



# ***Biuletyn***

2/2018

KWARTALNIK OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH z siedzibą w Kaliszu



|                                              |    |
|----------------------------------------------|----|
| PTP - pismo                                  | 4  |
| Rozporządzenie Ministra                      | 5  |
| Kleszcze i borelioza                         | 6  |
| Przeszczep flory jelitowej                   | 8  |
| Nadciśnienie tętnicze                        | 10 |
| Pismo NRPiP                                  | 12 |
| Uroczystość beatyfikacji Hanny Chrzanowskiej | 13 |
| Relikwie dla Kaplicy WSZ w Kaliszu           | 15 |
| Nowotwory jelit                              | 16 |
| Uprawnienia do świadczeń zdrowotnych         | 20 |
| Wady podniebienia                            | 24 |
| Kondolencje                                  | 25 |
| Wydarzenia bieżące                           | 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](http://www.oipip.kalisz.pl)**



## Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

czynne: od poniedziałku do piątku  
w godzinach 7<sup>00</sup> - 15<sup>00</sup>

### Sekretarz ORPiP

przyjmuje interesantów:  
od poniedziałku do piątku 7<sup>00</sup> - 11<sup>00</sup>

### Skarbnik OIPiP

urzęduje we wtorki i środy w godz. 15<sup>00</sup> - 18<sup>30</sup>

### 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. 14<sup>00</sup> do 15<sup>00</sup>

### Radca Prawny OIPiP z siedzibą w Kaliszu

- porady w zakresie prawa pracy oraz przepisów  
związanych z wykonywaniem zawodu w każdy wtorek  
w godz. 14<sup>00</sup> do 16<sup>00</sup>.

### Dyżury

#### Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych:

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych  
pełni dyżur w pierwszy i czwarty poniedziałek miesiąca  
w godz. 13<sup>00</sup> do 15<sup>00</sup>

Zespół redakcyjny w składzie:

Krystyna Połomska  
Jadwiga Soińska  
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](http://www.oipip.kalisz.pl)  
e-mail: [izba@oipip.kalisz.pl](mailto: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 opraco-  
wywania tekstów. Redakcja nie odpowiada za treść  
ogłoszeń o konkursach na stanowiska kierownicze  
w ochronie zdrowia.

### Data wydania:

LIPIEC 2018

### 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,

Czas wakacji choć długo wyczekiwany przyszedł bardzo szybko, a lato przypomina nam o konieczności odpoczynku i chwili czasu dla siebie. Za nami czas obfitujący w wiele ważnych dla naszego środowiska wydarzeń. Na szczególną uwagę zasługuje uroczystość beatyfikacji Hanny Chrzanowskiej – polskiej pielęgniarki, która stworzyła pielęgniarstwo parafialne, stanowiące podwaliny pielęgniarstwa środowiskowego i rodzinnego w Polsce. Błogosławiona Hanna Chrzanowska stała się patronką naszego środowiska i ambasadorką ciężkiej i niedocenianej pracy pielęgniarki. Ważnym wydarzeniem było wprowadzenie relikwii Błogosławionej Hanny Chrzanowskiej do Kaplicy Szpitalnej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kaliszu. Uroczystość była okazją do pochylenia się nad istotą i ważną rolą posługi jaką niosą pielęgniarki w swojej pracy. Była to okazja do wspólnego spotkania i modlitwy pielęgniarek, położnych, Dyrekcji szpitala oraz licznej grupy pacjentów pod przewodnictwem Biskupa Kaliskiego. Obecnie w kaplicy relikwie są wystawione do publicznej adoracji i szerzony jest kult Błogosławionej Hanny Chrzanowskiej – pielęgniarki. W maju świętowaliśmy również Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej, który mogliśmy wspólnie świętować podczas konferencji zorganizowanej w Collecium Medicum PWSZ w Kaliszu. Wspólnie z Polskim Stowarzyszeniem Pielęgniarek Onkologicznych mogliśmy gościć w Pleszewskim Centrum Medycznym w Pleszewie, podczas konferencji naukowo-szkoleniowej poświęconej wieloaspektowości pielęgniarstwa onkologicznego. Odbył się również cykl szkoleń z zakresu wdrażania RODO, które obecnie sprawia tak wiele problemów i wywołuje liczne kontrowersje z powodu braku przepisów i szczegółowych interpretacji.

Równocześnie na szczeblu krajowym toczą się rozmowy w sprawie realizacji „Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”. Zgłaszany od wielu lat przez samorząd i związek zawodowy problem braku kadr pielęgniarek i położnych stał się faktem. Pogorszeniu ulega opieka oferowana pacjentom, a działalność oddziałów szpitalnych musi być wygaszana z powodu braku pielęgniarek. Samorząd zawodowy wspólnie z OZZPiP domaga się włączenia dotychczasowych dodatków do wynagrodzenia zasadniczego oraz urealnienia wskaźników minimalnego wynagrodzenia dla grup zawodowych pielęgniarek i położnych. Brak zastępowalności pokoleniowej w naszych zawodach wynika głównie z warunków ekonomicznych. Samorząd zawodowy, będący korporacją chroniącą interesy swoich członków i sprawujący pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodów pielęgniarki i położnej, nie może wyrazić zgody na krótkotrwałe i doraźne działania proponowane przez Ministerstwo Zdrowia. Oczekujemy realnych propozycji rozwiązania obecnej, trudnej sytuacji naszych zawodów.

Życzę wszystkim udanego i zasłużonego wypoczynku podczas wakacji i zapraszam do lektury naszego Biuletynu.

Przewodniczący Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu  
(-) Marek Przybył



**Z okazji Międzynarodowego  
Dnia Pielęgniarki oraz Dnia Położnej  
życzymy wytrwałości i satysfakcji  
w pracy zawodowej,  
pomyślności w życiu osobistym**

**Redakcja Biuletynu**

Poznań dnia; 19 czerwca 2018 roku

Szanowny Pan

Marek Przybył  
Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Kaliszu

Szanowny Panie Przewodniczący,

Oddział PTP im. Stefanii Wołynki w Poznaniu, a działający przy Wydziale Nauk o Zdrowiu zwraca się z ogromną prośbą o umieszczenie informacji na stronie internetowej Państwa Izby, jak również w Państwa biuletynie informacji o składzie nowego Zarządu Oddział PTP im. Stefanii Wołynki w Poznaniu na kadencje 2017-2021. Jednocześnie pozwalam sobie również podać nowy adres do korespondencji, który znajduje się poniżej.

**Przewodnicząca Oddziału:** dr n. o zdr. Katarzyna B. Głodowska

**V - ce przewodnicząca:** dr n. med. Violetta Jachimowicz

**Sekretarz:** mgr Kinga Witeczak-Błoszyk

**Skarbnik:** mgr Alla Rejniak

**Członkowie:** mgr Aleksandra Kopińska, mgr Joanna Wiśniewska, mgr Małgorzata Przywarta

**Przewodnicząca Komisji Rewizyjnej:** mgr Teresa Kruczkowska

**Członkowie:** mgr Jolanta Zgrabczyńska, mgr Beata Czeaka

Z nadzieją na pozytywne rozpatrzenie naszej prośby i możliwość owocnej współpracy,

Z poważaniem  
Dr n. o zdr. Katarzyna B. Głodowska  
Przewodnicząca Zarządu Oddział w Poznaniu

Adres do korespondencji Zarządu:  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu  
Katedra Nauk Społecznych  
Collegium Wrzoska  
Ul. Dąbrowskiego 79 pokój 501 60-529 Poznań

**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA****WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH  
WCHODZĄCYCH W SKŁAD ZESTAWU  
PRZECIWWSTRZĄSOWEGO**

*Zostało ogłoszone rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie (Dz. U. poz. 909)*

**Załącznik nr 3** do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie (Dz.U. 2011 nr 18 poz. 94) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie (Dz.U. 2018 poz. 909) – **wykaz jednolity.**

**WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH WCHODZĄCYCH W SKŁAD ZESTAWU  
PRZECIWWSTRZĄSOWEGO, RATUJĄCEGO ŻYCIE, KTÓRE MOGĄ BYĆ  
PODAWANE PRZEZ PIELĘGNIARKE, POŁOŻNĄ**

- 1) Glucosum 20 % — roztwór do wstrzykiwań;
- 2) Hydrocortisonum hemisuccinatum — proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji lub odpowiedniki terapeutyczne;
- 3) Natrii chloridum 0,9 % — roztwór do wstrzykiwań;
- 4) Adrenalinum 1 mg/ml lub 300 µg/0,3 ml lub 150 µg/0,3 ml lub 1 mg/10 ml – roztwór do wstrzykiwań (dodany).

Płyny infuzyjne:

- 1) Glucosum 5 % — roztwór do infuzji;
- 2) uchylony
- 3) Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum dihydricum — (8,6 mg + 0,3 mg + 0,33 mg)/ml — roztwór do infuzji dożylnych

**KLESZCZE I BORELIOZA**

*Wiosna i miesiące letnie sprzyjają częstszemu korzystaniu z form wypoczynku na świeżym powietrzu w parkach i lasach oraz noszeniu lżejszego ubioru, zwiększają równocześnie ryzyko pokąsania przez kleszcze mogące przenosić groźne dla zdrowia, bakterie, wirusy i pierwotniaki.*

Kleszcze rozpoczynają swoją aktywność sezonową, gdy temperatury w ciągu doby przekroczą 5-7°C i jest wilgotno. Począwszy od marca po przebudzeniu ze snu zimowego muszą znaleźć żywiciela. Aktywność życiowa kleszczy jest związana również ze zmianami temperatury w cyklu dobowym. Jest większa w godzinach porannych i wieczornych, najniższa zaś w godzinach południowych, zwłaszcza w okresie letnim w czasie upałów ponieważ kleszcze ograniczają aktywność przy wysokich temperaturach. Dlatego też pierwszy szczyt aktywności sezonowej przypada na marzec-czerwiec, drugi zaś przypada we wrześniu. Aktywność kleszczy kończy się z chwilą obniżenia średnia temperatura powietrza poniżej 5-7°C co zazwyczaj w Polsce przypada w październiku i listopadzie. Sezon aktywności może być zaburzony poprzez anomalie występujące w przyrodzie, kleszcza można spotkać nawet w grudniu, gdy temperatury dobowe przekroczą 5-7°C. Najwięcej kleszczy bytuje na skraju lasu. Kleszcze nie wspinają się powyżej wysokości 1 – 1,5 m metra, więc najczęściej można je więc spotkać w trawie, chwastach, krzewach na spodniej stronie liści. Po wyczuciu żywiciela spadają na obuwie lub nieosłonięte nogi po czym aktywnie wspinają się po skórze w okolice, gdzie skóra jest cieńsza i lepiej ukrwiona (1). Wśród chorób odkleszczowych jak kleszczowe zapalenie mózgu czy borelioza, niestety na boreliozę nie ma szczepionki.

Borelioza (LB – Lyme borreliosis, borelioza z Lyme) to wielonarządowa choroba zapalna, spowodowana odpowiedzią immunologiczną na zakażenie krętkiem *Borrelia burgdorferi sensu lato* (s.l.). W Polsce są to: *B. burgdorferi*, *B. garinii*, *B. afzelii*, przenoszone przez kleszcze *Ixodes*, której obraz kliniczny wiąże się z zajęciem skóry, stawów, układu nerwowego i serca (2,3). Zakażenie może przebiegać bezobjawowo lub powodować objawy zależne od tkanki objętej chorobą, czasu trwania infekcji i odpowiedzi immunologicznej chorego. Rozróżnia się trzy postacie choroby w zależności od stadium: wczesną zlokalizowaną oraz wczesną i późną rozsianą.

W postaci wczesnej widoczny jest rumień wędrujący (*erythema migrans* EM), pojawiający się kilka dni po ukąszeniu przez kleszcza i ustępujący samoistnie. Kolejne stadia choroby występują tylko u części chorych, zwłaszcza tych nieleczonych antybiotykiem w fazie pierwszej. Może u nich dochodzić do objawów ze strony układu nerwowego, nawrotowego zapalenia stawów i rzadko do zajęcia mięśnia serca. W późnym okresie choroby występują zmiany skórne, przewlekłe zapalenie stawów, objawy neurologicz-

ne i zmiany zapalne w narządzie wzroku. Tylko niektóre z powyższych objawów są specyficzne dla boreliozy (3). Rozpoznanie opiera się wyłącznie na obrazie klinicznym. W postaciach typowych badania immunoserologiczne w kierunku przeciwciał anty-*Borrelia burgdorferi* są zbędne. W postaciach nietypowych potwierdzenie laboratoryjne może być pomocne, ale dopiero po upływie co najmniej 2 tygodni od wystąpienia zmiany. EM ujawnia się w miejscu ukłucia przez kleszcza zwykle po 1–3 tygodniach (może sięgać 3 miesięcy). Typowa zmiana początkowo ma formę plamy i szybko powiększa się wykazując centralne przejaśnienie. O pewnym rozpoznaniu można mówić gdy zmiana ulega powiększeniu w ciągu kilku dni i przekroczy średnicę 5 cm (celowe jest zaznaczenie granic długopisem i kontrola po 1-2 dniach bez stosowania antybiotyku). Postacie nietypowe nie wykazują centralnego przejaśnienia, posiadają nieregularny kształt lub cechy krwotoczne, ale jeżeli wykazują tendencję do powiększania średnicy (ponad 5 cm) należy je traktować jako rumień wędrujący. Ujawnienie się EM w czasie krótszym od 2 dni po ukłuciu przez kleszcza oraz średnicy mniejszej od 5 cm przemawia przeciw rozpoznaniu.

Dodatkowe objawy, takie jak świąd skóry, powiększenie węzłów chłonnych w okolicy zmiany lub objawy ogólne (ból głowy, gorączka, bóle mięśniowo-stawowe) występują rzadko. EM zanika w ciągu kilku dni od rozpoczęcia prawidłowej antybiotykoterapii co jednak nie jest równoznaczne z eliminacją zakażenia. Zmiany nieleczone mogą utrzymywać się przez kilka miesięcy, a ich samoistne ustąpienie również nie oznacza eliminacji zakażenia. Rzadko ujawniają się mnogie rumienie wtórne, świadczące o rozsiewie zakażenia; zwykle są mniejsze od zmiany pierwotnej i jednolicie zabarwione.

*Borrelial lymphocytoma* (BL) rozpoznanie BL wymaga wykazania obecności przeciwciał przeciw *Borrelia burgdorferi* klasy IgM lub IgG w surowicy i potwierdzenia histologicznego. Ujawnia się u mniej niż 1% chorych, zwykle w kilka tygodni po ukłuciu przez kleszcza, jako pojedynczy, sino-czerwony, niebolesny guzek. Najczęstsza lokalizacja BL to małżowiny uszne, moszna i brodawki sutkowe. Zmianie BL może towarzyszyć powiększenie okolicznych węzłów chłonnych. Ujawnia się częściej u dzieci niż dorosłych. Nieleczona może utrzymywać się nawet przez kilka lat, po czym ustąpić samoistnie. Przewlekłe zanikowe zapalenie skóry kończyn (*acrodermatitis chronica atrophicans* – ACA) Rozpoznanie ACA wymaga wykazania przeciwciał przeciw *Borrelia burgdorferi*

klasy IgM lub IgG w surowicy i potwierdzenia histologicznego. Pojawiają się sino-czerwone zmiany, początkowo z cechami obrzęku zapalnego, a później zaniku skóry, ujawniają się w wiele lat po zakażeniu (nawet do 10 lat). Najczęstsza lokalizacja to dystalne części kończyn, zwłaszcza dolnych. Rzadziej zmiany mogą dotyczyć tułowia.

W obrębie zmian w fazie zapalenia mogą występować ogniska nasilonej pigmentacji oraz teleangiektazje. Z czasem ACA przechodzi w fazę zanikową, w której dominuje scieżnienie naskórka z widocznym poszerzeniem naczyń żylnych.

