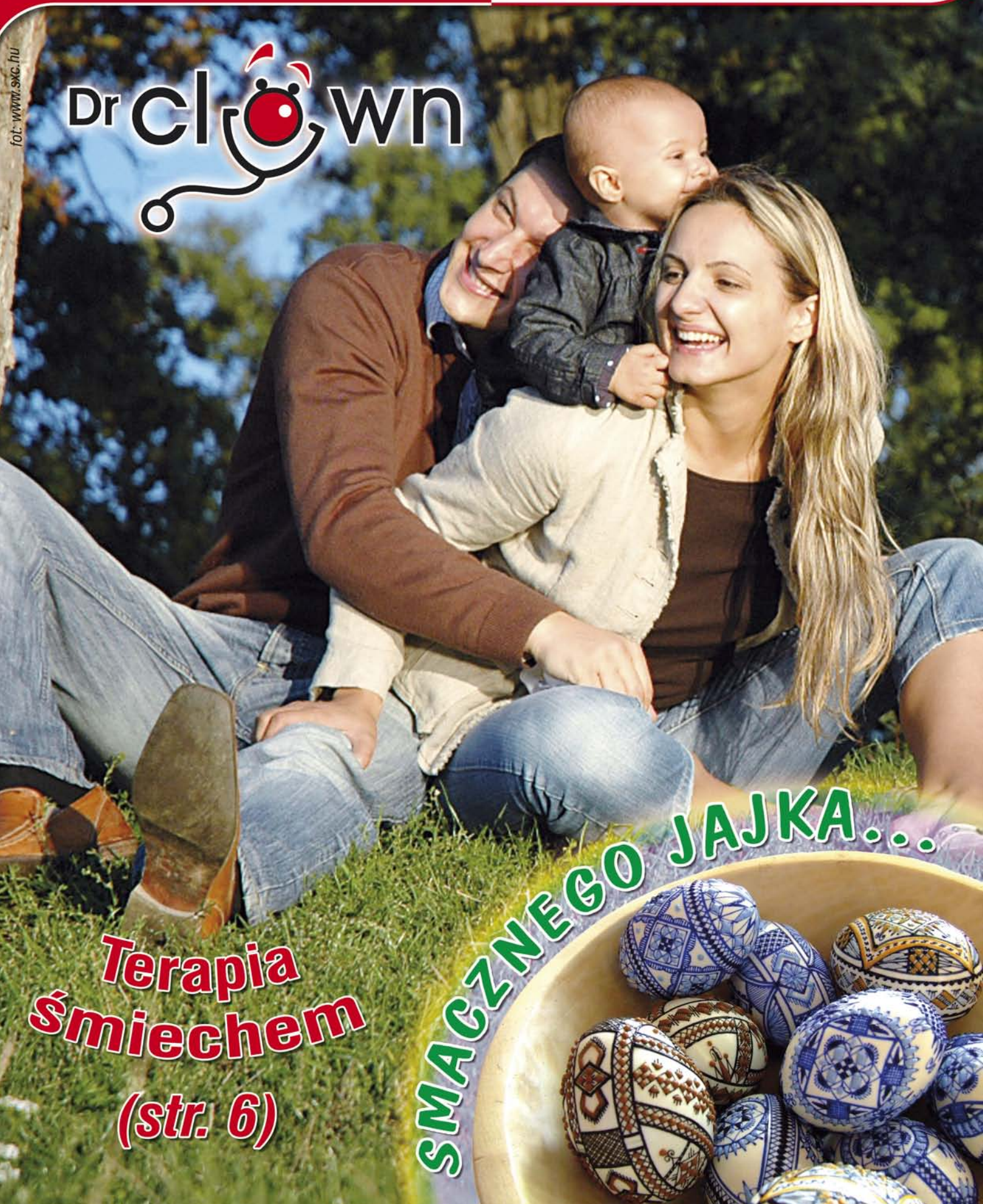
POLIKLINIKA

Kwartalnik Szpitala MSW w Olsztynie
Nr 1/9 • styczeń • luty • marzec • 2013



Wszystkim Pacjentom, Pracownikom, Partnerom
oraz Sympatykom naszego Szpitala
składam najserdeczniejsze życzenia zdrowych,
radosnych i spokojnych Świąt Wielkanocnych,
smacznego jajka, mokrego dyngusa.
Wiele zadowolenia i sukcesów z podjętych wyzwań.
Wiosny w przyrodzie i w życiu rodzinnym.
Niech każdy z nas wykorzysta ten czas jak najlepiej.

dr inż. Janusz Chełchowski
Dyrektor

W numerze:

Życzenia świąteczne 2

Leczenie chłoniaków nieziarniczych u ludzi starszych 4

Inseminacja domaciczna pod kontrolą USG 5

Lek wyjątkowy – terapia śmiechem 6

Jak pomóc Andrzejowi 8

Rak krtani – co dalej? 9

Jakość życia po radioterapii 10

Diagnosta laboratoryjny w służbie pacjentowi 11

VIII Mistrzostwa Polski w Ratownictwie Medycznym 12

MotoBracia – Szkolenie Przedmedyczne 2013 13

Maska zapalna czy stan zapalny 14

Daje szpik – daje życie 15

Oddział Dzienny Leczenia Zaburzeń Nerwicowych 17

Wykaz usług medycznych 18

Badam się więc mam pewność – profilktyka raka piersi 22

Kawiarnia, bufet, kiosk, apteka, sklep medyczny 23

POLIKLINIKA
Kwartalnik Szpitala MSW w Olsztynie

Wydawca:
SP ZOZ MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

Redakcja:
Brygida Kondracka
Artur Guzewicz

Projekt graficzny i skład komputerowy:
USE Piotr Szawdzianiec

Korekta:
Elżbieta Lenkiewicz

Dystrybucja:
Kolportaż własny na terenie SP ZOZ MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

Kwartalnik jest bezpłatny

Kontakt:
brygida.kondracka@poliklinika.olsztyn.pl

CERTYFIKAT 2011/28

ISO 9001
ISO 14001
PN-N 18001

ISO/IEC 27001

SZPITAL PRZYJAZNY PACJENTOM

Leczenie chłoniaków nieziarniczych u ludzi starszych

Nieziarnicze chłoniaki złośliwe to szósty pod względem zapadalności i umieralności typ nowotworu. Obecnie obowiązująca klasyfikacja rozrostów układu chłonnego to klasyfikacja Światowej Organizacji Zdrowia, która wyróżnia około 40 podtypów chłoniaków.

Ponad 80% spośród chłoniaków to rozrosty z komórek B, wśród których przeważają: chłoniak rozlany z dużych komórek B, chłoniak grudkowy, chłoniaki strefy płaszcza, przewlekła białaczka limfatyczna i szpiczak mnogi. Częstość zachorowań na chłoniaki nieziarnicze stale rośnie, a tempo wzrostu w skali rocznej wynosi około 1-2%. Zachorowalność na chłoniaki wzrasta z wiekiem, występują jednak dwa szczyty zachorowalności – w drugiej i trzeciej dekadzie życia oraz po 60. roku życia. Pacjenci powyżej 70. lat stanowią 25-35% wśród wszystkich rozpoznań. Klasyczne metody leczenia chłoniaków nieziarniczych od lat opierają się na leczeniu chemioterapią lub radioterapią. Sposób leczenia chłoniaków oraz wyniki leczenia zależą nie tylko od podtypu histologicznego rozrostu, ale również wielu klinicznych i biologicznych wskaźników, które zidentyfikowano jako mające istotny wpływ na wyniki leczenia i przeżycie. Wskaźniki te pozwalają na określenie potencjału proliferacyjnego guza, zdolności do odpowiedzi immunologicznej pacjenta i tolerancji leczenia. Na podstawie tych parametrów opracowano powszechnie stosowany Międzynarodowy Indeks Prognostyczny dla chłoniaków nieziarniczych (IPI) i dla chłoniaków grudkowych (FLIPI).

Chłoniaki o wyższym stopniu złośliwości były jedną z pierwszych grup chorób, w których potwierdzono możliwość trwałego wyleczenia za pomocą chemioterapii wielolekowej. Standardem w leczeniu chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL) od kilkudziesięciu lat był schemat CHOP, dzięki któremu możliwe było całkowite, długotrwałe wyleczenie u około 30-40% pacjentów.

Wiek ma zasadnicze znaczenie dla wyników leczenia chorych z chłoniakami nieziarniczymi i całkowitego przeżycia. Odsetek całkowitych remisji po leczeniu szacuje się na 65-68% u pacjentów poniżej 60. roku życia i 45% u pacjentów starszych. Spowodowane to jest m. in. różnicami w biologii choroby, obecnością dodatkowych schorzeń, upośledzoną farmakokinetyką i gorszą tolerancją tkankową, zmniejszoną rezerwą szpikową i zmianami w podścielisku oraz wyższą częstotliwością występowania powikłań infekcyjnych i sercowo-naczyniowych. Szacuje się, że w grupie pacjentów poniżej 60. roku życia u około 20% występuje jedno dodatkowe schorzenie, w grupie wiekowej pomiędzy 60. a 69. rokiem życia odsetek ten wynosi 43%, natomiast po 70. roku życia problem ten dotyczy 61% pacjentów. Dlatego rozpatrując chorych w starszych grupach wiekowych, należy zwrócić uwagę na dwa podstawowe aspekty, od których musimy uzależnić decyzję o ewentualnym niezastosowaniu standardowej chemioterapii: spodziewaną toksyczność leczenia i brak odległych korzyści prowadzenia leczenia ze względu na obecność innych poważnych schorzeń towarzyszących.

W odróżnieniu od klasycznego podejścia onkologa do pacjenta z chłoniakiem, czyli stratyfikacji chorych pod względem stanu klinicznego, zaawansowania choroby i wieku, w przypadku starszych pacjentów wymaga to odniesienia do skali geriatrycznej, np. ADL, IADL, Geriatric Depression Scale lub Charlson Score.

W badaniu opublikowanym przez Lymana potwierdzono, że wiek powyżej 60. roku życia oraz zły stan kliniczny pacjenta (PS ≥ 2) przy rozpoznaniu, są obciążającymi czynnikami prognostycznymi dla zastosowania adekwatnych dawek chemioterapii (relative dose intensity <85%). Oczywiście istnieją pewne różnice dotyczące wpływu poszczególnych czynników na całkowite przeżycie, w zależności od rodzaju rozrostu. Dla chłoniaków przewlekłych obciążającymi czynnikami są wiek powyżej 80. roku życia, PS ≥ 2, III i IV stopień zaawansowania klinicznego i zajęcie szpiku. W przypadku chłoniaków agresywnych, gorsze przeżycie obserwuje się w grupie pacjentów powyżej 65. roku życia w złym stanie ogólnym, w III i IV stopniu zaawansowania choroby, z zajęciem narządów pozawęzłowych, z zajęciem szpiku i wysoką aktywnością LDH.

Przez wiele lat największe kontrowersje dotyczące leczenia chłoniaków nieziarniczych u ludzi starszych związane były z zastosowaniem antybiotyków antracyklinowych. Obecnie większość badaczy stoi na stanowisku, że leki te powinny być stosowane u starszych pacjentów z chłoniakami agresywnymi oraz z pośrednim i wysokim ryzykiem wg IPI. Nadal istnieją wątpliwości, czy należy stosować je u starszych pacjentów z chłoniakami przewlekłymi.

Najczęściej rozpoznawanym u ludzi starszych chłoniakiem jest chłoniak rozlany z dużych komórek B. Standardem leczenia DLBCL jest od kilku lat R-CHOP podawany w cyklach 21-dniowych. Grupa niemiecka wykazała, że u starszych pacjentów z tym rozpoznaniem, najlepsze odległe wyniki leczenia daje zastosowanie schematu CHOP w cyklu 14-dniowym (CHOP-14).

Standardem leczenia pierwszej linii chłoniaka grudkowego jest stosowanie chemioimmunoterapii wg schematu R-CHOP lub R-CVP. Wyniki leczenia starszych pacjentów z chłoniakiem grudkowym wykazały, że zastosowanie terapii R-CHOP lub R-CVP w tej grupie chorych wiąże się ze statystycznie znamiennym wydłużeniem czasu wolnego od progresji i długości odpowiedzi na leczenie. Co istotniejsze, zastosowanie chemioimmunoterapii wydłuża całkowite przeżycie i nie wiąże się z dodatkową toksycznością.

Poza stosowaniem standardowych metod leczenia, które u starszych pacjentów niezaprzeczalnie wiążą się z określoną toksycznością, poszukiwane są nowe, mniej toksyczne niż klasyczna chemioterapia, metody leczenia. W ostatnich latach próbuje się wprowadzić do terapii chłoniaków m. in. bendamustynę, liposomalne antracykliny czy radioimmunoterapię.

Do tej pory nieliczne badania w chłoniakach dotyczące sposobów leczenia w grupach starszych pacjentów nie mogły odpowiedzieć na pytanie, którzy spośród tych chorych powinni być leczeni w sposób standardowy, według specjalnych protokołów leczniczych, albo być leczeni jedynie objawowo. Propozycje badań w tej grupie będą musiały być w przyszłości prawdopodobnie stratyfikowane wg kryteriów biorących pod uwagę wcześniej wspomniane klasyfikacje geriatryczne.

Podsumowując: większość starszych pacjentów z rozpoznaniem chłoniaka złośliwego była leczona poza badaniami klinicznymi, a próba prowadzenia takich badań wymaga wprowadzenia w protokole badania tzw. „Geriatric Assessment" celem odpowiedzi na pytanie, jakie korzyści poszczególni pacjenci mogą odnieść będąc leczonymi wg schematów standardowych lub specjalnych procedur terapeutycznych. Okazało się, że wiek nie jest zasadniczym kryterium umożliwiającym odpowiedź na pytanie, którzy chorzy powinni być leczeni wg protokołów dla ludzi starszych. Najważniejszy dla podjęcia decyzji terapeutycznych, również u ludzi starszych, powinien być podtyp histologiczny chłoniaka, IPI oraz obecność dodatkowych, istotnych dla prowadzenia leczenia schorzeń. Wymaga to podjęcia ściślejszej współpracy z geriatrami w celu upowszechnienia metod pozwalających onkologom i onkohematologom ocenić fizjologiczną rezerwę i obecność chorób towarzyszących, co z kolei pozwoli na podjęcie decyzji

terapeutycznych odnośnie zachowania równowagi między możliwościami wyleczenia i jakością życia.

dr n. med. Wanda Knopińska-Posłuszny
Oddział Hematologii

Piśmiennictwo:
Bai Li.Y, et al. Cancer 2003, 98, 1188-1195
Bairey O, et al. Ann of Oncol 2006, 17, 928-934
Buske et al., Blood 2006, 108:abst 482
Ghielmini et al. Blood 2004, 103(12):4416–23
Lyman GH, et al. J Clin Oncol 2004, 22:4302–11
Maartense E, et al. Cancer 2000; 89, 2667-2676
Morschhauser et al. Blood 2007, advanced online publication 26 March 2007
Pfreundschuh et al., Blood 2004, 104:634–641
Schilder et al. Proc ASCO 2005 abst 6562
Zinzani et al. Blood 2006, 108, (11): abs 2431

Inseminacja domaciczna pod kontrolą USG

W SPZOZ MSW w Oddziale Ginekologii, we współpracy z laboratorium wprowadzono nową procedurę inseminacji domacicznej pod kontrolą USG.

