



BONIFRATRZY W SŁUŻBIE CHORYM

**CUKRZYCA JAKO
CHOROBA SPOŁĘCZNA**

**NIE CZEKAJ AŻ PROSTATA
„ZAPROSI” CIĘ DO UROLOGA**

**BONIFRATERSKIE SZPITALE
NAJWIĘKSZY PRYWATNY „SZPITAL” W POLSCE**



4 OPIEKA NAD CIĘŻKO CHORYM JEST JAK MARATON

Rozmowa z Katarzyną Mikinką, psychologiem
ze Szpitala Zakonu Bonifratrów w Łodzi

8 CUKRZYCA JAKO CHOROBA SPOŁECZNA

Szacuje się, że aktualnie w Polsce na
cukrzycę choruje ponad 2 mln osób

10 17 LISTOPADA ŚWIATOWY DZIEŃ WCZEŚNIAKA

Światowy Dzień Wcześnieńki Tego dnia obowiązkowo
„malują” neonatologię na fioletowo

12 BĘDZIE „MNIJ SKALPELA” W GINEKOLOGII?

Odbył się pierwszy w Polsce Międzynarodowy
Kongres Ginekologii Operacyjnej

14 WYBITNA PIELEGNIARKA, NAUCZYCIELKA I OPIEKUNKA CHORYCH

Rok 1920 - „rok naszej matury i wojny, która
już całkowicie zdecydowała o mojej przyszłości”

16 BONIFRATERSKIE SZPITALA NAJWIĘKSZY PRYWATNY „SZPITAL” W POLSCE

Ponad 670 łóżek, kilkanaście tysięcy pacjentów
miesięcznie, 2500 pracowników, w tym prawie
2000 lekarzy i pielęgniarek

19 UROCZYSTE ZAKOŃCZENIE OBCHODÓW 100-LECIA REAKTYWACJI POLSKIEJ PROWINCJI BONIFRATRÓW

20 listopada 2022 r. w krakowskim konwencie bonifratrów odbyło
się uroczyste zakończenie obchodów roku jubileuszowego

20 NA CO CIERPIELI NASI PRZODKOWIE?

Sprawozdanie z chorób leczonych
w krakowskim szpitalu bonifratrów w 1901 roku

22 NIE CZEKAJ AŻ PROSTATA „ZAPROSI” CIĘ DO UROLOGA

Rozmowa z doktorem Tomaszem Koneckim, specjalistą urologiem
z Bonifraterskiego Centrum Medycznego w Łodzi

25 PIGUŁKA I ZIÓŁKA

Największa w Polsce konferencja fitoterapeutyczna

26 OTWARCIE NOWEGO ODDZIAŁU CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ

Szpital Zakonu Bonifratrów w Krakowie został poszerzony
o nowy Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej



Wydaje:
Fundacja Bonifraterska
ul. Bonifraterska 12
00-213 Warszawa
KRS: 0000134759

Redakcja i skład:
Adam Ślusarski (redaktor prowadzący)
Karol Smulski
Wojciech Konopka
Bartłomiej Dziwulski
Br. Franciszek Salezy Chmiel OH
Br. Łukasz Dmowski OH

Kontakt:
tel. 48 512 847 213
e-mail: redakcja@bonifratrzy.pl
www.bonifratrzy.pl

Zdjęcia: Freepik



Drodzy Czytelnicy!

W szczególnym czasie radosnego oczekiwania na narodzenie Chrystusa - oddajemy Wam do rąk kolejny numer bonifraterskiego kwartalnika. Stali odbiorcy z łatwością zorientują się, że ma on odnowiona formę i zawartość. Nim jednak napiszemy o artykułach jakie można znaleźć w bieżącym numerze, chcemy podziękować Pani Redaktor Aleksandrze Orman za 11 lat trudu nad wydawaniem na czas naszego pisma. Archiwalne numery ubogacone często zdjęciami Państwa Ormanów i poezją nieco tajemniczej Anny Jawor stanowią kronikę tego czym żyła nasza prowincja w minionej dekadzie... Serdecznie dziękujemy!

Mamy nadzieję, że w nowej edycji będziemy godnie kontynuować najlepsze tradycje Kwartalnika, jednocześnie ubogając go o nowe treści - zwłaszcza porady medyczne, na które tak czekają nasi Czytelnicy. W nowym numerze polecamy uwadze Państwa artykuł przedstawiający powstanie największego „szpitala” w Polsce. Jest to efekt współpracy wielu środowisk, a wszystko podyktowane jest staraniem o podniesienie standardów opieki nad pacjentami. Więcej informacji o tej cennej inicjatywie znajdziecie Państwo w jednym z artykułów. Osiągnięcia współczesnej medycyny są wprost ogromne, ale coraz częściej wraca się jednak do ziół oraz wykorzystania zasad nowoczesnej fitoterapii. O ciekawych aspektach wykorzystania leków pochodzenia roślinnego, na które warto zwrócić uwagę, mówili uczestnicy największej w Polsce konferencji poświęconej fitoterapii. Poza tym zapraszamy jak zawsze do zapoznania się z przeglądem wydarzeń jakie miały miejsce w bonifraterskich konwentach w minionych tygodniach. W czasie gdy świętujemy zwycięstwo dobra nad złem, światła nad ciemnością, nie zapominajmy o pomocy dla cierpiących z powodu wojny.

Pamiętajmy o naszych braciach i siostrach z Ukrainy i wspierajmy ich nadal zarówno duchowo jak i materialnie.

Na czas świąt Bożego Narodzenia życzymy wszystkim upragnionego pokoju i nadziei! Niech Nowonarodzony obdarza nas czułością i więzami przyjaźni z naszymi bliźnimi!

Z okazji Świąt Narodzenia Chrystusa życzymy wszystkim, abyśmy potrafili dostrzec Jego obecność pośród nas w prozie codziennego życia i w duchu gościnności św. Jana Bożego dzielili się Jego miłością z najbardziej potrzebującymi.

Redakcja

Radosnego kolędowania!

Dr. Paweł Kozłowski, OMI
Doktor Paweł Kozłowski, OMI
I. Dział: Psychiatryczny

Dr. Elżbieta Dąbrowska, OMI
Doktor Elżbieta Dąbrowska, OMI
I. Dział: Psychiatryczny

Dr. Joanna Kozłowska
Doktor Joanna Kozłowska
II. Dział: Psychiatryczny

Dr. Jolanta Białka
Doktor Jolanta Białka
II. Dział: Psychiatryczny

Opieka nad ciężko chorym jest jak maraton

Rozmowa z Katarzyną Mikinką, psychologiem ze Szpitala Zakonu Bonifratrów w Łodzi.

Najczęściej wydaje nam się, że choroba nowotworowa to przede wszystkim zmartwienie i cierpienie chorego. Ale przecież równie mocno dotyka ono nie tylko jego, ale także najbliższych, członków rodziny, którzy niejednokrotnie nie wiedzą, jak pomóc choremu i jak radzić sobie z własnymi emocjami, własnym stresem i strachem.

Rzeczywiście, często bliscy chorego są jakby na drugim planie, a przecież – kiedy dowiadują się o chorobie żony, męża, dziecka – im też „wali się świat”. Szok, ogromne emocje, dezorientacja (nie wiadomo w pierwszej chwili, co robić) można porównać do nagłej utraty gruntu pod nogami. Nagle bliski i jego choroba stają się punktem odniesienia przy podejmowaniu wszelkich decyzji, a sytuację dodatkowo utrudnia fakt, że dynamika choroby bywa bardzo zmienna, wiele rzeczy dzieje się nagle i trudno cokolwiek przewidzieć. Chory i jego rodzina tracą poczucie bezpieczeństwa i kontroli, wzrasta zależność od otoczenia, potrzeba opieki, bezradność, zagubienie. Dlatego w psychoonkologii rodzina chorego jest pojmowana jako pacjent drugorzędowy.

Czy pierwszą reakcją osoby, która znajdzie się w takiej sytuacji bywa coś w rodzaju ucieczki od problemu, z którym ma do czynienia?

Niekiedy pierwszy szok i niedowierzenie zmieniają się w mechanizmy obronne, takie jak na przykład wypieranie i zaprzeczanie istnieniu choroby, myślenie że to nie może być prawda, że diagnoza jest błędna. Może pojawić się także unikanie problemu przez brak rozmów o chorobie, wyraźne omijanie tego tematu w rodzinie. To w pewnym sensie nieuniknione reakcje, przy czym warto podkreślić, że mechanizmy obronne mogą być pożyteczne, jeśli spełniają rolę adaptacyjną, czyli są krótkotrwałe, przejściowe. Dają pacjentowi i rodzinie czas na przystosowanie się do nowej, trudnej sytuacji, na przemyślenie i oswojenie tematu. Jeśli jednak z upływem czasu nie umiemy stawić czoła dia-



gnozie i rozmawiać o niej, wówczas niezbędne może okazać się wsparcie psychologa lub psychoonkologa.

Wypieranie choroby bliskiego, omijanie tematu to pewnie nie jedyne z możliwych pierwszych reakcji rodziny w tej sytuacji.

Nie jedyne – zarówno pacjent, jak i jego rodzina na każdym etapie tej choroby mierzą się z wieloma trudnymi emocjami, między innymi złością, rozpaczą, żalem, strachem, wstydem, bezsilnością. A złość u osób wspierających może wyrażać się w pretensjach do pacjenta, że przed chorobą, mimo sugestii bliskich, nie wykonywał badań profilaktycznych lub nie prowadził zdrowego stylu życia. Członkowie rodziny mogą też nie radzić sobie z wyrzutami sumienia, że być może sami w porę nie zadbali o bliską osobę, poświęcili jej zbyt mało uwagi albo że – ze względu na inne obowiązki – nie mieli wystraczająco dużo czasu na opiekę nad chorym. Te emocje potęguje pojawiająca się w sytuacji diagnozy choroby obawa, że być może tego wspólnego czasu nie zostało zbyt wiele, że pewne okazje na bliskość, bycie razem zostały utracone. Poczucie winy może dotyczyć także tego, że opiekunowie czasem na chwilę zapominają o chorobie bliskiego, żyją własnym życiem lub mają momenty



dobrego humoru, co jest przecież normalne i potrzebne by zachować siły do opieki na dłużej. Częstym uczuciem, z którym zmagają się rodziny jest także bezradność. Widząc cierpienie pacjenta związane z chorowaniem lub skutkami ubocznymi leczenia rodzina chciałaby podjąć jakieś działania, aby odsunąć ból, przywrócić spokój. Nie zawsze jest to jednak możliwe i często powoduje frustrację i bezsilność u opiekunów. Nazwanie i akceptacja dla tych stanów i emocji to pierwszy, ważny krok w radzeniu sobie z nimi.

I na to potrzeba pewnie także nieco czasu – to nie dzieje się od razu?

Na pewno trzeba czasu, żeby poukładać na nowo rzeczywistość i zaakceptować pojawiające się w życiu zmiany. Bo choroba onkologiczna burzy dotychczasowe życie pacjenta i rodziny, wymusza wiele działań i decyzji, włącznie ze zmianą ról w rodzinie czy konieczności funkcjonowania jednej osoby w kilku rolach naraz. Na przykład kiedy choruje mąż i ojciec, głowa domu, zapewniający do tej pory bezpieczeństwo i stabilizację finansową rodziny wówczas jego rolę musi przejąć ktoś inny: żona, może najstarsze dziecko. Gdy pacjentem staje się rodzic, a podejmujące się opieki nad nim dorosłe dzieci zaczynają funkcyj-

wać jednocześnie w kilku rolach: mają przecież własne rodziny, pracują i opiekują się chorym tatą lub mamą. Takie sytuacje są nie lada wyzwaniem dla opiekunów i mogą generować zamieszanie, napięcie, stres, konflikty. Tu pojawiają się również dylematy i wątpliwości dotyczące sprostania przez rodzinę takiej opiece w domu, lęk przed wykonywaniem czynności pielęgnacyjnych i higienicznych. Czasem pojawia się konieczność powierzenia pacjenta opiece hospicyjnej lub szpitalnej i związane z tym poczucie winy u rodzin, że nie podołała zadaniu lub lęku przed oceną ze strony otoczenia z powodu podjęcia takiej decyzji. Pomoc chorującemu bliskiemu wiąże się także z pewnymi stratami i wyrzeczeniami np. ograniczeniem w funkcjonowaniu społecznym rodziny, zmniejszeniem kontaktów towarzyskich, ograniczeniem bliskości i kontaktu fizycznego.