Zmianom może towarzyszyć ból kończyn będący głównym objawem często towarzyszącej neuropatii obwodowej oraz zmian zwrodnieniowo-zapalnych stawów znajdujących się pod zajęętą skórą. ACA rozpoznaje się zwykle u osób w podeszłym wieku, przeważnie u kobiet. Zapalenie stawów (Lyme arthritis – LA) wymaga potwierdzenia laboratoryjnego poprzez stwierdzenie w surowicy przeciwciał klasy IgM w stadium wczesnym lub IgG w stadium późnym choroby. Może przebiegać w formie różnych postaci klinicznych: wędrujące bóle kości, stawów, mięśni, i ścięgien mogą wystąpić w stadium wczesnego zakażenia rozsianego, w okresie kilku tygodni od zakażenia. Nawracające bóle kostne, stawowe lub tkanek okołostawowych ujawniają się przez miesiące lub lata z długimi okresami samoistnych remisji. Dolegliwości są asymetryczne i najczęściej dotyczą stawów kończyn. Mogą samoistnie ustąpić lub rozwinąć się w pełnoobjawowe zapalenie stawów. - Nawracające zapalenie stawów (zwykle asymetryczne), w którym bólowi towarzyszy obrzęk i wzmożone ucieplenie, ujawnia się zwykle w ciągu dwóch lat po zakażeniu. W przypadku dużego wysięku w jamie stawowej dolegliwości bólowe ulegają nasileniu, zwłaszcza przy ruchach kończyn. Najczęściej zmiany dotyczą stawów kolanowych, rzadziej stawów ramiennie-barkowych, łokciowych, nadgarstkowych, biodrowych i skokowych. Znacznie rzadziej obejmują stawy skroniowo-żuchwowe i drobne stawy rąk i stóp. Epizody zaostrzeń mogą być wielokrotne, przerywane okresami remisji i wykazują tendencję do samoistnego ustępowania. U niektórych chorych obserwuje się progresję do przewlekłego zapalenia stawów. - Przewlekłe zapalenie stawów (asymetryczne) występuje w kilka lat po zakażeniu, najczęściej poprzedzone nawracającymi bólami lub zapaleniem stawów. Rozpoznanie można postawić gdy objawy o tej samej lokalizacji utrzymują się przynajmniej przez rok. Dolegliwości najczęściej dotyczą stawów kolanowych, a rzadziej innych dużych stawów kończyn. W sporadycznych przypadkach dochodzi do zmian nieodwracalnych prowadzących do trwałego uszkodzenia i unieruchomienia stawu. Objawy grypopodobne obejmujące również bóle stawowe o różnym nasileniu ujawniają się u 40% chorych z rumieniem wędrującym. Ustępują zwykle samoistnie i nie mają związku z późniejszym ewentualnym ujawnieniem się LA. Obraz kliniczny przewlekłego zapalenia wielostawowego, ze sztywnością poranną, a zwłaszcza z cechami radiologicznego uszkodzenia stawów nie jest typowy dla LA i wymaga pogłębienia diagnostyki w kierunku innych chorób narządu

ruchu z uwzględnieniem konsultacji reumatologicznej. W przypadku nieskutecznej dwukrotnej antybiotykoterapii, należy poszukiwać innej przyczyny dolegliwości, a w leczeniu ograniczyć się do niesteroidowych leków przeciwzapalnych lub innej terapii objawowej.

Zapalenie mięśnia sercowego (Lyme carditis – LC) wymaga stwierdzenia przeciwciał przeciw *Borrelia burgdorferi* klasy IgM w surowicy oraz zaburzeń czynności serca potwierdzonych w EKG. Najczęściej stwierdza się zaburzenia przewodnictwa w postaci bloków przedsionkowo-komorowych o zmiennym stopniu. Zwykle zaburzeniom czynności serca nie towarzyszą objawy kliniczne i są one wykrywane przypadkowo w trakcie diagnostyki innych postaci boreliozy z Lyme. Cechy LC ustępują, nawet bez leczenia w ciągu kilku tygodni. Pomimo dobrego rokowania, u około 5% chorych zaburzenia czynności serca, które ujawniły się w przebiegu choroby cofają się powoli.

Neuroborelioza - pozytywny wywiad innych typowych objawów boreliozy z Lyme, a w szczególności rumienia wędrującego. Konieczne jest potwierdzenie obecności przeciwciał klasy IgM lub IgG przeciw *Borrelia burgdorferi* w surowicy krwi, a w przypadku zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego dodatkowo ich wewnątrzponowej produkcji w celu wykluczenia biernego przenikania przeciwciał przez barierę krew-mózg. U niektórych chorych z neuroboreliozą we wczesnym stadium boreliozy z Lyme, w pierwszych tygodniach choroby nie stwierdza się obecności przeciwciał w surowicy, wówczas badanie należy wykonać powtórnie po 2 tygodniach od ustąpienia objawów choroby, a wykazana ewentualnie serokonwersja potwierdza rozpoznanie. Płyn mózgowo-rdzeniowy (pmr) u chorych z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu neuroboreliozy charakteryzuje się pleocytozą limfocytową, oraz umiarkowanym wzrostem stężenia białka i prawidłowym stężeniem glukozy. W innych postaciach neuroboreliozy zmiany w pmr stwierdza się rzadko.

W stadium wczesnym rozsianym neuroborelioza może przebiegać jako: - porażenie nerwów czaszkowych, najczęściej nerwu twarzowego, którym mogą towarzyszyć opisane powyżej zmiany pmr; - porażenie korzeni nerwowych lub pojedynczych nerwów obwodowych; - limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (meningitis), z opisanymi powyżej zmianami w pmr; - zapalenie mózgu (encephalitis) lub zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego (encephalomyelitis);

W stadium późnym neuroborelioza może przebiegać jako: - zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego (encephalomyelitis) o powolnym, postępującym przebiegu z zajęciem istoty białej. Rezonans magnetyczny często wykazuje obszary zapalne z typowym wzmocnieniem sygnału po podaniu kontrastu. Choroba może przypominać stwardnienie rozsiane, które należy wykluczyć poprzez badanie pmr i obecność w surowicy krwi przeciwciał przeciwko *Borrelia burgdorferi*.

Decyzja o rozpoznaniu i leczeniu boreliozy z Lyme powinna być podejmowana wyłącznie przez lekarza w oparciu o

obraz kliniczny z uwzględnieniem wyników badań dodatkowych. Wyniki badań laboratoryjnych nie powinny zawierać żadnych sugestii terapeutycznych. Terapia trwająca przynajmniej 21 dni opiera się na antybiotykoterapii, która w zależności od postaci klinicznej choroby i tolerancji przez pacjenta, obejmuje przede wszystkim: doksycylinę, amoksyycylinę, cefuroksym, ceftriakson lub cefotaksym. Brak jest podstaw naukowych do stosowania wielomiesięcznej antybiotykoterapii lub wielokrotnego powtarzania kuracji. Badania serologiczne nie mogą być wykorzystywane do oceny skuteczności leczenia, która powinna być analizowana wyłącznie na podstawie dynamiki obrazu klinicznego (1).

Profilaktyka czynna (szczepienia) jest niedostępna. Postawą zapobiegania boreliozie z Lyme jest ochrona ciała przed kleszczami podczas przebywania w rejonach ich występowania, stosowanie repelentów, oraz odpowiednio wczesne ich mechaniczne usuwanie (2). Ryzyko kontaktu z kleszczem można ograniczyć poprzez:

- noszenie długich spodni (nogawki należy wpuścić do skarpetek), koszul z długim rękawem,
- stosowanie repelentów (preparaty odstraszające) zgodnie z zaleceniami producenta nie należy wydłużać odstępów czasu pomiędzy ich stosowaniem, ponieważ ochrona staje się wtedy nieskuteczna. Należy pamiętać, że zwykle nie czuć ukąszenia przez kleszcza, gdyż posiadają one w swojej ślinie specjalne substancje znieczulające, dlatego też:
- po wizycie w lesie lub innym miejscu bytowania kleszczy należy dokładnie obejrzeć całe ciało. Wstępne oględziny należy zrobić jeszcze przed wejściem do domu, ponieważ kleszcze przyniesione w ubraniu do domu

potrafią przeżyć w pomieszczeniach wiele miesięcy. Następnie należy obejrzeć dokładnie również zakryte części ciała, w tym również przejrzeć włosy u dzieci,

- po zauważeniu kleszcza, należy jak najszybciej go usunąć. W tym celu należy specjalnym zestawem do usuwania kleszczy lub pęsetą ująć kleszcza przy samej skórze i pociągnąć ku górze zdecydowanym ruchem, jak najmniej przy nim manipulować lub zgniatać,
- nie należy smarować kleszcza żadną substancją, aby nie zwiększać ryzyka zakażenia,
- miejsce ukłucia należy zdezynfekować,
- gdy usunięcie kleszcza sprawia trudności lub nie mamy w tym wprawy, należy zwrócić się o pomoc do lekarza, ale należy pamiętać że jak najwcześniejsze usunięcie kleszcza znacząco zmniejsza ryzyko ewentualnego zakażenia. Ocenia się, że nawet w przypadku, gdy kleszcz był zakażony to – w przypadku usunięcia go ze skóry do 12 godzin od momentu ukąszenia – liczba krętków boreliozy, która przedostanie się do organizmu człowieka będzie zbyt mała, aby spowodować zakażenie (1).

Profilaktyka poekspozycyjna w formie jednorazowej dawki doksycykliny (p.o. 200mg), jest uzasadniona tylko w przypadku mnogiego pokłucia przez kleszcze podczas pobytu w rejonie endemicznym osoby dorosłej pochodzącej spoza tego terenu. Skuteczność tego typu profilaktyki u dzieci nie została dotychczas potwierdzona.

1. Sezon na kleszcza. psse-kalisz/ostrzeżenia publiczne/uwaga-na-kleszcze

2. Flisiak r., Pancewicz S.: Diagnostyka i leczenie Boreliozy z Lyme zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.

3. www.borelioza.org

## METODY LECZENIA ZAKAŻEŃ CLOSTRIDIUM DIFFICILE

### PRZESZCZEP FLORY JELITOWEJ

*Pierwsze zapiski o tego typu metodzie leczenia uciążliwych biegunk pochodzą już z IV wieku z Chin. Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną procedura przeszczepienia mikrobioty jelitowej znana pod nazwą przeszczep kału albo transfer flory jelitowej, jest wysoce skutecznym sposobem terapii nawracających lub opornych na klasyczne leczenie antybiotykami, zakażeń Clostridium difficile stosowanym w leczeniu od 1958 r. Od 2012 r. metoda ta stosowana jest także w Polsce, zaś od roku 2013 widnieje na liście leków eksperymentalnych FDA (1).*

Przeszczepu mikrobioty dokonuje się u osób z zakażeniem Clostridium difficile nawrotowym lub opornym na leczenie antybiotykami: metronidazolem w I rzucie oraz wankomycyną w II rzucie. W grupie ryzyka znajdują się przeważnie osoby w wieku powyżej 65 lat, przechodzące wcześniej intensywne terapie antybiotykowe, chorujące przewlekłe, często hospitalizowane lub przebywające w ośrodkach opieki długoterminowej – choć problematyczna infekcja C. difficile może dotykać osoby w każdym wieku.

CDI (C. difficile infection) – zakażenie Clostridium difficile, FMT (fecal microbiota transplantation) – przeszczepianie mikrobioty jelitowej C. difficile to Gram-dodatnia

beztlenowa laseczka przetrwalnikująca będąca gatunkiem środowiskowym, rzadko kolonizującym jelito człowieka. U dorosłych osób częstość występowania C. difficile to tylko 3%, choć odnotowuje się przejściową kolonizację na poziomie 70% u niemowląt i małych dzieci. U osób podatnych Clostridium difficile wytwarza 2 egzotoksyny (TcdA i TcdB) powodujące obumieranie kolonocytów, neutrofilowe zapalenie okrężnicy i utratę funkcji bariery jelitowej. Zakażenie przenosi się przez przetrwalniki odporne na wysoką temperaturę, kwas i antybiotyki. Występują one w dużych ilościach w placówkach opieki zdrowotnej i powodują zakażenia szpitalne. Oporność na kolonizację zmniejsza się pod wpływem antybiotykoterapii,



ale podatność zwiększając także podeszły wiek, chemioterapia przeciwnowotworowa i ciężkie choroby współistniejące. Oprócz bezobjawowego nosicielstwa i umiarkowanych biegunk, *C. difficile* może wywoływać także rzekomobłoniaste zapalenie jelita grubego (ang. *C. difficile* infection, CDI) niekiedy o piorunującym przebiegu zagrażającym życiu chorego (1,2). W ostatnich latach w Polsce pojawił się szczególnie toksyczny szczep tej bakterii (rybotyp 027/NAP 1), który powoduje zwiększenie śmiertelności oraz ryzyka ciężkich powikłań i nawrotów biegunki, ponieważ jest oporny na niektóre antybiotyki, a także produkuje więcej toksyn niż pozostałe szczepy. Wielu chorych po wyleczeniu, staje się bezobjawowymi nosicielami tej bakterii, co zwiększa ryzyko nawrotu biegunki przy kolejnej antybiotykoterapii z innych wskazań. W większości przypadków, standardowe leczenie antybiotykami jest efektywne. Skuteczność terapii metronidazolem ocenia się na około 66%, a wankomycną na około 75% (3).

W tej grupie chorych, u których kolejna antybiotykoterapia jest nieskuteczna, wykazano nieprawidłowy skład mikrobioty – m.in. zmniejszoną liczbę bakterii Firmicutes i Bacteroidetes. Chorzy ci dobrze odpowiadają na przeszczepienie mikrobioty kałowej (FMT) – z wyleczalnością ponad 90% po jednym wlewie, który przywraca prawidłowy skład flory jelitowej. Szybkie wprowadzenie FMT do leczenia najpierw w Australii, potem w Stanach Zjednoczonych, a obecnie w Europie wyposażyło lekarzy w niedrogą, szybką i wysoce skuteczną metodę leczenia nawrotów CDI.

Flora jelitowa pobierana jest od zdrowego dawcy. Przeszczep polega na zasiedleniu jelit chorego zdrową florą jelitową. Jest to bardzo prosta metoda. Przygotowanie materiału do przeszczepu polega na pobraniu stolca od zdrowego dawcy, oznaczeniu jego parametrów, zawieszeniu w roztworze soli fizjologicznej, miksowaniu i filtracji. Dzieje się to po uzyskaniu pisemnej zgody od dawcy, który przez co najmniej 3 miesiące nie był leczony antybiotykami, jest w ogólnym dobrym stanie zdrowia, jego BMI (ang. Body Mass Index) jest w normie oraz stosuje zwykłą dietę. Następnie pobierana jest próbka stolca oraz krwi przeznaczona do badań wykluczających aktywne zakażenia bakteryjne, wirusowe, grzybicze i pasożytnicze. Dawcą może być osoba spokrewniona lub całkowicie obca. Przygotowany preparat jest następnie wprowadzany do układu trawiennego pacjenta poprzez sondę żołądkową lub dwunastnicą bądź poprzez gastroskopię. Podanie przeszczepu może następować także poprzez kolonoskopię. Pacjent także wyraża świadomą zgodę na przeprowadzenie takiego zabiegu. W przypadku braku poprawy, zabieg taki powtarza się (1).

