

POLIKLINIKA



Kwartalnik Szpitala MSW w Olsztynie Nr 3/7 • lipiec • sierpień • wrzesień • 2012



Termomodernizacja (str. 4)

STEREOTAKTYCZNA HYPOFRAKCJONOWANA RADIOTERAPIA CHORYCH NA RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO

Monika Rucińska, Marta Stefańczyk, Joanna Minczewska, Sergiusz Nawrocki



Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Katedra Onkologii

SP ZOZ MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, Zakład Radioterapii



Wstęp

Radioterapia, obok leczenia chirurgicznego, stanowi podstawową metodę leczenia raka gruczołu krokowego. Złotym standardem jest teleterapia konformalna do wysokich dawek całkowitych w zakresie 76-84Gy, w dawce frakcyjnej 2Gy. Leczenie to trwa 8-10 tygodni, jest uciążliwe dla pacjenta i stanowi duże obciążenie dla ośrodków radioterapii. Skrócenie czasu leczenia jest możliwe dzięki zastosowaniu brachyterapii lub radioterapii stereotaktycznej. Celem badania jest ocena toksyczności wczesnej oraz wstępna ocena skuteczności stereotaktycznej hypofrakcjonowanej radioterapii raka gruczołu krokowego.

Metoda

Badanie ma charakter prospektywnego, jednoosobowego badania klinicznego. Do badania kwalifikowano chorych z rozpoznaniem histopatologicznym gruczolakoraka, w stadium klinicznego zaawansowania T2-T3N0M0, z grupy niskiego i pośredniego ryzyka wg NCCN. Chorym wszczepiano 3 złote markery do gruczołu krokowego pod kontrolą USG, objętości tarczowe wyznaczano na podstawie rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej. Zastosowano metodę IMRT. Podawano 33.5Gy w 5 frakcjach po 6.7Gy 2 razy w tygodniu (wtorek-piątek). Powyższa dawka odpowiada 78Gy a 2Gy (przy założeniu α/β dla gruczołu krokowego = 1.5Gy). Przed każdą frakcją radioterapii przeprowadzano weryfikację położenia przy pomocy MV Cone Beam CT i zdjęć portalowych wizualizujących implantowane markery.

Wyniki

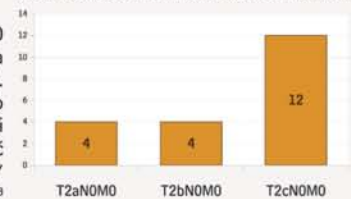
Do analizy wstępnej włączono pierwszych 20 pacjentów leczonych powyższą metodą. Mediana wieku pacjentów wyniosła 74 lata (65-83 lata). Najwięcej (12 pacjentów) było w stopniu klinicznego zaawansowania T2cN0M0. Stopień złośliwości nowotworu oceniony wg Gleason: 5-9. Wartość wyjściowa: PSA 4.7-31.0ng/ml (mediana 10.2ng/ml). Objętość gruczołu krokowego: 12.8-67.1cm³ (mediana 35.4cm³). U połowy pacjentów rozpoczęto hormonoterapię 6 miesięcy przed rozpoczęciem radioterapii i kontynuowano nadal.

Wczesna tolerancja leczenia była dobra, nie obserwowano ostrych odczynów popromiennych ze strony pęcherza moczowego i odbytnicy w stopniu G3-G4 u żadnego z chorych. Uzyskano systematyczne zmniejszanie poziomu PSA w kolejnych badaniach wykonywanych co 3 miesiące (PSA 3 miesiące po leczeniu: 0.02-4.45ng/ml; średnio: 1.76ng/ml, 9 miesięcy po leczeniu: 0.00-1.90ng/ml; średnio: 0.75ng/ml).

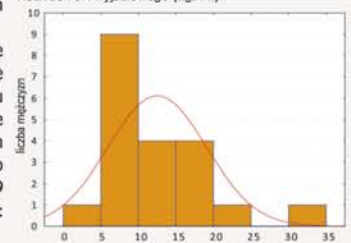
Wnioski

Zastosowana metoda jest dobrze tolerowana i będzie dalej weryfikowana w ramach badania klinicznego obejmującego ocenę skuteczności i odczynów późnych. W opinii pacjentów jest to metoda mniej uciążliwa i w nieznanym stopniu wymuszająca zmianę dotychczasowego trybu życia i aktywności.

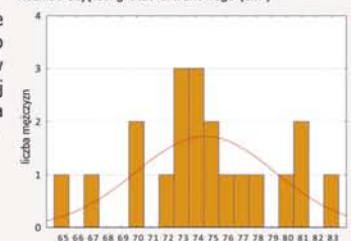
Stopień zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji TNM



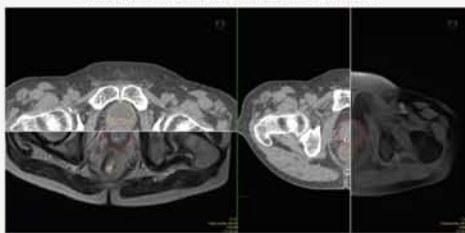
Rozkład PSA wyjściowego (ng/ml)



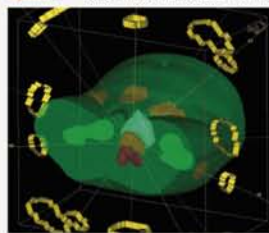
Rozkład objętości gruczołu krokowego (cm³)



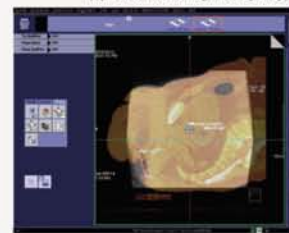
Rycina 1. Fuzja TK z MR (T2 do konturowania gruczołu krokowego i sekwencja uwidaczniająca implantowane markery)



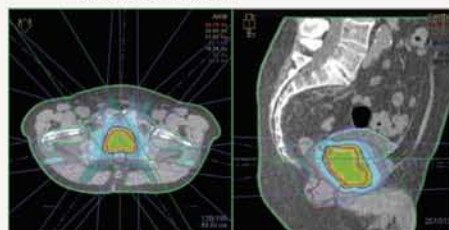
Rycina 2. Układ wiązek dla planu IMRT w 3D



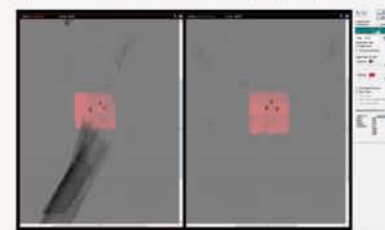
Rycina 4. MV CBCT pacjenta, przekrój sagitalny (ocena wypełnienia pęcherza moczowego i odbytnicy)



Rycina 3. Rozkład dawki w dwóch płaszczyznach - plan IMRT



Rycina 5. Wynik rejestracji na markery (zdjęcia portalowe)





W numerze:

Wielkie ocieplenie w olsztyńskiej Poliklinice	4
Leczenie obrzęku limfatycznego po mastektomii	6
Prezentacja nowej kadry	7
Kodeks dobrej praktyki zarządzania	8
Profilaktyka raka jelita grubego	9
W odpowiedzi na potrzeby pacjentów – hematologia	10
Rzuć palenie razem z nami	11
Medytacja jako sposób redukcji stresu w twoim życiu	11
Spacery-Rowery	12
Turniej szachowy	14
II Turniej Strzelecki	15
Wyprawa na Ukrainę	16
Nowoczesne podejście do przerzutów nowotworowych do kości ...	20
Chryzantemy ze słów.....	21
Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych?	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



Olsztyn. Nowe inwestycje w ochronę zdrowia

Wielkie ocieplenie w olsztyńskiej Poliklinice

Od sierpnia w olsztyńskim szpitalu MSW przy al. Wojska Polskiego prowadzone są prace związane z modernizacją systemu energetycznego i termomodernizacją budynków Polikliniki. – To prawdziwa operacja na żywym organizmie – mówi Janusz Chelchowski, dyrektor szpitala.

Dofinansowano
ze środków
Narodowego
Funduszu
Ochrony Środowiska
i Gospodarki Wodnej



Po wielu latach Poliklinika doczekała się kompleksowej modernizacji instalacji grzewczych, energetycznych i termomodernizacji. Prace będą kosztowały prawie 13 mln zł. – Kilka lat temu doszliśmy do wniosku, że korzystniejsze jest zmodernizowanie wszystkich elementów decydujących o funkcjonowaniu i kosztach eksploatacji szpitala, niż przez wiele lat wykonywanie pojedynczych remontów – mówi Janusz Chelchowski. Zachętą do takiego podejścia były konkursy prowadzone przez Narodowy Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w Warszawie. O dofinansowanie mogły ubiegać się inwestycje charakteryzujące się wysokim stopniem innowacyjności, zwiększeniem efektywności energetycznej i znacznym ograniczeniem emisji zanieczyszczeń do atmosfery.



Wartość rozpoczętego w sierpniu b.r. przedsięwzięcia wyniesie ponad 13 mln zł. Jest ono w części dofinansowane ze środków Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w Warszawie. W ramach modernizacji systemu energetycznego zlikwidowana zostanie stara kotłownia parowa, którą zastąpią nowe elektryczne wytwornice pary. Całkowicie zmieniony zostanie węzeł cieplny. Poliklinika będzie miała własny wysokosprawny gazowy agregat kogeneracyjny wytwarzający energię elektryczną

i ciepłą. W okresie letnim system chłodniczy wspomże układ absorpcyjny zamieniający nadwyżki energii cieplnej na chłód do klimatyzacji. Modernizacja wewnętrznej instalacji grzewczej polegać będzie na zainstalowaniu regulacyjnych zaworów oraz na wymianie części starych grzejników na nowe. Wszystkie grzejniki zostaną wyposażone w głowice termostatyczne. Całością systemu energetycznego zarządzać będzie centralny system komputerowy, tzw. BMS.



Prace będą prowadzone nie tylko na zewnątrz, ale również wewnątrz szpitala. Priorytetem jest zapewnienie normalnego funkcjonowania naszej placówki, przy skomplikowanej inwestycji polegającej m.in. na instalacji agregatu kogeneracyjnego, ociepleniu ponad 20 tys. m² ścian budynków oraz na wymianie ponad tysiąca grzejników – dodaje dyrektor. To duże wyzwanie dla wykonawców inwestycji, ale też dla całego personelu Polikliniki. Wymaga to ścisłej współpracy dosłownie wszystkich pracowników. ocenia Dyrektor zdecydowanie podkreśla, że pacjent jest jedyną osobą, która nie może odczuć uciążliwości związanych z pracami.

Trwająca inwestycja jest ostatnim etapem przyjętej strategii poprawy systemu energetycznego szpitala. Pierwszym było zainstalowanie w ubiegłym roku na dachach Polikliniki 150 kolektorów słonecznych. Ostatnie dwa lata to czas intensywnych zabiegów o obniżenie kosztów działalności placówki na kolejne dziesiątki lat. Dzięki już zrealizowanym i jeszcze trwającym inwestycjom, ciepła woda w kranie dla pacjentów, a także ciepło z kaloryferów będą tańsze niż do tej pory.

– Takie przedsięwzięcia możemy prowadzić dzięki pozyskanym dotacjom unijnym i krajowym – mówi szef olsztyńskiej Polikliniki. Proces pozyskiwania dodatkowych pieniędzy od diagnozy potrzeb, pomysłu przez projekt do jego realizacji jest długi, jednak stawka jest tego warta.



