

Zdrowie w CENTRUM

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

Wersja online



Radioterapia

jak dbać o skórę

Dna moczanowa

więcej niż ból

Koniec

z próchnicą?

Emerytura

to nie wyrok

Nowotwory kobiece

po pierwsze profilaktyka

Zgubne skutki

podjadania

Choroby zakaźne

w natarciu

Smakołyki

od Siostry Anastazji



Z okazji Świąt

Wielkanocnych

Składamy Państwu najserdeczniejsze życzenia.
Niech radosny dzień Zmartwychwstania Pańskiego
napelni Was wiarą, pokojem, wzajemną życzliwością
i pozwoli z ufnością patrzeć w przyszłość.
Zdrowych, pogodnych i rodzinnych Świąt Wielkiej Nocy.

Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o. o.
Grupa CENTRUM



FUNDACJA
Świętych Joachima i Anny

Zdrowych, pogodnych Świąt Wielkanocnych,
Pełnych wiary, nadziei i miłości.
Radosnego wiosennego nastroju,
Oraz serdecznych chwil w gronie najbliższych,

Życzy
Fundacja Świętych Joachima i Anny

Drodzy Czytelnicy,

Przed nami Święta Wielkanocne. Czas odrodzenia i nadziei, płynącej ze Zmartwychwstania Chrystusa. To także czas naszych osobistych „rozliczeń” i refleksji... Żyjemy w świecie, gdzie pozytywne wartości często przyćmiewa mrok i zwątpienie. Skąd czerpać siły, by przetrwać i być źródłem światła dla innych? Gdzie szukać wsparcia i pocieszenia? Jak sobie radzić w obliczu choroby swojej i najbliższych? Na te pytania postaramy się odpowiedzieć w wiosennym wydaniu naszego kwartalnika, a pomogą nam w tym, jak zwykle, nasi eksperci.

Państwa uwadze polecam rozmowę z dr Arturem Prusaczykiem, który zdobył specjalizację lekarza ginekologa onkologa. Z Czytelnikami „Zdrowia w Centrum” dzieli się swoją wiedzą na temat nowotworów onkologicznych, obalając szkodliwe mity, krążące wśród pacjentek. Psycholog Adriana Szubielska podpowie, jak przygotować się do emerytury. Dla wielu z nas to – wbrew pozorom – bardzo trudny i stresujący etap życia. Polska jest jednym z najszybciej starzejących się państw na świecie. Osoby 65+ stanowią już 19,5 proc. społeczeństwa, a w wieku emerytalnym znajduje się aż 22,9 proc. Polaków. To ogromne wyzwanie dla państwa. Jak bezpiecznie i w miarę bezboleśnie pożegnać się z życiem zawodowym, tego dowiedzą się Czytelnicy z naszego kwartalnika.

Warto zapoznać się również z artykułem prawniczki Aleksandry Łukasiuk na temat prawnej ochrony przedstawicieli zawodów medycznych. Swoją historią na temat choroby onkologicznej podzieliła się z nami Maria Kryńska, znana siedlecka poetka. To ważne świadectwo szczególnie dla tych pań, które stoją w obliczu diagnozy. Z tematem tym koresponduje artykuł farmaceutki Jolanty Pankowskiej, która podpowiada, jak dbać o skórę w trakcie i po radioterapii. W tym numerze nie zabraknie także porad dietetycznych i wspaniałych przepisów. Tym razem do swojej wielkanocnej kuchni zaprasza Siostra Anastazja.

Z okazji Świąt Wielkiej Nocy życzę Państwu dużo zdrowia i radości, którą dzielcie ze swoimi najbliższymi i przyjaciółmi. Cieszcie się sobą i starajcie się szukać sensu nawet tam, gdzie go nie widać.



Lek. Paweł Żuk

Przewodniczący Rady Nadzorczej
Centrum MD



Zdrowie w CENTRUM

nr 1(47)/2024

2	Pielęgnacja skóry - w trakcie i po radioterapii	Wzrost zachorowań na choroby zakaźne	5
8	Emerytura to nie wyrok	Biała Sobota w Centrum.....	12
13	Cytomammobus w Centrum	WASZE HISTORIE: Nie rezygnować z marzeń	14
17	Koniec z próchnicą?	Nowotwory kobiece - nowe metody terapii	19
22	Ochrona prawna zawodów medycznych	Zapisy do lekarza rodzinnego	24
26	Nie mówię, ale komunikuję się	Dna moczanowa, cz. II	28
30	Zgubne skutki podjadania	Smakołyki od Siostry Anastazji	32
34	Galeria Natura: Leśne ptasie radio	Rozrywka.....	35

Wydawca:

Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o., ul. Nikłowa 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.
Fold www.fold.pl

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

nakład: 7.000 egzemplarzy

Pielegnacja

SKÓRY

w trakcie i po radioterapii

Skóra jest najbardziej narażonym na promieniowanie organem. Radiacyjne uszkodzenie skóry może objawiać się łagodnym rumieniem, masywnym złuszczeniem, pęcherzami czy nawet martwicą skóry. Nawet do 95% pacjentów poddanych radioterapii prezentuje cechy radiacyjnego uszkodzenia skóry.

Radioterapia polega na wykorzystaniu promieniowania jonizującego, by zniszczyć komórki nowotworowe, hamować ich wzrost lub zmniejszać objawy choroby. Radioterapia jest kluczowym elementem leczenia nawet do 75% nowotworów. W niektórych rodzajach nowotworów jest to jedyna forma leczenia, w większości przypadków jednak radioterapia jest częścią leczenia skojarzonego.

RODZAJE RADIOTERAPII

Promieniowanie jonizujące, które uszkadza komórki nowotworu, może być wykorzystane przed operacją, aby zmniejszyć rozmiar guza (terapia neoadjuwantowa) lub jako terapia uzupełniająca (terapia adjuwantowa). Często radioterapia łączona

jest z chemioterapią (radiochemioterapia) lub leczeniem hormonalnym czy biologicznym. Radioterapia we współczesnej medycynie wykorzystywana jest nie tylko do leczenia nowotworów, ale również do łagodzenia bólu w zaawansowanych stadiach raka, zmniejszenia krwawienia, likwidowania dokuczliwych objawów neurologicznych spowodowanych znacznym uciskiem na rdzeń kręgowy. Na działanie promieniowania jesteśmy narażeni właściwie przez cały czas, nie tylko dlatego, że jest ono w przyrodzie powszechne, ale robiąc RTG, mammografię, scyntyografię, poddając się badaniom tomografem komputerowym. W badaniach diagnostycznych wykorzystuje się minimalne dawki promieniowania, w terapii są one wyższe. Promieniowanie wykorzystywane w medycynie daje się dokładnie zmierzyć, regulować i dawkować, dzięki czemu do minimum można ograniczyć działania niepożądane.

Radioterapię dzieli się na teleradioterapię i brachyterapię, a leczenie zwykle trwa od jednego do kilku tygodni w zależności od rodzaju i stopnia zaawansowania choroby oraz planowanej dawki terapeutycznej.

Teleradioterapia polega na naświetlaniu chorego miejsca z pewnej odległości. Jest ona najczęściej używana do zwalczania raka. Odmianą teleradioterapii jest radioterapia typu boost (napromienianie na od-

ległość), czyli jednorazowe lub wielokrotne napromienienie miejsca po usuniętym guzie znacznie większą dawką promieni. Metodę stosuje się w przypadku agresywnych postaci raka lub np. gdy przy zabiegu oszczędzającym pierś, usunięto za mało zdrowych tkanek wokół guzka.

Brachyterapia polega na umieszczeniu źródła promieniowania w chorych tkankach, np. w guzie lub jego okolicy. Promienie atakują nowotwór z bliska. Przed zabiegiem naświetlania do organizmu wprowadza się (w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym) w zajęte przez nowotwór miejsce, np. gruczoł piersiowy czy prostatę lub też w sam guz cienkie plastikowe rurki (tzw. aplikatory). Następnie na kilka minut napełnia się je materiałem radioaktywnym, a po napromienieniu usuwa się go. Same rurki, by uniknąć ponownego znieczulenia chorego, zostają w ciele przez kilka dni. Taki sposób leczenia proponuje się chorym np. z przerzutami. Zaletą brachyterapii jest i to, że na skórze nie pojawia się wcale lub w niewielkim stopniu odczyn popromienny, co zdecydowanie przyspiesza całkowite wygojenie się skóry.

WCZESNE I PÓŹNE POWIKŁANIA

Niezależnie od techniki radioterapii, w objętości napromienianej zawsze znajdują się

również tkanki prawidłowe i zdrowe, które reagują wczesnym i późnym odczynem popromiennym. Zabiegi radioterapii są bezbolesne, jednak w ich trakcie, jak i po zakończeniu wystąpić mogą powikłania.

osłabienie ogólne

brak łaknienia

spadek aktywności

zmiany we krwi (spadek liczby białych krwinek i płytek krwi)

popromienne odczyny skórne, utrata włosów

odczyny śluzówkowe w jamie ustnej, gardle, krtani i jamach nosowych

reakcje ze strony dróg oddechowych i serca

reakcje ze strony jelit i pęcherza moczowego

odczyny ze strony odbytnicy, pochwy, sromu.

Wczesne powikłania radioterapii dotyczą tkanek, których komórki stale się mnożą, np. szpiku kostnego, nabłonka przewodu pokarmowego, dróg moczowych. Czas ujawnienia się tych powikłań zależy od czasu życia komórek dojrzałych. Po rozpoczęciu napromieniania nie powstają nowe komórki, natomiast komórki dojrzałe pełnią swoje funkcje dopóki żyją. Powierzchnowe komórki nabłonka błon śluzowych żyją 2 tygodnie. Po tym czasie pojawi się zaczerwienienie, a następnie możliwe są płytkie owrzodzenia. Komórki, które przetrwały terapię, doprowadzają do odnowy tkanki w czasie 1-2 tygodni po leczeniu. Powikłania wczesne, choć kłopotliwe, pozostają zazwyczaj bez poważnych konsekwencji.

Późne powikłania radioterapii ujawniają się klinicznie po paru miesiącach, a nawet latach. Dotyczą tkanek wolno namnażających się, np. płuc, nerek, wątroby, układu nerwowego. Powikłania powstają w skutek śmierci komórek parenchymy narządów lub zmian w naczyniach krwionośnych. W konsekwencji dochodzi do rozległych zwłóknień, przewlekłych owrzodzeń i martwicy. Ryzyko powstania późnych skutków ubocznych stanowi przyczynę ograniczenia

podawania bardzo wysokich dawek napromieniania. Szczególnie wrażliwe na duże dawki naświetlań i przekroczenia dawki tolerancji są rdzeń kręgowy i płuca.

Skóra jest najbardziej narażonym na promieniowanie organem. Radiacyjne uszkodzenie skóry może objawiać się łagodnym rumieniem, masywnym złuszczeniem, pęcherzami czy nawet martwicą skóry. W różnych okolicach skóry jednocześnie mogą występować mieszane objawy uszkodzenia. Nawet do 95% pacjentów poddanych radioterapii prezentuje cechy radiacyjnego uszkodzenia skóry. W większości są to postaci łagodne, takie jak rumień, obrzęk i ból. Prawidłowa pielęgnacja skóry przed, w trakcie i po radioterapii może uchronić skórę przed najcięższymi postaciami uszkodzenia radiacyjnego. Pod wpływem promieniowania dochodzi do powstania miejscowego stanu zapalnego, niedrożności drobnych naczyń krwionośnych, obrzęku. Z czasem dochodzi do powstania zwłóknień. W skórze dochodzi do zakłócenia procesu odnowy naskórka, uszkodzenia komórek macierzystych skóry i ścięczenia skóry. Czynniki, które predysponują skórę do cięższego uszkodzenia radiacyjnego, są: wiek, otyłość, palenie tytoniu, alkohol, niedożywienie i choroby współistniejące, takie jak: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby układu krążenia, urazy oraz infekcje skóry.

Podczas sesji radioterapii jako pierwsze mogą wystąpić pierwotne odczyny radiacyjne po około 3-6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia. Cechują się przede wszystkim suchością skóry. Staje się ona bardzo wrażliwa i podatna na uszkodzenia. Mogą pojawić się przebarwienia, a włosy w okolicy napromienianej mogą wypaść. Powodem jest upośledzenie działania gruczołów łojowych i potowych w okolicy napromienianej. Z czasem dochodzi do złuszczenia naskórka, czemu często towarzyszy świąd. Dlatego też ważna jest pielęgnacja skóry! Jeśli dochodzi do uszkodzenia głębszych warstw naskórka, złuszczeniu może towarzyszyć wysięk, powstawanie pęcherzy i drobnych ran. Jeśli pojawią się takie objawy, należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza w celu oceny głębokości rany i zastosowania odpowiednich specjalistycznych opatrunków.

Po 6 miesiącach od rozpoczęcia radioterapii mogą pojawić się wtórne odczyny radiacyjne w postaci zwłóknień. Skóra traci elastyczność, staje się twardsza i pogrubiała. W wyniku powstania nowych naczyń krwionośnych często widoczne są

jako teleangiektazje, tj. poszerzone naczynia krwionośne. Włóknienie skóry może wywoływać ból, zniekształcenie tkanek, zmianę rozmiaru.

JAK DBAĆ O SKÓRĘ?

Skórę po radioterapii trzeba traktować szczególnie starannie, by stworzyć jak najlepsze warunki do regeneracji:

- Myj się pod prysznicem lub krótko kąp w letniej wodzie. Używaj łagodnych dermokosmetyków o naturalnym pH, bez barwników i środków zapachowych. Unikaj mydeł w kostce i silnie pieniących się płynów do mycia. Do mycia nie używaj gąbki ani szczotki.
- W czasie trwania terapii nie mocz zbyt długo naświetlanego obszaru. Zwracaj uwagę, aby te obszary skóry, które są naświetlane, delikatnie osuszać miękkim ręcznikiem, unikając szorstkich materiałów i tarcia, które może uszkadzać delikatny naskórek.
- Dermokosmetyki o działaniu ochronnym i regenerującym wklepuj w skórę delikatnie. Nigdy ich nie wcieraj! Na obszar, który jest napromieniany, krem lub balsam, który jest przeznaczony dla tego typu skóry, nakładaj nie później niż 2 godziny przed naświetlaniem, tak aby w trakcie samego zabiegu skóra zdążyła całkowicie wchłonąć preparat i była bezwzględnie sucha.



- Unikaj gwałtownych zmian temperatury, np. okładów z lodu lub suszarki do włosów. Niskie temperatury prowadzą do gwałtownego skurczu naczyń, który jest przyczyną jeszcze rozleglejszego niedokrwienia naświetlanego obszaru skóry.
- Na skórze naświetlanej nie stosuj opatrunków samoprzylepnych.
- Nie chodź na basen z chlorowaną wodą ani do sauny. Unikaj opalania na słońcu i w solarium, stosuj kremy z wysokim filtrem.
- Noś luźne, przewiewne ubrania z naturalnych i miękkich tkanin. Odzież i bieleźną pierz w środkach dla alergików.

Preparaty, zalecane do pielęgnacji skóry przed, w trakcie jak i po radioterapii to takie, które zwiększają uwodnienie warstwy rogowej naskórka, przeciwdziałają utracie wody, i działają kojąco:

- Kwas hialuronowy drobnocząsteczkowy, stosowany miejscowo, posiada właściwości przenikania do głębszych warstw skóry i nawodnienie ich. Kwas hialuronowy zapewnia odpowiednie nawilżenie skóry, dzięki czemu wspomaga proces gojenia ran, zmiękcza skórę i chroni ją przed utratą elastyczności.
- Ceramidy chronią przed nadmierną utratą wody i poprawiają jej wchłanianie. Odpowiadają za miękkość i elastyczność skóry, a także zabezpieczają skórę przed możliwością penetracji obcych substancji z otoczenia. Niedobór ceramidów prowadzi do wysuszenia, swędzenia i podrażnienia skóry. Ceramidy poprawiają szczelność między komórkami naskórka, chroniąc przed utratą wody i wspomagają odpowiednie nawilżenie skóry.
- Skwalan najczęściej pozyskiwany jest z oliwy z oliwek oraz poprzez fermentację cukrów z trzciny cukrowej. Ze względu na swoje silne właściwości nawilżające, często jest porównywany do kwasu hialuronowego. Ogranicza utratę wody przez naskórek. Zapewnia to skórze miękkość, elastyczność oraz natychmiastowe ukojenie. Ponadto przyspiesza regenerację uszkodzonej skóry i wzmacnia płaszcz hydrolipidowy.
- Ektoina wiąże cząsteczki wody, tworzy tak zwane hydrokompleksy ektoinowe. Prowadzi do powstania warstwy ochronnej skóry i zapobiega nadmiernej utracie wody. Ogranicza reakcje zapalne, zachodzące na poziomie błony komórkowej nabłonka śluzowego dróg oddechowych oraz skóry.
- AloeVera Żel aloesowy łagodzi podrażnienia, niweluje rumień i obrzęk, ma działanie przeciwświądowe. Ponadto przyspiesza gojenie skóry.
- Nagietek lekarski przyspiesza gojenie skóry i ma miejscowe działanie przeciwbakteryjne. Posiada również działanie przeciwzapalne.
- Maści zawierające pochodne mocznika mają lekkie działanie złuszczone. Znajdują zastosowanie w pielęgnacji suchej skóry, bez tendencji do łuszczenia i przesuszania. Przy grubej, twardej skórze poprawią elastyczność i zapewnią prawidłowe nawilżenie.
- Żel z rumiankiem - rumianek ma działanie kojące i przeciwświądowe. Zmniejsza obrzęk i miejscowy stan zapalny.
- Dekspantenol, w postaci kremów i pianek, również w kroplach do oczu i nosa. Wpływa na regenerację nabłonków, wzrost włosów i paznokci oraz przyspiesza proces gojenia ran.
- Płukanie jamy ustnej roztworem 0,9% NaCl, rumiankiem, stosowanie pasty i żelu Elmex.



Istnieje kilka klasyfikacji radiacyjnego uszkodzenia skóry. Najprostszym podziałem jest 4-stopniowa skala. Odczyn radiacyjny w stopniu I i II uznaje się za stany łagodne, gdzie zalecana jest przede wszystkim profilaktyka i odpowiednia pielęgnacja skóry. Objawia się suchością skóry, zmniejszeniem lub zatrzymaniem pocenia skóry w napromienianej okolicy, drobnymi guzkami i rumieniem. Stopień II stwierdza się, gdy rumieniowi towarzyszy obrzęk i złuszczenie naskórka. Gdy przy wyprysku i złuszczeniu pojawia się wydzielina, silne zaczerwienienie, rozpoznaje się stopień III. Stopień IV oznacza martwicę skóry, owrzodzenia i krwiaki. Stopnie III i IV wymagają leczenia specjalistycznego – oczyszczenia z martwych tkanek i zastosowania odpowiednio dobranych opatrunków specjalistycznych. Opatrunki te powinny mieć działanie przeciwbakteryjne, stymulujące autooczyszczanie rany i promujące gojenie. Przy dużej ilości wydzieliny z rany stosowane są opatrunki absorpcyjne.

Jolanta
Pankowska-Kowalczyk
mgr farmacji

Wzrost zachorowań na choroby zakaźne

W 2022 r. odnotowano znaczny wzrost występowania biegunek u dzieci do lat dwóch. Zarejestrowano także 4,6 razy więcej rozpoznanych zapaleń jelit wywołanego przez rotawirusy niż w roku poprzednim. Także 4,8 razy częściej notowana była szkarlatyna – poinformował GUS.

W 2022 r. na terenie kraju odnotowano 371 zachorowań na krztusiec (niespełna 1 przypadek na 100 tys. ludności) i było to ponad 2-krotnie więcej w porównaniu do 2021 r., 27 zachorowań na odrę (o 14 przypadków więcej) i podobnie jak w roku poprzednim 5 zachorowań na tężec.

W 2022 r. w porównaniu do 2021 r. zwiększyła się liczba zarejestrowanych nowych przypadków wirusowego zapalenia wątroby (WZW) wszystkich typów.

W przypadku WZW typu C odnotowano najwięcej nowych zachorowań – 2527 przypadków. Wskaźnik zachorowalności (zapadalność) na 100 tys. ludności wyniósł 6,7 przypadku na 100 tys. ludności (o 3,4 przypadku więcej niż w 2021 r.). Wskaźnik zachorowań na 100 tys. ludności był najwyższy w województwach: zachodniopomorskim (15,9), wielkopolskim (10,3) i lubuskim (9,7), a najniższy w województwach: świętokrzyskim (2,5), podkarpackim (2,9) i mazowieckim (3,5).

Odnotowano 2500 zachorowań na WZW typu B, co oznacza 6,6 przypadku na 100 tys. ludności (wzrost wskaźnika o 2,5 zachorowania względem poprzedniego roku). Wskaźnik zapadalności był najwyższy w województwach: pomorskim (16,5 przypadku na 100 tys. ludności), łódzkim (11,8) i śląskim (9,4), a najniższy w lubelskim i podkarpackim (po 2,4 przypadku) i świętokrzyskim (0,8).

W przypadku WZW typu A zarejestrowano 233 zachorowania tj. 0,62 przypadku na 100 tys. ludności (wzrost wskaźnika o 0,37 względem roku poprzedniego). Najwyższy wskaźnik zarejestrowano w województwach: opolskim (1,27 zachorowania na 100 tys. ludności województwa) i wielkopolskim (1,14), a najniższy w województwach: podlaskim (nie odnotowano żadnych przypadków), warmińsko-mazurskim (0,07) i lubuskim (0,10).

Analiza występowania wirusowego zapalenia wątroby w dłuższym czasie uwidacznia pewną cykliczność występowania choroby z wyraźnym ograniczeniem liczby nowych zachorowań w latach pandemii COVID-19, wynikającym z wprowadzonych obostrzeń sanitarnych takich jak: obowiązek izolacji, noszenie maseczek oraz rekomendacji częstego mycia rąk.