W przyszłości leczenie CDI będzie polegać na stosowaniu kału poddanego filtracji w celu usunięcia wszystkich składników oprócz bakterii oraz liofilizacji (mrożeniu i suszeniu) w celu usunięcia większości wody; tak przygotowany produkt będzie miał postać proszku zawierającego pełne spektrum drobnoustrojów przewodu pokarmowego (full-spectrum microbiota – FSM). Powinien on być kapsułkowany i nadawać się zarówno do natychmiastowego przyjęcia jako lek doustny, jak i do przechowywania bez potrzeby chłodzenia i bez utraty żywotności przez znacznie dłuższy czas, niż to jest możliwe w przypadku świeżych lub mrożonych prepara-

tów do FMT. Taki zoptymalizowany produkt zlikwidowałby problemy z transportem, dyskomfort związany z wlewie doodbytniczym zawiesiny kału oraz zminimalizował problem „obrzydlivosti” używania ludzkiego kału. Nawet jednak bez kapsułkowanego produktu do FMT akceptacja tej metody rośnie (2).

Przygotowanie chorego do zabiegu przeszczepienia flory jelitowej:

1. uzyskanie świadomej pisemnej zgody na przeprowadzenie zabiegu
2. przez 3-4 dni poprzedzające zabieg podanie celowanego antybiotyku przepisanego przez lekarza
3. w przypadku wykonania zabiegu drogą przez sondę żołądkową lub dwunastnicą albo podczas gastroskopii – podanie dwóch dawek leku neutralizującego treść żołądkową z grupy inhibitorów pompy protonowej
4. w przypadku wykonania zabiegu w kolonoskopii oczyszczenie jelita poprzez podanie typowych leków przeczyszczających
5. założenie na czczo sondy do żołądka przez nos lub usta albo wykonanie gastroskopii albo kolonoskopii
6. podanie próbki flory jelitowej zawieszonej w soli fizjologicznej w objętości około 150-250 ml
7. usunięcie sondy lub zakończenie endoskopii
8. stosowanie łatwostrawnej diety do czasu ustąpienia biegunki, wykonanie kontrolnego badania kału w kierunku toksyn *Clostridium difficile* nie wcześniej niż po 7 dniach od zabiegu
9. w przypadku braku poprawy, wykonanie powtórnego zabiegu nie wcześniej niż po 5-7 dniach (1).

Przeszczep flory jelitowej to metoda leczenia, która w ostatnich latach zyskuje na popularności i przynosi ulgę u 90% pacjentów.

Skuteczność metody w leczeniu rzekomobłoniastego zapalenia jelita grubego to 90% (8-9 na 10 pacjentów). Powstał Ośrodek Badań i Przeszczepiania Mikrobioty Jelitowej. Pionierzy metody aktywnie działają na rzecz jej promowania oraz zwiększania świadomości zarówno wśród pacjentów, jak i wśród lekarzy. Wyrazem rosnącego zainteresowania metodą jest coraz większa liczba polskich placówek inicjujących przeszczep mikrobioty. Powstał także Polski Bank Dawców Mikrobioty Jelitowej osób zdrowych z różnych regionów Polski (1,3).

Piśmiennictwo:

- Grzesiowski P., Hermann A.: Opis przeszczepu mikrobioty (flory) jelitowej u pacjentów z zakażeniem *Clostridium difficile* opornym na leczenie antybiotykami (wersja 1.12.2015 r.) Centrum Medycyny Zapobiegawczej i Rehabilitacji. [www.clostridium.edu.pl](http://www.clostridium.edu.pl)
- T.J. Borody, N. Connely, S.W. Mitchell, tłum. Strzeszyński M.: Przeszczepianie mikrobioty jelitowej (FMT) w chorobach przewodu pokarmowego. Co powinni wiedzieć lekarze praktycy. Med. Prakt., 2015; 12: 79–80
- Kossakowska-Zwierucho M.: Przeszczep flory jelitowej. 01.07.2017 [www.biotechnologie.pl](http://www.biotechnologie.pl)

**NADCIŚNIENIE TĘTNICZE****ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM**

*Na nadciśnienie tętnicze w Polsce choruje co trzeci dorosły Polak, z czego część osób nie zdaje sobie sprawy z istniejącego problemu i nie stosuje żadnego leczenia.*

Wśród osób świadomych własnej choroby część przyjmuje leki nieregularnie lub wcale. Niestety wieloletnia zła kontrola wartości ciśnienia tętniczego ma zgubny wpływ na funkcjonowanie układu krążenia i nerek, wywołując liczne, groźne dla zdrowia i życia powikłania. Ryzyko zachorowania wzrasta z wiekiem. Natomiast u osób w młodszym wieku nadciśnienie może być wynikiem innych dolegliwości. Rozwój nadciśnienia tętniczego jest długotrwałym i złożonym procesem, który zależy nie tylko od czynników środowiskowych, ale i genetycznych, na które nie mamy żadnego wpływu. Dlatego lepiej zapobiegać niż leczyć, czyli należy zminimalizować ryzyko nadciśnienia w przyszłości.

**Do czynników ryzyka wystąpienia nadciśnienia tętniczego zaliczamy:**

- nieodpowiedni tryb życia,
- otyłość (szczególnie otyłość brzuszna),
- palenie papierosów,
- nadwaga,
- brak aktywności fizycznej,
- nadmierne spożywanie soli,
- spożywanie dużej ilości alkoholu,
- czynnik genetyczny (szczególnie narażone są osoby, których rodzice chorują na nadciśnienie),
- niekorzystne czynniki socjalne i psychologiczne,
- zespoły bezdechu sennego,
- cukrzyca, zaburzenia hormonalne,
- doustne środki antykoncepcyjne,
- stosowanie leków z grupy NLPZ,
- glikokortykosteroidy, sympatykomimetyki,
- choroby nerek,
- niektóre choroby układu nerwowego.

Zdarzają się również sytuacje, kiedy w placówce medycznej pacjent ma podwyższone wartości ciśnienia tętniczego, przy zupełnie prawidłowych pomiarach wykonywanych samodzielnie w domu. Jest to tzw. efekt białego fartucha. Uważa się, że w rozwoju tego zjawiska istotną rolę odgrywa reakcja lękowa.

U wielu pacjentów mogą pojawić się mało charakterystyczne objawy nadciśnienia w postaci:

duszności, bólów głowy, zawrotów głowy, bezsenności, kołatania serca, potliwości, uderzeń gorąca, zaczerwienienia twarzy, malej sprawności fizycznej i psychicznej.

Wraz z rozwojem nadciśnienia zaczynają pojawiać się inne objawy, które są konsekwencją uszkodzonych narządów na skutek wysokich wartości ciśnienia tętniczego. Wówczas u chorego może dojść do: nieprawidłowej pracy nerek, problemów z prawidłowym czuciem i poruszaniem się, kłopotów ze wzrokiem, mniejszej sprawności intelektualnej, wychłodzenia kończyn, obrzęków kończyn.

**Rozpoznanie nadciśnienia tętniczego**

O nadciśnieniu tętniczym mówimy wtedy, gdy w co najmniej dwóch odrębnych pomiarach wartości ciśnienia skurczowego są równe lub przekraczają 140 mmHg, a rozkurczowego 90 mmHg. U dzieci do określenia nadciśnienia stosuje się specjalne diagramy tzw. siatki centylowe. U dorosłych najczęściej nie można określić przyczyny występowania choroby. Tylko co dziesiąty chory ma nadciśnienie wtórne. U dzieci jest z kolei dokładnie na odwrót. Choroby i sytuacje w przebiegu, których pojawia się nadciśnienie powinny zostać wykluczone w trakcie diagnostyki przed wdrożeniem leczenia to między innymi: choroby nerek, guzy nadnerczy, choroby endokrynologiczne, stosowanie niektórych leków i substancji uzależniających.

Metody diagnostyczne wykorzystywane w rozpoznaniu nadciśnienia: pomiar ciśnienia - oczywiście nie należy sugerować się jednokrotnym pomiarem. Przed przystąpieniem do pomiaru powinno się przeprowadzić z pacjentem wywiad i wykluczyć czynniki mogące zaburzać prawidłowy wynik, np. stres, palenie papierosów (szczególnie pół godziny przed badaniem). Pacjent przed wykonaniem pomiaru powinien być wypoczęty (warto pozostać przynajmniej pięć minut przed badaniem w pozycji siedzącej). Istotne jest mierzenie ciśnienia przez chorego w domu. Może on notować uzyskane wartości - pomaga to nie tylko rozpoznać nadciśnienie, ale dobrać odpowiednią metodę leczenia, ocena BMI i WHR, badanie dna oka, badanie gruczołu tarczowego, wykluczenie u chorego powikłań narządowych - należy je przeprowadzić po rozpoznaniu nadciśnienia tętniczego. Jest to ważne, ponieważ nie wiadomo jak długo pacjent miał nadciśnienie i jakie szkody mogły przez ten czas powstać w organizmie, badanie echokardiograficzne serca - wykonywane jest u pacjentów z rozpoznanym nadciśnieniem - pomaga określić stan serca oraz ewentualne przerośnięcie jego ścian, badania laboratoryjne - pozwalają na ujawnienie innych czynników zwiększających ryzyko schorzeń sercowo-naczyniowych. W tym celu oznacza się stężenie potasu, sodu we krwi morfologię krwi obwodowej oraz glukozę i kreatyninę, wskazane jest wykonanie badania lipidów oraz ogólne badanie moczu.

**Skutki nadciśnienia tętniczego.**

Jeżeli przez wiele lat w organizmie utrzymuje się ciśnienie krwi nawet na nieznacznie podwyższonym poziomie, naczynia krwionośne ulegają nieodwracalnemu uszkodzeniu. Dotyczy to także naczyń odżywiających wiele ważnych narządów, takich jak oczy, nerki czy mózg. To właśnie dlatego o nadciśnieniu tętniczym często pacjent dowiaduje się przypadkowo - czasem od okulisty, neurologa lub wtedy, gdy pojawiają się problemy z nerkami albo potencją. Najgorszy scenariusz to ten, gdy pierwszym sygnałem jest zawał lub udar mózgu. U chorych na nadciśnienie zawał serca występuje 3-5 razy częściej. Natomiast wylew krwi do mózgu 4 razy częściej niż u osób zdrowych. Dlatego nawet

wtedy, gdy nic nam nie dolega, warto choć raz w roku zmierzyć sobie ciśnienie krwi, aby mieć pewność, że układ krwionośny funkcjonuje prawidłowo.

Ważne jest prawidłowe wykonanie pomiaru ciśnienia tętniczego w warunkach domowych.

1. Pomiar ciśnienia wykonać w pozycji siedzącej po odpoczynku.
2. Palenie papierosów oraz picie kawy i aktywność fizyczna przed pomiarem zaburza jego wynik.
3. Przedramię ręki niedominującej najlepiej jest położyć na płaskiej powierzchni, na wysokości serca.
4. Plecy powinny być wyprostowane.
5. Stopy muszą znajdować się na podłodze.
6. Wyniki pomiarów należy zapisywać na kartce.

Leczenie niefarmakologiczne to między innymi:

normalizacja masy ciała,  
ograniczenie spożycia soli, alkoholu,  
zaprzestanie palenia tytoniu,  
zwiększenie aktywności fizycznej.

Dieta DASH zmniejsza wartość ciśnienia o 8-14 mmHg – zaleca określoną liczbę porcji z różnych grup produktów. Została opracowana w 1997 przez amerykańskich naukowców. Dieta może stanowić pierwszy etap w walce z nadciśnieniem tętniczym. Dieta nie oznacza wyrzeczeń i liczenia kalorii. Dieta DASH ma z założenia dostarczać nie więcej niż 2000 kcal. Nie jest więc dietą odchudzającą, ale dostarczającą zdrowej ilości kalorii. Pozytywne efekty dla całego organizmu wynikające ze stosowania diety sprawiają, że jest ona przeznaczona nie tylko dla osób chorych na nadciśnienie tętnicze, ale także wszystkich ludzi chcących zdrowo i smacznie się odżywiać, chroni przed cukrzycą, osteoporozą, nowotworami. Jej głównym założeniem jest ograniczenie produktów bogatych w sód, tłuszcz, węglowodany proste, a zwiększenie spożycia warzyw i owoców.

Przy problemach z nadciśnieniem należy usunąć z jadłospisu wszystko to, co przyczynia się do wzrostu ciśnienia, a wprowadzić do niego produkty, które je obniżają. Należy ograniczyć do połowy dotychczasowe porcje - białego pieczywa, makarony z białej mąki, biały ryż, drobnziarniste kasze i żółtka jaj.

Należy zrezygnować ze słodczy, pełnego mleka i jego pełnotłustych przetworów, tłustych mięs i wędlin, wędzonych ryb, żywności konserwowanej, koncentratów, zup w proszku, gotowych sosów, żółtego sera, chipsów, słonych paluszków, orzeszków ziemnych.

Ich miejsce powinny zająć produkty, które obniżają ciśnienie, przede wszystkim warzywa i owoce. Do warzyw i owoców, które obniżają ciśnienie i mają mało kalorii, należą: żurawina, aronia, cytryny, jarzębina, buraki, pomidory, papryka, rzodkiewka, cebula, czosnek, pietruszka, sałata, brokuły, kalafior, szpinak, kapusta pekińska, groszek zielony, seler korzeniowy i naciowy, a także rokitnik.

Regularny wysiłek zwalnia czynność serca, obniża ciśnienie w spoczynku, stężenie lipidów. Codzienna, umiarkowana aktywność fizyczna – to 50 - 60 minut. Planując wysiłek fizyczny należy uwzględnić wiek chorego, stan zdrowia, płeć, choroby współistniejące, przeciwwskazania do wysiłku.

Nie zaleca się wysiłku statycznego – podnoszenie ciężarów, kulturystyka, wysiłku, który powoduje nagłe oziębienie ciała – skoki do wody, nurkowanie, wspinaczka wysokogórska.

Przeciwwskazaniem do większego wysiłku fizycznego jest ciśnienie skurczowe spoczynkowe >180 mmHg, rozkurczowe >100 mmHg, ortostatyczny objawowy spadek ciśnienia > 20 mmHg, niekontrolowana arytmia przedsionkowa lub komorowa, zmiany na dnie oka, retinopatia cukrzycowa, blok przedsionkowo-komorowy.

**Nadciśnienie tętnicze – profilaktyka.** Rozwojowi nadciśnienia tętniczego można zapobiegać przede wszystkim poprzez wpływ na uwarunkowania środowiskowe. Najskuteczniejszą metodą uniknięcia lub opóźnienia rozwoju nadciśnienia tętniczego (prewencja pierwotna) jest modyfikacja stylu życia a zwłaszcza zapobieganie otyłości oraz stosowanie odpowiedniej diety i zwiększenie aktywności fizycznej.

- W opiece nad pacjentem z nadciśnieniem tętniczym należy zwrócić uwagę między innymi na:
- poziom wiedzy pacjenta dotyczący nadciśnienia tętniczego,
- przestrzeganie zaleceń – sen, wypoczynek, kontrola masy ciała,
- regularne przyjmowanie leków,
- umiejętność prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego i dokumentowania wyników,
- prawidłową czynności narządów i tkanek,
- stany nagłe – krwotok wewnątrzczaszkowy, tętniak rozwarstwiający aorty, zawał, niewydolność wieńcowa, nadciśnienie złośliwe,
- informowanie o wskazaniach i przeciwwskazaniach do wysiłku,
- motywowanie do aktywności fizycznej,
- nauczanie ćwiczeń relaksacyjnych, oddechowych,
- edukację pacjenta i jego najbliższych,
- zapoznanie z zasadami diety DASH,
- sporządzenie wykazu produktów bogatych w potas, magnez, wielonienasycone kwasy tłuszczowe,
- metody przyrządzania potraw,
- wskazanie metod radzenia sobie ze stresem- muzykoterapia, trening autogeny Shultza
- zalecenie stosowania wody mineralnej niskosodowej – mniej niż 100 mg sodu i mniej niż 300 mg chlorków np. Staropółka Zdrój, Muszyna II. Woda wodociągowa zawiera około 200 mg sodu w 1L.
- zalecenie stosowania ziół i przypraw działających hipotensyjne np. jemiola, głóg, kozłek lekarski, czosnek, jagoda jałowca. Pomocne mogą być owoce, warzywa i zioła moczopędne – truskawki, natka pietruszki, ogórki seler szparagi,
- picie herbat: zielonej, białej, ziołowych,
- wyeliminowanie mocnej kawy, herbaty, coca-coli,
- zapoznanie ze sposobem ograniczenia sodu w diecie,
- możliwość wystąpienia przełomu nadciśnieniowego po nagłym odstawieniu leków.

