

Rola anesteziologa na sali operacyjnej i poza nią _____

*lek. med. Rudolf Piesoczyński
Opolskie Centrum Onkologii*

Anestezjologia jest podstawową specjalnością kliniczną, współpracującą ze wszystkimi specjalnościami w medycynie.

Zadaniem głównym lekarza anesteziologa wykonującego znieczulenie jest

zapewnienie, bezpiecznego i bezbolesnego przeprowadzenia każdego zabiegu, w tym również operacyjnego. Intensywna terapia będąca drugą częścią tej specjalności pozwala na skuteczne leczenie chorych w stanie zagrożenia życia. Bardzo ważnym, w szeregu obowiązków anesteziologa jest udzielanie doraźnej pomocy. Inaczej mówiąc „resuscytacja krążeniowo - oddechowo – mózgowia”. Jest to podtrzymywanie życiowo ważnych czynności ustroju, prostymi metodami lub przy użyciu odpowiedniego sprzętu.

Do obowiązków anesteziologa, należy także leczenie bólu ostrego i przewlekłego. Anesteziolog uśmierza ból na sali operacyjnej, sali pooperacyjnej, na oddziale chirurgii onkologicznej, a także w chorobie nowotworowej pracując w poradni leczenia bólu.

Postępowanie okołoperacyjne anesteziologa, ma zasadniczy wpływ na wynik leczenia. Szczególnie dokładna musi być przedoperacyjna ocena stanu zdrowia chorego. Celem tej oceny jest:

- rozpoznanie problemów zdrowotnych, mogących stanowić czynniki ryzyka,
- wyeliminowanie współistniejących schorzeń, lub uzyskanie nad nimi jak najlepszej kontroli, (przy pomocy leków, zleczanych przez lekarzy internistów i lekarza anesteziologa), oraz określenie metod postępowania, które ograniczą do minimum ryzyka powikłań przedoperacyjnych, śródoperacyjnych i przede wszystkim operacyjnych.

Dobra współpraca i porozumienie między pacjentem, chirurgiem i anesteziologiem umożliwiają uzyskiwanie jak najlepszych wyników leczenia.

Pełna ocena przedoperacyjna składa się z badania podmiotowego i przedmiotowego, z uwzględnieniem wywiadów dotyczących przebytych zabiegów chirurgicznych, znieczuleń przyjmowanych leków, uczuleń na leki, koniecznych badań dodatkowych – laboratoryjnych.

W trakcie oceny przedoperacyjnej ustalony zostaje plan postępowania anesteziologicznego.



Pacjent powinien wyrazić świadomą zgodę na postępowanie operacyjne.

Zazwyczaj na sali operacyjnej zlecona jest premedykacja.

Ze względu na to, że większość powikłań występuje u pacjentów ze schorzeniami układu krążenia, bardzo ważne jest ujawnienie: nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca, w przeszłości zawału mięśnia sercowego, zastoinowej niewydolności krążenia, miażdżycy tętnic obwodowych lub mózgowych, choroby reumatycznej – w wywiadzie, lub wad zastawek.

Nie mniej ważnym jest wywiad dotyczący układu oddechowego – zaznaczenie astmy oskrzelowej, rozedmy płuc i oczywiście nałogowe palenie tytoniu.

Także ważnym jest wywiad dotyczący schorzeń wątroby, gdyż wiele stosowanych środków jest metabolizowanych bądź inaktywowanych właśnie przez ten narząd. Takie schorzenie, jak wirusowe zapalenie wątroby, może wpłynąć na metabolizm lub dystrybucję leków. Często konieczne jest znieczulenie osoby z przewlekłą niewydolnością nerek, kamicą nerkową nadciśnieniem tętniczym, czy nawracającym odmiedniczkowym zapaleniem nerek. Stąd tak ważnym jest wywiad dotyczący schorzeń układu moczowego.

W wywiadzie zwraca się uwagę na schorzenie przewodu pokarmowego, gdzie utajone krwawienie (obecność choroby wrzodowej), może być przyczyną niedokrwistości pacjenta. Ważne jest także, ujawnienie choroby ośrodkowego układu nerwowego, gdyż ma to wpływ na wybór metody znieczulenia.

Konieczne jest zaznaczenie drgawek, przebyty udar mózgu lub epizody niedokrwienia – obwodowe ubytki neurologiczne, chorobę Alzheimera, Parkinsona, porażenie połowicze. W wywiadzie zwraca się uwagę na choroby układu dokrewnego. Choroby trzustki tj. cukrzyca insulinozależna lub insulinoniezależna, choroby tarczycy (nadezynność lub niedoczynność tarczycy), choroby nadnerczy (choroba Cushinga, choroba Addisona). Choroby układu krzepnięcia – ujawnienie łatwego powstawania siniaków czy niedokrwistość, mogą świadczyć o wczesnej nierozpoznanej skazie krwotocznej.

