

ISSN 1640-7679

# Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

1-2/2021



**Rozstrzygnięcie konkursu „Moja historia z czasów Korony”**

**Warto wiedzieć... Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej**

**EVALI nowa jednostka chorobowa**

**Życie z zespołem Aperta**

**XIII Konferencja Medycyny Ratunkowej „Kopernik 2020”**

12

14

16

23



## Różne kolory naszej codziennej pracy

Zachęcamy do przesyłania zdjęć i dzielenia się również w ten sposób swoimi doświadczeniami w pracy



**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**

**Przewodnicząca ORPiP w Łodzi**  
Agnieszka Kałużna

**Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi**  
Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

**Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi**  
Bożena Pawłowska (położna)

**Sekretarz ORPiP w Łodzi**  
Maria Kowalczyk

**Skarbnik ORPiP w Łodzi**  
Maria Cianciara

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej**  
Małgorzata Pniak  
dyżuruje w II i IV wtorek miesiąca  
w godz. 13.00–15.00  
tel. 42 633 23 94

**Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych**  
Edyta Ziemkiewicz  
dyżuruje w I i III czwartek miesiąca  
w godz. 15.00–17.00

**Redaktor Naczelny „Biuletynu”**

Agnieszka Głowacka  
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 10

**Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**  
ul. Emilii Plater nr 34, 91-762 Łódź  
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74  
czynne: wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;  
**poniedziałek – dzień bez interesantów**  
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl  
– *przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym*

**Konto bieżące OIPIP**  
Santander Bank Polska SA, ul. Sienkiewicza 24, 11 Oddział w Łodzi  
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

**Prawo wykonywania zawodu**  
poniedziałek: dzień bez interesantów; wtorek: 10.00–17.45  
środa, czwartek 8.00–15.45; piątek: dzień bez interesantów  
tel. 42 633 32 13

**Kształcenie podyplomowe**  
wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00  
tel. 42 639 92 62

**Biblioteka OIPIP**  
poniedziałek, środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;  
wtorek: 10.00–18.00

**Pośrednictwo pracy i dział socjalny**  
wtorek: 11.00–18.00; czwartek: 9.00–16.00  
tel. 42 633 23 94

**Mecenas**  
wtorek: 14.00–18.00, czwartek: 12.00–14.00  
tel. 42 633 71 06

**Kasa**  
poniedziałek: nieczynna  
wtorek: 12.00–17.00; środa: 8.30–12.00, czwartek: 12.00–15.00;  
piątek: nieczynna  
tel. 42 639 92 76

## W NUMERZE:

**SERWIS INFORMACYJNY** 2

**TEMAT MIESIĄCA** 8

**PRAKTYKA ZAWODOWA** 12

**SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE** 23

**POŻEGNANIA** 28

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34  
tel. 42 633 69 63 w. 10; fax 42 633 68 74;  
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl  
Redaktor Naczelny: Agnieszka Głowacka  
Bank Zdjęć Photogenica: okładki, s. 8, 10, 20  
Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.  
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.  
ISSN: 1640-7679  
Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych  
Nakład: 3700 egzemplarzy  
Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl



Szanowni Państwo

Jest mi niezwykle miło oddać w Państwa ręce pierwszy w tym roku kalendarzowym numer Biuletynu. Oczywiście gorąco zachęcam do jego lektury. W tym wydaniu będą mogli Państwo przeczytać o bardzo ważnych i niestety często niedostrzeganych problemach osób z Zespołem Aperta (ZA) – rzadkim genetycznie uwarunkowanym zespołem wad wrodzonych układu kostnego. W tym artykule chcemy wskazać jak trudne i pełne wyzwań jest życie osób z ZA, może to umożliwić nam, często laikom w tym temacie, uwrażliwić się na problemy tych jakże wartościowych a często dyskryminowanych osób. Przy tej okazji chciałabym bardzo podziękować Idzie i jej Tacie za udzielenie zgody na publikację i wsparcie w powstaniu tego artykułu.

W Biuletynie znajdą Państwo też istotny temat dotyczący, niestety, coraz częściej obserwowanego zjawiska, jakim jest EVALI. Co to jest za choroba? Czym spowodowana i jak jej zapobiegać? Oczywiście i w tym numerze wzorem poprzednich jest jeszcze wiele innych ciekawych tematów, jak na przykład ten dotyczący pracy Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Serdecznie zachęcam do lektury.

Agnieszka Głowacka  
Redaktor Naczelny

## POSIEDZENIA KORESPONDENCYJNE

### LXV posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 26 listopada 2020 r.

- ▶ Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wykreślono z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi z powodu wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu – 72 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono z rejestru położnych OIPiP w Łodzi z powodu wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu – 7 położnych.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarki i 1 praktykę pielęgniarską.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 praktyki pielęgniarki.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki.
- ▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi 3 zapomogi losowe w wysokości 1 × 2500 zł, 2 × 1000 zł.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym w konferencji – 1 osobie.
- ▶ Zatwierdzono:
  - kadre dydaktyczną dla 1 kursu specjalistycznego organizowanego i finansowanego przez OIPiP w Łodzi;
  - komisję egzaminacyjną dla 1 kursu specjalistycznego organizowanego i finansowanego przez OIPiP w Łodzi (zajęcia na platformie Teams);
  - finansowanie spotkań warsztatowych w ramach wsparcia psychologicznego dla pielęgniarek i położnych w czasie epidemii COVID-19.

### XXXVI posiedzenie ORPiP w dniu 16 grudnia 2020 r.

Zatwierdzono:

- procedurę organizacji pracy Biura OIPiP w Łodzi w czasie epidemii oraz zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2;
- plan szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w roku 2021 – plan kształcenia podyplomowego na 2021 rok publikowany na stronie internetowej OIPiP i jego bieżące aktualizacje (wg zgłoszonych potrzeb przez zakłady i możliwe do realizacji ze względu na bieżącą sytuację epidemiologiczną);
- zakup środków oraz sprzętu do walki z epidemią spowodowaną zarażeniami wirusem SARS-CoV-2 wywołującym chorobę COVID-19, w kwocie 150 000 zł;
- zakup oprogramowania – zainstalowanie elektronicznej skrzynki podawczej w Sekretariacie biura OIPiP w Łodzi;
- zmiany do Polityki Rachunkowości OIPiP w Łodzi;
- przesunięcie środków finansowych pomiędzy grupami kosztów w budżecie OIPiP w Łodzi za rok 2020, zgodnie z Uchwałą XXXVII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 20 marca 2020 roku w sprawie zasad gospodarki finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi;
- rekomendację kandydatury do pełnienia funkcji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki dla województwa łódzkiego.

### LXVI posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 16 grudnia 2020 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarską i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarską OIPiP w Łodzi – 8 pielęgniarek i 1 pielęgniarską.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położnej.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Przyznano na czas określony prawo wykonywania zawodu pielęgniarki OIPiP w Łodzi i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 8 praktyk pielęgniarek i 2 praktyk pielęgniarską.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, zgodnie z Programem przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
  - skierowano na przeszkolenie – 1 pielęgniarkę;
  - wydano zaświadczenie o odbytym przeszkoleniu – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi 5 zapomóg losowych w wysokości 1 × 2500 zł, 1 × 2000 zł i 2 × 1000 zł, a 2 osobom odmówiono, ze względów regulaminowych – opisane zdarzenia nie mogły być uznane za zdarzenia losowe dotyczące członka samorządu, których zaistnienie spowodowało zapotrzebowanie na środki finansowe przekraczające możliwości gospodarstwa domowego wnioskodawców.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi:
  - wyrażono zgodę na spłatę zaległych składek członkowskich na rzecz OIPiP, na raty – zgodnie z wnioskiem 1 pielęgniarki.
- ▶ Zatwierdzono:
  - kadre dydaktyczną dla 3 kursów specjalistycznych, organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi (zajęcia na platformie Teams);
  - komisję egzaminacyjną dla 3 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi.

### LXVII posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 14 stycznia 2021 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarską i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarki.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarek.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.

- ▶ Przedłużono termin ważności prawa wykonywania zawodu pielęgniarki OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wydano duplikaty zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarską – 2 pielęgniarkom.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, zgodnie z Programem przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
  - skierowano na przeszkolenie – 2 pielęgniarki.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarek i 2 praktyki pielęgniarską.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki i 1 praktyki pielęgniarską poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 praktyk pielęgniarek.
- ▶ Odmówiono 13 członkom OIPiP w Łodzi przyznania zapomogi ze względów regulaminowych – opisane zdarzenia nie mogły być uznane za zdarzenia losowe dotyczące członka samorządu, których zaistnienie spowodowało zapotrzebowanie na środki finansowe przekraczające możliwości gospodarstwa domowego wnioskodawców.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi:
  - wyrażono zgodę na spłatę zaległych składek członkowskich na rzecz OIPiP, na raty – zgodnie z wnioskiem 1 pielęgniarki.
- ▶ Zatwierdzono:
  - kadre dydaktyczną dla 1 szkolenia specjalistycznego i 7 kursów specjalistycznych, organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi;
  - komisję kwalifikacyjną dla 1 kursu specjalistycznego organizowanego i finansowanego przez OIPiP w Łodzi;
  - koszty zakupu środków ochrony osobistej dla uczestników kursu specjalistycznego organizowanego i finansowanego przez OIPiP w Łodzi;
  - koszty korzystania z programów kadrowo-płacowych i finansowo-księgowych w dziale Księgowości OIPiP w Łodzi;
  - honoraria dla 4 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP nr 11–12/2020.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji egzaminacyjnych – 1 kursu kwalifikacyjnego i 14 kursów specjalistycznych u 2 organizatorów kształcenia podyplomowego.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym – 1 naczelnej pielęgniarki.

oprac. mgr Maria Kowalczyk  
Sekretarz ORPiP

## Komunikat Działu Kształcenia

Informujemy o wznowieniu kształcenia podyplomowego. W pierwszej kolejności powróciliśmy z zajęciami teoretycznymi na specjalizacjach, które zostały zawieszane w zeszłym roku, w związku z pandemią. Od stycznia rozpoczynamy nowe kursy, zarówno edycje odbywające się w OIPIP jak i edycje w zakładach. Należy mieć jednak na uwadze, iż na ten moment realizujemy głównie zajęcia teoretyczne – metodą online, korzystając z platformy Microsoft Teams. Zajęcia praktyczne organizowane będą jak tylko sytuacja epidemiczna ulegnie poprawie.

Dział Kształcenia prowadzi listy osób zainteresowanych na szkolenia, kursy i warsztaty psychologiczne – zgłoszenia indywidualne i grupowe prosimy dokonywać poprzez wysłanie wiadomości e-mail na adres szkolenia@oipp.lodz.pl lub kursy@oipp.lodz.pl z uwzględnieniem danych, takich jak: rodzaj i dziedzina kształcenia, imię, nazwisko, telefon i adres mailowy osoby zainteresowanej. O rozpoczęciu kursu bądź szkolenia osoby zainteresowane (zapisane na wyżej wymienioną listę) zostaną poinformowane e-mailowo lub SMS-owo.

Ponadto zapraszamy do zapoznania się z informacjami udostępnionymi na stronie internetowej OIPIP w Łodzi – [www.oipp.lodz.pl](http://www.oipp.lodz.pl).

W Dziale Kształcenia Podyplomowego znajdziecie Państwo m.in. najważniejsze informacje dotyczące kształcenia podyplomowego, instrukcję do Systemu Monitorowania Kształcenia oraz komunikaty dotyczące prowadzonych rekrutacji na kursy i szkolenia, a także wsparcia psychologicznego poprzez spotkania z panią psycholog przez Skype'a.

## Informacja o składkach członkowskich

Na podstawie art. 11 ust. 2 pkt 4 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 916, ze zm.) członkowie samorządu pielęgniarek i położnych obowiązani są regularnie opłacać składkę członkowską.

Wysokość składki członkowskiej została określona w Uchwale nr 18 i 22 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 roku w sprawie składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

Członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi mogą dokonywać wpłaty składek członkowskich:  
– indywidualnie poprzez stronę internetową [www.oipp.lodz.pl](http://www.oipp.lodz.pl) logując się w zakładce „użytkownik indywidualny”,  
– na rachunek bankowy OIPIP w Łodzi – Santander Bank Polska SA, ul. Sienkiewicza 24, 11 Oddział w Łodzi nr 20 1090 1304 0000 0000 3000 3869 – za pośrednictwem pracodawcy.

Składka członkowska dla pielęgniarek i położnych prowadzących indywidualne bądź grupowe praktyki zawodowe w ramach działalności gospodarczej wynosi za okres: 01.01.–31.12.2021 r. – 42,42 zł/miesiąc.

\*\*\*

Od 21 stycznia 2021 r. uległy zmianie opłaty za:

- wpis i zmianę wpisu danych do rejestru organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych i wynosi – 325 zł.
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – 109 zł
- zmianę wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – 54,50 zł
- wystawianie i wydawanie członkom samorządu zaświadczenia o kwalifikacji i przebiegu pracy – 84 zł

## Apel pielęgniarza o pomoc dla syna

# Apel o pomoc dla Bruna



Bruno urodził się 20 grudnia 2018 r. Po pierwszym roku życia zdiagnozowano u niego **DMD – Dystrofię Mięśniową Duchenne'a**. Choroba atakuje głównie chłopców i każdego dnia stopniowo powoduje degradację wszystkich mięśni. Powoli odbiera możliwość poruszania się i samodzielnego oddychania, a do życia (już w wieku szkolnym) niezbędny staje się wózek inwalidzki oraz respirator.

Dla takiego małego człowieka to wszystko brzmi jak wyrok. Choroby nie da się zatrzymać ani całkowicie wyleczyć, ale **badania nad lekiem trwają!** Można ją wyhamować poprzez codzienną rehabilitację, dając Brunowi radosne dzieciństwo i nadzieję na normalne życie.

**Kierujemy swój apel do ludzi wielkiego serca** o wsparcie, które pozwoli na dotarcie do ratunku na wszelkie możliwe sposoby, również za granicami naszego kraju.

*Wszelkie wpłaty prosimy kierować na konto:*

FUNDACJA DZIECIOM „ZDAŹYĆ Z POMOCĄ”,  
ul. Łomiańska 5, 01-685 Warszawa

Alior Bank S.A. **42 2490 0005 0000 4600 7549 3994**  
Tytułem: **37847 OSŁOWSKI BRUNO – darowizna na pomoc i ochronę zdrowia**

**Darowizny można też wpłacać ONLINE przez stronę:**  
**[www.dzieciom.pl/podopieczni/37847](http://www.dzieciom.pl/podopieczni/37847)**



*Można też przekazać 1% podatku.*

*Wystarczy w rozliczeniu rocznym wpisać:*

KRS: **0000037904**,  
a w polu CEL SZCZEGÓŁOWY: **37847 OSŁOWSKI BRUNO**  
Szanowni Darczyńcy, prosimy o wyrażenie zgody w formularzu PIT na przekazanie swoich danych OPP.

# Sprawozdania statystyczne Ministra Zdrowia za 2020 rok

Wydział Zdrowia, Rodziny i Polityki Społecznej Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego uprzejmie informuje, że zgodnie z art. 30 § 1 ust. 3 Ustawy o statystyce publicznej z dnia 29 czerwca 1995 r. (Dz.U. 2020 poz. 443 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 października 2019 r. w sprawie Programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2020 (Dz.U. poz. 2366 z późn. zm.), podmioty lecznicze wpisane do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą mają **obowiązek złożenia sprawozdań statystycznych**.

Podmioty o liczbie pracujących powyżej pięciu osób (niezależnie od formy zatrudnienia) składają sprawozdania wyłącznie w formie elektronicznej poprzez stronę internetową <https://ssoz.ezdrowie.gov.pl> lub [www.cez.gov.pl](http://www.cez.gov.pl) – zakładka: Projekty/Statystyka/ssoz. W przypadku podmiotów o liczbie pracujących nie większej niż pięć osób dopuszcza się przekazywanie danych w formie papierowej, jednak aktualne formularze obowiązujące w 2021 roku (za rok 2020) muszą być pobrane ze strony Centrum e-Zdrowia (zakładka: Projekty/Statystyka/Formularze). Sprawozdania w formie papierowej należy przesyłać na adres: Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi, Wydział Zdrowia, Rodziny i Polityki Społecznej, Oddział Zdrowia Publicznego, ul. Piotrkowska 104, 90-926 Łódź.

