

**Biuletyn**

**OIPiP w Łodzi**

**Październik 2007**

## 1 października - Międzynarodowy Dzień Ludzi Starszych

### Jakoś to będzie...

Starość nie jest chorobą. Jest genetycznie zaprogramowanym zjawiskiem każdego organizmu i każdej komórki naszego ciała. Dusza nasza dojrzewa. Każdy z nas ma swoje tempo i sposób starzenia się w zależności od odziedziczonych genów, środowiska w którym żyje, aktywności i diety, jaką stosował i nadal stosuje.

Jacy będziemy w 70. lub 80. roku naszego życia zależy od nas samych i od rodziny, w której wzrastamy. Odpowiednia dieta, bogata w owoce, warzywa i białko, ma duże znaczenie dla rozwoju naszych kości i komórek. Aktywność fizyczna decyduje o rozwoju masy mięśniowej, pojemności płuc i nawyków na przyszłość. Rozwój intelektualny, czyli czytanie książek i nauka, opóźnia proces otępienny i również wyrabia nawyki na wiele lat dalszego życia. Na pytanie, kiedy zaczyna się starość – nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Młody 20-latek, budząc się rano, wstaje pręźnie z łóżka, nie myśląc o jakimkolwiek bólu, natomiast 80-latek sprawdza, czy boli tak jak zawsze czy też przyplątało się coś nowego. Proces wyraźnego starzenia rozpoczyna się już po 30. roku życia.

Z biologicznego punktu widzenia człowiek przez 30 lat ma wystarczającą ilość czasu, aby znaleźć partnera i zająć się prokreacją. Potem zaczyna być biologicznie „zbędny”, więc zaczynają się psuć różne elementy tej wspaniale skonstruowanej przez Boga istoty. W mózgu ubywa a nie przybywa neuronów i tylko nasze treningi pamięci mogą zwiększać zasób informacji poprzez naukę i pracę intelektualną.

A jak jest w życiu? Nikt młody nie myśli o starości, bo ten problem go nie dotyczy. Wielu 60-latków, jeszcze bardzo sprawnych, oddała tę myśl jak najdalej. Ci bogatsi korzystają z gabinetów chirurgii plastycznej i odnowy biologicznej. A reszta?

Reszta wraca do lat młodości i wspomina swoje wyczyny i sprawność, albo robi się zręczącymi dziadkami. Jediną lekturą stają się kolejne nekrologi znajomych i przyjaciół, a seriale w telewizji dyktują rytm dnia.

Nie za bardzo dopuszczamy do świadomości, że na starość trzeba zapracować! Tak, zapracować i przygotować się do niej, aby nas nie zaskakiwała.

Przez całe pracowite życie należy zorganizować sobie takie warunki lokalowe, aby mając 70 lat nie palić w piecu i nie sprzątać 60-metrowego mieszkania. Należy zadbać o dobre kontakty z rodziną i sąsiadami, bo nie tylko chętniej pomogą, gdy zachorujemy, ale milej i przyjemniej się mieszka w zgodzie i przyjaźni. Niekoniecznie należy zawsze mieć rację. Należy pomagać sobie w potrzebie, bo kiedy nam coś będzie potrzebna, bo inni pomogą.

Należy się ruszać. Spacerować, jeździć na rowerze i robić poranną gimnastykę. No i bardzo ważna rzecz: zdrowo się odżywiać. Niby ciągle się o tym pisze i mówi, wszyscy o tym dobrze wiedzą, ale każdy robi po swojemu. Dlaczego?

Podejście do zagadnień własnej starości, najczęściej sprowadza się do: „jakoś to będzie, bo jakoś to jest”. Nie będę opisywać licznych schorzeń, które nas dręczą po 60. roku życia, ale na pewno należy zaznaczyć, że połowa 80-latów to osoby otępiały, wymagające opieki osoby trzeciej, najczęściej swoich dzieci lub współmałżonka również schorowanego. 50 procent ludzi po 65. roku życia to inwalidzi. Problem alkoholików najczęściej rozwiązuje się sam, bo tacy nie dożywają okresu starości.

Zamiast ubrać adidasy i chodzić na wycieczki, nasze społeczeństwo wydaje krocie na leki często wcale nie pomagając garścią pigułek, a powodując liczne inne dolegliwości. Starość staje się szara i nieciekawa. Zamiast czasu na spacer z ulubioną koleżanką i psem zostaje konieczność załatwienia opiekunki i pomocy w codziennych czynnościach życiowych. Czyli to JAKOŚĆ zmienia się na KTOŚ.

