WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

NR 72
lipiec–wrzesień 2021

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

ISSN 1644 – 8162

Tylko regularna mammografia wykryje raka w możliwie najwcześniejszym stadium – s. 4

PULS SZPITALA

Wydawca
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

Redaktor naczelny
Przemysław Prais

Wsparcie graficzne
Elżbieta Wojciechowska

Stała współpraca
Jerzy Badowski
Piotr Markiewicz
Hanna Taraszkiewicz
Beata Jastrzębowska
Radosław Kowalski

Adres redakcji
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18
Rzecznik Prasowy
tel. 89 538 64 79
pprais@wss.olsztyn.pl
www.wss.olsztyn.pl

Druk i przygotowanie
Pracownia C&C Sp. z o.o.
ul. Porannej Bryzy 33
03-284 Warszawa
tel. +48 22 404 72 60
www.ccpg.com.pl

Nakład
600 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmiany tytułów.

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść nadsyłanych publikacji.

3 Koronawirus jest nadal groźny, ale nie przeszkadza nam w odnoszeniu sukcesów
4 Tylko regularna mammografia wykryje raka w możliwie najwcześniejszym stadium
10 Mniejszą sztuką jest coś wyciąć, większą jest to załatać
11 Unikalna terapia zastosowana przez chirurgów onkologicznych
12 Nagrody marszałka województwa uroczyście wręczone
14 Szpital doceniony za skuteczne radzenie sobie podczas pandemii
14 Dr Janusz Pieczyński z nagrodą Warmińsko-Mazurskiego Klubu Biznesu
15 Lekarze powiększają swój dorobek naukowy
16 Basia i Michał na nowych drogach
17 Ponad pół wieku pracy pani Marty!
18 Opieka w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w opinii pacjentek
20 Diagnostyka tętniaków aorty brzusznej
20 Szpital Wojewódzki w Olsztynie z nowymi e-usługami
22 Geriatria – dziedzina medycyny z przyszłością
25 Bezpłatne badania profilaktyczne w kierunku raka piersi oraz szyjki macicy
26 Bezpłatne badania kolonoskopowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym
27 Jolka Szpitalna

CERTYFIKAT 2020/10
ISO 9001 POLSKA IZBA HANDLU ZAGRANICZNEGO CERTYFIKACJA

Koronawirus jest nadal groźny, ale nie przeszkadza nam w odnoszeniu sukcesów

Szanowni Państwo, niestety nie dało się na dłużej ani odetchnąć, ani zapomnieć o pandemii, apogeum czwartej fali koronawirusa według prognoz resortu zdrowia przesunie się na grudzień i niewykluczone, że przeciągnie się do stycznia wg niektórych ekspertów, którzy zajmują się prognozowaniem rozwoju pandemii.

Obecna fala ma być najdłuższą ze wszystkich i nazywana jest na podstawie statystyk pochodzących z różnych szpitali „epidemią niezaszczepionych". W naszym szpitalu wskaźnik wyszczepialności personelu mamy wysoki – ok. 94 proc., więc możemy być spokojniejsi, ale nie mniej ostrożni. Apeluję o przestrzeganie wszystkich obowiązujących procedur związanych z bezpieczeństwem pracy.

Zaniepokoił mnie artykuł dr Tomasza Ozorowskiego, eksperta ds. zakażeń wewnątrzszpitalnych o transmisji zakażeń wśród personelu medycznego. U osób zaszczepionych najwcześniej z niskim poziomem przeciwciał z czasem szczepionki mniej skutecznie zapobiegają zakażeniom bezobjawowym i skąpo objawowym. - Tym samym te bezobjawowe mogą zapoczątkować transmisje wirusa miedzy medykami, a następnie miedzy pracownikami szpitali i pacjentami – podkreśla dr Ozorowski, dodając, że „możemy ograniczać ryzyko tych transmisji, przyjmując trzecią dawkę szczepionki, nosząc maski – również w przestrzeniach socjalnych – i poddając się badaniu przy występowaniu nawet dyskretnych objawów lub po kontakcie z osobą zakażoną".

Dodatkowym problemem są osoby z grupy non-responders, które nie odpowiadają na szczepionkę przeciwko COVID-19. Nie opracowano też protokołu postępowania z tymi osobami, a jest to potencjalna grupa ryzyka zachorowania na COVID-19, nie wiemy też jaki jest minimalny poziom przeciwciał chroniących przed zachorowaniem. Myślę, że warto o tym wiedzieć i najlepiej stosować się do wszystkich aktualnych rekomendacji.

Podwyżki wynagrodzeń to kolejny temat, który wzbudzał i wzbudza dużo emocji w sektorze ochrony zdrowia i również w naszym szpitalu. Nie wiem, czy cieszy nas osiągnięte porozumienie pomiędzy przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i Zespołu Trójstronnego do spraw Ochrony Zdrowia w sprawie podwyżki minimalnych wynagrodzeń dla medyków od lipca przyszłego roku.

Od 1 lipca 2022 r. minimalne wynagrodzenie wyniesie:
– dla lekarzy 8000 zł – podwyżka o 1800 zł,
– pielęgniarek z wykształceniem średnim 5300 zł – więcej o 1600 zł,
– dla fizjoterapeutów, diagnostów i psychologów 5600 zł – o 1400 zł.

Wprowadzono też nowe zasady wypłat dodatku covidowego należnego za każdą godzinę pracy dla osoby, która wykonuje zawód medyczny oraz pracuje na oddziałach tzw. II poziomu zabezpieczenia covidowego. Decyzją Wojewody w naszym szpitalu mamy 10 stanowisk OIT, w tym 2 stanowiska ECMO w ramach II poziomu. Mam nadzieję, że godzinowe rozliczenie czasu pracy przy pacjencie covidowym ułatwi wskazanie osób do wypłaty dodatku oraz indywidualne określenie jego wysokości.

Ponadto, chce poinformować, że zakończyliśmy etap projektowania budowy nowego SOR-u – otrzymaliśmy pozwolenie na budowę, kończymy rozbudowę i remont Przychodni, montujemy drugi aparat MRI i modernizujemy budynek Stacji Dializ.

Ostatnie miesiące przyniosły także kilka innych dobrych wiadomości. Za skuteczne radzenie podczas epidemii koronawirusa Szpital został wyróżniony w prestiżowym konkursie „Sternik. Cała Naprzód" Banku Gospodarstwa Krajowego. Statuetkę i tytuł „Sternik 2020" odebrałam podczas uroczystej gali, która odbyła się 3 września.

Doceniono także osiągnięcia naszych lekarzy. Dr Janusz Pieczyński, ordynator Oddziału Okulistycznego otrzymał od Warmińsko-Mazurskiego Klubu Biznesu tytuł Osobowości Roku Warmii Mazur 2020 w kategorii medycyna. Dr Pieczyńskiego nagrodzono „Za wybitne osiągnięcia w dziedzinie okulistyki, przeprowadzenie pierwszej w województwie operacji przeszczepu rogówki a także przeprowadzanie skomplikowanych zabiegów chirurgicznych oka, za zaangażowanie w prace mające na celu zapewnienie pacjentom leczenia narządu wzroku na europejskim poziomie, a także działania na rzecz kształcenia przyszłych specjalistów w dziedzinie okulistyki".

Cieszy mnie także, że Oddział Chirurgii Onkologicznej w ścisłej współpracy z Zakładem Radiologii i Diagnostyki Obrazowej rozpoczął unikalną terapię nieresekcyjnych przerzutów nowotworów litych do wątroby. To znak, że także w trudnych czasach COVID-19 można wdrażać nowoczesne metody leczenia, co udowadniają dr Robert Wojsław i dr Grzegorz Wasilewski.

Z radością przyjęłam uzyskanie habilitacji przez dr Dariusza Onichimowskiego. To czwarty już w ostatnich latach lekarz naszego szpitala, który może pochwalić się tym tytułem. Widzimy więc, że szeroko rozumiana działalność naukowa rozwija się coraz lepiej.

Mamy też nowego ordynatora Oddziału Otolaryngologicznego i Laryngologii Onkologicznej. Jestem pewna że dr Tomasz Bujnowski świetnie poradzi sobie z tym wyzwaniem.

Gratuluję zatem osiągnięć i życzę kolejnych sukcesów pracownikom naszego szpitala.

Dyrektor
Irena Kierzkowska

Tylko regularna mammografia wykryje raka w możliwie najwcześniejszym stadium

Czasy, w których żyjemy – życie w biegu, w ciągłym stresie, złe nawyki żywieniowe, brak ruchu, spychanie myślenia o własnym zdrowiu na dalszy plan sprawiają, że rośnie zagrożenie chorobami cywilizacyjnymi. Działania zapobiegające rozwojowi choroby, szczególnie choroby nowotworowej są bardzo ograniczone. Dlatego wszelkie działania skoncentrowane na wykryciu istniejącej już choroby w jak najwcześniejszym stadium są warte każdego wysiłku.

Rak piersi potrafi rozwijać się przez bardzo długi czas bez uchwytnych klinicznie objawów. Niestety, często powoduje to postawienie dokładnej diagnozy dopiero w późnym etapie zaawansowania nowotworu, mogą wtedy pojawić się już nieodwracalne zmiany w organizmie. Często możliwości leczenia są ograniczone i mniej skuteczne w porównaniu z tymi, które byłyby dostępne gdyby rozpoznanie zostało postawione wcześniej, wiąże się to niestety z gorszym rokowaniem.

Wykrycie nowotworu w stadium subklinicznym, kiedy daje skąpe, trudne do wykrycia objawy, zwiększa szansę jego całkowitego wyleczenia, pozwala na terapię z wykorzystaniem metod mniej inwazyjnych, z uniknięciem skutków ubocznych wyniszczających organizm, występujących przy chemioterapii. Co jest również istotne pozwala zmniejszyć koszty leczenia.

Żeby zrozumieć, w jaki sposób ocenia się badania obrazowe piersi, charakteryzuje zmiany patologiczne i określa ich potencjalną złośliwość dobrze jest poznać anatomię gruczołów piersiowych.

Terminem „pierś" potocznie nazywa się największy gruczoł skórny człowieka, zwany gruczołem sutkowym czy piersiowym, niekiedy gruczołem mlekowym czy po prostu sutkiem (łac. mamma). Termin „sutek" bywa również traktowany jako synonim samej brodawki sutkowej.

Gruczoły piersiowe występują zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, ale jedynie kobiece piersi są zdolne do pełnego rozwoju i spełniania konkretnych fizjologicznych funkcji, u mężczyzn gruczoł ten pozostaje nierozwinięty. Wymiary gruczołu męskiego wynoszą około 15x5 mm – jego silniejszy rozwój jest patologią, zwaną ginekomastią.

Piersi zbudowane są z tkanki gruczołowej, tkanki tłuszczowej, tkanki włóknistej, naczyń krwionośnych, limfatycznych oraz nerwów.

Wyróżnia się cztery typy budowy piersi w zależności od wzajemnych proporcji dwóch głównych budujących je tkanek – gruczołowej i tłuszczowej:

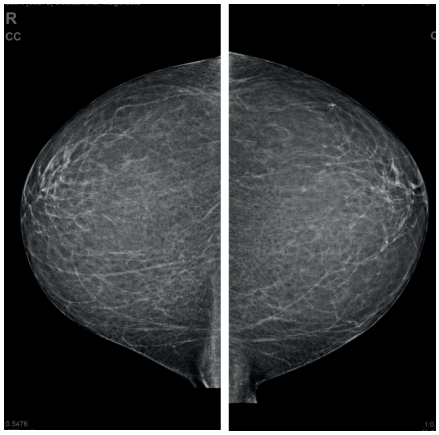
Typ A – w piersiach zdecydowanie przeważa tkanka tłuszczowa;

Typ B – w piersiach przeważa tkanka tłuszczowa, obecne są rozproszone obszary tkanki gruczołowej;

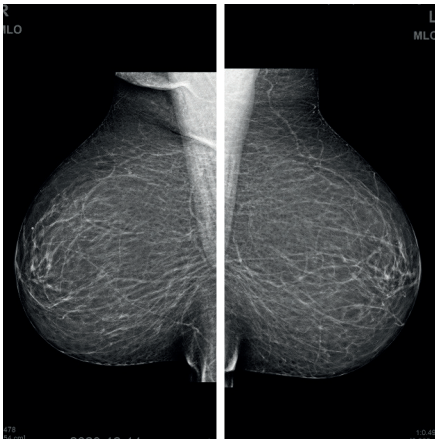
Typ C – piersi zawierają obszary gęstego utkania gruczołowego, z zachowaniem tkanki tłuszczowej;

Typ D – piersi o bardzo gęstym utkaniu gruczołowym.

Charakter utkania ma istotny wpływ na wybór rodzaju stosowanych badań profilaktycznych.



Radiolodzy widzą, jakie utkanie mają dane piersi w każdym badaniu obrazowym i umieszczają informację o typie budowy piersi w opisach, niezależnie od rodzaju wykonanego badania.



W opisach badań obrazowych stosujemy, my radiolodzy, ujednoliconą nomenklaturę, co pozwala wszystkim lekarzom zaangażowanym w proces diagnostyczny i leczniczy, sprawnie porozumiewać się i przekazywać sobie niezbędne informacje. W każdej stosowanej metodzie, czy jest to mammografia, usg, rezonans magnetyczny, niezależnie czy badania wykonano w Polsce, Niemczech, Francji czy w Stanach Zjednoczonych nazewnictwo jest takie samo.

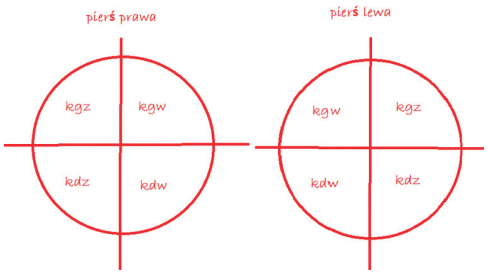
Stosowane określenia mogą być czasem dla Was niezrozumiałe, niejednoznaczne, bądź mylące.

A zatem:

– używamy określenia **piersi** lub (mniej chętnie) **sutki** (sutki to nie to samo, co brodawki sutkowe).

Tekst pochodzi z wyjątkowej książki „W drodze po zdrowie", stworzonej pod patronatem fundacji Spa For Cancer i Pfizer Oncology, we współpracy ze specjalistami z dziedzin, które łączy dbałość o zdrowie i kobiecość. Autorką rozdziału o diagnostyce piersi jest dr n. med. Anna Szalcunas –Olsztyn. Autorem jednego z rozdziałów jest również prof. Tomasz Waśniewski.
„Pomóc Ci? Kobieca droga do zdrowia i kobiecości" to książka, w której na Twoje potrzeby i oczekiwania odpowiadamy pełnym serdeczności: "Dobrze, że jesteś! Razem będzie nam łatwiej". To drogowskaz, który wiedzie do życia pełnego piękna. Do życia, które jest zdrowe i radosne.

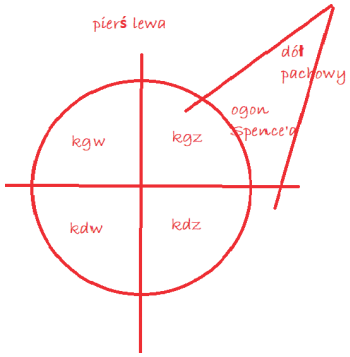
– piersi dzielimy na kwadranty, o tak:



kgz – kwadrant górny zewnętrzny
kdz – kwadrant dolny zewnętrzny
kgw – kwadrant górny wewnętrzny
kdw – kwadrant dolny wewnętrzny

– uzupełnieniem podziału na kwadranty jest potraktowanie piersi jak tarczy zegara, oczywiście każdej oddzielnie. Pamiętajcie, że patrzymy na obraz diagnostyczny, jakby pacjentka stała do nas przodem. Ten podział wygląda tak:

– dodatkowym obszarem wyodrębnianym w trakcie badania jest ogon Spence'a, czyli górno– zewnętrzna część piersi, położona tuż przy dole pachowym, kolejnym otoczka i brodawka sutkowa oraz dół pachowy.



W ten sposób w bardzo dokładny sposób możemy określić położenie zmian patologicznych w piersiach, np. w piersi lewej w kgz (godz.2), 3cm od brodawki sutkowej...

Umieszczamy zmiany w przestrzeni i odnosimy ich położenie do ściany klatki piersiowej, brodawki i skóry tak, żeby wszystko się zgadzało niezależnie od pozycji pacjentki w czasie wykonania badania oraz rodzaju samego badania.

Klasyfikacja BIRADS

Jednolicie opisujemy i klasyfikujemy też same znajdowane w piersiach patologie. Używamy do tego wytycznych zawartych w leksykonie **BIRADS**.

Amerykańskie Kolegium Radiologii (American College of Radiology) to amerykańskie profesjonalne towarzystwo medyczne, reprezentujące blisko 40000 radiologów, onkologów radiologicznych, radiologów interwencyjnych, lekarzy medycyny nuklearnej i fizyków medycznych. W 1992 roku ACR (w naszych opisach znajdziecie często określenie „**wg ACR**"!) opracowało i zarekomendowało po raz pierwszy stosowanie w ocenie badań mammograficznych skali BIRADS – Breast Imaging-Reporting and Data System, głównie w celu standaryzacji opisów badań mammograficznych, oceny ryzyka złośliwości zmian w nich uwidocznionych i w zależności od niego, zaleceń co do dalszego postępowania.

Od tamtego czasu opracowywane były kolejne wersje tej klasyfikacji, publikowane w latach 1993-2013, uzupełnione o kategoryzację w ultrasonografii i rezonansie magnetycznym; ostatnia – piąta edycja atlasu ACR BIRADS ukazała się w 2013 roku.

Klasyfikacja BIRADS dzieli zmiany ogniskowe piersi pod względem ich charakteru na grupy:

BIRADS 0 – obraz niepełny, konieczna dodatkowa ocena, ryzyko złośliwości niepewne, zalecane dalsze badania diagnostyczne,

BIRADS 1 – obraz prawidłowy, ryzyko złośliwości 0%, zalecane badania kontrolne w normalnym trybie,

BIRADS 2 – obraz zmian łagodnych, ryzyko złośliwości 0%, zalecane badania kontrolne w normalnym trybie,

BIRADS 3 – obraz zmian prawdopodobnie łagodnych, ryzyko złośliwości do 2%, zalecane badania kontrolne w trybie przyspieszonym lub biopsja,

BIRADS 4 – obraz zmiany podejrzanej, ryzyko złośliwości powyżej 2% do 95%, konieczna weryfikacja histopatologiczna zmiany, grupę podzielono na 3 podgrupy:
– **4a** – zmiana podejrzana, ale o małym stopniu prawdopodobieństwa złośliwości, powyżej 2% do 10%,
– **4b** – zmiana podejrzana, o pośrednim stopniu prawdopodobieństwa złośliwości, powyżej 10% do 50%,
– **4c** – zmiana podejrzana, o wysokim stopniu prawdopodobieństwa złośliwości, powyżej 50% do 95%, jednak bez klasycznych cech złośliwości,

BIRADS 5 – obraz zmiany złośliwej, ryzyko złośliwości powyżej 95%, konieczna weryfikacja histopatologiczna zmiany,

BIRADS 6 – zmiana złośliwa potwierdzona biopsją, pacjentki oczekujące na leczenie lub wykonujące badania kontrolne w trakcie chemio i radioterapii.

