nr 4(46)/2023 · ZIMA

Zdrowie w CENTRUM

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

Pokonać
raka piersi

Płuca
pod ochroną

Dna moczanowa
choroba królów

Samookaleczenia
wołanie o pomoc

Uwaga
na pseudomedyków

Uporczywa terapia
czemu służy?

Święta
jak marzenie

TYLKO BÓG MOŻE TAK KOCHAĆ
BY W GRUDNIOWĄ ZIMNĄ NOC
POSŁAĆ NA ŚWIAT SWEGO JEDYNEGO SYNA
GOTOWEGO ZBAWIĆ KAŻDEGO CZŁOWIEKA
RADOSNEGO PRZEŻYWANIA ŚWIĄT BOŻEGO NARODZENIA
ORAZ WSZELKIEJ POMYŚLNOŚCI W NOWYM ROKU

PACJENTOM PRZYCHODNI CENTRUM
ŻYCZY ZARZĄD I PRACOWNICY
CENTRUM MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNEGO W SIEDLCACH

CENTRUM®
Medyczno-Diagnostyczne

RODZINNYCH ŚWIĄT BOŻEGO NARODZENIA,
RADOSNYCH CHWIL
SPĘDZONYCH W GRONIE NAJBLIŻSZYCH,
OBFITOŚCI ŁASK OD DZIECIĄTKA JEZUS
ORAZ ZDROWIA I WSZELKIEJ POMYŚLNOŚCI
W NOWYM ROKU

ŻYCZY
FUNDACJA ŚWIĘTYCH JOACHIMA I ANNY

FUNDACJA
Świętych Joachima i Anny

Drodzy Czytelnicy,

przed nami najpiękniejsze święta w roku. I mimo że największą radość mają z nich dzieci, i my, dorośli, ulegamy co roku magii Świąt. Mijający rok był dla nas bardzo pracowity. Idziemy z duchem czasu, udoskonalając usługi medyczne, otwierając kolejne placówki, wdrażając kolejne programy profilaktyczne. Ten rok upłynął nam również pod znakiem jubileuszu. Jesteśmy z Państwem już od 25 lat. A to zobowiązuje. Bardzo ważnym ogniwem naszego działania jest edukacja. Między innymi poprzez kwartalnik, który trzymacie Państwo w rękach. W zimowym wydaniu naszego magazynu proponujemy Państwu wiele ciekawych wywiadów i artykułów, przygotowanych przez specjalistów CDM, jak i naszych "gościnnych" lekarzy. Jednym z nich jest dr n. med. Aleksandra Konieczna, onkolog kliniczny, która na co dzień zajmuje się terapią kobiet z rakiem piersi. Najważniejsza jest profilaktyka - podkreśla ekspertka i zwraca się do naszych Czytelniczek z apelem o regularne badania. W bieżącym wydaniu polecam także Państwa uwadze rozmowę z pulmonologiem dr n. med. Pawłem Kucą, który radzi, jak dbać o swoje płuca zimą. Z rozmowy z psycholożką Adrianą Szubielską dowiemy się, dlaczego młodzi ludzie w obliczu problemów, uciekają się do samookaleczeń. Dowiemy się także, jak pseudomedycy oszukują swoich pacjentów na przykładzie leczenia boreliozy. To wszystko bardzo trudne tematy, ale bardzo aktualne i mówienie o nich jest niezwykle ważne...

W przededniu Świąt Bożego Narodzenia, życząc Państwo dużo zdrowia i cudownego przeżywania tego czasu, chciałbym się z Państwem podzielić opłatkiem, jak to czyni w pięknym wierszu Cyprian Kamil Norwid:

Jest w moim kraju zwyczaj, że w dzień wigilijny,
Przy wzejściu pierwszej gwiazdy wieczornej na niebie,
Ludzie gniazda spólnego łamią chleb biblijny,
Najtkliwsze przekazując uczucia w tym chlebie.

Lek. Paweł Żuk

Przewodniczący Rady Nadzorczej
Centrum MD

Zdrowie w CENTRUM

nr 4(46)/2023

2 ..... Zdrowie w saszetce - za i przeciw
6 ..... Język i jego higiena
10 .... WASZE HISTORIE: Modlitwa o syna - rak mózgu
14 .... Lawinowy wzrost zakażeń wirusem HIV w Polsce
18 ..... Pomówmy o dwujęzyczności
22 ..... Jeśli Polacy nie rzucą palenia...
26 ..... Sonda z okazji Jubileuszu Centrum
30 ..... Dieta na trądzik
34 ..... Galeria Natury: Popatrzmy na mazurki
Co nowego w Centrum?: Przychodnia w Tłuszczu 4
Spotykam cudowne kobiety... 8
Prawo: Zaprzestanie uporczywej terapii 12
Kiedy Twoje dziecko się samookalecza 16
Dna moczanowa cz.1 20
Borelioza - nie daj się nabrać 24
Krótkowzroczność 28
Świąteczne przepisy 32
Żywienie w profilaktyce choroby wrzodowej żołądka .. 36

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

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

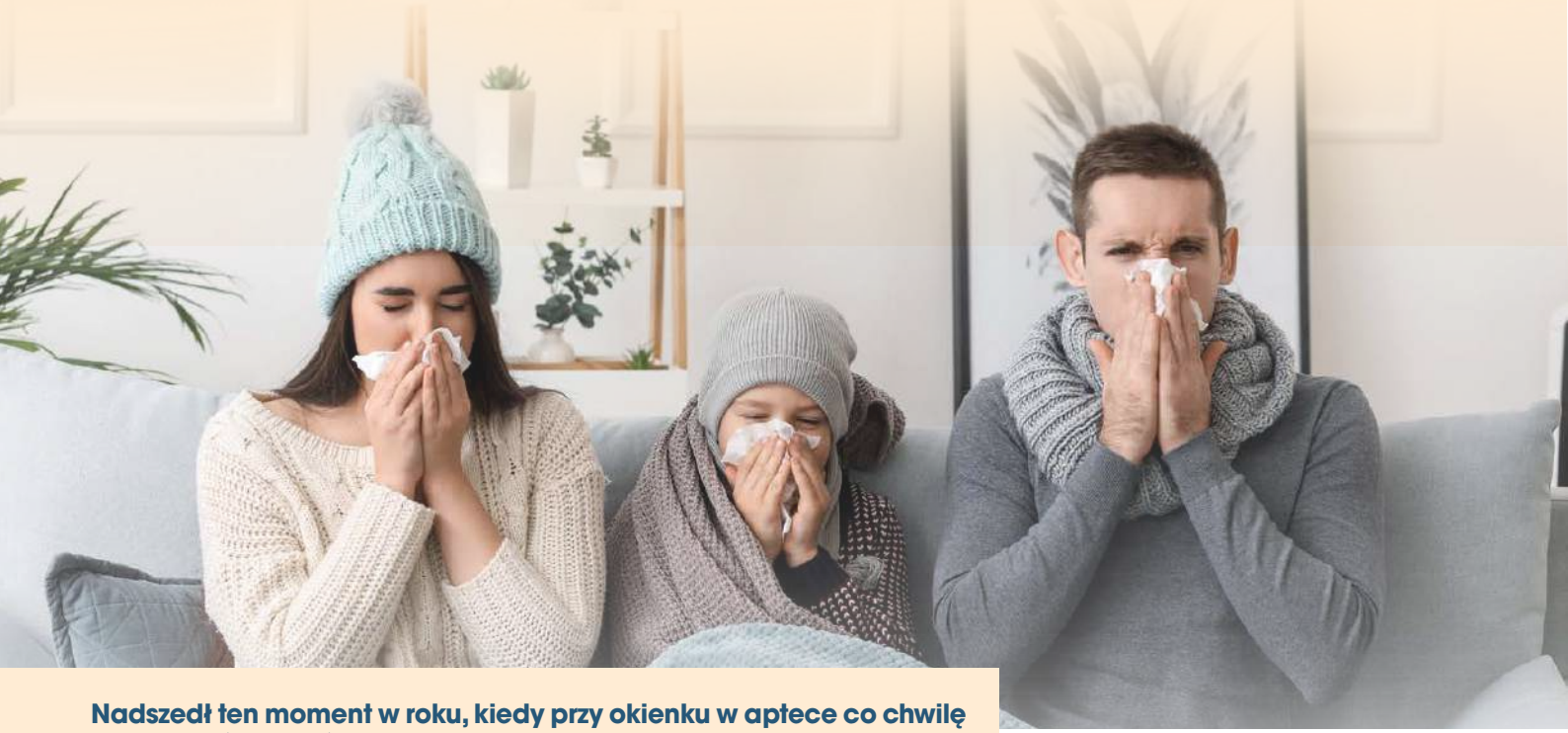
Opracowanie graficzne, skład i druk:
Fold
FOLD Sp. z o.o.
www.fold.pl

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

nakład: 7.000 egzemplarzy

Zdrowie w saszetce

za i przeciw



Nadszedł ten moment w roku, kiedy przy okienku w aptece co chwilę pada prośba: coś na przeziębienie proszę! Przyjęło się już, że przeziębienie najlepiej wyleczyć preparatem w saszetkach lub - jak lubią mawiać pacjenci: - w herbatce! Ale czy „herbatka na przeziębienie" faktycznie jest najlepszym lekarstwem? Co tak naprawdę zawiera w swoim składzie? I co najważniejsze, czy każdy może ją wypić?

Przeziębienie to zespół objawów związanych z zapaleniem błony śluzowej nosa, gardła i zatok przynosowych, gorączką, bólem głowy, mięśni, dreszczami. Przeziębienie jest spowodowane zakażeniem wirusowym, jego przyczyną są bardzo różne i liczne gatunki wirusów (ponad 200).

Z tego powodu większość z nas choruje wielokrotnie, często kilka razy w roku. Do zakażenia dochodzi:

- **drogą kropelkową** w czasie kontaktu z chorym, który - kaszląc lub kichając - rozpyla drobne kropelki wydzieliny dróg oddechowych, zawierające wirusy (dlatego ważne jest prawidłowe noszenie maseczek),
- **przez kontakt z zakażonymi przedmiotami**; niektóre wirusy mogą przez kilka godzin przetrwać w środowisku, np. na przedmiotach codziennego użytku (na klamkach od drzwi, słuchawkach telefonów, poręczach itp.) - po dotknięciu zakażonego przedmiotu zarażamy się, dotykając ust, oczu lub nosa (dlatego ważna jest higiena rąk).

Inwazja wirusów

Część przypadków grypy jest klinicznie nie do odróżnienia od przeziębienia bez wykonania specjalistycznych testów, dlatego wśród przyczyn należy również wymienić wirusy grypy. W zależności od gatunku wirusa, który nas zaatakował, objawy mogą mieć zróżnicowany charakter i różne nasilenie. Trzeba jednak pamiętać, że o ile mechanizm odpowiedzi układu odpornościowego jest specyficzny dla różnych wirusów, o tyle objawy zwykle są niespecyficzne. Pierwsze symptomy występują około 1-2 dni po zakażeniu. Choroba często rozpoczyna się okresem złego samopoczucia. Niektórzy pacjenci skarżą się w tym czasie na uczucie wysychania, pieczenia lub drapania w nosie. Są to wczesne objawy towarzyszące inwazji wirusów na nabłonek błony śluzowej nosa. Kolejnym objawem jest często ból gardła czasem chrypka. Następnie pojawiają się katar i kichanie. Ból gardła mija po 1-2 dniach. Początkowo wodnisty katar z czasem staje się gęstszy i często ma ropny charakter (żółte lub zielonkawe zabarwienie), a u niektórych chorych pojawia się kaszel. W pierwszych dniach choroby może występować również stan podgorączkowy (temperatura ciała 37-38°C). Gorączka częściej występuje u dzieci. Objawy utrzymują się

przez około 7 dni. Zwykle po 3-4 dniach osiągają największe nasilenie, a potem stopniowo ustępują. Katar i kaszel mogą utrzymywać się nawet przez 2-3 tygodnie.

Uwaga na skład

Leczenie przeziębienia sprowadza się do łagodzenia najbardziej dokuczliwych objawów: kataru, gorączki, kaszlu. Stąd ogromna popularność preparatów wieloskładnikowych na objawy przeziębienia i grypy. Zdecydowana większość saszetek na przeziębienie, dostępnych na rynku, jako główny składnik zawiera:

- Paracetamol, środek przeciwbólowy i przeciwgorączkowy, w miarę bezpieczny w stosowaniu. Występuje w większości saszetek. Jego zawartość w saszetkach waha się od 1000 mg do 350 mg. Zalecana jednorazowa dawka przeciwbólowa i przeciwgorączkowa dla dorosłej osoby to 1000 mg. Nadmiar paracetamolu wpływa toksycznie szczególnie na wątrobę. Saszetki z paracetamolem są dozwolone od 6. lub 12. roku życia, w zależności od dawki.
- Kwas acetylosalicylowy, czyli popularna polopiryna czy aspiryna. Działa przeciwbólowo, przeciwgorączkowo, ale również przeciwzapalnie, czym różni się od paracetamolu. Nie jest polecany astmatykom i „wrzodowcom" ze względu na możliwość nasilenia duszności oraz działanie drażniące na błonę śluzową żołądka. Dodatkowo zmniejsza krzepliwość krwi i wchodzi w liczne interakcje z innymi lekami. Nie wolno stosować tych preparatów u dzieci poniżej 12 roku życia.

Oprócz substancji przeciwbólowych saszetki na przeziębienie zawierają dodatkowe składniki, które mają znosić pozostałe objawy infekcji:

- Feniramina i chlorfeniramina to leki antyhistaminowe, czyli przeciwalergiczne. Ich dodatek ma za zadanie zredukowanie objawów kataru i kichania. Należy jednak pamiętać, że ich nieselektywne działanie wiąże się również z działaniem nasennym i uspokajającym, preparaty zawierające te składniki mogą powodować zmniejszenie koncentracji i upośledzenie zdolności do prowadzenia pojazdów. Zastosowane wieczorem, mogą ułatwiać zasypianie. Nie zaleca się stosowania tej grupy leków w przypadku zalegania gęstej wydzieliny w zatokach, ponieważ mogą one prowadzić do jej zagęszczenia.
- Fenylefryna i pesudoefedryna to sympatykomimetyki. Obkurczają naczynia krwionośne i zmniejszają obrzęk błony śluzowej nosa, co przekłada się na zmniejszenie objawów zatkanego nosa i możliwość swobodnego oddychania. Doustne przyjmowanie pseudoefedryny wiąże się z ryzykiem wzrostu ciśnienia tętniczego krwi po zastosowaniu leku. Trzeba zwrócić uwagę, że może ona znosić działanie leków na nadciśnienie. Pseudoefedryny nie mogą stosować kobiety w ciąży, z uwagi na jej potencjalnie szkodliwy wpływ na płód. Te składniki są przeciwwskazane u osób z nadciśnieniem tętniczym, jaskrą, cukrzycą, rozrostem gruczołu krokowego czy nadczynnością tarczycy. Ich przedawkowanie wiąże się ze wzrostem ciśnienia, niepokojem, drżeniem oraz bezsennością. Substancje te wchodzą również w liczne interakcje z innymi lekami. Preparaty z pseudoefedryną sprawdzą się podczas stosowania w dzień, przyjęte wieczorem mogą utrudniać zaśnięcie.
- Dekstrometorfan to agonista receptorów opioidowych o działaniu przeciwkaszlowym, wykorzystywany w leczeniu uporczywego, suchego kaszlu. Może być stosowany u pacjentów z POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc), ale jest przeciwwskazany u pacjentów chorujących na astmę. Nie należy go również polecać kobietom w ciąży. Nie powinno się go stosować w przypadku kaszlu z wydzieliną. Wyjątek od tej zasady stanowi zażycie leku przed snem, aby spokojnie przespać noc i wypocząć.
- Gwajafenezyna i wodzian terpinu działają wykrztuśnie w przypadku nadmiernej produkcji lepkiego śluzu w drogach oddechowych.

Kiedy do lekarza?

U zdrowych osób przeziębienie jest samoograniczającą się chorobą, ale u osób ze współistniejącymi chorobami dróg oddechowych, np. astmą lub POChP, może doprowadzić do ich zaostrzenia. U osób z obniżoną odpornością (np. kobiety w ciąży, małe dzieci do 2. r.ż., starsi po 60. r.ż.), wtórne infekcje bakteryjne mogą wywołać powikłania, takie jak np. zapalenie zatok, zapalenie ucha, zapalenie oskrzeli i zapalenie płuc. Dostępne leki nie skracają istotnie choroby, a jedynie łagodzą jej objawy. Ważne jest postępowanie ogólne i świadomość możliwych powikłań w razie przedłużających się objawów choroby.

Do lekarza należy się zgłosić, jeżeli:

- wystąpi duszność lub napady świszczącego oddechu,
- gorączka >38°C i nasilony kaszel z odkrztuszaniem ropnej wydzieliny utrzymują się dłużej niż kilka dni,
- pojawi się silny i nieustępujący ból głowy, zatok (okolice nosa, czoło, szczęka) lub ucha,
- objawy utrzymują się dłużej niż 10-14 dni lub nasilają się po 5-6 dniach choroby.

Stosowanie antybiotyków w leczeniu zakażeń wirusowych, takich jak przeziębienie, jest nieskuteczne i niewskazane. Paradoksalnie nadużywanie antybiotyków prowadzi do pojawienia się w populacji szczepów bakterii opornych na wiele antybiotyków, co utrudnia leczenie chorób, w których antybiotykoterapia jest konieczna (np. zapalenia płuc).

Jolanta Pankowska-Kowalczyk
mgr farmacji

Co nowego w Centrum?

PRZYCHODNIA W TŁUSZCZU ZMIANY NA LEPSZE

Przychodnia Centrum w Tłuszczu przy ul. Powstańców 27 prowadzi zapisy do poradni medycyny rodzinnej dla dorosłych i dzieci. Warto nadmienić, że w ramach wprowadzonej opieki koordynowanej lekarz podstawowej opieki zdrowotnej współpracuje z lekarzami specjalistami, pielęgniarką POZ i dietetykiem oraz ma możliwość skierowania pacjenta na poszerzoną diagnostykę.

Budynek, w którym mieści się Przychodnia Centrum w Tłuszczu przechodzi gruntowne zmiany. Zakończono już prace termomodernizacyjne, położono zewnętrzną elewację, co pozwoli na poprawę efektywności energetycznej budynku. Zainstalowano nowe ogrzewanie gazowe. Pomieszczenia przychodni znajdujące się na I piętrze przeszły gruntowny remont. Gabinety są jasne i przestronne, wyposażone w nowe meble, co wpłynie na większy komfort pacjentów korzystających z usług przychodni. Aktualnie trwają prace remontowe w pomieszczeniach na parterze budynku. Na ukończeniu są już czynności związane z utwardzeniem terenu wokół przychodni, parking i drogi dojazdowe są wykładane kostką brukową. Zakończenie remontu budynku planowane jest na wiosnę przyszłego roku.

Przychodnia Centrum w Tłuszczu (przy ul. Powstańców 27) odpowiada na potrzeby społeczności lokalnej rozszerzając zakres usług realizowanych w placówce. Pacjenci korzystający dotychczas ze świadczeń w poradni medycyny rodzinnej mają również dostęp do konsultacji specjalistycznych w zakresie: diabetologii, ginekologii, kardiologii, onkologii, poradni leczenia bólu oraz pulmonologii. Usługi wykonywane są w ramach kontraktu z NFZ. **Zachęcamy do kontaktu z rejestracją Przychodni w Tłuszczu, tel. 29 643 13 00.**

CENTRUM Medyczno-Diagnostyczne

USŁUGI W RAMACH NFZ:
- Opieka lekarza rodzinnego dla całej rodziny
- Konsultacje specjalistyczne
- Diagnostyka

PRZYCHODNIA ZDROWIA W TŁUSZCZU
ul. Powstańców 27
05-240 Tłuszcz
29 643 13 00
www.centrum.med.pl

CENTRUM Medyczno-Diagnostyczne

Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o. o.

Poradnia Leczenia Uzależnień

ul. Sokołowska 161, 08-110 Siedlce
tel. 25 631 08 67
(budynek Akademii Nauk Stosowanych Mazovia)

Nasza poradnia jest placówką leczenia w trybie ambulatoryjnym.
Świadczymy usługi w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.
Skierowanie nie jest wymagane.
Program jest skierowany do osób pełnoletnich.

NASZ ZESPÓŁ:
terapeuci uzależnień • lekarze psychiatrzy
(zespół podlega regularnej superwizji)

UDZIELAMY POMOCY:
- **osobom z uzależnieniem od alkoholu** oraz innych substancji psychoaktywnych, a także uzależnień behawioralnych,
- **bliskim żyjącym z osobą z nałogiem** (tzw. współuzależnienie, tzw. syndrom DDA).

OFERTA OBEJMUJE:
- TERAPIĘ INDYWIDUALNĄ
- TERAPIĘ GRUPOWĄ

ZAPISY
Osobiście lub telefonicznie
pod numerem **25 631 08 67**
w godzinach **od 8.00 do 20.00**.

www.centrum.med.pl

100 lat
dla Pani Kazimiery

W Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Oleśnicy świętowaliśmy 100. Urodziny Pani Kazimiery Bieniek. Podopieczna przebywa w placówce od dwóch lat. Jest osobą bardzo pogodną i spokojną, lubi rozmawiać. Jak mówiła Dorota Fajnas, kierownik ZOL-u w Oleśnicy, Pani Kazimiera bardzo dużo się modli, większość czas już spędza na wózku, w łóżku lub na zajęciach rehabilitacyjnych.

