nr 2(40)/2022 · LATO

Zdrowie w CENTRUM

Bezpłatny magazyn Centrum Medyczno-Diagnostycznego Sp. z o.o.

Wersja online

ABC pierwszej pomocy

Jak sobie radzić z wojenną traumą?

Dziecko w podróży

Na pomoc Michałkowi

Zaawansowany rak piersi

Czas na piknik

Dom SENIORA w Hołubli

ul. Siedlecka 68 • 08-107 Paprotnia

Całodobowa opieka dla osób dorosłych, chorych,
z niepełnosprawnością lub wymagających wsparcia z innych powodów.

ZAKRES ŚWIADCZEŃ

- **OPIEKA LEKARSKA**
- **OPIEKA PIELĘGNIARSKA**
- **REHABILITACJA**
- **TERAPIA ZAJĘCIOWA**

Naszym priorytetem jest podniesienie jakości życia podopiecznych,
dzięki zapewnieniu najwyższych standardów usług medycznych.

Oferujemy pobyty **całodobowe stałe**
lub **krótkoczasowe** (wytchnieniowe).

ZAPRASZAMY
DO KONTAKTU

GRUPA CENTRUM

Kierownik - mgr Dorota Fajnas
517 016 511
dorota.fajnas@centrum.med.pl
www.centrum.med.pl

Drodzy Czytelnicy,

Wśród wielu informacji, która napawają nas smutkiem, są też i dobre – oto szczęśliwie dobrnęliśmy do lata, oddając w ręce Czytelników kolejne wydanie naszego magazynu. Znajdziecie w nim Państwo wiele ciekawych materiałów, poświęconych codziennej dbałości o swoje zdrowie. W kontekście zbliżających się wakacji, ważne wydają się artykuły na temat bezpieczeństwa podczas letniego wypoczynku i zasad udzielania pierwszej pomocy. Warto również zapoznać się z publikacją o podróżowaniu z małym dzieckiem, bo wielu rodzicom perspektywa długiej podróży z maluchem spędza sen z powiek. Polecam także Państwa uwadze rozmowę z lek. Krzysztofem Kickim, chirurgiem onkologiem, który przybliża temat zaawansowanego raka piersi. Lato to nie tylko same przyjemności, w tym okresie dopadają nas choroby, które mogą skutecznie zepsuć urok kanikuły. Państwa doradcą w tym temacie będzie lek. Marcin Mazur. Dyplomowana położna Ewa Prokurat tym razem przekonuje o zbawiennych skutkach karmienia piersią. Wojna, która toczy się za naszą wschodnią granicą, i która – chcemy tego czy nie – zawładnęła naszą przestrzenią publiczną – ma też ogromny wpływ na emocje nie tylko osób, uciekających z okupowanego kraju, ale i tych, które im pomagają. Jak sobie radzić z tą traumą opowie Adriana Szubielska.

Tymczasem życzę Państwu pięknego i słonecznego lata, dużo pogody ducha i zdrowia oraz udanych urlopów.

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

Zdrowie w CENTRUM

nr 2(40)/2022

2 ..... Afty - mała zmiana, duży ból
6 ..... Nie bądź bierny - ratuj!
11 ..... Michałek z Laskowic potrzebuje naszej pomocy
16. ..... Prawo: Zespół ratownictwa medycznego
20 ..... Zakażenia układu moczowego
24 ..... Stowarzyszenie IFIC Polska
30 ..... Żywienie w okresie ciąży
34 ..... Głos Natury: Czajka, ptak krajobrazu rolniczego
Co nowego w Centrum? - aktywność fizyczna 4
Zaawansowany rak piersi to nie wyrok 8
Maluszek w podróży 12
Jak rozmawiać z dzieckiem o wojnie? 18
Rozwijanie umiejętności słuchowych i językowych ... 22
Fizjologia laktacji i standardy postępowania 26
Przepisy: Czas na piknik! 32
Położna - zawód na wagę złota 36

Wydawca:
Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o., ul. Niklowa 9, 08-110 Siedlce

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

Opracowanie graficzne, skład i druk:
FOLD Sp. z o.o.
www.fold.pl

Kontakt dla reklamodawców: redakcja@centrum.med.pl • 25 633 35 55
nakład: 7.000 egzemplarzy

AFTY
mała zmiana, duży ból

W obiegowej opinii utarło się, że afty to przypadłość małych dzieci związana z brudnymi rękami, zabawą w piaskownicy i wkładaniem przypadkowych przedmiotów do ust. Niestety, musimy rozwiać ten mit, ponieważ afty nie wybierają wieku pacjenta, a coraz większa ilość nowych preparatów dedykowanych na tę przypadłość, pojawiających się na rynku aptecznym, świadczy o rosnącym problemie.

Małe punkty usytuowane na błonie śluzowej skutecznie zatruwają życie. Mogą powodować dyskomfort nie tylko podczas jedzenia, ale nawet podczas mówienia. Przyjmują postać niewielkich, pokrytych nalotem nadżerek lub owrzodzeń jamy ustnej. Owrzodzenie to może być otoczone rumieniowym obrzeżem, które stopniowo się powiększa. Zmiany te są bolesne i towarzyszy im stan zapalny. Początkowo pojedyncza afta jest niezauważalną czerwoną plamą, w obrębie której rozwija się łatwo pękający pęcherz. Po zamknięciu pęcherza powstaje owrzodzenie pokryte substancją włóknistą o tak zwanym sadłowatym zabarwieniu. Afty z reguły występują pojedynczo, choć w rzadkich przypadkach ich liczba może być większa. Najczęściej umiejscawiają się na błonie śluzowej warg i policzków, dolnej powierzchni języka oraz na podniebieniu miękkim. Niekiedy występują również na dziąsłach, łukach podniebiennych czy migdałkach. Pojawienie się afty z reguły poprzedzają takie objawy, jak silne mrowienie i pieczenie w miejscu formującego się wykwitu. Objawy te występują od 24 do 48 godzin przed pojawieniem się na błonie śluzowej jamy ustnej czerwonej plamy lub plamki, rzadziej grudki lub pęcherzyka.

Chociaż afty są powszechną przypadłością i co trzeci człowiek doświadczył ich przynajmniej raz w życiu, to nie znamy dokładnie przyczyny ich powstawania. Do pojawiania się aft predysponują na pewno niedobory żelaza, ferrytyny, kwasu foliowego, witamin z grupy B (zwłaszcza B12) oraz urazy mechaniczne. Zmiany częściej występują u osób cierpiących na alergie pokarmowe, celiakię , choroby układu pokarmowego czy zmiany hormonalne (ciąża, doustna antykoncepcja), rzadziej natomiast pojawiają się u ludzi palących papierosy, co wiąże się ze zwiększoną keratynizacją nabłonka.

Rodzaje aft

Powstawaniu aft sprzyja spożywanie wysoce przetworzonej żywności, zawierającej konserwanty, sztuczne barwniki i polepszacze smaku. Czasami problem tkwi w paście do zębów, a ściśle mówiąc w konkretnym jej składniku, ukrytym pod nazwą dodecylosiarczan sodu (SDS) lub laurylosiarczan sodu (SLS), który powoduje podrażnienia. Stres i niewłaściwa higiena jamy ustnej również tu nie pomagają.

Wyróżnia się trzy typy aft:

1. **Małe afty Mikulicza** - najczęściej mają postać bardzo bolesnej nadżerki (lub nadżerek) o wielkości do 10 mm. Ten rodzaj aft ustępuje bez pozostawiania blizny po 7-14 dniach od pojawienia się wykwitu. Niestety, jest to nawracający typ afty. Małe afty powstaję z powodu:

- zaniedbań w higienie jamy ustnej
- próchnicy lub innych chorób zębów
- urazów śluzówki, np. w czasie szczotkowania
- urazów od aparatu ortodontycznego
- źle dobranej protezy
- przyjmowania antybiotyków
- alergii
- stresu
- uwarunkowania genetycznego
- sztucznych dodatków w żywności

2. **Duże afty Suttona** – stanowią najcięższą odmianę aftozy. W tym przypadku wykwitem jest bolesne owrzodzenie o wielkości 10-20 mm, które goi się z pozostawieniem blizny. Zmianom tego typu często towarzyszą objawy ogólne: osłabienie, stany podgorączkowe, trudności w mówieniu oraz połykaniu. Najczęściej pojawiają się na podniebieniu lub w okolicy gardła. Utrzymują się do 6 tygodni. Przyczyny dużych aft to:

- zaburzenia hormonalne
- brak higieny jamy ustnej
- podrażnienia wywołane stosowaniem past, które w swoim składzie mają dodecylosiarczan sodu
- choroby wywołujące spadki odporności
- niedobory określonych witamin i minerałów, jak np. żelazo, kwas foliowy czy witamina B12
- zaburzenia autoimmunologiczne, HIV

3. **Afty opryszczkopodobne** mogą pojawiać się bardzo licznie jako bardzo małe i bolesne nadżerki. Są one objawami opryszczkowego zapalenia jamy ustnej. Pojawia się wówczas nawet kilkaset niewielkich aft naraz w krótkich odstępach czasu. Typową cechą tej postaci klinicznej jest długi czas gojenia, do 21 dni bez pozostawiania blizny. Często stwierdza się w nich wirusa opryszczki.

Nawracające afty mogą być objawem:

- choroby refluksowej
- chorych migdałków
- zapalenia zatok
- syndromu Behceta
- utajonej infekcji grzybiczej
- choroby Leśniowskiego-Crohna
- celiakii
- zakażenia wirusem brodawczaka lub opryszczki

Jak leczyć?

Leczenie aft należy zacząć od usunięcia przyczyny ich powstania. Warto więc poświęcić czas, aby wyleczyć wszystkie ubytki w zębach, oczyścić zęby z płytki nazębnej, kamienia oraz poświęcić czas na bardzo dokładną higienę jamy ustnej. Osoby z aparatem ortodontycznym powinny poprosić dentystę o skorygowanie elementów podrażniających śluzówkę jamy ustnej. Warto również wyeliminować kwaśne produkty i gorące dania, które dodatkowo podrażniają uszkodzoną śluzówkę. Nie istnieje schemat postępowania w przypadku pacjentów ze zdiagnozowaną nawracającą aftozą. Sposób leczenia zależy bowiem od rodzaju nadżerek oraz od przyczyn wywołujących chorobę. Ponadto w wielu przypadkach leczenie nie może być skupione jedynie na leczeniu miejscowym – konieczne jest wykluczenie schorzeń ogólnoustrojowych, które mogą odpowiadać za powstawanie wykwitów. W przypadkach aftoz o łagodnym przebiegu – kiedy wykwity trwają kilka dni, jedynie kilka razy w roku, leczenie ogranicza się do postępowania miejscowego oraz eliminacji czynników ryzyka, takich jak stres, zła higiena jamy ustnej, alergizująca dieta, fizyczne czynniki miejscowo drażniące śluzówkę.

W leczeniu miejscowym są stosowane preparaty przeciwzapalne, przeciwbólowe, znieczulające lub przyspieszające gojenie w postaci żeli, past, płukanek z chlorheksydyną i roztworów do pędzlowania, przy czym należy zwracać uwagę, aby nie zawierały one alkoholu. W przypadku ciężkiej postaci klinicznej nawrotowej aftozy – bolesne nadżerki lub owrzodzenia, częściowo gojące się, częściowo pojawiające się w innym miejscu, należy w pierwszym rzędzie wykonać badania ogólne (morfologię krwi), ewentualnie oznaczyć poziom żelaza i witaminy B12, a także wykonać badania wykluczające nietolerancję glutenu, choroby zapalne jelit czy obecność pasożytów u dzieci (w celu wykluczenia tzw. wtórnej aftozy). Należy również wdrożyć obok leczenia miejscowego leczenie ogólnoustrojowe, ciężkie postacie aft leczy się antybiotykiem (tetracykliną) lub sterydami. Warto włączyć suplementację witamin (A, C, D, PP), suplementację kwasu foliowego i żelaza. W przypadku stwierdzenia wirusa opryszczki najlepsze efekty daje włączenie leku przeciwwirusowego (acyklowiru), ale o tym decyduje lekarz. Istnieje również wiele domowych sposobów na szybsze pozbycie się aft. Uciążliwe objawy skutecznie łagodzi płukanie ust wyciągiem z szałwii lekarskiej, naparem z rumianku, roztworem soli kuchennej, żelem z liści z aloesu (przynosi ulgę, zmniejszając ból) czy też przykładanie do zmian ostudzonego, po uprzednim zanurzeniu we wrzątku, woreczka z czarną herbatą (zawarta w niej teina uśmierza ból i wysusza afty). Aby ograniczyć dolegliwości bólowe, należy unikać gorących, ostrych i kwaśnych potraw oraz napojów, w tym alkoholu. Po ustąpieniu infekcji warto wymienić szczoteczkę do zębów.

Afty i pleśniawki – czym się różnią?

Ponieważ afty są często mylone z pleśniawkami, zwłaszcza u małych dzieci, zwrócę uwagę na kilka różnic między nimi. Pleśniawki powstają na skutek zakażeń grzybiczych, a afty bakteryjnych lub wirusowych. Mimo iż w obu przypadkach przyczyny i predyspozycje są podobne, leczenie przebiega całkowicie inaczej. O pomyślności terapii decyduje zatem trafne odróżnienie jednych od drugich. Pleśniawki to ostre zapalenia jamy ustnej, występujące zarówno u dzieci, jak i dorosłych. Pierwsze objawy infekcji pojawiają się po kilku dniach od zakażenia. Na podniebieniu, policzkach, dziąsłach i języku powstają białoszare, powierzchowne naloty, przypominające zsiadłe mleko. W cięższych przypadkach zmiany rozprzestrzeniają się na gardło, przełyk, a nawet oskrzela, przyczyniając się do chrypki oraz utrudniając przełykanie i oddychanie, dlatego nie wolno ich lekceważyć.

Predyspozycje do powstawania pleśniawek to między innymi:

- osłabienie odporności (np. u osób zakażonych wirusem HIV, poddawanych leczeniu immunosupresyjnemu, z wrodzonymi niedoborami odporności, nowotworami, niewyrównaną cukrzycą),
- błędy żywieniowe (niedobór witamin, np. witaminy B12, kwasu foliowego czy minerałów, takich jak żelazo)
- antybiotykoterapia (szczególnie długotrwała, brak suplementacji probiotyków)
- leczenie wziewnymi glikokortykosteroidami

O ile osoby cierpiące na choroby przewlekłe, takie jak astma, bardzo dobrze znają działanie leków wziewnych i wiedzą, że trzeba dokładnie płukać usta po każdorazowym ich użyciu, tak osoby stosujące nebulizacje glikokortykosteroidami sporadycznie przy schorzeniach dróg oddechowych (popularny budezonid) zwykle nie czytają ulotki i nie są świadome zagrożenia. Inhalacje z użyciem glikokortykosteroidów są powszechną formą leczenia dzieci, u których właśnie dochodzi do pleśniawek najczęściej, dlatego tak ważne jest, aby pamiętać o wypłukaniu jamy ustnej i obmyciu twarzy wokół ust po każdej nebulizacji. U najmłodszych dzieci pleśniawki mogą być mylone z resztkami mleka, przylegającymi do wewnętrznej strony policzków, co przysparza wiele cierpienia tak maluchom, jak i rodzicom, którzy nie potrafią im ulżyć. Do zakażenia noworodka dochodzi często podczas porodu, kiedy grzyby drożdżopodobne z dróg rodnych kobiety infekują młody organizm. Matka może również przekazać nieprzyjemnego intruza, oblizując smoczek przed podaniem go dziecku lub karmiąc zainfekowaną piersią. W leczeniu pleśniawek najwyższą skuteczność wykazują środki przeciwgrzybicze dostępne z przepisu lekarza. Szeroko stosuje się nystatynę w zawiesinie (można nią pędzlować jamę ustną) i flukonazol (doustnie). Pomocne jest również miejscowe stosowanie wodnych roztworów gencjany. W przypadku niemowląt preparat najlepiej nakładać na palec owinięty w jałowy gazik i tym sposobem delikatnie aplikować go na zmienione powierzchnie. Warto też wspomnieć, że o higienę jamy ustnej dziecka powinno się dbać od najwcześniejszych dni, między innymi poprzez ściąganie osadów z mleka wacikiem, nasączonym wyciągiem z rumianku lub specjalnym preparatem (np. ksylitolem, który ma działanie przeciwpróchnicze).

Podsumowując najważniejsze informacje: pleśniawki spotykane są przeważnie u małych dzieci, afty z kolei u pacjentów pomiędzy dziesiątym a czterdziestym rokiem życia. Nie oznacza to jednak, że maluchy nie mogą nabawić się aft. Na pierwszy rzut oka dolegliwości są do siebie podobne, ale afty, w odróżnieniu od pleśniawek, posiadają czerwoną obwódkę graniczną i zwykle bywają bardziej bolesne. Niepokojące zmiany najlepiej pokazać lekarzowi, zwłaszcza w przypadku dzieci karmionych piersią lub butelką, ponieważ u takich maluchów może szybko dojść do odwodnienia, spowodowanego niedostateczną podażą płynów i pokarmów przez towarzyszący infekcji ból.

Jolanta Pankowska-Kowalczyk
mgr farmacji

Co nowego w Centrum?

Aktywność fizyczna receptą na zdrowie!

W ostatnim czasie pasjonaci piłki nożnej znajdujący się wśród Pracowników Centrum MD utworzyli Drużynę i reprezentowali Centrum MD w rozgrywkach Ligi Akademickiej organizowanej przez UPH w Siedlcach. W ramach projektu w rozgrywkach wystąpiły drużyny ze środowiska akademickiego UPH, szkół średnich miasta i powiatu Siedlce oraz zakładów pracy – partnerów projektu.

W dniu 20 maja w ramach obchodów Święta Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach odbył się mecz finałowy, z udziałem drużyny Centrum MD.

Wyniki Turnieju Piłki Nożnej:

1. UPH I Siedlce
2. Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o. o.
3. IV LO im. S. Żółkiewskiego

Całej Drużynie CentrumMD gratulujemy zapału, niesamowitej kondycji fizycznej oraz niestrudzonej woli walki, które przyczyniły się do zajęcia zaszczytnego drugiego miejsca.

Podczas kwalifikacji i meczu finałowego Drużyna Centrum-MD wystąpiła w składzie:

Paweł Kobus – kapitan, Kamil Cabaj, Damian Chaciak, Dawid Chaciak, Błażej Dziędzik, Adam Niedziałek, Marcin Otłog, Daniel Witan, Wojciech Wyżywniak, Marcin Żuk, Łukasz Żuk.

CENTRUM® Medyczno-Diagnostyczne

DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ

SIEDLCE • MIŃSK MAZOWIECKI • OLEŚNICA • STRACHÓWKA • NUR • GARWOLIN • BIELANY • HOŁUBLA

W trosce o zdrowie i aktywność Seniorów

✓ OPIEKA MEDYCZNA
✓ REHABILITACJA
✓ EDUKACJA ZDROWOTNA
✓ TERAPIA ZAJĘCIOWA

Świadczenia realizowane nieodpłatnie.
Informacje i zapisy pod numerem:
tel. 502 032 355 • e-mail: ddom@centrum.med.pl

Fundusze Europejskie Program Regionalny | Rzeczpospolita Polska | Mazowsze. serce Polski | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Projekt współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Grupa CENTRUM® Medyczno-Diagnostyczne

CMJ centrum medyczne józefów

TROSKA O ZDROWIE OSÓB,
KTÓRE NAM ZAUFAŁY

OPIEKA LEKARSKA DLA CAŁEJ RODZINY
medycyna rodzinna • poradnie specjalistyczne
badania diagnostyczne • rehabilitacja

PRZYCHODNIA ZDROWIA W JÓZEFOWIE
ul. Armii Krajowej 5
05-410 Józefów

PRZYCHODNIA ZDROWIA W OTWOCKU
ul. Świderska 9/11
05-400 Otwock

Rejestracja: (22) 789 89 89 • www.cmj.med.pl

Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy

BADANIA BĘDĄ WYKONYWANE W PRZYCHODNIACH CENTRUM
(na terenie powiatów: ostrowskiego, węgrowskiego, sokołowskiego, łosickiego, siedleckiego, m. Siedlce)
ORAZ W OSTEOBUSACH PRZEZ PARTNERA PROJEKTU FIRMĘ PRO & DIAGNOSTIC.
Szczegółowe informacje udzielane są w rejestracji Przychodni Centrum oraz telefonicznie pod numerem 25 633 35 55.

Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o. o. zostało realizatorem Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego" na lata 2021-2023. Termin realizacji programu VI 2022 - XII 2023.

Głównym celem programu jest: uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne wśród 70% uczestników programu korzystających z edukacji zdrowotnej.

Kryteria włączenia do programu:

1. Badanie densytometryczne oraz konsultacja lekarska osób z populacji:
- kobiet, które ukończyły 65 lat lub są w wieku 40-64 lat i spełniają co najmniej jedno kryterium medyczne
- mężczyzn, którzy ukończyli 75 lat.

Osoba aplikująca do programu, w dniu zgłoszenia musi:
- mieszkać na terenie województwa mazowieckiego
- udzielić świadomej zgody na udział w programie;
- złożyć pisemne oświadczenie, że nie jest obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych i nie uczestniczyła w tego typu programie w ciągu ostatnich 24 miesięcy;
- złożyć pisemne oświadczenie, że w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie miała przeprowadzonego badania densytometrycznego.

