



Biuletyn

4/2017

KWARTALNIK OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

z siedzibą w Kaliszu

2018

*Szczęśliwego
Nowego Roku*

Cichy złodziej kości	6
Atopowe zapalenie skóry nie tylko u dzieci	8
Profilaktyka chorób serca	11
Zwyrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem w skrócie AMD(age-related macular degeneration)	12
Szkolenia	14
Plan szkoleń OIPIP na 2018	16
Zespół pozakrzepowy	20
1 Grudnia światowy dzień walki z AIDS	24
Jakość życia osób starszych	26

Numer Konta bankowego
75 10 20 2212 0000 5402 0092 6485

Jeśli chcesz być dobrze poinformowany/a
wejdź na naszą stronę internetową:
www.oipip.kalisz.pl



Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

czynne: od poniedziałku do piątku
w godzinach 7⁰⁰ - 15⁰⁰

Sekretarz ORPiP

przyjmuje interesantów:
od poniedziałku do piątku 7⁰⁰ - 11⁰⁰

Skarbnik OIPIP

urzęduje we wtorki i środy w godz. 15⁰⁰ - 18³⁰

Dyżury Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
62-800 Kalisz, ul. Korczak 4a
tel. (0 62) 757-04-31
w pierwszy i czwarty poniedziałek miesiąca
od godz. 14⁰⁰ do 15⁰⁰

Radca Prawny OIPIP z siedzibą w Kaliszu
- porady w zakresie prawa pracy oraz przepisów
związanych z wykonywaniem zawodu w każdy wtorek
w godz. 14⁰⁰ do 16⁰⁰.

Dyżury

Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych:

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
pełni dyżur w pierwszy i czwarty poniedziałek miesiąca
w godz. 13⁰⁰ do 15⁰⁰

Zespół redakcyjny w składzie:

Krystyna Połomska
Jadwiga Sołńska
Danuta Wieczorek

Adres:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
z siedzibą w Kaliszu
ul. Korczak 4a, 62-800 Kalisz
tel./fax: (62) 757 04 31
www.oipip.kalisz.pl
e-mail: izba@oipip.kalisz.pl

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu
nie ponosi odpowiedzialności za treść oraz ofertę firm
oferujących pracę, zamieszczone w Biuletynie OIPIP.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i opra-
cowywania tekstów. Redakcja nie odpowiada za treść
ogłoszeń o konkursach na stanowiska kierownicze
w ochronie zdrowia.

Data wydania:

GRUDZIEŃ 2017

Nakład:
750 egz.

Druk:

Drukarnia „Kalgraf” s.c., 62-800 Kalisz, ul. Górna 2a
tel.: 62 757 31 07, fax: 62 768 36 70

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Dobiega końca kolejny, już 2017 rok. Koniec roku to czas świąt rodzinnych, ciepłych i spokojnych, ale także czas podsumowań. Mijający rok nie był dla naszego środowiska czasem łatwym. Rozwiązania ustawowe dotyczące minimalnego wynagrodzenia zamiast uporządkowania istniejącego stanu, stały się przyczyną konfliktów i nadużyć wobec pielęgniarek i położnych, które do dziś nie zostały rozwiązane. Ciągłe rosnąca średnia wieku polskiej pielęgniarki i położnej świadczy o braku zastępowalności pokoleniowej w naszych profesjach. Ciągłe malejąca liczba pielęgniarek i położnych nie pozwala na wprowadzenie realnych norm zatrudnienia, co powoduje, że nadal obowiązuje rozporządzenie, które nie znajduje zastosowania w realnych warunkach. Taka sytuacja wymusza już w kraju zamykanie oddziałów szpitalnych z powodu braku pielęgniarek. Należy mieć nadzieję, że malejąca ilość pielęgniarek i położnych na rynku pracy wymusi lepsze warunki płacy oraz pracy. Wiele zależy od nas samych, na ile sami wykorzystamy to, że szpitale i przychodnie funkcjonują tylko dzięki pielęgniarkom i położnym pracującym na kilku etatach, kosztem swojego zdrowia i kosztem swoich rodzin.

Mijający rok był także bardzo dynamiczny w zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej, gdzie próbowano cały czas pozbawić nas samodzielności zawodowej. Cały czas trwają jeszcze prace nad opieką pielęgniarską w środowisku nauczania i wychowania. Dodatkowo próbuje się na pielęgniarki nałożyć obowiązek kwalifikacji do szczepień ochronnych.

Życzę wszystkim Paniom Pielęgniarkom i Położnym oraz Panom Pielęgniarzom i Położnym, aby rok 2018 był dla nas rokiem obfitującym w pozytywne zmiany oraz bogaty w absolwentki i absolwentów szkół wyższych, „wchodzących do zawodów”. Życzę także jedności i solidarności zawodowej, gdyż jedynie skonsolidowani jako środowisko, nie ulegając próbom skłócenia z zewnątrz, jesteśmy w stanie skutecznie upominać się o nasze prawa.

*Przewodniczący Okręgowej Rady
(-) Marek Przybył*



KORESPONDENCJA

Włocławek, 04.12.2017r.

Pan
Przewodniczący
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Członkowie ORPiP

Szanowni Państwo

Koleżankom, Kolegom – Pielęgniarkom-Położnym na radosne rodzinne Święta Bożego Narodzenia oraz na Nowy 2018 rok, serdeczne życzenia przesyła Zarząd i Rada Społeczne Fundacji Pracy i Ochrony Zdrowia Almach z Włocławka.

Szczególne podziękowania kierujemy do Członków Okręgowej Rady oraz Koleżanek-Kolegów, którzy wsparli finansowo inicjatywę organizacji Domu Pielęgniarki i Położnej – Domu Seniora.

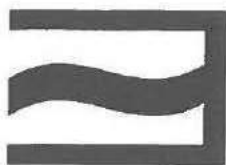
Dziękujemy ofiarodawcom 1% podatku, uczestnikom aktywnego wypoczynku oraz organizatorom i uczestnikom szkoleń, grupom wycieczkowym, dla których bazą był Dom Pielęgniarki i Położnej w Tylmanowej.

Prosimy nie zapomnieć o Fundacji, a za dobro wypływające ze słów Św. Jana Pawła II „Człowiek jest wielki nie przez to co ma, nie przez to kim jest lecz przez to czym dzieli się z innymi” dziękujemy.



Prezes Zarządu
Bożena Banachowicz
Bożena Banachowicz

KORESPONDENCJA



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, Tel. (22) 327 61 61, Fax. (22) 327 61 60

NIPiP- NRPiP-DM.0025.343.2017

Warszawa, dnia 29 listopada 2017 r.

**Pani /Pan
Przewodnicząca/Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych**

Szanowne Państwo

W załączeniu, przesyłam do wiadomości komunikat firmy Biogen Poland Sp. z o.o., wystosowany w porozumieniu z Europejską Agencją Leków oraz Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w sprawie ograniczenia stosowania leku Zinbryta (daklizumab) w związku z ryzykiem piorunującej niewydolności wątroby.

Z wyrazami szacunku

Wiceprezes NRPiP

Mariola Łodzińska

CICHY ZŁODZIEJ KOŚCI

Osteoporoza już od tysiącleci była istotnym problemem zdrowotnym populacji, jednak dopiero od niedawna zaczęto uważać ją za chorobę, a nie za wynik starzenia się organizmu. Przebiega podstępnie, powodując bezbolesne pogarszanie się stanu układu kostnego, polegające na postępującej destrukcji masy kostnej, zaś zauważalnym objawem choroby jest zazwyczaj złamanie osteoporotyczne, świadczące o dużym zaawansowaniu osteoporozy.

Słowo „osteoporoza” wywodzi się z języka greckiego „oste-on” – kość języka łacińskiego „porus” – dziura, ubytek.

Definicja według ekspertów National Osteoporosis Foundation i National Institutes of Health – NOF/ NIH (2001) „Osteoporoza jest to choroba szkieletu, charakteryzująca się upośledzoną wytrzymałością kości, co powoduje zwiększone ryzyko złamania”.

Definicja według WHO (1993): „Osteoporoza jest układową chorobą szkieletu, charakteryzującą się niską masą kości, zaburzoną mikroarchitekturą tkanki kostnej prowadzącą do wzmożonej łamliwości kości i złamań”.

Osteoporoza jest chorobą, której częstość występowania wzrasta z wiekiem. U jej podstaw leży obniżenie wytrzymałości, która zwiększa łamliwość kości. Problemy z nią związane rosną równolegle do przedłużającego się życia, szczególnie kobiet. Zaliczana jest ona do grupy schorzeń o znaczeniu społecznym – ze względu na zasięg i następstwa (1,3).

czy procesów inwolucyjnych, jednak zmiany chorobowe w różnym stopniu dotyczą struktur szkieletu (1).

Dwie grupy osób są najbardziej narażone na osteoporozę: kobiety w okresie menopauzy i osoby starsze po 70. r.ż. Wiek i płeć, jako czynniki ryzyka osteoporozy o szczególnym znaczeniu, są podstawą jej klinicznego podziału na dwa podstawowe typy: 1) osteoporozę postmenopauzalną i 2) osteoporozę starczą. Osteoporoza częściej występuje u kobiet, w okresie starości wczesnej stosunek kobiet do mężczyzn wynosi 5:1. W późniejszym okresie częstość występowania choroby u mężczyzn wyraźnie wzrasta, powyżej 75. r.ż. stosunek ten wynosi już tylko 2:1. W związku z wydłużaniem się okresu życia i zwiększaniem się odsetka ludzi starych w populacji, problem osteoporozy będzie ciągle narastał z coraz częstszymi złamaniami osteoporotycznymi, głównie kręgow, nadgarstka oraz kości udowej (2).

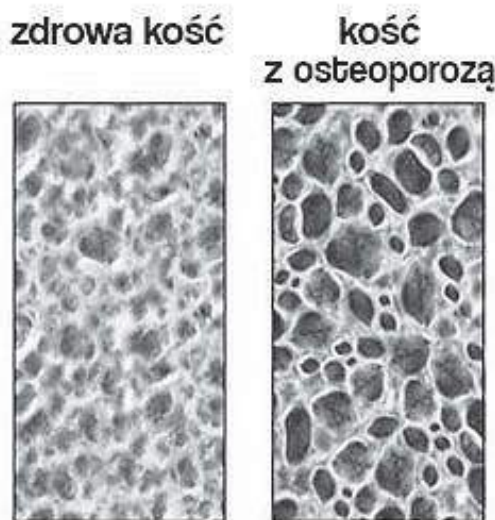
Przyczyną wzrostu wskaźnika liczby złamań osteoporotycznych jest nie tylko wydłużenie się okresu życia, ale i zmiana trybu życia oraz sposób odżywiania. Osteoporoza jest wyniszczającą i postępującą chorobą. Wśród przyczyn zgonów zajmuje ona trzecie miejsce po chorobach układu krążenia i nowotworach. Z powodu powikłań aż 20% chorych ze złamaniami kości udowej umiera w ciągu sześciu miesięcy po złamaniu, a ponad 50% w ciągu następnego roku. Osoby, które przeżywają przeważnie cierpią fizycznie – z powodu bólu i psychicznie – ze względu na upośledzenie ruchowe. Ponad połowa chorych, którzy przeżyli złamanie szyjki kości udowej, doświadcza pogorszenia jakości życia, a jedna trzecia nigdy nie powraca do pełnej samodzielności i wymaga długotrwałej opieki osób trzecich.

Osteoporoza to dziś choroba cywilizacyjna. W Polsce choruje na nią ok. 3 mln osób, a zagrożonych jest aż 8 mln! Dane wskazują, że liczba osób nią dotkniętych z roku na rok będzie wzrastać! Do 2035 r. wartość ta może zwiększyć się trzykrotnie.

Choroba ta nie daje wcześniejszych symptomów – w końcu utrata tkanki kostnej „nie boli” – to dlatego bywa nazywana „cichą epidemią” lub „cichym złodziejem kości”.

Proces utraty masy kostnej zaczyna się po 30 roku życia! 40% kobiet w wieku 50+ ulegnie złamaniu kości na skutek osteoporozy.

Szybka utrata tkanki kostnej (2-3% rocznie). W czasie menopauzy obniżeniu ulega poziom kobiecego hormonu – estrogenu. Odpowiedzialny jest on m.in. za tworzenie tkanki kostnej. W rezultacie proces jej utraty gwałtownie



Spotykamy się z podziałem osteoporozy ze względu na lokalizację i ze względu na etiologię.

Klasyfikacja osteoporozy według lokalizacji: osteoporoza miejscowa – definiowana jest jako dotycząca okolic układu kostnego, będących pod wpływem czynników patologicznych, jak np. unieruchomienie gipsowe, czy zaistnienie stanu zapalnego, Osteoporoza uogólniona – definiowana jest jako dotycząca całego układu kostnego, będąca konsekwencją oddziaływania defektów metabolicznych, unieruchomienia,

przybiera na sile. Dlatego w okresie menopauzalnym rośnie zapotrzebowanie na wapń wśród kobiet.

Osteoporoza uznana została przez Światową Organizację (WHO) za chorobę cywilizacyjną, nazwaną również „epidemią XXI wieku”. Ponieważ osteoporoza jest chorobą przede wszystkim ludzi starszych i kobiet po menopauzie, wydłużanie życia populacji, starzenie się społeczeństw, jak również zmiana stylu życia i modelu odżywiania oraz ograniczenie aktywności fizycznej, wynikające z rozwoju technologicznego, wskazuje na możliwość zwiększenia liczby zachorowań. Ponieważ liczba osób zagrożonych osteoporozą, jak również liczba złamań kości, stale wzrasta, należałoby podjąć wszechstronne działania mające na celu redukcję możliwych do wyeliminowania czynników ryzyka, a zatem zapobieganie zachorowaniu i rozwojowi choroby. Profilaktyka w tym zakresie może wiele zmienić (1,2,3).