W 2022 r. w skali kraju odnotowano blisko 3-krotnie większą liczbę zachorowań na różyczkę niż w roku poprzednim (147 przypadków, tj. 0,39 przypadku na 100 tys. ludności). Największe

ogniska chorobowe, wyrażone wskaźnikiem zapadalności na 100 tys. ludności, występowały w województwach: łódzkim (0,59), zachodniopomorskim (0,55), wielkopolskim i pomorskim (po 0,51), a najmniejsze w województwach: lubelskim (0,10) i opolskim (0,11). W województwie świętokrzyskim choroba w ogóle nie wystąpiła.

W przypadku świnki (nagminne zapalenie przyusznic) zarejestrowano 922 przypadki zachorowań w kraju (o 90,5% zachorowań więcej niż w roku poprzednim). Wskaźnik zapadalności na tę chorobę wynosił 2,4 przypadku na 100 tys. ludności kraju i był najwyższy w województwach: mazowieckim (3,4) i lubelskim (3,3), a najniższy w województwach: dolnośląskim (1,0) i warmińsko-mazurskim (1,3).

Także w przypadku szkarlatyny zaobserwowano blisko 5-krotny (4,8) wzrost liczby zachorowań na tę chorobę w porównaniu z 2021 r. – 12,7 tys. przypadków. Oznacza to 33,5 przypadku na 100 tys. ludności (o 26,5 więcej niż przed rokiem, ale o 20,8 mniej w porównaniu do przedpandemicznego 2019 r.). Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności był najwyższy w województwach: pomorskim (77,3 zachorowań na 100 tys. ludności) i zachodniopomorskim (59,4), a najniższy w województwach: łódzkim (11,4), dolnośląskim (16,3) i świętokrzyskim (16,7).

Analiza występowania tych chorób w dłuższym czasie uwidacznia cykliczność występowania szkarlatyny, z wyraźnym ograniczeniem liczby zachorowań w latach 2020 i 2021, w związku z pandemią COVID-19 i wprowadzonym reżimem sanitarnym. W przypadku świnki i różyczki, chorób podlegających obowiązkowym szczepieniom ochronnym, widoczna jest tendencja spadkowa ich występowania, z prawie całkowitym zanikiem różyczki w latach pandemii.

W 2022 r. zarejestrowano duży **wzrost liczby rozpoznanych zapaleń jelit wywołanego przez rotawirusy**. Było to 34,2 tys. zachorowań, tj. 90,4 przypadków na 100 tys. ludności, 4,6 razy więcej niż przed rokiem i niemal tyle samo co w przedpandemicznym 2019 r. (88,6 przypadków na 100 tys. ludności).

Zapadalność na zapalenie jelit wywołane przez rotawirusy była największa u osób mieszkających w województwach: pomorskim (139,2 przypadków na 100 tys. ludności), podlaskim (132,1) i małopolskim (103,4), a najmniejsza w województwach: dolnośląskim (59,0), zachodniopomorskim (65,0) i lubuskim (69,6).

W 2022 r. zapalenie jelit wywołane przez *Clostridium difficile* rozpoznano u 21,6 tys. osób (tj. 57,0 przypadków na 100 tys. ludności) i był to wskaźnik zapadalności niewiele większy niż przed rokiem

(o 1,3), ale dużo wyższy (o 27,5) w porównaniu do 2019 r. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności był najwyższy w województwach: lubelskim (80,4), łódzkim (79,7) i mazowieckim (78,8), a najniższy w województwach: lubuskim (27,0), dolnośląskim (29,8) i podkarpackim (33,3).

W 2022 r. poziom zachorowań na salmonellozę i inne bakteryjne zatrucia pokarmowe w skali kraju był niższy w porównaniu do poprzedniego roku.

Odnotowano 6,6 tys. zakażeń salmonellozą (tj. 17,4 przypadków na 100 tys. ludności i było to o 4,5 przypadku mniej na 100 tys. ludności niż w 2021 r.). Wskaźnik zapadalności na salmonellozę na 100 tys. ludności województw był najwyższy wśród mieszkańców województw: podkarpackiego (26,4) i małopolskiego (20,7), a najniższy w przypadku mieszkańców województw: kujawsko-pomorskiego (13,1) i dolnośląskiego (13,7).

W przypadku innych bakteryjnych zatruc pokarmowych odnotowano 307 zachorowań na terenie kraju, tj. 0,8 przypadku na 100 tys. ludności (spadek wskaźnika o 0,1). Najwyższy wskaźnik zachorowalności na bakteryjne zatrucia pokarmowe zarejestrowano w województwach: łódzkim (4,8) i wielkopolskim (1,2). Natomiast zatrucia takie prawie nie występowały w województwach: dolnośląskim, warmińsko-mazurskim i opolskim (po 0,1 przypadku na 100 tys. ludności, tj. 1 i 2 przypadki w ciągu roku).

Analiza występowania zapalenia jelit (zapalenie jelita grubego i cienkiego) oraz zatruc pokarmowych w dłuższym czasie uwidacznia pewną cykliczność występowania tych chorób z wyraźnym ograniczeniem liczby zachorowań w latach pandemii COVID-19. W przypadku zapalenia jelit wywołanego przez *Clostridium difficile*, dla którego dane dostępne są od 2013 r., obserwowana jest tendencja wzrostowa zapadalności do 2019 r., z widocznym spadkiem w pierwszym roku pandemii i ponownym stopniowym wzrostem w latach 2021-2022.

W związku z tym, że biegunki u małych dzieci są zjawiskiem groźnym, z uwagi na większą podatność małych dzieci na odwodnienie, nadzorem epidemiologicznym objęte jest występowanie tego schorzenia u dzieci do lat dwóch.

W 2022 r. zarejestrowano blisko 29,9 tys. przypadków biegunek u dzieci do lat dwóch, o 46,4% więcej niż przed rokiem, ale o 37,3% mniej niż w 2019 r. Oznacza to 4533 przypadki na 100 tys. dzieci w tym wieku (o 1628 przypadków więcej niż w roku poprzednim, ale o 1693 mniej w porównaniu do 2019 r.).

Wskaźnik występowania biegunek na 100 tys. dzieci był najwyższy w województwach: pomorskim (7203 przypadki na 100 tys. dzieci w tym wieku) i śląskim (5848), natomiast najniższy udział dzieci dotkniętych tą przypadłością zarejestrowano w województwach: dolnośląskim (2842 przypadki na 100 tys. dzieci w tym wieku) i łódzkim (3129).

W 2022 r. w przypadku chorób mózgu i opon mózgowych także odnotowano wzrost liczby zachorowań, pochodzenia zarówno bakteryjnego, jak i wirusowego w porównaniu do 2021 r.

Najwięcej było przypadków wirusowego zapalenia mózgu – 531 przypadków (tj. 1,4 przypadku na 100 tys. ludności kraju, wzrost

zapadalności o 0,7 w porównaniu do 2021 r. i o 0,5 w porównaniu do 2019 r.), następnie – 468 przypadków bakteryjnego zapalenia opon mózgowych lub mózgu (tj. 1,2 przypadku na 100 tys. ludności, wzrost o 0,5 w porównaniu do 2021 r., ale mniej o 0,3 w stosunku do 2019 r.) i 366 przypadków wirusowego zapalenia opon mózgowych (tj. 1,0 przypadku na 100 tys. ludności kraju, wzrost o 0,5 w porównaniu do 2021 r., ale mniej o 1,5 względem 2019 r.).

Podobnie jak przed rokiem, największe skupisko wirusowego zapalenia mózgu, blisko 139 przypadków, wystąpiło w województwie podlaskim, dla którego wskaźnik zapadalności wyniósł 12,1 przypadków na 100 tys. ludności i był blisko 2-krotnie wyższy niż przed rokiem (wzrost o 7,2). Drugim województwem pod względem występowania tej choroby, podobnie jak przed rokiem, było województwo warmińsko-mazurskie – 72 przypadki (tj. 5,3 przypadku na 100 tys. ludności województwa). Natomiast najniższą zapadalność i jednocześnie najmniejszą liczbę zachorowań na wirusowe zapalenie mózgu odnotowano w województwach: wielkopolskim, lubuskim i pomorskim (po 0,2 przypadku na 100 tys. ludności tych województw).

Zapadalność na bakteryjne zapalenie opon mózgowych lub mózgu na 100 tys. ludności poszczególnych województw była najwyższa w województwach: kujawsko-pomorskim (1,9 przypadku na 100 tys. ludności), opolskim i warmińsko-mazurskim (po 1,8), a najniższa w województwach: świętokrzyskim (0,8), następnie podlaskim, dolnośląskim i lubelskim (po 0,9).

Analiza występowania zapalenia mózgu i opon mózgowych w dłuższym czasie uwidacznia cykliczność występowania chorób, z wyraźnym ograniczeniem liczby zachorowań w latach 2020 i 2021, w związku z pandemią COVID-19 i wprowadzonym reżimem sanitarnym.

W 2022 r. odnotowano w Polsce 4703 tys. przypadków zachorowań na grypę i było to więcej o 58,2% (tj. o 1729,3 tys. przypadków) w porównaniu do poprzedniego roku, ale mniej o 1,8% (tj. o 86,9 tys. przypadków) niż w roku 2019 r. Wskaźnik zapadalności na poziomie kraju wyniósł 12 433 zachorowania na 100 tys. ludności i był wyższy o 4605 przypadków niż w 2021 r., ale niższy (o 45) w porównaniu do przedpandemicznego 2019 r. Wskaźnik zapadalności był najwyższy w województwie pomorskim (36 172 przypadki na 100 tys. ludności), następnie wielkopolskim (20 187) i mazowieckim (14 960), a najniższy w województwach: podkarpackim (3289), zachodniopomorskim (4058) i opolskim (6334).

Analiza występowania grypy i podejrzeń grypy w dłuższym czasie uwidacznia wyraźny trend wzrostowy zapadalności na tę chorobę do 2018 r., z niewielkim spadkiem w 2019 r. i dużo niższą zapadalnością w kolejnych dwóch latach pandemii COVID-19 (2020 r. i 2021 r.), a następnie ponownym wzrostem zapadalności w 2022 r.

W Polsce w 2022 r. na inwazyjną chorobę pneumokokową wywołaną przez bakterię *Streptococcus pneumoniae*, będącą przyczyną wielu zespołów klinicznych takich jak np. ostre zapalenie ucha środkowego, zapalenie płuc, posocznica, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zachorowały 2223 osoby i było to o 131,1% więcej niż przed rokiem i o 44,3% więcej w porównaniu do 2019 r. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności kraju wyniósł 5,9 (wzrost o 3,3 w porównaniu do 2021 r. i o 1,9 w porównaniu do 2019 r.) i był najwyższy w województwach: zachodniopomorskim (12,2), pomorskim (8,3) i lubuskim (8,0), a najniższy w województwach: lubelskim (2,7), warmińsko-mazurskim (4,2) i świętokrzyskim (4,5).

W przypadku inwazyjnych zakażeń spowodowanych bakterią *Haemophilus Influenzae*, wywołującą głównie zakażenia układu oddechowego i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, odnotowano na terenie kraju łącznie 145 przypadków zachorowań i było to blisko 3-krotnie więcej przypadków niż w 2021 r. i o 42,2% więcej niż w 2019 r. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności kraju wyniósł 0,39 przypadku i był najwyższy w województwach: lubuskim (0,92) i zachodniopomorskim (0,73), a najniższy w województwach: podkarpackim (0,14) i warmińsko-mazurskim (0,15).

W przypadku inwazyjnych zakażeń bakterią *Neisseria meningitidis* (inwazyjna choroba meningokokowa) zdiagnozowano 116 przypadków zachorowań w kraju, o 8,4% więcej niż w 2021 r., ale o 39,9% mniej niż w 2019 r. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności kraju wyniósł 0,30 przypadku i był najwyższy w województwach: warmińsko-mazurskim (0,80) i lubuskim (0,51), a najniższy w województwach: opolskim (0,11) i podkarpackim (0,14).

W przypadku obu rodzajów chorób inwazyjnych – *Haemophilus Influenzae* i *Neisseria meningitidis* najwięcej zachorowań zarejestrowano w województwie mazowieckim (*Haemophilus influenzae* – 17 przypadków i *Neisseria meningitidis* – 15 przypadków).

Analiza zapadalności na inwazyjne choroby pneumokokowe (*Streptococcus pneumoniae*), meningokokowe (*Neisseria meningitidis*) oraz inwazyjne *Haemophilus influenzae* w dłuższym czasie, uwidacznia wyraźny, rosnący trend zachorowalności na choroby pneumokokowe do 2019 r., z mniejszą zapadalnością w latach pandemii 2020-2021 i ponownym dużym wzrostem w 2022 r.

W 2022 r. liczba zachorowań na boreliozę z Lyme była wyższa niż przed rokiem zarówno na poziomie kraju, jak i w poszczególnych województwach. W Polsce zarejestrowano ogółem 17,4 tys. przypadków tej choroby, o 38,9% zachorowań więcej niż w ciągu 2021 r., ale było to mniej o 15,8% w porównaniu do 2019 r.

Wskaźnik zapadalności na boreliozę z Lyme na 100 tys. mieszkańców kraju wyniósł 45,9 przypadku (wzrost o 13,0) i był najwyższy w województwach: podlaskim (81,2 na 100 tys. ludności),

małopolskim (79,8) i lubelskim (76,8), a najniższy, kolejny rok z rzędu, w województwie łódzkim (22,6) i wielkopolskim (25,1).

W 2022 r. zarejestrowano 4314 zachorowań na gruźlicę płucną i pozapłucną, i było to o 16,5% więcej (o 610 przypadków) niż przed rokiem i mniej o 18,9% (tj. o 1007 przypadków) w porównaniu do 2019 r. Najczęstszą postacią gruźlicy jest gruźlica płuc, która w 2022 r. stanowiła 96,2% przypadków – 4148 zachorowań (o 595 przypadków więcej niż przed rokiem). Zmiany gruźlicze występujące w innych narządach ciała (gruźlica pozapłucna) odnotowano u 166 osób (o 15 przypadków więcej niż w 2021 r.), co stanowiło 3,8% zachorowań na gruźlicę ogółem.

Wskaźnik zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci na 100 tys. ludności kraju wyniósł 11,4 i był wyższy (o 1,7 przypadku) niż przed rokiem. Najwyższą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwie śląskim (16,1 przypadków na 100 tys. ludności), łódzkim (13,3) i świętokrzyskim (12,4), a najniższą w województwach: podlaskim (5,9), warmińsko-mazurskim (6,3) i wielkopolskim (6,6).

Wśród chorób zakaźnych stałą, odrębną obserwacją epidemiologiczną są objęte choroby weneryczne, czyli choroby przenoszone drogą płciową.

W 2022 r. z powodu kiły i rzeżączki, w poradniach skórno-wenerologicznych leczonych było 2805 osób, o 703 osoby więcej niż w roku 2021. W przeliczeniu na ludność kraju było to 7,4 przypadku na 100 tys. ludności (wzrost o 1,9 w stosunku do poprzedniego roku). Najwięcej leczonych na choroby weneryczne (kiłę i rzeżączkę) i jednocześnie najwyższy wskaźnik zapadalności odnotowano w województwie mazowieckim (1 111 osób, tj. 20,2 przypadku na 100 tys. ludności). W dalszej kolejności, biorąc pod uwagę wskaźnik zapadalności, najwięcej przypadków na 100 tys. ludności stwierdzono w województwach: pomorskim (8,4) i małopolskim (8,3), a najniższy wskaźnik odnotowano w województwach: podlaskim (0,6), świętokrzyskim (0,8) i podkarpackim (1,2).

Źródło: GUS



CYTOLOGIA ratuje życie

Masz **25-64 lat** i w ciągu ostatnich 3 lat nie wykonywałaś cytologii?

Wybierz zdrowie i umów się na badanie.

Badanie cytologiczne realizowane nieodpłatnie w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy.

Przychodnia Centrum

Tel. 25 633 35 55 • www.centrum.med.pl

EMERYTURA

to nie wyrok

Wielu z nas odlicza lata, miesiące i dni do emerytury w nadziei na to, że wreszcie będziemy mieli święty spokój. A kiedy nadchodzi ten dzień, czujemy panikę, pustkę i lęk. Czasu jest za dużo, pieniędzy mniej, a święty spokój to tylko pobożne życzenie. Dlaczego ten etap jest tak trudny?

Jak każda zmiana etapu życia, także przejście na emeryturę jest rozpatrywane jako kryzys. Kryzys w znaczeniu czas na przystosowanie się do zmienionych warunków, w którym przychodzi nam żyć. Emerytura to domknięcie życia zawodowego, które przez tak wiele lat było ważnym elementem codzienności. Im większą częścią naszego życia jest praca, tym większa pozostaje po niej pustka i brak, który nie każdy potrafi zapełnić. Jest to moment sprawdzenia, czy mieliśmy w życiu dobre relacje, pasje i czy potrafimy prowadzić satysfakcjonujące życie pozazawodowe. Dodatkowa trudność wynika z faktu, że tak jak po przedszkolu jest szkoła, po szkole studia lub praca, tak nie ma zawodowo naturalnego ciągu dalszego po emeryturze. To ostatni etap, który skłania do podsumowań, bilansów, wyraźnie pokazuje też nasze przemijanie. Zrozumiałe, że poczucie się dobrze w roli emeryta jest wymagającym procesem.

Nie do rzadkości należą sytuacje, szczególnie dotyczy to mężczyzn, kiedy zaraz po przejściu na emeryturę spadają na nich ciężkie choroby (m.in. zawały). „Nie zdążył nacieszyć się emeryturą” – jakże często to słyszymy. Czy istnieje psychologiczne wyjaśnienie tego zjawiska?

Całe nasze życie biologiczne jest związane z naszymi emocjami. Wiadomo, że stres osłabia naszą odporność. Nie można powiedzieć, że przejście na emeryturę jest bezpośrednim powodem zapadalności na choroby - ale już sam wiek emerytalny jest czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo, że nasza kondycja zdrowotna nie będzie równa dwudziestolatkom. Na pewno jednak stan emocjonalny sprzyja ujawnianiu się chorób, do których mamy tendencję.

Jak w takim razie poradzić sobie z nagłą zmianą, jaką jest zakończenie aktywności zawodowej i przestawienie na inny rytm codziennego życia na emeryturze?

Wydaje mi się, że zmiana ta nie musi być odbierana jako nagła, jeśli z odpowiednim wyprzedzeniem zaczniemy budować

się wsparcia i angażować się w aktywności, które mogą być równie zajmujące, a czasami nawet bardziej fascynujące niż dotychczasowa praca. Oczywiście etap oswojenia się z nową rzeczywistością przy jednoczesnym żegnaniu się i zostawianiu za sobą pewnych spraw ma prawo przekładać się na smutek, żal czy lęk, a nawet rozdrażnienie lub poczucie bezradności. Z wszystkimi tymi emocjami łatwiej jednak radzić sobie w towarzystwie życzliwych osób.

No właśnie, emerytura często kojarzy się z izolacją społeczną, a wręcz samotnością. Co możemy zrobić, by tak się nie stało?

Wiele osób przechodząc na emeryturę świetnie odnajduje się w roli babci czy dziadka i wspiera swoje dzieci w wychowaniu ich potomstwa. Jeśli taka naturalna możliwość nie występuje lub taki scenariusz nie jest dla emeryta wymarzony, istnieje wiele miejsc spotkań dla seniorów, gdzie przez ten niełatwy czas można przejść razem z innymi, którzy tak jak my zauważają, że pojawia się coraz więcej ograniczeń ze strony ciała, wydajność spada i nie zawsze jest możliwe, by nadążyć za młodszymi pokoleniami. Prężnie działają Uniwersytety III Wieku, grupy wsparcia dla seniorów, koła zainteresowań, wolontariaty czy grupy modelitewne, zajęcia gimnastyczne itd. To przestrzeń, gdzie ludzie w podobnym wieku i sytuacji życiowej mogą być razem, wymienić się doświadczeniami, emocjami czy obawami i, jak czasami śmiejemy się z moimi pacjentami-seniorami, chociażby wymienić się adresami lekarzy czy informacjami o promocjach w supermarketach. Ważne, by nie zostawać samemu.

Wiele osób na emeryturze nadal pracuje, choć niekoniecznie z powodów finansowych. Moja koleżanka już po tygodniu od przejścia na emeryturę stwierdziła, że jak się czymś nie zajmie, to zwariuje. Komu trudniej jest się pożegnać z pracą?

Tak jak wspomniałam wcześniej - im większą pasją była nasza praca zawodowa, im więcej mieliśmy z niej satysfakcji i im mniej aktywności i relacji zostało nam poza nią, tym trudniej odnaleźć się na emeryturze. Paradoksalnie czasami niektóre osoby, mimo że praca nie jest dla nich spełnieniem marzeń ani miejscem bezstresowym, wolą w niej pozostawać jak długo się da. Może okazać się, że osoby takie mają trudność ze skonfrontowaniem się ze swoim wiekiem, ograniczeniami z niego płynącymi i koniecznością ustąpienia miejsca młodszemu pokoleniom. To

niełatwa sprawa do załatwienia w sobie. Wiele osób chroni się przed świadomością przemijania i w zaprzeczeniu chce żyć na pełnych obrotach niezależnie od wieku. Bycie aktywnym w jesieni życia oczywiście jest stanem pożądanym i wszystkim nam tego życzyć. Warto jednak przyjrzeć się, czy jest to świadome, adekwatne do wieku i możliwości korzystanie z życia, czy ucieczka przed jego realiami i brak zgody na kolejny etap życia.

Robert Atchley, światowej sławy gerontolog, w latach 70. XX w. stworzył teoretyczne podstawy przechodzenia na emeryturę jako rozciągniętego w czasie procesu adaptacji. Jak taki proces wygląda?