No i z pewnością dokuca trzymający wszystkich od początku do końca w „uścisku”, czasem dominujący nad wszystkim innym i miazdzący stres...

Tak, to jest chyba największe wyzwanie dla rodziny i pacjenta: stres, który im towarzyszy praktycznie na wszystkich etapach choroby. Ważne, żeby nauczyć się go kontrolować, rozładowywać, wykorzystywać jako „napęd”, czynnik motywujący do działania, szukania pomocy. Poddanie się stresowi niszczy, paraliżuje, powoduje wycofanie i izolację. I tu znów przypomnienie, że nauczyć radzić sobie ze stresem może nas psycholog albo psychoonkolog. Nie jest trudno go znaleźć, jest w każdym szpitalu.

Co zwiększa ryzyko wpadnięcia w spiralę stresu, przycięgnięcia, w depresję?

Zwykle odruchową reakcją rodziny, która dowiaduje się o chorobie jednego z jej członków, jest całkowite skupienie się na zapewnieniu mu wsparcia i pomocy. Wtedy często spychamy na margines własne życie i swoje potrzeby. Wiadomo, że są chwile, kiedy trzeba wszystko odłożyć na bok, ale w dłuższej perspektywie może to prowadzić nawet do zaburzeń depresyjnych czy Zespołu Stresu Opiekuna: wyczerpania fizycznego, psychicznego i emocjonalnego w wyniku długotrwałej i obciążającej opieki nad osobą przewlekle chorą. Pomoc osobie chorej można porównać do maratonu i dlatego, abyśmy mogli pomagać długo i mieli do tego siły warto rozsądnie nimi gospodarować i zadbać o własny dobrostan.

CZYTAJ DALEJ...

Często bliscy mówią choremu: „Musisz być dzielny, dasz sobie z tym radę, będzie dobrze”. To dobre wsparcie? Jaka postawa bliskich najlepiej służy choremu?

Pocieszenie siłą hasłami: „wszystko będzie dobrze”, „musisz być silny”, „weź się w garść”, to nie jest najlepszy pomysł, bo blokuje szczerą komunikację, zamyka przestrzeń do rozmowy i możliwość ujawnienia przez chorego trapiących go lęków i niepokojów. A w konsekwencji może powodować wycofanie z relacji, wzmagając u niego poczucie osamotnienia, niezrozumienia i bardziej oddalać niż scalać rodzinę. Czasami najlepszą formą komunikacji jest wysłuchanie, ponieważ daje to bliskiemu sygnał, że jesteśmy dla niego. Dlatego uważam, że kluczowe dla chorego są obecność i towarzyszenie rodziny, jej gotowość do tego, aby być przy nim w chorobie. Towarzyszenie w chorobie to pewna droga, którą możemy kroczyć razem. Jest niejednokrotnie trudna, kręta, wyboista i pełna ciemnych zaułków, ale zmienia nas na zawsze, zbliża do siebie. Powoduje przewartościowanie dotychczasowego życia, daje szansę – choć trudno może w to uwierzyć – na rozwój i naukę. Należy też być cierpliwym i wyrozumiałym, bo być może chory nie jest osobą, która ma łatwość w okazywaniu emocji i mówieniu o nich i będzie potrzebował na to kilku rozmów. Warto zostawić mu wybór kiedy, jak i z kim chce podejmować trudne tematy. Presja, naleganie czy ocenianie mogą spowodować

niepotrzebny konflikt. Cierpliwość jest też potrzebna kiedy chory – co jest zrozumiałe – nie radzi sobie z emocjami, gwałtownie reaguje, odrzuca opiekę.

Jak kondycja rodziny, to w „jakim jest stanie” wpływa na zorganizowanie dobrej opieki nad chorym?

Na pewno lepiej radzą sobie rodziny, w których nie ma konfliktów, gorzej jest tam, gdzie przed chorobą były nierozwiązane spory, nieupokładane sprawy. Choroba może czasem spowodować „wyleczenie rodziny”, scalić ją, ale równie często pogłębia dystans i czyni nierozwiązane kwestie i urazy jeszcze bardziej intensywnymi. Rodziny, które dotychczas były raczej odizolowane od otoczenia, zamknięte na innych, mogą mieć trudności w proszeniu o pomoc i będą gorzej adaptować się do nowej rzeczywistości związanej z chorobą, gdzie wsparcie osób z zewnątrz jest niekiedy konieczne. Oczywiście sporo zależy także od zasobności rodziny.

Rozmawiał Marek Wilczak

Katarzyna Mikinka - psycholog, absolwentka studiów podyplomowych na kierunku: psychoonkologia. Pracuje na Oddziale Medycyny Paliatywnej w Szpitalu Zakonu Bonifratrów w Łodzi i w Poradni Psychologicznej, działającej przy szpitalu oraz w Hospicjum Domowym NZOZ Caritas w Łodzi, gdzie od kilku lat wspiera pacjentów onkologicznych oraz ich rodziny. Poprowadzi specjalistyczne webinary dla studentów medycyny, dotyczące komunikacji z pacjentem onkologicznym.

5 RAD DLA OPIEKUJĄCYCH SIĘ CIĘŻKO CHORYM

- 1. Płacz i wyrażaj emocje** – płacz jest dobry i potrzebny, podobnie jak inne emocje, nawet te trudne. Płacz uwalnia napięcie i redukuje stres. Możesz płakać, również w obecności swojego bliskiego. Ważne, aby rozmawiać o tym, co czujemy, nazywać i akceptować emocje.
- 2. Proś o pomoc, szukaj wsparcia** – prośenie o pomoc nie jest oznaką nieradzenia sobie czy słabości. Wręcz przeciwnie to oznaka realnego szacowania swoich sił i możliwości w towarzyszeniu pacjentowi w drodze jaką jest choroba onkologiczna. Pomoc innych daje ci chwile wytchnienia w opiece i możliwość zregenerowania sił.
- 3. Bądź elastyczny i pozwól sobie na błędy** – ustal plan działania, rozdziel obowiązki i zadania pomiędzy członków rodziny, skieruj swoją energię na sprawy najistotniejsze w danym czasie. Stawianie sobie zbyt wielu nierealnych wymagań wzmaga jedynie frustrację i poczucie winy. Istotna jest zatem elastyczność w podejściu do planów i zadań.
- 4. Rozmawiaj** – rozmowa przynosi ulgę, jest wentylem dla emocji. Oczywiście nie o wszystkim możesz lub chcesz rozmawiać z osobą chorą. Warto mieć kogoś, z kim będziesz mógł porozmawiać o swoich uczuciach i obawach. Jeśli ciężko znaleźć kogoś takiego w najbliższym otoczeniu warto skorzystać z pomocy psychologa lub psychoonkologa. Rozmowa ze specjalistą pomoże obniżyć stres i lęk, nabrać dystansu do trudnych spraw lub znaleźć nowe rozwiązania.
- 5. Zadbaj o siebie** – pozwól sobie na zachowanie choćby kawałka swojego życia, zrób coś tylko dla siebie. To nie jest przejaw egoizmu, nie robisz tym krzywdy chorującemu bliskiemu. Poza tym wysypiaj się, daj sobie przyzwolenie na relaks i odpoczynek. Dbanie o siebie, jest ważne, ponieważ łąduje akumulatory, daje siły do dalszej opieki i działania.



ZAWIERA CYNK, KTÓRY POMAGA W PRAWIDŁOWYM FUNKCJONOWANIU UKŁADU ODPORNOŚCIOWEGO

Bogata receptura zawiera wyciąg złożony - Balsam Jerozolimski® - ekstrakt z siedmiu ziół stworzony według zakonnej receptury, wzbogacony wysoką zawartością cynku. Produkt słodzony glikozydami stewiolowymi, nie podnosi poziomu cukru we krwi i może być stosowany przez diabetyków.

SZCZEGÓLNIE REKOMENDOWANY DO STOSOWANIA:

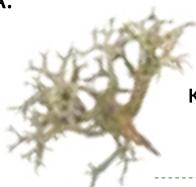
- ✓ diabetykom
- ✓ osobom dbającym o linię
- ✓ rodzicom i dzieciom w celu ograniczenia spożycia cukru
- ✓ osobom pracującym głosem
- ✓ w celu nawilżenia błony śluzowej gardła
- ✓ rodzicom i dzieciom, które poszukiwały owocowego smaku pastylki

SKŁADNIKI ZAWARTE W PREPARACIE:

DZIAŁAJĄ NAWILŻAJĄCO NA GARDŁO
czarny bez, lipa, dziewanna,
rumianek, tymianek



**TWORZĄ POWŁOKĘ OCHRONNĄ
KORZYSTNIE DZIAŁAJĄC NA BŁONĘ ŚLIZOWĄ GARDŁA,
KRTANI I STRUN GŁOSOWYCH**
porost islandzki



WSPIERAJĄ PRAWIDŁOWĄ PRACĘ UKŁADU ODPORNOŚCIOWEGO
wysoka zawartość cynku, rumianek, tymianek,
czarny bez, dziewanna



**WSPOMAGAJĄ WŁAŚCIWE FUNKCJONOWANIE
GÓRNYCH DRÓG ODDECHOWYCH**
tymianek, melisa



CUKRZYCA

JAKO

CHOROBA SPOŁĘCZNA

Dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazują, że 3,2 miliona zgonów na świecie, w ciągu każdego roku, jest przypisywanych cukrzycy. Przewiduje się, że liczba przypadków w roku 2025 osiągnie 300 mln dla samej cukrzycy typu II. Tym samym cukrzyca stanie się jedną z najpoważniejszych chorób społecznych.

Szacuje się, że aktualnie w Polsce na cukrzycę choruje ponad 2 mln osób, z czego około 25% o tym nie wie. Zachorowalność na cukrzycę wynosi około 6,54% (w tym 5,81% mężczyźni i 7,25% kobiety). U osób powyżej 18 roku życia ten współczynnik wynosi 8% (w tym 7,15% mężczyźni i 8,9% kobiety), natomiast wśród dzieci poniżej 15 roku życia szacunkowa liczba diabetyków wynosi 17,7 przypadków na 100 tys. mieszkańców. Prognozy przewidują, że w najbliższych 15 – 20 latach podwoi się liczba chorych na cukrzycę w Polsce.

Objawy cukrzycy

Warto zwrócić uwagę na objawy jakie mogą sygnalizować o wystąpieniu cukrzycy:

- oddawanie zwiększonej ilości moczu, czyli wielomocz,
- wzmożone pragnienie (polidypsja),
- odwodnienie, zazwyczaj umiarkowanie nasilone (zmniejszenie elastyczności skóry, suchość skóry i błon śluzowych),
- senność i osłabienie,
- utrata masy ciała (rzadziej),
- zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej, tzw. kwasica i śpiączka ketonowa (niekiedy pierwszy zauważony objaw),
- skłonność do ropnych zakażeń skóry lub zakażeń układu moczowo-płciowego.

Rozróżniamy różne typy cukrzycy

Cukrzyca typu I

Cukrzyca typu I stanowi ok. 10% wszystkich chorych na cukrzycę. Początek choroby zazwyczaj przypada między 10 a 14 rokiem życia. Cukrzyca typu I jest spowodowana prawie całkowitym zniszczeniem przez przeciwciała komórek β trzustki produkujących insulinę. W wyniku produkowanych przez organizm tzw. autoprzeciwciał dochodzi do niszczenia własnych komórek. Efektem jest całkowity brak insuliny.

Cukrzyca typu II

Cukrzyca typu II to najcięższy typ cukrzycy – dotyczy prawie 90% diabetyków. U chorych dochodzi do zaburzenia zarówno działania, jak i wydzielania insuliny, przy czym dominującą rolę może odgrywać jedna lub druga nieprawidłowość. Leczenie polega głównie na redukcji masy ciała, zastosowaniu diety cukrzycowej, wprowadzeniu aktywności fizycznej i doustnych leków przeciwcukrzycowych. U części chorych po pewnym czasie trwania choroby konieczna jest insulinoterapia.



Cukrzyca ciążowa

Wyróżnia się także cukrzycę ciążową, którą określa się jako wystąpienie zaburzeń tolerancji glukozy rozpoznane po raz pierwszy w okresie ciąży. Cukrzyca ciążowa zazwyczaj ustępuje po porodzie.