Zwróćcie uwagę na procentowe określenie ryzyka złośliwości i ścisłe wytyczne dalszego postępowania w każdej grupie sklasyfikowanych zmian, pamiętajcie jednak, że klasyfikacja dotyczy obrazu radiologicznego, który nie jest jednoznaczny z rozpoznaniem histo-patologicznym. Dopiero w następnym etapie, w razie potrzeby wykonywana jest diagnostyka mikroskopowa stwierdzanych patologii.

Skala BIRADS rekomendowana jest również przez europejskie towarzystwa medyczne skupiające specjalistów zajmujących się diagnostyką i leczeniem chorób piersi, takie jak ESR (ang.European Society of Radiology),

EUSOBI (ang. European Society of Breast Imaging), EUSOMA (ang. European Society of Breast Cancer Specialists), a także przez PLTR (Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne).

W opisach stosujemy różne specjalistyczne określenia, charakterystyczne dla określonego rodzaju badania, stosowanej metody obrazowej, najważniejsza jest jednak ostateczna klasyfikacja.

Samobadanie piersi

Samobadanie piersi określane jest powszechnie mianem nieinwazyjnego testu przesiewowego. Jest to badanie o ograniczonej skuteczności, nie jest zalecane, jako samodzielna metoda diagnostyczna, podobnie jak badanie kliniczne przez lekarza, chyba, że nie ma dostępu do żadnych badań obrazowych.

Mała skuteczność samobadania piersi wynika z nieznajomości objawów, trudności w znalezieniu małych zmian patologicznych czy ognisk położonych głęboko, szczególnie w piersiach większych, jedną z przyczyn jest też nieumiejętność wykonania takiego badania, a to z powodu braku regularności w jego wykonywaniu.

Nauczcie się badać swoje piersi! Kontrolując je regularnie poznacie ich budowę, wychwycicie obszary zmienne w cyklu, zachowanie tkanki przed i po miesiączce, ułatwi to zauważenie zmian nietypowych, nowych grudek, zmian kształtu piersi, ich spoistości czy wyglądu skóry.

Pomimo wymiernych ograniczeń tego postępowania, nauka samobadania piersi oraz regularna praktyka w badaniu i poznawaniu własnych piersi stanowi motywację do myślenia o własnym zdrowiu i daje nam kobietom pewne poczucie kontroli.

W przypadku stwierdzenia jakiejkolwiek niepokojącej zmiany zawsze należy zgłosić się do lekarza.

Samobadanie piersi powinno być wykonywane raz w miesiącu, w pierwszej połowie cyklu, a w przypadku kobiet niemiesiączkujących w stałym ustalonym dniu miesiąca.

Samobadanie składa się z dwóch etapów: oglądania piersi oraz badania dotykowego. Podczas badania kobieta powinna zwracać uwagę na:

- brodawki i pieprzyki, przebarwienia – czy się nie powiększają, nie zmieniają koloru,
- wycieki z brodawki – czy są jednostronne, czy obustronne, jakiego koloru jest pojawiająca się treść – najbardziej niepokojąca jest koloru brunatnego lub krwista,
- wciągnięcie brodawek sutkowych
- wygląd otoczki brodawki sutkowej – może zmienić swój dotychczasowy regularny kształt,
- zmianę kształtu lub wielkości piersi,
- pojawienie się uwypukleń, wgłębień lub zaciągnięć skóry, pojawienie się tzw. skórki pomarańczowej lub ognisk zaczerwienień
- guzki i zgrubienia wyczuwalne na piersi, wokół sutka i pod pachą
- powiększenie się węzłów chłonnych pod pachą,

Diagnostyka obrazowa

Najważniejsze w diagnostyce piersi są badania obrazowe. Wykorzystujemy trzy podstawowe metody diagnostyczne:
- badanie mammograficzne,
- badanie ultrasonograficzne,
- tomografię rezonansu magnetycznego.

Mammografia

Mammografia to badanie piersi wykorzystujące promieniowanie rentgenowskie. Jest obecnie najlepszym sposobem wykrywania raka piersi we wczesnym stadium rozwoju.

Na zlecenie lekarza przeprowadza się badania mammograficzne diagnostyczne, gdy już uchwytne są niepokojące objawy, w przypadku braku objawów klinicznych wykonuje się badania profilaktyczne.

Od 50 roku życia można wykonać badanie w ramach **programu przesiewowego**.

Jeśli jesteś w wieku 50–69 lat oraz:
- w ciągu ostatnich dwóch lat nie miałaś wykonywanej mammografii w ramach NFZ,
- otrzymałaś w 2010 r. pisemne wskazanie do wykonania ponownej mammografii po 12 miesiącach,
- nie miałaś wcześniej stwierdzonej zmiany nowotworowej piersi,

zgłoś się na bezpłatne badanie mammograficzne organizowane przez Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, tak zwany program przesiewowy. Prawidłowo zaplanowany i prowadzony program badań przesiewowych prowadzi do zmniejszenia umieralności na raka piersi, jednak warunkiem jego powodzenia i spełnienia założeń jest wysoka zgłaszalność na badania przesiewowe, a ta niestety nie wygląda najlepiej.

Jeśli skończyłyście 69 lat nie przysługuje Wam refundacja w ramach programu przesiewowego, to nie znaczy, że nie należy już wykonywać mammografii. Nadal powinno się badać piersi z użyciem tej metody, jednak już ze skierowaniem od lekarza lub odpłatnie.

Dlaczego kobiety boją się badań mammograficznych?

- „Lepiej nie robić badania, bo jeszcze coś wykaże".

Warunkują to oczywiście czynniki psychologiczne i strach przed tym, że badanie wykaże patologię. Pamiętajmy jednak, że tę szansę na wygraną z chorobą – możliwość wykrycia nowotworu we wczesnym stadium możemy dać sobie tylko my same!

- „Nie pójdę, bo będzie bolało".

Często pacjentki obawiają się bólu, który mogą odczuwać w trakcie badania, a który spowodowany jest dość silnym uciskiem piersi, stosowanym do jej stabilizacji.

Ucisk stosowany w czasie mammografii nie uszkadza piersi; jest konieczny w celu uzyskania zdjęć wysokiej jakości, a ponadto pozwala na obniżenie dawki promieniowania rentgenowskiego. Patrząc na to, jaki dyskomfort i cierpienie fizyczne są w stanie znieść kobiety przy zabiegach kosmetycznych czy z zakresu dermatologii estetycznej, krótki moment ucisku przy badaniu mammograficznym wydaje się niewspółmierny.

Żeby badanie było jak najmniej niekomfortowe radzę robić je w pierwszej fazie cyklu (pierwszy dzień miesiączki to pierwszy dzień cyklu!), czyli zaraz po miesiączce, wtedy piersi są najmniej tkliwe. Ubierzcie się wygodnie, najlepiej w ubranie dwuczęściowe, wtedy łatwiej będzie rozebrać się do pasa. Zaufajcie technikom i techniczkom elektroradiologii, naprawdę wiedzą co robią. Jeśli w dniu, kiedy wykonywana jest mammografia, odczuwacie jakieś dolegliwości, np. bolesność piersi, należy o tym poinformować osobę przeprowadzającą badanie. Będzie ona z większą ostrożnością obchodziła się z bolesną piersią;

Dowiedzcie się też czy aparat, którym wykonywana jest mammografia nie posiada czasem przycisku samodzielnego sterowania uciskiem – nowoczesne aparaty mammograficzne są już w takie rozwiązanie wyposażone, wtedy dostajecie pilota do ręki i same sterujecie uciskiem. Niestety nie można się zatrzymać w strefie super komfortu, bo ucisk nie może być mniejszy od pewnego wymaganego poziomu.

- „Nie pójdę, bo badanie jest szkodliwe dla zdrowia"

W badaniach mammograficznych rzeczywiście wykorzystywane jest promieniowanie rentgenowskie, jednak korzyści z wykonania badania przeważają znacznie nad jego szkodliwością. Dawka promieniowania, jaką otrzymujemy w czasie badania wynosi 0,7 mSv, czas, w którym dojdzie do pochłonięcia podobnej dawki promieniowania przez nasz organizm eksponowany na obecne wszędzie promieniowanie tła wynosi 3 miesiące. Jest to dawka porównywalna do tej, jaką otrzymujemy przy wykonywaniu rtg kręgosłupa, dla porównania dla TK głowy wynosi 2mSv, TK jamy brzusznej i miednicy 10-30mSv.

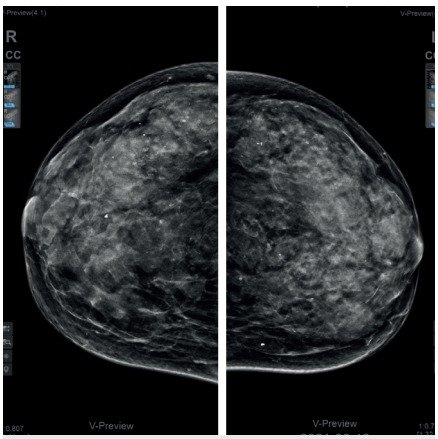
Koniecznie należy poinformować swojego lekarza lub technika radiologii przeprowadzającego badanie, jeśli istnieje szansa, że jest się w ciąży.

- „Nie pójdę, bo u znajomej nie wykryli choroby".

Czułość badania diagnostycznego najprościej mówiąc to jego zdolność do wykrywania patologii. Zależy ona od wielu czynników – główne to wartość techniczna badania, czyli jakość używanego sprzętu, sposób wykonania badania (prawidłowe ułożenie piersi i ten nieszczęsny ucisk!), a także rodzaj utkania piersi.

Pokażę Wam jak wygląda nowotwór w badaniu mammograficznym:

Zmiana ogniskowa w lewej piersi – ognisko o wyraźnie jaśniejszym kolorze, o nieostrych obrysach, pozaciągane na obwodzie. Widoczne dobrze na szarym tle. Widoczne dobrze, bo utkanie piersi jest w przewadze tłuszczowe.



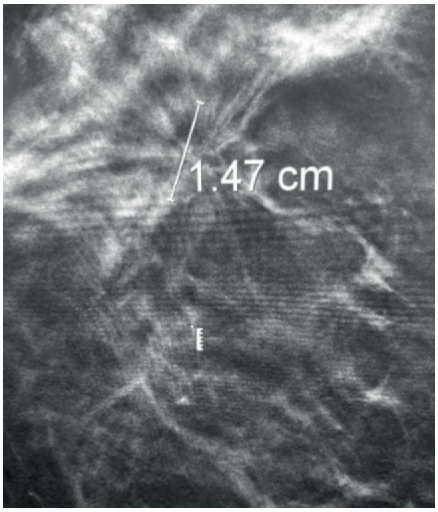
Piersi o utkaniu gruczołowym, typ D wg ACR

Znalezienie ogniska o takim charakterze w piersiach gruczołowych, takich jak powyżej, jest zdecydowanie trudniejsze.

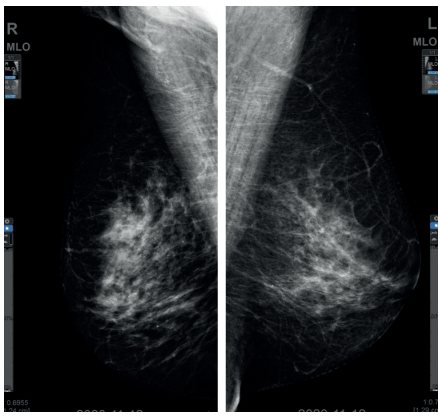
Czułość mammografii zmniejsza się wraz ze wzrostem gęstości piersi. Zwiększa się liczba nowotworów niewykrytych w gęstej piersi. Znalezienie w takiej piersi zmian jest po prostu dużo trudniejsze, bo mogą być przesłaniane przez prawidłową tkankę.

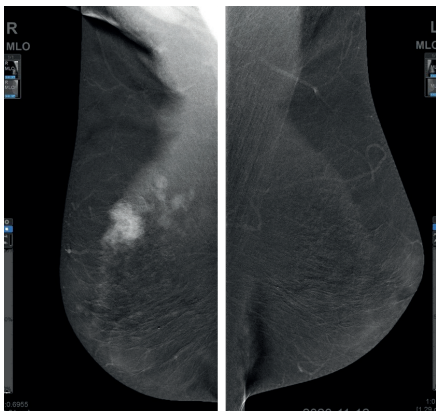
Z obrazowaniem piersi gęstych w mammografii radzimy sobie jednak coraz lepiej. Oprócz wprowadzenia techniki cyfrowej, wykonywanych dodatkowo zdjęć celowanych, rolowanych, ściśle bocznych, dysponujemy nowymi technikami z zakresu ulepszonej mammografii, takimi jak tomosynteza piersi i mammografia spektralna.

Tomosynteza (Digital Breast Tomosynthesis) to warstwowe badanie piersi, jak tomografia komputerowa, pozwala dokładnie ocenić miejsca zagęszczeń, rozprojektować zaburzenia architektury, ocenić charakter mikrozwapnień.



Podobnie – drobne zaburzenie architektury piersi lewej uwidocznione dokładnie na zdjęciu warstwowym.





Mammografia spektralna, to mammografia ze wzmocnieniem kontrastowym (**Contrast Enhancement Spectral Mammography – CESM**), z podaniem dożylnie środka kontrastowego jak w badaniu TK czy MR.

W mammografii ze wzmocnieniem kontrastowym oceniane jest zjawisko wzmocnienia obrazu, wynikające z nowo tworzenia naczyń, charakterystyczne dla nowotworów.

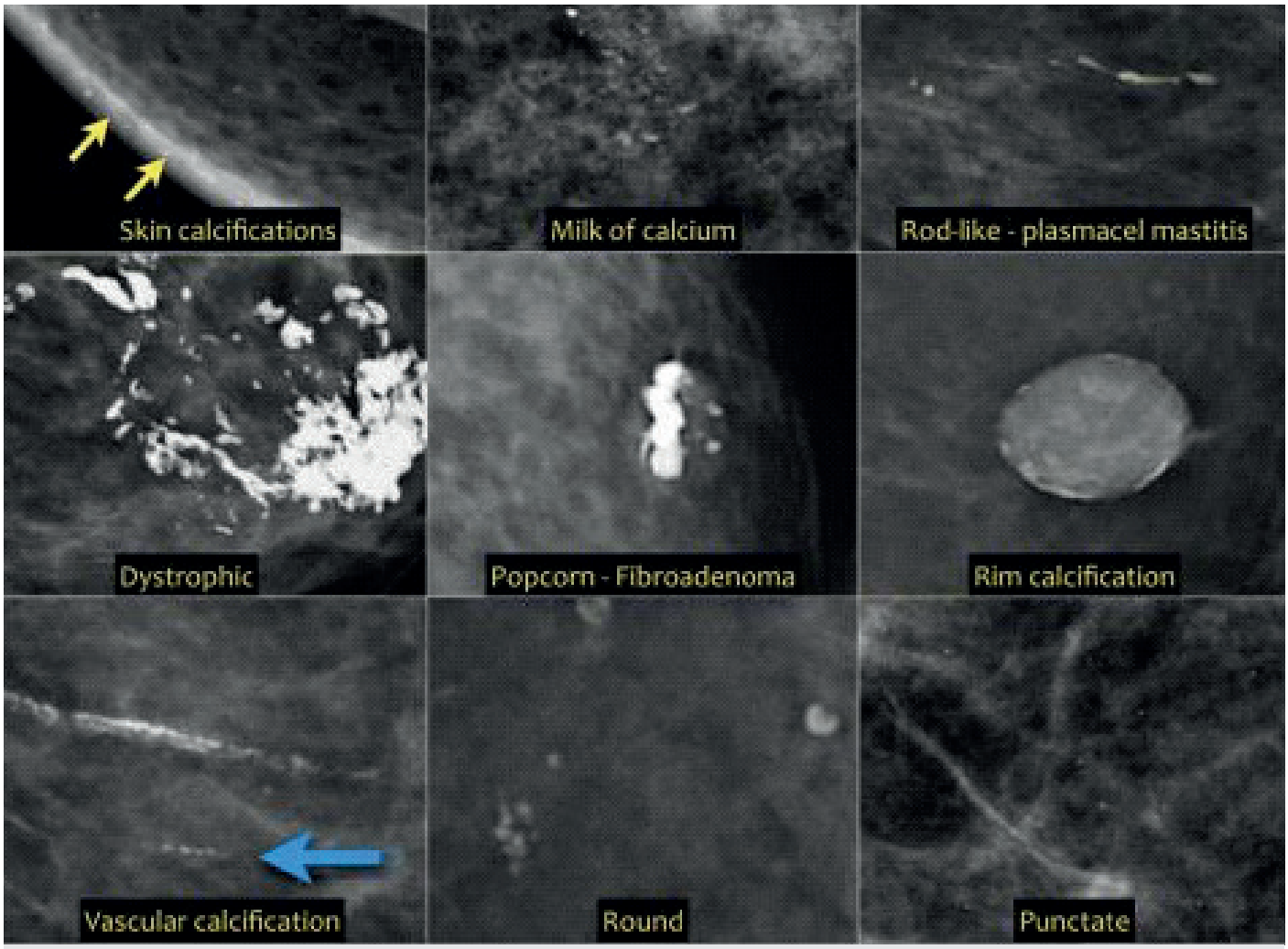
W trakcie badania podaje się dożylnie środek kontrastowy i po dwóch minutach od jego iniekcji wykonuje się badanie mammograficzne. Wykonuje się zdjęcia nisko– i wysokoenergetyczne, które opracowuje się z wykorzystaniem zaawansowanych aplikacji komputerowych, dzięki czemu uzyskuje się obrazy struktur ulegających patologicznemu wzmocnieniu, z wygaszeniem wzmocnienia fizjologicznego.

Mammografia spektralna, choć nie zastępuje tej metody, może być alternatywą dla badania MR piersi, ma wykorzystanie w badaniu piersi gęstych, w wykrywaniu zmian wieloogniskowych, w planowaniu zabiegów chirurgicznych (leczenie oszczędzające czy mastektomia).