Wypełnienie sprawozdań wymaga zarejestrowania się w Systemie Statystyki w Ochronie Zdrowia (ssoz). Dostęp do systemu znajduje się na stronie <https://ssoz.ezdrowie.gov.pl>. Konta użytkowników, którzy wypełniali sprawozdania w latach ubiegłych pozostają aktywne.

**Uwaga!** Sprawozdania MZ-88 i MZ-89 dotyczące kadry są obowiązkowe dla wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz dla praktyk zawodowych z kodami: 97 (grupowa praktyka lekarzy/lekarzy dentyków), 98 (indywi-

dualna praktyka lekarska) i 99 (indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska w dziedzinie).

Sprawozdania przypisywane są jednostkom na podstawie kodów resortowych figurujących w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz na podstawie ankiety, która pojawia się przy pierwszym logowaniu do systemu w danym roku sprawozdawczym. Ankietę należy bezwzględnie wypełnić. Niewypełnienie może skutkować brakiem sprawozdań lub przypisaniem niewłaściwych formularzy.

Przed sporządzeniem sprawozdań należy zapoznać się z objaśnieniami zamieszczonymi na każdym formularzu statystycznym albo na stronie internetowej Centrum e-Zdrowia. Informacji udzielają też pracownicy Oddziału Zdrowia Publicznego Wydziału Zdrowia, Rodziny i Polityki Społecznej Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi: tel.: 42 664 10 36, 42 664 10 56, 42 664 10 68, 42 664 10 72.

W przypadku sprawozdań:

- z zakresu medycyny pracy (MZ-35A, MZ-35B) pytania prosimy kierować do właściwego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy (nr telefonu 42 631 46 71);
- z zakresu karty szpitalnej MZ-Szp11b oraz sprawozdań MZ-15, MZ-19 i MZ-30 informacji udziela Instytut Psychiatrii i Neurologii (nr telefonu 22 21 82 225);
- z zakresu medycyny szkolnej (MZ-06) na pytania odpowiadają administratorzy CeZ oraz pracownicy Instytutu Matki i Dziecka (nr telefonu 22 32 77 410).

W sprawach technicznych prosimy o kontakt z Centrum e-Zdrowia.

Przypominamy, że za niewywiązywanie się z obowiązku statystycznego bądź przekazywanie danych statystycznych po upływie wyznaczonego terminu grożą konsekwencje prawne określone w art. 57 i 58 ustawy o statystyce publicznej.

## Sprawozdania statystyczne Ministra Zdrowia za 2020 rok

Formularze sprawozdań dostępne są na stronie: <https://cez.gov.pl/projekty/statystyka/formularze/>

Symbol i nazwa sprawozdania	Podmioty zobowiązane do przekazania danych	Termin przekazania
MZ-88 Sprawozdanie o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą	Wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych, w tym <b>indywidualne i grupowe praktyki</b> zawodowe lekarzy, <b>pielęgniarek i położnych</b> , praktyki zawodowe fizjoterapeutów oraz regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa	12 marca 2021 r.
MZ-89 Sprawozdanie o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą	Wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych, w tym <b>indywidualne i grupowe praktyki</b> zawodowe lekarzy, <b>pielęgniarek i położnych</b> , praktyki zawodowe fizjoterapeutów oraz regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa	12 marca 2021 r.
MZ-11 Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym <b>indywidualne i grupowe praktyki zawodowe</b> lekarzy, <b>pielęgniarek i położnych</b> oraz praktyki zawodowe fizjoterapeutów udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w ramach środków publicznych (umowa z NFZ)	31 marca 2021 r.
MZ-13 Sprawozdanie o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc	Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób płuc i gruźlicy	22 lutego 2021 r.

MZ-14 Sprawozdanie o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej	Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową	1 marca 2021 r.
MZ-15 Sprawozdanie z działalności jednostki lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych	Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego	28 lutego 2021 r.
MZ-19 Sprawozdanie z działalności zespołu leczenia środowiskowego	Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia środowiskowego/domowego	15 lutego 2021 r.
MZ-24 Sprawozdanie o przerwanich ciąży wykonanych w placówkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa	14 lutego 2021 r.
MZ-29 Sprawozdanie o działalności szpitala ogólnego	Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego z wyłączeniem szpitali psychiatrycznych	26 lutego 2021 r.
MZ-29A Sprawozdanie o działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej	Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające stacjonarnych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej i hospicyjnej	26 lutego 2021 r.
MZ-30 Sprawozdanie podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie psychiatrycznej opieki stacjonarnej	Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające stacjonarnych świadczeń zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego, leczenia odwykowego, rehabilitacji narkomanów z wyłączeniem szpitali ogólnych	15 lutego 2021 r.
MZ-06 Sprawozdanie z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach	Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą szkolną	30 września 2021 r.
MZ Szp-11 Karta statystyczna szpitalna ogólna	Szpitalne – przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, w których podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenie szpitalne	raz w miesiącu do 20 dni po okresie sprawozdawczym
Sprawozdania finansowe MZ-BFA UW oraz Struktura zobowiązań	Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze oraz spółki kapitałowe utworzone przez Skarb Państwa, jednostkę samorządu terytorialnego lub uczelnię medyczną, w której łączny ich udział wynosi co najmniej 51% kapitału zakładowego	raz na kwartał do 27 dni po okresie sprawozdawczym
MZ-35A Sprawozdanie lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących	Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie badań profilaktycznych pracowników	2 marca 2021 r.
MZ-35B sprawozdanie z działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą realizującego świadczenia z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami	Podmioty wykonujące działalność leczniczą lub wydzielone części podmiotów będące jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy	2 marca 2021 r.
MZ-42 sprawozdanie z działalności regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa oraz wojskowego centrum krwiodawstwa	Regionalne Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa; Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa	8 lutego 2021 r.

Szanowni Państwo,  
w imieniu Zespołu Redakcyjnego miło nam zakomunikować, że konkurs „Moja historia z czasów Korony” został rozstrzygnięty. Dziękujemy za nadesłane prace, które zostały ocenione przez zespół jury, a laureatów wyłoniono drogą jawnego głosowania. Mam zaszczyt ogłosić, że pierwsze miejsce zdobyła praca pt. „Nic nie zapowiadało katastrofy”, drugie miejsce artykuł pt. „Rok 2020 zapamiętamy na bardzo długi czas...”, trzecie miejsce – praca pt. „Nie(koronkowa) robota”.  
Dwie prace zdobyły też wyróżnienia.  
Wszystkim laureatom serdecznie gratulujemy. Poniżej publikujemy dwie prace, które zajęły odpowiednio pierwsze i drugie miejsce w naszym Konkursie.

Redaktor Naczelna  
Agnieszka Głowacka

## Nic nie zapowiadało katastrofy

Budzik o 5.00. Jak zwykle za zimno. Kawa w kubek termiczny. Jeszcze tylko po drodze bułki i tankowanie. Szukając kluczy do samochodu, obciążona torbami, jakbym się wyprowadzała a nie jechała na dyżur, ciężko poirytowana po raz kolejny obiecuję sobie posprzątać w torbie.

Droga OK, nawet bez korków, mierzenie temperatury przy wejściu, ciasna i śmierdząca szatnia (człowiek to się jednak potrafi przyzwyczaić do wszystkiego), wreszcie oddział.

Wchodząc wiedziałam już, że coś bardzo jest nie tak. Przez środek naszej zielono-burej podłogi z linoleum biegła biała linia. Oddziałowa burknęła coś niezrozumiale na moje dzień dobry, prawie wybiegając z korytarza. – Wchodzisz lewą – rzuciła przez ramię. – Zaraz przyjdę.

W powietrzu wisiała jakaś nerwowa chmura, z lekarskiego dobiegała stłumiona przez zamknięte drzwi głośna dyskusja, przerywana dzwoniącym raz po raz telefonem.

– Może ktoś mi wyjaśni, co się tu wyprawia od rana? – zapytałam wchodząc do socjalnego, chociaż właściwie wiedziałam, co usłyszę...

Od początku ogłoszenia pandemii wiedzieliśmy, że w końcu wirus trafi i do nas. To była tylko kwestia czasu. Zwykły rachunek prawdopodobieństwa. Nie rozmawialiśmy o tym zbyt wiele, ale każdy dyżur to podskórne oczekiwanie, adrenalina produkowana w trybie ciągłym w 2 ilości 1 alarmowej, prośba do swoich bogów przed każdym dyżurem, żeby nie dzisiaj...

Trenowaliśmy zakładanie i zdejmowanie zestawu ŚOI. Dostaliśmy takie pomarańczowe coś, z grubsza przypominające plandekę na żuka. Nikomu nie udało się tego zdjąć tak, żeby

się potencjalnie nie zakazić. Materiał był gruby, sztywny, niepodatny. Byliśmy załamani – na początku dostaliśmy informacje, że tylko takie będą dostępne. Potem przyjechały białe z darów, cieńsze i wygodniejsze z zaleceniem, żeby maksymalnie oszczędzać. Czyli co? Mam wejść do chorego z COVID (+), a potem oddać kombinezon koleżance? Absurdy i chaos organizacyjny, braki w sprzęcie doprowadzały nas do rozpacz.

Lekarze załatwili kilka przyłbic, których wprawdzie nie dało się nosić dłużej niż pół godziny, bo wrzyną się w skórę, ale przynajmniej coś było.

Maski PP2 były wydawane personalnie, reszta leżała pod kłuczem. Nagle zabrakło zwykłych masek chirurgicznych. Wyparowały ze szpitala. Rodziny szyły nam maski z bawełny.

Nasz szpital nie był przystosowany do pandemicznych procedur – nie wiem, czy którykolwiek jest – nie ma ciągów komunikacyjnych czystego i brudnego, nie ma izolatek z podziałem na strefy. Ile bloków operacyjnych ma system wentylacji z podciśnieniem?

Czuliśmy się tak, jakby kazano nam wyruszyć na mamuty z mieczem z drewna w garści.

Jedna trzecia koleżanek zniknęła z grafiku, bo opieka nad dziećmi. Ciągłe nadgodziny. Niepewność. Oczekiwanie.

Anka podniosła głowę znad kubka herbaty rumiankowej: – Mamy COVIDA. Wiedziała, że trafi na mnie, zawsze mam takie szczęście.

– Daj spokój, będzie dobrze, ogarnij się, bo zaraz my wchodzimy – Rafał dokończył kanapkę i wstał z krzesła. – Musi być dobrze.



– Pacjentka przyjechała do nas jeszcze przytomna, na własnym oddechu, normalne przyjęcie na ogólną salę – Anka, ciągle przygaszona, zaczęła zdawać relację – Byłam na opatrunkowej, nie zdążyłam tam wejść. Potem zaczęła siadać oddechowo. Interweniowała Monika z Kowalską. Zaintubowały bez problemu, ale potem coś się zaczęło dziać.

– Wiesz, Monika mówiła, że nigdy nie widziała, żeby komuś tak leciała saturacja. Przecież była zaintubowana i wentylowana. Rurka intubacyjna drożna, w ssaku?/niu niewiele, rury szczelne, respirator podaje zadaną objętość, nie ma obturacji, a saturacja „na ziemi”? Nic nie mogli zrobić, chociaż robili wszystko, co można. Monika potem powiedziała (dzwoniła do mnie z domu, gdy trochę ochłonęła), że pierwszy raz widziała, jak dr Kowalska się boi... Ona im umarła. Jakby nie miała płuc. I wtedy dostaliśmy informacje z Sanepidu, że wynik wymazu jest dodatni. Dzwonili dopiero teraz, bo nie mogli się dodzwonić do szpitala, w którym poprzednio była i nie wiedzieli, dokąd została zawieziona pacjentka. Cały zespół karetki na kwarantannie i cały nasz dzienny z tego odcinka też. I doktor Sarmacki, bo pobiegł na pomoc. Nie pracowali w pełnym ŚOI, bo niby dlaczego?

Usiadłam ciężko na krześle. – Monika była na rano? Ona ma Mamę po chemii...

– Wiem, kazała przewieźć Mamę i syna do ciotki. Mąż uparł się z nią zostać. Magda, to jest jakieś szaleństwo – Anka ledwo powstrzymywała łzy. – Ja się do tego nie nadaję.

– Daj spokój Anka, wszystko będzie dobrze – to wyrażenie stało się mantrą, powtarzaną przez wszystkich na każdym dyżurze. Musieliśmy sobie z tym jakoś poradzić.

W drzwiach stanęła oddziałowa. Zawsze była prędką, ale teraz wyglądała jakby sama nie nadążała za biegiem własnych myśli. Chyba trochę drżały Jej ręce.

– Magda, chodź, opowiem ci, co i jak zanim zmienisz zespół, Karolina już u mnie siedzi.

Sala, na której leżała pacjentka z COVID (+), jest traktowana teraz jak izolatka z potencjalnie zakażonymi. Przed salą jest zrobiona na razie prowizoryczna śluzka z podwójnej grubej folii. Dyrektor myśli nad innym rozwiązaniem, może uda się przekazać pacjentów do jednoimiennego, ale na razie mamy to, co mamy.

– Ubieracie się przed śluzką, a rozbieracie w śluzie, stoi tam kosz, płyn dezynfekcyjny i rękawiczki. Tu macie dla przypomnienia wydrukowany schemat rozbierania i dezynfekcji. Zmieniacie się co 4 godziny. Pierwszy wymaz został już pobrany wszystkim pacjentom, czekamy na wynik. W szpitalu jest powołany zespół kryzysowy. Będę was informowała na bieżąco. Wchodźcie za 4 godziny.

Wychodząc pytam: – Ile lat miała ta pacjentka? Ta z COVID-em? Oddziałowa patrzy na mnie przez chwilę: – Czterdzieści jeden.

Podczas szczerzego zapinania kombinezonu przypomnieli mi się słowa ekspedientki ze sklepu, w którym kupowałam bułki: – Ja tam w tego wirusa nie wierzę, to przecież jakaś ściema.

Taki scenariusz, takie sytuacje przerobiła każda i każdy z nas. Udźwignęliśmy cały ciężar, chaos, całą paranoję niewydolnego systemu ochrony zdrowia płacąc za to własnym zdrowiem. Od początku pandemii w Polsce zginęło sześć pielęgniarek, ile przechorowało COVID-19 – nie wiadomo. Jak to się odbije później na ich zdrowiu – też nie wiadomo.

Jest tylko jedna rzecz, która pozwala nam przychodzić do pracy kolejnego dnia – wsparcie, które sobie okazujemy. My pielęgniarki – pielęgniarkom. Tak jest w moim Zespole. Dziewczyny i chłopaki, kobiety młode i trochę starsze. Różne temperamenty. Różna wytrzymałość na stres. Jedna wspólna cecha – możemy na siebie liczyć.

Polska pielęgniarka w dobie pandemii:

- w fartuchu z włókna, bo zabrakło kombinezonów;
- słuchająca zaleceń ponownego użycia maski FFP2, bo przecież „jeszcze jest dobra”;
- w klejonych plastrem workach na śmieci, „robiących” za ochraniacze na obuwiu (pełniących rolę ochraniaczy na obuwiu)?;
- jednego dnia słuchająca oklasków ludzi i słów: – Dziękujemy bohaterom, a drugiego dnia: – Spadaj stąd, s...ko i z przebitymi oponami samochodu;
- Bez wsparcia, bez ochrony, bez pewności jutra – swojego i swojej rodziny;
- Okradana z należytą finansową gratyfikacją za pracę przy pacjentach z COVID-19.

O co nam, pielęgniarkom/pracownikom ochrony zdrowia chodzi? Przecież: Wszystko jest pod kontrolą... Oklaski...

Magda



## Rok 2020 na bardzo zapamiętamy długi czas

Rok 2020 służba zdrowia zapamięta na bardzo długi czas. Nikt nie spodziewał się, że dla nas i całego świata rozpocznie się nowy porządek naszego społecznego i zawodowego życia.