Program zakłada przeprowadzenie następujących działań:
- Każda osoba zakwalifikowana do programu po udziale w edukacji zdrowotnej, wypełni formularz do oceny ryzyka oszacowanie 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX.
- Badanie densytometryczne DXA, które jest dokonywany na szyjce kości udowej – badanie jest bezbolesne i nieinwzyjne,
- Po wykonaniu badania densytometrycznego każdy uczestnik programu odbywa wizytę lekarską – niezależnie od wyniku badania. W trakcie tej wizyty, lekarz omawia z uczestnikiem wynik badania DXA. Następnie wykonuje ponowną ocenę ryzyka złamania z użyciem narzędzia FRAX – tym razem uwzględniając wynik uzyskany w DXA
- W przypadku wykrycia osteoporozy uczestnik kierowany jest do leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ.

Nie bądź bierny – ratuj!

Obecnie rozwój cywilizacji stawia przed ludźmi coraz większe wymagania w zakresie umiejętności przeciwdziałania zagrożeniom a w przypadku ich wystąpienia podjęcia odpowiednich działań na miejscu zdarzenia. Aby zaistniała szansa na zmniejszenie skutków urazu czy zachorowania oraz przeprowadzenia intensywnych leczniczych procedur medycznych, na miejscu zdarzenia musi znaleźć się osoba, która udzieli pierwszej pomocy, podtrzymując podstawowe funkcje życiowe człowieka. Dla życia i zdrowia ofiar wypadków bezpośrednio po zdarzeniu liczy się każda sekunda. Od faktu jak jesteśmy przygotowani do niesienia pomocy i czy chcemy jej udzielić zależy ludzkie zdrowie i życie. Właściwe przygotowanie w tym zakresie może uratować niejedno z nich. Każdy człowiek może stać się uczestnikiem lub świadkiem zdarzenia, w wyniku którego jest zagrożone życie ludzkie i niezbędne jest jak najszybsze podjęcie czynności ratunkowych.

Pierwsza pomoc

Cele pierwszej pomocy:

- Ochrona życia ludzkiego
- Ograniczenie skutków obrażeń lub choroby
- Zapewnienie ulgi w cierpieniu
- Wspomaganie powrotu do zdrowia
- Przygotowanie do dalszego postępowania medycznego

Obowiązek udzielania pierwszej pomocy

KLUCZOWA ROLA ŚWIADKA ZDARZENIA!
Do udzielania pomocy osobie będącej w stanie zagrożenia życia i zdrowia obligują każdego z nas nie tylko normy moralne, ale także przepisy prawa.

Akty prawne dotyczące zaniechania udzielania pierwszej pomocy znajdują się w ustawie z dn. 6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny.

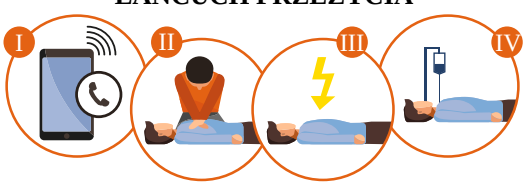
ART. 162 Kodeksu Karnego ma następujące brzmienie:
Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Łańcuch przeżycia

Właściwa kolejność, jakość i czas rozpoczynania czynności ratunkowych jest również bardzo ważna i często decyduje o losie poszkodowanego w stanie nagłego zagrożenia życia.

Trzy pierwsze ogniwa łańcucha przeżycia (ratunkowego) mają za zadanie: utrzymanie przy życiu ofiary wypadku lub nagłego zachorowania przez wykonanie natychmiastowych czynności ratujących życie, zapobieżenie dalszym uszkodzeniom ciała, przygotowanie do transportu. Okres ten nosi także nazwę platynowych 10 minut. Pierwsze ogniwa często decydują o sukcesie działań leczniczych w szpitalu, czyli o uratowaniu czyjegoś życia, zaś należą do świadków zdarzenia czyli przypadkowo znajdujących się osób w danym miejscu i czasie.

ŁAŃCUCH PRZEŻYCIA



I wczesne rozpoznanie i wezwanie pomocy (aby zapobiec NZK)
II wczesne rozpoczęcie RKO (aby zyskać czas)
III wczesna defibrylacja (aby przywrócić czynność serca)
IV opieka poresuscytacyjna (aby przywrócić jakość życia)

Wzywanie pomocy

→ **Wezwij ratownictwo medyczne!** → **999/112**

Kolejność przekazywania informacji dyspozytorowi jest bardzo ważna. Zawsze jako pierwsze powinniśmy podać miejsce zdarzenia. Ma to ogromne znaczenie w momencie, gdy połączenie z numerem alarmowym zostanie przerwane, np. rozładuje się bateria, stracimy zasięg, brak prądu w domu, jeśli dzwonimy z nr stacjonarnego.

→ **Co powiedzieć dyspozytorowi CPR**

I Miejsce zdarzenia
Określamy najdokładniej, jak potrafimy miejsce, w którym doszło do zdarzenia. Jeśli sytuacja ma miejsce w domu/mieszkaniu, przekazujemy dyspozytorowi dokładny adres: nazwa ulicy, numer domu, bloku, klatki, piętro. Podajemy także miejscowość, gdyż zdarza się, że w dwóch pobliskich miasteczkach znajdują się dwie takie same ulice.
Gdy sytuacja wydarzyła się na drodze, także staramy się określić orientacyjny adres miejsca zdarzenia. Jeśli jest to niemożliwe, podajemy charakterystyczne punkty orientacyjne.

II Co się stało (powód wezwania)
Przekazujemy informacje o tym, dlaczego dzwonimy, co się wydarzyło. Określamy, czy jest to np. zachorowanie (ból w klatce piersiowej, napad duszności, drgawek itd.), wypadek komunikacyjny, uraz, oparzenie etc.

III Stan poszkodowanych
Podajemy objawy, które możemy zaobserwować (np. przytomny/nieprzytomny, oddycha tak/nie, krwotok z ręki, uraz głowy, drgawki), jak i te, które podają sami poszkodowani (np. piekący ból w klatce piersiowej, duszność, zawroty głowy). Jeżeli wypadek – staramy się określić ile jest osób potrzebujących pomocy i w jakim są stanie. Od tej informacji zależy, ile karetek i jakiego typu (zespół podstawowy, zespół specjalistyczny) zostanie od razu wysłanych na miejsce zdarzenia, np. miał miejsce wypadek samochodowy, urazów w nim doznały 3 osoby będące obecnie nieprzytomne.

IV Dane poszkodowanego
Przekazujemy dyspozytorowi, czy osobą poszkodowaną jest dorosły czy dziecko, kobieta czy mężczyzna. Jeśli jest to możliwe, podajemy jego wiek, imię i nazwisko.

V Dane wzywającego

Na samym końcu, po przekazaniu wszystkich powyższych informacji, podajemy nasze imię i nazwisko, i numer telefonu, spod którego dzwonimy.

Pamiętaj!

- Odpowiadaj na pytania dyspozytora spokojnie
- Wykonuj polecenia dyspozytora
- Nigdy pierwszy nie odkładaj słuchawki, poczekaj, aż dyspozytor potwierdzi przyjęcie wezwania

W trakcie rozmowy uważnie słuchajmy tego, co mówi dyspozytor. Może on nam zadawać pytania, które ułatwią, np. dojazd ZRM na miejsce zdarzenia, może także powiedzieć, co należy zrobić do czasu przyjazdu karetki.

Nigdy nie kończymy rozmowy jako pierwsi, dyspozytor po potwierdzeniu przyjęcia wezwania pierwszy odkłada słuchawkę!

Zakończenie

Czas na podjęcie skutecznego działania przywracającego podstawowe funkcje życiowe jest krótki i wynosi 3 - 4 minuty. Nawet w najbardziej perfekcyjnie działających systemach ratownictwa medycznego na świecie istnieje niewielka szansa na natychmiastowe rozpoczęcie zabiegów ratujących życie. Czas dojazdu takiego zespołu na miejsce zdarzenia najczęściej przekracza 5 minut. Bezczynne oczekiwanie na przyjazd zespołu ratownictwa medycznego to najgorsze co można zrobić dla poszkodowanego. **Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Siedlcach jest placówką z 50-letnią tradycją i doświadczeniem, w której uczymy, jak należy bezpiecznie udzielać pierwszej pomocy.** W tym zakresie kształcimy zarówno dzieci z przedszkola, jak i osoby dorosłe. Uwrażliwiając na każdym etapie życia, jak ważne jest niesienie pomocy w przypadku zagrożenia zdrowia i życia. Prowadzimy także szereg kursów z zakresu pierwszej pomocy i kwalifikowanej pierwszej pomocy.

Agnieszka Pątek-Gołębiowska
mgr pielęgniarstwa,
Specjalistka z pielęgniarstwa ratunkowego,
Nauczyciel zawodu CKZiU w Siedlcach

MEDYCZNA SZKOŁA POLICEALNA
im. prof. Zbigniewa Religi w Siedlcach
SZKOŁA BEZPŁATNA!
NIE WYMAGAMY MATURY! * ORGANIZUJEMY KURSY!
BRAK OGRANICZEŃ WIEKOWYCH

KIERUNKI KSZTAŁCENIA:
- ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
- ASYSTENTKA STOMATOLOGICZNA
- HIGIENISTKA STOMATOLOGICZNA
- OPIEKUN MEDYCZNY
- OPIEKUN OSOBY STARSZEJ
- OPIEKUN W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ
- OPIEKUNKA DZIECIĘCA
- OPIEKUNKA ŚRODOWISKOWA
- ORTOPTYSTKA
- PROTETYK SŁUCHU
- TECHNIK BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY
- TECHNIK ELEKTRORADIOLOG
- TECHNIK MASAŻYSTA
- TECHNIK STERYLIZACJI MEDYCZNEJ
- TECHNIK USŁUG KOSMETYCZNYCH
- PODOLOG
- TERAPEUTA ZAJĘCIOWY
- FLORYSTA

KURSY:
- Z ZAKRESU USŁUG MEDYCZNYCH
- Z ZAKRESU EDUKACJI I ROZWOJU OSOBISTEGO
- Z ZAKRESU MASAŻU
- KOSMETYCZNE
- JĘZYKOWE
- ARTYSTYCZNE
- KOMPUTEROWE
- MATURALNE

ul. Młynarska 17, 08-110 Siedlce
tel. 25 644 78 17, 798 770 017
www.ckziu.siedlce.pl

ZAAWANSOWANY *rak piersi*

TO NIE WYROK

Rozmowa z lek.
Krzysztofem Kickim,
chirurgiem onkologiem

Panie doktorze, co roku rozpoznaje się raka piersi u 1,6 mln kobiet na świecie, 500 tys. rocznie z tego powodu umiera. W Polsce z kolei rak piersi stanowi ok. 22 proc. wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe. Co Pana szczególnie niepokoi w tych statystykach?

Niestety, zachorowalność na raka piersi w Polsce zwiększa się (w ostatnich latach wynosi niemal 20 tys. nowych przypadków rocznie). Wzrasta również umieralność z tego powodu (ok. 7 tys. rocznie) Wskaźnik przeżycia 5-letniego wynosi ok. 76 proc. (wzrost o ok. 10 proc. w ciągu ostatnich 10), niestety jest mniejszy o ok. 10 proc. niż w krajach rozwiniętych. Niepokojące jest to, że w większości krajów europejskich zachorowalność spada (w Polsce na odwrót) a przeżycia 5-letnie rosną (w Polsce też, lecz dynamika wzrostu jest zdecydowanie mniejsza). To pokazuje, jak wiele jeszcze mamy do zrobienia.

U części pacjentek, pomimo radykalnego leczenia, dochodzi do nawrotu choroby. Wg metaanalizy EBCTCG (ang. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group) podczas hormonoterapii uzupełniającej, najczęściej występującego hormonozależnego raka piersi, w ciągu 5 lat dochodzi do nawrotu u ok. 15 proc. chorych, po 10 latach odsetek wzrasta do 25 proc., po 15 latach nawet do 33 proc. Czy nawrót choroby jest tożsamy z zaawansowanym rakiem piersi?

Mówiąc o nawrocie raka piersi myślimy o nawrocie lokoregionalnym, czyli nawrocie choroby w obrębie piersi, ściany klatki piersiowej, dołu pachowego, nadobojczykowych, podobojczykowych i zamostkowych węzłów chłonnych, po uprzednim leczeniu z intencją radykalną. Nawrót miejscowy jest zwykle związany z biologiczną agresywnością guza i jego stopniem zaawansowania. Nie jest więc tożsamy z zaawansowanym rakiem piersi, choć im większe zaawansowanie nowotworu przed leczeniem, tym ryzyko wystąpienia nawrotu może być wyższe.

Od jakiego momentu możemy mówić o zaawansowanym raku piersi i jakie wyróżniamy stopnie zaawansowania tego nowotworu?

Ocena stopnia zaawansowania raka piersi powinna być prowadzona wg klasyfikacji z 2017 r., w której uwzględniono stan guza pierwotnego i regionalnych węzłów chłonnych oraz ewentualnej obecności przerzutów w odległych narządach (tzw. skala TNM) a także ocenę stanu receptorów hormonalnych oraz receptora HER2, ocenę wskaźnika proliferacji komórkowej Ki67 i stopnia histologicznej złośliwości guza. Wyróżniamy cztery stopnie zaawansowania nowotworu (najbardziej zaawansowany to stopień IV). Należy pamiętać, że pojęcie zaawansowanego raka piersi jest mało precyzyjne. Generalnie raki dzielimy na wczesne, miejscowo zaawansowane i rozsiane. Jeśli chodzi o raki zaawansowane to najczęściej obejmują one nowotwory miejscowo zaawansowane, czyli takie, które nie kwalifikują się do leczenia operacyjnego, gdzie nie ma przerzutów odległych oraz nowotwory rozsiane, w których są już przerzuty. Innymi słowy zaawansowany rak piersi jest terminem stosowanym do opisania zarówno miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego raka piersi (wybrane postaci stopnia III wg skali TNM), jak i raka piersi z przerzutami do narządów odległych (stopień IV).

Do jakich narządów najczęściej daje przerzuty rak piersi i jakie są tego objawy, które winny nas zaniepokoić?

Najczęstszym miejscem przerzutów raka piersi są pachowe węzły chłonne po stronie guza. Ponadto nowotwór może przerzutować do ww. chłonnych zamostkowych, nadobojczykowych i rzadziej podobojczykowych (po stronie guza). Z narządów odległych najczęstszymi miejscami przerzutów są kości (ok. 70 proc.), płuca, wątroba, mózg oraz tkanki miękkie (np. skóra). Bardzo rzadko rak piersi przerzutuje do przewodu pokarmowego (najczęściej żołądek). Niepokój powinny budzić wszelkie wyczuwalne guzki w pasze, utrata apetytu, spadek masy ciała, przewlekłe bóle kostne, uporczywy kaszel, czasem z odpluwaniem krwistej wydzieliny, duszność czy przewlekłe bóle głowy, zwłaszcza połączone z nudnościami i wymiotami oraz zaburzenia widzenia. Zajęcie wątroby przez przerzuty daje uczucie pełności, bóle brzucha, nudności, a w przypadku masywnego zajęcia narządu zażółcenie białkówek i skóry, świąd, obrzęk kończyn dolnych, wodobrzusze, senność.

Jaka jest zależność pomiędzy rodzajem nowotworu piersi a odległymi przerzutami?

Pojawienie się przerzutów odległych jest wynikiem nie tylko zbyt późnego rozpoznania, ale również niekorzystnej biologii nowotworu oraz prawdopodobnie także pewnych, nie do końca jeszcze poznanych, czynników związanych z zaburzeniami im-

munologicznymi w organizmie pacjentki. Niekorzystne czynniki biologiczne nowotworu to: wysoki stopień złośliwości histologicznej (G3, G4), wysoki wskaźnik proliferacji komórkowej (Ki67), obecność receptora HER2 w komórkach raka, jednoczesny brak receptorów hormonalnych i receptora HER2 (tzw. raki trójujemne) itp.

Jak często trafiają do Pana kobiety z zaawansowanym rakiem piersi z powodu wyłącznie zaniechania badań lub lekceważenia objawów? Jak tłumaczą fakt, że odpowiednio wcześnie nie zareagowały?

Na szczęście coraz rzadziej. W ciągu ostatniego roku mojej pracy była to tylko jedna pacjentka. Na początku zlekceważyła wyczuwalny guz piersi, później - jak twierdzi - wstydziła się przyjść do lekarza i jednocześnie bała się zabiegu operacyjnego, a dopiero odór rozpadającego się guza zmusił ją do szukania pomocy. Na szczęście w badaniach obrazowych nie stwierdziliśmy przerzutów odległych.

Słowa "rak", "przerzut", "IV stopień zaawansowania" stają się często stygmatami, które w wielu przypadkach rujnują życie pacjentki. Potoczne przekonania typu: „z przerzutami długo się nie pożyje" pozostają niezmienione od lat pomimo postępu dokonującego się w leczeniu zaawansowanego raka piersi. Co mogłoby znacząco wpłynąć na zmianę takiego myślenia?

Na zmianę takiego myślenia mogłaby według mnie wpłynąć szeroko pojęta kampania informacyjna o raku piersi (ulotki, spotkania informacyjne, porady lekarskie, spotkania w ramach grup wsparcia, „białe niedziele" itp). Czyli edukacja i jeszcze raz edukacja.

Panie doktorze, jakie elementy składają się na proces diagnostyki zaawansowanego raka piersi?

Obecnie proces diagnostyki zaawansowanego raka piersi składa się z kilku elementów (oprócz wywiadu chorobowego i badania przedmiotowego, które są podstawowymi elementami). Jednym z nich jest ocena stanu receptorów hormonalnych oraz ekspresji receptora HER2 dokonana z biopsji gruboigłowej guza pierwotnego lub przerzutu. Od wyników zależy określenie podtypu biologicznego nowotworu, a tym samym dobór leczenia, które może przynieść największe korzyści pacjentce. Badania obrazowe są innym niezbędnym elementem. I tak mammografia określa nam wielkość i zaawansowanie miejscowe guza. Usg pach ocenia nam stan pachowych węzłów chłonnych. Wykonanie TK klatki piersiowej i brzucha pozwoli ocenić stan płuc i narządów jamy brzusznej pod kątem ew. przerzutów. TK głowy pozwoli wykryć przerzuty w mózgu, a scyntygrafia w kościach. W przypadkach wątpliwych co do natury wykrywanych zmian pomocne może też być badanie PET-CT.

Od czego zależy wybór ścieżki leczenia?

Wybór ścieżki leczenia zaawansowanego raka piersi odbywa się w sposób spersonalizowany, z uwzględnieniem cech biologicznych nowotworu, skuteczności dotychczasowego leczenia, nasilenia objawów choroby, a także ogólnego stanu zdrowia oraz preferencji pacjentki. Leczenie może obejmować wiele linii, a lekarz w zależności od odpowiedzi na stosowaną terapię, decyduje o dalszym postępowaniu. Nowoczesne terapie obejmują m.in. hormonoterapię stosowaną w skojarzeniu z terapiami celowanymi (np. inhibitorami CDK 4/6 w przypadku HR+ HER2-ujemnego zaawansowanego raka piersi lub leczeniem anty-HER2 w przypadku HR+ HER2-dodatniego zaawansowanego raka piersi) czy immunoterapię. Chemioterapia to podstawowe leczenie u chorych na raka hormononiezależnego; w raku hormonozależnym bywa stosowana u chorych z masywnym rozsiewem choroby i nasilonymi objawami. W przypadkach raków zaawansowanych miejscowo (bez przerzutów odległych) stosuje się tzw. proste amputacje piersi. Nie należy też zapominać o radioterapii, która świetnie się sprawdza np. w leczeniu przerzutów do kości bądź wznów miejscowych.

Wiele pacjentek chorych na raka piersi ucieka się do alternatywnych metod leczenia. W jakim zakresie dopuszczalne jest ich stosowanie a czego należy się bezwzględnie wystrzegać?

Oprócz leczenia, które ma za zadanie spowolnić postęp choroby, stosuje się również leczenie wspomagające, które umożliwia poprawę jakości życia i złagodzenie dolegliwości. Są to nie tylko środki farmakologiczne, uśmierzające np. ból, ale również modyfikacja stylu życia. Dużą rolę odgrywa chociażby zbilansowana dieta, która dostarcza organizmowi składników odżywczych, witamin i minerałów, a także wspiera układ odpornościowy i daje więcej sił oraz pomaga utrzymać masę mięśniową. Bardzo istotne jest też wsparcie psychiczne i to nie tylko od najbliższej rodziny ale też od strony ludzi zajmujących się tym profesjonalnie (psychoonkolodzy).

Pamiętajmy, że celem leczenia zaawansowanego raka piersi jest utrzymanie komfortu życia pacjentki oraz maksymalne wydłużenie jej życia w przeciwieństwie do leczenia wczesnego raka piersi, gdzie celem terapii jest wyleczenie. Polegał ono na podjęciu działań powodujących zmniejszenie lub zahamowanie wzrostu nowotworu (chemioterapia, hormonoterapia, immunoterapia), leczenie przeciwbólowe, leczenie powikłań choroby nowotworowej (np. amputacja prosta piersi w przypadku martwicy bądź krwawienia z guza). Bardzo istotne są też działania mające na celu wsparcie psychiczne pacjentek.