Bardzo ważne jest udzielenie informacji o lekach przyjmowanych przez pacjenta, a także na jakie jest uczulony. Badania dodatkowe stanowią podstawową część w wyborze rodzaju operacji - zlecane są na podstawie badania przedmiotowego i danych z wywiadu. Do badań tych zalicza się: określenie stężenia hemoglobiny i hematokrytu, określenie stężenia glukozy i azotu mocznika, wykonanie zdjęć klatki piersiowej, wykonanie elektrokardiogramu oraz innych niezbędnych dla danego pacjenta badań laboratoryjnych. Częstość przypadkami są schorzenia, ograniczające tolerancję na urazy czy zmiany związane z operacją i zastosowanym rodzajem leczenia. Ocena takich chorych może wykraczać poza kompetencje anestezjologa. W takich przypadkach wspiera

anestezjologa doświadczony konsultant.

Po ustaleniu niezbędnych informacji, zostaje ustalony plan postępowania oraz rodzaj i technika znieczulenia. Lekarz anestezjolog kwalifikuje pacjenta do operacji posługując się klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Anestezjologów (ASA). Pacjent jest przypisywany do jednej z pięciu grup (1 do 5), w zależności od oceny ryzyka związanego ze znieczuleniem i zabiegiem operacyjnym.

Przed operacją pacjent dostaje premedykację - tj. terapia lekami, mającymi na celu przygotowanie farmakologiczne do operacji, zmniejszenie lęku, uspokojenie, oraz spowodowanie zaniku pamięci zdarzeń związanych z operacją. Czas i miejsce premedykacji mogą być różne.

Podstawowym zadaniem anestezjologa na sali operacyjnej, jest zapewnienie choremu bezpieczeństwa podczas operacji, natomiast po operacji w zależności od stanu zdrowia pacjenta, prowadzi bezpośredni nadzór (opiekę). Dzięki temu, powikłania związane ze znieczuleniem i operacją są zauważane niezwłocznie.



Do oddziału chirurgicznego pacjent przekazywany jest wówczas, gdy jego stan jest ustabilizowany, wdrożone zostało skuteczne postępowanie przeciwbólowe oraz wypisane zostało zlecenie dotyczące zakresu i sposobu prowadzenia terapii płynami.

Współpraca pomiędzy salą operacyjną a oddziałem chirurgii onkologicznej zapewnia właściwy poziom prowadzenia opieki nad pacjentem we wszystkich fazach leczenia.

Szanowni Państwo, co miesiąc wiele osób zwraca się do nas z prośbą dotyczącą otrzymania wcześniejszych egzemplarzy Biuletynu OCO. Niestety, nie możemy przekazać egzemplarzy archiwalnych, gdyż posiadamy już tylko egzemplarze pojedyncze. Jednakże mając na uwadze tak duże zainteresowanie - informujemy, iż można zakupić w kasie Opolskiego Centrum Onkologii - płyty CD, na których znajdują się wydania biuletynu począwszy od numeru pierwszego tj. z listopada 2005. Cena płyty 10 złotych.

Antybiotyki

mgr Karina Wróblewska
Opolskie Centrum Onkologii



Antybiotyki istnieją w środowisku od wielu tysięcy lat, są bowiem w większości naturalnym produktem drobnoustrojów, uwalnianym w niewielkich dawkach do środowiska. Antybiotyki stały się jednym z największych odkryć minionego stulecia, dzięki ich wprowadzeniu wiele zakażeń i chorób zakaźnych zostało opanowanych. Pojawiły się jednak nowe zagrożenia, wynikające z nadużycia i niekontrolowanego stosowania tych leków nie tylko w obszarach medycznych ale również w weterynarii, hodowli, rolnictwie i kosmetykologii. ***Polska znajduje się na jednym z pierwszych miejsc w Europie pod względem spożycia antybiotyków, a ich konsumpcja stale rośnie.***

W 1928 roku dzięki szczęśliwemu zbiegowi okoliczności Alexander Fleming zaobserwował, że kilka próbek gronkowców *Staphylococcus* zostało zniszczonych przez grzyba *Penicillium notatum*. Obserwacje swoje opisał w 1929 roku. Późniejsze badania H. Florey'a i E. Chain'a nad praktycznym zastosowaniem odkrycia, poparte ogromnymi nakładami finansowymi koncernów farmaceutycznych i przyspieszone inwazją Japończyków na Pearl Harbour, spowodowały, że w 1942 r., wprowadzono penicylinę do lecznictwa. Penicylina, początkowo przeznaczona tylko dla wojska i obłożona tajemnicą, uratowała życie tysiącom żołnierzy w czasie II wojny światowej, potem zaś ofiarom wielkiego pożaru Londynu w 1947 r., kiedy to, lekiem tym pojono i polewano oparzonych. Cudowny lek zaczęto stosować jak aspirynę. Dostępna w drogeriach i aptekach bez recept penicylina stała się masowo używana. Stan pacjentów szybko się poprawiał, często kuracja nie była doprowadzana do końca. Umożliwiło to bakteriom powrót w formie bardziej zjadliwej a niejednokrotnie już w formie odpornej.