Pracuje w szpitalu, pilnie śledziłam to co działo się w placówkach medycznych w każdym zakątku naszego globu. Te medialne przekazy, które początkowo nie docierały do mnie, dla moich emocji bardzo ciężkie. Myślałam wtedy, że to, co widzę jest daleko ode mnie, a ta sytuacja nigdy nie pojawi się w mojej placówce ani nie spotka mojej rodziny. Los zdecydował inaczej.

Zaczęło się od testowania personelu medycznego na dyżurach. Pierwszy mój test na COVID-19 był bardzo bolesny, materiał do badań został pobrany przez nos. Szczęście – wypadł ujemnie. Większość zespołu odebrała negatywne wyniki testu. Po upływie czasu nastąpiło ponowne testowanie. Znowu radość – wynik ujemny. Rozpoczęłam dyżur nocny. To od tego momentu zaczął się dla mnie ten „historyczny” okres w moim życiu. Odebrałam telefon od oddziałowej, która poinformowała mnie, że koleżanka, z którą pracowałam na dyżurze dziennym miała wynik dodatni. Kontynuowaliśmy reżim sanitarny – odpowiedni ubiór, maseczki, dezynfekcja itd. Byłam tym bardzo zmęczona.

Zaczęłam myśleć, co przechodzi ta młoda pielęgniarka, która weszła w czas izolacji. Zeszłam z dyżuru z ciężką głową pełną różnych myśli – co dalej z nami? Godzina 13, telefon wybudził mnie z głębokiego snu. Odbieram – sanepid dzwoni z informacją, że zostajemy objęci kwarantanną. Nie tylko ja, ale i mój mąż. Byłam w kontakcie z osobą zakażoną – oczywista procedura, aczkolwiek byliśmy bardzo zdenerwowani, bo czuliśmy się przecież dobrze a ja miałam wynik ujemny. Myślałam sobie, że zamyka się nas bez kontaktu ze światem zewnętrznym. Nie było dyskusji, nie byliśmy przeciw jedyń. Narastał we mnie bunt, po powrocie męża do domu jego reakcja była jeszcze gorsza. Z mojej perspektywy w tym całym „zamieszaniu” byliśmy zamknięci, pozbawieni godności, odizolowani do granic możliwości. Po 5 dniach musieliśmy przejść ponownie testy. Sanepid poinformował nas o przymusowej kontroli policji w sprawie przestrzegania kwarantanny. Mój bunt emocjonalny był jeszcze większy. Zamknięcie i na dodatek policja. Co zrobiliśmy, że musimy być kontrolowani przez tę instytucję – osoby w tym wieku, spokojne, uczciwie pracujące. Co na to powiedzą sąsiedzi? Jaka będzie ich reakcja? Towarzyszył mi wtedy pewien lęk oraz wstyd. Na 2 godziny zostaliśmy zwolnieni z kwarantanny na wykonanie testu w placówce medycznej. Boże, jaka towa-

rzyszyła mi radość, kiedy mogłam w końcu opuścić swoje mieszkanie! Po około dwóch dniach od wykonania badania ja i mój mąż zaczęliśmy się bardzo źle czuć – ogarnęła nas straszna słabość, w głębi duszy czułam, że wynik będzie dodatni. Nie myliłam się, oboje zaczęliśmy mieć objawy towarzyszące osobie zakażonej koronawirusem – brak smaku, węchu, pokrzywka na klatce piersiowej i wysoka temperatura, nawet do 39 stopni. W momencie, kiedy potrafiłam wstać do łazienki a łyżeczka do herbaty ważyła 10 razy więcej zaczęły mnie nachodzić myśli – Boże, co się ze mną dzieje? Moje nogi są jak z waty. Co teraz z nami będzie? W jaki sposób się ratować? Co będziemy jeść? Spojrzałam na męża, który również bardzo słaby leżał w drugim pokoju. Po chwili zadzwoniłam do syna przekazać mu informacje, co się z nami dzieje. Bardzo to przeżył. Wieczorem przywiózł dla nas posiłek – byliśmy bardzo głodni. Jedynym sposobem na odbieranie rzeczy bądź posiłków z zewnątrz było zostawienie ich na wycieracze. Co to za upokorzenie dla człowieka – pomyślałam. Kiedy otworzyłam w drzwi, w oddali, na samym końcu korytarza zobaczyłam syna, który patrzył na mnie. Serce mnie bolało, bo bardzo chciałam go przytulić. Nade-

szła noc, która była dla nas bardzo ciężka, ponieważ nasze objawy znacznie się nasiliły. Na kolejny dzień otrzymaliśmy informację, że razem mamy wynik pozytywny. Pierwsza myśl? Dramat, co dalej zrobić, przecież czujemy się coraz gorzej. Wykonałam telefon do syna z prośbą o zakup leków oraz produktów spożywczych.

W godzinach popołudniowych kolejnego dnia usłyszałam głośne walenie do drzwi. Tak – nie było to delikatne pukanie ani dźwięk dzwonka, którym nasi goście posługiwali się, gdy przychodzili do nas. Kto mógłby się tak zachować? Policja – pomyślałam – i poszłam do drzwi, cały czas czując słabość oraz bezsilność. Po chwili usłyszałam policjanta, który podniesionym głosem zażądał mojego numeru telefonu. Nie miałam siły tak głośno mówić i chciałam choć trochę otworzyć drzwi. Policjant z całej siły trzymał je i krzychał: co ja robię?! Rozumiałam jego reakcję, ale nie takiego traktowania chorych osób spodziewałam się od służb publicznych. Po tym przeżyciu poczułam się jeszcze gorzej.

Na następny dzień syn przywiózł nam leki i posiłki. Przyjmowaliśmy preparaty przeciwwirusowe i przeciwgorączkowe, żeby się ratować. Poskutkowało! Poczulałam się troszkę lepiej, temperatura spadła i pojawiło się czucie w nogach. Dzisiaj wiem, dlaczego tak się stało. Musiałam mieć siłę, aby ratować

męża. On z dnia na dzień czuł się coraz gorzej – utrzymywała się u niego wysoka temperatura ciała, która bardzo go osłabiała. Dlaczego on tak musi cierpieć? Dlaczego go to spotkało? Pomyślałam, ale nie znalazłam odpowiedzi. Nie mogłam marnować czasu, musiałam działać. Leki zbijające gorączkę działały krótkotrwale. Co robić? Mąż nie chciał iść do szpitala. Jak mogłam mu pomóc zamknięta w czterech ścianach? Byłam nadal słaba, nie miałam siły umyć twarzy ani zębów. Modliłam się o zdrowie dla męża, zdarzało się, że płakałam. Widziałam jak jego stan się pogarsza. Posiadał choroby współistniejące – astmę, nadciśnienie oraz wadę serca. W tym czasie spałam po dwie godziny, czuwałam przy jego łóżku, kontrolowałam temperaturę. Zaczęłam myśleć o śmierci. Zapytałam się, czy nadal odmawia pobytu w szpitalu, odpowiedział, że tak. Nie wiedziałam co mam robić, byłam bezsilna.

Po konsultacji z lekarzami, poznałam różne opinie. Słowa jednego z doktorów utkwiły w mojej głowie.

– Proszę pani, ze szpitala to on już nie wyjdzie – powiedział.

Zrozumiałam, że na polu bitwy jestem sama. Był to trudny czas dla moich bliskich. Prosiłam rodzinę męża o modlitwę za jego zdrowie. Następne 12 dni to okres ciężkiej gorączki, straty 10 kg. Nie poznawałam go, zawsze wesoły i energiczny, wszędzie go było pełno, a teraz przykuty do łóżka. Po tym czasie oboje poczuliśmy się troszkę lepiej. Temperatura męża obniżała się. Kolejne nasze testy były nadal dodatnie. Z trudem radziliśmy sobie z emocjami, czuliśmy, że ta izolacja nas wyniszcza.

Po 5 tygodniach nastał dla mnie piękny czas, w końcu mogłam poczuć, świeże powietrze, doświadczyć wolności. Po wyjściu z domu musiałam od nowa nauczyć się tej rzeczywistości. Krok pierwszy – regeneracja swojego organizmu, czułam, że w środku jest wyniszczony. Obecnie już pracuje. Na dzień dzisiejszy nie mam stwierdzonych powikłań, ale jestem dużo słabsza niż przed chorobą. Mój mąż nadal jest na zwolnieniu. Przechodzi szereg różnych badań specjalistycznych. Kiedy ja piszę ten tekst, on przebywa w szpitalu, bo bardzo źle się czuł. Mam nadzieję, że wszystko będzie dobrze.

Oddział, na którym pracuję, w czasie mojej kwarantanny został zamknięty na miesiąc z powodu pojawienia się COVID-u wśród personelu i pacjentów. Doświadczenia z chorobą moich koleżanek pracujących w szpitalu są różne. Były osoby, które dla dobra rodzin zrezygnowały z pracy, inne mimo młodego wieku z powodu powikłań nie mogą wrócić do zawodu. Te moje „historyczne” przeżycia z COVID-19 trudno przelać na papier. Prawdziwy obraz choroby, emocje, cierpienie znam tylko ja. Modlitwa, łzy oraz rozmowa z bliskimi dała mi siłę przetrwania w tym ciężkim czasie. Dziękuję Panu Bogu, że żyjemy.

Ana

# WARTO WIEDZIEĆ...

## Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

mgr MAŁGORZATA PNIAK

Walka z pandemią COVID-19 trwa w Polsce już prawie rok. Informacje na temat wirusa COVID-19 dostępne są na każdej płaszczyźnie medialnej. Dotyczą między innymi: gospodarki, szkolnictwa, jak również opieki zdrowotnej. Szybkie rozprzestrzenianie się wirusa SARS-Co-2, spowodowało wprowadzenie znacznych ograniczeń w większości jednostek medycznych, a nawet spowodowało całkowite przeorganizowanie niektórych oddziałów, na przykład w oddziały tak zwane „covidowe” – czyli mające na celu leczenie pacjentów zakażonych wirusem SARS-Co-2.

Obawa przed zakażeniem, niepokój o siebie, bliskich oraz stres wynikający z całokształtu napiętej sytuacji, doprowadziła do sytuacji, kiedy praca pielęgniarek/rzy i położnych/ników stała się wyzwaniem. Znaczącym w tej kwestii były również zachowania społeczeństwa postrzegającego nas, osoby medyczne, naprzemiennie za bohaterów, a innym razem, delikatnie mówiąc, za szkodzących pacjentom. W tym czasie dało się zaobserwować wzrost zachorowań. Widoczny stał się problem wolnych łóżek dla pacjentów i jednocześnie braku specjalistycznej kadry medycznej, w szczególności pielęgniarek i pielęgniarzy. Niejednokrotnie w oddziałach dawały się we znaki braki grafikowe. Duża część personelu musiała pozostać w domu na skutek kwarantanny lub izolacji. Kadra kierownicza została zmuszona, przez aktualną sytuację, do szybkiego przeorganizowania pracy własnej, jak również podległego personelu. W części oddziałów szpitalnych i przychodni należało szybko wdrożyć zmiany. Między innymi w infrastrukturze oddziału powstały: strefy zakażne – pobytu pacjenta, strefy buforowe, śluzy, pryszniczce dla personelu, pomieszczenia do ubierania jak i rozbierania ze środków ochrony osobistej (kombinezony, maski FFP3, przyłbicy, czepka, butów, rękawiczek). Sytuacja pandemii wymogła szybkie opracowanie procedur, odnoszących się do szczególnych czynności i działań w przypadku postępowania z pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2. Utworzone procedury zawierały dokładny opis postępowania w przypadku sposobu przemieszczania się, postępowania po kontakcie z pacjentem COVID-19 usuwania odpadów, przekazywania materiału zakaźnego, postępowania ze zwłokami itd.

Czas pandemii to również ciężki okres w Biurze Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych

w Łodzi. Jeszcze w marcu 2020 roku, pomimo otaczającej rzeczywistości, podejmowane były próby dalszego prowadzenia przesłuchań świadków, w tym zatrudnionych w oddziałach zakaźnych. Z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa i nienarażania na ewentualne zakażenie podczas przesłuchań, byłam zmuszona podjąć decyzję o zaprzestaniu przeprowadzania postępowań wyjaśniających w zakresie dowodów związanych z bezpośrednim kontaktem ze stronami oraz świadkami. Wraz z zastępcami Rzecznika, adwokat oraz specjalistą do spraw Biura Rzecznika, wykonywaliśmy w tym czasie wiele czynności, bezpośrednio reagując na bieżące problemy, osobiście wielokrotnie odbywałam rozmowy telefoniczne.

Do Biura napływały kolejne skargi na pielęgniarki i położne, związane z trudną opieką nad pacjentami, u których wykryto koronawirusa, nowymi problemami organizacyjnymi, długim oczekiwaniem na oddziałach SOR. Dokładnie analizowaliśmy postępowanie w sprawach i podejmowaliśmy stosowne czynności, ale przede wszystkim rozpoczęliśmy działania wspierające pielęgniarki i położne, w tym poprzez prowadzenie czynności prewencyjnych.

Prowadzenie szkoleń prewencyjnych odbyło się w nowej formie, przez internet z wykorzystaniem platformy Microsoft Teams. Podczas prewencji Rzecznik przypomniał o odpowiedzialności zawodowej. Poruszono wiele problemów. Między innymi mówiliśmy o ochronie ze względów epidemiologicznych własnej osoby jako pracownika (prawidłowe zabezpieczenie w środki ochrony osobistej), również ochronie pacjenta (działania uniemożliwiające przeniesienie czynnika zakaźnego między różnymi pacjentami). Szczególny nacisk był położony na:

- zachowanie godności ludzkiej,
- szacunek dla pacjenta chorego,
- zachowanie intymności pacjenta,
- prawidłowej współpracy w zespołach,
- wsparcie, pomoc i przekazywanie wiedzy w sytuacjach wymagających wykonanie czynności specjalistycznych,
- możliwość rozmowy, wyjaśnienia problemów z kierownictwem w sytuacjach trudnych, konfliktowych,
- przestrzeganie podstawowych zasad bezpieczeństwa w pracy z pacjentem,

- dbanie o przestrzeganie przyjętych zasad postępowania przez wszystkich członków zespołu, co ma na celu ograniczenie pomyłek, wyeliminowanie złych nawyków, zagrożeń epidemiologicznych.

Dzisiaj prawie po roku trudnego czasu epidemii zaczynamy zbierać w Biurze Rzecznika „żniwa” z tego okresu. Z przykrością muszę stwierdzić: „żniwa” w negatywnym tego słowa znaczeniu. Przedstawiony poniżej przykład to niewielki wycinek z życia pielęgniarki:

”  
...byłam bardzo zmęczona, dziesiąta godzina pracy, w nocy mało spałam, dziecko było płaczące, wie pani jak to jest... Można było zarobić, nie chciałam zrezygnować więc z tego dyżuru... Nie wiem, dlaczego się pomyliłam? Najbardziej przykro mi jest, że pacjent nie przeżył. Gdybym mogła cofnąć czas... Mam żal do mojej koleżanki, siedziała ze mną wcześniej, śmiała się, opowiadała, żartowała, gdy chciałam już iść pracować, zatrzymywała mnie, mówiąc – daj spokój, zdążymy. A później się wszystkiego wyparła, powiedziała, że ona to nawet nie miała czasu usiąść. Gdybym jej nie posłuchała... nie musiałabym się tak spieszyć, może by się to nie stało...”

Chwila zadumy? Tak, czasu nie możemy cofnąć, proszę o tym pamiętać. Czasami nasze czynności mogą być nieodwracalne. A przecież nie mamy prawa decydować za Boga.

Wpływające skargi i ich analiza, pozwalają wysnuć wniosek: „Ciężkość pracy, trudności kadrowe nie mogą być przyzwoleniem na bylejąkość”.

Wszyscy musimy wspólnie mówić o tym, że istnieją problemy, zdarzają się pomyłki. Nie należy bać się o nich rozmawiać, zastanawiać się z kierownictwem co zmienić, żeby ich nie było. Dbać o bezpieczeństwo pacjenta, a co za tym idzie bezpieczeństwo własne.