CZYNNIKI RYZYKA WYSTĄPIENIA OSTEOPOROZY NIEMOŻLIWE DO WYELIMINOWANIA

Wiek. Osteoporoza pomenopauzalna jest związana z procesem starzenia oraz wystąpieniem menopauzy w życiu kobiety. Wygastanie funkcji endokrynnych jajnika jest nierozdzielnie związane z utratą masy kostnej. Po 30 r.ż., będącym wiekiem uzyskania szczytowej masy kostnej, następuje powolny jej spadek. W ciągu całego życia kobiety, ilość masy kostnej ulega zmniejszeniu nawet o 45-50%.

Płeć żeńska. Osteoporoza występuje czterokrotnie częściej u kobiet niż mężczyzn, co związane jest z menopauzą oraz z faktem, że szczytowa masa kostna kobiet jest mniejsza o 25-30% w stosunku do mężczyzn.

Grupa etniczna. Największe ryzyko zachorowania na osteoporozę dotyczy kobiet rasy białej i Azjatek. Czynniki genetyczne i uwarunkowania rodzinne. Istnieje związek pomiędzy występowaniem określonych genów a rozwojem osteoporozy. Gęstość mineralna kości oraz podatność na złamania niskoenergetyczne jest zdeterminowana przez czynniki genetyczne. Dokonano identyfikacji 150 genów, które mogą być odpowiedzialne za stopień gęstości mineralnej tkanki kostnej lub ryzyko złamań kości.

CZYNNIKI RYZYKA CZĘŚCIOWO MOŻLIWE DO WYELIMINOWANIA

Wczesna menopauza. Ustanie czynności jajników poniżej 45 r.ż. samoistnie lub po resekcji jajników, chemio- czy radioterapii, związane jest z niedoborem estrogenów.

Długotrwały brak miesiączki, czy pierwsza miesiączka po 16 r.ż., mają znaczenie w aspekcie ryzyka zachorowania.

Szczupła budowa ciała i mała masa ciała. Ze zględu na mniejszą szczytową masę kostną oraz uboższą tkankę tłuszczową (w tkance tłuszczowej androgeny nadnerczowe podlegają procesowi konwersji do estrogenów), kobiety szczupłe o drobnej budowie, zwłaszcza o wskaźniku masy ciała BMI (Body Mass Index) mniejszym niż 18-20 są zdecydowanie bardziej narażone na rozwój osteoporozy niż kobiety o masywniejszej sylwetce (osoby z BMI ulegają dwukrotnie częściej złamaniu szyjki kości udowej niż osoby z BMI).

Choroby współistniejące. Występowanie schorzeń, zaburzających metabolizm kostny, a tym samym sprzyjającym złamaniom wywiera istotny wpływ na rozwój osteoporozy

wtórnej. Wśród nich to choroby endokrynologiczne (nadczynność przytarczyc, kory nadnerczy, tarczycy, cukrzyca, jadłowstręt psychiczny), choroby gastroenterologiczne (zaburzenia trawienia, resekcje żołądka i jelit, zespoły złego wchłaniania), nefrologiczne (zaburzenia czynnościowe nerek, dializy), tkanki łącznej, układu oddechowego (przewlekła obturacyjna choroba płuc), hematologiczne (białaczki, szpiczak). Przewlekłe stosowanie leków takich jak glikokortykosteroidy, hormony tarczycy, leki

przeciwpadaczkowe, osłaniające leki żołądkowe zawierające glin, leki uspakajające, heparyna, doustne antykoagulanty, leki przeciwgruźlicze, chemioterapeutyki, tetracykliny, leki moczopędne zwiększają ryzyko wystąpienia osteoporozy wtórnej.

CZYNNIKI RYZYKA POZWALAJĄCE NA CAŁKOWITĄ ICH ELIMINACJĘ

Niedostateczna aktywność fizyczna.

Prawidłowa aktywność fizyczna ma niezastąpione znaczenie w budowaniu masy kostnej, utrzymaniu jej, zapobieganiu jej utracie, związanej z procesem starzenia, a nawet w zwiększeniu jej gęstości. Aktywność fizyczna pobudza tkankę kostną do rozwoju szczytowej masy kostnej, w wieku młodzieńczym a u ludzi starszych hamującym rozpad tkanki kostnej. Długotrwałe nieruchomienie, lub też niedoceniając roli codziennych odpowiednich ćwiczeń fizycznych (spacery, gimnastyka, bieganie, wchodzenie po schodach) dla budowy i rozwoju kości, powoduje spadek masy kostnej, czy nawet osteoporozę immobilizacyjną, czyli spowodowaną unieruchomieniem.

Spożywanie zbyt małej ilości wapnia i witaminy D. Używanie prawidłowej szczytowej masy kostnej oraz utrzymanie jej na właściwym poziomie jest zależne od odpowiedniej podaży wapnia we wszystkich okresach życia człowieka. Wapń stanowi niezastąpiony składnik nieorganiczny tkanki kostnej, 99% wapnia znajduje się w tkance kostnej). Zapewnienie odpowiedniej ilości wapnia w diecie w okresie około – i pomeno- **pauzalnym pozwala na utrzymanie gęstości kości na właściwym poziomie**. Witamina D utrzymuje hemostazę wapniowo-fosforanową, wpływa na wchłanianie wapnia z pożywienia oraz mineralizację macierzy kostnej. Niedobór witaminy D nie tylko w diecie, ale również będący wynikiem unikania ekspozycji na światło słoneczne stanowi jedną z kluczowych przyczyn osteoporozy.

Nadmierna konsumpcja alkoholu, kofeiny oraz palenie papierosów. Nadużywanie alkoholu powoduje niedobory pokarmowe, zwłaszcza wapnia, fosforu i witaminy D, hamuje to procesy wytwarzania tkanki kostnej oraz chrząstki.

Nikotyna działa destrukcyjnie na tkankę kostną, poprzez zwiększenie poziomu kortyzolu w surowicy krwi, prowadzi do redukcji masy kostnej. Palenie papierosów hamuje czynność osteoblastów oraz zaburza procesy wchłaniania wapnia.

Kofeina wywiera niekorzystny wpływ na metabolizm kostny. Kobiety pijące 2 lub więcej filiżanek mocnej kawy dziennie posiadały mineralną gęstość kości na niskim poziomie, jeśli równocześnie nie stosowały w diecie produktów mlecznych.

Dieta bogatobiałkowa. Podwojenie ilości spożywanego białka, zwłaszcza pochodzenia zwierzęcego, powoduje nawet o 50% zwiększenie wydalania wapnia z moczem, co skutkuje ujemnym bilansem wapniowym. Niestety dieta niskokaloryczna, ubogobiałkowa stosowana przez dłuższy okres czasu, także wywiera niekorzystny wpływ na gęstość kości.

Piśmiennictwo:

Marcinowska-Suchowierska E., Czerwiński E., Badurski J., Walicka M., Tałała M.: Osteoporoza – diagnostyka i terapia u osób starszych. *Postępy nauk medycznych* 2011, tom 24/5

Misiorowski W.: Postępy w leczeniu osteoporozy. *Postępy Nauk Medycznych* 3/2008, s. 191-197

Janiszewska M., Kulik T., Dziedzic M., Żołnierczuk-Kieliszek D., Barańska A.: Osteoporoza jako problem społeczny – patogeneza, objawy i czynniki ryzyka osteoporozy pomenopauzalnej. *Problemy Higieny Epidemiologicznej* 2015, 96(1).

Przygotowała Danuta Wieczorek

DERMATOLOGIA

ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY NIE TYLKO U DZIECI

Atopowe zapalenie skóry (AZS) zwane egzemą atopową coraz częściej występuje w krajach uprzemysłowionych. W Polsce choroba dotyczy 4,7% dzieci między 3 a 18 rokiem życia i 1,4% dorosłych, przy czym w dużych aglomeracjach miejskich odsetek ten jest nawet dwukrotnie większy. Atopowe zapalenie skóry należy do zapalnych alergicznych chorób skóry i jest związane z uczuleniem na substancje znajdujące się w środowisku zewnętrznym, czyli na tzw. alergeny. Charakterystyczną cechą atopowego zapalenia skóry jest uporczywy i bardzo nasilony świąd skóry, często wywołujący rozdrażnienie i niepokój dziecka.

Skóra to największy, bo liczący ponad 2 m² powierzchni organ. Chroni nasze wnętrze przed inwazją bakterii i wirusów, a do tego zabezpiecza przed przegrzaniem, wychłodzeniem i nadmierną utratą wody. Niekiedy jednak przeciera się niczym gumowa rękawiczka i pozwala na wnikanie do wnętrza organizmu niepożądanych gości. Dzieje się tak u chorych z atopowym zapaleniem skóry. Rozpoczyna się zazwyczaj we wczesnym dzieciństwie, charakteryzuje się długotrwałym przebiegiem i tendencją do nawrotów nawet po długim okresie bezobjawowym. Choroba ta raczej ma podłoże genetyczne, co jest związane zarówno z nieprawidłowym funkcjonowaniem układu immunologicznego, jak i wadliwą budową naskórka.

U większości chorych na atopowe zapalenie skóry stwierdza się podwyższone poziomy immunoglobuliny E (przeciwciała klasy IgE), a więc białka zaangażowanego w procesy alergiczne. Przeciwciała te skierowane są przeciwko m.in. alergenom zawartym w pokarmach (np. białku mleka krowiego, białku jaja kurzego, mące), alergenom unoszącym się w powietrzu (np. pyłkom drzew, traw, chwastów oraz roztoczom kurzu domowego, sierści zwierząt, pleśniam). Ważną rolę w wywoływaniu zmian skórnych odgrywają również układy hormonalny i nerwowy, a istotne znaczenie ma też stres, który może powodować nawet zaostrzenie stanu klinicznego.

Patomechanizm atopowego zapalenia skóry jest bardzo złożony. Pierwszorzędną rolę odgrywają czynniki genetyczne czy zaburzenie w prawidłowym funkcjonowaniu bariery naskórkowej. Ponadto istnieje wiele czynników zaostrzających. Zaliczamy do nich m.in. czynniki psychiczne z uwzględnieniem stresu emocjonalnego czy infekcje. W etiologii tego schorzenia brane są również pod uwagę czynniki środowiskowe tj. alergeny czy zanieczyszczenie środowiska. Nie bez znaczenia pozostają środki drażniące tj. mydła, rozpuszczalniki, konserwanty czy detergenty.

Objawy

Atopowe zapalenie skóry objawia się zaczerwienieniem, liszajami, suchością, swędzeniem. Częste są także nawracające się zakażenia bakteryjne. Charakterystyczną cechą jest uporczywy i bardzo nasilony świąd skóry, nierzadko wywołujący rozdrażnienie i niepokój, a także mogący powodować przebudzenia w trakcie snu lub nawet bezsenność. Ponadto u dziecka z AZS stwierdza się bardzo suchą skórę i jej bardzo dużą wrażliwość na czynniki zewnętrzne oraz skłonność do podrażnień.

W fazie ostrej obserwuje się ogniska rumieniowe, dość wyraźnie odgraniczone od skóry otoczenia, na których podłożu występują drobne grudki, pęcherzyki oraz nadżerki. Dla przewlekłego stanu zapalnego typowe są ogniska z pogrubiałą skórą i wzmożonym rysunkiem linii skórnych, ponadto widuje się powierzchowne złuszczenie naskórka. We wczesnym dzieciństwie, do końca 2. roku życia, zmiany skórne mają charakter nieregularnych ognisk rumieniowowsiękowych i obecne są typowo na skórze twarzy (policzki, czoło, owłosiona skóra głowy) i dodatkowo na dalszych częściach kończyn oraz tułowi.

W niektórych przypadkach może być zajęta skóra zgięć stawowych (łokciowych, podkolanowych, nadgarstków). Pomiędzy 3. a 11. rokiem życia ogniska lichenizacji obserwuje się głównie w obrębie powierzchni zgięciowych stawów, natomiast w grupie dzieci najstarszych, podobnie jak u dorosłych, mogą być zajęte grzbiety rąk. W każdym okresie życia w najcięższych przypadkach może dojść do zajęcia całej skóry chorego, co nazywamy erytrodermią.

Rozpoznanie

Rozpoznanie AZS jest ustalane na podstawie obrazu klinicznego i szczegółowo zebranego wywiadu lekarskiego. W związku z różnorodnością objawów w diagnozowaniu AZS stosuje się tzw. kryteria diagnostyczne (rozpoznawcze),

określone kryteriami Hanifina i Rajki. Do najważniejszych objawów należą:

- świąd skóry
- charakterystyczne zmiany skórne i ich umiejscowienie w obrębie powierzchni zgięciowych kończyn
- przewlekły i nawrotowy przebieg zapalenia skóry
- osobniczy lub rodzinny wywiad w kierunku atopii
- suchość skóry
- rogowacenie mieszkowe
- dodatnie wyniki skórnych testów punktowych
- wczesne pojawienie się pierwszych objawów chorobowych
- podwyższony poziom IgE w surowicy krwi
- skłonność do wyprysku rąk i stóp
- wyprysk sutków
- zapalenie czerwieni wargowej
- nawracające zapalenie spojówek
- zaciemnienie okolic oczodołów
- rumień/zblednięcie twarzy
- świąd skóry po spożyciu niektórych pokarmów
- złe znoszenie wełny
- nietolerancja niektórych pokarmów
- biały dermatografizm, czyli paradoksalna reakcja skóry, która u chorych na atopowe zapalenie skóry przejawia się tym, że po zadrapaniu skóra reaguje zblednięciem, a nie zaczerwienieniem - co jest o wiele częstsze
- „polakierowane paznokcie”, objaw często widywany w przebiegu AZS, wiąże się z intensywnym świądem, częstym pocieraniem i drapaniem, co doprowadza do powstania jakby polakierowanych paznokci.