Wg Atchleya celem po przejściu na emeryturę jest osiągnięcie po emeryturze stanu wygodnej i satysfakcjonującej rutyny. W fazie przedemerytalnej przejście na emeryturę zaczyna się pojawiać na horyzoncie, jednak odczuwamy je jako wciąż odległe i raczej pozytywne zjawisko. Na początku emerytura kojarzy się głównie z odpoczynkiem i nagrodą za wieloletni trud. Rzadziej na tym etapie pojawia się lęk przed nieznanym. Kiedy emerytura staje się faktem, można się z nią „przywitać” na 3 sposoby. Pierwszy zwany jest „miesiącem miodowym” i część ludzi zakończenie pracy zawodowej przekłada na rekreację i rzuca się w wir pasji, przyjemności i aktywności, na które wcześniej nie było czasu. Druga grupa osób przechodzi bardzo łagodnie w rutynę emerytalną, niejako kontynuując zwyczaje z okresu aktywności zawodowej. Osoby te wstają rano i codziennie mają plan działania, bo pracę zastępują czynnościami, które były im bliskie już wcześniej. Ostatnia z grup, które udało się Atchleyowi zaobserwować, to emeryci, którzy zwalniali, stawiają na odpoczynek i relaks. Ich obroty spadają, ale co ciekawe, po pewnym czasie poziom aktywności rośnie. Niezależnie od tego, w jakim stylu osoba zacznie emeryturę, naturalne jest, że po pewnym czasie pojawia się etap rozczarowania i emerytura może być odczuwana jako męcząca, odbiegająca od wyobrażeń czy wręcz zniechęcająca, co przekłada się na frustrację i apatię. To newralgiczny moment. Jeśli osoba nie dostanie wówczas wsparcia, etap ten może przedłużać się lub utrwalić się do końca życia. Ważne jest, by się na nim nie zatrzymać, bo następny etap to czas reorientacji i zmiany kierunku. Po pierwszym zachłyśnięciu się wolnością oraz po czasie rezygnacji przychodzi czas na to, by jeszcze raz sprawdzić, co jeszcze chcę i mogę w życiu osiągnąć, co już nie jest dla mnie a o czym być może nie pomyślałem wcześniej a okazało się dobrą alternatywą. To wspaniała szansa, by z szacunkiem dla siebie i swoich możliwości, jak również z uwzględnieniem realiów życia, przeżywać je nadal w radości i satysfakcji.

Jak już Pani wspomniała, nie wszyscy potrafią dostosować się do nowych warunków życia na emeryturze. U znacznej części pojawia się depresja. Jakie typy ludzi są najbardziej narażone na wejście w tę krytyczną fazę emerytury?

Depresja ta na emeryturze czy na każdym innym etapie życia jest chorobą demokratyczną. Dotknąć może każdego, niezależnie od wcześniejszego stanowiska, wysokości emerytury czy zasobów. Ważne, by korzystać wówczas ze wsparcia lekarza psychiatry i psychologa.

Czy możemy psychicznie i emocjonalnie przygotować się na przyjęcie emerytury, by ten etap nie był wstrząsem?

Oczywiście możemy zrobić dużo, by sobie to przejście ułatwić. Jak wspominałam, przez całe życie zawodowe dbanie o tzw. work-life balance, czyli równowagę między pracą a życiem prywatnym, jest inwestycją nie tylko na czas emerytalny, ale chociażby sytu-

acje utraty pracy czy konieczności jej zmiany albo zawieszenia na czas zdrowienia w czasie poważnej choroby. Chcę powiedzieć, że z punktu widzenia dobrostanu psychicznego, praca na żadnym etapie nie powinna zdominować naszego życia. Trud przejścia na emeryturę nakłada się jednak na inne trudy, z którymi mierzą się osoby w siódmej dekadzie życia. Często pogarsza się zdrowie fizyczne, spada sprawność fizyczna czy umysłowa, świat rozwija się coraz szybciej i staje się mniej zrozumiałym miejscem. Warto mieć wówczas do siebie wyrozumiałość i gotowość na taką kolej rzeczy. Wypieranie starzenia się z naszej świadomości jest w mojej opinii największym utrudnieniem.

Polska jest jednym z najszybciej starzejących się państw na świecie. Osoby 65+ stanowią już 19,5 proc. społeczeństwa, a w wieku emerytalnym (60 dla kobiet i 65 dla mężczyzn) znajduje się aż 22,9 proc. - podał niedawno GUS w raporcie z aktualizacją danych na koniec 2022 r. To ogromne wyzwanie dla państwa. Jakie pomocy oczekiwałaby Pani od państwa dla emerytów?

Moim marzeniem jest większa liczba miejsc dedykowanych tej grupie osób. Niejednokrotnie spotykałam się wśród pacjentów z sytuacją, że mimo chęci nie znaleźli dla siebie miejsca np. w Uniwersytecie czy w grupie wsparcia dla seniorów. Wspaniale, gdyby seniorzy mieli swoje stałe miejsce w przedszkolach czy szkołach. Pamiętam inicjatywę jednego z przedszkoli, gdzie babcie i dziadkowie zapraszani byli do wpisywania się w grafik, by codziennie ktoś mógł przeczytać dzieciom książeczkę przed leżakowaniem. Myślę, że taki międzypokoleniowy, stały kontakt jest ubogacający dla obu stron i wspaniale by było, gdyby był uwzględniany np. w programach nauczania.

Stefan Kisielewski powiedział: „Emerytura jest próbą oblaskawienia śmierci”. Zgadza się Pani z tą definicją?

Zdecydowanie. Koniec pracy to jeden z większych „końców” w naszym życiu. Takich mniejszych i większych zakończeń, pożegnań, rozstań, utrat mamy na przestrzeni życia całkiem sporo, ale te utraty doświadczane z siwizną na głowie i świadomością, że po latach wspierania i pomagania młodszym to oni teraz przejmują tę rolę i coraz częściej to my potrzebujemy ich pomocy, jest bardzo wyraźnym „memento mori”. Wydaje mi się, że im więcej zgody na ten naturalny bieg rzeczy, tym więcej koncentracji nie na tym, co tracimy, ale na tym, co wciąż mamy. Mam ogromny szacunek do seniorów, którzy pokornie i nienachalnie ustępują miejsca młodszym, pozostając przy tym życzliwym i ciepłym wzorem.

A Pani jak sobie wyobraża swoją emeryturę?

Zgodnie z prawidłowościami psychologicznymi, jest to dla mnie na tyle odległa perspektywa, że nie może mi się jawić inaczej niż kraina miodem i mlekiem płynąca. Choć już wiemy, że inne fazy także przyjdą. Oczywiście, życzyłabym sobie i nam wszystkim, niezależnie od trudów i wyzwań tego okresu, byśmy mieli szansę się z nimi zmierzyć i ostatecznie osiągnąć radosny i satysfakcjonujący czas życia na emeryturze.

**Dziękuję bardzo za rozmowę
Monika Mikołajczuk**



Adriana Szubielska
psycholog, psychoterapeuta



TWOJA OPINIA JEST DLA NAS WAŻNA!



Szanowni Pacjenci,

Interesuje nas Państwa opinia na temat świadczeń medycznych realizowanych w Przychodniach Centrum, dlatego zachęcamy do udziału w badaniu satysfakcji pacjenta i prosimy o wypełnienie anonimowej ankiety.

Państwa opinie i spostrzeżenia będą dla nas cenne w zakresie poprawy jakości realizowanych świadczeń medycznych w Przychodniach Centrum.

Anonimowe ankiety dostępne są na stronie internetowej www.centrum.med.pl w zakładce strefa pacjenta oraz pod poniższym kodem QR.

Możesz wypełnić jedną lub kilka ankiet dedykowanych dla różnych świadczeń medycznych.

Dziękujemy za przekazanie opinii
Zarząd Centrum Medyczo – Diagnostycznego Sp. z o. o.



OCEŃ NAS

Zeskanuj kod QR,
aby wypełnić ankietę.

korzystam
ze świadczeń w ramach
podstawowej opieki
zdrowotnej:



jestem pacjentem
przewlekle chorym
i korzystam ze świadczeń
w ramach podstawowej
opieki zdrowotnej:



jestem opiekunem osoby
niepełnoletniej/osoby
niepełnosprawnej:



korzystam ze świadczeń
realizowanych przez
położną:



korzystam ze świadczeń
rehabilitacyjnych
w Centrum:



Badanie bezpłatne

MAMMOGRAFIA

Dla Pań w wieku **45-74 lat**,
które przez ostatnie 2 lata nie miały
wykonanego bezpłatnego badania.

Badanie realizowane w ramach **Populacyjnego
Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi.**

ZAPISY W KAŻDEJ PRZYCHODNI CENTRUM

• **Tel. 25 633 35 55**

• **www.centrum.med.pl**

Szczepienia HPV dla nastolatków

W Przychodni CENTRUM wykonujemy bezpłatne szczepienia przeciw HPV u dzieci w wieku 12-13 lat.

Szczepienie przeciw HPV w wieku nastoletnim to najskuteczniejsza forma profilaktyki. Zapobiega nie tylko rozwojowi wirusa HPV w organizmie, ale również uniemożliwia pojawieniu się komórek nowotworowych. Dodatkową zaletą jest to, że nastolatkom wystarczy podać tylko dwie dawki szczepionki, zamiast trzech.

W celu zaszczepienia zgłoś się do wybranej Przychodni CENTRUM.

Powszechny program szczepień przeciw HPV realizuje założenia i cele Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030. Uzupełnia bezpłatny program szczepień ochronnych dla dzieci i młodzieży o szczepienie, które chroni przed chorobami wywołanymi przez HPV.



Szczepienia przeciw HPV

**DLA DZIEWCZĄT I CHŁOPCÓW
W WIEKU 12 I 13 LAT**

HPV (Human Papilloma Virus) to nazwa ludzkiego wirusa brodawczaka, **HPV** odpowiada za zachorowania na raka szyjki macicy, a także inne choroby nowotworowe.

Kto może skorzystać ze szczepień przeciw HPV?

- Szczepienia przeciw HPV zalecane są dziewczętom i chłopcom. Można je podawać już od ukończenia przez dziecko 9 lat.
- Powszechny program bezpłatnych szczepień przeciw HPV jest skierowany do dziewcząt i chłopców w wieku 12 i 13 lat. Jest to najlepszy wiek do szczepienia. Szczepienie jest wtedy najkorzystniejsze.
- W roku 2023 ze szczepień mogą skorzystać dzieci urodzone w 2010 i 2011 r.
- Szczepienia przeciw HPV dla dziewcząt i chłopców w wieku 12 i 13 lat podawane są w dwóch dawkach. Odstęp między tymi dawkami wynosi od 6 do 12 miesięcy.
- W Polsce w powszechnym programie szczepień przeciw HPV bezpłatnie dostępne są 2 szczepionki: 2-walentna szczepionka Cervarix i 9-walentna szczepionka Gardasil 9.

Warto wiedzieć:

- Poddając się szczepieniu przeciw HPV zmniejszamy o ponad 90% ryzyko wystąpienia zmian przedrakowych i zachorowania na raka szyjki macicy oraz inne choroby nowotworowe.
- Szczepionka jest najbardziej skuteczna u osób, które nie zetknęły się jeszcze z HPV. Dlatego najlepiej ją podać przed rozpoczęciem kontaktów seksualnych.
- Szczepienia przeciw HPV zapobiegają zakażeniom HPV obok regularnych badań cytologicznych stanowią element profilaktyki przeciwnowotworowej. Należy jednak pamiętać, że szczepionka nie zastępuje profilaktycznych badań szyjki macicy.

<https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/szczepienie-ktore-chroni-przed-rakiem>

Co nowego w Centrum?

BIAŁA SOBOTA W PRZYCHODNI CENTRUM

Zachęcamy do udziału w badaniach profilaktycznych realizowanych w Przychodniach CENTRUM podczas akcji pn. BIAŁA SOBOTA.

Sobota profilaktyczna w CENTRUM – przypada zazwyczaj w pierwszą sobotę miesiąca.

Zakres oferowanych badań podczas akcji obejmuje:

- Badanie **CYTOLOGICZNE** (dedykowane kobietom w wieku 25-64 lat, które w ciągu ostatnich 3 lat nie wykonywały badania cytologicznego)
- Pobranie krwi w kierunku **Profilaktyki 40+** i **Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia**.
- **Zapis na badania profilaktyczne** – **MAMMOGRAFIA** (dla Pań w wieku 45-74 lat, które przez ostatnie 2 lata nie miały wykonanego badania profilaktycznego); **KOLONOSKOPIA**, **NISKODAWKOWA TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA PŁUC**, **ANKIETA W PROFILAKTYCE GRUŹLICY**

Zalecamy wcześniejszy kontakt z pracownikami Przychodni Centrum w celu kwalifikacji do badania, osobiście lub telefonicznie 25 633 35 55.



CENTRUM[®]
Medyczo-Diagnostyczne

BIAŁA SOBOTA

w Przychodni CENTRUM

Profilaktyka ratuje życie. Badaj się regularnie!

Informacje / Zapisy **25 633 35 55**

www.centrum.med.pl

CYTOMAMMOBUS

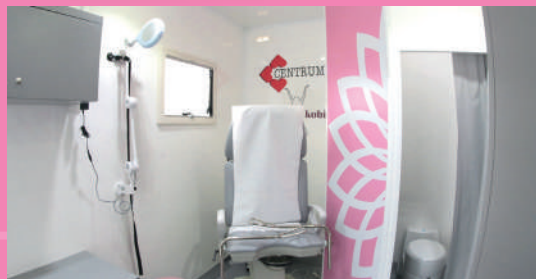
– JUŻ W CENTRUM!

Łatwiejszy dostęp kobiet do badań profilaktycznych w zakresie cytologii i mammografii jest już możliwy! Dzięki CYTOMAMMOBUSOWI CENTRUM – mobilnej pracowni diagnostycznej – badania profilaktyczne będą mogły wykonać panie, które mają utrudniony dostęp do ośrodka zdrowia. Opieka profilaktyczna niemalże na „wyciągnięcie ręki”. Nasz CYTOMAMMOBUS odwiedzi mniejsze miejscowości, tak aby kobiety mogły wykonać cytologię i mammografię w pobliżu swojego miejsca zamieszkania.

Cytologia co 3 lata - u kobiet w wieku **25-64 lat** realizowana jest w ramach programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.

W ramach programu profilaktycznego wczesnego wykrywania raka piersi jest wykonywana **mammografia co 2 lata** – u kobiet w wieku **45-74 lata lub co 12 miesięcy**, jeśli u krewnych wystąpił rak piersi.

**BADANIA SĄ DLA KOBIEC
BEZPŁATNE,** FINANSOWANE
PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA



FUNDACJA
Świętych Joachima i Anny



POMAGAMY CHORYM, UBOGIM I NIEZARADNYM
POMÓŻ I TY.

WESPRZYJ NASZE DZIAŁANIA I PRZEKAŻ SWÓJ

1,5% PODATKU

OBUDŹ W SOBIE CHĘĆ POMAGANIA.



KRS 0000413628

Nie rezygnować z marzeń



Jeśli jest jakaś zaleta bycia chorym i przechodzenia agresywnej terapii, oprócz samej walki i pokonywania choroby, to jest to z pewnością możliwość przyjrzenia się swoim priorytetom i zmiana stylu życia, zobaczenia siebie w wewnętrznej prawdzie, przyjrzenia się relacjom z innymi ludźmi – mówi siedlczanka Maria Kryńska-Szostak, anglicystka i poetka.



„Budzę się i nie odnajduję żadnej/kontrolnej myśli/Choćby tej że trzeba iść do pracy/spieszyć się/czy wyprowadzić psa” - piszesz w wierszu „Klucze” z ostatniego tomiku pt. „Skrzekot”. Jaka myśl przyszła Tobie dziś do głowy tuż po przebudzeniu?

Myślę sobie, że po roku agresywnego leczenia, pewnie mam prawo czuć się zmęczona a nawet wyczerpana. I tak właśnie jest. Ale zaraz nadejdzie wiosna i ja razem z nią pozbięram się i trochę sobie jeszcze pożyję. Inaczej zaczynasz dzień, gdy wyrwa cię ze snu budzik, inaczej gdy budzisz się naturalnie, a szczególnie gdzieś w wolny dzień w czasie podróży. Trzeba tak ustawić sobie rytm dnia, by mieć rano czas na wejście w dzień w sposób spokojny, mieć chwilę dla siebie. Stres robi duże szkody w organizmie. Ja mam to do wypracowania. Myśli galopują mi od samego rana, na razie to tylko widzę, jestem na początku tej drogi powrotu do natury, w tym przypadku naturalnego rytmu dnia.

Mam wrażenie, że Twoje nowe wiersze były zapowiedzią tego, co się niebawem wydarzy w Twoim życiu... Pisane jakby w zwolnionym tempie, niespokojne i drżące jak gwiazdy...

To, że mamy podświadomość i że ona na nas wpływa, jest już naukowym faktem. Nie wiemy dokładnie jak. Czasami mówi do nas w snach. Ja to wiem, że w wierszu „materializują się” przecucia, sny, marzenia, lęki, archetypy, uważność twórcy, jego wrażliwość, ale też przemyslenia i poglądy, manifestują się decyzje i poprzez to wiersz nabiera mocy sprawczej.

Miniony rok był dla Ciebie bardzo trudny... Pamiętasz ten dzień, kiedy usłyszałaś diagnozę?

Dowiadywanie się o raku to proces. Najpierw zauważasz jakiś objaw, guzek, albo masz wynik mammografii. Dowiadujesz się, że coś jest. Zanim dojdzie do biopsji, słyszy się już zapowiedź diagnozy: „pani musi szybko działać”, „wygląda nieciekawie”, „zła echogeniczność”, „trzeba zrobić kolejne badanie”, „potrzebna jest biopsja”. I właściwie jest się już przygotowanym na to, co się usłyszy. A mimo to byłam w stanie szoku i nie mogłam wykrztusić z siebie słowa. Zaniemówiłam! Jak nie ja!

Z jakimi stereotypami na temat choroby nowotworowej musiałaś się wówczas zmierzyć w swojej głowie?

Zawsze bałam się raka, bo na raka się umiera! – to ten stereotyp. Ale w Siedleckim Centrum Onkologii lekarka powiedziała mi, że będzie LECZYĆ i RATOWAĆ mi życie. Pacjenci, którzy przyjeżdżali na kontrolne badania, uświadamiali mi, że rak może być długo w REMISJI, choć to trudny przeciwnik. Fundacja RAKOUT przed gabinetem chemioterapii umieściła DZWON ZWYCIĘSTWA. Zapytałam Kasię Błaszkiwicz z Fundacji w czasie chemioterapii, czy ten dzwon czasami dzwoni? Oczywiście, co chwilę ktoś dzwoni! – oznajmiła. „RAK TO NIE WYROK” czytamy na grupach wsparcia. „RAK – TO SIĘ LECZY”. Tylko jest warunek, czym szybciej zdiagnozujesz, im szybciej zaczniesz działać, tym większe masz szanse. Liczy się czas!

Język jest Twoim orężem i jako poetki, i jako nauczycielki angielskiego. Jakie słowa Cię najbardziej bolały podczas Twojego leczenia, a które łagodziły lęk i rozpraszały mrok?

Lubię konkrety i nazywanie rzeczy po imieniu, bo wtedy wiem, z czym mam do czynienia i zastanawiam się, co można zrobić. W medycynie słowa muszą być precyzyjne. Lubię to też lekarze:

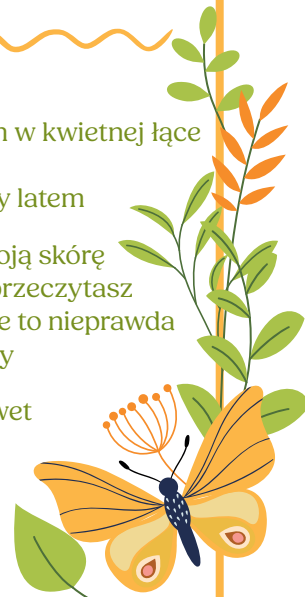
Warstwy

chciałabym napisać wiersz z lekkością motyla
jak zanurzona wśród braci i siostr szemrzących w kwietnej łące
słyszę opowieści o ciągłych narodzinach
znowu przyjdzie wiosna ponownie zakwitniemy latem

delikatne płatki maku rzucą cienie na moją i twoją skórę
będę ścianą jaskini którą kiedyś odnajdziesz i przeczytasz
przesuwając dłonią po kreskach i nacięciach ale to nieprawda
odnajdziesz jedynie nacieki warstwy i struktury

poznasz część historii więc nie dowiesz się nawet
jak pachniały moje włosy jak smakowały usta
czy drżał na mojej dłoni motyl
któremu w Ohio urwano jedno skrzydło

Maria Kryńska-Szostak



bo to jest różnica, czy mówisz „jedna pierś” czy „pierś lewa”, „na godzinie dziesiątej” czy „czternastej”. Niektóre słowa nabrały dla mnie innego, głębszego czy bardziej osobistego znaczenia, nie są nośnikami abstrakcyjnych pojęć, ale doświadczenia: do nich należą słowa: rokowanie, zakotwiczenie, znacznik, tolerancja, czułość, terapia, niepokój onkologiczny. Ale to, co rozprasza mrok, jest zawsze związane z humorem – humor uczy dystansu. Uczyła mnie tego 82-letnia pani Irenka, która czekała ze mną w sali na operację usunięcia piersi. Nie martwiła się, czy organizm poradzi sobie z operacją i narkozą, mówiła, że najwyższej obudzi się w „Białym Mieście”, traktując to, co się ewentualnie nieprzewidywanego może zdarzyć, jako przygodę. Nie bałam się o nią, bo była przygotowana na opcję „podróży” w nieznanne. Ale wróciła następnego dnia do sali na wspólną kolację i żartem nie było końca.