Należy wszem i wobec głosić o potrzebie przygotowania się do wieku późnej dorosłości, który przyjdzie na pewno i – sądząc po statystykach – dotyka już 15 procent społeczeństwa. Pielęgniarki należą do tej grupy, która pomaga i młodym i starym. Posiadają więc nie tylko dostęp do wszystkich grup wiekowych, ale potrzebną wiedzę i autorytet.

Halina Jarczewska

Przedruk z Biuletynu Informacyjnego „Nasze sprawy” grudzień 2006 OIPIP w Katowicach

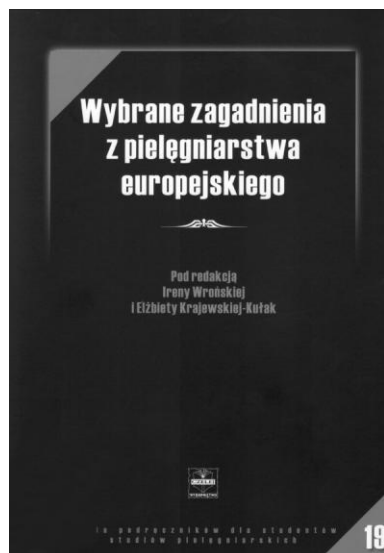
## KĄCIK BIBLIOTECZNY

### Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego

pod red. Ireny Wrońskiej i Elżbiety Krajewskiej-Kułąk,

Rok wydania: 2007

ISBN: 978-83-60608-73-9



Książka pt. „Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego”, której autorzy wywodzą się z różnych środowisk akademickich zajmujących się nauczaniem pielęgniarstwa europejskiego, jest zbiorem nowoczesnej wiedzy łączącej wielośrodkowe widzenie prezentowanych problemów.

Podręcznik składa się z dziewięciu rozdziałów, w których omówiono zasady funkcjonowania Unii Europejskiej, strukturę i zasoby pielęgniarstwa europejskiego, ustawodawstwo zawodowe w krajach Unii Europejskiej, kształcenie pielęgniarek w Polsce, Holandii, Belgii, europejskie organizacje pielęgniarstwa oraz badania naukowe, zawodowe zagrożenia zdrowia pielęgniarek we Wspólnocie Europejskiej, a także dowody naukowe w opiece zdrowotnej. Każdy rozdział kończy się pytaniami sprawdzającymi.

Książka adresowana jest do szerokiej rzeszy studentów i nauczycieli akademickich poszukujących przewodnika ukazującego rozwój pielęgniarstwa w Europie.

st. specjalista ds. merytorycznych  
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska

**Komunikat w sprawie kursu  
kwalifikacyjnego dla pielęgniarek medycyny szkolnej**

Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi informuje, iż istnieje możliwość zorganizowania kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania w II półroczu 2008 roku. Aby jednak organizator rozpoczął procedurę uruchomienia kursu należy zebrać grupę chętnych do udziału. W tym celu zapraszamy wszystkie osoby zainteresowane ww. kursem do składania kart zgłoszeniowych. Formularz do pobrania na stronie internetowej Centrum: [www.wczp-lodz.pl](http://www.wczp-lodz.pl). Zgłoszenia należy nadesłać na adres WCZP (ul. Roosevelta 18, 90-056 Łódź) do dnia 30 listopada 2007 roku

dr n. med. Krystyna Bogus  
kierownik WODKM

## **Komunikat Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi**

Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi organizuje jednodniowe bezpłatne szkolenie na temat: „Teoria i technika wykonywania testów przesiewowych u dzieci”.

Szkolenie adresowane jest do pielęgniarek pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej, realizujących świadczenia profilaktyczne (testy) u dzieci do 6 roku życia.

Terminy szkoleń: 17 października, 28 listopada, 5 grudnia 2007 roku.

Czas trwania: od 9.00 do 14.00

Miejsce szkolenia: Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi, ul. Roosevelta 18 (II piętro, pokój nr 206)

Zgłoszenia prosimy przysyłać:

- drogą elektroniczną na adres: [nadzor@wczp-lodz.pl](mailto:nadzor@wczp-lodz.pl)
- faksem: (042) 636 66 53 w. 48
- telefonicznie: (042) 636 66 54 w. 47, 45, 46, 49

W zgłoszeniu prosimy umieścić: imię i nazwisko osoby uczestniczącej, nazwę zakładu pracy, stanowisko, telefon kontaktowy, faks, e-mail.

mgr Jolanta Pustelnik  
dyrektor

#### 1. Patogeneza osteoporozy

Proces tworzenia i niszczenia kości trwa całe życie. Do 30 roku życia przeważają procesy kościotworzenia aż do osiągnięcia szczytowej masy kostnej największej w życiu człowieka. Po okresie przewagi okresu kościotworzenia zaczynają dominować procesy niszczenia kości. Proces ubytku tkanki kostnej wyraża się początkowo narastaniem osteopenii przechodząc w osteoporozę. Końcową fazą osteoporozy są złamania.