Termomodernizacja olsztyńskiej Polikliniki to ocieplenie budynków stanowiących kompleks szpitalny. Roboty budowlane prowadzone będą w czynnym obiekcie, w którym znajdują się m.in. sale operacyjne i sale chorych. Na stopień trudności inwestycji, poza aspektem budowlanym, wpływa również liczba chorych korzystających z opieki szpitala. W ubiegłym roku leczonych było tu ponad 170 tysięcy pacjentów. To wielkość porównywalna z liczbą mieszkańców Olsztyna.

– Zdajemy sobie sprawę z utrudnień – mówi Janusz Chelchowski. Prace będą trwały prawie rok, również w okresie zimowym, ale jest to konieczne, żeby ciężko chorzy pacjenci z Warmii i Mazur byli leczeni w obiektach na miarę XXI wieku. Nowoczesny i energooszczędny system grzewczy poprawi nie tylko komfort pacjentów, ale również pozostawi oszczędności w budżecie szpitala. Chcemy oszczędzać na budynkach, a nie na ludziach.



Olsztyńska Poliklinika poszukuje źródeł finansowania nie tylko dla poprawy infrastruktury. Obecnie otrzymała środki z Europejskiego Funduszu Społecznego na przeszkolenie lekarzy pierwszego kontaktu z zakresu onkologii. – To wielka rzecz, że doceniono potrzebę realizacji tego rodzaju przedsięwzięć – cieszy się dyrektor. Szkolenia będą trwały od listopada b.r. do kwietnia 2013. Szybkie rozpoznanie nowotworu jest kluczowe dla powodzenia późniejszej terapii. Dzięki szkoleniom realizowanym przez Poliklinikę, ponad stu lekarzy pierwszego kontaktu z Warmii i Mazur będzie dokształcało się pod okiem wybitnych specjalistów z zakresu onkologii oraz chemioterapii.



Szpital MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, znany powszechnie jako olsztyńska Poliklinika, jest jedynym w województwie warmińsko-mazurskim pełnoprofilowym ośrodkiem przygotowanym do profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych. Od lat zdobywa najwyższe miejsca w krajowych rankingach szpitali. Dzięki wysokiemu standardowi usług medycznych i stosowaniu nowoczesnych metod zarządzania, szpital spełnia wymogi obowiązujące w europejskich placówkach medycznych, co zostało potwierdzone w 2011 r. trzecim miejscem w Polsce oraz pierwszym w województwie warmińsko-mazurskim, w ogólnopolskim rankingu Rzeczpospolitej „Bezpieczny Szpital”. Ponadto Szpital MSW w Olsztynie jest jedyną placówką w Polsce, która otrzymała Polską Nagrodę Jakości we wszystkich kategoriach: Organizacje Publiczne-Opieka Zdrowotna, Znakomity Przywódca i Znakomity Pełnomocnik Systemów Zarządzania.

W roku 2013 planowane są kolejne inwestycje, np. budowa lądowiska dla śmigłowców.



Leczenie obrzęku limfatycznego po mastektomii

Najczęstszym i najbardziej uciążliwym powikłaniem po leczeniu raka piersi jest obrzęk chłonny kończyny górnej po stronie operowanej. Schorzenie polega na patologicznym, nadmiernym gromadzeniu chłonki w przestrzeni zewnątrzkomórkowej, spowodowanym upośledzeniem jej odpływu z obszaru kończyny górnej. Za jego powstanie w głównej mierze odpowiadają: usunięcie naczyń i węzłów chłonnych okolicy pachowej, powstawanie zmian bliznowatych okolicy operowanej i włóknienie tkanek wskutek radioterapii. Powstawaniu obrzęku sprzyjają: zakażenia rany pooperacyjnej lub skóry kończyny górnej po stronie operowanej, otyłość, przeciążanie kończyny górnej, ale również brak aktywności i przerzuty nowotworowe.

Obrzęk limfatyczny musimy leczyć, ponieważ nie jest on jedynie zaburzeniem estetycznym; sam w sobie jest przewlekłą chorobą, która prowadzi do poważnych powikłań, takich jak: zapalenia i zakażenia skóry obrzękniętej kończyny, zakrzepica żylna, przykurcze stawowe, zespoły neurologiczne z ucisku (uszkodzenie splotu barkowego, zespół cieśni nadgarstka), wtórne nowotwory układu chłonnego (zespół Stewarda-Trevisa).

W terapii obrzęku limfatycznego stosujemy:

Kinezyterapię

- ćwiczenia czynne wolne kończyn górnych
- ćwiczenia. w odciążeniu kończyn górnych
- ćwiczenia oddechowe
- ćwiczenia czynne z oporem (maksymalnie po 25 dag na każdą kończynę)

Fizykoterapię

- masaż wirowy kończyny, przy temperaturze wody 34-37°C
- masaż pneumatyczny kończyny przy ułożeniu kończyny na klinie pod kątem 45 st. w stosunku do podłoża; masaż ten polega na cyklicznym ucisku kończyny w rękawie pneumatycznym, przy czym pierwsze wypełniają się komory dystalne, a najpóźniej te w okolicy stawu barkowego
- masaż urządzeniem Aquavibron przy ułożeniu kończyny na klinie pod kątem 45 st., masaż w kierunku dosiebnym
- drenaż limfatyczny – odmiana masażu ręcznego wykorzystująca głównie technikę wyciskania; wyższość tej metody nad innymi polega na tym, że rozpoczynamy od zrobienia miejsca dla zalegającej limfy poprzez mechaniczne opracowanie zdrowej przyległej do obrzękniętej części tułowia, a następnie masujemy kończynę obrzękniętą, rozpoczynając od części proksymalnych, ale zawsze w kierunku zgodnym z odpływem chłonki



Masaż pneumatyczny kończyny górnej

Kompresjoterpię:

- z użyciem specjalnych bandaży (bandażowanie), z użyciem odpowiednich technik plastrowania (kinesiologia taping) lub specjalnie dobranych rekawków uciskowych.



Bandażowanie kończyny górnej

Farmakoterapię

- leki limfotropowe; najczęściej stosowane to: gamma benzopireny (diosmina, hesperydyna), pochodne rytozydów, naturalne wyciągi z kasztanowca czy winogron

Jednak wszystkie nasze działania nie będą skuteczne przy braku zaangażowania samej pacjentki. Podstawą w zapobieganiu i leczeniu obrzęku chłonnego jest zmiana sposobu życia i przestrzeganie poniższych zasad.

1. Wykonuj automasaż 2x dziennie przez 10 min, przy ułożeniu kończyny na klinie, wszystkie ruchy w kierunku dosiebnym (masaż nie może wywoływać bólu); każdy rodzaj ruchu powinien być powtórzony 5-10 razy, zgodnie z regułą wierzch kończyny przez bark w stronę łopatki, spód kończyny przez pachę i bok w kierunku biodra, przód kończyny przez mostek do drugiej pachy.
2. Wykonuj ćwiczenia czynne kończyn górnych 2 x dziennie, z naciskiem na ruchy powyżej 90 st. w stawie barkowym.
3. Układaj wyżej obrzękniętą kończynę jak najczęściej w ciągu dnia, a także w nocy – siła grawitacji jest twoim sprzymierzeńcem w walce z obrzękiem.
4. Uważaj na zakażenia skóry kończyny po stronie operowanej; szczególnie ważna jest ochrona przed przypadkowymi skaleczeniami lub oparzeniami, a w razie ich wystąpienia należy zdezynfekować i zabezpieczyć ranę; nie pobieramy krwi z żył tej kończyny.
5. Chroń kończynę po stronie operowanej przed uciskiem – tu istotne znaczenie ma dobór bielizny; musi ona mieć szerokie ramiączka (zapobieganie zespołowi ramiączka – oprócz obrzęku kończyny, zespół ten charakteryzuje się nerwobólem ze splotu ramiennego); noś luźne rękawy, torebkę przewieszaj na drugie ramię, nie mierz ciśnienia na kończynę po stronie mastektomii.
6. Nie przeciążaj kończyny po stronie operowanej.
7. Dbaj o prawidłową masę ciała – otyłość zwiększa istotnie ryzyko wystąpienia obrzęku limfatycznego; pamiętaj że stanowi również czynnik ryzyka raka piersi (przy BMI powyżej 28 jest ono o 30% większe niż przy BMI 21).
8. Pamiętaj o systematycznej aktywności ruchowej – za najbardziej odpowiednią uważa się aktywność rekreacyjną na poziomie 1000 kcal wydatku energetycznego tygodniowo lub 150-400 kcal dziennie, co odpowiada u osoby ważącej 70 kg: 60 min. marszu, 19 min. biegu, 25 min. pływania.

Agnieszka Adamiak-Morska
Zakład Usprawniania Leczniczego

Prezentacja nowej kadry



Lek. med. Andrzej Lachowski

Andrzej Lachowski

W 1980 r. ukończył Akademię Medyczną w Białymstoku. Pracę rozpoczął w Szpitalu Miejskim w Częstochowie, na Oddziale Chirurgii Ogólnej. 1984 r. – specjalizacja I stopnia z chirurgii ogólnej. Od 1998 r. praca w Szpitalu Miejskim w Toruniu na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej. W 1995 r. specjalizacja z chirurgii onkologicznej. Od 2002 r. praca na Oddziale Chirurgii Onkologicznej w Olsztynie. Od czerwca 2012 r. pracuje jako koordynator Oddziału Chirurgii Onkologicznej.



Danuta Tkacz – pielęgniarka

Danuta Tkacz

Od 1988 do 2000 roku pracowała jako pielęgniarka na Oddziale Pediatrycznym. Następnie otrzymała angaż jako pielęgniarka w otwartej opiece zdrowotnej. Doświadczenie zawodowe – licencjat z pielęgniarstwa. W pracy pełna odpowiedzialności i poczucia obowiązku...



Dr n. med. Wanda Knopińska-Postuszny

Wanda Knopińska-Postuszny

Z W-MCO związana jest od 2010 roku. Przez dwa pierwsze lata była konsultantem

hematologii na Oddziale Klinicznym Chemioterapii. Od 1 października 2012 jest lekarzem kierującym Oddziałem Hematologii. Całe 20 lat dotychczasowej pracy zawodowej poświęciła diagnostyce i leczeniu schorzeń hematologicznych i transplantacji komórek macierzystych układu krwiotwórczego; początkowo w Klinice Hematologii w Katowicach, a od 1993 roku w Katedrze i Klinice Hematologii GUMED.

Wprowadzanie nowych technik diagnostycznych i leczniczych, rozwój nowoczesnej bazy leczenia hematologicznego w regionie oraz kształcenie nowych kadr hematologów oparte na światowych standardach, uważa za swoje zadanie i wielkie wyzwanie na najbliższe lata.



Lek. med. Beata Kielak

Beata Kielak

Absolwentka Akademii Medycznej w Warszawie. Od 2010 roku pracuje jako lekarz laryngolog w SP ZOZ MSW z W-MCO w Olsztynie, wcześniej wiele lat na Oddziale Laryngologii Szpitala Miejskiego w Olsztynie.