Wszystkie próby tzw. alternatywnych metod leczenia zaawansowanego raka piersi powinny być konsultowane z prowadzącym leczenie onkologiem. Należy wystrzegać się stosowania „cudownych" środków z nieznanego źródła (często reklamowanych np. w Internecie, albo wierzyć w opowieści, że sąsiadce pomogło itp.) zarówno stosowanych miejscowo (maści lub okłady) lub ogólnie (różnego typu doustnie mikstury i nalewki). Sam osobiście na szczęście nie spotkałem się z przykładami takiej bezmyślności.

Jak epidemia wpłynęła na diagnostykę raka piersi krótkofalowo? Jak może wpłynąć długofalowo?

Myślę, że pandemia, locdown, zamknięcie pacjentek w domach, strach przed zakażeniem się Covidem spowodowały znaczne opóźnienia w diagnostyce i rozpoznaniu raków piersi, a co za tym idzie opóźnienie rozpoczęcia leczenia (a więc większy stopień zaawansowania, gdyby pandemii nie było). Być może wiele pacjentek straciło szansę na całkowite wyleczenie. Długofalowo można spodziewać się zwiększenia ilości zaawansowanych raków piersi i wzrostu śmiertelności z powodu tego nowotworu.

Co zmieniło się w leczeniu zaawansowanego raka piersi na przestrzeni lat?

Jeszcze czterdzieści lat temu pacjentki z zaawansowanym rakiem piersi miały niewielki wybór ścieżek leczenia, ograniczający się do chemioterapii, radioterapii oraz mastektomii. Dzisiaj, choć wciąż jest to choroba nieuleczalna, to w związku z dalszym postępem medycyny, rozwojem diagnostyki i dostępem do innowacyjnego leczenia, wiemy, że nie jest to choroba jednorodna, że istnieje zarówno wiele podtypów zaawansowanego raka piersi, jak również mutacji wpływających na rokowania, a dostępne opcje terapii są bardzo zróżnicowane i wieloetapowe. Wprowadzono szereg nowych chemioterapeutyków (mniej toksycznych), wiedząc o obecności receptorów hormonalnych w komórkach nowotworowych stosuje się odpowiednio dobraną hormonoterapię, a obecność receptora HER2 jest wskazaniem do tzw. terapii celowanej. Postępy w badaniach nad radioterapią pozwoliły wprowadzić mniejsze dawki fotonów i wiązki bardziej skupione na komórkach guza (co pozwala uniknąć „oparzeń", zmniejszyć toksyczność radioterapii i zmniejszyć jej objawy uboczne).

Podczas konferencji Advanced Breast Cancer w Lizbonie w listopadzie ubiegłego roku onkolodzy z całego świata byli zgodni w tym, że perspektywy leczenia pacjentek z zaawansowanym rakiem piersi są coraz lepsze. Jakie są te perspektywy w Polsce?

Perspektywy leczenia pacjentek z zaawansowanym rakiem piersi w Polsce też powinny być lepsze. Podstawy do takiego twierdzenia daje stosowanie tzw. terapii celowanej w związku z odkryciem białek receptorowych HER2, odpowiedzialnych w komórkach raka piersi za kontrolę wzrostu i funkcjonowania. Stosowanie nowych preparatów oddziałujących na receptory HER 2 (trastuzumab derukstecan) daje nadzieję na kontrolowanie nowotworu, jednocześnie stosowany lek nie działa toksycznie na komórki zdrowe, gdyż te nie mają receptora HER2. Trastuzumab derukstecan jest połączeniem transtuzumabu, czyli białka monoklonalnego, które działając na receptor HER2 komórki nowotworowej powoduje aktywację układu odpornościowego i niszczenie komórki nowotworowej oraz derukstekanu, czyli cytostatyku powodującego hamowanie podziału i wzrostu komórki nowotworowej. Derukstekan uaktywnia się po przyłączeniu się transtuzumabu do białka HER2 i po przedostaniu się go do komórek nowotworowych. Należy pamiętać, że w zaawansowanym raku piersi występuje nadmiar białka (receptora) HER2 - zwykle w ok. 25 proc. przypadków.

Czy przy zaawansowanym raku piersi można zachować aktywność społeczną, fizyczną, zawodową?

Zachowanie aktywności społecznej, fizycznej czy zawodowej jest jak najbardziej wskazane. W/w aktywności są jakby „odskocznią" od choroby. Kobieta nie czuje się wówczas „niepotrzebną" i jakby odizolowaną od zdrowego społeczeństwa. Stanowi to ważny aspekt psychiczny w walce z chorobą.

Jaka jest rola psychoonkologa w zespole wielospecjalistycznym zajmującym się kobietą chorą na zaawansowanego raka piersi?

Leczenie raka piersi, zwłaszcza zaawansowanego, powinno być kompleksowe i prowadzone przez wielospecjalistyczny zespół onkolog kliniczny, radioterapeuta, chirurg, dietetyk i psychoonkolog. Rolą psychoonkologa jest pomoc w poprawie jakości życia osoby chorej onkologicznie – łagodzenie psychologicznych reakcji na chorobę (a także ich bliskich i opiekunów), skupianie się na czynnikach psychologicznych, mających pozytywny wpływ na zdrowienie i eliminowanie tych, które w tym przeszkadzają. Doświadczony psychoonkolog potrafi pomóc choremu w uporaniu się z trudną diagnozą oraz ułatwi mu pokonywanie kolejnych etapów leczenia. Wsparcie psychoonkologa jest ważne na każdym etapie choroby nowotworowej.

Sukces w leczeniu nowotworów – kiedy możemy o nim mówić?

O sukcesie w leczeniu nowotworów możemy mówić wówczas, kiedy leczonego przez nas chorego nowotworowego uznamy za wyleczonego z nowotworu. Sukces ten zależy głównie od szybkiego i trafnego rozpoznania oraz podjęcie przez wielodyscyplinarny zespół leczący optymalnego leczenia. Oczywiście należy pamiętać, że u każdego potencjalnie wyleczonego chorego może dojść do wznowy nowotworu lub może on zachorować na inny nowotwór i tu ważną rolę odgrywa wieloletnia obserwacja i kontrola pacjenta po leczeniu.

A czego uczy się Pan od swoich pacjentek?

Chyba przede wszystkim optymizmu, ponieważ widzę u wielu z nich (mimo poważnej choroby nowotworowej) zachowaną pogodę ducha, humor, pozytywne nastawienie i wiarę w skuteczność leczenia. To także daje mi siłę, by skutecznie leczyć.

Dziękuję za rozmowę
Monika Mikołajczuk

Michałek z Laskowic

potrzebuje NASZEJ **pomocy!**

Życie każdego dziecka powinno być beztroskie i pełne miłości. Miłości nie zabrakło mojemu synkowi, ale troski przerosłyby każdego, nawet dorosłego człowieka... Michałek niedawno skończył 6 lat. Ma białaczkę, walczy o to, by to nie były jego ostatnie urodziny... To nie koniec tragedii, które spadły na naszą rodzinę. Kilka miesięcy temu nowotwór odebrał życie mojemu mężowi... Michałek stracił ukochanego tatę. Bardzo przeżył jego śmierć... Straciłam męża i tak bardzo boję się, że stracę też synka - błagam o pomoc!

Sześć lat temu w najgorszych koszmarach nie podejrzewałam, co szykuje dla nas los... Byliśmy zwyczajną, oczekującą narodzin synka rodziną. Kiedy 7 lutego 2016 urodziło się nasze małe szczęście, radość nie miała granic... Michałek przyszedł na świat jako zdrowy chłopiec i wydawało się, że żyjemy jak w bajce. Niestety, po kilkunastu tygodniach po naszym szczęściu nie pozostał nawet ślad...

Guz mózgu

Diagnozę usłyszeliśmy po serii badań, gdy Michałek miał zaledwie 4 miesiące. Szok, rozpacz, przeraźliwy ból... Niedawno opuściliśmy porodówkę, gdy wróciliśmy do szpitala na oddział, którego sama nazwa budziła wtedy lęk - onkologię... Synek ledwo poznał, jakie piękne jest życie, gdy już musiał o nie walczyć.

Tamten okres pamiętam jak przez mgłę, tyle od tego czasu się wydarzyło... Michałka czekała operacja usunięcia guza, a potem długa chemioterapia. Niestety, operacja wiązała się z dużym ryzykiem i spowodowała szereg powikłań... Najgorszym był niedowład lewej strony ciała, synek musiał być stale rehabilitowany. Zamieszkaliśmy w szpitalu, Michałek dzielnie zniósł 19 cykli chemioterapii. Wydawało się, że najgorsze już za nami i wszystko idzie w dobrym kierunku, w stronę upragnionej normalności... Wróciła nadzieja, że będzie dobrze. Niestety, spadły na nas kolejne kłopoty. W 2018 roku dowiedzieliśmy się, że nasza rodzina jest obarczona Zespołem Li-Fraumenii. To rzadki, uwarunkowany genetycznie zespół predyspozycji do nowotworów. Mąż udał się na badania profilaktyczne i wówczas dowiedzieliśmy się, że rozwija się w nim cichy zabójca. Michałek wygrał walkę o życie, kiedy zaczął ją jego ukochany tata...

W 2019 roku mąż przeszedł leczenie pierwszego nowotworu. Kolejny nowotwór zaatakował ze zdwojoną siłą zaledwie rok później. Glejak IV stopnia... Jeden z najgorszych, najbardziej złośliwych nowotworów mózgu. Spowodował paraliż lewostronny i nie pozostawił wiele nadziei na lepsze jutro.

W każdy kolejny rok wchodziłam z jednym życzeniem - by mój mąż i syn byli zdrowi. By żyli. Niestety, tak się nie stało... Kilka miesięcy temu u Michałka zdiagnozowano ostrą białaczkę limfoblastyczną typu T. Musiałam zostawić męża w domu i pojechać z chorym synkiem do szpitala. Wtedy doszło do tragedii... Gdy byliśmy w szpitalu, mąż przegrał walkę z dwoma nowotworami. Trudno o tym nawet mówić... **Ból niesamowity i bezsilność, bo zamiast być razem w tych ostatnich chwilach, byliśmy daleko od siebie... Zmarł 1 lipca 2021 roku. Miał zaledwie 47 lat. Zostaliśmy z synkiem sami....**

We wrześniu u Michała stwierdzono wznowę choroby. Obecnie leczenie nie przebiega według standardowych protokołów. Mamy cudowną panią doktor, która jest naszym Aniołem... Dwoi się i troi, żeby pomóc mojemu wojownikowi. Żeby ratować jego życie... Michał przyjmuje niestandardową chemię, która pomaga, ale bardzo niszczy jego mały organizm. Ma też podawany lek, niestety nie jest refundowany. Koszt jednego opakowania jest kolosalny - prawie 30 tysięcy złotych! Opakowanie wystarcza tylko na 56 dni. Nie wiem, przez ile czasu będzie trzeba go podawać, na razie plany są na 2 lata.

Synek został zakwalifikowany do przeszczepu szpiku. Mam nadzieję, że razem z nim dostanie nowe życie... Po przeszczepie będą potrzebne 4 ampułki kolejnego drogiego leku... Umieram ze strachu, skąd wziąć na to pieniądze.

Przed nami jeszcze długa walka o życie i zdrowie... Wciąż mam nadzieję, że będzie dobrze, choć bez męża już nic nie będzie jak dawniej... Michał ma dopiero 6 lat i tyle przeżyć za sobą. Zrobię wszystko, by go ratować i dać mu szansę na lepsze jutro. Błagam o Twoją pomoc!

Kinga, mama Michała

JEŻELI KTOŚ MA CHĘĆ PRZEKAZAĆ DAROWIZNĘ można dokonać wpłat na konto:
FUNDACJA „NASZE DZIECI" Bank Pekao S.A. VII Oddz. w Warszawie **76 1240 1109 1111 0010 1163 7630**
z dopiskiem: **Michał Mularzuk – darowizna na pomoc i ochronę zdrowia.**
Na leczenie Michałka jest także prowadzona zbiórka na portalu **SIEPOMAGA**.
Żeby ją wesprzeć, trzeba wpłacić pieniądze **na numer konta PL 80114011243630012582017769, tytuł przelewu: (IdT 2582017769)**. Fundacja Siepomaga Siepomaga.pl – **Darowizna C52421306**
Na **FACEBOOKU** jest również prowadzona zbiórka **„Licytacje dla Michałka Mularzuka"**,
gdzie można wylicytować różne przedmioty. Całkowity dochód z licytacji jest przeznaczony na leczenie Michałka.

Maluszek w podróży

Międzykontynentalne podróże z udziałem dzieci należą obecnie do codzienności. Wyjazd dorosłych z dzieckiem, najczęściej związany z turystyką i wypoczynkiem, powinien być odpowiednio zaplanowany, zwłaszcza jeśli będzie to pobyt w regionach uciążliwych pod względem klimatycznym i sanitarnym.

Jest to szczególnie istotne w kontekście funkcjonowania układu termoregulacji (klimat gorący) i układu immunologicznego (patogeny chorób infekcyjnych i inwazyjnych), które u małych dzieci są jeszcze w fazie rozwoju i ich sprawność nie jest w pełni wykształcona. Do tego dochodzi zachowanie odpowiednich środków bezpieczeństwa w czasie transportu, stały nadzór podczas uprawiania zajęć rekreacyjnych w wodzie lub na lądzie, jak również unikanie kontaktu z nieudomowionymi zwierzętami. Niezmiernie ważne jest skompletowanie apteczki z lekami dobranymi do wieku i wagi ciała małych podróżnych oraz zaopatrzenie w środki profilaktyczne do codziennego stosowania (kremy przeciwsłoneczne, repelenty przeciw owadom). Przedmiotem współczesnej medycyny podróży dzieci jest komfort i bezpieczeństwo podróżowania, szczepienia ochronne, profilaktyka chorób transmisyjnych oraz profilaktyka i leczenie chorób biegunkowych. Właściwe postępowanie z małymi podróżnymi jest uzależnione od wielu czynników, takich jak wiek, stan zdrowia oraz czas i miejsce podróży. Korzyści wypływające z podróży dziecka (stałe przebywanie z rodzicami, zabawa oraz wartości poznawcze) muszą zawsze iść w parze ze świadomością występowania zagrożeń zdrowotnych. Decyzja o podróży w określony region świata należy oczywiście do rodziców lub opiekunów dzieci. To od ich przytomności umysłu, zdrowego rozsądku i mierzenia siły na zamiary zależy, czy dziecko wybierze się w podróż do dżungli, na pustynię, w wysokie góry, czy też ze względu na bezpieczeństwo będzie spędzać czas przy hotelowym basenie lub na plaży. Podróżowanie z dziećmi staje się coraz popularniejszą formą rozrywki. Dorośli zabierają swoje pociechy praktycznie wszędzie, często zapominając, że na bezdrożach Afryki, Azji i Ameryki Południowej, gdzie do najbliższej specjalistycznej placówki medycznej są dziesiątki, a nawet setki kilometrów, posiadanie w plecaku apteczki podróżnej, to często zdecydowanie za mało w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia. Ocena występujących zagrożeń środowiskowych przez pryzmat dorosłego i niedostosowanie ich skali do małego dziecka, podróżnego z jeszcze nie w pełni funkcjonującymi układami obronnymi organizmu, jest przejawem nie tylko braku wiedzy i wyobraźni, ale również skrajnej nieodpowiedzialności.

Podróż samolotem

Odbywanie podróży lotniczych nie jest przeciwwskazane dla małych dzieci. Na pokładzie rejsowego samolotu występuje obniżone ciśnienie odpowiadające wysokości 2000–2400 m n.p.m., a zawartość tlenu w powietrzu jest o ponad 20% mniejsza od zawartości tlenu w powietrzu na poziomie morza. Zmniejszona zawartość tlenu w powietrzu, jakim oddychają pasażerowie na pokładzie samolotu dla osób ze sprawnie funkcjonującym układem oddechowym nie stanowi problemu. Sytuacja może ulec zmianie u dzieci, które chorują na przewlekłe choroby układu oddechowego. W ich przypadku podczas lotu będzie potrzebny dodatkowy tlen do oddychania.

Podróż samochodem

Podczas podróży należy bezwzględnie stosować foteliki dla dzieci oraz pasy bezpieczeństwa. Dorośli powinni zdawać sobie sprawę z tego, że w krajach Trzeciego Świata, przepisy ruchu drogowego praktycznie nie istnieją. W związku z tym, dbając o bezpieczeństwo pasażerów i kierowcy, należy dostosować prędkość do stanu dróg i nonszalancji lokalnych kierowców. Zgony z powodu wypadków komunikacyjnych występują wśród turystów znacznie częściej niż zgony z powodu chorób infekcyjnych i inwazyjnych, również wśród podróżujących dzieci. Należytą ostrożność należy zachować również podczas przechodzenia przez jezdnię. W wielu krajach pasy namalowane na jezdni, oznaczające przejścia dla pieszych, wcale nie gwarantują pierwszeństwa tych ostatnich. Są na świecie miejsca, gdzie króluje samochód, klakson oraz ręka wystawiona na zewnątrz, spełniająca funkcję sygnalizacji, i należy o tym pamiętać, zwłaszcza podczas podróżowania z dziećmi.

Choroba lokomocyjna

W transporcie lądowym, morskim i powietrznym u dzieci może dojść do wystąpienia choroby lokomocyjnej, która jest odpowiedzią na intensywny ruch kinetyczny podczas podróży środkiem komunikacji. Narząd wzroku rejestruje wówczas przemieszczanie się i wysyła sygnały do mózgu. Z kolei błędnik, będący narządem równowagi, nie rejestruje zmiany położenia ciała, reaguje natomiast na hamowanie i przyspieszanie, co prowadzi do upośledzenia zgodności bodźców odbieranych przez narząd wzroku i równowagi i skutkuje pojawieniem się objawów chorobowych, takich jak nudności, wymioty, zawroty głowy, wzmożone pocenie się, ślinotok. Najczęściej chorują dziewczynki w wieku 2–12 lat. Problemy zdrowotne ustępują zazwyczaj po zakończeniu podróży. Do podstawowych działań prewencyjnych należy wybranie najbardziej statycznego miejsca siedzącego w środku transportu, np. przednie siedzenie w samochodzie; w środkowej części pokładu promu lub statku; przy oknie, na wysokości skrzydła, po prawej stronie w samolocie. Przed podróżą należy unikać konsumpcji

ciężkostrawnych posiłków, słodyczy i napojów gazowanych. Najczęściej stosowanym środkiem farmakologicznym, zapobiegającym objawom choroby lokomocyjnej, jest aviomarin (syrop 12,5 mg/5 ml; tabl. 50 mg), przyjmowany 30 minut przed podróżą w dawce 1,25 mg/kg mc., maksymalnie do 50 mg w jednorazowej dawce (początek działania po 20–30 minutach, utrzymuje się przez 4–6 godzin). Przeciwwskazaniem do stosowania leku jest wiek poniżej 2 rż. i padaczka. Innym środkiem zapobiegawczym, stosowanym w chorobie lokomocyjnej u dzieci powyżej 1 rż. jest diphergan w syropie.

Ochrona przed promieniowaniem słonecznym

Przebywanie w miejscach charakteryzujących się wzmożoną projekcją słoneczną wymaga stosowania odpowiednich środków prewencyjnych w celu ochrony przed oparzeniami (kremy z filtrem) oraz udarem słonecznym (nakrycie głowy). Protekcja przeciwsłoneczna jest istotna zwłaszcza w przypadku dzieci, u których zmiany chorobowe, przy tej samej ekspozycji, mogą być znacznie bardziej nasilone niż u dorosłych. W pierwszej kolejności zwracamy uwagę na to, jaki typ skóry ma dziecko. U osób z bardzo jasną karnacją (typ I) znacznie szybciej dochodzi do oparzeń skóry i są one bardziej nasilone niż u osób śniadych (typ IV). Wybierając krem z filtrem przeciwsłonecznym, zwracamy uwagę na oznaczenie SPF (Sun Protection Factor). Jest to wskaźnik czasu potrzebnego do powstania najmniejszego odczynu rumieniowego na skórze pokrytej kremem z filtrem w stosunku do czasu potrzebnego do powstania odczynu rumieniowego o takim samym nasileniu na skórze niepoddanej ochronie przeciwsłonecznej. Krem z SPF 15 blokuje około 93%, a krem z SPF 30 ok. 96% szkodliwego promieniowania UV. Dzieci powinny być posmarowane kremem z co najmniej SPF 30, 15-30 minut przed ekspozycją na promieniowanie słoneczne. Kremy z filtrem powinny być aplikowane powtórnie po każdym myciu, kąpieli bądź obfitym poceniu się. Nie powinno się stosować ich u niemowląt w pierwszych sześciu miesiącach życia, kiedy podstawowym działaniem prewencyjnym jest zapewnienie dziecku miejsca zacienionego, chroniącego przed słońcem.

Szczepienia

Immunizacja dzieci wybierających się w podróż zazwyczaj stanowi uzupełnienie kalendarza szczepień obowiązującego w większości krajów. W Polsce Program Szczepień Ochronnych obejmuje obowiązkowe wakcynacje dzieci przeciwko gruźlicy, błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, odrze, śwince, różyczce, inwazyjnym zakażeniom Haemophilus influenzae typu B, inwazyjnym zakażeniom Streptococcus pneumoniae, i realizację ww. szczepień należy sprawdzić przed zagranicznym wyjazdem każdego dziecka. Pozostałe szczepienia obowiązkowe (przeciw żółtej gorączce; zakażeniom meningokokowym dla udających się do Arabii Saudyjskiej) oraz szczepienia zalecane przed planowaną podróżą przedstawia poniższa tabela.