Biorąc za podstawę kryterium lokalizacji osteoporozy dzieli się na miejscowe i uogólnione. Wśród osteoporozy uogólnionych można wyróżnić postaci pierwotne i wtórne. Osteoporoza postmenopauzalna jest najczęściej spotykanym typem osteoporozy pierwotnej. Brak estrogenów osłabia osteoblastyczne tworzenie kości zwiększając tym samym resorpcyjne działanie PHT, co skutkuje utratą masy kostnej. W zaawansowanej osteoporozie utrata może sięgnąć nawet 5 – 10 procent rocznie. Innym typem osteoporozy pierwotnej jest osteoporoza starcza występująca powyżej 75 roku życia u obu płci, ale dwukrotnie częściej u kobiet. Za główną przyczynę uznaje się spadek aktywności nerkowej 1 alfa hydroxylazy z następowym obniżeniem syntezy 1,25 (OH)2D3, co prowadzi do upośledzenia wchłaniania wapnia, wtórnej resorpcji kości przy jednoczesnym wolniejszym procesie tworzenia kości.

Poza menopauzą i wiekiem czynnikami ryzyka osteoporozy są występowanie osteoporozy w rodzinie, niska podaż wapnia w dzieciństwie i wieku dojrzałym, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu i kawy. Czynniki determinującymi powstanie osteoporozy są również rasa i płeć. Występowanie osteoporozy u kobiet, białej rasy, szczupłej sylwetki ciała, spowodowane jest tym, że tkanka tłuszczowa wytwarza estrogen (androgeny nadnerczowe ulegają konwersji do estrogenów), co stanowi czynnik ochronny przed osteoporozą. Kobiety szczupłe nie mają zatem rezerwy hormonów w tkance tłuszczowej.

Na powstanie osteoporozy mają wpływ niektóre choroby, jak: przedwczesna menopauza, steroidoterapia, wcześniejsze złamania kości, choroba tarczycy, choroby nowotworowe, niektóre choroby jelit i nerek. Są to tzw. osteoporozy wtórne, które stanowią od 5 do 20 procent wszystkich rodzajów osteoporozy.

#### 2. Epidemiologia

Osteoporoza jest chorobą społeczną. Potwierdzają to badania epidemiologiczne, na podstawie których szacuje się, że w Polsce dotkniętych osteoporozą jest około 4 milionów osób. Rozpoznaną osteoporozę ma około 2,2 milionów osób. Rocznie odnotowanych jest około 14 tysięcy najpoważniejszych złamań osteoporotycznych – złamań szyjki kości udowej.

Osteoporoza jest wyniszczającą i postępującą chorobą. Wśród przyczyn zgonów zajmuje trzecie miejsce po chorobach układu krążenia i nowotworach.

W Stanach Zjednoczonych osteoporoza dotyka 25 milionów ludzi. Jest ona przyczyną 1,3 milionów złamań w ciągu roku, w tym 500 tysięcy złamań kręgosłupa, 250 tysięcy kości udowej i 240 tysięcy złamań przedramienia. Według wszelkich przewidywań i przy założeniu, że liczba populacji ludzi starszych nadal będzie zwiększać się a niezdrowy tryb życia i odżywiania się utrzymywać, liczba złamań osteoporotycznych będzie również wzrastać. Liczba złamań kości udowej, wynosząca obecnie 1,6 miliona, w roku 2025 osiągnie wielkość prawie 4 milionów, a w roku 2050 ponad 6 milionów. Dane wykazują, że jeśli już

dziś nie podejmie się środków zapobiegawczych, to złamania osteoporotyczne wraz ze skutkami będą coraz częstsze.