Leczenie ziołami

Spśród znanych i dostępnych ziół szczególnym działaniem przeciwcukrzycowym odznaczają się ziele rutwicy lekarskiej oraz owocnia fasoli pospolitej. Zioła te w połączeniu z liśćmi pokrzywy – mającymi działanie moczopędne, liśćmi borówki czarnej – odznaczającymi

się zdolnościami obniżania poziomu cukru we krwi, liśćmi szalwii o działaniu rozkurczowym i przeciwzapalnym oraz korzeniem mniszka, wpływającym korzystnie na przemianę materii i żółciopędnie, polecane są w cukrzycy.

Pierwszym wskazaniem dla fitoterapii jest redukcja masy ciała przy wsparciu odpowiednimi ziołami. Musi być również połączona z optymalną dietą. Mieszanki ziołowe stosowane w tym celu zawierają przede wszystkim: liść i korzeń mniszka, kłącze perzu, naowocnię fasoli, liść mięty, ziele karczocha, korę kruszyny i korzeń rzewienia (dwa ostatnie należy używać krótko i z dużą ostrożnością). Ich kompozycja sprzyja zmniejszeniu apetytu, oczyszczaniu organizmu, przyspieszeniu przemiany materii i wspomaga proces trawienia.

W przypadku nietolerancji glukozy lub na początku cukrzycy konieczne jest obniżanie poziomu cukru we krwi, którego można dokonać na kilku poziomach – począwszy od wchłaniania glukozy w jelitach, przez przyspieszenie jego „spalania” i wydalania. W mieszankach bonifraterskich zalecane są następujące zioła:

- naowocnia fasoli,
- liść morwy,

- liść borówki czernicy,
- ziele drapacza,
- ziele rdestu ptasiego,
- liść brzozy,
- owoc jarzębiny,
- liść pokrzywy,
- kora cynamonowca.

Zioła zastosowane na tym etapie, dzięki obniżaniu wysokiego poziomu cukru, mogą opóźnić wprowadzenie do leczenia syntetycznych leków przeciwcukrzycowych lub wzmocnić ich działanie.

Dobrym rozwiązaniem będzie również sięgnięcie po gotową mieszankę ziół do zaparzania w saszetkach Diabetofratin Forte. W składzie znajdziemy liść morwy białej, owocnię fasoli, łuskę gryczaną, korzeń mniszka czy liść pokrzywy. Jeszcze innym zadaniem dla ziołolecznictwa jest ochrona naczyń krwionośnych i zapobieganie oraz leczenie powikłań cukrzycy. Surowcami pomocnymi w tych stanach są owoc i kwiat głogu, kwiat kasztanowca, ziele serdecznika, kwiat arniki i wiele innych.

Samokontrola w cukrzycy

Warto określić i przestrzegać podstawowe elementy samokontroli cukrzycy. Należą do nich przede wszystkim:

- przestrzeganie codziennej diety,
- odpowiedni wysiłek fizyczny,
- samodzielne badanie: poziomu cukru we krwi, cukru i acetonów w moczu oraz mikroalbuminu w moczu,
- właściwe wstrzykiwanie insuliny i umiejętność modyfikacji dawek w zależności od wyników pomiaru cukru we krwi, dobór diety, dawkowanie wysiłku fizycznego,
- umiejętność rozwiązywania problemów, analiza popełnionych błędów, obserwacja objawów niedocukrzenia i przecukrzenia,
- pomiary ciśnienia tętniczego,
- pielęgnacja stóp,
- kontrola wagi,
- kontrola stanu wzroku.

Leczenie cukrzycy jest procesem złożonym i wymagającym kompleksowego a zarazem indywidualnego podejścia do pacjenta, w którym na wielu jego poziomach mogą znaleźć zastosowanie zioła.

Autor: Ilona Cynk-Kastelik

Źródło: www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/choroby-cywilizacyjne/cukrzyca/; www.mp.pl/cukrzyca/cukrzyca/295454,objawy-cukrzycy-pierwsze-najczestsze-i-nietypowe-objawy-cukrzycy; Poradnik Bonifraterów „Porady medyczne i ziołolecznictwo”, wyd. Warszawa 2000; Biuletyn Bądź zdrow. III-V 2015 – Gorkie zioła na „słodki problem” – lek. med. Marcin Samosiej.

L
I
S
T
O
P
A
D
A

17 listopada w Szpitalu Zakonu Bonifratrów w Katowicach miał miejsce Światowy Dzień Wcześnieika, poświęcony dzieciom urodzonym przedwcześnie, ich rodzinom i problemom, z jakimi się mierzą z powodu wcześniactwa. Przypominała o tym girlanda z fioletowych balonów, która zawisała w oddziale, a mamy i wcześniaki, które tu przebywają dostały drobne upominki: pluszowe kocyki i skarpetki. Na świecie co roku przedwcześnie (czyli przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży) rodzi się około 15 mln dzieci, w Polsce 25-30 tysięcy (to ok. 7% wszystkich rodzących się dzieci).

Wcześnieiki, są mniej dojrzałe niż dzieci, które przyszły na świat w terminie i bardzo często nie potrafią samodzielnie funkcjonować poza łonem mamy. Wiele z nich – zwłaszcza tych urodzonych przed 34. tygodniem ciąży – trafia do inkubatora, który pomaga im w bezpiecznych warunkach rosnąć. Niektóre muszą zostać w szpitalu dłużej, czasem kilka miesięcy, zanim rozpoczną całkowicie samodzielne życie.

- W naszym szpitalu każdego roku przed 37. tygodniem ciąży rodzi się około 250 dzieci – mówi doktor Anna Jarosz-Lesz, kierownik Oddziału Neonatologii w Szpitalu Zakonu Bonifratrów w Katowicach.

- Te dzieci często mają problem z oddychaniem z powodu niedojrzałości płuc, mają niedojrzałe układy: pokarmowy, krążenia, immunologiczny, nerwowy. Niedojrzałość narządów powoduje wiele powikłań, wydłużających pobyt dziecka w szpitalu i bardzo stresujących dla ich rodziców. Staramy się tym dzieciom zapewnić profesjonalną opiekę, ich mamom i ojcom dać poczucie bezpieczeństwa, nauczyć mamy opieki nad dzieckiem, które wydaje się tak maleńkie i kruche. Co roku 17 listopada mówimy o wcześniakach głośniej: o tym jak wygląda opieka nad nimi w szpitalu

Światowy Dzień Wcześnieika Tego dnia obowiązkowo „malują” neonatologię na fioletowo



i po wypisie do domu, o tym, co razem ze swoimi maluszkami przeżywają ich rodzice, jakie mają problemy, jak je mogą przewyciężyć.

Przyczyny przedwczesnych porodów są różne. Najczęstszą przyczyną są zakażenia ciąży, powodujące przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego. Coraz częściej zdarza się, że przebieg choroby, na którą przyszła mama cierpi przewlekłe lub która ujawniła się w ciąży (np. choroby serca, zaburzenia hormonalne, choroby nerek), wymaga wcześniejszego zakończenia ciąży. Wady w budowie narządów rodnych również mogą prowadzić do porodu przedwczesnego. Nie można też zapominać o czynnikach środowiskowych wpływających na przebieg ciąży: stresy, ciężka praca, „zaawansowany” (powyżej 35 lat) wiek przyszłej mamy. Również ubożenie społeczeństwa, zła dieta, używki, brak właściwej edukacji dotyczącej diety, higieny intymnej i zachowań seksualnych (ciąża nastolatka) prowadzi do porodów przedwczesnych.

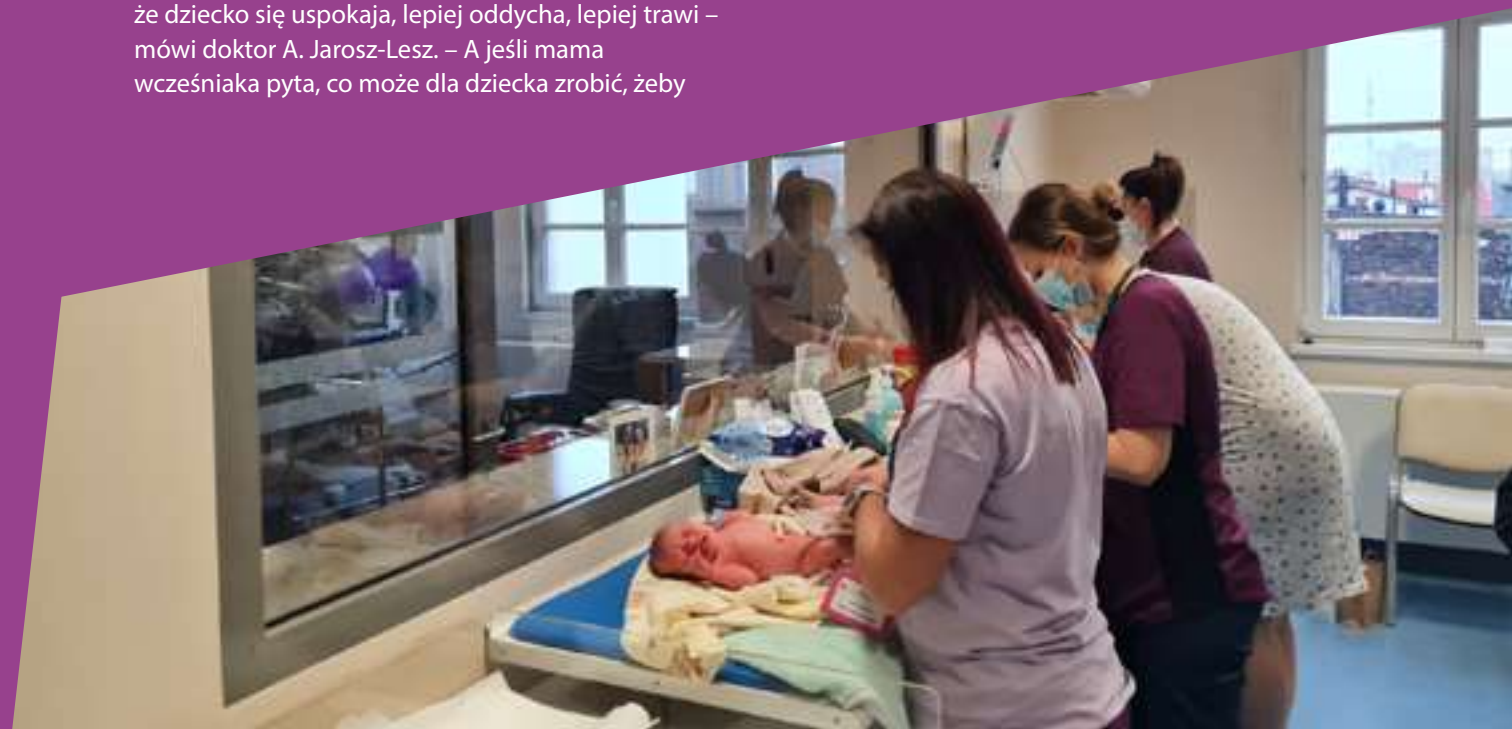
- Dla wcześniaków najważniejsza jest bliskość mamy, jej obecność i dotyk. Już sam głos mamy powoduje, że dziecko się uspokaja, lepiej oddycha, lepiej trawi – mówi doktor A. Jarosz-Lesz. – A jeśli mama wcześniaka pyta, co może dla dziecka zrobić, żeby

szybciej „wyszło z inkubatora” odpowiadamy – wyprodukować dla swojego dziecka mleko, bo mleko mamy to dla wcześniaka lek, ułatwiający dojrzewanie przewodu pokarmowego, poprawiający odporność. Mleko to nie tylko pożywienie, dla wcześniaka mleko mamy to jest miłość i bezpieczeństwo.

Oddział Neonatologiczny Szpitala Zakonu Bonifratrów pw. Aniołów Stróżów wraz z Oddziałem Położniczym oraz Blokiem Porodowym zaliczane są do najnowocześniejszych placówek tego typu na Śląsku.

Neonatologia pracuje w systemie rooming-in – zdrowy noworodek zostaje w pokoju z mamą, która opiekuje się nim przy wsparciu personelu medycznego. Zapewnia to bezpośredni kontakt rodziców z dzieckiem od chwili urodzenia do wypisu ze szpitala. Oddzielenie dziecka od mamy odbywa się tylko w przypadku medycznych wskazań lub jeśli zmęczona mama zadeklaruje chęć odpoczynku.

autor Marek Wilczak





Będzie
„MNIEJ SKALPELA”
w ginekologii?