Podsumowując, z dumą mogę stwierdzić, że jesteśmy grupą zawodową w dużej części z wykształceniem wyższym, a często specjalistycznym. Postrzegana w społeczeństwie z coraz większym szacunkiem. Otrzymując coraz lepsze wynagrodzenie za pracę. Oferty pracy są coraz bardziej atrakcyjne i kuszące. Nie niszczy tego, dbajmy wspólnie o prestiż naszego zawodu.

mgr Małgorzata Pniak  
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej



Szanowni Państwo

Nazywam się Mirosława Chojnacka, jestem pielęgniarką, członkiem naszej OIPIP w Łodzi. Zwracam się z prośbą o przekazanie 1% podatku w swoim zeznaniu podatkowym. Mam syna chorego na mukowiscydozę – chorobę genetyczną nieuleczalną. Ma 40 lat. Choroba, mimo ciągłego przyjmowania leków, ciągle postępuje. Systematycznie wyniszcza cały organizm, powoduje włóknienie narządów (np. płuc, trzustki). Leczenie i rehabilitacja jest wielokierunkowa i bardzo droga.

**Bardzo proszę, przekazcie swój 1% Fundacja Dzieciom „Zdążyć z pomocą” KRS 0000037904 (z dopiskiem Mariusz Chojnacki Nr – 4004)**

Innym sposobem udzielania pomocy jest przekazanie darowizny w ciągu całego roku.

Wpłaty prosimy kierować na konto:

**Fundacja Dzieciom „Zdążyć z Pomocą”  
Bank BPH SA 15 1060 0076 0000 3310 0018 2615  
Bank BPH SA  
(darowizny w ramach zbiórki publicznej)  
61 1060 0076 0000 3310 0018 2660  
z dopiskiem Mariusz Chojnacki Nr – 4004**

Więcej informacji na stronie  
[www.dzieciom.pl/4004](http://www.dzieciom.pl/4004)

Dziękujemy bardzo!





# EVALI – nowa jednostka chorobowa

## Czy e-papierosy to dobra alternatywa do zaniechania palenia tradycyjnych papierosów?

dr n. med. SYLWIA KAŁUCKA

EVALI to nowa jednostka chorobowa związana z paleniem e-papierosów, w wyniku wapowania (pochodzi od „vaping”, o technika inhalowania e-papierosów) dochodzi do uszkodzenia płuc. EVALI to skrót z języka angielskiego od E-cigarette, Vaping, product use – Associated Lung Injury. W wyniku inhalowania związków chemicznych, powstających na skutek podgrzewania płynów zawierających kanabinoidy w e-papierosach, dochodzi do ostrego uszkodzenia płuc.

Amerykańskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (Centers for Disease Control and Prevention) w sierpniu 2019 roku wprowadziło nazwę – EVALI. Było to spowodowane hospitalizacją 2668 osób w USA stosujących e-papierosy, u których doszło do uszkodzenia płuc, z czego 60 z nich zmarło. W październiku 2019 roku nazwa EVALI została zakwalifikowana jako ciężka choroba płuc – niespecyficzny stan układu oddechowego spowodowany inhalowaniem związków chemicznych, gazów, dymów, oparów i nadano jej kod o numerze J68.9 w ICD-10. W Polsce także odnotowano kilka przypadków uszkodzeń płuc w wyniku palenia elektronicznych papierosów. W związku z tym Główny Inspektor Sanitarny wprowadził od początku 2020 r. obowiązek zgłaszania przez szpitale każdego przypadku uszkodzenia płuc związanego z waporyzacją, a także obowiązek monitorowania powikłań po użyciu e-papierosów.

Objawy EVALI mogą być mylące, ponieważ są typowe dla infekcji np. zapalenia płuc czy zaburzeń układu oddechowego. Do objawów należy: kaszel, duszność, gorączka, dreszcze, tachykardia, pojawiają się bóle w klatce piersiowej, czasami nudności, wymioty.

### Następstwa palenia e-papierosów

Rozgrzewający się płyn do wysokiej temperatury powoduje uwolnienie substancji zawartych w zakupionym liquidzie, są to m.in. metale ciężkie (m.in. niklu czy chromu), których inhalacja może powodować u osoby duszność, świszczący oddech, nudności, wymioty, perforacje i owrzodzenia przegrody nosowej, zapalenia jamy nosowo-gardłowej i zatok, zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc, astmę, raka płuca. Odnotowywano przypadki w USA rozerwania języka, przegrody nosa i inne poważne oparzenia w obrębie jamy ustnej. Wapowanie wśród dzieci i młodzieży wpływa na obniżenie koncentracji i uwagi,

trudności w skupieniu się na lekcjach, pogorszenie wyników w nauce.

Rozpoczęcie nowego roku jest dobrym momentem, aby porozmawiać o paleniu papierosów i e-papierosów. Badania pokazują, iż najczęściej palaczy szuka pomocy i decyduje się na rzucenie palenia tytoniu właśnie w okresie noworocznym. Warto ten moment wykorzystać, aby pomóc naszym pacjentom zrezygnować z palenia i promować życie bez dymka z papierosa czy mgiełki z e-papierosa.

Palenie tytoniu jest jednym z najważniejszych modyfikowalnych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych (chorób niezakaźnych) zarówno wśród osób młodych, jak i starszej populacji. Wieloletnie, regularne palenie papierosów jest główną przyczyną przedwczesnych zgonów osób dorosłych w Polsce. Pomimo corocznych licznych akcji promujących zaprzestanie palenia (m.in. 31 maja Światowy Dzień bez Papierosa, 19 listopada Światowy Dzień Rzucania Palenia) w Polsce nadal pali papierosy około 9 milionów Polaków. Badanie GATS (koordynowane przez Ministerstwo Zdrowia oraz Biuro Światowej Organizacji Zdrowia) pokazało, że w Polsce nadal codziennie pali tytoni 33,5 proc. dorosłych mężczyzn (5,2 miliona) i 21 proc. dorosłych kobiet (3,5 miliona), co stanowi łącznie 27 proc. (8,7 mln) dorosłych Polaków. Poza tym, ponad milion Polaków to okazjonalni palacze (około 3,3 proc. u obu płci). Łącznie codzienni i okazjonalni palacze stanowią 30,3 proc. populacji, to jest 9,8 miliona osób, w tym 36,9 proc. mężczyzn i 24,4 proc. kobiet. Im wcześniej rozpoczynamy palenie papierosów, liczba wypalanych papierosów dziennie oraz liczba lat palenia tytoniu mają wpływ na szybszy rozwój uzależnienia oraz negatywny wpływ na zdrowie. Potwierdziły to liczne badania. Palacz w średnim wieku przeciętnie traci prawie 22 lata życia. Palenie tytoniu zwiększa ryzyko zachorowania na nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwienną serca, wystąpienia zawału i/lub udaru, ale jest także groźnym czynnikiem sprawczym najczęściej występującego nowotworu nikotynozależnego – nowotworu tytoniozależnego, do których zaliczamy przede wszystkim: raka jamy ustnej, gardła, przełyku, krtani, płuca, raka pęcherza moczowego, raka szyjki macicy, raka trzustki, raka nerki. Lista negatywnych skutków jest długa, należy dodać do zdrowotnych następstw skutki ekonomiczne budżetu domowego.

Elektroniczny papieros (e-papieros) od początku był promowany jako doskonała alternatywa dla przewlekłych palaczy, którzy chcą zerwać z nałogiem palenia tytoniu. Po raz pierwszy w sprzedaży komercyjnej pojawił się w 2003 r. w Hong Kongu, bez żadnych wcześniejszych badań naukowych potwierdzających jego szkodliwość. Na opakowaniu nie było żadnych ostrzeżeń o działaniach niepożądanych, co spowodowało, iż szybko stał się bardzo popularny na całym świecie. Elektroniczny papieros to urządzenie o charakterze inhalacyjnym, z akumulatorem, e-liquidem. Niewielka zawartość e-liquidu zostaje podgrzana do temperatury 200–300°C tworząc aerozol podobny do dymu wydychanego powstającego podczas palenia tradycyjnych papierosów. E-liquid elektronicznego papierosa zawiera nie tylko nikotynę (mniej niż w tradycyjnych papierosach), ale także inne substancje: glikol propylenowy, glicerynę, w tym o walorach smakowych i zapachowych. Od samego początku elektroniczny papieros był wykorzystywany do wapowania w miejscach zabronionych dla palaczy zwykłych papierosów (od 15 listopada 2010 r. w Polsce w wielu miejscach publicznych w tym placówki leczenia medycznego, szkolno-wychowawcze i wiele innych obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu), co spowodowało, iż przewlekli palacze często stawali się podwójnymi palaczami zwykłych papierosów i e-papierosów. E-papierosy dały nieograniczone możliwości dla niepełnoletnich, którzy naśladując dorosłych palili bez ukrywania się elektroniczne papierosy. W tym czasie dane Ministerstwa Zdrowia odnotowały ogromny wzrost wśród osób między 15. a 19. r.ż., które próbowały e-papierosów z 16,8 proc. w 2010 r. do 62,1 proc. w 2014 r. i regularnie wapujących z 5,5 do 29,9 proc. Wzrost stosowania e-papierosów widać jeszcze bardziej wśród niepełnoletnich Amerykanów. W tej grupie społecznej elektroniczne papierosy urosły do rangi młodzieżowego gadżetu, stały się najczęściej używanym wyrobem tytoniowym wśród uczniów szkół średnich oraz „furtką” do wcześniejszego rozpoczynania palenia zwykłych papierosów. W grudniu 2019 r. w USA podniesiono granicę wieku z 18 do 21 lat, od którego można kupować e-papierosy i wyroby tytoniowe.

Po niespełna dwudziestu latach od wprowadzenia elektronicznego papierosa, liczba Polaków palących tradycyjnie

papierosy nie uległa zmniejszeniu. Mamy za to więcej osób uzależnionych od zwykłych i elektronicznych papierosów i wcześniejsze rozpoczynanie palenia wśród młodzieży szkolnej. Faktem jest, że elektroniczny papieros w stosunku do tradycyjnego zawiera mniej nikotyny (maksymalnie do 3,6 proc.), ale palacz zwykłych papierosów zaciąga się do 15 razy, w przypadku e-papierosa do 100 razy, co powoduje, iż inhaluje znacznie więcej substancji niż sądzi. E-papierosy tak samo uzależniają jak tradycyjne papierosy i także powodują ostre zatrucia płynem używanym do e-papierosów zarówno wśród niepełnoletnich jak i dorosłych. Początkowo niewinny e-papieros jest obecnie używany także do inhalacji substancji psychoaktywnych: np. mefedron, kokaina, metamfetamina i fentanyl i inne. Odnotowuje się przypadkowe niewłaściwe, niebezpieczne użycie płynu wśród dzieci i dorosłych np. wypicie płynu, co skutkuje ostrym zatruciem i wymaga natychmiastowej hospitalizacji.

### Czas na pierwszy krok

Skorzystanie z Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym (TPPP). To ogólnopolska specjalistyczna placówka, która oferuje poradnictwo dla osób z problemem uzależnienia od tytoniu. Działa jak telefon zaufania, zatem jest doskonały dla osób, które mają wewnętrzną barierę przed udaniem się do lekarza/pielęgniarki/położnej, aby porozmawiać o potrzebie zaprzestania palenia. Dzięki rozmowie telefonicznej poradę otrzymają osoby o różnym stopniu motywacji do rzucenia palenia zwykłych papierosów czy e-papierosów, osoby które już wielokrotnie podejmowały próby i ponownie wracały do palenia, a także te które chcą utrzymać absencję papierosową. Podczas rozmowy możesz uzyskać wsparcie psychologa i pomoc w zakresie leczenia farmakologicznego.

Na opakowaniu wyrobów tytoniowych znajduje się informacja o TPPP wraz z numerem telefonu i ostrzeżeniem o szkodliwości palenia tytoniu. Nie czekaj, dzwoń.

Co roku w styczniu piszemy postanowienia noworoczne, jeśli palisz papierosy lub ktoś z Twojego otoczenia warto do tej listy dodać rzucenie palenia tytoniu i namawianie innych na przejście na niezadymioną stronę mocy. Czego wszystkim Państwu jeszcze palącym papierosy zwykłe lub/i elektroniczne dotrzymania postanowienia serdecznie życzę. Zdrowego Nowego Roku 2021.

Jak promują niepalenie papierosów młodzi naukowcy ze Studenckiego Koła Naukowego przy Zakładzie Koordynowanej Opieki przedstawia praca w formie plakatu wykonana przez studentkę II roku Zdrowia Publicznego panią Kingę Kurczabę.

dr n. med. Sylwia Kałucka  
adiunkt  
Zakład Opieki Koordynowanej  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Pracę graficzną wykonała  
studentka II roku zdrowia publicznego – Kinga Kurczaba

# Życie z zespołem Aperta

## Spełnienie marzeń o szczęściu i „normalności”

mgr ELŻBIETA JANISZEWSKA

Zespół Aperta (ZA), czyli zespół czaszkowo-twarzowy jest rzadkim genetycznie uwarunkowanym zespołem wad wrodzonych układu kostnego. Zespół Aperta zaliczany jest do grupy kraniosynostoz, czyli grupy zespołów, których wspólnym objawem jest przedwczesne zarastanie szwów czaszkowych, powodujące charakterystyczne zmiany kształtu głowy dziecka. Zmiany w obrębie czaszki prowadzą do występowania czaszki wieżowatej, krótkogłowa, małej zdeformowanej podstawy czaszki, płtych oczodołów, szeroko rozstawionych gałek ocznych, hipoplazji (niedorozwoju) środkowej części twarzy, hipoplazji szczęki, pseudoprognatyzmu (nadmierne wysunięcie szczęk lub żuchwy) oraz rozszczepu podniebienia. Poza zmianami twarzoczaszki występują również zaburzenia w obrębie dłoni i stóp, które doprowadzają do takich deformacji jak obustronne palczorosty skórne i/lub kostne dłoni i stóp, czyli zrosnięte palce u rąk i nóg. Zespół Aperta po raz pierwszy opisał francuski pediatra E. Apert w roku 1906.

Zespół ten występuje z częstością 1:160000 wśród żywo urodzonych dzieci. W Polsce z tą wadą genetyczną rodzi się 2 lub 3 dzieci rocznie. Zespół Aperta występuje z równą częstością u chłopców i dziewczynek. Większość zmian u osób z zespołem Aperta wywołanych jest mutacjami de novo, co oznacza, że nie zostały one odziedziczone po żadnym z rodziców, z ryzykiem <1 proc. powtórzenia w kolejnych ciążach. Czynniki mogące zwiększać szanse wystąpienia tej

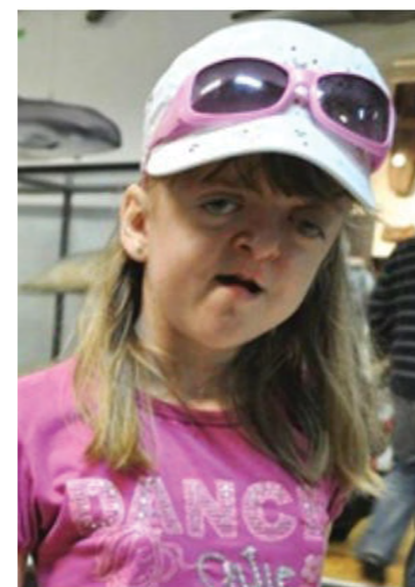
**Zespół Aperta może być rozpoznawany (nie zawsze) już w ciąży na podstawie badania USG. Uwagę lekarza przykuwa niecharakterystyczny kształt czaszki płodu. W wypadku dzieci z zespołem Aperta konieczne jest przeprowadzenie badań obrazowych głowy, mających na celu uwidocznienie struktur mózgowia, stanu mózgu, wykluczenie lub potwierdzenie nadciśnienia śródczaszkowego i diagnostykę wodogłowa.**

choroby nie są dokładnie poznane. Ryzyko zaistnienia zespołu Aperta zwiększa się wraz z wiekiem ojca. Nie wiadomo, czy inne okoliczności, takie jak na przykład promieniowanie lub narażenie na szkodliwe substancje, mają wpływ na wystąpienie tego zespołu. W ZA występują zaburzenia neurologiczne pod postacią padaczki i różnego stopnia opóźnienia rozwoju psychoruchowym i intelektualnym, związanym ze wzmożonym ciśnieniem śródczaszkowym i/lub towarzyszące wady ośrodkowego układu nerwowego. U około 38 proc. pacjentów występuje niepełnosprawność intelektualna (31 proc. w stopniu lekkim, 7 proc. w stopniu głębokim). Rzadko występują wady narządów wewnętrznych, takie jak wady serca i wady przewodu pokarmowego.