W nowy aparat mammograficzny nasza Pracownia Mammografii została wyposażona w czerwcu 2020 roku, od tego czasu działa nieprzerwanie nawet w okresie pandemicznym, dając najlepszą jakość wykonywanym badaniom. Aparat Senographe Pristina 3D jako pierwszy zainstalowany w Polsce przechodził w naszym szpitalu testy kliniczne, które udokumentowały jego wartość, a wykonywane były w kilkunastu ośrodkach na świecie. Aparat został zakupiony z funduszy Ministerstwa Zdrowia. Dziękujemy Pani Dyrektor Irenie Kierzkowskiej, bo tylko dzięki dzięki zgodzie i zaangażowaniu Dyrekcji możemy wykonywać specjalistyczne badania, takie jak DBT (Digital Breast Tomosythesis) i CESM (Contrast Enhancement Spectral Mammography), pomimo, że te procedury nie są refundowane przez NFZ.

Do badania CESM należy się przygotować jak do badania TK.

Konieczne jest pozostanie na czczo, czyli bez przyjmowania posiłków na 6 godzin przed badaniem i bez przyjmowania płynów na 2 godziny przed badaniem. W przeddzień



Przykłady łagodnych zwapnień w piersiach.

badania zaleca się zwiększenie ilości przyjmowanych płynów. W celu oceny funkcji nerek należy wykonać badanie stężenia kreatyniny (oraz wartości eGFR).

Pacjentki leczone z powodu chorób tarczycy powinny zbadać poziom TSH. Badanie należy wykonać nie wcześniej, niż 2 tyg. przed terminem badania CESM.

W przypadku nieprawidłowego poziomu TSH konieczność wykonania badania należy skonsultować z endokrynologiem, internistą lub lekarzem kierującym na badanie. Ustalić z lekarzem prowadzącym należy również sposób przyjmowania metforminy.

Przy tak zaawansowanej technologii wykorzystywanej w dzisiejszych czasach do diagnostyki piersi szansa na wykrycie nowotworu, nawet w piersiach gęstych, gruczołowych jest bardzo duża.

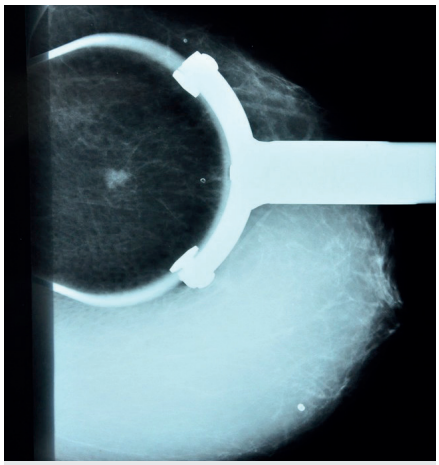
- „Nie pójdę, bo chodzę na usg".

USG to bardzo dobre badanie diagnostyczne, jednak jego wartość jest ograniczona jeśli chodzi o wykrywanie mikrozwapnień. Zwapnienia piersi to częste znaleziska mammograficzne, wykrywane u ponad połowy badanych kobiet. Są to drobne, niewyczuwalne i niedające żadnych objawów złogi wapnia, które mogą odkładać się w niemal wszystkich elementach składowych piersi: zarówno w strukturach gruczołowych (zrazikach i przewodzikach), tkance tłuszczowej i włóknistej, jak i w skórze, czy nawet naczyniach krwionośnych. W mammografii widoczne są jako drobne białe punkty, różne morfologicznie. Od ich wyglądu zależy decyzja radiologa o poprowadzeniu lub nie dalszej diagnostyki. Zwykle mikrozwapnienia świadczą o łagodnych procesach degeneracyjnych w piersiach, mogą być jednak objawem nowotworu.

W dniu badania mammograficznego nie zaleca się stosowania w okolicy pach oraz skóry piersi dezodorantów, talku czy balsamów. Zawarte w nich substancje chemiczne mogą ulec krystalizacji i dać w badaniu obraz mikrozwapnień;

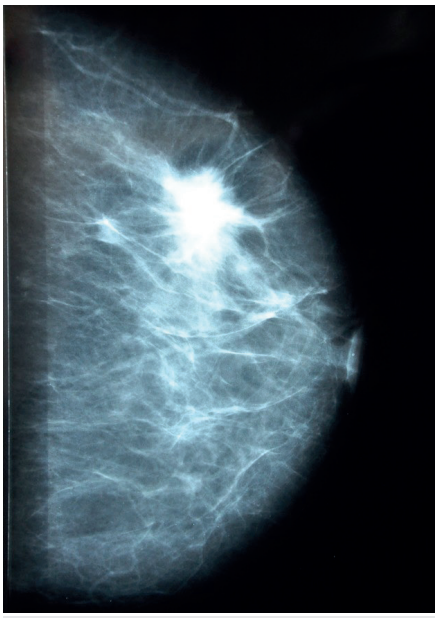
Jeśli wcześniej wykonywane było badanie mammograficzne, należy zabrać ostatnie zdjęcia (najczęściej na nośniku cd) ze sobą. Porównanie zdjęć poprzednich z aktualnymi to istotny element badania, każda zmiana kształtu czy wielkości kontrolowanych zmian, w tym zwapnień piersi, powinna zostać dokładnie zweryfikowana.

Jeśli będziecie dbać o Siebie, myśleć o Sobie i Waszych bliskich, jeśli będziecie wykonywać regularnie badania mammograficzne, to wtedy będziemy wykrywać takie nowotwory:



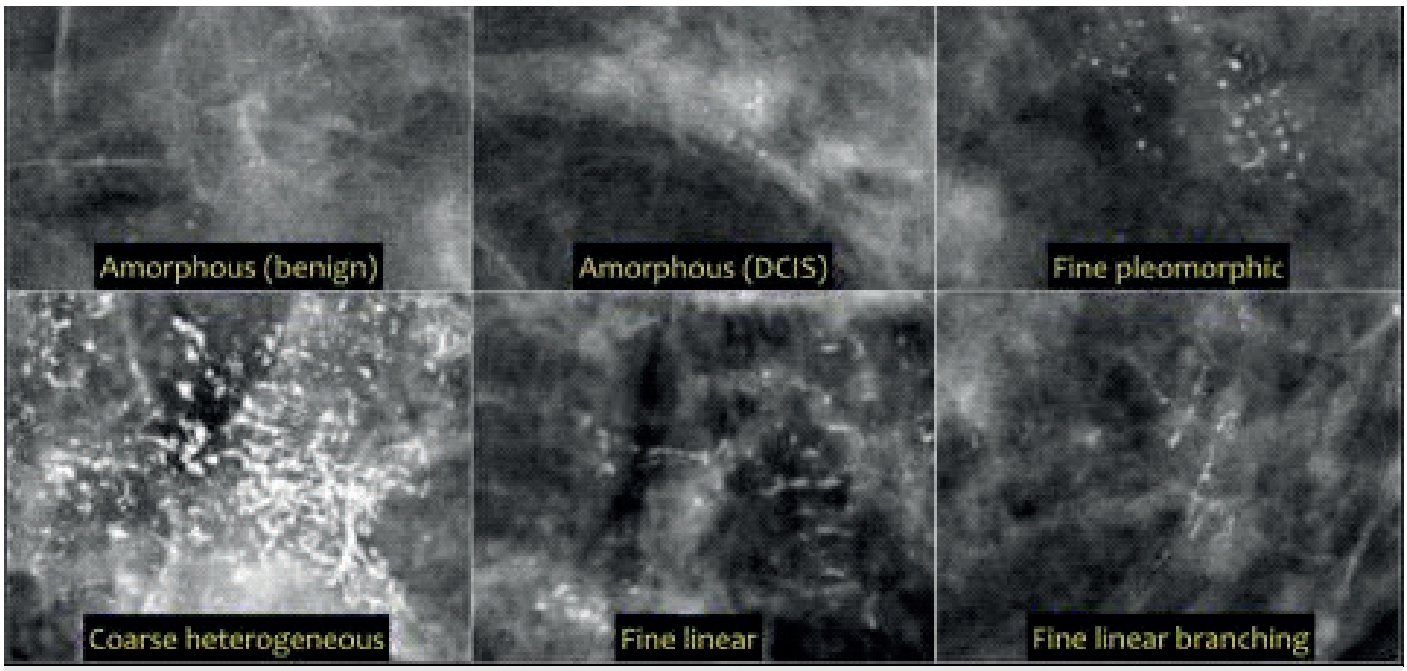
Ognisko o wielkości 4 mm w piersi lewej (rak przewodowy inwazyjny).

a nie takie:



Guz spikularny 30 mm z ogniskiem satelitarnym w piersi lewej (rak przewodowy inwazyjny).

Dr n. med. Anna Szalcunas-Olsztyn
Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej



Przykłady zwapnień o podejrzanej morfologii, sugerującej patologię nowotworową.

Mniejszą sztuką jest coś wyciąć, większą jest to załatać

– Dla mnie Oddział, to przede wszystkim ludzie, którzy na nim pracują, którzy tworzą zespół. I mam wrażenie, że mam szczęście pracować w zespole bardzo fajnych młodych ludzi, którzy bardzo fajnie rokują, jako zabiegowcy, jako lekarze – mówi dr n. med. Tomasz Bujnowski, który od początku sierpnia kieruje Oddziałem Otolaryngologicznym i Onkologii Laryngologicznej.

Rozmowa z Tomaszem Bujnowskim

Przemysław Prais: Proszę na początek opisać swoją drogę zawodową.

– Tomasz Bujnowski: Mój kontakt z medycyną zaczął się od bycia synem lekarza. Od dziecka widząc jak często mój Ojciec anestezjolog był wzywany po nocach do szpitala w Nidzicy, gdzie stanowił nieliczne zabezpieczenie anestezjologiczne bloku operacyjnego i oddziałów zabiegowych, raczej nie wyobrażałem sobie swojej przyszłości zawodowej w związku z medycyną. Z tego powodu wylądowałem w klasie matematyczno-fizycznej liceum, wyobrażając siebie, jako błyskotliwego konstruktora polskich samochodów. W liceum spotkało mnie pierwsze rozczarowanie. Okazało się, że zawiłości matematyki i fizyki są na tyle zagmatwane, że prawdopodobnie mój umysł nie będzie w stanie pojąć ich w stopniu umożliwiającym tworzenie konstrukcji samochodowych. Z każdym rokiem zniechęcenia do matematyki i fizyki w liceum, moje zainteresowania lawirowały w kierunku chemii i biologii, które wydawały się wyraźnie przystępniejsze.

I tak powoli narodził się pomysł studiów na medycynie. Pierwsza próba dostania się na medycynę miała miejsce w 1984 roku w Akademii Medycznej w Białymstoku. Pisząc, „pierwsza próba" daję do zrozumienia, że niestety musiała mieć miejsce druga próba, rok później, w tej samej uczelni. Ta druga była lepsza, bo skuteczna. I tak w październiku 1985 roku zostałem studentem pierwszego roku medycyny w Białymstoku. Przed drugimi egzaminami na studia przepracowałem 7 miesięcy, jako salowy na bloku operacyjnym Szpitala Miejskiego w Olsztynie. Tam, obserwując chirurgów różnych specjalności, nabrałem przekonania, że jeśli się uda, to będę chciał zostać, zabiegowcem". To przekonanie narastało we mnie przez całe studia, które udało się skończyć w ustawowym czasie.

I tym sposobem na początku września 1991 roku pojawiłem się, jako lekarz stażysta ponownie w Szpitalu Miejskim. W trakcie stażu, moje marzenia o zostaniu chirurgiem twarzoczaszki zostały rozbite, ponieważ okazało się, że nie mając ukończonej stomatologii, nie mogę rozpocząć specjalizacji z chirurgii twarzowej. Dlatego jako alternatywa pojawiła się laryngologia, zajmująca się w końcu również obszarem głowy i szyi. Lecz alternatywa ta wcale nie okazała się prostsza w realizacji. Nie chciano mnie na laryngologii w Szpitalu Miejskim, nie było miejsca na oddziałach laryngologicznych Szpitala MSWiA ani w Szpitalu Wojewódzkim. Na szczęście zgodziła się przytulić mnie i wyuczyć „na laryngologa" Dyrekcja Przychodni Kolejowej w Olsztynie. I tak dzięki łańcuchowi, ludzi dobrej woli", pojawiłem się 2.01.1993 r. w gabinecie lekarskim na Oddziale Laryngologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, oddelegowany na ½ etatu na staż specjalizacyjny z laryngologii.

Tam wtedy, poznałem mojego późniejszego kierownika I stopnia specjalizacji, II stopnia specjalizacji, człowieka, który popchnął mnie do zrobienia doktoratu, w końcu Kumpla, czyli doktora Bogdana Kibiłdę. I tak zdecydowaną większość tego, co umiem, nauczyłem się od Niego, lub z jego inspiracji. Kiedy po czterech latach skutecznego ukrywania swoich wad i niedoskonałości pojawiło się miejsce pracy na oddziale laryngologii, udało mi się zostać przyjętym do pracy na to miejsce. Podchodząc na jesieni 1996 roku do egzaminu specjalizacyjnego I-go stopnia z laryngologii byłem już pełnoetatowym pracownikiem Szpitala.

Potem poszło już „szybko". „Szybko", znaczy nie wiem, kiedy to minęło. W 2000 r. zdałem egzamin specjalizacyjny II-go stopnia w Akademii Medycznej w Warszawie, w 2006 r. obroniłem pracę doktorską na temat przerzutów raka krtani do węzłów chłonnych szyi pod patronatem prof. Ewy Osuch-Kościkiewicz w Warszawie. Jednak nie odnalazłem w sobie zamiłowania do dalszej pracy naukowej, skupiłem się zdecydowanie na zdobywaniu praktyki zabiegowej, czerpiąc garściami z nauki i wiedzy tych, którzy mają większy talent do rozwoju naukowego. A kiedy dr Bogdan Bkibilda postanowił realizować się życiowo na innym polu, spotkała mnie zaszczytna propozycja objęcia schedy po Nim i poprowadzenia Oddziału. Co tez staram się czynić od sierpnia tego roku.

Proszę powiedzieć jak planuje Pan przyszłość oddziału, którym zaczął Pan kierować.

– Dla mnie Oddział, to przede wszystkim ludzie, którzy na nim pracują, którzy tworzą zespół. I mam wrażenie, że mam szczęście pracować w zespole bardzo fajnych młodych ludzi, którzy bardzo fajnie rokują, jako zabiegowcy, jako lekarze. Zarówno młodzi specjaliści, jak i rezydenci. I do tego chyba się wzajemnie lubią, co jest nieczęste. Dlatego dokładam wszelkich starań, i będę to robił dalej, aby jak najszybciej stali się samodzielnymi, decyzyjnymi lekarzami. Ze strachem myślę, że może nadejść czas, kiedy po zakończeniu rezydentury nie będzie możliwości zatrudnienia kogoś z nich. Wobec braku w naszym województwie rozsądnej liczby innych realnie operujących laryngologię oddziałów, przez odesłanie tych młodych specjalistów do pracy w przychodniach, będę musiał uznać swoje przestane przy nich na bloku operacyjnym godziny za stracone. Dlatego będę nękać Dyrekcję Szpitala o możliwość pozostawienia tych ludzi w Szpitalu. Trzeba myśleć perspektywicznie: nas, coraz starszych w końcu ludzi, też może będzie musiał ktoś umieć zoperować laryngologicznie. I lepiej żeby nie zrobił tego gorzej, niż zrobilibyśmy to sami.

Drugi aspekt oddziału to technika i sprzęt. Rozwój medycyny zabiegowej jest związanych z rozwojem techniki medycznej i narzędzi zabiegowych. Bardzo chciałbym rozwijać chirurgię endoskopową nosa i zatok (nowszy sprzęt), przydałby się

nowy laser operacyjny do zabiegów onkologicznych krtani, posiadany obecnie jeszcze„ ciągnie", ale ma już wiele lat pracy za sobą. Bardzo cieszy mnie rozwój technik rekonstrukcyjnych w naszym szpitalu. Mam na myśli działania Moniki Gulbinowicz-Gowkielewicz i Maćka Sadowskiego, którzy od pewnego czasu robią coraz fajniejsze rekonstrukcje po operacjach onkologicznych na bazie wolnych płatów na mikrozespoleniach naczyniowych. Nasz oddział wielokrotnie korzystał z Ich działań z bardzo dobrym efektem. I w tym widzę też rozwój chirurgii onkologicznej na laryngologii, bo mniejszą sztuką jest coś wyciąć, większą jest to załatać. I chociaż to młodzi ludzie, myślę, że powoli również będą musieli przekazywać swoją wiedzą i umiejętności innym młodszym kolegom. Na tym, moim zdaniem polega rozwój oddziału, szpitala.

Tym, co mnie najbardziej martwi podczas spoglądania w przyszłość, to niepewne szanse na podniesienie opłacalności Oddziału. Na chwilę obecną, bardzo niska wycena procedur laryngologicznych przez NFZ, nie rokuje zachwycającej poprawy wyników ekonomicznych oddziału. Przez wiele lat zarządzania oddziałem, doktor Bogdan Kibiłda przetestował wszelkie sposoby obniżania kosztów, ich skrupulatnego cięcia, ale ich efekty, podejrzewam, mimo wszystko nie zachwycają Dyrekcji Szpitala.

Staramy się jak najefektywniej sterować kolejką zabiegów, aby nie marnowała się żadna minuta pracy na bloku operacyjnym. Bardzo odciąża w tym lekarzy z zespołu team pań sekretarek, zdejmując z doktorów np. konieczność wykonywania dziesiątek rozmów telefonicznych z pacjentami w celu szczelnego zapełnienia czasu pracy bloku operacyjnego. I mam nadzieję, że taka współpraca się utrzyma, ponieważ wypracowana przez lata daje moim zdaniem dobre efekty.

Mam też nadzieję na dalsze utrzymanie przynajmniej takiego jak obecnie zespołu pielęgniarskiego, który dwoi się i troi w ciągu dnia i na dyżurach, aby zapewnić pacjentom właściwą opiekę.

Na zakończenie proszę o kilka słów na temat Pańskich zainteresowań pozamedycznych.

– Jeżeli chodzi o moje zainteresowania pozamedyczne, to niestety nie mam się czym pochwalić. Najwygodniej byłoby zrzucić winę na tempo życia i brak wolnego czasu, ale prawda tez jest taka, że los nie obdarzył mnie jakimiś wybitnymi talentami artystycznymi czy innymi, z których mógłbym być dumny. A teraz chyba już nie czas na odkrywanie w sobie na siłę nieodkrytych dotąd talentów.