Masz dwóch dorosłych synów. W którym momencie powiedziałaś im o chorobie i jak to przyjęli?

To trudne, powiedzieć o chorobie najbliższemu. Jeśli rokowania są słabe czy niepewne, to burzy obraz świata, przyszłości, wprowadza w życie lęk. Najlepiej jednak mówić konkretnie – pokazać fakty. Może gdyby podczas chemioterapii nie wypadły mi włosy i organizm nie był tak osłabiony, próbowałabym przejść przez to sama. Nie powiedziałam od razu i wiedziałam, że to „zrobi im różnicę” – w tym, co myślą o życiu i jak.

Ale to ważne, by bliscy wszystko rozumieli i wspierali, gdy to potrzebne. Bliscy się najpierw bardzo martwią. Jest im przykro, ale się troszczą, okazują wsparcie, a nawet czułość. Robią się czujni i obserwują, jak przechodzisz przez chorobę – jeśli sobie radzisz, im też łatwiej. Ja ustaliłam z nimi, że najbardziej mi pomogą, jeśli będą żyć normalnie, jeśli będą ogarniać swoje sprawy i będą potrafili cieszyć się swoim życiem, że to najbardziej pomoże, gdy będą potrafili się śmiać. Nie od razu to się udało, ale myślę, że udało się nie demonizować tematu i choć leczenie trwa, to stało się po prostu kolejnym elementem naszego życia.

Który etap leczenia był dla Ciebie najtrudniejszy?

Każdy etap leczenia onkologicznego jest trudny, ale myślałam, że po operacji odpalę szampana, a po zakończeniu leczenia drugiego... tymczasem nie byłam w stanie cieszyć się. I to było moje największe zaskoczenie i mocno mnie zdołowało. Można powiedzieć, że teraz poznaję dogłębnie znaczenie słów rekonwalescencja i regeneracja. Organizm musi poradzić sobie ze skutkami ubocznymi onkologicznych terapii. Nie możesz sobie tego rozpracować, rozćwiczyć, przemóc, w sumie nie wiesz, co zrobić, by doładować sobie baterie, co zrobić, by wrócił spokojny sen, jak radzić sobie z chronicznym zmęczeniem, by poczuć się zwyczajnie lepiej. Zdałam sobie sprawę, że niczego nie mogę przyspieszyć, że teraz jest czas ćwiczenia cierpliwości. Wiem już, że wychodzenie z „fazy onkologicznego leczenia” i badania kontrolne co jakiś czas to kolejny etap, że jeszcze nie jestem wolna od myślenia o raku. Już trochę „pracuję” z tym tematem, jest to więc okazja do poznawania siebie, swoich limitów i możliwości ozdrowieńczych, poznawania tego, co wspiera, a co rujnuje spokój, który sobie budujesz. Poznawania tego, co ci służy. Uczysz się brać to, co jest pozytywne i odrzucasz to, co zabiera energię.

Spotykając się z innymi pacjentami z pewnością nie raz słyszałaś o „cudownych” lekach czy terapiach z kręgu tzw. medycyny naturalnej...

Prognoza

po pobraniu krwi obie poszłyśmy przez park
ona dwadzieścia kroków wcześniej – nie czekała

będzie nas „onko” unikać przez jakiś czas
potem usiądzie obok rozmawiać bez słów

ma długie kręcone włosy i dość niepewny krok
kołysze się w biodrach jak przed laty

pod konarami kasztanowca przed egzaminem dojrzałości

nabiera powietrza jakby ciągnęła pierwszy papieros

chory kasztanowiec podtrzymuje zielone owoce
jesień nie zaskoczy nas już prognozą

kasztany będą opadać na ziemię
wystukując jak na bębnach swój los

Maria Kryńska-Szostak

To prawda. W mojej rodzinie nawet są długie tradycje zielarskie. Moja babcia mawiała, że łąka to apteka Pana Boga. Od dziecka piłam herbatki ziołowe i wiedziałam, które zioło na co. Wiem, że niektóre zioła i przyprawy mają działanie rozgrzewające, odwadniające, bakteriobójcze, grzybobójcze, przyspieszające przemianę materii, lekkie działanie przeciwbólowe czy przeciwzapalne, że wspomagają organizm w walce z różnymi dolegliwościami, że mają silniejsze działanie, gdy występują w mieszankach, ale nie działają tak skutecznie jak opracowane LEKI w poważnych chorobach, a co najważniejsze, zioła wchodzi w reakcję z lekami. Przy chemioterapii lepiej nie ryzykować takich połączeń, bo nie wiesz, w jaką reakcję wejdą. Nie ma cudownego leku na raka, choć słyszy się, że temu pomogło to czy tamto. Zawsze mnie ciekawiły te nowinki i myślę, że świat nauki też się temu przygląda, ale nie zaryzykowałabym sprawdzonych sposobów leczenia na rzecz eksperymentu. Co innego gdyby medycyna nie miała odpowiedzi na twój typ raka, wtedy myślę, że człowiek powinien i może kierować się swoją intuicją czy doświadczeniem innych, by szukać alternatywnych rozwiązań.

Z perspektywy Twoich doświadczeń powiedz, co było dla Ciebie największym wsparciem w chorobie? Co pozwoliło Tobie przeżyć ten czas?

Na pewno ważne jest, by znaleźć w swoim otoczeniu ludzi, którzy będą cię wspierać psychicznie i praktycznie, to znaczy zadeklarują „w razie czego zawiozę cię gdzie trzeba – dzwoń o każdej porze”, „mogę cię odebrać”, „załatwię za ciebie to czy tamto, skup się na leczeniu”, kupią to co potrzeba, gdy nie masz siły na robienie zakupów. Potrzeba niewiele – tylko otwartości na to, że w jakichś sytuacjach można ich poprosić o jakąś pomoc, a czasami są to naprawdę proste sprawy, które dla osoby zdrowej nie są jakimś wielkim wyrzeczeniem. Pomaga też bycie w codziennym kontakcie, czasami „Mario, jak dzisiaj się czujesz?” – pozwala zdjąć napięcie i stres, gdy się komuś wygadasz czy pożalisz albo podzielisz sukcesem. To pomaga.

Ważne jest w czasie chemioterapii opanowanie jelit i właściwe odżywianie. Znowu bez eksperymentów. Jeśli nie piłaś litrami soków z buraka przed chorobą, do tego surowych, lepiej tego nie

Zimowe bonsai

chirurg wycina dwa milimetrowe guzy
i osiemnaście węzłów chłonnych
ręka opada poniżej górnej linii barku

to taki przykurcz który da się rozmasować
unieruchomiony stenami
jak gałązka drutem - zszyty na miarę

może już odkryłaś
tak przycięta i ukształtowana
jesteś jak zimowe drzewko bonsai

może w podróży do Japonii

Maria Kryńska-Szostak

robić. Możesz wywołać w organizmie biegunki. Bardzo pomogła mi w przyjrzeniu się mitom żywieniowym książka, którą dostałam w Siedleckim Centrum Onkologii w pakiecie „Różowateczka”, wydana przy wsparciu różnych organizacji i stowarzyszeń, w tym Rak’n’ Roll pt. „Nie daj się rakowi. 70 onkoprzepisów” M. Brzegowy, M. Maciejewska-Cebulak, K. Turek. W ostatnim rozdziale książki znalazło się ustosunkowanie się onkodietyczek do różnych metod żywienia popularnych w internecie w odniesieniu do leczenia raka, a szczególnie w czasie chemioterapii. Rozprawiły się tam w sposób konkretny z różnymi żywieniowymi mitami.

Czy podczas leczenia potrzebowałaś kontaktu z psychologiem?

Nie korzystałam z takiej pomocy, ale byłam świadkiem, że niektórzy potrzebowali takiego wsparcia. Myślę, że to było bardzo pomocne dla tych pacjentów, którzy źle znosili wlewy czy mieli bardzo wysoki poziom lęku, z którym nie mogli sobie poradzić. Sama obecność psychologa podczas zabiegu – a były takie sytuacje – chyba im pomagała. Słyszałam też o depresjach, które nie pojawiają się w czasie leczenia tylko paradoksalnie po zabiegach, w czasie rekonwalescencji po nich. Kiedy oczekuje się, by pacjent już odzyskiwał siły, psychika robiła zjazd w dół. Zresztą w ulotkach medycznych niektórych leków czy w opisywanych skutkach ubocznych radioterapii, brachyterapii czy hormonoterapii powiadamia się o możliwości obniżenia nastroju, kłopotach z zasypianiem czy nawet depresji w związku z lekami czy jako skutek wczesny, czy odległy terapii. Psycholog może nie wystarczyć, może być potrzebny psychiatra, który włączy leki antydepresyjne.

Twoje życie podczas choroby diametralnie się zmieniło, ale czy tylko na gorsze? Czy kiedykolwiek zadawałaś pytanie, po co to wszystko?

Jeśli jest jakaś zaleta bycia chorym i przechodzenia agresywnej terapii, oprócz samej walki i pokonywania choroby, to jest to z pewnością możliwość przyjrzenia się swoim priorytetom i zmiana stylu życia, zobaczenia siebie w wewnętrznej prawdzie, przyjrzenia się relacjom z innymi ludźmi. Niektóre znajomości i przyjaźnie nie przechodzą czasu próby, inne się wzmacniają, a poznajesz też

ludzi, którzy stają się ci bliscy z powodu wspólnych doświadczeń. Czasami będąc chorą możesz też komuś pomóc, zainspirować, że skoro ty walczysz, nie poddajesz się, to może to też zrobić on czy ona. No i co najważniejsze przestajesz myśleć, że kiedyś to zrobię, gdy wezmę urlop, gdy dzieci dorosną, gdy pójdę na emeryturę. Zaczynasz rozumieć, że jeśli chcesz coś jeszcze zrobić, zdążyć zrobić, to musisz zacząć to realizować już teraz. Nie ma odkładania na przyszłość. W tym sensie choroba nas mobilizuje do działania i do zmiany swojego życia, w tym do rozluźnienia czy zacieśnienia relacji z innymi. Przewartościowuje nasze cele.

Co byś dzisiaj powiedziała kobietom, które stoją w obliczu diagnozy choroby nowotworowej i ich świat się wali...

Najważniejsze to znaleźć lekarza, któremu zaufasz, który Cię przez ten proces przeprowadzi. Nie myśleć o tym, jak długie będzie leczenie, jakie powikłania, jak to się dobrze czy źle potoczy, jakie rokowania. Nikt tego nie wie. Lepiej skupić się na tym, jak przejść kolejny etap i planować sobie fajne rzeczy, spotkania, coś miłego również na czas choroby, na tyle, na ile proces leczenia pozwala starać się żyć normalnie. Spotykać się z przyjaciółmi, chodzić do kina, na koncerty, spacerować, czasami na kawę, wypoczywać w ogrodach, unikać ludzi, którzy na wieść o twojej chorobie „załamują ręce”, być w kontakcie z „onkosiostrami”, które przechodzą dokładnie przez to samo. Robić plany na najbliższe tygodnie i je realizować. Pomaga też WIEDZA – trzeba umieć znaleźć sobie rzetelne źródła informacji. Ale też nie zajmować się wszystkimi problemami onkologicznymi na raz, tylko szukać wiedzy na temat tego, co ciebie konkretnie dotyczy.

Jak dziś wygląda Twoje życie? Co sprawia Ci największą radość i jakie są Twoje najbliższe plany?

Moje plany są banalne, bo jest to coś oczywistego dla osoby zdrowej, więc ja marzę i planuję, by wrócić do pracy, pojechać na wakacje, pójść wreszcie do fryzjera, mieć siły na wypielenię ogródka, mieć powody do szczerego śmiechu, korzystać z życia, mieć kontakt z przyrodą, bo to najlepsze lekarstwo na wszelkie choroby cywilizacyjne, żyć świadomie, wydać książkę poetycką, którą w czasie choroby zredegowałam. Choroba i czas, który mi dała, pozwoliła mi zebrać się w sobie, dała też chyba perspektywę, jak te wiersze ułożyć i co z nich ma wybrzmieć.

W wierszu „Portret wielokrotny” wyznajesz: „Co to oznacza, że ciągle wracam do jakiegoś początku/ i śnię naszą podróż”. Czego dowiedziałaś się o sobie podczas choroby? Jakimi oczami śnisz dzisiaj swoją podróż?

Śnię, że życie przyniesie również dobre niespodzianki. Jeśli nie tu i teraz, to w jakimś innym „Białym Mieście”, w którym obudzi się również pewnego dnia pani Irenka. Wierzę, że spotka tam swojego męża, który czeka na komplet do pokera. To ważne, by umieć śnić swój piękny sen, nawet w złe dni czy w czasie rozpaczki, by nie rezygnować z marzeń – bo one się materializują w wierszach, obrazach, muzyce, w tym czy przyszłym życiu, bo ja oczywiście wierzę w jakąś kontynuację naszego istnienia, i to daje mi siłę i poczucie sensu.

Dziękuję bardzo za rozmowę
Monika Mikołajczuk

Działanie **hydroksyapatytu** w hamowaniu rozwoju **próchnicy zębów**

Stosowanie preparatów stomatologicznych z HA (hydroksyapatyt) polecane jest m.in. w przypadku nadwrażliwości na fluor. Gdy nie możemy lub nie chcemy stosować past do zębów z fluorem, z powodzeniem możemy zastąpić je środkami z hydroksyapatytem. Takie pasty mają podobne właściwości, wzmacniają i odbudowują szkliwo zębów, a przy okazji są bezpieczne dla dzieci.

Każdy z nas jest świadomy, że podstawowym sposobem zapobiegania próchnicy zębów jest konsekwentne utrzymywanie prawidłowej higieny jamy ustnej. Dobór odpowiednich produktów do pielęgnacji jest kluczowy w zachowaniu zdrowia. Producentom produktów stomatologicznych zależy na proponowaniu preparatów o specyficznych właściwościach i przeznaczeniu. Współczesna nanotechnologia wprowadza nowe, biozgodne cząsteczki, które pozbawione są fluoru i potrafią regenerować oraz odbudowywać mikropęknięcia w szkliwie. Najbardziej znanym przykładem biomimetycznego składnika aktywnego jest hydroksyapatyt. To nowoczesny składnik aktywny, który zmienia podejście do pielęgnacji jamy ustnej.



Biomimetyczny hydroksyapatyt

To minerał z grupy fosforanów wapniowych, oznaczany skrótami HA, HAp lub OHAp. Występuje w przyrodzie i naszym organizmie jako nieorganiczny element struktury zębów i kości. Swoją strukturą i składem naśladuje kryształ naturalnego szkliwa. Hydroksyapatyt jest głównym składnikiem szkliwa zębowego (96 - 98%), co sprawia, że jest niezwykle istotny dla zdrowia jamy ustnej. Co więcej, to właśnie hydroksyapatyt odpowiada za powstawanie kości oraz za odporność zębów na przeciężenia i uszkodzenia mechaniczne.

Wytwarzane syntetycznie cząsteczki hydroksyapatytu (HA) wykazują doskonałą biozgodność i wysokie bezpieczeństwo w stosowaniu, dlatego są szczególnie pożądane jako składnik produktów do pielęgnacji jamy ustnej. Mechanizm działania HA polega na tworzeniu mostów mineralnych między naturalnymi i syntetycznymi hydroksyapatytami oraz powstawaniu warstwy ochronnej na powierzchni zębów. Ponadto związek ten zapobiega demineralizacji szkliwa i hamuje przyleganie drobnoustrojów do powierzchni tkanek twardych. Remineralizacja szkliwa z udziałem HA jest głębsza i bardziej jednorodna niż w przypadku stosowania związków fluoru. Hydroksyapatyt składa się głównie z fosforanów i węglanów, które tworzą krystaliczną strukturę. Ten minerał zawiera również hydroksyl (-OH) oraz jony wapnia (Ca²⁺). Ta kompozycja pozwala wchodzić HAp w interakcje z innymi substancjami w ustach i organizmie, między innymi absorbować jony wapnia i fosforu z otoczenia, co przyczynia się do naprawy mikrouszkodzeń na powierzchni zębów.

Do odbudowy mikropęknięć

Stosowanie preparatów stomatologicznych z HA polecane jest m.in. w przypadku nadwrażliwości na fluor. Gdy nie możemy lub nie chcemy stosować past do zębów z fluorem, z powodzeniem możemy zastąpić je środkami z hydroksyapatytem. Takie pasty mają podobne właściwości, wzmacniają i odbudowują szkliwo zębów, a przy okazji są bezpieczne dla dzieci.

Szukając pasty z hydroksyapatytem należy zwrócić uwagę, aby był on biomimetyczny, czyli potrafił trwale łączyć się ze szkliwem dzięki strukturze budowy przypominającej naturalny charakter fizyczny zęba. Dopiero dzięki takiemu podobieństwu do natury, cząsteczka hydroksyapatytu trwale łączy się z mikropęknięciami zęba, odbudowuje je i remineralizuje.

Większa świadomość, lepszy wybór

Czy zdrowy uśmiech możliwy jest dzięki hydroksyapatytowi? Oczywiście, że tak. Kariostatyczne działanie pasty do zębów zawierającej 10% HAp w porównaniu do pasty z zawartością fluoru 1450ppm, wykazuje taką samą skuteczność w ochronie przed próchnicą. Hydroksyapatyt idealnie nadaje się do codziennej pielęgnacji jamy ustnej we wszystkich grupach wiekowych. Badania kliniczne wykazały skuteczność HA w:

Zmniejszaniu nadwrażliwości zębiny,

Wspomaganiu leczenia z łagodnym i umiarkowanym zapaleniem przyzębia,

Usuwananiu zewnętrznych przebarwień z powierzchni zębów,

Remineralizacji początkowych zmian próchnicowych.

Spośród znanych i rekomendowanych marek artykułów przeznaczonych do higieny jamy ustnej, możemy sięgnąć po takie pasty z hydroksyapatytem, jak:

- **ApaCare, pasta remineralizująca na co dzień i seria OraLActin z probiotykiem,**
- **Miradent, pasta na nadwrażliwość Mirasensitive HAp+,**
- **edukacyjna pasta dla dzieci Elgydium,**
- **proszek do mycia zębów Biochem,**
- **linia produktów do odbudowy szkliwa z formułą microRepair - Biorepair,**
- **pasta do zębów z HAp i ksylitolem Chema Haxyl,**

- **wybielające pasty z nanohydroksyapatytem Curaprox,**
- **SPLAT Bioclacium z naturalnym wapniem pozyskiwanym ze skorupki jaj,**
- **pasty WOOM Sensitive i TOTAL,**
- **hiszpańskie pasty do zębów VITIS,**
- **pasta ROCK, seria repair, sensitive, active,**
- **pasta wybielająca i remineralizująca Megasonex,**
- **pasty z nanohydroksyapatytem INNOVA,**
- **pasty aloesowe Equilibra,**
- **pasty Melica seria Organic,**
- **seria produktów Biosmalto.**

Pasty z hydroksyapatytem mogą zainteresować każdego, komu zależy na wzmocnieniu szkliwa zębów. Zalecane są szczególnie dla osób, które obawiają się lub ze względów medycznych nie mogą stosować preparatów zawierających fluor. Zalecane są dla dzieci, gdyż przypadkowe ich połknięcie nie wykazuje skutków ubocznych.



Kamila Stefaniuk
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 ELEKTRODIAGNOSTY
- 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
- NATURALNE





OPRÓCZ WYKRYCIA CHOROBY kluczowa jest koordynacja opieki nad pacjentką

Rozmowa z lek. ginekologiem onkologiem
Arturem Prusaczykiem, wiceprezesem CMD w Siedlcach

Od pewnego czasu przyjmuje Pan pacjentki jako ginekolog onkolog, jaka była Pana droga do tej specjalizacji i jakie argumenty stoją za tą decyzją?

Droga była długa, ale doświadczenie zdobyte podczas specjalizacji bezcenne. Onkologia interesowała mnie od bardzo dawna ze względu na to, że jest to niezwykle wszechstronna i precyzyjna dziedzina medycyny, wszystko tutaj powinno być zrobione dokładnie, rzetelnie i na czas. Jako lekarza, ale też menadżera interesuje mnie cały łańcuch wartości w onkologii. Dopiero opracowanie i skuteczne połączenie wszystkich działań w zakresie zdrowia i leczenia onkologicznego da oczekiwane efekty dla pacjentów. Obszarem mojego szczególnego zainteresowania jest efektywnie zorganizowana profilaktyka onkologiczna, czyli podstawa piramidy w modelu organizacji i finansowania procesów. W mikroskali CMD postanowiliśmy właściwie układać jej reguły i proporcje, czyli mówiąc prościej, planować i wykonywać działania edukacyjne oraz profilaktyczne w celu określenia ryzyka zachorowania danego pacjenta, w tym szczególnie profilaktykę onkologiczną jako podstawę dalszych świadczeń.

Wracając do decyzji, to niewątpliwie wpływ mieli moi mentorzy prof. Ewa Gajzlarska, prof. Romuald Dębski, a w szczególności prof. Mariusz Bidziński – kierownik mojej specjalizacji - konsultant krajowy ginekologii onkologicznej, któremu należą się szczególne podziękowania za „przyjęcie pod swoje skrzydła” i wytrwałą edukację w gronie najlepszych specjalistów.

Proszę powiedzieć, jakie są najczęstsze nowotwory określone jako ginekologiczne i które z nich najbardziej Pana niepokoją?

Do nowotworów ginekologicznych należą: rak szyjki macicy, rak trzonu macicy, rak jajnika i rak sromu. Nowotwory narządu rodowego rozwijają się w jajnikach, jajowodach, pochwie, endometrium oraz sromie. Rak piersi jest nowotworem dotyczącym kobiet, często wykrywanym przez ginekologów, ale leczeniem zajmują się onkolodzy kliniczni i chirurdzy onkologiczni. Jest najczęstszym nowotworem, na który chorują Polki.