Tylko niespełna 40 procent operacji usunięcia macicy z przyczyn nienowotworowych wykonuje się w Polsce metodami małoinwazyjnymi, oszczędzającymi pacjentkę. To dwa razy mniej niż w Europie Zachodniej i USA. U nas nadal króluje skalpel, operacje z otwarciem brzucha, choć techniki małoinwazyjne nie są ani drogie, ani nieosiągalne, lepsze dla pacjentki, tańsze dla szpitala. Do tego można także z ich użyciem na przykład operować dzieci jeszcze przed narodzinami czy poprawiać defekty po cięciu cesarskim. W Katowicach przez trzy dni najznakomitsi chirurdzy z Polski i Europy pokazywali i namawiali do ich stosowania.

W katowickim Spodku odbył się pierwszy w Polsce Międzynarodowy Kongres Ginekologii Operacyjnej (3-5.11.2022) – warsztaty dotyczące wyłącznie technik operacyjnych stosowanych w ginekologii, z pokazowymi operacjami, które oglądali uczestnicy warsztatów (transmisja na żywo). Operacje pokazowe odbyły się w Szpitalu Zakonu Bonifratrów w Katowicach – jest tu jeden z najlepszych na Śląsku oddziałów ginekologiczno-położniczych, gdzie wykonuje się najtrudniejsze operacje, w tym kompleksowe operacje onkologiczne. W szpitalu działa też jedyny w Polsce Oddział Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej.

W kongresie wzięło udział 300 lekarzy z Polski i zagranicy. Pomysłodawcą i przewodniczącym komitetu naukowego kongresu był profesor Rafał Stojko, dyrektor medyczny bonifraterskiego szpitala i szef oddziału ginekologicznego, kierownik Katedry I Oddziału Klinicznego Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach.

- Kładliśmy nacisk na pokazanie małoinwazyjnych technik operacyjnych stosowanych w ginekologii: były to warsztaty Chirurgii Minimalnie Inwazyjnej – mówi prof. R. Stojko. – Część operacji była wykonana podczas trwania kongresu, były one transmitowane na żywo – szpitalna sala operacyjna została wirtualnie przeniesiona do sali kongresowej, można powiedzieć, że każdy z uczestników kongresu stał obok operatorów, mógł z nimi rozmawiać i widział co robią. Inne operacje pokazaliśmy na filmach. Zaprosiłem najwybitniejszych specjalistów chirurgii ginekologicznej z Polski i Europy.

W Polsce wykonuje się rocznie około 30 tys. operacji usunięcia macicy z przyczyn nieonkologicznych. Jeśli metodę klasyczną, przezbrzuszną zastąpiłyby waginalne techniki małoinwazyjne kilkanaście tysięcy

pacjentek więcej niż obecnie mniej odczuwałoby skutki takiego zabiegu, szybciej wracałoby do zdrowia. Nie miałyby blizn po operacji. Korzyści miałyby też szpitale, bo operacje małoinwazyjne są tańsze, krótszy jest pobyt chorych w szpitalu.

- Podczas kongresu były pokazywane także operacje naprawcze, usuwające defekt po cięciu cesarskim, mówiąc potocznie: „naprawiające macicę” po cięciu cesarskim, przygotowujące ją do kolejnej, bezpiecznej ciąży – mówi prof. R. Stojko. – To niełatwy zabieg, który można wykonać bez cięć, małoinwazyjnie: z dostępu pochwowego, laparoskopowo lub histeroskopowo. Takie zabiegi są konieczne coraz częściej, ponieważ w Polsce blisko 50% porodów rozwiązywanych jest metodą cięcia cesarskiego. A blizna po cesarskim cięciu staje się dużym problemem położniczym. Zdarza się bowiem, że lokalizuje się w niej kolejna ciąża, jest to rodzaj ciąży pozamacicznej, bardzo groźnej dla matki i śmiertelnej dla dziecka. Są też przypadki endometriozy w bliźnie po cesarskim cięciu, a na bazie endometriozy także zmian nowotworowych.

Oczywiście były pokazane także operacje (od klasycznych, przez laparoskopowe i waginalne, po robotowe) stosowane w przypadku endometriozy, choroby dotykającej ponad 40 procent populacji żeńskiej. Dużo miejsca zajęły małoinwazyjne operacje onkologiczne w ginekologii. Była też mowa o korekcji wad rozwojowych płodu, a więc o operacjach dzieci przed narodzinami. Tu były pokazane zabiegi otwarte, czyli po wyjęciu dzieci z macicy oraz zabiegi wykonywane na dziecku wewnątrz macicy. Uczestnicy kongresu zobaczyli małoinwazyjne operacje ginekologiczne przeprowadzane w asyście robotów (da Vinci, Hugo, Versius), których powoli przybywa w polskich szpitalach. Była między innymi demonstrowana przez prof. Jana Perssona ze Szwecji robotowa operacja usunięcia raka szyjki macicy z zachowaniem płodności.

prof. Rafał Stojko.

Specjalista ginekologii i położnictwa. Specjalista ginekologii onkologicznej. Kierownik Katedry I Oddziału Klinicznego Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach. Dyrektor ds. medycznych Szpitala Zakonu Bonifratrów w Katowicach. Redaktor Naczelny „Ginekologii Polskiej”. Przewodniczący Sekcji Ginekologii Operacyjnej Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników.

rozmawiał Michał Wilczak

WYBITNA PIEŁĘGNIARKA, NAUCZYCIELKA I OPIEKUNKA CHORYCH

Hanna Helena Chrzanowska herbu Korab urodziła się 7 października 1902 roku w Warszawie jako córka Wandy ze Szlenkierów i Ignacego Chrzanowskiej. Matka pochodziła z zamożnej rodziny znanych przemysłowców (jej starsza siostra Zofia, nestorka naszego zawodu, to m.in. fundatorka oraz kuratorka dziecięcego szpitala w Warszawie, dyrektorka Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa). Ojciec, polonista, wywodził się z rodziny ziemiańskiej, osiadłej na Podlasiu. Hanna miała starszego o dwa lata brata Bogdana. Dzieciństwo spędziła w Wiązownie, podwarszawskiej miejscowości letniskowej. Kształciła się wówczas w domu pod okiem prywatnych nauczycielek. W 1910 roku ojciec Ignacy otrzymał nominację na stanowisko profesora literatury polskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego i cała rodzina przeniosiła się do Krakowa.



W roku 1917 Hanna zaczęła uczęszczać do prywatnego gimnazjum Sióstr Urszulanek. Trzy lata później zdała egzamin dojrzałości i zapisała na wydział filozoficzny UJ. Zmieniła jednak kierunek i wybrała studia polonistyczne. Po trzech semestrach doszła do wniosku, że i one nie spełniają jej oczekiwań. W swoim pamiętniku, pisany po latach, wspomina tamten czas: „Nadszedł rok 1920 – rok naszej matury i wojny, która już całkowicie zdecydowała o mojej przyszłości. W jesieni zaczęłyśmy z przyjaciółką Zosią charytatywną pracę. Polegała ona na tym, że zbierałyśmy dla potrzebujących po domach, co się tylko dało. Potem była praca w budce na stacji, gdzie poiliśmy herbatą żołnierzy i cywili. Zjawił się wtedy w Krakowie Amerykański Krzyż i zapisałyśmy się na krótkie kursy pielęgniarskie. Ja trafiłam do sekcji prowadzonej przez Polkę – Amerykankę miss Stellę Tyłską. Przede wszystkim uczono nas zabiegów. Wbito mi wtedy do głowy, że odleżyna to hańba dla pielęgniarki. Zapoznano także z tajnikami toalety porannej, wieczornej, kąpeli w łóżku. Niektóre zabiegi wykonywałam potem w domu mojej matce, jak zawsze cierpliwiej wobec moich pomysłów”.

Kiedy zatem Hanna uzyskała informację o otwarciu w Warszawie Szkoły Pielęgniarskiej, kolejny raz zdecydowała się na zmianę kierunku studiów. W 1924 roku otrzymała zaświadczenie o ukończeniu nauki, a w 1926 roku zdała egzamin państwowy i otrzymała prawo wykonywania praktyki pielęgniarskiej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz używania tytułu pielęgniarki dyplomowanej.

W 1925 roku wyjechała do Paryża na stypendium z Fundacji Rockefellera i tam odbyła prawie roczną praktykę z nastawieniem na pielęgniarstwo społeczne. Po powrocie zgłosiła się do pracy w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Opiekunek Zdrowia. Dyrektorka Szkoły Maria Epstein była osobą głęboko religijną (po rezygnacji ze stanowiska wstąpiła do zakonu sióstr Dominikanek), kładła nacisk na kształtowanie uczennic w duchu religii chrześcijańskiej. W budynku szkolnym znaj-

dowała się kaplica, gdzie codziennie odprawiana była Msza Św. Dla studentek prowadzone były rekolekcje i pogadanki o treści religijnej, a częstym ich gościem był ówczesny biskup krakowski Adam Stefan Sapieha.

Hanna Chrzanowska pracowała w szkole krakowskiej jako instruktorka i wykładała pielęgniarstwo zdrowia publicznego, prowadziła instruktaż dla Poradni Towarzystwa Walki z Gruźlicą (1926–1929). W 1926 roku, na kolejnym stypendium w Belgii, zapoznała się z pracą higienistek szkolnych. Po powrocie prowadziła zajęcia ze studentkami. Alina Rumun wspomina, że „obdarzona talentem pedagogicznym była Chrzanowska ogromnie lubiana przez swoje uczennice”.

W 1929 roku przerwała pracę instruktorki z powodu choroby i wyjechała do sanatoriów w Zakopanem oraz szwajcarskim Davos. Zajmowała się pracą dziennikarską, prowadząc redakcję miesięcznika „Pielęgniarka Polska” (w latach 1931–1939) jako redaktorka naczelna. Twórczość publicystyczna nie ograniczała się jedynie do pisania tekstów i artykułów fachowych, ale pisała również wiersze, powieści, które przedstawiają przełom religijny bohaterki. Było to wyraźne odzwierciedlenie zmian światopoglądowych samej Hanny. Pod wpływem przyjaciół, m.in. Marii Starowieyskiej oraz własnych doświadczeń i przemyśleń dokonał się w niej zwrot ku Bogu i religii katolickiej.

Do 1939 roku Chrzanowska przebywała na przemian w Krakowie i w Warszawie. Początek drugiej wojny odcisnął tragiczne piętno na rodzinie Hanny. W obronie Warszawy zginął jej brat stryjeczny Andrzej Chrzanowski. W październiku 1939 roku, pozbawiona odpowiedniej opieki, umarła jej ciotka Zofia Szlenkierówna. Jedyny brat, zmobilizowany na początku wojny i wysłany na front wschodni, już z niej nie wrócił. Nie wiadomo kiedy do matki i siostry dotarła wiadomość, że został bestialsko zamordowany na rozkaz NKWD w Katyniu. W listopadzie, w ramach Sonderaktion Krakau

(od red. niemiecka akcja pacyfikacyjna skierowana przeciwko środowisku polskich uczonych, przeprowadzona 6 listopada 1939 roku w Krakowie) zostali aresztowani profesorowie UJ. Wśród nich był ojciec Ignacy Chrzanowski – wywieziony do obozu w Sachsenhausen zmarł w styczniu 1940 roku.

Z końcem 1939 roku Niemcy wyrzucili Chrzanowskich z mieszkania i Hanna zamieszkała z matką u znajomych na ul. Radziwiłłowskiej. Te tragiczne przejścia osobiste jej nie załamały. Od początku włączała się w akcje niesienia pomocy najbardziej potrzebującym – zgłosiła się do pracy w Polskim Komitecie Opiekuńczym (pomagał wysiedlonym i uchodźcom). Swoją opieką obejmowała również matki oraz dzieci, szczególnie te osierocone, więźniów oraz ukrywających się Żydów. Współpracowała z członkami Armii Krajowej.