W celu potwierdzenia tła alergicznego schorzenia u dzieci powyżej 4. roku życia przeprowadza się tzw. skórne testy punktowe. Testy te wykonuje się na skórze przedramienia z podejrzanymi alergenami pokarmowymi, pyłkami i roztocami kurzu domowego, pleśniami, sierścią zwierząt.

W przypadku braku możliwości wykonania testów (nieodstateczny wiek pacjenta, konieczność stałego pobierania leków przeciwalergicznych) można wykonać badanie z krwi pacjenta i oznaczyć poziom przeciwciał IgE skierowanych przeciwko konkretnym alergenom lub zmierzyć ich całkowitą pulę.

Leczenie

Leczenie atopowego zapalenia skóry zależy od wieku pacjenta, rozległości i nasilenia zmian skórnych. Jeśli zostały ustalone czynniki uczulające, należy w miarę możliwości ich unikać, ale podstawową rolę leczniczą spełnia prawidłowa pielęgnacja skóry. W związku z nasiloną suchością skóry należy nawilżać i natłuszczać skórę specjalnymi preparatami zwanymi emolientami. Tak więc zalecane są środki miejscowe o pH 5,5 (emulsje do kąpieli, kremy, lotiony, maści), przeznaczone do skóry atopowej, które dodatkowo łagodzą dolegliwości świądowe. Skóra dziecka chorego na AZS wymaga 3–4-krotnej aplikacji preparatu w ciągu doby.

W przypadku ognisk zapalnych przebiegających z tworzeniem świądowych grudek czy lichenizacją konieczne jest zastosowanie preparatów przeciwzapalnych. W tej grupie

leków znajdują się zwłaszcza preparaty sterydowe, które ze względu na różną siłę działania i możliwość wywoływania działań niepożądanych powinny zostać dobrane indywidualnie przez lekarza dermatologa. Nową bezpieczniejszą grupą leków do stosowania zewnętrznego są inhibitory kalcyneuryny, które dodatkowo można stosować profilaktycznie w celu zapobiegania zaostrzeniom. Z powodu intensywnego świądu dzieci z AZS wymagają terapii przeciwswiądowej z zastosowaniem leków przeciwhistaminowych. Niektóre z leków (tzw. pierwszej generacji) wykazują dodatkowo efekt uspokajający i ułatwiają zasypianie.

W cięższych przypadkach znaczenie lecznicze ma fototerapia (naświetlania promieniami ultrafioletowymi), a w erytrodermii wskazane są hospitalizacja dziecka i rozważenie terapii z użyciem silnych środków przeciwzapalnych (nawet podawanych dożylnie). Ponadto u dzieci z udokumentowaną alergią (czyli określoną na podstawie objawów i przeprowadzonych badań dodatkowych) można rozważyć tzw. immunoterapię swoistą, powszechnie nazywaną odczulaniem.

Postępowanie w AZS

Unikanie alergenów

Utrata warstwy lipidowej naskórka może zachodzić również w wyniku kontaktu z metalami, sierścią zwierzęcą, wełną, roztocami lub z powodu spożywania pokarmów białkowych (jajek, mleka), a także czekolady i niektórych owoców. Należy ograniczyć więc kontakt z tymi alergenami:

- Nie nosić wełnianych ubrań, futer czy odzieży z uczulających nas tkanin.
- Nie powinno używać się mydła, detergentów w bezpośrednim zetknięciu ze skórą. Ubrania trzeba prać w proszkach przeznaczonych dla niemowląt. Nie powinno się jeść produktów, które mogą uczulać, np. owoców cytrusowych. Nie powinno się kontaktować ze zwierzętami futerkowymi, kotami, psami. Należy unikać roztoczy, często wietrzyć pomieszczenia i pościel. Warto też unikać kontaktu z dymem z papierosów.

Mydło w pielęgnacji chorych na AZS

Odczyn pH skóry powinien być zawsze kwaśny i wynosić ok. 5,5. PH to skala określająca właściwości odczynu. Poniżej 7 - oznacza, że jest on kwaśny, powyżej 7 - zasadowy. Lekko kwaśny odczyn, zapewnia skórze optymalny poziom ochrony przed bakteriami i drobnoustrojami, które nie są w stanie rozmnażać się w kwaśnym środowisku. Zwykle mydło, nawet szare, ze swej natury jest zasadowe, co oznacza że jego pH wynosi powyżej 7. Klasyczne mydło w kostce ma około 9 pH. Wprawdzie usuwa brud, ale zmywa też ze skóry kwaśną warstwę ochronną. Zanim wróci ona do swojego kwaśnego odczynu, mija od trzech do pięciu godzin.

Mydło nie tylko zmienia pH skóry, ale obniża też poziom jej natłuszczenia i nawilżenia. Wyszuszonej skóra łatwo może ulec uszkodzeniu. Skóra pozbawiona ochronnego odczynu oraz uszkodzona jest otwartą bramą dla wszystkich szkodliwych drobnoustrojów. Dlatego do codziennej higieny i łagodnego oczyszczania skóry najlepiej używać specjalistycznych, przeznaczonych dla chorych na AZS olejków myjących zawierających bio-oleje o naturalnym, bezpiecznym pH. Delikatnie natłuszczają i łagodnie oczyszczają skórę,

chroniąc ją przed wysuszeniem już podczas mycia. Redukują szorstkość oraz nadmierne łuszczenie naskórka i zapobiegają swędzeniu skóry i powstawaniu podrażnień.

Pielęgnacja skóry w walce z atopowym zapaleniem skóry

Chory na atopowe zapalenie skóry musi mieć zawsze potrzebne do smarowania ciała preparaty. W aptekach dostępne są kosmetyki dla chorych na AZS. Trzeba pamiętać, że skóra po kąpieli odparowuje bardzo szybko, pozbawiając się dodatkowo drobinek wody będących w naskórku. Dlatego ważne jest, aby smarować się dosłownie w ciągu minuty od wyjścia z wanny.

Preparaty do pielęgnacji skóry dla chorych na AZS przygotowane są z wykluczeniem substancji potencjalnie drażniących – barwników i zapachów. Natłuszczające emulsje do ciała chronią, nawilżają i łagodzą podrażnienia. Regenerują naturalną barierę hydrolipidową naskórka, działają zmniejszają suchość i szorstkość skóry. W dodatku redukują skutki świądu i pieczenia oraz skutecznie łagodzą podrażnienia i zapobiegają ich nawrotom. Kremy regenerująco-natłuszczające o wysokiej aktywności ochronnej, wydłużają okresy bezobjawowego występowania atopii, łagodzą zmiany skórne, szczególnie w okresach nawrotów AZS, szybko i skutecznie regenerują naskórek.

Kosmetyków tych należy używać kilka razy w ciągu dnia. Muszą one zawierać zmniejszające skórę emolienty, odtwarzające strukturę lipidów naskórka i uzupełniające niedobory substancji regenerujących ceramidy, substancje nawilżające, np. mocznik, przeciwświądowe oraz łagodzące - alantoinę i witaminę E.

Znaczenie diety w atopowym zapaleniu skóry

Skóra, która funkcjonalnie jest połączona z wieloma procesami w ludzkim organizmie, pozostaje także w silnej korelacji z innymi układami, a zwłaszcza z przewodem pokarmowym. Ponadto ma ona szczególne właściwości magazynowania rozmaitych związków chemicznych pochodzących z odżywiania, stąd ilościowe ich wartości w skórze są inne niż we krwi.

Odpowiednie żywienie osób dotkniętych tą dermatologią jest ważną składową leczenia. Terapia dietą chorych to tzw. dieta eliminacyjna, która polega na wykluczaniu z niej wszystkich produktów potencjalnie uczulających. Dzięki temu uzyskujemy doraźny efekt braku objawów, natomiast w kontekście długofalowego stosowania tej diety możemy osiągnąć „odczulenie” na dany alergen. W sytuacji, kiedy dziecko karmione jest piersią, matka musi przejść na dietę eliminacyjną i ograniczać pokarmy o największym stopniu alergenności.

Zalecenia żywieniowe w atopowym zapaleniu skóry

W jadłospisie dla dzieci z AZS w pierwszej kolejności należy ograniczyć mleko krowie (główny alergen). Można je zastąpić mieszanekami mleko zastępczymi lub mlekiem sojowym. Oprócz eliminacji samego mleka trzeba również całkowicie zrezygnować z jedzenia produktów mlecznych oraz produktów z dodatkiem mleka tj. sery, śmietana, masło, maślanki, jogurty, kefir. Uważa się, że kefir i w mniejszym stopniu jogurty mają słabsze działanie antagonistyczne na

chorych na AZS, gdyż zawierają mało lub nie zawierają w ogóle laktozy (główny alergen w mleku). Laktoza zostaje zużyta w procesach fermentacyjnych mleka. Na efekty diety należy czekać ok. 2-3 tygodni. Po tym czasie można zauważyć znaczącą poprawę stanu skóry. W przypadku braku efektów należy próbować eliminować kolejne grupy produktów, aż do osiągnięcia celu.

Oprócz diety eliminacyjnej należy również stosować dietę antyhistaminową. Zakłada ona eliminację produktów zwiększających wydzielanie histaminy, która ma znaczenie w patomechanizmie świądu. Zakazane jest spożywanie sztucznych barwników i aromatów, serów, czekolady, margaryny, ryb, owoców morza, szpinaku, pomidorów. Można natomiast jeść np. figi, kiwi, jabłka, płatki owsiane.

Bardzo istotne, aby już będąc w ciąży działać profilaktycznie, nie dopuszczając do rozwoju chorób z kręgu atopowych. W przypadku, gdy kobieta w ciąży lub jej mąż są alergikami, istnieje ryzyko, że u dziecka także wystąpi ta dermatologia, dlatego należy unikać spożywania produktów na bazie orzechów ziemnych, a także owoców oleistych. Przy skłonności do alergii odradza się spożywanie jajek, ryb i mleka, jeżeli natomiast tendencje takie nie występują, spożywanie ryb bogatych w kwasy tłuszczowe omega-3 może zapobiec rozwinięciu się atopowego zapalenia skóry poprzez ich wpływ na zmniejszenie stężenie leukotrienu B₄, biorącego udział w procesie zapalnym.

Karmienie piersią niesie za sobą wiele pozytywnych skutków. Zaliczamy również do nich profilaktykę przeciwko chorobom z kręgu atopii. Ostatnie badania przeprowadzone przez szwedzką grupę sugerują, iż dzieci karmione minimum przez 4 miesiące znacznie rzadziej zapadają na atopowe zapalenie skóry przed ukończeniem 4 roku życia.

Poza tym zalecane jest picie naparu z oleju wiesiołka. Z badań wynika, że pacjenci chorujący na AZS mają trudności z wytwarzaniem kwasu gamma-linolenowego (GLA). Suplementacja olejkami bogatym w ten kwas łagodzi objawy.

Spośród witamin zaleca się stosowanie witamin z grupy B. Nawroty egzemy są często spowodowane przez stres, a w czasie sytuacji stresowych organizm zużywa znacznie więcej witaminy B. Oprócz tego można stosować witaminę C – może zmniejszyć objawy wyprysku przez poprawę funkcji układu odpornościowego.

Produkty, które nie nasilają objawów opisywanej dermatologii, zatem takie, które można spożywać w większych ilościach to ryż, kukurydza, gotowane jabłko, szpinak, oliwa z oliwek czy suszone owoce.

Opracowała J. Soińska na podstawie piśmiennictwa:

Dorota Jenerowicz, lek. med. Adriana Polańska: Atopowe zapalenie skóry (AZS) u dzieci. WWW.pediatrica.mp.pl

Patrycja Stańczyk: Dieta w atopowym zapaleniu skóry. WWW.wylecz.to.pl

Halina Pilonis: Atopowe zapalenie skóry (AZS) - przyczyny, objawy, zasady pielęgnacji

www.biomedical.pl

Anna Jarosz: Atopowe zapalenie skóry; przyczyny, objawy i leczenie. www.poradnikzdrowie.pl

Atopowe zapalenie skóry: winne geny czy nadmierna higiena? www.poradnikzdrowie.pl

Barbara Olszar; Atopowe zapalenie skóry u dorosłych. www.biomedical.pl

PROFILAKTYKA CHOROÓB SERCA

Od kilku lat we wrześniu obchodzony jest światowy dzień serca - dzień, którego celem jest przypomnienie, jak ważna jest profilaktyka chroniąca przed rozwojem chorób serca. Najważniejsze jest zrozumienie, że profilaktyka chorób serca będzie skuteczna wówczas gdy zostaną wprowadzone trwale zmiany w naszym stylu życia. Według danych statystycznych choroby układu krążenia są główną przyczyną śmierci zarówno w Polsce, jak i na świecie. Coraz częściej występują u ludzi młodych. Warto przypomnieć o kilku wskazówkach, które są istotne w profilaktyce chorób serca.

Do rozwoju chorób serca najczęściej doprowadza miażdżycza naczyń krwionośnych, która rozwija się długo i powoli. Dlatego odkładanie troski o serce na później może w najmniej oczekiwanym momencie spowodować: zawał serca, udar mózgu czy nagły zgon. Dla serca szczególnie groźna jest postać brzuszna otyłości (typu męskiego), w której tłuszcz odkłada się w obrębie klatki piersiowej i jamy brzusznej. Postać otyłości biodrowo-udowej (typu kobiecego), gdzie tłuszcz magazynuje się w okolicy bioder, pośladków jest mniej groźna – nie oznacza to, że nie należy z nią walczyć.

