niej po rozum, by ostatecznie na głowę nie upaść. Wszak to wrażliwa część ciała i skakanie po niej nie przystoi. Szczególnie gdy to głowa słaba i po alkoholu świtają w niej dziwne pomysły. Wystarczy ją wyciszyć i włos z głowy nie spadnie. Chyba że się nie uda i woda sodowa do niej uderzy. Mądrość ludowa zaleca wtedy posypać głowę popiołem. Jednak zdarza się bić nią w mur, bo jak mawiał Józef Piłsudski, „głową muru nie przebijesz, ale jeśli zwiodły inne metody, należy spróbować i tej”.



ŹRÓDŁO: JUICY STUDIOS LTD, CANVA

Rozmiar serca wartościuje człowieka. Ludzie o dobrym sercu gwarantują współziomkom lepsze życie. Człowiek o sercu gołęmbim to wymarzony przyjaciel. Niekiedy serce się znajdzie na dłoni, choć z serca na język nie wszystko warto przenosić. Z daleka od tych, którzy mają Boga na języku, a diabła w sercu i ludzi o sercu kamiennym. Serce można złamać, bo też chwycić za nie może wszystko. Ostatecznie trafić do serca zawsze można przez żołądek.

Oczy i nos



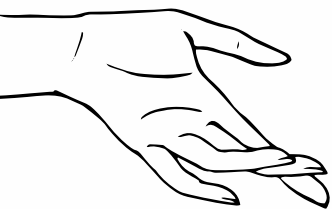
Oczy stały się wyrazem ludzkiej wrażliwości. Często zagrożone biciem w oczy lub po oczach; wpadaniem w nie osób lub przedmiotów. Złośliwe przedmioty bądź osoby uparcie mogą stać przed oczami, tkwić w nich lub być w nich solą. Nawet na nich zalec może łuska lub zasłona. Od czasu ustanowienia Kodeksu Hammurabiego symbolizują pojęcie ludowej sprawiedliwości - oko za oko.

Nos dla odmiany pojawia się w porzekadłach i powiedzeniach często w negatywnym kontekście. Ludzie wodzą innych za nos, mają ich w nosie lub dają im po nosie; chętnie wsadzają nos w cudze sprawy. Jednak można znaleźć dlań też pozytywne konotacje. Gdy czujemy pismo nosem wiemy, stajemy się ostrożniejsi. Nasz nos lubi też słowo pisane – nie bez przyczyny siedzimy z nim w książkach czy gazetach.

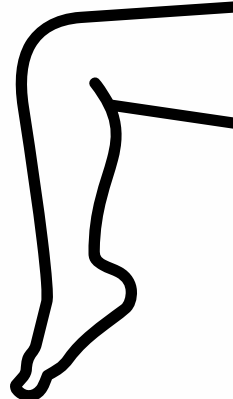
Prawa ręka, lewa noga

„Niech nie wie lewica, co czyni prawica”. Sugestia zawarta w Ewangelii Św. Mateusza nawoływała do czynienia dobra bez zbędnej ostentacji. Współcześnie odnosimy to do dwulicowości bądź sprzecznych działań ludzi. Dwie lewe ręce ma bumelant lub niezdara, za to bycie prawą ręką to językowa nobilitacja pozycji pracownika. Co prawda bywa „prawa ręka szefa, co ma dwie lewe ręce”. I nie wiadomo, czy to szef ma dwie lewe ręce, czy też ma je jego prawa ręka. Generalnie lewa ręka jest wartościowana negatywnie, prawa – pozytywnie. Zapewne wynika to z faktu, że większość ludzi jest praworęczna i lewą ręką nie jest w stanie sprawnie działać. Od strony prawej zaś skok do prawości, którą nadal definiują ręce. Mogą wszak być czyste lub lepkie, a nawet krwią splamione.

ŹRÓDŁO: JUICY STUDIOS LTD, CANVA



Nie mogą poszczycić się podobną symboliką nogi, które sytuują się bardziej przyziemnie. Dlatego zdarza się wstać lewą nogą, a krótkie nogi ma kłamstwo. Wysokie progi na czyjeś nogi to wyraz pogardy dla aspiracji społecznych, czego doświadczył sam Kościuszko. Utytułowany ojciec ukochanej tak skutecznie rzucał mu kłody pod nogi, że ten wziął nogi za pas i ruszył stawiać na nogi Stany Zjednoczone. Bo też kto nie ma w głowie, musi mieć w nogach. Lepiej więc słuchać uchem, a nie brzuchem, a język trzymać za zębami, by potknąć się nogą, nie językiem.



Tomasz Czapla

Z PAMIĘTNIKA MŁODEGO OJCA



Źródło: PublicDomainPictures - Canva

Nowy Rok

Noworoczne postanowienie – czas na ojcostwo. Jestem typowym facetem po 30-ce, żonatym od kilku lat, po pierwszym kryzysie emocjonalno-egzystencjonalnym. Dużo z żoną pracujemy, ale nie ma na co narzekać. Typowa para mileniśców, zajęci pracą i karierą, nieźle sytuowani z ugruntowaną pozycją zawodową. Poczuliśmy, że właściwie brakuje mi jeszcze dziecka. To jednak może nie być takie proste. Nie tylko ja na to wpadłem. Okazuje się, że kilku kolegów od jakiegoś czasu już się stara. I kiepsko idzie....

Zima

Żonę prawie przekonałem, ale odkładamy póki co rodzicielstwo - lecimy zagranicę zmienić klimat, złapać słońce, odstresować się i zebrać siły.

Przedwiośnie

No tośmy się chyba nieźle odstresowali na wyjeździe. Zanim zaczęliśmy się starać - JEST. 8 tydzień ciąży, na USG widać bijące serce. Będę ojcem. Zaczyna do mnie docierać. Postanawiamy tymczasem żyć normalnie.

Nie zapeszamy. Ale powiadamiamy rodzinę. Wreszcie – komentują jedynie. Dla naszych rodziców i ich znajomych to oczywiste, że kobiety w małżeństwie zachodzą w ciążę. Nie są w stanie zrozumieć, co to znaczy żyć w permanentnym stresie i wiecznej rywalizacji.

6 miesięcy do porodu

USG po zakończeniu I trymestra. Bardzo ważne, bo sprawdzające, czy wszystko dobrze się wykształciło. Wygląda, że tak, ale wierci się niesamowicie. Dopiero co był 1-centymetrowy zarodek, a tu prawdziwe dziecko....

To jednak szok, bo na zewnątrz właściwie jeszcze nic nie widać. No, może poranne mdłości. Żony, na szczęście – nie moje. Jeszcze wszystko może się zmienić, ale chyba będzie dziewczynka. No nie wiem – czuję lekkie rozczarowanie. Czyżby odzywały się we mnie atawistyczne potrzeby spłodzenia syna? Na przekór atawizmom postanawiam aktywnie uczestniczyć w dalszej części ciąży i porodzie.

3 miesiące do porodu

Drugi trymestr upłynął normalnie. Korzystaliśmy z lata – ostatnie wakacje we dwoje. Ciąża przebiega prawidłowo, tylko brzuszki rośnie. Żona wygląda pięknie, je też wspaniale – zdecydowanie za dwoje. Jest spokojna, o ile jej nie zirytuje.

12 tygodni do porodu.

Zaczynamy inaczej odliczać czas. Przyszła matka przeczytała już chyba wszystko, co jest w internecie; zapisała się na grupy dyskusyjne dla młodych mam. Kompletuje listę potrzeb dla oczekiwanego malucha. I zaczynamy zajęcia w szkole rodzenia. Razem.

8 tygodni do porodu

Chcę być świadomym ojcem i świadomie uczestniczyć we wszystkim, ale czasami mnie to przeraża. Wydaje mi się, że cały świat zwariował. Kiedy się dowiaduję, co i gdzie czyha na naszego malucha, to pragnę już dziś zostać terrorystą. Nie wiem, skąd ma się brać broń dla Ukrainy, bo chyba globalny przemysł przestawił się na produkcję rzeczy dla noworodków i ich opiekunów. A wszystko jest niezbędne. Nasi rodzice i ich znajomi kręcą głową i nie wierzą. Ja też, bo dociera do mnie, jak byli nieodpowiedzialni. Przecież oni byli kompletnie nieprzygotowani do roli rodziców. Jakim cudem żyję i jestem w miarę normalny.

4 tygodnie do porodu.

Wszystkie konieczne badania za nami i wszystko ok.

W zasadzie w każdej chwili może już się urodzić i będzie on time. Jesteśmy tak gotowi, że nawet chcielibyśmy, żeby się pospieszyło. Mieszkanie odświeżone, łóżeczka i przystawki poskręcane, oprzyrządowanie kontrolujące zainstalowane, ubranka i zabawki zakupione. Ostatnie spotkania towarzyskie zaliczone. Zaczynam wpadać w paranoję, jakby mój świat miał się skończyć. Wybraliśmy szpital, gdzie rodzi się dużo dzieci z wiarą, że jego pracownicy widzieli już wszystkie przypadki i na wszystko są przygotowani. Argument, że codziennie rodzi się na świecie tysiące dzieci wcale mnie nie uspokaja. Zdecydowałem się na dedykowaną położną – ma cały czas być przy żonie. I przy mnie – bo przecież też tam będę.

2 tygodnie do porodu

Żona spokojna, ja odwrotnie. Mam nadzieję, że poród przebiegnie normalnie, siłami natury. A jeśli nie? Jeśli konieczne będzie cesarskie cięcie? Ona będzie spała, a ja będę odbierał i kangurował? Podobno kangurowanie jest ważne. A jeśli zemdleję albo zwymiotuję? Chociaż opowieści o mdlejących ojcach są mocno przesadzone. Jeszcze chwila, a ja zacznę mieć bóle porodowe. Tymczasem ona leży sobie spokojnie obłożona książkami.... Gdzie są poradniki dla ojców, gdzie opieka i pomoc psychologiczna? I jeszcze słucham opowieści tych nieodpowiedzialnych ojców i dziadków, jak to po trzy dni pępkowe świętowali, kiedy kobiety rodziły..... Jak ten świat to przeżył i się nie wyludnił!!!