Najbardziej niepokoi mnie fakt, że nowotwory kobiece są wykrywane zbyt późno, kiedy leczenie jest już bardziej obciążające dla pacjentki, spadają rokowania na pięcioletnie przeżycie i zwiększa się prawdopodobieństwo progresji. Mamy niestety w Polsce niechlubne 3 do 5 razy gorsze wyniki w zakresie śmiertelności nowotworów u kobiet niż Dania czy Finlandia. Trzeba to zmienić, a jedyną drogą jest konsekwentna praca nad edukacją i promocją zdrowia – co przyniesie efekty za wiele lat oraz bieżąca dobra organizacja programów, wykorzystanie wszystkich zasobów POZ i ginekologii (w tym usług prywatnych) i realizacja badań profilaktycznych na poziomie istotnym populacyjnie, to jest minimum 65% objęcie badaniami docelowej grupy. Jak pokazują dane dostępne

na portalu Centrum eZdrowia „Zdrowe Dane” już jednokrotne wykonanie cytologii podnosi przeżywalność ponad 2-krotnie u pacjentek z rakiem szyjki macicy.

Jak często spotyka Pan w swoim gabinecie kobiety z podejrzeniem tych schorzeń?

Populacja CMD dzięki ofiarnej pracy naszych zespołów jest bardziej zadbana profilaktycznie i wyedukowana. Dzięki planom opieki i proaktywnemu podejściu znaczna większość robi należyte badania regularnie. Raz na ok. 100 przypadków wyników nieprawidłowych badań przesiewowych znajdujemy nowotwór, i to najczęściej w fazie wczesnej. Ale podkreślam, że chodzi tutaj o kobiety będące pod koordynowaną opieką przez 5-10 lat. Inaczej sytuacja wygląda w nowych placówkach grupy CMD, gdzie populacja jest często zaniedbana, poza opieką przez ponad 5 lat. Tam częstość występowania nowotworów jest 5-10-krotnie wyższa jak i wyższy jest stopień zaawansowania w momencie jego wykrycia.

Które z czynników zwiększają ryzyko rozwoju nowotworów ginekologicznych? Na które z nich mamy wpływ?

Do czynników behawioralnych zwiększających ryzyko rozwoju należą niewłaściwa dieta i brak ruchu, co skutkuje otyłością, cukrzycą, a to z kolei wpływa na ryzyko raka endometrium (trzonu macicy). Zbyt wczesne rozpoczęcie współżycia, kiedy układ immunologiczny nie jest w pełni gotowy do walki z wirusami i zmiana partnerów seksualnych, zwiększa ryzyko zakażenia onkogennymi typami wirusa HPV, które z kolei w formie przetrwałych zakażeń zwiększają ryzyko raka szyjki macicy. Znaczącym czynnikiem jest palenie papierosów, wpływające nie tylko na ryzyko nowotworów ginekologicznych. Z osobistych obserwacji podczas 6-letniej praktyki w Narodowym Instytucie Onkologii mogę powiedzieć, że u ok. 1/3 przypadków oprócz nowotworu występowała cukrzyca, u 1/3 uzależnienie od papierosów, a u 1/3 „obfite” doświadczenia seksualne własne lub partnera. Czasami czynniki się oczywiście łączyły, co prawdopodobnie dodatkowo zwiększa ryzyko.

Rozmawiamy podczas trwania Europejskiego Tygodnia Walki z Rakiem Szyjki Macicy. Jak podaje GUS, każdego dnia 10 Polek słyszy tę diagnozę. Połowa z nich traci szansę na wyleczenie wskutek zbyt późnego wykrycia. Jak wygląda sytuacja zgłaszalności na bezpłatną cytologię w siedleckim Centrum Medycyno-Diagnostycznym?

Jak wspominałem wyżej, sytuacja w CMD wygląda na tle Polski bardzo dobrze, ale i tak widzę wielki potencjał do dalszej poprawy. W ujęciu 3-letnim ok. 65% pań ma zrobioną cytologię, a w 5-letnim ok. 85%. Podkreślić należy fakt, że są to badania w ramach programu profilaktycznego (SIMP) z zachowaniem kontroli jakości. Do tego należy doliczyć badania wykonywane

ze wskazań klinicznych podczas wizyt u specjalistów. Oprócz wykrycia choroby kluczowa jest koordynacja opieki nad pacjentką, aby w tym trudnym momencie nie pozostała zagubiona i osamotniona w „wędrówce” po systemie ochrony zdrowia. W tym zakresie jest bardzo wiele do zrobienia. Koordynacja funkcjonalna, formalne umowy pomiędzy ośrodkami, przepływ pacjentów, e-konsultacje nie są jeszcze systemowo uregulowane. Trwają nad tym prace w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej i mam nadzieję, że w najbliższej przyszłości to zmienimy. Jestem w to też osobiście zaangażowany w grupie ekspertów pracujących dla Koalicji Diagnostyczno-Klinicznej, powstałej przy Polskim Towarzystwie Ginekologii Onkologicznej. Na razie rozwijamy model własny koordynacji, zawierając porozumienia z ośrodkami wyższych referencyjności – NIO w Warszawie i Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym nr 1 w Lublinie, a także Mazowieckim Szpitalem Wojewódzkim w Siedlcach.

Jak Pan sądzi, z czego wynika opór Polek przed badaniami profilaktycznymi?

Nie określałbym tego jako opór. Polki są w większości dobrze wyedukowane i chętnie się badają, wystarczy je odpowiednio zachęcić i zorganizować dostępność do danego badania. Część zgłasza się sama, bo ma wysoką świadomość zdrowotną, kolejne są podatne na aktywne zapraszanie i należy wykorzystać do tego każdą okazję kontaktu z ochroną zdrowia, na inne działają dobre przykłady. Oczywiście jest grupa opornych i niechętnych, ale jest to mniejszość. Niezwykle efektywnym rozwiązaniem jest program działań lokalnych „Zdrowa Gmina”. Wkrótce dojdą działania nowego autorsko opracowanego uniwersalnego cytomammobusu.

Jak wspomniała nasza koleżanka mgr położnictwa Ewa Prokurat podczas wystąpienia w Sejmie: Pierwszą „wadą” profilaktyki jest to, że mamy zdrowego odbiorcę. To osoba, która nie próbuje się dostać do lekarza, ponieważ jest przekonana, że nic jej nie dolega, a skoro nic jej nie dolega, to po co ma iść do lekarza. Tego kogoś trzeba zaprosić, do niego trzeba „wyjść”. Poza tym, nawet jeśli dana osoba ma chęć wykonania badania, to jeśli jest czterdziesta w kolejce oczekujących na połączenie z przychodnią, to przy takim komunikacie ta chęć szybko osłabnie. Drugim problemem jest bierny nadawca. Jeśli ktoś ma podpisaną umowę na realizację, na przykład programu profilaktyki raka szyjki macicy, to powinien wykazać się aktywnością w tej działalności, powinien „wyjść” z gabinetu. Jest to bardzo trafnie zdiagnozowany problem i wymaga systemowego uregulowania w postaci m.in. motywatorów, kompetencji społecznych medyków i menedżerów ochrony zdrowia, adekwatnych wycen, egzekwowania istniejącego prawa i zmiany tych zapisów, które generują wąskie gardła.

Swego czasu w Ministerstwie Zdrowia pojawił się pomysł, by wprowadzić obowiązkowe badania cytologiczne. Tak jest np. w Skandynawii, gdzie zaświadczenie o wykonaniu badania jest wymagane podczas rekrutacji. Czy istnieje realna szansa, by takie prawo obowiązywało również u nas? To samo zresztą dotyczy mammografii...

Jest to wspaniały pomysł, budujący ogromną efektywność opieki, nie potrafię ocenić szans na takie rozwiązanie w tym momencie, ale ostatnie wystąpienia Ministra Zdrowia, Pani Izabeli Leszczyńskiej, dają pewną nadzieję na zmiany. Na konferencji Wiedza Świadomość Życie - promocja zdrowia i profilaktyka chorób, obszary dotychczas pomijane zostały określone jako priorytetowe dla resortów zdrowia i edukacji. Wszak koszty indywidualnych

zaniedbań i konsekwencji, którym mogliśmy zapobiec, ponosimy solidarnie wszyscy. Im bardziej jesteśmy nonszalancy w tym zakresie, tym drożej i gorzej organizujemy całą opiekę.

A szczepienia przeciwko wirusowi HPV, który wywołuje raka szyjki macicy – czy cieszą się zainteresowaniem wśród siedlczan?

Osiągnięcie poziomu ok. 15% wyszczepienia populacji młodzieży oceniam jako bardzo słaby wynik, zwłaszcza porównując do wyników szczepień przeciwko Covid-19 na poziomie ogólnopolskim ok. 64%, w CMD 68%. Jest to nowy program i wymaga dużego zaangażowania w edukację dzieci, młodzieży, rodziców i personelu medycznego. Rekomendowane jest również pełniejsze wykorzystanie zasobów do realizacji szczepień – w szkołach, aptekach. CEZ i NFZ powinny usprawnić rozwiązania systemowe w tym zakresie.

Podobno do Polski wciąż przyjeżdżają lekarze ze świata, by zobaczyć, jak wygląda rak szyjki macicy... Np. w Australii takich przypadków prawie nie ma. Dlaczego u nas jest tak źle?

Wynika to z wieloletnich zaniedbań organizacji systemu w naszym kraju, aby wejść w szczegóły, zajęlibyśmy połowę naszego kwartalnika... Ale w skrócie można powiedzieć, że jest to systemowy brak dojrzałości rozwiązań prawno-organizacyjnych, a szczególnie brak „project ownera”, właściciela „obszaru profilaktyki”, odpowiedzialnego za realizację określonych celów i rozliczanego za ich osiągnięcie.

Wróćmy do raka szyjki macicy. Na czym polega terapia onkologiczna w przypadku tego nowotworu?

Podzieliłbym odpowiedź na dwie części – w przypadku wczesnego wykrycia stanów nieprawidłowych – przedrakowych - stosuje się głównie ambulatoryjne metody chirurgiczne, których celem jest wycięcie zmiany w granicach zdrowych tkanek. Są to: zabieg typu LEEP/LETZ (zabieg wycięcia małego stożka lokalnej zmiany z szyjki macicy za pomocą specjalistycznej pętli), elektrokonizacja (szersze usunięcie chorych części szyjki macicy za pomocą prądu), konizacja (usunięcie chorych części szyjki) nożem chirurgicznym, konizacja promieniem lasera, amputacja chirurgiczna szyjki macicy.

Zabieg powinien mieć jak najmniejszy zasięg, ale równocześnie być wystarczający do usunięcia zmiany w całości. Musimy mierzyć się z trendem, że stany przedrakowe szyjki macicy dotyczą coraz młodszych kobiet i rośnie wiek kobiet decydujących się na macierzyństwo. Zabiegi są planowane jako oszczędzające narząd i pozostawienie funkcji rozrodczych. Niepotrzebnie wykonane zabiegi, zabiegi zbyt rozległe są przyczyną poronień i problemów z donoszeniem ciąży. Wiek chorej w małym stopniu wpływa na wybór metody leczniczej. Zdarzają się oczywiście uzasadnione przypadki do wykonania prostego wycięcia macicy z powodu nawracających zmian śródnałnkowych dużego stopnia lub ich lokalizacji. Oddzielnym problemem pozostają pacjentki po 65 roku życia, pozbawione właściwej opieki profilaktycznej przez wiele lat.

W leczeniu raka szyjki macicy stosuje się trzy podstawowe metody: chirurgię, radioterapię, hemioterapię

Metody mogą też zostać zastosowane łącznie. Wyboru dokonuje się uwzględniając stopień zaawansowania, stan ogólny chorej,

wiek, choroby współistniejące oraz inne czynniki, np. samotność czy logistyka dostępności do poszczególnych metod leczenia, mogące wpłynąć na rokowania. Decyzję o wyborze metody powinien podjąć zespół złożony z lekarzy: ginekologa, radioterapeuty, psychologa klinicznego, onkologa klinicznego.

W wyższych stopniach zaawansowania stosuje się leczenie skojarzone -operacyjne, radiochemioterapię lub połączenie tych metod w różnej kolejności. Kolejne stany zaawansowania najczęściej wymagają radiochemioterapii. W stopniu choroby rozsianej, zależnie od stanu miejscowego, lokalizacji przerzutów i stanu ogólnego chorej, stosuje się radiochemioterapię, samą radioterapię lub leczenie paliatywne, jedynie łagodzące objawy.

Czy ma Pan optymistyczne wieści dla Polek w temacie nowych terapii leczenia nowotworów onkologicznych lub chociażby lepszych perspektyw?

I jedno i drugie. Dzięki staraniom wiceministra Maciej Miłkowskiego mamy w Polsce refundowane naprawdę najnowocześniejsze na świecie leki stosowane w programach lekowych. Weszliśmy na tę ścieżkę, nauczyliśmy się negocjacji z koncernami i myślę, że nie zejdziemy. Rośnie również potrzeba ujawniania wyników leczenia, osiąganych przez poszczególne placówki, wdrażania i premiowania standardów jakości. Krajowa Sieć Onkologiczna zakłada m.in. większą koncentrację usług w ośrodkach do tego przygotowanych, co zwiększy jakość i bezpieczeństwo pacjentów. Szkoda tylko, że wdrożenie przesunięto o rok, do kwietnia 2025 roku. W kolejnym etapie o powodzeniu zmian zadecyduje budowa efektywnej współpracy onkologów z POZ i AOS. Największe znaczenie będzie miała profilaktyka realizowana i egzekwowana w POZ i medycynie pracy. Ogromne znaczenia dla poprawy wyników leczenia ma wprowadzenie badań diagnostycznych z obszaru immunohistochemii i genetyki już na etapie ambulatoryjnym.

Panie doktorze, jak często kobiety powinny się badać pod kątem nowotworów onkologicznych? (obalamy mity i stereotypy)

Mit największy i głęboko ugruntowany: „najlepsza cytologia to ta pobrana w gabinecie prywatnym, przez ginekologa, najlepiej co roku”. Moim zdaniem najdokładniej materiał pobiera personel, który wykonuje najwięcej tego typu procedur – wprawa czyni mistrza, w wypadku raka szyjki macicy raczej mistrzynię – położną. Są to osoby kompetentne, wykształcone i ustawowo zobowiązane nie tylko do opieki okołoporodowej nad kobietą, ale też edukacji zdrowotnej i ustalania czynników ryzyka zachorowania na nowotwory, jak i pobrania materiału do cytologii czy krwi w kierunku mutacji onkogennych. Należy też korzystać z bezpłatnego programu profilaktyki raka szyjki macicy w ramach NFZ, gdyż jest on poddawany rygorystycznej kontroli jakości, a takiej pewności nie ma w niektórych gabinetach. Zgodnie z prawem diagnosta powinien oceniać ok. 8000 preparatów cytologicznych rocznie przez wiele lat.

Jak powinien wyglądać „świat idealny” – czynniki ryzyka określa się podczas bilansu zdrowia dorosłego z wykorzystaniem ankiety przesiewowej, kierującej na programy profilaktyczne i wczesną diagnostykę chorób (można to osiągnąć ulepszając obecnie funkcjonujący program Profilaktyka 40+). Następnie badania wykonuje się zgodnie z przygotowanym Indywidualnym Planem Profilaktyki Zdrowotnej (IPPZ). Osoby z czynnikami ryzyka są zapraszane częściej (raz na 6 lub 12 miesięcy), osoby zdrowe rzadziej nawet raz na 2-5 lat. Zawężając do ginekologii – pacjentka powinna się zgłosić do swojej położnej na pobranie cytologii, edukację pro-

filaktyczną, umówienie na mammografię; kolonoskopię czy inne programy profilaktyczne, w tym ankietę genetyczną. Z wynikami zapraszamy na wizytę do lekarza ginekologa w celu zbadania i ustalenia lub zatwierdzenia planu opieki. Kolejne wizyty powinny odbywać się zgodnie z indywidualnym planem. Pamiętajmy, przyjaciółką zdrowia kobiety jest położna. Lekarz wspiera proces przez nią inicjowany, wykonuje konsultacje i leczy.

Mit kolejny: „USG piersi jest lepsze od mammografii”. Badaniem przesiewowym podstawowym dla profilaktyki raka piersi jest mammografia i samobadanie, w niektórych przypadkach stosuje się uzupełniające USG, szczególnie przy biopsji. Z użyciem mammografu można wykrywać guzki (masy guzowate) od około 5,0 ale raczej 8-10 mm, a zmiany o charakterze mikrozwłanień mniejsze niż 1,0 mm, a częstość wykonywania zależy od zdiagnozowanych czynników ryzyka. Ta różnica to ok. 6 miesięcy wzrostu nowotworu.

Podsumowując, częstość badań jest indywidualna i realizowana zgodnie z planem opieki ustalonym z pacjentką podczas wizyty. W przypadku wykrytych lub podejrzewanych zmian w samobadaniu koniecznie trzeba skontaktować się z położną lub lekarzem. Oni dopytają i uruchomią szybką ścieżkę diagnostyczną (DILO).

W czym pokłada Pan największe nadzieje, jeśli chodzi o reformę służby zdrowia w Polsce pod kątem onkologii ginekologicznej? A z drugiej strony co najbardziej utrudnia Panu pracę?

Mam wielką nadzieję, że uda się zbudować prawdziwy, pełny łańcuch wartości w onkologii – od edukacji, poprzez profilaktykę, właściwą opiekę nad grupami wysokiego ryzyka, leczeniem szpitalnym po konieczną też opiekę paliatywną. Efektywna opieka wymaga, aby zaangażowane środki i zasoby odzwierciedlały piramidę – u podstawy najszerszą, opartą na edukacji promocji zdrowia i profilaktyce chorób, realizowaną przez pielęgniarki, położne, koordynatorów z wykorzystaniem aktywnej akwizycji na badania. Pacjentki z czynnikami ryzyka i chore powinny być kierowane w sposób skoordynowany „w górę” do wyższych poziomów opieki i na leczenie i podobnież odsyłane po jego zakończeniu „w dół” z ustalonym planem opieki. Obecnie system ten jest zaburzony, koncentrujemy się na leczeniu, a nasza piramida jest „grzyboidalna” lub co najwyżej „gruszkoidalna”.

Największym utrudnieniem są cyniczne przeświadczenie polityków, iż profilaktyka jest mało ważna, bo efekty tych działań będą widoczne po ich kadencji (5-10 latach); menedżerów, iż nie da się efektywnie profesjonalnie i propacjencko zarządzać procesami w podmiotach medycznych, a medyków, iż „prawdziwą medycynę” za „prawdziwe pieniądze” uprawia się tylko w prywatnym gabinecie, a praca często ograniczona w czasie, na kontrakcie publicznym za podatki pacjentów to tylko renta od naszego państwa. Z kolei pacjenci są przeświadczeni, iż nie warto inwestować we własne zdrowie i własną świadomość zdrowotną. Jak mawiają ludzie bez przyszłości: liczy się tylko tu i teraz. Jest to brzemień wielowiekowego braku niepodległości i głębokiego zsowietyzowania i rusyfikacji psychologicznej oraz niedojrzałości naszego całego społeczeństwa. Już dziś roboczogodzina polskich medyków kosztuje więcej niż np. w Izraelu, a jaką efektywność kliniczną uzyskujemy? Polacy żyją krócej w zdrowiu i całkowicie o co najmniej 5 lat mniej niż obywatele krajów, do których lubimy się porównywać.

***Dziękuję bardzo za rozmowę
Monika Mikołajczuk***

OCHRONA PRAWNA

PRZEDSTAWICIELI ZAWODÓW MEDYCZNYCH



Przedstawiciele zawodów medycznych, w związku ze specyfiką wykonywanej przez nich pracy, narażeni są na nieprzyjemne sytuacje wynikające z zachowań pacjentów bądź ich bliskich. Różne interwencje medyczne mogą bowiem powodować stres, obawy oraz niepokój, co wzbudza u niektórych nieprzyjemne reakcje lub agresję. W związku z tym, wielu osobom wykonującym zawody medyczne przyznana została szczególna ochrona prawna – tożsama z ochroną należną funkcjonariuszom publicznym.

KIM JEST FUNKCJONARIUSZ PUBLICZNY I JAKIEJ PODLEGA OCHRONIE?

Katalog osób, które są funkcjonariuszami publicznymi, zawarty został w art. 115 § 13 kodeksu karnego. Z definicji zawartej w tym przepisie wynika, że są nimi m.in.: Prezydent RP, poseł, senator, radny, sędzia, prokurator, komornik, policjant oraz żołnierz.

Osoby te podlegają szczególnej ochronie prawnej polegającej na tym, że określone przestępstwa popełnianie wobec nich – jako funkcjonariuszy publicznych podczas i w związku z pełnieniem ich obowiązków – są zagrożone karą surowszą niż takie samo zachowanie sprawcy wobec innych podmiotów. Na przykład przestępstwo zabójstwa, które można popełnić wobec każdego, przewiduje surowszą odpowiedzialność, jeżeli zostanie popełnione wobec funkcjonariusza publicznego (art. 148 § 3 kodeksu karnego).

Kodeks karny przewiduje również takie czyny zabronione, które można popełnić wyłącznie wobec funkcjonariusza publicznego, a są nimi m.in.: naruszenie nietykalności cielesnej funkcjonariusza publicznego, za co grozi grzywna, kara ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3 (art. 222 § 1 kodeksu karnego); czynna napaść na funkcjonariusza publicznego, za co grozi kara pozbawienia wolności od roku do lat 10 (art. 223 § 1 kodeksu karnego); znieważenie funkcjonariusza publicznego, za co grozi grzywna, kara ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku (art. 226 § 1 kodeksu karnego).

