Drodzy Czytelnicy,

Mam nadzieję, że tegoroczne lato było dla Was łaskawe i mieliście okazję wypocząć na łonie natury, wśród najbliższych i przyjaciół. Wielkimi krokami zbliża się jesień, która też może być piękna, ale wiele zależy od nas samych, od dbałości o nasze zdrowie – o kondycję fizyczną i zdrowie psychiczne, wykonywanie regularnych badań profilaktycznych, dietę i dobre relacje z otoczeniem. Ten ostatni aspekt jest bardzo ważny, a często lekceważony. Siłę rodzinnego wsparcia i przyjaźni poznajemy głównie wtedy, kiedy dopada nas choroba, cierpienie i lęk. Warto zadbać o te relacje zanim zweryfikuje je los…

W najnowszym wydaniu naszego magazynu znajdziecie wiele pouczających artykułów i wywiadów, dzięki którym łatwiej Wam będzie rozpoznać własne problemy zdrowotne i w porę udać się do lekarza. Zachęcam szczególnie do lektury rozmowy ze światowej sławy okulistą prof. Jerzym Szaflikiem, który gościł w naszej firmie, prowadząc cykl wykładów na temat rozpoznawania i leczenia chorób oczu. Z pewnością warto zapoznać się też z artykułem dr Marcina Mazura, który przybliża - wydawałoby się banalny - ale niezwykle dokuczliwy problem – kataru. Jesienne słoty na pewno nam go nie odpuszczą. Bardzo poruszające są w każdym wydaniu „Zdrowia w Centrum" Wasze historie. Opowiedziana przez rodziców historia małego Krzysia z Siedlec dowodzi ich ogromnej miłości, ale też siły w walce z chorobą jedynego dziecka, które potrzebuje wsparcia nas wszystkich. Nie bądźmy obojętni na ten krzyk...

lek. Paweł Żuk
Prezes Zarządu
Centrum Medyczno-Diagnostycznego Sp. z o.o.
w Siedlcach

Zdrowie w CENTRUM

nr 3(21)/2017

2 ..... Leczenie depresji
6 ..... Pielęgnacja stomii
10 ..... Pomóżmy Krzysiowi z Siedlec
14 ..... Prawa pacjenta z chorobą psychiczną
18 ..... Rozrywka dla dzieci
22 ..... Senior u dentysty
26 .. Prezentacja DDOM w Mińsku Mazowieckim
30 ..... Cudze chwalicie, swego nie znacie
34 ..... Galeria

Co nowego w Centrum 4
Rozmowa z prof. Jerzym Szaflikiem 8
Przemoc wobec dzieci 12
Co nowego w Centrum 16
Jesienne infekcje 20
Raport NIK o badaniach laboratoryjnych 24
Niewydolność żylna 28
Kuchnia pachnąca jesienią 32
Rozrywka z poczekalni 35

Wydawca:
Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 08-110 Siedlce

Redaktor prowadzący: Monika Mikołajczuk
Współpraca redakcyjna: Monika Jastrzębska
Konsultacja medyczna: lek. Olga Wysokińska

Opracowanie graficzne, skład i druk:
FOLDRUK Media
www.foldruk.media.pl

Kontakt dla reklamodawców: redakcja@centrum.med.pl • 25 644 07 40

nakład: 10.000 egzemplarzy

Leczenie depresji

Najwięcej problemów w leczeniu depresji przysparza fakt, że leki w schorzeniach psychicznych nie działają natychmiast po podaniu. Na wymierny efekt trzeba czekać od kilku dni do nawet sześciu tygodni, w zależności do nasilenia objawów chorobowych. W tym czasie pacjent narażony jest na działanie skutków ubocznych, które są najsilniej odczuwane na początku terapii i ustępują dopiero po pewnym czasie, a zdarza się, że utrzymują się dłużej, co jest argumentem do zmiany leku na inny.

Po raz pierwszy termin **„depresja”** został użyty przez francuskiego psychiatrę Baillargera w 1854 r. i oznaczał **„obniżenie poziomu emocji”**. Wcześniej zaburzenie to było lekceważone i tłumaczone zupełnie odmiennymi czynnikami. Przez długi czas objawy depresji uważano za rodzaj opętania i karę za grzechy, na szczęście te czasy mamy już za sobą. W dzisiejszym potocznym języku „depresja” oznacza obniżenie nastroju, przygnębienie i spadek energii. Lekarze mianem tym określają **zespół objawów depresyjnych,** wśród których kluczowym jest **długotrwale utrzymujące się przygnębienie,** ale często obserwowane objawy to również:

- **Smutek i żal spowodowany poczuciem bezsensu**
- **Uczucie ciągłego zmęczenia i związana z tym niemożność podjęcia najprostszych działań**
- **Zerwanie wszystkich kontaktów, nawet z najbliższymi**
- **Brak chęci do sprawiania sobie przyjemności**
- **Drażliwość, gniew, frustracja**
- **Brak koncentracji, pogorszenie pamięci i funkcji poznawczych**
- **Poczucie winy**
- **Nieuzasadnione bóle, wypadanie włosów, szarzenie skóry**
- **Zaburzenia snu**
- **Zmniejszenie lub utrata apetytu**
- **U kobiet zaburzenia cyklu miesiączkowego**
- **Spadek libido**

Współwystępowanie wyżej wymienionych objawów w określonym nasileniu i odpowiednio długim okresie czasu pozwala na zdiagnozowanie zespołu depresyjnego. O skali zjawiska zwanego depresją może świadczyć fakt, iż Światowa Organizacja Zdrowia uznała ją za wiodącą przyczynę niesprawności i niezdolności do pracy na świecie oraz najczęściej występującym zaburzeniem psychicznym. Choruje na nią w ciągu całego życia kilkanaście procent populacji osób dorosłych, wśród których dwa razy częściej zapadają kobiety. Osobnym zjawiskiem nie umieszczonym w statystykach jest coraz częściej występująca depresja u dzieci. Co dziesiąty pacjent zgłaszający się do lekarza pierwszego kontaktu z powodu innych dolegliwości ma pełnoobjawową depresję, a drugie tyle osób cierpi z powodu pojedynczych objawów depresyjnych. Niestety, ponad połowa tych przypadków pozostaje nierozpoznana, a wśród pacjentów ze zdiagnozowaną depresją jedynie połowa jest poddawana adekwatnemu leczeniu. Depresja to choroba, którą można i należy leczyć, zwłaszcza że jej objawy mają najczęściej charakter nawracający lub przewlekły. Z tego również względu ważną kwestią jest znajomość objawów, natury i podstaw leczenia.

Przyczyny

Obecnie uważa się, że nie ma pojedynczego czynnika odpowiedzialnego za powstanie depresji i chorób psychicznych, ale że choroba ta uwarunkowana jest różnymi czynnikami, które działają równocześnie. Najczęściej wykorzystywany **model biopsychospołeczny** jako przyczyny depresji uwzględnia kilka czynników:

Czynniki biologiczne,

do których zaliczamy czynniki genetyczne, zmiany poziomu neuroprzekaźników (serotonina, noradrenalina, dopamina) w mózgu, stan zdrowia somatycznego, choroby przewlekłe, uzależnienia,

Czynniki psychologiczne,

np. stresujące wydarzenia życiowe i sposoby radzenia sobie z nimi, relacje małżeńskie, rodzinne i relacje z innymi osobami,

Czynniki społeczne i kulturowe,

np. sieć wsparcia społecznego, poczucie samotności, sytuacja zawodowa, szkolna, materialna.

Często zdarza się, że wyżej wymienione czynniki występują równocześnie, a pierwsze objawy depresji są efektem współdziałania kilku czynników należących do różnych kategorii.

Leczenie

Leczenie depresji ma na celu zlikwidowanie objawów i przywrócenie funkcjonowania na poziomie sprzed choroby oraz zapobieganie nawrotom. Depresja jest chorobą, która bardzo niechętnie poddaje się leczeniu, gdyż praktycznie nie ma leków, które powodowałyby szybkie zniesienie jej objawów. Pierwsze leki przeciwdepresyjne zostały odkryte w latach 50. XX wieku, zaliczane są do grupy trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych, niektóre z nich są stosowane nadal, ale w znacznie mniejszym stopniu niż na początku swojej kariery ze względu na wiele działań niepożądanych, które wywołują, a co się z tym wiąże licznych przeciwwskazań do ich stosowania. Wielką karierę w leczeniu depresji zrobiły swoiste inhibitory wychwytu serotoniny tzw. SSRI, których przedstawicielem był Prozac – legendarny lek przeciwdepresyjny, efekty jego stosowania były bardzo dobre. Leki z grupy SSRI mają mało działań niepożądanych, mniejszą ilość przeciwwskazań i często dobrą tolerancję. Siła ich działania leczniczego jest zasadniczo mniejsza od pierwszych leków trójcyklicznych, choć zdarza się, że są skuteczne i w ciężkich depresjach. Współczesnym przedstawicielem tej grupy jest fluoksetyna, paroxetyna, wenlafaksyna.
Chociaż współczesna medycyna dysponuje coraz szerszą gamą leków przeciwdepresyjnych, dobór właściwego preparatu nie jest sprawą łatwą i oczywistą i w wielu przypadkach polega na zmianie preparatu lub łączeniu kilku leków w terapii. Najwięcej problemów przysparza fakt, że leki w schorzeniach psychicznych nie działają natychmiast po podaniu. Na wymierny efekt ich działania trzeba czekać od kilku dni do nawet sześciu tygodni, w zależności od nasilenia objawów chorobowych. W tym czasie pacjent narażony jest na działanie skutków ubocznych podawanych leków, które są najsilniej odczuwane na początku terapii i ustępują dopiero po pewnym czasie, a zdarza się, że utrzymują się dłużej, co jest argumentem do zmiany leku na inny. Gdy leki przeciwdepresyjne nie działają, można zdecydować się na uzupełniające leczenie litem, który wzmacnia działanie leków przeciwdepresyjnych. W przypadku gdy skojarzone działanie leków trójcyklicznych i litu nie daje oczekiwanych efektów leczenia, lekarze sięgają po inhibitory MAO (monoaminooksydazy), leki z tej grupy hamują w mózgu rozkład substancji ważnych dla równowagi chemicznej ośrodkowego układu nerwowego. Inhibitory MAO mogą mieć nieprzyjemne skutki uboczne i powodować niebezpieczny wzrost ciśnienia krwi, dlatego nie mogą być stosowane u osób z przewlekłymi chorobami towarzyszącymi, a często podczas ich stosowania zalecana jest specjalna dieta, ponieważ wchodzą w liczne interakcje z pokarmami.

Fakty i mity

Wszystkie te czynniki mogą sprawić, że konieczne będzie wypróbowanie kilku środków, zanim znajdzie się ten właściwy. Zmiana preparatu jest konieczna w razie wystąpienia takich działań niepożądanych, jak: senność, otępienie, obniżenie ciśnienia krwi, suchość w ustach, potliwość, zwiększenie masy ciała, zaburzenia widzenia, nudności, zaparcia, zawroty głowy, odrętwienie emocjonalne, utrata popędu płciowego i bóle głowy. W obliczu tak licznych działań niepożądanych najnowsze leki przeciwdepresyjne zmierzają do ograniczenia skutków ubocznych i wzmacniania siły działania. Pomimo wielu obiektywnych trudności w początkach leczenia, prawidłowo prowadzona farmakoterapia daje zadowalającą poprawę u ok. 70% pacjentów już po pierwszej kuracji. Częstym argumentem powstrzymującym chorego przed podjęciem leczenia depresji jest przekonanie o uzależniającym działaniu leków przeciwdepresyjnych. Jest to błędne myślenie, ponieważ leki te nie uzależniają i nie wymagają stałego zwiększania dawek ani nie wywołują euforii, jednak nagłe odstawienie leku lub pominięcie zaleconej dziennej dawki może spowodować wystąpienie tzw. zespołu odstawienia po lekach przeciwdepresyjnych. Efekt ten nie ma nic wspólnego z uzależnieniem, chociaż dla osób postronnych lub nie zorientowanych może budzić skojarzenie z uzależnieniem od leków. Leczenie depresji to proces długotrwały, który wymaga przyjmowania leków przez minimum pół roku do dwóch lat a w niektórych przypadkach leczenie jest wieloletnie lub powtarzane. Również proces odstawiania leków przeciwdepresyjnych wymaga stopniowego i kontrolowanego zmniejszania dawek w celu uniknięcia zespołu odstawienia.

Interakcje

Żadnych leków przeciwdepresyjnych nie należy stosować z alkoholem. Leki tego rodzaju mogą wzmacniać negatywny wpływ alkoholu na ośrodkowy układ nerwowy. Tymczasem sam alkohol może osłabiać działanie leków przeciwdepresyjnych lub nasilać ich działania niepożądane oraz wpływać niekorzystnie na przebieg i leczenie depresji.

Wskazania do przyjmowania leków przeciwdepresyjnych w ostatnich kilkunastu latach wyraźnie zwiększyły się. Dotyczy to zarówno liczby stanów chorobowych, w których leczeniu okazały się przydatne, jak i czasu ich podawania, który nierzadko jest wieloletni, a nawet leczenie prowadzone jest nieustannie. Świadczy to nie tylko o zwiększonej liczbie zachorowań na depresję, ale również o wzroście świadomości społeczeństwa i zrozumieniu, że depresja nie jest chorobą piętnującą, wstydliwą a tym bardziej nieuleczalną.

Jolanta Pankowska-Kowalczyk
mgr farmacji

CENTRUM®
Medyczno-Diagnostyczne

Co nowego w Centrum?

Wykonaj bezpłatnie TOMOGRAFIĘ NISKODAWKOWĄ PŁUC

Przychodnie Centrum już po raz kolejny we współpracy z Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie **zachęcają Państwa do wykonywania tomografii niskodawkowej płuc w ramach Programu Wczesnego Wykrywana Raka Płuc.**

Badania TK są wykonywane w **Przychodni Zdrowia Dąbrówka - Mińsk Mazowiecki, ul. Dąbrówki 52, tel. 25 633 35 55** w okresie **od 17 lipca do 18 grudnia 2017 roku.**

Program dedykowany jest pacjentom w wieku 50-70 lat, zamieszkującym na terenie:

- **Miasta Siedlce,**
- **powiatu garwolińskiego,**
- **powiatu węgrowskiego,**
- **powiatu wołomińskiego,**
- **powiatu łosickiego.**

Warunek – **palenie papierosów minimum 1 paczka dziennie przez okres 20 lat.** Pacjent na tomografię niskodawkową płuc kierowany jest przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę.

Wszystkie osoby chętne zapraszamy do kontaktu. Po wcześniejszym uzgodnieniu organizujemy dowóz na badanie. Pracownicy rejestracji przychodni udzielą szczegółowych informacji.

Więcej na **www.centrum.med.pl**

KOLONOSKOPIA

Bezpłatne badanie KOLONOSKOPII są wykonywane w Przychodni Centrum w ramach Programu Badań Przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego.

Warunki kwalifikacji do badania:

- **wszystkie osoby w wieku 50–65 lat bez objawów,** takich jak krwawienie z przewodu pokarmowego, biegunka lub zaparcie które pojawiło się w ciągu ostatnich kilku miesięcy, a którego przyczyna nie jest znana, a także chudnięcie lub anemia bez znanej przyczyny,
- **osoby w wieku 40-49 lat** bez objawów raka jelita grubego, które miały w **rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia** (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego.
- **osoby w wieku 25-49 lat,** z rodzin, w których wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością **(HNPCC)**. W tej grupie osób konieczne jest potwierdzenie rozpoznania z poradni genetycznej

Do badania **nie kwalifikują się** osoby, które miały wykonaną **kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat.**

Należy wypełnić **ankietę** (będącą jednocześnie skierowaniem).

Ankieta może być wypełniona samodzielnie lub przez lekarza każdej specjalności - do pobrania **w rejestracji przychodni lub gabinecie lekarskim.**

W trakcie zapisu na badanie otrzymacie Państwo niezbędne informacje dotyczące przygotowania do badania oraz jego przebiegu.

Miejsce wykonania badania w Pracowniach endoskopii:

- **Przychodnia Zdrowia nr 1 w Siedlcach,** ul. Ks. Niedziałka 14
- **Przychodnia Zdrowia „Dąbrówka" w Mińsku Mazowieckim,** ul. Dąbrówki 52

Zapisy osobiście w rejestracji lub telefonicznie – 25 633 35 55

www.volkswagen.pl

Arteon.

Czeka Cię milion pierwszych wrażeń.

Już jest! Najnowszy model Volkswagena to elegancka limuzyna, łącząca wyrafinowany design z niespotykaną praktycznością.

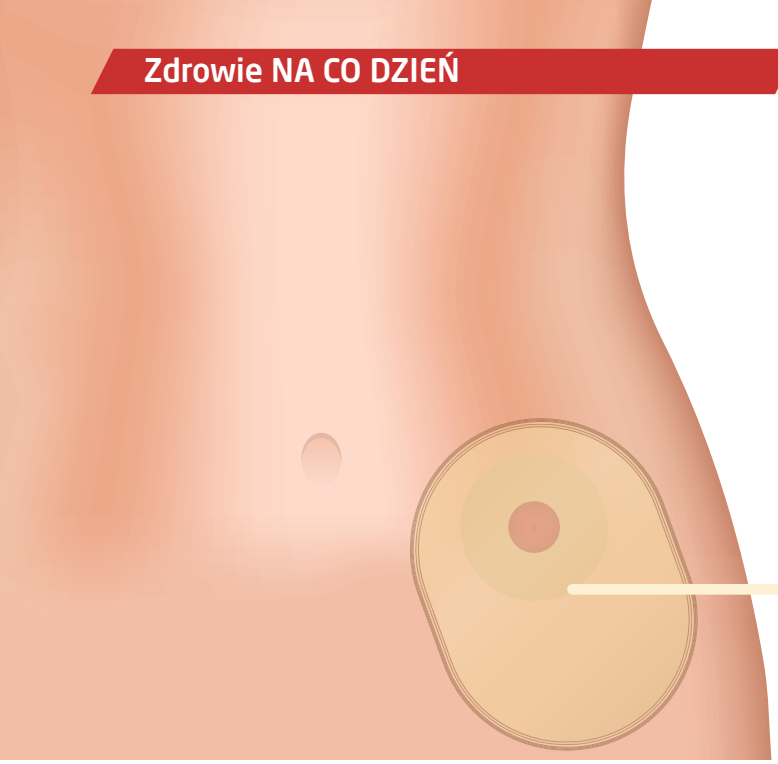
Przyjdź do salonu i poznaj wszystkie oblicza Arteona.

Autoryzowany Dealer **Carsed**

Siedlce, ul. Brzeska 181a, tel. (25) 644 44 00, salon.vw@carsed.pl

Volkswagen

W zależności od wariantu i wersji zużycie paliwa w cyklu łączonym od 4,4 do 7,3 l/100 km, emisja CO_2 od 111 do 164 g/km (dane na podstawie świadectw homologacji typu). Informacje dotyczące odzysku i recyklingu pojazdów wycofanych z eksploatacji na stronach: http://www.vw-group.pl/grupa-vgp/ekologia/recykling-pojazdow/.



Opieka nad osobą ze stomią

część I

RODZAJE POWIKŁAŃ I ZAPOBIEGANIE ICH POWSTAWANIU

STOMIA

w języku greckim oznacza otwór, a także przetokę. Jest operacyjnie wytworzonym połączeniem światła jelita ze skórą. Nazywana jest również przetoką kałową, jelitową oraz „sztucznym odbytem". Wykonuje się ją najczęściej w przypadku nowotworu jelita grubego, przewlekłych schorzeiach jelita grubego np. wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, w przypadku polipowatości rodzinnej jelita grubego lub w następstwie urazów. Może być wyłoniona na pewien czas lub na stałe. Stomia to nie choroba, ale zmiana w anatomii ciała. Człowiek ze stomią może przystosować się do życia, jednak potrzeba do tego czasu, informacji oraz wsparcia. Ważnym elementem opieki jest przygotowanie chorego do uzyskania całkowitej niezależności oraz samodzielności w sprawowaniu samoopieki i pełnej integracji społecznej.

Wytworzenie stomii może prowadzić do wystąpienia powikłań, które należy jak najszybciej rozpoznać i leczyć. Powikłania można podzielić na **wczesne** i **późne,** w tym **dermatologiczne** i **ogólne**.

Powikłania wczesne:

- **obrzęk** stomii, który jest najczęstszym objawem występującym po operacji, zazwyczaj mija w krótkim czasie od zabiegu,
- **niedokrwienie** lub **martwica** stomii jest rzadkim, ale niebezpiecznym powikłaniem, wymaga najczęściej szybkiej interwencji chirurga,
- **krwawienie** ze światła jelita wymaga konsultacji z lekarzem, zaś lekkie krwawienie z błony śluzowej stomii występuje często i ustępuje po pokryciu powierzchni błony śluzowej wazeliną.

Powikłania późne:

- **przepuklina okołostomijna,** która występuje dość często,
- **zwężenie** lub **niedrożność** stomii spowodowane jest przedłużającymi się stanami zapalnymi lub zakażeniami stomii prowadzącymi do nadmiernego bliznowacenia,
- **wciągnięcie** stomii (stomia wklęsła) wymaga stosowania specjalnego sprzętu stomijnego, przyczyną może być szybki przyrost masy ciała pacjenta lub niedokrwienie stomii,
- **wypadanie** stomii powstaje najczęściej w wyniku przewlekłych zaparć lub znacznej nadwagi pacjenta, niekiedy wymaga interwencji chirurgicznej.