1 tydzień do porodu

Nie wiem, jak ona, ale ja jestem przygotowany. Wiem po szkole rodzenia, jak będzie. Wejdziemy do szpitala, będę niósł jej torbę. Na sali podam piżamę i wodę. Będę pomagał jej oddychać. Wdech przez nos, wydech ustami. Będę ją trzymał za rękę, masował plecy, przekazywał lekarzom i położnej jej życzenia i uwagi. Przecież wiem, gdzie naciskać, co rozciągać, żeby jej ulżyć. Poród będzie naturalny i błyskawiczny. Będzie idealnie.

Dzień porodu

Nic nie jest idealnie. Idealistyczny jest tylko obraz przekazywany w szkole rodzenia. Fabryka rodzenia zwiódła mnie na manowce. Krzyki rodzących na wejściu budzą grozę. Większość porodów trwa godzinę - dwie – nasz niestety nie. Kilkanaście godzin – nie uprzedzono nas. Miało się odbyć krótko i miło. Najgorsza jest bezradność. Choćbyś nie wiadomo jak się starał, w bólu swojej kobiety nie zastąpisz. Masowanie, naciskanie, bujanie na piłę, pobudzanie tenssem – może działa, ale powoli. Mimo, że jak przeciętny facet jestem wrażliwy na krew i inne fizjologiczne niespodzianki, adrenalina nie pozwala na słabość. Kiedy wreszcie rodzi się córka, działam zadaniowo. Komenda – przetnij pępowinę – przecinam. A byłem pewien, że nie dam rady. Dostaję małą w ramiona i nie mogę się nadziwić. Jest najpiękniejsza na świecie. Moja córka. Wykończona żona mówi: zabierz ode mnie to pomarszczone, utyłane paskudztwo. Co ona tam wie.

Minął miesiąc

Jesteśmy pełną rodziną. Moja żona już nie jest tą dawną dziewczyną z którą po prostu się fajnie żyło. To bohaterka. Matka. Córka na razie śpi, płacze, je i defekuje. Nie wie, jak narozrabiała w naszym życiu. Dzień póki co podobny do dnia. Tylko dzień porodu pamiętam co do minuty. Mogę powiedzieć: urodziliśmy. Na pewno zbliżyła nas ciąża: obserwowanie, jak mała wzrasta w brzuchu, szkoła rodzenia, rozmowy z innymi rodzicami, przygotowania do nowej roli. Nawet oczekiwanie w szpitalu na poród. Ale sam poród to akt intymny. Nie dla każdego mężczyzny i nie każda kobieta gotowa jest dzielić się tym doznaniem. Szkoła rodzenia to za mało, by być na to gotowym. Moda, tendencja, psychologiczne dysputy – nic nie zastąpi indywidualnej, szczerzej gotowości. I choć naprawdę jestem szczęśliwy, że uczestniczyłem w narodzinach mojej córki, zgadzam się z opinią, że nie są to przeżycia niezbędne do dalszego zdrowego funkcjonowania rodziny.

·Tekst powstał na podstawie rozmów i materiałów internetowych.

Redakcja

Partnerstwo na nowo narodzone. Kluczowa rola partnera podczas porodu

Porody rodzinne sukcesywnie zyskują w Polsce na popularności. Póki porody odbywały się głównie w domach, wzywane były do niego najbliższe kobiety i akuszerka. Mężczyźni pozostawali poza tym kręgiem. Później nastąpiły czasy medykalizacji i odbierania kobietom porodów w sensie dosłownym. Kobiety rodziły same. Jeszcze w latach 80. kobieta, niezależnie od oczekiwań, musiała rodzić tylko w otoczeniu personelu medycznego, a ojciec dziecka widział swojego potomka po raz pierwszy dopiero wtedy, gdy odbierał go ze szpitala.

Pierwszy poród z udziałem ojca odbył się w 1983 roku w Klinice Perinatologii Instytutu Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej w Łodzi. Dokładnie 40 lat temu. W nocy z 9 na 10 czerwca

1983 r. Marzena Fijałkowska zaczęła rodzić. Pragnęła, aby w porodzie uczestniczył jej mąż, ale personel nie zgodził się. Poród zawsze był przecież sprawą kobiecą. Mąż kobiety pod-

-stępem wszedł na salę. Akceptowane aktywne uczestnictwo osób bliskich w porodach rodzinnych rozpoczęło się w latach 90. Kielkować zaczęło po międzynarodowym kongresie pod hasłem „Jakość narodzin – jakość życia”, który odbył się w Warszawie w 1993 roku. Od tego czasu zaczęto dostrzegać integralność rodziny i wychodzić naprzeciw jej potrzebom i oczekiwaniom. Przerwa nastąpiła w 2020 roku, gdy z powodu pandemii większość szpitali zawiesiła możliwość porodów w obecności osoby bliskiej. W 2022 roku na świat przyszło 306 155 tysięcy dzieci, w tym około 30 proc. z tych porodów było porodami rodzinnymi.

Dziś wiele kobiet nie wyobraża sobie, by na sali porodowej mogło zabraknąć ich partnera/osoby bliskiej. Są też takie, dla których poród jest na tyle intymnym doświadczeniem, że nie chcą dzielić go z nikim innym. Poród we dwoje zawsze powinien być więc wspólną decyzją. Niech wypływa ona z głębi potrzeb kobiety i świadomości siebie, a nie ze społecznie ukształtowanego „wypadu”. Tak samo w drugą stronę. Warto, by partner, który stanie się ojcem, miał szansę zrozumieć, czym jest poród i na czym polega jego rola w tym procesie, zanim powie – „Tak! Idę z Tobą!”.

Pomocna może być szkoła rodzenia. Pierwsze z nich w Polsce funkcjonują od 1956 roku. Początkowo skupiały się na samym porodzie i pielęgnacji noworodka, co pokutuje jeszcze samą nazwą szkoły. Dzisiaj skupiają się na całej rodzinie z zaznaczeniem bardzo istotnej roli wsparcia ze strony ojca dziecka oraz nabyciu umiejętności wspierania partnerki, nie tylko poprzez obecność na sali porodowej, ale rozumienia tego, co ma nastąpić w trakcie trwania porodu i po nim.

„W szkole rodzenia zaszły w ostatnich latach wielkie zmiany. Jestem mile i mocno zaskoczona zaangażowaniem przyszłych ojców. Przede wszystkim - oni naprawdę słuchają. Wzrasta poziom świadomości. Mężczyźni chłoną wiedzę i zadają dużo pytań. Naprawdę chcą aktywnie uczestniczyć. A my, prowadzące zajęcia, cały czas dostosowujemy się do ich oczekiwań. Nawet tych organizacyjnych. Pamiętajmy jednak, że mimo przygotowania w szkole rodzenia, w trakcie porodu wiele aspektów może zaskoczyć. Mówimy, np. o kryzysie 7 cm, gdy ból staje się bardzo dotkliwy. Kobiety często tracą wiarę w swoje możliwości - w to, że wytrzymają. Wtedy do akcji wkraczają mężczyźni, trzymają za rękę, utwierdzają kobiety, że są silne, że dadzą radę.



Pamiętam sytuację, gdy młodej kobiecie towarzyszył mąż – wojskowy. W momencie, gdy ogarnęła ją panika, przejął praktycznie dowodzenie porodem. Komenderował oddechem, odwrócił uwagę od bólu i to przyniosło niesamowity efekt. Rodząca się rozluźniła, skupiła na komendach męża i na oddychaniu, relaksowaniu między skurczami, dzięki czemu poród przebiegł naprawdę gładko. Poza tym nie do przecenienia jest pomoc fizyczna. Wstanie, schylenie się po kapcie, przebranie, wyjście z wanny - w stanie tuż przedporodowym to dla kobiety często naprawdę duże wyzwanie. Poród porównuje się do maratonu – jest to wysiłek tożsamy z przebiegnięciem 42 km.”- **opowiada Beata Więckowska - położna środowiskowa z WSZ w Elblągu.**

Doświadczeni lekarze czy położne często podkreślają, jak mężczyźni ewoluowali emocjonalnie i psychicznie na przełomie ostatnich lat. „Nie wygląda to tak jak dawniej. Kiedyś mężczyźni pierwszy raz widzieli swoje dziecko po wyjściu ze szpitala. Gdy wprowadzono porody rodzinne, Ci którzy podjęli się uczestnictwa w porodzie byli niemal bohaterami w rodzinie, ponieważ „wytrzymali”. Później chcieli przede wszystkim pomóc ukochanej kobiecie. Dziś chcą przeżyć przyjście na świat swojego dziecka aktywnie, chcą się do tego przygotować możliwie najlepiej, chcą być nie tylko obserwatorami, lecz także uczestnikami tego rodzinnego wydarzenia. To dobra zmiana. Mają do tego prawo. Dziś pozycja mężczyzny na sali porodowej jest już ustalona, nikogo nie dziwi obecność taty przy narodzinach dziecka” - **wskazuje lek. Anna Bukato z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego WSZ w Elblągu.**

Poród to kosmiczny proces przyprowadzania nowego życia na świat. Nawet najbardziej zadaniowa i samodzielna kobieta może podczas porodu stać się bezbronna. Porodem kierują instynktowne mechanizmy, koktajl hormonów i nieprzewidywalnych reakcji. „Poród stanowi dla kobiety poważne obciążenie fizyczne i psychiczne. W tak trudnym momencie obecność bliskiej osoby jest nie do przecenienia. Uczestnictwo mężczyzny w porodzie daje kobiecie poczucie bezpieczeństwa, a przez to łagodzi lęk i stres. Komfort psychiczny ma dobroczynny wpływ na przebieg porodu – zmniejsza ból i dodaje sił. Poród we dwoje może być doświadczeniem silnie wzmacniającym związek.