Istnieje wiele czynników sprzyjających rozwojowi osteoporozy, obecność jednego z nich nie musi wywoływać paniki, ale jeśli wystąpi kilka czynników, powinno przeprowadzić się szczegółowe badania. Czynniki ryzyka można podzielić na modyfikowalne, czyli takie, które można zmienić, oraz niemodyfikowalne, czyli takie, które nie poddają się żadnym wpływom. Czynniki modyfikowalne to: dieta ubogowapniowa, mała aktywność fizyczna, ograniczona ekspozycja na promieniowanie słoneczne, używki, wczesna menopauza, rzadkie miesiączki. Natomiast czynniki niemodyfikowalne to: rasa – kaukaska, azjatycka, czynniki genetyczne, wiek (osoby starsze), płeć (żeńską), drobna i szczupła budowa ciała).

### **3. Objawy osteoporozy**

Osteoporoza nie pojawia się nagle, jest chorobą rozwijającą się przez wiele lat, nie manifestując się początkowo w żaden szczególny sposób. Ubytek masy kostnej następuje powoli, często bez żadnych bólów, które mogłyby być ostrzeżeniem przed nadchodzącą chorobą. Brak wyraźnych dolegliwości jest istotą podstępного przebiegu osteoporozy. W późniejszej fazie choroby pojawiają się bóle. Bóle osteoporotyczne mają charakter przewlekły, są bardzo uciążliwe i trudne do uśmierzenia. Bóle najczęściej dotyczą pleców zwykle w okolicy kręgosłupa, żeber. Bóle kręgosłupa rzadko kojarzone są z osteoporozą. Częściej są kojarzone ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa, wypadającego dysku czy po prostu przemęczenia i przeciążenia.

W zaawansowanej fazie choroby stan odwapnienia kości prowadzi do złamań przy lekkich urazach i niewielkich obciążeniach. Często złamania są diagnozowane bez uchwytnej przyczyny (złamania samoistne). Złamania osteoporotyczne występują w kilku charakterystycznych miejscach: nadgarstku (najczęstsze), szyjce kości udowej (najpoważniejsze z klinicznego punktu widzenia), trzonach kręgosłupa, rzadziej żeber i innych kości.

### **4. Profilaktyka osteoporozy**

Profilaktyka, czyli zapobieganie rozwojowi choroby ma ogromne znaczenie w walce z osteoporozą. Codzienna aktywność fizyczna, ekspozycja skóry na światło słoneczne, dieta z odpowiednią ilością wapnia i witaminy D oraz unikanie czynników przyspieszających ubytek masy kostnej zapobiegają osteoporozie. Pomimo że o stan kości należy dbać od najwcześniejszych lat, to należy podkreślić, że zawsze jest dobry moment na rozpoczęcie działań profilaktycznych.

Optymalnie i właściwie zbilansowana dieta powinna dostarczyć wszystkich niezbędnych składników odżywczych i mineralnych. Zapotrzebowanie na składniki pokarmowe jest uzależnione od płci, wieku, trybu życia. Osteoporoza należy do grupy chorób, w których dieta ma ogromne znaczenie. Podczas konstruowania modelu odżywiania chroniącego przed osteoporozą obowiązują ogólne zasady żywienia racjonalnego. Szczególny nacisk kładzie się jednak na spożywaniu pokarmów bogatych w wapń i witaminę D.

Zapotrzebowanie na wapń jest zmienne i zależy przede wszystkim od płci i wieku. Istnieją okresy w życiu człowieka, kiedy podaż wapnia powinna być szczególnie wysoka, są to okresy intensywnego wzrastania u dzieci i młodzieży, ciąża i laktacja u kobiet, okres okołopomenopauzalny u kobiet, wiek podeszły.

Na budowę szkieletu płodu ma wpływ podaż wapnia i witaminy D u matki w okresie ciąży. Zapotrzebowanie matki w okresie ciąży i kobiety karmiącej na wapń wynosi 1000 mg dziennie, a na witaminę D poniżej 800 IU. Przeciętna dieta w Polsce natomiast zawiera od 50



do 70 procent dziennego zapotrzebowania wapnia i witaminy D. Wynika to z niskiego spożycia produktów nabiałowych, które są głównym źródłem tego pierwiastka i witaminy D. Okres od narodzenia do zakończenia wzrostu kośćca to czas rozwoju masy kostnej. Masa kostna powiększa się od kilkuset gramów u noworodka do 10 – 12 kg u osoby dorosłej. Zapotrzebowanie na wapń w tym okresie wynosi od 800 do 1300 mg. W celu zapobiegania krzywicy u niemowląt przyjęto zasadę stałej suplementacji witaminy D3 w dawce od 400 do 800 mg na dobę w zależności od wieku i nasłonecznienia. Oprócz właściwej zawartości minerałów dieta musi być zbilansowana energetycznie, tak by osiągnąć i utrzymać właściwą wagę ciała. Niskie BMI jest czynnikiem ryzyka osteoporozy. Anoreksja jest również jednym z najsilniejszych czynników ryzyka osteoporozy.