Powikłania dermatologiczne:

- **zapalenie skóry** otaczającej stomię spowodowane treścią jelitową lub uczuleniem (odparzenia, alergia kontaktowa na płytkę, odczyn na treść jelitową, uszkodzenia mechaniczne, otarcia, maceracja skóry, rumień przechodzący w ranę),
- **zakażenie skóry** wokół stomii (grzybicze, drożdżakowe, bakteryjne).

Mogą również wystąpić **powikłania ogólne,** takie jak:

- **zaburzenia wodno-elektrolitowe**,
- **zaburzenia seksualne** oraz **emocjonalne**.

Powstawaniu powikłań okołostomijnych można zapobiegać poprzez prawidłowe postępowanie pielęgnacyjne wokół wyłonionej stomii, uwzględniając:

- dokładne osuszanie skóry przed założeniem przylepca,
- właściwą technikę usuwania przylepca niedopuszczającą do otarcia skóry wokół stomii,
- niedopuszczenie do zbyt energicznego oczyszczania skóry,
- używanie środka ochronnego „drugiej skóry" zmniejszającego ryzyko otarcia,
- niedopuszczenie do uszkodzenia skóry poprzez wyciek treści jelitowej lub zastosowanie drażniącego środka do pielęgnacji,
- niedopuszczenie do zbyt mocnego przylegania przylepca do skóry,
- dbanie, aby otwór w płytce nie był za duży ani za mały,
- dbanie o higienę skóry wokół stomii,
- ćwiczenia fizyczne wzmacniające pas brzuszno-grzbietowy.

Aneta Dmowska-Pycka
mgr pielęgniarstwa
Wicedyrektor
Centrum Kształcenia Zawodowego
i Ustawicznego w Siedlcach

CENTRUM KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO I USTAWICZNEGO W SIEDLCACH

"MEDYK"

Medyczna Szkoła Policealna im. prof. Zbigniewa Religi
Medyczna Szkoła Policealna dla Dorosłych im. prof. Zbigniewa Religi
Centrum Kształcenia Ustawicznego

ul. Młynarska 17, 08-110 Siedlce | tel. 25 644 78 17 | sekretariat@ckziu.siedlce.pl
www.ckziu.siedlce.pl

SZKOŁA PUBLICZNA • BEZPŁATNA • 50 LAT TRADYCJI

Zapewniamy praktyki zawodowe. Matura nie jest wymagana.
Kształcenie w systemie dziennym • wieczorowym • zaocznym

- ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
- HIGIENISTKA STOMATOLOGICZNA
- ASYSTENTKA STOMATOLOGICZNA
- OPIEKUNKA DZIECIĘCA
- OPIEKUN MEDYCZNY
- OPIEKUN OSOBY STARSZEJ
- OPIEKUN W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ
- OPIEKUNKA ŚRODOWISKOWA
- TECHNIK MASAŻYSTA
- TECHNIK STERYLIZACJI MEDYCZNEJ
- TECHNIK USŁUG KOSMETYCZNYCH
- ORTOPTYSTKA – nowość!!!
- TERAPEUTA ZAJĘCIOWY – nowość!!!
- PROTETYK SŁUCHU – nowość!!!
- TECHNIK BHP – nowość!!!
- TECHNIK ELEKTRORADIOLOG – nowość!!!

BEZPŁATNE KWALIFIKACYJNE KURSY ZAWODOWE

- OPIEKUN MEDYCZNY
- KOSMETYCZKA
  (bez wykształcenia średniego)
- ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
- OPIEKUNKA ŚRODOWISKOWA
  (po szkole średniej)

Centrum Kształcenia Ustawicznego oferuje:

KURSY Z ZAKRESU USŁUG MEDYCZNYCH
KURSY Z ZAKRESU EDUKACJI I ROZWOJU OSOBISTEGO
KURSY Z ZAKRESU MASAŻU
KURSY KOSMETYCZNE
KURSY JĘZYKOWE

Szczegóły pod nr tel. 25 644 78 17 wew. 21 lub 798 770 017
www.ckziu.siedlce.pl

Gdzie wzrok nie sięga

Rozmowa z Prof. Jerzym Szaflikiem,
właścicielem Centrum Mikrochirurgii Oka Laser w Warszawie,
do niedawna **kierownikiem** Katedry i Kliniki Okulistyki WUM,
a także **dyrektorem** Samodzielnego Publicznego Klinicznego
Szpitala Okulistycznego w Warszawie,
światowej sławy mikrochirurgiem oka.

Panie Profesorze, co Pana skłoniło do podjęcia studiów medycznych i wyboru okulistyki jako specjalizacji?
Jeśli chodzi o studia medyczne, to praktycznie nie miałem wyboru, bo w mojej rodzinie było bardzo wielu lekarzy (śmiech). Kiedy ostatnio robiłem takie podsumowanie, to wynalazłem 16 medyków wśród moich bliskich krewnych. Ale nie tylko z tego powodu, oczywiście, wybrałem medycynę. Zainteresowanie zagadnieniami przyrody były mi bliskie od dzieciństwa. Wychowałem się w małej miejscowości Kamyk w powiecie częstochowskim, na co dzień żyłem w otoczeniu natury i z entuzjazmem odkrywałem jej tajemnice. Ta ciekawość świata zaprowadziła mnie tam, gdzie obecnie się znajduję. Jeśli chodzi o specjalizację, to na początku okulistyka w ogóle mnie nie obchodziła, natomiast żywo byłem zainteresowany neurochirurgią. Na śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, której byłem absolwentem, neurochirurgia dopiero raczkowała, ale by ją studiować, najpierw trzeba było zrobić specjalizację z neurologii. To niebywale atrakcyjna specjalizacja, ale był jeden problem. Na efekty leczenia w neurologii trzeba długo czekać. To było dla mnie trudne do zaakceptowania i wróciłem do okulistyki, która daje szybsze i jednoznaczne wyniki. Nigdy nie żałowałem tej decyzji.

Pański syn również jest wybitnym okulistą?
Tak. Jacek zapatrzył się w rodziców (moja żona Hanna jest hepatologiem) i poszedł w moje ślady. Dziś jest profesorem medycyny, specjalizującym się w chirurgii przedniego odcinka oka i przeszczepach rogówki.

Pan był dla syna największym mistrzem, a pod okiem jakich mistrzów Pan zdobywał lekarskie szlify i który z nich miał największy wpływ na Pana późniejsze zawodowe wybory?
Miałem kilku wspaniałych nauczycieli, którzy przeprowadzili mnie przez meandry okulistyki i zaszczepili we mnie misję służenia pacjentowi. Pierwszym z nich był prof. Marian Mądroszkiewicz, kierownik Kliniki Okulistyki w Katowicach, niezwykle życzliwy i otwarty lekarz, który chciał uczyć i pomagać młodym adeptom medycyny, by sięgali coraz wyżej. Przy nim jako lekarz czułem się bezpiecznie. To była wielka postać, która miała wpływ na całe moje życie. Niedługo później miałem okazję współpracować z wybitnym rosyjskim mikrochirurgiem prof. Światosławem Fiodorowem z Moskwy, w którego instytucie przez pół roku praktykowałem. Polskie Ministerstwo Zdrowia podpisało umowę o współpracy z Federacją Rosyjską, na mocy której dwóch okulistów z Polski otrzymało stypendium naukowe. Dziś można by je porównać do bardzo prestiżowego stypendium amerykańskiego. Miałem szczęście skorzystać z tego stypendium i w ten sposób znalazłem się na pół roku w Moskwie w Instytucie Fiodorowa. Na tamte czasy, a były to lata 70., była to niebywale nowoczesna i bogata materialnie oraz intelektualnie instytucja. Prof. Fiodorow wprowadzał pierwsze soczewki – nazywały się „Sputnik". Amerykanie bardzo chętnie je kupowali, byli bardzo zainteresowani ich wszczepianiem. Potem sami zaczęli robić rzeczy nowsze i lepsze. Dzięki prof. Fiodorowi zostałem jednym z pierwszych mikrochirurgów w Polsce.

Pamięta Pan swoją pierwszą operację?
Tak, pamiętam bardzo dobrze. Tak naprawdę nie bardzo jest się czym chwalić. Dyżurowałem wówczas jako młody lekarz i od czasu do czasu miałem do czynienia z różnymi urazami oka. Tamtej nocy przywieźli górnika z raną powieki górnej i dolnej oraz uszkodzeniami gałki ocznej. Jego przypadek był wyzwaniem dla bardzo dobrego chirurga, a co dopiero dla początkującego! Nie będę opowiadał o merytorycznych szczegółach tej operacji, w każdym razie okazało się, że w trakcie tego zabiegu popełniłem kilka błędów, które musiałem szybko naprawić. W sumie skończyło się dobrze, powieki pacjenta się domykały i wrócił do pełni zdrowia.

Ile operacji oka Pan wykonał od tamtego czasu?
Myślę, że grubo ponad 30 tysięcy…

Panie profesorze, jak zmieniła się okulistyka na przestrzeni ostatnich lat (w porównaniu z okresem, kiedy opuszczał Pan mury uczelni)?
To jest rzecz wyjątkowa. Podczas całej mojej zawodowej kariery miałem szczęście przeżywać zupełnie nową jakość w okulistyce – od makrochirurgii, kiedy operowało się na stojąco, przy użyciu własnych oczu lub lupek po precyzyjne mikroskopowe metody mikrochirurgiczne. Kiedyś oczy szyło się grubymi nićmi, pacjent znieczulany był ogólnie, potem musiał kilka dni leżeć bez ruchu. Teraz szwy trudno bez soczewki powiększającej zobaczyć, nie ma konieczności szycia przy wielu zabiegach okulistycznych. Po operacji pacjent tego samego dnia opuszcza szpital. Nastąpił ogromny postęp w technikach mikrochirurgicznych. Mamy coraz lepsze implanty wewnątrzgałkowe, soczewki korygujące astygmatyzm czy soczewki wieloogniskowe, wszczepiane przy okazji operacji zaćmy. Przykładem coraz bardziej nowoczesnej techniki w trakcie operacji zaćmy jest laser femtosekundowy, dzięki któremu operacje zaćmy są coraz bezpieczniejsze, a pacjent nie wymaga kilkudniowej rekonwalescencji.

Jak pańskie dokonania wpłynęły na dostępność pacjentów do tego typu zabiegów?
Operacja zaćmy przy użyciu lasera femtosekundowego jest najbardziej efektywna, ale też bardzo droga. Zapewne w kraju, w którym na ochronę zdrowia przeznacza się najmniej pieniędzy w Unii Europejskiej, nie będzie długo dostępna dla przeciętnego zjadacza chleba.

W 1995 r. zainicjował Pan budowę Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego w Warszawie, którym Pan do niedawna kierował. Jak z perspektywy czasu ocenia Pan wkład tej instytucji w rozwój polskiej okulistyki?
W 1990 roku przeszedłem z Katowic do Warszawy i w wyniku konkursu zostałem kierownikiem Kliniki Okulistyki II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej. Z bardzo dobrych warunków trafiłem do bardzo kiepskich… Marzyłem o tym, by wrócić na Śląsk, ale zostałem tu do dzisiaj (śmiech). Dzięki pomocy wielu osób powstał Szpital Okulistyczny na miarę czasów. Myślę, że wniósł on bardzo wiele dobrego w rozwój współczesnej okulistyki i poprawił sytuację tysięcy pacjentów. Operujemy nowocześnie i ciągle się rozwijamy, prowadząc badania kliniczne. Stworzyłem zespół fachowców i mam godnych następców. Niestety, szpital robi się za mały, myślimy więc o jego przebudowie.

W tym samym roku rozpoczął działalność Bank Tkanek Oka w Warszawie, który powołał Pan do życia dwa lata wcześniej. Jak wygląda dzisiaj działalność tej instytucji? Czy spełniła pokładane w niej nadzieje?
Będąc w Szpitalu Johns Hopkins w Baltimore zapoznałem się z organizacją transplantacji rogówki w USA i zdałem sobie sprawę, że jest niezbędne bankowanie tkanek oka w takiej aglomeracji jak Warszawa (bank tkanek oka ma co drugi szpital w USA). I udało się go stworzyć przy pomocy Ministerstwa Zdrowia i banku tkanek w Baltimore. Niestety, nie jestem do końca usatysfakcjonowany jego działalnością. Bank działa wzorcowo w sensie możliwości, ale organizacyjnie jest dużo do zrobienia w kwestii transplantologii rogówki, ale to już od nas nie zależy. Wciąż istnieje niezrozumiały społeczny opór przed tego rodzaju przeszczepami. Ludzie umierają i będą umierać – do 24 godzin po śmierci można pobrać rogówkę do przeszczepu, który uratuje komuś wzrok. Nie ma tutaj obciążeń jak w przypadku innych narządów. Dziś pobiera się fragment rogówki a nie całe oko. Uważam, że każdy przypadek urazu, który kończy się śmiercią, powinien służyć wykorzystaniu rogówki dla ratowania oczu żyjących.

To generalnie problem całej transplantologii w Polsce…
Tak, dlatego trzeba robić wszystko, by to zmienić. Rzetelnie edukować i wyjaśniać, prowadzić kampanie społeczne i medialne, włączając w to różne instytucje.

Pana dziełem jest również powołanie międzynarodowego zespołu badaczy zajmującego się problemami genetyki okulistycznej. Proszę przybliżyć naszym Czytelnikom misję tego zespołu?
Genetyka jest niewątpliwie jedną z bardzo obiecujących dziedzin medycyny. Od lat współpracuję w wieloma ośrodkami w Europie i na świecie, zajmującymi się rozwojem badań genetycznych w okulistyce, sporo też publikuję na ten temat. Muszę jednak z przykrością stwierdzić, że zasady dysponowania funduszami w okresie ostatnich 5-6 lat, zdecydowanie się pogorszyły, szczególnie jeśli chodzi o badania genetyczne w okulistyce.

Przyjechał Pan do Siedlec, by w gronie lekarzy rodzinnych omówić temat nowości w diagnostyce chorób oczu. Dlaczego to takie ważne właśnie dla tej grupy specjalistów?
Lekarz rodzinny jest dla mnie najważniejszym partnerem. Mając świadomość potrzeb okulistów i rolę, jaką spełniają lekarze rodzinni we wspomaganiu okulistów, dwa lata temu opracowaliśmy i wydaliśmy przewodnik, który cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem. Coraz częściej lekarz rodzinny spotyka się z pacjentami, którzy mają problemy okulistyczne, na co wpływają m.in. zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej oraz zmiany przepisów prawa regulujących kompetencje lekarzy poszczególnych specjalności. Pojawiła się zatem potrzeba przekazania lekarzom rodzinnym wiedzy o chorobach narządu wzroku, ich diagnostyce i leczeniu. Zawarte w tej publikacji informacje mają również stanowić podstawę dobrej komunikacji między lekarzem rodzinnym a lekarzem okulistą. Bez lekarza rodzinnego okuliście będzie bardzo trudno poprawić sytuację pacjenta cukrzycowego czy też cierpiącego na zespół suchego oka.

Panie Profesorze, jak widzą Polacy?
Tak jak inni obywatele Europy – nie jesteśmy lepsi ani gorsi. Jednak zdecydowanie mniejszą wagę przykładamy do dbałości o oczy. Stosowanie okularów ochronnych, przestrzeganie zasad BHP – u nas to mocno szwankuje. Na pewno dużo lepsi są pod tym względem Niemcy, Francuzi, Czesi czy Słowacy. Jeśli chodzi natomiast o poziom świadczeń okulistycznych, to nie mamy się czego wstydzić – w Polsce jest lepiej niż w przynajmniej kilkunastu krajach europejskich.

Statystyki mówią, że ok. 80% młodzieży ma problemy ze wzrokiem. Z czego głównie to wynika?
To się wiąże z tym, że ludzie młodzi nie postępują racjonalnie, jeśli chodzi o korzystanie z komputera czy innych cywilizacyjnych zdobyczy. Ale tego się nie uniknie. Świat idzie wciąż do przodu. Trzeba tylko zadbać o to, by młody człowiek od czasu do czasu oderwał wzrok od komputera, popatrzył daleko, „urozmaicił" swój punkt widzenia.

Wydaje mi się, że zbyt mało mówi się o ubocznych skutkach leczenia onkologicznego, które często prowadzi do zaburzeń wzroku czy poważnych chorób oczu. Czy onkolog ma obowiązek informować pacjenta o takich zagrożeniach?
Podzielam Pani pogląd. Niestety, leczenie onkologiczne rządzi się swoimi prawami, głównym celem onkologa jest zachowanie życia pacjenta, któremu to celowi podporządkowuje wszystkie inne. Rzadko też informuje pacjenta o możliwych skutkach ubocznych dla oczu stosowanej terapii. Jako okuliści nie bardzo jesteśmy w stanie to zmienić…

Co według Pana jest dzisiaj największym wyzwaniem okulistyki?
Głównym wyzwaniem i problemem okulistyki jest ograniczenie dostępu do okulisty, wynikające z tego, że lekarzy tej specjalizacji jest za mało. Z drugiej strony nie jesteśmy w stanie rozwiązać sprawy poprzez zwiększenie liczby lekarzy. Musimy szukać nowych rozwiązań i organizacyjnych, i badawczych (np. badania przesiewowe), by osoba zdrowa nie zajmowała czasu okuliście.

Czego uczy się Pan od swoich pacjentów?
Pacjenci uczą każdego lekarza. Dla mnie pacjent jest najważniejszy. A lekarz, który potrafi go słuchać, jest lepszym lekarzem i efektywniej leczy. Często też jest lepszym człowiekiem…

Co Pan profesor potrafi wyczytać z oczu bez użycia precyzyjnych aparatów?
Bardzo niewiele. Mogę powiedzieć jedynie, czy te oczy mi się podobają, czy też nie (śmiech). Ale doświadczony okulista potrafi dostrzec pewne „mankamenty". Mam takie skrzywienie zawodowe, że kiedy znajdę się w jakimś nowym towarzystwie, to odruchowo patrzę ludziom w oczy i widzę, że ten ma zeza, tamten potrzebuje okularów do czytania a jeszcze inny ma problem ze spojówkami.

A jak Pan dba o swoje oczy?
Dużo czytam, dużo piszę i dużo pracuję, więc staram się, kiedy tylko mogę, by moje oczy odpoczęły. Jadę wtedy do lasu i patrzę na soczystą zieleń w dali. Wbrew pozorom taki relaks dla oczu jest bardzo ważny, nawet krótkotrwały. Dawniej ludzie biegali za pożywieniem, a ono uciekało, więc mieli lepsze widzenie do dali. Dzisiaj siedzą w książkach i komputerach, stając się krótkowidzami. To, że w Polsce przybywa ludzi z krótkowzrocznością, jest standardem ogólnoświatowym.

Pańska działalność i aktywność na różnych polach jest niewyczerpana, ale z pewnością znajduje Pan czas tylko dla siebie. Co wtedy Pan robi?
Zawsze kochałem podróże – przez całe moje długie życie udało mi się zwiedzić całą Europę i kawałek świata. Uwielbiam malarstwo i staram się nie ominąć żadnego muzeum w miastach, które znajdują się na trasie moich podróży. A druga pasja, wynikająca z umiłowania przyrody, to myślistwo, w moim przekonaniu niesłusznie krytycznie oceniane przez część społeczeństwa. Z moją rodziną łączy się od czterech pokoleń i nie ma powodu, by się tego wstydzić.

Rozmawiała: **Monika Mikołajczuk**

ZABRAĆ BÓL KRZYSIOWI

Cztery lata - tyle trwa nasza historia. Historia pełna lęku, cierpienia i bólu, ale też wielkiej miłości i nadziei. Nasz syn już raz został skreślony, skazany na śmierć, mieliśmy tylko czekać na dzień, w którym nasz świat się skończy. Tymczasem on się nie poddał i dzielnie walczy o swoje życie, choć jest ono jak droga przez nieustanne męki. Musimy mu pomóc, musimy zabrać ten ból.

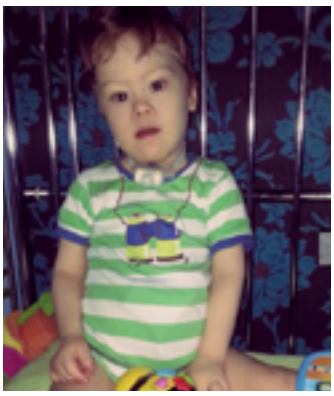
Czy myślałeś kiedyś o tym, jak wygląda piekło? Ja widzę je każdego dnia patrząc na to, jak cierpienie wykrzywia bezwładne ciałko mojego synka. Jak nagle zastyga w bezruchu, unosi nóżki i rączki do góry, zatrzymując twarz w grymasie przerażającego bólu. Padaczka lekooporna – to ona jest naszą zmorą. Nie obchodzi nas zespół Downa, który dotknął Krzysia – to nic w porównaniu do choroby, z którą codziennie się zmagamy. Teraz mamy w końcu szansę dowiedzieć się, gdzie ukryło się jej ognisko. Możemy zyskać szansę na wyleczenie i na leki, które w końcu zadziałają. Marzymy choć o jednym dniu bez ataku, by nasz synek mógł w końcu odpocząć…

Oczekiwaliśmy pojawienia się Krzysia na świecie z wielką nadzieją i radością. Ciąża przebiegała znakomicie i kiedy przyszedł czas porodu, pojechaliśmy podekscytowani do szpitala. To już! Zaraz powitam synka na świecie! Postanowiłem towarzyszyć żonie przy porodzie, bo wiedziałem, że to będzie niesamowite przeżycie. W najgorszych koszmarach nie śniło mi się, że poród nie będzie najpiękniejszym, ale najgorszym wspomnieniem…
Nikt się tego nie spodziewał. Krzyś ledwo przeżył poród. Wody płodowe okazały się zielone, były jak brudna maź, w której pływa dziecko. Niestety, maluszek się nią zachłysnął… Nie dawał żadnych oznak życia, był cały siny. Dodatkowo pępowina zawinięła się na supeł, a długi poród spowodował zamartwicę. Stan był tragiczny, a my zamiast cieszyć się z nowego członka rodziny, zaczęliśmy umierać z rozpaczy. Był szybki chrzest, ale nie mogliśmy uwierzyć w to, że mamy go stracić.