ZALECENIA DO STOSOWANIA SZCZEPIONEK U DZIECI

NAZWA CHOROBY	DAWKOWANIE	DAWKI PRZYPOMINAJĄCE
CHOLERA	dzieci 2–6 lat: trzy dawki w odstępach 1-6 tygodniowych; dzieci powyżej 6 lat: dwie dawki w odstępach 1-6 tygodniowych 2 dawki: 0, 6–12 miesięcy, maksymalnie do 5 lat (Havrix Junior, GSK)	odporność utrzymuje się od 6 miesięcy (dzieci 2-6 lat) do 2 lat (dzieci powyżej 6 lat)
WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU A	pierwsza dawka u dzieci powyżej 1 r.ż.; 0, 6-36 miesięcy (Avaxim, Sanofi Pasteur) pierwsza dawka u dzieci powyżej 1 rż.	WHO nie zaleca dawek przypominających (wg producentów szczepionek skoniugowanych)
DUR BRZUSZNY	jednorazowa dawka u dzieci powyżej 2 lat (Typhim Vi) trzy dawki u dzieci od 6 lat (Vivotif)	co 3 lata
ZAKAŻENIA MENINGOKOKOWE	jednorazowa dawka u dzieci powyżej 2 m.ż. (Nimenrix) u dzieci powyżej 2 lat (Menveo)	nie ustalono dotychczas konieczności podawania
WŚCIEKLIZNA	szczepienie przedekspozycyjne: 0,7,28 dzień (wg WHO 0,7,21 lub 28 dzień); dawka uzupełniająca: po 12 miesiącach szczepienie poekspozycyjne u dziecka uodpornionego: dwie dawki – w dniu pogryzienia i 3 dni później; nie ma ograniczeń wiekowych	co 5 lat
ŻÓŁTA GORĄCZKA	dawka jednorazowa u dzieci powyżej 9 mż.	co 10 lat
JAPOŃSKIE ZAPALENIE MÓZGU	dwie dawki: 0, 28 dzień u dzieci powyżej 2 mż.	brak danych o konieczności stosowania dawek przypominających
KLESZCZOWE ZAPALENIE MÓZGU	3 dawki: 0, 1–3 miesiąc, 9–12 miesiąc pierwsza dawka u dzieci powyżej 1 rż.	co 3-5 lat

Profilaktyka chorób transmisyjnych

Przed udaniem się w podróż, w rejony endemicznego występowania chorób zakaźnych i pasożytniczych przenoszonych przez owady, należy zaopatrzyć się w środki ochrony osobistej, do których w pierwszej kolejności należą repelenty (chemiczne środki odstraszające). W miejscu pobytu, gdzie występują owady latające (komary, muchówki, itp.), należy zwrócić uwagę na szczelność siatek w oknach pomieszczeń zamkniętych, sprawność urządzeń klimatyzacyjnych (jeśli występują) oraz sprawdzić, czy impregnowana repelentem (Permethrin) moskitiera nad miejscem do spania nie jest uszkodzona. Podczas podróży należy również pamiętać o możliwości ukłuć przez inne owady, np. kleszcze na terenach zalesionych, w wysokich trawach i zaroślach, czy pchły i wszy w miejscach o niskich standardach sanitarnych. Niezmiernie ważne jest noszenie odpowiedniego ubrania (długie rękawy koszul, długie nogawki spodni) chroniącego skórę przed owadami. Największa aktywność owadów latających ma miejsce zazwyczaj od zmierzchu do świtu. Wśród tropikalnej fauny występują jednak również owady aktywne w ciągu dnia, np. muchy tse-tse przenoszące trypanosomozę afrykańską, których niestety nie odstrasza większość repelentów. Owady latające często mają swoje lęgowiska w okolicach stojących zbiorników wodnych. Dlatego też należy unikać przebywania nad stawami i jeziorami po zmierzchu, kiedy wzrasta aktywność wektorów chorób transmisyjnych. Do najpopularniejszych na rynku środków odstraszających owady należą repelenty w postaci sprayu lub kremu, zawierające w swoim składzie DEET (N,N-diethyl-meta-toluamide). Wieloletnie badania wykazały, że środki te są bezpieczne do stosowania u dzieci, pod warunkiem wyłącznego stosowania na skórę odkrytą, w ilościach nieprzekraczających kilku ekspozycji dziennie. Aplikacja repelentu w okolicę oczu może powodować zapalenie spojówek, przyjęcie dawki drogą oddechową lub pokarmową może spowodować wystąpienie objawów ogólnych zatrucia. Obserwowano zaburzenia neurologiczne u dzieci, które stosowały repelenty ponad 10 razy dziennie, dodatkowo liżąc powierzchnię skóry pokrytej środkiem odstraszającym owady. Od stężenia DEET w preparacie zależy długość efektywnego działania. Stężenie 5–7% chroni skórę przed owadami przez 1–2 godziny, 24% – przez 5 godzin. Stężenie DEET w repelentach stosowanych u dzieci nie powinno przekraczać 30%. Alternatywnym i bezpieczniejszym dla dzieci jest stosowanie repelentów zawierających 20% ikarydynę (prep. Moskito Guard), w postaci balsamu w sprayu lub nawilżonych chusteczek. W przypadkach, gdy mimo stosowania środków odstraszających owady dojdzie do ukłuć i wystąpienia świądu oraz odczynu zapalnego skóry, należy jak najszybciej zastosować środki łagodzące objawy: w postaci zewnętrznej (np. Fenistil w żelu) i/lub doustnej (np. loratydyna w syropie lub w tabletkach). Ma to na celu nie tylko szybkie ustąpienie objawów chorobowych, ale również zapobieganie potencjalnym, wtórnym zakażeniom bakteryjnym. Dzieci często nie mogą powstrzymać się od drapania swędzących zmian zapalnych, co w konsekwencji często prowadzi do powstawania sączących wykwitów z wtórnym zliszajcowaceniem.

ŚRODKI FARMACEUTYCZNE STOSOWANE W CHEMIOPROFILAKTYCE MALARII

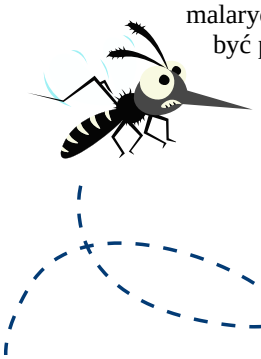
NAZWA LEKU	DAWKOWANIE	DŁUGOŚĆ TRWANIA CHEMIOPROFILAKTYKI	UWAGI
ATOVAQUONE/PROGUANIL TABL. PEDIATRYCZNA 62,5 MG/25 MG	1x dziennie 5-11 kg mc.: 31,25 mg/12,5 mg 11-20 kg mc.: 62,5 mg/25mg 21-30 kg mc.: 125 mg/50 mg 31-40 kg mc.: 187,5 mg/75mg >40 kg mc.: 250 mg/100 mg (tabletka dla dorosłych)	1 dzień przed wyjazdem, codziennie w trakcie pobytu, przez 7 dni po powrocie	tabletki pediatryczne nie są zarejestrowane w Polsce (dostępne na import docelowy) sporadycznie gastroenterologiczne i dermatologiczne działania niepożądane
DOKSYCYKLINA TABL. 100 MG	1x dziennie dzieci powyżej 8 rż. 2 mg/kg mc. (max 100 mg na dobę)	1 dzień przed wyjazdem, codziennie w trakcie pobytu, przez 28 dni po powrocie	gastroenterologiczne, ginekologiczne, dermatologiczne działania niepożądane
MEFLOCHINA TABL. 250 MG	1x tygodniowo <10 kg mc: 5 mg/kg mc. 10-19 kg mc.: ¼ tabl. 20-30 kg mc.: ½ tabl. 31-45 kg mc.: ¾ tabl. >45 kg mc.: 1 tabl.	1 tydzień przed wyjazdem, 1x tyg. w trakcie pobytu, przez 4 tyg. po powrocie	gastroenterologiczne, neuropsychiatryczne działania niepożądane
CHLOROCHINA TABL. 150 MG	1x tygodniowo 5 mg/kg mc. (max dawka 300 mg)	1 tydzień przed wyjazdem, 1x tyg. w trakcie pobytu, przez 4 tyg. po powrocie	gastroenterologiczne, dermatologiczne działania niepożądane przeciwwskazania: epilepsja, łuszczyca

Chemioprofilaktyka przeciwmalaryczna

Chlorochina, proguanil i meflochina oprócz dzieci są zalecane również matkom karmiącym niemowlęta. Dawki leków dostosowuje się do masy ciała dziecka. Gorzki smak leków należy minimalizować podając je dzieciom ze słodkimi pokarmami. Chlorochina i proguanil są bezpieczne dla małych dzieci i niemowląt, jednak ich podawanie jest ograniczone ze względu na coraz powszechniejszą oporność Plasmodium. Meflochinę można podawać niemowlętom o wadze ciała powyżej 5 kg. Atovaquone/proguanil jest zalecany dla dzieci o masie ciała powyżej 11 kg (w USA, Kanadzie, Belgii i Francji – dla dzieci o masie ciała powyżej 5 kg). Doksycyklina jest przeciwwskazana u dzieci poniżej 8 roku życia (tabela).

Leczenie malarii

Dzieci pochodzące z regionów świata, w których malaria nie występuje, a które zaraziły się w rejonie endemicznego występowania choroby, powinny w każdym przypadku być leczone jak na ciężką postać choroby (bez względu na jej przebieg kliniczny), gdyż w odróżnieniu od ludności zamieszkującej rejony malaryczne, ich układ odpornościowy może nie być przygotowany na taką odpowiedź immunologiczną w walce z chorobą, jak ma to miejsce u mieszkańców Afryki, Azji czy Ameryki Południowej, którzy zachorowania na malarię często przechodzą wielokrotnie. Jeśli dziecko przyjmowało chemioprofilaktykę przeciwmalaryczną i mimo to doszło do zarażenia, w leczeniu choroby należy zastosować inny lek od tego, który był przyjmowany profilaktycznie.

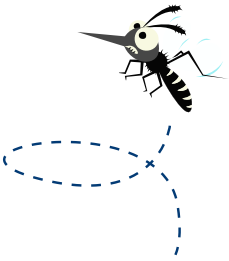


Jeśli jednym z objawów choroby są wymioty, które wystąpiły w okresie krótszym niż 30 minut od przyjęcia leku przeciwmalarycznego, dawkę leku należy powtórzyć; jeśli wymioty nastąpiły w okresie 30–60 minut od przyjęcia leku – należy powtórzyć połowę dawki. W przypadku prawdopodobieństwa wystąpienia wymiotów, przed zaordynowaniem leczenia doustnego zalecane jest przyjęcie leku przeciwwymiotnego.

Leczenie opiera się głównie na kombinacji artemizyny lub jej pochodnych (artesunate, arthemeter, dihydroartemisinin) **ze środkami farmaceutycznymi należącymi do innych grup leków** (ACT, Artemisinin-based combination therapy).

Chlorochinę stosuje się w leczeniu zarażeń P. vivax, P. ovale, P. malariae, jeśli nie ma stwierdzonej oporności Plasmodium na ww. lek. W przypadkach ciężkich postaci malarii lekiem pierwszego rzutu powinien być artesunate podawany dożylnie lub domięśniowo, bądź artemether lub chinina w przypadku, gdy artesunate nie jest dostępny. Po pozajelitowym podaniu ww. leków przez okres minimum 24 godzin, należy kontynuować doustną terapię ACT, np. artesunate + klindamycynę (tabela).

Źródło: www.medycynapodrozy.pl



ZALECENIA DO STOSOWANIA SZCZEPIONEK U DZIECI

NAZWA LEKU	DAWKOWANIE
ARTESUNATE	2,4 mg/kg mc. dożylnie lub domięśniowo 0 h (1 dawka), 12 h (2 dawka), 24 h (3 dawka), następnie 1x dz.
ARTEMETHER	3,2 mg/kg mc. domięśniowo (dawka początkowa) kolejne dni: 1,6 mg/kg mc. 1x dz.
CHININA	20 mg/kg mc. dożylnie we wlewie lub domięśniowo w 3 dawkach podzielonych co 8 h (dawka początkowa) kolejne dni: 10 mg/kg mc. domięśniowo w 3 dawkach podzielonych co 8 h UWAGA: podawanie dożylne nie może przekroczyć 5 mg/kg mc. na godzinę
ARTESUNATE + KLINDAMYCYNA	2 mg/kg mc. artesunate 1x dz. przez 7 dni + 10 mg/kg mc. klindamycyna 2x dz. przez 7 dni, 25 mg/kg mc. podzielona na trzy dawki dzienne (10 mg/kg, 10 mg/kg i 5 mg/kg)
CHLOROCHINA	przez 3 kolejne dni (nie stosujemy w zarażeniach wywołanych przez P. falciparum)

Zespół ratownictwa medycznego -

w jakich przypadkach należy wezwać karetkę?

Okres wakacji to dobry moment na odpoczynek. Wielu z nas wykorzystuje urlop oraz dobrą pogodę na wyjazd nad morze, jezioro bądź w góry. Towarzysząca wypoczynkowi beztroska oraz czas spędzony na rozrywkach sprawiają jednak, że mogą dotknąć nas różne niebezpieczne zdarzenia, które będą wymagały udzielenia pomocy medycznej. Podczas wakacyjnego wyjazdu, należy pamiętać, że system ochrony zdrowia, w tym Państwowe Ratownictwo Medyczne („PRM") jest do naszej dyspozycji na terenie całego kraju, jednak towarzyszą temu określone zasady, które warto wcześniej poznać.

Czym jest zespół ratownictwa medycznego?

W sytuacji, gdy będziemy potrzebowali nagłej pomocy medycznej, możemy bez skierowania zgłosić się do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR). Mamy również możliwość skorzystania z pomocy zespołu ratownictwa medycznego (tzw. karetki) dzwoniąc pod numer 112 lub 999.

Zasady w zakresie udzielania nagłej pomocy medycznej określa ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym („Ustawa"). Ustawa, w art. 3 pkt 10, zawiera definicję zespołu ratownictwa medycznego, zgodnie z którą jest to jednostka PRM, podejmująca medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych, spełniająca wymagania wskazane w Ustawie.

W świetle art. 36 ust. 1 oraz 37 ust. 1 Ustawy zespoły ratownictwa medycznego dzielimy na:

- zespoły specjalistyczne: co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz PRM oraz pielęgniarka PRM lub ratownik medyczny;
- zespoły podstawowe: co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką PRM lub ratownikiem medycznym;
- zespoły lotnicze: co najmniej trzy osoby, w tym jeden pilot zawodowy, lekarz PRM oraz ratownik medyczny lub pielęgniarka PRM.

Kiedy należy wezwać zespół ratownictwa medycznego?

W świetle Ustawy, zespół ratownictwa medycznego ma za zadanie udzielać medycznych czynności ratunkowych w przypadku wystąpienia stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zgodnie z definicją zawartą w art. 3 ust. 8 Ustawy, stan nagłego zagrożenia zdrowotnego polega na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Mogą być przykładowo takie zdarzenia, jak: utrata przytomności, drgawki, zatrzymanie akcji serca, nagły, ostry ból w klatce piersiowej, zadławienie się, upadek z dużej wysokości bądź urazy kończyny dolnej uniemożliwiające samodzielne poruszanie się. (lista przykładów znajduje na stronie internetowej: https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/kiedy-wezwac-karetke).

Podkreślenia wymaga, że zadaniem zespołu ratownictwa medycznego nie jest udzielanie innych świadczeń zdrowotnych, gdy nie występuje stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zgodnie z art. 11 ust. 10 Ustawy, ratownik medyczny może, po dokonaniu oceny stanu pacjenta, nie podejmować lub odstąpić od medycznych czynności ratunkowych albo udzielania świadczeń zdrowotnych, jeżeli nie spowoduje to niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Nie należy zatem wzywać karetki w sytuacjach, które nie wymagają podjęcia nagłych i niezbędnych czynności ratunkowych, np. w przypadku wystawienia recepty na kończące się leki bądź potrzeby skonsultowania się z lekarzem specjalistą.

Bezpodstawne wezwanie zespołu ratownictwa medycznego oraz blokowanie numerów alarmowych (112 oraz 999) stanowi wykroczenie oraz zagrożone jest sankcją karną. Zgodnie z art. 66 Kodeksu wykroczeń, wywołanie niepotrzebnej czynności, fałszywą informacją lub wprowadzeniem w błąd organu ochrony zdrowia oraz umyślne oraz bezzasadne blokowanie numerów alarmowych, zagrożone jest karą aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny do 1500 zł.

Przebieg akcji medycznej

Dzwoniąc pod numer 112 lub 999, oczekujemy otrzymania jak najszybszej pomocy medycznej. Zgodnie z art. 40 Ustawy, akcja medyczna rozpoczyna się w momencie przyjęcia zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego. Obowiązkiem zespołu ratownictwa medycznego jest natomiast niezwłoczne rozpoczęcie medycznych czynności ratunkowych po przybyciu na miejsce zdarzenia.

Zgodnie z art. 11 ust. 1 Ustawy, do zadań ratowników medycznych należy między innymi:

- udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych udzielanych samodzielnie lub na zlecenie lekarza;
- zabezpieczenie osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowanie działań zapobiegających zwiększeniu liczby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- udzielanie wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Powszechny obowiązek wezwania pomocy

Ustawa, w art. 4 nakłada powszechny, społeczny obowiązek niesienia pomocy osobom, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia. Zgodnie z treścią przepisu, każdy kto zauważy osobę znajdującą się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub jest świadkiem zdarzenia powodującego taki stan, w miarę posiadanych możliwości i umiejętności ma obowiązek niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia o tym zdarzeniu odpowiednich jednostek.

Nieudzielenie pomocy, osobom znajdującym się w stanie zagrożenia życia penalizowane jest karą pozbawienia wolności do 3 lat, zgodnie z art. 162 § 1 Kodeksu karnego. Przepis ten stanowi, że powyżej wskazanej karze podlega osoba, która nie udzieli pomocy człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Jednakże, obowiązek niesienia pomocy istnieje pod warunkiem, że można udzielić jej bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Wskazać również należy, że w świetle art. 162 § 2 Kodeksu karnego nie popełnia przestępstwa, kto nie udziela pomocy, do której jest konieczne poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo w warunkach, w których możliwa jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej.

Zgodnie z przytoczonymi powyżej przepisami, każdy posiada obowiązek udzielenia pomocy drugiemu człowiekowi. Przedmiotowy obowiązek nie jest jednak bezwzględny, nie wymaga się bowiem, aby osoba udzielająca pomocy narażała własne zdrowie bądź życie. Pomocy należy udzielać w miarę posiadanych możliwości oraz umiejętności. Przykładowo, gdy zauważymy tonącą osobę, nie mamy obowiązku wchodzenia do wody, jeżeli sami nie potrafimy dobrze pływać. W takim przypadku, należy jednak wezwać pomoc, tj. skontaktować się telefonicznie z odpowiednimi służbami.

Podsumowanie

W sytuacji wymagającej udzielenia odpowiedniej pomocy medycznej, powinniśmy skorzystać z pomocy zespołu ratownictwa medycznego. Karetkę należy wezwać jednak, jedynie w sytuacji stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego. Warto również pamiętać, że ciąży na nas obowiązek wezwania pomocy, jeżeli druga osoba jej potrzebuje.

Aleksandra Łukasiuk
prawnik
Kancelaria Radcy Prawnego
Piotr Łukasiuk

Jak rozmawiać z dzieckiem

Słowo **„wojna”** dla pokolenia, które ma w pamięci żywe obrazy sprzed 80 lat albo wspomnienia swoich rodziców czy dziadków, doświadczonych traumą II wojny światowej, nie jest niczym nowym. Ale w słowniku dzieci może pojawić się po raz pierwszy. Czy należy dziecko chronić przed tą wiedzą o wojnie czy raczej starać się tłumaczyć, oswajać z nim?

Życie pokazało nam, że wojna to nie tylko czarno-białe zdjęcia z książek historycznych czy relacje z odległych państw. Konflikt zbrojny jest tuż za naszą granicą. Nie ma ma możliwości, by najmłodsi nie dowiedzieli się o tym. Trudno ochronić dziecko przed czymś, z czym i tak się zetknie, spotykając w swojej szkole dzieci z Ukrainy czy słuchając rozmów kolegów. Nie ma sensu zatajać przed dzieckiem faktów. Ale to, jak podamy te fakty, powinno być dostosowane do wieku dziecka. Nie wolno tez zapomnieć, by mówiąc o tym, co straszne i niezależne od nas, pokazać też te aspekty, które jakkolwiek mogą dziecko uspokoić.

Co odpowiedzieć dziecku, które pyta nas, „czy my też będziemy musieli uciekać”?

Tak jak wspomniałam, odpowiedź powinna być dostosowana do wieku dziecka, ale musi być zgodna z prawdą, a prawda jest taka, że nawet my dorośli nie wiemy, jaka będzie przyszłość. Kilkulatkowi nie są potrzebne drastyczne szczegóły, ale zajęcie się emocjami i uspokajające fakty: póki co wojna jest bardzo blisko, ale nie w naszym kraju, mamy wojsko, które pracuje, aby zapewnić nam bezpieczeństwo, mamy zaprzyjaźnione inne kraje, które na wypadek ataku obiecały nam pomóc itp. Dużo uwagi warto poświęcać emocjom - tłumaczyć, że to normalne, że można się przestraszyć czy obawiać o swój los, ale że jako dorośli jesteśmy przy dziecku i dołożymy wszelkich starań, by nawet w niebezpieczeństwie być blisko. Wiedza nas uspokaja, dlatego ze starszymi dziećmi warto omawiać to, co dociera do nas z frontu - kto jest agresorem, kto ofiarą, jakie są instytucje międzynarodowe niosące pomoc itd.