Pani Kazimiera pochodzi z Woli Kisielskiej nieopodal Stoczka Łukowskiego. Ma trójkę dzieci, dwie córki i syna. Jubilatka doczekała się sześciorga wnucząt i siedmiorga prawnucząt.

Pani Kazimiera otrzymała życzenia od Mateusza Morawieckiego prezesa RM, który z tej okazji przygotował specjalny list gratulacyjny. Od gminy Stoczek Łukowski Pani Kazimiera otrzymała medal „Zasłużony dla gminy Stoczek Łukowski", nadawany wszystkim mieszkańcom gminy Stoczek Łukowski, które przeżyły 100 lat. Wraz z medalem rada gminy ufundowała nagrodę pieniężną „senior 100" w wysokości 2 tys. zł z przeznaczeniem na dowolny cel – wszystko na ręce Jubilatki przekazał Marek Czub, wójt gminy Stoczek Łukowski.

Przyłączamy się do pięknych życzeń.

JĘZYK I JEGO HIGIENA

Anatomia języka sprawia, że jego powierzchnia sprzyja zaleganiu mikroorganizmów i staje się idealnym miejscem dla rozwoju drobnoustrojów. Choć wiele gatunków grzybów i bakterii bytujących w jamie ustnej jest dla nas nieszkodliwa, to część z nich może wywołać nieprzyjemne dolegliwości i schorzenia. Dlatego codziennym rytuałem higienicznym powinno być także czyszczenie języka. Czynność ta nie wymaga dużego wysiłku ani wprawy, a może przynieść wiele dobrego dla zdrowia zarówno jamy ustnej, jak i całego organizmu. Zanim dowiemy się, jak czyścić język, ważne jest, aby znać jego anatomię. W ten sposób będziemy w stanie lepiej zrozumieć strukturę, którą czyścimy i dlaczego tak ważne jest dbanie o ten kluczowy narząd.

BUDOWA I FUNKCJE JĘZYKA

JĘZYK *(łac. lingua)* znajduje się w jamie ustnej właściwej, spełnia funkcję układu pokarmowego i odpornościowego. Jest narządem mięśniowym, który zawiera mięśnie wewnętrzne - umożliwiające zmianę kształtu języka, oraz mięśnie zewnętrzne - wprawiające język w ruch. **Na górnej części pokryty jest grubym nabłonkiem wyścielanym licznymi brodawkami, takimi jak:**

- **nitkowate, najmniejsze brodawki,**
- **okolone, największe brodawki,**
- **grzybowate,**
- **liściaste,**

Nieliczne osoby posiadają takie brodawki na boku języka. Powierzchnia brzuszna (dolna) języka pokryta jest cienkim nabłonkiem, a przejście koniuszka języka z dnem jamy ustnej nazywamy wędzidełkiem językowym. Niestety, w zagłębieniach pomiędzy brodawkami językowymi gromadzą się drobnoustroje, a także resztki pokarmów i martwe komórki złuszczającej się błony śluzowej, które stanowią pożywkę dla patogenów. Na języku znajduje się około 70% bakterii bytujących w całej jamie ustnej. Wśród nich możemy wyodrębnić bakterie odpowiedzialne głównie za LZS (lotne związki siarki), które to w dużej mierze przyczyniają się do halitozy *(łac. fetor ex ore)*, czyli problemu nieświeżego oddechu. A także bakterie, które odpowiedzialne są za próchnicę *(łac. caries dentium)*.

INSTRUKTAŻ HIGIENICZNY JĘZYKA

W XXI w., kiedy nikt nie ma czasu, a oczyszczanie jamy ustnej (jak dowodzą badania) zajmuje mniej niż 2 minuty, większość osób bagatelizuje higienę języka, a przecież wystarczy poświęcić zaledwie 30 sekund każdego wieczoru, by go dokładnie oczyścić.

Skrobaczkę przykładamy od nasady języka *(ryc. 1)* i kierujemy ruchem prostym ku koniuszkowi (przód) języka *(ryc. 2)*, powtarzając tę czynność kilkukrotnie. Skrobaczkę należy opłukać pod letnią bieżącą wodą. Zabieg oczyszczania języka powinien być zakończony wypłukaniem jamy ustnej płynem do higieny jamy ustnej o działaniu przeciwbakteryjnym, co opóźni ponowne osadzanie się bakterii na powierzchni języka.

Ryc.1. Przyłożenie skrobaczki do nasady języka

Ryc.2. Kierunek ruchu skrobaczki od nasady do koniuszka języka

MOC PROFILAKTYKI

Higiena języka ma niebagatelny wpływ także na funkcjonowanie innych układów człowieka, np. układu krwionośnego, immunologicznego czy pokarmowego.

Jeśli chodzi o **układ krwionośny**, bakterie bytujące w jamie ustnej,
- zwłaszcza jeśli doszło do zaawansowanych stanów zapalnych,
- mogą przedostać się do krwiobiegu, gdzie są traktowane jako ciało obce i oblepiane przez czerwone krwinki. W ten sposób tworzą się płytki miażdżycowe, które mogą osiadać wewnątrz żył i powodować zatory, zawały, udar mózgu czy nieregularną pracę serca.

W przypadku **układu odpornościowego**, regularne oczyszczanie języka minimalizuje możliwość przedostania się bakterii głębiej do organizmu, przede wszystkim w momencie infekcji czy przeziębień.

Higiena języka wspomaga również produkcję śliny, która jest niezbędna w procesie trawienia spożywanego pokarmu, a jej niedobór niekorzystnie odbija się na pracy **układu pokarmowego**. Tu należy pamiętać o jeszcze jednym aspekcie - pozbawiony osadu i nalotu język to gwarancja prawidłowego działania kubków smakowych, a co się z tym wiąże - odczuwania pełni smaku jedzonych potraw.

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 ELEKTRORADIOLOG
- TECHNIK MASAŻYSTA
- TECHNIK STERYLIZACJI MEDYCZNEJ
- TECHNIK USŁUG KOSMETYCZNYCH
- PODOLOG
- TERAPEUTA ZAJĘCIOWY
- FLORYSTA

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

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

Spotykam cudowne kobiety,

które uczą mnie radości życia

Rozmowa z dr n. med. Aleksandrą Konieczną, onkologiem klinicznym

Pani doktor, według statystyk, dziś umrze z powodu raka piersi 15 Polek, a 50 dowie się, że ma ten złośliwy nowotwór. Dlaczego Polska wciąż jest na pierwszym, niechlubnym miejscu w Europie pod względem liczby zgonów kobiet, które pokonała choroba? Kiedy te ponure statystyki zaczną się zmieniać?

Te ponure statystki nie są wynikiem braku dostępności Polek do nowoczesnego i zaawansowanego leczenia a niestety zaniedbaniem w zakresie profilaktyki, co przekłada się na późne rozpoznawanie raka piersi już często w zaawansowanym stadium. Statystyki zaczną się zmieniać wtedy, kiedy będziemy bardziej świadomi roli wykonywania badań profilaktycznych i chętniej Polki będą się zgłaszać na badania takie jak USG czy MMG piersi.

No właśnie, podczas pandemii drastycznie spadła liczba badań profilaktycznych. Dziś jest dużo lepiej, ale nadal nie wróciliśmy do sytuacji sprzed trzech lat. Zaledwie 36 proc. Polek regularnie wykonuje mammografię, podczas gdy w Danii jest to 83 proc., w Szwecji 80, a w Słowenii 77 proc. Skąd w kobietach taki opór przed badaniem się?

Wydaję mi się, że opór wynika przede wszystkim z lęku, że może „coś wyjdzie niedobrego" albo z przeświadczenia, że „sąsiadka poszła, zrobiła i umarła". Niestety, dość często takie odpowiedzi słyszymy od pacjentek... albo że po prostu nie było czasu zadbać o swoje własne zdrowie. Dlatego tak ważne są różnego rodzaju kampanie czy lokalne uświadamianie o korzyściach płynących z badań profilaktycznych w przypadku wczesnego wykrycia choroby nowotworowej.

Skutki zaniechania tych badań z pewnością widzi Pani w swoim gabinecie…

Niestety tak, widzimy przede wszystkim po tym szczególnym czasie, jakim była pandemia wzrost odsetka chorych w bardziej zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej.

Pani doktor, proszę powiedzieć, jakie są najczęstsze błędy na etapie diagnozowania raka piersi, które opóźniają wdrożenie leczenia?

Jednym z najczęstszych błędów jest po prostu przeoczenie/nierozpoznanie w badaniach obrazowych niepokojącej zmiany w piersiach. Trzeba zauważyć, że piersi pod kątem budowy są trudnym narządem do diagnostyki i potrzeba tutaj dużego doświadczenia w wykonywaniu badania, odpowiedniej interpretacji nieprawidłowej zmiany i po prostu wysokiej jakości aparatu USG czy MMG. Warto też wspomnieć, że jedyną biopsją niezbędną do postawienia pełnego rozpoznania jest biopsja gruboigłowa zmiany w piersi a nie - często wykonywana jako pierwsza - cienkoigłowa. Dlatego zawsze warto kierować się do ośrodków wyspecjalizowanych w diagnostyce czy leczeniu raka piersi.

Wiele kobiet, u których zdiagnozowano raka piersi, to panie przed 50. rokiem życia, a nawet dużo młodsze. Czym różni się leczenie kobiet przed i po menopauzie?

Nie wchodząc w zbyt duże szczegóły, to przede wszystkim u młodszych chorych powinniśmy zawsze pamiętać i zapytać pacjentkę czy zależy jej na zachowaniu płodności (tzw. onkofertility), gdyż chemioterapia czy leczenie celowane może tę płodność zaburzyć i spowodować w przyszłości problemy w zajściu w ciążę czy nawet wywołać menopauzę. Jeżeli chodzi ogólnie o leczenie to jest ono podobne z różnymi modyfikacjami w zależności od etapu leczenia.

Dla wielu pań utrata piersi w wyniku mastektomii jest prawdziwym dramatem. W jakich przypadkach można wykonać operację oszczędzającą, a w jakich jest to absolutnie niewskazane?

Jeżeli chodzi o zakres operacji, to decyduje przede wszystkim wielkość guza i jego stosunek do wielkości piersi i czy są przeciwskazania do radioterapii po przeprowadzonym zabiegu oszczędzającym. Musimy pamiętać, że zabieg oszczędzający łączy się z napromienianiem uzupełniającym po zabiegu. W przypadku mastektomii radioterapia jest wymagana tylko w określonych wskazaniach. Innym rodzajem zabiegu jest coraz częściej wykonywana mastektomia z jednoczasową rekonstrukcją. O dokładnych wskazaniach i przeciwwskazaniach decyduje chirurg onkologiczny, który zabieg będzie przeprowadzał.

Onkolodzy ważą słowa, mówiąc o przeżywalności z tą chorobą. Czy pojęcie „wyleczenie raka piersi" jest uprawnione, skoro przerzuty zdarzają się nawet po 20 latach?

My, onkolodzy, nie lubimy odpowiadać na pytania typu: „to ile jeszcze mi zostało życia" czy pytań o to, kiedy choroba wróci... Ja często mówię pacjentkom, że nie mam szklanej kuli i na takie pytania nie da się odpowiedzieć. Jak Pani sama słusznie zauważyła, nawrót choroby może zdarzyć się po wielu, wielu latach. Staram się mówić pacjentom, że na ten moment jest Pani wyleczona z nowotworu, ale trzeba zachować czujność onkologiczną, przy czym

trzeba też starać się wrócić do „normalnego" życia i nie myśleć tylko o tym, że choroba znów da o sobie znać... Nieskupianie się na niej jest tutaj bardzo ważne i po prostu cieszenie się z każdego dnia. Ale czy nie dotyczy to nas wszystkich?

To prawda, ale często dopiero po doświadczaniu choroby, ocierającej się o śmierć, takie refleksje przychodzą i dociera do nas prosty fakt, że jesteśmy śmiertelni, ale i ten, że życie to wspaniały dar i trzeba z niego korzystać, póki się żyje…

Podczas Pani wizyty w Siedlcach, na spotkaniu z lekarzami POZ i pielęgniarkami, poruszyła Pani bardzo ważny temat opieki nad pacjentką onkologiczną w POZ. Jaka zatem powinna być rola lekarza POZ w tej opiece? Często wizyta ogranicza się do wypisania recepty i zlecenia badań krwi, ale to chyba za mało…

Z tymi badaniami krwi to sprawa też nie jest taka jednoznaczna. Oczywiście dobrze raz na jakiś czas i w zależności od wskazań badania laboratoryjne wykonać, ale proszę mi wierzyć, że zdecydowana większość pacjentek ma badania idealne, często bez większych odchyleń nawet w zaawansowanej chorobie. Dlatego nie przywiązywałabym zbyt dużej wagi do tego. Rak piersi też jest specyficznym nowotworem, w którym nie ma zaleceń do wykonywania rutynowych badań kontrolnych, typu RTG klatki piersiowej, tomografii najlepiej całego ciała czy tym podobnych poza mammografią raz do roku. Badania wykonujemy w zależności od zgłaszanych objawów przez pacjentkę. Rola lekarza POZ powinna być przede wszystkim skupiona na edukacji, na profilaktyce wtórnej, na czujności onkologicznej i na rozpoznaniu, kiedy pacjentkę skierować ponownie do onkologa w przypadku niepokojących objawów. To lekarz rodzinny powinien być tym ogniwem pomiędzy nami onkologami a pacjentami, ponieważ najczęściej do niego pacjent ma największe zaufanie i przyjdzie po pierwszą pomoc.

Z jakimi stereotypami na temat raka piersi mierzy się Pani w swojej pracy?

Tych stereotypów jest dość dużo, choć trzeba przyznać, że pacjentki tzw. piersiowe są bardzo wyedukowaną grupą onkologiczną. Głównym mitem jest wiara w rodzinne występowanie raka piersi. Raki piersi związane z genetycznym ryzykiem występowania (głównie mutacja BRCA1/2) to zaledwie kilka procent wszystkich zachorowań. Ponad 90% raków piersi to raki, które występują bez obciążeń rodzinnych.

W ostatniej dekadzie pojawiło się wiele nowych terapii leczenia raka piersi, które są również dostępne w Polsce. Co Panią najbardziej cieszy, jeśli chodzi o postępy medycyny w przypadku tej choroby i jakich dobrych wiadomości możemy oczekiwać w tym roku?

To prawda, trzeba przyznać, że aktualnie leczenie raka piersi i dostępność do nowoczesnych opcji terapeutycznych jest na światowym poziomie. Najbardziej cieszy mnie fakt, że postęp jest ogromny i dość szybko pacjenci mają dostęp do nowych leków i w przypadku naszego kraju są one po prostu dla pacjenta bezpłatne, o ile możemy zastosować je w tzw. programie lekowym NFZ. Naprawdę porównując się do „świata", wypadamy tutaj o wiele lepiej. W tym roku do leczenia wprowadzono przełomowe leki, jak immunoterapia (pembrolizumab) dla najbardziej agresywnego podtypu, jakim są raki trójnegatywne czy słynny już trastuzumab deruxtecan. Leków tych jest więcej i naprawdę są to leki zmieniające aktualne zalecenia w leczeniu raka piersi i powodujące wyraźne poprawy w przeżyciach pacjentów.

Choroba przewartościowuje nasz świat. Często słyszymy „rak uczynił moje życie lepszym". Jak Pani wytłumaczyłaby ten paradoks?

Muszę powiedzieć, że jak patrzę na moje pacjentki na pierwszych wizytach, gdzie często są przerażone, rozgoryczone czy po prostu smutne, że zachorowały, to w trakcie trwania leczenia i przekazywania tzw. dobrych wiadomości widzę, jak się zmieniają. Jak stają się pewniejsze siebie, pewniejsze tego, że musi być dobrze, że to cierpienie i ten czas związany z chorowaniem i tak naprawdę trochę z zatrzymaniem takiego normalnego ich życia, nie idzie na marne. I nawet w tym wszystkim złym, co je spotkało, odzyskują radość życia w zupełnie nowej i obcej dla nich sytuacji. Razem się cieszymy z ich sukcesów, przeżywamy ich ważne chwile i staramy się pomóc przejść przez ten okres w jak najlepszy sposób. Zdarza się, że po chorobie część pacjentek zmienia całkowicie swoje życie. Niektóre mówią, że pojechały w podróż, o której zawsze marzyły, ale nigdy to nie był ten czas. Myślę, że mimo wszystko takie doświadczenie uczy, że życie mamy jedno i może nie być tego „później". Uczy odwagi w życiu i walki o siebie i o swoje marzenia bez względu na okoliczności.

„Dziś jest dziś, wczoraj już było, a jutra może nie być". Nie robię już dalekosiężnych planów, żyję chwilą. Cieszę się z małych rzeczy – że świeci słońce, że jest ładna pogoda, że jest ciepło" – zwierza się jedna z internautek. Czego uczy się Pani od swoich pacjentek?

Od moich pacjentek, a muszę przyznać, iż mam szczęście do spotykania w swoim gabinecie cudownych kobiet, uczę się przede wszystkim cierpliwości, której mi brakuje, a której trzeba mieć bardzo dużo będąc osobą chorą. Pewnych rzeczy się nie przyspieszy, trzeba je po prostu zaakceptować i przez nie przejść. Poza tym uczę się zrozumienia, że czasami wybuch frustracji czy złości nie jest wymierzony we mnie personalnie a jest po prostu krzykiem rozpaczy, na który też czasami trzeba pacjentowi pozwolić. Dla mnie osobiście najważniejsze jest to, że dzięki swojej pracy nauczyłam się pewne sprawy odpuszczać i cieszyć z małych rzeczy i z tego, że po prostu jestem tu i teraz, czego wszystkim Państwu życzę.

Dziękuję bardzo za rozmowę
Monika Mikołajczuk

Dr n. med. Aleksandra Konieczna

Absolwentka Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, lekarz specjalista onkologii klinicznej. Posiada tytuł naukowy doktora nauk w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Na co dzień pracuje jako starszy asystent w Klinice Nowotwór Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie. Główne zainteresowania medyczne dotyczą zagadnień związanych z nowotworami piersi oraz podejścia interdyscyplinarnego do pacjenta i jego schorzeń. Jest członkiem towarzystw naukowych PTOK, ESMO, ASCO, SIOG.

MODLITWA O SYNA, ABY POKONAŁ GUZA MÓZGU

WZNOWA! Guz nie odpuszcza!

Pod koniec sierpnia tego roku Igor obudził się z bardzo silnym bólem głowy. Ogromny strach... czy to możliwe, że ten potwór ponownie daje o sobie znać?? Przecież było już tak dobrze...

NIESTETY, los zadał nam kolejny cios. Wynik rezonansu załamał nas – pojawiła się WZNOWA!

Nasze serca rozsypały się na miliony kawałków... Konieczna była natychmiastowa operacja, która odbyła się 30.08.2023 r. w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. Ponownie rozpoznano Pleomorphic xanthoastrocytoma (PXA), ale o wyższym stopniu złośliwości.

GUZ - po raz drugi zaatakował podstępnie... bezlitośnie... znienacka, przynosząc nieopisany strach, ból i cierpienie. Nastąpiła gwałtowna i bardziej złośliwa progresja guza, z WHO G2 na WHO G3. Została również stwierdzona mutacja genetyczna genu BRAV-V600E.

Po konsultacjach z lekarzami w CZD w Warszawie oraz wybitnym hematologiem i onkologiem dziecięcym - profesorem Mohamedem Abdelbakim ze Stanów Zjednoczonych, dowiedzieliśmy się, iż nadzieją na skuteczną walkę z guzem jest radioterapia, a następnie terapia celowana lekami, które mają ochronić syna przed kolejną wznową. Leczenie jest nierefundowane, ogromny koszt rocznej terapii wynosi ponad 300 tys. zł., dochodzą też koszty dodatkowych badań i konsultacji.

Widząc, jak niepewna i nieprzewidywalna jest przyszłość w starciu z tak brutalnym wrogiem, jakim jest nowotwór mózgu, chcemy także zabezpieczyć przyszłość syna, gdyby guz, mimo leczenia, dał o sobie ponownie znać.

Obecnie Igor jest w trakcie radioterapii, po której zakończeniu potrzebne będzie wdrożenie terapii celowanej. Boimy się, co przyniesie kolejny dzień, tydzień, miesiąc... Tak bardzo chcemy, aby Igor mógł wrócić do zdrowia i normalnego życia.

PROSIMY,

POMÓŻCIE NAM DALEJ WALCZYĆ O IGORA!
DZIĘKUJEMY ZA OKAZANE SERCE!
WASZE WSPARCIE DODAJE NAM SIŁ...

HISTORIA IGORA:

Pisząc tę historię, czuję w gardle kamień, a łzy płyną ciurkiem po policzkach...

Igor to wrażliwy, ambitny, pełen optymizmu i pasji 17-latek. Kocha przyrodę, jest uzdolniony plastycznie, ma plany na przyszłość i marzenia. Dotąd nasze życie wyglądało dość zwyczajnie, nigdy nie było większych problemów ze zdrowiem. W najczarniejszych koszmarach nie spodziewalibyśmy się, że przyjdzie nam się zmierzyć z tak trudnym przeciwnikiem, jakim jest guz mózgu.