Aleksander Fleming, dał ludzkości nadzieję na opanowanie chorób gnębiących ludzi od stuleci. Zapanował optymizm, człowiek poczuł się bezpieczny i wydawało się, że choroby infekcyjne przestały stanowić bezpośrednią przyczynę śmierci. Masowe stosowanie penicyliny, zakończyło erę, kiedy szkarlatyna, zapalenie płuc czy nawet błaha z pozoru skaleczenie mogło się skończyć tragicznie. W pewnym momencie sądzono nawet, że choroby zakaźne zostały

zwalczone na zawsze. W 1969 r., naczelny lekarz USA William Stewart oświadczył „... że nadszedł czas by zakończyć rozdział chorób zakaźnych”. Niestety fakty są brutalne i stało się inaczej.

Dziś lekarze utracili wiele z optymizmu pionierów antybiotykoterapii. Wiele chorób leczonych wcześniej z powodzeniem, należy aktualnie do lekoopornych, a choroby zakaźne są nadal główną przyczyną wszystkich zgonów na Ziemi. W ciągu ostatnich 15 lat obserwuje się szybki i niekontrolowany rozwój oporności drobnoustrojów. Naukowcy alarmują.

Obecnie znanych jest, co najmniej kilkaset antybiotyków, powstałych przede wszystkim w latach 60 -tych ubiegłego stulecia. Późniejsze lata przyniosły głównie modyfikację już istniejących, natomiast ostatnie 40 lat to odkrycie zaledwie trzech antybiotyków z nowymi mechanizmem działania. Tak, więc o skutecznego kandydata na nowy, dobry antybiotyk coraz trudniej.

Antybiotyki to związki chemiczne wytwarzane w naturze przez same drobnoustroje. Mikroorganizmy produkują je, żeby pozbyć się konkurencji innych bakterii czy grzybów. Człowiek nauczył się izolować i wykorzystywać te związki w walce z chorobami. Dziś umiemy już nawet tworzyć antybiotyki syntetyczne, nie występujące w przyrodzie.

Do antybiotyków zaliczamy produkty naturalne mikroorganizmów np. penicylinę czy streptomycynę, ich półsyntetyczne pochodne i chemioterapeutyki, czyli produkty przemysłu chemicznego.

Leki przeciwbakteryjne najczęściej działają w ten sposób, że zakłócają jakieś istotne procesy życiowe bakterii. Antybiotyki wnikają do komórki, gdzie, w zależności od rodzaju leku, paraliżują istotne procesy życiowe drobnoustroju. Penicylina na przykład blokuje budowanie ściany komórki, powodując jej pęknięcie lub powstawanie silnie zniekształconych bakterii. Inne leki uniemożliwiają powielanie DNA, a tym samym rozmnażanie. Są antybiotyki, które zatrzymują syntezę nowych białek, i takie, które tworzą w ścianie komórkowej kanały, powodując wypływ z komórki niezbędnych substancji. Niestety, nawet na tak zróżnicowane mechanizmy mikroby znajdują sposób. **Jedno pokolenie bakteryjne powstaje średnio co 20 minut do godziny.** Konsekwencje tego faktu są takie, że odpowiedź bakterii na zabójcze czynniki jest wręcz natychmiastowa, w myśl zasady „przeżywają najlepiej przystosowani”.

Bakterie mają do dyspozycji całą gamę złożonych technik ochrony i wytwarzania oporności: mutacje w materiale genetycznym, nabywanie genów oporności od innych bakterii, wytwarzanie enzymów rozkładających lub dezaktywujących leki czy zdolność wytwarzania „białka-pompy”, które usuwają antybiotyk z komórki. Niektóre bakterie w ogóle nie muszą się starać, posiadają bowiem; tzw. oporność naturalną na pewne antybiotyki. Jest to ich charaktery-

styczna cecha gatunkowa, powstała samoistnie, nie będąca skutkiem ubocznym stosowania leków.

Narastające zagrożenie ze strony coraz bardziej opornych mikroorganizmów uświadomiono sobie w pełni, dopiero niedawno. Wyrazem tych obaw było orędzie dyrektora generalnego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wygłoszone w 1997 roku, w którym problem oporności drobnoustrojów został zaliczony do największych zagrożeń zdrowia publicznego.

Nadużywanie antybiotyków ma miejsce nie tylko w medycynie: poważnym odbiorcą tej grupy leków są rolnictwo i weterynaria. Antybiotyki zaczęto stosować w hodowli zwierząt w latach 1949 - 1950, kiedy to zaobserwowano, że dodatek ich do pasz, przynosi wzrost masy ciała przy zmniejszeniu dawek pokarmowych oraz poprawia ogólną zdrowotność zwierząt. W Polsce antybiotyki zaczęto stosować jako dodatek do pasz na większą skalę od roku 1968. Tylko w samych Stanach Zjednoczonych, rocznie wytwarza się ponad 20000 ton antybiotyków, z czego tylko połowa przeznaczona jest dla ludzi. Resztę wykorzystuje się do oprysków roślin lub podaje zwierzętom. Jako dodatki do paszy stosuje się ponad 100 razy więcej antybiotyków niż w leczeniu ludzi. Skutek tych działań jest taki, że antybiotyki przedostają się podczas procesu trawienia do odchodów zwierząt, trafiają w postaci nawozów naturalnych na pola uprawne, aby następnie znaleźć się na naszych stołach. Niskie stężenie antybiotyków, można wykryć w wielu naszych posiłkach, a także rzekach i strumieniach całego świata. Niestety od początku większość podawanych w hodowli antybiotyków, była równocześnie wykorzystywana u ludzi, i na efekty nie trzeba było długo czekać. Już po 10 latach stosowania antybiotyków w paszach pojawiły się pierwsze doniesienia o rozwoju oporności bakterii. Opublikowany w Anglii przez komisję ds. zwalczania chorób zakaźnych w 1969 r., raport wskazywał, że większość przypadków zakażeń Salmonella u ludzi pochodziło z żywności, a pierwotnym źródłem zakażenia były zwierzęta hodowlane. Raport ten stwierdzał, że antybiotyki stosowane w terapii u ludzi nie powinny być wykorzystywane jako dodatek paszowy dla zwierząt.