W okresie od zakończenia wzrostu do osiągnięcia masy szczytowej objętość kośćca nie ulega powiększeniu, natomiast zwiększa się jego stopień mineralizacji, co powoduje zwiększenie BMD. W profilaktyce kontynuujemy zalecenia z poprzedniego okresu. Zalecana dzienna podaż wapnia w zależności od wieku i płci przedstawia się wg Wesołowskiego następująco:

- dzieci: 800 – 1200 mg,
- młodzież: 1200 mg,
- dorośli: 1000 mg,
- kobiety w ciąży i karmiące: 1500 mg,
- kobiety po menopauzie: 1500 mg,
- osoby po 65. roku życia: 1500 mg.

Przygotowując posiłki najczęściej bierzemy pod uwagę ich kaloryczność. Rzadko zastanawiamy się nad zawartością wapnia. Z drugiej strony policzenie ilości wapnia w posiłku nie jest zadaniem prostym. Zawartość wapnia w pożywieniu wg Wesołowskiego przedstawia się następująco:

- kromka pieczywa pełnoziarnistego: 23 mg,
- kromka pieczywa tostowego: 10 mg,
- ser żółty (50 g): 493 mg,
- jogurt (3/4 szklanki): 292 mg,
- jajko kurze: 25 mg,
- łyżeczka masła: 2 mg,
- 4 plasterki kielbasy: 10 mg
- pączek: 30 mg,
- duże jabłko: 10 mg,
- duży bekon: 17 mg,
- pomidor: 25 mg,
- szklanka soku pomarańczowego: 20 mg,
- szklanka kakao: 300 mg,
- marchew (100 g): 50 mg,
- fasola (100 g): 100 – 150 mg.

Aktywność ruchowa jako element profilaktyki osteoporozy konieczna jest w każdym okresie życia. W wieku dorastania pozwala utworzyć, u dorosłych zachować mocne kości, natomiast u osób starszych zwalnia tempo ubytku masy kostnej. Ruch i obciążenie regulują prace komórek kostnych, stymulując kościotworzenie. Ćwiczenia fizyczne mają wpływ na zachowanie funkcji mięśni odpowiedzialnych za utrzymanie równowagi ciała i koordynację ruchów. Zmniejsza to ryzyko upadków, których konsekwencją u osób z osteoporozą są złamania. Aktywność fizyczna ma na celu poprawę stanu zdrowia i zależy od: wieku, ogólnej sprawności, chorób towarzyszących, wytrzymałości mechanicznej kości, obecności lub braku złamań. Brak ruchu u osób starszych pogłębia dysfunkcję całego organizmu wynikające ze starości.

U dzieci, młodzieży i dorosłych aktywność fizyczna służy osiągnięciu, następnie utrzymaniu szczytowej masy kostnej. W tym okresie kluczową rolę odgrywa sport, rekreacja połączona z dietą bogatą w wapń, fosfor i witaminy oraz produkty białkowe w odpowiednich ilościach. Należy pamiętać, że przewlekłe choroby i ich farmakoterapia, złe nawyki żywieniowe, niedobór hormonów, a także nadmierny trening sprzyja ubytkowi masy kostnej. U osób, u których doszło do ubytku masy kostnej, są to szczególnie kobiety w wieku okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym, a także ludzi starych, ruch ma działanie lecznicze i profilaktyczne.