Inseminacja domaciczna to ostatni krok przed *in vitro*.

Dla osób niezainteresowanych i niezwiązanych z tematem jest to praktycznie nieznana dziedzina. Wielu myli ją z rozpowszechnionym i kontrowersyjnym In vitro, jednak jest to coś całkiem odmiennego. Inseminacja należy do najprostszych technik wspomaganego rozrodu, nie powoduje również żadnych komplikacji. Sam zabieg polega na wprowadzeniu do macicy odpowiednio przygotowanego nasienia. Zapłodnienie następuje bezpośrednio w organizmie kobiety, która przed inseminacją poddawana jest stymulacji hormonalnej, mającej na celu uzyskanie odpowiedniej ilości dojrzałych komórek jajowych. Jeśli kobieta nie ma zaburzeń owulacji, inseminację można przeprowadzić na cyklu naturalnym, bez stosowania hormonów.

Wskazaniem do inseminacji jest:
- nieprawidłowa budowa układu rodnego kobiety,
- drożne jajowody,
- problemy z owulacją,
- zespół policystycznych jajników,
- endometrioza,
- wrogi śluz,
- nasienie mężczyzny jest niskiej jakości.

Zalety inseminacji domacicznej:
- umożliwienie zajścia w ciążę,
- zapłodnienie zachodzi już w organizmie kobiety,
- zabieg jest mało inwazyjny, niebolesny, szybki i bezpieczny,
- wspólne z partnerem uczestniczenie w całej terapii zbliża emocjonalnie,
- jest zdecydowanie tańsza od metody *in vitro*.

Wadą inseminacji domacicznej jest:
- stosowanie stymulacji lekami,
- konieczność częstych wizyt w gabinecie ginekologicznym.

Skuteczność zapłodnienia tą metodą waha się od 5 do 25% na cykl.
Uzależnione jest to od wieku kobiety – im jest młodsza (wiek mniej niż 35 lat), tym większe szanse na powodzenie. Kolejnym czynnikiem jest jakość nasienia mężczyzny.

Przygotowanie do inseminacji domacicznej.

Na pół roku przed planowaną ciążą (lub inseminacją) należy prowadzić zdrową dietę, jeść dużo warzyw, owoców (witamin). W przypadku nadwagi spróbować zrzucić zbędne kilogramy. Należy prowadzić aktywny tryb życia (uprawianie sportów), jednak nie należy się zbytnio forsować (wykluczone sporty ekstremalne, wymagające dużego wysiłku). Trzeba dobrze się wysypiać, nie przemęczać, nie stresować i mieć pozytywne nastawienie. Zaleca się przyjmowanie kwasu foliowego przez kobietę, unikanie używek: alkoholu, papierosów, a nawet kawy – przez oboje partnerów. Mężczyźni nie powinni korzystać z gorących kąpieli, unikać przegrzewania genitaliów i wykluczyć przyjmowanie antybiotyków.

Obserwacja cyklu przed inseminacją domaciczną.

Obserwacja odbywa się przy wykorzystaniu aparatury USG TV sprawdzając prawidłowość zachodzących zmian. Przed zabiegiem inseminacji, mniej więcej w 2-3 dniu cyklu wykonywanie jest badanie ultrasonograficzne dopochwowe. Gdy wszystko przebiega prawidłowo rozpoczyna się terapia stymulująca, polegająca na przyjmowaniu leków hormonalnych zleconych przez lekarza.

Zabieg inseminacji domacicznej.

Zabieg inseminacji domacicznej jest łatwy, bezbolesny i stosunkowo szybki. Sam proces wprowadzania plemników do macicy trwa około 5 minut. a pobyt w klinice około 1,5 godziny. W dniu inseminacji, o wyznaczonej przez lekarza godzinie (zależnej od przyjęcia leku wywołującego owulację), para zgłasza się do kliniki. Mężczyzna, po 3-5 dniowej wstrzemięźliwości seksualnej oddaje nasienie, które następnie jest specjalnie przygotowywane. Z nasienia selekcjonowane są najsilniejsze plemniki i przygotowywane tak, by były odporniejsze i szybsze. Ten proces trwa od około 40 minut do 1 godziny. Po tym czasie para udaje się do gabinetu, gdzie będzie przeprowadzana inseminacja pod kontrolą USG TV. Kobieta przygotowuje się jak do badania ginekologicznego, tj. rozbiera się do pasa w dół i zajmuje fotel ginekologiczny. Lekarz wprowadza do pochwy wziernik, w macicy umieszczany jest cienki cewnik, przez który następnie podawane jest nasienie.

Jak zachowywać się po zabiegu inseminacji.

Po zabiegu należy unikać gorących kąpieli, opalania się, uprawiania ekstremalnych sportów oraz wykonywania badań RTG. Należy prowadzić spokojniejszy, bezstresowy i niezbyt aktywny tryb życia. Należy rezygnować z używek: kawy, alkoholu, papierosów, nie męczyć się i wysypiać. Po zabiegu może wystąpić pobolewanie podbrzusza lub ból głowy. Mogą pojawić się też bóle podobne jak przed miesiączką, np. ból piersi.

Kiedy wykonać próbę ciążową (test BetaHCG).

Próbę ciążową wykonuje się 14 dni po zabiegu. Do tego czasu należy nieprzerwanie przyjmować zaleconą przez lekarza dawkę progesteronu. Następnie, bez względu na wynik, trzeba skontaktować się ze swoim lekarzem.

Ile razy próbować inseminacji domacicznej?

Według statystyk inseminacja ma największą skuteczność przy pierwszych trzech podejściach. Lekarze sugerują wykonanie maksymalnie sześciu inseminacji i jeśli okażą się nieskuteczne, spróbowania metody *in vitro*.

dr n. med. Leszek Frąckowiak
Oddział Ginekologiczny i Ginekologii Onkologicznej

Lek wyjątkowy – terapia śmiechem

Uwaga!!! Otóż odkryto, że istnieje jeden lek o właściwościach odchudzających, odmładzających, działający przeciwbólowo, pozytywnie wpływający na układ krążenia, układ oddechowy, na gospodarkę hormonalną, odporność organizmu, pracę mózgu, zdrowie psychiczne (działa przeciwdepresyjnie i redukuje stres) oraz dodatkowo może podnieść naszą atrakcyjność, a także załagodzić konflikty.

Dr clown
Une prescription de tendresse
A prescription of tenderness

Czy to możliwe? TAK, co więcej, możemy mieć do niego dostęp każdego dnia i to zupełnie za darmo. Mowa tu o śmiechu! Te niezwykłe właściwości śmiechu dostrzeżono w latach 60. w USA, kiedy to narodziła się gelotologia – dziedzina badań nad śmiechem i jego wpływem na zdrowie. Badaniu poddano 2 grupy pacjentów. Jedni oglądali filmy satyryczne, inni dokumentalne. Okazało się, że pacjenci z pierwszej grupy odczuwali niższy poziom niepokoju przed wizytą u lekarza. Śmiech podniósł w dodatku zdolności odpornościowe ich organizmów.

Ciało każdego człowieka zawiera w sobie naturalnych obrońców (limfocyty NK), których zadaniem jest walka z chorobotwórczymi drobnoustrojami, zwalczanie komórek rakowych, przyśpieszanie gojenia ran itp. Krew pacjentów, którzy śmiali się przed wizytą u lekarza, zawierała większą liczbę owych naturalnych obrońców. Także następnego dnia po obejrzeniu filmu, ich układ odpornościowy był sprawniejszy (wyższa ilość substancji odpornościowych zawartych w ślinie). W kolejnych badaniach o podobnym przebiegu stwierdzono, że poziom odczuwanego bólu u pacjentów po zabiegu (jedni poddani gelototerapii, drudzy nie) różnił się w zależności od tego, jaki film oglądali. Od tamtej pory, w wielu krajach, także w Polsce (głównie w Centrum Onkologii w Warszawie oraz w Centrum Zdrowia Dziecka) stosuje się z powodzeniem terapię śmiechem, czyli gelototerapię.

Od momentu odkrycia jej zalet, śmiech stał się jednym z rekomendowanych lekarstw podczas terapii, zarówno zdrowia fizycznego jak i psychicznego. W wielu szpitalach oraz centrach leczenia zaczęły pojawiać się specjalne pokoje z filmami, książkami, komiksami, muzyką, rebusami, puzzlami o treści komediowej, książki z dowcipami, wszystko po to by wspierać proces leczenia.

ŚMIECH – O ŚMIECHU POWAŻNIE!

Skąd się bierze śmiech?

Śmiech powstaje w centralnym układzie nerwowym. Jest spontaniczną reakcją układu nerwowego niezależną od naszej woli, lub działaniem przez nas zaplanowanym (np. śmiech z dowcipu).

Śmiech a ból.

Śmiech zwiększa progi bólu i obniża poziom jego odczuwania. Norma Cousins, w książce zatytułowanej „Odczuwanie bólu przez pacjenta" pisze, że dziesięć minut szczerego śmiechu daje taki sam efekt znieczulający ból, jak dwie godziny kojącego snu. Przyczyny tego pozytywnego działania leżą w kilku czynnikach. Uważa się, że system nerwowy może „obsłużyć" jednorazowo tylko jeden rodzaj bodźca. Nie można jednocześnie odczuwać przyjemności i przykrości związanej z bólem. Śmiech, transmitując pozytywne komunikaty, wypiera komunikaty niepokoju i bólu. Poza tym odwraca też uwagę od cierpienia, rozluźnia mięśnie przewodzące ból, oferując wprawdzie krótkotrwałe, ale jednak uśmierzenie dolegliwości. Bardzo istotnym czynnikiem pozytywnym jest też fakt stymulowania przez śmiech wytwarzania endorfiny. Są to substancje morfinopodobne produkowane przez organizm człowieka. Nazywa się je czasem „hormonami szczęścia", gdyż są nie tylko uśmierzaczem bólu, ale wywierają też pozytywny wpływ na nastrój, emocje i motywację. Jest już sporo doniesień badawczych dotyczących pozytywnego wpływu śmiechu na radzenie sobie z bólem. Stąd na przykład oglądanie filmów komediowych stało się już nieodłącznym elementem terapii bólu w niejednym specjalistycznym ośrodku.

Śmiech a układ odpornościowy.

Znaczące zmiany ilościowe zachodzą też w układzie odpornościowym, którego rolą m.in. jest ochrona przed wirusami, bakteriami, niszczenie komórek nowotworowych. W tym procesie rośnie produkcja histaminy, zwiększa się stężenie immunoglobuliny, a w ślinie wzrasta ilość leukocytów oraz limfocytów T-pomocniczych. Zatem radośni ludzie rzadziej chorują, w przeciwieństwie do swoich ponurych kolegów.

Śmiech a układ krążenia.

Śmiech poprawia krwiobieg, przyspiesza bicie serca i krążenie krwi, dzięki czemu organizm otrzymuje więcej tlenu. Śmiech może być także wykorzystywany profilaktycznie, m.in. w ograniczaniu ryzyka zapadalności na choroby serca, badania bowiem wykazały, że osoby z problemami sercowymi mniej chętnie śmieją się w różnych sytuacjach, niż osoby zdrowe.

Śmiech a oddech.

Zwykle człowiek oddycha bardzo płytko i tylko górną częścią płuc, zatem wdycha niewielką ilość powietrza, co skutkuje słabym dotlenieniem organizmu. Tymczasem śmiejąc się, podczas jednego wdechu pobieramy nie 0,5, ale aż 1,5 litra powietrza. Głębsze i szybsze oddychanie zapewnia lepszą wentylację. Poprawia się koncentracja, sprawność i refleks.

Śmiech a zdrowie psychiczne.

Naukowcy odkryli, że ma on także bezpośredni wpływ na poprawę stanu zdrowia ludzi chorych na depresję.Śmiech hamuje wydzielanie tzw. hormonów stresu (adrenalina, kortyzol), dzięki czemu łagodzi m.in. bóle głowy i mięśni. Ponadto działa jak zawór bezpieczeństwa w organizmie – rozładowuje skumulowane emocje. Śmiejąc się, możesz zatem dać upust złości i uporać się ze stresem, pozbędziesz się również strachu czy smutku. Odzyskasz równowagę psychiczną i spojrzysz na problemy z innej perspektywy. Spontaniczny śmiech pozytywnie wpływa na samopoczucie, uwalniając endorfiny. To one wywołują uczucie przyjemności i zadowolenia. W wesołej atmosferze rozpływają się wszystkie problemy. Z pewnością znasz uczucie błogostanu i zmęczenia po szczerym śmiechu – są jak balsam dla duszy i odprężają ciało. Minuta śmiechu działa jak 45 minut relaksu, a ponadto przedłuża życie o 10 minut.

Śmiech a odchudzanie.

Śmiech przyspiesza trawienie i pobudza przemianę materii, „podkręca" ją. Minuta śmiechu pozwala spalić ok. 12 kcal. Skurcze mięśni korzystnie wpływają na pracę śledziony, wątroby i jelit. Śmiech jest namiastką ćwiczeń fizycznych: rozluźnia mięśnie; po-

czątkowo wzrasta aktywność włókien miozyny i aktyny, a to może powodować miejscowy przyrost masy mięśniowej. Korzyść ze 100 „śmiechów" dziennie jest równoważna efektowi piętnastominutowej przejażdżki rowerem, lub dziesięciominutowych ćwiczeń na maszynie wioślarskiej.

Śmiech a poziom energii.

Wybuch radości jest jak potężny zastrzyk energii. Masz więcej chęci do pracy i zabawy. Jesteś bardziej kreatywna, przychodzą ci do głowy zaskakujące pomysły, które chcesz szybko realizować. Odważniej patrzysz w przyszłość i nie obawiasz się przeciwności losu.

Śmiech a uroda.

Śmiech, powodując rozszerzenie naczyń krwionośnych, wpływa na lepsze odżywienie skóry i jej oczyszczanie. Lepiej ukrwiona skóra głowy wpływa na stan włosów – stają się mocniejsze i zyskują zdrowy wygląd.

Śmiech a poziom cukru we krwi.

Przeprowadzone analizy naukowe potwierdzają pozytywny wpływ śmiechu na poziom glukozy we krwi. Negatywne emocje i nastroje, takie jak smutek i złość zwiększają jej poziom we krwi. Z kolei śmiech może niwelować skutki złego samopoczucia, przyczyniając się do obniżenia poziomu cukru we krwi, również u pacjentów z cukrzycą typu 2. Ten korzystny efekt śmiechu może być wywołany zwiększoną pracą mięśni oraz modulacją funkcjonowania układu endokrynnego.