Najszybciej zareagowała Szwecja, która już w 1986 roku, zakazała stosowania antybiotyków w paszach. W 1997 r., Unia Europejska wprowadziła zakaz używania jako stymulatora wzrostu awoparcyny (antybiotyku niezwykle podobnego do wankomycyny, leku, który jest jednym z kluczowych antybiotyków współczesnej terapii człowieka). Natomiast już rok później wprowadzono w Unii zakaz dodawania do pasz, antybiotyków wykorzystywanych w szpitalach. W kolejnych latach w wyniku nacisków organizacji konsumenckich, ekologicznych i medycznych, Komisja Europejska podjęła decyzję o całkowitym zakazie na terytorium UE, używania antybiotyków w paszach w roli promotora

rów wzrostu. Zakaz obowiązuje od 1 stycznia 2006r., co stanowi kluczowy element mający zapobiec zjawiskom uodporniania się mikroorganizmów. Obecnie można stosować antybiotyki w paszach jedynie w ramach kuracji weterynaryjnych. Zalecenia te dotyczą niestety jedynie krajów Unii. A co dzieje się na świecie?

W południowo-wschodniej Azji nie ma żadnych regulacji prawnych i nikt nie kontroluje używania antybiotyków np. w hodowli krewetek (w Rosji i Chinach nadal stosuje się antybiotyki używane również w medycynie).

Przedstawione problemy ze względu na globalny zasięg oraz sygnalizowane niebezpieczeństwa stały się przedmiotem zainteresowania międzynarodowych organizacji, na czele ze Światową Organizacją Zdrowia i Komisją Europejską. Zostały opracowane wytyczne i rekomendacje w myśl których, kraje członkowskie UE zostały zobowiązane do tworzenia programów, których celem jest ocena zużycia antybiotyków we wszystkich gałęziach gospodarki i ochrony zdrowia. W Polsce wdrożono Narodowy Program Ochrony Antybiotyków w 2004 r. Program ten ma na celu opracowanie i wdrożenie kompleksowego systemu, mającego na celu powstrzymanie utraty skuteczności antybiotyków poprzez racjonalne ich stosowanie. Obecnie w większości polskich szpitali (także w OCO) realizowane są zasady prawidłowej polityki antybiotykowej uwzględniające zalecenia „Programu” - monitorowaniem objęte są takie elementy jak: ilość, rodzaj zużywanych antybiotyków, częstość występowania wieloopornych szczepów bakteryjnych, a także ilość zużywanych środków dezynfekcyjnych.

Należy pamiętać o „naszej własnej - domowej polityce antybiotykowej”, która powinna polegać na: - stosowaniu antybiotyków dokładnie według zleceń lekarza,- nie zażywaniu antybiotyków w dowolnych dawkach na wszelki wypadek, - ścisłym przestrzeganiu godzin przyjmowania leku, - nie przerywaniu leczenia, gdy poczujemy się lepiej a nie minął termin terapii.

*mgr Karina Wróblewska - pielęgniarka epidemiologiczna



Rak trzonu macicy

dr n. med. Kamila Czerw
Opolskie Centrum Onkologii

Rak trzonu macicy (rak endometrium) jest chorobą częściej występującą u kobiet w wieku pomenopauzalnym, kobiet otyłych, kobiet o zmniejszonej płodności, ze skłonnością do obfitych krwawień miesięczkowych w okresie klimakterium.

W Polsce rejestrowanych jest rocznie około 3500 nowych zachorowań rocznie i około 800 zgonów z powodu raka trzonu macicy.



Etiologia i czynniki ryzyka :

Wpływ na rozwój tego raka ma długotrwała stymulacja endometrium przez estrogeny, szczególnie przy jednoczesnym niedoborze progesteronu. Taka sytuacja ma miejsce u otyłych kobiet w okresie około i postmenopauzalnym. W tym okresie jajnik przestaje produkować progesteron i estrogeny, ale produkuje androstendion (tak jak nadnercza). Androstendion ulega konwersji do estronu w tkance tłuszczowej. Ciągła stymulacja błony śluzowej przez estron bez wpływu progesteronu prowadzi do niekontrolowanej proliferacji nabłonka i zablokowania czynności sekrecyjnej komórek endometrium.