Nowoczesne leczenie nadciśnienia tętniczego opiera się na szerokiej i systematycznej akcji edukacyjnej na temat choroby, niefarmakologicznych i farmakologicznych metodach leczenia. Pacjent powinien umieć samodzielnie mierzyć ciśnienie i interpretować wyniki, rozpoznawać powikłania narządowe.

Przygotowała Krystyna Połomska.  
Piśmiennictwo u autora artykułu.

**Stanowisko nr 19****Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych****z dnia 20 czerwca 2018 roku****w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącego przekazania dodatkowych środków na podwyższenie wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych**

NRPiP po zapoznaniu się z propozycjami przedstawionymi przez Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie poprawy warunków pracy i wynagrodzenia pielęgniarek i położnych nie akceptuje treści projektu porozumienia, gdyż przekazane propozycje są niewystarczające do wyprowadzenia z kryzysu Polskiego Pielęgniarstwa i Położnictwa.

NRPiP oczekuje, że kwota 1200 zł zostanie włączona do podstawy wynagrodzenia zasadniczego od 01.09.2018r. i w kolejnych latach zabezpieczane będą środki finansowe na wzrost wynagrodzenia pielęgniarek i położnych plus 5 transza od 01.01.2019r. i kolejne.

NRPiP podtrzymuje stanowisko Prezydium NRPiP z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Wskaźniki zaproponowane dla grupy zawodowej pielęgniarek i położnych powinny zostać zapisane na poziomie:

- dla pielęgniarki z tytułem magistra pielęgniarstwa lub położnej z tytułem magistra położnictwa, z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – 2,0 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłaszanego przez Prezesa GUS;
- dla pielęgniarki z tytułem magistra pielęgniarstwa lub położnej z tytułem magistra położnictwa albo pielęgniarki lub położnej z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – 1,75 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłaszanego przez Prezesa GUS;
- dla pielęgniarki lub położnej, bez tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – 1,5 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłaszanego przez Prezesa GUS.

Oczekujemy, że osiągnięcie kwot we wskazanych współczynnikach powinno następować stopniowo zgodnie ze wzrostem nakładów na ochronę zdrowia (6% PKB do roku 2024).

Uwzględnienie powyższej propozycji wpłynie na poprawę warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych oraz zapewni bezpieczeństwo zdrowotne polskiego społeczeństwa.

NRPiP popiera stanowisko Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie z dnia 13.06.2018r. w sprawie realizacji postulatów poprawy warunków pracy i płacy grupy zawodowej pielęgniarek i położnych.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Prezes NRPiP



Zofia Małas

**BEATYFIKACJA****UROCZYSTOŚĆ BEATYFIKACJI SŁUGI BOŻEJ  
HANNY CHRZANOWSKIEJ**

*W sobotę, 28 kwietnia 2018 roku poczet polskich błogosławionych powiększył się o jedną osobę. Podczas uroczystej Mszy Świętej w Sanktuarium Bożego Miłosierdzia w Krakowie – Łagiewnikach,*

Hanna Chrzanowska została beatyfikowana w przeddzień 45. rocznicy śmierci i w 20 lat po wszczęciu procesu beatyfikacyjnego. Jest pierwszą świecką błogosławioną pielęgniarką, która poświęciła życie opiece nad chorymi. O godzinie 10 rozpoczęła się Msza św., której przewodniczył Legat Papieski, kard. Angelo Amato, prefekt Kongregacji Spraw Kanonizacyjnych z Watykanu, który reprezentował Ojca św. Franciszka. Uroczystość zgromadziła kilka tysięcy osób. W uroczystości uczestniczyły pielęgniarki, pielęgniarze, położne z całej Polski i ze świata, chorzy i ich opiekunowie, wolontariusze, nauczyciele i uczniowie szkół, których Hanna Chrzanowska jest patronką, lekarze. Z poszczególnych OIPIp przybyły poczty sztandarowe. Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych reprezentowała delegacja wraz z Pocztem Sztandarowym. W uroczystości Beatyfikacji udział wzięli – przewodniczący OIPIp Marek Przybył, wiceprzewodnicząca Jolanta Nowak, poczet sztandarowy: Daria Guźniczak – pielęgniarka, Katarzyna Pietrzak – pielęgniarka, Tomasz Pietrzak – pielęgniarski. Na uroczystość przybyli także krewni Hanny Chrzanowskiej. Reprezentowane były władze państwowe i samorządowe.

Na błoniach przed Bazyliką zgromadziło się wiele osób, które śledziły przebieg uroczystości na telebimach.

Na początku liturgii Metropolita Krakowski, arcybiskup Marek Jędraszewski zwrócił się do księdza Kardynała z prośbą o beatyfikację. Następnie Postulator procesu beatyfikacyjnego ks. prałat Mieczysław Niepsuj przedstawił biografię Służebnicy Bożej Hanny Chrzanowskiej. Legat Papieski odczytał list apostolski, w którym Ojciec Święty ogłosił Czcigodną Służebnicę Bożą Hannę Chrzanowską błogosławioną. Papież napisał w nim: „Spełniając życzenie naszego brata Marka Jędraszewskiego, Arcybiskupa Metropolity Krakowskiego, jak również wielu innych braci w biskupstwie oraz licznych wiernych, za radą Kongregacji Spraw Kanonizacyjnych, naszą władzą Apostolską zezwalamy, aby odtąd Czcigodnej Służebnicy Bożej Hanny Chrzanowskiej, osobie świeckiej, która kierując się miłością Jezusa dobrego Samarytanina, poświęciła się cierpiącym na ciele i duchu gorliwie im pomagając, przysługiwał tytuł błogosławionej i aby jej święto obchodzono corocznie dnia 28 kwietnia w miejscach i w sposób określony przez prawo”.

Po odczytaniu listu odsłonięto obraz beatyfikacyjnej nowej błogosławionej. Przedstawia on Hannę Chrzanowską jako 30-letnią pielęgniarkę. Obraz autorstwa Zbigniewa Juszczaka został namalowany na podstawie fotografii. W rękach nowa

błogosławiona trzyma różaniec oraz Rachunek sumienia pielęgniarki, którego jest autorką. Po uroczystościach obraz trafił do kościoła św. Mikołaja w Krakowie i został umieszczony w kaplicy, gdzie będzie oddawana cześć błogosławionej.

Podczas liturgii do ołtarza w uroczystej procesji wniesiono relikwie błogosławionej. Relikwiarz wniosła pani Helena Matoga, uczennica Hanny Chrzanowskiej, wicepostulatorka procesu beatyfikacyjnego. Zostały umieszczone w kapsule w kształcie serca – symbolu misji jakiej podjęła się błogosławiona Hanna Chrzanowska. Serce zostało przyozdobione kamieniami dla podkreślenia kobiecej delikatności i piękna. Całość zamknięta jest w kształcie klasycznego czepka pielęgniarskiego, symbolu misji, jakiej podjęła się Hanna Chrzanowska. Eucharystię koncelebrowali kardynałowie, biskupi oraz ponad dwustu kapłanów.

Błogosławiona była nie tylko pielęgniarką ale także redaktorem naczelnym jedyne go wówczas zawodowego czasopisma w Polsce – miesięcznika „Pielęgniarka Polska”. W redagowanym czasopiśmie znaleźć można było wiele artykułów, świadczących o bliskiej współpracy z Polskim Czerwonym Krzyżem i wspierających jego akcje. Pracowała jako asystentka dyrektorki Warszawskiej Szkoły Pielęgniarek oraz prowadziła prace badawcze na rzecz pielęgniarstwa. Działała w Polskim Stowarzyszeniu Pielęgniarek Zawodowych. Była pisarką, pedagogiem, prekursorką pielęgniarstwa domowego, współorganizatorką Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, wiceprzewodniczącą Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych. Brała czynny udział w przygotowaniu, uchwalonej przez Sejm w 1935 r. „Ustawy o pielęgniarstwie”: Ustawa ta, uznawana była za jedną z najlepszych w świecie. Wdrożyła do programu nauczania przedmiot „Pielęgniarstwo Domowe” wraz z praktykami. Jej poświęcenie dla chorych i potrzebujących wyrastało z naturalnej wrażliwości na drugiego człowieka. Za swoją pracę na rzecz chorych i potrzebujących została odznaczona Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, watykańskim Orderem Pro Ecclesia et Pontifice oraz Odznaką Honorową „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”. „Hanna Chrzanowska była latarnią światła w ciemności ludzkiego bólu, aniołem nadziei” – powiedział kardynał Angelo Amato podczas Mszy beatyfikacyjnej.

"Staje się nie tylko wzorem, ale i orędowniczką dla wszystkich środowisk, których misją jest opieka nad chorymi









## RELIKWIE DLA KAPLICY WSZ W KALISZU

# EKSHUMACJA HANNY CHRZANOWSKIEJ

*Doczesne szczątki Hanny Chrzanowskiej zostały złożone w 2016 r. w krypcie kościoła św. Mikołaja w Krakowie, po ekshumacji z cmentarza Rakowickiego.*

Dokonana została tzw. rekognicja, czyli rozpoznanie szczątków i pobranie niewielkich fragmentów do przyszłych relikwiarzy. Ksiądz dr Andrzej Scaber, delegat arcybiskupa krakowskiego ds. kanonizacji, poinformował o przygotowaniu około 100 kapsulek z fragmentami szczątków błogosławionej. Zostało jednak pobrane wiele więcej relikwii, niż na razie istnieje potrzeba, ze względu na to, że następna rekognicja będzie mogła nastąpić dopiero przed kanonizacją, a więc nie wiemy kiedy – może za parę, a może za kilkadziesiąt lat – zaznaczył ks. Scaber. Część z nich była przekazywana zainteresowanym wspólnotom wiernych zaraz po beatyfikacji, a część będzie przechowywana w skarbcu kościoła.

W środę 4 kwietnia 2018r. odbyło się uroczyste przeniesienie doczesnych szczątków Czcigodnej Służebnicy Bożej Hanny Chrzanowskiej z podziemi świątyni do kaplicy przeznaczonej dla uczczenia przyszłej Błogosławionej. Złożono je w nawie południowej kościoła św. Mikołaja w Krakowie.

Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce

ufundowało obraz beatyfikacyjny, który wisi na bocznej ścianie kaplicy.

Dzięki staraniom i zaangażowaniu ks. Arkadiusza Hajdasza Kapelana WSZ w Kaliszu, relikwie błogosławionej Hanny Chrzanowskiej będą znajdowały się w kaplicy WSZ w Kaliszu. Relikwiarz w którym znajdują się szczątki błogosławionej został ufundowany z dobrowolnych datków pielęgniarek i położnych członków OIPiP w Kaliszu.

Relikwie zostały przekazane ..... 2018r. przez Proboszcza kościoła św. Mikołaja w Krakowie Józefa Gubałę na ręce ks. Arkadiusza Hajdasza oraz delegacji OIPiP w Kaliszu na uroczystej Mszy św.

OIPiP reprezentowali przewodniczący Marek Przybył, wiceprzewodnicząca Jolanta Nowak. Beata Wdowczyk pracownik biura OIPiP. Msza Św. z uroczystym wprowadzeniem relikwii Błogosławionej Hanny Chrzanowskiej była 21 czerwca 2018 r. o godz. 10.00 w Kaplicy Szpitalnej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kaliszu przy ulicy Poznańskiej.

Przygotowała Jolanta Nowak

## RAK JELITA GRUBEGO – DLACZEGO TAK WAŻNA JEST PROFILAKTYKA?

*Nowotwór jelita grubego rozwija się na skutek niekontrolowanego przez organizm wzrostu komórek w obrębie jednej z części jelita grubego - kątnicy, wstępnicy, poprzecznicy, zstępnicy lub odbytnicy. Objawy i leczenie raków poszczególnych części jelita grubego mogą się istotnie różnić. Zdecydowana większość (90%) nowotworów jelita grubego to rak (gruczolakorak) jelita grubego.*

Rak jelita grubego może umiejscowić się w każdej części tego jelita, najczęściej rozwija się w okrężnicy oraz odbytnicy. Rośnie wewnątrz jelita, tworząc polipowaty twór, lub rozrasta się na zewnątrz, w kierunku otaczających go tkanek. Drogą naczyń krwionośnych i chłonnych tworzy przerzuty głównie do wątroby, ale również do płuc, jajników, nadnerczy, mózgu i kości.

Rak jelita grubego częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet. Rzadko występuje przed 40. rokiem życia, a szczyt zachorowalności przypada na 7 dekadę życia. W Polsce jest drugą w kolejności przyczyną zgonów nowotworowych. Zachodzące w Polsce od lat 90 ubiegłego wieku zmiany nawyków żywieniowych spowodowały stałe zwiększanie się liczby zachorowań na raka jelita grubego. To jeden z najbardziej zabójczych nowotworów. W Polsce przeżycia pięcioletnie pacjentów chorujących na raka jelita grubego nie przekraczają 28 proc. (średnia europejska to 50 proc., w USA – 80 proc.).

Jelito grube zaczyna się w miejscu gdzie kończy się jelito cienkie, następnie przechodzi w kątnicę, okrężnicę wstępującą, poprzeczną, zstępującą, esicę, a kończy go odbytnica i odbyt.

Podstawowa rola jelita grubego to zwrotne wchłanianie wody i soli mineralnych z resztek pokarmowych. W jelicie grubym przy współudziale bakterii jelitowych odbywa się produkcja witamin grupy B i witaminy K oraz ich wchłanianie. W jelicie grubym ostatecznie formuje się stolec, który jest wydalany z organizmu. Rak odbytnicy rozwija się bardzo powoli.

### Przyczyny

Często jest to długoletnie wrzodziejące zapalenie okrężnicy. Jednak w większości przypadków nowotwór rozwija się z narastających miejscowo polipów (łagodnych gruczolaków), powstających na ścianie jelita w postaci niewielkich uwypukleń lub guzków. Przemiana gruczolaka w nowotwór trwa zwykle ok. 10 lat. Rozwojowi choroby sprzyja też ubogoresztkowa dieta, charakterystyczna dla rozwiniętych krajów kultury zachodniej – brak warzyw, duża ilość tłuszczów i czerwonego mięsa (w krajach afrykańskich i azjatyckich ryzyko zachorowania jest zdecydowanie niższe).

### Podstawowe czynniki ryzyka dla raka jelita grubego to:

- rozpoznanie raka jelita lub piersi lub jajnika u krewnych I stopnia (rodzice, rodzeństwo),
- wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
- polipy występujące w jelicie grubym,

- częste wielodniowe zaparcia,
- jedzenie głównie białego pieczywa,
- mała ilość warzyw i owoców w diecie,
- duża ilość tłuszczu zwierzęcego w diecie,
- otyłość.

### Objawy raka jelita grubego

Rak jelita grubego może przez długi czas ukrywać się, objawy pojawiają się dopiero, gdy choroba osiąga bardziej zaawansowaną fazę. Dolegliwości, które powinny wzbudzić niepokój, to; obecność krwi w stolcu, czyli pozytywny wynik testu na krew utajoną

- krwawienie z odbytu
- nagła i niedająca się wytłumaczyć zmiana rytmu wypróżnień (np. nagle wystąpienie biegunk z równoczesnym odchodzeniem gazów)
- zaparcia spowodowane zwężeniem jelita (w przypadku zaawansowanego raka tkanka nowotworowa może nawet prowadzić do niedrożności jelita)
- zmiana kształtu stolca
- anemia, osłabienie sprawności, chudnięcie, zwiększona podatność na zmęczenie, gorączka
- bóle w dolnej części brzucha, nudności, wymioty, trudności w przełykaniu.