Kiedyś, w czasach, gdy filmy były o wiele trudniej dostępne niż obecnie, interesowałem się filmoteką, historią nagród Oskara, światowymi sławami aktorskimi, ich dokonaniami zawodowymi i nie tylko. Obecnie powszechny dostęp do filmów na każdym kanale telewizyjnym i w necie powoduje, że sztuka filmowa jest obecnie dla mnie zdecydowanie mniej pociągająca. W samochodzie słucham głównie muzyki tzw. spokojnej, balladowej. Żona twierdzi, że to same „smutasy". Z literatury preferuję gatunki sensacyjne i kryminały.

Urlopy od wielu lat dzielę pomiędzy wędrówki po austriackich Alpach – jestem fanem tych gór, a raczej infrastruktury turystycznej w tym kraju – oraz wylegiwanie się na ciepłych plażach nad ciepłymi morzami.

Regularnie zmuszam się pod okiem profesjonalisty do jakiejś aktywności fizycznej w celu zachowania resztek sprawności na stare lata. Bez nadzoru nie potrafiłbym się zmusić do najlżejszych nawet ćwiczeń w domu, np. rowerku czy bieżni. Zbyt zaawansowane lenistwo. A resztki wolnego czasu próbuję spędzać w gronie moich niezawodnych od lat Przyjaciół i z Wnukami (Tymkiem i Kubusiem, Piotruś w drodze). I cytując Stanisława Tyma z filmu „Rejs" – „No to tyle może o mnie. Na początek".

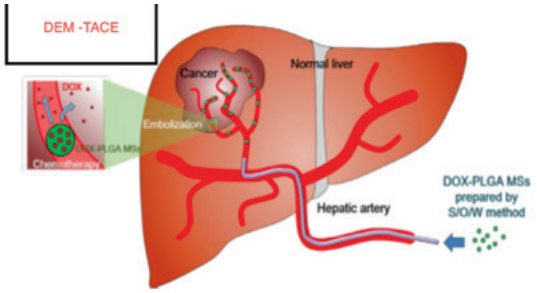
Rozmawiał ***Przemysław Prais***

Unikalna terapia zastosowana przez chirurgów onkologicznych

Oddział Chirurgii Onkologicznej w ścisłej współpracy z Zakładem Radiologii i Diagnostyki Obrazowej rozpoczął unikalną terapię nieresekcyjnych przerzutów nowotworów litych do wątroby.

Leczenie przerzutów nowotworowych wątroby za pomocą wewnątrznaczyniowej chemioembolizacji z użyciem mikrocząstek nasączonych cytostatykiem. Tę procedurę wykonują radiolodzy interwencyjni pod przewodnictwem dr n. med. Grzegorza Wasilewskiego, kierownika Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.

– Do leczenia kwalifikują się chorzy z pierwotnymi nowotworami wątroby (rak wątrobowokomórkowy i rak z przewodów żółciowych) oraz przerzuty do wątroby raka jelita grubego, piersi, płuc, trzustki, i pęcherzyka żółciowego, czerniaka i innych nowotworów – wyjaśnia dr n. med. Robert Wojsław z Oddziału Chirurgii Onkologicznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. I dodaje: – Istotą terapii jest wybiórcze podanie cytostatyku do naczyń guza z jednoczesnym ich zamknięciem. Lek podawany jest po uprzednim połączeniu z mikrocząsteczkami bardzo małej średnicy, co umożliwia im głębokie wniknięcie do łożyska naczyniowego guza. Dodatkowo mikrosfery te po zetknięciu ze środkiem cieniującym pęcznieją powiększając się 2-3 krotnie.



Cytostatyk w miejscu aplikacji uwalniany jest w skoncentrowanej dawce przy minimalnym oddziaływaniu systemowym przez okres około 7 dni, a zamknięcie dopływu krwi tętniczej do guza uniemożliwia dostarczenie tlenu i substancji odżywczych do zmiany nowotworowej.

Zabiegi te są dobrze tolerowane przez pacjentów i mogą być powtarzane co ok.12 tygodni.

– W około dwóch trzecich leczonych przypadków TACE może powstrzymać wzrost guzów wątroby lub spowodować ich zmniejszenie się – mówi dr Wojsław. – Metoda potencjalnie pozwala na zachowanie funkcji wątroby i utrzymanie względnie normalnej jakości życia. Ten efekt utrzymuje się średnio od 10 do 14 miesięcy, w zależności od rodzaju guza.

Not. ***Przemysław Prais***

Nagrody marszałka województwa **uroczyście wręczone**

Przedstawiciele naszego Szpitala podczas gali odebrali z rąk Gustawa Marka Brzezina wyróżnienia przyznane za sukcesy osiągnięte w 2020 r., kiedy z racji ograniczeń spowodowanych epidemią COVID-19 nie organizowano takich wydarzeń.

Najpierw 16 września w Filharmonii Warmińsko-Mazurskiej im. Feliksa Nowowiejskiego w Olsztynie poznaliśmy wyróżnionych Laurem Najlepszym z Najlepszych, przyznawanego od 18 lat przez marszałka województwa warmińsko-mazurskiego. W tym roku ze względu na wcześniejsze ograniczenia pandemiczne była to podwójna: XVII i XVIII – edycja.

Najlepsi z najlepszych pracują w Szpitalu Wojewódzkim

Marszałek Gustaw Marek Brzezin wyróżnił osoby, instytucje, organizacje i przedsiębiorstwa z regionu, które w 2020 oraz 2021 roku osiągnęły sukces, rozsławiając Warmię, Mazury i Powiśle w Polsce i na świecie. – Warmia, Mazury, Powiśle są takim miejscem na Ziemi, w którym mieszkają utalentowani ludzie, oddani swoim pasjom i pracujący na sukces – mówił. – Zrównoważony, stabilny, długotrwały rozwój nigdy nie jest dziełem przypadku, ale opiera się na wytrwałej pracy i odważnie urzeczywistnianej wizji. Początkowo bardzo łatwo było grupować naszych laureatów w poszczególnych kategoriach. Tymczasem świat mknie naprzód, wszystko się zmienia, rozwija, rośnie ilość specjalizacji i aktywności ludzkiej, i we wszystkich tych dziedzinach obecni są mieszkańcy, nasze firmy i instytucje. Zatem wyznaczanie i nazywanie poszczególnych dyscyplin działalności naszych laureatów i od nas wymaga obecnie nie lada kreatywności.

Na tej uroczystości Laur Najlepszym z Najlepszych 2020 w Kategorii zdrowie otrzymał Wojewódzki Szpital Specjalistyczny za zastosowanie trombektomii mechanicznej jako nowoczesnej metody leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego mózgu w ramach zapewnienia pacjentom kompleksowego leczenia udaru mózgu i wpisanie do programu pilotażowego trombektomii mechanicznej w leczeniu udaru niedokrwiennego, realizowanego przez Ministra Zdrowia. Udział w programie brało udział 17 ośrodków w kraju. Szpital Wojewódzki rozpoczął pilotaż 1 lipca 2019 r. W programie brali udział:

- Zespół Oddziału Udarowego – dr n. med. Andrzej Tutaj, ordynator, dr n. med. Jacek Zwiernik, lek. Grzegorz Dałek, lek. Krzysztof Nosek, lek. Ewa Rotkiewicz, lek. Agnieszka Stepikowska wraz z zespołem pielęgniarek;
- Zespół Działu Diagnostyki Obrazowej – dr n. med. Grzegorz Wasilewski, kierownik, lek. Patryk Jancewicz, lek. Magdalena Rzeczkowska wraz z zespołem pielęgniarek i techników radiologii;
- Zespół Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego – dr n. med. Rakesh Jalali wraz z zespołem lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych;
- Zespół Oddziału Klinicznego Intensywnej Terapii i Anestezjologii – dr n. med. Dariusz Onichimowski wraz z zespołem lekarzy i pielęgniarek.

Nagrodę odebrała dyrektor Irena Kierzkowska.

U udarach mózgu i sposobach ich leczenia pisaliśmy w Pulsie Szpitala nie raz. Przypomnijmy więc tylko, że są one najczęściej występującą ciężką chorobą neurologiczną, a na jej skutek ponad 50 proc. chorych jest niesprawnych fizycznie, często mając zaburzenia poznawcze. Około 80 proc. udarów to udary niedokrwienne, których główną przyczyną jest niedrożność dużego naczynia spowodowana zatorem tętnicy. W takim przypadku, jeśli to możliwe, lekarze stosują trombolizę, metodę opartą na lekach podawanych dożylnie, które rozpuszczają zakrzepy w tętnicy mózgowej. Jednak nie zawsze przynosi ona oczekiwany efekt, bo skrzeplina się nie rozpuszcza lub rozpuszcza się tylko jej część. Wtedy można zastosować trombektomię. Ta metoda ma z kolei charakter fizycznomechaniczny. Wchodzi się cewniczkiem przez tętnicę udową, przechodzi dalej do naczyń szyjnych, potem mózgowych, żeby tę skrzeplinę wyjąć, czy to za pomocą odsysania, czy też małych narzędzi. Dzięki temu udrażnia się uprzednio zatkane naczynia mózgowe.

Niestety zastosowanie obydwu metod leczenia ma swoje ograniczenia. Wedle różnych publikacji zabiegi te powinno się przeprowadzać najpóźniej 4,5 do 6 godzin od wystąpienia objawów. Po tym okresie skuteczność zabiegu i leku jest niewielka.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie pomoc pacjentowi z udarem jest udzielana znacznie szybciej. Leczenie rozpoczyna się w ciągu pół godziny od przyjęcie w szpitalnym oddziale ratunkowym. Jak to możliwe? Kiedy do pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu przyjeżdża karetka, jego dane potrzebne są natychmiast. Kiedy pacjent traci świadomość, więc ratownik przepytuje jego rodzinę: Jakie miał objawy? Czy ma przebyte choroby? Jakie bierze leki? Jeszcze z drogi przekazuje informacje zespołowi (tzw. teamowi udarowemu) działającemu w szpitalu.

Wtedy następuje pierwsza weryfikacja czy rzeczywiście mózg jest zagrożony. Jeśli jest, to zespół na pacjenta czeka już na SORze, stamtąd zabiera go na badanie tomograficzne, po nim, gdy to konieczne i możliwe, od razu następuje zabieg. Wypełnianie dokumentów schodzi wtedy na dalszy plan.

Przytoczony scenariusz dotyczy najlepszych szpitali, które rozpoczynają leczenie udaru w ciągu pół godziny od przyjazdu. Jest to możliwe jednak tylko wtedy, gdy sprawnie działają wszystkie elementy skoordynowanego systemu opieki nad pacjentem. Tak jest właśnie w olsztyńskim Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, który skrócił procedurę do 28 minut.

Na tym rola szpitala się jednak nie kończy, bowiem pacjenci po przebytym udarze trafią na rehabilitację neurologiczną. Następnie będą

nadzorowani w dedykowanej Poradni Udarowej wydzielonej ze szpitalnej Poradni Neurologicznej. Leczenie następstw udaru obejmuje również uczestnictwo w programie leczenia spastyczności poudarowej toksyną botulinową, prowadzonym przez NFZ.

Olsztyński WSS jako jedyny w woj. warmińsko-mazurskim wykonuje zabieg trombektomii.

W WSS w Olsztynie rodzi się bezpiecznie i nowocześnie

Najlepszym dowodem na to jest nagroda w konkursie Żagle Warmii i Mazur za 2020 r. Szpital został laureatem kategorii „Najlepszy Produkt i Usługa Warmii i Mazur" w podkategorii Najlepsza Usługa za Francuskie Cesarskie Cięcie z dostępu zewnątrzoponowego metodą French AmbUlatory Caesarean Section (FAUCS).

– Warmia, Mazury i Powiśle to region, który oferuje doświadczenie życia w harmonii ze sobą i środowiskiem naturalnym co wyzwala kreatywność, innowacyjność i daje siłę do działania i odwagę aby spełniać marzenia – mówił Gustaw Marek Brzezin, marszałek województwa, podczas uroczystości 7 października w Filharmonii Warmińsko-Mazurskiej. – Dziś poznaliśmy tych którzy wielkim nakładem pracy spełniają nie tylko swoje marzenia, ale także każdego z nas – o życiu w regionie nie tylko pięknym, ale także silnym gospodarczo. Jako samorząd województwa staramy się uświadomić mieszkańcom, jak ważna jest przynależność do danego regionu oraz jak istotne jest wspieranie naszych regionalnych firm. Wszystko to przekłada się bowiem na dobrobyt gospodarczy i społeczny województwa.

Nagrodę odebrała dyrektor Irena Kierzkowska z wybranymi członkami zespołu, który przeprowadził porody nowatorską metodą.

Porody FAUCS odbywały się po raz pierwszy w Polsce w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie z inicjatywy dr n med. Marka Gowkielewicza z Oddziału Klinicznego Ginekologiczno-Położniczego, który zaprosił do współpracy specjalistów z Francji. W nowatorskim przedsięwzięciu wzięli udział także dr n. med. Janina Lipińska, dr Krzysztof Węgrzyn, dr Wojciech Zdanowski, anestezjolodzy: dr Janusz Liszka, dr n. med. Bułat Tuyakov, oddziałowe oddziału położniczego – Beata Binek i Jowita Dubel-Mikulska, oddziałowa oddziału neonatologicznego – Beata Dołżycka oraz położne i pielęgniarki. Po przeszkoleniu przez francuskich gości zespół lekarzy, położnych i pielęgniarek ze Szpitala Wojewódzkiego przeprowadził serię porodów na początku marca 2020 r. Pisaliśmy o tym obszernie w 66 wydaniu Pulsu Szpitala.

Przypomnijmy więc jedynie, że metoda FAUCS zwana francuskim ambulatoryjnym cięciem

cesarskim nie jest alternatywą dla porodu drogami natury, tylko dla typowego cięcia cesarskiego. Ten sposób porodu polega na nieotwieraniu jamy otrzewnowej i wydobyciu dziecka z innej przestrzeni kobiecej miednicy – na lewo od pęcherza moczowego.

W tej nowatorskiej metodzie istnieje cała filozofia takich „narodzin", które mają bardziej przypominać poród drogami natury niż operację, z reguły toczącą się w niedostępnych dla „zwykłych osób", salach zabiegowych. W narodzinach typu FAUCS aktywnie uczestniczy rodząca wraz z ojcem dziecka oraz zespół położników, położnych, neonatolog i anestezjolog. Dzięki zastosowaniu specjalnego ustnika zwanego „winner flow" matka, współpracująca z położną, przy użyciu sił tłoczni brzusznej, oraz przy emocjonalnym zaangażowaniu partnera, powoli rodzi dziecko poprzez sztucznie utworzony (w części zewnątrzotrzewnej miednicy mniejszej) kanał rodny, centymetr po centymetrze. Lekarz nadaje tylko kierunek rodzącej się główce lub pośladkom dłonią lub specjalnymi szpatułami Tessiera (dotychczas nieznanymi w naszym kraju).

Jedynymi przeciwwskazaniami do tej metody porodu jest potrzeba pilnego cięcia cesarskiego oraz łożysko przodujące. Bez chirurgicznego „zaglądania" do jamy otrzewnowej nie ma ryzyka następowych zrostów i wynikającej z nich wtórnej niepłodności. Znacznie zmniejszają się pooperacyjne dolegliwości bólowe pacjentki i zużycie środków przeciwbólowych. Nie cewnikuje się również pęcherza moczowego. W większości przypadków mama może wstać z łóżka już po dwóch godzinach, wziąć prysznic (skóra sklejana jest specjalnym klejem), zjeść posiłek, a po czterech godzinach samodzielnie zajmować się swoim dzieckiem.

Z FAUCS wiążą się również odległe korzyści zdrowotne dla dziecka, porównywalne do porodu drogami natury np.: mniejsze ryzyko rozwoju chorób cywilizacyjnych (otyłości, cukrzycy, chorób serca i nadciśnienia tętniczego), nowotworów, astmy oskrzelowej i zaburzeń emocjonalnych.

– W ciągu dwóch dni (7-8 marca 2020 r.) powitaliśmy czworo dzieci urodzonych tą metodą. Wszystkie noworodki przyszły na świat bez powikłań, a największe z nich ważyło 4600 g i było odwrócone pośladkowo – mówił Pulsowi Szpitala dr Marek Gowkielewicz. – Nowe mamy i ich życiowi partnerzy czuli się wyśmienicie uczestnicząc w nowatorskim wydarzeniu. Szeroki uśmiech kobiet wiązał się nie tylko z obecnością ojca dziecka na sali zabiegowej, ale także z relatywnie niewielkimi pooperacyjnymi

dolegliwościami bólowymi, szybkim powrotem do aktywności fizycznej i z możliwością pełnego zaangażowania się w opiekę nad noworodkami. Wszystkie panie opuściły oddział wraz z dziećmi w ciągu 48 godzin od porodu.

W zabiegach aktywnie uczestniczyli lekarze położnicy Szpitala Wojewódzkiego, zaś sam przebieg porodu, za zgodą rodzących, był transmitowany na żywo na salę wykładową, na której przebywali medycy zainteresowani nową metodą.

Przemysław Prais

Szpital doceniony za skuteczne radzenie sobie podczas pandemii

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie został wyróżniony w prestiżowym konkursie „Sternik. Cała Naprzód" Banku Gospodarstwa Krajowego. Statuetkę i tytuł „Sternik 2020" odebrała dyrektor Irena Kierzkowska podczas uroczystej gali, która odbyła się 3 września w hotelu Anders w Starych Jabłonkach.

Anna Bułło, dyrektor Regionu Warmińsko-Mazurskiego BGK pogratulowała wszystkim uczestnikom konkursu, do którego zaproszono przedsiębiorstwa, organizacje pożytku publicznego, jednostki administracji publicznej i samorządu terytorialnego oraz szpitale. – Projekty, które wpłynęły do konkursu, zachwyciły nas wszystkich. Przesłane historie były motywujące, inspirujące, pełne pomysłów i przykładów radzenia sobie z nawałnicami pandemii. Wiele stron poświęcono opisom wsparcia innych, dbałości o cały ekosystem wokół organizacji – powiedziała. – Zespołowość była jednym z narzędzi zmagania się z kryzysem. Pandemia stała się papierkiem lakmusowym przywództwa. Niektóre z nadesłanych aplikacji mogłyby z powodzeniem służyć za podstawę scenariusza filmowego.

Gratulacje złożyli także Włodzimierz Kocon, wiceprezes BGK oraz wojewoda Artur Chojecki i marszałek województwa Gustaw Marek Brzezin.