Rodzice często bezwiednie przenoszą na dzieci swoje lęki, niepewność i brak poczucia bezpieczeństwa, czym to grozi?

Udzieleniem się tych lęków dziecku. W nowej, nieznanej sytuacji dziecko szuka w oczach rodzica informacji, w jakim jest

o wojnie?

położeniu. Widząc poważne, nie bagatelizujące, ale spokojne oczy, ma szansę wyjść nawet z najbardziej stresujących sytuacji bez większego szwanku.

Czy dobrym rozwiązaniem jest odcięcie dzieci od przekazów medialnych czy social mediów?

Niezależnie od sytuacji geopolitycznej myślę, że dobre jest limitowanie dzieciom mediów i sprawowanie kontroli rodzicielskiej nad treściami, po które dzieci sięgają. Zasada ta jest szczególnie ważna w aktualnej, wojennej sytuacji. Bezpieczniej jest, jeśli o trudnych realiach z dziećmi rozmawiają dorośli. Nie wyobrażam sobie, aby dziecko informacje o wojnie zdobywało na własną rękę, a co gorsza zostawało z tymi wiadomościami samo, bez wsparcia rodziców czy opiekunów. To, co trafia do dziecka, powinno być ocenione przez rodzica, który znając je wie, jaką ma wrażliwość i co będzie dla niego informacją do udźwignięcia, a co za dużym ciężarem.

Dzieci, szczególnie chłopcy, lubią bawić się w wojnę. Kiedy ta zabawa może mieć niekorzystny wpływ na ich rozwój?

Lawrence J. Cohen, autor książek dla rodziców „Rodzicielstwo przez zabawę" oraz „Siłowanki", pisze w jednej z nich: Dzieci muszą się pogodzić z istnieniem agresji – własnej albo cudzej. Jeśli nie pozwolimy im tego zrobić za pomocą zabawy, uczynią to same w świecie rzeczywistym. Co więcej, próba całkowitej eliminacji zabaw agresywnych zawsze się zemści. Może na przykład skutkować obsesją na punkcie brutalności, siły, wojny. Zabawa w wojnę może też być formą pracy z traumą dla dzieci z terenów, gdzie trwają konflikty militarne. Podsumowując, zabawa w wojnę, walkę, bitwę to stare jak świat zabawy. Zabawa to z definicji udawanie. To tak jak w świecie zwierząt. Np. młode lwiątka walczą, ale mimo przekomarzania nie gryzą się czy nie używają pazurów. Szkodliwe natomiast jest, jeśli między dziećmi dochodzi do realnej agresji i wzajemnego krzywdzenia się. Wtedy nie mamy już do czynienia z zabawą, która pomaga oswoić i odreagować emocje, ale z nieakceptowanym zachowaniami.

Jak możemy inaczej, poza rozmową, wesprzeć dzieci w poczuciu jego bezpieczeństwa?

To znów uniwersalna zasada, nie tylko na czas wojny, że dziecko czuje się zaopiekowane, jeśli ma poświęcony sobie czas. Warto być obecnym. Wydaje się to oczywiste, ale w dzisiejszej zabieganej codzienności może to być trudne. Tym bardziej warto szukać okazji do wspólnych zabaw i aktywności fizycznej, która pomaga rozładować nagromadzone emocje.

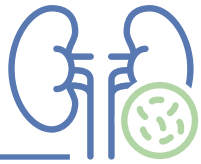
A z drugiej strony przecież te trudne doświadczenia też są potrzebne w jego rozwoju...

To bardzo ważne. Czasami rodzice nadmiarowo starają się chronić dzieci przed trudnymi sytuacjami. Są przekonani, że im łatwiej tym lepiej. Jako dorośli mamy za zadanie pomagać dzieciom radzić sobie z trudami życia, a nie kreować im nieistniejący, bezstresowy świat. Oczywiście wszyscy życzymy sobie świata, w którym wojny to niewiarygodna przeszłość, a nie okrutna rzeczywistość. Póki nie możemy obiecać dzieciom, że wojny ich nigdy nie dotkną, dobrze jest skupiać się na całym dobru, które dzieje się równolegle z wojną. Warto pokazywać dzieciom swój udział w pomaganiu potrzebującym, swoją niezgodę na siłowe rozwiązywanie konfliktów i aprobatę dla solidarności, wzajemnego wsparcia i szacunku. To się przecież dzieje i nie warto tego zgubić nawet w czasie wojny.

Dziękuję za rozmowę
Monika Mikołajczuk

Adriana Szubielska
psycholog, psychoterapeuta

Zakażenia układu moczowego



W letnim wydaniu kwartalnika "Zdrowie W Centrum" napiszę kilka słów o problemach, właściwie stale aktualnych. Szczególnie nasilających się w okresach wakacyjnych. Temat dość obszerny, z którym często ludzie próbują poradzić sobie sami, ale przy okazji popełniają błędy, których skutki mogą być odczuwalne w przyszłości. Tematem tym są szeroko pojęte zakażenia dróg moczowych.

Zakażenia układu moczowego (ZUM) zajmują obecnie, po grypie i infekcjach grypopodobnych, drugie co do częstości występowania schorzenie wśród kobiet. Kobiety, zwłaszcza w okresie pełnej aktywności seksualnej, są szczególnie narażone na zakażenia dróg moczowych. Częstość zakażeń wzrasta wraz z wiekiem i niejednokrotnie wiąże się z anatomicznymi nieprawidłowościami narządów układu moczowo-płciowego. Zakażenia układu moczowego stanowią ok. 50 proc. zakażeń szpitalnych i ok. 20 proc. wszystkich zakażeń pozaszpitalnych.

Specyfika choroby

Zakażenie układu moczowego jest spowodowane bakteriami, które przez cewkę moczową wniknęły do pęcherza, gdzie uległy namnożeniu i spowodowały stan zapalny, który jest przyczyną objawów, takich jak gorączka oraz dolegliwości związanych z oddawaniem moczu lub bólu o różnym charakterze. Przyczyną zakażenia układu moczowego jest najczęściej (prawie w 90 proc. przypadków) bakteria Escherichia Coli (E.coli), nazywana potocznie pałeczką kałową, gdyż powszechnie występuje w jelicie grubym. Bakteria ta może przedostać się z odbytu do ujścia cewki moczowej, następnie do pęcherza, a w rzadszych przypadkach jeszcze wyżej do jednej lub obu nerek. Jeżeli zakażenie jest spowodowane przez E. coli i nie ma innych czynników sprzyjających wystąpieniu zakażenia, to mówimy o niepowikłanym zakażeniu układu moczowego. Prawie zawsze dotyczy to kobiet w wieku rozrodczym. W około 10 proc. przypadków przyczyną zakażenia układu moczowego są inne drobnoustroje i często wtedy występują dodatkowe nieprawidłowości w obrębie dróg moczowych, sprzyjające rozwojowi zakażenia. Najczęściej jest to utrudnienie prawidłowego odpływu moczu z nerki (zwykle spowodowane kamicą nerkową) lub pęcherza (u mężczyzny to najczęściej choroba gruczołu krokowego, czyli prostaty, a u kobiety - nieprawidłowości narządu rodnego), obecność cewnika w pęcherzu lub inna poważna choroba (np. cukrzyca). Takie zakażenia nazywane są powikłanymi zakażeniami układu moczowego.

Wprawdzie etiologia ZUM nie uległa od wielu lat zasadniczej zmianie, to jednak współczesne patogeny bakteryjne pozyskały szereg nowych cech, które sprawiają, że skuteczne leczenie ZUM jest coraz trudniejsze. Najważniejszym z nich jest nabycie wielu mechanizmów oporności na antybiotyki. Zjawisko to dotyczy nie tylko szczepów szpitalnych, ale także, choć w mniejszym stopniu, pozaszpitalnych. Zakażenie układu moczowego występuje znacznie częściej u kobiet niż u mężczyzn ze względu na krótką cewkę moczową oraz małą odległość pomiędzy odbytem a ujściem cewki moczowej. Wystąpieniu zakażenia układu moczowego u kobiety sprzyja również aktywność seksualna (możliwość wniknięcia bakterii do cewki moczowej w trakcie stosunku płciowego) oraz stosowanie w celu antykoncepcji środków plemnikobójczych, zwłaszcza w połączeniu z krążkiem pochwowym lub kapturkiem naszyjkowym. Z tych powodów u wielu kobiet zakażenie układu moczowego (zwykle pęcherza) występuje wielokrotnie, często kilka razy w ciągu roku, stanowiąc poważne utrudnienie codziennego życia. W takich przypadkach mówimy o nawracającym zakażeniu układu moczowego. Dla tych kobiet częste zakażenia układu moczowego, a szczególnie zapalenia pęcherza moczowego, stanowią dużą uciążliwość podczas codziennego życia oraz są powodem bardzo przykrych dolegliwości. W zdecydowanej większości przypadków brak jest jakichkolwiek nieprawidłowości w obrębie układu moczowego, których leczenie prowadziłoby do ustąpienia nawrotów zakażenia, natomiast należy wyeliminować czynniki ryzyka.

Uciążliwe objawy

Zakażenie dróg moczowych może mieć nasilenie od łagodnego po ciężkie. U części pacjentów przebiega też bezobjawowo. Infekcje górnych dróg moczowych wiążą się zazwyczaj z cięższym przebiegiem. Chory może mieć wysoką gorączkę, dreszcze, odczuwać silne bóle w części lędźwiowej i doświadczać nudności. Zapalenie pęcherza moczowego, które jest najczęstszym rodzajem infekcji w obrębie dróg moczowych, wiąże się natomiast z takimi objawami jak:

- odczuwanie ciągłego, uporczywego parcia na pęcherz,
- uczucie niecałkowitego opróżnienia pęcherza po mikcji (oddaniu moczu),

  ból i pieczenie podczas oddawania moczu (głównie pod koniec oddawania moczu),
- lekki ból brzucha.

Infekcja dróg moczowych – objawy, które mogą niepokoić pacjenta, to również obecność krwi w moczu, której przyczyną jest rozwój stanu zapalnego błony śluzowej pęcherza. Zakażenie dróg moczowych niestety wykazuje tendencję do nawrotów. Zgodnie z szacunkami, ok. 30-40 proc. kobiet doświadcza nawrotu infekcji w ciągu roku od pierwszego epizodu.

Zapalenie cewki moczowej

Inaczej przebiega zapalenie cewki moczowej. Choroba ta przenoszona jest w trakcie kontaktów seksualnych i dotyczy przede wszystkim młodych osób, które są aktywne seksualnie. Objawy, które mogą wystąpić, to nasilone upławy i pobolewanie brzucha u kobiet, a w przypadku mężczyzn ropna wydzielina z cewki, swędzenie, pieczenie i ból w okolicy cewki moczowej. Można zauważyć też zaczerwienienie w okolicy ujścia cewki. Stosując lek na zapalenie cewki moczowej należy pamiętać, że terapii powinni poddać się również partnerzy seksualni osób chorych. Aby zapobiegać infekcji cewki moczowej można korzystać z prezerwatyw, które znacząco zmniejszają ryzyko zakażenia.

O zakażeniu układu moczowego mówi się, kiedy następstwem bakteryjnego zakażenia dróg moczowych jest reakcja zapalna błony śluzowej dowolnego odcinka dróg moczowych. Zdrowa nerka nie przefiltrowuje bakterii, wobec czego mocz w miedniczkach i pęcherzu powinien być jałowy. W 1/3 dalszej kobiecej cewki moczowej znajdują się bakterie, które nie wywołują zmian zapalnych, dopóki nie zainfekują wyższych

pięter układu moczowego. Wykrywa się je podczas badania ogólnego moczu i nie uznaje za zjawisko patologiczne. Za stan nieprawidłowy uważa się obecność ponad 100 tys. komórek drobnoustrojów w 1 ml moczu. Zjawisko takie nazywamy bakteriomoczem znamiennym. Liczba 10 do 5 komórek na 1 ml jest umowna i nie zawsze świadczy o zmianach zapalnych dróg moczowych. W tym miejscu należy wspomnieć o bakteriomoczu bezobjawowym. Rozpoznaje się go wtedy, kiedy bakteriurii znamiennej nie towarzyszą objawy zakażenia układu moczowe go. Bezobjawowy bakteriomocz nie wymaga leczenia, z wyjątkiem kobiet ciężarnych.

Na podstawie zgłaszanych dolegliwości oraz badania fizykalnego lekarz podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie układu moczowego. Ból podczas wstrząsania okolicy nerki poprzez lekkie uderzenie pięścią w dolną część pleców (tzw. objaw Goldflamma) może świadczyć o zakażeniu nerki. W każdym przypadku wykonuje się ogólne badanie moczu. Zwiększona liczba leukocytów w moczu potwierdza obecność zapalenia. W moczu może również występować krew (erytrocyty) oraz białko. U niegorączkującej kobiety w wieku rozrodczym typowe dolegliwości podczas oddawania moczu i nieprawidłowy wynik badania moczu zwykle wystarczają do rozpoznania zapalenia pęcherza moczowego i rozpoczęcia leczenia. W pozostałych przypadkach wykonuje się posiew moczu. Wynik posiewu zwykle jest dostępny po około 48 godzinach i wskazuje, czy w badanym moczu są bakterie, jakiego gatunku oraz jak liczne.

CENNE RADY

Zapobieganie zapaleniu dróg moczowych ma szczególne znaczenie dla osób, które cierpią na nawracające infekcje. Aby zmniejszyć prawdopodobieństwo nawrotu, warto:

- oddawać mocz jak najszybciej po pojawieniu się uczucia parcia na pęcherz
- pić szklankę wody przed stosunkiem, aby oddać mocz zaraz po nim
- wypijać odpowiednią ilość płynów w ciągu dnia (minimum 2 litry)
- zaprzestać stosowania dezodorantów intymnych
- oddawać mocz przed położeniem się spać, aby nie zalegał przez całą noc w drogach moczowych
- należy codziennie myć narządy płciowe oraz zawsze przed stosunkiem płciowym; należy podcierać się w kierunku od przodu do tyłu, co zapobiega przemieszczaniu bakterii z okolicy odbytu w okolicę ujścia cewki moczowej
- codzienne picie soku z żurawin, który hamuje przyleganie bakterii do błony śluzowej dróg moczowych. Dostępne są również tabletki zawierające wyciąg z owoców żurawiny
- lekarz może zalecić przyjmowanie preparatu zawierającego antygeny bakteryjne w celu zwiększenia odporności na zakażenie.

U bardzo małych dzieci zakażenie układu moczowego może objawiać się gorączką, rozdrażnieniem, brakiem apetytu, bólem brzucha, wymiotami lub ponownym moczeniem się, w przypadku dziecka zgłaszającego już potrzebę oddania moczu.

Zakażenie dróg moczowych w ciąży występuje mniej więcej u 10 proc. kobiet ciężarnych. Ciąża niejako sprzyja pojawieniu się infekcji. Powodem jest przede wszystkim powiększająca się macica, która wywiera coraz większy nacisk na moczowody. Stan ten zwiększa ryzyko cofania się moczu i jego zalegania w drogach moczowych. Dodatkowo, w okresie ciąży zmniejsza się napięcie mięśni gładkich pęcherza, a do tego może pojawić się cukier w moczu.

Leczenie

W przypadku młodej, dotychczas zdrowej kobiety z objawami zapalenia pęcherza moczowego, która nie gorączkuje, nie wymiotuje oraz nie jest w ciąży, leczenie polega na stosowaniu przez kilka dni (zwykle od 3 do 7) antybiotyku zaleconego przez lekarza na podstawie antybiogramu (jeżeli wykonano posiew moczu) lub takiego, który zwykle jest skuteczny w zakażeniu wywołanym przez E. coli.

W przypadku zakażenia nerek (gorączka, wymioty) zazwyczaj konieczne jest leczenie w szpitalu i stosowanie początkowo antybiotyków dożylnie lub domięśniowo. W takich przypadkach całe leczenie zwykle trwa 7–10 dni – po ustąpieniu gorączki i dolegliwości można kontynuować w domu. Powikłania zakażenia układu moczowego, np. roponercze, ropień nerki lub okołonerkowy, mogą być stanami zagrożenia życia. Zwykle są następstwem nieprawidłowości dróg moczowych, takich jak np. przeszkoda w odpływie moczu (kamica, choroby stercza, guzy dróg moczowych lub narządów sąsiadujących, stan po operacji dróg moczowych) lub cewnik w drogach moczowych (w pęcherzu, dren nefrostomijny).

W przypadku kobiety w ciąży należy leczyć zakażenie układu moczowego również wtedy, gdy brak jest objawów zakażenia, a o jego obecności świadczy tylko dodatni wynik posiewu moczu (bakteriomocz bezobjawowy).

Na wstępie artykułu wspomniałem o popełnianych błędach. Otóż w praktyce lekarskiej obserwuję tendencję do samodzielnego rozpoczynania leczenia przez panie, które odczuwają objawy z dróg moczowych. Najczęściej polega ono na przyjęciu dostępnego bez recepty leku (Furagin). Lek niestety odstawiany jest zaraz po złagodzeniu objawów, co powoduje, że leczenie jest po pierwsze w nieodpowiedniej dawce, a po drugie trwa zbyt krótko, nie mówiąc o możliwej oporności bakterii na lek. To z kolei grozi przetrwaniem bakterii, szybkimi nawrotami oraz rozwojem bakterii odpornych na szeroko stosowane antybiotyki. Zdarzają się także, co prawda coraz rzadziej, sytuacje, gdy starsze panie w przepastnych woreczkach z lekami na stałe "przechowują" leki na zakażenia dróg moczowych i stosują je nagminnie, a objawy są wynikiem innych patologii niż zakażenia. W związku z tym zalecam, by przy objawach sugerujących zakażenia dróg moczowych kontaktować się z lekarzem rodzinnym, chociażby z tego powodu, że posiew moczu jest mniej lub zupełnie niewiarygodny po przyjęciu choćby jednej dawki leku przeciwbakteryjnego. Porada lekarska wskazana.

lek. med. Marcin Mazur
specjalista
chorób wewnętrznych

Rozwijanie umiejętności SŁUCHOWYCH I JĘZYKOWYCH

Słuch to jeden z najbardziej wyspecjalizowanych narządów czuciowych człowieka. Dzięki temu, że słyszymy, uzyskujemy informacje o otaczającym nas świecie. Współpraca ucha i mózgu przekłada się na pełne słyszenie. Samo ucho, jako część układu słuchowego, jest tylko narządem pomagającym słyszeć, bo to dzięki mózgowi, jego strukturom oraz połączeniom międzypółkulowym jesteśmy w stanie słyszeć i słuchać, odbierać i analizować różnego rodzaju dźwięki. Rozwój słuchu jako samej recepcji zaczyna się już w okresie prenatalnym (między 4 a 5 miesiącem), kiedy płód zaczyna reagować na bodźce akustyczne.

Czy samo słyszenie, wykluczenie głuchoty lub niedosłuchu wystarczy, aby słuchowo prawidłowo funkcjonować ?

Nie, do funkcji słuchowych zaliczamy nie tylko recepcję dźwięków, czyli dostrzeżenie obecności bodźca lub jego braku, ale także: rozróżnianie (rozpoznawanie przynajmniej dwóch bodźców jako różnych), różnicowanie (różne reakcje na rozróżnione dźwięki), pamięć dźwięków, uwagę słuchową oraz lokalizację, czyli rozpoznawanie kierunku źródła dźwięku. Ta z ostatnich funkcji słuchowych ma duży związek z lateralizacją słuchową, czyli dominacją lewego bądź prawego ucha.

Dzieci, które nieprawidłowo słyszą, również nieprawidłowo mówią?

Problemy ze słuchem często są przyczyną (ale nie jedyną) zaburzeń mowy czy wad wymowy i oczywistym jest fakt, że nieprawidłowe słyszenie ma przełożenie na mówienie, ale nie tylko chodzi o samą głuchotę czy niedosłuch. Ostatnio bardzo często diagnozuje się zaburzenia przetwarzania słuchowego (APD). Czasem wyniki badań audiologicznych są w normie, a mimo to spotykamy dzieci, które mają upośledzony słuch, a może inaczej, samo słuchanie. Związane jest to właśnie z powyższymi funkcjami słuchowymi. Są to często dzieci, które:

- mają problemy z wymową
- nie potrafią na dłużej skupić uwagi
- wolno lub z opóźnieniem reagują na polecenia słowne
- mają problemy z zapamiętywaniem materiału podawanego drogą słuchową
- mają trudności językowe, posługują się ubogim słownictwem, popełniają błędy gramatyczne
- mają trudności z postępowaniem zgodnie z usłyszanymi poleceniami, zapominają części poleceń
- często błędnie rozumieją to, co zostało powiedziane
- mają trudności z uczeniem się ze słuchu itp.

Ponadto u dzieci z zaburzeniami przetwarzania słuchowego bardzo często występują problemy natury społeczno-emocjonalnej.

Kiedy możemy przypuszczać, że u dziecka występują problemy ze „słuchaniem”?