Kiedy pod koniec czerwca tego roku Igor zaczął skarżyć się na ból głowy, nic nie wskazywało na to, że dzieje się coś niedobrego. Jednak, gdy ból stał się nieznośny, trudny do opanowania, doszły nudności i wymioty, zaczęliśmy szybko szukać pomocy. Pojecha-

Pomóc Igorowi można dokonując wpłaty na konto:
Fundacja Pomocy Dzieciom i Osobom Chorym Kawałek Nieba
Santander Bank **31 1090 2835 0000 0001 2173 1374**
Tytułem: 3320 pomoc dla Igora Trochimiuka

Wpłaty zagraniczne – foreign payments to help Igor:
Fundacja Pomocy Dzieciom i Osobom Chorym Kawalek Nieba
PL31109028350000000121731374 swift code: WBKPPLPP
Santander Bank, Title: 3320 Help for Igor Trochimiuk

Aby przekazać 1% podatku dla Igora:

należy w formularzu PIT wpisać **KRS 0000382243**
oraz w rubryce "Informacje uzupełniające" -
cel szczegółowy 1% wpisać:
3320 pomoc dla Igora Trochimiuka

liśmy do neurologa, który po przeprowadzonym wywiadzie, od razu skierował syna na oddział szpitalny. Wykonano tomografię komputerową głowy, która wykazała podejrzenie guza lito-torbielowatego. Byłam przerażona tym, co usłyszałam, a jednak wciąż pełna wiary i nadziei, że to jednak nic poważnego...

W tempie błyskawicznym, w celu dalszej diagnostyki i leczenia syn został przewieziony karetką do Centrum Zdrowia Dziecka. Kolejny szpital i czekanie na diagnozę. Wynik rezonansu magnetycznego potwierdził najgorsze - w głowie mojego syna znajduje się duży guz mózgu. Nadzieja bardzo szybko prysła... To było jak zły sen. Strach i ogromny ból był nie do opisania, a obok tego mój dzielny, pełen optymizmu syn, który aby mnie uspokoić, przytulił i powiedział - „wszystko będzie dobrze mamo”... Niesamowite jak młody człowiek w obliczu takich tragicznych wiadomości może być tak spokojny, pełen nadziei, a zarazem silny i tę siłę chce jeszcze przekazać rodzicowi.

11 lipca 2022 roku przeprowadzono operację usunięcia guza. To nieprawdopodobnie straszne uczucie, kiedy odprowadzasz dziecko na salę operacyjną, ściskając jego dłoń i prosisz Boga, by wszystko się udało, by twoje dziecko mogło jeszcze żyć. Na szczęście operacja przebiegła bez komplikacji, a guz został usunięty. Badanie histopatologiczne materiału pooperacyjnego wykazało złośliwy nowotwór mózgu - żółtakogwiaździak pleomorficzny.
Teraz Igor jest już w domu, nabiera sił. Przed nami dalsze badania, konsultacje i szukanie drogi leczenia w Polsce i za granicą.

Nie wiemy, co będzie dalej, ale bardzo chcemy wygrać tę walkę i mocno wierzymy, że tak będzie!
Za każdą pomoc i modlitwę z całego serca dziękujemy!

Ewelina, mama Igora

MALUTKI JAŚ I NOWOTWÓR W OBU OCZKACH

Na początku września 2021 r. u naszego synka Jasia zauważyliśmy z żoną, że jego lewe oczko jest bardzo czerwone. Trafiliśmy na ostry dyżur w Centrum Zdrowia Dziecka w Międzylesiu i tam już zostaliśmy. Badania i rozpoznanie wykazały to, co najgorsze. Siatkówczak obustronny – nowotwór złośliwy. Synkowi usunięto lewe oczko. Ma epiprotezę, która jest co dwa miesiące powiększana w Łodzi. Leczenie i dojazdy wiążą się z dużymi kosztami.

Drugie oczko synka jest również chore na nowotwór. Razem z żoną bardzo to przeżywamy i martwimy się o naszego synka. Tylko Bóg Miłosierny wie ile łez wylewamy każdego dnia. Wiara i modlitwa dodaje nam sił do życia.

Synek jest pod opieką lekarzy onkologii i okulistyki. Ma dojście do żył poprzez wszyty port, który co trzy tygodnie musi być przepłukiwany. Co trzy dni synkowi wyjmujemy z oczka na noc epiprotezę w celu dezynfekcji. Jaś to strasznie przeżywa, a my z nim.

PROSIMY O POMOC,

ABY URATOWAĆ WZROK
W JEGO JEDYNYM OCZKU - PRAWYM.

Pomóc Igorowi można dokonując wpłaty na konto:
Fundacja Pomocy Dzieciom i Osobom Chorym Kawałek Nieba
Santander Bank 31 1090 2835 0000 0001 2173 1374
Tytułem: 3298 pomoc dla Jasia Kamoli

Wpłaty zagraniczne – foreign payments to help Igor:
Fundacja Pomocy Dzieciom i Osobom Chorym Kawalek Nieba
PL31109028350000000121731374 swift code: WBKPPLPP
Santander Bank, Title: 3298 Help for Jas Kamola

Aby przekazać 1% podatku dla Jasia:

należy w formularzu PIT wpisać KRS 0000382243
oraz w rubryce "Informacje uzupełniające" -
cel szczegółowy 1% wpisać:
3298 pomoc dla Jasia Kamoli

Źródło: Fundacja Kawałek Nieba

PRAWNE ASPEKTY

ZAPRZESTANIA UPORCZYWEJ TERAPII

Zagadnienie zaprzestania uporczywej terapii z pewnością może wywoływać wiele emocji oraz kontrowersji, dotyczy bowiem niezwykle istotnego oraz trudnego tematu - umierania człowieka. Zaprzestanie uporczywej terapii bywa często mylone z pojęciem eutanazji, co również utrudnia dyskusję w tym temacie oraz udzielenie odpowiedzi na pytania o legalność różnych działań podejmowanych przez lekarzy oraz innych przedstawicieli zawodów medycznych.

Poniżej zaprezentowane zostało opracowanie na temat tego, w jaki sposób przedstawiają się regulacje dotyczące zaprzestania uporczywej terapii w Polsce.

I. UPORCZYWA TERAPIA – DEFINICJA

W polskim ustawodawstwie nie istnieje definicja legalna pojęcia „uporczywa terapia". Żaden z obowiązujących przepisów prawa nie wskazuje bowiem, jakie konkretnie czynności wchodzą w jej zakres.

W określeniu, czym jest uporczywa terapia, pomocne są zatem głosy różnych instytucji, etyków, lekarzy oraz prawników. Przykładowo, Polska Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia w ramach projektu naukowego trwającego w 2008 r. zaproponowała następującą definicję uporczywej terapii: ***jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które tylko przedłuża jego umieranie wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta.***

Mając na uwadze przywołaną powyżej definicję, uznać należy, że uporczywa terapia polega na podejmowaniu działań, które są nieproporcjonalne oraz nieskuteczne w kontekście zdrowia pacjenta. Prowadzenie uporczywej terapii wiąże się z nadzwyczajnością podejmowanych środków, które łączą się z cierpieniem i bólem pacjenta, a w konsekwencji naruszeniem jego godności.

II. CZY LEKARZ MOŻE ODSTĄPIĆ OD PROWADZENIA UPORCZYWEJ TERAPII?

Podstawowym obowiązkiem lekarzy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom z należytą starannością oraz aktualną wiedzą medyczną. Lekarze w sposób szczególny są zobowiązani do pomocy innym osobom znajdującym się w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia bądź zdrowia. Przedmiotowe obowiązki lekarza nie mają jednak bezwzględnego charakteru.

Wskazać w tym miejscu należy, że zgodnie z art. 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej (czyli zbiorem etycznych zasad, do których przestrzegania zobowiązują się lekarze) lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii oraz stosowania środków nadzwyczajnych. **Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych.**

Biorąc pod uwagę powyższe należy uznać, że lekarz ma prawo odstąpić od leczenia, które jest uciążliwe dla pacjenta i nigdy nie doprowadzi do poprawy jego stanu zdrowia, a jedynie przedłuży doznawane cierpienie. Wskazuje się bowiem, że zaprzestanie uporczywego leczenia stanowi de facto przejaw poszanowania godności pacjenta i realizuje prawo do umierania w spokoju i godności, które opisane zostało w art. 20 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Lekarz ma w szczególności obowiązek zaprzestania uporczywej terapii w sytuacji, gdy pacjent w pełni świadomy oraz dobrowolny sposób odmówił podejmowania bezskutecznych prób leczenia. Obowiązek taki wystąpi również w sytuacji, kiedy pacjent po złożeniu właściwego oświadczenia stracił możliwość podejmowania świadomych decyzji. Pacjent ma bowiem prawo do wyrażenia odmowy na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych na podstawie art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

III. ZAPRZESTANIE UPORCZYWEJ TERAPII A EUTANAZJA

Od pojęcia zaprzestania uporczywej terapii odróżnić należy eutanazję (zabójstwo eutanatyczne).

Eutanazja jest bowiem przestępstwem określonym w art. 150 kodeksu karnego. Zgodnie z przedmiotowym przepisem: ***Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. W wyjątkowych wypadkach sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.***

EUTANAZJA jest działaniem (bądź zaniechaniem) polegającym na celowym pozbawieniu życia osoby cierpiącej na chorobę. **W celu zakwalifikowania danego czynu jako zabójstwa eutanatycznego muszą zostać spełnione następujące warunki:**

1. Osoba chora musi świadomie oraz osobiście wyrazić żądanie pozbawienia jej życia;
2. Sprawca czynu musi motywować się współczuciem wobec chorej osoby;
3. Po stronie sprawcy czynu musi wystąpić bezpośredni zamiar spowodowania śmierci chorej osoby.

Warto w tym miejscu podkreślić to, że nie jest przy tym istotne, kto dokona takiego czynu. Przepis ten nie odnosi się bowiem wyłącznie do lekarzy lub przedstawicieli innych zawodów medycznych.

W celu odróżnienia zabójstwa eutanatycznego od zaniechania uporczywej terapii należy zróżnicować sytuację polegającą na żądaniu uśmiercenia wyrażone przez chorą osobę od sprzeciwu wobec udzielania uciążliwych i nieskutecznych świadczeń zdrowotnych, przedłużających jedynie cierpienie. W przypadku eutanazji celem jest bezpośrednie spowodowanie śmierci osoby chorej. Poprzez zaprzestanie uporczywej terapii nie dąży się natomiast do skrócenia ani wydłużenia życia pacjenta, a jedynie do ochrony przed dodatkowym, niepotrzebnym bólem.

Wskazać zatem należy, że lekarz powstrzymujący się od prowadzenia uporczywej terapii nie popełnia przestępstwa zabójstwa eutanatycznego.

PODSUMOWANIE

Uporczywa terapia polega na podejmowaniu nieproporcjonalnych oraz nieskutecznych działań wobec pacjenta, które w konsekwencji prowadzą jedynie do wydłużenia jego cierpienia. W związku z tym lekarz ma prawo odstąpić od udzielania świadczeń zdrowotnych, które są uciążliwe dla pacjenta i nigdy nie doprowadzą do poprawy jego stanu zdrowia. Zaprzestanie uporczywej terapii nie stanowi przestępstwa eutanazji. Zabójstwo eutanatyczne polega bowiem na celowym pozbawieniu życia chorego człowieka, na jego żądanie oraz pod wpływem współczucia.

Aleksandra Łukasiuk
prawnik
Kancelaria Radcy Prawnego
Piotr Łukasiuk

Lawinowy wzrost zakażeń wirusem HIV w Polsce

Z danych GIS wynika, że w 2022 r. zarejestrowano w Polsce rekordową i nienotowaną dotychczas liczbę zakażeń HIV - **2380 przypadków**, czyli dwukrotnie więcej niż rok wcześniej. Tymczasem wciąż niewielki odsetek Polaków robi test na obecność wirusa. W Światowym Dniu Walki z AIDS, który obchodzony jest 1 grudnia, przypominamy naszym Czytelnikom najważniejsze informacje na ten temat.

HIV to ludzki wirus upośledzenia (niedoboru) odporności. Może wywołać zespół nabytego upośledzenia odporności – AIDS. Problem HIV i AIDS na świecie jest jednym z głównych problemów zdrowia publicznego. Według danych UNAIDS pod koniec 2016 r. na świecie żyło około 36,7 milionów osób z HIV/AIDS.

W Polsce wirusem HIV zakażają się przede wszystkim osoby młode. W 2016 roku wśród nowo zakażonych zdecydowanie dominowali mężczyźni (87%). Osoby, wśród których rozpoznano zakażenie HIV, to:

- 33% w wieku 20-29 lat – 417 przypadków zakażenia HIV,
- 38% w wieku 30-39 lat – 478 przypadków,
- 6% miało 40-49 lat – 194 osoby.

Drogi zakażenia wirusem HIV

Najczęstszymi powodami zakażenia są brak wiedzy na temat możliwych dróg zakażenia oraz ignorowanie ryzyka.

Trzy główne drogi zakażenia

- kontakty seksualne (waginalne, analne, oralne) z penetracją oraz kontaktem z materiałem potencjalnie zakaźnym – sperma, preejakulat i wydzielina z pochwy bez zastosowania zabezpieczenia (prezerwatywy);
- gdy krew zakażonej osoby trafi do naszego krwiobiegu, np. przez używanie tych samych igieł i strzykawek;
- zakażenia wertykalne – matka zakażona HIV może zakazić swoje dziecko w czasie ciąży, porodu lub podczas karmienia piersią.

Jak uniknąć zakażenia HIV

Zakażeniu HIV można zapobiec. Jeśli zdarzyła ci się sytuacja, podczas której wystąpiło ryzyko zakażenia, natychmiast zgłoś się do najbliższego szpitala zakaźnego. Takie sytuacje to m.in.:

- kontakt z krwią osoby zakażonej HIV, np. po zakłuciu nieznaną igłą,
- przemoc seksualna.

Wykaz placówek znajdziesz na stronie www.aids.gov.pl w zakładce Ekspozycja na HIV

Im szybciej przyjmiesz leki (najlepiej w ciągu 2 – 3 godzin po zdarzeniu), tym większą masz szansę na pozbycie się wirusa z organizmu i uniknięcie zakażenia. Po 48 godzinach jest już za późno na podanie leków.

PAMIĘTAJ

- Zachowaj ostrożność, gdy ktoś się skaleczy.
- Zabiegi kosmetyczne i tatuaże wykonuj tylko u wykwalifikowanych osób, w sprawdzonych miejscach.
- Nie pożyczaj maszynki do golenia, szczoteczki do zębów i innych przyborów kosmetycznych.
- Jeśli używasz strzykawek i igieł – upewnij się, czy są sterylne.
- Unikaj przygodnych kontaktów seksualnych.

Pamiętaj! W czasach, gdy istnieje skuteczna terapia antyretrowirusowa, wiedza o drogach zakażenia HIV ratuje życie!

Fakty dotyczące zakażenia HIV

Nie zakazisz się HIV:

- mieszkając z osobą zakażoną;
- korzystając ze wspólnych talerzy, szklanek, sztućców;
- korzystając z tej samej łazienki (należy używać własnej szczoteczki do zębów i maszynki do golenia);
- korzystając ze wspólnej toalety;
- uprawiając sport, np. na basenie;
- przez kichnięcie czy kasłanie;
- przez ukąszenie komara (wirus w ciele komara ulega zniszczeniu);
- poprzez dotyk, czy pocałunki;
- poprzez pot, ślinę, łzy, mocz czy kał (jeśli nie ma domieszki krwi);
- oddając krew (w Polsce używa się wyłącznie jednorazowego sprzętu);
- podczas kontaktów towarzyskich i zawodowych.

Test na HIV

Zakażenie HIV może nie powodować charakterystycznych objawów ani dolegliwości przez wiele lat. W tym czasie nawet w badaniach okresowych (wykonywanych np. do pracy) lub w badaniach podstawowych może nie być żadnych odchyleń od normy. Jedynym sposobem, aby to sprawdzić, jest wykonanie testu na HIV.

Gdzie zrobisz test na HIV

W każdym województwie działają punkty konsultacyjno-diagnostyczne (PKD), w których zrobisz test bez skierowania, bezpłatnie i anonimowo. W PKD możesz także skonsultować się z doradcą, który rozwieje twoje wątpliwości i poinformuje cię, np. jak się zachowywać, aby nie narazić na zakażenie HIV siebie i innych.

Na czym polega test na HIV

Test polega na badaniu próbki krwi pobranej zazwyczaj z żyły w zgięciu łokciowym. Następnie próbka trafia do laboratorium, gdzie sprawdza się, czy występują w niej:

- przeciwciała anty-HIV, które wytwarzają się w organizmie osoby zakażonej, aby walczyć z wirusem,
- antygen p24, który również wskazuje na obecność HIV.

Są to testy III i IV generacji. Wyniki testów wykonanych w PKD często są znane już następnego dnia, niekiedy 2-3 dni później. Aby wykonać test, nie musisz być na czczo.

WYNIK NEGATYWNY

Wynik negatywny (ujemny) oznacza, że prawdopodobnie nie jesteś zakażony wirusem. Jednak 100% pewności uzyskasz dopiero, gdy od potencjalnego zakażenia do zrobienia testu minęły przynajmniej 3 miesiące. Dlatego właściwy termin wykonania testu powinieneś ustalić z lekarzem lub doradcą z punktu konsultacyjno-diagnostycznego.

WYNIK POZYTYWNY

Pozytywny (dodatni) wynik testu należy zawsze potwierdzić testem potwierdzenia (np. Western blot). Dopiero pozytywny wynik testu potwierdzenia oznacza zakażenie. Wówczas musisz jak najszybciej zgłosić się do lekarza specjalisty, który zajmuje się leczeniem osób z wirusem HIV.

Jeśli sądzisz, że możesz być zakażony HIV, powinieneś skontaktować się z doradcą w punkcie konsultacyjno-diagnostycznym.

FAKTY I MITY O HIV I AIDS

1. CZY TO PRAWDA, ŻE PROBLEM AIDS NALEŻY JUŻ DO PRZESZŁOŚCI?

NIE, to nieprawda. Na świecie każdego dnia zakaża się około 6 tys. osób, a około 4,5 tys. osób umiera z przyczyn związanych z HIV/AIDS. W Polsce każdego roku wykrywanych jest kilkaset zakażeń HIV. To znaczy, że codziennie w Polsce 2-3 osoby dowiadują się o zakażeniu HIV. W większości są to osoby młode.

Dostępne obecnie leki antyretrowirusowe poprawiają jakość życia osób zakażonych HIV. Jednakże leczenie antyretrowirusowe musi być kontynuowane do końca życia osoby zakażonej. Leki powodują też działania uboczne. Niektóre z późnych działań ubocznych powodują zmianę wyglądu zewnętrznego, niektóre z nich mogą być także niebezpieczne dla życia. Nie jest więc prawdą pogląd, iż teraz – skoro są leki – nie trzeba bać się HIV i nie trzeba stosować zabezpieczeń np. w kontaktach seksualnych.

2. CZY NAPRAWDĘ KAŻDY MOŻE ZAKAZIĆ SIĘ HIV LUB MIEĆ AIDS?

TAK. Każdy, bez względu na pochodzenie rasowe, religię lub orientację seksualną, jeśli prowadzi życie seksualne lub ma kontakt z zakażoną HIV krwią może nabyć zakażenie HIV. Ani płeć, ani wiek, ani wykonywany zawód czy spełniane powołanie nie chronią przed zakażeniem. Przed zakażeniem chroni znajomość dróg zakażenia i stosowanie metod zmniejszających ryzyko zakażenia.

3. CZY HIV PRZENOSI SIĘ PODCZAS SEKSU ORALNEGO?

Pewne ryzyko istnieje. W pierwszych latach epidemii AIDS sądzono, iż seks oralny jest bezpieczny. Obecnie wiadomo już, że pewne ryzyko istnieje: błona śluzowa jamy ustnej jest wrażliwa na zakażenie. Bardziej ryzykowne są sytuacje, w których do jamy ustnej dostaje się nasienie, które zwykle zawiera więcej wirusa, niż wydzieliny narządów płciowych kobiety. Ryzyko zakażenia w takim kontakcie jest mniejsze, niż w przypadku kontaktu waginalnego. Jednak w literaturze medycznej opisano przypadki zakażeń HIV, do których doszło w następstwie kontaktów oralnych. Kontakty oralne pociągają za sobą także ryzyko zakażenia innymi chorobami, m. in. kiłą, rzeżączką.

4. CZY PREZERWATYWY ZMNIEJSZAJĄ RYZYKO ZAKAŻENIA HIV?

Prezerwatywy stanowią barierę między płynami zakaźnymi a błonami śluzowymi. **Prezerwatywy znacząco zmniejszają ryzyko zakażeń** przenoszonych drogą płciową, w tym HIV. Należy jednak pamiętać, że powinny być dobrej jakości, właściwie użyte, konsekwentnie i stale stosowane – zarówno w kontaktach heteroseksualnych, jak i homoseksualnych.

Warunkiem skuteczności prezerwatyw jest właściwy sposób:

- otwarcia opakowania (nie należy używać w tym celu ostrych narzędzi),
- przechowywania (niewskazane jest na przykład noszenie w tylnej kieszeni spodni, lub narażanie na duże wahania temperatury otoczenia),
- założenia przed rozpoczęciem kontaktu seksualnego i zdjęcia po jego zakończeniu.

Ważne jest także sprawdzenie daty przydatności przed użyciem.