Produkcja estronu u kobiet otyłych może być nawet 20 razy większa niż u młodych i szczupłych.

Estrogeny w nadmiernym stężeniu powodują niekontrolowany rozrost endometrium. Zwiększa się aktywność mitotyczna. Zaczyna się patologiczny rozrost cew gruczołowych błony śluzowej. Rozrosty bez cech atypii nie są stanami przednowotworowymi. Ryzyko występowania raka błony śluzowej trzonu macicy wzrasta w przypadku istnienia rozrostu złożonego z atypią i wynosi 30 – 50 %.

Czynnikami ryzyka są:

- otyłość w wieku 50 - 59 lat,
- hiperestrogenizm endogeny (hormonalnie czynne nowotwory jajnika typu ziarniszczak, otoczkowiak),

- hiperestrogenizm egzogenny - długotrwałe leczenie estrogenami bez zrównoważenia progesteronem (nieprawidłowo stosowana hormonalna terapia zastępcza),
- cukrzyca,
- nadciśnienie tętnicze,
- nierództwo,
- wczesna pierwsza miesiączka i późna menopauza,
- występowanie cykli bezowulacyjnych,
- zespół policystycznych jajników,
- choroby prowadzące do upośledzenia wydolności wątroby,
- leczenie Tamoxifenem (w raku piersi),
- czynniki genetyczne (współistnienie raka piersi, jelita grubego).

Objawy i diagnostyka:

Nieprawidłowe krwawienie z dróg rodnych po okresie menopauzalnym jest najważniejszym objawem zmuszającym do poszukiwania nowotworu trzonu macicy.

Może ono występować zarówno przy patologicznym rozroście endometrium jak i w raku trzonu macicy. Około 20 % krwawień z dróg rodnych w wieku pomenopauzalnym jest spowodowane rakiem endometrium.

We wczesnym wykrywaniu raka trzonu macicy istotną rolę odgrywa regularne badanie ginekologiczne (co najmniej 1 x w roku), badanie ultrasonograficzne transwaginalne (przezpochwowe), badanie histopatologiczne wyskrobin z kanału szyjki i jamy macicy, badanie histerograficzne lub histeroskopowe.

Leczenie:

Podstawową metodą leczenia raka trzonu macicy jest usunięcie chirurgiczne macicy z przydatkami, siecią oraz czasami węzłami chłonnymi. W zależności od stopnia zaawansowania nowotworu stosowane są też radioterapia, chemioterapia, hormonoterapia. O wyborze najlepszej metody leczenia decyduje lekarz onkolog.

*dr n. med. Kamila Czerw jest ordynatorem oddziału onkologii ginekologicznej, autorem kilku-nastu publikacji i doniesień zjazdowych

NA DNIĘ

Tak się wszystko pogmatwało, że jesteś na dzień.
Jeśli tak – to nie rozpaczaj, bo jeszcze masz mnie.
Jestem obok – wiem, że boli i że sił ci brak,
Ty uparcie widzisz pustkę – wyludniony świat.

Popatrz w koło – nie rozpaczaj – przecież tu ktoś jest,
Jeśli dobrze mu się przyjrzyysz – poznasz bratni gest.
Ja też śmiechem wołam ciebie, chcę przy tobie być.
Sprawić, byś odzyskał wiarę, że masz po co żyć.

Zrzuć więc z siebie czarną minę, nie poddawaj się !
Gdzieś życzliwość stoi obok, co wygna twój lęk.
Chociaż trochę przykurzona kłopotami dnia,
Jest na pewno – uwierz proszę ! Tak jak wierzę ja.

** Krystyna Wroniewicz - wiersz z tomiku „W ogrodzie smutku”*

Polubić pracę

Często słyszymy od pacjentów, jak można pracować w Szpitalu Onkologicznym, w którym codziennym widokiem są ciężko chorzy ludzie.

Na twarzach wielu z nich jest strach przed wizytą u lekarza czy przed otrzymaniem wyniku. Wielokrotnie też widzimy ból i cierpienie.

Częstym zjawiskiem są pacjenci przywożeni z innych Szpitali na konsultację. Ktoś, kto, na co dzień nie spotyka się z tymi widokami, wychodzi zazwyczaj przerażony. Wielokrotnie sami pacjenci wzajemnie napędzają sobie „stracha”. Nowotwór to choroba ciężka, ale im wcześniej jest wykryta i zdiagnozowana, tym pacjent ma większe szanse na jej wyleczenie.

Kiedy rano przychodzimy do pracy, zazwyczaj widzimy bardzo dużo osób oczekujących w kolejce do rejestracji. Są to pacjenci z całego województwa (a także innych regionów Polski), którzy aby się dostać do lekarza przemierzają dziesiątki i setki kilometrów.

Jest nam żal każdego z nich i każdemu chcielibyśmy pomóc, ale nie zawsze jesteśmy w stanie spełnić ich oczekiwania.