Zespół Aperta charakteryzuje się występowaniem głównie dwóch anomalii:

Kraniosynostozy – jest to przedwczesne zrosnięcie się szwów czaszkowych. Kraniosynostozą bardzo wyraźnie zmienia kształt czaszki dziecka, który będzie zależał od tego, których szwów dotyczy i na jakim etapie rozwoju do niego doszło. Przy prawidłowym rozwoju szwy czaszkowe zamykają się w kolejnych miesiącach życia, umożliwiając wzrost i rozwój kształtu czaszki tak długo, jak rozwija się mózg. Przedwczesne nieprawidłowe kostnienie obydwu szwów węglowych, obecne w zespole Aperta, skutkuje skróceniem wymiaru przednio-tylnego czaszki z opóźnionym zamykaniem się ciemienia przedniego i tylnego, które w pierwszych miesiącach życia może się stopniowo powiększać. Okolica czoła pozostaje spłaszczona, a płytke, szeroko rozstawione oczodoły ustawiają gałki oczne w wytrzeszczu i ze skośnym ustawieniem szpar powiekowych ku dołowi. Gałki oczne u osób z ZA często ustawione są asymetrycznie. Zaburzony wzrost kości czaszki w poszczególnych wymiarach występuje od urodzenia i w kolejnych miesiącach życia może nasilać się, skutkując występowaniem objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego i coraz bardziej widocznej zmiany twarzoczaszki, która nieznacznie zmienia się w kolejnych latach życia dziecka.

Syndaktylii obustronnej – jest to zrosnięcie palców (2–5) dłoni i stóp noworodka. Ich przyczyn należy doszukiwać się w zaburzeniu procesu podziału komórek skóry (rzadziej także



Wygląd dziewczynki z zespołem Aperta



Pacjentka po operacji twarzoczaszki metodą Le Fort III



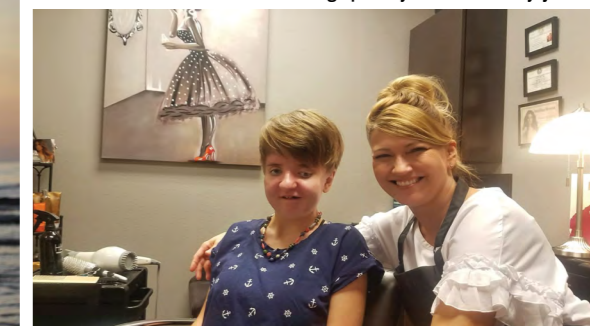
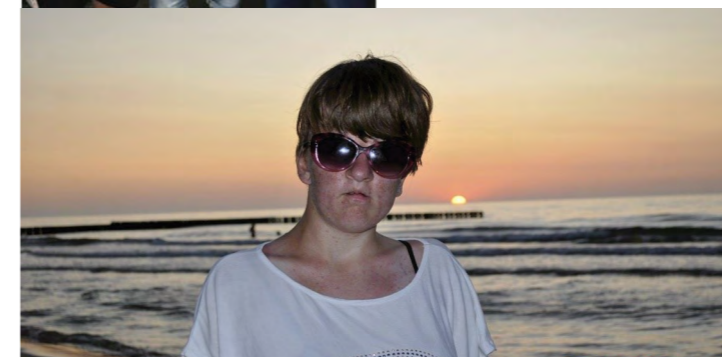
Iga z tatą i dr Jeffreyem – specjalistą od zespołu Aperta



Iga po operacji części twarzowej



Iga po wizycie w salonie fryzjerskim



komórek kości) w obrębie dłoni i stóp, który w wypadku prawidłowo zachodzącej embriogenezy odpowiada za rozdzielenie się palców od siebie. Syndaktylia może mieć różne stopnie nasilenia.

Pozostałe objawy zespołu Aperta:

- hiperteloryzm oczny, czyli zwiększenie dystansu pomiędzy gałkami ocznymi,
- egzoftalmus – wytrzeszcz gałek ocznych,
- antymongoidalne (skośno-dolne) ustawienie szpar powiekowych,
- niedostateczne wykształcenie powiek górnych,
- płaska i poszerzona nasada nosa,
- wady rozwojowe dotyczące części twarzowej czaszki,
- rozszczep podniebienia (u ¼ chorych),
- wady zgryzu,
- niski wzrost,
- deformacje kończyn,
- wady serca – najczęściej jest to przetrwały przewód tętniczy Botalla, zarostnienie zastawki pnia płucnego z ciągłą przegrodą międzykomorową,
- wady układu oddechowego,
- macica dwurożna u dziewczynek,
- wodonercze,
- wzmocniona potliwość oraz skłonność do trądziku.

Zespół Aperta może być rozpoznawany (nie zawsze) już w ciąży na podstawie badania USG. Uwagę lekarza przykuwa niecharakterystyczny kształt czaszki płodu. W wypadku dzieci z zespołem Aperta konieczne jest przeprowadzenie badań obrazowych głowy, mających na celu uwidocznienie struktur mózgowia, stanu mózgu, wykluczenie lub potwierdzenie nadciśnienia śródczaszkowego i diagnostykę wodogłowa.

Mutacji genetycznej, która prowadzi do zespołu Aperta nie można wyleczyć. Możliwe jest natomiast minimalizowanie niektórych objawów choroby i zapobieganie ciężkim powikłaniom. W ciągu pierwszych 6 miesięcy życia dziecka często konieczna jest operacja części twarzowej, mająca na celu usunięcie zrosniętych szwów czaszkowych. Operacja ta pozwala na swobodny wzrost mózgu, obniża też ryzyko wystąpienia nadciśnienia śródczaszkowego, które może prowadzić do utraty wzroku czy nawet śmierci dziecka. Nie można zapominać o estetycznej funkcji operacji, ponieważ przywraca ona prawidłowy kształt czaszki, co pozwoli dziecku w miarę normalnie funkcjonować w środowisku rówieśniczym. Zrosnięte palce rozdziela się operacyjnie.

W wypadku dużych deformacji twarzoczaszki, rozszczepu podniebienia czy poważnych wad zgryzu konieczne mogą okazać się zabiegi w ramach chirurgii twarzowo-szczękowej. Dziecko z zespołem Aperta musi być pod stałą opieką wielu specjalistów – w poradni: genetycznej, neurologicznej, laryngologicznej (aparaty słuchowe), ortopedycznej, rehabilitacyjnej, okulistycznej, ortodontycznej, nefrologicznej, kardiologicznej, audiologicznej.

Rokowanie w dużej mierze zależy od stopnia nasilenia objawów choroby u dziecka i od powodzenia przeprowadzonych zabiegów operacyjnych czy procedur leczniczych.

**Zespół ten występuje z częstością 1:160000 wśród żywo urodzonych dzieci. W Polsce z tą wadą genetyczną rodzi się 2 lub 3 dzieci rocznie. Zespół Aperta występuje z równą częstością u chłopców i dziewczynek. Większość zmian u osób z zespołem Aperta wywołanych jest mutacjami de novo, co oznacza, że nie zostały one odziedziczone po żadnym z rodziców, z ryzykiem <1% powtórzenia w kolejnych ciążach.**

Osoby z zespołem Aperta wymagają indywidualnego nauczania, które można zapewnić w specjalistycznym zespole terapeutyczno-edukacyjnym. Ponad połowa pacjentów z tym schorzeniem posiada normalny iloraz inteligencji, a ich rozwój psychofizyczny nie jest zaburzony.

Pacjenci z zespołem Aperta zmagają się z przeciwnościami losu. Każda czynność to ból fizyczny i ból stygmatyzacji – wytykania palcami odrzucenie. Przykładem jest 18-letnia Iga, która urodziła się z zespołem Aperta, zdiagnozowana została w Instytucie CZMP w Łodzi. Miała zdeformowaną twarz, rozszczep podniebienia, tylko jedno oko sprawne, nie dosłyszała, miała też zrosnięte palce u rąk i nóg, kłopoty z chodzeniem, mową, jedzeniem i oddychaniem, ponadto trądzik i łojotok. Dziewczyna przeszła do tej pory 12 zabiegów operacyjnych; 11 w Polsce, a ostatnią w Dallas w USA. Iga pierwszą operację przeszła w wieku 6 miesięcy; było to rozdzielenie źle zrosniętych kości czaszki, szwów wienkowych, połączone z modelowaniem czaszki i transfuzją krwi. Operacja rozdzielenia paluszków u rąk odbyła się w Specjalistycznym Centrum Medycznym w Polanicy Zdroju. Dziesiąty zabieg to kolejna operacja głowy, powiększenie i modelowanie czaszki oraz wysunięcie stropów oczodołów. Ostatnim zabiegiem była kantopektomia boczna, czyli operacja plastyczna, tj. podciągnięcie prawej powieki, niedomykającej się podczas snu. Od najmłodszych lat Iga walczyła o akceptację ludzi, doznawała ogromu bólu i cierpienia, przeszła długą drogę do spełnienia marzeń o szczęściu i „normalności”. Były chwile, kiedy się nie uśmiechała, cierpiała tak bardzo, że nie chciała już żyć. Do walki o jej życie przekonał ją ojciec, który – choć został sam na polu bitwy – zrezygnował z pracy zawodowej i, choć jedynymi dochodami były zasiłki pielęgnacyjne i rodzinne, zrobił wszystko, by dotrzeć do lekarza w Stanach Zjednoczonych, który zoperował córkę.

Przy organizacji leczenia Igi w Dallas duże wsparcie zaoferowała tamtejsza Polonia oraz fundacja Small Big Hearts. Nie tylko zebrano pieniądze, ale także udzielili opieki ojcu i dwóm braciom Igi podczas trzymiesięcznego tam pobytu. To oni zapewnili pomoc w kontaktach ze szpitalem, transport, a także umilali czas. Bez pomocy Iga nie miałaby szans. To był najtrudniejszy zabieg w jej życiu. Polegał na przecięciu czaszki w poprzek przez oczodoły i wyciągnięciu części

twarzowej do przodu. Dzięki temu udało się powstrzymać utratę wzroku w prawym oku, przywrócić wzrok w lewym i zyskać nowy wygląd.

Twarz Igi była całkowicie zdeformowana, budziła lęk, odrazę, a w najlepszym wypadku litość. Jak wygląda życie dziecka, które przyszło na świat z takim багаżem? Co czuje, kiedy patrzy na siebie w lustrze, kiedy widzi reakcje otoczenia? Większość ludzi ocenia po wyglądzie – twarz to nasza wizytówka, często decyduje o pierwszym wrażeniu, o tym, czy zostaniemy uznani za sympatycznych, czy inni będą mieli ochotę z nami rozmawiać.

Po operacji głównym zaleceniem lekarskim było prowadzenie normalnego trybu życia, czyli np. korzystanie z basenu, chodzenie do parku czy po zakupy. Jeśli na ulicy ktoś się zatrzymywał na widok dziewczynki w aparacie, to przede wszystkim po to, aby spytać, czy może jej w czymś pomóc.

To jednak nie koniec leczenia Igi. Potrzebne będą jeszcze kolejne zabiegi chirurgiczne: korekcja stóp i zabieg usprawniania obu rąk. Jej palce u nóg są nadal zrosnięte i zniekształcone. Lekarze w Polsce proponowali amputację palców. Dziewczynka nosi buty o dwa numery większe i chodzi, stawiając stopy w kształcie litery V. Każdego roku tata Igi roznosi setki ulotek z prośbą o przekazanie 1 proc. podatku, jak również zwraca się o pomoc do wielu fundacji, ponieważ leczenie wiąże się z ogromnymi kosztami rzędu 40 tys. dolarów. Drugi zabieg, jakiego potrzebuje Iga, to operacja prawej ręki, która pozwoliłaby jej odzyskać sprawność i zginać palce. Wykonywane zabiegi chirurgiczne zarówno w obrębie twarzoczaszki, jak i kończyn mają ogromny wymiar psychospołeczny. Wpływają na minimalizowanie objawów neurologicznych, zaburzeń laryngologicznych, znacząco wpływają na normalizację profilu twarzy oraz na sprawność dłoni, co pozwala na lepsze funkcjonowanie w dalszym życiu bez wykluczenia ze społeczeństwa. Dorosłe osoby



**Dla osób zainteresowanych losami Igi i ewentualnym udzieleniem pomocy finansowej nr konta w fundacji Zdażyć z pomocą z Warszawy:**

**Alior Bank 42 2490 0005 0000 4600 7549 3994  
tytułem 30089 Gawłowska Iga**

**Aby przekazać 1% podatku prosimy w formularzu PIT wpisać:  
KRS 0000037904,  
a w rubryce „informacje uzupełniające”:  
30089 Gawłowska Iga  
oraz zaznaczenie pola „Wyrażam zgodę”**

z zespołem Aperta muszą korzystać z wózków inwalidzkich ze względu na deformację kończyn, usztywnienie i zrosty w stawach i nieprawidłową budowę kości płaskich.

Autorka zachęca do obejrzenia reportażu:

- <https://www.facebook.com/1851640798243101/videos/1851969131543601>
- a także odwiedzenia strony Iga Gawłowska – życie z Apertem: <https://www.facebook.com/Iga-Gaw%C5%82owska-%C5%BCycie-z-Apertem-1851640798243101>

Literatura:

1. M. Respondek-Liberska, R. Smigiel, A. Zieliński, M.M. Sasiadek, Progressive development of sonographic features in prenatal diagnosis of Apert syndrome—case report and literature review, „Ginekologia Polska” 2010, 81 (12).
2. L. Korniszewski: Dziecko z zespołem wad wrodzonych: diagnostyka dysmorfologiczna, Warszawa 2005.
3. M. Sasiadek, M. Stembalska, R. Ślęzak: Podstawy genetyki klinicznej, [w:] Kompendium pediatrii praktycznej, red. A. Janowski, Wrocław 2010, s. 97–138.
4. B. Szczupał: Dziecko z zespołem Aperta, [w:] Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju, red. B. Cytowska, B. Winczura, A. Stawarski, Kraków 2008, s. 83–94.
5. A. Jakubiuk-Tomaszuk, L. Boćkowski, W. Sobaniec, K. Sendrowski, B. Artemowicz, Opis przypadku 15-letniej dziewczynki z zespołem Aperta, „Neurologia Dziecięca” 2012, 21 (42), 69–72.

mgr piel. Elżbieta Janiszewska  
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa  
anestezjologicznego i intensywnej opieki,  
przewodnicząca PTPAiO – Oddział w Łodzi,  
członek koła PTP, PTPR  
oraz Komisji Kształcenia, Promocji i Rozwoju Zawodu  
przy OIPiP w Łodzi

# Ciąża u kobiety chorującej na cukrzycę

dr MAGDALENA KOŁODZIEJ

Cukrzyca jest chorobą ogólnoustrojową o złożonej etiologii. Pojęcie „cukrzyca” obejmuje grupę genetycznie uwarunkowanych i nabytych chorób metabolicznych, które charakteryzują się przewlekłą hiperglikemią, wynikającą z nieprawidłowości w zakresie wydzielania lub działania insuliny. U kobiet z cukrzycą można spotkać się z dwiema różnymi sytuacjami:

- ciążą u kobiety chorującej na cukrzycę (tzw. cukrzyca przedciążowa) oraz z
- cukrzycą, która rozwija się, lub jest po raz pierwszy rozpoznana, w trakcie ciąży (tzw. cukrzyca ciążowa).