Po wojnie zgłosiła się do Szkoły Uniwersyteckiej, gdzie została instruktorką i wicedyrektorką. Objęła kierownictwo działu pielęgniarstwa społecznego, przygotowując uczennice do opieki nad chorymi przewlekłe w ich domach. W 1946 roku Hanna wyjechała na stypendium fundacji UNRRA z grupą pielęgniarek do Stanów Zjednoczonych. W swoim pamiętniku zanotowała: „Poza ogólnym pogłębieniem wiedzy wyniosłam stamtąd utwierdzający mnie w przyszłych walkach pewnik, że pielęgniarstwo domowe jest pracą bardzo mądrą i bardzo szeroką, że są potrzebne jak w innych działach wysokie kwalifikacje”. Hanna Chrzanowska opracowała podręcznik „Pielęgniarstwo w otwartej opiece zdrowotnej”. Działała w Polskim Towarzystwie Pielęgniarskim. W latach 1957–1958 została powołana na stanowisko Dyrektora Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa Psychiatrycznego w Krakowie -Kobierzynie. Po nawiązaniu kontaktu z ks. Karolem Wojtyłą i proboszczem Parafii Mariackiej ks. Ferdynandem Machayem zaczęła organizować pielęgniarstwo parafialne (pokonując opór księży i niektórych przedstawicieli zgromadzeń zakonnych oraz władz państwowych). W pracę zaangażowani byli studenci, siostry zakonne, klerycy, często sama przyuczała ich do nowych ról. Jej działania wspierał biskup, potem kardynał Karol Wojtyła. W 1960 roku w towarzystwie Hanny odwiedził 35 chorych przebywających w domach. Stało się

to stałym programem jego wizytacji duszpasterskich. W 1964 roku Hanna zainicjowała spotkania rekolekcyjne dla chorych, które odbywały się w Trzebini. W rekolekcjach uczestniczyły osoby chore, niepełnosprawne, które przez wiele lat nie opuszczały domów.

Hanna Chrzanowska starała się zawsze o moralne i etyczne przygotowanie pielęgniarek do pracy z chorymi. Propagowała „Rachunek sumienia dla pielęgniarki”. Swą duchowość pogłębiała w opactwie tynieckim, uczestnicząc w codziennej mszy św. i czytając Pismo Świète. Była oblatką III Zakonu Benedyktynskiego, przyjęła imię Klara. Każdego roku uczestniczyła w Tyńcu w obchodach Triduum Paschalnego w Wielkim Tygodniu. W roku 1965 papież Paweł VI odznaczył Ją medalem Pro Ecclesia et Pontifice, za zasługi dla Papieżstwa i Kościoła.

Nigdy nie cieszyła się dobrym zdrowiem – w 1966 roku przeszła ciężką operację z powodu choroby nowotworowej. Zmarła 29 kwietnia 1973 roku. Uroczystości pogrzebowe odbyły się 2 maja 1973 roku, w pogrzebie uczestniczyła rodzina, współpracownicy i wielu chorych. Ceremonii przewodniczył ks. kardynał Karol Wojtyła. Hanna Chrzanowska, zwana przez swoich chorych „Cioteczką”, pochowana została w grobowcu rodzinnym na Cmentarzu Rakowickim. Pamięć o Hannie Chrzanowskiej jest wciąż żywa. Wiele medycznych szkół pielęgniarstwa nosi jej imię.

W 1998 roku rozpoczął się proces beatyfikacyjny Hanny Chrzanowskiej. 1 października 2015 roku Stolica Apostolska ogłosiła dekret o heroicznosci jej cnót. Po zbadaniu okolicznosci cudu za jej wstawiennictwem – uzdrowienia mieszkańca Krakowa z tętniaka mózgu i jego nawrócenia – papież Franciszek zatwierdził dekret beatyfikacyjny Służebnicy Bożej Hanny Chrzanowskiej. Została ogłoszona błogosławioną w sobotę 28 kwietnia 2018 roku.

dr n.o zdr. Tadeusz Wadas - przewodniczący Komisji Etyki przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, przewodniczący Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Przekaz



dla

Fundacja
Bonifraterska**KRS: 0000134759****Dzielenie się dobrem procentuje**

BONIFRATERSKIE SZPITALE

NAJWIĘKSZY PRYWATNY „SZPITAL” W POLSCE



Ponad 670 łóżek w kilku szpitalach (plus 85 łóżek w Domu Geriatriczno-Rehabilitacyjnym Bonifratrów w Warszawie), kilkanaście tysięcy pacjentów miesięcznie w poradniach POZ, specjalistycznych i rehabilitacyjnych, 2500 pracowników, w tym prawie 2000 lekarzy i pielęgniarek, umowy na świadczenia medyczne z Narodowym Funduszem Zdrowia o wartości blisko 270 mln złotych, szpitale i placówki medyczne w Łodzi, Krakowie, Katowicach, Wrocławiu, Warszawie. To potencjał Bonifraterskiego Centrum Medycznego – ogólnopolskiej grupy medycznej, która powstała po połączeniu kilku samodzielnie działających w Polsce spółek medycznych. Grupy, która dysponuje dziś największym zapleczem szpitalnym w kraju.

Bonifratrzy od ponad 400 lat pomagają w Polsce chorym i ubogim – prowadzą szpitale, przychodnie, domy opieki, hospicja, jadłodajnie. Początkowo działali w ramach kościelnej osobowości prawnej. Jednak w związku ze zmianami na rynku świadczeń medycznych zakon – żeby móc starać się o publiczne środki na finansowanie działalności medycznej – utworzył spółki kapitałowe, które w profesjonalny sposób zajęły się organizacją świadczeń zdrowotnych: Centrum Medyczne Bonifratrów w Warszawie, Bonifraterskie Centrum Zdrowia we Wrocławiu, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Bożego w Łodzi, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie i Szpital Zakonu Bonifratrów w Katowicach.

Spółki rozwijały się, zakon prowadził je według prostej zasady: zysk przeznaczano na rozwój działalności, po pokryciu strat z działalności nierentownej, z której Bonifratrzy nie chcą rezygnować, bo jest istotna z punktu widzenia potrzeb społecznych i zdrowotnych i zgodna z charyzmatem zakonu (np. działalność hospicyjna).

- Kiedy przyglądaliśmy się rynkowi medycznemu w skali mikro i makroekonomicznej, śledziliśmy zmiany strukturalne, rozwój medycyny, trendy demograficzne i zestawialiśmy to z możliwościami naszych rozproszonym w kraju spółek, coraz częściej dochodziliśmy do wniosku, że jedynym sposobem na sprostanie wszystkim wyzwaniom jest połączenie sił, wzmocnienie naszych mocnych stron – mówi Wioletta Niemiec, prezes Bonifraterskiego Centrum Medycznego. – I tak zapadła decyzja o konsolidacji bonifraterskich spółek, aby przez rentowny wzrost skali działania, przez posiadane zasoby i możliwości płynące z otoczenia zewnętrznego, maksymalnie wykorzystać nasz potencjał.

Po formalnym scaleniu, obecnie trwa wdrażanie, uruchamianie wyodrębnionych linii medycznych w dużej spółce, korygowanie i wyznaczanie celów, budowanie strategii działania ogólnopolskiej firmy medycznej. Bonifratrzy chcą zsynchronizować w skali kraju, w skali działalności wszystkich spółek te same rodzaje usług medycznych, żeby zapewnić swoim pacjentom komplementarne usługi medyczne. Maksymalnie ułatwić drogę od postawienia diagnozy do całkowitego powrotu do zdrowia, oferując kompleksowe pakiety świadczeń, w oparciu o ogromne zaplecze medyczne, jakim dysponują w kilku miastach.

- Fundamentem tej kompleksowości i ciągłości naszych świadczeń medycznych, trzonem działalności Bonifraterskiego Centrum Medycznego są trzy szpitale – w Łodzi, w Katowicach i w Krakowie, wchodzące w skład finansowanej przez NFZ naszej sieci szpitalnej – mówi Anna Żebrowicz, wiceprezes Bonifraterskiego Centrum Medycznego. – Jednym z głównych naszych celów jest dziś umocnienie pozycji naszych szpitali jako ośrodków wiodących w kilku dziedzinach medycyny: chirurgii naczyń i angiologii, ginekologii i położnictwa, ortopedii i okulistyki. Modernizujemy i rozbudowujemy szpitale – na przykład od kilkunastu lat prowadzimy prace remontowe i modernizacyjne w Krakowie, doposażając jednocześnie szpital w nowoczesny sprzęt diagnostyczny, chirurgiczny. Podobnie jest w Łodzi, gdzie inwestycje, rozbudowa trwają od kilkunastu lat – teraz kończy się budowa nowego skrzydła szpitala, co umożliwi otwarcie działającego przy nim Regionalnego Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Onkologicznych. Szpital w Łodzi – dysponując poradnią onkologiczną i hematologiczną, chirurgią onkologiczną, chemioterapią – będzie oferował pacjentom kompleksowe leczenie onkologiczne.

Chirurgia naczyń i angiologii to „specjalizacja” szpitala Bonifratrów w Krakowie, gdzie operuje się tętniaki aorty brzusznej, leczy operacyjnie chorych z miażdżycą zarostową tętnic kończyn dolnych, z zatorami i zakrzepami tętnic oraz urazami tętnic. Na Śląsku znany jest Oddział Ginekologiczno-Położniczy, jeden z najlepszych w regionie, gdzie wykonuje się najtrudniejsze operacje, w szczególności kompleksowe operacje onkologiczne, nowoczesne zabiegi w leczeniu nietrzymania moczu. Oddział ten jest również najczęściej wybieranym miejscem w województwie śląskim przez ciężarne planujące swój poród.

CZYTAJ DALEJ...

W Katowicach funkcjonuje też jedyny w Polsce Oddział Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej oraz Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej z Pododdziałem Ortopedii dla Dzieci. Jest on zaliczany do czołowych ośrodków w kraju zajmujących się leczeniem urazów sportowych.

Ortopedia to także mocna strona szpitala w Łodzi, gdzie wykonuje się zabiegi zarówno metodami klasycznymi jak i małoinwazyjnymi, dążąc do maksymalnego skracania czasu rekonwalescencji pacjenta. W Łodzi znany jest również Oddział Okulistyczny, wykorzystujący zaawansowane technologie, najnowocześniejszy sprzęt, zatrudniający wysokiej klasy specjalistów z dużym doświadczeniem operacyjnym i diagnostycznym.

Uzupełnienie działalności szpitalnej w ofercie Bonifratrów jest w każdej placówce szerokie zaplecze diagnostyczne, ambulatoryjne i specjalistyczne: w każdym z ośrodków w Warszawie, Łodzi, Krakowie i Katowicach funkcjonuje ponad 20 poradni specjalistycznych, w których pracuje blisko 300 lekarzy (m.in. z zakresu: chirurgii, ortopedii, ginekologii, dermatologii, okulistyki, gastrologii, kardiologii, nefrologii, laryngologii, endokrynologii, alergologii).

Bonifratrzy znani są z opieki rehabilitacyjnej – oprócz kilku dużych ośrodków rehabilitacji dziennej i ambulatoryjnej (Katowice, Łódź, Warszawa, Ząbkowice Śląskie, Wrocław, Marysin), jak i domowych,

prowadzą dwa szpitale rehabilitacyjne: we Wrocławiu i Marysinie-Piaskach (łącznie 200 łóżek), gdzie leczeni są pacjenci w ciężkich stanach (schorzenia neurologiczne, po udarach).

Zakon prowadzi Dom Geriatryczno-Rehabilitacyjny dla seniorów w Warszawie (85 łóżek), opiekuje się też 100 chorymi w stacjonarnym hospicjum we Wrocławiu i w oddziałach opieki paliatywnej w Łodzi i Katowicach. W katowickim Szpitalu Bonifratrów działa również wyjątkowe na mapie Polski hospicjum perinatalne, gdzie udziela się medycznego, psychologicznego i duchowego wsparcia rodzicom spodziewającym się dzieci ze zdiagnozowanymi prenatalnie wadami lub zespołami wad wrodzonych, które według obowiązującej wiedzy medycznej prowadzą do śmierci podczas porodu lub w niedługim czasie po nim.

Na Dolnym Śląsku i Śląsku zakon prowadzi też sieć hospicjów domowych – opieką objętych jest blisko 900 osób. Skala tej pomocy jest wyjątkowa w porównaniu z innymi regionami Polski – Bonifratrzy w ciągu 4 lat aż dziesięciokrotnie zwiększyli liczbę chorych objętych opieką w hospicjach domowych, pacjentami zajmuje się zespół składający się z ponad 100 osób. Opieka w hospicjach domowych prowadzonych przez Bonifratrów jest organizowana „od ręki”, z dnia na dzień, podczas gdy w większości polskich miast oczekuje się na nią tygodniami i miesiącami.

Redakcja


PRODUKTY
BONIFRATERSKIE®

*Niech Wigilijny Wieczór
przyniesie Państwu spokój i radość,
a Nowy Rok obdaruje
pomyślnością i szczęściem.
Najpiękniejszych Świąt Bożego Narodzenia
oraz Szczęśliwego 2023 Roku*

*życzy
Prezes Zarządu wraz z Zespołem
Boni Fratres Pharmaceutical*



Relacja z uroczystego zakończenia obchodów 100-lecia reaktywacji polskiej prowincji Bonifratrów

W niedzielę 20 listopada 2022 r. w krakowskim konwencie bonifratrów odbyło się uroczyste zakończenie obchodów roku jubileuszowego. Kończący się rok 2022 był czasem podsumowania 100 lat działalności odrodzonej prowincji polskiej.