Trafiliśmy do Centrum Zdrowia Dziecka, spędziliśmy tam kilka tygodni. To tam odrodziła się nadzieja – Krzyś został ustabilizowany, w końcu mogliśmy wrócić do domu. Gaworzył, uśmiechał się – zupełnie jak zdrowe dziecko! Nie posiadaliśmy się ze szczęścia, sądziliśmy, że koszmar mamy za sobą. Okazało się to tylko żartem losu, chwilową radością, która zaraz została nam brutalnie odebrana.

Pamiętam ten dzień jak dziś – podszedłem do łóżeczka, a mój synek zniknął. Zamiast wesołego dziecka, była lalka bez czucia, bez kontaktu. Krzyś zupełnie stracił wszystkie umiejętności, po prostu leżał, jakby ktoś wyjął z niego baterie. Rozpoczęła się wielomiesięczna walka o diagnozę i o wyleczenie dziecka. Okazało się, że Krzyś był w nieustannym ataku padaczki, który trwał 24 h na dobę! Nie działały żadne leki, traciliśmy go i nie mogliśmy nic zrobić! Gdy już nie było nadziei, pomogły sterydy. Jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki napady ustąpiły, a my odzyskaliśmy naszego syna! Krzyś odzyskał także słuch, chociaż wcześniej lekarze stwierdzili jego zanik. Znowu uwierzyliśmy w cud, wróciliśmy do domu i chociaż maluch okropnie spuchł od sterydów, to cieszyliśmy się, że w końcu nie musi się męczyć.

To jednak nie był koniec. Podczas kontroli okazało się, że sterydy zatrzymują wodę w komórkach, przez co serduszko nie daje rady pracować. Kazali nam natychmiast je odstawić. Baliśmy się, że napady znowu wrócą. I wróciły…
Nasze dni wypełniły teraz ataki: jeden po drugim, nawet 200 dziennie. Pomiędzy nimi chwila oddechu i znowu, by w końcu tak wykończyć mojego małego synka, że padał ze zmęczenia.



To było straszne – zupełnie jakby raz za razem ktoś raził Krzysia prądem. Padaczka to powolna śmierć w męczarniach. Nie nagła i szybka, bez bólu i cierpienia. To zabieranie życia krok po kroku, małymi kawałeczkami, a każdy z nich naznaczony jest okropną męczarnią. To wtedy trafiliśmy na doktora Bachańskiego. Wdrożyliśmy dietę katogenną, która pomogła, zmniejszając liczbę ataków. Gdy wychodziliśmy na prostą, Krzyś, nie wiadomo skąd złapał infekcję, która błyskawicznie przekształciła się w niewydolność i stan zapalny całego organizmu. W szpitalu nie umieli nam pomóc. Stałem nad synkiem i godzinami przytrzymywałem mu maseczkę tlenową, bo głowa opadała mu bezwładnie. Umierał na moich oczach, a ja byłem bezradny…

Balansował na granicy życia i śmierci, gdy śmigłowcem przetransportowano nas na OIOM innego szpitala. Dni mijały, a Krzyś słabł. Nikt nie widział ratunku, nikt nie umiał mu pomóc. Na domiar złego podali mu glukozę, chociaż prosiliśmy, by tego nie robili – cukier bardzo szkodził mózgowi synka, powodując jeszcze więcej ataków. Umierała nasza nadzieja, umierał Krzyś. Powiedzieli nam, by wrócić do domu, by Krzyś odszedł w otoczeniu najbliższych, z dala od zimnych szpitalnych ścian. Sugerowali odłączenie od urządzeń podtrzymujących życie, by cierpienie trwało jak najkrócej.

Nie mogliśmy na to pozwolić, bo póki żył, trzymaliśmy się myśli, że może zdarzy się kolejny cud. Podłączony do hospicyjnego respiratora Krzyś wrócił do domu. Mijały tygodnie, aż nadszedł najpiękniejszy dzień w naszym życiu: na przekór wszystkim, po miesiącu balansowania między życiem a śmiercią, synek ścisnął swoją rączką mój palec. Potem otworzył oczy, a mi łzy szczęścia płynęły po policzkach. Wrócił, postanowił żyć! Chyba wiedział, że gdy odejdzie, nasze życie również się skończy…

Teraz stosujemy leczenie niestandardowe, które zmniejszyło liczbę napadów padaczki z kilkuset do kilkunastu dziennie. Jednak każda, najdrobniejsza infekcja to nagłe pogorszenie stanu zdrowia. Gdy myśleliśmy, że tak będzie już zawsze, pojawiła się nadzieja – Schön Klinik podejmie się diagnostyki i leczenia Krzysia! Znaleźliśmy osoby, które już tam były, które są po operacji usunięcia ogniska padaczki i teraz są zupełnie zdrowe! Mój syn może do nich dołączyć, jesteśmy już tak blisko...

Nie wiemy, co powoduje straszne napady, nie pomagają żadne standardowe leki, które proponują polscy lekarze. Tutaj wyczerpaliśmy już wszystkie możliwości. Teraz mamy w końcu szansę dowiedzieć się, gdzie ukrył się potwór, który raz za razem targa ciałkiem Krzysia. Możemy z nim walczyć, możemy ulżyć naszemu dziecku. Całe życie podporządkowaliśmy synkowi i chociaż każdego wieczora opadamy z sił, rano znów się podnosimy by walczyć dalej. Przecież to moje dziecko, muszę zrobić dla niego wszystko! Teraz proszę o pomoc. Podarujcie nam nadzieję, podarujcie Krzysiowi zdrowie...

Artur Schewe

Każdy, kto zechce pomóc Krzysiowi powrócić do zdrowia, może wpłacać dowolną kwotę za pośrednictwem strony ***www.siepomaga.pl/krzys-schewe***

Nie może być zgody na przemoc wobec dziecka

Media codziennie donoszą o przypadkach znęcania się nad dziećmi, co często kończy się śmiercią ofiar lub kalectwem. Co Panią najbardziej porusza w tych historiach?

Każda taka informacja strasznie mnie złości, zasmuca i przeraża jednocześnie. Tak wiele miejsca w mediach poświęcane jest codziennie chociażby życiu celebrytów, a o przemocy wobec dzieci słyszymy głównie po takich tragediach. Skoro takie historie ciągle sie zdarzają, widocznie wciąż za mało robimy w kwestii profilaktyki.

Czym jest przemoc wobec dzieci i jakie są jej rodzaje?

„Krzywdzenie dzieci to każde działanie lub bezczynność jednostek, instytucji lub społeczeństwa jako całości i każdy rezultat takiego działania lub bezczynności, który deprymuje równe prawa i swobody dzieci i/lub zakłóca ich optymalny rozwój." Tak mówi definicja D.G. Gilla. Niestety, jest bardzo wiele form krzywdzenia dzieci, a są one podzielone na przemoc fizyczną, seksualną, emocjonalną oraz zaniedbanie. I tak: „przemoc fizyczna to wszelkie celowe, intencjonalne działania wobec dziecka powodujące urazy na jego ciele np.: bicie, szarpanie, popychanie, rzucanie przedmiotami. Wykorzystanie seksualne to każde zachowanie osoby starszej i silniejszej, które prowadzi do jej seksualnego podniecenia i zaspokojenia kosztem dziecka, np.: ekshibicjonizm, uwodzenie, świadome czynienie dziecka świadkiem aktów płciowych, zachęcanie do rozbierania się i do oglądania pornografii, dotykanie miejsc intymnych lub zachęcanie do dotykania sprawcy, różne formy stosunku seksualnego itp. Przykładami przemocy emocjonalnej są natomiast: wyzwiska, groźby, szantaż, straszenie, emocjonalne odrzucenie, nadmierne wymagania nieadekwatne do wieku i możliwości dziecka, niszczenie ważnych dla niego rzeczy lub zwierząt, nieposzanowanie granic prywatności itp. W końcu zaniedbywanie to niezaspokajanie podstawowych potrzeb dziecka zarówno fizycznych, takich jak właściwe odżywianie, ubieranie, ochrona zdrowia, edukacja, jak i psychicznych, jak poczucie bezpieczeństwa, doświadczania miłości i troski. (za: Niebieska Linia)

Z danych zebranych w ramach kampanii „Dzieciństwo bez przemocy" wynika, że 60% dorosłych Polaków stosuje kary fizyczne wobec swoich dzieci poniżej 19 roku życia. 47% dzieci doświadcza przemocy werbalnej ze strony ojca lub matki. 8% twierdzi, że przynajmniej raz dorośli zachęcali je do wspólnego oglądania filmów pornograficznych, a 3,6% przeżyło z dorosłymi kontakt fizyczny. O czym świadczą te statystyki?

Chce się powiedzieć, że o bestialstwie dorosłych, ale postaram sie nieco ostudzić moje emocje i powiem, że wielu z tych dorosłych, którzy stali się sprawcami przemocy, najwyraźniej sama doświadczyła przemocy ze strony swoich opiekunów i teraz, niestety, powiela wyniesione z domów rodzinnych „metody wychowawcze". To strasznie smutne dane. Ciągle od nowa trzeba przypominać, że przemoc jest przemocą. Na przemoc pod żadną postacią nie może być zgody.

Co dzieje się w psychice dziecka, doświadczającego przemocy ze strony najbliższych?

Źle się dzieje i o tym trzeba mówić bardzo głośno i wyraźnie. Bo kim jest dla dziecka rodzic/opiekun? To najbliższa osoba, od której dziecko przez długi okres jest totalnie zależne. To on ma dawać poczucie bezpieczeństwa, wsparcie, ochronę przed światem zewnętrznym, a i wsparcie w doświadczanych emocjach. Jeśli zamiast tego jest agresorem, który atakuje, to rodzi to w dziecku przekonanie, że nie jest warte miłości ani szacunku, że jest złe i że nigdzie nie może czuć się pewnie i bezpiecznie. A jak można zająć się zabawą czy nauką, kiedy myśli skupione są na oczekiwaniu kolejnego ciosu? To bardzo zubożające dla rozwoju dziecka.

Jakie są powody, dla których dzieci doświadczające przemocy nadal w niej pozostają?

Dzieci, poza tym, że są małe i bezbronne, nie są w stanie bez pomocy uwolnić się od przemocy, ponieważ kochają swoich rodziców bezwarunkowo. Są w stanie płacić bardzo wysoką cenę za to, by ich nie utracić. To zbyt trudne dla małego dziecka, by

przyjąć do świadomości, że osoba, którą ono kocha, krzywdzi je. Działa tu mnóstwo mechanizmów obronnych, które chronią ofiarę przed konfrontacją z okrutną prawdą. Nie raz słyszałam „jestem wdzięczny ojcu, że mnie wyzywał, bo to ukształtowało mój charakter" albo „wiem, że matka stosowała kary fizyczne z miłości do mnie, bo chciała dla mnie dobrze". Dzieci z taką historią często dopiero jako osoby dorosłe, np. w czasie swojej terapii, są w stanie zauważyć, że doznawały przemocy i że – niestety – przemoc szkodzi, a nie pomaga w życiu, tak jak starały się wierzyć.

Na podstawie jakich zachowań i sygnałów ze strony dzieci nauczyciel czy wychowawca przedszkolny może rozpoznać przemoc, stosowaną wobec nich?

Na pewno najłatwiej zauważyć objawy zaniedbania. Są to np. nieadekwatny do pogody strój czy brak okularów u dziecka z wadą wzroku. Przemoc fizyczną rozpoznać można po śladach na ciele, z wytłumaczeniem których dziecko ma problemy, po jego przestrachu na widok dorosłych czy lęku wobec rodzica/opiekuna. Dziecko, które doświadcza przemocy emocjonalnej, zachowuje się nieadekwatnie do wieku (jest zbyt poważne lub zbyt dziecinne), wykazuje zaburzenia jedzenia (nie dojada, nadmiernie się objada lub wymiotuje), moczy się lub zanieczyszcza kałem, może mieć opóźniony rozwój emocjonalny bądź fizyczny, ma problemy ze snem, samookalecza się lub ma objawy histerii, fobii czy też hipochondrii. Dziecko, które stało się ofiarą przemocy seksualnej, jest nadmiernie rozbudzone, dużo mówi o seksie bądź jest wycofane, depresyjne, odmawia przebierania się w towarzystwie innych, nadużywa alkoholu lub narkotyków, pogorszyło się w nauce, ma trudności z chodzeniem lub siadaniem, doświadcza bólu intymnych części ciała, ucieka z domu, chwali się nagłym przypływem gotówki lub prezentów.

Mimo że od lat mówi się w Polsce o prawach dziecka, to nadal w naszym społeczeństwie pokutują stereotypy, które niejako utwierdzają katów w słuszności ich agresywnych zachowań wobec dzieci, np. „ryby i dzieci głosu nie mają", „co wolno wojewodzie to nie tobie smrodzie", „nie wydziwiaj, nie podskakuj, siedź na d… i przytakuj" i wiele, wiele innych. Towarzyszy temu przemoc werbalna (nazywanie dziecka kretynem, głupkiem, debilem itp. – kampania „Słowa ranią na całe życie"). Jakim dorosłym stanie się w przyszłości dziecko, które od małego słyszy, że ma prawa głosu, że jest głupie i nieważne?

W swojej ocenie stanie się właśnie takie: głupie i nieważne. Dziecko, które doświadczało przemocy, może pójść niejako dwiema drogami. Może stać się uległe, podporządkowane, nie dbające o swoje potrzeby albo wręcz przeciwnie: agresywne, zaczepne, traktujące ludzi jak wrogów, z którymi trzeba walczyć. Oczywiście to pewne uproszczenie, ale z dużym prawdopodobieństwem osoba, która jako dziecko doświadczała przemocy, pozostanie zalękniona, nieufna, niepewna siebie, z zaniżonym poczuciem własnej wartości. Nawet jeśli ukryje to pod maską przekleństw, bójek czy zastraszania innych (czyli maską swojej przemocy).

Kolejny stereotyp: bicie jest skuteczną metodą wychowawczą, o czym już Pani wspomniała – „mnie ojciec bił i wyrosłem na porządnego człowieka" – to częsta „śpiewka" w polskich domach, „tyłek nie szklanka, nie stłucze się" itd. Czy klaps dany dziecku jest przemocą?

Niestety, tak jak już wspomniałam, sama często spotykam się z taką narracją. Klaps jest przemocą. Jest to oznaka, że dorosły nie poradził sobie ze swoją bezradnością wobec dziecka i skorzystał ze swojej wyższości (dziecko nie może przeżyciem się obronić). To nie jest fair. Wiadomo, że dzieci swoimi zachowaniami potrafią nas poirytować i zezłościć, a nawet wyprowadzić z równowagi. Jako dorośli powinniśmy poradzić sobie ze swoimi emocjami w inny niż przemocowy sposób. Jeśli to się nie udaje, warto przeprosić dziecko, mówiąc o swojej porażce. Tym nauczymy dziecko o wiele więcej, niż kolejnymi klapsami. Damy mu też bardzo potrzebą w życiu rzecz – poczucie, że jest ważne i szanowane.

Czy spotkała się Pani w swojej praktyce z przypadkiem, kiedy rodzic przyznał się, że stosowanie przez niego przemocy jest złe i chce się z tego wyzwolić?

Tak, spotkałam się. To bardzo trudna, ale jednocześnie godna podziwu postawa. Osobiście bardzo się cieszę, kiedy do gabinetu trafia osoba i mówi, że nie ma cierpliwości, że krzyczy na dzieci, że je wyzywa lub stosuje przemoc fizyczną. To pierwszy, ale bardzo ważny krok ku zmianie. Świadomość, że swoim zachowaniem mogę skrzywdzić dziecko, chroni je. Najgorsza sytuacja jest w momencie, gdy rodzic czy opiekun nie widzi w swoich zachowaniach niczego zdrożnego. Na szczęście dzieci są chronione prawem, a stosowanie wobec nich przemocy podlega karze.

Jest bardzo dużo obszarów, w których głos dziecka powinien być znaczący, a tak się nie dzieje. W 2016 roku Fundacja Dzieci Niczyje przeprowadziła badania, z których wynika, że sędziowie bardzo rzadko korzystają z możliwości bezpośredniego kontaktu z dzieckiem. W przeanalizowanych sprawach dotyczących ograniczenia władzy rodzicielskiej, jedynie 5% dzieci rozmawiało z sędzią. Czy sędziowie przechodzą stosowne szkolenia psychologiczne w tej materii? Skąd w polskich sądach taka awersja do upodmiotowienia dziecka?

To pytanie jest niezwykle trudne. Po prostu nie wiem. Nie wiem, z jakiego powodu tak rzadko dzieci są świadkami... Mogę się tylko domyślać, że gdzieś u podłoża są te wszystkie przysłowia, które Pani przytoczyła, a które wciąż są w wielu dorosłych głowach bardzo zakorzenione. Tym bardziej trzeba jak najwięcej mówić o prawach dzieci.

Jak zatem reagować na przemoc wobec dzieci?

Reagować to podstawa. Reagować a nie stać obojętnie i odwracać wzrok uznając, że to nie nasze dziecko i nie nasza sprawa. Jeśli widzimy przemoc, na ulicy czy wśród znajomych, po sąsiedzku, należy w sposób spokojny i nieoceniający (to może podnieść poziom agresji opiekuna dziecka) zaznaczyć, że widzimy coś, czego być nie powinno, a co można zastąpić jakimś innym zachowaniem. Tu można dać radę lub podzielić się własnym doświadczeniem, jak my reagujemy np. na nieposłuszne zachowanie naszego dziecka. Mamy prawo działać też poprzez zawiadomienie instytucji, tj. policja, przedszkole/szkoła, do której wiemy, że uczęszcza dziecko, Ośrodek Pomocy Społecznej czy – jeśli te instytucje nie zareagują – kontakt z Rzecznikiem Praw Dziecka. Rzecznik Praw Dziecka przygotował zresztą bardzo pomocną kampanię „Reaguj na przemoc wobec dzieci. Masz prawo". Warto odwiedzić i zapoznać się ze stroną jakreagowac.pl. „Wszystkie dzieci nasze są" jak śpiewała Majka Jeżowska. Wszystkie też mają prawo do szczęśliwego dzieciństwa bez przemocy.

Rozmawiała: **Monika Mikołajczuk**

Adriana Szubielska
psycholog
Realizator **Szkoły dla Rodziców i Wychowawców**

Prawa pacjenta szpitala psychiatrycznego

W toku leczenia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi bierze się pod uwagę nie tylko cele medyczne, ale także interesy oraz dobra osobiste pacjenta. Kto stoi na straży tych interesów i na czym polega ochrona tychże dóbr?

Prawa pacjenta szpitala psychiatrycznego zagwarantowane zostały w szczególności w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Ustawa reguluje kwestie dotyczące zarówno ochrony praw pacjenta, jak również zagadnienia związane z dostosowaniem usług opiekuńczych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi, stosowaniem przymusu bezpośredniego, wyboru rodzaju i metod postępowania leczniczego, jak i kwestie dotyczące przyjęcia, leczenia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego. Ponadto w ustawie opisane są procedury przyjęcia do domu opieki społecznej i postępowania przed sądem opiekuńczym. Jednocześnie, problematykę kontroli praw pacjenta szczegółowo reguluje rozporządzenie do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 11 października 2012 roku w sprawie sprawowania kontroli przyjęcia i przebywania osób z zaburzeniami psychicznymi w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej oraz sposobu jej dokumentowania.

PRAWO DO POMOCY

Odnosząc się w pierwszej kolejności do problematyki ochrony praw pacjenta szpitala psychiatrycznego zagwarantowanej w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, wskazać należy, iż organem powołanym ustawą do czuwania nad przestrzeganiem praw pacjenta takiego szpitala jest **Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.** Osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny ma prawo do pomocy w ochronie swoich praw. Prawo do pomocy w ochronie praw osoby chorej przysługuje również jej przedstawicielowi ustawowemu, opiekunowi prawnemu lub faktycznemu.

Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego ma za zadanie pomagać w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego. Do jego zadań należy również wyjaśnianie lub pomoc w wyjaśnianiu ustnych i pisemnych skarg osób chorych, współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym tych osób oraz inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej w zakresie praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny.

Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w celu realizacji zadań związanych z ochroną praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, ma prawo do:

- wstępu do pomieszczeń szpitala psychiatrycznego związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
- występowania z wnioskiem do personelu podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, zwłaszcza do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego (lekarza kierującego oddziałem) lub kierownika podmiotu leczniczego, o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń,
- wglądu w dokumentację medyczną za zgodą tegoż pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego, a także porozumiewania się z pacjentem, jego przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym.

Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w uzasadnionych przypadkach powinien zapewnić pacjentowi dostęp do informacji prawnej lub pomóc w sporządzeniu i złożeniu skargi do kierownika szpitala lub innej instytucji. Natomiast jedną z gwarancji niezależności rzecznika jest jego zatrudnienie. Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego są bowiem pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta, o którym mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, i wykonują swoje zadania przy pomocy tego Biura.