Szpital Wojewódzki znalazł się wśród finalistów kategorii „Szpitale" razem z dziewięcioma placówkami z całego regionu. Statuetkę dyrektor Irenie Kierzkowskiej wręczył wojewoda Artur Chojecki. W uroczystości brała też udział Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, kierownik Działu Organizacyjnego i Funduszy Zewnętrznych WSS w Olsztynie.

W tej kategorii zwyciężył Szpital w Ostródzie S.A., a drugą nagrodę kapituła przyznała Wojewódzkiemu Specjalistycznemu Szpitalowi Dziecięcemu w Olsztynie.

W kapitule konkursu zasiadali: Artur Chojecki – wojewoda warmińsko-mazurski, Gustaw Marek Brzezin – marszałek województwa warmińsko-mazurskiego, Anna Bułło – dyrektor Regionu Warmińsko-Mazurskiego Banku Gospodarstwa Krajowego, Kamil Iwankiewicz – dyrektor Oddziału Okręgowego Narodowego Banku Polskiego w Olsztynie, Marek Karólewski – prezes Warmińsko-Mazurskiej Agencji Rozwoju Regionalnego S.A., Grzegorz Kłoczko – wiceprezes zarządu Warmińsko-Mazurskiej Specjalnej Strefy Ekonomicznej, JM prof. UWM dr hab. Jerzy Przyborowski – rektor Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Marcin Burza – prezes Warmińsko-Mazurskiego Klubu Biznesu, Jarosław Tokarczyk – prezes zarządu Grupy WM Sp. z o.o., Marek Jarmołowicz – prezes TV Kopernik.

Przemysław Prais

Dr Janusz Pieczyński z nagrodą Warmińsko-Mazurskiego Klubu Biznesu

Koordynator Oddziału Klinicznego Okulistycznego otrzymał tytuł Osobowości Roku Warmii Mazur 2020 w kategorii medycyna.

Warmińsko-Mazurski Klub Biznesu przyznał tytuły Osobowość Roku już po raz 27. Wyróżnienia rozdano w pięciu kategoriach. Otrzymały je osoby szczególnie zasłużone dla regionu. Wyboru dokonała kapituła. Wręczono je w czasie uroczystej gali, która odbyła się 17 września 2021 r. w Centrum Konferencyjno-Szkoleniowym Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.

Dr Janusza Pieczyńskiego nagrodzono „Za wybitne osiągnięcia w dziedzinie okulistyki, przeprowadzenie pierwszej w województwie operacji przeszczepu rogówki a także przeprowadzanie skomplikowanych zabiegów chirurgicznych oka, za zaangażowanie w prace mające na celu zapewnienie pacjentom leczenia narządu wzroku na europejskim poziomie, a także działania na rzecz kształcenia przyszłych specjalistów w dziedzinie okulistyki".

Dr n. med. Janusz Pieczyński

Dr n. med. Janusz Pieczyński podczas pierwszej operacji przeszczepu rogówki

Dr Pieczyński kieruje oddziałem okulistycznym od 1 stycznia 2018 r. Z jego inicjatywy w Szpitalu Wojewódzkim przeprowadzono pierwszy przeszczep rogówki na Warmii i Mazurach. Jak pisaliśmy w Pulsie Szpitala to bardzo istotny dla pacjentów zabieg, który ma na celu poprawę przejrzystości rogówki, a tym samym poprawę ostrości widzenia.

Pierwsza operacja odbyła się 16 października 2020 r. w sali operacyjnej Oddziału Klinicznego Okulistycznego na Bloku Operacyjnym. Operatorem prof. Marek Rękas, kierownik Kliniki Okulistyki Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, w asyście dr n. med. Janusza Pieczyńskiego, koordynatora Oddziału Klinicznego Okulistycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. – W bezpośredniej kwalifikacji i przygotowaniu pacjentów do zabiegu uczestniczyła dr Arleta Berlińska, całość przeszczepu koordynowała mgr pielęgniarstwa Marta Leszczyńska, Regionalny Koordynator Transplantacyjny w WSS w Olsztynie – relacjonował dr Pieczyński, który pierwszy samodzielny zabieg przeszczepu rogówki, jedynie pod nadzorem prof. Rękasa wykonał 13 listopada 2020 r.

Oddział kształci studentów kierunku lekarskiego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.

Przemysław Prais

Lekarze powiększają swój dorobek naukowy

Dariusz Onichimowski, ordynator Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii uzyskał tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych. To kolejny w ostatnich latach przedstawiciel kadry medycznej, który odnotował naukowy awans.

Pierwszy z prawej dr hab. n. med. Dariusz Onichimowski. Na zdjęciu także (od lewej): prof. Tomasz Waśniewski, prof. Jerzy Jaroszewski, prof. Jerzy Przyborowski, prof. Leszek Gromadziński

Tytuł doktora habilitowanego Dariuszowi Onichimowskiemu nadała Rada Naukowej Dyscypliny nauki medyczne Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie 28 czerwca 2021 r. Tytuł pracy to „Wpływ ciągłych technik nerkozastępczych na farmakokinetykę i farmakodynamikę wybranych antybiotyków". – Był to cykl powiązanych tematycznie artykułów naukowych – dodaje dr Onichimowski, który kieruje także Katedrą Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

Uroczystość wręczenia dyplomu odbyła się 30 czerwca br. Byli na niej obecni m.in. rektor UWM prof. Jerzy Przyborowski, dziekan Wydziału Lekarskiego prof. Leszek Gromadziński, prorektor ds. polityki naukowej i badań prof. Jerzy Jaroszewski oraz prof. Tomasz Waśniewski, ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Wojewódzkiego i kierownik Katedry Ginekologii i Położnictwa.

Dr. Onichimowskiemu sukcesu pogratulowała dyrektor Irena Kierzkowska. – Jako Lekarz Naczelny i ordynator Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii stanowi Pan ważny element zarówno zarządu Szpitala, jak i jego pionu medycznego. Mimo licznych obowiązków zawodowych znajduje Pan czas także na pracę akademicką, kształcąc studentów kierunku lekarskiego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego oraz pogłębiając własną wiedzę naukową – napisała w liście gratulacyjnym.

Panią dyrektor cieszą także pozostałe awanse naukowe lekarzy z naszego szpitala. A tych w ostatnich latach nie brakowało. W 2017 r. za pracę „Molekularne uwarunkowania dynamiki klinicznej i biologicznej najczęstszych guzów nowotworowych mózgu" habilitację uzyskał dr Waldemar Och, ordynator Oddziału Neurochirurgicznego. – Moja habilitacja jest cyklem ośmiu prac związanych tematycznie, w których opisywałem biologiczne aspekty zachowania guzów mózgu i ich korelacji z ich dynamiką kliniczną – mówił w rozmowie z Pulsem Szpitala. Całe postępowanie habilitacyjna zostało zatwierdzone na Radzie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku 28 czerwca 2017 r.

Z kolei rok 2019 zaowocował aż dwiema habilitacjami. W kwietniu rada Wydziału lekarskiego UWM zatwierdziła pracę dr Adama Kerna, kierownika Pracowni Hemodynamiki „Aspekty kliniczne leczenia chorych ze zwężeniami zlokalizowanymi w bifurkacjach tętnic wieńcowych ze szczególnym uwzględnieniem dystalnego pnia lewej tętnicy wieńcowej". – Jej temat jest związany z moimi zajęciami w Pracowni Hemodynamiki – mówił nam kardiolog. Następnie tytuł doktora habilitowanego uzyskał Tomasz Waśniewski, kierujący oddziałami ginekologiczno-położniczym i ginekologii onkologicznej. – W dniu 19 września 2019 r. uzyskałem stopień doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym, na podstawie osiągnięcia „Nowe biomarkery molekularne patologicznych zmian błony śluzowej trzonu macicy" – powiedział Pulsowi Szpitala. – Praca habilitacyjna była ściśle związana z leczeniem pacjentek naszego szpitala. Powstała w oparciu o materiał, który dotyczył jednego z ulubionych tematów od początku mojej pracy w Szpitalu, czyli raka błony śluzowej trzonu macicy. Z tego tematu zrobiłem doktorat oraz uzyskałem właśnie habilitację na podstawie osiągnięcia złożonego z pięciu artykułów dotyczących tego zagadnienia.

Przemysław Prais

Dr hab. n. med. Dariusz Onichimowski

Dr hab. n. med. Waldemar Och

Dr hab. n. med. Adam Kern

Dr hab. n. med. Tomasz Waśniewski

Basia i Michał
na nowych drogach

Barbara Szymczuk i Michał Żurek, tworzący Sekcję Sprzedaży z końcem września 2021 r. zakończyli pracę w Szpitalu Wojewódzkim. Basia przeszła na emeryturę, a Michał podjął nowe wyzwanie.

Najpierw jednak na piątek 24 września zaprosili współpracowników na pożegnalną uroczystość, która odbyła się w sali konferencyjnej nr 7. Przybyło na nią trzydzieści kilka osób, a ci, którzy z różnych względów nie mogli wtedy przyjść przepraszali i żałowali.

Na początek głos zabrała Basia Szymczuk. Oto wierny zapis jej wystąpienia:

– Charakter tego spotkania jest dla mnie szczególny i wyjątkowy, a także wzruszający. W mojej 40-letniej karierze zawodowej 35 lat przepracowałam w tym szpitalu, który pozwalam sobie teraz nazywać „naszym szpitalem". Znane powiedzenie mówi: wybierz sobie pracę, którą kochasz i nie przepracujesz więcej ani jednego dnia w życiu. A ja miałem ten przywilej, że zawsze lubiłam pracę, którą wykonywałam. Chociaż czasami trafiałam na trudności lub miałam obawy przed nowymi zadaniami, to jednak oceniając jej całokształt nogę powiedzieć, że miałam szczęście. Szczęście to było tym większe, że spotkałam tu bardzo wielu ludzi, w tym właśnie was, którzy sprawili, że idąc do pracy cieszyłam się także z tego, że was spotkam. Byliście dla mnie wielka motywacją, żeby przyjść i pozostać tu wiele lat. W szpitalu na początku pracowałam ma samodzielnym stanowisku w charakterze plastyka. Ludzie, którzy słyszeli, że jestem plastykiem w szpitalu myśleli, że jestem chirurgiem plastycznym [śmiech zgromadzonych], bo co może robić plastyk w takim miejscu? A ja robiłam różnego rodzaju tabliczki informacyjne, pisząc je początkowo mazakiem na kartonie lub farbą olejną na płycie pilśniowej lub sklejce. Miałam swoje gwoździe, piłę, młotek schowany w szufladzie. Robiłam też odręczne schematy i rysunki, którym później zatrudniony tu fotograf robił zdjęcie, z których następnie robił slajdy do prezentacji. To był taki ówczesny „powerpoint". Z czasem moje narzędzia pracy się zmieniły: pojawiły się folie samoprzylepne, gotowe literki, płyty PCV i w końcu komputer.

Pierwszy kontakt z komputerem miałam w biurze dyrektora technicznego, kiedy zostałam powołana na stałe zastępstwo w sekretariacie. Wówczas pan dyrektor widząc moją przerażoną minę, powiedział: proszę potraktować to, jako wyzwanie, a nie, jako przeszkodę. Tak też zrobiłam i nauczyłam się pracy na komputerze. Praca ta zmobilizowała mnie do dokształcenia się zgodnie z moimi poprzednimi zainteresowaniami i do poznania nowych programów graficznych, które później bardzo ułatwiły mi pracę. Podczas nauki wspierali mnie i robili to do tej pory nasi kochani informatycy. Bardzo, chłopaki, wam dziękuję, bo zawsze mogłam na was liczyć.

Zdobyte umiejętności przydały mi się, gdy w szpitalu powołano nową komórkę, którą był Dział Zarządzania, Marketingu i Promocji, pod

kierownictwem pani Eli Majchrzak-Kłokockiej. Pani Ela i ówczesna pani dyrektor zaproponowały mi pracę w tym dziale. Przepracowałam w nim wiele lat, zakres moich obowiązków rozwinął się, powierzono mi nowe i odpowiedzialne zadania dotyczące promocji, marketingu i PR naszego szpitala. Tam spotkałam cudowne koleżanki: Alę [Biernacką], Kornelię [Kotwicką-Łucewicz] i Magdę [Kantorczyk], których przyjaźń i wsparcie były i są nadal bardzo cenne. One najbardziej poznały moje mocne i słabe strony, zawsze służyły mi pomocą i wsparciem. Sprawiły, że podbudowałam swoje poczucie wartości. Nigdy nie dały mi poznać, że jestem od nich starsza, chociaż mogłyby być moimi córkami. Muszę przyznać, że praca, którą wykonywałam w moim najbliższym otoczeniu sprawiła, że ciągle byłam otoczona młodymi ludźmi. Pani Ela i cały zespół tego działu sprawiły, że czułam, iż praca, którą wykonuję jest ważna i ciekawa. Czułam się doceniona, pani Elu – dziękuję.

Parę lat temu stanęłam przed kolejnym wyzwaniem. Musiałam się całkowicie przekwalifikować i dołączyłam od Sekcji Sprzedaży pod kierownictwem Michała Żurka. Michał okazał się nie tylko dobrym przełożonym, ale także fajnym kolegą. To on nauczył mnie zupełnie dotąd dla mnie obcego programu Excel, który stał się kolejnym narzędziem w mojej nowej pracy. Z ogromną cierpliwością wprowadzał mnie w tajniki mojego nowego stanowiska. Chociaż na początku byłam zestresowana i pełna obaw, z czasem poznałam, że i tę pracę można polubić. Mimo wielu zadań mieliśmy też z Michałem czas, aby porozmawiać na wiele ciekawych tematów, a w pracy towarzyszyła nam muzyka, którą Michał starannie dobierał. Dziękuję ci Michale za współpracę.

W tej komórce mimo nowych obowiązków nadal zajmowałam się także pracami plastycznymi, w tym kontynuowałam rozpoczętą w poprzednim dziale pracę nad Pulsem Szpitala, wspierając od strony graficzne Przemka [Praisa]. Była to ciekawa i inspirująca praca, nowe doświadczenie. Nadal odpowiadałam też za przygotowanie tablic informacyjnych i innych oznakowani na posesji szpitala. I tu ogromną pomocą służyły mi działy techniczny i gospodarczy, więc dziękuję Karinie [Rzymowskiej] i Monice [Zaborowskiej], dziękuję Basiu (Kapela], Danielu [Burakowski]. Dziękuję za wasze wsparcie, za głos doradczy. Za to, że byliście dostępni i zawsze mogliśmy na sobie polegać. Dziękuję ci też Danielu za twoją artystyczną wrażliwość i stałą gotowość do pomocy. Dziękuję ci Basiu za to, że wspólnie mogliśmy ubierać wiele choinek i wiele stroików.

Nowy skład Sekcji Sprzedaży

Nowym kierownikiem z dniem 1 października 2021 r. została Alicja Biernacka, która dotychczas pracowała w Dziale Organizacyjnym i Funduszy Zewnętrznych. Podlegają jej Marta Łapka (ostatnio w księgowości) oraz Elżbieta Wojciechowska, która zaczyna pracę w Szpitalu Wojewódzkim.

Jest tutaj wiele osób, którym chciałabym osobiście podziękować, ale nie chciałabym też przedłużać tego momentu. Bo chciałabym, żebyśmy się cieszyli wspólnym poczęstunkiem. Wszyscy jednak jak tu jesteście mieliście swój wkład w rozwój mojej ścieżki zawodowej, ale również mieliście ogromny wpływ na to jakim jestem człowiekiem. Jeżeli jest tyle, tak sympatycznych osób w pobliżu i tak mi życzliwych, trudno mi będzie nie wspominać tej pracy z uśmiechem na twarzy. Było mi zawsze miło spotykać was na korytarzu, w oddziałach i poradniach, gdziekolwiek byliście. To była ogromna przyjemność pracować z wami. Wiem, że będzie mi was bardzo brakowało. Na pewno będę was wszystkich pamiętać. Dziękuję.

Następnie o głos poprosiła Kornelia Kotwicka-Łucewicz. – Basia jest mi szczególnie bliska. Kiedyś powiedziała mi: Kornelia, ty piszesz wiersze, przynieś to przeczytamy. Oczywiście nie pisałam wierszy, ale teraz napisałam. Przepraszam za rymy częstochowskie.

Ona i on
Wiele lat po szpitalu się szukali,
Na koniec w Sekcji Sprzedaży się spotkali.
Michałowi już jedenasty rok minął, takie mam wieści.
A Basia pracuje, nie uwierzycie, grubo lat ponad trzydzieści.
On z brodą rozwianą po korytarzach śmiga,
Ona zawsze uśmiechnięta i pogodna, widać stara wyga.
Brodacz wszystkich Excelem straszy, że dane zaciąga,
A blondynka w Photoshopie każdemu coś podciąga.
Wśród ludzi są to osoby lubiane.
Tak mówią ich dawne sąsiadki, miłe panie choć w jakość uwikłane.
I ci chłopcy z naprzeciwka, tacy trochę dzicy. Ale to nie Tatarzy, to informatycy.
Mimo, że różnica wieku między Basią i Michałem nie mała,
Ich relacja okazała się być całkiem trwała.
I chociaż spokojnie żywot wspólny wiedli,
Czas jednak przyszedł, że się rozwiedli.
I taka to w dzisiejszych czasach praktyka –
Pracownik żegna kierownika, a kierownik pracownika.

W imieniu działu informatycznego życzenia wszystkiego dobrego życzył jego były już szef Radek Kowalski, prezent wręczył Jacek Kozicki (obecny kierownik Działu Informatyki), zaś pamiątkową statuetkę i kwiaty od dyrektor Ireny Kierzkowskiej (na obecność nie pozwoliły jej obowiązki) wręczyły Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, kierownik Działu Organizacyjnego i Funduszy Zewnętrznych i Danuta Achmatow, kierująca kancelarią i sekretariatem.

– Nie jest to dla nas łatwa chwila, aczkolwiek to, że przechodzi pani na emeryturę nie znaczy, że nasze kontakty się urywają – powiedziała Elżbieta Majchrzak-Kłokocka. – Mam nadzieję, że będziemy się spotykali wielokrotnie. W imieniu pani dyrektor i całego zarządu chciałbym razem z panią Danką bardzo serdecznie podziękować za tę wieloletnią twórczą pracę, za pozytywne fluidy. To serduszko jest zwieńczeniem tego, czym nas pani zawsze obdarowywała.

– Dziękuję za piękne serduszko – powiedziała wzruszona Basia. – Oczywiście chciałabym mieć z wami kontakt, żeby nasze koleżeńskie relacje nie wygasły wraz z końcem mojej pracy. Bardzo serdecznie dziękuję i oddaję głos Michałowi.