Śmiech a atrakcyjność i sukces.

Pogodne osoby łatwiej zjednują sobie ludzi. Są przyjaźnie nastawione do świata, wydają się sympatyczniejsze i atrakcyjniejsze. Śmiech sprzyja sukcesowi. Ludzie z poczuciem humoru są bardziej kreatywni, mają lepsze relacje z innymi osobami w pracy. 96 procent amerykańskich szefów firm bardziej wierzy osobom z poczuciem humoru i chętniej je zatrudnia. W Europie Zachodniej pracodawcy coraz częściej organizują dla pracowników kursy rozwijające poczucie humoru.

Śmiech w miejscu pracy.

Każdy szef czy też właściciel firmy chce, aby jego pracownicy pracowali jak najwydajniej, jak najmniej chorowali, byli jak najbardziej zadowoleni z pracy i nie myśleli o jej zmianie. Istnieje wiele metod osiągania tych celów. Jedną z nich, w Polsce niestety jeszcze raczej mało popularną, jest wykorzystywanie w pracy humoru. Możliwości jest tu bez liku. Można w dni wolne organizować grupowe sesje terapii śmiechem. Można wspólnie oglądać po pracy komedie, powiesić w biurze zabawne obrazki. Można też kolekcjonować śmieszne historyjki i wieszać na gazetkach ściennych w firmie, prowadzić stronę z karykaturami, stworzyć internetowy e-zin z dowcipami dla pracowników (może to dobry pomysł do zastosowania w naszym Szpitalu, obok działającej relaksująco strony doktora Parfianowicza). Wspólny śmiech jest doskonałym sposobem na integrację pracowników. Humor solidaryzuje grupę i tworzy więź między pracownikami. Śmiech może być też pomocny w sytuacjach konfliktowych.

Terapie śmiechem.

Odkrycie pozytywnych aspektów poczucia humoru jako formy kuracji uzupełniającej proces leczenia, zaowocowało powstaniem kilkunastu rodzajów terapii wykorzystującej śmiech w leczeniu pacjentów. Oto przykłady kilku z nich: terapia humorem oraz śmiechem, medytacja śmiechem, yoga śmiechu. W Polsce popularna jest ta pierwsza forma.

Podajemy listę sugestii, jakie przekazywane są pacjentom podczas takich zajęć:

- przynajmniej raz dziennie porządnie się śmiej,
- oglądaj zabawne filmy,
- słuchaj i oglądaj swoich ulubionych komików,
- czytaj strony gazet i pism z zabawnymi obrazkami, kolekcjonuj te obrazki,
- rozmawiaj z przyjaciółmi, którzy mają duże poczucie humoru,
- stwórz “pokój śmiechu” i wypełnij go wszystkim, co może cię rozśmieszyć,
- wyznacz krewnego lub przyjaciela, który będzie ci pomagał w rozwijaniu twojego poczucia humoru, zwłaszcza podczas twoich “dołków” emocjonalnych,
- bądź bardziej kreatywny – wymyślaj nowe pomysły na pobudzanie się do śmiechu.

Nawet jeśli nie masz na to najmniejszej ochoty, zmuś się do śmiechu lub przynajmniej uśmiechu:

- spróbuj sobie przypomnieć sytuacje, które rozśmieszały ciebie do łez,
- spotykaj sie z ludźmi, którzy ciebie bawią,
- wybierz się na kabaret,
- obejrzyj w telewizji dobrą starą komedię, unikaj ponuraków i tych, którzy chcą się wypłakać na twoim ramieniu,
- myśl pozytywnie – przynajmniej jednego dnia niech stanie się twoją regułą hasło: „Nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło”.

Warto podkreślić, że terapia śmiechem to holistyczna metoda lecznicza wpływająca zarówno na ciało jak i umysł w leczeniu systemowym i symptomatycznym. Wystarczy wyostrzyć nasze spojrzenie na komiczne sytuacje. Śmiejmy się z każdej głupoty i z wszystkich radosnych wydarzeń, z trafnych dowcipów i z siebie samych…

Tak więc niech zatrzęsą się wasze brzuchy od niepohamowanego, radosnego śmiechu!

Oto kilku lekarzy (internista, pediatra, psychiatra, chirurg i patolog) wybrało się na kaczki.

Do pierwszego ptaka miał strzelać internista.

– A może to jednak nie kaczka? Powinienem spytać kogoś innego o opinię – zawahał się i kaczka odleciała.

W drugą mierzył pediatra.

– Nie jestem pewien, czy to kaczka. A poza tym , może mieć młode… – i ptak zniknął za horyzontem.

Następny w kolejce był psychiatra.

– Wiem, że to kaczka, ale czy kaczka wie, że jest kaczką? – zamyślił się i przegapił okazję do strzału.

Potem nadszedł czas na chirurga. Ten przyłożył fuzję do ramienia, strzelił bez wahania i ptak runął na ziemię.

– Idź, sprawdź czy to była kaczka – powiedział chirurg do patologa.

Emilia Piskorz-Jary
psychoonkolog

Jak pomóc Andrzejowi?

Oferta leczenia nerwic w naszym Szpitalu

Andrzej zrezygnował z prób ponownego zaśnięcia jakąś godzinę przed sygnałem budzika. Chociaż w nocy uczucie niepokoju skazywało go na bezsenność, wstawał teraz z łóżka zmęczony, z ołowianymi powiekami i bólem zesztywniałych mięśni.

Z niechęcią pomyślał o czekającym go dziś spotkaniu z szefem i kolegami z pracy. Tuż po tej myśli poczuł jak w jego żołądku mości się wygodnie ołowiana kula napięcia. Zrezygnowany opadł ponownie na łóżko. Nigdzie nie idę, warknął do siebie. Westchnął ciężko, nic w pracy nie układało mu się ostatnio tak jak chciał, irytowało go każde zlecone zadanie, każda ocena jego pracy wydawała się kwestionowaniem kompetencji. Szef przyprawiał go o szewską pasję, reakcje kolegów tylko zwiększały frustrację. Nawet w stosunku do petentów nie potrafił trzymać nerwów na wodzy. Czasem bał się, że w końcu dyscyplinarnie wyrzucą go na bruk, ale za chwilę przychodziły myśli, że to może i dobrze, że wszystko jedno, bo nic go już nie cieszy jak dawniej. Teraz tylko wyniki, mierniki, słupki, ciągle lepiej i lepiej, więcej i więcej…

A kiedyś, gdy zaczynał, traktował przecież robotę jak wielką, prawdziwą przygodę... Do tego te konflikty w domu. Bez powodu wybuchał złością na dzieci, które zresztą zaczęły go unikać, nie mógł porozumieć się z żoną Ewą. Była jakby obca, wroga, prawie już nie sypiali ze sobą, zmieniła się, a może to on był inny…

Ech, pomyślał, nic nie jest już takie samo. Na dworze było jeszcze szaro, a czuł, że już zaczyna boleć go głowa. Normalka, to w końcu i tak lepsze niż te napady. Szybko przemknęło mu przez myśl wspomnienie, gdy prywatnym samochodem jechał wieziony przez przerażonego kolegę na SOR w Olsztyńskiej Poliklinice, z bólem w klatce piersiowej, kołataniem serca, drętwiejącymi nogami, dusznością i okropnym uczuciem, że to już teraz, że już koniec. Tak samo wielkie było potem jego zdumienie, gdy usłyszał, że wyrok zostaje odsunięty, że to zwykłe przemęczenie. Pamiętał, że dostał wtedy od jednego z lekarzy karteczkę z nazwą i numerem telefonu. Wręczając ją, łysawy doktorek klepał go po ramieniu, powtarzając życzliwie: „Pamiętaj chłopie, że to twój ostatni dzwonek”.

Do tej pory uważał, że wszyscy którzy chodzą do psychiatry to czuby, że prawdziwy mężczyzna radzi sobie z problemami, a co najmniej nie pokazuje nikomu, że jest z nim coś nie tak; ale jednocześnie w tej szarości poranka zdał sobie sprawę, że faktycznie, dłużej już nie może, sam sobie już nie poradzi. Wstał, przeszukał kilka par spodni i w końcu z jednej z tylnych ich kieszeni wyciągnął pomiętą kartkę…

Oddział Dzienny Leczenia Nerwic lub Poradnia Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i telefon do rejestracji 89 539 83 00. Takie dane mógł znaleźć Andrzej na kartce w spodniach. Numer zaczyna się znajomym prefiksem? Słusznie. Bo od szóstego lutego oferta naszego Szpitala rozszerzyła się o te jednostki, stając się, z istniejącą Poradnią Zdrowia Psychicznego, nowoczesnym ośrodkiem zdrowia psychicznego. Tym samym wpisując się w światowy trend odejścia w psychiatrii od leczenia całodobowego, w kierunku tak zwanych form pośrednich: oddziałów dziennych oraz poradni. Pacjent otrzymuje szansę na zdrowienie bez konieczności oderwania się od swojego środowiska; ma dzięki temu okazję na bezpośrednią i stałą weryfikację nowo nabytych w terapii umiejętności, wzmacniając wtórnie jej korzystne oddziaływanie.

Od dawna tworzenie takich placówek było ogromną potrzebą psychiatrii, często dotychczas zbyt zadufanej w sobie i zbyt skoncentrowanej na chemii mózgu, w zupełnym oderwaniu od skomplikowanej otoczki przeżyć, emocji, problemów czy frustracji.

Leczenie nerwic, zaburzeń snu, osobowości czy odżywiania jest próbą odpowiedzi na problemy będące stygmatami naszych czasów: niezwykłe tempo rozwoju cywilizacyjnego z kosztownym wzrostem obciążenia stresem, konieczność zapewnienia podstawowych potrzeb życiowych za cenę czasu wolnego, nadmierne skupienie na pracy, podporządkowanie ambicjom podstawowych celów osobistych. To poważne wyzwania stojące przed psychiatrią w XXI wieku.

Poradnia i Oddział Dzienny Leczenia Nerwic znajdują się w strukturze szpitala MSW, ale nie jest to jedyny powód, dla którego kierujemy ofertę leczenia również do pacjentów „mundurowych”. Specyfika wykonywanego zawodu skazuje funkcjonariuszy każdej ze służb na długotrwały wpływ silnego stresu, który prowadzi do szybkiego pogrążenia się w niepokoju, nerwowości czy lęku utrudniających codzienne życie. Równocześnie osoby te, z powodu własnych stereotypowych wyobrażeń czy też społecznych oczekiwań, zwykle nie pozwalają sobie na ujawnianie problemów, uznając, że nie licuje to z powagą munduru. Podjęcie leczenia daje im szansę na profilaktykę i pozbycie się cierpienia, które w przeciwnym razie potrafi w krótkim czasie wykluczyć z funkcjonowania zawodowego. Często dotyka to osoby o świetnych kwalifikacjach, pełniących odpowiedzialne stanowiska. Przy okazji terapia pozwala na poprawę relacji z bliskimi i kolegami, budowę odpowiedniego dystansu do codziennych problemów, umiejętność pozbywania się napięcia, złości. Zaburzenia nerwicowe są ryzykiem wpisanym w charakter służby, więc warto wydać im walkę, zanim uniemożliwią skutecznie dalsze jej pełnienie.

Co to jest ta nerwica? Kto może zostać pacjentem Oddziału czy Poradni?

Gdy osaczają nas problemy przez które świat przestaje być radosnym i bezpiecznym miejscem i nie wiemy jak sobie z tą sytuacją poradzić, lub co gorsza, udajemy, że nic złego się nie dzieje, dochodzi często do rozwoju zaburzeń psychicznych nazywanych nerwicowymi. Tak jakby energia nierozwiązanych problemów zmieniła się w rozmaite objawy, m.in.: w lęk, smutek, złość, zaburzenia snu czy rozmaite bóle. Nerwica, mimo mylącej nazwy, nie oznacza więc tylko nerwowości. Wiąże się z dużym uczuciem cierpienia i w większości wypadków tylko interwencja psychiatryczna i psychologiczna mogą pomóc w powrocie do zdrowia.

Zapraszamy więc na konsultacje każdego, kto nie daje sobie rady z: długotrwałym wywiadem leczenia rozmaitych dolegliwości niemających uchwytnej przyczyny chorobowej, napadami kołatania serca, duszności, bólami głowy, brzucha, problemami z uwagą, koncentracją, zapamiętywaniem, częstym, nieuzasadnionym niepokojem, lękiem, myślami i czynnościami natrętnymi, niemożnością przystosowania się do sytuacji trudnych i skutecznego pokonywania wyzwań życiowych, długotrwałym złym samopoczuciem i przemęczeniem, samotnością, wycofaniem społecznym, poważnymi trudnościami w kontaktach międzyludzkich, bezsennością lub odwrotnie – „uciekaniem w sen”, koszmarami sennymi, objadaniem się, częstym uczuciem pustki, zagubieniem, niepewnością, impulsywnością, drażliwością, trudnościami w panowaniu nad złością, poczuciem zależności od innych w pełnieniu ról życiowych.

W innych niż nasze oddziałach i poradniach, powinni szukać pomocy pacjenci z: rozpoznaniem schizofrenii, zaburzeniami osobowości typu antysocjalnego, wysokim ryzykiem używania przemocy, w trakcie spraw sądowych, uzależnieni od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, w tym leków oraz przed upływem co najmniej rocznego okresu abstynencji.

Do leczenia w Poradni Nerwic nie jest wymagane skierowanie, chyba że proces leczniczy chcemy ograniczyć do spotkań z psychologiem, wtedy skierowanie powinno pochodzić od dowolnego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i zawierać rozpoznanie lub jego podejrzenie, koniecznie z kategorii zaburzeń nerwicowych, osobowości, snu czy odżywiania. Przed wizytą należy uzgodnić jej termin w rejestracji poradni, która tworzy kolejki

pacjentów, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Na początku leczenia, zależnie od ciężkości zaburzeń oraz oczekiwań pacjenta, ustalany jest program diagnostyczno-leczniczy, zwykle opierający się na psychoterapii, bądź współdziałaniu zlecanych przez psychiatrę leków i spotkań z psychologiem. Niektórzy pacjenci zostają zakwalifikowani do leczenia w Oddziale Dziennym, jeżeli oczywiście zdecydują się na tę formę leczenia. Otrzymują wówczas odpowiednie skierowania od lekarza prowadzącego leczenie.

Do leczenia w Oddziale Dziennym wymagane jest skierowanie na obowiązującym druku skierowania do Szpitala Psychiatrycznego. Wystawić je może lekarz każdej specjalności, również z praktyki prywatnej. Na skierowaniu, podobnie jak w Poradni, powinno znajdować się rozpoznanie z kategorii: zaburzenia nerwicowe, osobowości, snu, odżywiania.