Najczęściej widoczne objawy zauważalne są u dzieci kończących okres przedszkolny, które wypadają bardzo słabo w diagnozie gotowości szkolnej lub na początku nauki szkolnej. Pierwsze symptomy obserwowane są przez nauczycieli w codziennej pracy pedagogicznej z uczniem. Nauczyciele mogą wykonać Skalę zachowań słuchowych. Nauczyciele mogą poprosić również rodziców o wypełnienie tejże skali w celu porównania wyników – spostrzeżeń. Bardzo często osobami, które zauważają u dziecka problemy ze słuchaniem są specjaliści, najczęściej logopedzi. Logopedzi w trakcie trwania terapii logopedycznej szukają przyczyny wolniejszej lub nieefektywnej pracy dziecka na zajęciach, przedłużających się zaburzeń, chociażby artykulacyjnych.

Kiedy zatem powinniśmy wykonać u dziecka testy diagnozujące wyższe funkcje słuchowe?

W związku z faktem, że układ słuchowy dojrzewa do 6 roku życia, testy najlepiej wykonać tuż przed 6 urodzinami, oczywiście jeśli wcześniej coś nas niepokoiło w funkcjonowaniu słuchowym dziecka.

Jak możemy pomóc dziecku, u którego zdiagnozowano zaburzenia przetwarzania słuchowego?

Najczęstszą formą wsparcia jest terapia bezpośrednia a mianowicie treningi słuchowe, które polegają na rozwijaniu umiejętności słuchowych i językowych. Ważne jest też wsparcie dla rodziców oraz instruktaż dla nauczycieli. Osoby przebywające i pracujące z dzieckiem powinny być nastawione na rozwiązywanie ewentualnych problemów związanych z zachowaniem i emocjami.

PROPOZYCJE DOMOWYCH ĆWICZEŃ SŁUCHOWYCH Z DZIECKIEM 6 LETNIM:

1. **Papuga - powtórzenie po dorosłym ciągu kilku wyrazów** (wyrazy powtarzane przez dziecko mają być podawane w tej samej kolejności), początkowo mogą to być wyrazy z różnych kategorii tematycznych, np. sok-pies-jabłko-spodnie a następnie z tej samej, np. kot-krowa-kura-koń słuchowa pamięć słów oraz ułożenie linearne

2. **W podróży**. Wymienianie przez dziecko pierwszej lub ostatniej głoski nazw mijanych po drodze miejscowości analiza głoskowa wyrazu (wyodrębnianie głoski)

3. **Zgadnij, jakie to słowo**. Mówimy np. p-a-r-a-s-o-l, dziecko podaje całą nazwę - synteza głoskowa wyrazu

4. **Rusz głową - wymyśl słowo**. Wymyślanie słowa rozpoczynającego się podaną głoską lub sylabą, np. b (balon), pa (pasek) - analiza i synteza słuchowa, głoskowa i sylabowa

5. **Rymy**. Nazwij pokazany obrazek, z pozostałych obrazków wybierz jeden, którego nazwa będzie rymowała się z podanym. Wymyśl jeszcze inne słowo, aby trzy nazwy rymowały się ze sobą - rozwijanie świadomości fonologicznej

6. **Takie same czy różne**. Podawanie dwóch słów takich samych lub różniących się jedną głoską, dziecko ma powiedzieć „tak”, jeśli 2 wyrazy są takie same i „nie” – jeśli są różne - ćwiczenie słuchu fonematycznego

7. **O co pytam**. Podajemy zdanie 4 lub 5-wyrazowe np. W ogrodzie kwitną kolorowe kwiaty. Do każdego wyrazu w zdaniu zadajemy pytanie, dziecko odpowiada np. Co kwitnie w ogrodzie? (kwiaty) Gdzie kwitną kwiaty? (w ogrodzie) itd. - pamięć i uwaga słuchowa

Ćwiczenia słuchowe w atrakcyjny sposób możemy połączyć z ćwiczeniami artykulacyjnymi, np. jeśli dziecko jest na etapie utrwalania danej głoski, materiał językowy, który zastosujemy podczas gier i zabaw, powinien zawierać ćwiczoną głoskę, np. „sz” lub „r”.

Mgr
Magdalena Klepacka-Chudy

STOWARZYSZENIE IFIC POLSKA

łączymy ludzi, wiedzę i doświadczenie dla zdrowia w opiece integrowanej

W poprzednim wydaniu kwartalnika przybliżyliśmy Państwu działalność Stowarzyszenia IFIC Polska. W dniach **23-25 maja 2022** r. przedstawiciele Centrum Medyczno-Diagnostycznego uczestniczyli w międzynarodowej konferencji na temat zintegrowanej opieki zdrowotnej, organizowanej przez International Foundation for Integrated Care (IFIC).

Konferencja odbyła się w Odense w Danii m.in. w ramach partnerstwa z Ministerstwem Zdrowia Danii, we współpracy ze Szpitalem Uniwersyteckim w Odense, Uniwersytetem Południowej Danii (SDU), Urzędem Miasta Odense. Wiodące tematy dotyczyły spersonalizowanej i zorientowanej na pacjenta ochronie zdrowia i opiece, cyfrowego wsparcia zdrowia i opieki, innowacyjnych form współpracy oraz odbudowy zdrowia i systemu po Covid-19. Udział stacjonarny wzięło ponad 600 uczestników i ponad 500 on-line.

Członkowie IFIC Polska zaprezentowali doświadczenia dotyczące wniosków z pilotażu POZ Plus, udziału w projekcie Scirocco, budowy kompetencji personelu medycznego i wniosków dla budowy odporności systemu ochrony zdrowia w kontekście pandemii Covid-19. Dr. Artur Prusaczyk wygłosił 2 prezentacje "Competency deficits of medical and peri-medical staff in medical facilities, including new tasks associated with the COVID-19 epidemic" oraz „A proposal to implement incentive systems for local authorities to prevent the further occurrence of excess non-covid deaths during the covid 19 pandemic COVID-19 pandemic".

Duński system ochrony zdrowia jest uważany za bardzo efektywny, zapoznanie się z jego rozwiązaniami oraz doświadczeniami innych krajów było bardzo inspirujące. Spójny i zintegrowany system opieki zdrowotnej jest kluczem do rozwiązania problemów demograficznych i skrócenia czasu pobytu pacjentów w szpitalach. Wysoki stopień integracji oznacza, że Dania może zająć się nowo zdiagnozowanymi nowotworami z użyciem ścieżek klinicznych, które łączą szpitale, kliniki, lekarzy rodzinnych i pacjentów. Doprowadziło to już do znacznego postępu w zakresie przeżywalności chorych na raka w Danii.

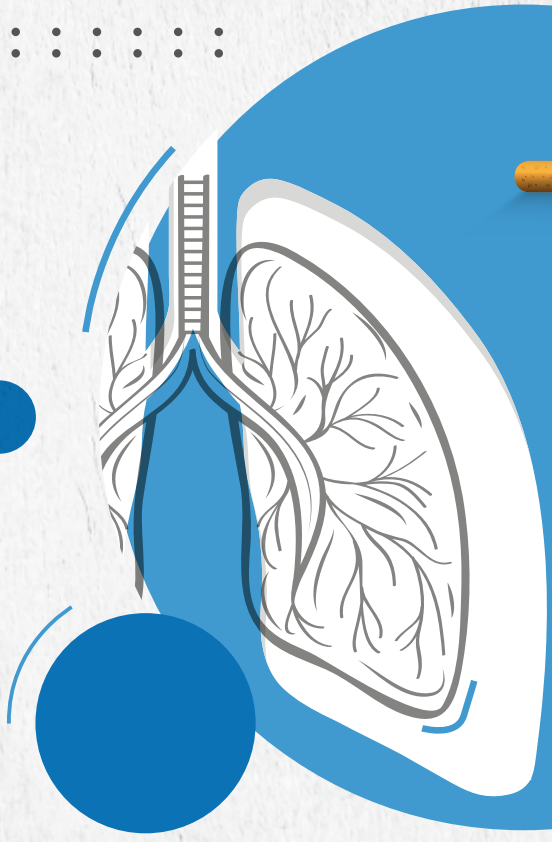
Konferencja była również okazją do spotkania z władzami IFIC, podczas którego omówiono:

Nasze doświadczenia związane z organizacją opieki zdrowotnej w czasie kryzysu uchodźczego spowodowanego inwazją Rosji na Ukrainę.

Rolę IFIC Polska we wsparciu propagacji opieki zintegrowanej w krajach nieanglojęzycznych ze szczególnym uwzględnieniem krajów Centralnej i Wschodniej Europy.

Nawiązaliśmy liczne kontakty z międzynarodowymi ekspertami, aby wspólnie pracować nad słabymi i silnymi stronami systemu ochrony zdrowia.

Projekt pn.„Co zakłóca Twoje płuca" Program profilaktyki nowotworów płuc. Konkurs nr POWR.05.01.00-IP.00-010/19, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia Działanie 5.1 Programy profilaktyczne. Kwota dofinansowania opiewa na 4 079 281,15 zł. Okres realizacji projektu – 01.01.2020-31.12.2022. Wnioskodawca – Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc. Partner projektu – Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o. Obszar realizacji – województwo mazowieckie i województwo łódzkie.



CO ZAKŁÓCA TWOJE PŁUCA

Program profilaktyki nowotworów płuc

NISKODAWKOWA TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA PŁUC
U OSÓB Z GRUP RYZYKA ZACHOROWANIA NA RAKA PŁUCA

Celem głównym projektu jest zwiększenie u pacjentów świadomości w temacie wczesnego wykrywania raka płuc poprzez wdrożenie programu profilaktyki nowotworów płuc. Projekt dedykowany jest osobom w wieku 50-74 lat mieszkańcom woj. mazowieckiego i woj. łódzkiego.

Okres realizacji projektu – **01.01.2020-31.12.2022r.**

Miejsca realizacji projektu

WARSZAWA
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie
01-138 Warszawa, ul. Płocka 26
ZAPISY 22 43 12 405
www.igichp.edu.pl

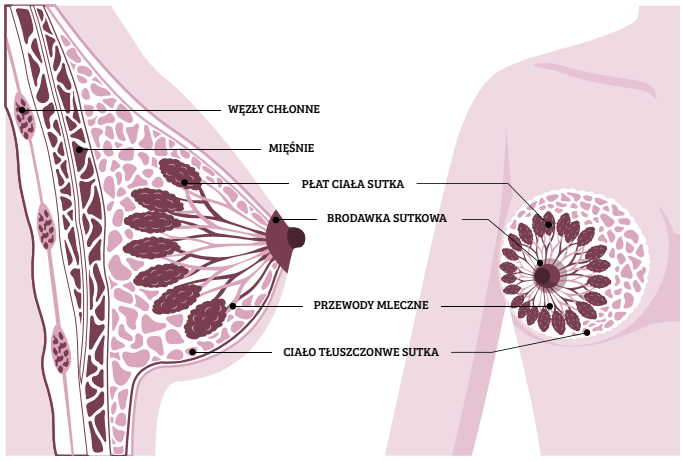
MIŃSK MAZOWIECKI
Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o. o.
Przychodnia Zdrowia „Dąbrówka"
05-300 Mińsk Mazowiecki, ul. Dąbrówki 52
ZAPISY 25 633 35 55
www.centrum.med.pl

ŁÓDŹ
Centra Medyczne Medycuesz
Ul. Bazarowa 9 | Ul. Limanowskiego 47
91-052, Łódź
ZAPISY 516 732 053
wwrp@medyceusz.com | www.medycusz.com

Fizjologia laktacji i standardy postępowania

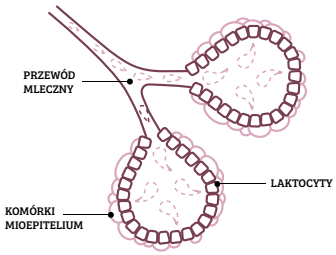
Budowa piersi i fenomen wytwarzania się mleka

Gruczoł piersiowy jest największym, parzystym gruczołem skórnym. U kobiet osiąga pełny rozwój, u mężczyzn pozostaje nierozwinięty. Na szczycie znajduje się brodawka piersiowa wraz otoczką o ciemniejszym zabarwieniu ze względu na nagromadzenie się melaniny w naskórku.



Anatomia sutka http://powiekszanie-biustu.net.pl/budowa-anatomiczna-piersi/

Wielkość gruczołu piersiowego jest zależna od ilości tkanki tłuszczowej, ale nie wpływa to na zdolność wytwarzania mleka. Przewody mleczne odprowadzające pokarm z płatów gruczołowych tworzą sieć rozgałęzień w całym gruczole. Podstawową funkcją przewodów mlecznych jest transportowanie pokarmu, mają one zdolność zwiększać swoją średnicę, by dostosować się do zwiększonej ilości napływającego mleka. Sam pokarm powstaje w mocno ukrwionych pęcherzykach mlecznych, które są częścią składową płacików gruczołowych.

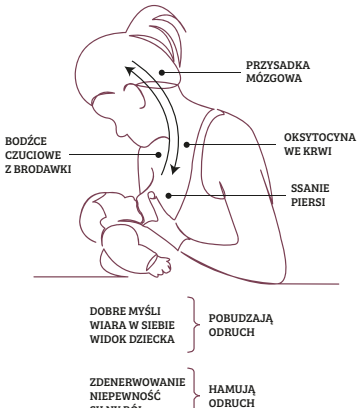


http://pediatria.mp.pl/karmienie-piersia/jak-i-gdzie-powstaje-mleko-kobiece

Za proces wytwarzania mleka odpowiadają hormony: **prolaktyna, insulina, glikokortykosteroidy (kortyzol), somatotropina (hormon wzrostu), hormony tarczycy, progesteron i estrogeny**. Proces ten rozpoczyna się już w okresie ciąży. Ostatecznie pobudzenie brodawki i jej ssanie powoduje wypływ mleka i jego dalsza „produkcja" w zależności od zapotrzebowania w myśl zasady "podaż zależy od popytu". Techniczne dobrze ssące dziecko, u którego wcześniej nie zakłócono aktu ssania różnymi alternatywnymi „urządzeniami", jest w stanie pobudzić gruczoł do dostosowania ilości mleka do jego potrzeb. Odbywa się to na drodze sprzężenia zwrotnego: podwzgórze, przysadka, pierś. W procesie prawidłowego ssania wyzwala się odruch prolaktynowy (wydzielanie mleka) i oksytocynowy (wypływ mleka).

Prawidłowe ssanie źródło: http://medelapolska.pl/prawidlowe-ssanie-piersi-u-niemowlat/

Oksytocyna, drogą naczyń krwionośnych, dociera do gruczołu, powodując skurcz komórek oplatających pęcherzyki i przewody mleczne, a to z kolei powoduje wypływ mleka. Uruchomienie wypływu mleka jest niezbędne do opróżnienia piersi i nakarmienia dziecka. Moment uruchomienia wypływu jest łatwo rozpoznawalny po wyraźnej zmianie rytmu ssania u dziecka z szybkiego, płytkiego do wolniejszego i głębszego, ze słyszalnym połykaniem. Odruch oksytocynowy może być też wywołany przez inne bodźce niż ssanie, np. wzrokowe czy słuchowe - widok, płacz czy wspomnienie dziecka. Konieczne jest regularne ssanie lub opróżnianie piersi, aby wydzielanie mleka było możliwe i wystarczające dla potrzeb dziecka.



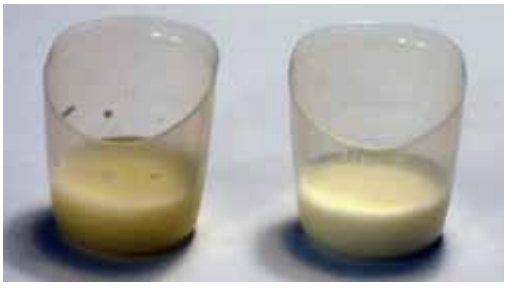
Mechanizm pobudzania i hamowania wydzielania pokarmu http://pediatria.mp.pl/karmienie-piersia/jak-i-gdzie-powstaje-mleko-kobiece

Skład i funkcja pokarmu kobiecego

> Każde mleko ma swoją biologiczną specyfikę, co oznacza, że każdy ssak produkuje mleko wyjątkowe dla swoich młodych. Mleko z piersi w sposób doskonały odżywia dziecko.
>
> Agnieszka Skoczylas, 2014

Specyfika mleka własnej matki jest taka, że dostosowuje się ono do potrzeb dziecka w zależności od jego wieku (zmieniają się proporcje składników), pory roku (latem więcej mleka pierwszej fazy – zaspokojenie pragnienia), pory doby i czasu trwania aktu ssania. Dostosowuje się również do klimatu, w jakim żyje matka i dziecko. Skład zmienia się nieco w czasie choroby matki, kiedy to pojawiają się przeciwciała, które zabezpieczają dziecko przed infekcją matki. Ostra choroba infekcyjna matki przebiegająca z gorączką nie stanowi przeciwskazania do karmienia piersią i nie ma potrzeby odciągania i gotowania pokarmu (Nehring-Gugulska, 2014). Skład pokarmu może zmieniać się ze względu na środowisko, w którym żyje matka, czyli może ulegać zanieczyszczeniom z powietrza i pożywienia.

Przyjrzyjmy się więc, jak zmienia się mleko w zależności od czasu trwania ciąży i laktacji.



Siara i mleko przejściowe (Nehring –Gugulska i inni, 2012).

Mleko tzw. przedporodowe:

Może pojawić się już około 16 tygodnia ciąży, jest szczególnie bogate w białko, natomiast zawiera mniejsze ilości laktozy, tłuszczów i glukozy. Przedwczesne pojawienie się wypływającego mleka w ciąży nie jest oznaką niczego złego. Jedynie należy zwrócić uwagę czy nie towarzyszą temu również skurcze macicy (odruch oksytocynowy).

Mleko wcześniacze:

Występuje u matek, które urodziły dziecko przedwcześnie. Zawiera dużo białka, tłuszczów, żelaza, magnezu, fosforu, wapnia, natomiast mniej laktozy (niedojrzałość enzymów trawienia laktozy u wcześniaka). Jego wartość kaloryczna wynosi 58-70 kcal/100 ml. Skład mleka matki dostosowany jest do potrzeb wcześniaka a proporcje również zależne są od czasu trwania ciąży. Mleko dla wcześniaka jest nie tylko pożywieniem, ale również lekiem dzięki odpowiedniej ilości czynników przeciwinfekcyjnych czy hormonów, które ratują życie niedojrzałego dziecka. Mleko matki wcześniaka swym składem dłużej przypomina siarę niż ma to miejsce u matki dziecka urodzonego o czasie. Jest to właśnie swoista mądrość natury, dzięki której niedojrzały układ pokarmowy wcześniaka dłużej produkuje czynniki chroniące jelita oraz wspomagające ich dojrzewanie i rozwój.

Siara:

Pokarm o specyficznym żółtawym kolorze, jest gęstym płynem w niewielkich ilościach, pojawia się zaraz po porodzie i utrzymuje się w ciągu pierwszych 4-6 dni po porodzie. Zawiera duże ilości immunoglobulin klasy SIgA i leukocytów, co daje siarze miano pierwszej naturalnej szczepionki, którą otrzymuje dziecko zaraz po urodzeniu. Wartość kaloryczna siary to 48-64 kcal/100 ml. Skład proporcjonalny: laktoza 5,3 g/100 ml, białka (głównie cytokiny i inne odpornościowe, nie budulcowe) 2,3 g/100 ml oraz tłuszcze (wielonienasycone kwasy tłuszczowe) 2,9 g/100 ml. Białko zawarte w siarze jest białkiem nieodżywczym, jego kluczową dla zdrowia dziecka funkcją jest ochrona jelit i rozwój komórek je wyścielających. Siara zawiera też substancje przyspieszające perystaltykę jelit, aby jak najszybciej oczyścić je ze smółki. Mleko modyfikowane podane noworodkowi przed siarą powoduje niszczenie komórek nabłonka jelit. Dla dziecka przedwcześnie urodzonego może to skutkować wieloma komplikacjami, włącznie z ogromnym ryzykiem wystąpienia martwiczego zapalenia jelit.

Mleko przejściowe:

Zawiera jeszcze domieszkę siary, składa się z mniejszej ilości białka i immunoglobulin, natomiast posiada większą ilość tłuszczów i laktozy.

Mleko dojrzałe:

Pojawia się ok. 3-4 tygodnie po porodzie. W jego składzie zwiększa się ilość laktozy i tłuszczów, zmniejsza ilość białka. Kaloryczność to 75 kcal/100 ml, skład: laktoza 7,3 g/100 ml, białko 0,9 g/100 ml oraz tłuszcz 4,2 g/100 ml. Mleko dojrzałe ma zaspokoić rosnącemu i aktywizującemu się dziecku odpowiedni poziom energii i białka, tłuszczu dla prawidłowego przyrostu masy ciała i dynamicznie rozwijającego się mózgu.

Zasady żywienia zdrowych niemowląt – standardy medyczne

W przebiegu karmienia piersią wyróżnia się:

- okres wyłącznego karmienia piersią 0-6 miesięcy, dziecko otrzymuje wtedy tylko mleko matki (leki, witaminy dopuszczalne) bez przepajania i dokarmiania, jest to okres szczególnej ochrony przed działaniami marketingowymi producentów preparatów żywienia początkowego niemowląt a ich zastosowanie jest uzasadnione tylko w przypadku wskazań medycznych;

- okres żywienia uzupełniającego od 7 miesiąca życia, wprowadza się posiłki uzupełniające pod osłoną karmienia piersią, nadal głównym pożywieniem dziecka jest mleko matki, wprowadza się posiłki o konsystencji dostosowanej do umiejętności dziecka, przed ukończeniem 6 miesiąca można już rozpocząć tzw. smakowanie wartościowych pokarmów uzupełniających zanim dziecko będzie otrzymywało porcje zgodne z wiekiem i zapotrzebowaniem;

- długość karmienia piersią nie jest jasno określona przez żadną z instytucji, WHO zaleca karmienie „do 2 lat lub dłużej", ESPGHAN kontynuowanie karmienia „tak długo, jak będzie to pożądane przez matkę i dziecko, AAP „przynajmniej przez 1 rok życia dziecka", dodając „(...) nie istnieje górna granica długości ani dowody na szkodliwość w sferze psychiki lub rozwoju przy karmieniu piersią do 3 roku życia lub dłużej" (Szajewska i inni 2014).