LECZENIE PACJENTA

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego stanowi także o leczeniu pacjenta, określając procedurę przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego. Przyjęcie pacjenta może nastąpić za jego pisemną zgodą na podstawie pisemnego ważnego skierowania. W nagłych przypadkach, gdy skorzystanie z pomocy lekarskiej przed przyjęciem do szpitala okaże się niemożliwe, pacjent może zostać przyjęty do szpitala również bez skierowania. Jeśli pacjent ze względu na swój stan nie jest zdolny do wyrażenia zgody na przyjęcie do szpitala i leczenie, przyjęcie i leczenie może nastąpić za zgodą sądu opiekuńczego. W przypadkach nagłych przyjęcie pacjenta może nastąpić bez zgody sądu opiekuńczego, jednak wyma-

gane jest wtedy zasięgnięcie opinii innego lekarza, psychiatry bądź psychologa przez lekarza przyjmującego pacjenta. Jednak w takich sytuacjach obowiązkiem kierownika szpitala jest jak najszybsze, bo w ciągu 72 godzin, uzyskanie zgody sądu opiekuńczego na dalsze leczenie pacjenta. Szpital w przypadku zaistnienia takiej sytuacji wskazuje uzasadnienie podjęcia tego leczenia.
Podkreślenia też wymaga, iż osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala bez zgody na leczenie, jeśli zagraża życiu własnemu i życiu osób trzecich, na podstawie decyzji lekarza badającego pacjenta po uprzednim zasięgnięciu opinii innego lekarza i zatwierdzeniu przez ordynatora oddziału w ciągu 48 godzin od przyjęcia. Przy przyjmowaniu do szpitala osób małoletnich wymagana jest zgoda przedstawiciela ustawowego, a jeśli pacjent osiągnął wiek powyżej 16 lat i może wyrazić swoją wolę, wymagane jest również uzyskanie jego zgody. Pacjent przyjęty do szpitala bez swojej zgody może być poddany leczeniu przymusowemu. Musi być jednak poinformowany uprzednio o planowanym postępowaniu leczniczym. Nie można jednak wobec takiego pacjenta zastosować leczenia o podwyższonym ryzyku – w takich sytuacjach bezwzględnie wymagana jest zgoda pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.
Co także warte zaznaczenia, osoba przyjęta do szpitala psychiatrycznego dobrowolnie może złożyć wniosek o nakaz wypisania. Pacjent przyjęty bez swojej zgody z kolei może zostać wypisany, kiedy ordynator uzna, że ustały przyczyny, które spowodowały przymusowe przyjęcie. Małżonek, krewni w linii prostej, opiekun faktyczny, przedstawiciel ustawowy lub sam pacjent umieszczony bez swojej zgody może wnioskować do ordynatora lub lekarza prowadzącego z żądaniem wypisania dopiero po 30 dniach od prawomocnego postanowienia sądu opiekuńczego o umieszczeniu w szpitalu. Na decyzję odmowną służy odwołanie do miejscowo właściwego sądu opiekuńczego.

PRZYMUS BEZPOŚREDNI

Wspomnieć także można, że ustawa o ochronie zdrowia publicznego zawiera regulacje odnośnie okoliczności i procedur wykonywania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta szpitala psychiatrycznego. Istotne, iż przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis ustawy do tego upoważnia. W zasadzie istnieją cztery sytuacje, kiedy wolno zastosować przymus bezpośredni względem pacjenta. Jest to możliwe w sytuacji kiedy ustawa do tego upoważnia, kiedy osoba swoim zachowaniem zagraża własnemu lub cudzemu zdrowiu lub życiu albo narusza bezpieczeństwo powszechne, kiedy osoba gwałtownie niszczy lub uszkadza przedmioty w otoczeniu oraz kiedy osoba poważnie zakłóca działanie placówki, w której przebywa. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. Ewentualnie może to uczynić pielęgniarka, ta czynność musi jednak zostać następnie zatwierdzona przez lekarza. Przed zastosowaniem przymusu, należy według ustawy pacjenta uprzedzić. Sama procedura przymusu polega na przytrzymaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu (np. pasami czy prześcieradłami) lub na izolacji. Każdorazowe zastosowanie przymusu bezpośredniego musi być odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta.

TAJEMNICA LEKARSKA

Jak stanowi art. 50 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, osoby wykonujące czynności wynikające z ustawy są obowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności, których ustawa dotyczy. Tajemnicę stanowi wszystko, co jest związane z ochroną zdrowia psychicznego konkretnej osoby, a więc jest nią nie tylko dokumentacja medyczna, ale także lista pacjentów szpitala psychiatrycznego oraz informacje wynikające z akt sądowych dotyczących postępowań prowadzonych na podstawie omawianej ustawy.
Ustawa określa zarówno zakres podmiotowy, jak i przedmiotowy owej tajemnicy. Zakres podmiotowy jest bardzo szeroki i odnosi się do wszystkich osób wykonujących czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a więc nie tylko lekarzy psychiatrów, ale także psychologów, pielęgniarek, osób wchodzących w skład zespołu ratownictwa medycznego, sędziów wizytujących szpital, sędziów orzekających w sprawach wynikających z ustawy, a także personelu administracyjnego szpitala itp. Zobowiązani do zachowania tajemnicy psychiatrycznej są także lekarze psychiatrzy konsultujący pacjentów w szpitalach niepsychiatrycznych, a także lekarze stwierdzający konieczność przeprowadzenia obserwacji w ośrodku psychiatrycznym. Osoby te są zobowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem czynności wynikających z ustawy (zakres przedmiotowy). Ponadto, art. 51 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zabrania odnotowywania w dokumentacji z badań i leczenia pacjenta wszelkich jego oświadczeń, w których przyznaje się do popełnienia czynu zabronionego.
Na marginesie dodać też można, że wszelkie przesyłki adresowane do pacjenta z zaburzeniami psychicznymi korzystają z ochrony tajemnicy korespondencji, a pacjent ma zagwarantowany swobodny kontakt z rodziną i innymi osobami. Ordynator szpitala może zgodzić się także na okresowe przebywanie pacjenta poza szpitalem, jeśli nie zagraża to danej osobie lub innym.

Podsumowując, w toku leczenia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi bierze się pod uwagę nie tylko cele medyczne, ale także interesy oraz dobra osobiste pacjenta. Pacjent, jego rodzina, przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do pomocy ze strony Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, który działa albo w określonym ośrodku całodobowej opieki psychiatrycznej lub odwykowej, albo sprawuje swoje funkcje dla kilku placówek jednocześnie. Ustawa stwarza gwarancje, które powinny być przestrzegane i respektowane w każdej placówce, gdzie znajdzie ona zastosowanie, biorąc przede wszystkim pod uwagę specyfikę podmiotów medycznych, jakimi są szpitale psychiatryczne oraz potrzeby i charakter leczenia pacjenta, z którymi podmioty te mają do czynienia.

Kinga Sulej
aplikant radcowski
Kancelaria Radcy Prawnego
Piotr Łukasiuk

Co nowego w Centrum?

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krynce (Gmina Łuków)

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krynce to **pierwszy w gminie Łuków kompleks opieki nad osobami niesamodzielnym z powodu choroby.** Nowoczesny obiekt położony jest w spokojnej i malowniczej części Krynki, usytułowany na terenach rolniczych, które dodatkowo podkreślają walory estetyczne obiektu. ZOL leży 3 km od zjazdu z drogi krajowej nr 63.

Sale chorych usytuowane na parterze budynku są **przestronne, wyposażone w specjalistyczne łóżka, z własnymi pomieszczeniami higieniczno-sanitarnymi.** W trosce o bezpieczeństwo pacjentów o ograniczonej sprawności zastosowano **nowoczesną instalację przywołującą.** Do dyspozycji chorych są doskonale zaopatrzone **sale do rehabilitacji** oraz sprzęt wspomagający dodatkowo **wózki inwalidzkie, chodziki, balkoniki.**

Naszym pacjentom oferujemy pobyty:

» **refundowane przez NFZ**

» **komercyjne – za pełną odpłatnością**

Dokumenty wymagane podczas procedury przyjęcia do ZOL można pobrać na stronie internetowej **www.centrum.med.pl**

Zachęcamy do kontaktu z Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym prowadzonym przez Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o., które posiada wieloletnie doświadczenie w opiece długoterminowej.

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krynce
Krynka 1C, 21-400 Łuków
tel. 517 016 511, 506 007 406

Świadczymy całodobową opiekę dla **pacjentów po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia nie pozwala na przebywanie w środowisku domowym.**

Zapraszamy Państwa do indywidualnych wizyt w ośrodku.

PRACOWNIA REHABILITACJI I FIZJOTERAPII

Przychodnia Zdrowia w GARWOLINIE
ul. Korczaka 35/3
08-400 Garwolin

REJESTRACJA WIZYT
25 785 69 46

Drodzy Pacjenci,

Decyzją Narodowego Funduszu Zdrowia, od dnia 01.10.2017 r. na terenie Przychodni Centrum w Garwolinie ***świadczenia w zakresie rehabilitacji i fizjoterapii będą odbywały się wyłącznie w ramach usług prywatnych.***

Brak kontraktu z NFZ.

Dla osób oczekujących na zabiegi w naszej przychodni oraz wszystkich, którzy chcieliby skorzystać z naszych usług przygotowaliśmy specjalną ofertę.

Zapraszamy!

ZADABAJ O ZDROWIE PROKREACYJNE

Fundacja Świętych Joachima i Anny, działająca przy Centrum Medyczno-Diagnostycznym Sp. z o.o., realizuje zadanie z zakresu zdrowia publicznego w ramach Narodowego Programu Zdrowia pod nazwą **„Organizacja konferencji i spotkań edukacyjnych popularyzujących wiedzę na temat zdrowia prokreacyjnego – wywiady, debaty, warsztaty, wykłady”** (NPZ.CO6_2_3_a_2017) Działanie 2. **Prowadzenie edukacji zdrowotnej i działalności informacyjnej i profilaktycznej dotyczącej czynników endo- i egzogennych mających wpływ na zdrowie prokreacyjne kobiet i mężczyzn, przeciwdziałanie skutkom seksualizacji dzieci i młodzieży, zachowań ryzykownych, uzależnień behawioralnych, uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz kształtowanie postaw sprzyjających zachowaniom prozdrowotnym.** Fundacja będzie organizatorem konferencji i spotkań edukacyjnych popularyzujących wiedzę na temat zdrowia prokreacyjnego.

Okres realizacji zadania: **21 lipca 2017 r. – 31 grudnia 2018 r.**

Grupą docelową są **osoby w wieku prokreacyjnym 18-45 lat.**

Zasięg terytorialny realizacji zadania:

powiat siedlecki – Siedlce, Mordy, Domanice, Korczew, Kotuń, Mokobody, Paprotnia, Przesmyki, Skórzec, Suchożebry, Wiśniew, Wodynie, Zbuczyn; **powiat miński** – Mińsk Mazowiecki, Halinów, Kałuszyn, Mrozy, Cegłów, Dębe Wielkie, Dobre, Jakubów, Latowicz, Siennica, Stanisławów, Sulejówek; **powiat wołomiński** – Strachówka, Garwolin, **powiat ostrołęcki** – Czarnia, Myszyniec, Ostrołęka; **powiat ostrowski** – Andrzejewo, Nur; **powiat siemiatycki** – Siemiatycze, Mielnik, Drohiczyn, Mielejczyce, Nurzec-Stacja, Perlejewo, Dziadkowice; **powiat zambrowski** – Zambrów; Łomża; **powiat łukowski** – Adamów, Krzywda, Łuków, Serokomla, Stanin, Trzebieszów, Wojcieszków, Wola Mysłowska, Stoczek Łukowski; **powiat radzyński** – Radzyń Podlaski; **powiat bialski** – Biała Podlaska, Międzyrzec Podlaski; **powiat piski** – Działdowo, Nidzica, Pisz, Ruciane-Nida; **powiat szczyciński** – Szczytno

Udział w spotkaniu będzie potwierdzony na zaświadczeniu.

Zachęcamy do odwiedzenia strony internetowej **www.joachimianna.pl** i zapoznania się z harmonogramem spotkań.

Do zobaczenia w regionie.

Zadanie finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020

NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA

Narodowy Fundusz Zdrowia z dniem 01.10.2017 r. wprowadził zmiany w wykazie świadczeniodawców realizujących nocną i świąteczną opiekę zdrowotną. Poniżej informacje dla pacjentów przychodni Centrum.

MIASTO SIEDLCE I POWIAT SIEDLECKI
Siedlce • ul. Starowiejska 15 • tel. 25 644 68 95
Siedlce • ul. Poniatowskiego 26 • tel. 25 640 33 32
Zbuczyn • ul. Terespolska 13 • tel. 25 641 69 00

MIASTO MIŃSK MAZOWIECKI I POWIAT MIŃSKI
Mińsk Mazowiecki • ul. Szpitalna 37 • tel. 519 078 905
Sulejówek • ul. Armii Krajowej 21 • tel. 22 783 52 25, 500 177 102

MIASTO ŁUKÓW I POWIAT ŁUKOWSKI
Łuków • ul. Partyzantów 10 • tel. 25 798 65 90
lub 25 798 2001 wew. 315, 270
Wojcieszków • ul. Parkowa 1 • tel. 25 755 41 17
Soczek Łukowski • ul. Piłsudskiego 32 • tel. 25 797 00 14

POWIAT SOKOŁOWSKI
Sokołów Podlaski • ul. Ks. J. Bosko 5 • tel. 25 781 72 05

MIASTO GARWOLIN I POWIAT GARWOLIŃSKI
Garwolin • ul. Staszica 18 • tel. 25 682 30 25, 783 294 126

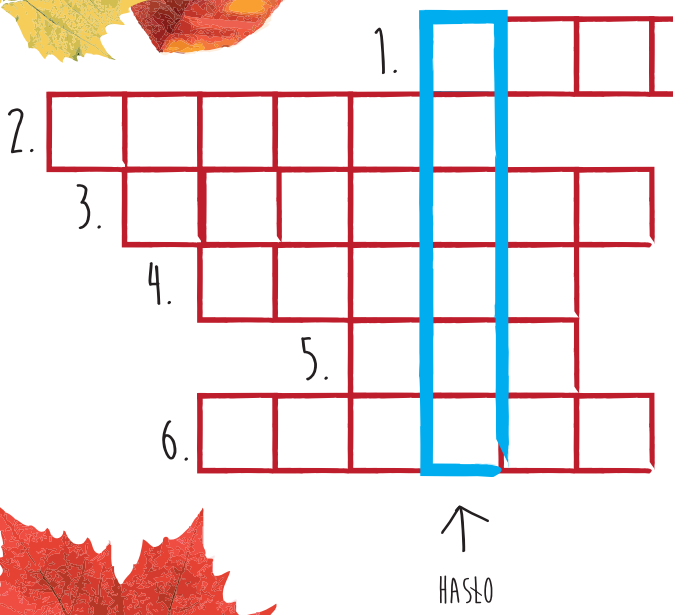
POWIAT WOŁOMIŃSKI
Radzymin • ul. Konstytucji 3 Maja 17 • tel. 22 760 72 29, 22 760 72 30
Wołomin • ul. Sasina 15 • tel. 22 773 56 89
Zielonka • ul. Dziennikarska 4 • tel. 22 781 91 61

POWIAT OSTROWSKI
Ostrów Mazowiecka • ul. Duboisa 68 • tel. 29 746 37 20, 505 172 813, 505 172 918

POWIAT WĘGROWSKI
Węgrów • ul. Mickiewicza 5 • tel. 25 792 44 88, 502 361 438
Łochów • Aleja Pokoju 73 • tel. 25 675 11 09, 501 924 287

Szczegóły na stronach **Mazowieckiego i Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ** oraz naszej stronie internetowej **www.centrum.med.pl** w zakładce **STREFA PACJENTA/NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA.**

ROZWIĄŻ KRZYŻÓWKĘ



1. CZERWIENIĄ SIĘ W SADZIE

2. OPADAJĄ Z DRZEW

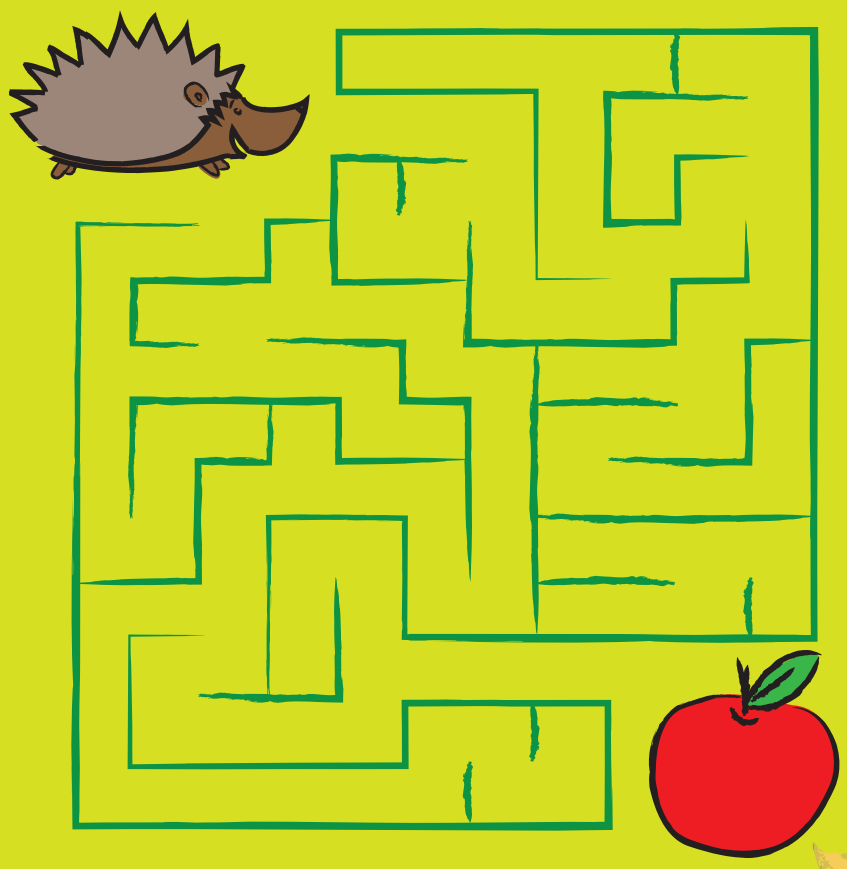
3. W SŁOTĘ JE NA NOGACH NOSZĘ. NAZYWAJĄ SIĘ ...

4. NA ZAGONIE ZŁOTA GŁOWA, PYSZNE PESTKI W SOBIE CHOWA

5. ZWIERZĘ, KTÓRE MA KOLCE

6. SŁABIEJ GRZEJE JESIENIĄ

POMÓŻ JEŻYKOWI DOSTAĆ SIĘ DO JABŁKA



ZGADYWANKA

CO TO ZA PANI, W ZŁOCIE,
W CZERWIENI,
SADY POMALUJE, LASY PRZEMIENI,
A GDY ODEJDZIE GDZIEŚ
W OBCE KRAJE,
ŚNIEŻNA ZAWIEJA PO NIEJ ZOSTAJE.

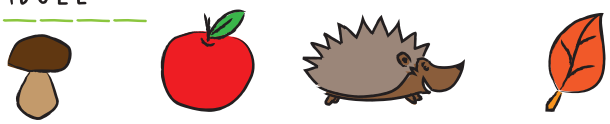
CO TO JEST? ODGADNIJ!
LECI TYLKO W DÓŁ.
JEST TYLKO NA DWORZE.
SUCHY BYĆ NIE MOŻE.

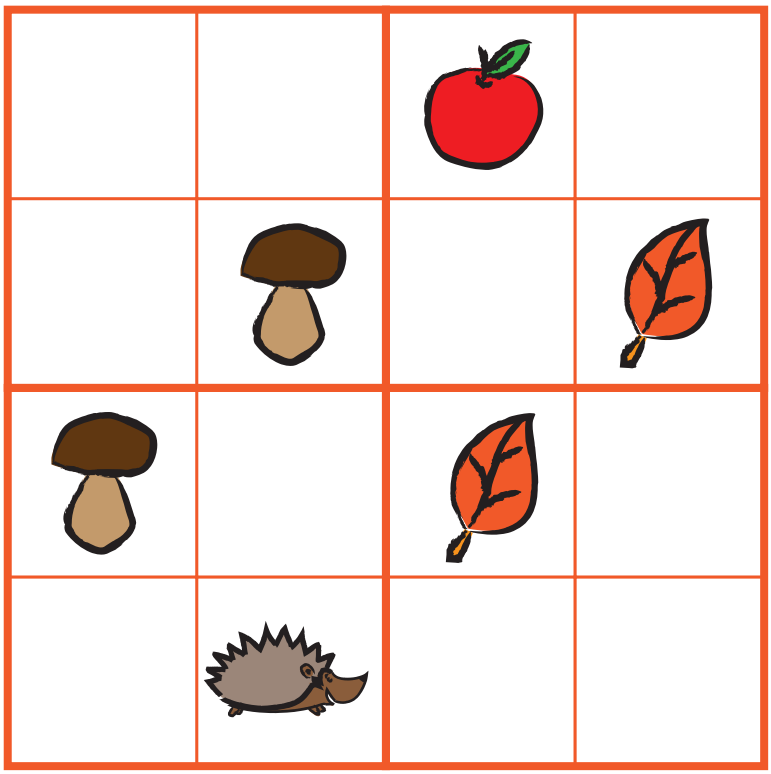
WIOSNĄ W ZIELEŃ WPLOTŁA
BIAŁYCH KWIATÓW LIŚCIE.
TERAZ MA KORALE, A ZGUBIŁA LIŚCIE.