Od czerwca 2012 pełni funkcję koordynatora Oddziału Otolaryngologii. Specjalista w zakresie otolaryngologii.



Mgr Danuta Jurkowska
pielęgniarka oddziałowa

Danuta Jurkowska

Pielęgniarka oddziałowa na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

W zawodzie pracuje 24 lata, posiada specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki oraz w dziedzinie organizacji i zarządzania w służbie zdrowia.

Ponadto ukończyła studia magisterskie z administracji i studia podyplomowe „Zarządzanie i marketing w ochronie zdrowia”. Prowadzi działalność społeczną w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie – Sekretarz ORPiP obecnej kadencji.

Doświadczenie zawodowe pani Danuty to 16 lat pracy na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii WSS w Olsztynie, w tym na stanowisku pielęgniarki oddziałowej, 7 lat doświadczenia na Oddziale Kardiochirurgii WSS w Olsztynie, na stanowisku pielęgniarki oddziałowej. Część swojego wolnego czasu poświęca jazdzie, turystyce pieszej, a także kolekcjonowaniu dzwoneczków z logo miejsc odwiedzanych.



Lek. med. Jacek Owczarczyk

Jacek Owczarczyk

Od września 2012 r. p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa; z wykształcenia lekarz medycyny. Absolwent Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi.

Motocyklista, niby podobny do wszystkich innych pasjonatów, hobbystów, sekciarzy, ale jednak odmienny. Zawsze po przejechaniu pierwszych kilkuset kilometrów samotnie, motocyklista staje się „zwierzęciem stadnym”. Należy do Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarzy „Doctorriders”. Prywatnie szczęśliwy mąż. Wciągnął również żonę w swoje zamiłowania do motocykli.

Mgr Anna Maczuga – pielęgniarka

Absolwentka Liceum Medycznego w Olsztynie z roku 1990; staż w zawodzie 22 lata. Cały ten czas przepracowała w pionie onkologicznym. Były to: Oddział Chirurgii Onkologicznej i Chemioterapii, blok operacyjny, pracownia endoskopowa i Oddział Radioterapii, w którym aktualnie pracuje. Od 01.10.2012 r. na stanowisku pielęgniarki koordynującej Oddziału Klinicznego Radioterapii II.

Ukończyła także studia teologiczne z tytułem magistra oraz studia uzupełniające uzyskując licencjat z pielęgniarstwa. Od 2010 r. jest także specjalistą w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego.

Kodeks Etyki – Dobrej Praktyki Zarządzania

Troska o pacjenta, w tym moralne i etyczne zasady postępowania w stosunku do niego były i są naczelnym przesłaniem działania naszego Szpitala.

Potrzeba opracowania i wdrożenia Kodeksu Etyki – Dobrej Praktyki Zarządzania została podyktowana specyfiką działania Szpitala, w którym jakość wykonywanych usług na rzecz pacjentów i innych podmiotów współdziałających ze Szpitalem jest bezpośrednią pochodną postaw i zachowań poszczególnych pracowników realizujących konkretne zadania. Zatem o satysfakcji pacjenta, spełnieniu jego potrzeb i oczekiwań, decyduje przede wszystkim pracownik, jego osobowość, profesjonalizm, a zwłaszcza stosunek do pacjenta wyrażany poprzez postawę etyczno-moralną pracownika.

Mamy pełną świadomość, że normy moralne oraz zasady postępowania etycznego lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników mających bezpośredni kontakt z pacjentem, są bardzo wnikliwie i krytycznie oceniane przez społeczeństwo.

Wiemy też, że w przypadku świadczonych przez nas usług medycznych, wdrożenie systemu zarządzania jakością wg normy ISO 9001 jako systemu opartego głównie na technicznych aspektach organizacji i zarządzania, jest niewystarczające i stanowi tylko pierwszy krok w budowaniu zintegrowanego systemu zarządzania, zorientowanego w pełni na pacjenta. Chociaż trzeba podkreślić, że wdrożenie tego systemu przyniosło nam wiele pozytywnych efektów. Przede wszystkim uporządkowało podstawowe obszary działania Szpitala. Jednoznacznie określiło zakresy uprawnień i odpowiedzialności wszystkich pracowników, usprawniło system przepływu informacji i decyzji, zwiększyło satysfakcję pacjentów, nie mówiąc już o największym osiągnięciu, jakim było zjednoczenie załogi wokół wspólnej realizacji misji i celów Szpitala oraz stworzenie silniejszej więzi pomiędzy kierownictwem i pracownikami, a także ugruntowanie zasad pracy zespołowej – podstawy nowoczesnych systemów zarządzania.

Przyjęliśmy i wdrożyliśmy w życie zasadę:

*Zadowolenie klienta zewnętrznego jest nierozdzielnie związane z satysfakcją klienta wewnętrznego.
Nie ma zadowolonych klientów bez zadowolonych pracowników!*

Zdajemy sobie sprawę, że we wszystkich naszych działaniach niezbędne jest zachowanie podstawowych wartości etycznych i uznanie zobowiązań wobec wszystkich pacjentów i podmiotów objętych zakresem naszej działalności. Uczciwość jest warunkiem koniecznym do osiągnięcia stabilności Szpitala i jego sukcesu. Reputacja i wizerunek naszej placówki oraz zaufanie do niej jest jedną z największych wartości. To przesłanie towarzyszy nam od ponad 65 lat i znajduje swój wyraz w stworzeniu rozumiejącej się, nieskonfliktowanej załogi zintegrowanej w realizacji polityki, celów i zadań Szpitala.

Opracowanie, wdrożenie i konsekwentne stosowanie zasad Kodeksu Etyki – Dobrej Praktyki Zarządzania w naszym Szpitalu wpływa na kształtowanie właściwych postaw etyczno-moralnych pracowników, gwarantujących lepszą więź z pacjentami, pełniejsze zaspokajanie ich potrzeb i oczekiwań, co z pewnością przekłada się na jeszcze lepszy wizerunek Szpitala wśród naszych pacjentów oraz całej społeczności.

W systemach zarządzania organizacją na pierwszy plan wysuwa się problem zarządzania zasobami ludzkimi. Jest to strategiczne, łączne podejście do kierowania największą wartością w organizacji, jaką są pracujący w niej ludzie. To właśnie oni, ich wiedza, kwalifikacje i umiejętności, w sposób grupowy i indywidualny wpływają na efektywność organizacji i realizację jej celów. Problem ten szczególnie jaskrawo uwidacznia się w przedsięwzięciach świadczących usługi niematerialne oceniane poprzez postawy i zachowania człowieka świadczącego daną usługę. W zarządzaniu zasobami ludzkimi kierujemy się podstawowymi, elementarnymi zasadami etycznymi, do których należą przede wszystkim:

- Szacunek dla człowieka – przyznanie mu prawa głosu i udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących organizacji, w której jest zatrudniony,
- Wzajemny szacunek – tworzenie społeczności interesów i rozwiązywanie konfliktów spowodowanych złym komunikowaniem się,
- Proceduralna sprawiedliwość – zajmowanie się wszystkimi sprawami dotyczącymi sposobów traktowania ludzi,
- Przejrzystość – otwartość oraz wyjaśnianie pracownikom propozycji, decyzji i procedur działania kadry zarządzającej.

Ujęte w Kodeksie zasady postępowania zostały odniesione do trzech obszarów, w których działalność Szpitala jest w decydującym stopniu warunkowana postawą i zachowaniami człowieka.

1. Relacje pomiędzy Szpitalem i pacjentem-klientem oraz innymi podmiotami współdziałającymi ze Szpitalem.
2. Wzajemne relacje pomiędzy kierownictwem Szpitala i pracownikami.
3. Zasady postępowania pracownika.

Wszystkie te trzy obszary są wzajemnie sprzężone i nie można mówić o uregulowaniu zasad postępowania tylko w jednym wybranym obszarze, nie odnosząc się do pozostałych. Pracownik nie będzie w pełni wywiązywał się z odpowiedzialności wobec klienta, jeżeli nie będzie utożsamiał się z celami swojej organizacji i nie będzie się czuł współodpowiedzialny za jej działania. Aby tak było, w sposób przejrzysty i przede wszystkim przyjazny, powinny funkcjonować uregulowane stosunki pomiędzy kierownictwem Szpitala i jej pracownikami, a także ich wzajemne relacje.

Aby jednak zasady ujęte w Kodeksie nie były wyłącznie listą „pobożnych życzeń”, znajdują one swoje umocowanie w Zintegrowanym Systemie Zarządzania, w postaci wdrożonych i stale doskonalonych procedur postępowania, w tym określających zasady kontroli i monitorowania stosowania zasad Kodeksu, systemów motywacji pracowników, komunikacji wewnętrznej oraz kultury organizacyjnej.

Profilaktyka raka jelita grubego

Od 10 lat realizowany jest w Polsce program badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego. W naszym Szpitalu program wprowadzono z niewielkim opóźnieniem, ale obecnie realizowany jest bez ograniczeń.

Podstawą teoretyczną do stworzenia programu było zrozumienie i opisanie procesu nowotworowego wywodzącego się z błony śluzowej jelita grubego. Zdecydowana większość zmian nowotworowych kształtuje się tu przez lata. Średni czas przejścia łagodnej zmiany przednowotworowej w inwazyjny nowotwór wynosi około 10 lat. Okres ten jest idealny do wykonania badania screeningowego mającego na celu zlokalizowanie oraz usunięcie zmiany z potencjałem nowotworzenia podczas jednego, trwającego około 15 minut badania.

Tym badaniem jest kolonoskopia.

Kogo kwalifikować?

Do badania profilaktycznego kwalifikujemy pacjentów bez objawów raka jelita grubego w przedziale wiekowym:

- 50. - 65. rok życia – nieposiadających innych czynników ryzyka rozwoju nowotworu jelita grubego,
- 40. - 65. rok życia – pacjenci posiadający dodatni wywiad rodzinny związany z rakiem jelita grubego,
- powyżej 25. roku życia – z dziedzicznym rakiem jelita grubego (skierowanie potwierdzone przez poradnię genetyczną).

Program badań przesiewowych realizowany jest na podstawie ankiety wypełnionej w pracowni endoskopowej. Pacjent nie wymaga skierowania od lekarza NFZ.

Kolonoskopia jest prostym badaniem trwającym około 15 minut. W zdecydowanej większości badanie jest dobrze tolerowane przez pacjentów i nie wymaga podawania środków znieczulających.

Do badania należy się jednak przygotować, na co składa się 2-3 dniowa dieta oraz oczyszczenie jelita w przeddzień badania środkiem osmotycznym wydawanym pacjentom nieodpłatnie po procesie kwalifikacji.

Po 10 latach obserwacji.

Dotychczasowe kilkuletnie doświadczenie naszej pracowni potwierdza dane pozyskiwane z innych ośrodków realizujących program profilaktycznego badania jelita grubego. Częstość nowotworów stwierdzanych w badaniach profilaktycznych wynosi 1:100; częstość stwierdzanych polipów 1:3, z czego około 50% stanowią gruczolaki posiadające potencjał nowotworzenia.

Dotychczasowe wytyczne mówiły o potrzebie powtarzania kolonoskopii wykonywanej profilaktycznie co 10 lat.