Ogólnie można powiedzieć, że celem, do którego należy dążyć w żywieniu niemowląt, jest wyłączne karmienie piersią przez pierwszych 6 miesięcy (rekomendacje WHO 2002). Pokarm kobiecy wytwarzany w wystarczających ilościach przez zdrową matkę w pełni zaspokaja zapotrzebowanie niemowlęcia na wszystkie niezbędne składniki odżywcze, zapewniając mu jednocześnie prawidłowy rozwój w pierwszym półroczu życia. W wieku 5-6 miesięcy dziecko odkrywa, że usta służą również do jedzenia a nie tylko do ssania. To właśnie od tego momentu dziecko zaczyna rozwijać się psychomotorycznie coraz szybciej oraz budować swoją tożsamość. Stąd też ważne jest urozmaicenie posiłków, które wprowadzą do diety dziecka nowe konsystencje, kolory, formy i smaki. Brakuje podstaw naukowych pozwalających na ścisłe określenie, kiedy należy całkowicie zakończyć karmienie piersią. Na podstawie opinii ekspertów sformułowano zalecenie, że po 12. m.ż. karmienie piersią powinno być kontynuowane tak długo, jak będzie to pożądane przez matkę i dziecko. W tym czasie wskazane jest uzupełnianie diety produktami żywnościowymi, występującymi w danym regionie. Zdrowa i zbilansowana dieta jest jednym z ważniejszych czynników przyczyniających się do rozwoju ruchowego dziecka. Niedożywienie może opóźnić rozwój dziecka przez niekorzystny wpływ na rozwój mózgu, układu nerwowego i mięśni, a nadwaga może przeszkadzać i ograniczać rozwój ruchowy dziecka. Od sposobu odżywiania zależą zarówno przyszłe zdolności poznawcze, jak i odporność czy podatność na choroby. Pierwsze 1000 dni życia dziecka to kształtowanie się tzw. ścieżek metabolicznych.

Warto wiedzieć, co wchodzi w skład mleka i jaką pełni funkcję. Przedstawiamy kilka najważniejszych pozycji:

SKŁADNIK	RODZAJ	ILOŚĆ	FUNKCJA
BIAŁKA	ogółem	0,89 – 1,4 g/ 100ml	odpornościowa, budulcowa, zawartość i skład w pokarmie kobiecym są stałe i niezależne od diety matki, lekkostrawne, przyswajane w 98%, idealne proporcje białek serwatkowych i kazeiny (60 : 40), duże ilości bezpośrednio wchłanianych wolnych aminokwasów, tylko śladowe ilości beta-laktoglobuliny (białka będącego silnym alergenem)
	serwatkowe	0,64 g/100ml	bardzo łatwo się trawi, dzięki temu mleko nie zalega w żołądku dziecka
	kazeina	0,25 g/100ml	zwiększa wchłanianie cynku, miedzi i wapnia do organizmu
ENZYMY	ogółem	około 80	ułatwia trawienie składników pokarmowych w przewodzie pokarmowym niemowlęcia, enzymy zawarte w mleku mają nieco inną budowę niż ich odpowiedniki – izoenzymy tkankowe, obecność aktywnych biologicznie enzymów i ich liczne funkcje potwierdzają unikalność mleka matki
	amylaza		trawienie węglowodanów
	enzymy lipolityczne		trawienie tłuszczy
	enzymy proteolityczne		trawienie białek
	liproteolityczne		blokuje trawienie białek odpornościowych
	alfa1-antytrypsyna		działanie przeciwzapalne i przeciwbakteryjne,
	laktoperoksydaza		szczególnie aktywny wobec paciorkowców
	lizozym		wykładnik nieswoistej obrony humoralnej, bierze udział w obronie komórkowej rozpuszczając otoczki komórek bakteryjnych, wykazuje działanie chemotaktyczne, stymuluje produkcję wydzielniczą IgA (SIgA)
	oksydazy		enzymy utleniające
	antyoksydazy		chroniące przed szkodliwym działaniem tlenu, powodują dużą aktywność przeciwzapalną mleka poprzez zwiększenie liczby granulocytów wielojądrzastych

TŁUSZCZE	ogółem	50% dziennego zapotrzebowania na kalorie	funkcje energetyczne i budulcowe, są dobrze wchłaniane i znakomicie przyswajane, co jest bardzo istotne, ponieważ stanowią budulec mózgu i całego układu nerwowego, całkowita ilość tłuszczu w pokarmie matki karmiącej tylko w niewielkim stopniu zależy od sposobu jej odżywiania, natomiast rodzaj diety ma wpływ na skład tłuszczów pokarmu, a w szczególności na skład kwasów tłuszczowych
	wolne kwasy tłuszczowe		działają przeciwwirusowo, przeciwgrzybiczo, przeciwzapalnie i przeciwbakteryjnie
	tłuszcze MCT (trójglicerydy)		łatwo wchłaniane - hydrolizowane przez lipazę obecną w żołądku i w jelitach, nie wymagają obecności kwasów żółciowych i w przeciwieństwie do kwasów tłuszczowych długołańcuchowych wchłaniają się bezpośrednio do żyły wrotnej, spowalniają motorykę przewodu pokarmowego, co wydłuża czas przebywania pokarmu w świetle jelita i poprawia jego wchłanianie
	kwasy LC PUFA		występują w wysokim stężeniu w korze mózgowej (wpływ na zdolności poznawcze dziecka) i siatkówce (wpływ na ostrość widzenia), odgrywają ważną rolę w rozwoju układu nerwowego i tkanki płucnej
CHOLESTEROL		ilość stabilna nie zależy od diety matki	składnik błon komórkowych, kwasów żółciowych, niektórych hormonów i witaminy D3, potrzebny do prawidłowego kształtowania się szybko rozwijającego się układu nerwowego i mózgu w pierwszym roku życia, składnik jedynie nielicznych mieszanek mlecznych, kontakt z dużymi ilościami cholesterolu z mleka kobiecego uczy organizm prawidłowego gospodarowania nim i programuje tory metaboliczne tak, by w życiu dorosłym nie wystąpił zbyt wysoki, poziom cholesterolu

WĘGLOWODANY	ogółem	7 g/100 ml	głównym węglowodanem jest laktoza, dwucukier składający się z glukozy i galaktozy, wysoka zawartość decyduje o słodkim smaku mleka
	laktoza		syntetyzowana w gruczole piersiowym, ilość niezależna od diety matki, ułatwia wchłanianie wapnia z pokarmu a galaktoza wchodzi w skład galaktolipidów, niezbędnych do rozwoju OUN
	oligosacharydy	ponad 200 rodzajów	Prebiotyki są nieulegającymi trawieniu składnikami pokarmowymi, swoją obecnością w przewodzie pokarmowym powodują wzrost i aktywność określonych szczepów bakteryjnych: Bifidobakterie i Lactobacillus, dominują w przewodzie pokarmowym dzieci karmionych piersią, tak wyraźnej dominacji nie obserwuje się u dzieci karmionych sztucznie, szczepy z rodzajów Bifidobacterium i Lactobacillus wywierają kluczowe znaczenie w zapobieganiu wystąpienia martwiczego zapalenia jelit u dzieci przedwcześnie urodzonych. Oligosacharydy nie są składnikiem żadnego mleka modyfikowanego!
WITAMINY	Ogółem	odpowiednia ilość dla noworodka i niemowlęcia	zawarte są w odpowiedniej ilości prawie wszystkie witaminy niezbędne do prawidłowego rozwoju noworodka i niemowlęcia, witaminy rozpuszczalne w wodzie podlegają zmianom w diecie karmiącej matki, witaminy rozpuszczalne w tłuszczach są zależne zarówno od ich zawartości w pożywieniu, jak i od zapasów zgromadzonych podczas ciąży
	witamina A	60 mg/100 ml	wpływa korzystanie na rozwój siatkówki oka oraz skóry i błon śluzowych
	witamina E	0,35 mg/100 ml	wpływa korzystanie na rozwój skóry i błon śluzowych, chroni przed wolnymi rodnikami

Mgr Ewa Prokurat
Położna w Przychodni Centrum Matki i Dziecka w Siedlcach

Żywienie w okresie **ciąży**

Ciąża stanowi okres, kiedy kobiety bardziej zwracają uwagę na swój sposób odżywiania się. Pod lupę brana jest zarówno ilość jak i jakość spożywanego pokarmu. Przy układaniu jadłospisu dla ciężarnej należy pamiętać o kilku istotnych kwestiach, które znacząco mogą wpłynąć na zdrowie i samopoczucie przyszłej mamy oraz dziecka. Warto również podkreślić, że zmiany w codziennych nawykach żywieniowych warto wprowadzać już na etapie samego planowania ciąży – pozwolą one na łatwiejsze znoszenie początków błogosławionego stanu, a nawet – w niektórych przypadkach – mogą ułatwić samo zajście w ciążę i jej pomyślne rozwiązanie. Zdrowe odżywianie się jest także bardzo istotne w okresie karmienia dziecka piersią. Poniżej wskazano, na jakie czynniki należy szczególnie zwrócić uwagę przy układaniu diety dla kobiet ciężarnych, planujących ciążę oraz młodych mam.

Sposób żywienia w okresie poprzedzającym ciążę

Przygotowanie organizmu do stanu ciąży najlepiej rozpocząć **od około 6 do 3 miesięcy** przed planowanym zapłodnieniem. W tym okresie należy przede wszystkim zwrócić uwagę na takie czynniki jak:

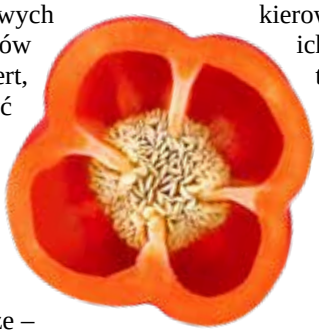
- Utrzymanie prawidłowej masy ciała: w przedziale od 18,5 do 24,99 BMI, przy czym najbardziej korzystne jest BMI w okolicy 20,00 – zarówno zbyt niska, jak i zbyt wysoka masa nie są wskazane.
- Całkowite wyeliminowanie ze swojej diety alkoholu.
- Rzucenie palenia.
- Zaniechanie stosowania diet eliminacyjnych i monoskładnikowych.
- Ustalenie z lekarzem rodzinnym suplementacji witaminowo-mineralnych. Ograniczenie przyjmowania środków farmakologicznych bez potrzeby (np. środki przeciwbólowe).
- Zadbanie o spożywanie pięciu posiłków dziennie, bogatych w substancje odżywcze i o właściwej wartości energetycznej. Szczególnie należy zadbać o odpowiednią podaż białka w diecie.
- Wyeliminowanie z diety żywności wysokoprzetworzonej (dania typu instant, konserwy, posiłki typu fast food), z dużą ilością przypraw i cukru (słodkie i słone przekąski, słodkie napoje).
- Spożywanie minimum 2 litrów wody dziennie.
- Zapewnienie codziennej aktywności fizycznej.

Warto również wskazać, że w niektórych przypadkach przed planowanym zapłodnieniem polecane jest przeprowadzenie szerszego wywiadu lekarskiego, m.in. w kierunku cukrzycy czy zespołu policystycznych jajników. W przypadku, gdy masa ciała przyszłej mamy jest zbyt niska lub zbyt wysoka w stopniu istotnym, zalecana jest również konsultacja dietetyka.

Żywienie kobiet ciężarnych

W okresie ciąży następuje przyrost masy ciała. Powinien mieścić się on w określonych granicach. Zasadą jest, że kobiety o niższym wskaźniku BMI przed ciążą powinny przybrać na wadze więcej. Prawidłowy wzrost wagi u ciężarnej, której wskaźnik BMI przed zajściem w ciążę mieścił się w przedziale 18,5-24,99, to między 11,5 a 16 kg. Przyrost wagi należy kontrolować co najmniej raz w miesiącu, a zarówno jej zbyt niski jak i zbyt duży wzrost niezwłocznie skonsultować z lekarzem. W pierwszym trymestrze ciąży zaleca się przyrost masy ciała od 0,5 do 2 kg, w następnych trymestrach przyrost masy ciała jest szybszy, przy czym nie powinien przekraczać pół kilograma na tydzień. Zbyt wysoki przyrost masy ciała ciężarnej zwiększa ryzyko otyłości u matki i dziecka, może powodować obrzęki nóg, żylaki i hemoroidy oraz prowadzić do szeregu powikłań, a w tym m.in. cukrzycy ciężarnych i nadciśnienia. Za mały przyrost masy ciała może natomiast prowadzić do zbyt niskiej masy urodzeniowej dziecka, co z kolei może być przyczyną problemów rozwojowych okresu dziecięcego, a także należy do czynników ryzyka chorób układu krążenia, cukrzycy i nadciśnienia w wieku późniejszym.

W ciąży wzrasta zapotrzebowanie na składniki odżywcze oraz witaminy (w szczególności A, B1, B2, B6, B12, C, E, foliany, magnez, żelazo, cynk). Warto zadbać o podaż tych składników w diecie oraz o właściwą ich suplementację – zawsze po konsultacji z lekarzem. Do jadłospisu należy wprowadzić chude mięso (np. kurczak, indyk), jaja, pełnoziarniste produkty zbożowe (ciemne pieczywo, kasze, ciemne mąki), warzywa i owoce (szczególnie poleca się bogate w kwas foliowy szpinak, brokuły, brukselkę, a także bogate w substancje odżywcze warzywa strączkowe, owoce jagodowe i brzoskwinie), orzechy i oliwę z oliwek. Należy unikać nadmiaru przypraw, cukru, octu. Zaleca się również wyeliminowanie z diety surowego mięsa (tatar) i ryb, grzybów, surowych jaj, owoców morza oraz niepasteryzowanych wyrobów mlecznych (sery pleśniowe, feta, ser typu Camembert, oscypki). Warzywa i owoce trzeba dokładnie umyć przed spożyciem. Kawę i mocną czarną herbatę również najlepiej odstawić albo spożywać okazjonalnie.



Wartość energetyczna jadłospisu w pierwszym trymestrze ciąży nie zmienia się w stosunku do okresu przed ciążą, w drugim trymestrze zapotrzebowanie na energię wzrasta o 360 kcal, a w trzecim trymestrze – o 475 kcal dziennie. Posiłki należy spożywać równomiernie, co około 3-4 godziny, o stałych porach. Zgodnie ze znanym przysłowiem należy więc jeść dla dwojga, a nie za dwoje.

Zalecaną dietą w ciąży jest zbilansowana dieta dostarczająca pożywienia z wszystkich grup produktów żywnościowych. Diety odbiegające od takiej (m. in. dieta wegetariańska) zaleca się w okresie ciąży skonsultować z lekarzem oraz z dietetykiem.

Dieta mamy karmiącej

Jadłospis kobiety karmiącej również powinien być właściwie zbilansowany – po to, aby dostarczyć zarówno mamie, jak i noworodkowi wszystkich niezbędnych składników odżywczych. Przy komponowaniu posiłków należy kierować się opisanymi wyżej zaleceniami dla kobiet ciężarnych. Należy również uważać na przyjmowanie leków i używek. Zaleca się zrezygnowanie z produktów zawierających tłuszcze utwardzone (żywność typu fast food i instant, gotowe wyroby cukiernicze, margaryny), bo podnosi to stężenie tych tłuszczów w mleku. W pierwszych tygodniach karmienia warto odstawić ostre potrawy, czosnek i cebulę. Należy również odstawić te produkty, co do których mamy podejrzenia, że wywołują u dziecka objawy alergii. Dobrze jest zadbać o zwiększoną ilość płynów (nawet 3 litry wody dziennie). Dieta matki karmiącej piersią nie może być zbyt niskoenergetyczna – zwiększenie dobowego zapotrzebowania w tym okresie wynosi 500-650 kcal, w przypadku karmienia bliźniąt liczba ta ulega podwojeniu.

DO ZAPAMIĘTANIA!

Podsumowując, zmiany nawyków żywieniowych w związku z ciążą powinniśmy wprowadzać już na etapie jej planowania. W tym okresie warto zadbać o uzyskanie prawidłowej masy ciała, odstawienie produktów szkodliwych, zadbanie o zbilansowany jadłospis oraz – w przypadku stwierdzenia przez lekarza takiej potrzeby – właściwą suplementację. W trakcie ciąży należy zwrócić uwagę na to, co jemy i w jakich ilościach. Dieta powinna dostarczyć wszystkich niezbędnych mamie i dziecku składników odżywczych, przy czym zarówno zbyt niski, jak i zbyt wysoki wzrost wagi nie jest wskazany. W trakcie okresu karmienia piersią należy natomiast ograniczyć spożycie żywności wysokoprzetworzonej i wywołującej reakcję alergiczną u noworodka oraz nie stosować diet odchudzających – zapotrzebowanie na energię w tym okresie wzrasta.

Warto zauważyć, że dieta zalecana kobietom ciężarnym to dieta zbilansowana, z zawartością produktów z wszystkich grup żywnościowych, dostosowana energetycznie do potrzeb organizmu, z ukierunkowaniem na wyeliminowanie produktów szkodliwych i używek. Przedmiotowymi wskazówkami dietetycznymi może kierować się większość z nas przy komponowaniu swoich codziennych posiłków – na pewno wyjdzie nam to na zdrowie.

dr inż. Teresa Borkowska
dietetyk

Czas na piknik!

Kolorowa sałatka warzywna z wędzonym kurczakiem

Składniki:
Groszek konserwowy (puszka) 1 sztuka, 4 łyżki majonezu, 1 opakowanie sosu sałatkowego czosnkowego Knorr, 1 puszka kukurydzy, 1 papryka czerwona pokrojona w kostkę, 6 sztuk pieczarek, 2 sztuki wędzonego podudzia z kurczaka, 1 łyżeczka musztardy Dijon, pęczek natki pietruszki posiekanej.

Mięso z kurczaka oddziel od kości i pokrój w niedużą kostkę (1x1 cm). Pieczarki pokrój w ósemki i sparz chwilę we wrzącej wodzie. Przygotuj kremowy dressing – zawartość opakowania sosu sałatkowego Knorr rozmieszaj z majonezem, musztardą oraz posiekaną natką. W misce połącz groszek, kukurydzę, pieczarki, pokrojone mięso z kurczaka oraz paprykę. Dodaj przygotowany majonezowy sos i wszystko razem dokładnie wymieszaj. Gotową sałatkę przełóż do salaterki i podawaj.

DOBRA RADA:
Zamiast wędzonego mięsa możesz użyć np. ugotowanej piersi z kurczaka z rosołu.

Pierogi z pomarańczą

Składniki
Na ciasto pierogowe 260 g mąki, 120 ml wody, 1 jajko, 1/2 łyżeczki soli, 30 g masła, kakao opcjonalnie
Na nadzienie : 250 gram zmielonego twarogu, cukier puder do smaku, 1 opakowanie budyniu w proszku, 1 żółtko, 2 pomarańcze pokrojone w kostkę.

Mąkę wymieszać z solą, dodać jajko i masło. Wymieszać. Dodać wodę i kakao. Zagnieść do uzyskania gładkiego ciasta. Odstawić na bok, żeby poleżało. Twaróg wymieszać z proszkiem budyniowym, cukrem pudrem i żółtkiem. Ciasto rozwałkować na cienki placek . Z ciasta szklanką wyciąć koła. Na każdy kawałek ciasta nałożyć łyżeczkę twarogu i kawałek pomarańczy. Lepić pierogi. Wrzucić na osolony wrzątek z dodatkiem łyżki oleju i gotować 2 minuty od momentu wypłynięcia na powierzchnię.

Placuszki z marchewki po turecku

Składniki:

Jedna łyżeczka nasion kuminu (kminu rzymskiego), 1/2 łyżeczki nasion kolendry, 250 g marchewki startej na tarce o grubych oczkach, 2 cebulki dymki, posiekane, 2 łyżki posiekanego koperku, 1 łyżka posiekanej natki pietruszki, skórka starta z 1/2 sparzonej cytryny, 100 g sera feta, sól, pieprz, 100 g mąki pszennej, 1/2 łyżeczki proszku do pieczenia, 3 jajka, oliwa do smażenia.