Pacjenci przyjmowani są ostatecznie po przejściu procedury kwalifikacji. W celu ustalenia terminu konsultacji należy skontaktować się z pielęgniarką rejestrującą Oddziału Dziennego. Pacjent zapisywany jest wówczas na liście oczekujących, zgodnie z obowiązującą procedurą wymaganą przez NFZ. Ustalony termin jest obowiązujący.

Zajęcia w Oddziale trwają przez pięć godzin dziennie, od poniedziałku do piątku. Fachowy personel zapewnia pacjentom spotkania składające się z całego wachlarza form psychoterapii: grupowej, indywidualnej, psychodramy, psychorysunku, zajęć relaksacyjnych, społeczności pacjentów oraz konsultacji lekarskich. Pobyt w Oddziale może wynosić maksymalnie 12 tygodni. Wszyscy pacjenci Oddziału mają możliwość korzystania ze zwolnienia lekarskiego w czasie leczenia. Wszyscy mają również szansę na diametralną zmianę swojego samopoczucia, jakości życia, poziomu motywacji, umiejętności budowania relacji z innymi ludźmi i odnajdywania właściwego kontekstu dla większości trawiących ich dylematów egzystencjalnych.

Na zakończenie podzielę się z Państwem refleksją. Leczenie nerwic jest zwykle długotrwałe, czasem bardzo i bywa tak, że miesiące nie są wystarczającym przedziałem czasu do uporania się z cierpieniem. Bywa żmudne i wymaga wielu wyrzeczeń, w tym tego, co dla większości z nas jest najtrudniejsze: konfrontacji ze swoim dotychczasowym wizerunkiem, odkrycia pęknięć w czymś co do tej pory wydawało się prawie idealnym. Tym niemniej, warto je podjąć, bo ostateczny sukces zależy tylko i wyłącznie od naszego własnego zaangażowania w proces leczenia. Pod warunkiem, że prowadzimy je we właściwym miejscu, pod kierunkiem rzecz jasna, odpowiednich osób. Zapraszam!

Tomasz Żyśko
Oddział Dzienny Leczenia Zaburzeń Nerwicowych

Rak krtani – co dalej?

Rak krtani to najczęściej występujący nowotwór złośliwy głowy i szyi. Występuje głównie u osób w średnim wieku, czterokrotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet. W ostatnich latach obserwowany jest znaczny wzrost zachorowań u pań. Najczęściej na raka krtani chorują palacze tytoniu i osoby nadużywające alkoholu. Nie bez znaczenia jest przewlekłe drażnienie błony śluzowej krtani przez opary niektórych substancji chemicznych, takich jak: azbest, wapno, nikiel, chrom (związek zachorowań z wykonywanym zawodem). Istotnym czynnikiem są promienie Roentgena stosowane na okolice szyi podczas napromieniania, nawet przed laty.

Pacjent ze zweryfikowanym histopatologicznie rakiem krtani kwalifikowany jest do leczenia chirurgicznego lub radioterapii lub obu metod łącznie w leczeniu skojarzonym. Sposób leczenia zależy od zaawansowania guza, wyniku histopatologicznego, stanu ogólnego pacjenta oraz jego zgody na zaproponowane leczenie. Wczesne raki krtani (T1) mogą być leczone chirurgicznie przez częściowe operacje krtani z zachowaniem naturalnej drogi oddechowej lub radioterapią. Guzy zaawansowane leczone są poprzez całkowite usunięcie krtani, nierzadko z następczą radioterapią (przerzuty do węzłów chłonnych szyi, zaawansowanie guza,uprzednia tracheotomia).

Rak krtani w badaniu endoskopowym

Pacjent po częściowej operacji krtani, poza zachowaną drogą oddechową, ma również zachowaną funkcję mowy (choć głos pozostaje ochrypły po usunięciu fałdu głosowego).

Pacjent po całkowitym usunięciu krtani, poza bezpowrotną utratą naturalnej drogi, oddechowej traci również możliwość normalnego wytwarzania głosu. Nie posiada tłoczni brzusznej, co utrudnia czynności fizjologiczne typu defekacja. Zwykle nie posiada węchu, gdyż powietrze nie dociera do pola węchowego u osoby oddychającej przez tracheostom. Zwiększa się również wysuszenie tchawicy. U pacjentów, po usunięciu węzłów chłonnych, szyi dochodzi do przejściowego zwykle zastoju limfatycznego w obrębie szyi. Pomocne są tu ćwiczenia fizjoterapeutyczne.

Pacjent laryngektomowany jako trwale pozbawiony narządu mowy wymaga rehabilitacji foniatrycznej, której celem jest wytworzenie mowy przełykowej. Istotą mowy przełykowej jest to, że powietrze przemieszczone wyuczonym ruchem do przełyku wydobywa się z niego na zasadzie odbijania, a jednoczasowa artykulacja pozwala wydobyć dźwięki. Jest to oczywiście mowa spowolniona, ale umożliwia pacjentowi komunikację z otoczeniem. Niektórzy pacjenci zmotywowani i dużo ćwiczący porozumiewają się przez telefon.

Inną metodą przywrócenia możliwości porozumiewania się jest chirurgiczne wytworzenie przetoki tchawiczo-przełykowej (wymienianej najczęściej po kilu miesiącach) i umieszczenie w niej protezy głosowej działającej na zasadzie wentyla.

Dawniej częściej stosowane były tzw. elektroniczne protezy krtani, czyli generatory dźwięków, które pacjent przykładał na szyi. Wprowadzały one w drgania powietrze znajdujące się w gardle pomagając wzmocnić artykułowane dźwięki. Pacjenci powinni również pamiętać o konieczności osłaniania otworu tracheostomijnego w sytuacjach zapylenia czy ryzyka przedostania ciała obcego (np. owada) lub choćby wody podczas kąpieli.

Istotne jest również rozumne wsparcie pacjentów laryngektomowanych w rodzinach (bez niepotrzebnego wyręczania w prostych czynnościach), przełamanie skrępowania własnym okaleczeniem, co umożliwia powrót do normalnego życia w społeczeństwie czy wręcz do wykonywanego zawodu. Wsparcie wzajemne i pomoc to cel, jaki przyświecał twórcom Towarzystwa Laryngektomowanych (www.ptlzg.eu), którego oddział olsztyński powstał w 1997 roku, z inicjatywy dr Lidii Zatorskiej. Towarzystwo skupia osoby laryngektomowane i służy szeroko pojętej ochronie swoich członków w środowisku pracy i zamieszkania. Podejmuje działania polegające na udzielaniu wszechstronnej pomocy medyczno-socjalnej w celu dostosowania społecznego pacjentów w ich nowej życiowej sytuacji (turnusy rehabilitacji głosu i mowy, reedukacja, rekonwalescencja), organizuje spotkania kulturalne i sportowe, pomaga w zaopatrzeniu w sprzęt pomocniczy.

Każdy chory leczony z powodu raka krtani powinien być objęty systematycznymi badaniami kontrolnymi: co miesiąc w pierwszym roku po leczeniu, co dwa miesiące w drugim, co 3 miesiące do pięciu lat po leczeniu oraz co sześć miesięcy w następnych latach. Celem tych częstych kontroli jest obserwacja w kierunku wznowy procesu nowotworowego, przerzutów do węzłów chłonnych oraz nierzadko spotykanego - istnienia drugiego ogniska nowotworowego.

lek. med. Beata Kielak
Oddział Otolaryngologii

JAKOŚĆ ŻYCIA (QoL) U PACJENTÓW PO RADYKALNEJ RADIOTERAPII Z POWODU RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO

Anna Kieszkowska-Grudny, Monika Rucińska, Katarzyna Klimowicz, Sergiusz Nawrocki

Europejskie Centrum Zdrowia w Otwocku
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Katedra Onkologii
SP ZOZ MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, Zakład Radioterapii

Wstęp

Radykalne leczenie raka gruczołu krokowego może mieć wpływ na jakość życia zarówno w trakcie leczenia, jak i po jego zakończeniu. W Polsce rak gruczołu krokowego zajmuje drugie miejsce co do częstości występowania wśród wszystkich nowotworow złośliwych u mężczyzn, a liczba zachorowań stale wzrasta. Rak gruczołu krokowego powoduje występowanie różnorodnych dolegliwości fizycznych związanych z jego lokalizacją pierwotną i obecnością przerzutów, a leczenie onkologiczne obarczone jest wieloma powikłaniami, które niejednokrotnie utrzymują się bardzo długo po zakończeniu leczenia.
Celem badania była ocena jakości życia mężczyzn po leczeniu radykalną radioterapią z powodu raka gruczołu krokowego w porównaniu z mężczyznami nieleczonymi.

Metoda

Badaniem objęto losowo wybranych 50 mężczyzn (54-83 lata; mediana 69 lat) z potwierdzonym histopatologicznie rakiem gruczołu krokowego, bez przerzutów odległych, będących co najmniej 3 miesiące po zakończeniu radykalnej radioterapii (8-71 miesięcy, mediana 27.5 miesiąca) przeprowadzonej w Zakładzie Radioterapii Szpitala MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, pozostających pod kontrolą Poradni Zakładu Radioterapii i 50 mężczyzn, którzy nie mieli rozpoznanego raka gruczołu krokowego (55-84 lata; mediana 69 lat). Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Badanie przeprowadzono od listopada 2009 roku do maja 2010 roku.
Wykorzystano kwestionariusze standaryzowane EORTC QLQC30 (v. 3.0.) i Prostate Cancer Module EORTC QLQ-PR25 oraz opracowaną samodzielnie ankietę dotyczącą danych demograficznych i dolegliwości ze strony układu moczowo-płciowego.
Zastosowano test Chi2 oraz test T-student dla par niezwiązanych. Założono poziom istotności p=0,05.

Wyniki

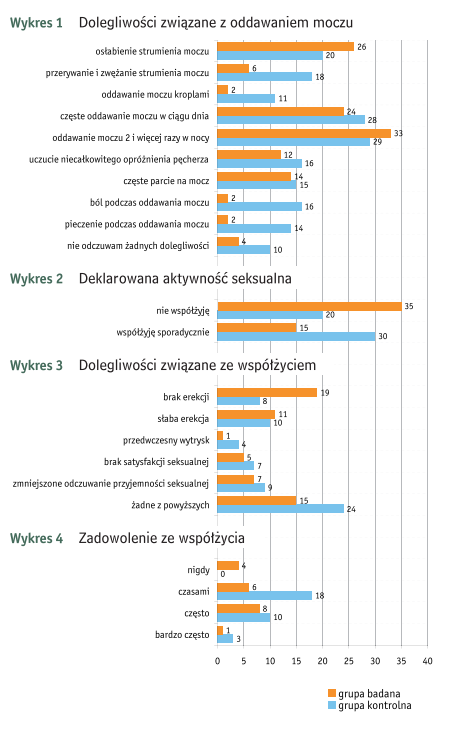
Maksymalny poziom PSA przed leczeniem wynosił od 2 do 109ng/ml (średnio 19,92ng/ml, mediana 10,3ng/ml). Wszyscy badani pacjenci leczeni byli teleterapią w dawce 46-76Gy (mediana 74Gy). 8 pacjentów (16%) było napromienianych po prostatektomii. Jedna osoba otrzymała boost z brachyterapii. U 82% mężczyzn z rakiem gruczołu krokowego stosowano hormonoterapię, przy czym ponad połowa pacjentów była leczona hormonalnie w chwili przeprowadzania badania (27 pacjentów, 54%).
Nie zaobserwowano istotnych rożnic w ogólnym poczuciu zdrowia i ogólnej QoL. Nie stwierdzono obniżenia jakości życia spowodowanej zaburzeniami ze strony układu pokarmowego i moczowego, mimo że mężczyźni napromieniani z powodu raka gruczołu krokowego częściej niż osoby nieleczone zgłaszają problemy związane z oddawaniem moczu. Zaobserwowano istotną rożnicę w aktywności seksualnej, uzyskaniu i utrzymaniu wzwodu oraz zadowoleniu z seksu między grupą badaną a grupą kontrolną. Terapia przeciwnowotworowa nie zaburzała natomiast aktywności fizycznej, funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego, społecznego oraz pełnienia ról życiowych.

Wnioski

Radioterapia z powodu raka gruczołu krokowego nie wpływa na ogólną jakość życia i generalne poczucie zdrowia w porównaniu do grupy kontrolnej. Różnice występują w sferze seksualnej, ale może to być też związane z przewlekłą hormonoterapią, którą stosowano u większości chorych.