Limity, niestety ograniczają dostęp do lekarzy z Poradni Chorób Piersi lub Poradni Chirurgicznej. Jest jednak inne wyjście – wcześniejsza rejestracja telefoniczna, która pozwoli na wizytę u lekarza, nie w tym samym dniu, lecz

w następnym wolnym terminie.

Opolskie Centrum Onkologii jako jedyne w województwie zajmuje się leczeniem chorób nowotworowych. Ograniczona infrastruktura, ograniczona liczba specjalistów, a także ograniczone przez NFZ kontrakty, wzrastająca świadomość mieszkańców (także w znacznej mierze dzięki naszym działaniom), powodują, iż liczba oczekujących pomocy stale rośnie.

Czasami pacjenci odbierają nas – pracujący tu personel, jako ludzi, nie mających problemów ze zdrowiem. A przecież, my także zmagamy się z podobnymi problemami zdrowotnymi.

Pracownicy byli i są pacjentami naszego Szpitala, są także po ciężkich zabiegach, leczeniu chemioterapią i radioterapią.

Może jest nam łatwiej oswoić się z tymi problemami, bo znamy je na co dzień. Nie znaczy to jednak, że jesteśmy lepiej traktowani od innych przebywających tu pacjentów.

Pracując tu przez lata, widzimy w poradniach te same twarze, naszych starych pacjentów. Cieszymy się bardzo, kiedy na ich twarzach pojawia się uśmiech, kiedy informują nas, że czują się dobrze i mówią „oby tak dalej było”.

Bywa i tak, że jesteśmy poruszeni pogarszającym się stanem zdrowia pacjentów, chcielibyśmy im pomóc, starając się zmniejszać cierpienie.

Niejednokrotnie, wracając do domu myślimy o naszych chorych.

Cieszymy się słysząc od pacjentów, że chętnie przychodzą na badanie, że przychodząc tu nie odczuwają strachu przed chorobą, przychodzą po prostu „jak do siebie”.

Jako personel, oczekujemy również od pacjentów wyrozumiałości, zdając sobie sprawę, że czekając na poradę lekarską, muszą czasami spędzać tu długie godziny.

Prosimy również pamiętać, że wielokrotnie przyjmowani są poza kolejnością pacjenci słabi, czy po zabiegach operacyjnych. Tym osobom udzielana jest natychmiastowa pomoc i wtedy taki pacjent wymaga poświęcenia mu więcej czasu, co niekiedy wydłuża czas oczekujących w poczekalni na wizytę.

Niejednokrotnie, nam – personelowi „obrywa się” od niecierpliwych pacjentów, ale wliczone jest to w specyfikę pracy w Opolskim Centrum Onkologii.

Dlatego najważniejsza jest wzajemna wyrozumiałość i życzliwość.

*list ten przyniosła do redakcji jedna z pracownic Opolskiego Centrum Onkologii z prośbą o opublikowanie

Jedz 5 razy dziennie warzywa i owoce

Pomidor

Do Europy przywieźli go hiszpańscy lub portugalscy żeglarze podbijający Amerykę Środkową i Południową w XVI wieku. Jednakże walory smakowe docenione zostały dopiero w wieku XIX. Owocami są jagody o różnych kształtach i barwie czerwonej, malinowej, różowej, żółtej, a nawet białej. Ze względu na możliwość uprawy zarówno w gruncie jak pod osłonami, dostępny jest do spożycia przez cały rok. W Grecji spożywa się najwięcej pomidorów w Europie – ok. 130 kg/os/rok. Duże spożycie notuje się również we Włoszech i w Portugalii (ok. 55 – 60 kg/os/rok. W Polsce spożywamy średnio tylko 10 kg/os/rok.

Porady dla kupujących

Istnieją różne odmiany pomidorów: gruntowe, ogrodowe, mięszone, podłużne, miniaturowe. Zawsze należy wybierać jędrne, pachnące, o regularnym kształcie i żywym kolorze, z małą tzw. zieloną piętka koło zagłębienia kielichowego.

Porady dla konsumentów

Lekko zaczerwienione pomidory dojrzewają w temperaturze pokojowej, ale jeśli zostały zerwane zbyt wcześnie, to w środku pozostaną zielone. Dojrzałe pomidory można przechowywać w lodówce przez tydzień. Skórka łatwo da się zdjąć z pomidora, jeśli się go uprzednio sparzy wrzątkiem.

Do pomidorów bardzo pasuje świeża bazylia, czosnek i odrobina oliwy z pierwszego tłoczenia. Nie trzeba wtedy dodawać soli.

1 mały pomidor (100 g) zawiera:

energia	- 15 kcal,	tłuszcz	- 0,2 g
witamina C	- 23 mg,	potas	- 282 mg
błonnik	- 1,2 g		

Korzyści zdrowotne

Pomidory są niskokaloryczne, dlatego często wykorzystuje się je jako składnik diet odchudzających. W okresie letnim łatwo gaszą pragnienie. Zawierają potas przy małej zawartości sodu, co bardzo dobrze wpływa na utrzymanie prawidłowego ciśnienia krwi oraz pracę serca. Witamina C chroni organizm przed infekcjami, pomaga w gojeniu się ran, bierze udział w powstawaniu wielu ważnych substancji, uczestniczy w neutralizacji trucizn, jest niezbędna do prawidłowego przyswajania żelaza. B-karoten jest prekursorem witaminy A, która ma wpływ

na zdrowie oczu. Witamina E jest niezbędna do prawidłowej przemiany materii i pracy układu nerwowego. Przeciwdziała stanom zapalnym w organizmie. Najważniejszym składnikiem pomidorów jest likopen.