Obecne obserwacje populacyjne dały podstawę do twierdzenia, że jednorazowe wykonanie kolonoskopii u pacjentów w przedziale wiekowym 55-65 roku życia z jednoczesną resekcją polipów, jest badaniem wystarczającym i w większości przypadków nie wymaga dalszego nadzoru.

Podsumowanie

Od 10 lat pacjenci mają możliwość wykonywania kolonoskopii w ramach nieodpłatnych badań profilaktycznych. Kolonoskopia wykonana profilaktycznie jest najlepszą metodą zapobiegania rozwojowi raka jelita grubego. Endoskopię jelita grubego wykonujemy według aktualnych zaleceń jednorazowo. Takie badanie zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia raka jelita grubego w przyszłości o ponad 80%.

Jacek Janiszewski



BEZPŁATNE BADANIE JELITA GRUBEGO





ZDĄŻYĆ PRZED RAKIEM

Jeżeli nie miałas/miałeś kolonoskopii w ciągu 10 lat Zgłoś się koniecznie!




PRACOWNIA
ENDOSKOPII
ONKOLOGICZNEJ

poniedziałek – piątek
9:00 – 14:00

tel. 89 539 84 56

Budynek C – I piętro
(Przychodnia Onkologiczna)

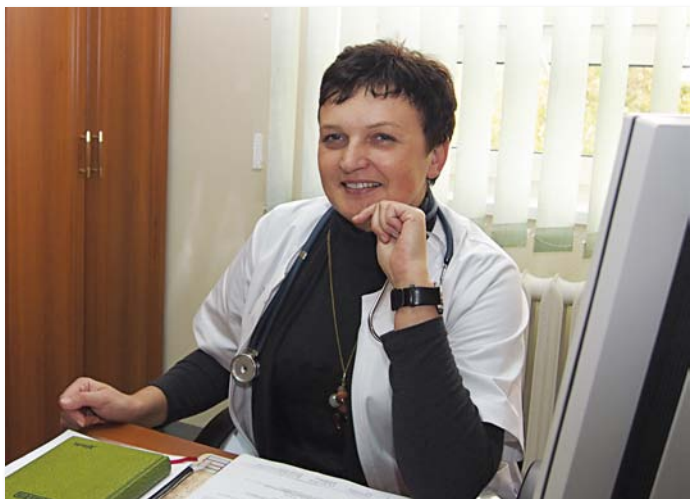
JUŻ DZIŚ SKORZYSTAJ
Z BEZPŁATNYCH BADAŃ
NIE POZWÓL BY TO CHOROBA
ZASKOCZYŁA CIEBIE

ZAPRASZAMY

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, Al. Wojska Polskiego 37
www.poliklinika.olsztyn.pl

W odpowiedzi na potrzeby pacjentów

Bez perspektyw i idealistycznego spojrzenia nie ma hematologii – o nowo otwartym oddziale w Poliklinice opowiada dr n. med. Wanda Knopińska-Posłuszny, hematolog.

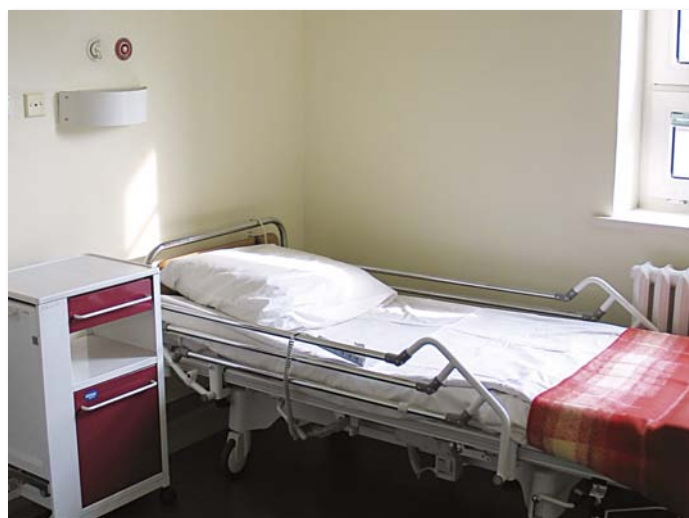


1 października 2012 Poliklinika postawiła na hematologię...

– Od tego dnia działa również Poradnia Hematologiczna. To wyraz potrzeby naszego województwa. Do tej pory funkcjonował tylko oddział w Szpitalu Wojewódzkim, którego działalność nie była wystarczająca w stosunku do zapotrzebowania. Chodzi przecież o intensywne leczenie hematologiczne. Do tej pory pacjenci z ostrą białaczką czy z chłoniakiem w wysokim stopniu złośliwości byli leczeni w ośrodkach województwach – m.in. w Warszawie, Gdańsku i Białymstoku. Niestety, krzywa zachorowalności na białaczkę rośnie, więc potrzeba leczenia jest coraz większa. Widzimy, że powołanie oddziału i poradni było strzałem w dziesiątkę. Zanim nastąpiło otwarcie, telefony urywały się z pytaniami. Dziś już praktykujemy. Zależy nam, aby leczyć pacjentów na najwyższym poziomie.

Plany już są?

– Moją ideą jest rozwój sposobów leczenia i możliwość transplantacji szpiku. Musimy jednak najpierw stworzyć bazę. Zawalczymy też o to, aby być jednym z najlepszych ośrodków w kraju. Oddział mieści się w szpitalu, w którym jest też Warmińsko-Mazurskie Centrum Onkologii. To istotne dla hematologii, bo 90 procent leczonych pacjentów ma problemy onkologiczne. Reszta, która też znajduje u nas pomoc, walczy z zaburzeniami układu krzepnięcia, niedokrwistością, małopłytkowością i zaburzeniami odporności. Znając potrzeby naszych pacjentów, przygotowaliśmy też dla nich wygodne sale – od jedno- do trzyosobowych, z pełnym węzłem sanitarnym i prysznicem. Dzięki temu nie narażamy pacjentów z obniżoną odpornością na infekcje. Bo dla nas najważniejsze jest zdrowie i dobre samopoczucie pacjentów.



Czym mogą się Państwo pochwalić?

– Mamy aktualną wiedzę i trzymamy standard światowy, ale nie stoimy w miejscu – personel cały czas będzie się doksztalał. Bez perspektyw i idealistycznego spojrzenia nie ma hematologii. To dziedzina na pograniczu chorób wewnętrznych i onkologii, więc bardzo wymagająca. Oddział ruszył pełną parą i nie ma w planach przestoju – jedynie rozwój.

SP ZOZ MSW
z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii
al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn
Oddział Hematologii
tel. (89) 539 8434
www.poliklinika.olsztyn.pl

Rzuć palenie razem z nami

Masz brzydką, pożółkłą cerę, której nie pomagają nawet najlepsze kremy, fluidy i pudry. Wydzielasz przykry dla otoczenia zapach. Słaba kondycja fizyczna zniechęca cię do wielu codziennych aktywności. Tkwisz jednak w głębokim przekonaniu, że dzień bez papierosów to dzień stracony. W końcu to taka mała przyjemność wśród obowiązków, którym musisz na co dzień sprostać.

Kiedy podliczysz, ile pieniędzy wydajesz na tę przyjemność, przychodzi ci do głowy pytanie, czy to aby najtańsze hobby. Zawsze jednak dochodzisz do wniosku, że to twoje życie, to ty palisz, więc nikomu nic do tego. W końcu palisz, bo lubisz. Przynajmniej tak ci się wydaje. Nigdy byś się nie przyznał do tego, że po prostu nie potrafisz całkowicie rzucić palenia. Sobie i innym powtarzasz: jak będę chciał to rzucę, ale jeszcze nie teraz.

Na pewno doskonale wiesz, że twój nałóg to pierwszy krok do raka płuc i innych poważnych chorób. To, że z powodu palenia każdego roku miliony ludzi zapada na ciężkie choroby i umiera nie robi na tobie wrażenia. Myślisz sobie, no cóż, to ciebie nie dotyczy, po prostu tamci mieli pecha. Problem w tym, że ludzie, którzy zapłacili przedwczesną i bolesną śmiercią za przyjemność palenia, myśleli dokładnie tak samo jak ty. Pewnie zdarza ci się czasem o tym pomyśleć, ale szybko wyrzucasz z głowy natrętne myśli i wypalasz kolejnego papierosa.

Dzieje się tak, gdyż po jakimś czasie, oprócz utraty kondycji fizycznej, palacz traci także umiejętność racjonalnej oceny zagrożeń związanych ze swoim zdrowiem. To taki mechanizm obronny nałogowca. Tak długo, jak to tylko możliwe, bagatelizujesz sym-

ptomy poważnych schorzeń. Cały szkopuł tkwi w tym, że zakładanie, że ten kłopot ciebie nie dotyczy, nie jest żadnym rozwiązaniem. Kiedy pojawiają się problemy zdrowotne, może być po prostu za późno, aby przeciwdziałać...

Masz wystarczająco dużo siły, żeby powiedzieć sobie: stop, od dzisiaj nie palę! Musisz być tylko pewien, że tego chcesz. Jeżeli nie jesteś przekonany, wypisz sobie wszystkie minusy palenia, a następnie plusy wynikające z rzucenia nałogu. Nie zapomnij o niczym: o świeżym oddechu, dobrej kondycji fizycznej, aspekcie finansowym – każdy nawet najmniejszy drobiazg jest ważny. Jeżeli próbowałeś już wielokrotnie i ci nie wyszło, nie poddawaj się, tylko zastanów się, dlaczego tak się stało. Potem pomyśl, jak można to zmienić, aby nie stało się przeszkodą teraz, kiedy ponownie podejmujesz próbę. Zapytaj znajomych, którym się udało. Poradź się specjalistów. To, że jakiś lek wspomagający proces rzucania palenia nie zadziałał tak jak oczekiwałeś, nie oznacza wcale, że jesteś już bez szans. Musisz znaleźć sposób, który w twoim wypadku okaże się skuteczny.

Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym 0 801 108 108
www.jakrzucicpalenie.pl, www.kodekswalkizrakiem.pl/,
www.promocjazdrowia.pl



Medytacja jako sposób redukowania stresu w twoim życiu



Techniki medytacji należą do metod wywodzących się z filozofii starożytnego Wschodu. Medytacja jest techniką wyciszania umysłu, co sprzyja redukcji lęku i napięcia. Umysł człowieka niemedytującego możemy porównać do wzburzonej tafli jeziora, a umysł człowieka medytującego do tafli jeziora spokojnego, w której można się przejrzeć.

Istnieje wiele rodzajów medytacji, ale wspólny dla wszystkich jej form jest element koncentracji świadomości na jakiejś rzeczy lub bodźcu.

Wśród wielu typów medytacji w społecznościach zachodnich, największą popularność mają techniki wywodzące się ze starożytnej jogi oraz buddyzmu zen.

Zdaniem Ornsteina (Ornstein, 1987, s.76-80) medytacja jest jedną z najbardziej znanych technik w psychologii wykorzystywaną do zwalczania napięcia psychicznego. Przez medytację rozumie Ornstein zespół ćwiczeń, które mają na celu dokonanie zwrotu od aktywnego nastawienia skierowanego na zewnątrz, na nastawienie receptywne, bierne. Medytacja jest prostym, naturalnym procesem. Podstawowe doświadczenie medytacji wymaga biernej koncentracji na jakimś bodźcu – może to być słowo, twój oddech, liczba, czy cokolwiek innego. Bodziec ten działa jak narzędzie, które nie dopuszcza do twego umysłu zakłócających i rozprasających myśli.