Dzięki odpowiedniej opiece i terapii cukrzycy ciąża i poród zakończone sukcesem są jak najbardziej osiągalne dla kobiet chorujących na cukrzycę. Niezależnie od tego, czy kobieta planuje ciążę, czy jest już w ciąży, odpowiednie leczenie, pewne poświęcenie i planowanie zapewnią zdrowie dziecku. W wypadku kobiet z cukrzycą należy przed, w trakcie i po porodzie wziąć pod uwagę dodatkowe czynniki (1).

Nieodzownym elementem planowania ciąży jest dobór odpowiedniej metody antykoncepcyjnej. Dotyczy to zarówno tych pacjentek, które w danej chwili nie planują macierzyństwa, jak i tych, które je rozważają. Pacjentki powinny móc wybrać preferowaną przez siebie skuteczną metodę antykoncepcyjną, wiedząc o ryzyku związanym z nieplanowaną ciążą (2).

Wszystkie kobiety z cukrzycą w okresie planowania ciąży, w czasie ciąży i w porożu powinny pozostawać pod opieką zespołu diabetologiczno-położniczego mającego doświadczenie w tej dziedzinie. Ważne jest zrozumienie przez kobietę zmian zachodzących w ciele podczas ciąży, aby można było sobie z nimi radzić. Podstawą bezpiecznego przeprowadzenia ciąży z cukrzycą przez ciążę, zminimalizowania ryzyka

pojawienia się i progresji powikłań naczyniowych, a także zwiększenia szans na urodzenie zdrowego dziecka jest planowanie ciąży i koncepcja w momencie uzyskania stabilnej normoglikemii.

Pacjentki, które planują ciążę, powinny być informowane o fakcie, iż ryzyko powikłań ciąży rośnie wraz z czasem trwania cukrzycy, obecności powikłań narządowych cukrzycy oraz stopniem wyrównania metabolicznego. Powinny one trafić pod opiekę lekarza-diabetologa już na etapie planowania macierzyństwa. Wszelkie zmiany w diecie, czy dawkach przyjmowanych leków, należy wprowadzić ok. pół roku przed ciążą. Istotne jest bowiem osiągnięcie takiego poziomu glukozy we krwi (normoglikemia), który pozwala na wyeliminowanie zarówno wad wrodzonych u dziecka, jak i powikłań u matki, a także pełną kontrolę przebiegu przewlekłych powikłań i ewentualnych chorób towarzyszących. Podkreśla się rolę możliwie wczesnej edukacji pacjentek już w wieku dojrzewania (3, 4).

W okresie planowania ciąży oraz w ciąży niezbędne jest uzyskanie wartości glikemii:

- na czczo i przed posiłkami: 70–90 mg/dl (3,9–5,0 mmol/l);
- maksymalnej w pierwszej godzinie po rozpoczęciu posiłku: < 140 mg/dl (< 7,8 mmol/l);
- między godziną 2.00 a 4.00: > 70–90 mg/dl (> 3,9–5,0 mmol/l).

Pacjentki z cukrzycą planujące ciążę muszą być świadome, że cukrzyca w ciąży musi pozostawać pod stałą kontrolą. Należy mierzyć poziom glukozy we krwi kilka razy dziennie przy pomocy specjalnego urządzenia (glukometru). Wię-



szość lekarzy zaleca, aby badanie wykonywać przynajmniej cztery razy dziennie.

Dla oceny retrospektywnej skuteczności leczenia w ostatnich 3 miesiącach służy badanie hemoglobiny glikowanej (HbA1c). Rekomenduje się w okresie planowania ciąży i w pierwszym trymestrze odsetek HbA1c < 6,5%, a w kolejnych trymestrach ciąży < 6,0% (5, 6).

U pacjentek z cukrzycą planujących ciążę, poza kontrolą glikemii należy ocenić funkcję nerek, dno oka, gospodarkę lipidową, ocenić funkcję tarczycy, a także ciśnienie tętnicze krwi, jak również stan układu krążenia i obecność ewentualnej neuropatii (7, 8, 9).

Już na etapie planowania ciąży należy odżywiać się prawidłowo i kontynuować dobrze zbilansowaną dietę w ciąży. Dieta kobiety z cukrzycą spodziewającej się dziecka powinna zapewniać podaż odpowiedniej ilości substancji odżywczych przy utrzymaniu normoglikemii. Rozwój dziecka zależy od tego, co kobieta je i jakie składniki odżywcze organizm matki dostarcza dziecku. Jeśli kobieta nie odżywia się regularnie poziom glukozy we krwi może być zbyt mały lub zbyt duży. Ilość kalorii, jaką kobieta powinna dostarczyć organizmowi, zależy od wagi, rozwoju ciąży, wieku i stopnia aktywności. Plan posiłków przygotowany we współpracy z dietetykiem, jest najlepszym sposobem dostosowania pożywienia do

indywidualnych potrzeb kobiety planującej ciążę i będącej już w ciąży. Plan posiłków powinien być opracowany wraz z pacjentką, oparty na w miarę stałych godzinach spożywania posiłków głównych i przekąsek, zawierających odpowiednią ilość kalorii, produktów białkowych, tłuszczów oraz węglowodanów. Podstawowe założenia diety cukrzycowej przewidują jej zbilansowany skład, tzn. 40–45% węglowodanów – przede wszystkim o niskim indeksie glikemicznym oraz bogatych w skrobię oporną, z ograniczeniem produktów z mąki wysoko oczyszczonej; 30% białka pochodzenia zwierzęcego i roślinnego w równych ilościach; 20–30% tłuszczów, z przewagą wielonienasyconych tłuszczów roślinnych bogatych w kwasy tłuszczowe omega-3 oraz dobową podaż kaloryczną dostosowaną do wyjściowego BMI ciężarnej, aktywności fizycznej oraz wieku. Dobowy jadłospis ciężarnej powinien być zrealizowany w formie trzech posiłków głównych oraz trzech przekąsek (pierwsze i drugie śniadanie, obiad, podwieczorek, kolacja, przekąska przed snem). Owoce i węglowodany proste powinny wchodzić w skład posiłków głównych. Taki rozkład posiłków i skład diety zapewnia stabilny transfer substancji odżywczych do płodu i pozwala na lepszą kontrolę metaboliczną cukrzycy. Szczególnie istotny jest niewielki posiłek spożywany przed snem, ponieważ zabezpiecza on ciężarną przed hipoglikemią nocną (10).

Regularne ćwiczenia fizyczne pozwalają na utrzymanie poziomu glukozy w normie. Regularne, łagodne ćwiczenia fizyczne pomagają obniżyć wartość glikemii i poprawiają sprawność ogólną. Jeśli kobieta planuje rozpocząć program ćwiczeń – powinna skonsultować się z lekarzem. Ćwiczenia rozpoczęte u kobiety planującej ciążę należy kontynuować w czasie ciąży. Dla ciężarnych z cukrzycą zalecana jest aktywność fizyczna o intensywności od lekkiej do umiarkowanej, angażująca duże grupy mięśniowe (spacery, marsz, nordic walking, pływanie, aqua-aerobik, ćwiczenia aerobowe, jazda na rowerze, joga). Sesja ćwiczeń powinna się rozpoczynać i kończyć kilkuminutową rozgrzewką i rozciąganiem. Optymalny czas trwania właściwej sesji ćwiczeniowej to 30 minut przez większość dni w tygodniu (minimum 150 minut tygodniowo). Ciężarne, które nie uprawiały regularnie żadnej aktywności fizycznej, powinny rozpoczynać od 10-minutowych sesji, a następnie stopniowo ją wydłużać (11).

Kobiety, które przed ciążą przyjmowały insulinę, zwykle podczas jej trwania muszą zwiększyć dawki tego hormonu. Ponieważ ilość insuliny w ciągu dnia zmienia się w trakcie trwania ciąży, trzeba regulować jej dawki. Celem leczenia jest uzyskanie stabilnej normoglikemii i unikanie gwałtownych wahań poziomu glukozy we krwi, szczególnie niekorzystna jest hipoglikemia (12).

Prawidłowo unormowana cukrzyca nie musi być dla ciąży niebezpieczna, głównym zadaniem w czasie planowania ciąży oraz w trakcie jej przebiegu jest osiągnięcie ścisłej kontroli glikemii na poziomie zbliżonym do fizjologicznego.

Aktualnie opieka przedporodowa jest utrzymywana na bardzo wysokim poziomie i zapewnia chorym kobietom

właściwe przygotowanie do świadomego macierzyństwa. Ciężarna otoczona opieką przez wykwalifikowany zespół terapeutyczny szczęśliwie donosi ciążę i urodzi zdrowego noworodka.

## Literatura:

1. Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2017 tom 2, nr 5, strony 215–229.
2. Robinson A, Nwolisie C, Shawe J. Contraception for women with diabetes: challenges and solutions. *Open Access Journal of Contraception*. 2016; 11, doi: 10.2147/oajc.s56348.
3. Peterson C, Grosse SD, Li R, et al. Preventable health and cost burden of adverse birth outcomes associated with pregestational diabetes in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2015; 212(1): 74.e1–74.e9, doi: 10.1016/j.ajog.2014.09.009, indexed in Pubmed: 25439811.
4. Guerin A, Nisenbaum R, Ray JG. Use of maternal GHb concentration to estimate the risk of congenital anomalies in the offspring of women with prepregnancy diabetes. *Diabetes Care*. 2007; 30(7): 1920–1925, doi: 10.2337/dco7-0278, indexed in Pubmed: 17446531.
5. Jensen DM, Korsholm L, Ovesen P, et al. Peri-conceptional A1c and risk of serious adverse pregnancy outcome in 933 women with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32(6): 1046–1048, doi: 10.2337/dco8-2061, indexed in Pubmed: 19265024.
6. Hemachandra A, Ellis D, Lloyd CE, et al. The influence of pregnancy on IDDM complications. *Diabetes Care*. 1995; 18(7): 950–954, indexed in Pubmed: 7555555.

7. Kaaja R, Sjöberg L, Hellsted T, et al. Long-term effects of pregnancy on diabetic complications. *Diabet Med*. 1996; 13(2): 165–169, doi: 10.1002/(SICI)1096-9136(199602)13:2:165::AID-DIAB13<165::AID-DIAB13>3.0.CO;2-E, indexed in Pubmed: 8641123.
8. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. Effect of pregnancy on microvascular complications in the diabetes control and complications trial. *The Diabetes Control and Complications Trial Research Group*. *Diabetes Care*. 2000; 23(8): 1084–1091, indexed in Pubmed: 10937502.
9. Rizzo TA, Dooley SL, Metzger BE, et al. Prenatal and perinatal influences on long-term psychomotor development in offspring of diabetic mothers. *Am J Obstet Gynecol*. 1995; 173(6): 1753–1758, indexed in Pubmed: 8610757.
10. Kitzmiller JL, Block JM, Brown FM, et al. Managing preexisting diabetes for pregnancy: summary of evidence and consensus recommendations for care. *Diabetes Care*. 2008; 31(5): 1060–1079, doi: 10.2337/dco8-9020, indexed in Pubmed: 18445730.
11. Escobar-Morreale HF, Roldán-Martín MB. Type 1 Diabetes and Polycystic Ovary Syndrome: Systematic Review and Meta-analysis. *Diabetes Care*. 2016; 39(4): 639–648, doi: 10.2337/dc15-2577, indexed in Pubmed: 27208367.

dr Magdalena Kołodziej  
Uniwersytet Medyczny  
Zakład Położnictwa Praktycznego  
II Katedry Ginekologii i Położnictwa

## Zalecenia dotyczące kanguirowania dzieci przez osobę towarzyszącą przy porodzie rozwiązaniem cięciem cesarskim

**Dla kierowników podmiotów leczniczych posiadających oddziały ginekologiczno-położnicze**

**Data wydania: 16.12.2020 r.**

Nie ma przeszkód, aby ojciec dziecka mógł przebywać wraz ze swoim dzieckiem przez co najmniej dwie godziny po cesarskim cięciu, przy spełnieniu przez ojca dziecka niezbędnego minimum, które powinno uwzględniać:

- a) wypełnienie ankiety epidemiologicznej,
- b) zasłanianie ust i nosa przy użyciu maski i okresowa dezynfekcja rąk przez cały czas pobytu w szpitalu,
- c) oświadczenie, że nie pozostaje w kwarantannie lub w trakcie izolacji oraz w okresie ostatnich 14 dni nie miał kontaktu z osobą, zakażoną COVID-19 u której potwierdzono zakażenie SARS-COV-2,
- d) przebywanie w miejscu wyznaczonym przez personel szpitala, w którym nie ma kontaktu z innymi pacjentami lub osobami towarzyszącymi.

Ostateczna decyzja w sprawie możliwości kanguirowania dziecka przez ojca uzależniona jest od możliwości organizacyjnych podmiotu leczniczego i powinna zostać podjęta przez jego kierownika.

Zaleca się bieżące śledzenie informacji Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministra Zdrowia dostępnych na stronach <https://gis.gov.pl/> lub <https://www.gov.pl/web/koronawirus/>, a także obowiązujących przepisów prawa.

## Opracowanie:

konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii

konsultant krajowy w dziedzinie perinatologii

Uzgodniono z konsultantem krajowym w dziedzinie chorób zakaźnych

# XIII Konferencja Medycyny Ratunkowej „Kopernik 2020” cz. II



W kolejnych dniach XIII Konferencji Ratunkowej „Kopernik 2020” przedstawiono w formie on-line, obszerną tematykę związaną z obecną sytuacją epidemii koronawirusa COVID-19. Istotnym poruszonego tematem był aktualny stan wiedzy – mini kompendium dotyczące COVID-19 u pacjentów pediatrycznych, który przedstawił dr Jan Aszkiełaniec. Zakażenie wirusem SARS-CoV-2 u dzieci ma za reguły relatywnie łagodny przebieg. Dzieci w porównaniu z dorosłymi mają znacznie lepsze rokowanie, śmiertelność jest w tej grupie bardzo niska i zazwyczaj ściśle związana z innymi przewlekłymi chorobami. Objawy kliniczne obejmują przede wszystkim gorączkę i kaszel. Znaczna część chorych przechodzi chorobę bezobjawowo, co znacząco przyczynia się do ułatwionego przenoszenia się wirusa SARS-CoV-2. Na chwilę obecną, nie do końca wiadomo dlaczego dzieci i młodzi dorośli przechodzą COVID-19 łagodniej niż osoby dorosłe, hipotezy łączą ten fakt z różnicami w ekspresji i funkcji receptora specyficznego dla ekspresji w postaci ARDS i enzymu ACE2. Standardem diagnostycznym pozwalającym stwierdzić zakażenie SARS-CoV-2 jest test RT-PCR, gdyż obraz w RTG płuc często może nie dawać jednoznacznej odpowiedzi oraz nie jest przydatny przy bezobjawowej chorobie. Objawy ze strony przewodu pokarmowego u dzieci mogą być pierwszym objawem klinicznym. Dzieci u których wystąpiły objawy żołądkowo-jelitowe, mogą mieć gorszy stan kliniczny. U większość dzieci i młodych dorosłych zakażonych COVID-19 nie odnotowano zmian w zdjęciu RTG płuc, w porównaniu z zarażonymi innymi wirusami z grupy koronawirusów. Dodatkowo z reguły dzieci zakażone znanymi wcześniej wirusami z grupy koronawirusów wykazywały łagodne objawy ze strony układu oddechowego przy dużych zmianach w obrazie radiologicznym – zupełnie przeciwnie u dzieci zakażonych SARS-CoV-2.