Na suchej patelni umieść nasiona kuminu i kolendry i praż do momentu, aż uwolnią swój zapach (ok. 2 minuty). Umieść nasiona w moździerzu i rozetrzyj na proszek. W misce wymieszaj składniki placuszków, czyli startą na tarce marchewkę, cebulkę dymkę, koperek, natkę pietruszki, skórkę z cytryny, ser feta i zmielony kumin oraz kolendrę. Dopraw solą i pieprzem. Dodaj do miski mąkę, proszek do pieczenia i rozbełtane jajka. Dobrze wymieszaj, aż wszystkie składniki się połączą. W garnku lub patelni o wysokich ściankach rozgrzej grubą warstwę oleju. Olej jest odpowiednio gorący, gdy skropiony wodą zaczyna pryskać. Zmniejsz ogień do średniego. Przy pomocy łyżki nabieraj porcje masy placuszkowej i wkładaj do gorącego oleju. Smaż 2-3 minuty, placki powinny w tym czasie napęcznieć i się zezłocić. Gotowe placki przełóż przy pomocy łyżki cedzakowej na ręcznik papierowy, aby pozbyć się nadmiaru tłuszczu. Podawaj na ciepło. Jeżeli wolisz, możesz też usmażyć placki na cienkiej warstwie oleju. Uzyskasz wtedy tradycyjne, płaskie okrągłe placki. Na nieprzywierającej patelni rozgrzej trochę oleju, następnie przy pomocy łyżki układaj na niej po 1 łyżce masy. Rozpłaszcz ją przy pomocy łyżki. Smaż przez 1-2 minuty, następnie przełóż łopatką na drugą stronę i smaż jeszcze minutę.

Lemoniada rabarbarowa

Składniki:

300 g rabarbaru, 50 g cukru, cukier waniliowy, 250 ml wody, sok z połowy cytryny, 400 ml wody mineralnej gazowanej, kilka świeżych listków mięty.

Zagotuj 250 ml wody z cukrem i cukrem waniliowym, gotuj aż cukier się rozpuści. Rabarbar umyj i pokrój na małe kawałki (kilkucentymetrowe, nie plasterki), włóż rabarbar do wody i pogotuj 5 minut. Zostaw do ostudzenia (dobrze, gdy chłodzi się i naciąga całą noc). Przecedź, dodaj sok z cytryny i schłodzoną wodę mineralną. Do lemoniady można wrzucić kilka plasterków cytryny i listki świeżej mięty.

Czajka
ptak krajobrazu rolniczego

Czajka jest jednym z najbardziej rozpoznawalnych ptaków związanych z krajobrazem rolniczym. U ptaka obserwowanego z dużej odległości widzimy w upierzeniu tylko dwa kolory: czerń i biel. Z bliska, pozornie czarne skrzydła mienią się jednak feerią barw: zielenią, granatem, purpurą i złotem. Długi, ciągle targany wiatrem czubek i wielkie czarne oczy to elementy podkreślające elegancki wygląd czajki.

Dawniej czajki powracały z zimowisk z początkiem marca. Obecnie przylatują do Polski już w lutym lub nawet pod koniec stycznia. Niewielka część krajowej populacji czajek podejmuje próby zimowania w kraju, które w związku z występowaniem łagodnych zim kończą się zwykle sukcesem. Po przylocie na tereny lęgowe, samce rozpoczynają widowiskowe loty tokowe. Raz wznoszą się wysoko, raz latają tuż przy ziemi, kręcą beczki i koziołkują. W trakcie tych popisów nieustannie nawołują głosem przypominającym … rozstrojone CB radio. Czajki są silnie związane z podmokłymi łąkami i pastwiskami położonymi w dolinach dużych nieuregulowanych rzek. Przy braku optymalnych siedlisk przystępują do lęgów na polach uprawnych, większych wyspach w korycie rzek lub odsłoniętym dnie zbiorników wodnych. Czajki unikają miejsc porośniętych drzewami i krzewami, gdyż te mogą stanowić doskonałe punkty obserwacyjne dla wron, srok, kruków oraz innych gatunków stanowiących zagrożenie dla jaj i piskląt. W atrakcyjnych siedliskach lęgowych jeden samiec może mieć 2-3 partnerki, które budują gniazda blisko siebie. Gniazdo to płytki dołek w ziemi, skąpo wyścielony źdźbłami traw. Zniesienie czajki najczęściej składa się z 4 jaj. Oliwkowozielone skorupki zdobią czarne, nieregularne wzory, co czyni jaja bardzo trudne do wypatrzenia przez drapieżniki. Przy sprzyjających warunkach pogodowych czajki składają pierwsze jaja już na początku kwietnia. Po około 4-tygodniowym okresie wysiadywania w gnieździe pojawiają się pisklęta, pokryte szarobrązowym puchem. W kilka godzin po wykluciu opuszczają gniazdo i rozpoczynają samodzielne zdobywanie pokarmu pod czujnym okiem rodziców. W razie zagrożenie dorosłe czajki ostrzegają je donośnym głosem, a te w odpowiedzi na sygnał przywierają nieruchomo do podłoża lub chowają się w gęstej trawie. Młode czajki zaczynają latać dopiero po około 30 dniach od wyklucia.

Obecnie krajowa populacja czajki przeżywa poważny kryzys i z roku na rok zmniejsza swoją liczebność. Jednym z najpoważniejszych problemów, z jakimi mierzą się polskie czajki, jest antropogeniczna zmiana reżimu hydrologicznego rzek (budowa obwałowań, zbiorników zaporowych, pogłębianie i prostowanie koryt), prowadząca do odcięcia łąk i pastwisk od wiosennych zalewów. Nie bez znaczenia jest również znaczne zmniejszenie się pokrywy śnieżnej w okresie zimowym w ciągu ostatnich lat. Brak śniegu zimą, to brak rozlewisk wiosną. Na przesuszonych terenach czajki nie znajdują odpowiedniej ilości pokarmu, a zanik okresowych rozlewisk zdecydowanie ułatwia czworonożnym drapieżnikom penetrację lęgowisk dawniej zabezpieczonych przez wodę.

Zaniechanie wypasu bydła również wpłynęło na zmniejszenie się krajowej populacji czajek. Chociaż pasące się krowy czasami rozdeptywały gniazda, to jednak ich wpływ na siedlisko ptaków w ogólnym bilansie był pozytywny. Krowy swoją obecnością kształtowały specyficzny rodzaj ukształtowania terenu z licznymi obniżeniami i wzniesieniami, dzięki czemu powstawały warunki sprzyjające gniazdowaniu czajek. Bydło nie pozwalało również na rozwój wyższej roślinności, m.in. drzew lub krzewów, które szybko pojawiają się tam, gdzie zrezygnowano z wypasu.

Tylko poprzez poprawę jakości zachowanych siedlisk, redukcję czworonożnych drapieżników lub zabezpieczenie przed nimi gniazd będzie można zahamować dalszy spadek liczebności czajek w kraju.

Tekst i zdjęcie: Kamil Kryński

"Głośnik w głowie. O leczeniu psychiatrycznym w Polsce"

Aneta Pawłowska-Krać

Uprzedzenia względem osób chorych psychicznie sprawiają, że niewielu potrzebujących otrzymuje fachową pomoc. Z kolei pacjenci decydujący się na leczenie nie są traktowani właściwie. Książka "Głośnik w głowie. O leczeniu psychiatrycznym w Polsce" otworzy Twoje oczy na problem psychiatrii w kraju. **Problem zdrowia psychicznego dotyka ludzi w każdym wieku.** Są to schorzenia takie jak schizofrenia, uzależnienia, depresja czy zaburzenia odżywiania lub rozwoju. W Polsce opieki psychiatrycznej wymaga około 25% obywateli. Niestety liczne uprzedzenia względem chorych sprawiają, że po pomoc zgłasza się zaledwie 16% chorych. Na dodatek jest to dopiero początek problemów. W Polsce personel szpitali i poradni jest zdecydowanie przeciążony. Z tego względu nie może poświęcić pacjentom odpowiedniej ilości uwagi, co prowadzi do zbyt późnych hospitalizacji, pozostawiania chorych za długo w szpitalach, braku odpowiedniego wsparcia i opieki, a także braku informacji dotyczących metod radzenia sobie z ich przypadłościami. W książce **"Głośnik w głowie"** sytuacja psychiatrii w Polsce została zestawiona z rozwiązaniami wprowadzonymi za granicą. Chociaż reformy są z trudem wdrażane, to nie ma pewności, czy przyniosą zamierzony skutek. Czy istnieje jeszcze szansa dla chorych?

"Głośnik w głowie. O leczeniu psychiatrycznym w Polsce" to dająca do myślenia publikacja pozwalająca lepiej zapoznać się z problemem chorób psychicznych i systemem, który nie ułatwia życia pacjentom. Wszystko jest dodatkowo komplikowane przez podejście ludzi spoglądających z pogardą na chorych psychicznie. Aneta Pawłowska-Krać napisała ważną i wciągającą publikację, która odkrywa przed czytelnikiem przykrą prawdę.

Z opisu wydawcy

PŁYTA NA LATO

Płyta, którą zaproponuję na lato, jest... staroświecka. Nagrał ją wykonawca, który występuje pod pseudonimem Father John Misty. To amerykański twórca, spadkobierca słynnych "songwriterów". Jego najnowsza propozycja różni się nieco od poprzednich, gdyż dominuje na niej klimat swingowy, delikatnie bujający i romantyczny. Bogatsze aranżacje, delikatny, kojący śpiew. Ta płyta może towarzyszyć zarówno wypoczynkowi w ciągu dnia, jak i odprężeniu w godzinach wieczornych. Będzie antidotum na wszechobecny w okresie wakacyjnym taneczne bity bombardujących z wielu stron. Przy utworach z tej płyty też można tańczyć, ale w staromodny sposób, z partnerem policzek przy policzku.

Humor o lekarzach

Pacjent do lekarza:
- Czy po wyleczeniu złamanego nadgarstka będę grał na skrzypcach?
- Już po tygodniu.
- Świetnie, wcześniej nie potrafiłem!

• • • • •

W gabinecie stomatologa.
- Panie doktorze, czy to prawda, że pan potrafi bezboleśnie wyrwać zęby?
- Niestety nie zawsze. Wczoraj na przykład podczas wyrywania zwichnąłem sobie rękę.

• • • • •

U lekarza:
- Być może na pana chorobę wpływ ma wypijany alkohol. Niech pan pije połowę tego co teraz i zobaczymy czy będzie lepiej...
- To może będę pił dwa razy tyle co teraz i zobaczymy czy będzie gorzej?

• • • • •

U dentysty:
- Teraz pora na coś co może pana zaboleć.
- Ok, jestem gotowy...
- Od roku spotykam się z pana żoną.

• • • • •

Lekarz omawia z pacjentką szczegóły operacji. W gabinecie jest również jej mąż.
- Przed zabiegiem zastosuję znieczulenie miejscowe - tłumaczy chirurg.
- Proszę pana - wtrąca się mąż pacjentki - koszt nie ma znaczenie, niech pan zastosuje znieczulenie zagraniczne.

• • • • •

Ordynator do pacjenta cukrzyka:
- Czy jest pan przesądny?
- Dlaczego pan pyta?
- Od jutra będzie pan wstawał lewą nogą.

• • • • •

POŁOŻNA

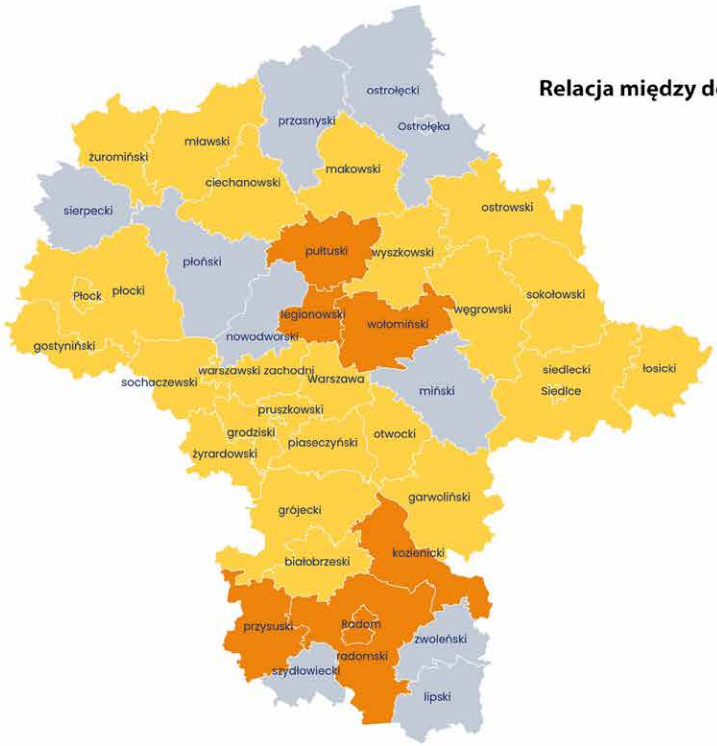
zawód na wagę złota

Na przestrzeni wieków zawód położnej ulegał transformacjom obyczajowym, kulturowym i zawodowym. Współcześnie położna jest zawodem samodzielnym i polega na świadczeniu opieki wobec kobiety w każdym okresie jej życia. Ponadto pod opieką położnej pozostaje też noworodek do 8 tygodnia życia.[1] Za wykonywanie zawodu położnej uznaje się również: nauczanie na rzecz doskonalenia zawodowego, w tym nauczanie adeptów położnictwa; prowadzenie prac naukowo-badawczych; kierowanie i zarządzanie zespołami położnych; praca na stanowiskach administracyjnych w podmiotach leczniczych, administracji publicznej, o ile sprawuje nadzór nad ochroną zdrowia czy podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Narodowy Fundusz Zdrowia); zatrudnienie w domach pomocy społecznej, żłobku lub klubie dziecięcym z uwzględnieniem uprawnień zawodowych.[2]

Od 2019 roku realizowana jest na rzecz pielęgniarek i położnych w Polsce- Polityka Wieloletnia Państwa. Wszystkie dane z Głównego Urzędu Statystycznego czy Raporty Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz informacje ze środowiska zawodowego obu profesji wskazują na dużą lukę pokoleniową oraz brak zastępowalności zawodowej.[3] Obecnie według danych z 2021 roku z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych wynika, że tylko 21,2% zatrudnionych położnych jest w grupie pomiędzy 21, a 40 lat. Reszta natomiast znajduje się w wieku 50 lat i powyżej (51-60 lat- 35,8%; 61-70- 19,5%; powyżej 70 roku życia- 4%).[4] Jest to katastrofa zawodowa. Dlatego istotną kwestią wydaje się, aby zwrócić szczególną uwagę społeczeństwa polskiego na ten fakt. A także aby zachęcić i zmotywować młode pokolenie lub osoby chcące zmienić zawód do pracy w sektorze ochrony zdrowia, w tym w zawodzie położnej/ położnego.

W ostatnim czasie w Regionie Siedleckim oprócz doskonale funkcjonującej Przychodni Nr 4 „Centrum Matki i Dziecka" wchodzącej w skład grupy Centrum Medyczno-Diagnostyczne sp. z o.o., otworzono Centrum Opieki nad Matką i Dzieckiem przy Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach. Obie placówki oferują opiekę nad matką i dzieckiem na najwyższym poziomie oraz świadczą kompleksową opiekę nad kobietami. Są one także wielką szansą rozwojową dla przyszłych położnych. Aby pracować w zawodzie położnej należy ukończyć 3-letnie studia licencjackie i uzyskać prawo wykonywania zawodu położnej w izbie pielęgniarek i położnych dla właściwego regionu.

[1] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu opieki okołoporodowej. Dz.U. z 2018 r. poz. 1756
[2] Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz. U. z 2011 Nr. 174 poz. 1039
[3] https://www.gov.pl/web/zdrowie/polityka-wieloletnia-panstwa-na-rzecz-pielegniarstwa-i-poloznictwa-w-polsce (dostęp dnia 18.05.2022)
[4] https://nipip.pl/raport2021/ (dostęp dnia 18.05.2022)



Prognoza na 2022, mazowieckie

Relacja między dostępnymi pracownikami a potrzebami pracodawców - pielęgniarki i położne

BAROMETR ZAWODÓW 2022

- duża nadwyżka poszukujących pracy
- nadwyżka poszukujących pracy
- równowaga popytu i podaży
- deficyt poszukujących pracy
- duży deficyt poszukujących pracy
- brak oceny

Collegium Mazovia Innowacyjna Szkoła Wyższa w Siedlcach, jako jedyna Uczelnia w naszym rejonie, posiada w swojej ofercie studia licencjackie dla kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo oraz jednolite studia magisterskie na kierunku fizjoterapia. Jeśli chcesz mieć zawód z pasją, lubisz pracę z ludźmi, poszukujesz stabilnej i dobrze płatnej pracy lub chcesz zmienić zawód to zapraszamy.

Kierunki medyczne w ofercie CM

- studia I stopnia **PIELĘGNIARSTWO** (studia pomostowe) (tryb weekendowy) (tryb dzienny)
- studia II stopnia **PIELĘGNIARSTWO**
- studia I stopnia **POŁOŻNICTWO** (studia pomostowe) (tryb weekendowy) (tryb dzienny)
- jednolite studia magisterskie **FIZJOTERAPIA**

dr n. o zdr. Patrycja Soszyńska-Zielińska
adiunkt w Katedrze Pielęgniarstwa i Położnictwa
Collegium Mazovia
Innowacyjna Szkoła Wyższa w Siedlcach

COLLEGIUM MAZOVIA
INNOWACYJNA SZKOŁA WYŻSZA

PRAKTYCZNA
PRZYJEMNOŚĆ STUDIOWANIA

PIELĘGNIARSTWO
POŁOŻNICTWO
FIZJOTERAPIA

BUDOWNICTWO

EKONOMIA
FINANSE I RACHUNKOWOŚĆ

ZESKANUJ KOD

www.MAZOVIA.edu.pl

CENTRUM®
Medyczno-Diagnostyczne

MEDYCZNA **INFOLINIA**

Call Center:
25 633 35 55

centrum.med.pl | centrum_md | CentrumMD

www.centrum.med.pl

Nasze placówki

Przychodnia Zdrowia nr 1
w Siedlcach
ul. Ks. Niedziałka 14

Centrum Matki i Dziecka
w Siedlcach
ul. Kleeberga 2

Przychodnia Zdrowia nr 5
w Siedlcach
ul. Romanówka 19

Przychodnia Zdrowia nr 6
w Siedlcach
ul. Terespolska 12

Medyczne Laboratorium
Diagnostyczne w Siedlcach
ul. Kleeberga 2

Poradnia Zdrowia Psychicznego
i Leczenia Uzależnień w Siedlcach
ul. Sokołowska 161

Przychodnia Zdrowia Centrum
w Mińsku Mazowieckim
ul. Piłsudskiego 42A

Przychodnia Dąbrówka
w Mińsku Mazowieckim
ul. Dąbrówki 52

Przychodnia Zdrowia
w Łukowie
ul. Międzyrzecka 66

Przychodnia Zdrowia
w Aleksandrowie
Aleksandrów 43B

Przychodnia Zdrowia
w Seroczynie
ul. Siedlecka 3

Przychodnia Zdrowia
w Oleśnicy
Oleśnica 132

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy
w Oleśnicy
Oleśnica 132

Przychodnia Zdrowia
w Domanicach
Domanice Kolonia 17

Przychodnia Zdrowia
w Latowiczu
ul. Św. Ducha 30

Przychodnia Zdrowia
w Wielgolesie
ul. Nowowiejska 34

Przychodnia Zdrowia
w Hołubli
ul. Siedlecka 68

Przychodnia Zdrowia
w Bielanach
ul. Siedlecka 6a

Przychodnia Zdrowia
w Dębem Wielkim
ul. Szkolna 17

Przychodnia Zdrowia
w Ceranowie
Ceranów 25

Przychodnia Zdrowia
w Garwolinie
ul. Korczaka 35

Przychodnia Zdrowia
w Nurze
ul. Drohiczyńska 8

Przychodnia Zdrowia
w Sterdyni
ul. Lipowa 1a

Przychodnia Zdrowia
w Strachówce
ul. Norwida 7

Przychodnia Zdrowia
w Stanisławowie
ul. Szkolna 6

Przychodnia Zdrowia
w Pustelniku
ul. Szkolna 16

Przychodnia Zdrowia
w Andrzejewie
ul. Srebińska 10

Przychodnia Zdrowia
w Żelechowie
ul. Piłsudskiego 34

Przychodnia Zdrowia
w Wierzbnie
Wierzbno 88

Przychodnia Zdrowia
w Krynce
Krynka 1C

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy
w Krynce
Krynka 1C

Przychodnia Zdrowia
w Poświętnem
ul. Szkolna 4

Przychodnia Zdrowia
w Szulborzu Wielkim
ul. Romantyczna 2

Przychodnia Zdrowia
w Warszawie
ul. Narbutta 29

Przychodnia Zdrowia
w Tłuszczu
ul. Powstańców 27

Ośrodek Środowiskowej Opieki
Psychologicznej i Psychoterapeutycznej
dla Dzieci i Młodzieży
w Mińsku Mazowieckim
ul. Olsztyńska 2

Ośrodek Środowiskowej Opieki
Psychologicznej i Psychoterapeutycznej
dla Dzieci i Młodzieży
w Siedlcach
ul. Sokołowska 161

Ośrodek Pomocy Zdrowiu
w Warszawie
ul. Bellottiego 1

Przychodnia Zdrowia
w Nowym Opolu
ul. Spacerowa 1A

DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ

- Siedlce, ul. Kleeberga 2
- Mińsk Mazowiecki, ul. Olsztyńska 2
- Oleśnica, Oleśnica 132
- Strachówka, ul. Norwida 6
- Nur, ul. Łomżyńska
- Garwolin, ul. Korczaka 35/3
- Bielany, ul. Podlaska 10
- Hołubla, ul. Siedlecka 68

NOWE PLACÓWKI

Dom Seniora
w Hołubli
ul. Siedlecka 68

Przychodnia Zdrowia
w Przesmykach
ul. 11 Listopada 13

**PROWADZIMY ZAPISY
DO LEKARZA RODZINNEGO**