Wśród gości znajdowali się przeorowie polskich konwentów wraz z prowincjałem polskim br. Franciszkiem Salezym Chmielem na czele. Uroczystości uświetnił swoją obecnością również prowincjał bawarski br. Rudolf Knopp.

Obchody rozpoczęły się od Mszy Św. odprawionej pod przewodnictwem gwardiana Kalwarii Zebrzydowskiej o. Gracjana Kubicy OFM.

Po wspólnej Eucharystii w kościele rozpoczął się koncert jubileuszowy składający się z dwóch części. W pierwszej części publiczność wysłuchała hiszpańskich pieśni religijnych z czasów św. Jana Bożego. Utwory Francisca Guerrera, Cristobala de Moralesa oraz Tomasa Luisa de Victorii wykonał znakomity zespół kameralny Cracow Singers pod kierownictwem Karola Kusza. Następnie zespół instrumentalny składający się z muzyków związanych na co dzień z Filharmonią Krakowską, wykonał Sonatę kościelną nr 1 Es-dur KV 67 Mozarta. Na wielki finał połączone chóry Cracow Singers oraz Ars Cameralis, sekstet smyczkowy oraz organista wykonali wspólnie dzieło Josepha Haydna poświęcone św. Janowi Bożemu, Missa brevis

Sancti Joannis de Deo. Dyrygowała Martyna Dymura. Na szczególne uznanie zasłużyły występy solowe wybitnego organisty, dr Łukasza Mikołaja Matei oraz piękna aria sopranowa Marii Klich. O utworach opowiadał publiczności dr Marek Bebak, muzykolog i wieloletni pracownik biblioteki i archiwum krakowskiego konwentu bonifratrów.

W czasie obchodów można było również obejrzeć na klasztornych korytarzach wystawę autorstwa Judyty Pawlak pt. „Od stuleci w służbie chorym i potrzebującym”. Prezentowała ona historię reaktywacji prowincji polskiej oraz dzieje istniejących do dzisiaj konwentów. Szczególnie cennym aspektem wystawy była możliwość zapoznania się z archiwalnymi, rzadko publikowanymi fotografiami w formie reprodukcji, które przedstawiały np. budowę szpitala w Łodzi, czy braci na gruzach szpitala w powojennej Warszawie.

W ten podniosły sposób, w najstarszym bonifraterskim konwencie na ziemiach polskich, zakończono obchody roku jubileuszowego. Wszystkim braciom i przyjaciółom zakonu życzymy wielu kolejnych, wspaniałych rocznic, które pokazują jak żywe jest dzieło zapoczątkowane przez św. Jana Bożego.

Judyta Pawlak



fot. K. Szulc-Kłębukowska, B. Dziwiński

NA CO CIERPIELI NASI PRZODKOWIE?

**Sprawozdanie z chorób leczonych w
krakowskim szpitalu bonifratrów
w 1901 roku.**



W latach od 1859 do 1919 krakowski konwent bonifratrów podlegał pod prowincję austriacko-czeską. Władze zakonne z Wiednia nałożyły na braci obowiązek zdawania dokładnego rocznego sprawozdania z działalności szpitala. Jak wyglądało to w praktyce? Każde zgromadzenie należące do prowincji przygotowywało wydruk sprawozdania według wzoru, a następnie wszystkie sprawozdania oprawiano w jedną księgę. Właśnie takie księgi z czasów prowincji austriacko-czeskiej zachowały się w zbiorach krakowskiego konwentu bonifratrów. Zdziwiają przejrzystością oraz ilością zróżnicowanych danych. Powszechnie wiadomo, że bonifratrzy są prekursorami w zakresie dokumentacji medycznej. Dzięki skrupulatnemu prowadzeniu ksiąg chorych oraz ksiąg ordynacji medycznych, mogli opracować dane z całego roku pozostawiając nam w ten sposób niesamowity materiał statystyczny.

Jakie informacje znajdziemy w sprawozdaniach Krankenausweise? Zajrzyjmy dzisiaj do egzemplarza podsumowującego rok 1901. Część o szpitalu bonifratrów w Krakowie spisana została w języku polskim. Jak czytamy na karcie tytułowej, sprawozdanie opowiada „o leczonych tamże chorych, których bez względu na religię, narodowość i stan przyjęto, pielęgnowano i leczono (...)”. Następnie możemy przeczytać żywot św. Jana Bożego oraz informacje o działalności medycznej i opiekuńczej poszczególnych „zakładów” prowadzonych przez braci w prowincji austriacko-czeskiej. Opisano również życie zakonne braci oraz warunki przyjęcia do zakonu. Według nich, kandydaci na bonifratrów na początku XX wieku mieli

być „dobrego zdrowia i dostatecznie silnej konstytucji ciała” oraz „zdrowego rozsądku, dobrego ducha i łagodnego charakteru”, aby mogli być zawsze gotowi do służby przy chorych.

Najdłuższą część to „Wykaz co do rozwoju chorób”, w której przedstawiono w tabeli choroby, liczbę pacjentów z ich objawami, liczbę wyleczonych, w stanie polepszenia, niewyleczonych lub zmarłych. Znajdujemy również informację o tym, ilu pacjentów zostało z poprzedniego roku oraz ilu było w trakcie leczenia w momencie zdawania raportu z działalności szpitala w 1901 roku. Dzięki temu bonifratrzy byli w stanie obliczyć ile zapewnili wszystkim pacjentom dni leczenia. Wiele nazw chorób jest powszechnych do dzisiaj, jednak są wyjątki, które mogą nas zaskoczyć. Niektóre choroby są zapisywane niezgodnie ze współczesnymi zasadami ortograficznymi lub mają zupełnie inne nazwy (polskie lub np. z łaciny). Dla porządku podzielono wykaz chorób na 20 części. Daje nam to pewne wyobrażenie o działalności szpitala.

Są to:

- 1) Choroby ogólne i choroby krwi
- 2) Gruźlica i żoły
- 3) Nowotwory
- 4) Pasożyty (sic!)
- 5) Skaleczenia z wyjątkiem samobójstwa
- 6) Otrucia z wyjątkiem samobójstwa
- 7) Choroby narządu nerwowego
- 8) Choroby ócz



- 9) Choroby uszu
- 10) Choroby narządu oddechowego
- 11) Choroby narządu krążenia
śródsierdza
- 12) Choroby narządu trawienia
- 13) Choroby narządu moczowego
- 14) Choroby narządu płciowego
- 15) Choroby weneryczne
- 16) Choroby skóry i tkanki podskórnej z wyjątkiem
form kiłowych
- 17) Choroby kości z wyjątkiem skaleczeń
- 18) Choroby stawów z wyjątkiem skaleczeń
- 19) Choroby mięśni, ścięgien
i torebek maziowych
z wyjątkiem skaleczeń
- 20) Bez rozpoznania

Zacznijmy od ostatniej kategorii. Kto do niej trafiał? Zazwyczaj osoby, które cierpiały na „znużenie” lub... symulowały chorobę. Za tą statystyką kryje się smutna rzeczywistość, w której osoby ubogie lub przemęczone pracą ponad siły to właśnie w szpitalu miały jedną z niewielu okazji, żeby wyspać się w ciepłe i otrzymać regularne posiłki.

Z jaką chorobą pacjenci najczęściej zgłaszali się do szpitala? Niechlubne pierwsze miejsce, co nie jest zaskoczeniem, przypada gruźlicy płuc. Niestety ponad połowa pacjentów trafiła do szpitala za późno. Szczepionka na gruźlicę, którą obecnie stosujemy, zaczęła być podawana w Polsce dopiero w 1926 roku, a antybiotyk, którym można leczyć gruźlicę odkryto w latach 50-tych XX w. Do tego czasu próbowano np. podawać

chorym tuberkulinę, jednak nie zawsze z dobrym skutkiem. Ponadto, nie wszystkich chorych było stać na pobyt w sanatorium, który zalecano w czasie gruźlicy.

Natomiast większość pacjentów, która przyszła do szpitala z zapaleniem lub rozedmą płuc została zupełnie wyleczona. Spośród chorób „narządu nerwowego” nasi przodkowie najczęściej cierpieli na „nerwoból kulszowy”. W chorobach oczu dominowało „zapalenie egipskie” (czyli jaglica), a w schorzeniach „narządu trawienia” rozpoznano wiele przypadków „nieżyty kieszko-

wego ostrego”. Co ciekawe, już w 1901 roku dzielono nowotwory na łagodne i złośliwe oraz rozpoznawano cukrzycę, jednak pod inną nazwą, tj. cukrówką.

W momencie przyjmowania pacjenta do szpitala, bonifratrzy zawsze zbierali dokładny wywiad, uwzględniając również informacje o zatrudnieniu i wykonywanym zawodzie. W sprawozdaniu wymienili aż 66 różnych zawodów, które wykonywali na co dzień ich pacjenci. Jaka grupa najczęściej szukała pomocy u bonifratrów? Stanowczo grupa wyrobników, czyli pracowników fizycznych, należących zazwyczaj do najbiedniejszych warstw społecznych w ówczesnej Galicji. Wyrobnicy narażeni podczas pracy na liczne urazy, mogli liczyć na bezpłatną opiekę u miłosiernych braci. W 1901 roku w szpitalu bracia wielokrotnie udzielili również pomocy strażnikom akcyzowym, szewcom, murarzom, służącym, ślusarzom, krawcom, cieślom, kamieniarzom, dróżnikom, kelnerom i kominiarzom. Po pomoc przychodziła również liczna grupa studentów i żebraków.

Skąd pochodzili pacjenci w 1901 roku? Bracia również to notowali. Najwięcej oczywiście z Galicji, pozostali natomiast pochodzili z Królestwa Polskiego, Prus, „Szlązka austriackiego”, Rosji, Węgier, Moraw, Czech, „Niższej Austrii” oraz z Podbrzeża.

Musimy pamiętać, że w 1901 roku nowoczesny szpital, o który zabiegał o. Laetus Bernatek, jeszcze nie powstał. Bracia dysponowali 60 łózkami. Przez cały rok udało im się przyjąć łącznie 850 osób, w tym 806 katolików, 34 żydów, 8 grekokatolików oraz 2 ewangelików. Bonifratrzy zapewnili łącznie dla wszystkich pacjentów 19 178 dni leczenia, w tym aż 16 125 było zupełnie bezpłatnych. Najwięcej pacjentów trafiło do szpitala w styczniu i lutym. W ambulatorium działającym przy szpitalu (poradni przypominającej współczesny SOR) bezpłatną poradę lub pomoc lekarską uzyskało 20 234 osoby! Wykonano również 402 operacje.

Zapoznanie się z takimi danymi i uświadomienie sobie na jak wiele z chorób nie wynaleziono jeszcze w tamtych czasach skutecznego lekarstwa, daje nam wyobrażenie jak wiele się zmieniło w przeciągu (zaledwie) 120 lat. Kiedy zestawimy ilość dni leczenia lub pacjentów z liczbą łóżek oraz ilością personelu, nie dziwi w ogóle, dlaczego br. Laetus Bernatek tak całkowicie poświęcił się wówczas sprawie budowy nowego szpitala, który będzie mógł odpowiedzieć na stale rosnące potrzeby chorych i najuboższych.

Judyta Pawlak



NIE CZEKAJ

aż prostata „zaprosi” cię do urologa

Rozmowa z doktorem Tomaszem Koneckim, specjalistą urologiem z Bonifraterskiego Centrum Medycznego w Łodzi.

W ostatnich latach często przypomina się mężczyznom, żeby kontrolowali prostatę, ale chyba niewielu panów robi to profilaktycznie, czyli zanim zaczną się jakieś problemy z tym gruczołem. Skąd ta niechęć do badań kontrolnych?

Pewna niechęć do wizyty u urologa jest chyba związana z obawą, jak będzie wyglądać badanie dotyczące stref intymnych, zwłaszcza badanie gruczołu krokowego per-rectum, czyli – mówiąc wprost – palcem przez odbytnicę. Mężczyznom trudno się przełamać, bo to jest dla nich krępujące, koliduje z męską dumą. Nie pomaga przykład kobiet, które chodzą do ginekologa i poddają się badaniu mocniej naruszającemu intymność niż wizyta u urologa. Może jest tak dlatego, że mężczyzna idzie do urologa już w wieku dojrzałym i ta „nowość”, brak obycia z badaniem wkraczającym w sferę intymności stanowi dla nich dodatkową barierę, zwiększa stres.