Istnieje kilka podstawowych etapów, które należy przejść ucząc się medytacji.

Oto one:

- podstawowy etap to znalezienie spokojnego, odizolowanego od hałasu pomieszczenia; światło niech będzie przyćmione,
- wycisz swoje wnętrze, zredukuj napięcie mięśni, wprowadź się w stan odprężenia,
- nie musisz siedzieć we wschodniej, skrzyżnej pozycji lotosu; usiądź wygodnie na krześle z wysokim, prostym oparciem, stopy

ustaw równolegle na podłodze, ręce spoczywają na udach, palce lekko rozsunięte, prawa dłoń dotyka otwartej lewej dłoni, tak żeby kciuki obu rąk się stykały; powinieneś siedzieć nieruchomo, ale pamiętaj, że medytacja nie jest transem. Jeśli jest ci niewygodnie lub czujesz zbyt duże napięcie w jakimś miejscu swego ciała, po prostu porusz się, nie przybieraj napiętej, usztywnionej pozycji, odpręż się. Utrzymuj głowę, szyję i kręgosłup w prostej, pionowej linii.

W literaturze na temat medytacji możemy znaleźć opisy różnych technik medytacji, wszystkie one jednak mają na celu wprowadzenie organizmu w stan relaksu, odprężenia, rozładowania starych urazów i przeżytych stresów oraz uzyskanie głębszego stanu samoświadomości.

Swabisch i Siems traktują medytację jako metodę autopsychoterapii mającą służyć za narzędzie profilaktyki i higieny psychicznej, rozumianej jako utrzymanie i wzmacnianie zdrowia psychicznego (Siek, 1998, s. 66)



Opracowała: mgr Bożena Rychlik
 Kierownik Zakładu Usług Psychologicznych

Ta kulminacja Olsztyn. Aktywnie! była wyjątkowa!



Na jednej imprezie spotkali się miłośnicy rowerów, marszobiegów, spacerów i marszów Nordic Walking. Wszyscy pokazali, że lubią aktywny wypoczynek i wspólne spędzanie wolnego czasu. Już po raz drugi idealnie sprawdziła się propozycja niezbyt forsownych tras przygotowanych specjalnie dla nich na terenie Lasu Miejskiego, były ciekawe punkty kontrolne, a także miasteczko imprezy zlokalizowane przy Stadionie Leśnym.



Już od pierwszej zapowiedzi „Spacery–Rowery” były przedstawiane jako oferta typowo rekreacyjna, daleka od sportowej rywalizacji czy osiągania nadzwyczajnych wyników. Głównym celem organizatorów, czyli Szpitala MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie i Stowarzyszenia Aktywności Społecznej „Młyn” było zachęcenie Olsztynian do podjęcia minimalnej aktywności, czyli odwiedzenia Lasu Miejskiego i chociażby jednorazowe przebycie przygotowanej trasy.



Dodatkowym magnesem zachęcającym do odwiedzenia okolic Stadionu Leśnego było 5 punktów kontrolnych umieszczonych przy trasie. Za ich przygotowanie odpowiadała Straż Graniczna,

Miejska Biblioteka Publiczna w Olsztynie, Szpital MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Olsztynie oraz Leśny Park Linowy. Dzięki pomysłowości wymienionych partnerów, uczestnicy imprezy mogli w środku olsztyńskiego lasu przekroczyć granicę państwa, dokonać szeregu podstawowych badań diagnostycznych własnego organizmu, skorzystać z leśnego punktu bibliotecznego czy znaleźć się we wnętrzu ogromnego pompowanego kleszcza.



„Spacery–Rowery” to także tętniące życiem miasteczko, gdzie uczestnicy mogli odpocząć, skorzystać z darmowego bufetu ze zdrową żywnością, odwiedzić stoiska służb mundurowych, straży pożarnej i pogotowia ratunkowego oraz skorzystać z bezpiecznej ścianki wspinaczkowej. Z miasteczka na trasy wyruszały zorganizowane grupy uczestników pod okiem instruktorów marszobiegów i Nordic Walking, a także licencjonowanego Przewodnika PTTK.



O skali II edycji „Spacery–Rowery” najlepiej świadczą dane zebrane w biurze imprezy: w ciągu 3 godzin uczestnicy oddali ponad 930 prawidłowo wypełnionych kart startowych, a na liście biorących udział znalazło się prawie 350 osób. Tak jak w poprzedniej edycji, udało się utrzymać powszechną możliwość uczestnictwa, dzięki czemu równorzędnymi uczestnikami były kilkuletnie dzieci (a nawet niemowlęta w wózkach) oraz osoby bardzo zaawansowane wiekiem. Zgodnie z regulaminem, nie było tu żadnych nakazów dotyczących tempa poruszania się po trasie czy limitu liczby osób wspólnie pokonujących trasy, a czynne dołączenie do zabawy było możliwe w dowolnym momencie jej trwania.

„Spacery–Rowery” to także obfita pula nagród rozlosowanych wśród wszystkich aktywnych tego dnia osób.



Szanse na wygraną zwiększały się z każdym kolejnym przejściem, przebiegnięciem lub przejechaniem trasy. Blisko czterdzieści osób odebrało nagrody ufundowane przez: Szpital MSW, Straż Gra-

niczną, Straż Pożarną, Wojskową Komendę Uzupełnień, Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną, firmę cateringową Racionalneodzywianie.pl, salon fitness Body Perfect oraz Bartbo. Uczestnicy, którzy dotarli na imprezę przy pomocy olsztyńskiej komunikacji miejskiej zostali wyróżnieni w specjalnej loterii, gdzie nagrodami były bilety miesięczne oraz zestawy upominków ufundowanych przez Zarząd Komunikacji Miejskiej w Olsztynie.

„Spacery-Rowery” po raz kolejny pokazały, iż troska o własne zdrowie może być także dobrą zabawą, a impreza profilaktyczna może w wyjątkowy sposób integrować miłośników różnych dyscyplin rekreacyjnych. Zapraszamy do odwiedzenia galerii zdjęć oraz do udziału w kolejnych inicjatywach pod hasłem „Spacery-Rowery”.

Impreza „Spacery-Rowery” w Olsztynie była elementem ogólnopolskiej akcji prowadzonej pod tym samym hasłem, finansowanej przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, a także częścią kampanii „JAdę, NIE TANKUJĘ” finansowanej przez Miejski Zespół Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Olsztynie.




 OLSZTYN
 aktywnie!



Ministerstwo Zdrowia



Turniej Szachowy w strefie wolnej od dymu tytoniowego



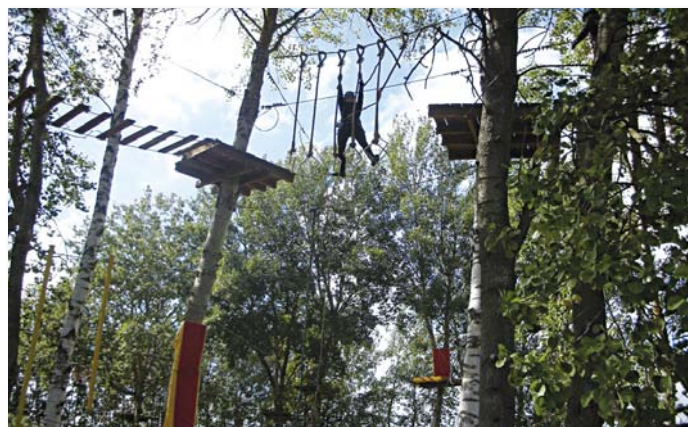
Zadanie „Prewencja Pierwotna Nowotworów” jest finansowane przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych



Ministerstwo Zdrowia



II Turniej Strzelecki O Puchar Dyrektora SP ZOZ MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie



Zadanie „Prewencja Pierwotna Nowotworów” jest finansowane przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych

Wyprawa na Ukrainę

Nazywam się Krzysztof Rąkowski, jestem ratownikiem medycznym, pracuję w KSOR. Opowiem Państwu swoją historię...



4 lipca 2012 Tadeusz Miłowski, koordynator KSOR zadzwonił do mnie zapraszając na rozmowę do ordynatora. Spotkanie było krótkie i zaskakujące: na polecenie służbowe dyrekcji miałem wyjechać z misją medyczną na Ukrainę. Dano mi 3 godziny na zastanowienie i podjęcie decyzji. Nie było to proste, gdyż miałem już zaplanowany wyjazd do brata za granicę i nawet kupione bilety lotnicze. Ale ciekawość i przygoda zwyciężyły – jadę. Pierwsze problemy pojawiły się już w Olsztynie. Wyjazd na około

20 dni, do kraju spoza strefy Schengen, a ja mam paszport ważny do 2009 roku... Kilka telefonów, kontakty dyrekcji i następnego dnia otrzymałem paszport służbowy. Miałem jeszcze trzy dni na działania logistyczne, pozałatwianie osobistych spraw, zastanowienie się co zabrać, z czego zrezygnować. No i przejęcie od Bogusia Gostyńskiego jego „skarbu” dacji Duster, która miała być jednym z pojazdów misji.



Misja organizowana przez Stowarzyszenie Wspólnota Polska a finansowana przez Ministerstwo Spraw Zagranicznych miała na celu badania medyczne populacji Polaków na Ukrainie, zdobycie informacji na temat stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych naszych rodaków. Uczestniczyły w niej 23 osoby: lekarze, ratownicy, wolontariusze, duszpasterz. Kolumna 5 pojazdów, po odprawie prowadzonej przez profesora Mariusza Frączka, wybitnego chirurga- onkologa ruszyła w stronę granicy z Ukrainą. Misja objęta została honorowym patronatem ministra zdrowia.

Misja organizowana przez Stowarzyszenie Wspólnota Polska a finansowana przez Ministerstwo Spraw Zagranicznych miała na celu badania medyczne populacji Polaków na Ukrainie, zdobycie informacji na temat stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych naszych rodaków. Uczestniczyły w niej 23 osoby: lekarze, ratownicy, wolontariusze, duszpasterz. Kolumna 5 pojazdów, po odprawie prowadzonej przez profesora Mariusza Frączka, wybitnego chirurga- onkologa ruszyła w stronę granicy z Ukrainą. Misja objęta została honorowym patronatem ministra zdrowia.



Główny problem Polaków na Ukrainie to nadciśnienie tętnicze

Pierwszy dzień badań, tak jak każdy następny, zaczynał się od przygotowania sobie miejsca pracy. Za każdym razem do tego



punktu przywoziliśmy namioty, stoły, sprzęt biurowy i oczywiście sprzęt medyczny, zaczynając od środków ochrony własnej i dezynfekcji, po aparaty do EKG czy USG. Niejednokrotnie warunki pracy były spartańskie, a pogoda dawała się we znaki. Temperatury niespadające poniżej 30 stopni dla wielu z nas były trudne do zniesienia. Każdy wypijał dziennie około 5 litrów wody. Samochodowa lodówka, którą zabrałem ze sobą kosztem miejsca na inne luksusowe artykuły, robiła furorę. Co prawda jej możliwości pozwalały na schłodzenie wody do najmniej 18 stopni, lecz różnica temperatur dawała wrażenie niemal zmrożonego płynu.