Aktywność fizyczna w okresie menopauzy i starości ma zapobiegać dalszemu ubytkowi masy kostnej i zaburzeniom struktury kości oraz upadkom. Codzienna aktywność fizyczna jako działanie profilaktyczne uzależnione od wieku i stanu kości powinna być zalecana w formie gimnastyki około 20 – 30 minut dziennie i marszów około godziny dziennie. Aktywność fizyczną możemy podzielić na ćwiczenia dynamiczne stymulujące komórki kostne, polegający na obciążaniu kości ciężarem własnego ciała, takie jak: chodzenie, bieganie, skakanie, podnoszenie ciężarów, taniec oraz na ćwiczenia o mniejszej dynamice bez obciążenia, które przywracają równowagę napięć mięśni, zwiększając ich siłę, poprawiając ogólną kondycję, takie jak: jazda na rowerze, pływanie. Inny rodzaj ćwiczeń to ćwiczenia gibkość, zwiększające amplitudę ruchów kończyn i tułowia podczas codziennych czynności życiowych. Ćwiczenia gibkości polegają na delikatnym rozciągnięciu mięśnia, zwiększeniu zakresu ruchów w stawie jedną z form jest stretching (rozciąganie statyczne, sprężynujące, pasywne, wzrastające). Ćwiczenia gibkości mają szczególne znaczenie u osób w wieku pomenopauzalnym, u których doszło do zaburzeń właściwych stereotypów ruchowych, manifestującymi się bolesnymi napięciami, przykurczami mięśni, ograniczonym zakresem ruchów w obrębie stawów, wadą postawy. Forma ćwiczeń gibkościowych poprawia sprawność układu oddechowego, polepsza samopoczucie i przygotowuje do większej aktywności ruchowej i wysiłku w życiu codziennym. Wszystkie wymienione formy ćwiczeń należy wykonywać płynnie, bez pośpiechu, przeplatając ćwiczeniami oddechowymi oraz relaksacyjnymi.

Aktywność fizyczna jako działanie lecznicze zapobiega narastaniu i utrwaleniu deformacji poprzez utrzymanie prawidłowej postawy ciała, odtwarzaniu prawidłowej siły i pracy mięśni, uzyskaniu i zachowaniu prawidłowego zakresu ruchów w obrębie stawów, zwiększeniu codziennej aktywności ruchowej, zniesieniu bólu. Efekty uzyskujemy poprzez kompleksowe użycie różnych metod kinezyterapii i fizykoterapii. Zakres wykonywanych ćwiczeń musi ustalony przez lekarza i realizowany przez fizjoterapeutę po dokładnej analizie stanu funkcjonalnego pacjenta. Usprawnienie jest procesem, którym kolejne dni ćwiczeń pozwalają na wprowadzenie nowych elementów kinezyterapii a na ich prawidłowe wykonanie składa się świadomość, zrozumienie przez chorego celowości wykonywania ćwiczeń, zastosowania odpowiedniej siły w wyznaczonym czasie i tempie dobranej właściwej pozycji.

## **5. Rola pielęgniarki/położnej w profilaktyce osteoporozy**

Profilaktyka rozumiana jako wszelkie działania mające na celu zapobieganie niekorzystnym zjawiskom w obszarze zdrowia. Profilaktyka odnosi się zarówno do technik przeciwdziałających występowaniu niedomagania, prowadzenia wczesnego wykrywania oraz diagnozowania chorób jak i do przerywania i zahamowania dalszego rozwoju choroby.

Zapobieganie może występować na różnych poziomach.

Zapobieganie pierwszej fazy w osteoporozie będzie polegało na wyeliminowaniu czynników szkodliwych, jakimi są nadmierne spożycie alkoholu, kawy i palenie papierosów. Nadmierna konsumpcja alkoholu nasila występowanie osteoporozy, upośledzając przemianę witaminy D3 w ustroju. Ponadto alkohol ma działanie toksyczne na komórki tworzące kość –

osteoblasty. Kobiety palące papierosy wcześniej przechodzą okres menopauzy, a tym samym przyspieszają rozwój osteoporozy. Profilaktyka osteoporozy to również wprowadzenie diety z odpowiednią podażą wapnia i witamin. Należy podkreślić, że spożywanie wapnia jest w Polsce niewystarczające i wynosi przeciętnie około od 400 do 700 mg na dobę. Dodatni bilans jest możliwy przy spożyciu 1000 do 1500 mg na dobę.

Zapobieganie drugiej fazy polega na wczesnym wykrywaniu osteoporozy poprzez badania biochemiczne. Profilaktyka trzeciej fazy w osteoporozie to niwelowanie skutków zaawansowania choroby, a w przypadku złamań pomoc choremu w powrocie do zdrowia i sprawności.