We wczesnych stadiach choroby nowotworowej objawy raka jelita grubego są zazwyczaj niespecyficzne i mają postać dolegliwości bólowych brzucha i wzdęć, które mogą sugerować mniej groźne dolegliwości ze strony pęcherzyka żółciowego lub chorobę wrzodową. Zdarza się też, że rak jelita grubego oraz odbytnicy we wczesnym stadium rozwoju nie daje żadnych niepokojących objawów. W około 20% przypadków raka jelita grubego pacjenci zgłaszają się do lekarza ze wskazań pilnych, takich jak: ciężkie zaparcie, niedrożność przewodu pokarmowego, zapalenie otrzewnej w przebiegu perforacji lub masywne krwawienie z odbytnicy. Niestety blisko jedna piąta raków jelita grubego jest diagnozowana na etapie rozsiewu nowotworowego. Zarówno rak jelita grubego, jak również nowotwór odbytu rozsiewa się drogą krwionośną lub limfatyczną, a także przez ciągłość w obrębie jamy otrzewnej. Najczęstsze przerzuty odległe występują w wątrobie, płucach, węzłach chłonnych, kościach i mózgu. Pacjenci z rozsianą formą nowotworu mają dodatkowo objawy i symptomy typowe dla miejsca występowania przerzutów. Najczęstsze objawy raka jelita grubego oraz odbytu to: bóle brzucha(44%), zmiana rytmu wypróżnień (43%) krew w

stolcu (40%) osłabienie ogólne (20%) niedokrwistość bez innych objawów ze strony przewodu pokarmowego (11%) utrata masy ciała i osłabienie (6%). Dodatkowo może występować uczucie przepełnienia odbytnicy, naglące parcie, krwawienia i bolesne parcie na stolec. W przypadku raka jelita grubego objawem o alarmowym charakterze powinna być obecność ciemnoczerwonej krwi w stolcu oraz wyczuwalny guz w jamie brzusznej.

Do najczęstszych objawów raka odbytnicy i lewej połowy okrężnicy należą jawne krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, ból brzucha i zmiana rytmu wypróżnień. Ważnym objawem nowotworu odbytu jest również zgłaszany przez pacjentów tzw. „stolec ołówkowy”. Postępujący naciek komórek nowotworowych powoduje stopniową okluzję światła jelita i upośledzenie jego drożności. U pacjentów z rakiem prawej połowy okrężnicy objawy raka jelita grubego i odbytnicy pojawiają się później. Poza najczęstszą niedokrwistością mikrocytarną, często pojawiają się dolegliwości bólowe ze strony jamy brzusznej. Utajone krwawienie do przewodu pokarmowego jest niemożliwe do wykrycia podczas oglądania stolca. Pacjenci z nowotworem odbytu zgłaszają niedrożność przewodu pokarmowego, zaparcia, zapalenie otrzewnej i masywne krwawienia z odbytnicy. Niestety, około 20% raków jelita grubego oraz nowotworów odbytu jest diagnozowanych na etapie rozsiewu nowotworowego. Zarówno nowotwór odbytu jak i jelita grubego rozsiewa się drogą krwionośną lub limfatyczną, a także przez ciągłość w obrębie jamy otrzewnej. Najczęstsze przerzuty raka jelita grubego występują w wątrobie, płucach, węzłach chłonnych pozaregionalnych oraz w obrębie jamy otrzewnej, a także w kościach i mózgu. Pacjenci z rozsianą formą choroby mają objawy raka jelita grubego typowe dla miejsca występowania przerzutów raka. W przypadku raka jelita grubego oraz odbytu należy pamiętać o możliwości wystąpienia nietypowych objawów nowotworu jelita grubego takich jak: inwazja miejscowa guza z wytworzeniem przetok, występowanie gorączki o niejasnej przyczynie, występowanie bakteriemii i/lub sepsy.

## Rozpoznanie

Istnieje wiele badań pozwalających na rozpoznanie nowotworów jelita grubego. W zależności od rodzaju zgłaszanych przez chorego objawów lekarz zdecyduje, które z badań i w jakiej kolejności należy wykonać, aby potwierdzić rozpoznanie raka jelita grubego lub je wykluczyć. Część badań wykorzystuje się także w badaniach skriningowych (przesiewowych), czyli przeprowadzanych u osób zdrowych, niezgłaszających żadnych objawów, w celu ewentualnego wykrycia nowotworów jelita grubego na bardzo wczesnym etapie rozwoju.

## Wstępne rozpoznanie nowotworu jelita grubego:

Badanie palcem przez kışzkę stolicową (tzw. badanie per rectum). Lekarz wprowadza palec do kışzki stolicowej i dotykiem bada dolną część odbytnicy – w ten sposób można rozpoznać znaczną część guzów położonych w tej części jelita grubego.

Badanie antygenu karcynoembrionalnego (CEA) we krwi. Jest to badanie krwi, w czasie którego oznacza się stężenie typowego dla rozwoju nowotworów jelita grubego markeru. Badanie wykorzystywane jest obecnie przede wszystkim w obserwacji chorych po leczeniu na nowotwory jelita grubego – pomaga stwierdzić, czy nie doszło do wznowy procesu nowotworowego.

Badanie obecności krwi utajonej w stolcu. Badanie to pozwala na stwierdzenie, czy w stolcu nie ma śladów niewidocznej nieuzbrojonym okiem krwi. Aby badanie było wartościowe, należy ściśle przestrzegać zaleceń producenta i lekarza, pamiętając o tym, aby badanie powtórzyć według określonego schematu. Współczesne testy na obecność krwi utajonej nie wymagają – w przeciwieństwie do stosowanych jeszcze do niedawna – zachowania reżimu dietetycznego przed badaniem.

Rektoskopia. Jest to badanie endoskopowe, w którym przez odbyt wprowadza się sztywny przyrząd optyczny, za pomocą którego można uwidocznć do około 25 cm końcowego odcinka jelita grubego (odbytnicę i część zstępnicy – esicę) oraz w razie potrzeby pobrać wycinki do badania histopatologicznego. Badanie można wykonać bez znieczulenia, zwykle nie jest bolesne; warunkiem efektywnego przeprowadzenia badania jest odpowiednie przygotowanie jelita za pomocą specjalnych preparatów oczyszczających przewód pokarmowy ze stolca.

Kolonoskopia. Jest to badanie wykonywane za pomocą giętkiego, długiego (ok. 150–180 cm) endoskopu wprowadzanego przez odbyt, dzięki któremu można uwidocznć całe jelito grube (aż do miejsca, w którym łączy się z nim jelito cienkie – tzw. zastawki Bauhina). Podczas kolonoskopii w razie potrzeby można pobrać wycinki z podejrzanej zmiany, zatamować niewielkie krwawienie lub założyć urządzenie zmniejszające czasowo objawy niedrożności wywoływanej przez nowotwór (tzw. stent).

Kolonoskopia wirtualna. Badanie polegające na podaniu powietrza do światła jelita grubego przez odbytnicę i wykonaniu tomografii komputerowej, dzięki której uzyskuje się trójwymiarowy obraz całego jelita.

Wlew kontrastowy jelita grubego. Polega na wprowadzeniu do światła jelita grubego powietrza oraz środka kontrastowego i wykonaniu szeregu zdjęć rentgenowskich.

Warunkiem rozpoczęcia leczenia jest uzyskanie mikroskopowego potwierdzenia rozpoznania raka (nowotworu złośliwego) na podstawie badania histopatologicznego pobranych wycinków. Dopuszcza się jednak również podjęcie leczenia operacyjnego (zwłaszcza w przypadku guzów położonych powyżej odbytnicy i dających dolegliwości) mimo braku potwierdzenia rozpoznania raka. Do zastosowania radio- i chemioterapii konieczne jest mikroskopowe rozpoznanie nowotworu.

## Leczenie

Metoda leczenia raka jelita grubego zależy od stopnia zaawansowania choroby w momencie ustalenia rozpoznania. Zawsze podstawową metodą leczenia nowotworów jelita grubego jest operacja. Jeśli nowotwór jelita grubego jest bardzo mały lub ograniczony do niewielkiego polipa, możliwe bywa miejscowe wycięcie samego guza/polipa bez wycinania fragmentu jelita. Zabieg taki można wykonywać w zależności od umiejscowienia i rodzaju zmiany laparoskopowo albo endoskopowo (wykorzystując kolonoskopię lub rektoskop operacyjny).

W większości przypadków raka jelita grubego konieczne jest jednak wycięcie guza wraz z fragmentem jelita grubego. Zabieg taki wykonuje się w znieczuleniu ogólnym. Zazwyczaj wykonywany jest poprzez cięcie na skórze brzucha o długości 15–30 cm. Istnieje kilka rodzajów standardowych operacji: w przypadku raka w prawej części jelita grubego (kątnica, wstępnica, prawa część

poprzednicy) zazwyczaj wykonuje się tzw. prawostronną hemikolektomię. Z kolei w przypadku zmian w lewej części poprzecznicy, zstępnicy i górnej części esicy zwykle wykonuje się „lewostronną hemikolektomię”. Czasem wycina się także esicę z górną częścią odbytnicy, jeśli guz jest położony w tych odcinkach jelita grubego. Wreszcie w przypadku guzów odbytnicy wycina się dolną część esicy z odbytnicą (czasem konieczne jest wycięcie również odbytu). Jeśli z różnych powodów nie da się zeszyć obu wolnych końców jelita („zespoleenie jelitowe”), to koniec górny należy przekształcić w tzw. przetokę kałową albo „sztuczny odbyt” (patrz: dalej).

W ostatnich latach podejmuje się próby wycinania fragmentów jelita grubego z nowotworem za pomocą laparoskopu, jednak nie jest to jeszcze postępowanie przyjęte we wszystkich ośrodkach, choć wydaje się, że nie wiąże się z gorszymi pod względem skuteczności wynikami odległymi. Z drugiej strony trzeba podkreślić, że nawet jeśli dany oddział chirurgiczny dysponuje odpowiednim sprzętem, a jego personel jest przeszkolony w tego rodzaju zabiegach, nie oznacza to, że wszystkie operacje jelita grubego będą wykonywane laparoskopowo. Decyzja o możliwości przeprowadzeniu takiego zabiegu zależy od rozmiaru i umiejscowienia guza, chorób współistniejących oraz preferencji chorego.

W niektórych przypadkach konieczne jest założenie w trakcie operacji jelita grubego tzw. stomii („przetoka kałowa”, „sztuczny odbyt”, „kolostomia”). Jest to otwór w ścianie brzucha, do którego doprowadzony jest końcowy odcinek jelita i przez który stolec przedostaje się na zewnątrz, do umieszczonego nad otworem plastikowego zbiornika (worka stomijnego). Taka sytuacja bywa również nazywana odbytem sztucznym. Przetoka taka może być przejściowa, ale może być również rozwiązaniem ostatecznym. Czasem stosuje się także tzw. przetokę jelitową „protekcijną”, aby na kilka miesięcy (na okres potrzebny na wygojenie zespolenia) treść jelitowa nie przechodziła przez zeszyty (zespolony) odcinek jelita. Taką przetokę (jejunostomię) zakłada się czasowo, tzn. planuje się zamknięcie stomii i przywrócenie naturalnej drogi oddawania stolca w późniejszym czasie (od kilku tygodni do kilku miesięcy).

W przypadku chorych z bardzo zaawansowanymi nowotworami jelita grubego konieczne może być przeprowadzenie operacji wielonarządowych. Dzieje się tak w sytuacji, gdy nowotwór nacieka sąsiednie organy i aby można było usunąć go w całości, trzeba wyciąć częściowo lub doszczętnie zajęty organ (np. żołądek, wątrobę, śledzionę, nerkę, ścianę brzucha, pęcherz moczowy itp.). Radioterapia, czyli leczenie napromieniowaniem. Podobnie jak leczenie operacyjne raka jelita grubego, również radioterapia jest leczeniem regionalnym tzn. obejmującym dokładnie obszar ograniczony do guza i jego otoczenia. Jest to metoda, którą stosuje się w skojarzeniu z leczeniem operacyjnym lub również z chemioterapią.

Radioterapia polega na napromienianiu chorej okolicy wraz z okolicznymi tkankami wiązką promieniowania jonizującego, aby zniszczyć komórki nowotworowe, które mogły pozostać po operacji. Czas trwania radioterapii zależy od planu leczenia przygotowywanego dla każdego pacjenta indywidualnie. Leczenie raka jelita grubego promieniami może trwać od 1 do 7 tygodni.

## Chemioterapia

Jest leczeniem tzw. systemowym, które zabezpiecza cały orga-

nizm pacjenta przed powstaniem odległych przerzutów raka jelita grubego. Jest to leczenie polegające na podawaniu dożylnie leków zwanych cytostatykami. Chemioterapia jest prowadzona w ściśle określonych odstępach czasu, cyklicznie np. co 3 tygodnie.

Rak jelita grubego przerzuty daje głównie do wątroby, ale też płuc, mózgu czy kości. Najskuteczniejszą metodą aby wyleczyć rak jelita grubego bez przerzutów jest wycięcie guza i części jelita. Jeśli w raku jelita grubego przerzuty się jednak pojawiają, wówczas również wprowadza się chemioterapię.

Każdy w wymienionych sposobów leczenia raka jelita grubego jest leczeniem agresywnym, bo takiego postępowania wymaga agresywna choroba jaką jest rak jelita grubego. Rak jelita grubego jest jednak chorobą wyleczalną! Wczesnie wykryty rak jelita grubego daje szansę na trwałe wyleczenie w 80 proc.

Nie ma leczenia bez efektów ubocznych. Im bardziej agresywne jest leczenie raka jelita grubego, tym większa jest możliwość wystąpienia efektów ubocznych. Agresywność leczenia jest zawsze dostosowana do agresywności raka jelita grubego. To, że rak jest chorobą agresywną, wiedzą wszyscy. Efekty uboczne mogą się pojawić w różnym okresie podczas leczenia oraz po jego zakończeniu. Są efekty uboczne w leczeniu raka, które występują u wielu pacjentów i można je przewidywać i zapobiegać ich wystąpieniu. Moment wystąpienia, czas trwania i nasilenie objawów ubocznych zależą od bardzo wielu czynników. Najważniejsze z nich to zaawansowanie raka jelita grubego, stan ogólny, wiek pacjenta, schorzenia dodatkowe, na które cierpi pacjent np. uczulenia, cukrzyca czy inne.

Po operacji raka jelita grubego w czasie, której została usunięta odbytnica pacjent jest uczony przez personel jak należy obsługiwać sztuczny odbyt, jakiego sprzętu używać, jak wybrać najlepszy sprzęt dla danego pacjenta. Dobrze dobrany sprzęt daje pacjentowi pełny komfort, co pozwala na prowadzenie normalnego życia, a nawet powrót do pracy.

W czasie radioterapii raka jelita grubego często występuje na skórze pacjenta reakcja polegająca na zaczerwienieniu i podrażnieniu.

To powoduje zwiększoną wrażliwość skóry na działanie czynników zewnętrznych takich jak ocieranie poprzez odzież, drapanie, zbyt wysoka temperatura np. w czasie opalania na słońcu, zbyt niska temperatura, kosmetyki – kremy, woda, środki odkażające itp. Najlepiej więc wykluczyć wymienione czynniki w czasie leczenia promieniami.

W czasie radioterapii jednym z objawów ubocznych może być biegunka, którą można ograniczyć stosując się do zaleceń dietetycznych, o których każdy pacjent rozpoczynający radioterapię jest informowany przez lekarza. Najważniejszą wskazówką jest, że stosowana dieta ma być lekkostrawna.