Institucja ochrony prawnej funkcjonariuszy publicznych polega również na tym, że przestępstwa opisane powyżej są ścigane z urzędu, co oznacza, że sprawą zajmie się policja bądź prokuratura bez konieczności składania właściwego wniosku przez osobą pokrzywdzoną.

OCHRONA NALEŻNA PRZEDSTAWICIELOM ZAWODÓW MEDYCZNYCH

Kodeks karny nie wymienia w art. 115 § 13 ani jednego przedstawiciela zawodu medycznego. Wynika z tego zatem, że osoby te nie posiadają statusu funkcjonariusza publicznego i nie korzystają ze wszystkich przywilejów z tym związanych.

Ustawodawca postanowił jednak, że należy objąć ochroną należną funkcjonariuszowi publicznemu niektóre grupy zawodowe, szczególnie narażone na niebezpieczne zachowania wobec nich. Poniżej przedstawione zostały informacje, którzy przedstawiciele zawodów medycznych i w jakich sytuacjach korzystają z tej szczególnej ochrony prawnej.

LEKARZ ORAZ LEKARZ DENTYSTA

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry w art. 44 stanowi, że lekarze korzystają z ochrony prawnej należytej funkcjonariuszowi publicznemu podczas podejmowania przez nich czynności medycznych – w ramach pomocy doraźnej oraz w przypadku udzielania pierwszej pomocy. Szczególna ochrona prawna należy się również lekarzom wykonującym swój zawód w podmiotach leczniczych, które zawarły umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych (np. szpitale) – w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie.

PIELĘGNIARKA I POŁOŻNA

Pielęgniarki i położne na mocy art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych podczas i w związku z udzielaniem poszczególnych świadczeń zdrowotnych.

Pielęgniarki są objęte ochroną podczas wykonywania czynności m.in., takich jak: rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta; planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem; samodzielne udzielanie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych; realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.

Położne są natomiast objęte ochroną podczas wykonywania czynności m.in., takich jak: rozpoznawanie ciąży; sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży; prowadzenie porodu fizjologicznego oraz monitorowanie płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej; przyjmowanie porodów naturalnych; podejmowanie koniecznych działań w sytuacjach nagłych do czasu przybycia lekarza; sprawowanie opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego; badanie noworodków i opieka nad nimi; realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji; samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

RATOWNIK MEDYCZNY

Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, osoby udzielające kwalifikowanej pierwszej pomocy, osoby wchodzące w skład zespołu ratownictwa medycznego, osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz dyspozytorzy medyczni korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych – w trakcie wykonywanych przez nich zadań i czynności medycznych.

FARMACEUTA ORAZ TECHNIK FARMACEUTYCZNY

Farmaceuci zostali objęci szczególną ochroną prawną na mocy art. 35a ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty. Zgodnie z przedmiotowym przepisem, farmaceuta podczas i w związku z wykonywaniem w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym czynności, takich jak: wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego; udzielania informacji oraz porad farmaceutycznych; przeprowadzanie wywiadu farmaceutycznego; wykonywanie pomiaru ciśnienia krwi - korzysta z ochrony przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego.

Technicy farmaceutyczni na podstawie art. 91a prawa farmaceutycznego korzystają również z ochrony należytej funkcjonariuszom publicznym podczas i w związku z wykonywaniem w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym czynności związanych z produktami leczniczymi lub wyrobami medycznymi, wymagających bezpośredniego kontaktu z pacjentem, a także czynnościami sporządzania, wytwarzania, wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

PODSUMOWANIE

Podkreślenia wymaga, że przedstawiciele zawodów medycznych nie są funkcjonariuszami publicznymi, jednakże większość z nich w szczególnych sytuacjach podlega wzmocnionej ochronie prawnej.

Pamiętać jednak należy, że omawiana ochrona nie wynika jedynie z faktu wykonywania określonego zawodu medycznego. Zakresem ochrony przewidzianej dla lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, farmaceuty oraz technika farmaceutycznego są również wykonywane przez nich określone czynności, każdorazowo wskazane w konkretnej ustawie.

Czyny zabronione dokonane wobec przedstawiciela zawodu medycznego, podczas wykonywania przez nich chronionych czynności, podlegają surowszej odpowiedzialności karnej niż wobec innych podmiotów.



Aleksandra Łukasiuk
prawnik
Kancelaria Radcy Prawnego
Piotr Łukasiuk

PROWADZIMY ZAPISY DO LEKARZA RODZINNEGO W PRZYCHODNI CENTRUM

Więcej na stronie www.centrum.med.pl
Informacje tel. 25 633 35 55



Czym zajmuje się lekarz POZ?

Lekarz POZ planuje i realizuje opiekę lekarską nad pacjentem.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej m.in.:

- ustala **leczenie farmakologiczne** i monitoruje je
- wystawia **recepty i zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne**
- wystawia **zwolnienia lekarskie**
- zajmuje się **profilaktyką chorób**, w tym wieku rozwojowego
- kieruje na obowiązkowe **szczepienia ochronne oraz zalecane** i okresowe badania kontrolne
- ocenia stan zdrowia w ramach badań bilansowych
- kieruje na diagnostykę laboratoryjną oraz obrazową i nieobrazową (**EKG, RTG, USG**), w tym również na **test w kierunku COVID-19**
- interpretuje **wyniki badań** i konsultacji wykonane w innych placówkach medycznych
- kieruje na **leczenie uzdrowiskowe i rehabilitacyjne**
- kieruje do **lekarzy specjalistów, dietetyków** lub **szpitala**
- kieruje do **pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej**
- kieruje na **zabiegi w gabinecie zabiegowym** i w domu pacjenta
- kieruje na zabiegi fizjoterapeutyczne
- kwalifikuje do **transportu sanitarnego**
- wystawia zlecenia na transport sanitarny i na świadczenia pielęgniarki POZ oraz **zaświadczenia i orzeczenia** dotyczące stanu zdrowia pacjenta
- realizuje **programy zdrowotne i profilaktyczne**
- wystawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (zwaną **Kartą DILO**).

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Źródło <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/poradnik-pacjenta-lekarz-podstawowej-opieki-zdrowotnej-jak-moze-ci-pomoc,8413.html>

- **Lekarz POZ** (podstawowej opieki zdrowotnej) działa w ramach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych na podstawie umowy z NFZ.
- **Lekarz POZ** rozpoznaje choroby i leczy je, a w razie potrzeby kieruje pacjentów na badania diagnostyczne, zabiegi, do lekarzy specjalistów.

Jak dokonać wyboru lekarza POZ?

Wyboru lekarza POZ możesz dokonać:

- składając pisemną deklarację u lekarza, pielęgniarki, położnej POZ w wybranej przez Ciebie przychodni.
- poprzez Internetowe Konto Pacjenta

Chcesz zmienić lekarza POZ?

Zmiany dokonasz poprzez wypełnienie u nowo wybranego lekarza POZ druku deklaracji. Nie masz obowiązku powiadomienia poprzedniej placówki o tej zmianie.

Dwa razy w roku kalendarzowym możesz bezpłatnie i bez podawania przyczyny zmienić lekarza, pielęgniarkę i położną POZ. Za każdą kolejną zmianę zapłacisz 80 zł.

Dodatkowa zmiana deklaracji wyboru lekarza jest bezpłatna:

- jeśli zmieniłeś miejsce pobytu
- jeśli wybrany przez Ciebie lekarz POZ przestał pracować w danej przychodni
- jeśli przychodnia, w której do tej pory się leczyleś, została zamknięta
- z innych przyczyn, które powstały po stronie lekarza lub przychodni.

KOORDYNOWANA OPIEKA ZDROWOTNA

W ramach opieki koordynowanej lekarz podstawowej opieki zdrowotnej współpracuje z lekarzami specjalistami, pielęgniarką POZ i dietetykiem. Zajmuje się profilaktyką, diagnozowaniem, leczeniem i edukacją pacjenta na temat wybranych chorób z dziedziny:

- kardiologii
- diabetologii
- endokrynologii
- pulmonologii, alergologii
- nefrologii.

Co zyskuje pacjent?

- **Wygodę** - więcej wizyt, badań i konsultacji w jednym miejscu.
- **Czas** - wizyty, badania i konsultacje umawia dla Ciebie koordynator.
- **Bezpieczeństwo** - koordynator czuwa nad sprawną realizacją Twojego planu leczenia.
- **Dostępność** - szerszy zakres badań diagnostycznych i dostęp do specjalistów.
- **Wiedzę** - porady dietetyczne i edukacyjne z zakresu profilaktyki i Twojej choroby.

Więcej badań i dodatkowe porady

Wprowadzenie opieki koordynowanej w POZ poszerza listę badań diagnostycznych, które może zlecić lekarz rodzinny. Chodzi m.in. o:

- pakiet badań tarczycowych: antyTPO, antyTSHR, antyTG
- EKG wysiłkowe, test wysiłkowy
- Holter EKG (24, 48, 72 godz.)
- USG Doppler naczyń kończyn dolnych
- ECHO serca.

Do tej pory na te badania kierował lekarz specjalista.

Ponadto lekarz POZ może zlecić pacjentowi (w sytuacji medycznie uzasadnionej) konsultacje z dietetykiem (przy rozpoznaniu np. cukrzycy) oraz konsultacje z lekarzem specjalistą z zakresu diabetologii, endokrynologii, kardiologii, pulmonologii lub alergologii.

Poszerzenie katalogu badań w POZ skraca czas potrzebny na wykonanie diagnostyki, pozwala na szybsze postawienie diagnozy i wprowadzenie właściwego leczenia.

Indywidualny Plan Opieki Medycznej

Realizacja świadczeń w opiece koordynowanej odbywa się na podstawie działania w tzw. Indywidualnym Planie Opieki Medycznej, który lekarz POZ ustala razem z pacjentem.

Twój lekarz pierwszego kontaktu:

- przeprowadzi z Tobą pogłębiony wywiad
- zbada Cię
- przeanalizuje wyniki Twoich badań diagnostycznych
- oceni aktualny stan Twojego zdrowia
- ustali z Tobą indywidualny plan działania – dalsze etapy postępowania
- prześle Ci plan do realizacji – będziesz go miał również w formie elektronicznej w swoim Internetowym Koncie Pacjenta.

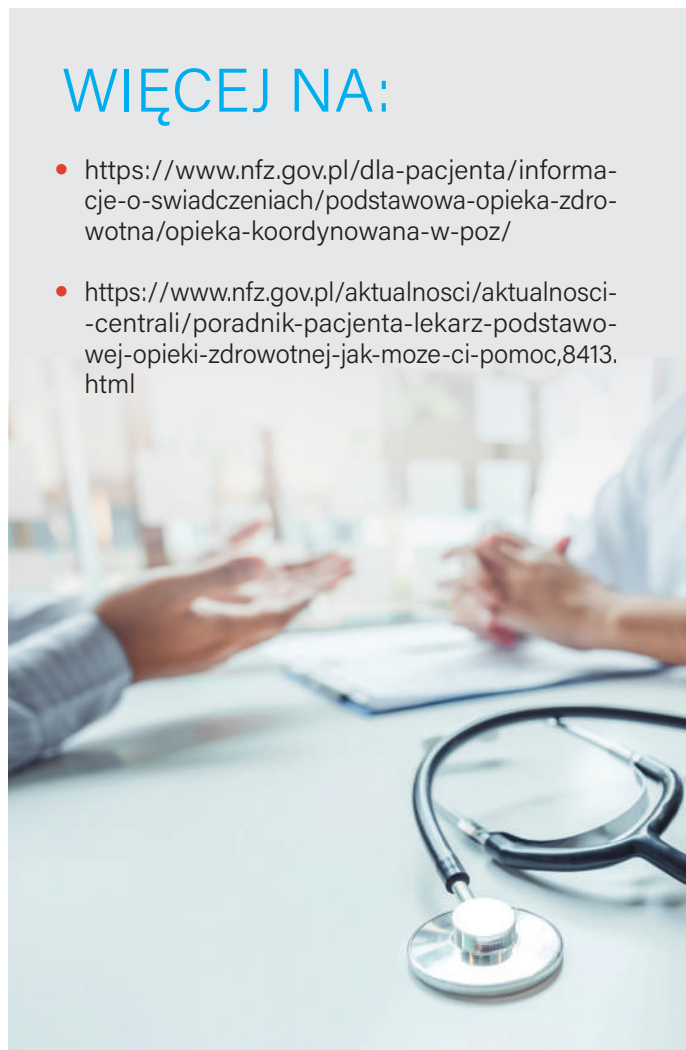
Nad sprawną realizacją różnorodnych świadczeń zdrowotnych czuwa koordynator.

Do zadań koordynatora należy m.in.:

- ustalanie terminów badań, wizyt i konsultacji zleconych przez lekarza POZ oraz porad edukacyjnych i dietetycznych
- przekazywanie informacji o kolejnych etapach terapii
- dbanie o przepływ informacji pomiędzy wszystkimi realizatorami świadczeń zdrowotnych.

WIĘCEJ NA:

- <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/opieka-koordynowana-w-poz/>
- <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/poradnik-pacjenta-lekarz-podstawowej-opieki-zdrowotnej-jak-moze-ci-pomoc,8413.html>



Nie mówię ale komunikuję się



KOMUNIKACJA ALTERNATYWNA

Komunikacja alternatywna i wspomagająca (AAC Augmentative and Alternative Communication). Jest to zastępcza forma komunikacji dla wielu osób z różnymi zaburzeniami sfery poznawczo-językowej, niepełnosprawnościami, chorobami neurologicznymi, genetycznymi itp. Polega na używaniu w komunikacji znaków mowy niewerbalnej, np. gestów, obrazków, przedmiotów, piktogramów, napisów itp.

I WSPOMAGAJĄCA

Komunikację alternatywną wprowadza się u osób, u których nie ma możliwości porozumiewania się słownego. Możliwości ludzi z zaburzeniami mowy czy brakiem mowy są niedostępne lub na tyle ograniczone, że AAC okazuje się jedynym do ewentualnego opanowania środkiem komunikacji, aby ułatwić osobom funkcjonowanie – komunikowanie się z otoczeniem.

Z komunikacji alternatywnej mogą korzystać wszyscy, osoby z ogromnymi trudnościami w mówieniu po różnego rodzaju incydentach w trakcie życia, a także osoby, u których mowa nigdy się nie rozwinęła, np. dzieci z autyzmem, głuchotą, porażeniem mózgowym, zespołem Downa, ale także u dorosłych np. po udarach mózgu. Warunkiem wprowadzenia tej formy komunikacji jest dostateczne rozumienie mowy, słów, języka, przekazów, instrukcji itp.

Komunikację alternatywną najczęściej po poznaniu historii i wnikliwemu przeprowadzeniu diagnozy wprowadzają neurologopedzi lub inni pokrewni specjaliści do tego uprawnieni przy współpracy z neurologopedami. Ich zadaniem jest opracowanie indywidualnych pomocy, wyboru metody lub połączenie kilku

metod, przekazanie instrukcji i co najważniejsze – praktyczne ćwiczenia w obecności opiekunów pacjentów. Nie jest to typowa terapia logopedyczna, obowiązkowo wprowadzana jest w gabinecie, ale używana powinna być w warunkach domowych, gdyż każda codzienna aktywność wymaga od nas komunikowania się z otoczeniem.

Metody:

1. Gestykulacja, jeśli osoby dobrze funkcjonują pod względem motorycznym (język migowy, fonogesty, system Makaton)
2. Znaki graficzne (Piktogramy, PCS – zbiór prostych rysunków, symbole Blissa, program MÓWik, Rebus)
3. Znaki przestrzenno-dotykowe, klocki Premacka, alfabet Lorma.

W Polsce najczęściej używane są symbole PCS; programy: Boardmarker, CoughDrop, Snap Cor, MÓWik.

W metodach wykorzystywane jest wskazywanie, śledzenie wzrokiem, głową. Poprzez te ruchy można wybrać obrazek, literę, wyraz lub symbol z zestawu. Opracowywane gotowe plansze lub segregatory z materiałami odpowiadającymi słowom, zwrotom, informacjom (rysunkami, symbolami) lub w niektórych z tych metod wsparciem okazują się urządzenia elektroniczne, np. korzystanie z ekranów dotykowych, urządzenia z mową nagrywaną, syntezatory mowy, specjalne myszy, klawiatury itd.

Wybór metody, jaką osoba będzie się komunikowała, zależy od wielu czynników: możliwości ruchowych, manualnych, napięcia mięśniowego, czyli szeroko pojętych sprawności fizycznych, także możliwości intelektualnych: koncentracji, percepcji wzrokowej i słuchowej, myślenia, uwagi, pamięci itp., środowiska, w jakim osoba funkcjonuje oraz bardzo ważne – motywacji!

Najczęściej obecnie odbiorcami komunikacji alternatywnej są dzieci.

Osiągnięcie przez nie celów, satysfakcji oraz efektów jest możliwe dzięki m.in.:

- stwarzaniu okazji do porozumiewania się, udzielania odpowiedzi, ale i zadawania pytań
- cierpliwości w oczekiwaniu na odpowiedź, szczególnie tę dotyczącą pytania otwartego
- utrzymywaniu kontaktu wzrokowego, kontaktu w sytuacji „tu i teraz” i posługiwaniu się mimiką, czasem nawet wyrażaną w przesyadny sposób w celu skompensowania braku języka mówionego

- pomaganiu, ale nie wyręczaniu w komunikacji, kierowaniu pytań pomocniczych np. aby upewnić się, w jakim czasie dziecko kieruje do nas wypowiedź
- upewnieniu się, czy dziecko nie chce jeszcze czegoś „powiedzieć”.

Jakie korzyści przynoszą im zastępcze formy komunikacji:

Dzieci są:

1. pewniejsze siebie, czerpią więcej przyjemności z otaczającego świata
2. samodzielniejsze
3. rozumiane przez otoczenie, przez co poprawia się ich samoakceptacja
4. mają coraz więcej odbiorców, czują się uspołecznione
5. są czynnymi i sprawczymi partnerami komunikacji - zadają pytania, inicjują rozmowę, czują się bardziej zauważone jako aktywni rozmówcy
6. mogą czerpać korzyści płynące z edukacji, funkcjonować w przedszkolach i szkołach ogólnodostępnych, z oddziałami integracyjnymi oraz specjalnych.

Systemy komunikacji alternatywnej przynoszą wiele dobrego w funkcjonowaniu i z uwagi na to, że jesteśmy istotami społecznymi, stworzonymi do kontaktu z drugim człowiekiem, powinny być wprowadzane jak najwcześniej przy zauważeniu takiej potrzeby. Dzięki nim osoby mogą brać udział w różnych zajęciach, w sytuacjach życia przedszkolnego/szkolnego, towarzyskiego, kulturalnego, politycznego, a przede wszystkim w sytuacjach życia codziennego — domowego.

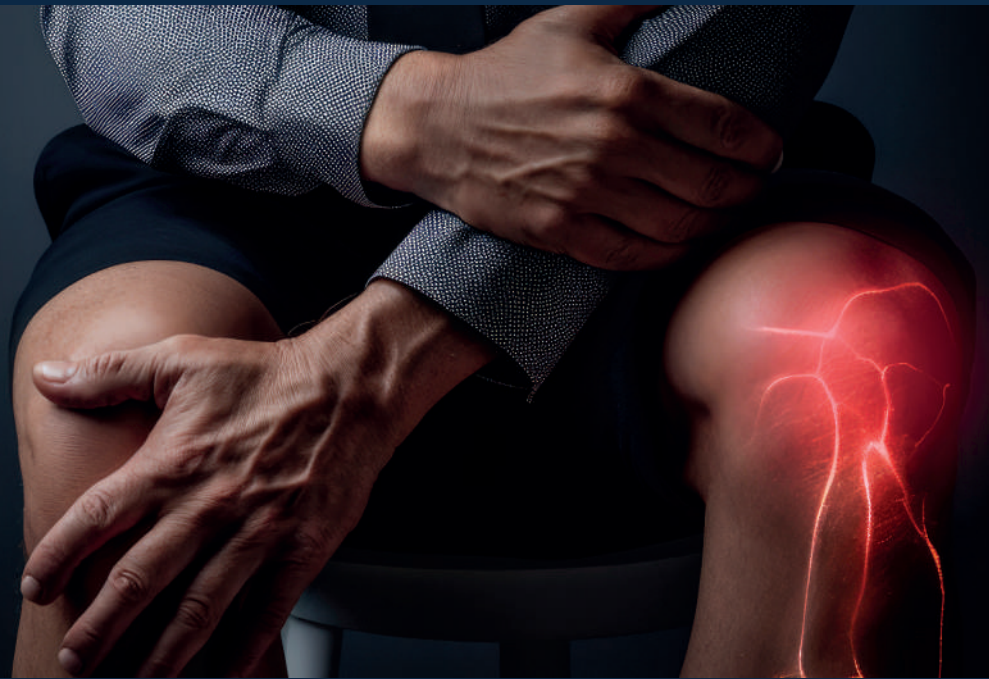


Magdalena Klepacka-Chudy

mgr logopedii z audiologią,
neurologopeda

Dna

moczanowa cz. 2



Zgodnie z obietnicą z poprzedniego numeru kwartalnika dokończę rozważania dotyczące dny moczanowej i bezobjawowej hiperurykemii.

Dlaczego piszę o tych dwóch problemach? Dlatego, że bywają sytuacje, gdy u pacjenta stwierdzamy podwyższony poziom kwasu moczowego, a nigdy w życiu nie miał objawów typowych dla dny moczanowej. Te sytuacje nazywamy bezobjawową hiperurykemią i postępowanie różni się w stosunku do pacjentów z objawami choroby.

Nieco inne jest także postępowanie w ostrym napadzie zapalenia stawu(ów), inne w okresie pomiędzy napadami, inne u chorego z przewlekłym przebiegiem choroby, no i oczywiście profilaktyka napadów. Część zaleceń dotyczy postępowania nefarmakologicznego u pacjentów, część to skuteczna terapia, która musi być zlecona przez lekarza.