Pozwala bowiem partnerom wspólnie przeżywać jeden z najważniejszych momentów w ich życiu – narodziny dziecka, a także uzmysłowić sobie z jakim wysiłkiem i poświęceniem wiąże się przyjście dziecka na świat. Partner chcący brać udział w porodzie rodzinnym powinien jednak przyjrzeć się swoim emocjom, stanąć przed samym sobą w prawdzie. To właśnie głęboka świadomość siebie, relacji z własnym ciałem i z emocjami może pozwolić mężczyźnie stać się pełnym wsparciem dla rodzącej kobiety” - **wskazuje Joanna Kawiecka psycholog z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.**

Kultura przypisała kobiecie obowiązek bycia piękną i nieskazitelną w różnych obszarach. I choć widoczny jest obecnie stanowczy sprzeciw wobec takich postaw, to bez wątpienia poród to proces, podczas którego mogą się zdarzyć fizjologiczne niespodzianki. „Mówi się, że mężczyźni są wzrokowcami i chcą widzieć kobietę piękną. Jest tu pewien zgrzyt i nie dla każdego mężczyzny do zaakceptowania. Jak i nie dla każdej kobiety. Bo poza tym, że urodzenie dziecka jest aktem niezwykłym i doniosłym, obarczone jest też nieprzyjemnymi dodatkami fizjologicznymi. Wielu mężczyzn płacze na widok nowonarodzonego maleństwa, innych szokuje krew, śluz, czasem wymioty. To pokazuje, że każdy z nas ma inną wrażliwość. Nie należy zatem przesadzać w drugą stronę i traktować udziału w porodzie jako obowiązku. W porodzie rodzinnym mogą uczestniczyć inni członkowie rodziny i równie silnie wspierać kobietę.”- **dodaje Beata Więckowska - położna środowiskowa z WSZ w Elblągu.**

Wraz z pierwszym „porodem rodzinnym” zakończyła się długa dominacja medycznego spojrzenia na poród. Ojciec dziecka w tym procesie odzyskał swoje utracone miejsce i znów zaczyna opiekować się swoim dzieckiem od chwili jego poczęcia. Ojcostwo jest w dzisiejszych czasach rozumiane jako ciągłość zainteresowania i pomocy dla ciężarnej partnerki, rodzącej a potem podjęcia opieki zarówno nad matką jak i dzieckiem – a zatem jest to wydarzenie rodzinne. Dzięki przemianom ustrojowym i społecznym ojcostwo jest odkrywane na nowo i daje pełną satysfakcję ze wspólnego przeżywania narodzin i tworzenia nowych relacji w związku.

Szpital od A do Ż. Historia pisana ludźmi

35 lat Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu to czas, w którym nowo powstała placówka sukcesywnie stawała się nieodłączną częścią życia większości elblążan. Dzisiaj zachęcamy wszystkich czytelników do osobistego odnalezienia się w olbrzymiej przestrzeni oddziaływania naszej jednostki. Mamy nadzieję, że przedstawione poniżej w alfabetycznym porządku hasłowe spektrum formowania relacji umożliwi każdemu dostrzeżenie swojej części udziału w naszej historii.

A MBICJE

To one są podwaliną szpitala. Ambicje elblążan, władzy i polityków. Ambicje pracowników i zarządzających. Ambicje pacjentów i ich rodzin. I choć niektóre wzajemnie się mijają – wszystkie są tak samo ważne.



B UDOWA

Budowa to nie tylko postawienie obiektów. Jeszcze ważniejsze jest budowanie zespołów, zaufania społecznego, relacji między zespołami oraz relacji zewnętrznych. Ukoronowanie wszelkich starań stanowi powszechne i aktywne uczestnictwo w budowanej i rozbudowywanej przestrzeni.



C ELE

Najważniejszym, podstawowym i nieprzemijającym jest wszelkie możliwe działanie na rzecz zdrowia pacjentów. Przywracanie zdrowia, poprawa jego stanu, udzielanie pomocy w sposób fachowy, szybki i bezpieczny.

D OŚWIADCZENIE

Szpital jest miejscem, w którym towarzyszymy ludziom w doświadczeniu najbardziej radosnych i najbardziej tragicznych przeżyć. Jednak żadne doświadczenie nie jest w stanie przygotować nas na wszystkie sytuacje.

E NTUZJAZM

Towarzyszy nam od chwili podjęcia decyzji o budowie Szpitala. Może trudno o niego w codziennej rutynie, ale kiedy się budzi, wszystko staje się prostsze i możliwe.



F

finansowanie

To nie tylko problem lokalny, krajowy, branżowy. To generalnie problem światowy, na trudnym styku etyki i gospodarki. Konia z rzędem temu, kto wymyśli system finansowania szpitali i lecznictwa satysfakcjonujący wszystkie strony, w tym przede wszystkim tzw. zwykłego człowieka.

G

GRUPY ZAWODOWE

Wszystkie są bardzo ważne, nawet jeśli niewidoczne. Na pierwszym froncie lekarze, coraz silniej wspierani przez zespoły ratownicze i pielęgniarские oraz pozostałe grupy medyczne. Doceniamy, że warunki do pełnienia swoich misji zapewnia im sprawny zespół techniczny i administracyjny.



H

HASŁA

Przewodnim hasłem naszego jubileuszu jest „historia pisana ludźmi”. Ale sentencji z medycyną w treści jest bez liku – każdy znajdzie coś dla siebie. My wybieramy tę: bona valetudo melior est wuam maximae divitiae (dobry stan zdrowia jest lepszy niż największy majątek).



i

INSPIRACJE

Czerpiemy je ze swojego doświadczenia, kontaktów z innymi placówkami i ich pracownikami, rozwoju naukowej dyscyplin medycznych. Szczególnie staramy się wsłuchiwać i wczuwać w potrzeby pacjentów.



J

JAKOŚĆ

Jakość świadczonych usług od początku jest naszym priorytetem. Potwierdzają ją liczne akredytacje i certyfikaty. Wpływają na nią niewątpliwie osobiste dążenia personelu medycznego do podnoszenia swoich kwalifikacji czego dowodem są liczne specjalizacje czy tytuły naukowe.



K

KOLEJKI

Kolejki do usług specjalistycznych – pięta achillesowa bezpłatnej opieki zdrowotnej. Nie jesteśmy w stanie zlikwidować tego problemu bez rozwiązań systemowych, w tym kształcenia nowych kadr. Zatem drugiego konia z rzędem....

L

LECZENIE

Wszystkim nam – tak pacjentom, jak i załodze – zależy, by było krótkie i skuteczne.



Misja

Poczucie misji najczęściej towarzyszy ludziom wybierającym zawód lekarza czy pielęgniarki. Ta misyjność przenosi się na codzienne działania całej naszej jednostki. I mimo że lekarze, pielęgniarki, ratownicy są przede wszystkim ludźmi i jak my wszyscy bywają zmęczeni, wypaleni, chorzy – jako jednostka nie zostawiamy potrzebujących bez niezbędnej pomocy gdyż od momentu powstania realizujemy następująco sformułowaną misję: Jesteśmy otwarci na rozwiązywanie problemów zdrowotnych Twoich i Twojej rodziny.



Nowoczesność

Szpital stale inwestuje w nowoczesne technologie i sprzęt medyczny, co pozwala na świadczenie usług na wysokim poziomie i zapewnia pacjentom dostęp do nowych terapii i diagnostyki.

Odpowiedzialność

Odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjentów jest naszą przytłaczającą codziennością. Każdy z pracowników szpitala uczestniczy w jej unoszeniu. Staramy się też pomóc w uświadomieniu naszym pacjentom osobistej odpowiedzialności za własne zdrowie fizyczne i psychiczne.



Prawo

Art. 68 Konstytucji RP gwarantuje równy dostęp obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Rozwiązania prawne mające uregulować jej faktyczną dostępność pozostawiają wiele do życzenia. Ofiarami szwankującej legislacji są i pacjenci, i personel, i same placówki szpitalne.



Rodzice

Są ważni w procesie leczenia małego pacjenta. Dla nas stali się pełnoprawnymi partnerami w przywracaniu dzieciom zdrowia. Jednak rodzice to dla nas także ci starzejący się i sami potrzebujący naszego wsparcia, czego nie unikamy.



Satysfakcja

Nieodzowna. Życzymy jej wszystkim – pacjentom, pracownikom, rodzinom, władzom.



Tolerancja

Niezbędna. We wszystkich relacjach i z każdym podmiotem, i – co ważne – również wobec siebie.

Utopia

Chociaż prawie nikt już nie wierzy w realną możliwość zapewnienia wszystkim równego dostępu do świadczeń zdrowotnych i brutalna rzeczywistość faworyzuje ludzi majątnych, w naszym szpitalu staramy się wszystkich pacjentów traktować na równi i zapewniać im taki sam, sprawiedliwy dostęp do pomocy i opieki medycznej.

Współpraca

Nie chcemy konkurować – chcemy współpracować ze wszystkimi podmiotami i jednostkami, którym na sercu leży ludzkie zdrowie.

Zadowolenie

Z rzeczy małych i spraw wielkich.

Z każdego przepracowanego i przeżytego dnia.



Życie

Tu się zaczyna i tu się kończy. Nie boimy się twierdzić – towarzyszymy Wam przez całe życie.



MIEDZY ŁAWĄ POSELSKĄ, A SZPITALEM

ROZMOWA Z DYREKTOR ELŻBIETĄ GELERT

- Pani Dyrektor, jubileusze, a tych mamy teraz kilka, to moment raczej wzniosły i radosny, ale związany też z upływem czasu. Zaczniemy więc od tego, przed czym już w pierwszych numerach Królewieckiej 146 przestrzegaliśmy naszych czytelników: wypalenie zawodowe.

E. G.: Specyfika pracy, umiejscowienie szpitala w trójkącie: oczekiwania pacjentów – wymagania personelu – ramy finansowe i prawne, całkowicie wykluczają popadanie w rutynę, a tym samym eliminują najważniejszą przyczynę wypalenia zawodowego. Na miejsce jednego, rozwiązanego problemu zazwyczaj pojawiają się trzy nowe... I niespodzianki, których nie da się przewidzieć, jak np. ostatnia pandemia COVID-19. Dynamika jest ogromna, a wbrew pozorom często dzień niepodobny do dnia.

- Czwarta kadencja w Sejmie, dwie poprzednie w opozycji. Została Pani też Wiceprzewodniczącą Komisji Zdrowia. Nie za dużo obowiązków naraz? Co dzisiaj jest w tym kontekście dla Pani ważniejsze – Szpital czy ławy poselskie?

E. G.: Szpital jest, był i będzie zawsze na pierwszym miejscu, dopóki będę w nim pracować. Moja obecność w Sejmie wynika z chęci dzielenia się doświadczeniem i naświetlania problemów, w których teoretycy sejmowi czy działacze polityczni często nie mają rozeznania. Im dłużej działam w Sejmie, tym bardziej przekonuję się, że do tego, by stanowione prawo było dobre i skuteczne, potrzebni są posłowie z doświadczeniem z różnych dziedzin, którzy potem będą w praktyce to prawo stosować.