Brak apetytu będący konsekwencją raka jelita grubego jest dodatkową przyczyną pogarszania się stanu pacjenta. Właściwe odżywianie może poprawić samopoczucie pacjenta i jest tak samo ważne jak właściwe leczenie. Warto podawać pacjentowi gotowe diety o zbilansowanym składzie, stworzone specjalnie z myślą o zwiększonych potrzebach żywieniowych pacjentów.

Preparaty te są źródłem energii oraz białka, węglowodanów, tłuszczów, witamin i składników mineralnych. Zaleca się, aby pacjenci z chorobami nowotworowymi włączyli do swej diety te odżywki, szczególnie jeśli są niedożywieni i wyniszczeni, mają trudności z apetytem, przygotowani są do operacji lub są w trakcie chemio – lub radioterapii.



Zbilansowane pod względem odżywczym preparaty są dostępne w aptekach. Niektóre z nich można kupić bez recepty. Ważnym jest aby przed zastosowaniem odżywki porozumieć się z lekarzem prowadzącym leczenie. Przed rozpoczęciem leczenia każdy pacjent z rakiem jelita grubego jest informowany o tym jak należy się zachowywać w czasie radioterapii aby najbardziej jak tylko się da zmniejszyć efekty uboczne.

Do tych zaleceń należy się bezwzględnie stosować, a gdy wystąpią problemy trzeba zwrócić się do lekarza prowadzącego leczenie. Innym efektem ubocznym leczenia promieniami może być zmniejszenie liczby białych krwinek lub rzadko płytek krwi. Chemioterapia, to leczenie cytostatykami czyli lekami, które uszkadzają nie tylko komórki raka ale również komórki tkanek prawidłowych, które są komórkami szybko mnożącymi się. Do tych tkanek, których komórki szybko się mnożą należą komórki szpiku kostnego, cebulek włosowych, naskórka, nabłonka jelit, komórki jajników. W czasie chemioterapii mogą wystąpić wymioty, nudności, biegunka, które ustępują po leczeniu. Może też wystąpić zmniejszenie liczby krwinek białych lub krwinek płytkowych.

### Rak jelita grubego - zalecenia żywieniowe

Należy zastosować się do podstawowych zaleceń dietetycznych dla pacjentów w trakcie i bezpośrednio po leczeniu związanym z rakiem jelita grubego.

#### Nie wolno jeść:

ciemnego, razowego pieczywa, tłustych ciast ( francuskie, kruche, z kremem), świeżych drożdżowych, ciast na proszku do pieczenia, cukier zwiększa wzdęcia i powoduje kolki czyli dżemy, konfitury, ziemniaków – powodują fermentację czyli wzdęcia, tłuszcze zwierzęce całkowicie zakazane (smalec, tłuste wędliny, tłuste mięso), ryby wędzone i wędliny wędzone, konserwy chyba, że produkowane dla dzieci, twarde sery, sery dojrzewające, tłusta śmietana, całkowicie zakazane następujące jarzyny: kapusta, kalafior, brokuły, cebula, pory, fenkul, ogórki pod każdą postacią, rzodkiewki, groch, fasola, grzyby pod każdą postacią, orzechy, owoce wielkopiętkowe i gruszki, winogrona oraz przetwory (dżemy, konfitury) całkowicie zakazane przyprawy: ocet, musztarda, ketchup, pieprz, papryka, wszystko co pieczone (mięso, jarzyny) na tłuszczu ale może być z grilla, kawa prawdziwa ziarnista, mocna herbata.

Natomiast, gdy zdiagnozowano u nas któryś z nowotworów jelita grubego, **możemy jeść:**

jasne pieczywo, najlepiej nie całkiem świeże, ciasto drożdżowe ale też nie całkiem świeże, biszkopty, sucharki, masło ale jedynie surowe nie przesmażane, ryż biały, makarony, grysik, mięso chude, duszone (do duszenia dodawać olej, a nie tłuszcze zwierzęce), grillowane, drób bez skórki, pasztety, galaretki z drobiu, zamiast wędlin lepsze jest duszone mięso na zimno do bułki bo wędliny mają różne dziwne dodatki, ryby pieczone w folii, przetwory mleczne fermentowane (kefir, jogurt, maślanka, kwaśne mleko), białe sery, budynie, itp., wszystkie niesłodzone bez ziarenek – te przetwory mleczne poprawiają florę jelitową, jarzyny: marchewka, szpinak, buraczki, pomidory bez skórki, seler, pietruszka, owoce: jabłka, cytrusy, banany, kiwi, soki z owo-

ców j.w, marchewkowy, burakowy, pomidorowy - niesłodzone, przyprawy: sól, zioła: bazylia, tymianek, cząber, czosnek, kawa rozpuszczalna, herbata miętowa, słaba zwykła herbata.

Niestety nowotwory jelita grubego są coraz częstsze. Na wzrost liczny przypadków nowotworów jelita grubego wpływ ma głównie obecny styl życia większości osób. Nowotwory jelita grubego zazwyczaj dotyczą osób, które nie stosują się do zaleceń zdrowej diety i preferują siedzący tryb życia. Należy pamiętać, że tzw. dieta zachodnia jest bardzo niezdrowa i to ona jest określana jako główna przyczyna nowotworów jelita grubego.

Ważne jest, aby pamiętać, że w razie wystąpienia dolegliwości opisanych w artykule konieczne jest szybkie zgłoszenie się do lekarza, jeśli podejrzewamy nowotwory jelita grubego. Wczesnie wykryte nowotwory jelita grubego, dzięki prawidłowemu leczeniu są uleczalne. Całkowite wyleczenie z nowotworów jelita grubego to powrót do normalnego życia.

### Profilaktyka

Wśród czynników ryzyka rozwoju nowotworów jelita grubego istnieje kilka, które można modyfikować, zmieniając swoje zachowania na bardziej prozdrowotne. Do działań zmniejszających ryzyko rozwoju nowotworu jelita grubego należą:

regularna aktywność fizyczna,  
ograniczenie zawartości tłuszczów, zwłaszcza pochodzenia zwierzęcego, w diecie,  
regularne spożywanie (do pięciu razy w ciągu dnia) świeżych owoców i warzyw,  
ograniczenie dziennej podaży kalorycznej,  
zmniejszenie spożycia alkoholu.

Powyższe działania pozwalają na zmniejszenie ryzyka rozwoju nowotworu jelita grubego, ale nie eliminują go całkowicie. Dlatego wszystkim osobom, które ukończyły 50. rok życia, zaleca się wykonywanie co najmniej jednego okresowego badania pozwalającego na wczesne wykrycie nowotworu jelita grubego, co daje szansę na uzyskiwanie bardzo dobrych wyników leczenia.

Istnieją różne schematy badań skriningowych zmierzających do wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego. Do najczęściej zalecanych należą:

- wykonywanie kolonoskopii co 10 lat,
- wykonywanie odpowiednich testów na ukrytą krew w stolcu co rok,
- wykonywanie badania kontrastowego jelita grubego co 5 lat.

Opracowała J. Soińska na podstawie piśmiennictwa:

Jarosław Gośliński:, Objawy raka odbytu i nowotworu jelita grubego, [www.zwrotnikraka.pl](http://www.zwrotnikraka.pl)

dr n. med. Wojciech Wysocki:, Rak jelita grubego. Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie. [www.onkologia.mp.pl](http://www.onkologia.mp.pl)

Dr med. Maria Pamucka:, Rak jelita grubego - dane epidemiologiczne, czynniki ryzyka, objawy, diagnostyka, leczenie, zalecenia żywieniowe. [WWW.abczdrowie.pl](http://WWW.abczdrowie.pl)

Monika Majewska Rak jelita grubego – profilaktyka, objawy, leczenie. [www.poradnikzdrowie.pl](http://www.poradnikzdrowie.pl)

**UPRAWNIENIA DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH****USTAWA ZA ŻYCIEM - CZY ZNAMY UPRAWNIENIA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ Z NIEJ WYNIKAJĄCE ?**

*Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” określa uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz kobiety w ciąży oraz dziecka obejmujące w szczególności:*

- diagnostykę prenatalną
- świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego, w tym zabiegi wewnątrzmaciczne;
- wsparcie psychologiczne;
- rehabilitację leczniczą;
- zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- opiekę paliatywną i hospicyjną;
- poradnictwo laktacyjne, ze szczególnym uwzględnieniem matek dzieci urodzonych przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub urodzonych z masą urodzeniową poniżej 2500 g.

Wsparcie, o którym mowa jest realizowane przez:

- 1) zapewnienie dostępu do informacji w zakresie rozwiązań wspierających rodziny oraz kobiety w ciąży,
- 2) zapewnienie kobietom w ciąży dostępu do diagnostyki prenatalnej,
- 3) zapewnienie odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej dla kobiety w okresie ciąży, porodu i pójgu, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych

Wsparcie także zapewnia:

- 1) dostęp do poradnictwa w zakresie rozwiązań wspierających rodzinę;
- 2) jednorazowe świadczenie z tytułu urodzenia dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu;
- 3) odpowiednie świadczenia opieki zdrowotnej dla dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu;
- 4) dostęp do usług koordynacyjno-opiekuńczo-rehabilitacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu;
- 5) możliwość przeprowadzenia porodu w szpitalu III poziomu referencyjnego;
- 6) inne świadczenia, w tym w zakresie wspierania rodziny i pieczy zastępczej.

Ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, stwierdza

w zaświadczeniu lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.

Kto może skorzystać z uprawnień – na podstawie Informatora „Za życiem” ([www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl)):

- każda kobieta, w ciąży i jej rodzina (w zakresie informacji i poradnictwa na temat rozwiązań wspierających rodzinę),
- rodziny, w których przyjdzie albo przyszło na świat ciężko chore dziecko. Oznacza to:
  - ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo
  - nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu,
- kobiety, które otrzymały informację o tym, że ich dziecko może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu,
- kobiety, których dziecko zmarło bezpośrednio po porodzie na skutek wad wrodzonych,
- kobiety, które po porodzie nie zabiorą do domu dziecka z powodu:
  - poronienia,
  - urodzenia dziecka martwego,
  - urodzenia dziecka niezdolnego do życia,
  - urodzenia dziecka obciążonego wadami wrodzonymi albo śmiertelnymi schorzeniami.

Jak skorzystać z uprawnień

Podstawą do skorzystania z uprawnień jest zaświadczenie, które potwierdza ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu. Zaświadczenie o chorobie, powstałej w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, możesz otrzymać od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego<sup>1)</sup>, który:

- posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.

Ponadto, zaświadczenie wydane przez:

- lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii,
- specjalistę w dziedzinie pediatrii, uprawnia dzieci do 18 r. ż.2) do:
  - skorzystania z wyrobów medycznych, na zasadach określonych w ustawie „Za życiem”,
  - korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

Należy pamiętać też o tym, że każda kobieta w ciąży ma prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

Oznacza to, że:

- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i świadczenia szpitalne powinny być udzielone tym osobom w dniu zgłoszenia,

- jeżeli udzielenie świadczenia w dniu zgłoszenia nie będzie możliwe, powinno ono zostać zrealizowane w innym terminie, poza kolejnością wynikającą z prowadzonej listy oczekujących,

- w przypadku świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS) świadczenie powinno zostać udzielone nie później niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

Dokumentem potwierdzającym powyższe uprawnienia dla kobiet w ciąży jest:

- zaświadczenie od lekarza potwierdzające ciążę wraz z dokumentem potwierdzającym tożsamość pacjentki.

Ważne: wszystkie kobiety w trakcie ciąży mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Co przysługuje kobiecie oczekującej dziecka, dowiesz się z informatora Ministerstwa Zdrowia „Ciąża i Poród”, który dostępny jest na stronie [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) w zakładce „Zdrowie i profilaktyka” – „Zdrowie matki i dziecka”.

Każda kobieta w ciąży i jej rodzina może skorzystać z pomocy i wsparcia asystenta rodziny

Asystent nie tylko odpowie na wszystkie twoje pytania, ale też na podstawie pisemnego upoważnienia będzie mógł załatwiać w twoim imieniu sprawy w różnych instytucjach. Asystent pomoże Ci także rozwiązać problemy opiekuńczo-wychowawcze.

Asystent rodziny:

- udzieli informacji w zakresie dostępu do instrumentów polityki na rzecz rodziny,

- będzie mógł Ciebie reprezentować przed instytucjami i urzędami,

- udzieli wsparcia psychologicznego,

- udzieli pomocy w przezwyciężaniu problemów wychowawczych udzieli pomocy prawnej,

- będzie Cię wspierał w realizacji codziennych obowiązków.

Gdzie możesz się zgłosić się po pomoc asystenta rodziny? Asystent rodziny, jest zatrudniony w jednostkach organizacyjnych systemu wspierania rodziny lub w instytucjach pozarządowych działających na zlecenie samorządu gminy. Przykładowe formy wsparcia oferowane przez asystenta rodziny:

- doradztwo w zakresie form i miejsc wsparcia,

- poradnictwo oferowane kobietom w ciąży i ich rodzinom,

- poradnictwo w zakresie pielęgnacji i opieki nad niemowlęciem,

- pomoc w codziennej organizacji życia rodziny, planowanie sposobów spędzania wspólnie wolnego czasu,

- nauka sprawnego wykonywania obowiązków domowych,

- doradztwo w zakresie zarządzania budżetem domowym,
- informowanie, jak działają urzędy, placówki wsparcia rodziny i dziecka,

- pomoc w sprawach urzędowych, wspieranie rodziny w kontaktach z pracownikami szkoły, przedszkola, sądu, poradni, przychodni, policji, urzędów i innych instytucji,

- pomoc w zakresie możliwości podniesienia kwalifikacji zawodowych i poszukiwaniu pracy.

Ze wsparcia asystenta rodziny możesz skorzystać w każdej sytuacji, gdy wyrazisz taką wolę. W tym celu należy wystąpić z wnioskiem do gminy.

W przypadku zaistnienia okoliczności wskazanych w ustawie „Za życiem” nie jest stosowana procedura wymagająca m.in. przeprowadzenia przez pracownika socjalnego rodzinnego wywiadu środowiskowego.

Z jakich uprawnień możesz skorzystać dodatkowo:

1. Okres okołoporodowy

- badania, które wykrywają potencjalne nieprawidłowości w ciąży (diagnostyka prenatalna),

- od 4 do 9 dodatkowych wizyt położnej w opiece nad dzieckiem (tzw. wizyty patronażowe) oraz większa ilość wizyt poradnictwa edukacji przedporodowej. Od 21 tygodnia ciąży do rozwiązania, położne przygotowują będą kobiety do porodu i rodzicielstwa. Edukacja przedporodowa dotyczy będzie porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa,

- poród w szpitalu na najwyższym specjalistycznym poziomie (III poziom referencyjny) - zgodnie ze wskazaniami lekarskimi,

- koordynowana opieka nad kobietą w ciąży, zwłaszcza w ciąży powikłanej. Podczas porodu i położu kobieta będzie miała zapewnioną opiekę położniczą, w tym zabiegi wewnątrzmaciczne, zgodnie ze standardami opieki położniczej nad ciążą i ciążą patologiczną. Noworodek będzie mieć zapewnioną opiekę neonatologiczną,

- wsparcie kobiety karmiącej piersią (poradnictwo laktacyjne), zwłaszcza, jeśli dziecko urodziło się przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub ważyło w chwili porodu poniżej 2500 gramów.