Kraj kontrastów – na przedmieściach bieda, w centrum luksus

W większości miejsc, które odwiedziliśmy, dostęp do bieżącej, czystej wody był trudny. Nierzadko woda płynąca z kranu swym kolorem przypominała słabo zaparzoną herbatę. Niestety nie mogę opisać smaku – nie odważyłem się jej spróbować. Toalety znajdowały się na zewnątrz i były to po prostu... dziury w ziemi. Te w budynkach to najczęściej miejsce na nogi i dziura w podłodze.

Czasami nie musieliśmy rozkładać namiotów, gdyż przyjmowaliśmy pacjentów w budynkach miejscowych parafii. Pacjenci pojawiali się w poradni wczesnym rankiem. Często musieli pokonać kilkadziesiąt bądź kilkaset kilometrów, by stawić się na badanie. Dziennie przyjmowaliśmy około 50 pacjentów. Najpierw rejestracja, potem wizyta u lekarza zakończona poradą. Brak możliwości jakiegokolwiek leczenia frustrował. Posiadałem co prawda leki stosowane w resuscytacji i przeciwbólowe, ale z założenia miały służyć członkom ekipy i na niewiele się przydały. Wieczorem – składanie sprzętu i przygotowanie do dalszej podróży. Następnego dnia kilkaset kilometrów do kolejnej miejscowości i cała procedura powtarzała się. Miejsce stacjonowania zmienialiśmy 9-krotnie, pokonując łącznie 5000 kilometrów. Badaliśmy głównie starszych Polaków. Wyprawa trwała 20 dni, zbadaliśmy ponad 500 osób.



Mała Ania i miś – ambasador polikliniki

W Łucku wraz z babcią w przychodni zjawiała się mała Anna. Babcia chciała, żeby ją również przebadać. Ania była przestraszona, bardzo onieśmiała ją całe zamieszanie i kilkanaście osób mówiących do niej w obcym języku. Misie są wiernymi kompanami dzieci i porozumiewają się w doskonale im znanym języku. I tak nasz Miś powędrował do małej dziewczynki. Jest teraz ambasadorem Polikliniki na Ukrainie. Anna wydawała się zadowolona, pozwoliła się zbadać, a nawet pobrać krew. Misja na Ukrainie to historia zwykłych ludzi, niezwykle sympatycznych i ciepło myślących o Polsce i Polakach. Ludziach, którym staraliśmy się dać poczucie, że ktoś o nich pamięta i myśli. Lecz to także histo-



Szpital polowy – badanie pacjentów.

Pod koniec dnia do głowy przychodziły nam różne dziwne pomysły...

ria wieloletnich zaniedbań zdrowotnych. Po kilku dniach badań przekonałem się, że jednym z najczęstszych problemów zdrowotnych Polaków na Ukrainie jest nieleczone, lub źle leczone nadciśnienie tętnicze. Z relacji pacjentów wynikało, że nie stać ich na leki. Innym widocznym problemem jest edukacja medyczna pacjentów. Większość z nich przestaje brać leki, gdy ciśnienie



Uczę Daniela jak mierzyć ciśnienie

się normuje. Wracają do nich tylko wtedy, gdy rośnie, a oni je akurat zmierzają... Dlatego za jeden z punktów ratowniczego honoru postawiłem sobie, by w trakcie tej misji uczyć najmłodszych podstawowych czynności medycznych i w ten sposób promować pro-

filaktykę zdrowotną. W Łucku, w poradni zjawiała się przesympatyczna pani. Doskonale pamiętam, że ciśnienie, które jej zmierzylem przekroczyło granice mojej wyobraźni – 290/140. Po kilkukrotnym pomiarze na obu kończynach nie miałem wątpliwości, że należy tą chorą bez kolejki zaprowadzić do internisty dr. Darka. Po badaniu i wykonaniu EKG okazało się, że u sześćdziesięcioletniej pacjentki dokonuje się właśnie zawał serca. Niezwłocznie wezwaliśmy karetkę miejscowego pogotowia. Lecz to nie koniec historii. Gdy na miejsce przyjechał zespół złożony z lekarza, pielęgniarki, sanitariusza i kierowcy, nasza podopieczna odmówiła przejazdu do szpitala. Jedynym powodem odmowy było badanie USG, które miała mieć wykonane w naszej misji. Negocjacje trwały dobre pół godziny, aż w końcu z wielką



Ksiądz Henryk rozmawia z przewodniczącą Domu Polskiego w Sławucie przed wyjazdem do pracy

niechęcią zgodziła się na przewóz do szpitala. Niestety, dalszych losów przesympatycznej pani nie znam. Na pewno przyczyną tych problemów mogła być bariera językowa. Część z naszych „gości” bez problemów porozumiewała się po polsku i byli to zazwyczaj starsi ludzie. Większość jednak nie mówiła w naszym języku, a my z kolei nie znaliśmy ukraińskiego. Niektórzy łamali rosyjski i czasem to wystarczało. Na szczęście w miejscach, gdzie badaliśmy pacjentów zawsze mogliśmy liczyć na pomoc przesłicznych, młodych Polek urodzonych na Ukrainie. Wiele razy pomagały nam przeprowadzać wywiad z pacjentami.

Nieocenioną pomocą była także obecność dr Irminy. Pani Irmina to Rosjanka urodzona na Krymie. Obecnie Krym, geograficznie znajduje się na Ukrainie, lecz Irmina urodziła się w Związku Radzieckim, tak więc w dokumentach jest Rosjanką. Po szkole średniej wyjechała do Polski i tu rozpoczęła studia medyczne. Dr Irmina to specjalistka od chorób zakaźnych. W trakcie misji badała pacjentów i pobierała wymazy do badań mikrobiologicznych. Oczywiście nie byliśmy w stanie zabrać ze sobą całego laboratorium. Wymazy pobrane na Ukrainie przechowywaliśmy w lodówce i wszystkie zostały przetransportowane do Polski.

Na jednym ze zdjęć widzimy Państwo początek wspianej historii. Profesor Frączek opisuje dokumentację. Na drugim planie znajduje się mała Ukrainka Julia. Zanim doszło do naszego spot-



Profesor Frączek i Julia

kania dziewczynka przeżyła tragedię. Jej rodzice od wielu lat nadużywali alkoholu. Mama zmarła nagle a ojciec porzucił 14-letnią córkę. Julię przyciągnęła polska rodzina. Wtedy okazało się, że ta młoda, prześlizgnięta dziewczynka jest ciężko chora. Jej nerki nie rozwinęły się prawidłowo i z wiekiem ich wydolność okazała się zbyt mała. Julia przeszła już szereg operacji, które jedynie odwlekły to, co nieuniknione – przeszczep nerki. Lekarze na Ukrainie stwierdzili, że już nic nie mogą dla niej zrobić i nie dawali jej szans na przeżycie nawet kilku następnych miesięcy. Chora Julia wraz z nową rodziną wybrała się w długą podróż po ukraińskich bezdrożach, by szukać nadziei. Przejechali ponad 500 km, co zajęło im jedenaście godzin. Przepelnieni nadzieją, ale również niepewnością zjawili się w połowie dnia. Gdy profesor usłyszał jej historię, natychmiast uruchomił kontakty. Rozpoczęła się walka z czasem. Już po powrocie okazało się, że warto było pokonać długą podróż. Julia została formalnie adoptowana przez Polkę i dzięki temu otworzyły się dla niej drzwi do leczenia w naszym kraju.

Pod tym linkiem znajduje się relacja telewizyjna.

<http://tvp.info/informacje/ludzie/polka-pomaga-chorej-julce-z-ukrainy/8309300>



W Sławucie doświadczyliśmy innej jakości pogotowia ratunkowego

Nie mogłem zmarnować okazji, by nie podejrzeć, jak pracują nasi koledzy ratownicy na Ukrainie. Dyrektor łuckiego pogotowia zabrał nas na wycieczkę do stacji SKOREJ DOPOMOGI, gdzie mieliśmy okazję zobaczyć na jakim sprzęcie pracują. Z wyjątkiem pojazdów, sprzęt w zasadzie się nie różni, a większość spełnia wymogi europejskie. Zastrzeżenie może budzić jedynie ergonomię pojazdów i rozwiązania organizacyjne.

Następnego dnia z samego rana wyruszyliśmy w dalszą część naszej misji, a kolejnym przystankiem na trasie było miasto o wdzięcznej nazwie Sławuta. Po jednej z upalnych nocy, dręczony bezsennością wyszedłem na krótki spacer po okolicy, w której znajdował się hotel. Szybko znalazłem towarzysza spaceru. Śnieżnobiały kundelek chodził za mną jak za swoim panem. Gdy ja przystawałem on siadał obok. Zachowywał się tak jak by mnie śledził, a gdy się zatrzymywałem udawał, że



Nad brzegiem Morza Czarnego

wcale za mną nie idzie. Przysiadł i rozglądał się dookoła. Jestem pewien, że gdyby mógł zagwizdać – zrobiłby to. Kilkukrotnie podczas naszej wyprawy pytałem mieszkańców o Julię Tymoszenko. Unikali odpowiedzi, twierdząc, że nie interesują się polityką. Wyraźnie dało się odczuć obawę przed poruszeniem tematów związanych z polityką. W Symferopolu spędziliśmy



Wszzechobecny kult jednostki

W drodze na plażę

cztery dni, a ostatni wykorzystaliśmy na odpoczynek. Nasz przewodnik który, podobno był czynnym oficerem miejscowej służby bezpieczeństwa, zaprowadził nas na plażę nad Morzem Czarnym, 30 km od miasta. Pokonując kolejne kilometry w stronę morza zatrzymaliśmy się w miejscowości X, której nie ma nawet na mapie. Nasz niepokój wzbudziła okolica. Na środku pustkowia stał nieduży sklep, obok niego jakiś blok, a dalej dosyć obszerne, jakby opuszczone niewysokie budynki. Zażartowaliśmy sobie, że przewodnik zaprowadził nas do tajnej siedziby KGB, a to co widzimy na zewnątrz to tylko czubek wielkiego podziemnego kompleksu. Moglibyśmy zostać tu uwięzieni i przesłuchiwani. Niestety, naszego przewodnika nie bawiły takie żarty. Po dniu spędzonym w Sławucie z pacjentami, zostaliśmy zaproszeni do Domu Polskiego na degustację miejscowego piwa. Droga do celu prowadziła przez miasto wielkości Olsztyna. Niemniej, miałem wrażenie, że poruszamy się po wielkiej wsi. W oddali widać było wieżowce i blokowiska, natomiast po ulicach które mijaliśmy, biegały kury i świni.



Luksusowe centra miast

Winnica to miasto, które najbardziej przypominało mi podobne w Polsce. Wspaniały park i starówka, na ulicach na każdym kroku widoczny street art. Mieliliśmy okazję podziwiać pokaz gry świateł i muzyki. Nie wszędzie jednak jest tak sielankowo. W Mikołajewie miejscem naszej pracy było podwórko w środku starego blokowiska. Uderzające było zaniedbanie bloków i mieszkań. Na Ukrainie w zasadzie nie ma lokali własnościowych, albo ich liczba jest niewielka. Skoro coś nie należy do Ukrainca, on o to nie dba. Taka mentalność jest widoczna jest wszędzie, gdzie istnieje własność państwowa, ale gmina nie daje pieniędzy. Ludzie nauczyli się, by sobie radzić w każdych warunkach. W Symferopolu zostaliśmy uraczeni obiadem przygotowanym na naszych oczach. Na wolnym ogniu odbywało się



Barwy Ukrainy

swoiste misterium gotowania w kociołku potrawy przypominającej leczko, a na rozgrzanej blasze piekł chleb – maca. Był to najlepszy posiłek jaki miałem okazję zjeść w ciągu całej misji.