Niepowodzenia związane z używaniem prezerwatyw wynikają zazwyczaj z błędów popełnianych przez ich użytkowników, a nie z wadliwości materiału, z którego są wykonane.

5. CZY PRZYCZYNĄ AIDS NAPRAWDĘ JEST HIV?

TAK. HIV powoduje stopniowe niszczenie układu immunologicznego (odpornościowego) osoby zakażonej aż do rozwinięcia się zespołu różnych infekcji i rodzajów nowotworów, który nazywamy AIDS.

Istnieje jednak niewielka grupa uczonych, głównie zajmujących się naukami podstawowymi w medycynie, a nie pacjentami, którzy negują związek przyczynowo skutkowy między HIV a AIDS. Takie poglądy do niedawna były uznawane oficjalnie w Republice Południowej Afryki. Efektem jest to, że liczba zakażeń okołoporodowych dzieci i zgonów spowodowanych AIDS rośnie w tym kraju dramatycznie. Istnieją dane mówiące, iż około 25% młodych ludzi w RPA zakażonych jest HIV; częściej dotyczy to kobiet.

6. CZY MOŻLIWE JEST WYLECZENIE HIV?

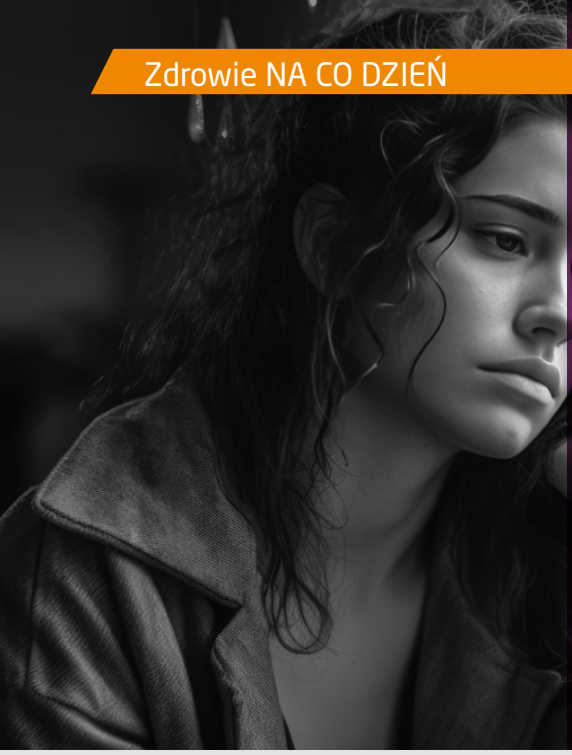
NIE. Leki antyretrowirusowe nie są w stanie usunąć wirusa z organizmu osoby zakażonej, jednak hamują namnażanie się wirusa i zwalniają przebieg zakażenia.

dr n. med. Dorota Rogowska-Szadkowska
Źródło: Krajowe Centrum ds. AIDS

Więcej informacji uzyskasz dzwoniąc pod telefony zaufania HIV/AIDS (połączenie płatne tylko za pierwszą minutę):
22 692 82 26 • 801 888 448

Zobacz również:
- Krajowe Centrum ds. AIDS
- Lista punktów konsultacyjno-diagnostycznych jest dostępna w serwisie Krajowego Centrum ds. AIDS

Źródło: www.gov.pl



Kiedy Twoje dziecko się samookalecza

Według badań, przeprowadzonych przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę, 16 proc. nastolatków w Polsce się okalecza. O czym świadczą te dane?

Na pewno są to niepokojące doniesienia… Można sobie wyobrazić, że 16% w klasie 30-osobowej to niemal 5 osób. Alarmujące.

W psychologii coraz częściej odchodzi się od pojęcia „samookaleczanie" na rzecz „samouszkadzania". Czy to nie są tożsame pojęcia i skąd taka tendencja?

Faktycznie od około 20 lat dużą wagę przykłada się w środowisku, by z uwagą i świadomością używać nazw zjawisk, o których rozmawiamy. Okaleczenie jest definiowane jako poważny uszczerbek na zdrowiu. Według słownika języka polskiego „okaleczyć": „to spowodować czyjeś kalectwo lub uraz psychiczny". Badacze tematu (np. Connors, 2000; Simeon i Favazza, 2001) są zdania, że termin „samookaleczenie" jest zbyt skrajny. Uważają oni, że w przypadku większości osób, które dokonują samouszkodzeń, jest to zachowanie związane z radzeniem sobie z dyskomfortem psychicznym. A więc, że jest to jakaś próba poradzenia sobie, przystosowania się do trudnej sytuacji. Twierdzą również, że większość ran zadawanych samemu sobie nie przynosi poważnego uszczerbku na zdrowiu.

Jak zatem psychologia definiuje to pojęcie? Czym jest samouszkodzenie (będę używać zamiennie z samookaleczeniem)?

Samouszkodzenie to takie zamierzone, przeprowadzone z własnej woli i stanowiące niewielkie zagrożenie dla życia uszkodzenie własnego ciała, które nie jest akceptowalne społeczne, a jest dokonywane w celu zmniejszenia dyskomfortu psychicznego i/lub zakomunikowania o nim. Innymi słowy łagodniejsze nazewnictwo ma przenieść ciężar i uwagę z uszczerbku fizycznego, który nie jest tak duży, by zagrażał życiu czy zdrowiu ani nie pozostawia trwałych uszczerbków, na ból psychiczny. Celem samouszkodzenia nie jest niszczenie ciała czy doprowadzenie do śmierci, a radzenie sobie z nieznośnymi stanami emocjonalnymi.

Jakie są najczęstsze sposoby samookaleczeń? Czy chłopcy okaleczają się inaczej niż dziewczęta?

Z badań nad zjawiskiem wynika, że różnica między płciami jest taka, że okalecza się ok. 3 razy więcej dziewcząt niż chłopców. Łączy się to z większymi zmianami w ciele, których doświadczają dziewczęta w czasie dojrzewania. Sposoby zadawania sobie bólu są raczej niezależne od płci, ale można wymienić kilka charakterystycznych rodzajów samouszkodzenia. Wśród młodzieży najczęstsze są uszkodzenia kompulsywne i impulsywne. Kompulsywne polegają na wyrywaniu sobie włosów z głowy, wyciskaniu skóry, skubaniu i drapania zmian skórnych. Impulsywne samouszkodzenie to nacinanie skóry ostrymi narzędziami, przypalanie skóry, zadawaniu sobie ciosów, drapaniu się, gryzieniu, nakłuwaniu ciała. Najbardziej robionymi rejonami ciała są ramiona, przedramionach i uda.

Zanim dostrzeżemy bezpośrednie objawy samookaleczeń, młoda osoba wysyła sygnały ostrzegawcze. Jakie to są sygnały?

Niepokojącymi sygnałami, na które warto zwrócić uwagę, są na pewno blizny i zadrapania, skaleczenia szczególnie o niewiadomym pochodzeniu, a także ślady krwi na ubraniach. Mogą pojawić się też częstsze niż dotychczas opatrunki. Niepokojące jest noszenie ubrań z długimi rękawami i nogawkami, szczególnie w okresie letnim oraz niechęć do przebierania się w czasie wuefu. Kolejną czerwoną lampką powinno być dla nas noszenie przez nastolatka przy sobie ostrych narzędzi (żyletek, pinezek, agrafek) oraz spędzanie długiego czasu w miejscach odosobnionych, np. w toalecie.

Zachowania autoagresywne są tylko objawem, a nie zaburzeniem psychicznym samym w sobie. Co chcą nam powiedzieć osoby, które świadomie siebie ranią?

Specjaliści uznają samouszkodzenia za akt komunikacji z otoczeniem, chęć zwrócenia uwagi na swój stan, wołanie o pomoc. W wielu przypadkach osoby, które się okaleczają, odczuwają z tego powodu ogromny wstyd, jednak nie mają innego sposobu na zakomunikowanie swojego trudnego położenia.

„Kiedy cierpisz psychicznie, nie wiesz, gdzie jest źródło bólu. Jest ono wszędzie. Kiedy się potnę, przynajmniej mogę się zorientować, skąd przychodzi ból. Ból fizyczny jest mniejszy od tego psychicznego. Łatwiej go znieść" – to fragment pamiętnika nastolatka, który się okalecza. Jaki musi być ten psychiczny ból, by „niwelować" go cięciem się żyletką czy wkładaniem dłoni do ognia…

Dokładnie w taki sposób osoby samouszkadzające się mówią o swoich odczuciach. Choć może to być trudne do zrozumienia, ból fizyczny jest łatwiejszy do kontrolowania, pozwala odzyskać poczucie wpływu,

kiedy życie przerasta. Nad stanami emocjonalnym może być trudniej zapanować, nad doświadczeniami takimi jak trudne dzieciństwo czy doznane krzywdy młody człowiek zupełnie nie ma kontroli. Zadawanie sobie bólu fizycznego to czasami jedyny ratunek, by dać sobie ulgę. O tym, jak bardzo się zranię, czym to zrobię, decyduję sam. Oczywiście jest to sposób daleko szkodliwy i należy młodzieży pomóc szukać innych metod radzenia sobie z bólem psychicznym. Jednak świadomość tego, że jest to próba samopomocy a nie złe zachowanie czy chęć dokuczenia dorosłym, może pomóc nam spojrzeć na to zjawisko z większą empatią. Obecność w życiu młodych osób opiekunów, rodziców i ich wsparcie, nieoceniające towarzyszenie w tych doświadczeniach, które młodzież przerastają, to szalenie ważna sprawa. A jeśli tylko zaistnieje potrzeba, należy zwrócić się o profesjonalne wsparcie lekarza psychiatry czy psychologa, psychoterapeuty.

Samookaleczanie nastolatków często współwystępuje z samobójstwami. Jak wyróżnić wśród samookaleczeń ryzyko samobójcze?

Samo uszkadzanie ciała, tak jak mówiliśmy, ma na celu redukcję napięcia psychicznego i nie jest nakierowane na odebranie sobie życia. Raczej jest to próba łagodzenia bólu, które życie przynosi i próba sprawienia, by życie było bardziej znośne. Ale oczywiście przedłużające się napięcia emocjonalne, o których młody człowiek próbuje zakomunikować światu, zadając sobie rany, mogą doprowadzić do stanów depresyjnych czy kryzysów emocjonalnych, gdzie pojawią się myśli oraz próby samobójcze. Jako rodzice czy nauczyciele, rodzina samouszkadzającej się młodej osoby mamy prawo czuć się przerażeni i nie potrafić ocenić ryzyka. Ważne, by nie popadać w panikę i dać dziecku jasny sygnał, że zauważyliśmy jego ból i dokonamy wszelkich starań, by mu pomóc.

Jak zatem ma zachować się rodzic, który zauważy, że jego dziecko się samookalecza? Czego nie powinien mówić dziecku?

Tak jak mówiłam, choć to może być ekstremalnie trudne, na początek warto uspokoić swoje emocje i podejść z możliwie największym spokojem do tego niepokojącego odkrycia. Ważne, by dziecko poczuło, że jest zauważone, że choć samo sobie nie potrafi poradzić, wokół są silni dorośli, którzy się nim zaopiekują. Wspierające są komunikaty o tym, że każdemu może zdarzyć się, że nie poradzi sobie z emocjami, że wszystko, co czuje dziecko, ma prawo czuć i że nawet z największych kryzysów można wyjść. Warto podkreślać swoją gotowość do bycia z dzieckiem i chęć rozmowy na każdy temat, który jest dla dziecka ważny. Innymi słowy, staramy się wyraźnie pokazywać dziecku, że ma prawo do słabości i kryzysu i że jesteśmy w gotowości, by pomóc mu poczuć się lepiej. W żadnym wypadku nie wolno dziecka zawstydzać, karać, krzyczeć, wypominać, że sprawia problemy czy wyśmiewać lub bagatelizować. Nie należy też zniechęcać się, jeśli dziecko nie od razu przyjmie naszą pomoc i nie obrażać się, jeśli będzie odpychające czy niewspółpracujące. Bycie z nim nawet w takich warunkach jest bardzo ważnym sygnałem o bezwarunkowej miłości.

Gdzie znajdziemy pomoc w takich sytuacjach?

Pomoc można znaleźć w wielu miejscach. Jeśli chcemy jako rodzice wzmocnić się, by skutecznie wspierać nasze dziecko, warto skorzystać z konsultacji rodzicielskich. Dziecko może uzyskać pomoc psychoterapeutyczną i psychiatryczną w ośrodkach dedykowanych dla dzieci i młodzieży. Cenna może okazać się także terapia rodzinna, gdzie wszyscy razem mogą zastanowić się nad kondycją relacji między członkami rodziny i poszukać sposobów wyjścia z kryzysu.

Na czym polega terapia i jak wyjść z błędnego koła samookaleczeń?

Myślę, że ważnymi wątkami terapii osób samouszkadzających się jest nauka mówienia o swoich stanach emocjonalnych, identyfikowanie emocji i wyrażanie ich w bezpiecznych warunkach, dawanie przestrzeni do mówienia o swoich potrzebach bez ryzyka spotkania się z krytyką. Z młodzieżą istotna jest też praca nad budowaniem autonomii, oswajanie zachodzących w ciele zmian, szukaniem swoich poglądów, wartości. Ogólnie mówiąc, gabinet terapeuty ma być bezpieczną przystanią, gdzie młody człowiek może uczyć się bycia sobą i troski o siebie w zmieniającym się ciele, chwiejności emocjonalnej czy burzliwych relacjach z rówieśnikami.

O co należy zadbać, aby uchronić dziecko przed autodestrukcją w postaci samookaleczeń? Co jest najważniejsze w prewencji tego problemu?

Tak jak w każdym zaburzeniu emocjonalnym, prewencją jest silna, bezpieczna więź z dzieckiem. Bycie obecnym, szczerze zaangażowanym, gotowym do rozmowy i przyjęcia wszystkich przeżyć dziecka, przyjęciem go takim, jakie jest. Rozmowa o emocjach, dawanie przykładu zdrowego radzenia sobie z emocjami. Pokazywanie już od najmłodszych lat, co może pomóc nam w trudnych stanach emocjonalnych. Taką „apteczkę pierwszej pomocy emocjonalnej" budujemy z dzieckiem

od najmłodszych lat. Jeśli nie udało się jej dotychczas wyposażyć, na szczęście na każdym etapie rozwoju można do tego wrócić i razem ją uzupełniać. Kryzys samookaleczenia może być zaproszeniem do wspólnej pracy z dzieckiem i szansą na wzmocnienie całej rodziny.

Dziękuję bardzo za rozmowę
Monika Mikołajczuk

Adriana Szubielska
psycholog, psychoterapeuta

Pomówmy

O DWUJĘZYCZNOŚCI

Podejmiemy temat **DWUJĘZYCZNOŚCI** szczególnie w odniesieniu do dzieci i do dyscypliny, jaką zajmuje to zjawisko w logopedii, gdyż mając na uwadze fale migracji, jest to dzisiaj zjawisko bardzo powszechne.

Na początku należałoby zadać sobie pytanie, czy aby na pewno każda osoba posługująca się dwoma językami, których przecież można nauczyć się chociażby na lekcjach i opanować w stopniu komunikatywnym/biegłym, na takim samym poziomie, nawet na poziomie znajomości pierwszego języka, może być określana mianem osoby dwujęzycznej. Czy sama znajomość tych języków i posługiwanie się nimi w zależności od potrzeb wystarczy, czyli jak często, w jaki sposób, w jakim wieku należałoby się ich nauczyć, aby mówić o dwujęzyczności. Należałoby dokładnie określić, jak ta znajomość dwóch języków ma wyglądać. Źródła książkowe/naukowe podają m.in. następujące uzasadnienia: mówiący używa wymiennie na co dzień - w zależności od środowiska i sytuacji - dwóch różnych języków.

> Dziecko dwujęzyczne to takie, które albo od urodzenia lub krótko po nim przyswaja równocześnie dwa języki (dwujęzyczność symultaniczna) lub jeśli drugi język został wprowadzony po 3 roku życia (dwujęzyczność sukcesywna).

Czym innym jest przyswajanie drugiego języka (poza ojczystym czy też językiem większości), co odbywa się w sposób naturalny i nieświadomy poprzez swobodny dostęp do wypowiedzi językowych w swoim otoczeniu, a czym innym uczenie się języka np. w szkole (sytuacja stworzona sztucznie i świadomie). Poza tym, bardzo ważne wg J. Cieszyńskiej-Rożek jest „zanurzenie w dwóch kulturach, w dwóch różnych oglądach świata". Chodzi o bardzo bliski kontakt z obydwiema kulturami i ich codziennym doświadczaniem.

Jak wygląda sytuacja językowa u dzieci dwujęzycznych na co dzień i czy ma ona związek z problemami logopedycznymi?

Najczęściej dzieci, mimo posługiwania się dwoma językami na warunkach wymienionych przeze mnie wyżej, i tak mają rozwinięte języki w nierównym stopniu i obserwujemy u nich język dominujący, czyli ten lepiej rozwinięty, który przeważa czasowo i ilościowo w środowisku dziecka. Czasem również zdarza się, że dziecko rozumie dwa języki, ale posługuje się tylko jednym z nich.

Bogactwo słownikowe wcale nie musi być niższe niż u dzieci jednojęzycznych, zależy to od ekspozycji na dany język, również od ogólnego funkcjonowania dziecka i jego ewentualnych trudności poznawczo-językowych.

Przede wszystkim nie można wychodzić z założenia, że dwujęzyczność będzie przyczyną ewentualnego opóźnienia rozwoju mowy. Dziecko dwujęzyczne nabywa mowę w taki sam sposób, w określonych etapach jak dziecko jednojęzyczne.

Nabywanie drugiego języka ma charakter indywidualny i ma na niego wpływ wiele czynników: wiek nabycia drugiego języka (wymowa u dzieci wcześnie dwujęzycznych bywa pozbawiona akcentu), rodzaj kontekstu (język domowy = rozmowy, język otoczenia - edukacja), środowisko językowe (długość i intensywność kontaktu z językiem, osobami posługującymi się w sposób poprawny pod względem gramatycznym, artykulacyjnym itp.), status języka (jeśli jest niski, może wpływać na zaniechanie posługiwania się nim np. przez rodziców, a co za tym idzie jego utratę na rzecz języka większości), struktura pierwszego języka (podobieństwa między językami ułatwia ich opanowywanie i poprawność w posługiwaniu się nimi).

W mowie dzieci dwujęzycznych możemy obserwować sytuację wpływu języków na siebie pod względem słownictwa, gramatyki, wymowy i pisowni. Nie zawsze ma to charakter pozytywny, gdzie elementy języka pełnią podobną funkcję, często wpływa negatywnie: elementy pełnią inną funkcję lub w ogóle nie istnieją w drugim języku. Sytuacją częstą szczególnie u dzieci z obniżoną kompetencją językową jest mieszanie się reguł/kodów języków, co w praktyce oznacza na przykład: uzupełnianie jakiejś luki w wypowiedzi słowem z drugiego języka, użycie konstrukcji składniowej poprawnej tylko dla jednego języka w drugim języku. Mieszanie się języków ma charakter najczęściej przejściowy i dzieci stopniowo budują jego świadomość.

Pracując logopedycznie z dzieckiem dwujęzycznym cały czas należy pamiętać, że opóźniony/zaburzony rozwój nie jest wynikiem posługiwania się więcej niż jednym językiem, należy zawsze odpowiedzieć sobie na pytanie, czy zjawisko patologii mowy da się wytłumaczyć dwujęzycznością.

Deficyty powinny być obserwowane w obydwu przyswajanych językach, tzn. etapy nabywania mowy muszą być opóźnione; występuje: brak lub ograniczone rozumienie, mówienie agramatyczne, z nieprawidłowościami artykulacyjnymi, leksykalnymi itp.), niska kompetencja językowa, zakłócenie funkcji poznawczych.

Diagnoza logopedyczna, podobnie jak w przypadku dziecka jednojęzycznego, powinna być poprzedzona dokładnym wywiadem z rodzicami, dzięki, któremu uzyskamy odpowiedzi na przykładowe pytania: jakie języki dziecko zna, który poznało jako pierwszy, w jakim języku mówi się w domu, jaki język, w jakich sytuacjach, w kontakcie z kim dziecko najczęściej wybiera, w jakim języku dziecko uczy się w przedszkolu/szkole, czy w którymś języku dziecko czyta i pisze, jaki stosunek mają rodzice i dziecko do opanowanych języków itp.

Najkorzystniejszą sytuacją, ale często nie do zrealizowania, byłoby przeprowadzenie diagnozy logopedycznej w obydwu znanych dziecku językach, czasem jest możliwość konsultacji on-line z logopedami lub poprzez tłumaczenie, ale napotyka to na swej drodze wiele ograniczeń.

To, czym najczęściej zajmują się logopedzi, czyli oceną artykulacji, również ma miejsce w przypadku dzieci dwujęzycznych. Dzieci mogą mieć trudności ze słuchem fonematycznym (różnicowaniem głosek podobnie brzmiących), co ma przełożenie na niesłyszenie pewnych cech fonologicznych i samą błędną wymowę. Im odleglejszy jest język rodzimy danego dziecka, tym większe są kłopoty z wymową polskich głosek.