MA NÓŻKĘ, NIE MA BUTA.
MA KAPELUSZ NIE MA GŁOWY.
CZASEM GORZKI I TRUJĄCY,
CZĘŚCIEJ SMACZNY JEST I ZDROWY.

JESIENNE SYMBOLE

UZUPEŁNIJ KRATKI, TAK BY KAŻDY SZEREG, KOLUMNA I MAŁY KWADRAT ZAWIERAŁY PO JEDNYM Z SYMBOLI





ZNAJDŹ 7 WYRAZÓW ZWIĄZANYCH Z JESIENIĄ

B	I	K	W	L	P	W	A	H	L	N
G	C	D	E	S	Z	C	Z	Q	I	J
R	L	A	T	E	M	W	O	V	Ś	F
Z	K	L	J	E	Ż	S	E	G	C	D
Y	J	N	M	A	K	D	G	E	I	K
B	K	A	S	Z	T	A	N	Y	E	L
Y	A	I	Q	H	K	C	M	L	C	O
I	W	B	N	P	A	R	A	S	O	L
A	Ż	O	Ł	Ę	D	Z	I	E	I	B

ZGADYWANKI

JESIENIĄ W SADZIE DOJRZAŁO,
RUMIANE, OKRĄGŁE ZAPACHNIAŁO
NIEDALEKO OD DRZEWA PADA,
KAŻDY JE Z OCHOTĄ ZJADA.

SKACZE PO LESIE, Z WIELKIEJ UCIECHY,
ŻE MA W SPIŻARNI SMACZNE ORZECHY.
ZEBRAŁA JE JESIENIĄ,
GDY DRZEWA NA ZŁOTO SIĘ RUMIENIĄ.

TO MIESIĄC SMUTNY TAKI,
BO ODLECIAŁY JUŻ PTAKI,
I LIŚĆ OSTATNI JUŻ OPADŁ.
TEN MIESIĄC ZWIE SIĘ ...

WIOSNĄ ZIELONO ROSNĄ,
LATEM - GADAJĄ Z WIATREM,
JESIENIĄ - BARWY ZMIENIĄ,
A ZIMĄ - ŚNIĄ POD PIERZYNĄ.

CO TO ZA OGRODNIK? KONEWKI NIE MIEWA,
A PODLEWA KWIATY, WARZYWA I DRZEWA.

BERECIK CZERWONY W BIAŁE KROPECZKI.
NIE CHCĄ GO BRAĆ DZIECI
ANI WIEWIÓRECZKI.

JESIENIĄ NA GRUSZY,
DUŻO GRUSZEK BĘDZIE
A CO BĘDZIE NA DĘBIE? WIADOMO...

CO TO ZA KŁĘBUSZEK
W LIŚCIACH SOBIE LEŻY?
MA ON DŁUGIE KOLCE, NAZYWA SIĘ ...

NA OGONIE ZŁOTA GŁOWA
SMACZNE ZIARNKA W SOBIE CHOWA.

Redaguje: **Tomasz Janeczko**

Katar
niejedno ma imię

Jesień w natarciu, a jesień to okres częstszych wizyt u lekarza. Infekcje górnych dróg oddechowych, bóle gardła, gorączka, kaszel, katar. No właśnie katar. Objaw z pozoru banalny, ale często bardzo dokuczliwy.

Któż z nas (lekarze także) nie doświadczył, gdy leci z nosa, pieką oczy i generalnie wszystko wydaje się do kitu. Istnieje ludowe powiedzenie, że katar leczony lub nieleczony trwa tyle samo, czyli 7 dni. Generalnie tak, ale w medycynie jak zwykle, nie wszystko jest oczywiste. Wracam po raz kolejny do podkreślanej przeze mnie opinii, że każdy człowiek jest odrębną jednostką i jego dolegliwości należy traktować indywidualnie. Jedna osoba będzie katar znosiła dzielnie, ktoś inny odwiedzi kilka razy lekarza, u jednego katar będzie objawem banalnej infekcji przeziębieniowej, u kogoś innego objawem poważniejszego schorzenia.
Tak więc tym razem nieco rozważań na temat z pozoru banalnego objawu, który może znacząco uprzykrzyć dzień codzienny.

JAK POWSTAJE KATAR

„Katar" znajdujący się w jamach nosa, to wynik nadprodukcji wydzieliny śluzowej o rzadkiej konsystencji. Jego najbardziej nieprzyjemny objaw to nagromadzona w nosie wydzielina, która utrudnia lub wręcz uniemożliwia nam oddychanie nosem, powoduje kichanie, blokuje zmysł smaku i zapachu. Katar potrafi utrzymywać się przez kilka dni. Bywa, że towarzyszy mu stan podgorączkowy i ból głowy. Nieżyt nosa może mieć różne przyczyny. Wyróżniamy chociażby nieżyt o pochodzeniu alergicznym, który ma podłoże uczuleniowe w zależności od sezonu. Katar alergiczny to ok. 30% wszystkich rodzajów kataru. Czynnikiem alergicznym są pyłki, sierść zwierząt i inne czynniki. Z kolei katar infekcyjny szerzy się poprzez zakażenia wirusowe, czasami towarzyszy mu gorączka. Do innych rodzajów kataru zaliczamy także katar polekowy i hormonalny.

W pewnych sytuacjach pacjenci skarżą się na katar i spływanie śluzu, którego ilość i skład są prawidłowe. Do tej grupy należą najczęściej osoby chrapiące, u których dochodzi do obrzęku języczka. Chorzy ci wyczuwają w okolicy podniebienia miękkiego gęstą i oblepiającą gardło wydzielinę, która gromadzi się zwłaszcza nad ranem. Starając się jej pozbyć, pacjenci odchrząkują lub posapują, co wywołuje wibracje podniebienia miękkiego. Może się to rozwinąć w nawyk, który z kolei wpływa na nadwrażliwość podniebienia na spływanie do gardła nawet prawidłowej wydzieliny. U osób chrapiących obserwuje się tendencję do zagęszczania się śluzu. Powietrze, którym osoba chrapiąca oddycha przez usta, wysusza błonę śluzową oraz śluz zalegający w nosogardle, gardle środkowym i jamie ustnej. Niektórzy pacjenci są przekonani, że połykanie wydzieliny jest niezdrowe, więc wypluwają ją po odchrząknięciu. Warto wyjaśnić, że wydzielina w gardle jest obojętna dla zdrowia i można ją połykać bez negatywnych konsekwencji.

PRZYCZYNY

Powierzchnię jamy nosa wyściela błona śluzowa pokryta ochronną warstwą śluzu. Spełnia on niezwykle ważną funkcję dla całego układu oddechowego, ponieważ substancje w nim zawarte neutralizują wirusy i bakterie, które atakują organizm. Ponadto gruczoły błony śluzowej produkują płyn nawilżający, ogrzewający i oczyszczający powietrze. W niekorzystnych warunkach funkcjonowanie błony śluzowej może ulec zaburzeniu. Dochodzi wtedy do skurczu naczyń, co powoduje niedostateczne ukrwienie i wiąże się z niedostateczną ilością i składem jakościowym warstwy ochronnej śluzu. Dlatego też wirusy lub bakterie mogą wtedy łatwo spowodować zachorowanie.

DO PRZYCZYN KATARU I NIEŻYTU NOSA NALEŻĄ:

- **wychłodzenie organizmu,** np. w chłodne jesienne dni;
- **osłabienie odporności;**
- **przeziębienie;**
- **przemęczenie fizyczne;**
- **przepracowanie;**
- **niedożywienie;**
- **stres;**
- **niekorzystne warunki atmosferyczne.**

Pod wspólną nazwą „nieżyt nosa" kryją się trzy różne rodzaje kataru

powodowany przez wirusy;

powodowany przez bakterie

(infekcje bakteryjne, np. nadkażenie błony śluzowej nosa uprzednio zakażonej przez wirusy);

katar alergiczny (tzw. katar sienny)

jest jednym z objawów alergii i powstaje jako efekt kontaktu z alergenem, np. z pyłkami roślin czy drzew.

RHINOWIRUSY
odpowiedzialne za powstanie nieżytu nosa mają bardzo krótki okres wylęgania – od kontaktu z wirusem do wystąpienia pierwszych symptomów dolegliwości mija 24-48 godzin.

OBJAWY

- pojawia się kichanie, drapanie w gardle i w nosie;
- błona śluzowa nosa staje się przekrwiona i obrzęknięta;
- nos jest zatkany i niedrożny; pojawiają się trudności w oddychaniu;
- w okolicach zatok szczękowych i czołowych pojawia się uczucie ucisku;
- pojawia się łzawienie z oczu;
- następuje spadek apetytu;
- nieżytowi nosa towarzyszą bóle głowy, bóle kostno-stawowe i ogólne złe samopoczucie.

Jeśli nieżyt nosa nie trwa dłużej niż 10 dni (katar zwykle trwa 5-7 dni), wystarczą lekkostrawna dieta i picie dużej ilości płynów. Później jednak pomocna może być wizyta u lekarza.

Przewlekły nieżyt nosa

Przewlekły nieżyt nosa jest dolegliwością zapalną błony śluzowej nosa, która utrzymuje się u chorego ponad 12 tygodni. Może być następstwem ostrych i powtarzających się zakażeń wirusowych nosa i zatok przynosowych. Przewlekły nieżyt nosa może mieć różne formy, a nieleczony prowadzi do wielu powikłań. W połowie przypadków to wirusy (nie bakterie) mają wpływ na powstawanie dolegliwości. Ponadto czynnikami mogącymi wpływać na przewlekły charakter choroby są alergie lub wady w budowie anatomicznej, np. skrzywienie przegrody nosa, polipy nosa. Oprócz tego przewlekły nieżyt nosa może wynikać ze stosowania niektórych preparatów:

- psychotropów,
- leków na nadciśnienie tętnicze,
- środków pobudzających współczulny układ nerwowy,
- rezerpiny,
- hormonów,
- środków antykoncepcyjnych

METODY ŁAGODZĄCE

W zależności od przyczyny nieżytu nosa różne może być zabarwienie wydzieliny nosowej. Tak np., jeżeli wydzielina jest rzadka i przezroczysta – wskazuje to na infekcję wirusową, natomiast lepka, gęsta, żółto-zielona – na infekcję bakteryjną. Zielono-brunatna wydzielina może być wynikiem zapalenia zatok. W przypadku, gdy w wydzielinie pojawia się krew – może wskazywać to na poważniejsze choroby układu oddechowego, np. gruźlicę.

Nie istnieją środki farmakologiczne, których przyjmowanie zapobiegałoby rozwojowi nieżytu nosa. Leczenie kataru jest objawowe i polega wyłącznie na łagodzeniu skutków kataru, gdyż organizm jest w stanie sam sobie poradzić z wirusem. Nieżyt nosa jest stosunkowo niegroźną chorobą, choć nieleczony może stać się przyczyną zapalenia zatok przynosowych, uszu lub nawet zapalenia oskrzeli i płuc. Przebycie kataru nie daje żadnej odporności na kolejne zachorowanie, stąd nawracające infekcje.

DO METOD ŁAGODZĄCYCH NIEŻYT NOSA NALEŻĄ:

- stosowanie kropli do nosa – krople do nosa można stosować maksymalnie przez 5-7 dni, gdyż wysuszają one błonę śluzową;
- zażywanie tabletek do ssania oraz płynów do płukania gardła, np. rumianku i szałwii;
- przyjmowanie zwiększonych dawek witaminy C, rutyny i wapnia – łagodzą skutki kataru i skracają czas jego trwania, wzmacniając i uszczelniając osłabione ściany naczyń krwionośnych;
- smarowanie nosa preparatami zawierającymi wazelinę lub maścią witaminową;
- inhalacje na katar z dostępnych w aptece olejków eterycznych;
- częste wydmuchiwanie nosa;
- stosowanie irygacji nosa roztworami soli fizjologicznych najlepiej z dodatkiem dwuwęglanu sodu.

Chociaż nieżyt nosa nie jest bardzo poważnym schorzeniem, nie należy go lekceważyć. W przypadku, gdy utrzymuje się długo, warto skonsultować się z lekarzem.

lek. med. Marcin Mazur
specjalista chorób wewnętrznych

Senior
w gabinecie stomatologicznym

Według WHO w latach 2011-2012 polskie gabinety odwiedziło 25% naszych seniorów, podczas gdy w Europie Zachodniej tylko 20% osób w podeszłym wieku nie skorzystało z porady stomatologa.

Nigdy nie jestem za stary na nowe wybory!

Nigdy nie jest za późno na zmianę przyzwyczajeń i nowe priorytety. Należy pamiętać, że w starszym wieku pojedyncze lub większe braki zębowe mogą generować szereg problemów. Zabiegi z zakresu chirurgii, ortodoncji czy implantologii podnoszą jakość życia, na której zależy każdemu bez względu na wiek. Starzenie się organizmu jest procesem modyfikowanym przez wiele czynników, na które mamy większy lub mniejszy wpływ.

Z wiekiem wzrasta ryzyko występowania wielu schorzeń, do których należą:

- **próchnica korzeni zębów**
- **suchość w jamie ustnej** (kserostomia)
- **grzybica jamy ustnej** (kandydoza)
- **przewlekłe periodontopatie**
- **zespół palących ust** (BMS)
- **rak jamy ustnej**
- **zmiany zmysłów smaku i węchu**

Próchnica korzenia

W związku z obniżaniem się elastyczności i jakości dziąseł oraz uwidacznianiu się części korzeniowej zębów (często w wyniku zaniedbań higienicznych) dochodzi do próchnicy korzenia. Ma ona charakter bardziej przewlekły niż u osób młodych. Jej szczególną cechą jest również to, że bardzo późno daje jakiekolwiek objawy.

Suchość jamy ustnej

Jedną z przyczyn kserostomii jest po prostu starzenie się organizmu. Wraz z wiekiem dochodzi do zmian zwyrodnieniowych ślinianek, a co za tym idzie, zmniejszenia wydzielania śliny. Niestety, pociąga to za sobą zwiększone ryzyko próchnicy. Do innych przyczyn zmniejszonego wydzielania śliny należą choroby ogólnoustrojowe, takie jak np. niewyrównana cukrzyca lub przyjmowane leki (przeciwdepresyjne, moczopędne, obniżające ciśnienie krwi, podawane w chorobie Parkinsona). Dodatkowo czynnikami zmniejszającymi wydzielanie ślinianek są niedobory witamin z grupy B, żelaza czy też radioterapia w obrębie głowy i szyi w przebiegu chorób nowotworowych.
U osób starszych obserwuje się mniejsze uczucie pragnienia, dlatego suchość w jamie ustnej może być również po prostu spowodowana wypijaniem zbyt małej ilości płynów w ciągu dnia.

Grzybica jamy ustnej

Najczęściej schorzenie to występuje u osób noszących protezy częściowe lub całkowite i pozostawiające je w jamie ustnej na noc. Dodatkowym problemem osób starszych jest również grzybiczo-bakteryjne zapalenie kątów ust spowodowane brakiem uzębienia i nie użytkowaniem protez lub noszeniem uzupełnień o obniżonej wysokości zwarcia (tzn. mocno zużytych).

Zespół palących ust

Charakteryzuje się występowaniem subiektywnych dolegliwości w postaci pieczenia, palenia i drętwienia błony śluzowej jamy ustnej. W badaniu jamy ustnej nie obserwuje się jednak żadnych zmian patologicznych. Zespół palących ust jest dość powszechną chorobą seniorów, niestety, przyczyna jej powstania jest do tej pory nieznana.

Zaburzenia smaku i węchu

Proces starzenia się człowieka obejmuje również zmiany w funkcjonowaniu zmysłu smaku i węchu. W wyniku zaniku kubków smakowych dochodzi do zmniejszenia łaknienia i – co się z tym wiąże – niedożywienia. Nieprawidłowe odczuwanie smaku/węchu potraw jest również przyczyną nadmiernego spożycia cukru i soli, a to z kolei może sprzyjać rozwojowi nadciśnienia i otyłości.

Zapalenie przyzębia

Do powstawania przewlekłego zapalenia przyzębia w podeszłym wieku przyczynia się osteoporoza oraz fakt, że obecnie osoby starsze dłużej zachowują własne zęby. Przyspieszony zanik kości wokół zęba może być również następstwem jego przeciążenia w trakcie żucia, gdy na przykład brak jest zębów sąsiednich (dlatego tak ważne jest wypełnianie każdego usuniętego zęba uzupełnieniem protetycznym). Choroby przyzębia mają u seniorów z reguły charakter przewlekły, choć może dojść do nagłego jego zaostrzenia np. w wyniku pojawienia się choroby ogólnej lub w wyniku sytuacji stresowej.

Rak jamy ustnej

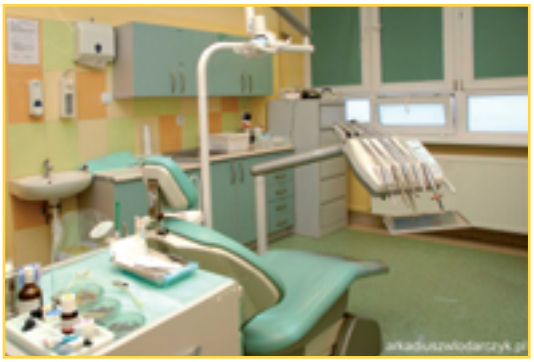
Występowanie nowotworów jest bezpośrednio związane z wiekiem. Nowotwory jamy ustnej stanowią 2% wszystkich złośliwych guzów w organizmie. Choroba trzy razy częściej dotyka mężczyzn niż kobiety. Do grupy zwiększonego ryzyka należą osoby palące papierosy i nałogowo pijące alkohol. Blisko 3/4 raków obserwowanych jest u osób powyżej 60 roku życia. Najczęściej nowotwory umiejscowione są na wargach i języku (40%), na dnie jamy ustnej, policzkach i dziąsłach. Nowotwory jamy ustnej mają zwykle dość szybki przebieg, dlatego tak ważne jest okresowe kontrolne badanie jamy ustnej (raz w roku, a dla osób z grup ryzyka nawet co pół roku – dotyczy to wszystkich pacjentów, również tych bezzębnych!).

Niestety, w Polsce pokutuje jeszcze przeświadczenie, że jesień życia musi wiązać się z całkowitą lub przynajmniej częściową utratą zębów. Prawdą jest, że ryzyko utraty zębów u seniorów jest wyższe niż u osób młodych. Faktem jest również to, że jak mocne są nasze zęby, to cecha w dużej mierze indywidualna a predyspozycje do próchnicy i chorób przyzębia są w pewnej części dziedziczone po przodkach. Na geny nie mamy wpływu. To, na co mamy wpływ, to nasza dbałość o higienę jamy ustnej i nasze nawyki, bo troska o zdrowie jamy ustnej to równie ważny element profilaktyki, jak kontrola ciśnienia, poziomu cukru we krwi czy badanie wzroku.

Joanna Murawska
lekarz stomatolog
Przychodnia Centrum
w Strachówce

PORADNIA STOMATOLOGICZNA CENTRUM
Mińsk Mazowiecki, ul. Piłsudskiego 42A

zapisy: tel. 25 759 05 80



STOMATOLOGIA ZACHOWAWCZA
STOMATOLOGIA ESTETYCZNA
- kosmetyczne wypełnienia (kompozyty światłoutwardzalne)

PROFILAKTYKA PRÓCHNICY
- lakierowanie zębów lakierem fluorowym
- lakowanie
- lapisowanie

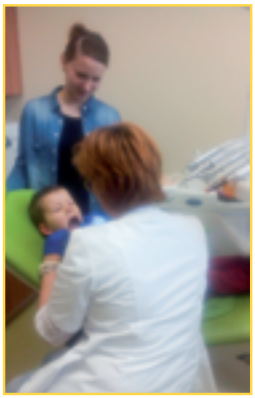
STOMATOLOGIA DZIECIĘCA
PERIODONTOLOGIA
- usuwanie osadu i kamienia nazębnego
- leczenie chorób dziąseł

ENDODONCJA
CHIRURGIA STOMATOLOGICZNA

PORADNIA STOMATOLOGICZNA
PRZYCHODNIA CENTRUM w Strachówce
ul. Norwida 7, 05-282 Strachówka

zapisy: tel. 25 785 69 01

- **STOMATOLOGIA ESTETYCZNA**
- **STOMATOLOGIA DZIECIĘCA**
- **PROTETYKA**
- **CHIRURGIA STOMATOLOGICZNA**
- **PERIODONTOLOGIA**



PORADNIA STOMATOLOGICZNA
PRZYCHODNIA CENTRUM w Hołubli
ul. Siedlecka 68, 08-107 Paprotnia

zapisy: tel. 25 631 31 21

MORFOLOGIA
może uratować życie

RAPORT NIK O BADANIACH LABORATORYJNYCH

Badania laboratoryjne są najtańszym i najłatwiej dostępnym źródłem informacji medycznej. Tymczasem nakłady ponoszone na ten cel w Polsce są wielokrotnie niższe niż w krajach wysokorozwiniętych. Niestety w Polsce nadal wykonuje się za mało badań laboratoryjnych w ramach świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, a ograniczenie dostępu do nich wynika m.in. ze sposobu finansowania – alarmuje NIK.

Niewykonanie badań laboratoryjnych we wczesnym stadium choroby, powoduje, że wraz z jej zaawansowaniem rosną koszty leczenia pacjenta. NIK zwraca również uwagę, że nie stworzono rejestru i wyceny badań laboratoryjnych oraz powszechnie obowiązującego systemu licencjonowania medycznych laboratoriów diagnostycznych, powiązanego z oceną jakości badań.