Wróćmy zatem do Szpitala. Oczekiwania pacjentów - duże; możliwości sfery opieki zdrowotnej - raczej umiarkowane. W czym upatruje Pani dzisiaj największe problemy?

Kiedy nie wiadomo o co chodzi – chodzi o pieniądze. Ograniczone i często nierówne finansowanie szpitali - to jeden problem. Drugim problemem są kadry - w Polsce zdecydowanie zbyt mało kształcimy lekarzy, jeszcze mniej specjalizujemy. Trzecim problemem jest nadmierna regulacja prawna, czasami sprzeczna wewnętrznie, ingerująca nawet w sprawy organizacyjne. I na koniec podnoszenie wymagań formalnych odnośnie kadr, sprzętu i infrastruktury, oczywiście bez zabezpieczania dodatkowych środków.

Co aktualnie najbardziej utrudnia wg Pani dostęp do leczenia specjalistycznego w tym ambulatoryjnego? Jak się ma do tego programowa zapowiedź skrócenia kolejek do specjalistów?

Jak wspomniałam wyżej, ograniczona ilość specjalistów oraz zdecydowana opłacalność świadczenia usług w praktyce prywatnej. Mieszanie praktyki prywatnej ze szpitalną też w sumie na dobre nie wychodzi. Ale dopóki będziemy obserwować dojmujące braki specjalistów na rynku – sytuacja szybko nie ulegnie zmianie.

Konstytucja gwarantuje wszystkim Polakom dostęp do bezpłatnej opieki zdrowotnej. Rzeczywistość zmusza ich często do korzystania z opieki płatnej.

Na pewno musimy w Sejmie przeanalizować możliwość wprowadzenia przynajmniej częściowego refinansowania uzasadnionego korzystania z płatnej opieki specjalistycznej. Podkreślę tutaj „uzasadnionego”, gdyż Polacy z natury bywają nieufni, lubią się konsultować u różnych specjalistów. Pozostaje jednak pytanie, czy to nie będzie wylanie dziecka z kąpielą, ponieważ może to jeszcze zwiększyć odpływ specjalistów z usług finansowanych przez NFZ i w efekcie jeszcze bardziej ograniczyć dostępność usług specjalistycznych dla najuboższych. A osobiście uważam, że zasobność portfela nie powinna decydować o dostępności leczenia.

Na przestrzeni lat swojego istnienia Szpital nie raz zaskoczył elblązan nowatorskimi działaniami. W ostatnich tygodniach wykonaliście pierwszy przeszczep endoprotezy stawu żuchwowo-szczękowego.

O wysoką jakość świadczonych usług dbaliśmy od samego początku, o czym świadczą liczne certyfikaty i akredytacje. I muszę przyznać, że we wszystkich



Na zdjęciu: Elżbieta Gelert, fot. Anna Kosno

specjalizacjach nasi lekarze nie tylko zwiększali swoje osobiste kwalifikacje, ale i dążyli do rozbudowywania spektrum usług. Na pewno przełomowe było wprowadzenie kardiologii inwazyjnej w 2000 roku i nowoczesne wyposażenie oddziału. W ostatnich latach na pewno pacjenci z ulgą przyjęli zafunkcjonowanie urologii oraz rozbudowanie terapii onkologicznych o radioterapię we współpracy z NUMED-em. Nieustająco remontujemy kolejne przestrzenie, wykonaliśmy termomodernizację obiektów. Staramy się bieżąco nadążać za nowościami technologicznymi. Ze środków UE wybudowaliśmy OIOM, nowy blok operacyjny, SOR, z pieniędzy transgranicznych zakupiliśmy nowe karetki i zmodernizowaliśmy bazę wyjazdową pogotowia.

Czego nowego w Szpitalu mogą spodziewać się elblązanie w kolejnych miesiącach?

Zestarzała się infrastruktura, zmieniły standardy. Może Panią zaskoczę, ale dzisiaj moją bolączką i piętą achillesową są toalety. I tu widać upływ 35 lat i nieadekwatność starego projektu do wymagań współczesności.

Czego Pani życzyć w Nowym Roku?

Lista jest długa. Cierpliwości personelu, zrozumienia pacjentów, mądrych przepisów i dopływu środków. Z resztą sobie poradzimy. Ale i ja chciałabym życzyć w Nowym Roku wszystkim pracownikom Szpitala, elblązanom i naszym pacjentom zdrowia, realizacji pragnień, samorealizacji, szczęśliwych dni w towarzystwie swoich bliskich i wszystkiego, co najlepsze, o czym nawet jeszcze nie marzą.

Redakcja

Wspomnień czar



35 lat WSZ

8 września 2023 roku świętowaliśmy w Teatrze im. Aleksandra Sewruka jubileusz 35-lecia istnienia naszego Szpitala. O tym, jak Wojewódzki Szpital Zespolony zmienił się na przestrzeni lat, najlepiej świadczą statystyki. W 1991 roku WSZ miał 14 oddziałów, przyjmował rocznie ok. 13,5 tys. pacjentów, zatrudniając około 1800 osób i wykonując ok. 5 tysięcy zabiegów operacyjnych rocznie. Obecnie pracuje tu ponad 1600 osób, w tym ponad 350 lekarzy i 680 pielęgniarek oraz położnych, rocznie nasza placówka wykonuje ok. 15 000 zabiegów i przyjmuje ok. 35 000 pacjentów.



- Te dane pokazują jak kolosalna dokonała się zmiana, która wymagała przede wszystkim współpracy wielu ludzi, podmiotów i sprawnego zarządzania. [...] Różne były koleje losu, jak w życiu każdego z nas. Obok sukcesów i radości zdarzały się niepowodzenia i niewykorzystane szanse, ale zawsze od samego początku, od 1988 r., naszemu szpitalnemu środowisku towarzyszyło przekonanie, że musimy i chcemy się rozwijać, bo mamy wspólny cel. Tym celem zawsze był i jest oczywiście pacjent.





Śmiało możemy powiedzieć, że Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu jest nowoczesną i dobrze wyposażoną placówką medyczną, konkurencyjną w stosunku do innych, często wybraną nie tylko przez mieszkańców naszego powiatu, powiatów ościennych czy województwa - mówiła podczas gali Dyrektor Naczelna, Elżbieta Gelert.



Galę uświetniły występy artystyczne: "Szalonych Małolat" oraz Alicji Majewskiej i Włodzimierza Korcza wraz z zespołem. Odbyła się również debata oparta na refleksjach między tym co było, a tym co przed nami. Wszystkim osobom związanym zawodowo z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym życzymy dalszej satysfakcji i dumy z wykonywanej pracy.



CHOROBA HASHIMOTO

o przyczynach i skutkach rozmawiamy z lek.
endokrynologiem Agnieszką Chmielewską

Dr Hakaru Hashimoto opisał pierwsze cztery przypadki tej choroby już w 1912 roku. W 1939 roku chirurg tarczycy Cecil Joll użył terminu „choroba Hashimoto” w tytule recenzji, którą napisał na temat tego schorzenia. Ja jednak mam wrażenie, że dopiero w ostatnich latach stało się o niej głośno

Tak istotnie jest, ponieważ dopiero w 1956 roku potwierdzono związek między przeciwciałami przeciwko komórkom tarczycy obecnymi w surowicy pacjentów z chorobą Hashimoto. Intensywny rozwój badań nad chorobą przypadł na koniec XX i początek XXI wieku i dopiero ich wyniki dały rzeczywisty obraz choroby. Obecnie choroba Hashimoto staje się coraz częściej rozpoznawana, co może wynikać z większej świadomości zdrowotnej i postępów diagnostycznych.



Źródło: Canva

Czym zatem jest choroba Hashimoto?

To autoimmunologiczne zapalenie tarczycy, która pełni kluczową rolę w regulowaniu procesów życiowych, takich jak metabolizm, kontrola temperatury ciała i ogólny stan zdrowia fizycznego oraz psychicznego. Choroba Hashimoto to jedno z najczęstszych schorzeń tarczycy, które znacząco wpływa na zdrowie i ogólny stan organizmu.

Czyli co się właściwie dzieje?

Układ odpornościowy organizmu atakuje gruczoł w szyi odpowiedzialny za produkcję hormonów tarczycy. Prowadzi to do stopniowego uszkodzania tarczycy i obniżania jej zdolności do wytwarzania wystarczającej ilości hormonów.

Przejdźmy zatem do skutków tego podstępного ataku naszego organizmu na naszą tarczycę.

Wpływ choroby Hashimoto na organizm jest złożony, a objawy mogą różnić się między osobami. Dlatego istotne jest skonsultowanie się z lekarzem w celu diagnozy i odpowiedniego leczenia. W miarę postępów w dziedzinie medycyny i diagnostyki, coraz łatwiej jest

rozpoznawać i zarządzać tą chorobą, co może tłumaczyć wzrost liczby jej diagnoz w ostatnich latach.

Podejrzewam że są jednak jakieś charakterystyczne symptomy i objawy?

Choroba Hashimoto prowadzi do zmniejszenia produkcji hormonów tarczycy, takich jak tyroksyna (T4), co z kolei prowadzi do niedoczynności tarczycy. Pacjenci z chorobą Hashimoto mogą doświadczać wielu objawów niedoczynności tarczycy, takich jak osłabienie, przyrost masy ciała, złe samopoczucie, zaburzenia koncentracji, depresja, obniżona odporność, bóle mięśni, spowolniony metabolizm, uczucie zimna, suche i łamliwe włosy oraz paznokcie, spadek libido, a nawet nieregularne cykle menstruacyjne u kobiet i zaburzenia płodności.

Czy to oznacza, że dla kobiet skutki tej choroby są bardziej dotkliwe?

Jest znaczna różnica między płciami w występowaniu choroby Hashimoto. To schorzenie jest znacznie częstsze u kobiet niż u mężczyzn, co może być związane z hormonami płciowymi, takimi jak estrogeny, wpływającymi na układ immunologiczny. W przypadku kobiet, choroba Hashimoto może mieć istotny wpływ na ciążę i zdrowie płodu, dlatego konieczna jest szczególna uwaga w okresie ciąży.

Powszechny stał się pogląd, że choroba Hashimoto prowadzi do poważnych zmian w wyglądzie ciała.