W leczeniu dny moczanowej kluczową rolę odgrywa zmiana stylu życia, często wystarczająca do utrzymania prawidłowego stężenia kwasu moczowego i zapobieżenia napadom.

Najważniejsze zalecenia to:

- ▶ utrzymanie prawidłowej masy ciała
- ▶ właściwa dieta – należy unikać pokarmów zwiększających stężenie kwasu moczowego, przede wszystkim mięsa, podrobów, owoców morza, a także produktów zawierających fruktozę (np. słodkich napojów); korzystne jest spożywanie warzyw, chudego nabiału, orzechów, oraz uzupełnianie witaminy C
- ▶ ograniczenie spożycia alkoholu (zwłaszcza piwa i mocnych alkoholi)
- ▶ zaprzestanie palenia tytoniu
- ▶ dbanie o kondycję fizyczną
- ▶ prawidłowa kontrola ciśnienia tętniczego oraz stężenia glukozy i lipidów
- ▶ odpowiednie nawodnienie organizmu, zwłaszcza jeśli występuje kamica moczowa (wypijanie co najmniej 2 l płynu w ciągu doby).

Ostry napad dny moczanowej

Celem leczenia jest jak najszybsze zwalczenie bólu i innych objawów zapalenia stawu. Najczęściej stosuje się niesteroidowe leki przeciwzapalne oraz kolchicynę. Zaletą kolchicyny jest jej szybkie działanie, wadą natomiast często występujące działania niepożądane (najczęściej nudności, wymioty i biegunka). Istnieje wiele przeciwwskazań do stosowania tego leku, m.in. nie można go stosować w przypadku współistniejącego zakażenia. Skuteczną i bezpieczną metodą leczenia jest podanie leku przeciwzapalnego (glikokortykosteroidu) bezpośrednio do wnętrza stawu, często poprzedzone pobraniem płynu stawowego w celu potwierdzenia rozpoznania oraz wykluczenia zakażenia stawu. Leczenie ostrego napadu dny trwa z reguły 1–2 tygodni. Ulgę mogą przynieść okłady z lodu, zaleca się również unieruchomienie zajętego stawu (po ustąpieniu ostrych objawów należy wrócić do normalnej aktywności i ćwiczeń usprawniających). Bardzo ważne jest szybkie potwierdzenie rozpoznania oraz walka z czynnikami sprzyjającymi dnie moczanowej, aby zapobiec jej dalszemu postępowi. W trakcie ostrego napadu dny moczanowej nie należy rozpoczynać leczenia zmniejszającego stężenie kwasu moczowego (allopurynolem), gdyż paradoksalnie może to wywołać nasilenie objawów – wahania w stężeniu kwasu moczowego „uruchamiają” złogi kryształów moczanu sodu. Natomiast w trakcie kolejnego napadu należy kontynuować dotychczasowe leczenie ustaloną dawką leku.

Leczenie w okresie między napadami

W terapii dny moczanowej ważną rolę odgrywa dieta oraz obniżenie masy ciała pacjenta. Jednak leczenie tego schorzenia odbywa się przy pomocy środków farmakologicznych, które mają za zadanie trwale obniżyć stężenie kwasu moczowego w organizmie pacjenta, poprzez to usunąć przyczynę wytrącania się kryształów moczanu. Efekt ten można uzyskać stosując leki blokujące przemianę kwasu moczowego z puryn do kwasu moczowego tzn. hamujących oksydazę ksantynową, czyli enzym odgrywający kluczową rolę w metabolizmie puryn. W tym celu stosuje się dwa zasadnicze leki: allopurinol i febuksostat. Pierwszy z nich jest znany od dawna i rekomendacje zalecają go jako lek pierwszego wyboru, a drugi z nich jest nowym lekiem, ale oba mają podobne działanie, z tym że febuksostat jest preparatem nowocześniejszym. Jego zaleta polega na tym, że można go stosować m.in. u chorych, którzy mają upośledzoną pracę nerek, podaje się go w jednej dawce dobowej i bardziej skutecznie obniża on stężenie kwasu moczowego w organizmie pacjenta niż allopurinol. Allopurinol powinien być stosowany w stopniowo zwiększanej dawce, żeby ocenić, czy nie ma objawów nietolerancji. Szczególnie niebezpieczne mogą być zmiany skórne. Febuksostat nie wymaga stopniowego dozowania dawki, bo ryzyko działań niepożądanych jest mniejsze.

Podobne postępowanie charakteryzuje dnę przewlekłą. Utrzymujemy leki obniżające poziom kwasu moczowego, by utrzymać go na poziomie, który nie będzie sprzyjał wytrącaniu złogów moczanowych. Niezwykle istotne jest szybkie rozpoznanie i leczenie chorób towarzyszących dnie moczanowej, takich jak otyłość, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej i węglowodanowej, choroby nerek, kamica moczowa.

A co ze wspomnianą powyżej bezobjawową hiperurykemią?

Niestety, nie ma w tej sytuacji jednoznacznego stanowiska różnych towarzystw lekarskich. Nieco inne podejście do tematu mają kardiolodzy, nefrolodzy, inne np. reumatolodzy.

Istnieje stanowisko, że wskazaniem do stosowania farmakoterapii hiperurykemii pozostaje wywiad dny moczanowej oraz współistnienie procesu rozrostowego (nowotwór). Leki obniżające poziom kwasu moczowego są również powszechnie stosowane u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. W kontekście czynników ryzyka i chorób układu sercowo-naczyniowego szczególnie kandydatami do farmakoterapii są pacjenci ze stężeniem kwasu moczowego przekraczającym 5 mg/dl i jednocześnie obciążeni co najmniej dwoma spośród poniższych stanów:

- ▶ **nadciśnienie tętnicze,**
- ▶ **cukrzyca,**
- ▶ **dyslipidemia,**
- ▶ **przewlekła choroba nerek,**
- ▶ **niedawny zawał serca lub udar mózgu**

Reumatolodzy z kolei uważają, że nie należy stosować leków hamujących powstawanie kwasu moczowego rutynowo. Potrzeba natomiast korygować czynniki wyzwalające objawy kliniczne dny. Leki obniżające syntezę kwasu moczowego zalecane w przypadku wysokiego jego stężenia (powyżej 12 mg/dL) lub znacznego wydalania przez nerki (powyżej 1000 mg/dobę).

Generalnie z uwagi na złożoność problemu i przewlekły, wieloetapowy charakter schorzenia, pacjenci z dną moczanową powinni pozostawać pod stałą opieką reumatologa.



lek. med. Marcin Mazur
specjalista
chorób wewnętrznych



Jak ograniczyć

podjadanie?

Jednym ze szkodliwych nawyków, który odbija się nie tylko na naszej sylwetce, ale także na zdrowiu, jest podjadanie. Pojęcie to definiuje się jako spożywanie pokarmu pomiędzy posiłkami głównymi. Często polega ono na automatycznym, mało świadomym przyjmowaniu pokarmu, pomimo braku uczucia głodu.

Jeść regularnie

Pierwszym krokiem w zwalczaniu nawyku podjadania powinno być przyjrzenie się codziennemu sposobowi żywienia. Potrzeba podjadania może bowiem wynikać z braków w naszej diecie. W sytuacji gdy nie dostarczamy naszemu organizmowi wszystkich niezbędnych mikro- i makroelementów, możemy odczuwać głód między posiłkami. Organizm domaga się bowiem podaży energii. Po pierwsze zadbajmy więc o to, aby jeść regularnie. Poleca się spożywanie trzech głównych posiłków (śniadanie, obiad, kolacja) i dwóch mniejszych (drugie śniadanie i podwieczorek), co 3-4 godziny w ciągu dnia. Śniadanie powinniśmy zjeść do godziny po przebudzeniu, lekką kolację około 2 godzin przed snem. Zbyt długie przerwy między posiłkami mogą spowodować, że na kolejny posiłek zjemy więcej albo między posiłkami będziemy mieli ochotę na coś słodkiego, co zrekompensuje organizmowi deficyt energii. Po drugie, należy zadbać

Przyczyny podjadania są różne, a do najczęściej wymienianych należą: niewłaściwa dieta, potrzeba rozładowania stresu i napięcia, potrzeba dostarczenia przyjemności czy stan zdrowia (w szczególności wahania hormonalne). Jak już zauważono powyżej, nawyk ten jest szkodliwy dla naszego zdrowia. W przypadku, gdy zauważamy u siebie taki problem, warto wdrożyć kilka zmian w swoim sposobie żywienia, aby go zminimalizować albo wyeliminować.

o właściwe zbilansowanie posiłku. W każdym posiłku, który spożywamy, powinny się znaleźć owoce i warzywa (50% objętości posiłku), węglowodany (30% objętości posiłku), białko (15% objętości posiłku) i tłuszcze (5% objętości posiłku).

Zaburzenie tej proporcji, a w szczególności niedostarczenie w posiłku głównym właściwej ilości węglowodanów, może spowodować uczucie „niedojedzenia” po posiłku. To węglowodany odpowiadają bowiem w dużej mierze za poczucie sytości. Dlatego też należy wystrzegać się diet eliminacyjnych albo monoskładnikowych. W przypadku okresów wzmożonej aktywności fizycznej zaleca się zwiększenie podaży węglowodanów. Po trzecie, należy spożywać produkty o niskim indeksie glikemicznym, które rozkładane są przez nasz organizm wolniej i dłużej. Pozwala to na uniknięcie szybkiego wzrostu (a następnie szybkiego spadku) poziomu cukru we krwi. Produkty białkowe i tłuszczowe co do zasady mają niski indeks glikemiczny, pod lupę należy więc w szczególności wziąć rodzaj spożywanych węglowodanów. Wybierajmy ciemne pieczywo, kasze, ciemne makarony. Unikajmy cukrów prostych (cukier biały, jasny ryż, jasne pieczywo, słodycze, ciasta, słodkie napoje). Ostatnią wskazówką w zakresie jadłospisu jest spożywanie odpowiedniej ilości wody – niedostateczna podaż płynów może bowiem zaburzyć odczuwanie sytości.

Higiena jedzenia

Oprócz samego jadłospisu warto zadbać o higienę jedzenia. Przede wszystkim należy jeść bez rozpraszaczy, skupiając się jedynie na posiłku. Najlepiej poczynić założenie, że posiłki spożywamy przy stole, w spokoju, skupiając się tylko na jedzeniu. Przy takim podejściu zniwelujemy nawyk automatycznego podjadania. Nikt z nas nie wyobraża sobie przecież, żeby siąść przy

stole i zajmować się jedynie jedzeniem chipsów. Te same chipsy za to szybko znikną z paczki, jeżeli będziemy je podjadać przed telewizorem. Warto zadbać także o właściwą oprawę posiłku, to jest jeść go z talerza i w spokoju, a nie w biegu.



Kolejnym aspektem, który warto wziąć pod uwagę, jest stan naszego zdrowia. Wskazać należy, że niektóre stany chorobowe również mogą zaburzać odczuwanie poczucia głodu i sytości. Podstawowym badaniem, jakie powinniśmy wykonać, jest oznaczenie poziomu cukru we krwi. Warto przyjrzeć się także hormonom tarczycy.

Nawyk podjadania może mieć również podłoże psychiczne. Często ludzie jedzą w stresie albo już po sytuacji napięcia, aby je odreagować. W przypadku gdy podejrzewamy, że podjadanie może się wiązać z tym czynnikiem, warto zadbać o właściwe sposoby rozładowywania napięcia. W szczególności poleca się aktywność fizyczną. Pod sugestią należy także poddać konsultację psychologiczną, która pozwoli na wypracowanie optymalnych strategii redukcji napięcia.

Posiłki a jakość życia

Jak wskazano powyżej, przyczyn podjadania może być wiele. Pierwszym krokiem do ograniczenia przekąsek między posiłkami powinna być więc identyfikacja naszego problemu, a następnie podjęcie odpowiednich środków zaradczych. Warto wskazać, że przedstawione powyżej wskazówki stanowią uniwersalne zasady zdrowego żywienia. Dokonanie zmian w swoim codziennym jadłospisie pozwoli nam na ukształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych. Te z kolei poprawią jakość naszego życia. Należy także wskazać, że aktualnie powszechnie dostępne są zalecenia Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, Ministerstwa Zdrowia i różnych innych organizacji w zakresie właściwego komponowania posiłków. W aptekach można zaopatrzyć się w pomoce, które mogą pomóc nam w kształtowaniu właściwych nawyków żywieniowych, a w tym np. talerze z podziałką na poszczególne elementy posiłku. W przypadku zaś potrzeby opracowania optymalnej dla siebie diety warto rozważyć wizytę u dietetyka.



dr inż. Teresa Borkowska
dietetyk

WIELKANOC

Siostry Anastazji

Serowiec

Składniki na ciasto:

5 żółtek
300 g zmielonego sera
około 600 g mąki
150 g cukru pudru
12 łyżek oleju
4 płaskie łyżeczki proszku do pieczenia
12 łyżek mleka

Posypka:

2 łyżki cukru
100 g wiórków kokosowych
łyżka masła

Składniki na budyn wiśniowy:

2 budynie bez cukru
wiśnie w syropie - 2 słoiki
łyżka mąki ziemniaczanej

Sposób przygotowania:

Serowiec siostry Anastazji to prawdziwy hit wśród wielkanocnych ciast. Rozpocznij od wymieszania mąki z proszkiem do pieczenia. Następnie dodaj cukier puder, ser, żółtka i zacznij wyrabiać ciasto (tak jak na ciasto kruche). Stopniowo dolewaj mleko i olej. Pamiętaj, że ciasto nie powinno być zbyt twarde ani zbyt rzadkie. Podziel je na 2 części i każdą z nich rozwałkuj.

Odsącz wiśnie z syropu. Uzupełnij go wodą do 1/2 litra. Ugotuj budyń na rozcieńczonym syropie, dodając mąkę ziemniaczaną i odsączone wiśnie. Wszystko dokładnie wymieszaj. Wierzch każdego z rozwałkowanych ciast posmaruj budyniem i zawiń je w roladę. Ułóż na blaszce. W tym czasie przygotuj posypkę, podsmażając wszystkie składniki na lekko złoty kolor.

Wierzch ciasta posmaruj roztrzepanym jajkiem i posyp posypką. Rozgrzej piekarnik do 180°C i piecz ciasto przez około 50 minut.

Wielkanocny baranek

Składniki:

- 15 dag masła
- 20 dag cukru kryształu
- 35 dag mąki
- 4 jaja
- 8 łyżek słodkiego mleka
- 2 łyżeczki płaskie proszku do pieczenia

Sposób przygotowania:

Najpierw ucieramy masło z cukrem, dodając po jednym żółtku. Następnie dodajemy mąkę wymieszaną z proszkiem do pieczenia oraz mleko. Białka ubijamy na pianę i delikatnie mieszamy z ciastem. Przygotowujemy formę w kształcie baranka, smarujemy ją tłuszczem i obsypujemy bułką tartą. Następnie wykładamy ciasto do połowy formy w kształcie przodu baranka i przykrywamy drugą formą stanowiącą tył baranka. Pieczemy w piekarniku ok. godziny w temperaturze 180 stopni. Po upieczeniu delikatnie wyjmujemy ciasto z formy. Po dwóch dniach oczyszczamy z bułki tartej i zdobimy baranka lukrem.

Lukier z białek:

- 6 białek
- 60 dag cukru pudru
- sok z cytryny

Białko z cukrem ucieramy wałkiem w misce, aż do powstania gęstej masy. Następnie dodajemy sok z cytryny i dokładnie mieszamy. Jeśli w trakcie ucierania zauważymy, że lukier jest za rzadki, możemy dosypać więcej cukru pudru. Lukier należy nakładać szprycą do tortu, imitując wełnę zwierzątka.

Wielkanocna sałatka z twarożkiem

Składniki:

150 g półtłustego twarogu
garść rukoli
5-6 rzodkiewek
świeży ogórek
sól i pieprz
2 łyżki jogurtu naturalnego

Sposób przygotowania:

Rukolę opłucz pod bieżącą, zimną wodą i osusz na czystej ściereczce albo papierowym ręczniku. Rzodkiewkę umyj i pokrój na cienkie plasterki, a ogórka obierz i pokrój na bardzo drobną kostkę. Twarożek wymieszaj z jogurtem naturalnym. Warzywa przełóż do miski, dodaj na wierzchu twaróg i dopraw całość do smaku. Wymieszaj dopiero przed podaniem.

Pasztet wieprzowo-gryczany

Składniki:

- ½ kg mięsa wieprzowego
- 1 szklanka kaszy gryczanej
- 20 dag pieczarek
- 2-3 żółtka
- 2 średniej wielkości cebule
- 3-4 łyżki tłuszczu
- 1-2 łyżki bułki tartej do podsypania formy
- sól i pieprz do smaku.

Sposób przygotowania:

Mięso należy zemieć, a kaszę ugotować na sypko według wskazówek na opakowaniu. Cebulę pokrój w drobną kostkę i zeszklij na patelni z rozgrzanym tłuszczem. Pieczarki pokrój w plasterki i dodaj do cebuli. Duś przez kilka minut. Mięso wieprzowe wymieszaj z kaszą, dodaj żółtka oraz cebulę z grzybami. Wymieszaj i dopraw do smaku. Wąską formę do pieczenia wysmaruj tłuszczem i obsyp bułką tartą. W jakiej temperaturze i jak długo pieczemy pasztet? Wstaw do piekarnika nagrzanego do 180°C. Pieczenie potrwa 50-55 min.

Schab ze śliwką

Składniki:

- 1,5 kg schabu wieprzowego w kawałku
- 14 plasterków boczku wędzonego
- 2 pomarańcze
- 16 suszonych śliwek bez pestek
- 120 ml białego wina
- 4 łyżki oliwy z oliwek
- 4 ząbki czosnku
- 2 łyżeczki soli
- 1 łyżeczka czarnego pieprzu
- 2 łyżki majeranku
- 2 gałązki świeżego tymianku
- kilka listków mięty

Sposób przygotowania:

Do miseczki wyciśnij miąższ z pomarańczy. Dodaj majeranek i przeciśnięty przez praskę czosnek. Wymieszaj. Mięso umyj i osusz dokładnie papierowym ręcznikiem. Przekrój mięso wzdłuż na połowę, nie przecinając do końca. Rozłóż schab i bardzo delikatnie rozklep dłonią. Natrzyj go miąższem pomarańczy i posyp równomiernie solą oraz pieprzem. Włóż go do miski, przykryj i wstaw do lodówki na co najmniej 2 godziny.

Po tym czasie wyjmij schab i na środku rozłożonego plata układaj śliwki. Zwiń mięso jak w roladę i obłóż plasterkami boczku. Zwiąż go nitką, by nie rozpadł się w trakcie pieczenia.

Do brytfanki wlej oliwę z oliwek i białe wino. Połóż na tym wszystkim schab, a na wierzchu rozłóż gałązki tymianku i listki mięty. Możesz też dołożyć zmiażdżone ząbki czosnku, jeśli lubisz czosnek. Piekarnik nastaw na 220°C. Mięso wstaw do pieczenia pod przykryciem. Piecz przez ok. 60 minut, od czasu do czasu podlewając sokiem z brytfanki.

Schab ze śliwką z przepisu siostry Anastazji wyjmij i odstaw na 10 minut do ostudzenia. Przekrój nici, a mięso pokrój na plastry i podawaj na ciepło lub zimno.

Jabłecznik

Składniki:

- 500 g mąki pszennej (najlepiej typu 450)
- 200 g masła lub margaryny
- 140 g cukru drobnego lub klasycznego
- 3 żółtka
- 3 pełne łyżki gęstej kwaśnej śmietany
- 2 łyżeczki proszku do pieczenia
- odrobina soli

Nadzienienie:

- 2 kg jabłek
- 2 łyżki cukru waniliowego
- cynamon według uznania

Sposób przygotowania:

Przesiej mąkę pszenną na stolnicę lub do miski miksera. Wsyp proszek do pieczenia i odrobinę soli. Dodaj posiekane zimne masło lub margarynę.

Teraz roztrzep śmietanę wraz z żółtkami i cukrem. Dodaj masę do wcześniej przygotowanych składników. Szybko i energicznie zagnieć ciasto, aby go nie napowietrzyć. Jeśli jest zbyt sypkie, dodaj łyżkę wody. Powinno mieć konsystencję mokrej kruszonki.

Ulep kulę i umieść ją w lodówce na 40 minut albo w zamrażalniku na 20 minut. W tym czasie przygotuj jabłka. Obierz je ze skóry i podziel w plasterki. W misce połącz wraz z cynamonem. Ilość według uznania. Dodaj teraz cukier waniliowy.

Podsmaż jabłka na patelni dodając 2 łyżki wody w taki sposób, aby stworzył się jednolity mus. Nadmiar soku powinien odparować na średnim ogniu. Gęste jabłka z cukrem waniliowym i cynamonem będą trzymać się na kruchym spodzie. Wyciągnij ciasto z lodówki lub zamrażalnika. Rozwałkuj i wylep formę wyłożoną papierem do pieczenia. Równomiernie rozłóż masę jabłkową. Piecz w temperaturze 180°C przez około 35-40 minut.

Babka z brzoskwiniami

Składniki:

- 2 1/2 szklanki mąki
- 1 szklanka cukru kryształ
- 25 dag masła lub margaryny
- 1/2 szklanki oleju
- 1/2 szklanki likieru adwokat
- 5 jaj
- 2 łyżeczki proszku do pieczenia
- 2 łyżki wody
- starta skórka z 1 cytryny

Sposób przygotowania:

Początkowo należy zagotować masło lub margarynę, olej, cukier, likier i wodę. Następnie studzimy, dodajemy żółtka, mąkę mieszamy z proszkiem do pieczenia i startą skórką z cytryny. Na końcu delikatnie wmieszamy sztywno ubitą pianę z białek.