Dlaczego trzeba badać prostatę, jakie choroby jej zagrażają?

Uogólniając, są dwie główne choroby gruczołu krokowego: łagodny rozrost stercza, nazywany przez pacjentów potocznie „prerostem prostaty” oraz rak prostaty. Pierwsza choroba jest powolnym procesem powiększania się gruczołu krokowego i skutkuje pojawieniem się dolegliwości związanych z oddawaniem moczu. W związku z tym pacjenci, którzy odczuwają trudności w oddawaniu moczu, osłabiony strumień, wyczekiwanie na mikcję, częstomocz dzienny i nocny (wstawanie w nocy celem oddania moczu) powinni zgłosić się do urologa na wizytę. Inaczej przedstawia się sprawa w przypadku raka prostaty. To choroba nowotworowa, która może zagrozić życiu mężczyzny. Jest zwykle wyleczalna w fazie, kiedy jest bezobjawowa, czyli kiedy nowotwór nie daje jeszcze objawów. Trzeba więc wykryć ją odpowiednio wcześniej i tu, w czasie, kiedy nic nam nie dokucza, nic nie boli, przydają się badania kontrolne, przesiewowe. Ale trzeba się tym w pewnym wieku samemu zainteresować, bo badania przesiewowe w kierunku raka prostaty nie są prowadzone w naszym kraju w sposób systematyczny, populacyjny, czyli nie obejmują wszystkich mężczyzn w pewnym przedziale wieku. Badanie przesiewowe ma charakter dobrowolny, czyli mężczyzna musi chcieć zadbać o swoje zdrowie i poddać się takiemu badaniu. Składa się z oznaczenia we krwi PSA, czyli białka specyficzne-

go dla prostaty oraz badania fizykalnego pacjenta w gabinecie urologicznym. Oczywiście badanie przesiewowe w kierunku raka prostaty wykryje też jej przerost – warto je więc w pewnym wieku zacząć robić.

W jakim wieku mężczyzna powinien zacząć badać prostatę? Jak często powinien to robić?

Dobrowolne badania przesiewowe, zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Urologicznego adresowane są generalnie do mężczyzn powyżej 50. roku życia, ponieważ wiek jest czynnikiem ryzyka rozwoju raka prostaty: im jesteśmy starsi tym to ryzyko wzrasta. Dodatkowo bardziej narażone na zachorowanie są osoby, które posiadają w rodzinie mężczyzn, którzy chorowali lub chorują na raka prostaty. Te osoby powinny rozpocząć badania przesiewowe w kierunku raka prostaty wcześniej, w wieku 45 lat.

Jak często po przekroczeniu tego wieku (45-50 lat) powinno się kontrolować prostatę?

Zgodnie z dzisiejszą wiedzą medyczną po pierwszym badaniu przesiewowym przeprowadzonym u mężczyzny przez urologa można wyodrębnić 3 grupy pacjentów. Pierwsza, to osoby, u których po badaniu stwierdzono możliwość istnienia raka stercza i które zostaną skierowane na biopsję prostaty celem potwierdzenia lub wyeliminowania tego podejrzenia. Druga grupa, to pacjenci, którzy mają istotne, czyli wysokie ryzyko rozwoju raka prostaty w przyszłości i powinni mieć wizyty u urologa w odstępach rocznych lub dwuletnich. Jest również trzecia grupa z niskim ryzykiem rozwoju raka stercza w przyszłości i ci pacjenci mogliby zgłosić się na kolejną wizytę za 6-8 lat. Pamiętajmy, że mówimy w tym przypadku o badaniu przesiewowym osób zupełnie bezobjawowych. Tak to się przedstawia zgodnie z wiedzą medyczną i wytycznymi urologicznych towarzystw naukowych. Jednak codzienna praktyka najczęściej wygląda tak, że mężczyzna, który zgłosił się na pierwszą wizytę, zarejestrował w poradni urologicznej i jest poddawany badaniom przesiewowym, ma potem wyznaczane wizyty coroczne.

Powiedział Pan, że rak prostaty, wykryty w fazie bezobjawowej jest zwykle całkowicie wyleczalny. A kiedy ktoś przychodzi do lekarza z zaawansowaną chorobą nowotworową prostaty?

CZYTAJ DALEJ...

Wykrycie raka stercza w momencie, kiedy występują objawy tej choroby, na przykład krwimocz, niewydolność nerek wskutek zablokowania odpływu moczu z nerek przez rozrastający się guz lub bóle kostne, znamionujące powstanie przerzutów raka do kości, najczęściej uniemożliwiają już wyleczenie pacjenta. Stosowana jest wtedy jedynie terapia wydłużająca życie.

Wielu mężczyzn martwi się, kiedy usłyszą, że stwierdzono u nich przerost prostaty. To może wyjaśnijmy od razu, że w większości przypadków nie jest to wielki powód do zmartwienia, że jest dziś wiele leków i metod skutecznego radzenia sobie z tym problemem.

Warunek – wczesne wykrycie przerostu.

Dolegliwości związane z tak zwanym „przerostem prostaty” u 90 procent pacjentów nie zagrażają ich życiu, ale wpływają na pogorszenie jakości życia (długie oddawanie moczu, częste chodzenie do toalety, wstawanie w nocy i pogorszenie nocnego wypoczynku). Dotyczy to wczesnej fazy rozwoju „przerostu prostaty”. Terapia zmierza w tym przypadku do wyeliminowania tych uciążliwych dolegliwości. Do tego celu urologia dysponuje skutecznymi lekami farmakologicznymi. Jednak u około jednej dziesiątej osób, dotkniętych „przerostem prostaty” dochodzi do istotnych następstw zdrowotnych, zalegania moczu w pęcherzu i powstania kamicy pęcherza, zalegania moczu w nerkach i pogorszenia funkcji nerek, całkowitego zatrzymania moczu i niemożności wydalenia moczu z pęcherza. W tych przypadkach najczęściej wskazane będzie leczenie zabiegowe, w dzisiejszych czasach prawie zawsze małoinwazyjne i endoskopowe, czyli bez otwierania brzucha. To może być na przykład usunięcie „przerosniętej części” prostaty przy pomocy lasera lub laserowe skruszenie kamienia w pęcherzu. Po zastosowaniu tego typu nowoczesnych metod leczenia jakość i swoboda jaką pacjenci odczuwają jest porównywalna z „odmłodzeniem się” o jakieś 20-30 lat.

Powróćmy jeszcze na chwilę do gabinetu urologa – jak wygląda badanie kontrolne u urologa? Już o tym trochę mówiliśmy, ale czy zawsze badanie musi być per-rectum, czyli sprawdzenie prostaty przez odbytnicę? Nie wystarczy USG prostaty, sprawdzenie poziomu PSA?

Nie, ponieważ raka prostaty niestety nie „widać” w najczęściej wykonywanym badaniu USG, a więc USG wykonywanym sondą przystawioną do brzucha (tzw. USG jamy brzusznej). Tym badaniem można stwierdzić

powiększenie gruczołu krokowego, czyli „przerost”. Badaniami służącymi do diagnostyki raka prostaty jest oznaczenie PSA, uzupełnione badaniem per-rectum, czyli uciśnięcie gruczołu krokowego palcem przez odbytnicę celem oceny konsystencji gruczołu. Rozwój raka często jest związany z wyczuwalnymi zgrubieniami podczas badania. Słowem: PSA i badanie per-rectum w pewnym sensie uzupełniają się. Oczywiście znaczna większość raków prostaty powoduje zwiększenie stężenia PSA we krwi, jednak występuje pewien mały odsetek przypadków raka prostaty, i to niestety agresywnego w swoim charakterze, przebiegającego bez podwyższenia PSA. I ten rodzaj nowotworu zostanie wykryty w badaniu per-rectum, wobec czego jest to badanie raczej niezbędne.

Jakie objawy, dolegliwości powinny nas zaniepokoić, kiedy trzeba bezwzględnie jak najszybciej wybrać się do urologa, nie zważając na wiek, nie uspokajać się: nie ma jeszcze 50 lat, więc to chyba nic takiego...

Bezwzględnie najważniejszą dolegliwością, po której wystąpieniu należy się udać do urologa jest krwimocz, czyli kiedy mężczyzna oddał krwisty mocz. Dodatkowo zaniepokoić nas powinny dolegliwości związane z oddawaniem moczu takie jak: pogarszająca się siła strumienia moczu, wyczekiwanie na rozpoczęcie oddawania moczu, mikcje przerywane, wstawanie w nocy, konieczność wypychania moczu z pęcherza z użyciem tłoczni brzusznej, gwałtowne silne parcia na mocz pojawiające się zniemacka i zmuszające do natychmiastowego poszukiwania toalety.

To dodajmy jeszcze, że nie każdy ból w podbrzuszu, problem z oddawaniem moczu, częste oddawanie moczu w nocy musi oznaczać problem z prostatą.

Oczywiście, pojedynczy objaw w medycynie nie jest automatycznie przypisany do jednej choroby lub jednego narządu. Za częste oddawanie moczu w nocy może być odpowiedzialna na przykład cukrzyca lub niewydolność krążenia, dla której charakterystyczne jest gromadzenie wody w obrębie tkanki podskórnej nóg, czyli tak zwane obrzęki powstające wieczorem po całym dniu aktywności. Obrzęki w nocy wchłaniają się i powodują zwiększoną produkcję moczu i wtedy trzeba wstawać częściej do toalety. Częstomocz dzienny, jak i nocny, jest często objawem pęcherza nadreaktywnego, a więc przypadłości dotyczącej zarówno mężczyzn, jak i kobiet, która nie jest zależna od posiadania prostaty.

rozmawiał Marek Wilczak

Pigułka i ziółka?

25 listopada w Warszawie spotkali się naukowcy, lekarze, farmaceuci z całej Polski na organizowanej przez Zakon Bonifratrów największej w Polsce konferencji fitoterapeutycznej, podczas której rozmawiano o fitoterapii u osób starszych. Wyzwaniem dla nas wszystkich staje się bowiem demografia: osób w wieku 60+ jest dziś w Polsce około 10 mln, a według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego w 2050 roku seniorzy mieszkający w miastach mają stanowić prawie jedną czwartą populacji Polski! Jak ich zdrowie może wspierać fitoterapia, czyli leczenie środkami pochodzenia roślinnego – to główne pytanie, na które odpowiadali uczestnicy konferencji.

Organizatorami Bonifraterskiej Konferencji Ziołolecznictwa 2022 była Prowincja Polska Zakonu Bonifratrów, Bonifraterskie Centrum Medyczne oraz Sekcja Fitoterapii Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. To największe tego typu wydarzenie w Polsce, w którym wzięli udział najwybitniejsi specjaliści w dziedzinie fitoterapii.

- Liczba osób starszych z roku na rok rośnie, to oni stanowią coraz liczniejszą grupę pacjentów, korzystających z usług medycznych i to zdecydowało, że głównym tematem tegorocznej konferencji jest fitoterapia u osób starszych – mówi dr n. med. Dariusz Szabela, przewodniczący komitetu organizacyjnego, dyrektor medyczny warszawskiego oddziału Bonifraterskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o. i zastępca prezesa Sekcji Fitoterapii PTL. – Nasza konferencja z jednej strony odwołuje się do ziołoleczniczej tradycji Bonifratrów, z drugiej jednak staramy się podejść do tego zagadnienia w nowoczesny sposób, zgodnie z aktualną wiedzą i praktyką lekarską. Widzimy, jak duże jest zainteresowanie pacjentów lekami roślinnymi czy metodami naturalnymi i staramy się na to zapotrzebować odpowiedzieć. Lekarz, przy wsparciu farmaceuty, ma bowiem potencjalnie najlepsze możliwości wyboru najkorzystniejszej dla danego pacjenta metody leczniczej. Może krytycznie ocenić, co kryje się pod nazwą ziołolecznictwo i bez uprzedzeń określić jego efektywność w stosunku do kosztów i potencjalnych powikłań terapii. Chodzi więc o wybór najskuteczniejszej dla pacjenta terapii lekowej, a nie o stawianie pytania: pigułka czy ziółka, lek syntetyczny czy lek pochodzenia roślinnego.