Niestety to prawda. Przyrost masy ciała jest jednym z najbardziej widocznych efektów, ponieważ spowolniony metabolizm prowadzi do gromadzenia się tkanki tłuszczowej, zwłaszcza w okolicach brzucha i bioder. Może również występować obrzęk i opuchlizna w okolicach twarzy, nóg i rąk. Skóra staje się sucha, matowa i traci elastyczność, a włosy i paznokcie stają się cieńsze, suche i łamliwe. Niektórzy pacjenci mogą doświadczać zmian w wyglądzie oczu, takich jak obrzęk powiek.

Czy wszystkich z chorobą Hashimoto czekają te zmiany?

Nie, nie wszyscy pacjenci z chorobą Hashimoto doświadczają tych samych zmian w wyglądzie. Wpływ tej choroby na wygląd ciała różni się między

kobietami a mężczyznami, a także między różnymi osobami zdiagnozowanymi z chorobą Hashimoto. U niektórych zmiany będą bardziej zauważalne niż u innych. Typowe objawy związane z kondycją skóry, włosami i paznokciami, takie jak suchość skóry, łamliwe włosy, wypadanie włosów oraz problemy z paznokciami, wpływają nie tylko na wygląd zewnętrzny, ale i samopoczucie wielu pacjentek. Dodatkowo, niedoczynność tarczycy może powodować nieregularności cyklu menstruacyjnego i problemy z płodnością u niektórych kobiet, co ma wpływ na zdrowie reprodukcyjne i ogólny wygląd. W przypadku mężczyzn, wpływ choroby Hashimoto na wygląd ciała może być mniej zauważalny, szczególnie jeśli chodzi o skórę, włosy i paznokcie. Niemniej jednak objawy ogólnego osłabienia, przyrostu masy ciała oraz problemy z sercem mogą występować zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet z niedoczynnością tarczycy. Ostatecznie, wpływ choroby Hashimoto na wygląd ciała jest zróżnicowany i zależy od wielu czynników, takich jak stopień niedoczynności tarczycy oraz indywidualna reakcja organizmu na schorzenie. Dlatego diagnoza, leczenie i monitorowanie tej choroby powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów, niezależnie od płci.

Najważniejsze – leczenie!

Leczenie tej choroby jest zwykle oparte na suplementacji hormonów tarczycy, a dawkowanie może różnić się w zależności od płci i innych czynników. Monitoring i dostosowywanie leczenia mogą być bardziej złożone u kobiet ze względu na zmiany hormonalne związane z cyklem menstruacyjnym i ciążą. Ważne jest, aby zarówno kobiety, jak i mężczyźni z chorobą Hashimoto byli pod opieką lekarza specjalizującego się w endokrynologii, aby dostosować leczenie do indywidualnych potrzeb i monitorować ewentualne skutki tej choroby.

Co jeszcze powinniśmy wiedzieć na temat choroby Hashimoto?

Choroba Hashimoto może także zwiększać ryzyko chorób serca, takich jak miażdżyca, nadciśnienie tętnicze oraz zaburzenia rytmu serca. Pacjenci często doświadczają także depresji i zaburzeń nastroju, a ich układ immunologiczny może być osłabiony, co zwiększa podatność na infekcje. Dlatego monitorowanie i leczenie choroby Hashimoto pod nadzorem lekarza jest kluczowe.



Źródło: Canva

Mam wrażenie, że skupiamy się w tej chwili nad minimalizowaniem skutków choroby. Pozostaje pytanie – czy można jej zapobiec?

Obecnie istnieje wiele obszarów badań i trendów dotyczących choroby Hashimoto. Badania nad genetyką i predyspozycjami pomagają zrozumieć, dlaczego niektórzy ludzie są bardziej podatni na tę chorobę niż inni. Istnieją również badania nad skutecznymi terapiami, nowymi lekami oraz metodami leczenia. Dieta i styl życia odgrywają istotną rolę w zarządzaniu tą chorobą, a badania nad tymi kwestiami są nadal prowadzone. Na pewno kolejne lata przyniosą jeszcze wiele odpowiedzi, które jeśli nawet nie pomogą jej całkiem wyeliminować, to poprawią komfort życia ludzi dotkniętych chorobą Hashimoto.

W internecie na stronie genetyczne.pl przeczytałam, że nie opracowano jeszcze skutecznego leczenia zapalenia tarczycy Hashimoto. Terapia polega przede wszystkim na uzupełnianiu brakującego hormonu. Preparaty hormonalne stosowane przewlekłe przez całe życie przywracają pacjentowi zdrowie. Leczenie warto wesprzeć poprzez stosowanie odpowiedniej diety, w tym ograniczenie spożycia soi i jej przetworów, nasyconych kwasów tłuszczowych, wyeliminowanie żywności wysoko przetworzonej oraz zwiększenie podaży

pełnowartościowego białka, węglowodanów o niskim indeksie glikemicznym, nienasyconych kwasów tłuszczowych, antyoksydantów, cynku, jodu, selenu, witaminy D, żelaza oraz wielonienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3. Zgadza się Pani z taką konstatacją?

Dieta i styl życia powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb każdego pacjenta. Nie istnieje jedna "idealna" dieta, która będzie działać dla wszystkich z chorobą Hashimoto. Dlatego ważne jest konsultowanie się z lekarzem lub dietetykiem specjalizującym się w chorobach tarczycy, aby opracować spersonalizowany plan żywieniowy i stylu życia, który będzie najlepiej odpowiadał konkretnej sytuacji pacjenta. Badania nad rolą diety i stylu życia w chorobie Hashimoto są nadal prowadzone, dlatego warto śledzić najnowsze osiągnięcia w tej dziedzinie i konsultować się z ekspertami, aby uzyskać aktualne informacje i zalecenia.

Sebastian Makowski



Źródło: Canva

Pomyśl o
innych,
pomóżesz
sobie!



Źródło: Canva

Szpital to miejsce, które wcale nie wygląda tak, jak przedstawiają to telewizyjne seriale. Wystarczy, gdy seriale te zestawimy z życiem i własnymi doświadczeniami, a przecież trudno znaleźć osobę, która nie zetknęła się z tematem szpitala jako pacjent lub co najmniej odwiedzający bliskiego pacjenta.

Pobyt w szpitalu odbiera nam szereg przyziemnych możliwości, które w codziennym życiu są zaledwie składowymi każdego dnia, rzadko kiedy szczególnie docenianymi. W warunkach szpitalnych odebrane małe codzienności przyczyniają się do wielkiej tęsknoty, podenerwowania i poczucia utraty tego, co się miało na wyciągnięcie ręki.

Z reguły wszystkim nam przeszkadza to samo. Kilkuosobowe sale szpitalne nie zapewniają prywatności i komfortu. Tracimy wpływ na dobór towarzystwa. Sąsiednie łóżko zajmuje nierzadko ktoś, kto ma zupełnie inne podejście do koegzystowania na wspólnej, małej przestrzeni. Zmiana codziennej rutyny destabilizuje głowę i powoduje utratę poczucia bezpieczeństwa. Do tego dochodzi brak ulubionych własnych rzeczy - łóżka, pościeli, łazienki i toalety, domowych posiłków i rytuału ich spożywania.

Pobyt w szpitalu niesie ze sobą niedogodności takie same dla nas, jak i współtowarzyszy w szpitalnej niedoli. Dlatego warto pamiętać, że nasza wolność i wygoda kończą się tam, gdzie zaczyna się wolność i wygoda innych pacjentów. Czasami na siebie zachodzą, więc....

Przestudiowaliśmy uważnie w Internecie relacje różnych pacjentów rozmaitych szpitali – wielkomiejskich i prowincjonalnych, dużych i małych, ogólnych i specjalistycznych. Staraliśmy się wyłonić pewne, wspólne, bolączki i uwagi. Na tej podstawie wybraliśmy kilka prostych pomysłów na to, by konieczny pobyt na szpitalnym oddziale stał się możliwie małokolizyjny i bardziej przyjemny dla wszystkich współuczestników.



Źródło: Canva

Rozmawiaj ciszej

Dyskrecja, coraz rzadziej doceniana w otaczającym, ekshibicjonistycznym świecie, jest kluczem do stworzenia sobie i innym własnej przestrzeni. Jeśli nie chcemy uczestniczyć w czyimś życiu i wysłuchiwać wynurzeń rodzinnych czy służbowych, nie fundujmy też im tego samego. Jeżeli czeka nas dłuższa rozmowa, znajdziemy sobie miejsce poza salą. Jeśli nie możemy wyjść, prowadźmy rozmowę jak najkrócej i co ważne: na niższych tonach. Jest to jednoznaczna oznaką szacunku dla współtowarzyszy. Możemy liczyć, że odwzajemnią się tym samym.

Słuchaj i oglądaj z głową

Jeśli chcemy cieszyć się muzyką, filmem czy radiem – weźmy ze sobą słuchawki. Gustów jest tyle, ilu ludzi, więc nie wszyscy mają ochotę na udział w naszym muzycznym świecie. Słuchawki dadzą nam komfort świadomości, że nie będziemy nikomu przeszkadzać. Warto też skończyć seans, gdy wszyscy kładą się spać. Światło dobiegające z ekranu czy lampki nocnej może przeszkadzać innym w zasypianiu. Chyba, że zapytamy i okaże się, że nie przeszkadza. Niektórzy lepiej śpią właśnie gdy coś się świeci lub dzieje.

Higiena jako priorytet

Jakkolwiek to zabrzmiało, nasza higiena i dbałość o czystość otoczenia jest ważna. Tak dla personelu, jak i osób towarzyszących. Jeśli sami nie możemy dać sobie rady – nie bójmy się prosić o pomoc. W razie konieczności zaoferujemy pomoc tym, którzy wstydzą się o nią poprosić...

Wietrzenie pomieszczenia

Każdy z nas ma inne preferencje co do temperatury. Jednak nawet jeśli nie znosimy zimna, nie brońmy się przed świeżym powietrzem. Na czas wietrzenia możemy przecież opuścić salę, a jeśli nie – poprosić o dodatkowe okrycie. Nie wierzymy w to, że od smrodu jeszcze nikt nie umarł, a od zimna wyginęła cała armia Napoleona. W warunkach szpitalnych to się nie sprawdzi.