Z tego względu u dzieci zaleca się postawienie diagnozy przede wszystkim w oparciu o test RT-PCR oraz objawy kliniczne, a nie zdjęcia obrazowe. U dzieci COVID-19 dodatnich możemy zaobserwować trombocytopenię, podwyższony poziom enzymów wątrobowych, podwyższone poziomy dehydrogenazy mleczanowej, podwyższone D-dimery, zaburzenia krzepnięcia. Co ciekawe, u dzieci COVID-19 dodatnich

stężenie CRP i prokalcytoniny było zazwyczaj w granicach normy. Dzieci z łagodnym przebiegiem COVID-19 (gorączka, kaszel, zapalenie gardła) powinny być leczone w domu. Postępowanie z takim pacjentem powinno przede wszystkim być skupione na zapobieganiu transmisji, monitorowaniu stanu klinicznego i opiece. Leczenie objawowe dzieci COVID-19 dodatnich w warunkach ambulatoryjnych powinno być zasadniczo objawowe i podobne jak w przypadku innych infekcji górnych dróg oddechowych. W ciężkich przypadkach dzieci zakażonych COVID-19 podstawę leczenia stanowi płynoterapia, wsparcie oddechowe i monitorowanie pacjenta. Dzieci z ciężkim przebiegiem COVID-19 wymagają hospitalizacji w jednostkach z wystarczającym zapleczem OIT. Terapia przeciwwirusowa powinna być rozważona w zależności od stopnia zaawansowania choroby, objawów, chorób współistniejących, u dzieci poniżej 12 roku życia prowadzona w ramach badań klinicznych za zgodą Komisji Bioetycznej.

Na chwilę obecną nie udowodniono istotnego wpływu stosowania glikokortykosteroidów u pacjentów bez objawów na przebieg choroby, w niektórych badaniach wykazano ich niekorzystny wpływ, ponieważ mogą stymulować zwiększoną replikację wirusa. Remdesivir można stosować u dzieci poniżej 12 roku życia jedynie za zgodą Komisji Bioetycznej, jego skuteczność, dawkowanie i bezpieczeństwo na chwilę obecną zostało oparte na badaniach u osób dorosłych. Remdesivir powinien być stosowany przez maksymalnie 5 dni u dzieci z saturacją poniżej 92 proc., które wymagają tlenoterapii. Stosowanie Remdesiviru u pacjentów nie wymagających tlenoterapii, z utrzymującą się wysoką saturacją jest nieuzasadnione. Tocilizumab podobnie jak Remdesivir może być stosowany u dzieci poniżej 12. roku życia i jedynie za zgodą Komisji Bioetycznej. Tocilizumab zalecany jest u młodych pacjentów z tzw. burzą cytokinową w przebiegu zakażenia COVID-19. Osocze ozdrowieńca również może być stosowane jedynie za zgodą Komisji Bioetycznej u dzieci wymagających hospitalizacji, jednak należy brać pod uwagę obecny brak klinicznych podstaw do wdrożenia takiego leczenia u chorych z ciężkim przebiegiem choroby.

Należy rozważyć użycie antybiotyku, głównie w celu zapobiegnięcia rozwijania się wtórnego zakażenia bakteryjnego. Należy unikać wdrażania ibuprofenu na rzecz paracetamolu w dawce 10–15 mg/kg.

Do czynników sugerujących gorsze rokowanie u dzieci należą: wiek poniżej 2 lat, wysoki procent neutrofilów, wysokie LDH, obniżone CD4+, CD8+, oraz postępujące zmiany w płucach w badaniach obrazowych. Hospitalizacja jest zalecana u dzieci wykazujących niewydolność oddechową, utrzymującą się saturację poniżej 92 proc., cechy wstrząsu i słabą perfuzję obwodową, dzieci i niemowlęta wykazujące objawy letargii, dzieci z napadami padaczkowymi i encefalopatią. W leczeniu dzieci COVID-19 dodatnich należy zastosować leczenie wspomagające w tym odpowiednią podaż płynów i kalorii. Głównym celem powinno być zapobieganie ARDS, niewydolności narządów i wtórnym zakażeniom szpitalnym. W przypadku podejrzenia zakażenia bakteryjnego można zastosować antybiotyki o szerokim spektrum działania np. Cefalosporyny II lub III generacji.

Na chwilę obecną jedyne zalecenie dotyczące leczenia dzieci zostało opublikowane przez Uniwersytet Medyczny w Zhejiang w Chinach. Naukowcy z Zhejiang sugerują stosowanie nebulizowanego interferonu alfa-2b i doustnej podaży lopinawiru lub rytonawiru razem z glikokortykosteroidami w przypadku powikłań ARDS, zapalenia mózgu lub wstrząsu, oraz dożylnym podaniu immunoglobuliny w przypadku ciężkich przypadków. Z kolei naukowcy z Wielkiej Brytanii testują obecnie w walce z koronawirusem użycie przeciwciał monoklinalnych skierowanych dokładnie w wirusa SARS-CoV-2 (jednoczesne stosowanie dwóch klas przeciwciał humanizowanych – IgG i IgM).

W kolejnej prezentacji E. Nowacka SPSK WUM Warszawa porusza tematykę zaburzeń krzepnięcia w przebiegu zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Wirus przede wszystkim wykazuje powinowactwo do pneumocytów typu II oraz komórek endotelium naczyń krwionośnych. Destrukcja tych komórek powoduje odpowiedź zapalną: aktywację monocytów/makrofagów oraz wyrzut cytokin (głównie IL-6). Rozwija się więc endoteliopatia i trombocytopenia. Zakażenie wirusem wywala tzw. „burzę cytokinową”, w efekcie której dochodzi do nadreaktywności płytek krwi i zwiększonej syntezy czynników krzepnięcia, rozwija się nadkrzepliwość. Powikłania zakrzepowo-zatorowe występują zarówno w części tętniczej (zmiany przypominają wówczas płamicę małopłytkową zakrzepową) oraz w części żyłnej (podobne do DIC – zespół wykrzepiania wewnątrznaczyniowego) w mikrokrążeniu (zmiany przypominają zespół hemolityczno-mocznicy)

i makrokrążeniu (udar mózgu, zawał mięśnia sercowego, niedokrwienie krezki). W diagnostyce zaburzeń krzepnięcia pomocne są rutynowe badania laboratoryjne: PLT – liczba płytek krwi, MPV – średnia objętość płytek, APTT, TT – czas trombinowy, PT – czas protrombinowy. W przypadku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 zauważa się zwiększenie wartości stężenia fibrynogenu i produktów jego rozpadu, D-dimerów, stężenie czynnika von Willebranda, wydłużenie czasu protrombinowego i APTT. Istnieje korelacja między stężeniem D-dimerów a rokowaniem u pacjentów z ciężkim przebiegiem infekcji.

Na całym świecie prowadzono badania naukowe, aby sprawdzić działanie leków przeciwplatek w zakażeniu wirusem SARS-CoV-2: pochodne aspiryny i tiklopidyny, heparyny drobnocząsteczkowe, doustne antykoagulanty. Uzyskano konsensus w leczeniu nadkrzepliwości w przebiegu wirerii. Heparyna drobnocząsteczkowa jest rekomendowana w terapii zakażenia, jednakże leczenie musi być dostosowane do stanu oraz wieku pacjenta, odpowiedzi organizmu na zakażenie oraz występowania czynników ryzyka wystąpienia epizodów zakrzepowo-zatorowych (udar, zawał mięśnia sercowego, zatorowość płucna). Wskaźnikiem rozpoczęcia i intensyfikacji leczenia jest poziom D-dimerów: jeśli stężenie wynosi poniżej 3 µg/ml – zaleca się wprowadzenie standardowej profilaktyki przeciwkrzepliwiej w rutynowych dawkach dostosowanych do wydolności nerek; jeśli stężenie wynosi powyżej 3 µg/ml – zaleca się stosowanie większych dawek heparyny drobnocząsteczkowej lub innych antykoagulantów. Należy prowadzić terapię skojarzoną z podażą kwasu acetylosalicylowego. W dawkach 80–100 mg (maksymalnie 150 mg) ASA wykazuje działanie przeciwwirusowe; ponadto zmniejsza ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych, działa protekcyjnie na komórki endotelium przez to zmniejsza prawdopodobieństwo potrzeby prowadzenia wentylacji mechanicznej i zmniejsza śmiertelność.

Judith E. Tintinalli MD Professor, USA, która również prezentowała w swoim wystąpieniu znaczenie koagulopatii w przebiegu zakażenia wirusem, wskazuje na jednoznaczne dowody naukowe mówiące o skuteczności leczenia przeciwkrzepliwego w przypadkach o ciężkim przebiegu oraz profilaktyce u osób prezentujących łagodne objawy. Dawki leków są dopasowywane indywidualnie i zależą od tego czy koagulopatia jest związana z chorobą wątroby lub nerek; czy występują przeciwwskazania do stosowania agresywnej terapii przeciwkrzepliwiej; czy jest obecna trombocytopenia, otyłość; czy mamy do czynienia z czynnikami ryzyka wystąpienia powikłań zatorowo-zakrzepowych. Algorytm dawkowania

leków przeciwkrzepliwych, sporządzony przez S. Moll, MD dostępny jest na stronie internetowej pod adresem [www.clotconnect.org](http://www.clotconnect.org). Jednakże autorka prezentacji podkreśla, że należy stosować leczenie zgodnie z lokalnymi protokołami/zaleceniami.

W wywiadzie przeprowadzonym przez prof. D. Timlera z Kierownikiem Działu Zaopatrzenia w North Estonia Medical Centre w Tallinie, dowiadujemy się o problemach związanych z dostawami sprzętu i środków ochrony indywidualnej w czasie pandemii. Dział ten zajmuje się nie tylko dostawami do szpitala, ale także zawieraniem umów z producentami. North Estonia Medical Centre dysponuje około 1000 łózkami dla pacjentów oraz zatrudnia około 5000 pracowników, a więc jest porównywalnie duże z Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii w Łodzi, które rozporządza 850 łózkami i zatrudnia około 2300 pracowników. Obie placówki zmagają się z podobnymi problemami w związku z dostawą materiałów jednorazowych i sprzętu.

Przed okresem pandemii szpitale w Estonii podpisywały umowy z dostawcami na okres 2–3 lat, podobnie jak miało to miejsce w Polsce. Jednak olbrzymie zapotrzebowanie na środki ochrony indywidualnej spowodowało konieczność aneksowania umów, czyli zwiększenie zamówień z wyszczególnieniem terminu ich realizacji. Dostawcy nie byli w stanie wywiązywać się z kontraktów, nie dostarczali towaru na czas, a zapotrzebowanie ciągle rosło. Jednak bardzo szybko sytuacja została na tyle opanowana, że dział zaopatrzenia mógł zgromadzić sporo zapasów w składach. Zaskutkowało to potrzebą zwiększenia powierzchni magazynowych (wynajmowanych z sektora prywatnego) i przyjęcia dodatkowych pracowników. Wzmocniono także kontrolę nad posiadanym mieniem, tj. wprowadzono codzienną aktualizację danych w celu natychmiastowego niwelowania braków w zasobach.

Aktualnie Dział Zaopatrzenia w Estonii posiada w rezerwie materiały i sprzęt na 2 miesiące. Wszystkie braki w zasobach są zgłaszane z poszczególnych oddziałów, a towar jest wysyłany jak najszybciej, aby przesyłkę dostarczyć w ciągu 2 dni. Oddziały szpitalne są zabezpieczone w sprzęt na okres około tygodnia. W obecnej sytuacji nie ma potrzeby, aby magazynować większą ilość zasobów bezpośrednio na terenie placówki. W tej chwili największą niedogodnością dla sekcji zasobów jest ograniczenie osobistego kontaktu

między personelem medycznym a pracownikami z Działu Zaopatrzenia.

W swojej prezentacji Michael E. Mullins MD FACEP FAACT Associate Professor, Department of Emergency Medicine, Washington University School of Medicine w Saint Louis, Missouri, USA poruszył temat zatrucia acetaminophenem, występującym także pod nazwą: paracetamol, APAP (N-Acetyl Para Amino Phenol). Spośród farmaceutyków paracetamol jest wiodącą substancją wywołującą zatrucie w Europie, Ameryce Północnej, Japonii i Australii. W Sta-

nach Zjednoczonych ośrodki toksykologiczne rejestrują rocznie ponad 100 tys. tego typu przypadków, z czego 1/5 wymaga podania Acetylocysteiny, która jest obecnie drugim najczęściej stosowanym antidotum po Naloksonie. Acetylocysteina występuje także pod nazwą N-acetylcysteine, w skrócie NAC.

W latach 70. ubiegłego wieku w Wielkiej Brytanii Laurie Prescott i współpracownicy stworzyli protokół (podobny do stosowanego obecnie) stosowania acetylocysteiny w zatruciu paracetamolem. Według schematu odtrutkę stosuje się w trzech etapach, tzw. „three-bag method”. Zaleca się dożylnie podanie dawki wstępnej: 150 mg/kg w 200 ml 5 proc. glukozy przez 15 minut, następnie 50 mg/kg w 500 ml 5 proc. glukozy przez 4 godziny; 100 mg/kg w 1 l 5 proc. glukozy przez następnych 16 godzin (dawka całkowita 300 mg/kg w ciągu 20 godzin).

W USA Acetadote jest nazwą handlową acetylocysteiny. Zalecane dawkowanie przez producenta jest oparte na schemacie, opisywanym przez Prescott'a. Jednakże stosowana metoda „three-bag” naraża pewnych trudności. Otóż glukoza w zalecanej objętości (200 ml) nie występuje w USA. Wyżej wymieniony rozpuszczalnik jest tam

dostępny w objętościach 50, 100 i 250 ml. Ponadto autor zwraca uwagę na określenia komponenty czasowej oraz dawki leku (w ml, a nie w mg). Wszystkie te czynniki powodują, że metoda jest skomplikowana i przyczynia się do występowania wielu przypadków przedawkowania antidotum oraz częstszego występowania działań niepożądanych po jego podaniu. Wśród objawów przedawkowania wymienia się: hipotensję, zespół DIC, obrzęk mózgu oraz ostrą niewydolność nerek.

Badania naukowe prowadzone na całym świecie dowodzą licznych pomyłek w dozowaniu, opóźnieniu infuzji oraz

**U większość dzieci i młodych dorosłych zakażonych COVID-19 nie odnotowano zmian w zdjęciu RTG płuc, w porównaniu z zarażonymi innymi wirusami z grupy koronawirusów. Z tego względu u dzieci zaleca się postawienie diagnozy przede wszystkim w oparciu o test RT-PCR oraz objawy kliniczne, a nie zdjęcia obrazowe. U dzieci COVID-19 dodatnich możemy zaobserwować trombocytopenię, podwyższony poziom enzymów wątrobowych, podwyższone poziomy dehydrogenazy mleczanowej, podwyższone D-dimery, zaburzenia krzepnięcia. Co ciekawe, u dzieci COVID-19 dodatnich stężenie CRP i prokalcytoniny było zazwyczaj w granicach normy.**

nieprawidłowym rozdzieleniu w czasie podanych porcji. Autor w swoim wystąpieniu omawia sprawę przedawkowania Acetylocysteiny, gdzie podano pacjentowi 52,5 g NAC zamiast 52,5 ml w pierwszym worku oraz 17,5 g zamiast 17,5 ml w drugim worku. W innym przypadku przepływ infuzji antidotum wynosił 100 mg/kg/h zamiast 100 mg/kg/16h, co było przyczyną uszkodzenia mózgu pacjenta. W celu wyeliminowania tych nieprawidłowości w USA i w Kanadzie zmodyfikowano metodę podawania Acetylocysteiny poprzez standaryzację przygotowania roztworu: 30 g w 1000 ml glukozy, co daje 30 mg/ml; oraz dozowania: dawka wstępna wynosi: 150 mg/kg/h przez 1 h, a dawka podtrzymująca: 12,5 mg/kg/h. Decyzję o kontynuacji leczenia podejmuje się po 20–24 h na podstawie wyników badań biochemicznych krwi: ASPT, ALT. Nowa metoda zmniejszyła możliwość popełnienia błędów poprzez redukcję wykonywanych czynności z 11 do 3. Standaryzacja protokołu podawania NAC spowodowała zminimalizowanie przypadków przedawkowania Acetylocysteiny oraz wystąpienia działań niepożądanych. Ponadto infuzja jest łatwiejsza w przygotowaniu i umożliwia prowadzenie danych administracyjnych w sposób bardziej przystępny.