Dla dobrego stanu serca niezbędna jest zdrowa dieta, szczególnie zalecana jest dieta śródziemnomorska, która zawiera mało tłuszczów zwierzęcych dużo oleju oliwkowego, warzyw i owoców. W diecie wskazane są produkty pełnoziarniste i unikanie nasyconych kwasów tłuszczowych i tłuszczu trans, które znajdują się np. w wyrobach cukierniczych, żywności typu fast food. Przynajmniej raz w tygodniu powinno się spożywać ryby. Regularne jedzenie mniejszych porcji zaspokaja głód i pozwala uniknąć nadwagi. Częste i regularne posiłki (4-5 razy dziennie) bez przejadania się umożliwiają spalanie kalorii na bieżąco, ograniczając odkładanie zapasów tkanki tłuszczowej. Przy diecie należy zwrócić uwagę na tzw. witaminy antyoksydacyjne (A, C i E), które neutralizują wolne rodniki powstające w naszym ustroju pod wpływem np. palenia tytoniu, spożywania alkoholu, tłustego pożywienia, zanieczyszczeń środowiskowych czy promieniowania słonecznego.

Wolne rodniki niszczą nasze komórki, co wpływa m. in. na rozwój chorób serca. Antyoksydantów jest dużo w warzywach i owocach (m. in. kapusta, kalarepa, papryka, pomidory, marchew, dynia, cykoria, sałata, morele), olejach roślinnych, wątróbce, rybach, serach. Gdy z jakichś powodów zwiększenie udziału warzyw i owoców w diecie nie jest możliwe, pozostaje okresowa suplementacja tych witamin. Należy uświadomić sobie, że z każdym wypalonym papierosem rozwój miażdżycy się nasila, a ilość ochronnych witamin-antyoksydantów (witaminy C i E) maleje. Używanie soli może przyczynić się do rozwoju nadciśnienia tętniczego, które ma niekorzystny wpływ na układ krwionośny. Sól dobrze jest zastąpić ziołami. Jeśli to jest niemożliwe to należy ją ograniczyć. Wsparciem dla serca jest koenzym Q. Z wiekiem jest go coraz mniej w organizmie – można go uzupełnić stosując preparaty po ustaleniu dawki z lekarzem. Znajduje się również np. w orzechach. Pamiętać należy

o minerałach: magnez zapewnia sercu energię. Potrzebny jest również potas, selen. Czynnikiem ryzyka chorób serca i układu krążenia jest palenie papierosów, wdychanie dymu tytoniowego. Rzucenie palenia tytoniu nie jest łatwe, ale przy odpowiedniej motywacji jest realne. Po pięciu latach od ostatniego wypalonego papierosa ryzyko rozwoju chorób serca u byłego palacza obniża się do poziomu osoby, która nigdy nie paliła. Serce jest mięśniem i z tego względu potrzebuje regularnego treningu. Wysiłek fizyczny związany z rekreacją usprawnia pracę serca, poprawia przepływ krwi w naczyniach wieńcowych, ułatwia zwalczanie zaburzeń lipidowych, reguluje ciśnienie krwi i zapobiega otyłości, a więc działa antymiażdżycowo. Wybór aktywności powinien być dostosowany do kondycji i wydolności fizycznej. Może to być szybki marsz, marsz z kijkami, bieganie, pływanie, jazda na rowerze, chodzenie na stepperze, zajęcia aerobiku. Można pomóc sercu chodząc po schodach, na spacer itp. Intensywność wysiłku należy zwiększać stopniowo, bo to sprawiało przyjemność. Ale celem jest osiągnięcie zasady polecanej obecnie przez kardiologów - 3 x 30 x 130, która oznacza, że ćwiczysz minimum 3 razy w tygodniu przez co najmniej 30 minut z intensywnością powodującą przyspieszenie tętna do 130 uderzeń na minutę. Tak prowadzony regularny wysiłek fizyczny pozwala utrzymać serce w dobrej kondycji. Utrzymujące się podwyższone ciśnienie krwi prowadzi do zwężenia tętnic i rozwoju blaszek miażdżycowych. Dlatego bardzo ważne jest jak najwcześniejsze wykrywanie nadciśnienia tętniczego i jego leczenie. Najlepiej jest mierzyć ciśnienie systematycznie. Badania naukowe wykazały, że nawet niewielkie obniżenie ciśnienia krwi może zmniejszyć ryzyko udaru o 35-45%, a ryzyko choroby niedokrwiennej serca o 20-25%. Więc i tu jest szansa na zdrowsze serce. Ważna jest kontrola poziomu cholesterolu. W przebiegu cukrzycy dochodzi do zaburzeń gospodarki cholesterolowej oraz wielu innych zaburzeń metabolicznych, które ułatwiają rozwój miażdżycy tętnic. Dlatego konieczna jest okresowa kontrola poziomu cukru we krwi na czczo. Jeśli jest on podwyższony wymaga konsultacji z lekarzem. Bez stresu nie byłoby życia, ponieważ to stres stymuluje nas do działania, poprzez wydzielane hormony: adrenalinę i hormony kory nadnerczy. Hormony te działają na układ krążenia przyspieszając rytm serca, podnosząc ciśnienie krwi i zwężając naczynia krwionośne. Im więcej stresów przeżywamy, tym bardziej nasze serce i naczynia są obciążone. Dlatego

należy mierzyć siły na zamiary oraz podejmować działania rozładowujące stres i napięcie np. nauczyć dystansować się od pracy, pamiętać o relaksie i ulubionych zajęciach. Niebezpieczne są infekcje, które mogą być niebezpieczne dla serca. Można powiedzieć krótko – mając na uwadze dobro serca i nie tylko, należy:

- zdrowo się odżywiać,
- nie jeść do syta,
- ograniczyć alkohol,
- rzucić palenie papierosów,
- być aktywnym fizycznie,

- regularnie kontrolować: ciśnienie tętnicze krwi, poziom cholesterolu, cukru we krwi,
- umiejętnie radzić sobie ze stresem.

Można skorzystać z „Programu profilaktyki chorób układu krążenia”.

Opracowała K. Połomska na podstawie piśmiennictwa:
Dulawa J (red.) Vademecum medycyny wewnętrznej.
Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2015.
<http://www.poradnikzdrowie.pl>

CHOROBY OCZU

ZWYRODNIENIE PŁAMKI ŻÓLTEJ ZWIĄZANE Z WIEKIEM W SKRÓCIE AMD(AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION)

Jest przewlekłą postępującą chorobą oczu. Z powodu tej choroby dochodzi do uszkodzenia siatkówki, szczególnie jej części centralnej. Doprowadza to do znacznego pogorszenia wzroku, a nawet jego utraty. Problem dotyczy coraz większej liczby osób na całym świecie. Liczba zachorowań ciągle rośnie.

Płamka żółta to część siatkówki, który odpowiada za widzenie środka obrazu bez zniekształceń. Jest mała, ma średnicę 5-6 milimetrów. Umożliwia widzenie centralne, czyli takie, które pozwala nam na czytanie, pisanie czy rozróżnianie szczegółów i barw. W obrębie płamki żółtej znajduje się największe skupisko fotoreceptorów reagujących na światło. Ma bardzo ważną rolę w narządzie wzroku i nawet niewielka jej zwyrodnienie może spowodować zaburzenia widzenia.

Wraz z wiekiem zaburzony zostaje proces przemiany materii w komórkach, również tych w płamce żółtej. Komórki nie są w stanie pozbyć się szkodliwych produktów przemiany materii i w związku z tym obumierają. Efektem tych zaburzeń jest utrata ostrości widzenia.

Do czynników sprzyjających rozwojowi zwyrodnienia płamki żółtej zaliczamy m.in.:

- wiek – najczęściej chorują osoby po 50. roku życia, ilość zachorowań wzrasta wraz z wiekiem,
- obciążenie rodzinne,
- nadciśnienie tętnicze,
- zawał serca,
- cukrzyca,
- udar mózgu,
- palenie papierosów,
- niedobór antyoksydantów np. witaminy C, E, beta-karotenu, seleniu,
- otyłość,
- wieloletnia ekspozycja oczu na ostre światło,
- niektóre warianty genów: genu czynnika H układu dopełniacza i genu ARMS2.

Czynniki genetyczne łącznie z paleniem papierosów mogą zwiększyć ryzyko wystąpienia choroby nawet kilkadziesiąt razy.

Objawy zwyrodnienia płamki żółtej:

- pogorszenie widzenia - obraz jest zamazany, niewyraźny,
- linii proste są widziane jako faliste, zniekształcone,
- nasilają się problemy z czytaniem,
- słabiej rozpoznawane są barwy,
- osoba widzi szarą lub czarną plamę przed okiem,
- pojawiają się kłopoty z dostrzeganiem szczegółów w widzianym obrazie.

AMD występuje w dwóch postaciach: suchej i wysiękowej. Postać sucha występuje częściej. Ma powolny przebieg i stopniowo upośledza centralne widzenie. W postaci suchej odkładają się złogi hialiny pod siatkówką, uszkodzony zostaje nabłonek barwnikowy, występuje zanik fotoreceptorów.

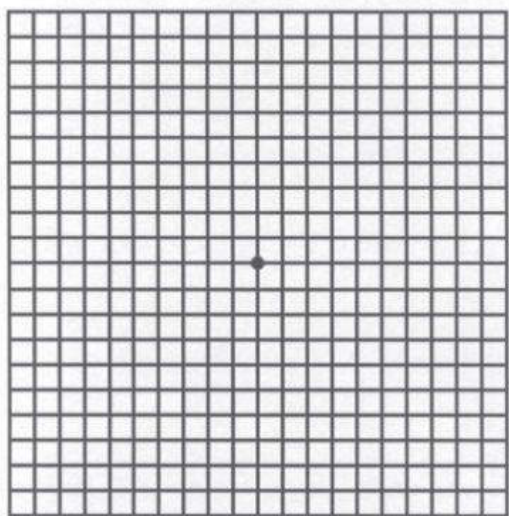
W postaci wysiękowej błona naczyniowa powstająca pod centralną częścią siatkówki niszczy strukturę tej części narządu wzroku przez wrastanie naczyń krwionośnych w kierunku wnętrza gałki ocznej. Dochodzi do powstania obrzęków, krwotoków w obrębie siatkówki. Szybko występują ubytki widzenia. Postać wysiękowa może również dotyczyć osób młodych. Pogorszenie wzroku występuje bardzo szybko.

Diagnostyka

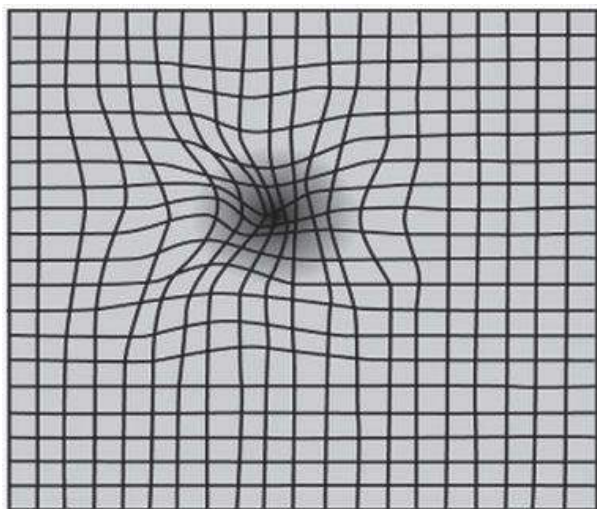
Ważne jest badanie ostrości widzenia, dna oka. Jeśli zostaną wykryte zmiany zwyrodnieniowe siatkówki to można poszerzyć badanie o OCT (tomografia oka), angiografię indocyjaninową, angiografię fluoresceinową.

Wstępnym sposobem rozpoznania zwyrodnienia płamki żółtej jest test Amslera. Siatkę Amslera stanowi kwadrat o boku 10 centymetrów podzielony czarnymi liniami prze-

cinającymi się co pół centymetra Aby wykonać test należy z odległości 30 centymetrów patrzeć na czarny punkt na siatce jednym okiem, zasłaniając drugie. Jeśli badany widzi linie pofalowane, zniekształcone świadczy to o nieprawidłowym widzeniu.



Prawidłowy obraz widziany na siatce Amslera



Siatka Amslera widziana przez osobę ze zwyrodnieniem plamki żółtej

Leczenie

Obecnie dostępnych jest kilka metod leczenia AMD, które spowalniają postęp choroby i zapobiegają dalszej utracie widzenia. Nowe metody leczenia ukierunkowane są na hamowanie wzrostu naczyń poprzez działania przeciw czynnikowi wzrostu śródbłonna naczyń (VEGF). Do najnowszych należą te, które są związane z podawaniem odpowiednich leków do wnętrza gałki ocznej za pomocą iniekcji. Wykorzystywana jest metoda fotodynamiczna. W przypadku AMD zanikowego nie ma na razie skutecznej terapii. Lekarze próbują stosować suplementy diety chroniące komórki przed nadmiarem wolnych rodników, oraz preparaty poprawiające ukrwienie siatkówki

Okulistyka tak jak każda dziedzina medycyny szybko się rozwija i proponuje coraz to nowe metody leczenia. Najważniejsza jest profilaktyka choroby.

W profilaktyce AMD ważne jest :

- utrzymanie prawidłowej masy ciała,
- prawidłowego ciśnienia tętniczego,
- zaprzestanie palenia tytoniu,
- stosowanie diety bogatej w luteinę.- luteina chroni przed promieniowaniem ultrafioletowym, które niszczy fotoreceptory, a tym samym wzrok, pochłaniając szkodliwe promienie UV. Ludzki organizm nie jest jednak w stanie sam jej wyprodukować, należy ją dostarczać wraz z pożywieniem w ilości 6 mg luteiny dziennie. Naturalnym źródłem luteiny są rośliny zielone: szpinak, jarmuż, brokuł. (Ponieważ luteina rozpuszcza się w tłuszczu, dlatego spożywając pokarmy bogate w luteinę, dla jej lepszej przyswajalności przez organizm należy przy przygotowaniu posiłku dodawać kilka kropli oleju ,
- w pożywieniu nie powinno zabraknąć witaminy C, E, beta-karotenu, seleniu,
- spożywanie ryb ze względu na zawarte w nich nienasycone kwasy tłuszczowe omega-3
- ograniczenie ekspozycji oczu na światło słoneczne prawdopodobnie zmniejsza to ryzyko zwyrodnienia przez ograniczenia tempa metabolizmu wewnątrz gałki ocznej.