Znaczenie diagnostyki laboratoryjnej

Celem diagnostyki laboratoryjnej jest dostarczenie jak najbardziej wiarygodnej i wyczerpującej informacji medycznej o stanie zdrowia pacjenta, na określonym etapie postępowania diagnostycznego lub terapeutycznego. **Badania laboratoryjne stanowią najtańsze źródło informacji diagnostycznej - są podstawą około 60 proc. decyzji lekarskich, generują średnio 3,3 proc. kosztów opieki zdrowotnej (wyniki kontroli NIK)**, co przy właściwym doborze oraz należytej interpretacji wyników czyni je jednym z elementów decydujących o skuteczności i ekonomicznej efektywności ochrony zdrowia.

Diagnostyka in vitro (proces przeprowadzania badania poza organizmem w warunkach laboratoryjnych) **stanowi zasadniczą część opieki zdrowotnej. W medycynie prewencyjnej** jest stosowana w celu oceny ryzyka wystąpienia choroby lub wykrywania jej wczesnej, bezobjawowej fazy, natomiast **w medycynie naprawczej** ma decydujące znaczenie przy podejmowaniu decyzji lekarskich dotyczących rozpoznawania chorób, leczenia oraz monitorowania jego przebiegu.

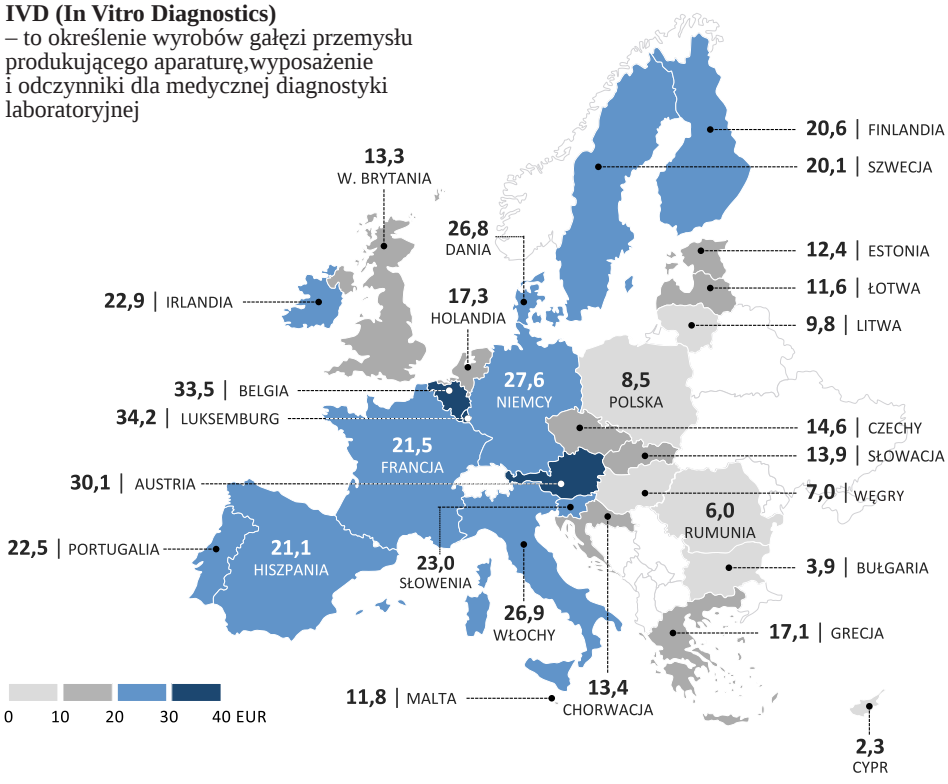
Rynek diagnostyki laboratoryjnej w Polsce

W Polsce zarejestrowano 2.700 diagnostycznych laboratoriów medycznych, o zróżnicowanej wielkości i różnych zakresach badań. W stosunku do 2014 r. ich liczba wzrosła o 14. W naszym kraju na 100 tys. mieszkańców przypada 7 laboratoriów i nie obserwujemy istotnego zróżnicowania terytorialnego w ich rozmieszczeniu na poziomie województw. Najwyższy wskaźnik odnotowujemy w województwie wielkopolskim (8,34), a najniższy w pomorskim (5,33).

W Polsce diagnostyka laboratoryjna jest niedoceniania, a nakłady w zakresie dostaw wyrobów do diagnostyki laboratoryjnej na tle krajów Unii Europejskiej są niewielkie – wynoszą jedynie 8,5 euro na osobę (dane z 2015 r.), podczas gdy np. w Słowenii jest to 23 euro, w Austrii 30 euro, a w Belgii 33,5 euro.

Nakłady na IVD na 1 mieszkańca w krajach UE w 2015 r. (w euro)

IVD (In Vitro Diagnostics)
– to określenie wyrobów gałęzi przemysłu produkującego aparaturę,wyposażenie i odczynniki dla medycznej diagnostyki laboratoryjnej



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych European IVD Market Statistics, EDMA, Raport 2015.

Rozwój rynku w zakresie dostaw wyrobów do diagnostyki laboratoryjnej (IVD) w Polsce jest niezbędny dla zapewnienia wymaganej jakości świadczeń medycznych. W 2015 r. nastąpił wzrost wydatków na diagnostykę laboratoryjną o ponad 6% w stosunku do 2014 r. i o 14% w stosunku do 2013 r. Zachwianie rynkiem w 2012 r. związane było z wejściem w życie ustawy refundacyjnej (na liście refundacyjnej nie zamieszczono testów paskowych do glukometrów produkowanych przez czołowych producentów). Wartość dostaw zmniejszyła się wówczas o prawie 15% w stosunku do roku poprzedniego.

Największą część rynku diagnostyki laboratoryjnej w Polsce, pod względem wartości, stanowi sprzedaż odczynników, których udział w latach 2010-2015 wynosił od 86 do 90%.

Najważniejsze ustalenia kontroli

W Polsce wykonuje się za mało badań laboratoryjnych w ramach świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Do tej pory **nie ma w Polsce wycen badań laboratoryjnych,** dokładnie **nie wiadomo** nawet, **ile się ich w kraju wykonuje. Nie ma też rejestru badań laboratoryjnych.** Wciąż **brakuje powszechnego, obowiązującego systemu licencjonowania laboratoriów, powiązanego z oceną jakości badań.**

Świadczenia diagnostyki laboratoryjnej nie są przedmiotem odrębnego kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia (z wyjątkiem badań genetycznych). Konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej, w raportach rocznych za 2014 i 2015 r., występował m.in. z postulatem zmiany systemu finansowania badań diagnostyki laboratoryjnej, które powinny być finansowane bezpośrednio przez NFZ lub z wydzielonej puli lekarza rodzinnego.

W podstawowej opiece zdrowotnej, przychodniach specjalistycznych i leczeniu szpitalnym nie ma wyodrębnionej puli środków przeznaczonych na finansowanie badań diagnostycznych. Koszty wykonywanych badań diagnostyki laboratoryjnej zawierają się w kosztach ogółem.

W latach 2015-2016 **udział kosztów badań laboratoryjnych w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej ogółem w kontrolowanych placówkach kształtował się na poziomie średnio 3,3%** (od 0,02% przy świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie do 6,3 proc. w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej).

Najwięcej badań laboratoryjnych wykonywano w ramach leczenia szpitalnego. Stanowiły one 85 proc. spośród wszystkich sprawozdawanych do NFZ, co świadczy o wykorzystywaniu badań diagnostyki laboratoryjnej przede wszystkim w medycynie naprawczej. W **podstawowej opiece zdrowotnej** największy udział miały badania biochemiczne i immunochemiczne (prawie 70%), a najmniejszy udział badania mikrobiologiczne (1,2%) i badania kału (0,9%).

Badania laboratoryjne tylko w znikomym stopniu wykorzystywane są w medycynie profilaktycznej, co w ocenie NIK może mieć wpływ na dynamiczny wzrost kosztów refundacji leków (w 2015 r. wzrost o ponad 16% w stosunku do 2012) **Niewykonanie badań laboratoryjnych we wczesnym stadium choroby w wielu wypadkach może bowiem powodować, że wraz z jej zaawansowaniem rosną koszty leczenia pacjenta.**

Co więcej **medyczne laboratoria diagnostyczne są postrzegane** przez kierujących placówkami leczniczymi **jako źródło kosztów,** a nie jako ważny instrument umożliwiający prawidłowe leczenie, krótszą hospitalizację czy szansę na uniknięcie powikłań, a więc w rezultacie także mniejsze nakłady na leczenie. **W konsekwencji szpitale często dążą do wyprowadzenia laboratoriów poza własną strukturę** (outsourcing), w celu stworzenia możliwości wyboru najtańszej opcji oferowanej przez podmioty zewnętrzne.

Od kilku lat występuje **trend spadkowy udziału laboratoriów publicznych w całkowitej liczbie laboratoriów.** Ich udział zmniejszył się z 51,7% na koniec 2014 r. do 49,8% na koniec 2016 r. **Proces wydzielenia ze struktur szpitala obszaru diagnostyki laboratoryjnej odbywał się, w przeważającej mierze, bez przeprowadzenia szczegółowej analizy kosztów, a także skuteczności i efektywności takich decyzji.** Z danych Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych wynika, iż ok. 25 proc. szpitali (144 spośród 626 objętych badaniem) przekazało obsługę diagnostyki laboratoryjnej podmiotowi zewnętrznemu.

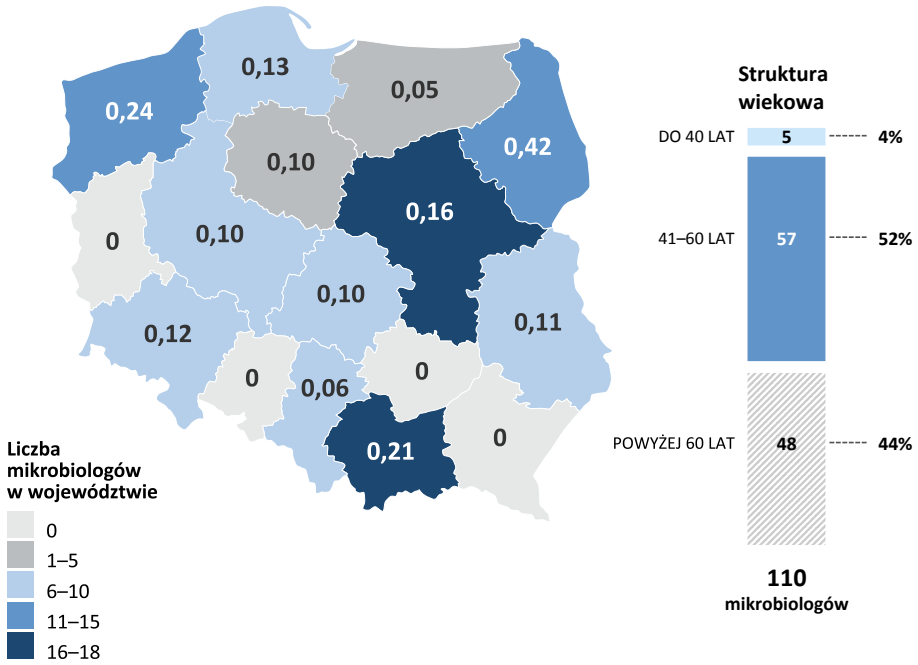
Pomimo licznie zgłaszanych wniosków i postulatów **Minister Zdrowia nie podejmował skutecznych działań zmierzających do poprawy efektywności funkcjonowania diagnostyki laboratoryjnej w systemie ochrony zdrowia. W ocenie NIK, bezczynność Ministra w tym zakresie mogła zagrażać właściwej jakości i dostępności wykonywanych świadczeń diagnostyki laboratoryjnej.**

NIK alarmuje, iż brakuje również lekarzy mikrobiologów – w Polsce jest tylko 110 specjalistów aktywnych zawodowo w tej dziedzinie medycyny.

W naszym kraju **aktywnych zawodowo mamy 14.435 diagnostów laboratoryjnych** i w porównaniu do 2014 r. ich liczba wzrosła o 1.085 diagnostów, z czego 3.152, tj. ok. 22 proc. posiada tytuł specjalisty m.in. z 13 dziedzin diagnostyki laboratoryjnej.

Źródło: www.nik.gov.pl

Liczba mikrobiologów przypadająca na 1 szpital



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej.

„Jesteśmy jedną rodziną

To miejsce wyjątkowe, jakiego próżno szukać na mapie Mazowsza. Dzienny Dom Opieki Medycznej w Mińsku Mazowieckim, stworzony w ramach unijnego projektu przez siedleckie Centrum Medyczno-Diagnostyczne, to szansa dla wielu seniorów, którzy po hospitalizacji pozostawieni są sami sobie. Tu odzyskują siły, pogodę ducha i wiarę w ludzi.

– Taka też była idea jego powstania – wyjaśnia dr Marta Kwaczyńska, specjalista medycyny rodzinnej. – Pobyt w naszej placówce to niepowtarzalna okazja do skorzystania z kompleksowej opieki dla osób starszych po 65 roku życia, które opuściły szpital i potrzebują szeroko rozumianego usprawnienia, a ich stan zdrowia jest na tyle dobry, że nie są unieruchomione w łóżku. To warunki ich przyjęcia. I choć te kryteria są dosyć sztywne, nie brakuje chętnych. Potrzeby są bowiem ogromne – polskie społeczeństwo się starzeje, przybywa osób niesamodzielnych, które nie zawsze mogą liczyć na wsparcie zarówno ze strony lekarzy podstawowej opieki medycznej, jak i najbliższych. W Dziennym Domu Opieki Medycznej, jedynej takiej placówce w powiecie mińskim, mają bezpłatny dostęp do specjalistów różnych dziedzin, którzy od 8.00 do 16.00 są wyłącznie do ich dyspozycji, by przywrócić ich do stanu sprzed hospitalizacji. Bo pobyt w szpitalu bardzo często pogarsza ich ogólne funkcjonowanie i prowadzi do niepełnosprawności – podkreśla doktor Kwaczyńska. – Tym różnimy się od innych placówek, świadczących podobne usługi – uzupełnia.

Pielęgniarka koordynująca, Iwona Wrzosek, odpowiedzialna za funkcjonowanie ośrodka, wylicza: – Naszymi podopiecznymi zajmuje się lekarz rodzinny, geriatra, lekarz rehabilitacji, fizjoterapeuta, psycholog, logopeda, pielęgniarka, opiekunka medyczna, psycholog i terapeuta zajęciowy. Współpracujemy również z lekarzami rodzinnymi pacjentów w celu modyfikacji ich leczenia i uzupełnienia diagnozy. Mamy także stały kontakt z opieką społeczną. Po kilkutygodniowym pobycie w placówce nasi podopieczni opuszczają ją silniejsi i fizycznie, i psychicznie – zapewnia Iwona Wrzosek.

– Wielu pacjentów przyszło do nas z laseczką albo o kulach, bez nadziei na diametralną poprawę, a po kilku dniach były one już niepotrzebne – śmieje się lek. Marta Kwaczyńska. – Tu zdarzają się małe cuda – przekonuje, przytaczając historię pani Sabiny, która na odchodne powiedziała, że czas, spędzony w DDOM, był najlepszym okresem w jej życiu…

Wrażliwość na osoby starsze jest istotną cechą cywilizacji. Cywilizacja będzie się rozwijała, jeśli potrafi szanować rozsądek, mądrość osób starszych.
– papież Franciszek

– Terapia seniorów pod kątem ich fizycznego usprawnienia jest niezwykle ważna, ale równie ważne są emocje, duchowość i relacje międzyludzkie – wtrąca Iwona Wrzosek. – To bardzo budujące, kiedy zgaszone oczy pacjenta, który do nas trafia na początku terapii, po kilku tygodniach na powrót stają się radosne i pełne zaufania. Wtedy czujemy, że nasza praca ma sens.

Tęsknią i wracają

Placówka, usytuowana w samym centrum Mińska, ale przy zacisznej ulicy Olsztyńskiej 2, działa zaledwie od lutego, a już zyskała miano miejsca przyjaznego seniorom. I choć jej podopieczni korzystają z jej usług przez parę tygodni, po przebytej kuracji chętnie tu zaglądają, by porozmawiać i spędzić kilka miłych chwil z personelem, który z taką troską się nimi zajmował. Na tablicy wywieszonej w korytarzu przytulnego budynku znajduję pocztówki z pozdrowieniami z całej Polski. „Tu jest bardzo dobrze, ale nie tak rodzinnie jak u was” – pan Krzysztof wysłał kartkę z nadmorskiego sanatorium.

– Pacjenci przywożeni są do ośrodka ze swoich domów około godziny 8.00 i do 16.00 mają zapewnioną kompleksową opiekę – wyjaśnia pielęgniarka Małgorzata Zdanowicz, oprowadzając mnie po budynku, zaadoptowanym na potrzeby seniorów. W żadnym momencie nie czuję się tutaj jak w typowej instytucji, potocznie nazywanej domem opieki. Przestronne, jasne sale do rehabilitacji, pokój do terapii zajęciowej z wyjściem do ogrodu, słoneczna jadalnia, gdzie spotykają się na wspólnym śniadaniu, obiedzie i podwieczorku. Starannie dobrane kolory pomieszczeń, wygodne szatnie i toalety oraz nienaganny porządek dopełniają obrazu całości.

Na każdym kroku widać ślady twórczej obecności pensjonariuszy. – Nasi pacjenci są bardzo utalentowani. Wielu z nich dopiero w jesieni życia odkrywa swoje pasje – zachwala Agnieszka Zagórska, terapeutka zajęciowa. – Mamy grupę kulinarną, prężnie działa grupa szydełkowa, lepimy różne rzeczy z gliny, a podpowiada nam pan Stanisław, który przez całe życie prowadził w Mrozach pracownię ceramiki i kaflarnię. Moje podopieczne wyczarowują przepiękne kwiaty z bibuły, przy nich ja też się wiele nauczyłam – śmieje się pani Agnieszka. – Nasza pani Gienia, która zna mnóstwo przyśpiewek, umila nam ten wspólny czas. A że bardzo interesuję się folklorem, jest dla mnie nieocenionym źródłem wiedzy o pieśniach z regionu Mińska Mazowieckiego – dodaje.

Uratowali mi życie

– Centrum Medyczno-Diagnostyczne uratowało mi życie – zwierza się pani Ewa, pochylona nad kolejną serwetką, którą w skupieniu szydełkuje. – Pewnego dnia przewróciłam się w domu, trafiłam do

szpitala, ale potem było mi bardzo trudno wrócić do równowagi. Dzięki temu ośrodkowi znowu stanęłam na nogi. Jestem bardzo wdzięczna całemu personelowi za opiekę i możliwość spędzenia w tym miejscu pięknych chwil.

– Tu jest bardzo dobrze – potwierdza pan Stanisław, projektant ceramiki, który ma na swoim koncie ponad 50 zatwierdzonych wzorów przez Komisję Ocen Artystycznych przy Ministerstwie Kultury. Po przebytym niedawno udarze powoli wraca do zdrowia i odzyskuje pamięć.

– Ja tutaj naprawdę odżyłem – wyznaje. – Wszyscy są bardzo mili i pomocni. Bardzo się cieszę, że trafiłem do tego miejsca.

Pani Irena w ostatnim roku trzy razy leżała w szpitalu. – Nie mogłam już chodzić. Przyszłam tutaj o lasce, ale już nie jest mi potrzebna – jej oczy pogodnieją.

– Nie mogę usiedzieć w miejscu, dlatego robię na drutach, której to sztuki nauczyła mnie ciocia. To mnie bardzo odpręża i relaksuje, inne panie mnie podpatrują i uczą się nowych wzorów. Wymieniamy się między sobą swoimi umiejętnościami. Jesteśmy jak jedna duża rodzina – dzień, dwa i już się zaprzyjaźniamy. Naprawdę tu jest fajnie – mówi z przekonaniem.

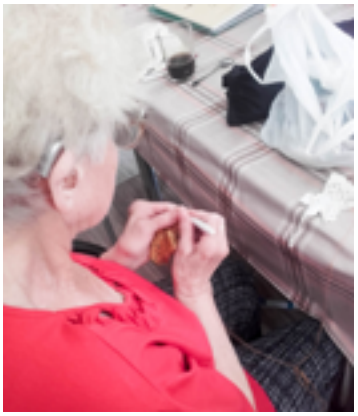
Dla rehabilitanta Dawida Chaciaka kontakt z seniorami to szkoła życia. – Dużo się od nich uczę – przyznaje. – I mądrości życiowej, i cierpliwości, i pokory wobec losu. Mam ogromną satysfakcję, kiedy widzę na mieście moich podopiecznych, którzy dobrze sobie radzą.

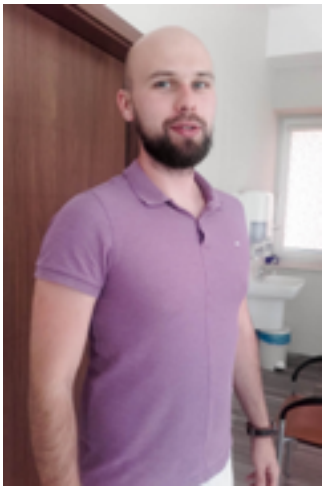
Co dalej?

Niestety, tego typu ośrodków brakuje w całej Polsce. Pojawia się też pytanie, co potem. – Projekt unijny, w ramach którego funkcjonuje nasza placówka, będzie realizowany tylko do końca czerwca 2018 roku. Co dalej, nie wiemy. Dobrze by się stało, by NFZ nadal kontraktował tego typu działalność. Ale błędów systemowych, braku porozumienia między ministerstwem zdrowia a ministerstwem rodziny, nie przeskoczymy – ubolewa lek. Marta Kwaczyńska. – Podczas pobytu w naszej placówce starsi ludzie nawiązują przyjaźnie, odzyskują chęć do życia i działania, ale po opuszczeniu DDOM w zasadzie nie mają gdzie się podziać. Apeluję do mińskich włodarzy, by pomyśleli o tych ludziach i pomogli im stworzyć miejsce spotkań, w którym mogliby kontynuować swoje pasje i godnie spędzać jesień życia – dodaje lekarka.