Szacunek dla intymności na oddziale położniczym

Oddział ginekologiczno- położniczy oraz oddział noworodków to miejsce szczególne. Szanujmy intymność innych matek, zwłaszcza przy karmieniu piersią. Dbajmy o wspólny komfort psychiczny i fizyczny.

Szanuj personel szpitala

Pamiętajmy - zarówno lekarze, jak i pielęgniarki są w pracy i wypełniają swoje obowiązki, dlatego dla naszego dobra starajmy się podporządkować ich prośbom czy poleceniom. Zawsze zakładajmy, że wiedzą co i dlaczego robią. Tak jak my w swojej pracy. Wzajemny szacunek pozytywnie wpływa na atmosferę na oddziale. Dlatego też unikajmy publicznych polemik z lekarzem. Jeśli coś nas niepokoi, umówmy się na prywatną rozmowę. Lepiej nie ryzykować zaczepiania personelu na korytarzu – można niepotrzebnie narazić się na ostrą reprimendę ze strony zestresowanego lekarza czy zajętej ważniejszym problemem pielęgniarki.

Czas spędzany w szpitalu dłuży się niepomiarowo, więc odwiedziny członków rodziny bądź przyjaciół są dla nas bardzo ważne. Nie tylko uprzyjemniają nam czas, ale i poprawiają tak ważną dla naszej rekonwalescencji kondycję psychiczną. Jednak pamiętajmy – oddział oddziałowi nie równy. Zanim poprosimy o odwiedziny, poprośmy potencjalnych odwiedzających o zapoznanie się z regulaminem odwiedzin na

naszym oddziale. Unikniemy konfliktów z personelem i innymi pacjentami.

Na koniec kilka szczególnych uwag dotyczących odwiedzin na Oddziale Noworodka Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka. Chwila narodzin nowego życia to niezwykle ważny i emocjonujący czas, zarówno dla nowych rodziców, jak i dla personelu medycznego. Oddział „Noworodka” jest miejscem szczególnym, gdzie nierzadko konieczne staje się przemyślane i delikatne podejście do kwestii intymności. Dla wielu kobiet, zwłaszcza tych, które dopiero uczą się karmienia piersią, otoczenie oddziału staje się przestrzenią pełną wyzwań.

Jeszcze kilkanaście lat temu odwiedziny na oddziale noworodków były zakazane i miało to swoje uzasadnienie. Dlatego doceniając fakt, że dzisiaj jest to możliwe, warto zwrócić uwagę na szacunek dla intymności matek, zwłaszcza tych karmiących piersią. W obecności obcych, zwłaszcza mężczyzn, taka sytuacja może być trudna. Ponadto, sytuacje takie jak sięganie do torby po podkłady czy wychodzenie z nimi do toalety, mogą być dla niektórych kobiet krępujące. Dlatego właśnie zalecane są odwiedziny trwające nie dłużej niż godzinę, przy możliwie jak najmniejszej liczbie osób – max. 2 osób na raz. Pamiętajmy również, że w sytuacji braku komplikacji medycznych mama i dziecko wyjdą ze szpitala po ok. 3 dniach, dlatego wstrzymajmy się z odwiedzinami dalszej rodziny, w szczególności dzieci poniżej 7 roku życia. Głośny śmiech czy bieganie choćby najbardziej cudownej pociechy, nie powinny sprawiać kłopotu pacjentkom i noworodkom, które oswiają się z nieznanymi dotychczas bodźcami świata zewnętrznego.

I uwaga najważniejsza: w odwiedziny do maleństwa mogą przyjść tylko zdrowe osoby. Zupełnie zdrowe. Niewielki katar u dorosłego czy przedszkolaka może prowadzić do dużych problemów z oddychaniem i karmieniem noworodka. Zapalenie oskrzelików (wirus RSV, który u starszych

daje „katar” i pokasływanie) u świeżo narodzonych leczy się w szpitalu, czasem nawet na Oddziale Intensywnej Terapii. Nie odwiedzamy więc noworodków i niemowląt gdy mamy: kaszel, katar, opryszczkę, zapalenie spojówek, biegunkę, niezdiagnozowane zmiany skórne, czy inne zakaźne lub niepewne objawy. Pamiętajmy też, że człowiek zaraża zwykle 1-3 dni przed wystąpieniem objawów. Więc jeśli możemy, wstrzymajmy się z odwiedzaniem noworodków.



Na zdjęciu lek. Paweł Bryl, zdjęcie z archiwum szpitala

Pobyt na każdym oddziale szpitalnym wiąże się z stresem i niepokojem. W tym trudnym czasie ważne jest, abyśmy wszyscy starali się wzajemnie wspierać i minimalizować potencjalne czynniki stresogenne. Taktowne zachowanie każdej osoby, zarówno pacjentów, jak i osób ich odwiedzających, przyczynia się do stworzenia atmosfery zrozumienia i akceptacji, a co a tym idzie pozwala lepiej przetrwać czas pobytu i szybciej wrócić do swojego, ulubionego łóżka.

Anna Kosno



CHŁODNA PRZYJEMNOŚĆ JAKO ŹRÓDŁO ENERGII I RADOŚCI

JAK RYBA W WODZIE

Jednakże to nie ryba, a mors, drapieżny morski ssak, stał się symbolem zdrowotnych kąpiei w zimnej wodzie.

O zaletach i sposobach bezpiecznego morsowania udało mi się porozmawiać z naszymi szpitalnymi przedstawicielkami morsującej społeczności - Danutą Gojlik, lekarką Oddziału Noworodka, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka oraz Danutą Kujawą, szefową firmy świadczącej dla Szpitala usługi sprzątania.



OD HIPOKRATESA PO KLUBY MORSÓW

400 lat p.n.e. Hipokrates zauważył, że nurzanie się w lodowatej toni zmniejszało zmęczenie organizmu, co podchwycili starożytni Rzymianie. W kolejnych wiekach kąpano się zimą nie tylko ze względów zdrowotnych. Na pograniczu Europy i Azji rytuał religijny obejmował oczyszczanie w przerębłach w kształcie krzyża. W Skandynawii morsowanie stało się lokalną tradycją. Odrodzenie morsowania w Europie nastąpiło w XVIII wieku wraz z rosnącą popularnością hydroterapii. Praktyka ta dotarła także za ocean, czym chwalił się prezydent USA Thomas Jefferson. W 1808 roku w Brzeźnie (dziś dzielnica Gdańska) zainaugurowało działalność pierwsze kąpielisko posezonowe. W 1975 roku w Gdańsku miłośnicy morsowania zrzeszyli się w pierwszym Klubie Morsów, a elbląskie morsy w 1983. Obecnie w Polsce działa ponad 100 klubów miłośników zimnych kąpiei.

W LODOWATEJ WODZIE KĄPANE

Obecnie uważa się, że morsować mogą wszyscy, o ile pozwala im na to stan zdrowia. Nawet najmłodszy – jak mówi Danuta Kujawa. „Kluczowa jest chęć dziecka, nikogo nie zaciągniemy na siłę do wody. Mi udało się zarazić morsowaniem wnuki – najstarszy ma obecnie 15 lat, a zaczął w wieku 6 lat. Jeśli nie ma przeciwwskazań zdrowotnych, to nawet kilkuletnie dzieci możemy uczyć morsować. Wystarczy, aby dziecko nie bało się wody i chciało spróbować”. Od lat morsuje też Danuta Gojlik. „Przygodę z morsowaniem zaczęłam 18 lat temu. Wtedy było nas niewielu. Morsowanie było traktowane jako niegroźne dziwactwo” – mówi Pani Danuta.

I chociaż morsowanie jest coraz popularniejsze, zapomnieć o nim muszą osoby zmagające się ze schorzeniami nerek i układu krążeniowo-oddechowego. Nadczynność tarczycy, borelioza, padaczka i inne choroby o podłożu neurologicznym również wykluczają nas z grona morsów. Na baczności muszą się też mieć osoby z cukrzycą i nadciśnieniem, ale jeśli nawet czujemy się zdrowi jak mors, warto przed pierwszą kąpielą skonsultować się z lekarzem rodzinnym.

PRZEPIS NA LEPSZE ZDROWIE

Morsowanie generalnie wzmacnia organizm; zyskuje zarówno układ odpornościowy, jak i sercowo-naczyniowy. W trakcie przebywania w zimnej wodzie skurczom ulegają powierzchniowe naczynia krwionośne, co wpływa na wzrost tolerancji na zimno i lepszą wydolność układu krążenia. Po lodowatej kąpieli skóra staje się lepiej ukrwiona, stawy zyskują większą zdolność do wykonywania ruchów, natomiast schorzenia dermatologiczne nie są tak dolegliwe.

Niebagatelny jest też aspekt psychiczny – morsowanie to więcej endorfin, czyli „hormonu szczęścia”. Kąpiel w lodowatym akwenu to także większe zużycie energii potrzebnej na ogrzanie ciała. W połączeniu z dietą o ujemnym bilansie kalorycznym stanowi zdrowy przepis na mniej zaokrągloną sylwetkę.

ZDROWE POCZĄTKI

Zdaniem Danuty Kujawy najważniejsze jest wycucie własnego organizmu. „Początkującym proponowałabym zacząć chłodne kąpiele we wrześniu, kiedy woda ma temperaturę 15-17 °C. Listopad, grudzień, to już trochę za późno, gdyż pierwszy kontakt z wodą o temperaturze 3-5 °C, może zrazić kandydata na morsa. Cotygodniowe zanurzenia od września pozwolą obserwować reakcję ciała na coraz niższe temperatury. Gdy już morsowanie wejdzie w krew, temperatura wody ma mniejsze znaczenie. Ale szybko daje się zauważyć, że im jest niższa, tym wyższa jest satysfakcja. A gdy różnica między temperaturą powietrza i wody przekracza 20 stopni – przeżycie jest fantastyczne, choć to już dla zaawansowanych”. Doktor Gojlik dodaje, że przed rozpoczęciem morsowania warto korzystać z zimnych pryszniców, które pozwalają przyzwyczaić organizm do zmiany temperatury.

GDY DOŁĄCZYMY DO MORSÓW...

Zdaniem Danuty Gojlik w wyposażeniu morsa powinny się znaleźć: strój kąpielowy, czapka lub czepek, obuwie ochronne (zmarzniętą stopą nie odczujemy skaleczenia), ręcznik lub ponczo, mata pod stopy, luźne ubranie, termos z ciepłą herbatą i opcjonalnie rękawiczki. „Moczenie rąk utrudnia przebywanie w wodzie z powodu szybkiego ich wyziębienia.