Edukacja pacjenta powinna polegać na:

- zachęcaniu pacjenta do regularnych badań okulistycznych, aby wcześniej wykryć zmiany w oczach;
- pouczeniu pacjenta ze średnio zaawansowanym AMD o metodach wykrywania nowych objawów i zalecić szybki kontakt z lekarzem, jeżeli się one pojawiają;
- poinstruowaniu pacjentów z objawami choroby w jednym oku, aby kontrolowali widzenie w drugim oku i regularnie się badali nawet przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych,
- poinformowaniu pacjentów o objawach zapalenia wnętrza gałki ocznej, włączając ból, zwiększony dyskomfort, nasilające się zaczerwienienie oka, zamazane i nieostre widzenie, zwiększona wrażliwość na światło i zwiększona liczba mroczków w polu widzenia - pouczyć o konieczności natychmiastowego zgłoszenia się do lekarza w razie ich wystąpienia.

Pomocy może szukać chory w Stowarzyszeniu Zwyrodnienia Plamki Związane z Wiekiem (AMD). Stowarzyszenie jest inicjatywą zarówno środowisk medycznych jak i pacjentów. Jest organizacją otwartą, która zrzesza i lekarzy i ludzi ze środowisk pozamedycznych, zdrowych oraz chorych, chętnych nieść pomoc pacjentom cierpiącym na to cywilizacyjne schorzenie. Stowarzyszenie działa na wielu płaszczyznach: od profilaktyki poprzez wczesną diagnostykę schorzenia i rekomendowanie nowoczesnych metod leczenia aż po rehabilitację wzrokową.

Jakość życia ze zwyrodnieniem plamki żółtej związanej z wiekiem

Pogarszanie wzroku ma wpływ na jakość życia.

Konsekwencją niepełnosprawności wzrokowej jest m.in.:

- większa częstość upadków i złamań. Chorzy wymagają pomocy w czynnościach życia codziennego. Występuje poczucie izolacji i niemożność kontynuowania dotychczasowego trybu życia. Chorzy mają problem w komunikowaniu się z otoczeniem. Martwią się o swój wzrok i stąd jest

odczuwany wyższy poziom stresu szczególnie gdy wzrok się pogarsza.

Opracowała K. Połomska na podstawie piśmiennictwa:

Dułała J (red.) Vademecum medycyny wewnętrznej.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2015.

Przegląd Okulistyczny nr 5/2016, 6/2016

<https://pl.wikipedia.org>

AKTUALNOŚCI

SZKOLENIA

W dniu 30.11.2017r. w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu odbyły

się dwa egzaminy kończące kursy specjalistyczne w zakresie: Wywiad i badanie fizykalne. W kursie uczestniczyło 20 osób.

oraz

Ordynowanie leków i wypisywanie recept – uczestniczyło 17 osób.

Szkolenia były zorganizowane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu

w ramach projektu „Nowe kwalifikacje w pielęgniarstwie i położnictwie”.

W pierwszych dniach grudnia zakończyło się też szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie

Pielęgniarstwa psychiatrycznego dofinansowane przez Ministerstwo Zdrowia

zorganizowane na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu przez Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie – Placówka Szkoleniowa w Krośnie.

Wyżej wymieniony Ośrodek również na naszym terenie rozpoczyna specjalizację w dziedzinie Pielęgniarstwa neonatologicznego. Specjalizacja jest dofinansowana ze środków Ministerstwa Zdrowia.





Kalisz 29.11.2017r

Informacja

Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w preleminarzu budżetowym na rok 2017 zarezerwował środki finansowe na refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego w kwocie 110 tysięcy złotych.

W dniu 08.11.2017r na posiedzeniu Okręgowa Rada Uchwałą Nr 72/2017 zatwierdziła refundację dla poszczególnych form kształcenia w następującej wysokości:

1.Studia	– 330zł
2.Szkolenia specjalizacyjne	– 520zł
3.Kurs kwalifikacyjny	– 300zł
4.Kurs specjalistyczny	– 250zł
5.Kurs dokształcający	– 210zł
6.Konferencje,kongresy,sympozja	– 150zł
7.Studia podyplomowe	– 320zł

Przyznane dofinansowania dział księgowości realizować będzie do dnia 20 grudnia 2017r

Skarbnik ORPiP
Wanda Konieczna

PLAN SZKOLEŃ**OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH NA 2018**

L./p	TEMATYKA	Planowany termin szkolenia	Minimalna liczba uczestników
1.	Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki Szkolenie specjalizacyjne przeznaczone dla pielęgniarek * teoria – 330 godz * zajęcia praktyczne- 649 godz.	<i>Styczeń 2018r.</i> <i>Zjazdy 1 x w miesiącu /piątek, sobota , niedziela /</i>	20
2.	Pielęgniarstwo geriatryczne Szkolenie specjalizacyjne przeznaczone dla pielęgniarek * teoria – 580 godz. * zajęcia praktyczne-245 godz.	<i>Styczeń 2018r.</i> <i>Zjazdy 1 x w miesiącu /piątek, sobota , niedziela /</i>	20
3.	Pielęgniarstwo anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii kurs kwalifikacyjny przeznaczony dla położnych * teoria - 160 godz. * zajęcia praktyczne – 217 godz.	Luty 2018r. Zjazdy 2 x w m-cu /piątek, sobota, niedziela/	15
4	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej kurs kwalifikacyjny przeznaczony dla pielęgniarek * teoria – 164 godz. * zajęcia praktyczne- 196 godz.	<i>Marzec 2018r.</i> <i>Zjazdy 2 x w miesiącu /piątek, sobota , niedziela /</i>	15
5.	Pielęgniarstwo kardiologiczne kurs kwalifikacyjny przeznaczony dla pielęgniarek * teoria - 200 godz. * zajęcia praktyczne – 238 godz.	<i>Czerwiec 2018r</i> Zjazdy 2 x w m-cu /piątek, sobota, niedziela /	15

6.	Pielęgniarstwo rodzinne kurs kwalifikacyjny przeznaczony dla pielęgniarek * teoria - 150 godz. * zajęcia praktyczne – 175 godz.	Czerwiec 2018r. Zjazdy 2 x w m-cu /piątek, sobota, niedzie- la /	15
7.	Pielęgniarstwo rodzinne kurs kwalifikacyjny przeznaczony dla położne * teoria - 160 godz. * zajęcia praktyczne – 161 godz.	Wrzesień 2018r. Zjazdy 2 x w m-cu /piątek, sobota, nie- dziela/	15
8.	Wykonanie konikopunkcji, odbarczanie odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek Państwowego Ratownictwa Medycznego * teoria 15 godz. * ćwiczenia w warunkach symulowanych -25 godz.	Marzec 2018r.	15
9.	Szczepienia ochronne kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek * teoria - 35 godz. * zajęcia praktyczne - 45 godz.	kwiecień 2018r.	15
10.	Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji kurs specjalistyczny przeznaczony dla położnych * teoria - 27 godz *ćwiczenia - 7 godz. *zajęcia praktyczne - 28 godz.	luty 2018r.	15
11.	Obsługa portu donaczyniowego kurs dokształcający przeznaczony dla pielęgniarek i położnych *teoria – 9 *ćwiczenia – 5 godz.	marzec 2018r.	20
12.	Opieka nad osobami z cukrzycą stosującymi te- rapię ciągłego podskórnego wlewu insuliny (CPWI) kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * teoria - 29 godz *ćwiczenia - 75 godz. *zajęcia praktyczne - 25 godz.	maj 2018r.	15

13.	Edukator w cukrzycy kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * teoria - 96 godz *zajęcia praktyczne - 64 godz.	<i>Kwiecień 2018r.</i>	15
14.	Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * teoria - 35 godz *zajęcia praktyczne - 35 godz.	<i>kwiecień 2018r.</i>	15
15.	Opieka nad kobietą z cukrzycą w okresie okołoporodowym kurs specjalistyczny przeznaczony dla położnych * teoria - 44 godz *zajęcia praktyczne - 136 godz.	<i>Czerwiec 2018r.</i>	15
16.	Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek * teoria - 60 godz *zajęcia praktyczne - 45 godz.	<i>Czerwiec 2018r.</i>	15
17.	Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek * wykłady - 45 godz. * zajęcia praktyczne – 30 godz.	<i>wrzesień 2018r.</i>	15
18.	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * wykłady - 30 godz. * ćwiczenia – 25 godz. * zajęcia praktyczne – 35 godz.	<i>kwiecień 2018r.</i>	15
19.	Resuscytacja oddechowo-krążeniowa noworodka kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * teoria - 27 godz *ćwiczenia - 30 godz.	<i>Czerwiec 2018r.</i>	15
20.	Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek * wykłady - 50 godz. * zajęcia praktyczne – 35 godz.	<i>Grudzień 2018r</i>	15

21.	Wykonanie badania spirometrycznego kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek * wykłady - 36 godz. * zajęcia praktyczne – 50 godz.	Październik 2018r	15
22	Dializoterapia kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek * teoria-75 godz. * zajęcia praktyczne-90 godz.	wrzesień 2018r	15
23.	Terapia bólu ostrego u dorosłych kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * wykłady - 28 godz. * zajęcia praktyczne – 28 godz.	wrzesień 2018r	15
24.	Wykonanie i interpretacja zapisu EKG kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * teoria – 35 godz. * zajęcia praktyczne – 70 godz.	kwiecień 2018r	15
25	Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu kurs specjalistyczny przeznaczony dla położnych * teoria – 35 godz. * zajęcia praktyczne – 55 godz.	Wrzesień 2018r	15
26.	Leczenie ran dla pielęgniarek kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek * teoria – 80 godz. * zajęcia praktyczne – 120 godz.	kwiecień 2018	15
27.	Leczenie ran dla położnych kurs specjalistyczny przeznaczony dla położnych * teoria – 45 godz. * zajęcia praktyczne – 70 godz.	kwiecień 2018r.	15

Wskazane szkolenia są propozycją skierowaną do zainteresowanych pielęgniarek i położnych, natomiast zostaną zorganizowane po uzyskaniu potwierdzenia wymaganej liczby uczestników.

W razie niemożności zorganizowania kursu z przyczyn niezależnych, Organizator zastrzega sobie możliwość odwołania szkolenia.

Jednocześnie informujemy, że istnieje możliwość zorganizowania szkoleń na terenie

Zakładów Opieki Zdrowotnej dla pracowników tej jednostki.

Ceny kursów uzależnione są od ilości osób.

CHOROBY ŻYL

ZESPÓŁ POZAKRZEPOWY

Określenie zespołu pozakrzepowy (ang. PTS, postthrombotic syndrome) odnosi się do całości niekorzystnych objawów i konsekwencji wynikających z przebytej zakrzepicy żył głębokich.

Zespół pozakrzepowy to częste powikłanie zakrzepicy żył głębokich. Po przebytej zakrzepicy w obrębie układu żył głębokich dochodzi do trwałych zmian z powodu przewlekłej niewydolności żyłnej.

Żyły głębokie spełniają ważną rolę, ponieważ odpływa przez nie 90% krwi z nóg. Różne choroby, które sprawiają, że krew nie odpływa sprawnie drogą naczyń żylnych, sprzyjają powstawaniu zakrzepicy żył głębokich. Choroba ta występuje u 1–2/1000 osób rocznie, najczęściej w obrębie nóg i często prowadzi do powikłania, jakim jest zespół pozakrzepowy.

W nodze, w której wcześniej stwierdzono zakrzepicę, zespół pozakrzepowy prowadzi do niewystarczającego odprowadzania krwi, co może się objawiać bólem i obrzękami. Przyczyna powstawania zespołu pozakrzepowego nie jest w pełni poznana. Prawdopodobnie w jego rozwoju bierze udział kilka czynników. Jednym z nich jest uszkodzenie zastawek żylnych. Wzmoczone ciśnienie krwi żyłnej, która gromadzi się w nogach i nie jest prawidłowo odprowadzana do serca, powoduje także zmiany w ścianach naczyń oraz otaczających tkankach. Uszkodzenia te można porównać do powstania blizn w ścianach żył i dookoła nich. Zespół pozakrzepowy może być następstwem niepełnego rozpuszczenia zakrzepu, co doprowadza do zwężenia naczynia i zaburzeń przepływu krwi.

W wyniku starzenia się społeczeństwa zakrzepica żylna stanowi częsty problem. W związku z tym odnotowuje się także wzrost liczby przypadków jej najczęstszego powikłania, jakim jest zespół pozakrzepowy. Rozwija się on, zazwyczaj w ciągu 2 lat, u ponad połowy pacjentów, u których stwierdzono zakrzepicę żył głębokich. W Polsce co roku na zakrzepicę żył głębokich zapada około 5700 osób, z czego u 3600 rozwija się zespół pozakrzepowy. Liczba zachorowań zwiększa się z wiekiem i jest ponad 3-krotnie większa wśród osób w wieku ponad 65 lat, niż młodszych a w grupie osób po 80. roku życia odnotowuje się 5 przypadków na 1000 osób rocznie.

Ryzyko wystąpienia zakrzepicy żył głębokich zależy od występowania indywidualnych czynników sprzyjających rozwojowi tej choroby. Szczególnie narażoną grupę stanowią chorzy przebywający długotrwale na oddziałach szpitalnych,

a zwłaszcza pozostający przez dłuższy czas w unieruchomieniu, na przykład po zabiegach ortopedycznych.

Zakrzepica żył głębokich kończyn górnych jest rzadką chorobą, stanowi 4–10% wszystkich przypadków zakrzepicy.