Dzienny Dom Opieki Medycznej, działający pod auspicjami Centrum Medyczno-Diagnostycznego w Siedlcach, to wzorcowa placówka. Niezwykle potrzebna i godna naśladowania. Miejmy nadzieję, że decydenci z ministerstwa zdrowia docenią wagę problemu, jakim jest wykluczenie – przez brak odpowiedniej opieki – osób starszych i schorowanych, i tego typu ośrodków będzie przybywać.

Tekst i zdjęcia: **Monika Mikołajczuk**





Niewydolność ŻYLNA

CHOROBA NASZYCH CZASÓW

Rozmowa z **dr n. med. Dariuszem Jabłońskim**, chirurgiem

Panie doktorze, trudno to sobie wyobrazić, ale długość wszystkich naczyń, którymi płynie krew w jednej nodze, wynosi 100 km. To prawdziwy rurociąg. Co świadczy o tym, że zaczyna on szwankować?
Pierwsze objawy, które świadczą o niewydolności żylnej, są przez nas uchwytne i dość charakterystyczne. Pojawia się ogólny dyskomfort nóg, uczucie ciężkości kończyn, nasilające się w ciągu dnia, najbardziej odczuwalne wieczorem, kurcze łydek w nocy i obrzęki, w dalszej kolejności tzw. pajączki naczyniowe (siateczka popękanych żyłek na skórze) i żylaki. Krańcowym etapem jest owrzodzenie goleni.

W którym momencie powinniśmy pomyśleć o wizycie u specjalisty?
Kiedy tylko pojawią się pierwsze symptomy choroby.

Na podstawie Pańskich wieloletnich doświadczeń i codziennej praktyki proszę powiedzieć, jaki jest stan żył Polaków?
Odpowiem w ten sposób: co drugi pacjent, który trafia do przychodni, ma chorobę żył, tylko o tym nie wie. Dlatego tak bardzo ważna jest rola lekarza rodzinnego, który powinien zwracać uwagę na wszelkie dolegliwości zgłaszane przez pacjenta i w razie potrzeby skierować go do chirurga, by ten zajął się dalszą diagnostyką i leczeniem. Przewlekła niewydolność żył jest chorobą cywilizacyjną i w tej materii nie różnimy się od reszty świata.

Dotyka ona niemal połowy kobiet w Polsce i około 37% mężczyzn. Czym wytłumaczyć te statystyki?
Bardzo prosto. Panie po prostu bardziej dbają o siebie, a o nogi zwłaszcza, częściej odwiedzają lekarza i stosują się do jego zaleceń. W ich przypadku przeważa efekt estetyczny, któremu podporządkowana jest cała reszta. Nogi to kobieca broń (śmiech). Bywały sytuacje, kiedy w środku nocy miałem telefon od zdesperowanej pacjentki, która jak najszybciej chciała usunąć żylaki. Panowie – no cóż. Im to specjalnie nie przeszkadza. Chodzą w spodniach (śmiech).

Czy to, że nosimy szpilki, ma znaczący wpływ na kondycję żył?
Zdecydowanie tak. Buty na wysokim obcasie wymuszają nienaturalną postawę ciała. Jeśli mięśnie łydki są napięte, stwarza to warunki do zaburzonego odpływu krwi. Zatem częste zakładanie szpilek może predysponować do powstawania żylaków.

Kobiety raczej ze szpilek nie zrezygnują, co Pan radzi, by zminimalizować uboczne skutki mody?
Zalecałbym chodzenie w maksymalnie 5-centymetrowych obcasach. Ważne jest też, by nie krzyżować ani nie zakładać nogi na nogę podczas siedzenia. Należy w miarę możliwości, jak najkrócej chodzić na wysokich obcasach i zdejmować szpilki w ciągu dnia. Bardzo dobrze sprawdzają się uciskowe pończochy bądź rajstopy. Po kilkugodzinnym noszeniu szpilek, panie powinny zdjąć obuwie, położyć się, a nogi unieść wyżej niż poziom głowy. Nie zaszkodzi też masaż łydek i „schłodzenie" ich zimną wodą.

Panie doktorze, proszę wyjaśnić naszym Czytelnikom, jakie czynniki zwiększają ryzyko powstania niewydolności żylnej?
Na pewno należą do nich skłonności rodzinne, czyli predyspozycje genetyczne, niewłaściwy tryb życia, czyli niska aktywność fizyczna – brak ruchu doprowadza do zastoju krwi w żyłach; niewłaściwa dieta, otyłość, coraz boleśniej dotykająca młodego pokolenia Polaków. Takim czynnikiem, mogącym predysponować do powstawanie żylaków, przy nakładających się innych czynnikach, jest również ciąża.

Wiele kobiet zażywa leki hormonalne, których skutki uboczne mogą prowadzić do zakrzepicy żył. Jaki jest mechanizm ich działania?
Leki hormonalne mogą mieć wpływ na ścianę naczynia żylnego i przepływ krwi. W takim naczyniu przepływ jest wolniejszy. Coś, co bardzo wolno płynie, szybciej krzepnie. Stąd mogą brać się zakrzepy. Podobnie jest z lekami antykoncepcyjnymi. Jeśli mamy wątpliwości związane ze stosowaniem preparatów hormonalnych i wpływem tych środków na układ żylny (rozwój przewlekłej niewydolności żylnej, zakrzepica żylna) to wydaje się, że wskazane byłoby zbadanie stanu żył przed rozpoczęciem terapii hormonalnej, a w trakcie stosowania hormonów okresowa kontrola stanu naszych żył.

Na czym polega diagnostyka w przypadku podejrzenia chorób żył?
Podstawowym, pierwszym badaniem, jest badanie kliniczne i wywiad, potem wdraża się badania nieinwazyjne – przede wszystkim jest to USG Dopplera, dzięki któremu możemy na

bieżąco obserwować przepływ krwi w kończynach dolnych. Lekarz wykonujący to badanie widzi, gdzie krew płynie wolniej, a gdzie szybciej, gdzie może się cofać, bo np. nie domykają się zastawki żylne. Badanie jest całkowicie bezbolesne i – na szczęście – powszechnie dostępne. Jest jeszcze wiele metod inwazyjnych, ale one dotyczą żył w ogóle, więc nie będziemy się na nich skupiać.

Na czym polega leczenie niewydolności żylnej?

By poprawić funkcjonowanie żył, stosuje się farmakoterapię, terapię uciskową i skleroterapię. Terapia uciskowa polega na stosowaniu różnego typu rajstop, podkolanówek i opasek elastycznych. Poprzez uciskanie kończyny przy pomocy stopniowanej kompresji, najsilniejszej w okolicy kostki i zmniejszającej się ku górze, pończochy uciskowe wspomagają powrót krwi żylnej do serca, zmniejszają ciśnienie żylne, zapobiegają zastojowi żylnemu i uszkodzeniu ścian żył oraz skutecznie redukują ból i uczucie ciężkich nóg poprzez wspomaganie organizmu w transportowaniu krwi w górę nóg, przeciwdziałając sile grawitacji. Z kolei skleroterapia polega na podaniu do żyły leku, który powoduje jej chemiczne podrażnienie, a tym samym miejscowy stan zapalny, a w konsekwencji jej zwłóknienie i zanik. Jest to skuteczna metoda, która nie wymaga hospitalizacji, niesie za sobą niskie ryzyko powikłań oraz daje zadowalający efekt kosmetyczny. Jednak w przypadku większych żylaków niezbędna jest interwencja chirurgiczna.

Panie doktorze, jak my sami, na co dzień, możemy zadbać o nasze żyły?

Może się powtórzę, ale przede wszystkim musimy zadbać o zdrowy tryb życia, czyli unikać otyłości, więcej się ruszać (wskazane jest bieganie, pływanie, jazda na rowerze czy zwykły spacer). O ile to możliwe, wybierać chodzenie po schodach zamiast windy. Ponieważ większą część czasu spędzamy siedząc przy biurku, powinniśmy robić sobie krótkie przerwy i ćwiczyć – polecam unoszenie się na palcach nóg tak, jak byśmy sięgali po książkę na półce. Warto też w ciągu dnia „wyciągnąć nogi po amerykańsku" – czyli ułożyć je powyżej linii serca, np. ze stopami na biurku.

Coraz więcej z nas podróżuje samolotem na długich dystansach, co niekorzystnie odbija się na kondycji żył. Po wyjściu z samolotu mamy opuchnięte i zdrętwiałe nogi (dotyczy to długiej podróży każdym środkiem lokomocji). Zdarzają się też w trakcie lotu zgony z powodu zatorów płuc… O czym powinniśmy pamiętać, zanim zdecydujemy się na taką podróż?

Faktycznie jest to problem. Przez długi czas o tych dolegliwościach mówiło się nawet jako o chorobie klasy ekonomicznej – w przeciwieństwie do biznesowej człowiek nie ma możliwości rozprostowania nóg w samolocie, przez co krew nie może swobodnie płynąć. Japończycy przed każdym lotem rozdawali swego czasu pasażerom podkolanówki uciskowe, co jest całkiem dobrym pomysłem. W przypadku osób, które miały już problemy związane z niewydolnością żylną, rozważyłbym podanie im przed podróżą leków przeciwzakrzepowych. Radzę też pić w trakcie lotu dużo wody i – o ile to możliwe – spacerować po pokładzie.

Mam wrażenie, że problem niewydolności żylnej jest dość słabo uświadamiany zarówno przez społeczeństwo, jak i przez państwo. Brakuje spektakularnych kampanii społecznych, które by zachęcały do badań i przybliżały skalę problemu…

To prawda. Brakuje takich kampanii. Mam nadzieję, że uda się wkrótce skonsolidować środowisko lekarzy oraz rządzących i wypracować wspólny plan działania, dzięki któremu będziemy skuteczniej walczyć z niewydolnością żylną.

Rozmawiała: **Monika Mikołajczuk**

„Cudze chwalicie, swego nie znacie?

KILKA SŁÓW O **POLSKIEJ KUCHNI**
cz. 2

Niestety, jak każda nacja, Polacy popełniają szereg **błędów żywieniowych.**
Oto najbardziej powszechne z nich.

NIEPRAWIDŁOWE KOMPONOWANIE **TŁUSZCZÓW W DIECIE**

Generalnie, Polacy jako społeczeństwo, dopuszczają się kilku grzechów kulinarnych w preferencjach konsumenckich dotyczących tłuszczów. Przede wszystkim, niestety, spożywamy za dużo tłuszczów. Tłuszcze nie powinny przekraczać 30% ogólnego dziennego zapotrzebowania na energię. Przeciętny dorosły człowiek potrzebujący 2000 kcal dziennie, musi więc dostarczyć swojemu organizmowi ok. 70 g tłuszczu, co jest równe 7 łyżkom oliwy z oliwek czy ok. 1/3 kostki masła. Warto pamiętać, że tłuszcze są obecne w wielu produktach – śmietanie, majonezie, mleku, musztardzie, mięsie, rybach, jajkach, a także produktach smażonych, np. frytkach. Wszystko to należy uwzględnić w dziennym bilansie żywieniowym. Posiłkując się przykładem – filet z piersi kurczaka smażony na małej ilości oliwy z oliwek zawiera w 100 g 239 kcal i 16,80 g tłuszczu, a smażony w panierce już 268 kcal i 19,20 g tłuszczu. Ważny jest także rodzaj spożywanych tłuszczów – wybierajmy dobroczynne dla naszego organizmu niskonasycone kwasy tłuszczowe (tzw. NNKT), zawarte m.in. w rybach, oliwie z oliwek, siemieniu lnianym, pestkach dyni i orzechach. Maksymalnie ograniczmy spożycie potraw smażonych, smalcu, słoniny, tłuszczu pozostałego po pieczeniu mięs oraz margaryn. Warto także dodać, że nie należy całkowicie wyeliminować tłuszczów z diety. Tłuszcz jest konieczny dla prawidłowej pracy organizmu, jest wyłącznym nośnikiem witamin tłuszczorozpuszczalnych, czyli A (odpowiadającej m.in. za dobry wzrok); D (odpowiadającej m.in. za układ kostny); E (tzw. witaminy piękności i płodności) oraz K (witaminy odpowiadającej za krzepliwość krwi). W kwestii spożycia tłuszczu możemy się uczyć od Hiszpanów. Warty przejęcia jest ich dobry zwyczaj polewania pieczywa oliwą z oliwek i na to kładzenia różnych dodatków, np. sałaty rukoli i chudej wędliny. Taka kanapka jest zdrowsza od pieczywa posmarowanego sztucznie utwardzaną margaryną i smakuje wybornie. Włosi także powoli zastępują ciężkie i tłuste majonezowe sosy do pizzy zdrową oliwą z oliwek z pierwszego tłoczenia.

ZBYT NISKI POZIOM **KONSUMPCJI RYB**

Do nieprawidłowych nawyków żywieniowych naszego kraju należy także zbyt niskie spożycie ryb. Niestety, wielu z nas ogranicza spożycie ryby tylko do piątku i Wigilii, a przecież rybie mięso to samo zdrowie – stanowią one wspaniałe źródło niskonasyconych kwasów tłuszczowych i witamin A, D, E i K. Dodatkowo są produktami niskokalorycznymi i wysokobiałkowymi, a więc bardzo polecanymi dla osób chcących zmniejszyć masę ciała lub uprawiających sport. Uczmy się od Skandynawów i zastępujmy rybami mięso jak najczęściej! W odniesieniu do ryb i owoców morza także obowiązuje zasada, że zwracamy uwagę na jakość ryb. Najzdrowsze są tłuste ryby morskie, np. halibut i chude ryby słodkowodne, np. pstrąg, szczupak. Uwaga – ryby mogą także stanowić żywieniową pułapkę! Warto poświęcić w tym miejscu kilka słów łososiowi i tuńczykowi – są to ryby o długim okresie życia i dużej masie. Tuńczyk pospolity, bardzo popularny w naszym nadwiślańskim kraju, żyje ok. 30 lat. Jego średnia jest równa ok. 2–2,5 metra, natomiast masa ciała wynosi ok. 350 kg. Nietrudno się domyślić, że tak duży okaz ryby w ciągu okresu swojego życia, jest w stanie skumulować w ciele dużo toksyn pochodzących z zanieczyszczonych wód oraz z pływających statków, w tym niestety także metali ciężkich, jak ołów, rtęć i kadm. Są to pierwiastki śladowo obecne w naszym organizmie, których dopuszczalny poziom może łatwo zostać przekroczony. Skandynawscy naukowcy wystosowali nawet apel, aby dzieci, młodzież i kobiety w wieku rozrodczym powstrzymały się od konsumpcji tuńczyka i łososia, gdyż zawarte w ich mięsie toksyny degradują układ nerwowy osób młodych a także płodu w okresie ciąży i karmienia piersią. Szczególnie wystrzegajmy się także konserw, gdyż mają mnóstwo niezdrowych dodatków. Uważajmy także na owoce morza – szybko się psują i wymagają odpowiednich technik przygotowania.

ZBYT DŁUGIE PRZERWY **MIĘDZY POSIŁKAMI**

Polskie przywiązanie do jedzenia w domu ma też, niestety, swoją ciemniejszą stronę. Zastanówmy się – ile razy zdarzało się, że na śniadanie dosłownie złapaliśmy kanapkę o godzinie 7 rano, a potem – w pracy i załatwiając po niej różne sprawy zapomnieliśmy o jedzeniu i naszym kolejnym posiłkiem była obiadokolacja o godzinie 18? Czy często bywa, że nasze dziecko przynosi przygotowaną przez nas kanapkę ze szkoły niezjedzoną z powrotem, bo podczas szkolnych zajęć nie miało czasu jej zjeść? Jeżeli taki schemat powtarza się często, to niestety oznacza, że wyrobiliśmy sobie nieprawidłowy zwyczaj w postaci zbyt długiego czasu pomiędzy jednym a kolejnym posiłkiem, który należy zwalczyć. Zbyt długie przerwy między posiłkami mogą prowadzić do problemów z koncentracją, niedoborów mikro- i makroelementów, a nawet do chorób metabolicznych (np. cukrzycy). Badania dowodzą, że dzieci, które jedzą drugie śniadanie w szkole, lepiej radzą sobie w nauce. Dlaczego? Odpowiedź jest prosta – ponieważ mają więcej sił do działania, gdyż dostarczyły organizmowi energii w porze dnia, kiedy jest ona potrzebna. Warto dbać o to, aby drugie śniadanie było odpowiednio zbilansowane. Dla młodego ucznia może być to kanapka z pełnoziarnistego pieczywa z chudą szynką i dowolnym warzywem, dla nastolatka – jedna z ostatnio modnych sałatek przygotowanych w formie lunchboxu, np. z sałaty lodowej, kawałków kurczaka i brązowego ryżu. Jeszcze jedna rada – jeżeli jest taka możliwość, to najlepiej niech nasze dziecko je obiady w szkole. Posiłki wydawane w szkolnej stołówce są bilansowane zgodnie z zaleceniami Polskiego Instytutu Żywności i Żywienia. Będziemy więc mieć pewność, że nasze dziecko spożywa zdrową, pożywną przekąskę w szkole. Nie zapominajmy też o sobie – na cały dzień pracy warto wziąć ze sobą coś konkretnego do jedzenia. Pozwoli to nam uniknąć sytuacji, kiedy po powrocie do domu, głodni jak przysłowiowy wilk, będziemy mieli ochotę zjeść przed pójściem spać całą zawartość lodówki. W przypadku regularności spożywania posiłków możemy wziąć przykład z Hiszpanów i Włochów – południowy posiłek (ok. godziny 12-14) jest na południu Europy świętością.

ZA WIELKA MIŁOŚĆ **DO SŁODYCZY**

Wg raportu CBOS z 2014 r. dotyczącego nawyków żywieniowych Polaków zdecydowana większość z nas (72% badanych) podjada między posiłkami słodycze i słone przekąski. Co piąty Polak pozwala sobie na słodkie przyjemności każdego dnia. Nie jest to jednak dobry nawyk. Po pierwsze, cukry proste zawarte w słodyczach są szybko wykorzystywane przez nasz organizm, który później domaga się kolejnej dawki szybkiej energii, co oznacza ponowną chęć sięgnięcia „po coś słodkiego". Po drugie, jedząc niezdrowe przekąski mamy mniejszy apetyt podczas głównego posiłku. Gdy nie dostarczymy organizmowi porządnej dawki wartości odżywczych na główny posiłek, wkrótce znowu będziemy głodni i nasz żołądek będzie dopominał się o obfity deser. Nietrudno domyślić się, że wszystko to prowadzi do nadwagi i otyłości przy jednoczesnym możliwym niedoborze niektórych pierwiastków i mikroelementów. W takim modelu żywienia większość koniecznej energii (a nawet jej nadmiar) pochodzi bowiem z niewłaściwych źródeł, tzn. przekąsek, a nie głównych posiłków. Warto też pamiętać, że słone przekąski zazwyczaj są bardzo obficie przyprawione, co może prowadzić do problemów dermatologicznych albo uczucia spuchnięcia spowodowanego zatrzymywaniem nadmiaru wody w organizmie. Wyeliminujmy więc z diety słodkie i słone przekąski, jak najrzadziej sięgajmy po codziennego „pączka do kawki"; a ciasta i torty jedzmy tylko od święta. W kwestii słodyczy warto wziąć przykład z Francuzów – prawie w ogóle nie spożywają oni ciast ani tortów, słyną natomiast z małych ciasteczek (tzw. paryskie makaroniki), kawałków nugatu oraz niewielkich pralin. Kluczem do sukcesu jest tutaj umiar – Francuzi wybierają bardzo niewielkie porcje jako słodki deser, ale przecież jedzenie smakuje lepiej, jak czujemy lekki niedosyt niż przesyt.

Podsumowując, zwyczaje żywieniowe Polaków na tle innych nacji nie są złe. Większość posiłków spożywamy w domu, unikamy dań typu fast food, staramy się sami przygotowywać dania i nie spieszyć z ich jedzeniem. Co więcej, na przestrzeni lat 1998 – 2014 wiele naszych nawyków żywieniowych zmieniło się na lepsze. Przede wszystkim coraz więcej z nas codziennie je śniadanie oraz przynajmniej jeden ciepły posiłek w ciągu dnia. Warto także zwrócić uwagę na to, że coraz więcej Polaków jest aktywnych fizycznie. Głównymi atutami naszej kuchni są zupy, wykorzystywanie świeżych sezonowych warzyw oraz ich odpowiednie wekowanie na zimę, używanie dużej ilości ziół korzystnie wpływających na trawienie, np. kminek, majeranek. Oczywiście jest też wiele rzeczy, które moglibyśmy zmienić. Ale przede wszystkim dbajmy o to, aby nasza młodzież wyniosła dobre nawyki żywieniowe z domu – pozwoli to jej uniknąć wielu chorób i cieszyć się dobrym zdrowiem i kondycją przez całe życie. Nie wpadajmy także w kompleksy – Francuzi, uważani przez Polaków za naród odżywiający się zdrowo i wykwintnie, mają najwyższy w Europie wskaźnik zachorowalności na marskość wątroby spowodowany, paradoksalnie, niewłaściwą dietą. Szkodliwe dla zdrowia obywateli francuskich są konkretnie tłuste sery i mięsa oraz ryzykowna konsumpcja alkoholu – małe ilości wina, ale dostarczane bardzo często. Z uśmiechem na ustach możemy więc chwalić polskiego schabowego – tylko w wersji dietetycznej, czyli z piersi kurczaka i bez panierki!