Tabela 1 Ocena jakości życia

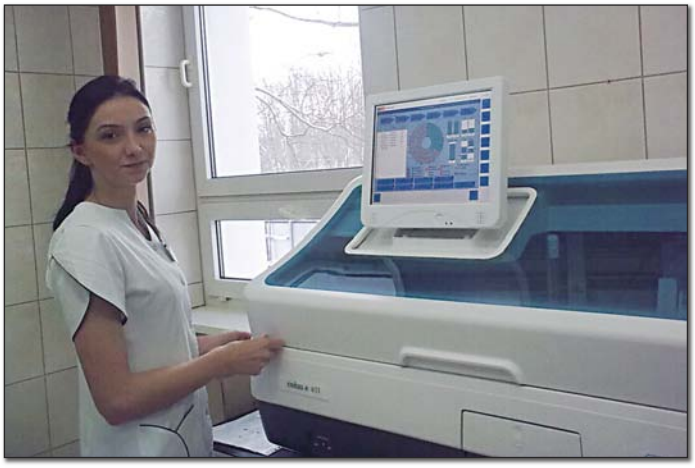
EORTC QLQ-C30	PYTANIE	GRUPA BADANA-A		GRUPA KONTROLNA-B		p
		ŚREDNIA	SD	ŚREDNIA	SD	
SKALE FUNKCJONOWANIA						
FUNKCJONOWANIE FIZYCZNE	Czy ma Pan kłopoty przy wykonywaniu męczących czynności np. dźwiganiu ciężkiej torby z zakupami lub walizki?	2,32	1,12	2,44	1,04	0,5807
	Czy długi spacer Pana męczy?	2,22	1,03	2,32	1,01	0,6241
	Czy krótki spacer poza domem sprawia Panu trudności?	1,50	0,90	1,54	0,90	0,8245
	Czy musi Pan leżeć w łóżku lub siedzieć w fotelu w ciągu dnia?	1,72	0,80	2,06	0,95	0,0554
	Czy potrzebuje Pan pomocy przy jedzeniu, ubieraniu się, myciu, korzystaniu z toalety?	1,16	0,54	1,14	0,45	0,8411
	ŚREDNIA SKALI	1,78	1,00	1,90	1,02	0,5674
FUNKCJONOWANIE W ROLACH ŻYCIOWYCH	Był Pan ograniczony w wykonywaniu swej pracy lub innej codziennej czynności?	1,46	0,83	1,54	0,83	0,6308
	Był Pan ograniczony w realizowaniu swoich hobby lub innych przyjemności?	1,56	0,96	1,60	0,87	0,8280
	ŚREDNIA SKALI	1,51	0,90	1,57	0,85	0,7328
FUNKCJONOWANIE POZNAWCZE	Miał Pan trudności w skupianiu się np. przy czytaniu gazety, oglądaniu telewizji?	1,42	0,67	1,48	0,70	0,6615
	Miał Pan trudności w zapamiętywaniu?	1,82	0,79	1,90	0,85	0,6284
	ŚREDNIA SKALI	1,62	0,76	1,69	0,81	0,6563
FUNKCJONOWANIE EMOCJONALNE	Czuł się Pan spięty?	1,50	0,54	1,60	0,82	0,4745
	Martwił się Pan?	1,86	0,77	2,12	0,84	0,1109
	Czuł się Pan rozdrażniony?	1,88	0,77	1,84	0,81	0,8000
	Czuł się Pan przygnębiony?	1,62	0,56	1,92	0,82	0,0354
	ŚREDNIA SKALI	1,72	0,69	1,87	0,84	0,3169
FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE	Stan Pana zdrowia lub leczenie zakłócały Pana życie rodzinne?	1,44	0,67	1,56	0,80	0,4189
	Stan Pana zdrowia lub leczenie zakłócały Pana życie towarzyskie?	1,52	0,81	1,62	0,85	0,5465
	ŚREDNIA SKALI	1,48	0,74	1,59	0,83	0,4850
FINANSE	Stan Pana zdrowia lub leczenia powodowały kłopoty finansowe?	1,62	0,89	1,52	0,85	0,5683
SKALE OBJAWÓW						
ZMĘCZENIE	Potrzebował Pan odpoczynku?	2,16	0,99	2,32	0,95	0,4103
	Odczuwał Pan osłabienie?	1,96	0,77	1,96	0,92	1,0000
	Był Pan zmęczony?	2,00	0,82	2,26	0,82	0,1171
	ŚREDNIA SKALI	2,04	0,87	2,18	0,91	0,4337
BÓL	Miał Pan bóle?	1,98	0,88	2,30	1,00	0,0939
	Ból przeszkadzał Panu w codziennych zajęciach?	1,68	0,88	1,94	0,93	0,1536
	ŚREDNIA SKALI	1,83	0,90	2,12	0,98	0,1261
UKŁAD POKARMOWY	Odczuwał Pan brak apetytu?	1,20	0,45	1,50	0,85	0,0302
	Odczuwał Pan nudności?	1,18	0,38	1,30	0,57	0,2225
	Wymiotował Pan?	1,08	0,27	1,14	0,35	0,3378
	Miewał Pan zaparcia?	1,54	0,83	1,66	0,84	0,4739
	Miewał Pan biegunkę?	1,34	0,62	1,14	0,35	0,0493
	ŚREDNIA SKALI	1,27	0,57	1,35	0,67	0,5199
ZABURZENIA SNU	Miewał Pan trudności ze snem?	2,00	0,94	1,98	1,12	0,9232
DUSZNOŚCI	Odczuwał Pan duszności?	1,70	0,83	1,86	0,98	0,3807
STAN ZDROWIA I JAKOŚĆ ŻYCIA	Jak ocenia Pan swój ogólny stan zdrowia w czasie ubiegłego tygodnia?	4,32	0,99	4,44	1,37	0,6172
	Jak ocenia Pan jakość swojego życia w ubiegłym tygodniu?	4,66	1,07	4,58	1,33	0,7408
	ŚREDNIA OCENA	4,49	1,04	4,51	1,35	0,9342



Diagnosta laboratoryjny w służbie pacjentowi

Coraz częściej powszechniejsze jest przekonanie, że nie ma medyka bez obecności wyników laboratoryjnych, że receptą na oszczędności w służbie zdrowia jest profilaktyka i wczesna diagnostyka, która rozpoznaje tło zaburzeń i zasadność terapii lekowej. Diagnostyka laboratoryjna odgrywa istotną rolę w świadczeniu usług medycznych, a diagności laboratoryjni ze swoją wiedzą i doświadczeniem zawodowym mogą w niektórych przypadkach być partnerem dla lekarzy.

Diagnosta laboratoryjny to zawód stosunkowo nowy. 27 lipca 2012 roku minęło 11 lat od uchwalenia przez Sejm RP Ustawy o Diagnostyce Laboratoryjnej. Ten akt prawny powołał nowy zawód medyczny oraz uporządkował przepisy dotyczące uprawnień do wykonywania czynności związanych z diagnostyką laboratoryjną. Dzięki tej ustawie powstały struktury samorządu diagnostów laboratoryjnych – Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych – organ jednoczący wszystkich pracowników laboratoriów medycznych.



Zawód diagnosty laboratoryjnego jest w naszym kraju zawodem zaufania publicznego. W roku 2011 rozpoczął się proces zainicjowany przez samych diagnostów mający na celu włączenie opisu zawodu diagnosty laboratoryjnego do Dyrektywy Unijnej Parlamentu Europejskiego, co przyniesie umocowanie prawne jednolitego procesu kształcenia oraz uznania kwalifikacji osób wykonujących nasz zawód we wszystkich państwach Unii Europejskiej.

Diagności czynnie uczestniczą w pracach swojego samorządu i towarzystw naukowych: Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej (założonego w roku 1965) i Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów (założonego w roku 1927), które stały się przyczynkiem do wyodrębnienia się innych towarzystw naukowych, t.j. Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polskiego Towarzystwa Immunologów, Sekcji Wirusologicznej, Polskiego Towarzystwa Parazytologicznego. Towarzystwa te skupiają jedną z najliczniejszych grup naukowców w Polsce, a podstawową ich rolą jest rozpowszechnianie zdobyczy naukowych w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej oraz wspieranie jej rozwoju.

Diagności laboratoryjni to pracownicy medycznych laboratoriów z wyższym wykształceniem, nierzadko z naukowymi tytułami i osiągnięciami naukowymi. Oprócz wielu szkoleń, kursów i konferencji, w których mamy szerokie możliwości uczestnictwa, możemy kształcić się podczas kilkuletnich studiów specjalizacyjnych. Obecnie dostępne dla diagnostów dziedziny, w których można się specjalizować to: laboratoryjna diagnostyka medyczna, laboratoryjna genetyka medyczna, laboratoryjna hematologia medyczna, laboratoryjna immunologią medyczna, mikrobiologia medyczna, laboratoryjna transfuzjologia medyczna, laboratoryjna toksykologia medyczna, cytomorfologia medyczna, zdrowie publiczne, zdrowie środowiskowe, laboratoryjna parazytologia medyczna, epidemiologia, diagnostyka sądowa.

Praca diagnostów laboratoryjnych poddawana jest kontroli ze strony krajowych i wojewódzkich konsultantów z określonych dziedzin nauki, jak i ze strony organów naszego samorządu zawodowego: Zespołu Wizytatorów, Rzecznika Dyscyplinarnego, Sądu Dyscyplinarnego, w pracach którego w latach 2008 – 2010 uczestniczyłam.

Diagności laboratoryjni wraz z technikami analityki (osobami rzetelnie wykształconymi w dziedzinie diagnostyki laboaratoryjnej) stanowią istotną jednostkę – laboratorium, które oprócz technicznego wykonania zleconego oznaczenia i merytorycznego, zgodnego z najnowszą wiedzą opracowania wyniku laboratoryjnego, mogą służyć pomocą merytoryczną w określonych dziedzinach nauki w pracy lekarza i pielęgniarki.

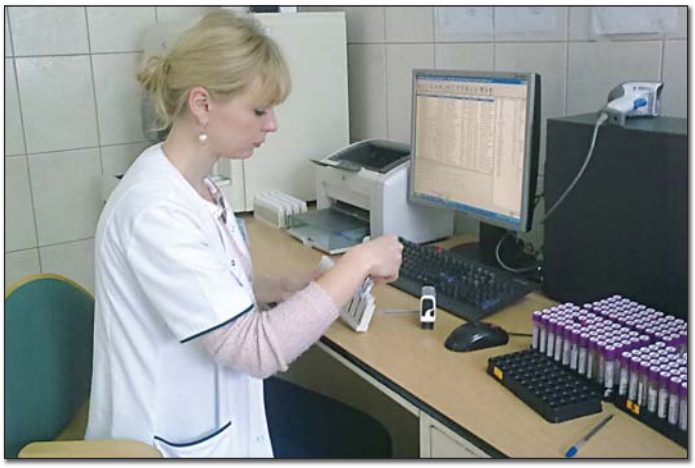
Liczymy na ścisłą i owocną współpracę dla dobra pacjenta!

Na koniec cytat z Kodeksu Etyki Diagnosty Laboratoryjnego, który kształtuje zawodową i etyczną postawę diagnosty laboratoryjnego:

„Dobro pacjenta jest dobrem nadrzędnym, wynikającym z jedyności i niepowtarzalności osoby ludzkiej."

„Diagnosta laboratoryjny postępuje według zasad rzetelności, uczciwości, bezstronności i wiarygodności oraz zgodnie z zasadami ekonomiki, powinien wykonywać swoje czynności z szacunkiem dla osoby ludzkiej".

mgr Ewa Hołownia-Puczel
kierownik Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej



Na zdjęciach – młodzi diagności laboratoryjni w laboratorium Polikliniki.

W dniach 23-25 stycznia odbyły się w Szczyrku

VIII Międzynarodowe Zimowe Mistrzostwa Polski w Ratownictwie Medycznym

Patronat honorowy:

Minister Zdrowia
Bartosz Arłukowicz

Wojewoda Śląski
Zygmunt Łukaszczyk

Marszałek Województwa Śląskiego
Adam Matusiewicz

W zawodach wystartował zespół Klinicznego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SP ZOZ MSW Z WMCO w Olsztynie w składzie:
Paulina Kaniecka – ratownik
Ewelina Madej – ratownik-kierowca
Aleksandra Wałdowska-Oszako – pielęgniarka

W zawodach uczestniczyło 47 zespołów z kraju i zagranicy. Rozegrano 7 konkurencji. Poniżej wywiad z uczestnikami i klasyfikacja.

– Jak to się stało, że trzy dziewczyny w jednym zespole wystartowały w zawodach?
– Pomysł od dawna chodził nam po głowie. Nieczęsto widuje się wyłącznie żeński zespół. Może też trochę z przekory, by obalić mit, że ten zawód jest tylko dla mężczyzn.

– To Wasze pierwsze zawody w tym składzie?
– Nie. W ubiegłym roku wystartowałyśmy na MP w Raciborzu. Wynik w środku stawki zachęcił nas do dalszej pracy. No i jesteśmy.

– Pracujecie ze sobą na co dzień?
– Tak, chociaż nie jest to praca w karetce. Pracujemy w Oddziale ratunkowym. Jedynie Ewelina ma kilkuletnie doświadczenie w pracy w karetce.

– Jak przygotowujecie się do zawodów?
– Myślę, że tak jak wszyscy. Spotykamy się w pracowni fantomowej, ćwiczymy scenariusze. Najczęściej stałe elementy gry, czyli RKO, postępowanie w duszności, zawale, badanie urazowe itp. Po kilkunastu godzinach ćwiczeń część zadania wykonujemy automatycznie.

– Czy jesteście zadowolone z 10. miejsca?
– Bardzo, chociaż świadomość, gdzie uciekały nam „małe punkty" do dzisiaj nie daje nam spokoju. Z drugiej strony – na takie zawody przyjeżdżają najlepsze zespoły w Polsce. Miejsce w dziesiątce najlepszych to zaszczyt.

– Zostawiłyście za sobą wiele utytułowanych zespołów.
– To prawda, ale tak już jest na zawodach. Jedna konkurencja pójdzie nie tak jak powinna i spadasz w klasyfikacji o kilka pozycji. W życiu może być zupełnie inaczej. Może gdyby tych konkurencji było więcej, tabela końcowa inaczej by wyglądała.

– Jakie zadanie sprawiło Wam najwięcej problemów?
– Niewątpliwie była to „masówka". Na co dzień nie spotykamy się z takimi realnymi problemami, a scenariusz trudno przećwiczyć.
– Jak podobała się Wam organizacja, sędziowanie?

– Wszystko było na wysokim poziomie. Sędziowie nas nie egzaminowali tylko oceniali, więc nie było stresu. Szkoda tylko, że zadań było tak niewiele. Chętnie pojechałybyśmy na jeszcze 2 lub 3 konkurencje.

– Jakieś rady dla początkujących?
– To my jesteśmy początkujące. A tak na poważnie – trzeba ćwiczyć. Wszystkiego można się nauczyć, wypracować. Potrzeba tylko czasu i dobrej atmosfery w zespole.

– Plany na przyszłość?
– Latem eliminacje regionalne. Jak dobrze nam pójdzie to może Mistrzostwa Polski. Chociaż na jakiś czas skład się trochę zmieni, bo prawdopodobnie powiększy nam się ratownicza rodzina...

Tadeusz Miłowski
Kliniczny Szpitalny Oddział Ratunkowy

MotoBracia – Szkolenie Przedmedyczne 2013

Największa w regionie grupa fanów motocykli oraz czterokołowców zorganizowała serię darmowych szkoleń z niesienia pierwszej pomocy.

Użytkowanie każdego pojazdu mechanicznego niesie ze sobą wiele niebezpieczeństw, zarówno dla jego kierowcy, pasażerów, jak i osób postronnych, jeśli ruch pojazdu odbywa się w warunkach ogólnie publicznych. Wiedzą o tym najlepiej motocykliści i quadowcy z regionu; ubiegły sezon nie był dla nich zbyt łaskawy. O ile w samochodach ich użytkownicy mają do dyspozycji strefy kontrolowanego zgniotu czy też zderzaki, tak posiadacze jednośladów i quadów są bezpośrednio narażeni na urazy podczas wypadków. Jedyną ochroną kierowcy jednośladu lub czterokołowca jest jego ubiór, własne kości i zdrowy rozsądek, jednak żaden z nich nie jest w stanie przewidzieć każdej czekającej go sytuacji na drodze lub w terenie.

Grupa MotoBracia od lat prowadzi działania promujące zarówno bezpieczną jazdę, jak i świadomość z niebezpieczeństw, jakie mogą przytrafić się na drodze. MotoBracia starają się edukować nie tylko samych siebie – motocyklistów i quadowców, ale także innych użytkowników dróg. Doskonałym przykładem mogą tu być ich akcje **„Ja uważam! A ty? Motocykle są wszędzie”** czy też szkolenia z doskonalenia jazdy motocyklem na torze wyścigowym. Tym razem członkowie grupy postanowili przeprowadzić serię darmowych szkoleń z udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej dla wszystkich bezpośrednio narażonych na wypadki. Każdy motocyklista i kierowca czterokołowca, który ulegnie wypadkowi, w pierwszej kolejności może liczyć tylko na pomoc swojego pasażera lub kompana. Dlatego na swoje szkolenia zaprosili w najpierw osoby ze swojego środowiska.