Do czynników zwiększających ryzyko rozwoju zespołu pozakrzepowego zalicza się:

- istniejącą przed zakrzepicą niewydolność żył głębokich oraz jej znaczny stopień zaawansowania,
- obecność żyłaków,
- starszy wiek,
- otyłość,
- kolejny epizod zakrzepicy (wiąże się z większym ryzykiem wystąpienia zespołu pozakrzepowego niż pierwszy w życiu),
- lokalizacja zakrzepicy w żyłach uda wiąże się z większym ryzykiem niż w żyłach łydki,
- zakrzep pozostały w nodze pomimo leczenia zakrzepicy żyłnej,
- nieprawidłowo stosowane leki przeciwkrzepliwe oraz brak stosowania się do zaleceń lekarskich po
- zakrzepicy żył głębokich.

Objawy zespołu pozakrzepowego mogą występować w różnych kombinacjach. Najczęstsze symptomy to obrzęk kończyny dolnej połączony z jej ciężkością. Objawem najbardziej dokuczliwym, poza niekorzystnymi wrażeniami estetycznymi (tzw. lipodermatosclerosis, czyli tkliwym stwardnieniem tkanek), jest tzw. chromanie żyłne.

Pacjenci, u których w przeszłości była stwierdzona zakrzepica żył głębokich, powinni być wyczuleni na wystąpienie objawów zespołu pozakrzepowego. W przypadku pojawienia się nagłego, silnego obrzęku kończyny, bólu i zaczerwienienia należy pilnie zgłosić się do lekarza. W sytuacji, kiedy głównymi objawami są nieznaczny dyskomfort, uczucie ciężkości nóg i niewielki obrzęk kończyny, pilna interwencja nie jest konieczna, ale mimo wszystko pacjent powinien zgłosić do lekarza POZ, który może skierować pacjenta do

specjalisty angiologia. Lekarz zaleci postępowanie, które w łagodnych przypadkach może się ograniczyć do ćwiczeń rehabilitacyjnych. Nie powinno się zwlekać zbyt długo z wizytą lekarską, gdyż im szybciej rozpocznie się odpowiednie działania zapobiegające nasilaniu zmian, tym łatwiej opanować problem. Im bardziej zaawansowane zmiany, tym trudniej sobie z nimi poradzić.

Leczenie zespołu pozakrzepowego opiera się na tych samych zasadach co leczenie zakrzepicy żył głębokich.

Wybór metody leczenia zespołu pozakrzepowego zależy od występujących objawów i ich nasilenia. W każdym przypadku dąży się do obniżenia ciśnienia krwi w żyłach, czyli zapobiega się jej zastoju. Do metod leczenia zalicza się:

- leczenie ułożeniowe – układanie nóg powyżej serca 3–4 razy dziennie na pół godziny,
- fizjoterapia w postaci prostych ćwiczeń usprawniających przepływ krwi żyłnej,
- kompresjoterapia – leczenie uciskowe za pomocą specjalnych opasek i pończoch- prawidłowo założony opatrunek kompresyjny z zastosowaniem opasek elastycznych powinien obejmować kończynę od podstawy palców do guzowatości piszczeli i dawać właściwy ucisk zmniejszający się w kierunku od kostki do kolana. Łatwiejsza jest terapia uciskowa z zastosowaniem gotowych wyrobów kompresyjnych, które występują w czterech klasach ucisku. Stopień ucisku zależy od nasilenia objawów i rozmiaru pończoch (należy wykonać pomiar kończyny w odpowiednich miejscach),
- przyjmowanie leków, których celem jest zmniejszenie ryzyka powstawania zakrzepów, poprawa
- przepływu krwi w naczyniach żylnych, opanowanie stanu zapalnego,
- leczenie zakrzepicy żył głębokich w większości przypadków polega na odpowiednio długim (przeważnie trwającym 3–6 miesięcy) podawaniu doustnych leków o działaniu flebotropowym lub w niektórych uzasadnionych przypadkach (np. w ciąży), podskórnych iniekcji heparyny. Istnieją wyjątkowe sytuacje, w których oprócz wymienionych leków stosuje się leki bezpośrednio oddziałujące na skrzepinę i rozpuszczające ją albo metody zabiegowe, które mają na celu zahamowanie przemieszczania się skrzepin do płuc lub ich mechaniczne usunięcie.
- zabiegowe metody leczenia: metodą pozwalającą na zapobieganie nawrotom zatorowości płucnej jest umieszczenie w żyłę głównej dolnej tzw. filtra naczyniowego, którego zadaniem jest wychwytywanie dużych skrzepin; zapobiega się w ten sposób groźnej dla życia zatorowości płucnej. Wprowadzenie filtra nie leczy zakrzepicy, a jedynie zapobiega wystąpieniu jej powikłań,

dlatego metodę wykorzystuje się jedynie wtedy, gdy mimo właściwego leczenia u chorego nawraca

zatorowość płucna lub podawanie leków stosowanych w leczeniu zakrzepicy jest z jakiegoś powodu

przeciwwskazane. W rozległych owrzodzeniach wykonuje się przeszczepę skóry. Nawrotom owrzodzeń zapobiega operacyjne podwiązanie niewydolnych żył przesywających. U niektórych pacjentów z dużym obrzękiem kończyny i niewydolnością zastawek żyły udowej i podkolanowej wykonuje się operacje polegające na przeszczepie odcinka żyły ramiennej ze zdrową zastawką do żyły podkolanowej.

W procesie leczenia zespołu pozakrzepowego istotne znaczenie ma ograniczenie czynników ryzyka pogarszających przebieg choroby.

Jak długo trwa leczenie zespołu pozakrzepowego?

Czas trwania leczenia farmakologicznego zależy od występowania chorób przewlekłych, które mogą zwiększać ryzyko ponownej zakrzepicy. Decyzję o długości terapii lekami podejmuje lekarz.

Działania niefarmakologiczne, takie jak terapia ułożeniowa, ćwiczenia fizyczne, dbanie o prawidłową masę ciała oraz kontrolowanie i prawidłowe leczenie chorób towarzyszących (jak miażdżycy czy cukrzycy) powinno się stosować do końca życia.

Terapię uciskową specjalnymi pończochami lub opatrunkami prowadzi się przewlekłe, przez wiele miesięcy, a nawet lat. Niejednokrotnie konieczne jest niemal stałe stosowanie kompresjoterapii.

Obowiązują regularna kontrola u specjalisty oraz przestrzeganie zaleceń lekarskich, nawet w przypadku ustąpienia objawów pod wpływem leczenia

Profilaktyka zespołu pozakrzepowego polega na:

- kontroli leczenia przeciwkrzepliwego po epizodzie zakrzepicy żył głębokich, stosowania leków zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz unikaniu preparatów, które mogą wpływać na stosowane leki,
- stosowaniu pończoch/podkolanówek uciskowych,
- redukcji masy ciała u osób z nadwagą,
- zaprzestaniu palenia tytoniu,
- regularnej aktywności fizycznej, obejmującej przynajmniej 30 minut marszu codziennie,
- unikaniu długiego przebywania w pozycji stojącej lub siedzącej, a jeśli to nieuniknione, stosowaniu ćwiczeń polegających na poruszaniu stopami i napięciu oraz rozluźnianiu mięśni łydek,
- leczeniu chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, miażdżycy,
- zalecenia dietetyczne:

Na dziedziczenie skłonności do powstawania zylaków nie mamy żadnego wpływu, jednakże zapobieganie ich powstawaniu czy też hamowanie ich rozwoju w dużej mierze zależy od trybu życia, także od odpowiedniego żywienia. Istotna jest dietoterapia przewlekłej niewydolności żyłnej, jak i w jej profilaktyce, powinna uwzględniać produkty spożywcze, które są bogate w substancje wykazujące dobroczynne działanie na układ krwionośny: działają wzmacniająco, uszczelniająco i przeciwzakrzepowo. Kluczowe jest także utrzymanie prawidłowej masy ciała oraz regularności wypróżnień. Dieta w przewlekłej niewydolności żyłnej, po-

dobnie jak inne diety, powinna być zawsze skomponowana indywidualnie, różnorodna oraz uwzględniająca potrzeby i preferencje osoby, której ma służyć. Biegać, powinna się opierać się na trzech podstawowych filarach: wzmacnianiu ścian żył, zapobieganiu zaporciom i przeciwdziałaniu nadwadze i otyłości.

Nadciśnienie żylne ma destrukcyjne działanie na ściany żył: wpływa na rozkład kolagenu i powoduje, że żyły tracą swoją sprężystość. W wyniku procesów obronnych organizmu, wzrostowi ulega stężenie hialuronianu, co z kolei przyczynia się do powstawania obrzęków i uczucia ciężkości w nogach. By nie dopuścić do takich zmian bądź hamować już istniejące, ważne jest wzmacnianie ścian żył. Istnieje szereg naturalnych substancji, które wykazują takie wzmacniające działanie.

Flawonoidy

To grupa kilku tysięcy substancji pochodzenia roślinnego. Wykazują one silne działanie antyoksydacyjne i przeciwzapalne, wzmacniają ściany naczyń krwionośnych, zapobiegają ich pękaniu i ograniczają ich przepuszczalność, dzięki czemu zmniejszają ryzyko powstawania obrzęków. Obfitują w nie warzywa i owoce, a także napar z liści krzewu herbacianego. W terapii przewlekłej niewydolności żyłnej szczególnie zastosowanie mają:

antocyjany – są grupą niebiesko-czerwonych barwników roślinnych. Bogatym ich źródłem są warzywa i owoce mające takie zabarwienie, np. czarne jagody, śliwki, borówki amerykańskie, jeżyny, wiśnie, ciemne winogrona, czerwona i czarna fasola, czerwona kapusta, bakłażany.

rutyna – przedłuża i wzmacnia działanie witaminy C. Źródłem rutyny są głównie: kasza gryczana, dziurawiec, aronia, mięta, kwiaty czarnego bzu, szczaw. Stanowi ona składnik wielu dostępnych bez recepty preparatów, stosowanych w okresie zwiększonego zachorowania na przeziębienie i grypę. Z racji lepszej przyswajalności, w profilaktyce i leczeniu chorób żył często stosuje się półsyntetyczne pochodne rutyny, np. trokserutynę.

katechiny – ich najbogatszym źródłem jest ekstrakt z liści krzewu herbacianego (szczególne znaczenie ma tu herbata zielona i czarna), a także kakao.

diosmina, hesperydyna – znajdują się głównie w owocach cytrusowych, lecz w postaci naturalnej są słabo przyswajalne. Najlepsze efekty terapeutyczne przynosi stosowanie

ich w postaci zmikronizowanej (preparaty te dostępne są bez recepty).

Witamina C

Wśród wielu funkcji biochemicznych, jakie kwas askorbinowy pełni w organizmie, szczególne znaczenie dla kondycji żył ma jego działanie stymulujące na produkcję kolagenu oraz przeciwdziałanie procesom peroksydacyjnym. Źródłem witaminy C są produkty roślinne, przede wszystkim surowe warzywa i owoce, m. in. czarna porzeczka, owoce cytrusowe, owoce dzikiej róży, truskawki, papryka, warzywa kapustne.

Nienasycone kwasy tłuszczowe omega-3

Kwasy tłuszczowe omega-3, m. in. DHA, EPA, ALA, mają działanie przeciwzapalne, przeciwzakrzepowe, zmniejszają ryzyko wystąpienia zatorów żylnych, regulują ciśnienie krwi i wpływają na obniżenie poziomu trójglicerydów we krwi. Źródłem tych kwasów tłuszczowych są: tłuste ryby morskie, siemie lniane, awokado, olej rzepakowy, olej lniany, orzechy włoskie, żółtko jaja.

Escyna

Jest mieszaniną saponin pozyskiwanych z nasion kasztanowca zwyczajnego (*Aesculus hippocastanum*) i nie występuje w produktach spożywczych. Escyna przeciwdziała rozkładowi kwasu hialuronowego, dzięki czemu wykazuje działanie uszczelniające naczynia krwionośne i zapobiega powstawaniu obrzęków. Ponadto, działa przeciwzakrzepowo, przeciwdziała stanom zapalnym oraz poprawia napięcie żyłne. Preparaty zawierające escynę dostępne są bez recepty.

Ruskogeniny

Są to substancje pozyskiwane z korzenia ruszczyka kolczastego (*Ruscus aculeatus*). Wykazują działanie przeciwzapalne i przeciwobrzękowe. Wzmacniają i uszczelniają naczynia krwionośne, przyczyniając się do zwiększenia napięcia ich ścian. Wyciąg z ruszczyka kolczastego jest składnikiem wielu preparatów dostępnych bez recepty.

Przygotowano na podstawie literatury.

Fibak J. (red.): Chirurgia dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa

Noszczyk W.: Żylaki i inne choroby żył. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa

Walewska E. (red.): Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa

Krystyna Połomska

KONDOLENCJE

Umarłych wieczność dotąd trwa, dokąd pamięcią im się płaci

Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci Mamy naszej Koleżance

Violettce Masłowskiej

składają: Kierownik d/s pielęgniarek Wanda Olesińska oraz Pielęgniarki i Położne Szpitala Powiatowego w Jarocinie

Można odejść na zawsze by stale być blisko

Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci Mamy naszej Koleżance

Małgorzacie Cieślak

składają: Kierownik d/s pielęgniarek Wanda Olesińska wraz z Pielęgniarkami i Położnymi Szpitala Powiatowego w Jarocinie

*Ludzie których kochamy , zostają na zawsze, bo
zostawili ślady w naszych sercach*

Droga Uleczko

jesteśmy ogromnie zasmuceni odejściem
Twojego Męża w żałobie i smutku łączy się
z Tobą i Twoją rodziną cały Zespół Oddziału
Chirurgicznego Szpitala w Jarocinie

*Ci których kochamy nie umierają nigdy, bo miłość to
nieśmiertelność*

Składamy kondolencje i wyrazy współczucia

Ulce Raźniak

z powodu śmierci Męża

łączymy się w żałobie i smutku: Kierownik d/s
pielęgniarek Wanda Olesińska wraz
z zespołem Pielęgniarek i Położnych Szpitala
Powiatowego w Jarocinie

Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek

Wyrazy żalu i szczerego współczucia

Ulce Raźniak

z powodu śmierci Męża

składają Pielęgniarki Oddziału Wewnętrznego
Szpitala Powiatowego w Jarocinie

Można odejść na zawsze by stale być blisko

Wyrazy współczucia naszej Koleżance

Lidii Zmudzie

z powodu śmierci Ojca

Kierownik d/s pielęgniarek Wanda Olesińska
z Pielęgniarkami i Położnymi Szpitala Powiato-
wego w Jarocinie

WSPOMNIENIA

„Nie umiera ten, kto trwa w pamięci żywych”
Ksiądz Jan Twardowski

Beata Skowrońska (1963-2016) pracowita i oddana małym pacjentom pielęgniarka pediatryczna, związana z Oddziałem Noworodkowym od ukończenia szkoły. Cierpliwa, wyrozumiała i wspierająca. Zawsze uśmiechnięta i pełna energii pomimo, że życie jej nie rozpieszczało. Skupiała wokół siebie ludzi, było w Niej coś, co trudno opisać słowami..... Jej syn był dla Niej całym światem.