2. Dziecko z orzeczoną niepełnosprawnością

- porady jak pielęgnować i wychowywać dziecko,

- pierwszeństwo w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej,

- pomoc psychologiczna dla rodziców,

- rehabilitacja lecznicza,

- wyroby medyczne, takie jak pieluchomajtki, cewniki, protezy - na podstawie zlecenia upoważnionej osoby,

- zakup leków poza kolejnością,

- opieka nad dzieckiem na czas urlopu bądź odpoczynku (tzw. opieka wytechnieniowa). Rodzicom oraz opiekunom przysługuje do 120 godzin takiej opieki. Będzie ona zapewniona:

- w dziennych ośrodkach wsparcia - placówkach całodobowych,

- w placówkach systemu oświaty (np. szkołach),

- w ramach umowy z organizacją pozarządową na opiekę nad dzieckiem - również indywidualną,

◦ przez udział osoby niepełnosprawnej w różnych formach wypoczynku zorganizowanego,

• opieka poprawiająca jakość życia osób w ostatniej fazie choroby (opieka paliatywna i hospicyjna w warunkach domowych lub stacjonarnych),

• kompleksowe usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne,

• inne świadczenia wspierające rodzinę, w tym pomoc prawna (prawa rodzicielskie i uprawnienia pracownicze),

• informacje o innych formach wsparcia zawartych w ustawie „Za życiem”.

3. Jednorazowe świadczenie w wysokości 4000 zł

#### **Komu przysługuje**

Matce lub ojcu, opiekunowi prawnemu albo opiekunowi faktycznemu dziecka (tj. osobie faktycznie opiekującej się dzieckiem, jeśli wystąpiła do sądu z wnioskiem o przysposobienie dziecka) bez względu na dochód, po wypełnieniu stosownego wniosku oraz podpisaniu zawartych w nim oświadczeń i dołączeniu wymaganych dokumentów.

#### **Wraz z wnioskiem należy przedłożyć:**

• zaświadczenie, że matka dziecka pozostawała pod opieką medyczną najpóźniej od 10 tygodnia ciąży do porodu (zaświadczenie takie wydaje lekarz lub położna),

Wymóg ten nie dotyczy opiekuna prawnego, opiekuna faktycznego i osoby, która przysposobiła dziecko.

• zaświadczenie lekarskie, które potwierdza u dziecka ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Zaświadczenie takie może być wystawione wyłącznie przez lekarza, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii. Przepisy nie określają szczegółowo wzoru takiego zaświadczenia.

Kiedy złożyć wniosek

Złóż wniosek o wypłatę świadczenia do 12 miesięcy od dnia narodzin żywego dziecka. Wniosek złożony po tym terminie nie zostanie rozpatrzony.

Gdzie złożyć wniosek

Wniosek należy złożyć w urzędzie miasta/gminy lub ośrodka pomocy społecznej w miejscu zamieszkania. Szczegółowych informacji w tym zakresie udzieli Państwu asystent rodziny.

Jeśli jesteś rodzicem dziecka niepełnosprawnego z orzeczoną niepełnosprawnością

Zwróć się bezpośrednio do realizatorów wsparcia. Są to właściwe ze względu na twoje miejsce zamieszkania:

- centra pomocy rodzinie,
- instytucje wsparcia rodziny,
- ośrodki pomocy rodzinie,
- ośrodki pomocy społecznej.

Ze środków PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) możesz uzyskać dofinansowanie:

- do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym,

◦ jest to zorganizowana forma rehabilitacji połączona z wypoczynkiem. Jej celem jest poprawa psychofizycznej sprawności oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników,

◦ dofinansowanie przysługuje osobie niepełnosprawnej, która:

▪ ma skierowanie od lekarza prowadzącego,

▪ spełnia kryterium dochodowe3),

▪ nie spełnia kryterium dochodowego - dofinansowanie jest wtedy pomniejszone o kwotę przekroczenia kryterium. Jeśli osoba niepełnosprawna jest w trudnej sytuacji materialnej lub losowej, dofinansowanie może być przyznane w pełnej wysokości,

• na likwidację barier:

◦ architektonicznych – zlikwidowanie utrudnień w budynku lub mieszkaniu oraz w jego najbliższej okolicy. Może to być np. dostosowanie łazienki dla potrzeb osoby niepełnosprawnej, budowa podjazdu lub windy dla wózkowicza, likwidacja progów czy montaż uchwyty, wózków,

◦ w komunikowaniu się – zlikwidowanie ograniczeń, które uniemożliwiają lub utrudniają swobodne porozumiewanie się lub przekazywanie informacji. Pomoc może polegać np. na zakupie syntezatora mowy,

◦ technicznych – zastosowanie przedmiotów lub sprzętów odpowiednich dla osoby niepełnosprawnej. Likwidacja tej bariery ma pomóc sprawnej funkcjonować i działać w społeczeństwie. Dofinansowanie możesz uzyskać, np. na zakup roweru trójkołowego,

• na zakup sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych - na zlecenie lekarza prowadzącego:

• sprzęt rehabilitacyjny - wsparcie możesz uzyskać po spełnieniu kryterium dochodowego,

• przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze - wsparcie możesz uzyskać po spełnieniu kryterium dochodowego. Są to m.in.: aparaty ortopedyczne, gorsety, protezy kończyn, obuwie ortopedyczne, kule, laski, wózki, materace przeciwoślizgowe, pasy przepuklinowe, aparaty słuchowe, sprzęt stomijny, cewniki, inhalatory, szkła okularowe, pieluchomajtki i inne,

• na usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika, jeśli uzasadniają to potrzeby wynikające z niepełnosprawności osoby.

Inne świadczenia dla rodziców z dziećmi na utrzymaniu. Jeżeli jesteś Rodziną posiadającą dzieci (w tym dzieci niepełnosprawne), przysługują Ci następujące świadczenia:

• świadczenie wychowawcze „Program Rodzina 500+”,

• zasiłek rodzinny oraz dodatki do zasiłku rodzinnego,

• świadczenia opiekuńcze: zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne oraz specjalny zasiłek opiekuńczy,

• dwa rodzaje zapomóg związanych z urodzeniem się dziecka: jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. becikowe) oraz zapomoga z tytułu urodzenia dziecka przyznawana według uznania gminy,

• inne świadczenia na rzecz rodziny ustalane przez gminę i finansowane z budżetu gminy,

• świadczenie rodzicielskie,



• dodatek wychowawczy (dla rodzin zastępczych i rodzinnych domów dziecka oraz placówek opiekuńczo - wychowawczych typu rodzinnego).

Aby uzyskać powyższe świadczenia musisz złożyć wniosek w urzędzie miasta/gminy lub ośrodku pomocy społecznej w miejscu zamieszkania. Informacji w tym zakresie udzieli Państwu także asystent rodziny. Szczegółowe informacje na temat ww. świadczeń, warunków, kryteriów ich przyznawania i wypłaty znajdują się na stronie internetowej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (zakładka wsparcie dla rodzin z dziećmi) pod adresem: <http://www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/>. Jeżeli posiadasz troje lub więcej dzieci możesz skorzystać z Karty Dużej Rodziny (KDR)

KDR tworzy system zniżek handlowych – oferowanych przez instytucje publiczne i firmy – i następujących zniżek ustawowych:

- zniżki na przejazdy kolejowe - 37% na bilety jednorazowe oraz 49% na bilety miesięczne – dla rodziców i małżonków rodziców,
- 50% ulgi opłaty za paszport - dla rodziców i małżonków rodziców i 75% ulgi opłaty za paszport - dzieci,
- darmowe wstępy do parków narodowych dla wszystkich posiadaczy Karty Dużej Rodziny,
- inne deklarowane przez partnerów KDR.

Szczegóły dotyczące przyznawania KDR oraz wykaz partnerów znajduje się na stronie [www.rodzina.gov.pl/duza-rodzina](http://www.rodzina.gov.pl/duza-rodzina)

Świadczenia na podstawie ustawy o pomocy społecznej Pamiętaj, że możesz również skorzystać ze świadczeń pomocy społecznej. Przyznaje je ośrodek pomocy społecznej właściwy dla twojego miejsca zamieszkania. Świadczenie może mieć formę pieniężną lub niepieniężną.

Świadczenia pieniężne:

- zasiłek stały,
- zasiłek okresowy,
- zasiłek celowy,
- specjalny zasiłek celowy.

Świadczenia niepieniężne:

- praca socjalna,
- poradnictwo specjalistyczne (prawne, psychologiczne i rodzinne) dla osób i rodzin, które mają trudności w rozwiązywaniu problemów życiowych lub potrzebują wsparcia,
- usługi opiekuńcze (pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opieka higieniczna zalecona przez lekarza),
- specjalistyczne usługi opiekuńcze (świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym, np. pielęgniarki, rehabilitantów, psychologów i pedagogów),
- mieszkania chronione,
- ośrodki wsparcia.

Szczegóły dotyczące przyznawania wspomnianych świadczeń znajdziesz na stronie internetowej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Inne formy wsparcia rodzin z dziećmi

Rodzina wychowująca dzieci może liczyć także na wsparcie:

- placówek wsparcia dziennego,

- rodzin wspierających.

Gdzie się zgłosić po pomoc i wsparcie

Jeżeli chcesz skorzystać z pomocy i wsparcia placówek wsparcia dziennego lub rodziny wspierającej zgłoś się do gminy. Pomoc ta jest nieodpłatna.

W przypadku pilnej konieczności, gdy nie możesz sprawować opieki nad dzieckiem samodzielnie, na wniosek lub za Twoją zgodą, możliwe jest umieszczenie dziecka w rodzinnej pieczy zastępczej. Szczegóły dotyczące wsparcia rodziny i systemu pieczy zastępczej znajdują się na stronie: [www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/opieka-zastepcza-nad-dzieckiem/](http://www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/opieka-zastepcza-nad-dzieckiem/). Jeżeli posiadasz dzieci w wieku do lat 3 możesz skorzystać z:

- żłobka,
- klubu dziecięcego,
- dziennego opiekuna,
- niani.

Szczegóły dotyczące form opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 oraz rejestr instytucji opieki nad dzieckiem do lat 3 znajdują się na stronie: [www.zlobki.mpips.gov.pl](http://www.zlobki.mpips.gov.pl)

Podstawa prawna

- Ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” z dnia 4 listopada 2016 r. (Dz. U z 2016 r., poz. 1860);
- Ustawa o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci z dnia 11 lutego 2016 r. (Dz. U z 2016 r. poz. 195, z późn. zm.);
- Ustawa o świadczeniach rodzinnych z dnia 28 listopada 2003 r. (Dz. U z 2016, poz. 1518, z późn. zm.);
- Ustawa o pomocy osobom uprawnionym do alimentów z dnia 7 września 2018 r. (Dz. U. z 2016, poz. 169, z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 575, z późn. zm.);
- Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 930, z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U z 2016 r., poz. 157 );
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (Dz. U z 2016 r., poz. 785, z późn. zm.).

Więcej informacji na stronach Ministerstwa Zdrowia

źródło - Ministerstwo Zdrowia

- 1) Lekarza, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarz który jest zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
- 2) Dzieci u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.
- 3) Kryterium dochodowe, tzn. osiągnięcie przeciętnego miesięcznego dochodu, który nie przekracza 50% przeciętnego wynagrodzenia, przypadającego na osobę żyjącą we wspólnym gospodarstwie domowym (w rozumieniu ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych). Dochód dzielony jest przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym i obliczany za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

## WADY PODNIEBIENIA

## WADY U DZIECI - PODNIEBIENIE GOTYCKIE

**Określenie „podniebienie gotyckie” związane jest z pewną specyfiką anatomiczną, która dotyczy sposobu wykształcenia łuku podniebienia twardego. Podniebienie to jest bardzo wysokie, zwłaszcza w swej środkowej części, co przywodzi na myśl skojarzenie ze sklepieniem katedry zbudowanej w stylu gotyckim – czyli ze strzelistymi lukami, zamykającymi budowlę od góry. Stąd też owo porównanie do gotyku.**

Podniebienie „gotyckie” zwykle jest warunkowane dziedzicznie i może być objawem izolowanym, bez żadnych wad towarzyszących. Bywa jednak jednym z osiowych objawów zespołów genetycznych (np. Zespół Wolfa – Hirschhorna, Zespół Marfana) lub innych chorób i zaburzeń rozwojowych. Podniebienie gotyckie, jako pojedyncza anomalia rozwojowa, nie daje podstaw do takich przypuszczeń.

Za główną przyczynę występowania podniebienia gotyckiego u niemowląt i dzieci uważa się nieprawidłowości w okresie życia płodowego oraz wcześniactwo. Wada ta dotyka zarówno osoby zdrowe, jak i niepełnosprawne.

Wysokie wysklepienie podniebienia, zwłaszcza jego środkowej części, spotykane jest również u wcześniaków, które przez dłuższy czas były intubowane i dodatkowo układane tylko i wyłącznie na bokach. Towarzyszyć wtedy będzie nam specyficzna budowa twarzoczaszki, ponieważ będzie ona spłaszczona po bokach i wąska.

O podniebieniu gotyckim możemy mówić, kiedy podniebienie twarde jest wąskie i mocno wysklepione. Dochodzi także do nieprawidłowego wyrzynania się zębów, a w rezultacie wady zgryzu.

Diagnozę podniebienia gotyckiego stawia zawsze laryngolog, ponieważ nie każde wysoko wysklepione podniebienie będzie się kwalifikowało jako gotyckie.

Dzieci, u których zdiagnozowano podniebienie gotyckie, mają problemy z wymową niektórych głosek, między innymi: r, l, cz, dż, ż i sz. W parze z tą wadą może występować tzw. duży język. Dziecko mimowolnie wypycha go do przodu, otwierając usta i ułatwiając sobie tym samym oddychanie. Wada wykształca nawyk oddychania przez usta, co może także powodować częstsze infekcje górnych dróg oddechowych.

Konsekwencją podniebienia gotyckiego mogą być problemy z karmieniem, szczególnie piersią, ponieważ może ono utrudniać lub wręcz uniemożliwiać powstawanie podciśnienia między językiem, sutkiem piersi/smoczką a podniebieniem. Niemowlę ma duże trudności, aby unieść środkową część języka na tyle wysoko, aby całkowicie przylegała do podniebienia. Taka sytuacja w znacznym stopniu utrudnia ssanie, a im wyższe podniebienie, tym bardziej zaburzona staje się ta czynność. U malucha może wystąpić krztuszenie się podczas jedzenia oraz mogą wystąpić problemy oddechowe (wysokie podniebienie wpływa na ograniczenie światła jamy nosowej). Może pojawić się oddychanie przez usta, które pośrednio może wpływać na częstsze pojawianie się infekcji górnych dróg oddechowych. Niektórzy specjaliści zwracają

również uwagę na niekorzystny wpływ smoczka u tych dzieci, z uwagi na ryzyko pogłębienia wady.

Największe problemy pojawiają się jednak podczas karmienia łyżeczką, szczególnie gdy w podawanym pokarmie znajdują się grudki, które dziecko powinno rozetrzeć językiem o podniebienie. Dodatkowo brak możliwości dotknięcia językiem do podniebienia, skutkować może powstaniem nieprawidłowego sposobu połykania. Język znajduje się wtedy płasko w jamie ustnej i nie uczestniczy podczas przemieszczania pokarmu w stronę przełyku. Żucie i rozdrabnianie pokarmu również staje się zaburzone, a dziecko ma problem z kontrolowaniem pokarmu w buzi.

Postępowanie jest ściśle powiązane z nasileniem występujących zaburzeń funkcji przyjmowania pokarmu i innych towarzyszących, a więc jeśli u niemowlęcia nie ma zauważalnych ograniczeń w funkcji ssania i problemów z oddychaniem, to dzieci te są w staniessać pierś bez większych problemów, a postępowanie ogranicza się jedynie do stosowania wysokich pozycji podczas karmienia. Czasami konieczne jest jednak wprowadzenie odpowiedniej kontroli oralnej, którą pokazuje logopeda lub dobranie odpowiedniego smoczka podczas karmienia butelką, a z uwagi na zaburzone możliwości kontroli bolusa pokarmowego (porcji pokarmu), istotnie może pomóc zagęszczenie pokarmu, co wpłynie na wolniejszy pasaż (transport) płynu w buzi dziecka, a to dodatkowo zminimalizuje ryzyko zakrztuszenia się.