Otrzymali pełne wsparcie dyrektora Wojewódzkiego Ośrodka Ruchu Drogowego w Olsztynie – Stanisława Szatkowskiego, który zgodził się udostępnić sale szkoleniowe do przeprowadzenia lekcji oraz wsparcie Oskara Wojciechowicza, właściciela salonu motocyklowego Yamaha w Olsztynie, który ufundował wszystkim uczestnikom darmowe apteczki pierwszej pomocy, pana Pawła Krycha, który zadbał o poczęstunki w trakcie każdego spotkania. Szkolenie

dla kursantów przeprowadzili nieodpłatnie wysoce wykwalifikowani instruktorzy z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Olsztynie. Akcje poparło również największe w Polsce Stowarzyszenie Czterokołowców ATV Polska oraz portal ścigacz.pl.

W serii szkoleń wzięło udział czterdziestu czterech motocyklistów i quadowców z regionu. Byli wśród nich mieszkańcy Olsztyna, Barczewa, Szczytna, Kętrzyna, Biskupca, Dobrego Miasta, Ornety, Działdowa, Braniewa, Mrągowa, Morąga i Reszla. Pierwsze spotkanie odbyło się 17 stycznia, kolejne 31 stycznia, 7 i 21 lutego a ostatnie, podsumowujące 27 lutego. Każde spotkanie szkoleniowe trwało dwie godziny. Prowadzono były zajęcia teoretyczne i praktyczne.

Instruktorzy: Julita Rożnowska, Paulina Kaniecka, Tadeusz Miłowski, Mariusz Grażewicz, Krzysztof Maczulski, Krzysztof Rąkowski, Paweł Tomaszewski, Patryk Ordowski.

Mariusz Grażewicz
Kliniczny Szpitalny Oddział Ratunkowy

Maska zapalna czy stan zapalny CUN

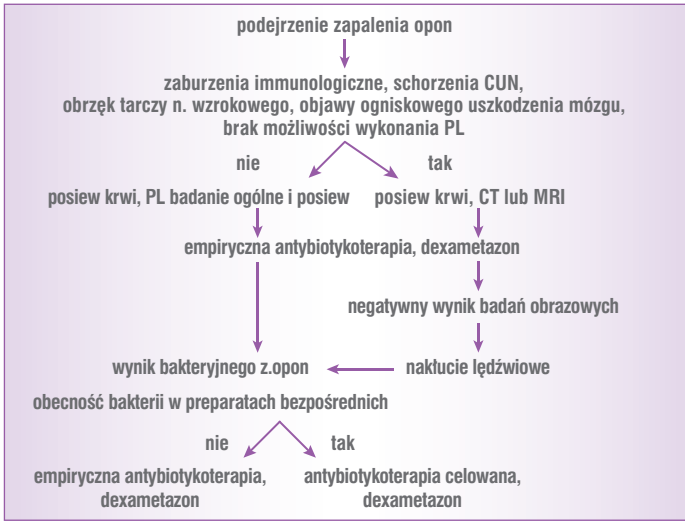
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych:
- bakteryjne jest stanem zagrażającym życiu,
- najczęściej współistnieje z objawami zapalenia mózgu, ogólne objawy infekcji,
- z reguły jest wynikiem zakażeń endogennych – uaktywnione ogniska zakażenia w warunkach obniżonej odporności immunologicznej,
- często źródło zakażenia pozostaje nieznane.

Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych:
- objawy kliniczne są wypadkową podrażnienia opon i obrzęku mózgu,
- klasyczna triada objawów (gorączka, zaburzenia świadomości, sztywność karku) występuje rzadko,
- u prawie wszystkich chorych występują dwa spośród 4 objawów: ból głowy, gorączka, sztywność karku, zaburzenia świadomości,
- objętość ogniskowego uszkodzenia mózgu – 30%
- śpiączka – 14%.

Podatność:
- czynniki predysponujące: współistniejące choroby przewlekłe, zdolność adekwatnej odpowiedzi na infekcję, procedury diagnostyczne i leczenie,
- czynniki pierwotnie upośledzające obronę: neutropenia, immunosupresja, wiek, niedożywienie, niewydolność serca, cukrzyca, choroba nowotworowa, alkoholizm, narkomania.

Źródła zakażenia:
- zakażenia toczące się w tkankach sąsiednich: zapalenie zatok obocznych nosa, zapalenie ucha środkowego, ropnie okołowierzchołkowe zębów, ropnie okołomigdałkowe, zakrzep zatoki jamistej,
- zakażenie w tkankach odległych: zapalenie płuc, zapalenie w narządach jamy brzusznej, zapalenie wsierdzia.

Procedury diagnostyczne:



Nakłucie lędzwiowe i badanie PMR (podstawowe badania diagnostyczne):
– określenie zmian patologicznych w PMR: ropne, aseptyczne,
– określenie etiologii zakaźnej: bakterioskopia bezpośrednia, hodowla bakterii, PCR dla HSV, CMV, TBC, synteza swoistych p/ciał IgG w PMR: VZV, T.gondii, T.pallidum, B.burgdorferii.

Interpretacja wyniku badania PMR:

Patogen	Cytoza (k/mL)	Neurofile (%)	Stężenie glukozy	Stężenie białka (mg/dL)	Preparat bezpośredni
ropne	>500	>80	niskie	>100	70%
L.monocytogenes	>100	-50	w normie	>50	30%
antybiotykoterapia przed rozpoznaniem	>100	-50	w normie	>70	60%
aseptyczne	10-1000	wczesna >50 późna <20	w normie	<200	NA
TBC	50-500	<30	niskie	>100	rzadko
grzyby	50-500	<30	niskie	różne	(+) Cryptoccocus

Etiologia bakteryjnych zapaleń opon m-rdz:
– chorzy w wieku 2-50 lat: N.meningitidis, S.pneumoniae,
– >50 r.ż, immunosupresja (alkoholizm, cukrzyca, sterydoterapia, chemioterapia): N.meningitidis, S.pneumoniae, L.monocytogenes, pałeczki G (-),
– po złamaniach podstawy czaszki, implanty ślimakowe: S.pneumoniae, paciorkowce beta-hemolityczne, H.influenzae,
– po urazach i zabiegach neurochirurgicznych: S.aureus, gronkowce koagulazo-ujemne, P.aeruginosa i inne tlenowe pałeczki G (-) ,
– płynotok: S.aureus, gronkowce koagulazo- ujemne, P.aeruginosa.

Leczenie bakteryjnych zapaleń opon m-rdz: wczesna antybiotykoterapia zwiększa szansę przeżycia i zmniejsza ryzyko powikłań odległych. Wskazaniami do natychmiastowej antybiotykoterapii są: podejrzenie bakteryjnego zapalenie opon m-rdz., ciężki stan ogólny, zaburzenia świadomości, objawy sugerujące posocznicę, objawy wstrząsu septycznego.

Antybiotykoterapia celowana:

Mikroorganizm	Terapia rekomendowana	Terapia alternatywna
S.pneumoniae	wankomycyna+nefotaxim lub ceftriaxon	meropemnem lub moksifloksacyna
N.meningitidis	ceftriaxon lub nefotaxim	PCN, ampicyllina, moksiloksacyna, aztreonam
L.mnocytogenes	ampicyllina lub PCN G	meropenem lub trimetoprim/sulfmetoksazol
S.agalactiae	ampicyllina lub PCN G	cetofaxim lub ceftriaxon
H.influenze	cetofaxim lub ceftriaxon	chloramfenikol, cefepim meropenem, moksiloksacyna
E.coli	cetofaxim lub ceftriaxon	cefepim, meropenem, moksiloksacyna, aztreonam
S.aureus • metycylinowrażliwe • metycylinoodporne	oksacyllina wankomycyna	wankomycyna lub meropenem linezolid lub trimetoprim/sulfmetoksazol
S.aureus	wankomycyna	linezolid

Rekomendowane dawki antybiotyków:
- **Cefotaksym** 8-12 g/d w 4-6 dawkach,
- **Ampicylina** 12g/d w 4 dawkach,
- **Ceftriakson** 4g/d w 1-2 dawkach,
- **Penicylina** G 24-30 mln w 6 dawkach,
- **Wankomycyna** 30-45 mg/kg m.c w 2 lub 3 dawkach.

Aseptyczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych:

Przyczyny:

1. Bardzo częste:
   – wirusy: enterowirusy, arbowirusy, HSV-2,
   – bakterie: B.burgdorferii, częściowo leczone bakteryjne zapalenie, zak. tk.w otoczeniu opon (zap. zatok, ucha, wyrostka sutkowatego).
2. Częste:
   – wirusy: świnka, LCMV, HIV, HHV6,
   – bakterie: M.tuberculosis , Leptospira spp, M. pneumoniae.
3. Rzadkie:
   – wirusy: HSV-1, VZV, CMV, EBV, Odra, grypa A i B, parwowirusy,
   – inne przyczyny: Brucella spp, grzyby, ch. autoimmunologiczne, ch.nowotworowe, Vasculitis, Leki (NSLP, IVIg).

Nowotworowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych:

– u chorych z ch.nowotworową wzrasta ryzyko zapalenia opon: Tbc, listerioza, zap.grzybicze, reaktywacja ch.wirusowych (CMV, HSV, EBV), zap. odczynowe spowodowane obecnością ropnia lub guza,
– zmiany zapalne mogą być spowodowane infiltracją opon przez kom.nowotworowe (Leptomeningitis carcinomatosa), ogniskiem przerzutowym, ogniskiem naczyniopochodnym.

Rozpoznanie nowotworowego zap.opon m-rdz opiera się na: **obj. klinicznych, wynikach badań obrazowych** (MRI, CT: ogniskowe lub uogólnione wzmocnienie po podaniu kontrastu, ogniska w przestrzeni podpajęczynówkowej, zmniejszenie objętości tk. miąższowej), **zmianach w PMR** (zwykle utrzymują się >1m-ca: pleocytoza, wzrost stężenia białka, obniżone stężenie glukozy), a także różnicowaniem z innymi podostrymi lub przewlekłymi zapaleniami opon m-rdz.

Leptomeningitis Carcinomatosa:

– przerzuty raka do opon m-rdz opisane zostały po raz pierwszy w 1870 r, przez kolejnych 30-40 lat rozopoznawane sporadycznie, obecnie występują u około 5-15 % chorych z nowotworami,
– bardzo często może wyprzedzać rozpoznanie choroby zasadniczej,
– najczęstsze przyczyny to: **rak sutka, płuc, czerniak, chłoniaki, białaczki.**

Objawy kliniczne:

1. Pochodzenie mózgowe: bóle głowy (66%), zab.psychiczne, nudności, wymioty, zab. koordynacji.
2. Nn.czaszkowe: diplopia, zab.widzenia, zab. słuchu.
3. Rdzeń kręgowy: zab.motoryczne, zab.czucia, bóle korzeniowe.

Wykładniki nowotworowego zapalenia opon m-rdz:

– szybko narastające obj. neurologiczne,
– linijne wzmocnienie kontrastowe w MRI,
– obecność kom.nowotworowych w PMR – wynik negatywny nie wyklucza procesu nowotworowego,
– obniżenie stężenia glukozy, podwyższone stężenie białka w PMR
– PET,
– potwierdzenie hisopatologiczne.

Neurosarkoidoza:

– występuje u 5-15% chorych na sarkoidozę, często jest pierwszą manifestacją kliniczną choroby,
– patogeneza i etiologia choroby jest nieznana (przyczyną obj.neurologicznych są ziarniniaki w CUN).

Objawy kliniczne:

1. Zaburzenia psychiczne (apatia, pobudzenie, majaczenie, halucynacje, depresja).
2. Uogólnione lub częściowe napady padaczkowe.
3. Objawy uszkodzenia mózgu (endokrynologiczne: moczówka prosta, zaburzenia libido, mlekotok, brak miesiączki, zaburzenia łaknienia, zaburzenia snu).
4. PMR (pleocytoza jednojądrzasta, obniżone stężenie glukozy, podwyższone stężenie białka, prążki oligoklonalne, wysokie stężenie ACE).
5. Badania obrazowe: CT (wynik prawidłowy), MRI (ogniska w istocie białej), wzmocnienie opon m-rdz.

Podsumowanie: przyczyną zapalenia opon m-rdz. nie zawsze jest mikroorganizm chorobotwórczy. Najlepszą metodą diagnostyczną pozostaje PMR. W diagnostyce różnicowej pod uwagę należy wziąć: ch. układowe, proces nowotworowy, zapalenia opon polekowe.

lek. A. Rynkowska, lek. M. Kamińska
Oddział Neurologii

Daje szpik – daje życie

Naukowcy odkryli, że szpik kostny zbudowany jest z komórek szczęścia, a jak wszyscy wiemy szczęście to jedyna rzecz, która się mnoży gdy się ją dzieli! Jak w jednym artykule można przekonać do uratowania komuś życia? Ja jednak spróbuję.

Oddając tak niewiele dajesz tak wiele.

Słyszysz pytanie: czy chciałbyś zostać dawcą szpiku kostnego? Nigdy się nad tym nie zastanawiałeś, ale to na pewno boli i jest niebezpieczne, bo szpik jest pobierany z kręgosłupa i można być później sparaliżowanym. Poza tym, po co komplikować sobie życie? Ostatecznie dlaczego to ja mam zostać dawcą, niech ktoś inny to zrobi. Poradzą sobie beze mnie.

A tymczasem…

W Polsce rocznie ok. 10 tys. osób choruje na nowotwory krwi. Dla niektórych z nich jedyną szansą na życie jest przeszczep szpiku kostnego. 25% potrzebujących może liczyć na dawcę rodzinnego, u reszty prawdopodobieństwo znalezienia niespokrewnionego dawcy wynosi 1:25 000. Trzeba mieć więcej niż szczęście…

A teraz zamknij oczy i wyobraź sobie!!!

Dla wielu chorych jedyną szansą na życie jest przeszczep szpiku. Najłatwiej jest pomyśleć, że mnie to nie dotyczy. Ale wyobraź sobie swoje udane czy mniej udane życie, które jednak kochasz. Może się zdarzyć, że to ty lub bliska osoba usłyszy słowa: życie może uratować ci tylko przeszczep szpiku. Jak będziesz się czuć wiedząc, że tyle zdrowych osób – potencjalnych dawców – myśli właśnie tak. Zatem otwórz oczy na drugiego człowieka.

(dokończenie na str. 16)

Kto???

Dawcą może zostać zdrowa osoba w wieku 18-50 lat. Podstawowe kryteria dyskwalifikujące dawcę to choroby przewlekłe wymagające stałego zażywania leków : cukrzyca, łuszczyca, choroby tarczycy, choroby układu krążenia oraz zakażenia wirusami HIV, WZW typu B i C, CMV. Aby zgłosić się do rejestru dawców należy oddać 4 ml krwi, z której wykonane zostaną badania antygenów zgodności tkankowej HLA, po czym wynik trafi do światowego rejestru dawców szpiku kostnego. Analogicznie do linii papilarnych każdy z nas ma unikalny HLA. Jednak gdzieś na drugiej półkuli lub nawet na tej samej ulicy może mieszkać nasz genetyczny bliźniak potrzebujący pomocy.