Ukraina to także zapierające dech w piersiach widoki. Pokonując kolejne kilometry w drodze na Krym, wiele razy mijaliśmy pola słoneczników, często ciągnące się aż po horyzont. Połączenie idealnie błękitnego nieba i żółtych pól tworzyło jakby flagę Ukrainy. Wszechobecne były także relikty przeszłości: samoloty bojowe wyniesione na pomniki czy ogromne, batalistyczne rzeźby. Duszpasterzem i organizatorem misji był ks. Prałat Henryk Błaszczyk, Kawaler Maltański, opiekun duchowy Ratownictwa Medycznego z parafii w Klebarku Wielkim. Ksiądz Henryk



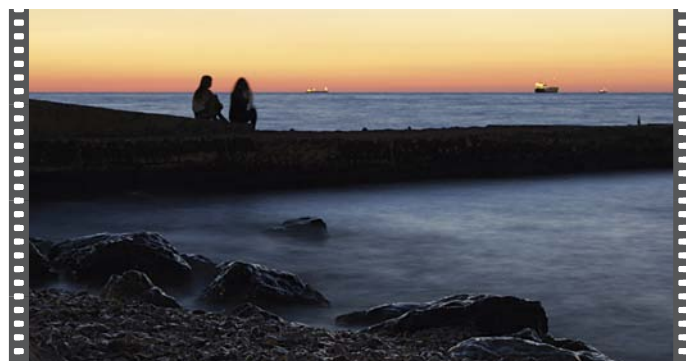
Pałac Hanów Krymskich w Bachczisaraj

obdarzony wielką wiedzą historyczną, zawsze kiedy tylko był na to czas, raczył nas opowieściami o miejscach, w których się znajdowaliśmy, o kościołach i innych zabytkach na trasie naszej podróży. Główne drogi na Ukrainie są dobrej jakości. Natomiast boczne przypominają szwajcarski ser. W drodze do Chersonii, Michał zauważył że defender dziwnie zachowuje się na drodze. Zatrzymaliśmy konwój i postanowiliśmy się odłączyć. Znaleźliśmy kanał przy drodze i sprawdziliśmy co się dzieje. Przy okazji obejrzelśmy dacie. Okazało się, że dziwne uczucie, którego doświadczył Michał, to nic innego jak zmiana drogi z nierównej i dziurawej na gładką i prostą. Kolega przyzwyczajony już do nierówności, źle ocenił prawidłowe reakcje samochodu. Dla na-



W drodze do Symferopola

szych pojazdów nawierzchnia nie stanowiła problemu. Problemem był upał. Przy temperaturach dochodzących do 40 stopni służbowa dacia zaczynała kaprysić. Przestał działać klakson, a sygnały umilkły. Przemierzając Ukrainę poruszaliśmy się w konwoju. Jedyne sposobem utrzymania szyku była jazda w kolumnie pojazdów uprzywilejowanych. Dziennie w upale pokonywaliśmy nawet ponad 600 kilometrów, więc po dotarciu do celu można było zasnąć nawet z kamieniem pod głową zamiast poduszki. W drodze do Sewastopola okazało się, że pani organizująca nam nocleg obraziła się i przestała odbierać telefony. Powodem tej urazy była decyzja naszego szefostwa tj. prof. Mariusza i ks. Henryka o zamianie drogiego hotelu na nocleg w małym ośrodku wypoczynkowym nad brzegiem Morza Czarnego. Wieczór spędziliśmy na zwirowej plaży podziwiając wspaniały zachód słońca, kosztując krymskiego wina i śpiewając. W Jałcie, po pracy wybraliśmy się na małe zwiedzanie. Towarzyszył nam lokalny przewodnik, który chętnie i z prędkością światła oprowadził nas po kilku miejscach. Jałta to symbol bogactwa Ukrainy. Przy wszechobecnej biedzie w kraju, funkcjonują tu wytworne restauracje, drogie butiki i sklepy z biżuterią.



Zachód słońca na Krymie

27 lipca wraz z Marcinem i Kubą rozpoczęliśmy samotną podróż powrotną. Reszta ekipy ze względów formalnych i organizacyjnych pozostała jeszcze na miejscu do rana. Wyjechaliśmy o 20.00 w nocy i poruszaliśmy się w kierunku Lwowa. Na Ukrainie trudno zdobyć mapę, a mój GPS każdą trasę wyznaczał przez Kijów. Przekonani o obecności znaków drogowych, wyruszyliśmy. Okazało się, że znaki wskazywały jedynie odległość do Lwowa, a w miastach i na skrzyżowaniach, które mijaliśmy, nie było żadnych drogowskazów. Ludzie, których pytaliśmy, nie byli zdecydowani i każdy pokazywał inny kierunek. Gdy przed nami ukazały się Karpaty, a mijane samochody posiadały rumuńskie rejestracje, zaczęliśmy obawiać się, że noc spędzimy w zamku księcia Draculi. Dodam tylko, że zachód słońca nad Karpatami wprowadził nas w niepowtarzalny stan zachwyty i jednocześnie niepokoju. W końcu znaleźliśmy mapę na jednej ze stacji benzynowych. Był tylko jeden problem. Mapa miał opis alfabetem arabskim, znaki zaś cyrylicą. Na szczęście Marcin uczył się kiedyś rosyjskiego i potrafił przełożyć jeden alfabet na drugi. W końcu dojechaliśmy do granicy. Zostaliśmy przepuszczeni przez kolejkę. Myśleliśmy, że szybko nas odprawia, podobnie jak w drodze na Ukrainę. I tu spotkała nas niespodzianka. Zaczęło się przeszukiwanie samochodu, pytania o sprzęt medyczny i leki, a te pozostały w Stanisławowie z resztą ekipy. W pewnym momencie zostałem okrążony przez ukraińską straż graniczną. Każdy z nich coś mówił, krzyczał, a ja „nie panimaju”. Jeden z nich złapał mnie nawet za ramię krzycząc: „Do ciupy”!!! Nogi ugięły mi się w kolanach. Widziałem już siebie w roli głównej skandalu międzynarodowego. Wyrwałem rękę i dalej prowadziłem negocjacje: „Przecież mnie tu z tym wszystkim wpuszciliście, to teraz wypuście”. W końcu zlitowali się nad biednym, przestraszonym, umęczonym i nieogolonym ratownikiem. Wjechałem do Polski. Po przejechaniu 5000 km, te kilkadziesiąt do domu to był spacer. Jeszcze tylko sprzątanie dacji i następnego dnia... na dyżur do KSOR.

Nowoczesne podejście do przerzutów nowotworowych do kości

Zwiększona zachorowalność na chorobę nowotworową jest zauważalna na całym świecie. Według danych Ministerstwa Zdrowia za 2009 rok w Polsce odnotowano 156 tys. nowych zachorowań, przy 320 tys. już rozpoznanych.

Możliwości leczenia, a co za tym idzie przeżywalność w ostatnich latach uległa znacznej poprawie. Wzrósł także odsetek chorych z chorobą przerzutową do kośćca, co prowadzi nieuchronnie do takich powikłań jak: przewlekły ból zajętej kończyny, zagrażające złamanie i w końcu złamanie patologiczne.

Typową lokalizacją dla przerzutów do kości są ich przynasady posiadające bogate unaczynienie stanowiące dogodne miejsce dla rozplenu komórek nowotworowych. Destrukcja kości spowodowana chorobą przerzutową redukuje możliwość przenoszenia obciążeń oraz implikuje mikrozłamania, które mogą powodować dolegliwości bólowe, a ostatecznie doprowadzić do kompletnego złamania. Większość przerzutów do kości może być leczona zachowawczo: chemioterapia, radioterapia, hormonoterapia, termoablacja. Wg piśmiennictwa, tylko 20-35% przypadków, w zależności od rodzaju nowotworu pierwotnego wymaga leczenia operacyjnego.

Leczenie operacyjne pozwala zmniejszyć lub wyeliminować towarzyszący ból, odtworzyć funkcję kończyny z możliwością obciążania i pełnego zakresu ruchu, tak istotnego dla powrotu do normalnego funkcjonowania człowieka.

Podejmując decyzję o leczeniu operacyjnym, ortopeda musi brać pod uwagę takie czynniki jak: biologia nowotworu pierwotnego, potencjał do gojenia złamania patologicznego, stopień zaawansowania zmian destrukcyjnych w kości oraz czynniki wpływające na przeżycie zależne zarówno od rodzaju nowotworu jak i ogólnych obciążeń chorego.

Leczenie złamań kości długich wymaga w większości zaopatrzenia operacyjnego. Najczęstszą lokalizację złamań patologicznych przedstawia poniższa tabela.

Lokalizacja	%	Kość udowa	%	Kość ramienna	%
k.udowa	63,8	bliższa	40,4	bliższa	29,4
k.ramienna	20,8	międzykrętarzowe	13,1	trzon	57,7
miednica	8,9	podkrętarzowe	23,5	dolna	8,1
k.piszczelowa	3,4	trzon	13,6	mieszane	4,8
k.łokciowa	0,6	dolna	7,1		
łopatka	0,7	mieszane	2,3		
k.promieniowa	0,6				
inne	1,3				

W złamaniach szyjki kości udowej możemy zastosować standardową endoprotezę stawu biodrowego bądź, jeśli panewka stawowa pozostała nienaruszona, protezę z głową bipolarną. W złamaniach poniżej szyjki sprawa staje się bardziej skomplikowana. Proponuje się wówczas zastosowanie różnego rodzaju gwoździ osadzonych na cemencie lub bez jego użycia. Jeśli złamanie nie ulegnie wygojeniu (tylko ok. 25% złamań patologicznych goi się w 100%),

w okresie od 4 do 9 miesięcy, dojdzie wówczas do złamania gwoźdźca. Dodatkową wadą gwoździowania śródszpikowego jest brak efektu ustąpienia dolegliwości bólowych w porównaniu, z endoprotezoplastyką.

Protezoplastyka z użyciem protez modułarnych poresekcyjnych i rewizyjnych wydaje się najlepszym zabezpieczeniem w przypadku pojedynczych przerzutów z dobrym rokowaniem.

Od bieżącego roku w Oddziale Chirurgii Urazowo Ortopedycznej SP ZOZ MSW z W-MCO wykonujemy operacje z użyciem protez poresekcyjnych.

Kość ramienna jest drugą, najczęstszą lokalizacją przerzutów nowotworu do kości (ok 20% złamań patologicznych). W tej lokalizacji zazwyczaj stosuje się zespolenia gwoździem ryglowanym, bądź płytkami LCP, szczególnie przy złamaniu trzonów. W przypadku złamań bliższego końca kości ramiennej powinno zastosować się protezoplastykę połowiczną, lub poresekcyjną. W naszym oddziale, jako jedyni w regionie północno-wschodniej Polski, wykonujemy zabiegi protezoplastyki poresekcyjnej barku.