„Ktoś tutaj był i był, a potem nagle zniknął i uporczywie go nie ma”
Wisława Szymborska

Nigdy nie ma dobrego momentu na pożegnanie bliskich, ale zawsze jest dobry czas, aby otulić ich myślami.

Elżbieta Janowska - wieloletnia i ceniona pielęgniarka Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Perzyny w Kaliszu. Przez 30 lat pełniła funkcję Pielęgniarki Oddziałowej w Oddziale Otolaryngologicznym.

Osoba o wyjątkowej energii, zawsze pełna sił i zapału, aby pomagać chorym, bezgranicznie oddana swojej pracy, zarażała optymizmem.

Wydawało się, że nic jej nie pokona.....

Odeszła od nas w lipcu 2016 roku.

Na zawsze pozostaną w naszej pamięci!

Zastępca Dyrektora ds. pielęgniarstwa i Naczelną Pielęgniarką z Zespołem Pielęgniarek i Położnych
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Perzyny w Kaliszu .

1 GRUDNIA ŚWIATOWY DZIEŃ WALKI Z AIDS

1 grudnia to Światowy Dzień Walki z AIDS. Został ustanowiony przez ONZ w 1988 roku. AIDS to nadal brak tolerancji i strach.

HIV (ang. human immunodeficiency virus) to ludzki wirus niedoboru odporności. Skrót HIV zawiera słowo wirus, stąd: dość powszechnie stosowane określenie „wirus HIV” jest niepoprawne (samo HIV to wirus z rodzaju lentiwirusów, z rodziny retrowirusów, odkryty (wyizolowany) w 1983 roku. Atakuje głównie limfocyty T-pomocnicze, odpowiedzialne w układzie odporności za odpowiedź immunologiczną organizmu na atak drobnoustrojów i nowotworzenie. Czyli: w wyniku zakażenia HIV po latach, jeśli nie zostanie ono wykryte i prawidłowo leczone, nosiciel staje się bezbronny wobec infekcji i zakażeń infekcyjnych, co w ostateczności prowadzi do śmierci. Każdego dnia prawie 7 tysięcy osób na świecie dowiaduje się, że są nosicielami HIV. Rocznie z powodu AIDS, będącego konsekwencją HIV, wciąż umiera ponad 1,5 miliona ludzi. Ocenia się, że w Polsce może być ponad 35 tysięcy zakażonych HIV, ale prawie 70% o tym nie wie.

Co druga chora osoba nie wie, że jest nosicielem wirusa. HIV ma około 37 tysięcy mieszkańców Polski.

Brak świadomości: niestety, wiele osób wciąż myśli, że HIV i AIDS ich nie dotyczy. Blisko 90% Polaków nigdy nie wykonało testu na obecność wirusa. Istnieje stereotyp charakteryzujący osoby chore: to ci, którzy biorą narkotyki i mają wielu partnerów seksualnych. To prawda, że te czynniki zwiększają ryzyko zakażenia HIV, jednak może się do zdarzyć każdemu. W większych polskich miastach działają Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne (PKD), w których można zrobić **bezpłatne i anonimowe** badanie na obecność HIV, a także zasięgnąć rady specjalisty.

Pierwsze objawy HIV pojawiają się zwykle po ok. 2-4 tygodniach od zakażenia wirusem lub nie ma ich wcale.

Objawy HIV w tym pierwszym okresie są niecharakterystyczne, łatwo je pomylić z grypą czy przeziębieniem. Pojawia się bowiem: gorączka, osłabienie, powiększenie węzłów chłonnych, bóle stawów i mięśni, czasem wysypka, itp. Okres namnażania się wirusa u nosiciela - HIV jest bardziej zakaźny i stanowi największe zagrożenie dla partnera. Duża część nowych zakażeń następuje właśnie wtedy. Potem przez lata nic nie wskazuje na to, że jesteśmy **nosicielami HIV**. Czasem u nosicieli obserwuje się nawracające drożdżycę i infekcje wątroby lub skarżą się oni na nieuzasadnione uczucie zmęczenia i ogólnego osłabienia. Dopiero po 10-15 latach pojawiają się nasilone **objawy HIV**, a dokładniej już AIDS, czyli choroby będącej konsekwencją zakażenia wirusem, a rokowania są zdecydowanie gorsze niż u osób z szybko rozpoznanym problemem. Osoba zakażona, prawidłowo leczona, może bezpiecznie uprawiać seks, założyć rodzinę, mieć zdrowe dzieci. Można też zminimalizować ryzyko zakażenia partnera, regularnie przyjmując leki.

Test na HIV

Zakażenie HIV pozwala wykryć proste badanie krwi, w wielu punktach w całej Polsce wykonywane bezpłatnie. **Test na HIV** w rzeczywistości jest testem w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV. Taki test nie wykrywa samego wirusa

HIV, nie wykrywa też AIDS, a przeciwciała skierowane przeciwko wirusowi, produkowane przez układ odpornościowy człowieka **zakażonego HIV**. Wyprodukowanie odpowiedniej ilości przeciwciał, takiej, by była wykrywalna przez test HIV, wymaga czasu. Dlatego od momentu, w którym mogło dojść do zakażenia do zrobienia testu powinno się odczekać 3 miesiące, jeśli chce się uniknąć wyniku fałszywie negatywnego. Wykonanie testu na HIV wymaga pobrania niewielkiej próbki krwi z żyły. Nie trzeba być na czczo. W zależności od miejsca wykonywania testu, czas oczekiwania na wynik to jeden do kilku dni. Jeżeli wynik testu przesiewowego okaże się dodatni (czyli wskazujący na **zakażenie HIV**), konieczne będzie wysłanie krwi do laboratorium wykonującego testy potwierdzające zakażenie, gdyż zdarzają się testy fałszywie dodatnie. W drugiej kolejności wykonywane są dokładniejsze i bardziej czułe **testy Western blot**. To może się wiązać się z dłuższym oczekiwaniem na wynik.

Podstawową drogą **zakażenia HIV** jest kontakt seksualny z nosicielem (80% wszystkich zakażeń na świecie, w krajach rozwiniętych ten odsetek jest jeszcze wyższy).

Zakazić można się poprzez seks bez zabezpieczenia i kontakt nie tylko ze spermą, ale także płynem pre- ejakulacyjny (przed wytryskiem), wydzieliną z pochwy (kobiety też mogą zakażać HIV), jeśli zetkną się one z uszkodzonym naskórkiem czy błoną śluzową.

Aktualnie najwięcej nowych **zakażeń HIV** dotyczy środowisk heteroseksualnych

Do zakażenia się HIV może dojść także poprzez:

- korzystanie z igły osoby zakażonej;
- w trakcie porodu jeśli matka jest nosicielką wirusa HIV oraz w trakcie karmienia piersią;
- przez krew, np. podczas zabiegów chirurgicznych, jeśli nie są zachowane zasady bezpieczeństwa,
- kiedyś zdarzały się zakażenia po przetoczeniu krwi osoby seropozytywnej.

Tak nie można zakazić się HIV:

- przebywając w jednym pomieszczeniu z osobą zakażoną/chorą na AIDS,
- poprzez używanie wspólnie przedmiotów codziennego użytku,
- podając rękę czy przytulając się,
- pływając razem w basenie czy korzystając z tej samej wanny, łazienki,
- przez „pośrednictwo” komara czy innego zwierzęcia.

AIDS czyli zespół nabytego niedoboru (rzadziej upośledzenia) odporności (ang. Acquired Immunodeficiency Syndrome lub Acquired Immune Deficiency Syndrome, SIDA łac. Syndroma Immunitatis Defectus Acquisiti) to końcowe stadium zakażenia wirusem zespołu nabytego braku odporności (HIV).

AIDS charakteryzuje się bardzo niskim poziomem limfocytów CD4, czyli wyniszczeniem układu odpornościowego. Skutkuje to zapadaniem na nowotwory, grzybice, nietypowe zapalenia płuc, które mogą zakończyć się śmiercią pacjenta. Tylko w 2014 roku z powodu AIDS zmarło 1,2 mln ludzi.

Dziś w przypadku HIV/AIDS nie mówi się o grupach ryzyka, tylko o ryzykownych zachowaniach, które mogą realnie dotyczyć każdego.

Nadal nie udało się opracować skutecznej szczepionki, która chroniłaby przed zakażeniem HIV, a w efekcie przed **AIDS**. Prace trwają, ale są niezwykle trudne ze względu na wyjątkową zdolność wirusa do mutacji. Większe sukcesy medycyna odnosi w opracowywaniu leków, które nie zwalczają wirusa, ale blokują jego zdolność niszczenia układu odporności, zapobiegają rozwojowi AIDS. Sama choroba AIDS też nie zabija już tak szybko i skutecznie jak w XX wieku. To czasem prowadzi do uśpienia świadomości zagrożenia, a nie wolno zapominać, że AIDS to wciąż zagrożenie śmiertelne, a wielu zakażeń można byłoby uniknąć prawidłowo używając prezerwatyw. HIV i AIDS – zarówno w Polsce, jak i na całym świecie – jest jednym z priorytetowych zagadnień zdrowia publicznego. Wprowadzenie leczenia antyretrowirusowego (ARV) spowodowało spadek zakaźności, a co za tym idzie – spadek liczby zachorowań na AIDS oraz spadek śmiertelności z powodu AIDS w krajach rozwiniętych.

Ujednolicone i zintegrowane leczenie ARV dla wszystkich regionów Polski prowadzone jest od 2001 roku w ramach programu polityki zdrowotnej ministra zdrowia pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”. Program jest zgodny z zaleceniami i zobowiązaniami międzynarodowymi podjętymi na szczeblu globalnym i regionalnym.

Przez te lata w Polsce udało się zorganizować modelowy system opieki nad pacjentami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS, który w wielu krajach jest wskazywany jako wzór.

HIV i AIDS w XXI wieku

Dzięki zastosowaniu nowych leków zmieniło się oblicze choroby, która ze śmiertelnej stała się przewlekłą. Zmienił się również profil osób, które się zakażają. Już nie mówimy o szczególnych grupach, które zakażają się HIV lecz o za-

chowaniach ryzykownych, narażających na to zakażenie. A to znaczy, że każdy, kto podejmuje takie ryzyko, może się zakażyć (www.pzh.gov.pl).

Na dzień 02.10.2017 r. leczeniem ARV objętych było około 10 273 pacjentów, w tym 110 dzieci. Leczenie jest prowadzone i finansowane w ramach programu zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 - 2021” (dane KC ds. AIDS).

Na świecie żyje 36,7 mln ludzi z HIV/AIDS, w 2016 r. zakażenie HIV rozpoznano u 1,8 mln ludzi, leczenie antyretrowirusowe otrzymywało 19,5 mln osób z HIV/AIDS, rok wcześniej – 17,1 mln, od 2005 r. liczba zgonów na AIDS uległa zmniejszeniu o 48%, ale w 2016 r. 1 mln ludzi zmarło z powodu HIV/AIDS (World AIDS Day, December 1, 2017. MMWR 2017.66(47):1245).

HIV i AIDS w Polsce - dane od początku epidemii (1985 r.) do 31 sierpnia 2017 r. roku

22 164 zakażonych ogółem

3 514 zachorowań na AIDS

1 375 chorych zmarło

Do 31.08.2017 r. zakażenie rozpoznano u 849 osób, najczęściej u osób młodych, w wieku od 20 do 39 lat, częściej u mężczyzn. Zakażenie rozpoznano też u 15 osób w wieku 60 i więcej lat, w tym u 2 kobiet.

Opracowano na podstawie danych NIZP-PZH

Epidemiologia HIV - Polska

Na dzień 02.10.2017 r. leczeniem ARV objętych było około 10 273 pacjentów, w tym 110 dzieci. Leczenie jest prowadzone i finansowane w ramach programu zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 - 2021” (dane KC ds. AIDS).

Epidemiologia HIV - świat

Na świecie żyje 36,7 mln ludzi z HIV/AIDS, w 2016 r. zakażenie HIV rozpoznano u 1,8 mln ludzi, leczenie antyretrowirusowe otrzymywało 19,5 mln osób z HIV/AIDS, rok wcześniej – 17,1 mln, od 2005 r. liczba zgonów na AIDS uległa zmniejszeniu o 48%, ale w 2016 r. 1 mln ludzi zmarło z powodu HIV/AIDS (World AIDS Day, December 1, 2017. MMWR 2017.66(47):1245).

W Wielkopolsce, według danych oddziału epidemiologii Wojewódzkiej Stacji Sanitarno- Epidemiologicznej w Poznaniu od 1 stycznia do 15 października 2017 roku zanotowano 154 nowe zakażenia wirusem HIV. Wśród zakażonych było 7 kobiet w wieku 25-62 lata i 147 mężczyzn w wieku 17 - 76 lat, (wśród których 32 deklarowało orientację homoseksualną).