Kiedy zadzwoni telefon…

Jeśli tak jest, zadzwoni telefon i padnie pytanie: czy chcesz być dla kogoś ostatnią nadzieją na życie??? Potrzebne będzie twoje ponowne ostateczne potwierdzenie chęci oddania szpiku. Nastąpi ustalenie twojego aktualnego stanu zdrowia, przeprowadzenie szczegółowych badań i ostatecznej weryfikacji medycznej. Może się zdarzyć, że zostaniesz poproszony o oddanie szpiku kilkakrotnie, lub też telefon nigdy nie zadzwoni. W każdej chwili możesz również wycofać swoje nazwisko z rejestru. Jednak ważne jest, żeby twoja decyzja była przemyślana, ponieważ chory zostaje przygotowany do przeszczepu poprzez całkowite zniszczenie własnego szpiku. Od tego momentu jest całkowicie bezbronny i wycofanie się dawcy w tym momencie może oznaczać dla niego wyrok śmierci.

Jak???

Jedną z metod pobierania szpiku kostnego jest wyselekcjonowanie komórek macierzystych z krwi za pomocą urządzenia nazywanego separatorem szpiku. Krew pobierana z żyły przedramienia jednej ręki przechodzi przez separator i wraca do dawcy przez żyłę drugiej ręki. Zabieg jest bezinwazyjny i trwa 3-4 godziny. Drugim sposobem jest wykonywane w znieczuleniu ogólnym pobieranie komórek krwiotwórczych z talerza kości biodrowej, poprzez nakłuwanie krawędzi kości. Zabieg ten trwa 1-1,5 godziny. Następnego dnia dawca jest wypisany do domu. O tym, którą metodą zostanie pobrany szpik decyduje dawca!!! Oddanie szpiku jest całkowicie bezpieczne. Po 2-3 tygodniach następuje całkowita regeneracja szpiku w organizmie dawcy. Niespokrewniony dawca szpiku pozostaje anonimowy, ale jeśli przeszczep się przyjmie i obie strony wyrażą zgodę, może dojść do ich spotkania. Szpik kostny można oddać tylko honorowo i bezinteresownie. Dawca nie ponosi kosztów związanych z badaniami oraz procedurami przeszczepu. Szpiku kostnego nie da się wyprodukować poza ludzkim organizmem, dlatego tak bardzo potrzebni są dawcy, którzy bezinteresownie chcą pomóc chorym, bez względu na nację, wyznanie czy kolor skóry.

Kap, kap płynie życie.

Szpik jest podawany biorcy do żyły głównej w postaci kroplówki. Obecnie w Polsce zarejestrowanych jest ok. 150 tys. dawców szpiku kostnego. Dla porównania, bank niemiecki liczy ponad 3 mln dawców, włoski – 500 tys., a w USA zarejestrowanych jest prawie 4,5 mln dawców. Ważne jest, żeby nasz polski rejestr dawców się rozrastał, bo szansa zgodności genetycznej dwóch osób jest znacznie większa w obrębie jednego narodu niż poza jego granicami. Możesz mieć w tym swój udział!!!

Ratując jedno życie – ratujesz cały świat!!!

Znałam osoby, które byłyby dzisiaj z nami, gdyby miłość mogła uzdrawiać, a łzy wskrzeszać. Jednak, choć miały miłości pod dostatkiem, zabrakło im bardzo przyziemnej rzeczy – kilku komórek osoby, która podzieliłaby się kawałkiem siebie. Być może w rejestrze brakuje właśnie ciebie! Nie mamy wielkiej mocy uzdrawiania chorych. Wiele chorób jest nieuleczalnych i jesteśmy wobec nich bezsilni, ale zróbmy to, co możemy. Na niektóre choroby lek mamy w sobie. To właśnie szpik kostny jest drogocennym lekiem produkowanym przez nasz organizm.

Do światowego banku dawców szpiku zostały dopisane 242 osoby z Olsztyna i okolic.

W naszym szpitalu MSW przebywa wymagający przeszczepu pacjent. Jego rodzina i przyjaciele nie chcieli bezczynnie czekać – efektem jest właśnie ta akcja. Rozpaczliwie szukają dawcy również rodzice dwóch chorych chłopców przebywających w Szpitalu Dziecięcym. Szukamy szpiku zarówno dla nich jak i dla innych. To niesamowite, jak ludzie potrafią się wspierać i pomagać sobie w trudnych chwilach. Przy okazji może znajdzie się też dawca dla innych potrzebujących?

Akcję zorganizowało Stowarzyszenie **„Jestem, Pomagam, Wspieram”**, a Rejestrację przeprowadziła Fundacja Przeciwko Leukemii i Laboratorium Medigen. 242 cichych bohaterów, bez oklasków i owacji na stojąco, wyraziło chęć podzielenia się kawałkiem siebie, bezinteresownej pomocy osobie, której nawet nie znają. Dziękujemy!!! – słowo to za mało, żeby wyrazić wdzięczność. Każdej zarejestrowanej osobie życzymy odnalezienia genetycznego bliźniaka.

Dominika Trawczyńska
Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej

Oddział Dzienny Leczenia Zaburzeń Nerwicowych w SP ZOZ MSW z W-MCO w Olsztynie

„... Kontakt między ludźmi to zetknięcie skóry, spojrzeń i tonu głosu. Tak się uczyliśmy, zanim poznaliśmy słowa. [...] Kontakt między ludźmi to nie słowa [...] Słowa możesz przeczytać w książce, zobaczyć na plakacie - mogą być całkowicie oderwane od człowieka."
Virginia Satir

Oddział Dzienny Leczenia Nerwic Szpitala MSW w Olsztynie powstał z myślą o pacjentach cierpiących z powodu:
- **zaburzeń nerwicowych,**
- **zaburzeń odżywiania i snu,**
- **zaburzeń osobowości.**

To oddział, w którym pacjenci codziennie w godzinach 8.15-13.15 biorą udział w fachowo prowadzonych zajęciach terapeutycznych, pod specjalistyczną opieką psychologów i lekarzy.

Charakter leczenia w oddziale dziennym nerwic.

- Główną formą leczenia jest **psychoterapia grupowa**. Praca w grupie stwarza szczególne warunki poznawania siebie, innych ludzi poprzez doświadczanie i nowe rozumienie własnych sposobów myślenia, zachowania i przeżywania w relacji z uczestnikami. Praca w grupie odbywa się w formie grup otwartych, maksymalna liczba uczestników wynosi **12 osób**.
- **Przeciętnie 75% osób z rozpoznaniem zaburzeń neurotycznych uczestniczących w psychoterapii grupowej uzyskuje poprawę funkcjonowania.**
- Dodatkowo pacjenci mogą korzystać również z psychoterapii indywidualnej oraz opieki psychiatrycznej.
- **Leczenie farmakologiczne, treningi, warsztaty, psychoedukacja, społeczność terapeutyczna oraz metody psychorysunku, relaksacji, psychodramy** są formami pomocniczymi leczenia w Oddziale Nerwic.

Kwalifikacje do oddziału.

Przed podjęciem leczenia odbędą Państwo indywidualne spotkania z psychologiem i psychiatrą, którzy ostatecznie zdecydują o kwalifikacji do podjęcia leczenia w naszym oddziale.

Czas trwania leczenia.

Cykl leczenia trwa przeważnie od 6 do 12 tygodni, z możliwością przedłużenia; osoby pracujące mają możliwość otrzymania zwolnienia lekarskiego.

Specjalista psychiatrii Tomasz Żyśko

Pacjentów leczymy bezpłatnie w ramach kontraktu z NFZ.

Aby rozpocząć leczenie nie jest konieczne skierowanie.

Wystarczy umówić się telefonicznie pod numerem: 89 539-83-00, codziennie w godzinach 7:30 – 14:30.

Adres:
SP ZOZ MSW z W-MCO w Olsztynie,
Al.Wojska Polskiego 37
10-228 Olsztyn

Siedzą od lewej: Wiesława Kiełek, Dagmara Omieczyńska-Nastaj, Barbara Kołodziej, Tomasz Żyśko, Katarzyna Czapkiewicz, Maja Syczyło.

Wykaz usług medycznych świadczonych przez SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

Oddział Kliniczny Chemioterapii z Ośrodkiem Chemioterapii Jednodniowej	Systemowe leczenie nowotworów złośliwych obejmujące chemioterapię, leczenie hormonalne i wspomagające, a także nowoczesne terapie celowane w skojarzeniu z chemioterapią, jak i radioterapią.
p.o. Ordynatora lek. med. Marzenna Ziomek	Oddział realizuje eksperymentalne metody leczenia w ramach procedury leczenia niestandardowego, jak również w ramach międzynarodowych badań klinicznych. Oddział zajmuje się takim schorzeniami jak: • nowotwory złośliwe układu pokarmowego, • nowotwory złośliwe tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych, • nowotwory złośliwe piersi, • nowotwory złośliwe układu oddechowego i narządów klatki piersiowej, • nowotwory złośliwe układu moczowo-płciowego, • nowotwory złośliwe narządów głowy i szyi, • nowotwory złośliwe ośrodkowego układu nerwowego. **Ośrodek Chemioterapii Jednodniowej** to nowoczesna baza do ambulatoryjnego leczenia onkologicznego. 10-stanowiskowa baza do ambulatoryjnego podawania cytostatyków, bez konieczności hospitalizacji.
Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Plastycznej i Chirurgii Onkologicznej Piersi	Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej prowadzi działalność nie tylko diagnostyczno-leczniczą, ale również naukowo-dydaktyczną, o bogatych tradycjach z zakresu chirurgii ogólnej, endokrynologicznej i gastroenterologicznej.
Ordynator prof. dr hab. Jadwiga Snarska	W Oddziale wykonywane są zabiegi operacyjne z zakresu chirurgii ogólnej, endokrynologicznej i gastroenterologiczne z użyciem nowoczesnych urządzeń i technik operacyjnych, a cholecystektomia laparoskopowa jest standardem. Operacje przepuklin wykonywane są nowoczesnymi metodami beznapięciowymi z użyciem wysoko gatunkowych implantów siatek. Oddział zajmuje się także diagnostyką i leczeniem skojarzonym ciężkich postaci ostrego zapalenia trzustki, z zastosowaniem całkowitego żywienia pozajelitowego i dojelitowego oraz chorób jelita grubego. Ponadto wykonywane są zabiegi operacyjne przez doświadczonych lekarzy Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej: • operacje tarczycy i innych gruczołów dokrewnych, • cholecystektomia laparoskopowa i metodą tradycyjną, • operacje przepuklin z najnowszymi implantami, • operacje jamy brzusznej, ze szczególnym uwzględnieniem ostrych schorzeń urazowych i zapalnych.

Pododdział Chirurgii Plastycznej i Chirurgii Onkologicznej Piersi Z-ca Ordynatora lek. med. Grażyna Barańska	Wykonywane zabiegi: • leczenie chirurgiczne raka piersi w pełnym zakresie, łącznie z zabiegami onkoplastycznymi i natychmiastową rekonstrukcją piersi, • rekonstrukcje piersi po mastektomii, • leczenie chirurgiczne łagodnych guzów piersi, • leczenie chirurgiczne zniekształceń po chirurgicznym leczeniu raka piersi, • leczenie chirurgiczno-plastyczne nowotworów skóry, • operacje rekonstrukcyjne po urazach, oparzeniach, • operacje estetyczne twarzy, piersi (powiększenie piersi, korekcja nosa, korekcje powiek). Działalność zespołu obejmuje pracę w Oddziale, na sali operacyjnej, w poradniach chirurgii plastycznej i chirurgii piersi oraz konsultacje chorych kwalifikowanych do leczenia. Działalność chirurgiczna obejmuje wszystkie aspekty chirurgicznego leczenia chorób piersi.
Oddział Hematologii Lekarz kierujący Oddziałem dr n. med. Wanda Knopińska-Posłuszny	Do zadań Oddziału należy: • zapewnienie kompleksowych świadczeń obejmujących: diagnostykę i leczenie przyczynowe i objawowe schorzeń hematologicznych, podawanie leków cytostatycznych pacjentom hospitalizowanym, podawanie leków cytostatycznych w ramach leczenia jednego dnia, zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, prowadzenie porad konsultacyjnych hematologicznych, • realizacja programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób nowotworowych, • współpraca z ośrodkami klinicznymi i innymi placówkami w zakresie leczenia pacjentów i szkolenia personelu medycznego, • prowadzenie badań klinicznych w zakresie leczenia schorzeń hematologicznych, • współpraca dydaktyczna z uniwersyteckimi wydziałami medycznymi.
Kliniczny Szpitalny Oddział Ratunkowy Lekarz kierujący Oddziałem lek. med. Jacek Tyllo	Oddział zajmuje się: • urazami, zatruciami i innymi określonymi skutkami działania czynników zewnętrznych, • objawami chorobowymi, nieprawidłowymi wynikami badań laboratoryjnych, gdzie indziej niesklasyfikowanymi, • chorobami układu krążenia, • chorobami układu trawiennego, • chorobami układu oddechowego. Oddział nie tylko realizuje procedury ratujące życie i zdrowie, ale jest także prężnym ośrodkiem szkoleniowym.
Oddział Kliniczny Chirurgii Onkologicznej Lekarz kierujący Oddziałem lek. med. Andrzej Lachowski	W Oddziale wykonywane są operacje z zakresu chirurgii onkologicznej: • łagodne i złośliwe nowotwory piersi – dużą uwagę przywiązujemy do leczenia oszczędzającego gruczoł piersiowy, a w niektórych przypadkach istnieje możliwość jednoczesnej rekonstrukcji piersi z użyciem implantów, • nowotwory przewodu pokarmowego, w tym: guzy żołądka, trzustki, wątroby, jelita grubego i części dolnej przełyku, • jako jedyny Oddział w regionie wykonujemy w wybranych przypadkach resekcje guzów pierwotnych i przerzutowych wątroby techniką termoresekcji, • dzięki zastosowaniu nowoczesnych technik staplerowych możliwe są w wielu wypadkach operacje oszczędzające zwieracze, • nowotwory tkanek miękkich, gruczołów dokrewnych, skóry (w tym czerniaki), także guzy ślinianek oraz wargi dolnej, nosa, małżowiny, operacje regionalnych węzłów chłonnych. Oddział dysponuje nowoczesnym detektorem promieniowania gamma, który umożliwia przeprowadzanie tzw. biopsji węzła wartowniczego, w niektórych przypadkach czerniaka i raka piersi. W ramach Oddziału wykonywany jest również pełen zakres procedur w zakresie urologii onkologicznej i torakochirurgii onkologicznej, w tym zwłaszcza operacje guzów nerek i nadnerczy, prostaty, jąder i pęcherza moczowego.