Podsumowując: przerzuty nowotworowe do kości najczęściej nie powodują zwiększenia śmiertelności z powodu podstawowej choroby, ale dramatycznie oddziałują na jakość życia, skutkując dolegliwościami bólowymi prowadzącymi do złamań patologicznych, hiperkalcemii, niedokrwistości oraz niedowładów. Problemy tej natury są niezwykle istotne, szczególnie w krajach, w których dochodzi do „starzenia się” społeczeństwa.

Pacjenci, u których przewidujemy długotrwałe przeżycie, jak np. pojedyncze przerzuty guza sutka lub chłoniaka, wymagają trwałych rozwiązań, czyli protezoplastyki poresekcyjnej.



Biologia nowotworu, leczenie pierwotne guza i ogólne pojęcie istoty choroby wydaje się bardziej zrozumiałe dla ortopedy-onkologa niż traumatologa. Chociaż złamanie patologiczne kości często trafiają do najbliższego szpitala gdzie znajduje się oddział urazowy, to w naszej opinii zaopatrzenie tego rodzaju złamań bliższe jest ortopedii onkologicznej niż traumatologii i powinno być leczone w ośrodkach w tego rodzaju zabiegach wyspecjalizowanych. Takim ośrodkiem ortopedii onkologicznej jest SP ZOZ MSW z W-MCO.

dr n. med. Zbigniew Żęgota
Koordynator Oddziału
Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

Chryzantemy ze słów...

*Częścią naszego życia jest nasza śmierć i nasze umieranie.
I częścią naszego życia jest umieranie i śmierć ważnych dla nas ludzi.*

Basia Roguska

Po trudnej walce z chorobą! Basia, kobieta pełna życia i energii, pełna wiary w to, że uda się tę walkę wygrać.... My także wierzyliśmy... Pamiętamy Basiu... o tym, że zawsze można było na tobie polegać, że nigdy nie odmówiłaś pomocy. Pamiętamy Basiu... o tym, że ciągle chciało Ci się chcieć, że miałas plany i pomysły na przyszłość. Pamiętamy Basiu... o tym, że stać Cię było na prosty, dobry uśmiech, nawet w największym zmęczeniu. Pamiętamy Basiu... o tym, że miałas w sobie ciepło i dobroć, że z każdym potrafiłaś znaleźć wspólny język, że słuchałaś. Ty miałas czas dla tych, którzy tego potrzebowali.

Pamiętamy Basiu... jak moglibyśmy zapomnieć?



Marylka Soin

Oddana pracy pielęgniarka, była bliską nam osobą. Jej śmierć spowodowała pustkę w sercach wszystkich, którzy Ją znali. Często mówiła: „Każdy człowiek powinien pielęgnować i rozwijać swój własny sposób cieszenia się życiem”.

Z godnością walczyła z chorobą. Wytrwale szła pod górę i gdy była już blisko celu nastąpił upadek. Pomimo tego nie poddawała się, próbując wygrać nierówną walkę. 22.06.2012 r. przegrała. Gdyby przyjaźń mogła uzdrawiać i wskrzeszać, byłaby wśród nas. „Śpieszmy się kochać ludzi, tak szybko odchodzą”

– ks. Jan Twardowski



Basia Bańkowska

Człowiek z taką energią, że kiedy dowiedzieliśmy się, że ma raka, mieliśmy prawie pewność, że ONA sobie z tym poradzi. Tak jak radziła sobie z mnóstwem zajęć i pomysłów. Pracą, życiem rodzinnym, wychowaniem synów, życiem towarzyskim... Miała rzadką i niezwykle cenną dla wszystkich umiejętność – potrafiła kojarzyć ze sobą różnych ludzi w różnych sprawach. Dziewczyna „do tańca i do różańca”. Niestety, nie ma cudów, jest tylko medycyna. Basię pożegnaliśmy 7 czerwca 2011 r.

„Nie płaczcie nad moją nieobecnością, Czujcie się blisko mnie i mówcie do mnie jeszcze. Będę Was kochała z Nieba jak kochałam na ziemi”.



Heniu Krajewski

Pomocny, życzliwy, użyczający wszelkiej wiedzy daleko wykraczającej poza jego obowiązki służbowe. Czas spędzony z Heniem kojarzy mi się z ciekawymi opowieściami, rozmowami, żartami. Prawy człowiek. Heniu odszedł 27 maja 2011 r. W nekrologu rodzina napisała:

„W momencie śmierci bliskiego uderza człowieka świadomość niczym nie dającej się zapęłnić pustki”. Tak, to prawda.



Klaudiusz Kolendo

18 października 2009 r. około godz. 18.00 rozmawialiśmy o konferencji, którą organizowaliśmy następnego dnia. Dopinaliśmy jeszcze organizacyjne szczegóły, jakże dzisiaj nieistotne. Niespełna dwie godziny potem Klaudiusz nie żył. Jak powiedzieć sercu nie płacz, kiedy odchodzi młody, zdrowy, pełen radości człowiek. Lubiany i kochany. Zostaje dziura jak lej po bombie. Puste miejsce nie do zapelnienia. *W moim sercu i wielu sercach zostaniesz na zawsze, Klaudiuszku...*



Asia Walerzak

Była osobą niezwykle ciepłą, serdeczną o ogromnym uroku osobistym. Zawsze gotowa była służyć pomocą chorym pacjentom, jak również wszystkim znajomym. Dzielnie znosiła ból i cierpienie, a mimo to uśmiech i pogodne usposobienie zawsze jej towarzyszyło. Pamiętamy jej pracowitość, dokładność i zaangażowanie w wykonywaną pracę. W sercach naszych pozostanie jako wspaniała i życzliwa osoba.



Bożenna Woś

„Pan Bóg zabiera człowieka wtedy, gdy widzi, że zasłużył sobie na niebo”
Zabrał... Bożenkę Woś.

Pracowita, sumienna, wrażliwa pielęgniarka. Pielęgniarka oddziałowa, o której pracownicy mówią że „TAKIEJ oddziałowej nie mieli i mieć nie będą”. Uczynna i koleżeńska, sprawiedliwa i szczerza

– szczęściem było JĄ spotkać!



„Umarłych wieczność dotąd trwa, dokąd pamięcią się im płaci” – Wisława Szymborska

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

Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych?

Gonimy Europę... Polka chce ubierać się tak modnie jak Francuzka, chce być dobrą matką niczym włoska „mamma”. O jednym tylko zapomniała: żeby nauczyć się od innych Europejek dbania o zdrowie.

Codziennie pięć Polek umiera na raka szyjki macicy, chorobę przed którą mogłaby je ustrzec regularnie wykonywana cytologia. Tymczasem badanie to robi jedynie 30% Polek, a 1/3 nie wykonała go nigdy. W Szwecji czy Finlandii na raka szyjki macicy umiera nie więcej niż 50 kobiet rocznie.



Tak bardzo boimy się raka, a nie jesteśmy w stanie wygospodarować 15 minut na badanie, które może nam uratować życie.

Dlaczego Polki się nie badają? Z pewnością nie ze względu na koszt. Badanie cytologiczne jest bezpłatne dla kobiet w wieku 25-59 lat i przysługuje raz na 3 lata, w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy. Można również wykonać je bezpłatnie w przychodniach państwowych, w ramach wizyty ginekologicznej.

A może kobiety po prostu nie chcą się badać? To najbardziej prawdopodobne, choć tym samym nasuwa się pytanie: jakie są tego typu powody? Na pewno niewiedza: wiele kobiet nie ma pojęcia, po co robi się cytologię, nie wie też o tym, że to badanie może uratować im życie. Inne boją się pójść do lekarza, bo ten „może jeszcze coś wykryje”. Jeszcze inne uważają, że do ginekologa chodzi się wówczas, gdy ma się powód, więc ostatni raz były u specjalisty... dwadzieścia lat temu, gdy rodziły dziecko.

Jakie powody podają specjaliści, którzy na co dzień mają do czynienia z kobietami, które zachorowały na raka szyjki macicy?

❖ „to przez niewiedzę”

Wiele kobiet nie wie, po co właściwie wykonuje się cytologię. Nie należą do rzadkości i te, które utożsamiają cytologię z badaniem czystości pochwy, a przecież jak twierdzą, ich higiena nie pozostawia absolutnie nic do zyczenia!

❖ „brak edukacji seksualnej”

W Polsce nie mówi się głośno o zakażeniach przenoszonych drogą płciową, a do zakażeń wirusami HPV (wywołującymi raka szyjki macicy) dochodzi na drodze kontaktów płciowych. To częściowo pruderia, ale i wpływ środowisk, które walczą z edukacją seksualną.

❖ „złe wspomnienie po pierwszej wizycie u ginekologa”

Jeśli kobieta czuła się w jakiś sposób upokorzona przez lekarza, to nie chce później przeżywać tego ponownie, więc idzie do ginekologa tylko wtedy gdy naprawdę musi, czyli gdy jest w ciąży.

❖ „tego brak, tamtego brak, a najbardziej pieniędzy”

Kobiety często na pytanie dlaczego zwlekały z wizytą u ginekologa, zwykle mówią o braku: pieniędzy, czasu, ubezpieczenia lub... partnera. Spora część kobiet uważa, że skoro nie współżycją seksualnie, to choroby kobiece nie będą ich dotyczyć. Równie często kobiety lekceważą swoje dolegliwości, mówiąc „samo przyszło, samo przejdzie”. Istotne są także kwestie ekonomiczne. Pokutuje opinia, że dobry lekarz to ten, który przyjmuje prywatnie.

Wprowadzenie powszechnych programów profilaktycznych na pewno jest słusznym krokiem w walce z rakiem szyjki macicy. Ale by skutecznie obniżyć umieralność kobiet na ten nowotwór potrzebna jest również zmiana myślenia kobiet o swoim zdrowiu, ciele i własnej seksualności.

Źródło: magazyn Samo Zdrowie
Opracowała: Kamila Marchlewicz



Zapraszamy serdecznie
wszystkich pracowników
na
Coroczny bal pracowników SP Zakładu Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
z Warmińsko – Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie,
który odbędzie się

1 grudnia 2012 r., godzina 18:00
w Restauracji „Przystań”

Wszelkie informacje dotyczące balu pod nr. tel. 89 538 80 61





← Kawiarnia

Kawiarnia znajduje się
na I piętrze budynku B
Godziny otwarcia:
poniedziałek - piątek: 6³⁰ - 17⁰⁰
sobota - niedziela: 10⁰⁰ - 16⁰⁰



← Bufet

Bufet znajduje się
na parterze budynku „G”
Godziny otwarcia:
poniedziałek - piątek: 8⁰⁰ - 18⁰⁰
sobota - niedziela: 9⁰⁰ - 16⁰⁰



← Kiosk

Kiosk znajduje się
na parterze budynku „G”
Godziny otwarcia:
poniedziałek - piątek: 6³⁰ - 15³⁰
sobota - niedziela: 10⁰⁰ - 15⁰⁰



← Apteka

Apteka znajduje się
na parterze budynku „A”
Godziny otwarcia:
poniedziałek - piątek: 8⁰⁰ - 18⁰⁰



← 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 przeciwoleżynowe
- protezy piersi
- gorsety protetyczne dla Amazołek
- 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. 7⁰⁰ - 15⁰⁰

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. Zastępują 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!