14 mieszkańców naszego regionu zachorowało na AIDS, wśród nich 1 kobieta. 5 mężczyzn w wieku 29-62 lata zmarło. W powiecie kaliskim w latach 2006 -2016 doszło do 35 zakażeń wirusem HIV. Sześć osób zachorowało na AIDS. W

2017 roku od stycznia do 22 listopada w powiecie kaliskim zakażonych zostało 5 mężczyzn. 1 osoba zmarła w wyniku zachorowania na AIDS.

Epidemia HIV/AIDS jest w Polsce, jak i na całym świecie, jednym z priorytetowych zagadnień zdrowia publicznego. Wprowadzenie leczenia spowodowało spadek liczby zachorowań na AIDS oraz spadek śmiertelności z powodu AIDS w krajach rozwiniętych. Ma ono również znaczenie prewencyjne, gdyż u osób objętych terapią antyretrowirusową (ARV) dochodzi do zmniejszenia liczby kopii wirusa krążącego we krwi, co powoduje zmniejszenie zakaźności tych osób. Ponadto, jak wykazują prowadzone badania, leczenie antyretrowirusowe jest ekonomicznie efektywne, gdyż zmniejsza całkowite koszty wydatkowane na leczenie osób żyjących z HIV.

Ujednolicone i zintegrowane leczenie ARV dla wszystkich regionów Polski jest prowadzone od 2001 roku, w ramach programu zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia pt.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”.

Od 1988 roku dzień 1 grudnia jest obchodzony jako Światowy Dzień AIDS. To integracja wielu działań związanych z profilaktyką HIV/AIDS, podejmowanych na całym świecie. Na całym świecie przeprowadzana jest kampania, mająca za zadanie zwrócenie oczu całego świata na problem HIV/AIDS.

Każdego roku w zaleceniach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) aktualizowane są schematy leczenia antyretrowirusowego, uwzględniające nowe leki ARV, które są na bieżąco rejestrowane w Unii Europejskiej (EMA - Europejska Agencja Leków).

W Polsce zasady opieki medycznej nad pacjentami zakażonymi HIV, w tym leczenia antyretrowirusowego, opracowane zostały w formie Rekomendacji (ostatnia aktualizacja czerwiec 2015 r.) przez Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS - PTN AIDS. Rekomendacje są opracowywane przez

grupę ekspertów z różnych ośrodków referencyjnych – realizatorów Programu leczenia ARV w Polsce, w oparciu o rekomendacje europejskie (European AIDS Clinical Society – EACS). Również przedstawiciel Krajowego Centrum ds. AIDS bierze czynny udział w pracach grupy eksperckiej, która opracowuje polskie Rekomendacje. Celem głównym Programu jest ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS przez zapewnienie leczenia antyretrowirusowego (ARV). Właściwie prowadzone leczenie ARV powoduje zmniejszenie zapadalności na HIV i śmiertelności z powodu AIDS oraz zmniejszenie zakaźności osób zakażonych HIV dla populacji osób zdrowych w Polsce.

Generalnie Program leczenia ARV jest programem terapii ambulatoryjnej, o ile nie zaistnieją inne wskazania medyczne do hospitalizacji, które nie zawsze są związane bezpośrednio z zakażeniem HIV. Wszystkie aktualnie zarejestrowane leki antyretrowirusowe dają możliwości prowadzenia terapii ARV w warunkach szpitalnych, jak i ambulatoryjnych.

Program ten jest zgodny z zaleceniami i zobowiązaniami międzynarodowymi podjętymi na szczeblu globalnym i regionalnym, w tym Deklaracją Milenijną, Deklaracją Zobowiązań, zaleceniami Rady Europy, prawem wspólnotowym Unii Europejskiej, zasadą „Trzech Jedności”.

Nieodłącznym elementem tych obchodów jest Czerwona Kokardka – symbol solidarności z osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS oraz ich bliskimi. Przypomina ona, że osoby żyjące z HIV są pełnoprawnymi członkami społeczeństwa i powinny móc żyć i pracować w swoim środowisku, pamiętając równocześnie o obowiązku ochrony innych przed zakażeniem.

Przygotowała Danuta Wieczorek w oparciu o informacje:
KRAJOWE CENTRUM DS. AIDS AGENDA MINISTRA ZDROWIA
www.mz.gov.pl
aids.gov.pl

PIEŁĘGNIARSTWO GERIATRYCZNE

JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB STARSZYCH

*Dla człowieka starszego poświęcenie sobie uwagi
jest podstawową potrzebą i obowiązkiem*

K. G.Jung

Funkcjonowanie osób w starszym wieku jest wypadkową różnych czynników, m. in.: osobowości, stanu zdrowia, zasobów materialnych, potrzeb, sytuacji rodzinnej, doświadczeń, pełnionych ról

i trybu życia we wcześniejszych okresach.

Bycie seniorem w obecnych czasach nabiera nowego znaczenia. Współczesny senior to człowiek wierzący we własne siły, ciekawy świata i ludzi. Aktywny tryb życia stanowi

dla niego klucz do sukcesu. Pomimo braku obowiązków zawodowych dąży każdego dnia na nowo do celu. Działania społeczne, uprawianie sportu, rozwijanie pasji czy też inne formy aktywności dają mu możliwość ćwiczenia własnego ciała, zacieśniania więzi społecznych.

Promocja zdrowia u osób starszych to stwarzanie im możliwości samodzielnego i aktywnego funkcjonowania w środowisku oraz zapewnienie odpowiedniej jakości życia. Wiek kalendarzo-

wy nie jest najważniejszym wyznacznikiem procesu starzenia się. Nigdy różnice pomiędzy osobami nie są tak znaczne, jak w starości. Wszystkie osoby starsze powinny mieć możliwość wyboru aktywnego stylu życia. Istnieje silna zależność pomiędzy zdrowiem, a poziomem aktywności człowieka. Styl taki może przybierać rozmaite formy. Seniorzy są czynni w różnych dziedzinach, a mianowicie działają w stowarzyszeniach, są wolontariuszami, studiują na uniwersytetach trzeciego wieku, realizują swoje zainteresowania i hobby, uprawiają działalność, udzielają się w życiu społecznym, religijnym i politycznym. Przeciwnością aktywnego stylu życia jest styl bierny. Osoby reprezentujące go praktycznie nie wychodzą ze swojego domu. Opuszczają go jedynie przy wyjątkowych okazjach np. uroczystości rodzinne. Niekiedy nie jest to kwestia wyboru, ale konieczność spowodowana np. ciężką chorobą.

Niektórzy seniorzy wycofują się z życia, nie potrafią przełamać bariery psychologicznej i są niechętni do pokonywania trudności. Poddają się, mimo, że przy pewnym wysiłku i dobrej woli mogliby funkcjonować bardziej aktywnie i twórczo.

Pośrednim stylem życia między aktywnością i biernością jest styl domocentryczny. Osoby reprezentujące taki sposób bycia rzadko opuszczają swoje mieszkanie, ale jednocześnie są otwarte na ludzi, podejmują rodzinę i znajomych. Ponadto hodują zwierzęta, oglądają telewizję, czytają książki i gazety. Te zajęcia mogą być atrakcyjne, ale w przypadku samotności nie zapełniają życia i alternatywą staje się wyjście poza dom. Jedni podejmują to wyzwanie, ich styl może przybrać formę aktywną, a inni stają się bardziej bierni. Rola babci i dziadka, polegająca na opiece nad wnukami dla wielu osób to zajęcie dające radość, poczucie przynależności i satysfakcji. Posiadanie wnuków zmusza do aktywności ruchowej i umysłowej. Opieka nad wnukami może być jednak uciążliwa, jeżeli wypiera inne formy aktywności, czy też przekracza możliwości człowieka starszego.

Przy braku poważnych chorób i prozdrowotnym stylu życia organizm osoby starszej ma zdolności adaptacyjne. To powinno być ważną cechą do utrzymania i poprawy jakości życia osób starszych oraz celem opieki zdrowotnej, również pielęgniarstwa.

Przedstawione poniżej wskazówki mogą pomóc osiągnąć szczęście, zachować zdrowie i cieszyć się każdym dniem – niezależnie od wieku.

- Akceptacja siebie i swojego wieku.

Świadomość swojego wieku oraz związanych z nim możliwości wpływania na jakość życia jest bardzo ważna i pomocna w osiągnięciu zadowolenia. Należy pamiętać, że w rzeczywistości jesteśmy silniejsi, potrafimy dużo więcej niż sądzimy, trzeba tylko zaakceptować siebie i uwierzyć we własny potencjał.

- Monitorowanie zdrowia.

Systematyczne wizyty u lekarza są bardzo istotne. Wiedza na temat swojego stanu zdrowia pomoże wybrać właściwy, zdrowy tryb życia. Ponadto zmniejsza obawy przed chorobami, daje możliwość zapobiegania im lub też zareagowania we wczesnym okresie ich rozwoju.

- Aktywność fizyczna.

Osoby sprawne fizycznie w mniejszym stopniu narażone są na wszelkie problemy zdrowotne, dlatego ruch zalecany jest seniorom również jako komponent leczenia, dopełnienie terapii.

Wskazanymi, zależnymi od indywidualnego stanu zdrowia i możliwości seniora, są ćwiczenia:

aerobowe (wytrzymałościowe) – marsz (spacery, Nordic Walking), jazda na rowerze, pływanie, praca w ogródku;

ćwiczenia siłowe (oporowe) – angażujące najważniejsze grupy mięśni, które umożliwiają wykonywanie powszednich czynności (m. in. wchodzenie po schodach czy noszenie zakupów) – zapobiegają osteoporozie;

ćwiczenia rozciągające (ćwiczenie giętkości) – wykonywane codziennie poprawiają krążenie i zapobiegają występowaniu urazów.

Możliwości w obecnych czasach jest naprawdę wiele. Ważna jest gimnastyka mająca na celu wykonywanie ćwiczeń przeciwdziałających schorzeniom. Odpowiednio dostosowane ćwiczenia fizyczne zwiększają odporność, vitalność, chronią przed osteoporozą, zmniejszają prawdopodobieństwo wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych oraz pomagają w utrzymaniu właściwej masy ciała. Ponadto wpływają pozytywnie na funkcjonowanie umysłu, przeciwdziałają beśsenności, a także poprawiają samopoczucie, będąc przy tym przyjemną formą spędzania wolnego czasu.

- Podróże.

Odpowiednim sposobem zagospodarowania wolnego czasu są podróże, na które osobom czynnym zawodowo często brakuje czasu. To doskonała okazja, by zobaczyć atrakcyjne miejsca, poznać ciekawych ludzi, a zarazem miło spędzić czas, z dala od codzienności.

- Podtrzymywanie relacji z innymi osobami.

Bez względu na wiek należy pielęgnować więzi międzyludzkie, utrzymywać kontakt z rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami. Relacje z innymi to nieodzowna potrzeba, jak i najważniejsza umiejętność, która warunkuje funkcjonowanie w społeczeństwie. Zawierane przyjaźnie i znajomości nadają cel ludzkiemu życiu, sprawiają przyjemność, wywołują radość i optymizm.

- Bez względu na wiek ważna edukacja.

Ważnym wyzwaniem dla seniora, wpływającym na jakość życia, jest edukacja. Dążenie do rozwoju kształtuje poczucie własnej wartości. Co więcej, zapobiega izolacji społecznej oraz wpływa na kształtowanie pozytywnego obrazu starości. Nauka to nie tylko istota społecznego, ale także osobistego postępu. Najpopularniejszą formą rozwoju intelektualnego stały się obecnie Uniwersytety Trzeciego Wiek – placówki dydaktyczne dla osób starszych, mające na celu poprawę jakości życia, popularyzację inicjatyw edukacyjnych oraz aktywizację intelektualną, społeczną i fizyczną seniorów.

- Przestrzeganie ogólnych zasad żywienia.

Bibliografia:

Wieczorkowska K., Talarowska D.: *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

Niven D.: *Prostych 100 sekretów lepszej połowy życia*

(przełożył Madejski R.), Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2010.

Na podstawie piśmiennictwa przygotowała
Krystyna Połomska



INTER Kontrakt NNW

Ubezpieczenie utraty przychodu dla Pielęgniarek i Położnych

■ Pracujesz na kontrakcie?

Co się stanie, jeśli w wyniku wypadku nie będziesz wykonywać pracy zawodowej?

- Pobyt w szpitalu lub rekonwalescencja oznacza utratę przychodów.
- Twój budżet domowy zostanie mocno obciążony, a ZUS wypłaci Ci tylko minimalne świadczenie.
- Nadal będziesz płacić rachunki, czy raty kredytu.

■ Poczuj się bezpiecznie z ubezpieczeniem INTER Kontrakt NNW

- Odbierz świadczenie pieniężne za każdy dzień niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – nawet 9 000 zł miesięcznie!
- Zachowaj stabilność finansową w trakcie powrotu do zdrowia.
- Podstawą decyzji o wypłacie świadczenia jest zwolnienie lekarskie.
- Wypłata świadczenia od 1-go dnia czasowej niezdolności do pracy, maksymalnie do 365 dnia.



Grupa wiekowa	Wysokość składki dla INTER Kontrakt NNW	
	Wariant A	Wariant B
	Świadczenie 150 zł dziennie / Bez weryfikacji przychodów	Świadczenie 300 zł dziennie / Przychody powyżej 9 000 zł
	Miesięcznie otrzymasz 4 500 zł	Miesięcznie otrzymasz do 9 000 zł
do 39 lat	40 zł	70 zł
40 - 49 lat	45 zł	81 zł
50 - 59 lat	68 zł	122 zł
60 - 70 lat	84 zł	151 zł

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.
Przedstawicielstwo w Kaliszu
ul. Narutowicza 2A
62-800 Kalisz
tel. +48 62 757 16 22
tel. kom. 602 291 884

inter
UBEZPIECZENIA