Osobiście nie korzystam z rękawiczek, gdyż biorę udział w zawodach ekstremalnego pływania w zimnej wodzie, podczas których ich używanie jest niedozwolone. W związku z tym muszę hartować ręce i, czy pływam, czy stoję, zanurzam je w wodzie”.

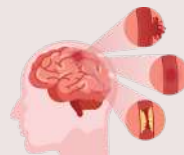
Obie rozmówczynie mocno podkreślają podstawowe zasady bezpiecznego morsowania. „Nie powinniśmy nigdy kąpać się sami. Jeśli czujemy, że jesteśmy gotowi wejść to wody, robimy to spokojnie i stopniowo. Warto cały czas zachować równy oddech i nie usztywniać się. Wskazane jest, aby zanurzyć się po klatkę piersiową. Możemy przebywać w wodzie, dopóki czujemy się dobrze fizycznie. Nieprawdą jest, że spędzenie w wodzie 20 minut jest zdrowsze niż 5 minut.

Osobiście uwielbiam pomorsować raz, wyjść na ląd, przebiec się plażą i wykąpać się po raz drugi. Staram się zachęcać do tego innych morsów, bo co dwa morsowania to nie jedno” – z uśmiechem mówi Danuta Kujawa. „Dla bezpieczeństwa zawsze należy morsować w obecności osoby towarzyszącej. Po lekkiej rozgrzewce możemy wejść do wody – robimy to bez pośpiechu, stopniowo, ale zdecydowanym krokiem. Długość przebywania w wodzie jest indywidualna, ale jeżeli skóra staje się sina i czujemy, że mięśnie zaczynają drżeć, to nie przedłużajmy pobytu. Po wyjściu z wody stajemy na macie, zdejmujemy strój kąpielowy, ubieramy się i pijemy ciepłą herbatę. Gwarantuję uśmiech na twarzy” – dodaje dr Gojlik.

Tomasz Czapla

UDAR MÓZGU

FAKTY, MITY, LECZENIE



Udar – słowo, które nas przeraża. A przecież udar udarowi nierówny, różne mogą być jego przyczyny i objawy, w zależności od rodzaju udaru podejmowane są także różne metody leczenia. Jedno jest pewne – im szybciej chory znajdzie się pod specjalistyczną opieką medyczną, tym większa szansa na powrót do sprawności.

KLUCZOWY F.A.S.T.

Niedokrwienny czy krwotoczny? Istnieją dwa podstawowe rodzaje udaru. Z niedokrwiennym mamy do czynienia wskutek blokady naczynia krwionośnego, wywołanej zmniejszeniem lub zamknięciem jego światła. Pęknięcie naczynia, prowadzące do wylewu krwi do mózgu, jest z kolei odpowiedzialne za udar krwotoczny. - Objawy obu udarów są podobne – **zauważa Andrzej Szatkowski, Koordynator Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Udarowym w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym.** U chorego może wystąpić niedowład lewo- lub prawostronny, problemy z wymową, w cięższych przypadkach utrata świadomości itd. Dopiero tomografia komputerowa pozwala nam stwierdzić, z jakim rodzajem udaru zmagają się pacjenci, zwłaszcza że za niedowład mogą odpowiadać również guzy mózgu. Przyjmuje się, że ok. 15% udarów to udary krwotoczne, zaś 85%, czyli znacznie częstsze, to udary niedokrwienne.

Niemniej, amerykańscy lekarze opracowali tzw. „test F.A.S.T.”, który umożliwia szybką weryfikację tego, czy dana osoba przechodzi udar. Polega on na sprawdzeniu: F jak face (ang. twarz) – prosimy ją o uśmiech, opadający kącik ust to sygnał alarmowy; A jak arms (ang. ramiona) – powinniśmy się zaniepokoić, jeśli przy podnoszeniu do góry ramion nasz bliski ma jedno z nich opuszczone niżej; S jak speech (ang. mowa) – w sytuacji, gdy osoba ma kłopoty z powtórzeniem usłyszanego zdania, przejęzicza się lub mówi bełkotliwie, nie ma co zwlekać, liczy się czas (T – Time).

- Przy problemach z mową może występować afazja lub dyzartria. Pierwszą z nich dzielimy na ruchową i czuciową, ruchowa polega na tym, że pacjent wie, co chce powiedzieć, ale jego aparat mowy nie jest w stanie wyartykułować pojedynczych zgłosek. Czuciowa afazja występuje natomiast, gdy chory nie rozumie słyszanych słów. Wreszcie dyzartria - tutaj mam na myśli sytuację, w której dana osoba mówi niewyraźnie, bełkocze, poszczególne wyrazy lub całe zdania zlewają się w jeden niezrozumiały ciąg. Wynika to z uszkodzenia pnia mózgu, afazję to zaś następstwo dysfunkcji Ośrodka Broki – innej struktury mózgowej - mówi lek. Szatkowski.

NIE RYZYKUJ - DZIAŁAJ

Ponieważ każdy ze wspomnianych wyżej symptomów może wskazywać na udar, zauważywszy go niezwłocznie powinniśmy wezwać pogotowie ratunkowe. Do momentu dotarcia zespołu ratowniczego należy przetrzymać chorego w pozycji bocznej ustalonej. Gdy przyjedzie karetka postarajmy upewnić się, czy osoba z podejrzeniem udaru trafi do szpitala dysponującego diagnostyką obrazową.

ZAGROŻENIE

Czynniki zwiększające prawdopodobieństwo udaru dzielimy na podlegające profilaktyce i niezależne od działań profilaktycznych. Najsilniejszym czynnikiem ryzyka, na który nie mamy wpływu jest wiek. Szacuje się, że aż do 5% osób powyżej 65. roku życia może zmagać się z problemami udarowymi. Kolejny to płeć – mężczyźni są bardziej zagrożeni tą chorobą niż kobiety. Znaczenie mają również kwestie genetyczne – jeśli jedno z rodziców przeszło udar mózgu, ryzyko u dziecka będzie wzrastać. Nie można też zapomnieć, że osoby po udarach nie są bezpieczne – wręcz przeciwnie, możliwość ponownego wystąpienia apopleksji jest u nich wyższa niż u reszty społeczeństwa.

Czynniki częściowo zależne od nas to choroby takie jak nadciśnienie tętnicze, choroby serca, cukrzyca, dyslipidemie, zaburzenia krzepnięcia itp. Na przykład im wyższe ciśnienie krwi, tym wyższe ryzyko udaru. Wśród chorób serca „udarogenne” jest zwłaszcza migotanie przedsionków. Ostrożni muszą być także pacjenci ze stwierdzoną miażdżycą naczyń pozamózgowych (choroba niedokrwienności serca, przebyty zawał serca, miażdżycza tętnic obwodowych). Szczęście w nieszczęściu, że wspomniane wyżej schorzenia jesteśmy w stanie leczyć farmakologicznie.

Stopień zagrożenia udarem jest determinowany przez nasz styl życia, co oczywiście jest czynnikiem w pełni od nas zależnym. Palenie tytoniu, nadmierne picie alkoholu, otyłość, brak aktywności fizycznej – te elementy sprzyjają zachorowaniu. Zamiast używek warto za to skorzystać z aktywności fizycznej. Jakiegokolwiek – jazda na rowerze, aerobik, bieganie, pływanie czy spacer – 30 minut dziennie to podstawa. Do tego dieta uboga w sód i bogata w potas (w ten sposób możemy również obniżyć nadciśnienie tętnicze), jedzenie warzyw i owoców, a także redukcja w naszym jadłospisie tłuszczów zwierzęcych i mamy zaliczone kolejne kroki minimalizujące zagrożenie udaru.

TROMBOLIZA I TROMBEKTOMIA

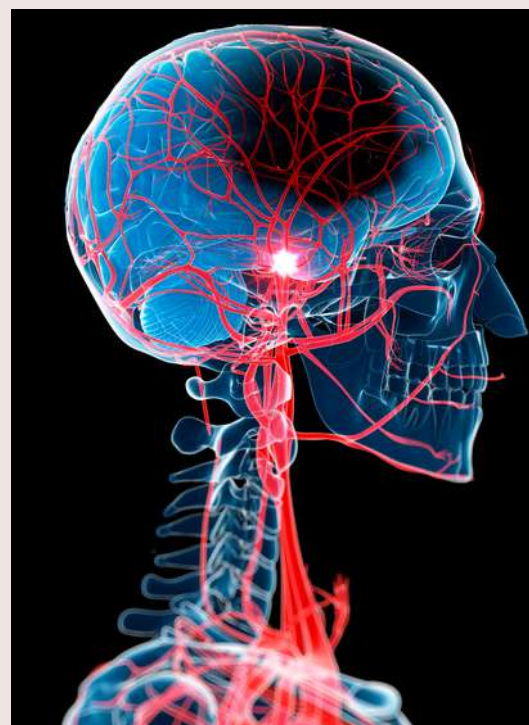
Nawet profilaktyka i młody wiek nie stanowią pełnego zabezpieczenia przed udarem. - Wzrastająca liczba zachorowań wśród 30-, 40-latków to z jednej strony pochodną lepszych możliwości diagnostycznych.

Obecnie nawet szpitale powiatowe dysponują tomografią komputerową. Wojewódzki Szpital Zespolony posiada w pełni wyposażone gabinety do diagnostyki obrazowej. W porównaniu do stanu sprzed kilkudziesięciu lat to niebo, a ziemia. Więcej nowoczesnego sprzętu wpływa na więcej wykrywanych przypadków udaru, w tym wśród ludzi młodych.

Druga rzecz, którą bym wskazał, to postęp cywilizacyjny – jego negatywną stroną jest fakt, że choć mamy nieporównanie większe możliwości rozwoju w stosunku do naszych przodków, żyjemy również w znacznie szybszym tempie” – podkreśla lek. Szatkowski. Współczesne metody leczenia udaru, o których warto wspomnieć to tromboliza i trombektomia mechaniczna. Pierwszą z nich stosuje się w przypadku udarów niedokrwiennych. Polega ona na podawaniu czynnika rt-PA, który rozrzedza krew – najlepiej, aby tego typu zabieg odbył się jak najszybciej po wystąpieniu objawów: nie później niż 4,5 godziny.