Michał Żurek poinformował zebranych, że zmienia pracę. – Przechodzę do Instytutu Rozrodu Zwierząt i Badań Żywności Polskiej Akademii Nauk, gdzie będę pracował w charakterze dyrektora ds. ogólnych. To, że zostałem zauważony i mój zestaw umiejętności komuś się spodobał, stało się dzięki wam. Dzięki ludziom, z którymi pracowałem – Łukaszowi Łucewiczowi i Stasi Masłowskiej z działu zamówień, Basi Żmijewskiej z sekcji kontroli zarządczej oraz oczywiście dzięki Basi, która pewne rzeczy skutecznie u mnie wypleniła, np. złe cechy charakteru [śmiech]. Każdy z was mnie czegoś nauczył. Z pewnością wykorzystam to w dalszym życiu zawodowym.

Potem na salę wszedł dr Jerzy Górny, który przeprosił za spóźnienie spowodowane obowiązkami i podziękował Basi za wiele lat pracy i życzył jej dużo zdrowia.

Na koniec Basia zaprosiła wszystkich gości na wspólne zdjęcie i poczęstunek.

Przemysław Prais

Ponad pół wieku pracy pani Marty!

Pięćdziesiąt jeden lat i dwa miesiące – tyle czasu w pracowni rentgenowskiej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie przepracowała Marta Zeltzer.

Z okazji jej przejścia na emeryturę jest współpracownicy z Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej zorganizowali uroczystość, podczas której życzyli swojej koleżance i przyjaciółce wszystkiego dobrego w nowej roli. Nie zabrakło wzruszeń i łez.

Pani Marta rozpoczęła pracę w naszym Szpitalu 1 sierpnia 1970 r., a więc od początku jego działania. Kiedy rozwiązywała umowę o pracę 23 marca 2009 r. była kierownikiem pracowni RTG. Już od następnego dnia zatrudniła się na podstawie kontraktu, jako technik. Na tym stanowisku pracowała do końca września 2021 r. Jak więc widać w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym przepracowała 51 lat i dwa miesiące!

Życzymy odpoczynku i spełnienia planów.

Przemysław Prais

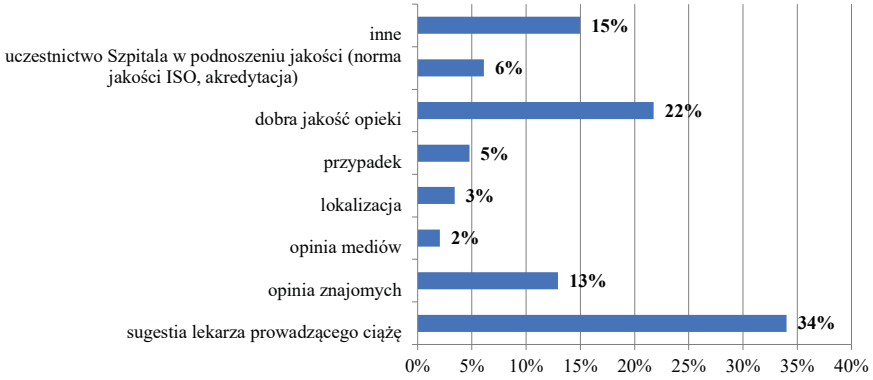
Opieka w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w opinii pacjentek

Opieka okołoporodowa stanowi bardzo ważny element opieki zdrowotnej nad kobietą ciężarną. Zakres i jakość tej opieki bezpośrednio oddziałują na stan zdrowia kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu, jak również na narodzone dzieci. Poziom tej opieki w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie znajduje się na wysokim poziomie. Pracownicy Szpitala, pomimo trudnej sytuacji związanej z epidemią SARS-CoV-2, dokładają szczególnych starań, by pacjentki przed i po porodzie czuły się bezpiecznie i komfortowo.

Od 2019 r. Szpital monitoruje skuteczność wdrażania i funkcjonowania standardu organizacyjnego w zakresie kompleksowej organizacji opieki okołoporodowej oraz poziom satysfakcji z wdrożenia rozwiązań organizacyjnych. Standard ten tworzą wytyczne i zalecenia dotyczące postępowania personelu medycznego w okresie okołoporodowym wobec kobiety ciężarnej i jej dziecka. W standardzie podkreślono w szczególności właściwą edukację przedporodową, czy wyeksponowano znaczenie nieprzerwalnego kontaktu noworodka z matką tuż po porodzie tzw. kontakt „skóra do skóry".

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie dokłada wszelkich starań, by standardy te spełniać na jak najwyższym poziomie. Monitorowanie podejmowanych działań realizowane jest w ramach systematycznie prowadzonych testów satysfakcji pacjentów, a także poprzez uczestnictwo w ocenie zewnętrznej. W obu tych obszarach Szpital osiąga bardzo dobre wyniki.

Wyrazem oceny zewnętrznej dotyczącej spełniania wymogów standardu organizacyjnego w zakresie kompleksowej organizacji okołoporodowej są m.in. wyniki rankingu prowadzonego przez Fundację Rodzić po Ludzku. W październiku b.r. na ręce Dyrektora Szpitala wpłynęło wyróżnienie dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie w związku z prowadzoną przez Fundację w latach 2019-2021 akcją „Maluchy na Brzuchy". W efekcie Szpital otrzymał srebrną odznakę za stosowanie dwugodzinnego kontraktu skóra do skóry w 70-79% porodów drogami natury.

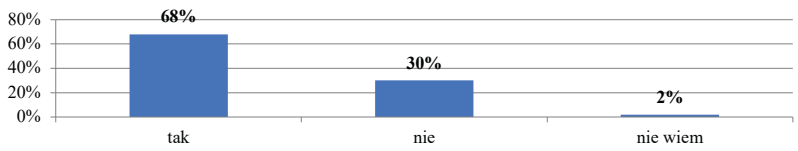


Rys. 1. Czynniki determinujące wybór Szpitala, jako miejsca urodzenia dziecka
Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

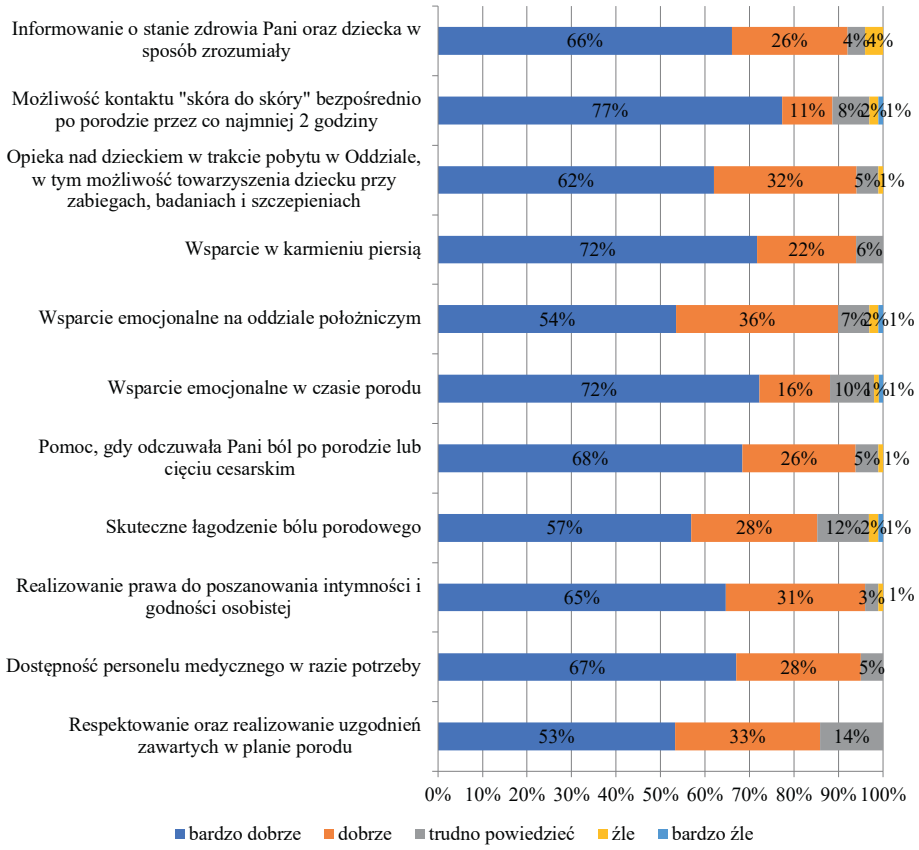
Z kolei monitorowanie realizacji standardów w zakresie opieki okołoporodowej Szpital realizuje poprzez przeprowadzanie testów satysfakcji pacjentów. Pracownicy Oddziału Ginekologiczno-Położniczego we współpracy z Sekcją ds. Jakości co najmniej jeden raz w roku przeprowadzają badania satysfakcji pacjentek w zakresie opieki okołoporodowej. Badania te służą określeniu poziomu opieki okołoporodowej sprawowanej w szpitalu, jak i diagnozie pojawiających się w tym zakresie problemów. Pozwala to kierownictwu Oddziału gromadzić w sposób ciągły informacje uzyskane od pacjentek, a na ich podstawie podejmować działania organizacyjne wpływające na poprawę jakości opieki okołoporodowej. Ostatnie takie badanie przeprowadzono w okresie od stycznia do września 2021 r. i wzięło w nim udział 99 pacjentek Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, z czego ponad połowa była w wieku 26-35 lat. Większość badanych rodziła w Szpitalu po raz pierwszy.

Co trzecia badana wybrała WSS w Olsztynie, jako miejsce porodu z uwagi na sugestię lekarza prowadzącego ciążę, a co piąta ze względu na dobrą jakość opieki (rys. 1). Wśród badanych ponad połowa urodziła w sposób naturalny. Podczas porodu znieczulenie otrzymała większość respondentek (rys. 2), z czego ponad połowa wskazała na znieczulenie farmakologiczne. W większości przypadków badane pozytywnie oceniły skuteczność zastosowanego postępowania przeciwbólowego, w tym, co druga ankietowana oceniła je bardzo dobrze, a co trzecia dobrze.

Ponad połowa badanych nie miała możliwości rodzenia przy udziale osoby towarzyszącej. Wynikało to przede wszystkim z operacyjnego trybu porodu, nie dotarcia osoby towarzyszącej na czas lub z ograniczeń związanych z epidemią COVID-19. Większość ankietowanych, które rodziły w obecności osoby towarzyszącej,



Rys. 2. Otrzymanie przez badane znieczulenia podczas porodu
Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



Rys. 3. Ocena spełnienia oczekiwań w wybranych obszarach opieki okołoporodowej
Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

stwierdziły, że personel medyczny podczas porodu w sposób życzliwy traktował osoby obecne przy porodzie. Ponad połowa badanych zadeklarowała, że w okresie okołoporodowym pomagano im we wszystkim. Respondentki mogły porozmawiać w trudnych momentach przede wszystkim z położną, pielęgniarką i lekarzem. W większości przypadków badane pozytywnie (bardzo dobrze i dobrze) oceniły wszystkie badane obszary dotyczące opieki okołoporodowej (rys. 3).

Informacja zwrotna dotycząca zmian, jakie należy wprowadzić w opiece okołoporodowej, otrzymana od pacjentek Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, zawierała dużo ciepłych, miłych i pozytywnych słów oraz opinii. Przytoczyć można tu takie uwagi, jak np.:

– „Jest ok. Brawo! Jest duży progres wobec opieki i poszanowania pacjenta względem opieki, jaka była tu 3 lata temu".
– „Myślę, że poprzeczka jest bardzo wysoka. Wszystko na najwyższym poziomie. Wyżej już nie może być. Dziękuję za opiekę podczas pobytu".
– „Opieka na bardzo wysokim poziomie z zachowaniem zasad szacunku oraz ogromnej życzliwości. Wsparcie nie tylko fizyczne, ale również psychiczne na każdym etapie porodu oraz opieki okołoporodowej. Ogromne zaangażowanie personelu wyczuwane każdego dnia o każdej porze i w nocy".
– „Opieka jest wspaniała. Wszyscy się starają, służą radą, pomocą, dobrym słowem, jestem za to bardzo wdzięczna".
– „Serdeczne podziękowania położnym, lekarzom z Traktu Porodowego za okazane serce, opiekę i wrażliwość".
– „Pani Agata oraz Pani Diana to anioły. Więcej takich ludzi z powołaniem!".
– „Chciałam pogratulować posiadania załodze lekarskiej Pani położnej Iwony Łagodzińskiej – położna z powołania i pełen profesjonalizm. Poród wyglądał dokładnie tak, jak sobie tego życzyłam".
– „W szpitalu pracuje mnóstwo osób, które z uśmiechem i oddaniem wykonują swoją pracę. Tym właśnie osobom należą się szczególne podziękowania".
– „Oby więcej tak chętnych do pomocy osób jak Pani Alina Moszczyńska! Ogrom wiedzy, super podejście do pacjenta. Z pomocy, jaką otrzymałam od tej Pani jestem zachwycona!".
– „Chciałabym tylko dodać, że gdyby nie Pani Justyna – położna, która mi pomagała urodzić, to nie wiem, czy dałabym radę – cudowny człowiek, pełen wsparcia i wyrozumiałości, potrafi zaszczepić w matce ogromną siłę i wiarę, że się uda – jeszcze raz dziękuję bardzo!".

Ponadto Szpital od ponad 20 lat systematycznie prowadzi badania ankietowe dotyczące satysfakcji pacjentów w oparciu o kwestionariusz opracowany przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia – PASAT HOSPIT1. Badanie to służy poznaniu opinii pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych w takich obszarach, jak: przyjęcie do Szpitala, pobyt w Izbie Przyjęć, pobyt na oddziale szpitalnym, opieka lekarska, opieka pielęgniarska, opieka rehabilitacyjna, informowanie pacjenta, możliwość rozmowy z personelem szpitala, postępowanie przeciwbólowe, możliwość odwiedzin, posiadanie przez Szpital akredytacji i jej wpływ na jakość opieki. W badaniu tym udział biorą również pacjentki Oddziału Klinicznego Ginekologiczno-Położniczego. W 2020 r. spośród badanych pacjentek 97% pozytywnie oceniło pobyt w szpitalu, a wszystkie ankietowane poleciłyby szpital swojej rodzinie i przyjaciołom.

W listopadzie 2021 r. rozpoczęto kolejną edycję tego badania, ale tym razem w nowej formie, bo z wykorzystaniem systemów elektronicznych. Kwestionariusz ankietowy ma charakter anonimowy i dostępny jest dla pacjentów poprzez stronę internetową Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Dostęp do ankiety zapewniony został w dwóch formach:

1) poprzez wpisanie w przeglądarce internetowej następującego adresu **www.cmj.org.pl/ankiety/wss,** który bezpośrednio przekierowuje do formularza ankiety dedykowanego dla pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

lub

2) poprzez kod QR z wykorzystaniem aplikacji dostępnej ma smartfonie lub tablecie, po włączeniu której i zeskanowaniu aparatem kodu QR następuje wygenerowanie linku do strony z formularzem ankiety, a po kliknięciu w link – przekierowanie do kwestionariusza ankietowego

Badanie przeprowadzane jest w sposób ciągły. Informacje na temat badania można odnaleźć na tablicach informacyjnych zlokalizowanych na terenie Szpitala, w tym w szczególności w oddziałach szpitalnych oraz na zewnętrznej stronie internetowej szpitala w zakładce „Aktualności". Ponadto dla każdego wypisywanego z oddziału szpitalnego pacjenta personel medyczny wręcza ulotkę z informacjami, w jaki sposób może wziąć udział w badaniu.

Mirella Łapa
Sekcja ds. Jakości

Bibliografia:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Dz. U. z 2018 r., poz. 1756.
www.maluchynabrzuchy.pl

Diagnostyka tętniaków aorty brzusznej

Diagnostyka tętniaków aorty brzusznej – bezpłatne usg aorty brzusznej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie bierze udział w ogólnopolskim programie bezpłatnych badań profilaktycznych – diagnostyka tętniaków aorty brzusznej. Program rozpoczął się 1 grudnia 2018r. Aby zakwalifikować się do programu należy mieć **ukończone 65 lat**. W ramach badań specjaliści chirurgii naczyniowej wykonują usg aorty brzusznej. Do programu zostaną zakwalifikowane osoby, u których stwierdzono co najmniej **trzy czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego**:

- choroba wieńcowa
- palenie tytoniu
- nadciśnienie tętnicze
- hiperlipidemia – podwyższony poziom cholesterolu
- płeć męska

Badania realizujemy w Oddziale Klinicznym Chirurgii Naczyniowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie ul Żołnierska 18. **Na badania można zarejestrować się pod numerem telefonu 89 53 86 306 od poniedziałku do piątku w godzinach 09:00 – 14:00.**

Zgłaszając się na badanie trzeba posiadać maseczkę zakrywającą nos i usta.

Program jest realizowany w ramach programu polityki zdrowotnej pn. Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020 w zakresie zadania: Ogólnopolski program badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej (TAB) w latach 2018-2021.

Cel realizacji zadania – zwiększenie wykrywalności tętniaków aorty brzusznej u osób objętych badaniem przesiewowym, co może przyczynić się do zmniejszenia umieralności z powodu tej choroby.

Wprowadzenie programu przesiewowego, pozwalającego na wykrycie chorych z początkowym stadium TAB, pozwoli na ich monitorowanie i kierowanie na operację w odpowiednim czasie.

Główną przyczyną śmiertelności z powodu tętniaka jest niska wykrywalność TAB w jego wczesnym etapie rozwoju. Choroba często przebiega bezobjawowo, a pierwszym objawem bywa pęknięcie tętniaka.

Fundusze Europejskie Program Regionalny
Rzeczpospolita Polska
Warmia Mazury Zdrowe życie, czysty zysk
Unia Europejska Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego

Szpital Wojewódzki w Olsztynie z nowymi e-usługami

Wprowadzamy e-potwierdzenie oraz e-dokumentację medyczną, udogodnienia, które przyspieszą proces leczenia naszych pacjentów – informuje Irena Kierzkowska, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Po e-zleceniach, e-skierowaniach czy e-receptach przyszedł czas na elektroniczne potwierdzenia oraz dokumentację medyczną pacjenta. To kolejny etap wprowadzania e-usług w olsztyńskim Szpitalu Wojewódzkim, który tym razem połączony jest z wymianą komputerowej infrastruktury największej placówki medycznej na Warmii i Mazurach. Tym samym szpital dostosowuje się do zmieniających się przepisów i wymogów prawnych dotyczących elektronicznej dokumentacji.

Czym jest e-potwierdzenie

– Ta usługa umożliwi potwierdzanie przez pacjentów zaplanowanej wizyty w poradniach specjalistycznych za pomocą SMS-a lub maila – tłumaczy Jacek Kozicki, kierownik Działu Informatyki w olsztyńskim WSS.