TERAPIA LOGOPEDYCZNA DZIECI BILINGWALNYCH

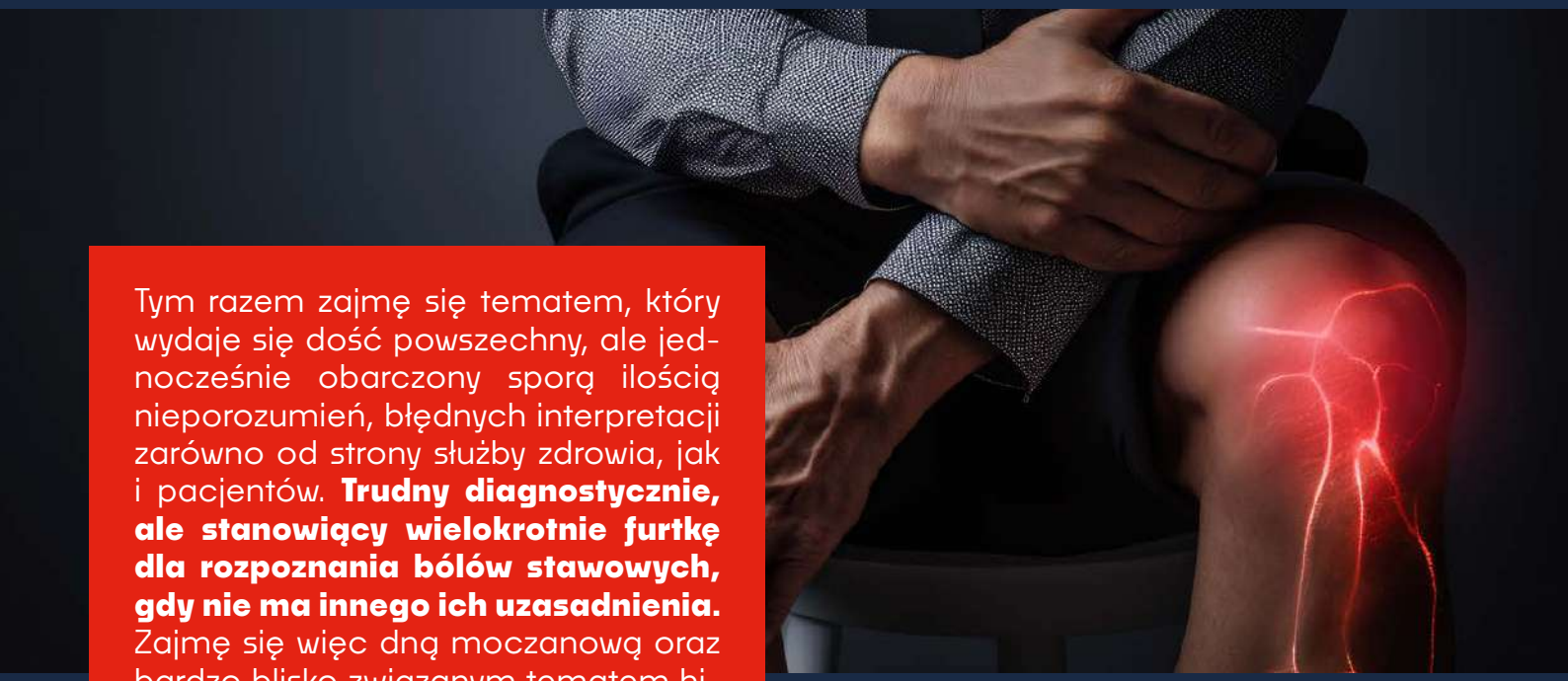
Każde dziecko, które mówi dwoma językami, mieszkające za granicą, gdzie przynajmniej jeden z rodziców mówi po polsku oraz obcojęzyczne znajdujące się w Polsce powinno być pod kontrolą logopedy, jeśli to nie ze względu na terapię, to profilaktykę i fachową stymulację funkcji językowych, szczególnie kontrolę artykulacji. Bardzo ważne jest również kształtowanie umiejętności komunikacyjnych, aby przynajmniej w przeciętny sposób zostały one prawidłowo opanowane. Cele terapii to: rozwijanie funkcji słuchowych, opanowywanie gramatyki, rozwijanie słownictwa, ćwiczenia wyrazistości artykulacyjnej, rozwijanie umiejętności prowadzenia dialogu oraz innych form wypowiedzi.

Wskazówki do komunikacji/pracy z dzieckiem dwujęzycznym dla rodziców, przewodników, terapeutów, nauczycieli, opiekunów itp.:

- Dbaj o prestiż języka polskiego!,
- Pamiętaj o różnicach kulturowych (np. mówienie na „ty" przez dziecko posługujące się językiem angielskim nie jest wynikiem lekceważenia),
- Pozwalaj dziecku na spontaniczność w wypowiedziach,
- W wypowiedziach dziecka nie poprawiaj go za każdym razem, gdy popełni błąd, nie przerywaj, po zakończonej wypowiedzi zbuduj zwrotną wypowiedź do dziecka w sposób prawidłowy,
- Dąż do opanowania przez dziecko języka w sposób komunikatywny, stwarzaj sytuacje w formie zabaw i gier „na niby" w różnych miejscach i okolicznościach, np. w sklepie,
- Spróbuj stworzyć dziennik wydarzeń w dwóch językach opatrzony bogatymi ilustracjami, rysunkami, zdjęciami, schematami, wykresami itp. w celu lepszego zapamiętania przez dziecko słownictwa i gramatyki,
- Szukaj podobieństw fonetycznych w dwóch językach,
- Ucz czytać i pisać, jeśli dziecko jest już na to gotowe, to rób to równocześnie z mówieniem, pozwoli to dziecku na lepsze orientowanie się w świecie i dostęp do języka, edukacji itp.,
- Łącz dwujęzyczność z dwukulturowością, pomoże to dziecku zrozumieć zjawiska, tradycje, będzie również większą motywacją do nauki języków oraz przyczyni się do uatrakcyjnienia naszych działań zarówno profilaktycznych, jak i terapeutycznych.

Magdalena Klepacka-Chudy
mgr logopedii z audiologią,
neurologopeda

Dna moczanowa cz.1



Tym razem zajmę się tematem, który wydaje się dość powszechny, ale jednocześnie obarczony sporą ilością nieporozumień, błędnych interpretacji zarówno od strony służby zdrowia, jak i pacjentów. **Trudny diagnostycznie, ale stanowiący wielokrotnie furtkę dla rozpoznania bólów stawowych, gdy nie ma innego ich uzasadnienia.** Zajmę się więc dną moczanową oraz bardzo blisko związanym tematem hiperurykemii (zwiększonego poziomu kwasu moczowego).

Istnieje wiele niejasności co do rozpoznania choroby, leczenia i decyzji, kiedy należy stosować leki obniżające poziom kwasu moczowego. Ponieważ temat jest dość obszerny, pozwolę sobie rozbić go na dwie części, by zanadto nie zanudzić Czytelników.

Na początku definicja:

Dna moczanowa spowodowana jest odkładaniem w tkankach kryształów moczanu sodu. Najczęściej zajmuje stawy, co zazwyczaj objawia się atakami bardzo silnego bólu, obrzękiem i ograniczeniem ruchomości zajętego stawu. W zaawansowanej postaci choroby dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia narządu ruchu i niesprawności, a także do zajęcia innych narządów (uszkodzenia nerek, kamicy moczowej, tworzenia guzków dnawych w tkankach miękkich).

Odkładanie kryształów moczanu sodu wynika ze zwiększonego stężenia kwasu moczowego (hiperurykemii), będącego skutkiem jego nadmiernej produkcji lub zmniejszonego wydalania z organizmu. Sama hiperurykemia nie jest jeszcze chorobą – dna moczanowa rozwija się tylko u co piątej osoby ze zwiększonym stężeniem kwasu moczowego, choć nie wyjaśniono dotychczas, dlaczego tak jest.

Objawy dny moczanowej w większości przypadków dotyczą stawu podstawy dużego palca (podagra) – około połowy przypadków. Rzadziej choroba rozwija się w obrębie innych stawów, w tym m.in. w:

- **kolanowym (tzw. gonagra),**
- **kciuka (tzw. chiragra),**
- **barkowym (tzw. omagra),**
- **kręgosłupa (tzw. rachidagra).**

Dna moczanowa powoduje powstanie stanu zapalnego, którego objawami są zwłaszcza:

- **ataki silnego bólu,**
- **bolesność dotykowa,**
- **obrzęk,**
- **zaczerwienienie,**
- **ograniczenie ruchomości zajętego stawu.**

Bardzo silny ból stawu pojawia się najczęściej w nocy i osiąga największe nasilenie w ciągu kilkunastu godzin, stając się trudnym do zniesienia. Zajęty staw jest obrzęknięty, skóra nad nim zaczerwieniona i gorąca, następuje złuszczanie naskórka. Często występują również: gorączka, dreszcze i uczucie ogólnego rozbicia. W zaawansowanej postaci dny moczanowej następuje uszkodzenie narządu ruchu, co powoduje obniżenie zdolności do samodzielnego funkcjonowania i spadek jakości życia. Dna moczanowa może doprowadzić do rozwinięcia się również m.in.: kamicy moczowej, uszkodzenia nerek (nefropatii moczanowej), tworzenia guzków dnawych w tkankach miękkich. Dolegliwości stopniowo mijają w ciągu kilku dni do dwóch tygodni (nawet nieleczone). Chociaż z reguły zapalenie dotyczy jednego stawu, może też wystąpić zapalenie kilku stawów w tym samym czasie lub dolegliwości „przenoszą się" z jednego stawu na kolejny. Po pierwszym ataku dny następuje okres wycofania objawów choroby. Jeśli nie wdroży się odpowiedniego postępowania, występują kolejne ataki, które stają się coraz częstsze i zajmują kolejne stawy.

Czynniki sprzyjające wystąpieniu dny moczanowej

- **Uwarunkowania genetyczne**, powodujące zaburzenia w metabolizmie kwasu moczowego
- **Płeć męska** - mężczyźni chorują 7 razy częściej niż kobiety
- **Wiek** - bardzo rzadko chorują osoby poniżej 30. roku życia; u kobiet dna występuje niemal wyłącznie po menopauzie
- **Dieta** - spożywanie produktów bogatych w puryny, z których powstaje kwas moczowy (m.in. mięso, podroby, owoce morza)
- **Nadużywanie alkoholu** (zwłaszcza piwa i silnych alkoholi; wino nie zwiększa ryzyka wystąpienia dny moczanowej)
- **Nadwaga, otyłość, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca, zaburzenia lipidowe**, czyli choroby cywilizacyjne, które często występują razem jako tzw. zespół metaboliczny i znacznie zwiększają ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych
- **Leki** - niektóre leki zwiększają stężenie kwasu moczowego: kwas acetylosalicylowy (aspiryna; w dawkach <2 g/d), leki moczopędne, cyklosporyna
- **Niedawny uraz lub operacja**
- **Odwodnienie**
- **Zakażenie**
- **Inne ciężkie choroby** (np. nowotwory)
- **Stan po przeszczepieniu narządów**

Rozpoznanie dny moczanowej wymaga zwłaszcza:

- badania podmiotowego i przedmiotowego,
- pomiaru stężenia kwasu moczowego we krwi i dobowej utraty kwasu moczowego z moczem,
- oceny płynu stawowego pod mikroskopem i stwierdzenia obecności kryształków moczanu w mazi stawowej,
- badań obrazowych – USG i RTG stawów,
- innych badań laboratoryjnych, w tym: liczby białych krwinek, elektrolitów, wskaźnika filtracji kłębuszkowej, odczynu Biernackiego (OB).

Tu z reguły pojawia się najwięcej błędów. Istnieje tendencja do nadrozpoznawania dny moczanowej przy niewyjaśnionych bólach stawów i podwyższonym poziomie kwasu moczowego we krwi. Sam ten fakt nie uprawnia do rozpoznania choroby, chyba że występuje typowy ostry proces zapalny, w typowym miejscu i o typowym przebiegu. Ale wtedy, co może być dla ludzi niedoświadczonych dziwne, poziom kwasu moczowego bywa w normie. Badaniem jednoznacznie potwierdzającym rozpoznanie dny moczanowej jest ocena płynu stawowego pod mikroskopem i stwierdzenie w nim kryształów moczanu sodu. W tym celu konieczne jest pobranie płynu stawowego poprzez nakłucie zajętego stawu (często połączone z podaniem do niego leku przeciwzapalnego). Badanie płynu stawowego umożliwia odróżnienie dny moczanowej od tzw. dny rzekomej, w której dochodzi do odkładania w stawach innego rodzaju kryształów, a także pozwala wykluczyć zakażenie bakteryjne, które może towarzyszyć dnie.

Po kilkunastu latach dna moczanowa z reguły przechodzi w fazę przewlekłą, w której objawy choroby, zazwyczaj o dużo mniejszym nasileniu, występują stale. Odkładające się w stawach złogi kryształów moczanu sodu powodują niszczenie chrząstki i nasad kostnych (tworzą się nadżerki), a także otaczających ścięgien i więzadeł, co prowadzi do zniekształceń stawów i niesprawności.

Złogi kryształów powstają również w innych miejscach organizmu, formując tzw. guzki dnawe (łac. tophi; czasem ich wielkość osiąga rozmiary kurzego jaja). Na skórze pojawiają się najczęściej na małżowinach usznych i w okolicy stawów stóp i rąk. Czasami z ich wnętrza wydobywa się biała substancja przypominająca konsystencją mokrą kredę; niekiedy dochodzi do ich bolesnego zapalenia. Guzki dnawe pojawiają się również w narządach wewnętrznych (niekiedy wymagają różnicowania z innymi chorobami). Mogą być na tyle duże, że uciskają okoliczne nerwy, wywołując m.in. zespół cieśni kanału nadgarstka, dlatego czasami konieczne jest ich operacyjne usunięcie.

O postępowaniu terapeutycznym w dnie moczanowej, jak i tzw. bezobjawowej hiperurykemii opowiem w następnym numerze kwartalnika.

lek. med. Marcin Mazur
specjalista
chorób wewnętrznych

JEŚLI POLACY NIE RZUCĄ PALENIA, **rak płuca** będzie zbierał ogromne żniwo

Rozmowa **z dr n. med. Pawłem Kucą,** specjalistą pulmonologiem pracującym w Przychodni CMD w Tłuszczu.

Panie doktorze, w naszej rozmowie chciałabym się skupić na tych najpoważniejszych chorobach płuc, które trapią Polaków i którym – w dużej mierze – można by zapobiec. Zacznijmy od nowotworu płuc. Statystyki są przerażające. Każdego roku odnotowuje się ok. 22 tys. nowych zachorowań. Polski wskaźnik śmiertelności należy do najwyższych w Europie. Gorzej jest tylko na Węgrzech i w Serbii… Dlaczego tak się dzieje?

Rak płuca to niewątpliwie najpoważniejszy problem współczesnej pulmonologii i onkologii. Z epidemiologicznego punktu widzenia charakteryzuje się on dwiema niekorzystnymi cechami – dużym współczynnikiem zapadalności i wysokim współczynnikiem śmiertelności. Oznacza to, że w ciągu roku wiele osób zachorowuje na raka płuca, a potem bardzo wiele z nich umiera z powodu tej choroby.
Rak płuca jest chorobą tytoniozależną, a zatem wysoka zapadalność jest ściśle związana z rozpowszechnieniem nałogu palenia papierosów. Rak płuca rozwija się powoli i przez wiele miesięcy nie daje żadnych niepokojących objawów. W momencie postawienia diagnozy większość przypadków raka płuca znajduje się w takim stadium zaawansowania, że na skuteczne leczenie jest już za późno. Stąd wysoka umieralność na tę chorobę.

Dane zebrane w raporcie The Economist Intelligence Unit „Powiew świeżego powietrza: analiza porównawcza polityki w zakresie raka płuca w Europie", na które powołuje się Fundacja Alivia, pokazują wyraźnie, że rak płuca musi być priorytetem opieki zdrowotnej. Jak ten postulat jest realizowany w polskiej służbie zdrowia?

Polski system ochrony zdrowia funkcjonuje w trudnych warunkach, ponieważ istnieje wiele bardzo istotnych problemów zdrowotnych, które trzeba na bieżąco rozwiązywać, w sytuacji ograniczonych zasobów ludzkich. Trzeba jednak zwrócić uwagę na trzy ważne zmiany, które dokonały się w ostatnich latach i znacznie wpłynęły na możliwości diagnostyki i leczenia raka płuca w Polsce. Pierwszą z nich było uruchomienie programu badań przesiewowych w kierunku raka płuca. Drugą było wprowadzenie szybkiej ścieżki diagnostyki i leczenia onkologicznego, czyli tzw. karty DiLO. Trzecią zmianą było uruchomienie, a następnie znaczne rozszerzenie w ostatnim roku, programu lekowego, dotyczącego leczenia raka płuca.

Centrum Medyczno-Diagnostyczne w Siedlcach od lat realizuje program profilaktyczny wczesnego wykrywania raka płuc dzięki niskodawkowej tomografii komputerowej. Mimo że badanie nic nie kosztuje i realizowane jest bardzo szybko, nie ma zbyt wielu chętnych… Czym Pan to tłumaczy?

Jedynym argumentem, który może to tłumaczyć, jest niski stopień świadomości zdrowotnej w naszym społeczeństwie. W mojej opinii składa się na to kilka przyczyn. Większość z nas bardzo ciężko pracuje, żeby utrzymać swoje rodziny. W tym zaganianiu pracą tracimy z pola widzenia nasze potrzeby zdrowotne, nie chcemy im poświęcać dostatecznie dużo czasu. Dotyczy to przede wszystkim starszego pokolenia, a właśnie w tej grupie wskaźniki epidemiologiczne raka płuca są szczególnie wysokie. U wielu osób funkcjonuje też mechanizm psychologiczny ucieczki od zagrożenia, polegający na przekonaniu, że jeżeli się nie badam, to nie mam problemu zdrowotnego i mnie on nie dotyczy. Niestety, skutki tych zaniedbań zdrowotnych często okazują się tragiczne.

Jak Pan doktor już zaznaczył, pacjenci często zgłaszają się do lekarza, kiedy choroba jest bardzo zaawansowana. Dotyczy to aż 80 proc. przypadków. Do 5 lat po diagnozie przeżywa 13,6 proc. mężczyzn i 18,5 proc. kobiet. W raku piersi np. jest to 77 proc., a w czerniaku 65. Co jest kluczem do sukcesu, by ten niechlubny wskaźnik przeżywalności w przypadku raka płuca zwiększyć?

Są dwa działania, które wpływają na obniżenie śmiertelności z powodu raka płuca. Pierwszym z nich jest walka z nałogiem palenia tytoniu. Należy uświadamiać pacjentom konieczność rzucenia palenia w czasie każdego kontaktu ze służą zdrowia i każdej wizyty lekarskiej. Trzeba ich motywować do rzucenia palenia, a w uzasadnionych przypadkach wdrażać odpowiednie leczenie. W sytuacji, gdy obecne są objawy uzależnienia od nikotyny, bardzo pomocna jest nikotynowa terapia zastępcza. Są także inne leki, takie jak bupropion, wareniklina lub cytyzyna, dostępne jako pomoc dla chorych, walczących z tym zgubnym nałogiem. Drugie działanie to szerokie rozpowszechnienie badań profilaktycznych, o których rozmawialiśmy, w grupie podwyższonego ryzyka raka płuca. Jeżeli pacjent był lub jest wieloletnim palaczem, to dla własnego dobra powinien sprawdzić stan swoich płuc. Dostępność niskodawkowej tomografii komputerowej pozwala na wczesne wykrycie raka płuca w stadium gwarantującym całkowite wyleczenie. Trzeba też pamiętać, że badanie to daje pulmonologowi wgląd w strukturę płuc i pozwala wykryć inne choroby układu oddechowego na wczesnym etapie, takie jak rozedma lub włóknienie płuc. Bardzo chciałbym podkreślić, że badania, wykonywane w Siedlcach, są opisywane przez wybitnych radiologów, ekspertów w swojej dziedzinie, z którymi współpracowałem przez wiele lat mojej aktywności zawodowej. Zarówno porzucenie palenia tytoniu, jak i wprowadzenie badań przesiewowych w kierunku raka płuca u chorych z grup ryzyka wpływa na obniżenie śmiertelności z powodu tej choroby w całej populacji i jest opłacalne ekonomicznie dla społeczeństwa.

W leczeniu raka płuca, jak zresztą w każdym innym nowotworze, kluczowe jest jak najszybsze wdrożenie terapii. Z tym bywa różnie – od diagnozy do terapii czasem mija kilka miesięcy. Sytuację mogłyby rozwiązać Lung Cancer Units, których powołanie zainicjowano kilka lat temu, ale takich ośrodków jest jak na lekarstwo…

Organizacja ośrodków, które zajmują się diagnostyką i leczeniem raka płuca, określanych jako Lung Cancer Units, okazała się bardzo trudna w warunkach, w jakich funkcjonuje polska ochrona zdrowia. Trzeba bowiem zdawać sobie sprawę z faktu, że pacjent z podejrzeniem raka płuca zgłasza się z określonymi objawami do lekarza rodzinnego lub internisty, jest diagnozowany przez pulmonologa lub chirurga klatki piersiowej, a potem leczony przez pulmonologa, chirurga klatki piersiowej, onkologa lub radioterapeutę. W procesie diagnostycznym wymagana jest współpraca wszystkich wymienionych specjalistów z radiologami, patomorfologami, a także genetykiem. Bardzo trudno byłoby zatem zorganizować w określonym miejscu sprawnie funkcjonujący Lung Cancer Unit. Mogłoby to dotyczyć właściwie tylko wyspecjalizowanych ośrodków uniwersyteckich w dużych miastach. Uważam, że optymalnym rozwiązaniem byłoby stworzenie wirtualnych ośrodków Lung Cancer Units, które byłyby miejscem wymiany informacji o chorych i konsultacji pacjentów przez specjalistów z różnych dziedzin, niezależnie od miejsca, gdzie przeprowadzana jest diagnostyka i leczenie.