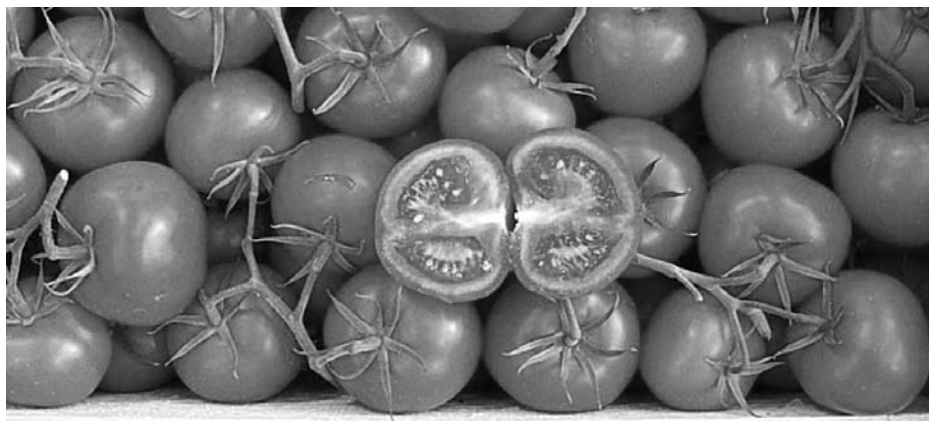
Likopen to węglowodór nienasycony, zaliczany do grupy karotenoidów, czerwony barwnik występujący w warzywach i owocach, który jest silnym antyoksydantem. Nie ulega rozkładowi podczas gotowania, a nawet, jest dużo lepiej przyswajalny przez organizm z przetworów pomidorowych (ketchup, zupa, sos, przecier). Jest rozpuszczalny w tłuszczach, lecz w celu lepszego wykorzystania tego składnika z pożywienia najlepiej jeść pomidory z odrobiną oliwy. Badania naukowe wskazują, że likopen chroni organizm przed szkodliwym działaniem wolnych rodników i w ten sposób nie dopuszcza do zmian chorobowych. Przeciwdziałając utlenianiu cholesterolu LDL, chroni również naczynia krwionośne przed miażdżycą i zapobiega w ten sposób rozwojowi chorób serca. Stwierdzono także, iż u osób spożywających duże ilości pomidorów odnotowano mniejsze ryzyko rozwoju niektórych nowotworów, a zwłaszcza raka gruczołu krokowego, żołądka, jelita grubego i dwunastnicy.

Sos pomidorowy po grecku:

kilogram pomidorów, 2 łyżeczki margaryny, cebula, marchew, gałązka selera naciowego, 2 łyżki koncentratu pomidorowego, sól i cukier do smaku, szczypta pieprzu.

Rozgrzać margarynę, wrzucić posiekaną cebulę, marchew i seler. Dusić 15 minut, dodać pomidory bez skórek i pestek, koncentrat i znów dusić, aż zgęstnieje. Doprawić solą, pieprzem i cukrem. Przetrzeć przez sito.*

* z poradnika Centrum Onkologii w Warszawie, (prof. Witold Zatoński, mgr inż. Kinga Janik)



Miejsce pracy bez papierosa w praktyce _____

Pracodawcy coraz częściej biorą pod uwagę wymierne korzyści z zatrudniania niepalących. Wielu szefów zrozumiało, że tacy pracownicy, z punktu widzenia interesów firmy, są bardziej wartościowi także dlatego, że – jak twierdzą niektórzy – osoby zdolne oprzeć się nałogowi, są jednostkami o silnej woli.

Na początku lat 90., kiedy w polskich zakładach zaczął pojawiać się kapitał i management zagraniczny, polscy pracownicy po raz pierwszy odczuli czym jest „miejsce pracy bez papierosa”. Gdy firma E. Wedel została kupiona przez Pepsi Co i starała się o certyfikat, w zakładzie wprowadzono nie tylko zakaz używania tytoniu, ale nawet posiadania otwartej paczki papierosów.

Są w Polsce przedsiębiorstwa, w których obowiązuje całkowity zakaz palenia i jest on rygorystycznie egzekwowany. Jedną z takich firm jest Nestle Pacific w Toruniu. Zakaz palenia wprowadzano tam etapami: najpierw wyznaczono miejsca dla palących, teraz papierosy można palić tylko przed zakładem – poza bramą. Jednak nawet w takim zakładzie, w którym pracownicy są niepalący lub zakazano im palenia w czasie pracy musi być palarnia. Trzeba ją utworzyć ze względu na osoby z zewnątrz (gości, interesantów, klientów).