Obecnie szpital wysyła pacjentowi SMS-a z przypomnieniem o dacie i godzinie wizyty, ale bez możliwości przekazania informacji zwrotnej. – Ten system jest za słabo rozbudowany – mówi Bożena Struczewska-Czajkowska, kierownik przyszpitalnej Przychodni Specjalistycznej. – Dzięki nowej e-usłudze pacjent będzie mógł nam odpowiedzieć, czy przyjdzie lub nie przyjdzie na wizytę. To jest dla nas istotna informacja, zwłaszcza, że codziennie przyjmujemy do 15 proc. więcej pacjentów niż faktycznie się zapisało. E-potwierdzenie da nam możliwość przeniesienia tej dodatkowej

grupy na miejsce osób, które odwołały wizytę – podkreśla.

Zdaniem Ireny Kierzkowskiej, dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, usprawnienie systemu rejestrowania jest arcyważnym krokiem w czasach pandemii. – Zwiększa bezpieczeństwo pacjentów i personelu, bo zabezpiecza przed kumulowaniem się ludzi na korytarzach przychodni. Przychodnia w ciągu roku pomaga blisko 120 tys. pacjentom – tłumaczy.

Dyrektor szpitala dodaje, że jednym z najczęstszych powodów niestawienia się pacjenta na umówioną wizytę jest przeoczenie jej terminu. – Wizyty do specjalistów często umawiane są w terminie wymagającym długiego oczekiwania. Nieodwołana wizyta generuje niepotrzebne koszty dla placówki oraz blokuje miejsce innym pacjentom. Liczymy, że dzięki nowym możliwościom wyeliminujemy podobne sytuacje.

E-dokumentacja

– Usługa e-dokumentacja medyczna pacjenta ma z kolei umożliwić wymianę dokumentów medycznych pomiędzy pacjentem a szpitalem lub szpitalem a pacjentem, jak również udostępnić pacjentom dokumenty medyczne wytworzone dla nich podczas ich hospitalizacji w szpitalu – wyjaśnia Jacek Kozicki.

Bożena Struczewska-Czajkowska dodaje, dlaczego to udogodnienie jest tak bardzo potrzebne: – Nie przygotowujemy się do wizyty u lekarza. Niestety zapominamy przynieść ze sobą wszystkie potrzebne wyniki. Konsekwencje tego są takie, że wizyta pacjenta jest bezowocna i leczenie stoi w miejscu. Dzięki e-dokumentacji lekarz specjalista szybciej może pomóc choremu, bo w komputerze widzi poprzednie diagnozy, zalecenia itd. Oczywistym jest również to, że im mniej dodatkowych wizyt, tym krótsza kolejka do specjalisty – zauważa.

W związku z etapem przejściowym tej e-usługi pacjent olsztyńskiego szpitala może obecnie otrzymać wersję papierową lub elektroniczną swoich dokumentów, albo jedną i drugą. – Coraz więcej pacjentów korzysta z takiej możliwości – mówi Irena Kierzkowska. I zauważa, że e-dokumentacja w znacznym stopniu ułatwia zarządzanie szpitalem.

Integracja z platformą P1

Jacek Kozicki podkreśla, że efektywność stosowania e-usług, a co za tym idzie, zwiększenie komfortu pacjenta oraz lekarza musi iść w parze z wymianą przestarzałego sprzętu komputerowego oraz zwiększeniem przepustowości lokalnej sieci komputerowej LAN. – Dlatego poza wprowadzeniem nowych aplikacji, szpital zakupi 120 komputerów PC, które trafią do gabinetów lekarskich oraz 51 sztuk przełączników sieciowych – wylicza kierownik Działu Informatyki w olsztyńskim WSS.

Nowe usprawnienia mają na celu także integrację (interoperacyjność) szpitala z platformą P1, czyli Elektroniczną Platformą Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. Za pośrednictwem platformy przekazywane będą informacje o zdarzeniach medycznych, oraz dokumentacji pacjenta wytworzonej w szpitalu.

Wszystkie wymienione zmiany to efekt projektu pn. „Wdrożenie e-usług w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie poprzez modernizację infrastruktury IT szpitala – Etap II", wartego ponad 1,1 mln zł, z czego 940 tys. zł to środki z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020.

Zespół Działu Organizacyjnego i Funduszy Zewnętrznych

Geriatria – dziedzina medycyny z przyszłością

Z uwagi na duże zainteresowanie tematyką geriatrii, młodej dziedziny medycyny, i związanej z nią szeroko rozumianej działalności prowadzonej m.in. przez lekarzy, pielęgniarki jak i farmaceutów, zespół nasz postanowił przybliżyć kilka zagadnień z nią związanych w odniesieniu do pacjenta geriatrycznego.

Epidemia COVID-19 dowiodła, iż pomimo to, że w ciągu ostatniego półwiecza wiele już zrobiono w zakresie szkolenia i organizacji opieki nad osobami starszymi w Polsce, to system opieki jest ciągle niewystarczający, a nasza wiedza na temat chorowania w wieku podeszłym niewystarczająca i choćby dlatego pragniemy zaprosić Państwa na cykl artykułów poświęconych zagadnieniom odnoszących się do pacjenta geriatrycznego.

Geriatria, czyli medycyna wieku podeszłego...

Geriatria jest to dział medycyny poświęcony pacjentom starszym. Dziedzina zajmująca się schorzeniami wieku podeszłego. Historycznie wywodzi się z interny, ale aktualnie obejmuje również zagadnienia związane e schorzeniami wieku podeszłego, czerpiąc z medycyny rodzinnej, neurologii czy też psychiatrii. Celem geriatrii jest maksymalizowanie **sprawności funkcjonalnej** osób w wieku podeszłym rozumianej jako stopień ich samodzielności i niezależności. Podejmowane działania mają na celu zminimalizowanie wpływu procesu starzenia na organizm, ale i ograniczenie zmian wynikających z występujących chorób przewlekłych oraz stosowanych leków.

...natomiast gerontologia – nauka o procesach starzenia się.

Wzrost zainteresowania procesem starzenia, jego mechanizmami i konsekwencjami, wynika z zachodzącego na naszych oczach dynamicznego starzenia się ludności świata. Miarą tego jest wydłużanie się **średniej długości życia** i co za tym idzie wzrost liczebności najstarszych grup wiekowych.

Według tradycyjnej klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wyróżniamy osoby w wieku:

- 60-75 lat – wiek podeszły, tzw. wczesna starość,
- 75-90 lat – wiek starszy, tzw. późna starość,
- powyżej 90 r.ż. – wiek sędziwy, tzw. długowieczność

Klasyfikacja WHO jest zgodna z założeniami ustawy o osobach starszych z 2015 roku, która definiuje je jako osoby, które ukończyły 60 lat. Natomiast Główny Urząd Statystyczny (GUS) w publikacji *Jakość życia osób starszych w Polsce* z roku 2017 przyjmuje definicję, według której za osobę starszą można uznać osobę po ukończeniu 65 r.ż. Podobna klasyfikacja obowiązuje w Stanach Zjednoczonych.

Według danych Eurostatu z początku 2020 roku osoby po 65 r.ż. stanowią w Polsce ok.17,7% populacji. **Ze względu na starzenie się społeczeństwa i w konsekwencji przewidywany wzrost zapadalności na choroby przewlekłe istnieje potrzeba zrozumienia zasad farmakoterapii i komunikacji z pacjentem w wieku podeszłym.**

Typową cechą starzenia społeczeństw jest zjawisko tzw. **podwójnego starzenia**. Oznacza ono, że procentowy przyrost ludności w najstarszych grupach wiekowych jest jeszcze szybszy, niż wszystkich osób starszych.

Drugą typową cechą procesu starzenia jest **feminizacja starości,** która oznacza, że kobiety stanowią zdecydowaną większość wśród osób starszych. Wynika to ze zwiększonej umieralności mężczyzn we wcześniejszych grupach wiekowych i co za tym idzie z dłuższego przeciętnego trwania życia kobiet. Podkreślić jednak należy ,że wśród lat, które pozostały jeszcze osobom starszym do przeżycia **(tzw. oczekiwane dalsze trwanie życia)** stosunek lat aktywnych do lat zależnych (od pomocy innych) jest dla mężczyzn zawsze korzystniejszy.

Jako granicę wieku podeszłego, a więc **granicę starości,** przyjmuje się najczęściej wiek 65 lat. Jednak faktem bezspornym jest, że kryterium zaawansowanego procesu starzenia nie jest **wiek kalendarzowy** (określany też jako wiek metrykalny lub wiek chronologiczny i mierzony liczbą przeżytych lat).Uważa się, że stan równolatków w obrębie żadnej innej grupy wiekowej nie różni się tak bardzo jak w starości. Różnice te definiuje **wiek biologiczny** określający indywidualną kondycję poszczególnych osób. Jest on wypadkową procesu starzenia, występujących chorób i pobieranych leków oraz czynnika psychospołecznego (przynależność do grupy, zainteresowania własną osobą ,poczucie użyteczności dla społeczeństwa).

Pomimo wszystkich zastrzeżeń dla wieku kalendarzowego, najłatwiej jest wprowadzić to kryterium, gdyż jest ono jednoznaczne. W praktyce więc używa się podziału starości ze względu na wiek kalendarzowy, co zostało przedstawione powyżej.

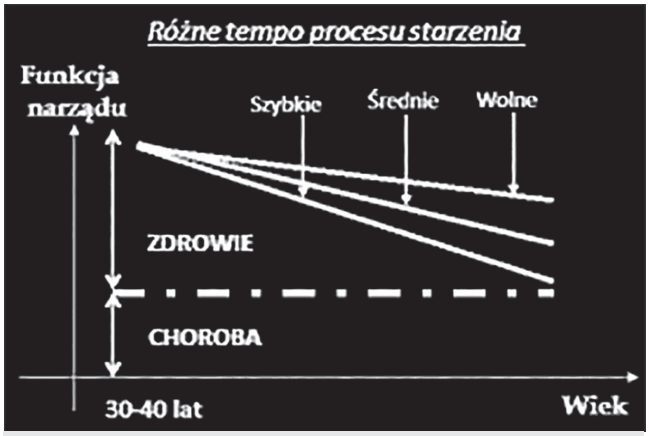
Definicja i charakterystyka procesu starzenia

Starzenie definiuje się jako postępujące pogorszenie funkcji wszystkich narządów organizmu utrudniające utrzymanie homeostazy. Tak więc, w sytuacji zadziałania czynnika potencjalnie chorobotwórczego, u osób starszych łatwiej dochodzi do procesu chorobowego.

To zawężenie homeostazy typowe dla wieku podeszłego nosi nazwę **homeostenozy.**

Proces starzenia się narządów rozpoczyna się już pomiędzy 30-40 rokiem życia i według niektórych postępuje w tempie ok. 1% rocznie (tzw. reguła 1 %).Wydaje się, że obecny stan wiedzy pozwala uznać, iż jest to koncepcja zbyt pesymistyczna i że tak znaczne zmiany narządowe związane są raczej z równoczesnym wpływem chorób na funkcje narządów, a nie tylko procesem starzenia.

Normalne starzenie (określane jako zwyczajne lub czasem jako fizjologiczne) nie powoduje załamania homeostazy, ale niestety to załamanie ułatwia. Przeciwieństwem takiego starzenia jest **starzenie patologiczne,** czyli takie, gdzie równolegle do zmian wynikających z upływu czasu występują zmiany wynikające z chorób przewlekłych. Obecność tych chorób przyspiesza proces starzenia, gdyż dodatkowo pogarsza się funkcja objętych procesem chorobowym narządów.



Rycina 1. Schemat przedstawiający pogorszenie funkcji narządów towarzyszące starzeniu

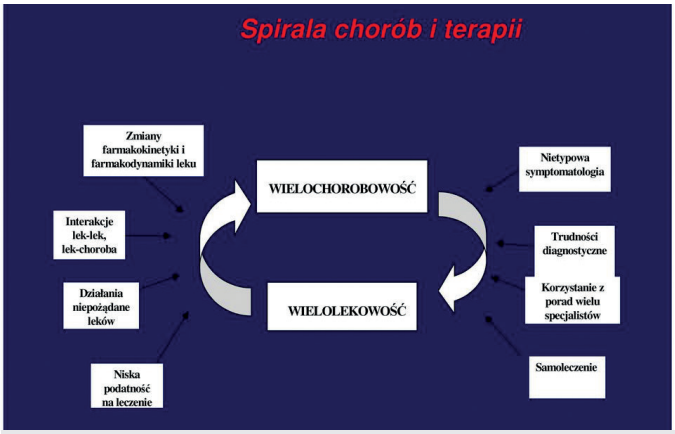
Typowe cechy medycyny geriatrycznej to:

- **Jatrogenny zespół geriatryczny:** są to objawy chorobowe wynikające ze stosowanego leczenia. Reprezentują go m.in. zaburzenia mobilności u chorego, który ma zawroty głowy i zaburzenia równowagi często kończące się upadkami. Przykładami mogą być również: występowanie zakażeń Clostridium Difficile po stosowaniu po stosowaniu leków z grupy inhibitorów pompy protonowej, hiperkaliemia przy leczeniu inhibitorami konwertazy angiotensyny.

- **Wielochorobowość (polipatologia)**: współistnienie kliku schorzeń u tego samego pacjenta. Wśród przyczyn wymienia się sam proces starzenia, który w związku ze zmniejszeniem rezerwy czynnościowej narządów sprzyja występowaniu chorób.

- **Wielolekowość:** oznacza pobieranie przez pacjenta kilku leków w systemie codziennym. Wielolekowość określa się często jako **polipragmazję , choć pojęcia te nie są tożsame.** Polipragmazja oznacza właściwie nadużywanie leków, pobieranie przez chorego co najmniej jednego leku, dla którego nie ma wskazań, więc zjawiska zawsze negatywne, podczas gdy niestety u starszych chorych niekiedy jednoczesne stosowanie kilku leków może być koniecznością. O wielolekowości, mówimy gdy pacjent przyjmuje co najmniej 5 leków, uwzględniając w tym leki dostępne bez recepty. Ciężka polipragmazja opisuje sytuacja przyjmowania 10 i więcej preparatów. Dodatkowo zjawisku temu sprzyja brak porozumienia pomiędzy specjalistami, pod opieką których przebywa pacjent. Brak powyższej wiedzy na temat farmakoterapii, potęguje znacząco ryzyko wystąpienia licznych interakcji międzylekowych, osłabienie/wzmocnienie działania leków, wystąpienie chorób jatrogennych jak również wzrasta ryzyko zgonów wynikające z działań niepożądanych. Problemem, który należy zaznaczyć jest również pobieranie przez osoby starsze leków dostępnych bez recepty, które mogą zmienić zarówno profil farmakokinetyczny jak i profil farmakodynamiczny preparatów zaordynowanych przez lekarza. Według badania Polsenior u 65 % osób powyżej 65 r.ż zaobserwowano zjawisko polipragmazji. Dodatkowym minusem przyjmowania nadmiernej ilości leków są wzmożone wydatki na często zbędne preparaty.

Wielolekowość i wielochorobowość potęgują się wzajemnie i tworzą tzw. spiralę choróbi terapii. Wielolekowość znacznie zwiększa ryzyko upadków. Wzrost ryzyka można już zaobserwować przy stosowaniu 5 i więcej leków, uwzględniając w tym leki OTC.



Rycina 2. Spirala chorób i terapii

- **Kaskady i cykle objawowe:** kaskady to ciągi objawów wzajemnie z siebie wynikających, a cykle to zespoły problemów tworzące mechanizmy samonapędzających się błędnych kół. Najczęściej też ich zasadniczy element stanowią pobierane przez pacjenta leki, które wywołują działania niepożądane a przez to powodują przepisywanie kolejnych leków aby „wyleczyć" ich skutki uboczne.

Rycina 3.Przykładowa kaskada objawowa

- **Występowanie wielkich zespołów geriatrycznych (WZG)**
  Są to przewlekłe wieloprzyczynowe zaburzenia, które stopniowo prowadzą do niesprawności funkcjonalnej i negatywnie wpływają na jakość życia starszych pacjentów. Klasycznie do WZG zalicza się otępienie i depresję, nietrzymanie moczu i stolca, zaburzenia mobilności i upadki oraz zaburzenia wzroku i słuchu, choć ostatnio na liście umieszcza się niedożywienie i odleżyny. Problem WZG polega między innymi na tym, że tworzą one wzajemnie z siebie wynikającą sieć przyczynowo-skutkową,co oznacza, że wystąpienie u chorego jednego z WZG znacznie zwiększa ryzyko pojawienia się kolejnych.Należy też pamiętać, że niektóre WZG mogą wynikać lub być potęgowane przez leki i wtedy zmiana schematu leczenia może poprawić sprawność funkcjonalną pacjentów.

- **Bezobjawowe choroby**
  Problemem w diagnostyce pacjenta geriatrycznego jest występowanie tzw. „masek" w przebiegu wielu chorób czyli niewystępowanie typowych objawów. Tworzą one problemy przy właściwym rozpoznaniu schorzenia, na które cierpi pacjent. Kłopotliwa może okazać się np. diagnostyka zapalenia płuc u osób starszych. Brak jest często typowych objawów tj. gorączka, kaszel, duszność. Ze względu na osłabioną reaktywność układu immunologicznego, zwiększona temperatura ciała nie występuje lub też nie osiąga ona niepokojących wartości. Ponadto, często brak jest objawów duszności, ze względu na osłabienie siły mięśniowej mięśni międzyżebrowych przez sarkopenię. Natomiast duszność charakterystyczna dla zapalenia płuc jest często maskowana przez inne choroby np. układu oddechowego (POChP), niewydolność krążenia.

- **Nietypowa symptomatologia**
  Brak typowych objawów chorobowych to duże wyzwanie, z którym muszą zmierzyć się lekarze podczas diagnozowania pacjenta. Konieczne jest wykonanie szeregu badań w celu prawidłowego rozpoznania. Jest to niezwykle trudne zadanie, gdyż niekiedy ciężko jest zróżnicować zmiany wywołane procesem starzeniem od zmian wywołanych przez patologię. Często w geriatrii obserwuje się zjawisko wystąpienia delirium z zaburzeniem funkcji poznawczych u osób, u których stwierdzono odwodnienie lub też zakażenie bakteryjne układu moczowego. Innym przykładem mogą być bezbólowe zawały serca, gdzie brak jest spodziewanych objawów czyli m.in. bólu w klatce piersiowej oraz duszności. Poprzez zaburzenie ukrwienia mięśnia sercowego w przebiegu zawału i jego martwicę dochodzi do niedokrwienia OUN na skutek zmniejszenia pojemności wyrzutowej serca. Wówczas jedynym symptomem zawału serca u pacjenta geriatrycznego może być splątanie lub upadek.