Zakład Radioterapii i Oddział Kliniczny Radioterapii z Pododdziałem Onkologicznym Kierownik Zakładu i Lekarz kierujący Oddziałami Radioterapii I – III prof. dr hab. n. med. Sergiusz Nawrocki	W Zakładzie i w Oddziałach Radioterapii realizujemy własne projekty naukowe i prowadzimy badania kliniczne I, II i III fazy. Oddział zajmuje się takim schorzeniami jak: • nowotwory ośrodkowego układu oddechowego, • nowotwory regionu głowy i szyi, • nowotwory piersi, • nowotwory płuc, • nowotwory przewodu pokarmowego, • nowotwory układu moczowego, • nowotwory żeńskich i męskich narządów płciowych, • nowotwory skóry, kości i tkanek miękkich. Oprócz samodzielnej radioterapii stosujemy także leczenie skojarzone z równoczesną chemioterapią. W Zakładzie Radioterapii dostępna jest bardzo precyzyjna metoda leczenia nowotworów mózgowia – radioterapia stereotaktyczna. Nowa metoda leczenia służy również do leczenia guzów położonych poza mózgowiem. System kamer umożliwia monitorowanie toru oddechowego chorego i zastosowanie systemu radioterapii stereotaktycznej do nowotworów położonych w klatce piersiowej i jamie brzusznej. System ma być także stosowany do precyzyjnego leczenia raka gruczołu krokowego, po wprowadzeniu do prostaty markerów ze złota. Zakupiony sprzęt umożliwia leczenie radioterapią na najwyższym światowym poziomie, dostępne do tej pory w niewielu ośrodkach w Polsce i w Europie.
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Lekarz kierujący Oddziałem lek. med. Danuta Dąbrowska-Parfianowicz	W Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii posiadającym 8 stanowisk, leczeni są chorzy w stanach zagrożenia życia i niewydolności narządowej w przebiegu różnych schorzeń, urazów i zatruć. Największe grupy stanowią chorzy po przebytym zatrzymaniu krążenia i reanimacji, chorzy z ciężkimi postaciami zakażeń, z niewydolnością oddechową różnego pochodzenia. W Oddziale czynności życiowe chorych są monitorowane, podtrzymywane i stabilizowane farmakologicznie oraz za pomocą aparatury medycznej, co daje czas na wykonanie procedur diagnostycznych i wielospecjalistyczne leczenie. Pod względem wyposażenia w aparaturę medyczną, zatrudnienia personelu lekarskiego i pielęgniarskiego oraz wykonywanych procedur, Oddział spełnia wymogi drugiego poziomu referencyjnego.
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej z Pododdziałem Chirurgii Klatki Piersiowej Lekarz kierujący Oddziałem dr n. med. Zbigniew Żęgota	Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej wykonuje procedury obejmujące cały zakres leczenia pourazowego uszkodzeń narządów ruchu z użyciem nowoczesnych technik osteosyntezy, jak również zabiegi protezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego. Jako jedyny w regionie wykonuje zabiegi implantacji protez jednoprzedziałowych stawu kolanowego i stawu rzepkowo-udowego. Dodatkowo wykonuje szeroki wachlarz zabiegów w zakresie chirurgii artroskopowej stawu kolanowego, barkowego i skokowo-goleniowego. Oddział zajmuje się takimi schorzeniami jak: • urazy oraz inne określone skutki działania czynników zewnętrznych, • choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej. Zabiegi operacyjne wykonywane przez lekarzy Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej: • artroskopie stawu kolanowego, barkowego oraz skokowo-goleniowego, • otwarte i zamknięte nastawienia złamań kości, • protezoplastyki stawu biodrowego, • protezoplastyki stawu kolanowego, w tym jednoprzedziałowe oraz stawu rzepkowo-udowego, • zabiegi z zakresu chirurgii onkologicznej kręgosłupa i kości długich, • zabiegi rekonstrukcji wielotkankowych z użyciem implantów mocujących.

Oddział Chorób Wewnętrznych i Diagnostyki Onkologicznej z Pododdziałem Kardiologicznym p.o. Ordynatora dr n. med. Tadeusz Żechowicz	Odział wykonuje pełen zakres badań diagnostycznych w dziedzinie chorób wewnętrznych. Oddział zajmuje się takimi schorzeniami jak: • choroby układu krążenia, • nowotwory, • choroby układu trawiennego, • choroby układu oddechowego, • zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej.
Oddział Ginekologiczny i Ginekologii Onkologicznej Lekarz kierujący Oddziałem dr n. med. Leszek Frąckowiak	Oddział jest ukierunkowany na niesienie pomocy zarówno w przypadku leczenia niepłodności, patologii, schorzeń wieku pomenopauzalnego, jak i leczenia nowotworów narządów płciowych kobiety. W Oddziale przeprowadza się operacje w schorzeniach nowotworów: raka trzonu macicy, raka szyjki, raka sromu z wykorzystaniem nowoczesnej metody oznaczenia węzła wartownika.
Oddział Otolaryngologiczny Lekarz kierujący Oddziałem lek. med. Beata Kielak	W Oddziale oferowany jest pełen zakres procedur z zakresu otolaryngologii. W Oddziale wykonywane są następujące zabiegi: • operacyjne usuwanie guzów: nosa, zatok obocznych nosa, noso-gardła, jamy ustnej, języka, gardła, krtani, gruczołów ślinowych, skóry twarzo-czaszki, • operacyjne leczenie złamań kości twarzo-czaszki tj. (kości nosa, oczodołu, jarzmowych, zatok czołowych, szczękowych, żuchwy), • ogólnolaryngologiczne tj.: operacje migdałków podniebiennych, migdałka gardłowego, polipów nosa, septoplastyki, operacje zatok czołowych, szczękowych, uszu, mikrochirurgii krtani, gruczołów ślinowych.
Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym Ordynator lek. med. Aniela Minicz-Płatek	Profil świadczeń Oddziału opiera się na: • całodobowym dyżurze, z pełną diagnostyką w nagłych zachorowaniach neurologicznych • diagnostyce i leczeniu pacjentów z ostrymi zespołami bólowymi, ostrymi procesami zapalnymi CUN, padaczki, SM, chorób zwyrodnieniowych CUN oraz diagnostyce choroby nowotworowej układu nerwowego, • pełnej diagnostyce neurologicznej (TK, MRI, Doppler domózgowy, pełna diagnostyka laboratoryjna), • wstępnej rehabilitacji neurologicznej w ramach Oddziału, w oparciu o działania logopedy, psychologa, fizjoterapeuty – kontynuowanej również ambulatoryjnie, • działalności przyszpitalnej Poradni Neurologicznej prowadzonej przez asystentów Oddziału Neurologii.
Oddział Rehabilitacji Dziennej Zakład Usprawniania Leczniczego Lekarz kierujący Oddziałem spec. rehab. med. Bożena Idźkowska	Zakład Usprawniania Leczniczego prowadzi rehabilitację w schorzeniach narządu ruchu po udarach mózgu i w innych schorzeniach neurologicznych, po mastektomii oraz w zespołach bólów kręgosłupa. Zakład Usprawniania Leczniczego oferuje zabiegi fizjoterapeutyczne pacjentom szpitalnym i ambulatoryjnym w działach: • kinezyterapii: ćwiczenia indywidualne i z wykorzystaniem sprzętu oraz wg metod neurofizjologicznych, • fizykoterapii: elektroterapia, laseroterapia, krioterapia, pole magnetyczne niskiej i wysokiej częstotliwości, • hydroterapii: bicze szkockie, masaż podwodny, masaż perełkowy, masaż wirowy kończyn górnych i dolnych, • masażu leczniczego i terapii manualnej: klasycznego, drenażu limfatycznego i terapii manualnej.
Pododdział Chemioterapii i Chemioterapii Jednodniowej w Ełku lek. med. Marzena Puchała	Poradnia Chemioterapii z Ośrodkiem Chemioterapii Jednodniowej to nowoczesna baza do ambulatoryjnego leczenia onkologicznego. 4-stanowiskowa baza do ambulatoryjnego podawania cytostatyków, bez konieczności hospitalizacji.

Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy

Ministerstwo Zdrowia

Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjne Programy Wczesnego Wykrywania Raka Piersi oraz Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy

Badam się, więc mam pewność – profilaktyka raka piersi

Co roku na Warmii i Mazurach na raka piersi zachorowuje około 600 kobiet. W ciągu ostatnich lat liczba ta znacząco wzrosła. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród kobiet w Polsce.

Obserwacja ilości zachorowań wykazała, że największe ryzyko zachorowania występuje u kobiet w grupie wiekowej 50-69 lat, czyli wieku menopauzalnym. Jest to jeden z głównych czynników ryzyka zachorowań.

Do kolejnych możemy zaliczyć:
- wczesną miesiączkę (tj. przed ukończeniem 11 roku życia),
- późną menopauzą (po 54 roku życia),
- późny wiek pierwszego porodu (po 35 roku życia),
- bezdzietność,
- rodzinne występowanie raka piersi, mutacje w genach BRCA1 i / lub BRCA2,
- palenie tytoniu, nadmierne spożywanie alkoholu, niewłaściwe odżywianie.

Najważniejszym czynnikiem w istotny sposób pozwalającym na całkowite wyleczenie raka piersi, jest jego wykrycie w jak najwcześniejszym stadium. Najskuteczniejszą metodą w grupie wiekowej kobiet 50-69 lat, która właśnie te zmiany wykrywa jest badanie mammograficzne.

Mammografia jest obrazową metodą badania piersi z użyciem promieni rentgenowskich, wykonywana na specjalnym aparacie rentgenowskim (mammografie) i pozwalająca na wczesne wykrycie choroby, gdy zmiana nie jest jeszcze wyczuwalna palapcyjnie (czyli pod palcami). Badanie jest dla większości pań bezbolesne. Ucisk stosowany w czasie badania jest konieczny, w celu uzyskania zdjęć wysokiej jakości; pozwala na zmniejszenie dawki promieniowania i jest krótko trwającym uczuciem dyskomfortu.

Badanie to możemy wykonać bezpłatnie i bez skierowania, w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi w pracowniach, które mają podpisany kontrakt z NFZ na wykonywanie tego typu świadczeń. Adresy tych placówek można znaleźć na stronie internetowej www.wok.olsztyn.pl lub www.nfz-olsztyn.pl.

Z bezpłatnych badań mammograficznych mogą skorzystać panie, które w wieku 50-69 lat nie miały wykonywanej mammografii w ciągu dwóch ostatnich lat.

Korzyści płynące z badań przesiewowych wynikają zarówno z wykrycia raka o małych rozmiarach, jeżeli pacjentka wykonuje je regularnie, jak i zahamowania rozwoju guza, jeżeli jest we wczesnym stadium. W dużej mierze dobry wynik leczenia kobiety, u której wykryto raka piersi zależy głównie od tego, czy zostało ono rozpoczęte we wczesnym czy też późnym stadium choroby. Badania kliniczne wykazały, że kobiety regularnie wykonujące mammografię, w przypadku wykrycia raka mają szanse na pełne wyleczenie.

Czynnikiem, równie ważnym co badanie profilaktyczne w wykryciu zmian chorobowych piersi, jest także samobadanie piersi. Wykonywać je należy regularnie, co miesiąc, począwszy już od 20 roku życia. Wiele kobiet, poprzez systematyczność w samobadaniu wykrywa sobie zmiany sama. Gdy zauważymy coś niepokojącego, należy zgłosić się do lekarza onkologa bądź ginekologa, który zadecyduje jak dalej postępować. Należy wiedzieć, że nie każdy guzek jest rakiem, często są to zmiany łagodne (np. torbiele), które należy po prostu kontrolować.

Pamiętajmy: *„Badam się, więc mam pewność!”* – pewność, że jestem zdrowa.

Profilaktyka jest tańsza niż leczenie i daje nam niewymierne korzyści – pozwala uniknąć stresu psychicznego i cierpień fizycznych związanych z chorobą. Dzięki profilaktyce możemy uratować swoje życie, a rak nie musi zabijać. Dbając o siebie, dbamy również o swoją rodzinę!

Dorota Semerak

Kawiarnia

Kawiarnia znajduje się
na I piętrze budynku B
Godziny otwarcia:
poniedziałek - piątek: 6^{30} - 17^{00}
sobota - niedziela: 10^{00} - 16^{00}

Bufet

Bufet znajduje się
na parterze budynku „G”
Godziny otwarcia:
poniedziałek - piątek: 8^{00} - 18^{00}
sobota - niedziela: 9^{00} - 16^{00}

Kiosk

Kiosk znajduje się
na parterze budynku „G”
Godziny otwarcia:
poniedziałek - piątek: 6^{30} - 15^{30}
sobota - niedziela: 10^{00} - 15^{00}

Apteka

Apteka znajduje się
na parterze budynku „A”
Godziny otwarcia:
poniedziałek - piątek: 8^{00} - 18^{00}

Sklep Medyczny

Sklep medyczny znajduje się
na I piętrze budynku „B”

Artykuły medyczne:

- pieluchy i pieluchomajtki,
- cewniki zewnętrzne i wewnętrzne,
- worki do zbiórki moczu,
- sprzęt stomijny,
- materace i poduszki przeciwodleżynowe,
- protezy piersi,
- gorsety protetyczne dla Amazonek,
- peruki,
- wózki inwalidzkie ręczne, elektryczne, aktywne,
- wózki inwalidzkie dziecięce,
- wózki spacerowe dziecięce,
- balkoniki • kule • laski • inhalatory,
- aparaty nCPAP,
- podkłady na łóżko wielorazowego, użytku • obuwie.

Sklep czynny: poniedziałek - piątek w godz. 7^{00} - 15^{00}

Dekalog
życzliwego traktowania pacjentów

1. Są najważniejszymi osobami w naszej działalności.
2. Nie są zależni od nas. To my jesteśmy zależni od nich.
3. Nie zakłócają naszej pracy. Są jej celem.
4. Są częścią naszej organizacji, a nie osobami z zewnątrz.
5. Nie są tylko częścią statystyki.
   Są ludźmi z krwi i kości, którzy czują i reagują jak my,
   traktujmy ich jak sami chcielibyśmy być traktowani.
6. Zasługują na tyle uprzejmości i uwagi,
   ile tylko możemy im poświęcić.
7. Staraj się przekazać informację pacjentom w taki sposób,
   aby zrozumieli, co do nich mówisz.
8. Zastanów się nad sugestiami pacjentów, one nie zawsze
   są pozbawione sensu. W końcu nikt nie zna lepiej swojej
   choroby niż sam chory.
9. Na powitanie uśmiechnij się. Krzywy grymas na twarzy
   źle wpływa na poziomy glikemii twoich pacjentów.
10. Są istotą naszej pracy. Bez nich nie byłoby nas.
    Zawsze o tym pamiętaj!

SŁUŻBA ZDROWIA
MSW