Dodatek - 5 połówek brzoskwiń z syropu

Wykonanie: Brzoskwinie kroimy w kostkę. Przygotowanie do pieczenia: Ciasto wylewamy do formy na babkę. Następnie wierzch równomiernie przykrywamy kawałkami brzoskwiń. Pieczemy ok. 50-55 minut w temperaturze 180 stopni. Po upieczeniu posypujemy cukrem pudrem.

Leśne ptasie radio

(...) Będą ćwierkać, świstać, kwilić,
Pitpilić i pimpilić
Ptaszki następujące:
Słowik, wróbel, kos, jaskółka,
Kogut, dzięcioł, gil, kukułka,
Szczygieł, sowa, kruk, czubatka,
Drozd, sikorka i dzierlatka,
Kaczka, gąska, jemioluska,
Dudek, trznadel, pośmięcuszka,
Wilga, zięba, bocian, szpak
Oraz każdy inny ptak. (...)

J. Tuwim



Już ten oto krótki fragment znanego wiersza dla dzieci pt. „Ptasie radio” ukazuje las jako miejsce rozbrzmiewające śpiewem wielu żyjących tam gatunków ptaków. Zadajmy sobie więc pytanie: w jakim celu tak naprawdę ptaki śpiewają? Czy tylko dlatego, aby umilić nam najczęściej okazjonalny, zwykle niedzielny spacer? Nie! U większości gatunków ptaków śpiewają wyłącznie samce. Każdy taki śpiew zawiera dwa przesłania. Jedno skierowane jest do potencjalnego rywala, czyli samca tego samego gatunku. Ma on poinformować go, że dany teren jest już zajęty, a próba naruszenia jego granic może skończyć się atakiem ze strony jego gospodarza. Drugie przesłanie zarezerwowane jest dla samicy. To ona zazwyczaj, wsłuchując się w repertuar wokalny wielu samców, wybiera tego najdoskonalszego, który w przyszłości zostanie ojcem jej potomstwa. Bowiem donośny i pełen wigoru śpiew jest najlepszą wskazówką nienagannej kondycji samca.

Jak wszyscy doskonale wiemy, ptaki w lesie śpiewają najintensywniej na wiosnę. W tym więc okresie można je częściej usłyszeć niż zobaczyć. Każdy gatunek charakteryzuje się typowym dla siebie repertuarem. Znajomość ptasich głosów pozwala w szybki i prosty sposób zidentyfikować wiele gatunków, które trudno wypatrzyć, gdyż prowadzą skryty tryb życia. Dla osób rozpoczynających po raz pierwszy w życiu swoją ornitologiczną przygodę, wrzawa ptasich treli, gwizdów i świergotów o poranku może skutecznie zniechęcić do nauki śpiewów poszczególnych gatunków. Nie trzeba się jednak tak szybko zrażać, bo sztuki rozpoznawania ptasich wokali nie da się nauczyć w ciągu jednego sezonu. Najlepiej więc zacząć naukę od głosów stosunkowo prostych. Na przykład śpiewu sikory bogatki, kosa czy pospolitej zięby.

Każdy typ lasu charakteryzuje się innym składem gatunkowym skrzydlatych wirtuozów. Najwięcej gatunków spotkamy w lasach liściastych, tj. łągach, olsach i grądach. Ich aktywność głosowa zależy w dużej mierze od pory dnia. Pierwsze o brzasku rozpoczynają swoje wokalne popisy drozdy: kos, śpiewak i rudzik. Troszkę później do leśnego chóru dołączają sikory (bogotka, modraszka i sikora uboga), strzyżyki, muchołówki żałobne, świstunki, wilgi, kukułki i zięby. Gdy słońce na dobre wzniesie się nad widnokręgiem, w niskich partiach drzewostanu – podszycie, zaczynają wokalne popisy pokrzewki: kapturka i gajówka. Obydwie, choć niewielkich rozmiarów, potrafią śpiewać bardzo pięknie i donośnie. Tam gdzie skraje lasów graniczą bezpośrednio choćby z najmniejszym ciekim wodnym i w dodatku są porośnięte gęstymi

krzewami, możemy usłyszeć chyba najbardziej znanego solistę ptasiego świata – słowika szarego. Ten niezłomny wirtuoz najczęściej rozpoczyna swoje wokalne popisy wieczorem, a gdy jest ciepło, może je prowadzić, z krótkimi przerwami, również przez całą noc.

Lasy iglaste są zamieszkiwane przez zupełnie inne gatunki ptaków. Na skrajach borów graniczących z dużymi polanami lub polami bardzo łatwo o spotkanie ze skowronkiem borowym, zwanym popularnie lerką. Zaczyna on śpiewać bardzo wcześnie rano, a jego śpiew jest długi i bardzo melancholijny. Typowym gatunkiem drozda zamieszkującego suche bory jest paszkot. Na pierwszy rzut oka uderzająco podobny do śpiewaka, choć nieco od niego większy. Gęste młodniki sosnowe to ulubione miejsce bytowania niewielkiego, skromnie ubarwionego piecuszka. Na początku maja ptaszek ten bardzo intensywnie śpiewa praktycznie przez cały dzień. W nieco starszych lasach sosnowych przy odrobinie szczęścia możemy zobaczyć i usłyszeć trzy mniej znane gatunki sikor: sosnowkę, czarnogłówkę i czubatkę. W podobnych miejscach, co wymienione wcześniej sikory, żyje mysikrólik. Jest on najmniejszym krajowym gatunkiem ptaka. Jego śpiew jest niepozorny i o bardzo wysokich tonach.

Las to nie tylko miejsce, gdzie ptaki śpiewają. Tu większość z nich zdobywa również pokarm, wije gniazda i wychowuje pisklęta. Oprócz charakterystycznych, typowych śpiewów każdy gatunek dysponuje także bogatym repertuarem innych głosów – wabiących lub ostrzegawczych. Głosy wabiące pozwalają w szybki sposób zlokalizować się w gęstym lesie osobnikom należącym do jednego gatunku. Ostrzegawcze, wydawane są w chwilach zagrożenia i mają na celu informowanie innych ptaków przed zbliżającym się niebezpieczeństwem. Dlatego też większość głosów ostrzegawczych różnych leśnych ptaków jest bardzo podobna do siebie i zrozumiała dla wielu gatunków.

Nadchodzące wiosenne, rześkie poranki to idealny czas do podpatrywania ptaków i rozpoczęcia nauki ich głosów. Dla początkującego obserwatora każdy, nawet najmniejszy las, będzie doskonałym a zarazem fascynującym miejscem spotkań z tymi skrzydlatymi istotami, postrzegającymi świat z zupełnie innej perspektywy.

Tekst i zdjęcie Kamil Kryński

Jak pomóc dziecku z nadwagą. Efekt Klimasa.

Autor: Leszek Klimas

Wiecie, dlaczego dzieciaki pod naszą opieką chudną? Bo ja i cały mój zespół w nie wierzymy – to właśnie sedno metody Leszka Klimasa, który od lat wykorzystuje swoje doświadczenie, żeby pomagać dzieciom, młodym ludziom i ich opiekunom w kształtowaniu zdrowych nawyków żywieniowych. Jego podopieczni w trakcie procesu utraty zbędnych kilogramów nie są głodni, mają mnóstwo energii, są radośni i zyskują pewność siebie.

Koledzy z klasy przeżywali Krzyśka „Gruby”. Zmartwieni rodzice zwrócili się do Leszka Klimasa, by pomógł ich synowi nie tylko pozbyć się zbędnych kilogramów, ale też odzyskać pewność siebie. Laura, najmłodsza uczestniczka programu, zgłosiła się do przychodni wraz z rodzicami i siostrą. Całą rodziną pozbyli się w sumie 120 kg! Gabriel zrzucił 30 kg, ale to wcale nie jego smukła sylwetka najbardziej przyciąga dziś uwagę, ale rozpięta go chęć do nauki i zabawy. To tylko kilka historii sukcesów dzieci i ich opiekunów w powrocie do zdrowej wagi. Jeśli Twoje dziecko też ma problem z nadwagą, to ten poradnik jest dla Ciebie.

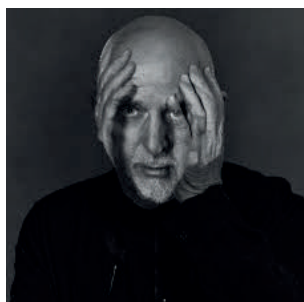


Leszek Klimas, mistrz świata w sylwetce atletycznej, stworzył poradnię Efekt Klimasa i zaprosił do współpracy lekarzy, dietetyków, fizjoterapeutów, psychologów oraz innych ekspertów, dzięki którym trafiające tam dzieciaki są otoczone najlepszą fachową opieką. W tej książce, wraz ze swoim zespołem, dzieli się wynikającą z wieloletniej praktyki wiedzą, którą dopełniają wyniki badań naukowych, przepisy i propozycje treningów, ale także motywacja, uśmiech i żart.

Powyższy opis pochodzi od wydawcy.
Wydawnictwo Luna, marzec 2024

PŁYTA NA WIOSNĘ
I/O - DARK-SIDE MIX - PETER GABRIEL

Tym razem chcę zaproponować jedną z najważniejszych i najpiękniejszych płyt ubiegłego roku. Wydany pod koniec 2023 krążek z nowym materiałem nagrany po ponad 20 latach milczenia. Artysta, który stworzył tę płytę należy do grona niezwykle pomysłowych i oryginalnych. Peter Gabriel, bo o nim mowa przedstawiał poszczególne utwory z płyty w serwisach streamingowych co miesiąc, w trakcie pełni księżyca. Tak więc w momencie ukazania płyty, prawie cały materiał był już znany. Ale tu ułożył się w piękną, malowniczą, łączącą tradycję z nowoczesnością całość. To płyta dojrzałego artysty, który czaruje głosem, bogactwem aranżacji, nienachalnych melodii i niezwykle typowym dla niego klimatem.



Poleca lek. Marcin Mazur

Humor o lekarzach



Wraca mąż ze szpitala, gdzie odwiedzał ciężko chorą teściową i zły jak nieszczęście mówi do żony:

- Twoja matka jest zdrowa jak koń, niedługo wyjdzie ze szpitala i zamieszka z nami.
- Nie rozumiem - mówi żona - wczoraj lekarz powiedział mi, że mama jest umierająca!
- Nie wiem, co on tobie powiedział, ale mnie radził przygotować się na najgorsze.



Przychodzi do lekarza matka z synkiem, który ma wysypkę alergiczną. Lekarz usiłuje dociec przyczyny tego uczulenia:

- Może ta wysypka jest po winogronach?
- Nie!
- A może po bananach?
- Nie!
- A może po jajkach?
- Nie, tylko po rękach i po nogach!



Pewna pani poszła do lekarza i mówi:

- Proszę pana, moje dziecko jest chore.
- Przechodziło dziecko odrę?
- Co pan, odra jest głęboka i dziecko by mi się utopiło.



Przychodzi lekarz do pacjenta i mówi:

- Wszystko jest dobrze, operacja się udała. Tylko nie rozumiem dlaczego przed operacją bił pan, kopał i wyzywał pielęgniarki.
- A pacjent na to:
- Panie, ja tu miałem tylko okna umyć.

Żona mówi do męża:

- Byłam u lekarza. Kazał mi jechać na wakacje! To gdzie mnie zabierzesz: na Wyspy Kanaryjskie czy w Alpy?
- Do innego lekarza!



- Czyś Ty zwariował? Uciekać z sali operacyjnej! Czego żeś się przestraszył?
- Bo pielęgniarka mówiła: "Nie ma się czego bać, to prosta, rutynowa operacja".
- No właśnie, a Ty i tak uciekłeś?
- Bo ona to mówiła do chirurga...

RAK PIERSI

- rola profilaktyki i świadomości społecznej

W Polsce jak podaje Krajowy Rejestr Nowotworów notuje się ponad 171 tysięcy zachorowań i 100 tysięcy zgonów na nowotwory rocznie. Rak piersi to najczęstszy nowotwór występujący u kobiet. W 2019 roku zachorowało na niego 19 620 osób. Przewiduje się, że liczba zachorowań w 2024 roku wzrośnie do 23285. Liczba zgonów w tej grupie przewidywana jest na 7583 osoby. Obecnie wg danych z 2022 roku nowotwory piersi stanowią aż 22,9% nowotworów występujących u kobiet. Codziennie 55 kobiet w Polsce dowiaduje się o tym, że jest chora, a około 19 kobiet umiera każdego dnia z powodu nowotworu piersi. Jest to duża liczba osób, w związku z tym tak ważna jest profilaktyka i regularne badania, gdyż części tych zgonów można zapobiec.

Rak piersi to nowotwór, który powstaje w tkankach piersi. Może tworzyć się w gruczołach wytwarzających mleko tzw. zrazikach lub w przewodach mlekowych, które transportują mleko do brodawki sutkowej. Rak piersi występuje zarówno u kobiet, jak i mężczyzn, u których stanowi 1%. Najwięcej nowotworów piersi występuje u kobiet w średnim wieku 45-64 lata. Powstawaniu raka piersi sprzyja wczesny wiek pierwszej miesiączki, późny wiek menopauzy, a także nosicielstwo genu BRCA1/2.

Największy efekt profilaktyczny przynosi regularna aktywność fizyczna. Ryzyko rozwoju raka piersi spada o 25% u osób aktywnych fizycznie w porównaniu z osobami, które unikają ruchu i są mało aktywne. Zależność pomiędzy aktywnością fizyczną a zdrowiem została już dawno udokumentowana. Do pracy mięśni,

które są wykorzystywane przy ćwiczeniach fizycznych niezbędna jest energia, pochodząca ze spalania glukozy endogennej (zmagazynowanej w ciele) bądź egzogennej (dostarczanej wraz z pożywieniem). Dzięki aktywności fizycznej przeciwdziałamy otyłości, wzmacniamy układ odpornościowy i zwiększamy barierę ochronną między innymi przed nowotworami. Dodatkowo wpływa ona na lepsze samopoczucie i nasz humor. Najlepsze efekty przynosi uprawianie nawet umiarkowanego sportu przez 30 minut 5 razy w tygodniu.

Jak możemy jeszcze przeciwdziałać powstawaniu nowotworów? Powinniśmy do minimum ograniczyć spożycie alkoholu i całkowicie wyeliminować palenie papierosów. Podstawę diety powinny stanowić produkty roślinne, gdyż posiłki wysoko tłuszczowe zwiększają ryzyko powstania nowotworów.

Istotne w powstaniu raka piersi są również obciążenia rodzinne. U kobiet posiadających krewnego pierwszego stopnia (rodzic, rodzeństwo lub dziecko), u którego wystąpił rak piersi, występuje dwa razy większe ryzyko rozwoju nowotworu. Ryzyko to wzrasta aż 3 krotnie, jeśli u krewnej zdiagnozowano raka piersi przed menopauzą.

Aby wcześniej wykryć zmiany w piersi powinniśmy raz w miesiącu, w tym samym dniu wykonywać samobadanie piersi – najlepiej 3-5 dni po skończeniu miesiączki (kiedy piersi nie są obrzmiałe i bolesne), bądź tego samego dnia co miesiąc w przypadku kobiet już niemiesiączkujących. Badanie najlepiej wykonać

Technika samobadania piersi:

Położ ręce na biodrach, obejrzyj piersi w tej pozycji, zwróć uwagę na zmiany, których wcześniej nie zaobserwowałaś. Unieś lewą rękę nad głowę, a palcami prawej dłoni sprawdź lewą pierś. Złącz trzy środkowe palce prawej dłoni. Rozpocznij badanie od uciskania brodawki, a następnie ruchami okrężnymi prowadź dłoń od brodawki na zewnątrz. Kolejnym etapem jest badanie piersi z góry na dół, po czym wykonanie ruchu promienistego od środka piersi na zewnątrz. W ten sam sposób zbadaj drugą pierś. Unieś prawą rękę nad głowę, a palcami lewej ręki zbadaj prawą pierś. Badanie obu piersi w tej samej kolejności wykonaj w pozycji leżącej. Badając w ten sposób pierś jesteś w stanie wyczuć guzki lub zgrubienia. Zaniepokoić powinno także powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym, które można zaobserwować czasami bez obecności zmiany w piersi.

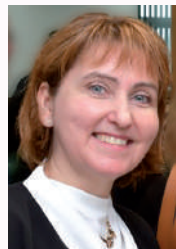
przed lustrem – wtedy jesteśmy w stanie dokładnie obejrzeć nasze piersi i zaobserwować zmiany: zmianę wielkości piersi, która nie ustąpiła po miesiączce, zagłębienie, którego wcześniej nie było, czasami bardzo delikatnie wciągniętą brodawkę, zmianę koloru skóry, obrzęk, zaczerwienienie, pomarszczoną skórę tzw.: „pomarańczową skórę”, łuszczenie skóry, powiększoną żyłę na piersi czy wypływający płyn z brodawki.

Samobadanie piersi nie zastępuje badania mammograficznego. Jak podaje Primary and secondary prevention of breast cancer, Agnieszka Kolak i wsp., Annals of Agricultural and Environmental Medicine, Vol 24, No 4, 549–553 czułość samobadania piersi jest niska (12-14%), dlatego samobadanie należy uzupełniać badaniami obrazowymi: USG lub mammografią.

Obecnie w Polsce mamy bezpłatny program Profilaktyki Raka Piersi skierowany do kobiet w wieku 45-74 lat. Mammografia jest skuteczną metodą wykrywania raka piersi. To niskodawkowe prześwietlenie rentgenowskie. Daje ono szansę na wykrycie bardzo małych zmian, które są niewyczuwalne w badaniach palpacyjnych. Wychwycenie zmian w niskim stadium zaawansowania daje pacjentom ponad 90% szans przeżycia kolejnych 5 lat po diagnozie. Dla kobiet młodszych, których piersi mają budowę gruczołową

zalecane jest USG. Na zdjęciu mammograficznym tkanka ta jest zabarwiona na biało, natomiast tkanka tłuszczowa charakterystyczna dla piersi starszych kobiet na ciemno. Różnego typu zmiany, także nowotworowe są jasne, stąd zalecenie wykonywania USG u kobiet młodszych, a mammografii u kobiet starszych, u których z wiekiem struktura piersi się zmienia. Tkanka gruczołowa zostaje zastępowana tkanką tłuszczową.

Musimy pamiętać, że nie każdy guzek w piersiach to rak. W większości przypadków mamy do czynienia ze zmianami łagodnymi, którymi są torbiele, gruczolakowłókniaki, tłuszczaki czy po prostu rozszerzone przewody mleczne. Mogą mieć różną wielkość, od ziarnka pieprzu do kilku cm. Zwykle są wyczuwalne, jako okrągłe, owalne, dobrze odgraniczone guzki o równych zarysach, przesuwalne względem skóry. Nie mniej każda zmiana wymaga diagnostyki.



mgr Anna Bednarczyk

Katedra
Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Akademia Nauk Stosowanych
Mazovia

WESOŁYCH ŚWIĄT WIELKANOCNYCH

życzy



AKADEMIA NAUK
STOSOWANYCH
MAZOVIA



BEZPŁATNE PROGRAMY PROFILAKTYCZNE

REALIZOWANE W TWOJEJ PRZYCHODNI



PROFILAKTYKA

CHORÓB UKŁADU KRAŻENIA

- Pacjenci w wieku **od 35 lat do 65 lat**
- zadeklarowani do lekarza POZ w CMD
- bez wcześniejszego rozpoznania CHUK

KAŻDA PRZYCHODNIA CENTRUM

PROFILAKTYKA

RAKA PIERSI

- Panie w wieku **45-74 lat**
- Jeśli minęły **2 lata** od ostatniego badania mammograficznego w ramach NFZ.

**PRACOWNIA
MAMMOGRAFICZNA**

Siedlce, ul. Kleeberga 2, tel. 512 303 103

Mińsk Mazowiecki, ul. Dąbrówki 52

tel. 25 633 35 55

PROFILAKTYKA

RAKA PŁUC

**Niskodawkowa Tomografia
Komputerowa Płuc**

- Osoby w wieku **55-74 lat**, Mieszkańcy woj. mazowieckiego.
- Konsumpcja tytoniu > lub = 30 paczkołat, okres abstynencji tytoniowej nie dłuższy niż 15 lat.

**PRACOWNIA
TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ**

Mińsk Mazowiecki, ul. Dąbrówki 52

Siedlce, ul. Kleeberga 2

BILANSE DLA DOROSŁYCH

DIAGNOSTYKA w kierunku wykrywania **CHORÓB NOWOTWOROWYCH** oraz **PRZEWLEKŁYCH**

Dla pacjentów w wieku **25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 lub 65 lat** zadeklarowanych do poradni medycyny rodzinnej **CENTRUM!**

KAŻDA PRZYCHODNIA CENTRUM



PROFILAKTYKA

RAKA SZYJKI MACICY

- Panie w wieku **25-64 lat**
- Jeśli minęły **3 lata** od ostatniego badania cytologicznego w ramach NFZ.

KAŻDA PRZYCHODNIA CENTRUM

PROFILAKTYKA

RAKA JELITA GRUBEGO

- Osoby w wieku **50 – 65 lat** niezależnie od wywiadu rodzinnego
- Osoby w wieku **40 – 49 lat** które mają krewnego I^o z rozpoznanym rakiem jelita grubego

PRACOWNIA ENDOSKOPII

→ Siedlce, ul. Kleeberga 2

→ Mińsk Mazowiecki, ul. Dąbrówki 52

PROGRAM GENETYCZNY

Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe: **sutka, jajnika, trzonu macicy, jelita grubego.**

Ze skierowaniem od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE
tel. 506 007 404

**Infolinia
medyczna**
25 633 35 55

www.centrum.med.pl