Rekomendowany sposób postępowania

Zakres i rodzaj wsparcia dla dziecka w przebiegu funkcji ssania należy dostosować do rzeczywistych trudności występujących w danym momencie rozwojowym; zdarza się bowiem, że niemowlę – mimo podniebienia „gotyckiego” - nie manifestuje żadnych problemów w przebiegu funkcji pokarmowych.

Zawsze rekomendowane jest karmienie w pozycjach wysokich, by zminimalizować ewentualne konsekwencje zakrztuszenia.

W uzasadnionych przypadkach, zaleca się stosowanie kontroli oralnej w czasie podawania pokarmu, która polega na stymulacji środkowej części masy językowej (tzw. mediodorsum) - instruktaż w tym zakresie przeprowadzi logopeda lub doradca laktacyjny.

Podczas karmienia butelką można rozważyć zagęszczanie pokarmu, by uzyskać zwolnienie pasażu płynu w jamie ustnej i poprawić parametry bezpieczeństwa.

Stosunkowo długo wykorzystujemy w czasie karmienia smoczki butelkowe o wolnych lub zmiennych (modyfikowanych) przepływach – z przyczyn jak wyżej.

Nie obawiaj się nadmiernie karmienia piersią lub butelką – zwykle mamy szybko wychwytywać najmniejsze trudności w trakcie podawania pokarmu dziecku.

Przy podniebieniu gotyckim pomocne mogą okazać się regularne wizyty u logopedy oraz konsultacja z fizjoterapeutą (jeśli kształt podniebienia związany był z pozycją ułożeniową), który pokaże pozycje i sposób noszenia oraz pielęgnacji, które będą sprzyjały zmianie kształtu głowy i zapobiegały dalszemu zniekształcaniu podniebienia.

Wraz z wiekiem, twarz i jama ustna będą podlegały wielu zmianom anatomicznym i będą rosły, dlatego niemowlęta najczęściej adaptują się do trudniejszych warunków i z czasem coraz lepiej radzą sobie z przyjmowaniem pokarmów. W późniejszym wieku konieczna może okazać się jednak opieka dentystyczna i ortodontyczna oraz założenie aparatu ortodontycznego, ponieważ z uwagi na wąskie podniebienie, zęby mogą wyżynać się w sposób nieprawidłowy, co często prowadzi do powstania wad zgryzu. U dzieci, u których podniebienie jest bardzo wysokie może dojść do powstania problemów w artykulacji i konieczne stają się również wizyty u logopedy.

Leczenie gotyckiego podniebienia jest bardzo ważne, zwłaszcza jeżeli uniemożliwia ono normalne funkcjonowanie. Nie powinno się bagatelizować tej przypadłości. Wyleczenie anatomicznej wady wrodzonej podniebienia ułatwia oddychanie i jedzenie, a także pozytywnie wpływa na wymowę dzięki poprawie artykulacji głosek. Osoby borykające się z gotyckim podniebieniem zazwyczaj zmagają się z seplenieniem i nieprawidłową wymową głoski „r” lub „l”. Wada wykształca nawyk oddychania przez usta, co może także powodować częstsze infekcje górnych dróg oddechowych.

### Sposoby leczenia gotyckiego podniebienia

W przypadku wystąpienia podejrzeń, że u niemowlaka lub dziecka występuje podniebienie gotyckie, należy udać się do lekarza specjalisty – laryngologa lub ortodonta. Wczesna diagnoza wady pozwala na pełne i szybkie jej wyleczenie. Wbrew pozorom niektórzy ludzie nie zdają sobie nawet sprawy z tego, że kwalifikują się do terapii.

Leczenie gotyckiego podniebienia może polegać na wykonywaniu ćwiczeń mających na celu usprawnienie ruchów języka w pionie, wzmocnienie mięśni żuchwy i warg, a także utrwalających nawyk właściwego sposobu oddychania (przez nos). Leczenie ortodontyczne podniebienia gotyckiego może się opierać na zastosowaniu specjalnego rodzaju aparatu (np. aparat Hassa, aparat Hyrax), którego celem jest rozszerzenie szczęki. W niektórych przypadkach wskazane jest jednak przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego poszerzania szczęki (dystrakcja lub ekspansja).

### Posumowanie

Nie każde wysoko wysklepione podniebienie jest tzw. „podniebieniem gotyckim”; oceny stanu faktycznego dokonuje

laryngolog w czasie badania przedmiotowego (bezbolesnego). Kształt łuku podniebiennego zmienia się w przebiegu rozwoju wraz ze zmianą stosunków przestrzennych w obrębie twarzoczaszki, zatem – dziecko będzie stopniowo samodzielnie adaptowało się do nieco trudniejszych warunków anatomicznych w jamie ustnej (związanych z podniebieniem „gotyckim”).

Opracowała J. Soińska na podstawie piśmiennictwa:

Emilia Rudzka,

Jak wygląda podniebienie gotyckie?

Jakie są przyczyny jego występowania?

[www.zdrowie.tvn.pl](http://www.zdrowie.tvn.pl)

Anna Zbozień,

Kilka słów o podniebieniu gotyckim.

[www.ulogopedy.pl](http://www.ulogopedy.pl)

Mgr Iwona Rzyńska,

Podniebienie gotyckie.

[www.mlekiemamy.org](http://www.mlekiemamy.org)

dr Aleksandra Łada,

Karmienie dzieci z wadami jamy ustnej.

[www.lovi.pl](http://www.lovi.pl)

## KONDOLENCJE

Wyrazy żalu i szczerego współczucia naszej Koleżance,  
Pielęgniarce

**Violetcie Golińskiej-Jankowskiej**  
z powodu śmierci Matki

składają pielęgniarki ze szpitala w Wolicy.

Z głębokim żalem zawiadamiamy,  
że odeszła od nas pielęgniarka

**Marianna Woźniak**

długoletnia dyspozytorka  
Pogotowia Ratunkowego w Jarocinie

żegnają: Kierownik ds. pielęgniarek i położnych,  
koleżanki i koledzy ze Szpitala Powiatowego w Jarocinie.

Wyrazy głębokiego współczucia  
Koleżance

**Joli Bursztynowicz**  
z powodu śmierci Mamy

składają Pielęgniarki i Opiekunki Medyczne  
Oddziału Wewnętrznego Szpitala Powiatowego w Jarocinie

## WYDARZENIA BIEŻĄCE

## WYCIECZKA 18 – 20 MAJA 2018 R.

*Ubiegłoroczna wycieczka do Pragi była fajnie spędzonym czasem. Uczestnicy zachęcali Przewodniczącą aby takie imprezy na stałe wpisały się w majowe obchody Dnia Pielęgniarki i Położnej. Spełniając oczekiwania Marek Przybył zorganizował wycieczkę do Wiednia. Chętnych było tyle, że już trzeciego dnia po ogłoszeniu terminu i programu wycieczki lista uczestników się zappełniła. Tak duże zainteresowanie wyjazdem spowodowało, że w bieżącym roku będzie jeszcze jedna edycja wycieczki do Wiednia – we wrześniu.*

W pierwszym dniu docieramy na Ziemię Kłodzką. Zwiedzamy Kłodzko, pięknie położone miasto w malowniczej Kotlinie Kłodzkiej. Miasto odznacza się śliczną Starówką. Centralną jej część stanowi ładny i dobrze utrzymany Rynek z okazałym Ratuszem, wysoką Kolumną Maryjną i kamienicami. W pobliżu, przy ulicy Wita Stwosza, znajduje się niezwykle romantyczny, choć króciutki gotycki most na Młynówce, z pięknymi rzezbami, który do złudzenia przypomina słynny praski Most Karola (taka jego miniaturka). To najstarszy most gotycki w Polsce, jest symbolem miasta dodając mu niesamowitego klimatu i uroku. Następnie udajemy się na Twierdzę Kłodzką która jest jednym z najciekawszych obiektów militarnych w Europie. Z jej wyższych partii można podziwiać przepiękną panoramę miasta i okolicznych gór, wewnątrz – zobaczyć dobrze zachowane ślady kultury militarnej i wystawy poświęcone historii tego miejsca, bastiony obronne.

Drugiego dnia udajemy się w kierunku Wiednia. Docieramy na „Polskie wzgórze we Wiedniu” Kahlenberg – miejsce odsieczy wiedeńskiej, a na nim kościół św. Józefa z otaczającym go klasztorem kamedułów. Nad głównym wejście do kościoła decyzją rady miejskiej Wiednia w dwusetną rocznicę Osieczy Wiedeńskiej, została umieszczona wielka kamienna tablica, która upamiętnia wyjątkowe zasługi króla Jana III Sobieskiego w uratowaniu chrześcijańskiej Europy przed turecką nawałnicą. Kościół przechodził różne koleje aby ostatecznie znaleźć należne miejsce wśród zabytków Wiednia. Historyczny kościół jest Polskim Sanktuarium Narodowym. Wnętrze jak i kaplica – muzeum jest pełne polskich akcentów: podobizna obrazu Matki Boskiej Częstochowskiej, Madonna zwana „Sobieską”, szablą Jana III Sobieskiego, buty i piuska św. Jana Pawła II upamiętniające obecność Ojca Świętego na Kahlenbergu z racji trzechsetnej rocznicy zwycięstwa. Ze wzgórza rozpościera się piękny widok na Wiedeń i przepływającą przezeń rzekę Dunaj. Mamy czas aby wypić kawę i rozkoszować się przepięknymi widokami.

Opuszczamy wzgórze i udajemy się do Hofburga – zimowej rezydencji Habsburgów. Wiedeński Hofburg jest jednym z największych na świecie kompleksów pałacowych, siedzibą władców Austrii. Dziś znajdują się tu liczne muzea z wybitnymi zbiorami, Hiszpańska Dworska Szkoła Jazdy, centrum kongresowe, siedziba austriackiego prezydenta oraz historyczny plac Heldenplatz. Pałac był

ciągle rozbudowywany przez kolejnych władców. Każdy z nich wprowadzał do pałacu nowe trendy w sztuce, stąd wnętrza i okolice obfitują w rozmaite style. Całość, rozłożona na 240 tysiącach metrów kwadratowych. Spacerujemy podziwiając architekturę, i piękne ogrody.

Hofburg opuszczamy przechodząc przez bramę Burgtor i kierujemy się w stronę Wiedeńskiego Ringu – głównej ulicy Wiednia z licznymi zabytkami. Docieramy do Stephansplatz, najstarszej części miasta, gdzie naszym oczom ukazuje się monumentalna katedra św. Szczepana będąca dumą i symbolem stolicy Austrii. Świątynia jest ważnym ośrodkiem kultu maryjnego, dzięki wizerunkowi „Matki Boskiej z Pócs”, uznawanej za patronkę miasta. Mamy czas wolny, który wykorzystujemy na zwiedzanie katedry, spacer po Ringu. Żeby wiedeńskiej tradycji stało się zadość, po spacerze możemy napić się kawy po wiedeńsku lub spróbować słynny torcik Sachera.

Następnie udajemy się do Schönbrunn – letniej rezydencji Habsburgów. Pałac Schönbrunn to jeden z najpiękniejszych barokowych obiektów w Europie. Dziś pałac ze względu na historyczne znaczenie, wyjątkowy park oraz imponującą aranżację przestrzeni należy do Światowego Dziedzictwa Kulturowego UNESCO. Budynek pałacu ma 175 m długości i 55 m szerokości. Robi ogromne wrażenie podobnie jak przepiękny dziedziniec przed pałacem. Po wejściu na dziedziniec, za pałacem, naszym oczom ukazuje się na wzgórzu wspaniała Glorietta – symbol zwycięstwa. Idąc w kierunku arkady napotykamy olbrzymią fontannę Neptuna. W Schonbrunn jest bardzo dużo zieleni, są labirynty zrobione z drzew i krzewów, posągi zatopione w rozległych parkach. Ogrody są bardzo piękne i na tyle duże, że można spacerować po ścieżkach nawet kilka godzin – tyle czasu jednak nie mamy.

Trzeci dzień to Zwiedzanie Morawskiego Krasu. To najważniejszy przyrodniczy obszar krasowy w Republice Czeskiej. Odkryto tu ponad 1100 jaskiń i przepaści krasowych. Odwiedzamy Jaskinię Katarzyńską, która jest najpiękniejszą i największą z tych, które udostępniono zwiedzającym. Szczególną uwagę zwróciliśmy na unikatowe dekoracje naciekowe – Lasek bambusowy, tworzony przez kilkumetrowej wysokości stalagmity laskowe oraz efektownie oświetloną formę przypominającą Czarownicę. Mijamy Jezioro Nietoperzy, Komin Niedźwiedzi, Salę Zniszczeń oraz młode formy nacieków kalcytowych

narastające na zboczu rumowiska skalnego. Następnym punktem zwiedzania jest Jaskinia Punkevní. Schodzimy na dno „Przepaści Macocha”, znajduje się na głębokości 138m. Motorówkami płyniemy podziemną rzeczką Punkvą. Zwiedzanie Jaskiń kończymy w Sali Masaryka, którą zdobią przepiękne nacieki krystaliczne. Ostatnim punktem zwiedzania Morawskiego Krasu jest wjazd Kolejka linową nad przepaść Macocha.

Trzy dni szybko minęły, były pełne wrażeń związanych z podziwianiem zabytków architektury, ciekawej przyrody ale także mile spędzonego czasu w świetnym towarzystwie, nawiązania nowych znajomości. Uczestnicy wycieczki już dzisiaj mają nadzieję, że za rok będą mieli możliwość odkrywania nowych miejsc.

Przygotowała Jolanta Nowak

## DZIEŃ PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ W JAROCINIE

# LAURKA DLA PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

*W Szpitalu Powiatowy w Jarocinie dzieci pracowników służby zdrowia wykonały własnoręcznie Laurki z życzeniami dla Pań Pielęgniarek i Pań Położnych okazji ich święta.*

Wystawa Laurek była miłą niespodzianką dla wszystkich Pań Pielęgniarek i Położnych oraz wprowadzała pogodny nastrój dla wszystkich przechodzących szarymi korytarzami szpitalnymi.

Mali malarze zostali także zaproszeni do odświętnie ubranej- Sali Konferencyjnej Szpitala Powiatowego w Jarocinie na miłe spotkanie z Prezesem Szpitala Powiatowego w Jarocinie Panem Leszkiem Mazurkiem, Kierownikiem ds. Pielęgniarek i Położnych Panią Wandą Olesińską oraz członkami OR Pielęgniarek i Położnych Dorotą Kubiak, Grażyną Obecną i Jolantą Bartmańską.

Spotkanie przebiegało w miłej atmosferze. Dzieci częstując się ciasteczkami i cukierkami dowiedziały się między innymi jak wygląda pasowanie na pielęgniarkę, że czepek jest symbolem zawodu pielęgniarki i położnej, co to jest czepekowanie i co zawiera uroczyste przyrzeczenie składane podczas nadawania tytułu pielęgniarki i położnej. Dowiedziały się także jak zostać pielęgniarką i położną.

Jedna obecna na spotkaniu dziewczynka-Weronika, uczennica gimnazjum zdradziła nam, że wybrała sobie już zawód i zostanie tak jak mama pielęgniarką.

Wszystkie dzieci za wykonane Laurki otrzymały upominki i kolorowe baloniki oraz najlepsze życzenia z okazji Dnia Dziecka.

Grażyna Obecna







# 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<br>Świadczenie 150 zł dziennie / Bez weryfikacji przychodów | Wariant B<br>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                                                                |

Niniejsza ulotka nie stanowi oferty handlowej w rozumieniu art. 66 Kodeksu Cywilnego

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