Podczas konferencji profesorowie uniwersyteccy z katedr neurologii, geriatrii i farmakologii mówili m.in.

o potencjalnej roli preparatów roślinnych w problemach i potrzebach zdrowotnych seniorów. Przedstawione zostały najnowsze doniesienia naukowe dotyczące badań na zwierzętach substancji naturalnych, stosowanych w leczeniu zaburzeń poznawczych, w padaczkę czy chorobach neurodegeneracyjnych, jak np. choroba Alzheimera. Mowa był też o lekach z miłorzębu dwuklapowego, które niejednokrotnie są stosowane przez osoby w starszym wieku w zawrotach głowy, szumach usznych czy zaburzeniach pamięci. Przedstawione zostały badania dotyczące opracowania szybko rozpuszczających się tabletek z kwiatów lipy. Wygłoszone zostały referaty na temat rosnącej oferty rynkowej preparatów na bazie cannabis (konopie) czy pieprzycy peruwiańskiej (maca) – internet pełen jest reklam firm trudniących się sprzedażą takich produktów. Podczas konferencji poruszony został również problem interakcji leków roślinnych stosowanych u pacjentów w wieku podeszłym. Jeśli senior leczy swoje schorzenie tabletkami i sam szuka na nie dodatkowo ziół, może bowiem niechcący albo wzmocnić, albo osłabić działanie na przykład leków przeciwzakrzepowych, a to może być niebezpieczne. Nie zabrakło „lżejszych” tematów, ponieważ zaplanowano także wykłady o dietetyce anti-aging, czyli o tym, czy i jak zwyczajne żywieniowe mogą spowolnić procesy starzenia się organizmu oraz o tym, czy... wino leczy. W osobnej sesji naukowcy z uczelni medycznych, katedr i zakładów wydziałów farmacji i lekarskiego przedstawili wyniki swoich badań – najlepsza praca badawcza młodego naukowca została nagrodzona przez Prowincjała Prowincji Polskiej Zakonu Bonifratrów. Bonifratrzy od ponad 400 lat pomagają w Polsce chorym i ubogim – prowadzą szpitale, przychodnie, domy opieki, hospicja, jadłodajnie. Od czasu reaktywacji Prowincji Polskiej w 1922 roku Zakon Bonifratrów rozwijając pomoc medyczną nie zapomniał o wykorzystaniu ziołolecznictwa. Owocem tej wielopokoleniowej tradycji są z jednej strony Poradnie Ziołolecznictwa prowadzone przez lekarzy, a z drugiej naturalne produkty bonifraterskie, w tym lecznicze produkty roślinne.

Warto wspomnieć także, że Polska jest jednym z największych producentów surowców zielarskich w Europie. Tradycyjne metody naturalnego zbioru ziół powoli jednak odchodzą do przeszłości. Obecnie 80 procent ziół pochodzi ze specjalnych upraw, z czego większa część prowadzona jest w sposób kontrolowany z zachowaniem zasad Dobrej Praktyki Rolniczej.

Redakcja

OTWARCIE NOWEGO ODDZIAŁU CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ



doskonałą się w zakresie chirurgii stawów (artroskopii oraz endoprotezoplastyce), chirurgii kręgosłupa, chirurgii ręki oraz ortopedii dziecięcej.

Oddział to funkcjonalne, bezpieczne, komfortowe przestrzenie, dedykowane naszym Pacjentom w trakcie ich hospitalizacji, głównie związanej z leczeniem operacyjnym. To nie tylko nowoczesny wygląd i wysoki standard funkcjonalny ale przede wszystkim wysoka jakości świadczonych usług i warunków pracy profesjonalnego personelu medycznego, zapewniającego kompleksowość leczenia w naszym Ośrodku (diagnostyka, leczenie operacyjne, rehabilitacja).

Prace nad utworzeniem nowego oddziału ruszyły w roku 2020. – To niesamowite jak rozwija się to miejsce, placówka jest świetnie wyposażona, od kiedy rozpocząłem współpracę ze Szpitalem Zakonu Bonifratrów w Krakowie zmieniło się tak wiele. Rozpoczęliśmy wraz z Zespołem pracę w roku 2017, zwiększając systematycznie liczbę wykonywanych zabiegów operacyjnych od 243 w roku 2017 do 618 w roku 2021 oraz ponad 700 które wykonamy do końca 2022 roku. Stworzyliśmy bezpieczne procedury kwalifikacji oraz hospitalizacji naszych Pacjentów, dzięki temu nawet w okresie pandemii COVID19 (2020-2022) systematycznie wzrastała liczba operowanych oraz hospitalizowanych Pacjentów. – powiedział lek. Stanisław Szymanik – Kierownik Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej.

Zostało stworzone przyjemne i przyjazne środowisko terapeutyczne, gwarantujące bezpieczeństwo i kompleksowość procesu leczenia pacjenta po zabiegach ortopedycznych, głównie

w zakresie endoprotezoplastyki stawu kolanowego oraz endoprotezoplastyki kończyny górnej (bark, łokieć, nadgarstek i ręka). Nowy Oddział to kilka pomieszczeń wyposażonych w specjalistyczny sprzęt, ale czy tylko na oddziale dbamy o rozwój i wysoki standard? W ostatnim czasie znacząco zmodernizowany został blok operacyjny, w którym przeprowadzane są zabiegi ortopedyczne. Zakupiony został nowoczesny sprzęt artroskopowy umożliwiający wykonywanie małoinwazyjnych zabiegów operacyjnych w zakresie wszystkich stawów kończyny górnej (bark, łokieć, nadgarstek) oraz dolnej (biodro, kolano, staw skokowy). Wykonywane są zabiegi w zakresie mikrochirurgii oraz chirurgii kręgosłupa dzięki zakupieniu mikroskopu najnowszej generacji. Realizowane są badania obrazowe w zakresie TK, RTG oraz USG. Ponadto zwiększając dostępność usług ortopedycznych dla naszych Pacjentów otworzyliśmy w tym roku Poradnię Urazowo – Ortopedyczną w ramach kontraktu z NFZ. Kompleksowy proces leczenia Pacjenta to również etap rehabilitacji możliwej w ramach pobytu na oddziale, a realizowanej przez doświadczony zespół fizjoterapeutów.

Nowy oddział finansowany był ze środków własnych Szpitala Zakonu Bonifratrów w Krakowie oraz z programu: Rządowy Fundusz Przeciwdziałania Covid-19 (Dofinansowanie z Funduszu Przeciwdziałania Covid).

Anna Szlama

Szpital Zakonu Bonifratrów w Krakowie został poszerzony o nowy Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej. Mamy wyjątkowy, młody, doświadczony skład osobowy lekarzy – specjalistów, którzy stale



Fundacja Bonifaterska

00-213 Warszawa
ul. Bonifaterska 12
tel.: 48 512 847 213
e-mail: redakcja@bonifratrzy.pl
www.bonifratrzy.pl

DUSZPASTERSTWO POWOŁAŃ

tel.: 660 482 635
e-mail: zakon@bonifratrzy.pl
www.bonifratrzy.pl

POSTULAT

93-357 Łódź Chojny
ul. Kosynierów Gdyńskich 61a
tel.: 42 685 51 08
fax: 42 685 51 29
e-mail: postulat@bonifratrzy.pl

NOWICJAT EUROPEJSKI

Via Moretto 24a
25121 Brescia
Włochy

SCHOLASTYKAT

50-417 Wrocław, ul. Traugutta 57/59
tel.: 71 344 84 74

CIESZYN

KONWENT BONIFRATRÓW pw. WNIEBOWZIĘCIA N.M.P.
43-400 Cieszyn, pl. ks. Londzina 1
tel.: 33 852 05 62, (33) 852 02 68
fax: 33 852 02 68
e-mail: konwencieszyn@bonifratrzy.pl

IWONICZ

KONWENT BONIFRATRÓW pw. Św. ELŻBIETY WĘGIERSKIEJ
38-440 Iwonicz, ul. Floriańska 19
tel.: 13 435 05 21, 13 435 13 14
fax: 13 435 05 21
e-mail: bonifratrzy_iwonicz@dps.pl

KATOWICE-BOGUCICE

KONWENT BONIFRATRÓW pw. Św. ANIOŁÓW STRÓŻÓW
ul. Ks. Markiecki 87, 40-211 Katowice-Bogucice
tel.: 32 258 95 82
fax: 32 353 00 22
e-mail: konwent@bonifratrzy.katowice.pl
www.bonifratrzy.katowice.pl

KONARY-ZIELONA

KONWENT BONIFRATRÓW pw. Św. JÓZEFA
ul. Bonifaterska 11 Konary, 32-031 Mogilany
tel./fax: 12 270 40 84
e-mail: konwent@bonifundo.pl

KRAKÓW

KONWENT BONIFRATRÓW pw. TRÓJCY PRZENAJŚWIĘTSZEJ
31-066 Kraków, ul. Krakowska 48
tel.: 12 430 61 22
e-mail: konwent@bonifratrzy.krakow.pl
www.bonifratrzy.krakow.pl



ŁÓDŹ

KONWENT BONIFRATRÓW pw. Św. RAFAŁA ARCHANIOLA
Sanktuarium Matki Bożej Uzdrawienia Chorych
93-357 Łódź Chojny
ul. Kosynierów Gdyńskich 61A
tel.: 42 685 51 00
fax: 42 685 51 29
e-mail: konwent@bonifratrzy.lodz.pl
www.bonifratrzy.lodz.pl

PIASKI

KONWENT BONIFRATRÓW pw. NAJŚWIĘTSZEGO SERCA PANA JEZUSA
63-820 Piaski, Osiedle Marysin 1
tel.: 65 573 97 37
fax: 65 525 09 78
e-mail: konwentmarysin@bonifratrzy.pl
www.bonifratrzy.marysin.com.pl

PRUDNIK

KONWENT BONIFRATRÓW pw. Św. PIOTRA I PAWŁA
48-200 Prudnik, ul. Piastowska 8
tel./fax: 77 436 26 05
e-mail: konwentprudnik@bonifratrzy.pl

WARSZAWA

KONWENT BONIFRATRÓW pw. Św. RYSZARDA PAMPURI
00-215 Warszawa, ul. Sapieżyńska 3
tel.: 22 635 64 67, 22 635 68 19
fax: 22 635 65 58
e-mail: przeor@bonifratrzy.warszawa.pl

REKTORAT

KOŚCIÓŁ pw. Św. JANA BOŻEGO i Św. ANDRZEJA APOSTOŁA
00-213 Warszawa, ul. Bonifaterska 12
tel.: 789 294 030
e-mail: bonifaterska@bonifratrzy.pl

WROCLAW

KONWENT BONIFRATRÓW pw. TRÓJCY PRZENAJŚWIĘTSZEJ
50-417 Wrocław, ul. Traugutta 57/59
tel./fax: 71 344 84 74
e-mail: konwentwroclaw@bonifratrzy.pl

ZAKOPANE

KONWENT BONIFRATRÓW pw. Św. AUGUSTYNA
34-500 Zakopane, ul. Krzeptówki 64
tel./fax: 18 207 09 09
e-mail: konwentzakopane@bonifratrzy.pl

ZĄBKOWICE ŚLĄSKIE

KONWENT BONIFRATRÓW pw. Św. JÓZEFA ROBOTNIKA
57-200 Ząbkowice Śląskie, ul. 1-go Maja 9 skr. poczt. 12
tel./fax: 74 815 54 56
e-mail: zabkowice@bonifratrzy.pl

ZEBRZYDOWICE

KONWENT BONIFRATRÓW pw. Św. FLORIANA
34-130 Kalwaria Zebrzydowska, Zebrzydowice 1
tel./fax: 33 876 65 60
e-mail: konwent.zebrzydowice@bonifratrzy.pl

DROHOBYCZ

KONWENT BONIFRATRÓW pw. JEZUSA DOBREGO SAMARYTANINA
Archidiecezja Lwowska
ul. Iwana Franka nr 53, 82100 Drohobycz, Ukraina
tel./fax: 00380324433202
e-mail: bonifratrzy.drohobych@gmail.com

NAZARET

KONWENT BONIFRATRÓW pw. ŚWIĘTEJ RODZINY
Holy Family Hospital
P.O. Box 8, 16100 NAZARET – Israel
tel.: (00972) 46508900
e-mail: przeornazaret@bonifratrzy.pl



Wszystkim Partnerom,
Współpracownikom oraz Przyjaciółom
Bonifraterskiego Centrum Medycznego,
życzymy szczęśliwych, pełnych ciepła,
spokoju i miłości Świąt Bożego Narodzenia.

A w Nowym - 2023 roku zdrowia
oraz wszelkiej pomyślności.

Zarząd Bonifraterskiego
Centrum Medycznego sp. z o.o.