W profilaktyce pierwszej i drugiej fazy rolą pielęgniarki i położnej jest przekazywanie treści edukacyjnych we wszystkich możliwych formach: pogadanki, szkolenia, broszury, gazetki, literatura. Pielęgniarki i położne to grupa zawodowa mająca największy bezpośredni kontakt ze społeczeństwem, dlatego oddziaływania edukacyjne powinny być szczególnie natężone. Osoba objęta profilaktyką trzeciej fazy to często osoba w pewnym stopniu niesprawności i potrzebująca wsparcia w powrocie do zdrowia. Rolę profilaktyki w tym przypadku przejmują pielęgniarki środowiskowe. Profilaktyka pierwszego i drugiego stopnia dotyczy głównie ludzi młodych i w średnim wieku. Natomiast profilaktyka trzeciego stopnia dodatkowo obejmuje ludzi starszych. Aby skutecznie zapobiegać powikłaniom osteoporozy, jakimi są złamania i w konsekwencji niedołęstwo, należy stosować w życiu codziennym zasady postępowania profilaktycznego, które można ująć w następujących punktach we W. Misiorowskiego:

1. Spożywanie pokarmów bogatych w wapń (mleko i jego przetwory) i witaminę D (tran, żółtko jaj) tak żeby kości miały odpowiednią ilość budulca.
2. Jeżeli podaż wapnia w diecie jest niewystarczająca, rozpoczęcie przyjmowania preparatów wapniowo-witaminowych.
3. Osiągnięcie i utrzymanie prawidłowej dla płci, wieku i wzrostu masy ciała.
4. Korzystanie ze słonecznej pogody (pod wpływem promieni słonecznych powstaje w skórze witamina D).
5. Zmiana trybu życia z siedzącego na bardziej aktywny – gimnastyka, spacer.
6. Ograniczenie do minimum używek, tj. kawy, papierosów, alkoholu.
7. Unikanie sytuacji groźnych mogących doprowadzić do upadku i złamań kości: pozostanie w domu, gdy jest ślisko, zamontowanie przy wannie uchwytów, które pomogą bezpiecznie wyjść, położenie na podłogach antypoślizgowych dywaników, zaopatrzenie się w buty zimowe na grubym bieżniku, korzystanie ze schodów trzymając się poręczy, unikanie podnoszenia dużych ciężarów.
8. Wykonywanie badań densytometrycznych kości przy wystąpieniu czynnika rozwoju osteoporozy.
9. Przyjmowanie leków konsultować z lekarzem rodzinnym, czy nie mają negatywnego wpływu na kości.
10. Określenie przez lekarza stopnia zagrożenia osteoporozą.

Problem osteoporozy jest problemem społecznym, dotyczy bowiem wszystkich kobiet. Zaniedbanie w przygotowaniu organizmu do nieuchronnych zmian powstających w okresie pomenopauzalnym. Zmiany następują w układzie kostnowstawowym, a także w samej aktywności umysłowej i psychicznej kobiety. Psychofizyczne zmiany oraz nieuchronna deformacja kośćca mogą być złagodzone hormonalną terapią zastępczą, a także innymi metodami zabezpieczającymi kobiety przed rozwinięciem objawów w następstwie niedoboru estrogenów. Z tego też powodu podjęto badania ankietowe wśród kobiet okresu około menopauzalnego, u których występują objawy menopauzy. Uzyskane wyniki być może pozwolą na wdrożenie skutecznych programów edukacyjnych.

Literatura u autorki

Przedruk z Biuletynu OIPiP w Tarnowie nr 3/2007 (103)

## Pochwalmy się: Bogumiła Cieśla



Dziś zaprezentuję naszym czytelnikom następną koleżankę, która uzyskała stopień doktora nauk medycznych. Jest nią pani Bogumiła Cieśla pochodząca z województwa kieleckiego.

Po uzyskaniu świadectwa dojrzałości (1981) wstąpiła do Medycznego Studium Zawodowego nr 2 w Warszawie na Wydział Położnych. Egzamin dyplomowy złożyła z wyróżnieniem w 1985 roku i zaraz po tym podjęła pracę zawodową w Szpitalu Rejonowym w Opocznie na stanowisku położnej odcinkowej na oddziale traktu porodowego i ginekologii. Po 10 latach pracy w szpitalu przeniosła się do Żarnowca, gdzie w okresie 1991 – 1999 pracowała na stanowisku położnej środowiskowej.

Mając już spore doświadczenie zawodowe, w 1996 roku podjęła studia na Wydziale Pielęgniarskim – kierunku położnictwo w AM w Lublinie. Ukończyła studia w 2000 roku obroną pracy magisterskiej pt. „Relacje między pielęgniarkami pracującymi w systemie kontraktowym a innymi podmiotami zabezpieczającymi potrzeby zdrowotne społeczności lokalnych”.