ZWYCZAJE ŻYWIENIOWE, KTÓRE WARTO PRZEJĄĆ **OD INNYCH NARODÓW**

ANGLIA: Spożywanie dużej ilości roślin strączkowych (fasola, groszek) obfitych w białko roślinne.

AZJA: Regularne spożywanie posiłków – zasada 5 posiłków w ilości „garści". Unikanie przejadania się.

WĘGRY: Jedzenie „czerwonego złota", czyli bogatej w substancje odżywcze papryki.

KRAJE ARABSKIE: Picie herbaty albo kawy po obfitym posiłku – wspomaga trawienie, szczególnie potraw tłustych.

GRECJA: Wykorzystywanie dużej ilości oliwy z oliwek.

FRANCJA: Celebrowanie posiłków. Poświęcenie uwagi potrawom i współbiesiadnikom, a nie telewizorowi czy książce podczas jedzenia.

SKANDYNAWIA: Zamiana mięsa na ryby bogate w niskonasycone kwasy tłuszczowe.

WŁOSI, HISZPANIE: Urozmaicanie potraw. Dbanie o estetykę podania potrawy – wtedy jemy również innymi zmysłami.

STANY ZJEDNOCZONE: Częste sięganie po orzechy.

HOLANDIA, BELGIA: Przygotowywanie dziecku owoców do szkoły zamiast słodkich i słonych przekąsek.

dr inż.
Teresa Borkowska
dietetyk

Jesienne dary

Gruszki w syropie

- 3 kg gruszek - obranych, pozbawionych gniazd nasiennych
- 1,5 kg cukru
- 1 szklanka octu
- 1 szklanka wody
- 15-20 goździków

Do dość dużego i szerokiego garnka wlać wodę i ocet, wsypać cukier, dodać goździki i gotować mieszając, aż cukier się rozpuści. Na gotujący syrop, wrzucić pokrojone w ćwiartki gruszki i na słabym ogniu gotować, aż nabiorą złocistego koloru i staną się lekko szkliste ok. 10-15 minut. Gorące gruszki wraz z zalewą wkładać do słoików (tak, by gruszki były zakryte zalewą). Słoiki zakręcić, nie pasteryzować.

Makaron
z cukinią i kurkami

- 150 g tartej cukinii
- 150 g kurek
- 120 g makaronu w kształcie rurek
- 1 łyżka masła
- 1 łyżka oliwy extra vergine

SOS
- 1/3 szklanki śmietanki kremówki 36% lub 30%
- szczypta nitek szafranu
- 2 żółtka
- świeżo zmielony pieprz
- szczypta soli morskiej

Przygotować sos: wymieszać śmietankę z szafranem, żółtkami, solą i pieprzem, odstawić. Kurki oczyścić gąbeczką krótko płucząc pod bieżącą wodą, osuszyć na ręczniku. Większe kurki pokroić na mniejsze kawałki. Nastawić makaron. Rozgrzać patelnię z masłem i oliwą, wrzucić kurki oraz startą na tarce cukinię, smażyć na dość dużym ogniu co chwilę mieszając, przez około 5 minut, dodać odcedzony makaron, wymieszać. Odstawić patelnię z ognia i wlewać stopniowo sos jednocześnie mieszając. Sos powinien już zgęstnieć od gorącej patelni i składników.

Leczo
z pomidorów na zimę

- 3 kg pomidorów
- 1 kg cebuli
- 1 papryka czerwona i 1 żółta
- 1 puszka ananasa
- 1 puszka kukurydzy
- 6 ząbków czosnku
- 2 łyżki musztardy
- 2 łyżki soli
- 2 czubate łyżki mąki ziemniaczanej
- 2 łyżki papryki słodkiej
- 1 łyżka curry
- 1 łyżka pieprzu mielonego
- 1 łyżeczka chilli
- 2-3 szklanki cukru
- 1 szklanka octu (ja daję pół)

Pomidory sparzyć, obrać ze skórki i pokroić w kostkę. Cebulę pokroić w kostkę, paprykę w paseczki i dusić wraz z pomidorami ok. 30 minut. Dodać ananasa pokrojonego w kostkę, czosnek przeciśnięty przez praskę, kukurydzę. Dodać wszystkie przyprawy (jeśli nie lubicie ostrych smaków to ostrożnie z chilli i pieprzem). Dusić następne 30 minut (czas duszenia zależy czy lubicie warzywa bardziej twarde, czy rozgotowane). Pod koniec duszenia dajemy cukier i ocet. Na koniec dodać mąkę rozrobioną z sokiem z ananasa, zagotować. Nakładać w słoiki, pasteryzować 15 minut.

Tarta
z jabłkami i gruszkami

CIASTO
- 200 g mąki
- 100 g masła
- 1 żółtko
- 3 łyżki zimnej wody

NADZIENIE
- po 3 jabłka i gruszki
- sok z cytryny
- 1 i 1/2 szklanki śmietanki 12%
- 3 jajka
- płaska łyżeczka cukru waniliowego
- 3 łyżki cukru
- łyżka mąki ziemniaczanej

Składniki na ciasto zagnieść z 3 łyżkami zimnej wody. Ciasto wstawić na 30 minut do lodówki. Wylepić ciastem formę do tarty lub tortownicę, wysmarowaną tłuszczem. Spód ponakłuwać widelcem, piec 15 minut w 200°C. Owoce obrać, pokroić w ćwiartki, skropić sokiem z cytryny, ułożyć na cieście. Śmietankę roztrzepać z jajkami, wymieszać z cukrem, oraz mąką ziemniaczaną.
Zalewą polać pokryte owocami ciasto.
Piec ok. 25 minut w 190°C. Tartę lekko wystudzić, wierzch można oprószyć cukrem pudrem.

Szarlotka
na cieście orkiszowym

CIASTO
- po 25 dag mąki orkiszowej i pszennej
- 1 łyżeczka proszku do pieczenia
- 1 jajko, 1 żółtko
- 15 dag masła
- 10 dag cukru
- 10 dag miodu

MASA
- 1,5 kg winnych jabłek
- 1 cytryna
- cynamon
- 3 łyżki cukru
- 4 łyżki miodu
- 1 szkl. pełnoziarnistych płatków śniadaniowych

Mąkę wymieszać z proszkiem do pieczenia, posiekać z masłem. Dodać cukier, miód i jajka. Zagnieść ciasto, podzielić na dwie części, schłodzić. Jabłka obrać, zetrzeć na tarce o grubych oczkach, skropić sokiem z cytryny. Połowę ciasta rozwałkować i wyłożyć nim dno prostokątnej formy, podpiec ok. 10 min. Jabłka wymieszać z cukrem i połową cynamonu, wyłożyć na podpieczone ciasto. Przykryć drugim rozwałkowanym ciastem. Piec ok. 45 min w temp. 180°C. Posypać płatkami, cynamonem i polać podgrzanym miodem.

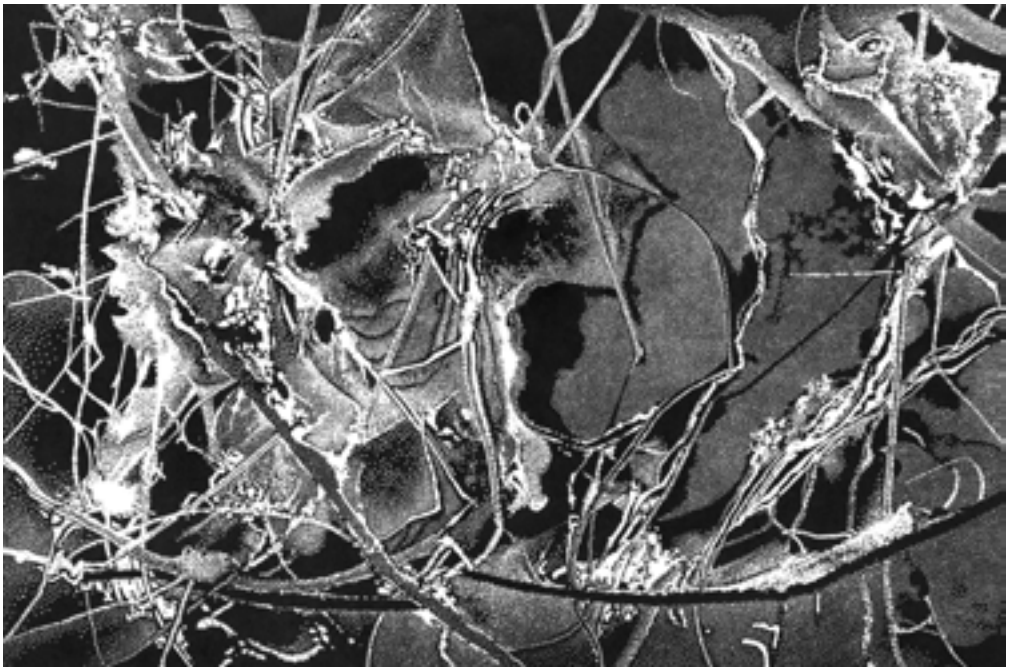
Autorka przepisów

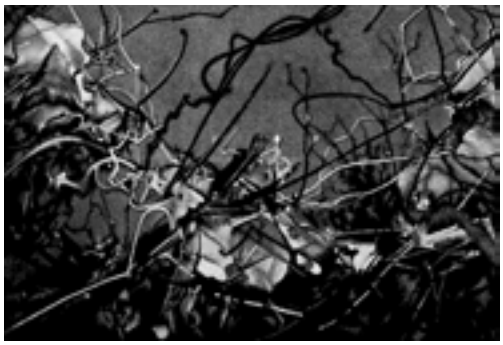
Wanda Jędruszuk
prowadzi bloga
ciociawandagotuje.pl

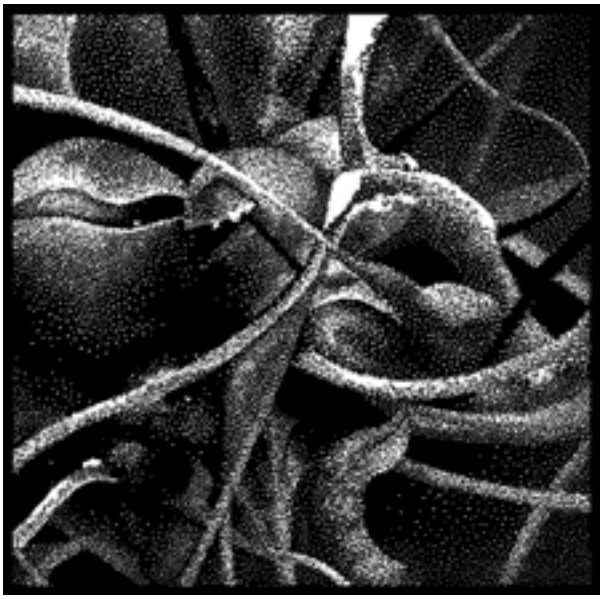
Aneta **Pliszka**

Urodzona w 1978 roku w Białej Podlaskiej. Studia na Wydziale Artystycznym Instytutu Sztuk Pięknych Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Dyplom w 2003 r., w pracowni druku wypukłego prof. Maksymiliana Snocha oraz aneks z fotografii w pracowni prof. Ireny Nawrot-Trzcińskiej. Instruktor grafiki warsztatowej i fotografii w miejskim Ośrodku Kultury w Międzyrzecu Podlaskim. Twórczość w zakresie grafiki warsztatowej, grafiki projektowej, rysunku, fotografii, realizacji obiektów przestrzennych.

Udział w 29 wystawach zbiorowych ogólnopolskich i międzynarodowych oraz 8 wystawach indywidualnych. Najważniejsze: 2002 – Galeria ES Międzyrzec Podlaski (grafika, rysunek); 2006 – Galeria TDK Tarnobrzeg (grafika, rysunek, fotografia); 2009 – Galeria u Piotra Michałowskiego Arboretum Bolestraszyce (grafika); 2011 – Galeria ES Międzyrzec Podlaski (grafika, rysunek); 2011 – Centrum Kultury Grodzisk Mazowiecki (grafika, rysunek); Salon Muzyczny Żyrardów (grafika, rysunek); 2013 – „Galeria pod Sztrychem" Bytom (grafika); 2015 – Galeria TDK Tarnobrzeg (grafika); 2017 – Zamek, Snina (Słowacja) „SZTUKA POLSKA. Artyści w kręgu Arboretum, w Bolestraszycach" (grafika). Uczestniczka wielu międzynarodowych plenerów artystycznych.







Medycyna
z księgarskiej półki

Kimberly Tessmer

Leczenie odżywianiem. Refluks

Wydawnictwo: Vivante, sierpień 2017

Przełomowa książka, która pomoże ci raz na zawsze pozbyć się choroby refluksowej i poczuć się lepiej we własnym ciele!

Objawy refluksu żołądkowo-przełykowego dotyczą wielu osób, szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych, a dolegliwości nasilają się z wiekiem. Pierwsza książka z serii „Leczenie odżywianiem" dietetyczki oraz specjalistki od spraw żywienia Kimberly Tessmer, to pełna bezcennych informacji pozycja, która pomoże ci zrozumieć istotę problemu choroby refluksowej.

Autorka wyczerpująco omawia przyczyny refluksu żołądkowo-przełykowego oraz pomaga zidentyfikować produkty żywnościowe, które sprzyjają chorobie. Proponuje również skuteczny plan żywieniowy oraz sposoby tworzenia jadłospisów, dzięki którym raz na zawsze pozbędziesz się dolegliwości żołądkowych.

(z opisu wydawcy)

Humor
o lekarzach

W rejestracji:
- Chciałbym się zapisać na rehabilitację.
- Ale wolne terminy są dopiero za rok.
- Ale ja nie wiem, czy tak długo pożyję!
- To zapiszę pana ołówkiem i najwyżej wytrę.

• • •

Okulista zasiadający w komisji wojskowej pyta poborowego:
- Czy widzicie tam jakieś litery?
- Nie widzę.
- A widzicie w ogóle tablicę?
- Nie widzę.
- I bardzo dobrze, bo tam nic nie ma! Zdolny!

• • •

Młody lekarz odebrał pierwszy poród. Pyta ordynatora:
- I jak mi poszło?
- W zasadzie dobrze, ale po pupie klepie się noworodka, a nie matkę.

• • •

- Mam dla pana dwie wiadomości, dobrą i złą.
- Niech pan zacznie od dobrej, doktorze.
- Kredytu można już nie spłacać.

Kowalski postanowił wybrać się do dentysty:
- Co by pan radził zrobić z moimi żółtymi zębami?
- Niech pan nosi brązowe krawaty. Na pewno będą ładnie pasować.

• • •

- Ty wiesz, moja droga - oznajmia bakteriolog żonie - że jestem na tropie bardzo niebezpiecznego wirusa!
Kiedy go odkryję i opiszę, możesz być pewna, że nazwę go twoim imieniem.

• • •

Przychodzi facet do lekarza i mówi:
- Panie doktorze, mam problem, że kiedy śpię, to chrapię. Co mam zrobić?
- Niech pan zaśnie przy otwartym oknie, to przejdzie.
Na następny dzień facet znowu przychodzi do lekarza, a lekarz mówi:
- I co? Chrapanie zniknęło?
- Chrapanie nie, ale zniknął TV, MP3, mikrofala i DVD.

Ballad of the Careless Man

Poleca **lek. Marcin Mazur**

Jesienny numer kwartalnika, jesienna muzyka. Dziś zamiast recenzji, opowiem Państwu pewną historię. Otóż wiele lat temu muzyki w Polsce słuchało się z radia, a kto się bardziej interesował, nagrywał na kasety magnetofonowe. Płyty winylowe zachodnich wykonawców miały astronomiczne ceny. Jako ciekawostkę podam, że polskie płyty kosztowały na „stare pieniądze" ok. 300 zł (najdroższa była Republika „Nowe Sytuacje" – 700 zł), a zachodnie kupowane na giełdach, co najmniej 4000 zł.

Miałem więc i ja magnetofon, na którym nagrywałem utwory i płyty z radia. Nagrywając jedną z audycji Marka Niedźwieckiego z Trójki, usłyszałam przepięknej urody piosenkę (udało się nagrać na kasetę). Zdążyłem usłyszeć, że wykonawca nazywa się chyba Jon Mark, czy jakoś podobnie. Piosenka urzekająca, pełna jesiennej melancholii, zadumy. Nie było internetu, nie było możliwości zdobycia jakichkolwiek bliższych informacji, nie mówiąc o płycie. Nawet nie znałem tytułu piosenki. Wielokrotnie słuchałem kasety i za każdym razem te dźwięki poruszały mnie do głębi.

Upłynęło wiele lat, poznałem swoją cudowną żonę. Pojawiły się płyty kompaktowe i nowe miejsca z katalogami płyt, w tym pewna firma wysyłkowa w Poznaniu z dość rozbudowanym katalogiem. Mieli między innymi płyty jakiegoś gościa, który nazywał się... **Jon Mark.** Ale przecież nie ma jak przesłuchać. Czy to ten Mark? Czy jest szansa na tę piosenkę? Płyty drogie. Decyzja niezwykle ciężka, bo to nie były czasy na kupowanie kota w worku.

Przyszła zima, moje urodziny. Zebrana w domu cała rodzina. Przychodzi moment na prezent. Żona każe mi usiąść, zamknąć oczy. Wkłada coś do odtwarzacza CD i za moment wzruszenie odbiera mi mowę. Słyszę TE dźwięki, TEN fortepian, TEN głos. Proszę mi wierzyć, to był jeden z najpiękniejszych i najbardziej poruszających momentów w moim życiu. Okazało się, że cała płyta jest przepiękna, z tą moją balladą **„Ballad of the Careless Man"**...

W tym roku minęła 20 rocznica naszego ślubu. **Jeszcze raz dziękuję Ci Izuniu za to i za... wszystko.**

Tężnia solankowa
w Parku Wodnym Siedlce

Park Wodny Siedlce to miejsce sportu i rekreacji dla osób w każdym wieku. Od 15 października obiekt ten będzie służył również jako ośrodek leczniczy, a to za sprawą powstającej w obiekcie tężni solankowej.

Tężnie solankowe kojarzą się powszechnie z uzdrowiskami. Jednak w ostatnich latach coraz częściej z ich dobrodziejstw można korzystać nie tylko w leczniczych kurortach. Tężnie coraz częściej powstają w obiektach sportowo – rekreacyjnych, czego przykładem jest właśnie Park Wodny Siedlce.

Czym jest tężnia solankowa?

Cały sekret kryje się w konstrukcji tężni leczniczej. Zbudowana jest ona z drewna iglastego i urządzeń do pompowania solanki. w pomieszczeniu, gdzie znajduje się tego typu konstrukcja, wytwarza się aerozol bogaty w całą gamę cennych mikroelementów, takich jak np. jod, brom, wapń, magnez, potas, żelazo i sód.

Jak to działa?

Na ułożone na drewnianej konstrukcji gałązki brzozowe podawana jest za pomocą pomp solanka z górnej strefy konstrukcji. Rozprowadzona rurkami solanka spływa swobodnie po gałązkach, a jej nadmiar gromadzi się w korycie umieszczonym w dolnej części tężni.
Tak rozprowadzona solanka podlega intensywnemu parowaniu wytwarzając w pomieszczeniu intensywny aerozol. Powstały aerozol odznacza się szczególnymi walorami zdrowotnymi, Wokół tężni wytwarza się specyficzny mikroklimat, będący naturalnym leczniczym inhalatorium. Mikroklimat tężni powstały w skutek ociekania solanki i działania ruchu powietrza, powoduje intensywne parowanie, a rozbijane cząsteczki solanki sprzyjają także hydrojonizacji.
Mikroklimat tężni zbliżony jest do klimatu, który panuje nad morzem. Oddychanie przez godzinę powietrzem nasyconym solankowym aerozolem sprawia, że dawka jodu jaką pochłaniamy, jest równa dawce przyjętej w ciągu trzech dni spędzonych nad morzem.

Właściwości zdrowotne

Jod odpowiada m.in. za prawidłowe funkcjonowanie tarczycy, powoduje także rozrzedzenie śluzu, co szczególnie docenią osoby zmagające się z chorobami górnych dróg oddechowych. Na ich problemy skutecznie zadziała również brom, który rozszerza oskrzela. Natomiast wapń zawarty w aerozolu solanki posiada właściwości antyalergiczne

Dla kogo wskazana jest tężnia?

- dla mieszkańców aglomeracji miejskich
- dla osób w czasie rekonwalescencji po ostrej chorobie
- dla pracujących w znacznym zapyleniu i wysokiej temperaturze
- dla palaczy tytoniu
- dla osób pracujących głosem

Wskazania lecznicze:

- przewlekłe i nawracające stany zapalne układu oddechowego
- alergie, także alergie skóry
- choroby tarczycy

Przeciwwskazania:

- stan świeżo po przebytym zawale mięśnia sercowego
- choroby nowotworowe
- ostre choroby przebiegające z podwyższona temperaturą ciała
- niewydolność naczyń wieńcowych serca, zwłaszcza u pacjentów z niskim ciśnieniem krwi
- nadwrażliwość na jony zawarte w solance.

Już od 15 października tężnia solankowa dostępna będzie dla wszystkich klientów Parku Wodnego Siedlce. Tym samym szeroka oferta obiektu skierowana do mieszkańców Siedlec i regionu wzbogaci się o walory uzdrowiskowe.

Park Wodny Siedlce
ul. Jana Pawła II 8
tel. 25 633 33 33

PARK WODNY SIEDLCE