Mimo tego, że rak zbiera największe żniwo wśród Polaków, to jego finansowanie nie jest na pierwszym miejscu pod względem kosztów dla NFZ (w 2019 r. koszt programu lekowego leczenia raka płuca wyniósł ok. 199 mln zł, podczas gdy w przypadku raka piersi było to 430 mln, a raka jelita grubego 215). Z czego wynika takie podejście decydentów?

Myślę, że wynika to z powszechnego przekonania, że rak płuca oznacza jednoznacznie wyrok śmierci dla pacjenta i niczego w tek kwestii nie da się zmienić. Z tego błędnego przekonania wynika następne - dla państwa ważniejsze jest czerpanie zysku z akcyzy na wyroby tytoniowe niż walka ze szkodliwymi konsekwencjami tego nałogu. Z drugiej strony trzeba podkreślić fakt, że w programie lekowym leczenia raka płuca zaszły w ostatnim czasie ogromne zmiany, a lekarze praktycy w Polsce mają obecnie dostęp do najnowocześniejszych terapii onkologicznych.

Panie doktorze, proszę się podzielić z naszymi Czytelnikami tymi optymistycznymi informacjami…

W chwili obecnej w Polsce dysponujemy wszystkimi możliwościami leczenia raka płuca. Rak płuca wykryty we wczesnym stadium podlega leczeniu chirurgicznemu, po którym może być konieczna następcza chemioterapia. Jeżeli ze względu na obciążenia zdrowotne pacjent nie może być operowany, istnieje możliwość napromienienia zmiany nowotworowej. W zaawansowanych przypadkach, kiedy nie można zastosować leczenia radykalnego, w grę wchodzi chemioterapia lub leczenie łączone: chemio – i radioterapia. W każdym przypadku raka płuca ocena wycinka, pobranego do badań diagnostycznych, obejmuje nie tylko rodzaj nowotworu, ale także obecność specyficznych mutacji w komórkach raka oraz ocenę znaczników immunologicznych, zlokalizowanych na komórkach nowotworowych. Dzięki temu pacjent, u którego wykryje się specyficzną mutację, może być zakwalifikowany do leczenia ukierunkowanego molekularnie. Z kolei ocena parametrów immunologicznych jest pomocna w kwalifikowaniu chorych do tzw. immunoterapii, której celem jest aktywacja odpowiedzi immunologicznej organizmu, skierowanej przeciwko nowotworowi. Nowe terapie raka płuca, dostępne w programach lekowych w Polsce, spowodowały, że w wielu przypadkach rak płuca z choroby nieuleczalnej stał się chorobą przewlekłą. Poza programami lekowymi chorzy mają możliwość uczestniczenia w wielu badaniach klinicznych. One także są ogromną nadzieją dla chorych na raka płuca. Rak płuca jest w chwili obecnej niewątpliwie jednym z najintensywniej badanych nowotworów na świecie.

A co my sami możemy zrobić, by zminimalizować ryzyko zachorowania na raka płuca?

Trzeba starać się o oddychanie czystym powietrzem, w domu i w pracy. Trzeba walczyć z nałogiem palenia u siebie i u osób z naszego otoczenia. Palenie bierne jest tak samo szkodliwe, jak palenie czynne.

Wspomniał Pan o zanieczyszczeniu powietrza. Siedlce pod tym względem nie wypadają najlepiej… Które substancje stanowią dla nas największe zagrożenie?

Zanieczyszczone powietrze oddziałuje na cały organizm, a choroby układu oddechowego są tylko częścią szkodliwości, które są przez nie wywoływane. Na przykład udowodniono, że zwiększone zanieczyszczenie środowiska przekłada się na większą częstość zawałów serca, a nawet znacznie nasila uszkodzenie wątroby. Czynniki drażniące we wdychanym powietrzu powodują zaostrzenia wszystkich przewlekłych patologii płucnych. Nasza możliwość ograniczania tego szkodliwego wpływu jest niestety niewielka. Zabezpieczenie dróg oddechowych za pomocą odpowiednich maseczek i ograniczanie przebywania poza domem w okresie zwiększonego zagrożenia smogowego – to prawdopodobnie jedyne racjonalne zachowania w takich sytuacjach. Warto sprawdzać jakość powietrza w naszym otoczeniu i racjonalnie planować aktywność fizyczną, żeby prowadzić ją na świeżym, a nie zanieczyszczonym powietrzu.

Jakich rad udzieliłby Pan osobom, cierpiącym na różne choroby układu oddechowego, by przetrwały trudny okres zimy? Jak zmniejszyć ryzyko zaostrzeń w tym okresie?

Pierwsza grupa zaleceń dotyczy zdrowego trybu życia. Trzeba się dobrze i racjonalnie odżywiać. Trzeba zadbać o sen, o jego odpowiednią długość i dobrą jakość. Trzeba się ruszać, codziennie przeznaczać co najmniej 30 minut na spacer, aż do zadyszki. Jeżeli pojawia się duszność wysiłkowa, trzeba odpocząć, a następnie kontynuować zaplanowaną aktywność fizyczną. Druga grupa zaleceń dotyczy szczepień. Na pewno warto się zaszczepić na grypę, trzeba też rozważyć inne, dostępne możliwości szczepień – na streptokoki, wirusy RSV i COVID. Infekcje wirusowe są bardzo częstym powodem zaostrzeń przewlekłych chorób płuc. Mogą także wikłać się zakażeniami bakteryjnymi o ciężkim przebiegu, nierzadko wymagającymi hospitalizacji.

Panie doktorze, czego życzyłby Pan sobie i swoim pacjentom na święta Bożego Narodzenia i Nowy Rok?

Życzę wszystkim pogody ducha, uśmiechu i radosnego świętowania Bożego Narodzenia i Nowego Roku. Życzę, żebyśmy znaleźli czas na zadbanie o nasze zdrowie i zdrowie naszych najbliższych.

Dziękuję bardzo za rozmowę
Monika Mikołajczuk

Zagrożenie dla pacjentów w związku z nieprawidłowym leczeniem BORELIOZY

Podziemie paramedyczne w Polsce kwitnie. Zdesperowani pacjenci trafiają do wątpliwej reputacji ośrodków i gabinetów, licząc na szybką i skuteczną pomoc i nierzadko wydając fortunę na niesprawdzone terapie. Nie inaczej jest z boreliozą, chorobą, która w ostatnich lata zrobiła prawdziwą karierę jako ta, którą można skutecznie wyleczyć… np. przy pomocy wieloletniej antybiotykoterapii (metoda ILADS) albo metodami bazującymi na wykorzystaniu pola magnetycznego.

Ofiary tych zabiegów nierzadko popadają w jeszcze większe kłopoty zdrowotne a odzyskanie pełni zdrowia okazuje się niemożliwe. Co więcej, okazuje się, że przez fałszywą diagnozę straciły lata życia, faszerując się antybiotykami, wyniszczającymi organizm. O szkodach psychicznych nie wspominając. W ostatnich miesiącach Rzecznik Praw Pacjenta, alarmowany o takich nadużyciach, podjął działania dotyczące niebezpiecznego i niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną leczenia boreliozy przez placówki medyczne z uwzględnieniem wytycznych ILADS.

Bartłomiej Chmielowiec:

W związku z zagrożeniem dla pacjentów związanym z nieprawidłowym leczeniem boreliozy, podjąłem stanowcze działania mające na celu ochronę ich interesów. Stosowanie wytycznych ILADS, które odbiegają od standardów medycznych, stanowi ryzyko dla zdrowia pacjentów. Nasze decyzje nakazują zaprzestanie tych praktyk i grożą sankcjami finansowymi w przypadku ich nieprzestrzegania. Chcemy, aby pacjenci otrzymywali leczenie zgodne z aktualną wiedzą medyczną, co jest ich prawem. Działamy również w kierunku eliminacji działań nieuprawnionych osób i nadużywania suplementów diety w leczeniu. Naszym celem jest ochrona pacjentów i zapewnienie im rzetelnej opieki medycznej.

Powyższa metoda zakłada, między innymi, leczenie boreliozy, które stwarza poważne zagrożenie dla zdrowia pacjentów, w tym dzieci. Obarczona jest wieloma groźnymi działaniami niepożądanymi i wymaga wielomiesięcznej antybiotykoterapii, często z zastosowaniem 2 lub 3 antybiotyków jednocześnie, mimo że obowiązujące standardy zastrzegają stosowanie, przy tym leczeniu, pojedynczego antybiotyku przez okres do 30 dni.

Katastrofalne skutki długoletniej antybiotykoterapii

W tej sprawie, Rzecznik Praw Pacjenta wszczął 25 postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Do tej pory, Rzecznik Praw Pacjenta zakończył 20 z nich i w wydawanych decyzjach uznał, że zastosowanie wytycznych, w szczególności w zakresie wielomiesięcznej terapii antybiotykami, zgodnie z zasadami ILADS, narusza zbiorowe prawo pacjentów do

świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej[1].

W swoich decyzjach Rzecznik Praw Pacjenta nakazał zaniechania stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Decyzjom nadano rygor natychmiastowej wykonalności, a brak ich wykonania będzie skutkował nałożeniem kary pieniężnej do 500 tys. zł. Pozostałe postępowania zostaną niezwłocznie zakończone. Ich dalsze kontynuowanie wynika między innymi z braku współpracy ze strony placówki medycznej. W związku z tym Rzecznik Praw Pacjenta wszczął postępowania w sprawie nałożenia kary pieniężnej (do 50 tys. zł) za brak przekazania stosownych wyjaśnień niezbędnych do zakończenia postępowania.

Na potrzeby rozpatrzenia ww. postępowań, Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do czterech Konsultantów wojewódzkich w dziedzinach epidemiologii oraz chorób zakaźnych i uzyskał opinie, z których jednoznacznie wynika, że leczenie według wytycznych i kryteriów ILADS jest niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, nie ma uzasadnienia medycznego, nie jest skuteczne, a wręcz przynosi znaczne szkody dla zdrowia pacjenta. Konsekwencje stosowania wielomiesięcznej antybiotykoterapii mogą być katastrofalne, obejmują trwałe uszkodzenie wątroby, trzustki, jelit, nerek, ośrodkowego układu nerwowego, zapalenia ścięgien, predyspozycje do zakażeń Clostridium difficile. Co więcej, w opiniach podkreślono, że leczenie według ILADS zostało opracowane w oparciu o dowody niemające żadnej wartości naukowej, nie ma wiarygodnych dowodów opartych na EBM na poparcie zaleceń dotyczących stosowania długotrwałej, przekraczającej 28-30 dni antybiotykoterapii, która potwierdziłaby skuteczność w poprawie stanu zdrowia pacjenta.

W jednej z opinii zaznaczono, że: ***wytyczne ILADS kierowane są głównie do osób cierpiących na medycznie niewyjaśnione choroby przewlekłe, takie jak zespół chronicznego zmęczenia, zaburzenia kognitywne, nieurologiczne, czy też chorujących przewlekle i poszukujących rozwiązania swoich problemów medycznych. Włączenie leczenia wg zaleceń ILADS może w znacznym stopniu opóźnić diagnozę i leczenie choroby właściwej a także być przyczyną ww. powikłań długotrwałej antybiotykoterapii.***

Prokurator za wprowadzenie w błąd

W związku z możliwym rozpoznawaniem i leczeniem boreliozy i innych chorób odkleszczowych przez osobę bez uprawnień lekarskich oraz wprowadzaniem konsumentów w błąd w kwestii ich stanu zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta zawiadomił prokuraturę o możliwości popełnienia przestępstwa. Dodatkowo, wystąpił do Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w tej sprawie. Rzecznik miał również wątpliwości w zakresie wprowadzenia i sprzedaży produktów/suplementów diety przez przedsiębiorcę, które miały mieć zastosowanie w leczeniu ww. chorób. W związku z tym wystąpił także do Głównego Inspektora Sanitarnego.

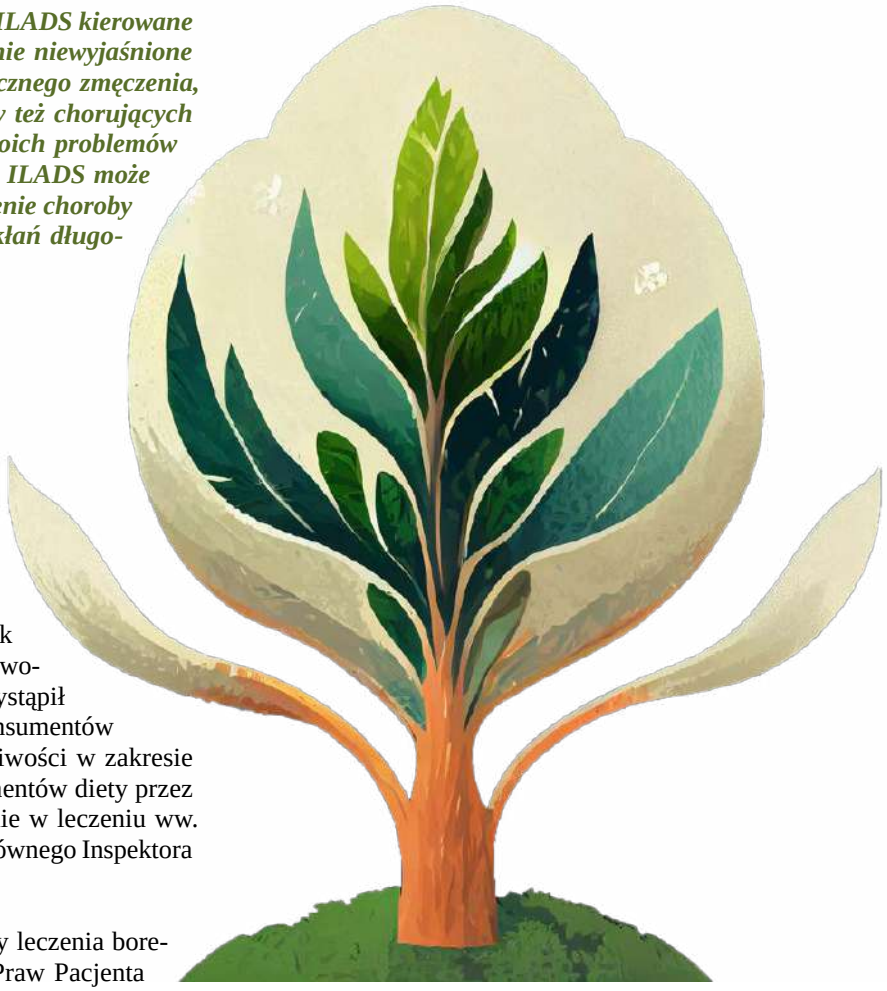
O przypadkach stosowania wskazanej metody leczenia boreliozy, przez konkretnych lekarzy, Rzecznik Praw Pacjenta informuje również właściwych rzeczników odpowiedzialności zawodowej dla lekarzy celem podjęcia działań w zakresie odpowiedzialności zawodowej.

Nieuzasadnione badania kleszczy

Należy także zwrócić uwagę na etap poprzedzający rozpoczęcie leczenia boreliozy, a mianowicie wykonywanie badań kleszczy (czyli materiału odzwierzęcego) wykonywane w medycznych laboratoriach diagnostycznych. Należy podkreślić, że nawet zidentyfikowanie u badanego kleszcza patogenu chorób odkleszczowych nie oznacza wystąpienia choroby u pacjenta. Rzecznik Praw Pacjenta bada tę sprawę i wszczął 17 postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów wobec laboratoriów wykonujących ww. badanie. Dodatkowo, Rzecznik Praw Pacjenta podjął w tym zakresie współpracę z Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych, przekazując informacje o ww. laboratoriach oraz wniósł o podjęcie działań zgodnie z kompetencjami w zakresie przeprowadzenia kontroli i oceny wykonywania czynności medycyny laboratoryjnej przez diagnostów laboratoryjnych.

[1]Art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Źródło: gov.pl



sonda

JUBILEUSZ 25-LECIA CENTRUM

Jubileusz 25-lecia CENTRUM przywołał piękne wspomnienia związane z początkowymi latami funkcjonowania Spółki CMD. Szczególną rolę w CENTRUM zajmują długoletni pracownicy, których wkład w rozwój firmy jest wręcz nieoceniony. Dzięki wspólnemu wysiłkowi można wiele osiągnąć. Wyróżnienia powędrowały do pracowników, związanych z firmą niemal od pierwszych dni. W zacnym gronie Pań, które otrzymały pamiątkowe statuetki znalazły się: Jolanta Perzyna, Teresa Kłoś, Ewa Prokurat, Małgorzata Cibor, Mariola Ulko, Katarzyna Nowicka, Jolanta Cabaj.

Wyjątkową rolę w czasie tworzenia firmy CENTRUM i rozwijania opieki zdrowotnej, odegrali pierwsi lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Ich zaangażowanie, troska o zdrowie chorych zaowocowały zaufaniem pacjentów, które obserwujemy po dziś dzień. Serdeczne podziękowania i gratulacje otrzymali: lek. Ewa Kobyłko-Klepacka, lek. Teresa Kwietniewska, lek. Beata Zalewska-Uchimiak, lek. Piotr Klimowicz.

Teresa Kłoś

Rzeczywiście jestem jedną z pierwszych osób, które podjęły pracę w Centrum. Zaczynaliśmy praktycznie od zera. Mieliśmy 2 lub 3 gabinety i wówczas przyjmowaliśmy tylko pacjentów na prywatne usługi. Wspominam te lata bardzo dobrze - pacjent był podejmowany kawą, herbatką, mieliśmy dla niego dużo czasu. Atmosfera wśród personelu była wspaniała, mimo że wszystkiego jeszcze brakowało. Po około roku dołączył się POZ, czyli lekarze rodzinni i wtedy zmieniliśmy warunki lokalowe – było więcej miejsca dla lekarzy i pacjentów, których sukcesywnie przybywało. Centrum Medyczno-Diagnostyczne rozwijało się bardzo dynamicznie, jak żadna inna tego typu jednostka na Mazowszu. Oczywiście nie byłoby tej dynamiki, gdyby nie nasi prezesi, którzy z pomocą personelu dbali o jak najwyższe standardy opieki nad pacjentem, wdrażając kolejne programy profilaktyczne, testując nowe rozwiązania itd. Jak wiadomo konkurencja czyhała na każdym kroku, ale pomimo to byliśmy liderami na rynku zdrowia i jesteśmy nimi do tej pory. Szeroko rozwinięta diagnostyka, nie tylko laboratoryjna, bardzo rozszerzone programy profilaktyczne to główne atuty Centrum. Sukces firmy upatruję w zarządzaniu firmą i w pracy całego zespołu. Mam dużą satysfakcję, pracując tutaj, bo kocham ludzi, kocham pacjentów i kocham to, co robię.

Jolanta Cabaj

Początki pracy w CMD były trudne, ale jednocześnie pełne nadziei, że uda się zbudować coś wyjątkowego. Rozpierała nas energia i motywacja do wysiłku i dziś widzimy tego efekty. Firma Centrum jest wizytówką regionu, dzięki zespołowej pracy wielu z nas. Na początku skupialiśmy się na tym, by pozyskać jak najwięcej pacjentów. Do firmy przychodzili nowi ludzie – specjaliści w swoich dziedzinach i stopniowo budował się wspaniały zespół lekarzy, pielęgniarek i zaplecza administracyjnego. Także podejście do pacjenta, życzliwość, otwartość i szczerość zaczęły szybko procentować. Pacjenci zwracali się do nas z ogromnym szacunkiem, ponieważ wiedzieli, że są pod dobrą opieką i mogą na nas liczyć a my na nich. Pacjent był traktowany indywidualnie. Każdy chciał pomóc i działało to w obie strony. Prezes Paweł Żuk, założyciel Firmy wespół z dr Arturem Prusaczykiem, zawsze powtarzał, że pacjent to najważniejszy klient, nasz pracodawca, nasz chleb powszedni. Niewątpliwie liderami Firmy są dr Paweł Żuk i dr Artur Prusaczyk, bez których nie byłoby Centrum. To, jak dynamicznie rozwija się nasza firma, to ich zasługa. Zawsze starają się wspierać swoich pracowników i cieszyć się ich sukcesami. Chciałabym też wspomnieć panią Halinę Płochocką, która najpierw wymagała od siebie a później od innych i zachęcała do współpracy, nigdy nie oceniając i nie krytykując. Każdy w zespole jest ważny, bo przecież gramy do jednej bramki. 25-lecie firmy to okazja, by spotkać się w swoim gronie i cieszyć z tego, co osiągnęliśmy. Pracownicy czują się w tym dniu ważni i docenieni. Chętnie identyfikują się z firmą i jej historią.

Praca w Centrum daje mi dużo satysfakcji. Poza gratyfikacją finansową mam możliwość stałego dokształcania się i rozwoju, a także kontaktu z ludzmi. Umiejętności budowania długotrwałych relacji z klientem nie nabywa się z dnia na dzień. Pracując już 25 lat w tej firmie przekonałam się, że podstawą są dobre relacje z ludźmi. Fachowa wiedza oraz odpowiedzialność i zaangażowanie w to, co robię, dają mi poczucie zawodowego spełnienia.