Niektórzy pracodawcy walcząc z paleniem, zamiast kar za łamanie zakazu stosują nagrody: premiują osoby nie palące w pracy. Premię pieniężną za niepalenie wprowadziły na przykład: Śląska Kasa Chorych, Business Centre Club, wydawnictwo Prószyński i S-ka czy białostocka filia Herbapolu. W tym ostatnim zakładzie (być może właśnie dzięki wspomnianej motywacji finansowej) nie pali 98 % załogi, zmniejszyła się absencja chorobowa i wzrosła wydajność pracy. Jeśli pracownik zgłosi, że mimo deklaracji nie rzucił palenia, traci dodatek. Pracownicy wzajemnie kontrolują się w dotrzymywaniu deklaracji. Gdy ktoś zostanie przyłapany na paleniu, żąda się od niego zwrotu wszystkich pobranych premii. Istnieje też opinia prawna, że dodatki pieniężne za niepalenie powinny być uwzględniane w podstawie wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne.

Pracodawcy znajdują wiele rozwiązań problemu palenia tytoniu wśród swoich pracowników: organizują dla nich pełne leczenie z uzależnienia na koszt firmy. Chętnych jest wielu (wprawdzie takie leczenie w publicznych zakładach opieki zdrowotnej jest bezpłatne – art. 11 Ustawy, ale trzeba płacić za leki, a nie są one tanie). Należy także wspomnieć, iż zgodnie z wynikami badań 70 – 80 % palących deklaruje chęć uwolnienia się od nałogu.

* „Jak stworzyć miejsce bez papierosa”, z przewodnika Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie



relaks i zdrowie



SEKCJA ADMINISTRACYJNO - GOSPODARCZA

Sekcją kieruje Starszy Specjalista Sekcji Gospodarczej mgr Joanna Kowalczyk, a współtworzą ją pracownicy gospodarczy, panie sprząające oraz panie magazynierki. Wprawdzie Sekcja ta pozostaje w cieniu, jednakże bez jej działalności cały system Opolskiego Centrum Onkologii nie będzie odpowiednio funkcjonował. To właśnie ci ludzie dbają o estetykę otoczenia i terenów zielonych, stan sanitarny i estetyczny obiektów i pomieszczeń.

Sekcja realizuje również zadania związane z funkcjonowaniem Szpitala:

- analizuje potrzeby, ewidencję zużycie artykułów niezbędnych w działalności administracyjnej Centrum,
- zamawia usługi komunalne i nadzoruje ich realizację,
- nadzoruje składowanie i odbiór odpadów medycznych, a także prowadzi sprawozdawczość,
- zabezpiecza i gromadzeni sprzęt do kasacji i depozytu,
- zabezpiecza mienie Centrum przed kradzieżą i zniszczeniem.

Pracownikami Sekcji są:

Elżbieta Mnich i Bożena Kobyłkiwicz – magazynier

Jadwiga Przybyła, Helena Wowro, Teresa Trocha, Grażyna Nowak, Krystyna Buraczyńska, Anna Zawadzka – sprzątaczk

Jan Piątek, Wojciech Kutarba, Piotr Zawadzki, Sławomir Kaczmarzyk – pracownicy gospodarczy

Pracownicy, choć są mało zauważalni, to efekty ich pracy są widoczne na każdym kroku. Nie sposób przecież funkcjonować bez osób, które dbają o czystość pomieszczeń, zagospodarowują odpady z działalności medycznej i nie medycznej, a także zajmują się logistyką towarów i leków na oddziały i do pozostałych komórek organizacyjnych. Zawsze też służą pomocą gdy istnieje potrzeba drobnych napraw lub innych czynności gospodarczych.

W następnym numerze: m. in. opieka paliatywna, dekalog ...

„Biuletyn informacyjny OCO”

Wydawnictwo Opolskiego Centrum Onkologii
www.onkologia.opole.pl

Redaktor Naczelny Wiesław Krzysztof Duda

Sekretarz redakcji Mariola Sobecka

Adres Redakcji

ul. Katowicka 66a, 45 – 060 Opole

tel. 077 441 60 01

fax 077 441 60 03

Współpraca:

M. Białas, K. Wróblewska, A. Łabińska

Zdjęcia: W. Duda, Michalina Sobecka - debiut

Skład komputerowy i druk

EUROCENT - 45-372 Opole, ul. Kośnego 70

tel. 077 44 10 777, biuro@eurocent.opole.pl

Sekretariat Centrum: 0-77 441 6001 - fax 0-77 441 6003

Rejestracja Przychodni: 0-77 441 6007, 0-77 4416008

Izba Przyjęć: 0-77 441 6010

Rejestracja Pracowni Diagnostyki Obrazowej:

0-77 441 6039

Sekretariaty:

Zakładu Radioterapii: 0-77 441 6050

Oddziału Chirurgii Onkologicznej: 0-77 441 6073

Oddziału Onkologii Klinicznej: 0-77 441 6090

Oddziału Onkologii Ginekologicznej: 0-77 441 6087

Oddziału Radioterapii: 0-77 441 6126 do 27