W kolejnej prezentacji pt. „Pacjent po napadzie drgawkowym w SOR”, której autorami byli M. Siemiński, M. Kałas, K. Szaruta-Reflesz, Gdański Uniwersytet Medyczny, zaprezentowano algorytm postępowania w tego typu sytuacjach. W przypadku pacjenta, u którego napad drgawkowy utrzymuje się powyżej 2 minut, mówimy o napadzie padaczkowym, leczonym poprzez podanie dożylnie 10 mg diazepam lub 1 mg klonazepamu lub 10 mg midazolamu, a także fenytoiny w dawce 20 mg/kg lub kwasu walproinowego w dawce 20–40 mg/kg. Do sedacji z intensywnym nadzorem neurologicznym (monitoring EEG) zaleca się propofol 2–3 mg/kg (dawka wstępna) oraz 2–10 mg/kg/h (dawka podtrzymująca) lub tiopental 3–5 mg/kg (dawka wstępna) oraz 3–7 mg/kg/min. (dawka podtrzymująca) lub midazolam 0,2 mg/kg (dawka wstępna) oraz 0,05–0,4 mg/kg/h (dawka podtrzymująca). Po ustąpieniu drgawek należy zbadać: czy pacjent jest wydolny krążeniowo-oddechowo, czy występują zaburzenia świadomości, cechy infekcji, objawy oponowe, deficyt neurologiczny oraz należy ustalić: czy pacjent choruje na padaczkę, czy był to pierwszy taki epizod, czy ewentualnie zażywa leki przeciwpadaczkowe, czy w czasie napadu doszło do urazu głowy oraz czy epizod ma związek z odstawieniem substancji psychoaktywnej. Należy wykonać badania laboratoryjne (morfologia, stężenie elektrolitów, glikemię, CRP, GGTP, RKZ, stężenie leków przeciwpadaczkowych) oraz wykonać TK głowy, jeśli występują wskazania,

takie jak: pierwszy w życiu napad drgawek, utrzymujący się deficyt neurologiczny i zaburzenia świadomości, uraz głowy w czasie napadu. Należy także przeprowadzić konsultację neurologiczną. Leczenie w SOR obejmuje: wyrównanie zaburzeń metabolicznych, zahamowanie rozwoju zespołu odstawiennego, farmakologiczne leczenie przeciwdrgawkowe, w przypadku infekcji podawanie leków przeciwgrzybiczych i antybiotyków. Pacjent może zostać wypisany, jeśli uzyskano poprawę stanu metabolicznego, nie wykryto świeżego ubytku neurologicznego, zespołu odstawiennego oraz zaburzeń świadomości, nie stwierdzono świeżych zmian w obrazie TK oraz pacjent nie wymaga hospitalizacji na oddziale neurologicznym.

Dr Jan Aszkielaniec, dr Krystian Kamecki zamieścili artykuł przeglądowy pt. „Zaburzenia snu u pacjentów z przewlekłymi bólami narządu ruchu oraz u osób z dysomią w czasie hospitalizacji po zabiegach chirurgiczno-ortopedycznych”, w którym podkreślają znaczenie leczenia przeciwbólowego zarówno w opiece szpitalnej jak i ambulatoryjnej. Zmniejszenie dolegliwości bólowych znacząco wpływa na jakość snu, poprawia formę psychiczną i skraca czas rekonwalescencji pooperacyjnej. Leczenie farmakologiczne dobierane indywidualnie powinno być dobrze zaplanowane i kontrolowane, zwłaszcza w przypadku stosowania opioidów.

Podczas konferencji poruszono również kwestię użycia motocykli w działaniach ratowniczych, gdzie w sytuacjach wezwań niejasnych lub fałszywych zespół motocyklowy może rozwiązać problem bez uruchamiania ambulansu np. może szybko dostarczyć na miejsce wezwania urządzenie AED, rozpocząć lub kontynuować działania resuscytacji krążeniowo-oddechowej, transportować np. preparaty krwi. Zespół motocyklowy powinien być dysponowany do wypadków komunikacyjnych lub innych zdarzeń równoległe z zespołem karetki. Umożliwia to skierowanie na miejsce zdarzenia trzech ratowników medycznych z dodatkowym sprzętem medycznym.

Podsumowując, XIII Konferencja Medycyny Ratunkowej „Kopernik 2020”, choć w tym roku w tak nietypowych okolicznościach, przygotowana na wysokim poziomie merytorycznym, pozwoliła na wymianę doświadczeń naukowo-badawczych. Gorąco zachęcamy do czynnego uczestnictwa w kolejnych konferencjach.

mgr piel. Elżbieta Janiszewska  
lic. rat. med. Justyna Witeczak

**Podczas konferencji poruszono również kwestię użycia motocykli w działaniach ratowniczych, gdzie w sytuacjach wezwań niejasnych lub fałszywych zespół motocyklowy może rozwiązać problem bez uruchamiania ambulansu np. może szybko dostarczyć na miejsce wezwania urządzenie AED, rozpocząć lub kontynuować działania resuscytacji krążeniowo-oddechowej**

## Analiza skuteczności stosowanych metod postępowania wśród pacjentów pod wpływem alkoholu.

Paulina Zatońska<sup>1</sup>, Paweł Rasmus<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe Psychologii w Medycynie UM w Łodzi, <sup>2</sup> Zakład

Psychologii Lekarskiej UM w Łodzi

**Wstęp**

Praca ratownika medycznego często wiąże się z narażeniem na niebezpieczne sytuacje powstające przy ratowaniu życia i zdrowia drugiego człowieka. Diagnostyka i terapia pacjenta znajdującego się pod wpływem alkoholu jest szczególnym zagadnieniem. Alkohol stanowi czynnik utrudniający postępowanie diagnostyczne, a niejednokrotnie również maskujący objawy schorzeń zagrażających życiu, dlatego też w przypadku pacjentów pod wpływem alkoholu, konieczne jest wdrożenie szerokiej i bardzo wnikliwej diagnostyki.

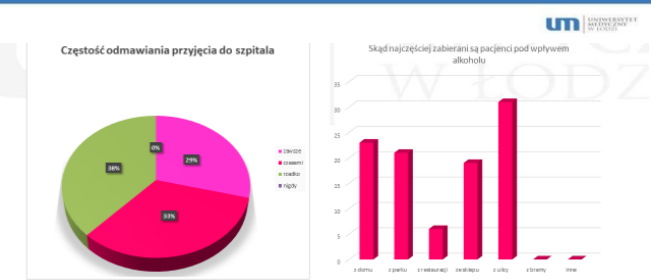
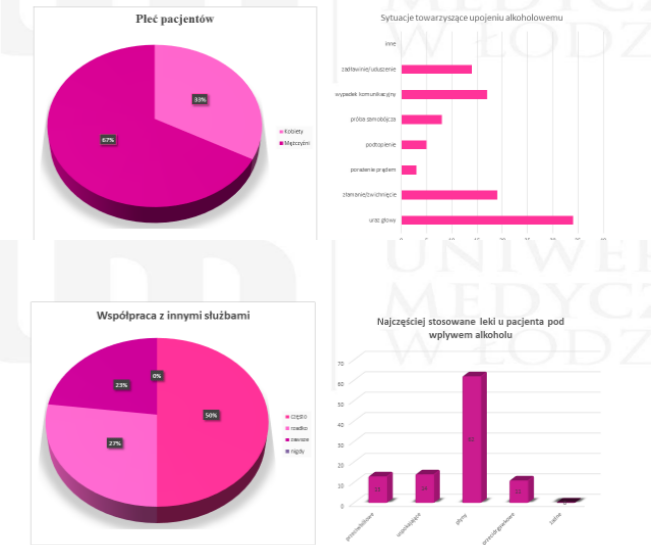
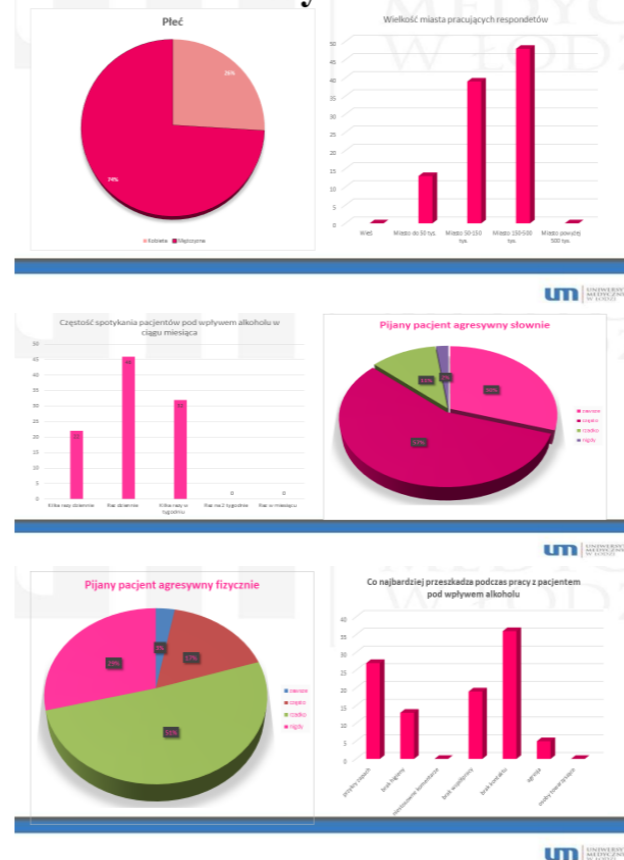
### Cel pracy

Celem pracy była analiza problemu, jakim jest pacjent pod wpływem alkoholu w pracy ratownika medycznego. Głównym zamierzeniem było sprawdzenie, jakie przeszkody i trudności przysparzane są ratownikom medycznym w kontakcie z nietrzeźwymi pacjentami.

### Material i metoda

Narzędziem badawczym tej pracy jest ankieta własnego autorstwa skierowana do ratowników medycznych, która ma za zadanie określić jak dużym problemem jest pacjent znajdujący się w stanie nietrzeźwości w pracy ratownika medycznego. Badaniami objęto 100 osób pracujących w zespołach ratownictwa medycznego na terenie województwa łódzkiego.

## Wyniki



## Wnioski

1. Wszyscy ratownicy medyczni spotykają się w pracy z pacjentami pod wpływem alkoholu.
2. Nietrzeźwi pacjenci przejawiają różne typy zachowań, szczególnie bywają agresywni.
3. Osoby będące pod wpływem alkoholu to częściej mężczyźni.
4. W pracy z pacjentem pod wpływem alkoholu ratownikom najbardziej przeszkadza: brak kontaktu i współpracy oraz przykry zapach.
5. Upojeniu alkoholowemu często towarzyszą różnego typu urazy.
6. Ratownicy medyczni często współpracują z innymi służbami podczas pracy z pijanym pacjentem.
7. Pacjent pod wpływem alkoholu często wymaga zastosowania przymusu bezpośredniego.

„...Śmierć tak punktualna, że zawsze nie w porę...”  
ks. Jan Twardowski

Z ogromnym bólem i żalem pożegnaliśmy na zawsze nasze Koleżanki

**śp. Dorotę Duszę**  
**śp. Mirosławę Cwynar**

wieloletnie pielęgniarki Specjalistycznego Psychiatrycznego  
Zespołu Opieki Zdrowotnej im. Babińskiego w Łodzi

Są pożegnania, na które nigdy nie będziemy gotowi.  
Są słowa, które zawsze wywoływać będą morze łez i takie osoby,  
na myśl o których zawsze zasypie nas lawina wspomnień.

W naszych wspomnieniach będziecie takie same – ciepłe i życzliwe oraz oddane swoim pacjentom pielęgniarki.  
Pozostawiłyście po sobie szacunek i wspomnienie dobrego człowieka.

Zasmucone Waszym odejściem

Pielęgniarki i Pielęgniarze Specjalistycznego Psychiatrycznego  
Zespołu Opieki Zdrowotnej im. Babińskiego w Łodzi

### **Wspomnienia o życiu i pracy śp. mgr Anny Kałużyńskiej**

25 grudnia 2020 r. zmarła mgr Anna Kałużyńska, absolwentka Szkoły Położnych w Pabianicach i Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie.

Jej doczesne szczątki spoczęły w rzymsko-katolickiej części cmentarza przy ul. Ogrodowej w Łodzi. Zakończyła ziemskie życie w czasie szalejącej epidemii koronawirusa, zatem tylko nieliczne grono przyjaciół mogło uczestniczyć w uroczystej liturgii pogrzebowej. W takiej sytuacji wiele koleżanek z lat szkolnych, studenckich i z miejsca zatrudnienia połączyło się w serdecznej prywatnej modlitwie w intencji Zmarłej i we wspomnieniach z okresu wspólnej nauki i pracy.

Ania działalność zawodową rozpoczęła w 1957 r. w Szpitalu im. Heleny Wolff w Łodzi (przy ul. Łagiewnickiej 34). Jej rozległa wiedza, wyniesiona ze szkoły położnych, pogłębiona zainteresowaniami zawodowymi, połączona uważną obserwacją i umiejętnością stosowania jej w praktycznym działaniu szybko ujawniła się w zawodowym środowisku.

Prawość charakteru i Jej kultura zawodowa owocowały uznaniem i szacunkiem kierownictwa oddziału położniczego oraz koleżanek położnych. Popularność w szpitalu zyskiwała sobie również poprzez otaczanie serdeczną troską życia i zdrowia pacjentek i ich dzieci powierzonych Jej opiece.

Dziewięć lat później dyrektorka Liceum Medycznego nr 2 w Łodzi przy ul. Lipowej 16, pani Danuta Oczkowska, zaproponowała Ani Kałużyńskiej pracę w szkole w charakterze nauczycielki zawodu i przedmiotów zawodowych. Propozycję ww. przyjęła. Perspektywa rozpoczęcia magisterskich studiów pielęgniarskich i mniejszy tygodniowy wymiar czasu pracy był wystarczającą zachętą do zmiany charakteru pracy i miejsca zatrudnienia. Rada Pedagogiczna „nową” nauczycielkę natychmiast zaakceptowała, a uczniowie – pokochali. – Za co? – Za ukazywanie wartości życia, za piękne lekcje o potrzebach człowieka chorego, ale i zdrowego również.

Dobrze zapowiadająca się „kariera” nauczycielska skończyła się zbyt szybko. Zdecydował o tym stan zdrowia Ani i konieczność przejścia na rentę chorobową.

Aniu, z głębokim smutkiem żegnamy Cię. Niech nasza pamięć o Twojej bezinteresownej bezgranicznej dobroci będzie Ci wsparciem na drodze do wieczności. Rodzinie przekazujemy wyrazy współczucia.

Maria Rzepkowska

były wizytator średnich szkół medycznych w Wydziale Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Miasta Łodzi  
członek Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych OIPiP w Łodzi

## **Komunikat dotyczący podziału środków do dezynfekcji i ochrony osobistej przekazanych przez MZ**

W związku z dostarczeniem przez Ministerstwo Zdrowia kolejnej partii środków do dezynfekcji i ochrony osobistej, dedykowanej dla pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia zdrowotne w podstawowej opiece zdrowotnej, pielęgniarskiej opiece domowej długoterminowej oraz opiece paliatywnej, prosimy o niezwłoczne składanie zapotrzebowań zgodnie z poniżej zamieszczonymi wytycznymi.

W celu właściwej organizacji dystrybucji prosimy o przesłanie drogą e-mailową zapotrzebowania na adres: [praktyka@oipp.lodz.pl](mailto:praktyka@oipp.lodz.pl), które będzie zawierało następujące dane:

- nr prawa wykonywania zawodu każdej pielęgniarki, położnej;
- zakres udzielanych świadczeń;
- nazwę i adres podmiotu leczniczego;
- nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy osoby składającej zapotrzebowanie.

Realizowane będą wyłącznie prawidłowo napisane zapotrzebowania, zgodnie z kolejnością wpływu, po wcześniejszym telefonicznym ustaleniu terminu odbioru.

Środki będą wydawane do wyczerpania ilości przekazanej przez Ministra Zdrowia.





# 2021



## STYCZEŃ

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

## LUTY

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

## MARZEC

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

## KWIECIEŃ

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

## MAJ

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

## CZERWIEC

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

## LIPIEC

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

## SIERPIEŃ

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

## WRZESIEŃ

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

## PAŹDZIERNIK

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

## LISTOPAD

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

## GRUDZIEŃ

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		