CENTRUM® Medyczno-Diagnostyczne

Mazowsze. serce Polski

Program jest finansowany z budżetu Województwa Mazowieckiego.
Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania raka płuc wśród mieszkańców województwa mazowieckiego na lata 2023–2026.

Niskodawkowa

Tomografia Komputerowa Płuc

Paliłeś papierosy przez wiele lat?

Możesz wziąć udział w screeningu raka płuca poprzez wykonanie badania **niskodawkowej tomografii komputerowej płuc** (NDTK).

Badanie **niskodawkowej tomografii komputerowej płuc** dedykowane jest osobom w wieku

55-74 lat,

zamieszkałym na terenie województwa mazowieckiego.

Realizacja:

PRACOWNIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ:
- **Siedlce** ul. Kleeberga 2, 08-110 Siedlce
- **Mińsk Mazowiecki** ul. Dąbrówki 52, 05-300 Mińsk Mazowiecki

Szczegółowe informacje pod numerem telefonu: **25 633 35 55**.

www.centrum.med.pl

Krótko — wzroczność

Materiał opracowany w ramach projektu pt.: Kampania edukacyjna "Miopia – rozwój wiedzy na temat krótkowzroczności", współfinansowanego przez Ministerstwo Edukacji i Nauki

CO TO JEST KRÓTKOWZROCZNOŚĆ?

Krótkowzroczność to wada wzroku polegająca na pogorszeniu ostrości widzenia na dalekie odległości przy zachowanej dobrej ostrości do bliży. Wiąże się z nadmiernym wydłużeniem gałki ocznej, w efekcie czego promienie światła skupiają się przed siatkówką, a nie na niej, a powstający obraz jest nieostry.

Działanie oka można porównać do rzutnika i ekranu, na którym wyświetlany jest obraz. Aby obraz był widziany wyraźnie musimy ustawić rzutnik w odpowiedniej odległość od ekranu. „Ekranem" jest siatkówka, czyli światłoczuła błona znajdująca się w tylnej części oka. „Rzutnik" to rogówka i soczewka – czyli elementy oka, które mają za zadanie skupianie wpadających do oka promieni świetlnych. W przypadku oka miarowego długość gałki ocznej, czyli odległość między soczewką a siatkówką odpowiada odległości, w jakiej skupiają się promienie świetlne - obraz widziany jest ostro. W oku krótkowzrocznym promienie skupiają się przed siatkówką, przez co powstały obraz nie jest wyraźny.

Przyczyną może być albo zbyt długa gałka oczna, albo zbyt silne załamanie promieni świetlnych po przejściu przez rogówkę i soczewkę. By uzyskać wyraźny obraz, należy przed okiem dodać soczewkę ujemną, która pozwala przesunąć na siatkówkę punkt, w którym promienie się skupiają. Tradycyjnie jako metodę korekcji stosuje się okulary lub soczewki kontaktowe. Jednak obecnie dostępne są także metody spowolnienia wzrostu krótkowzroczności u dzieci oraz laserowej korekcji wady u osób dorosłych.

EPIDEMIA KRÓTKOWZROCZNOŚCI

Krótkowzroczność na świecie obecnie osiąga rozmiary epidemii – dotkniętych jest nią już 1,6 mld ludzi, w tym 900 milionów krótkowzrocznością wysoką (powyżej 6 dioptrii). Szacuje się, że do 2050 roku połowa ludzkości na ziemi będzie miała tę wadę. Pojawia się ona u dzieci, najczęściej w wieku wczesnoszkolnym i może rozwijać się do końca okresu wzrostu, czyli nawet do 25 roku życia.

Na rozwój krótkowzroczności u dzieci wpływa połączenie czynników genetycznych, środowiskowych i stylu życia. Chociaż dokładne przyczyny krótkowzroczności nie są w pełni poznane, zidentyfikowano kilka czynników ryzyka.

PREDYSPOZYCJE GENETYCZNE

Krótkowzroczność ma silny składnik genetyczny, a dzieci z rodzinną historią krótkowzroczności są bardziej narażone na rozwój krótkowzroczności. Zidentyfikowano określone warianty genetyczne, które przyczyniają się do ryzyka rozwoju krótkowzroczności. Należy jednak zauważyć, że same czynniki genetyczne nie w pełni odpowiadają za rosnącą częstość występowania krótkowzroczności, co wskazuje na rolę czynników środowiskowych.

AKTYWNOŚĆ WZROKOWA Z BLISKA

Angażowanie się w szeroko zakrojone czynności wzrokowe z bliska, takie jak czytanie, pisanie i długotrwałe korzystanie z urządzeń cyfrowych, wiąże się ze zwiększonym ryzykiem krótkowzroczności. Spędzanie zbyt dużej ilości czasu na wykonywaniu zadań z bliskiej odległości może męczyć oczy i przyczyniać się do rozwoju krótkowzroczności.

SKRÓCONY CZAS NA ŚWIEŻYM POWIETRZU

Spędzanie mniejszej ilości czasu na świeżym powietrzu, zwłasz-

cza we wczesnym dzieciństwie i okresie dojrzewania, wiąże się ze zwiększonym ryzykiem krótkowzroczności. Uważa się, że zajęcia na świeżym powietrzu, takie jak zabawa w naturalnym świetle, mają działanie ochronne przed rozwojem krótkowzroczności, prawdopodobnie ze względu na ekspozycję na jasne światło i dłuższy czas spędzony na widzeniu na odległość.

PRESJA EDUKACYJNA

Intensywna presja edukacyjna, charakteryzująca się długimi godzinami nauki i dużym obciążeniem pracą, wiąże się z wyższym ryzykiem krótkowzroczności. Kraje o wysoce konkurencyjnych systemach edukacyjnych często odnotowują wyższe wskaźniki rozpowszechnienia krótkowzroczności wśród dzieci w wieku szkolnym.

URBANIZACJA I CZYNNIKI ŚRODOWISKOWE

Środowiska miejskie z ograniczoną liczbą terenów zielonych i zwiększonym zanieczyszczeniem sztucznym światłem mogą przyczyniać się do rozwoju krótkowzroczności. Przyczyną może być brak dostępu do terenów rekreacyjnych na świeżym powietrzu i zwiększona ekspozycja na sztuczne oświetlenie.

POCHODZENIE ETNICZNE I STATUS SPOŁECZNO-EKONOMICZNY

Niektóre grupy etniczne, takie jak mieszkańcy Azji Wschodniej, mają większe predyspozycje genetyczne do krótkowzroczności. Ponadto czynniki społeczno-ekonomiczne, w tym wyższy poziom dochodów i wyższy poziom wykształcenia, zostały powiązane ze zwiększonym ryzykiem krótkowzroczności.

SKUTKI KRÓTKOWZROCZNOŚCI

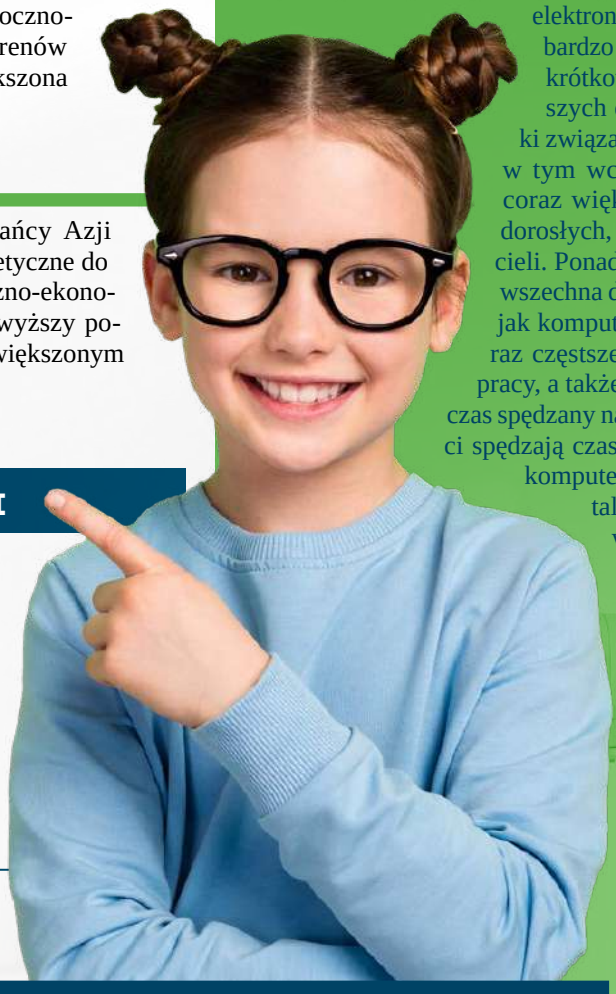
Wzrost gałki ocznej powoduje rozciąganie się siatkówki. Można je porównać do nadmuchiwanego balonika. Jeśli do balonka wdmuchamy za dużo powietrza mocno się on rozciągnie i materiał, z którego jest wykonany staje się cienki i może łatwo pęknąć. Tak samo dzieje się z okiem, jeśli długość gałki ocznej wzrośnie, siatkówka się rozciąga.

Wysoka krótkowzroczność (powyżej -6 dioptrii) staje się przyczyną poważnych chorób oczu, takich jak odwarstwienie siatkówki oraz choroby plamki żółtej, jaskra, zaćma.

Powikłania te mogą pojawić się nawet w przypadku niskiej krótkowzroczności (poniżej -3 dioptrii), a ich ryzyko wzrasta z rozwojem tej wady wzroku i najwięcej powikłań występuje u dzieci z krótkowzrocznością powyżej -10 dioptrii. Mogą one prowadzić do znacznego upośledzenia widzenia i niepełnosprawności wzrokowej. Badania naukowe ostatnich lat wykazały, że możliwe jest hamowanie występowania krótkowzroczności oraz jej progresji różnymi metodami.

PRZYCZYNY KRÓTKOWZROCZNOŚCI

Ciągle trwają poszukiwania czynników, które wpływają na jej występowanie i rozwój. Wiadomo, że są to zarówno czynniki genetyczne oraz środowiskowe. Czynniki genetyczne ilustruje fakt, że krótkowzroczność częściej występuje wśród dzieci rodziców krótkowzrocznych, a bliźnięta jednojajowe są częściej równocześnie krótkowzroczne niż dwujajowe. Z drugiej strony zaobserwowano, że ta wada wzroku występuje częściej u dzieci mieszkających w miastach niż na wsi i że częściej u dziewczynek. W ostatnich dwóch dekadach poznano wiele czynników ryzyka, z których większość ma charakter cywilizacyjny. Udowodniono na przykład, że na rozwój tej wady wpływ ma nadmierna aktywność wzrokowa z bliska w młodym wieku. Są to między innymi takie czynności jak czytanie, pisanie, praca przy komputerze, ale i korzystanie z telefonu komórkowego oraz innych urządzeń elektronicznych. W ostatnich latach bardzo podkreśla się, jak na wzrost krótkowzroczności u coraz młodszych dzieci mają wpływ czynniki związane z rozwojem cywilizacji, w tym wcześniejsza edukacja oraz coraz większa presja i oczekiwania dorosłych, w tym rodziców i nauczycieli. Ponadto rozwój technologii i powszechna dostępność takich urządzeń, jak komputery, tablety, smartfony, coraz częstsze ich stosowanie do nauki, pracy, a także w czasie wolnym, skrócił czas spędzany na świeżym powietrzu. Dzieci spędzają czas poza szkołą grając w gry komputerowe lub korzystając z portali społecznościowych, używają więc oczu do bliskich odległości, co powoduje nadmierny skurcz mięśnia rzęskowego i może inicjować krótkowzroczność.



Autorzy:

prof. dr hab. med. Andrzej Grzybowski, Fundacja Okulistyka 21, Instytut Okulistycznych Badań Naukowych, Katedra Okulistyki Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

mgr inż. Aleksandra Lemanik, Fundacja Okulistyka 21

Źródło: www.miopia.pl

DIETA na trądzik

Dieta w trądziku powinna być łatwostrawna, bazować na naturalnych nieprzetworzonych produktach, zawierać wszystkie składniki odżywcze w odpowiedniej proporcji i opierać się na pokarmach o niskim indeksie glikemicznym i wysokiej podaży mikroelementów.

Trądzik to choroba skóry objawiająca się występowaniem zaskórników i krostek, głównie na twarzy. Wyróżnia się kilka rodzajów trądziku, wśród których najczęściej spotykany jest trądzik pospolity (młodzieńczy) oraz różowaty. Ten pierwszy występuje zwykle w wieku pokwitania (okres nastoletni, do około 25 roku życia) i jest związany z zachodzącymi w tym okresie zmianami hormonalnymi. Trądzik różowaty diagnozuje się u osób dorosłych - zwykle u kobiet po 40 roku życia. Do źródeł tej choroby zalicza się m.in. czynniki genetyczne i środowiskowe. Sam trądzik jest chorobą skóry, którą diagnozuje i leczy lekarz dermatolog. Proces leczniczy jest zależny od postaci trądziku i nasilenia jego objawów. Generalnie trądzik leczy się lekami doustnymi i w formie maści. Farmakoterapię można wspomóc także zabiegami kosmetycznymi, poradami psychologa oraz dietą.

PIJ DUŻO WODY

Dieta przy schorzeniach trądzikowych powinna mieć na celu głównie oczyszczenie organizmu i uwolnienie go od toksyn. Przede wszystkim konieczna jest właściwa podaż płynów. Zaleca się spożywanie codziennie co najmniej 2-2,5 litra wody mineralnej. Pozwoli to na odpowiednie nawilżenie skóry i wspomoże wydalanie z organizmu niekorzystnych substancji oraz poprawi proces regeneracji po silnych przeciwtrądzikowych maściach. Uzupełniająco zaleca się picie herbatek ziołowych bądź owocowych, a w szczególności z bratka (fiołka trójbarwnego), pokrzywy i skrzypu polnego. Zioła te są znane z oczyszczających właściwości. Warto także przypomnieć, że po wstawieniu ziołowych naparów do diety może na początku nastąpić pogorszenie się stanu cery – a to z uwagi na fakt, że oczyszczające działanie ziół polega na „wyciągnięciu" wszystkich zmian skórnych na wierzch. Efekt polepszenia się stanu skóry będzie więc widoczny dopiero po jakimś czasie. Należy to uwzględnić i nie przerywać ziołowych kuracji po kilku dniach i spożywać herbatki regularnie, a nie jedynie od czasu do czasu. Nie rekomenduje się spożywania dużej ilości kawy, czarnej herbaty i słodkich napojów, które mogą zaostrzać zmiany skórne. Po drugie, odstawić należy używki - należy całkowicie zrezygnować z palenia papierosów oraz picia alkoholu. Po trzecie, należy zadbać o urozmaicenie diety - tak, aby zapewnić skórze wszystkie niezbędne składniki spożywcze i mikro- oraz makroelementy. Nie są polecane diety eliminacyjne, które mogą zubożyć jadłospis o określone grupy składników odżywczych. Generalnie zaleca się następującą proporcję składników odżywczych: 20-30% białka (1-2 gramy białka na kilogram masy ciała), 50-65% węglowodanów (3-5 gramów na kilogram masy ciała) i 15-25% tłuszczów (1-1,5 grama na kilogram masy ciała). Nie należy w szczególności redukować ilości przyjmowanych węglowodanów kosztem zwiększenia podaży innych grup składników – po pierwsze produkty zbożowe mają zwykle dużo witamin z grupy B, która pozytywnie wpływa na stan skóry, po drugie zbyt duża ilość białka zakwasza organizm, co z kolei szkodzi na cerę oraz - po trzecie - leki przeciwtrądzikowe (w szczególności doustne) mogą negatywnie wpływać na działanie układu trawiennego, w związku z czym nie należy go dodatkowo przeciążać monoskładnikową dietą. Nie są również polecane głodówki oraz diety sokowe - nie dostarczają one wszystkich niezbędnych mikro- i makroelementów oraz mają niekorzystny wpływ - na już obciążoną preparatami przeciwtrądzikowymi - wątrobę. Spośród poszczególnych produktów należy wybierać te, które mają dużą zawartość błonnika pokarmowego, witamin z grupy B, cynku, witaminy E, kwasów omega-3 i omega-6 oraz beta-karotenu. Szczególnie poleca się owoce i warzywa, nasiona roślin strączkowych, jaja, chude mięso, pieczywo pełnoziarniste, kasze, orzechy, paprykę, marchewkę, szpinak. Unikać należy produktów wysokoprzetworzonych, bogatych w tłuszcze nasycone i prosty cukier.

UNIKAJ SŁODYCZY I UŻYWEK

Nie rekomenduje się spożywania słodyczy (szczególnie czekolady), żywności typu fast food, tłustych mięs i żywności nadmiernie przyprawionej, ostrej i słonej. Z technik kulinarnych poleca się, gotowanie na parze i pieczenie, należy unikać smażenia, szczególnie w głębokim tłuszczu. Z racji tego, że wahania hormonalne mogą powodować wzmożenie się objawów trądziku, zalecane jest spożywanie kilku mniejszych posiłków w 3-4 godzinnych odstępach czasu - po to, aby nie dopuścić do wahań poziomu cukru we krwi. Rekomenduje się spożywanie pokarmów o niskim indeksie glikemicznym. Polecane jest uwzględnianie w diecie produktów sezonowych - tak, aby unikać spożywania środków konserwujących. Ważne jest także uważne obserwowanie swojej diety i reakcji organizmu na nią - niektóre produkty mogą mieć niekorzystny wpływ dla określonych osób. W szczególności należy wziąć pod lupę nabiał - są osoby, którym produkty nabiałowe szkodzą. Przyjrzeć należy się także kawie i czekoladzie. Warto w tym celu okresowo odstawić te produkty (na okres co najmniej 4 tygodni) i sprawdzić, czy ich wyeliminowanie pomogło. Pomocne jest prowadzenie notatek w tym zakresie. Przypomnieć należy także o utrzymaniu odpowiedniej masy ciała - zarówno nadwaga, jak i niedowaga mogą powodować rozregulowanie pracy układu hormonalnego, co może prowadzić m.in. do niekorzystnych zmian skórnych.

POMOC DERMATOLOGA I DIETETYKA

Podsumowując, dieta w trądziku powinna być łatwostrawna, bazować na naturalnych nieprzetworzonych produktach, zawierać wszystkie składniki odżywcze w odpowiedniej proporcji i opierać się na pokarmach o niskim indeksie glikemicznym i wysokiej podaży mikroelementów, a w szczególności błonnika pokarmowego, witamin z grupy B, cynku i witaminy E. Bardzo ważne jest zapewnienie odpowiedniej podaży płynów, przy czym zaleca się picie przede wszystkim wody mineralnej. Należy odstawić używki. W walce z trądzikiem uzupełnieniem diety jest odpowiednia ilość ruchu i snu. Warto także podkreślić, że dieta co do zasady ma jedynie wspomagać leczenie dermatologiczne, a nie je zastępować. Wszelkie zmiany trądzikowe oraz inne niepokojące zmiany skórne, należy bezzwłocznie skonsultować z lekarzem dermatologiem. W przypadku zaś istnienia konieczności opracowania diety dostosowanej do szczególnych potrzeb naszego organizmu, pod rozwagę poddać należy również wizytę u dietetyka.

dr inż. Teresa Borkowska
dietetyk

Świąteczny obiad

Kaczka w sosie pomarańczowym

Składniki:
4 piersi kaczki, pomarańcza, cytryna, średnia cebula, zioła prowansalskie, 1 litr soku pomarańczowego, olej, łyżeczka mąki ziemniaczanej, ½ szklanki białego wytrawnego wina, 2 łyżki cukru, 2 łyżeczki masła, sól, pieprz.
Wykonanie:
Mięso umyć, natrzeć ziołami prowansalskimi, solą i pieprzem. Skórę na filetach naciąć ostrym nożem na krzyż. Pomarańczę i cytrynę sparzyć. Otrzeć skórkę z pomarańczy i ½ cytryny, posypać nią mięso. Cytrusy obrać, podzielić na ćwiartki. Cebulę obrać, posiekać.
Kaczkę włożyć do brytfanny, obłożyć ćwiartkami pomarańczy i cytryny, cebulą, podlać 500 ml wody. Nakryć, piec godzinę w piekarniku rozgrzanym do 180°C, parę razy obracając mięso. Zdjąć pokrywę, zwiększyć temperaturę do 190°C i piec ok. 15 min.
Odlać ⅓ szklanki soku pomarańczowego, resztę wlać do garnka, dodać cukier i gotować aż połowa odparuje. Kaczkę wyjąć z piekarnika, sos z pieczenia zlać i przecedzić, dodać do syropu pomarańczowego. Mąkę ziemniaczaną wymieszać z odlanym sokiem, wlać do wrzącego sosu. Gotować, mieszając, aż sos zgęstnieje. Dolać wina, podgrzać, nie zagotowując. Dodać masło, wymieszać. Zestawić sos z ognia, doprawić solą i pieprzem.
Piersi kaczki wyłożyć na półmisek, polać niewielką ilością sosu, resztę podać w sosjerce.