„Po przeprowadzeniu trombolizy wykonujemy badanie obrazowe, żeby sprawdzić, czy nie doszło do ukrwotoczeń. Nowszą metodą pozostaje trombektomia mechaniczna, czyli usunięcie skrzepliny specjalnymi cewnikami – możemy ją wykonać później, ponieważ do 6 godzin od pojawienia się symptomów udaru” – komentuje koordynator Oddziału Neurologicznego.

Jak wygląda obecnie sytuacja pacjenta, który powinien zostać poddany usunięciu skrzepliny? „Trombektomię kierowanych do nas pacjentów przeprowadza Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku. Tego rodzaju zabiegi wykonuje ośrodek w Olsztynie, ale, jak wiadomo, Gdańsk jest bliżej. Procedura wygląda w ten sposób, że po wykonaniu tomografii z opcją angio niezwłocznie omawiamy telefonicznie jej wyniki z lekarzem dyżurnym z Gdańska. Na podstawie udzielonych przez nas informacji (m.in. podania stanu chorego według skali ASPECTS – ukazującej charakter zmian niedokrwiennych od 0 do 10 punktów, 10 punktów to stan prawidłowy) kwalifikuje on, bądź nie, pacjenta do trombektomii mechanicznej” (lek. Szatkowski).



Źródło: Canva

PO UDARZE

Udany zabieg trombolizy bądź trombektomii to niezmiernie ważny, ale zarazem nie ostatni etap drogi ku powrotowi do zdrowia. Jeszcze w trakcie pobytu w szpitalu należy rozpocząć rehabilitację – w zależności od rodzaju skutków udaru może mieć ona różnorodny charakter. W grę wchodzić ćwiczenia ruchowe i logopedyczne, kluczowe jest też wsparcie psychologiczne, gdyż najważniejsze jest nastawienie pacjenta. Jeśli pozostanie on zniechęcony, apatyczny, to nawet codzienne ćwiczenia nie przyniosą tak satysfakcjonujących rezultatów, jak w przypadku zaangażowanego chorego.

- Osobiście znam przypadki, kiedy pacjent opuszczał szpital na noszach, a po pół roku był w stanie przyjść do przychodni o kuli. Po pół roku, czyli nie jest tak, że po 2-3 tygodniach staniemy na nogi, pacjent po udarze musi uzbroić się w cierpliwość. Proszę mi jednak wierzyć: siła woli plus dobra rehabilitacja mogą zdziałać cuda – zapewnia optymistycznie lek. Szatkowski.

Tomasz Czapla

ODDYCHAJ WŁAŚCIWIE.

EFEKT ZASKOCZY.

Oddychanie przez nos to nie tylko codzienny, automatyczny proces, ale także kluczowy element naszego zdrowia i funkcjonowania organizmu. Choć większość z nas zdaje sobie sprawę z istnienia nosa, niewielu zastanawia się nad jego znaczeniem i rolą, jaką odgrywa w naszym życiu. Ryby chociażby posiadają nos, lecz nie używają go do oddychania, a jedynie do rozpoznawania zapachów w wodzie.



Źródło: Canva

HISTORIA

Historia rozwoju naszego zmysłu węchu sięgają czasów neandertalczyków, którzy wykształcili duże nosy, pełniące nie tylko funkcję rozpoznawania zapachów, ale także grzałki. W zimnych warunkach neandertalczyki korzystali z nosa do ogrzewania wdychanego powietrza, co pomagało utrzymaniu odpowiedniej temperatury ciała. Choć nasze nosy dzisiaj nie są tak duże, ich rola w regulacji temperatury ciała jest nadal istotna.

Zmysł węchu u ludzi, mimo że mniej rozwinięty niż u niektórych zwierząt, nadal jest niezwykle istotny. Badania wskazują, że ludzki nos może rozróżniać ponad trylion różnych zapachów, co świadczy o jego zdumiewającej precyzji. Węch nie tylko pozwala nam cieszyć się aromatami kwiatów czy jedzenia, ale także odgrywa istotną rolę w spostrzeganiu zmian hormonalnych i wybieraniu partnerów reprodukcyjnych.

CIEKAWOSTKA

Niezwykle interesującym aspektem jest także fakt, że większość ludzi oddycha naprzemiennie przez jedno, a potem przez drugie nozdrze. Ten cykl zmienia się co 4 godziny, a tkanka erekcyjna w nosie pełni kluczową rolę w regulacji tego procesu. Badania sugerują, że oddychanie przez lewe nozdrze wpływa na aktywność mózgu i poziom glukozy we krwi inaczej niż oddychanie przez prawe nozdrze.



Źródło: Canva



NIEBEZPIECZEŃSTWO

Zmysł węchu, mimo że często zaniechany, odgrywa kluczową rolę w naszym życiu. Nasz nos pozwala nam szybko wykrywać niebezpieczeństwa, rozpoznawać zapachy psującego się jedzenia, a nawet oceniać atrakcyjność potencjalnych partnerów. Właściwa higiena nosa jest zatem istotnym elementem dbania o zdrowie i jakość życia.

Po zgłębieniu tych fascynujących faktów, spojrzenie w lustro na swój nos nabiera zupełnie nowego wymiaru. To nie tylko narząd, ale również klucz do wielu tajemniczych aspektów naszego codziennego funkcjonowania. Zapraszamy do odkrywania tajemniczego świata oddychania przez nos i doceniania roli, jaką pełni w naszym życiu. Na temat dobrego wpływu oddychania przez nos rozmawiamy z lekarzem Tobiaszem Sławińskim z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu.

Czy mógłby Pan powiedzieć, dlaczego oddychanie przez nos jest tak ważne dla naszego organizmu?

Oddychanie przez nos pełni kluczową rolę w utrzymaniu zdrowego oddechu. Nasz nos, pomijając oczywistą funkcję zmysłową odpowiedzialną za odbiór wrażeń węchowych, pełni szereg istotnych zadań. Po pierwsze, działa jak naturalna filtracja powietrza. To oznacza, że powietrze, które wdychamy przez nos, jest ogrzewane, nawilżane i oczyszczane, co stanowi naturalną barierę przed szkodliwymi cząstkami.

Jak oddychanie przez nos wpływa na naszą ogólną kondycję?

Po pierwsze, jama nosowa stanowi węższą drogę dla powietrza niż usta, co sprawia, że organizm pobiera więcej tlenu z powietrza do krwi. To z kolei wpływa korzystnie na ogólną kondycję, zmniejsza częstotliwość oddechu o połowę i zmniejsza subiektywne odczucie zmęczenia o 60%. Oznacza to, że dzięki oddychaniu przez nos, podczas spaceru czy treningu będzie się w stanie ćwiczyć intensywniej i dłużej. Dodatkowo, oddychanie przez nos umożliwia pełniejsze wykorzystanie pojemności płuc i sprzyja produkcji tlenu azotu w zatokach przynosowych - ten związek ma właściwości chroniące przed patogenami, a także poprawiające pamięć czy sprawność seksualną.

W takim razie, czy oddychanie przez usta może prowadzić do niepożądanych skutków zdrowotnych?

Oddychanie przez usta jako nawyk może prowadzić do różnych problemów. Po pierwsze, wpuszczanie suchego i zimnego powietrza prosto do płuc sprzyja infekcjom, zwiększając ryzyko ich wystąpienia. Dodatkowo, powietrze nie jest oczyszczone ani nawilżane, co sprawia, że jesteśmy bardziej narażeni na patogeny. Oddychanie przez usta może prowadzić do problemów ze snem i obniżonej jakości odpoczynku nocnego w postaci chrapania czy bezdechów sennych, które zwiększają ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia, zawału serca oraz udaru mózgu. Ponadto obniżenie wydolności fizycznej, zmiany w anatomii twarzy u dzieci, czy nawet zwiększone ryzyko chorób jamy ustnej to tylko kilka skutków przewlekłego oddychania przez usta.

Czy ma Pan jakieś dodatkowe rady dla czytelników dotyczące utrzymania zdrowego oddychania?

Tak, zdecydowanie. Pamiętajmy o znaczeniu oddychania przez nos i zadbania o jego prawidłowy przebieg. To prosta, ale kluczowa praktyka dla utrzymania zdrowia i dobrego samopoczucia. Regularne kontrolowanie nawyków oddechowych oraz, w przypadku problemów, konsultacja z lekarzem otolaryngologiem mogą przynieść wiele korzyści.

Sebastian Makowski

Z CYKLU DOBRYCH WIADOMOŚCI



Z Inicjatyw Ogólnomiejskich mieszkańcy wybrali wnioski:

Zakup densytometru dla wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Elbląga
(Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu
ul. Królewiecka 146)

499 GŁOSÓW

**budżet:
400 000 zł**

Autor:
Danuta Stanicka



Nowy densytometr z budżetu obywatelskiego

Densytometr rentgenowski, tj. urządzenie umożliwiające pomiar gęstości masy kostnej, pozwalające ocenić zagrożenie osteoporotycznymi złamaniami w zakresie kręgosłupa i innych miejscach szkieletu dzięki głosom elblążanek i elblążan już niedługo stanie w naszym szpitalu.

Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy ofiarowała Nam spektrometr masowy

Dzięki hojności wszystkich darczyńców, Medyczne Laboratorium Mikrobiologiczne - Laboratorium Bakteriologiczne Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu otrzymało wyjątkowy dar - spektrometr masowy IVD MALDI Biotyper Sirius od firmy Bruker! To ogromny skok do przodu w badaniach mikrobiologicznych, skracając czas uzyskania wyników nawet o 24-48 godzin!



Jubileusz 5-lecie ECO

“Raka można leczyć, działamy kompleksowo, by Ci w tym pomóc” – to sedno misji Elbląskiego Centrum Onkologii (ECO) – wspólnego projektu Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu i NU-MED GRUPA S.A., funkcjonującego od 2018 roku. 11 grudnia br. obchodziliśmy 5-lecie istnienia Centrum w ramach Dnia Otwartego.



WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU

SZPITALEM ONKOLOGICZNYM
DZIESIĘCIOLECIA W WOJEWÓDZTWIE
WARMIŃSKO-MAZURSKIM



DZIĘKUJEMY ZA WSZYSTKIE ODDANE GŁOSY!