Zmiany fizjologiczne zachodzące w organizmie starzejącego się człowieka i ich wpływ na działanie leków

Starzenie się to zjawisko fizjologiczne i jest związane ze stopniowym i postępującym pogorszeniem funkcjonowania tkanek i narządów. Zmiany te nie zachodzą jednak w sposób liniowy i stały, dlatego u pacjentów w tym samym wieku stopień ich nasilenia może być różny. Czynniki, które przyczyniają się do przyspieszenia lub pogłębienia już istniejących zmian związanych z wiekiem, m.in. to:

- niedożywienie lub otyłość
- odwodnienie organizmu
- występowanie chorób przewlekłych (np. niewydolność wątroby i nerek, cukrzyca, choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby układu oddechowego)
- palenie wyrobów tytoniowych
- zły stan psychiczny osoby starszej spowodowany depresją lub negatywnymi zdarzeniami życiowymi
- zmiany w stosunku tkanki tłuszczowej do beztłuszczowej masy ciała
- zmiany w obrębie farmakokinetyki i farmakodynamiki leków

Serdecznie zapraszamy na kolejne artykuły poświęcone geriatrii w następnych numerach „Pulsu szpitala".

Beata Kiernozek
– magister pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dla województwa warmińsko-mazurskiego

Ewa Czech-Żbikowska
– magister farmacji, specjalista farmacji klinicznej

Katarzyna Rymkiewicz
– magister farmacji, ukończone studia podyplomowe z zakresu opieki farmaceutycznej w geriatrii, w trakcie specjalizacji z farmacji klinicznej

Literatura:

1. K. Wieczorkowska-Tobis, Edmund Grześkowiak, Andrzej Jóźwiak **„Farmakoterapia geriatryczna"**, Wydawnictwo Akademia Medycyny, Warszawa 2008.
2. J. Gąsowski, Karolina Piotrowicz **„Geriatria wybrane zagadnienia"** Medycyna Praktyczna, Kraków, 2020.
3. Emilia Rymkiewicz, Sylwia Milaniuk, Agata Rękas-Wójcik, Grzegorz Dzida, Jerzy Mosiewicz **„Pozaszpitalne zapalenie płuc u chorych w starszym wieku z chorobami współistniejącymi",** Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie.
4. Mateusz Cybulski, Elżbieta Krajewskka-Kułak **„Opieka nad osobami starszymi",** PZWL 2019.

Bezpłatne badania profilaktyczne

w kierunku raka piersi oraz szyjki macicy

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny zaprasza na badania mammograficzne oraz cytologiczne.

Mammografia wykonywana nowym cyfrowym aparatem

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Stanowi około 23 proc. wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u Polek. Występuje częściej po menopauzie. Ryzyko wzrasta po 50 roku życia. Obserwacja częstości zachorowań w poszczególnych grupach wiekowych wykazała, że znaczący wzrost występował w przedziale wiekowym od 50 do 69 roku życia.

Najważniejszym czynnikiem w istotny sposób wpływającym na wyniki leczenia jest wykrycie nowotworu w jak najwcześniejszym stadium rozwoju. Metodę w znacznym stopniu umożliwiającą rozpoznanie zmian patologicznych w utkaniu piersi stanowi mammografia. Jej czułość jest najwyższa, szacuje się, że dla kobiet po menopauzie wynosi ona 90-95 proc.. Randomizowane badania kliniczne wykazały, że w grupie kobiet w wieku 50-69 lat, które miały wykonywane badania mammograficzne co rok lub co 2 lata, nastąpiło zmniejszenie umieralności o 25-30 proc.

Na badanie mogą zgłaszać się pacjentki naszego regionu pomiędzy 50 a 69 rokiem życia, które w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie miały przeprowadzonego tego typu badania finansowanego przez NFZ lub podczas zeszłorocznego badania otrzymały zalecenie lekarza do ponowienia badania po upływie roku. Pacjentki mogą się rejestrować w Dziale Diagnostyki Obrazowej (II piętro), od poniedziałku do piątku w godz. 8.00-15.00, tel. 089 5386 592.

Mammografia nadal pozostaje złotym standardem w diagnostyce raka piersi. Czułość samej mammografii zmniejsza się wraz ze wzrostem gęstości piersi. Liczba nowotworów niewykrytych w gęstej piersi osiąga 52–76 proc.. Przyczyny tak niskiej wykrywalności są liczne: najważniejszą jest „strukturalny" lub anatomiczny hałas (zakłócenia) spowodowane przez przysłaniające tkanki w obrazowaniu dwuwymiarowym obiektu, który posiada trzy wymiary.

Nowy cyfrowy aparat mammograficzny zainstalowany w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym oprócz tradycyjnej mammografii 2D wykorzystuje dwie dodatkowe możliwości diagnostyczne **– tomosyntezę (Digital Breast Tomosynthesis – DBT)** i mammografię **spektralną**, czyli mammografię ze wzmocnieniem kontrastowym **(Contrast Enhancement Spectral Mammography – CESM).**

Tomosynteza to warstwowe badanie piersi, pozwala dokładnie ocenić miejsca zagęszczeń, rozprojektować zaburzenia architektury, ocenić charakter mikrozwapnień.

Aleksandra Czajkowska – technik radiologii przy mammografie, którym bada pacjentki

W **mammografii ze wzmocnieniem kontrastowym** oceniane jest zjawisko neoangiogenezy, charakterystyczne dla nowotworów. Kontrast obrazu w mammografii spektralnej wynika zarówno ze zwiększonej ilości patologicznych naczyń oraz z ich zwiększonej przepuszczalności.

W trakcie badania podaje się dożylnie środek kontrastowy i po dwóch minutach od jego iniekcji wykonuje się badanie mammograficzne. Wykonuje się zdjęcia nisko– i wysokoenergetyczne, które opracowuje się z wykorzystaniem zaawansowanych aplikacji komputerowych, dzięki czemu uzyskuje się obrazy struktur ulegających patologicznemu wzmocnieniu, z wygaszeniem wzmocnienia fizjologicznego.

W WSS korzystamy jeszcze z jednego, unikatowego rozwiązania, służącego do obrazowania preparatów tkankowych uzyskiwanych w trakcie biopsji mammotomicznych.

To innowacyjne rozwiązanie, które jest częścią zaawansowanego, zrobotyzowanego systemu do biopsji – Pristina Serena. Umożliwia wykonanie obrazu pobranych próbek tkanki na detektorze mammografu zaraz po wykonaniu biopsji – bez konieczności uwalniania pacjentki – w przypadku kiedy konieczne byłoby powtórne pobranie materiału. Bezpieczeństwo pacjentki zapewnia system kolimacji, który koncentruje wiązkę promieniowania do ograniczonego pola na skraju detektora dedykowanego do obrazowania próbek– bez narażenia pacjentki na dodatkową ekspozycję promieniowania.

Opcja obrazowania próbek Sample Imaging w znaczący sposób skraca procedurę biopsji w porównaniu z dotychczas stosowanymi rozwiązaniami, które po wykonaniu biopsji pod

kontrolą mammografu wymagały uwolnienia pacjentki, wykonania ekspozycji sprawdzającej pobrany materiał – i w razie konieczności powtórki procedury związanego długotrwałego ponownego pozycjonowania pacjentki.

Takie rozwiązanie jest najnowocześniejszym technologicznie osiągnięciem i wykorzystywane jest jak do tej pory w trzech centrach diagnostycznych w Europie, w tym, dzięki naszemu zaawansowaniu w diagnostyce chorób piersi, w naszym szpitalu.

Zapraszamy na badania cytologiczne

Z kolei rak szyjki macicy jest szóstym, co do częstości, nowotworem u kobiet w Polsce – stanowi 4,4 proc. nowotworów u kobiet. Rocznie ok. 1 730 kobiet umiera z tego powodu.

Badania przesiewowe w kierunku wykrywania raka szyjki macicy polegają na wykonywaniu badań cytologicznych wymazów z ujścia zewnętrznego kanału i z tarczy szyjki macicy. Skryning cytologiczny, ze względu na niski koszt i wysoką skuteczność, jest najpopularniejszą metodą badań przesiewowych. W wyniku przeprowadzenia badania cytologicznego można wykryć zmiany przedrakowe i raka we wczesnym okresie zaawansowania choroby. W przypadku stwierdzenia zmian o charakterze dysplastycznym należy w celu weryfikacji wstępnego rozpoznania wykonać badanie kolposkopowe z celowanym pobraniem wycinków do badania histopatologicznego.

Celem realizacji programu jest zmniejszenie wskaźnika umieralności kobiet na raka szyjki macicy do poziomu osiągniętego w przodujących w tym zakresie krajach Unii Europejskiej w szczególności poprzez wykrywanie stanów przedrakowych oraz podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy i wprowadzenie na terenie całego kraju jednolitego modelu postępowania diagnostycznego.

Badanie mogą wykonać kobiety w wieku 25-59 lat, które nie miały badania cytologicznego w ciągu ostatnich 3 lat. Do udziału w programie nie jest wymagane skierowanie.

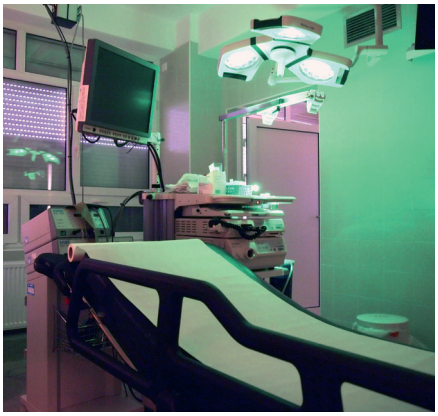
Badania cytologiczne są wykonywane podczas wizyty u ginekologa. Aby zarejestrować się tylko na badanie cytologiczne należy dzwonić na numer 89 53 86 222 w czwartki w godz. 13.00-13.30.

Więcej informacji na stronie internetowej: wss.olsztyn.pl w zakładce „Bezpłatne badania profilaktyczne" oraz nfz-olsztyn.pl.

Przemysław Prais

Bezpłatne badania kolonoskopowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym

Zapraszamy do bezpłatnego skorzystania z możliwości wykonania badań dla wczesnego wykrycia raka jelita grubego, które odbywają się w Pracowni Endoskopowej.



Program badań przesiewowych raka jelita grubego w latach 2019-2021 finansowany jest przez Ministerstwo Zdrowia w ramach „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych"

Opis Programu:

Program polega na wykonywaniu kolonoskopii przesiewowych w populacji osób średniego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego. Identyfikacja kandydatów do badań odbywa się przez lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej lub poprzez samodzielne zgłoszenie się do ośrodka.

Do badań kwalifikują się:

- osoby w wieku 50–65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego,
- osoby w wieku 40–49 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego,
- osoby w wieku 25–49 lat z rodziny z zespołem Lyncha. W tej grupie osób konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny z zespołem Lyncha z poradni genetycznej na podstawie spełnienia tzw. kryteriów amsterdamskich i ewentualnego badania genetycznego. Członkowie takiej rodziny powinny mieć powtarzane kolonoskopie, co 2-3 lata, chyba, że badanie genetyczne wskaże, że u danej osoby nie ma mutacji genetycznych i że dana osoba może być zwolniona z wykonywania kontrolnych (nadzorczych) kolonoskopii
- osoby w wieku 20-49 lat z rodziny z zespołem polipowatości rodzinnej gruczolakowatej (FAP). W tej grupie osób konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny z FAP z poradni genetycznej. Niniejszy program finansuje tylko pierwsze badanie w tej grupie osób.

Kryteria wyłączenia:

- objawy kliniczne sugerujące istnienie raka jelita grubego
- kolonoskopia w ostatnich 10 latach

Skierowaniem na badanie jest ankieta wypełniona przez osoby gotowe poddać się kolonoskopii.

Ankieta może być przesyłana pocztą oraz drogą elektroniczną e-mail: kolonoskopia@wss.olsztyn.pl, lub osobiście przekazana do Pracowni Endoskopowej (budynek główny Szpitala V piętro – przy Oddziale Gastroenterologicznym) Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, ul. Żołnierska 18.

W razie pytań i wątpliwości prosimy dzwonić tel. 89 538 62 04 od poniedziałku do piątku w godz. 7:30-14:30

Ankieta jest dostępna na stronie internetowej Szpitala Wojewódzkiego od adresem: http://wss.olsztyn.pl/bezplatne-badania-profilaktyczne/profilaktyka-raka-jelita.html lub w Pracowni Endoskopowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Główne cele Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych:

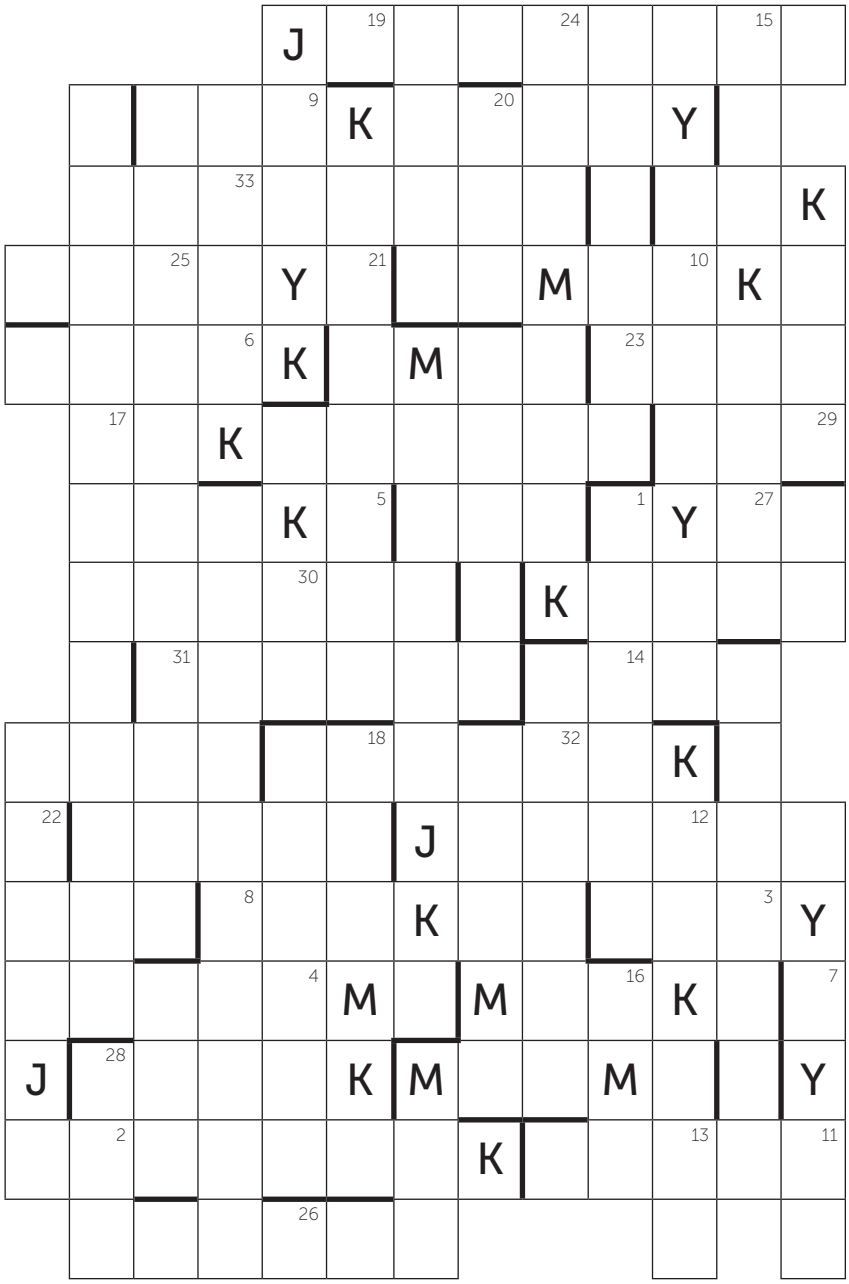
- zwiększenie odsetka raków wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania (A i B wg Dukes'a),
- zwiększenie odsetka wyleczenia (5-letnich przeżyć),
- obniżenie zachorowalności na raka jelita grubego,
- obniżenie umieralności na raka jelita grubego,
- obniżenie kosztów leczenia raka w skali kraju (dzięki leczeniu raków wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania i dzięki usuwaniu stanów przedrakowych – polipów).

70 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienie 61 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: J, K, M, Y. Na ponumerowanych polach ukryto 33 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Juliusza Cezara. Rozwiązania należy dostarczać do Kancelarii Szpitala lub do Rzecznika Prasowego (p. 37), podając miejsce pracy.

Jerzy Badowski

- toksyczne białko z nasion rącznika
- nicość
- kraj z Maskatem
- zmówiny, zaręczyny
- antybiotyk przeciwgrzybiczy
- agencja Trumana
- Kozar
- mieszka w Salzburgu
- efekt pracy
- ma pęczek w sercu
- Stefan, matematyk ze Lwowa
- eksponat
- nie przestrzega praw
- ja, się i mój
- Ems
- chemiczne, narciarskie lub krawata
- przeszkadza złej tanecznicy
- konno-pieszy z pałaszem
- wyspa w kresomózgowiu
- reguluje układy optyczne
- 40 funtów
- stolica wyspy Hajnan
- nandu
- skręcenie
- sakwa na ryby
- trzecie miasto Kolumbii
- drogowe lub Zodiaku
- Finlandia
- nie gojenie się rany
- wielka ciężarówka
- w widłach Rodanu i Saony
- mazak
- lingua
- milion gramów
- góry Inków
- przekręt, afera
- cierpienie, dopust
- kozodój
- lampa ścienna
- największe miasto Krety
- cienka skóra owcza
- postać na wprost
- partner imbiru i cebuli
- antycyklon
- stolica woj. śląskiego
- największe miasto Afryki
- paciorecznik
- siara, młodziwo
- IV Groźny
- wodna lub śnieżna
- człowiek (ang.)
- mała antylopa
- Stowarzyszenie Narodów Azji Pd-Wsch.



- partnerka Gorzowa Wlkp.
- pojazd do transportu aut
- kartofel
- płynie przez Enns
- rozłam religijny
- roztocze, pasożyt skóry
- największe miasto Florydy
- prognoza stanu pacjenta

1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	32	33			

Rozwiązanie krzyżówki nr 70 z poprzedniego Pulsu Szpitala (nr 71): „Nie znajdzie leku ten, kto ukrywa chorobę". Nagrodę otrzymuje Jolanta Stecyk z Zakładu Medycyny Nuklearnej. Gratulujemy. Nagroda do odebrania u Rzecznika Prasowego.