Faszerowany udziec indyka

Składniki:
Przyprawa do indyka, sos paprykowy, np. Winiary, 1 kg udźca indyka bez kości i skóry, ½ czerwonej papryki, 4 plastry wędzonego boczku, 2 plastry żółtego sera, 4 łyżki oleju, pieprz, zioła prowansalskie, majeranek.
Wykonanie:
Udziec umyć, osuszyć, rozkroić, oprószyć przyprawą, solą i pieprzem. Paprykę umyć, usunąć gniazda nasienne, pokroić w kostkę. Na mięsie rozłożyć plastry sera i boczku, posypać papryką. Zwinąć, formując roladę. Obwiązać nicią.
Mięso oprószyć solą, pieprzem i przyprawą do indyka, ziołami prowansalskimi i majerankiem, skropić olejem. Ułożyć w naczyniu do zapiekania. Wstawić do piekarnika rozgrzanego do 200°C, piec 60-70 minut.
Roladę przestudzić, pokroić w plastry. Podawać z sosem paprykowym.

Święta na słodko

Knedle z makiem

Składniki:
20 dag maku, ½ laski wanilii, 10 dag miodu, ⅓ szklanki rodzynek, ⅓ szklanki orzechów, cukier puder. Na ciasto: 70 dag ugotowanych ziemniaków, 1 i ½ szklanki mąki, jajko, sól.
Wykonanie:
Mak zalać wrzątkiem, dodać wanilię, postawić na ogniu doprowadzić do wrzenia. Odstawić na 12 godzin. Osączyć na sicie i dwukrotnie zemleć.
Rodzynki zalać niewielką ilością wody. Orzechy posiekać. Miód włożyć do makutry, dodać nieco gorącej wody, wymieszać. Włożyć mak, utrzeć. Kilka łyżek maku odłożyć do dekoracji, resztę połączyć z bakaliami.
Ziemniaki przepuścić przez praskę lub zemleć. Przełożyć na stolnicę, wbić jajko, dodać mąkę, szczyptę soli, zagnieść jednolite ciasto. Podzielić je na porcje, z każdej uformować cienki wałek, pokroić w 3-centymetrowe kawałki. Z nich zrobić okrągłe placuszki, na każdy nałożyć łyżeczkę maku. Ciasto zlepić, formując kulki.
Knedle wrzucić do osolonego wrzątku, gotować 4 minuty od wypłynięcia. Odcedzić, nałożyć na półmisek, udekorować odłożonym makiem, po czym posypać cukrem pudrem.

Ciasteczka orzechowo-cynamonowe

Składniki:
3 białka, 30 dag cukru pudru, 1 i ½ łyżki cynamonu, łyżka wiśniówki, 35 dag łuskanych orzechów laskowych. Na lukier: 15 dag cukru pudru, 2-3 łyżki soku z cytryny.
Wykonanie:
Orzechy zemleć. Wymieszać z cynamonem i wiśniówką. Ze schłodzonych białek ubić sztywną pianę, połączyć z cukrem pudrem. Dodać do ciasta, delikatnie wymieszać.
Rozwałkować ciasto na grubość ok. 5 mm, foremką (np. w kształcie gwiazdki) wykrawać ciastka. Zostawić je na noc, by obeschły.
Blachę do pieczenia wyłożyć pergaminem. Zachowując odstępy, ułożyć na niej ciasteczka. Piec 3-5 minut w piekarniku rozgrzanym do 250°C. Wyjąć, ostudzić.
Przygotować lukier. Połączyć cukier puder, sok z cytryny, 2 łyżki gorącej wody i mieszać, aż powstanie jednolita masa. Gdy lukier przestygnie, udekorować nim upieczone ciasteczka.

Popatrzmy na mazurki

Te przesympatyczne ptaszki przez niedoświadczonych obserwatorów przyrody bardzo często mylone są z wróblami. Choć na pierwszy rzut oka są do nich podobne, to jednak różnią się od nich kilkoma cechami ubarwienia. Gdy u napotkanego wróbla zauważymy ciemnobrązowy wierzch głowy, czarną, okrągłą plamkę na jasnym policzku oraz biały pasek z tyłu szyi, możemy mieć pewność, że właśnie patrzymy na mazurka.

Mazurki wykazują wiele ciekawych zachowań, których nigdy nie zaobserwujemy u ich bliskich krewniaków - wróbli domowych. Pary ptaków, które dobrały się w okresie lęgowym, pozostają często razem również w czasie jesienno-zimowym. Późną jesienią skrupulatnie wyszukują źdźbła suchej trawy, pióra i inne materiały nadające się do budowy gniazda. Rzecz wydawałaby się bardzo dziwna, bo przecież o tej porze roku ptaszki te nie przystępują do lęgów. Dlaczego więc tak się zachowują? Otóż mazurki budują tzw. gniazda zimowe, w których nocują. Ptaki te zazwyczaj przystosowują do tego celu miejsca, w których odbywały wiosną i latem lęgi, a więc szczeliny i zakamarki budynków, budki lęgowe lub naturalne dziuple. Te osobniki, które nie zdążą zadbać o ciepły nocleg, będą skazane na nocowanie w gęstwinie gałęzi. Badania wykazały, że mazurki, które spędzały zimne noce w zimowych gniazdach, oszczędzały o 40% więcej energii niż te, które nocowały na zewnątrz.

Zimą mazurki żerują w dosyć dużych stadach. Bardzo chętnie przyłączają się do mniejszych lub większych stad trznadli i dzwońców. W przeciwieństwie do wróbli domowych, poszukują również pokarmu na polach. Często można je spotkać w krajobrazie rolniczym, w pobliżu stogów ze słomą lub na ugorach. W takich miejscach znajdują wiele nasion, które o tej porze roku są ich podstawowym pokarmem.

W obrębie ludzkich zabudowań mazurki zimą poszukują pokarmu głównie na pryzmach obornika, otwartych pryzmach kiszonki z kukurydzy oraz przy budynkach gospodarczych. Bardzo szybko zapamiętują również miejsca, w których wysypywane jest ziarno dla kur czy gołębi domowych.

Mazurki chętnie odwiedzają karmniki. Ich przysmakiem są nasiona słonecznika. Zjadają również z wielkim apetytem nasiona owsa, prosa, pszenicy. Gdy chcemy zaprosić mazurki do swojego karmnika w ogrodzie, najpierw zacznijmy wysypywać ziarno na ziemię u jego podstawy. Będzie dla nich łatwiej dostrzegalne. Gdy zaczną regularnie przylatywać i korzystać z dokarmiania, możemy stopniowo zmniejszać ilość ziarna na ziemi, w celu nauczenia mazurków korzystania bezpośrednio z karmnika.

Oprócz nasion, mazurki bardzo lubią tłuszcz. Choć nie należą do ptaków wykazujących wybitnie akrobatyczne zdolności, są w stanie po kilku nieudanych próbach nauczyć się lądować na wiszącej na drucie lub sznurku słoninie.

Żerujące stadko mazurków jest bardzo hałaśliwe. Łatwo jest zauważyć, które ptaki zajmują najwyższe miejsce w hierarchii. Zachowują się one w stosunku do innych dość agresywnie. Najczęściej zaznaczają swoją pozycję w stadzie, dziobiąc słabsze osobniki po głowie, nogach lub ciągnąc za ogon.

W pobliże karmnika mazurki przylatują zawsze w większym stadku. Nigdy jednak wszystkie ptaki nie żerują w danej chwili. Zawsze, chociaż kilka osobników, zostaje na gałęziach drzew, sąsiadujących z karmnikiem. One zazwyczaj jako pierwsze ostrzegają o zbliżającym się niebezpieczeństwie. Dzięki temu żerujące ptaki mają większe szanse na uniknięcie niespodziewanego ataku. A głównym ich wrogiem w okresie jesienno-zimowym jest krogulec.

Tekst i zdjęcie:
Kamil Kryński

"Pierwsza pomoc w górach"

Andrzej Górka
Łukasz Migiel
Maciej Mikiewicz
Przemysław Gancarczyk
Adam Ubych

Obrażenia ciała, porażenie piorunem, hipotermia, lawina to realne zagrożenia, które mogą nas spotkać w górach. Nawet dobre przygotowanie do wyprawy może nie uchronić nas przed koniecznością udzielenia pomocy sobie lub innym. Zanim na miejsce przybędą ratownicy, będziemy zdani na własne siły i umiejętności.

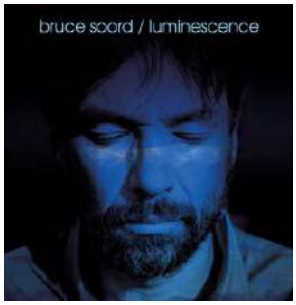
Ten praktyczny poradnik, napisany przez medyków działających na co dzień w górach, powstał z myślą o turystach, narciarzach, wspinaczach i wszystkich innych, którzy spędzają aktywnie czas na szlakach i poza nimi. Pozwoli im nie tylko kalkulować ryzyko związane z zagrożeniami, ale przede wszystkim samodzielnie działać i współpracować z ratownikami podczas wypadku.

"To od Ciebie, drogi Czytelniku, zależy, czy będziesz dysponować wiedzą i umiejętnościami, aby w trudnych chwilach i w trudnym terenie rozpocząć łańcuch przeżycia. Książka powstała jako wyraz troski o Ciebie oraz o tych, których nasi Koledzy ratowali i będą ratować w przyszłości. Dzięki zawartym w niej praktycznym informacjom i zaleceniom możesz zapoznać się z zasadami pierwszej pomocy."

dr hab. n. med. Sylweriusz Kosiński
prof. dr hab. n. med. Tomasz Darocha
Powyższy opis pochodzi od wydawcy.
Wydawnictwo Bezdroża, 2023

PŁYTA NA ZIMĘ: BRUCE SOORD „LUMINESCENCE"

Na okładce mężczyzna z przymkniętymi oczami. Czegóż można by się spodziewać po zawartej w tym wydawnictwie muzyce? Mnóstwa pięknych, nastrojowych piosenek idealnych na zimowe wieczory. Bruce Soord to lider brytyjskiej grupy Pineapple Thief. Zespół od lat nagrywa znakomite płyty o nieco bardziej rockowym "sznycie". Bruce od czasu do czasu tworzy bardziej osobistą muzykę. Muzykę, w której każdy utwór to perełka mieniąca się delikatnością melodii, zadumy, melancholii, ale i nadziei. Aranżacje są wysmakowane, idealnie wyważone między oszczędną surowością, a nadmiernym przepychem. Trudno pisać o tej muzyce, trzeba jej koniecznie posłuchać, do czego gorąco namawiam.



Poleca lek. Marcin Mazur

Humor o lekarzach

Na szpitalnym korytarzu lekarz pyta pielęgniarkę:
- Siostro, kto tam tak głośno płacze? Chyba nie te czworaczki, które się urodziły dziś w nocy?
- Nie. To ich ojciec.

• • • • •

ZOO
Dwa lwy oglądają w swojej klatce torbę lekarską i stłuczone okulary.
- to był dobry weterynarz
- tak, szkoda że nie zostało ani kawałka.

• • • • •

- Panie doktorze, wszyscy mówią mi, że ja jestem nienormalna, lubię naleśniki.
- Ależ skąd, ja też lubię naleśniki - odpowiada lekarz.
- Och, to ja pana bardzo zapraszam, mam całą szafę naleśników.

• • • • •

- Panie doktorze, bardzo boli mnie brzuch.
- A co pani jadła?
- Puszkę śledzi.
- Czy były świeże?
- Nie wiem, nie otwierałam!

• • • • •

- Nie rozumiem, dlaczego mam panu zapisać środki nasenne, skoro pół nocy przesiaduje pan w barze...
- To nie dla mnie, to dla mojej żony!

• • • • •

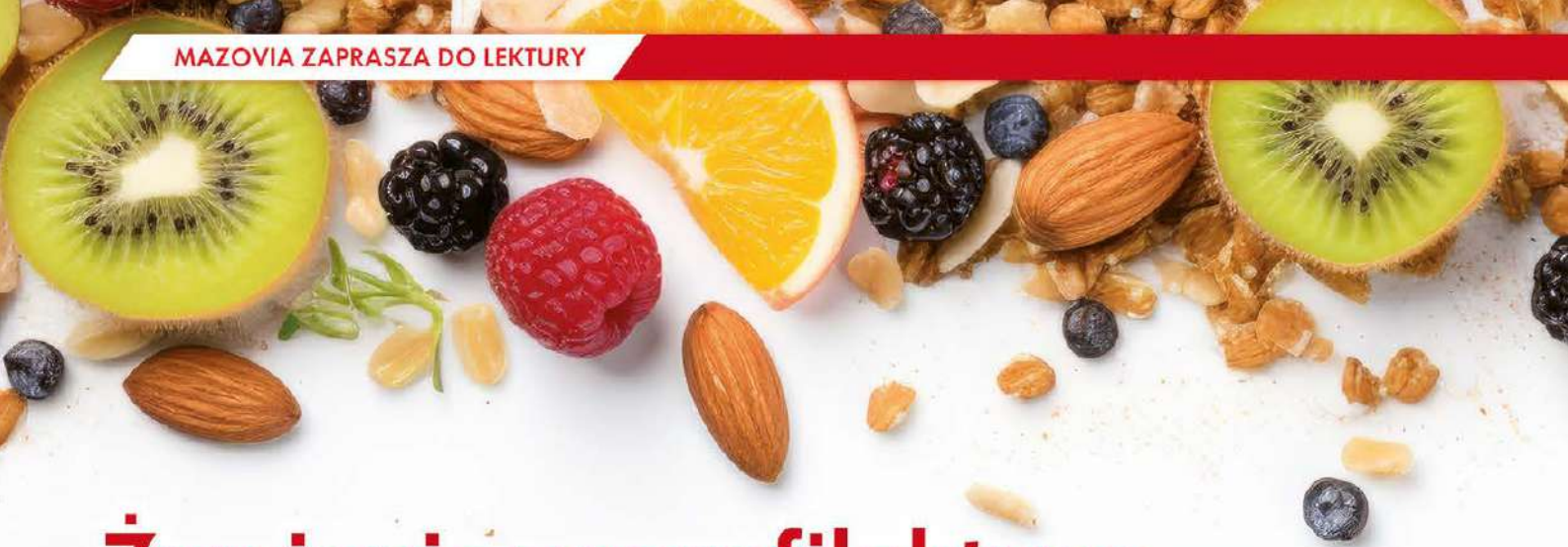
Spotykają się dwaj koledzy:
- Byłem odwiedzić Wacka w szpitalu. Nieprędko stamtąd wyjdzie...
- Rozmawiałeś z jego lekarzem?
- Nie. Widziałem jego pielęgniarkę.

• • • • •

- Panie doktorze, mam dopiero 40 lat i już jestem zupełnie łysy...
- Proszę się nie martwić, wypadanie włosów to jedyna choroba, która nie ma nawrotów!

• • • • •

Do obłożnie chorej małżonki mąż wzywa lekarza domowego.
Lekarz wchodzi do pokoju i zamyka za sobą drzwi.
Po chwili wychodzi i prosi męża o obcęgi.
Zdziwiony mąż podaje mu narzędzie.
Po pewnym czasie doktor ponownie wychyla głowę zza drzwi i tym razem prosi o młotek i dłuto.
Blady z przerażenia małżonek znów dostarcza mu narzędzi i pyta drżącym głosem:
- Wielkie nieba, co też dolega mojej żonie?!
- Nie wiem - mruczy pod nosem lekarz. - Nie mogę otworzyć mojej torby...



Żywienie w profilaktyce choroby wrzodowej żołądka

Choroba wrzodowa żołądka jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń przewodu pokarmowego. To choroba wieloczynnikowa, gdzie patomechanizm jest bardzo złożony, a w efekcie końcowym prowadzi do powstania zmian w postaci uszkodzenia błony śluzowej żołądka i wytworzenia się wrzodów. Wśród głównych czynników powstania choroby wymienia się zakażenie bakterią Helicobacter pylori, przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych, uwarunkowania genetyczne i rodzinne oraz stres. Używki i nawyki żywieniowe oraz preferowana codzienna dieta stanowią czynniki, które zwiększają ryzyko zachorowalności na chorobę wrzodową żołądka.

Działania profilaktyczne silnie wpływają na przeciwdziałanie rozwojowi choroby, ale także na zmniejszenie jej dolegliwości i ewentualnych skutków ubocznych obniżających jakość życia osób chorych. Dotychczasowe badania naukowe podkreślają wagę diety w profilaktyce choroby wrzodowej żołądka. Czołowe znaczenie w dietoterapii odgrywają substancje zabezpieczające błonę śluzową stanowiące składniki produktów spożywczych. Będą tu znajdować się przede wszystkim fosfolipidy i fitosterol, które zapobiegają powstawaniu owrzodzeń znajdujące się w żółtkach jajek, produktach sojowych czy olejach roślinnych. Ponadto spożywanie kurkumy, winogron, ananasa czy zielonej herbaty od wczesnych lat młodości pozwala na wyeliminowanie ryzyka zachorowania na wrzody żołądka. Szczególnie duży wpływ ma kurkumina, stanowiąca element popularnej przyprawy kurkumy, która przeciwdziała zakażeniom bakterią H. pylori, stanowiącej główny patogen rozwoju choroby wrzodowej żołądka. Z kolei winogrona czy ananas bogate są w kwas galusowy - przeciwutleniacz, modulujący reakcje zapalne poprzez hamowanie działania cytokin prozapalnych. Dominującym rodzajem powinna być dieta lekkostrawna, pozbawiona ostrych, pikantnych przypraw (pieprz czarny, chilli).

W dalszej kolejności działania profilaktyczne w zakresie diety powinny opierać się na stosowaniu zasad spożywania posiłków, czyli spożywanie powinno być powolne zachowując tym samym dokładność przeżuwania i rozdrabniania pokarmu, natomiast ostatni posiłek nie powinien być spożywany bezpośrednio przed snem. Oczywiście, idealnym rozwiązaniem byłoby przygotowywanie posiłków samodzielnie, pamiętając, iż przeważającym sposobem obróbki powinno być gotowanie na parze, dopuszczalne jest także pieczenie w piekarniku, zaś całkowite wyeliminowanie smażenia. Dodatkowo, należy spożywać 5-6 posiłków dziennie, w miarę równych odstępach czasowych i w małych porcjach. W fazie profilaktyki, w okresie nasilenia choroby, wskazane jest spożywanie nawet 6-7 posiłków dziennie, małych objętościowo o konsystencji papkowatej lub półpłynnej.

Należy zminimalizować spożycie soli czy ostrych przypraw, błonnika oraz produktów o działaniu wzdymającym czy octu. Z kolei całkowicie należy wyeliminować produkty bogatotłuszczowe i napoje gazowane. Każda dieta powinna być dostosowana do energetycznego zapotrzebowania osoby znajdującej się w grupie ryzyka lub też już chorującej, a także powinna być tak skonstruowana, by szczególnie w okresach nasilenia choroby przynieść ulgę i zmniejszyć objawy kliniczne w postaci bólu brzucha i objawów dyspeptycznych – odbijania, wzdęcia czy zgagi. Objawy choroby mogą być również niwelowane za pomocą bakterii probiotycznych, które zwiększają odporność immunologiczną oraz kojąco działają na florę bakteryjną żołądka. W dietoterapii również należy spożywać rośliny strączkowe, które zawierają w sobie błonnik pokarmowy i wykazują właściwości łagodzące.

Najbardziej korzystne efekty w profilaktyce chorób przewodu pokarmowego przynosi przestrzeganie zasad prawidłowego i zdrowego żywienia, jak również podstawowych zasad higieny, a także regularny umiarkowany wysiłek fizyczny oraz unikanie używek. O szkodliwości papierosów i alkoholu dla ludzkiego organizmu nie trzeba debatować, gdyż jest to fakt obligatoryjnie i powszechnie znany. Sam alkohol czy papierosy nie stanowią bezpośredniej przyczyny zachorowania na wrzody żołądka, jednakże mogą zwiększać dolegliwości objawów, zwłaszcza tych dyspeptycznych, głównie poprzez etanol zawarty w alkoholu, który poprzez swoje silnie drażniące właściwości pobudza zakończenia czuciowe nerwów w uszkodzonej ścianie żołądka, co zwiększa rozmiar uszkodzeń w obrębie błony śluzowej. Alkohol jest głównym czynnikiem zwiększającym produkcję kwasu żołądkowego, który podchodząc do góry powoduje nadżerkę górnego odcinka przewodu pokarmowego, a nawet w długotrwałym stanie spożywania przyczynia się do powstania rakowacenia wrzodów, i w konsekwencji śmierci. Stąd też działaniem profilaktycznym jest przede wszystkim całkowite odstawienie używek, które silnie zwiększają siłę występujących objawów klinicznych choroby wrzodowej. W tym aspekcie nie można sobie pozwolić na półśrodki, bowiem w fazie zaostrzenia choroby już niewielka ilość alkoholu czy też wypalonego papierosa i dymu tytoniowego mogą spowodować bardzo silne dolegliwości, zwłaszcza bólowe, niekiedy stanowiące podstawę hospitalizacji.

Odpowiednia modyfikacja diety, zmiana nawyków żywieniowych i rezygnacja z używek stanowią bazę prewencji choroby wrzodowej żołądka.

dr n. o zdr. Patrycja Soszyńska-Zielińska
Kierownik Katedry Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauki o Zdrowiu
Akademia Nauk Stosowanych Mazovia

BEZPŁATNE PROGRAMY PROFILAKTYCZNE

REALIZOWANE W TWOJEJ PRZYCHODNI

CENTRUM®

PROFILAKTYKA CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA

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 paczkolat, 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^{0} 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

Wersja XII 2023