W 2000 roku podjęła pracę w Wojewódzkim Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi. Przez pierwsze cztery lata była zatrudniona w dziale promocji zdrowia i nadzoru świadczeń medycznych jako specjalista ds. nadzoru w położnictwie i ginekologii. W tym czasie podjęła współpracę z Instytutem Medycyny Pracy w Łodzi i wzięła udział w badaniach kliniczno-kontrolnych z zakresu zagrożeń środowiskowych i medycznych w okresie ciąży. Pozwoliło jej to na przygotowanie pracy doktorskiej nt. „Indywidualne i systemowe czynniki ryzyka wcześniactwa i hipotrofii płodu w województwie łódzkim”. Obroniła pracę z wyróżnieniem w 2005 roku. Od 2006 roku pracuje w Wojewódzkim Ośrodku Doskonalenia Kadr Medycznych na stanowisku starszego specjalisty ds. szkoleń i zajmuje się kształceniem podyplomowy pielęgniarek i położnych.

dr n. hum. Barbara Dobrowolska  
Przewodnicząca Komisji Historycznej przy Zarządzie Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

## **PODZIĘKOWANIA**

Bardzo dziękuję całemu personelowi Oddziału Neurologii Szpitala im. K. Jonschera w Łodzi za wkład pracy włożony w moje leczenie. Cały zespół pracującego personelu za wspaniałe podejście do pacjenta i z dużym zaangażowaniem wykonuje swoje zadania. Pacjent czuje się tu bezpiecznie.

wdzięczny pacjent Andrzej Forysiak

Pragnę złożyć serdeczne podziękowania personelowi pielęgniarskiemu i lekarskiemu Oddziału Wewnętrzny i Oddziału dla Przewlekłe Chorych Szpitala w Głownie za troskliwą, fachową i bezinteresowną opiekę oraz serce, życzliwość i ogromne wsparcie okazane w czasie ciężkiej choroby mojej Mamy – Henryki Wojciechowskiej

Małgorzata Bednarek-Szymańska z najbliższą rodziną

Tą drogą chcemy serdecznie podziękować za wsparcie moralne i materialne w trakcie protestu w białym miasteczku firmom: Usługi Wnętrzarskie Utrzymanie Zieleńców Firma Gierańczyk (Łódź ul. Deotymy 3/15) i Firma Żywieniowa „Grek RTC” SA (Zgierz, ul. 3-go Maja 14)

## **Polski szpital akredytowany bezpiecznym miejscem pracy lekarzy i pielęgniarek w procesie świadczenia usług**

Obserwacja działających od ponad stu lat a w większości krajów od okresu powojennego, zachodnioeuropejskich systemów opieki zdrowotnej, opartej na finansowaniu z ubezpieczeń zdrowotnych – wskazuje, że ich struktura organizacyjna jest przede wszystkim strukturą wynikającą z finansowania. Wzajemne zależności rozgrywają się pomiędzy odbiorcami usług zdrowotnych, ich dostawcami a opłacającymi, finansującymi tę działalność płatnikami.

Odbiorcy to ubezpieczający się pacjenci, świadczeniodawcami są natomiast instytucje medyczne np. zakłady opieki zdrowotnej publiczne i niepubliczne, lekarze rodzinni, pielęgniarki (praktyka indywidualna), instytucje opieki nad ludźmi niepełnosprawnymi, fizjoterapeuci oraz rehabilitanci. Płatnikiem są instytucje ubezpieczeniowe działające na danym obszarze – w polskim systemie jest to Narodowy Fundusz Zdrowia i jego regionalne oddziały.

W relacjach pomiędzy wymienionymi podmiotami obowiązuje zasada ograniczonego zasobów i powstrzymywania wzrostu kosztów usług – zjawisk ekonomicznie właściwych w gospodarce rynkowej.

Ubezpieczyciel powinien bardzo dokładnie dobierać dostawców usług medycznych (których w Polsce jest pewien nadmiar), wyłanianych w procesie konkursu ofert chcąc zawrzeć możliwie korzystny kontrakt na dostawę usług zdrowotnych z instytucjami które oferują je za możliwie niską cenę przy danej jakości lub usług o wysokiej jakości za mniej więcej stałą cenę.

Jakość świadczonych usług zdrowotnych nabiera szczególnej wagi w świetle wymienionych powiązań usługowo-finansowych. Jakość świadczeń medycznych jest bardzo często postrzegana jako rezultat warunków w jakich funkcjonują zakłady opieki zdrowotnej w Polsce. Szczególnie ważne jest przeświadczenie, że posiadanie najwyższej klasy sprzętu medycznego, oraz drogiej infrastruktury spowoduje poprawę poziomu usług leczniczych.

Postrzeganie jakości tylko przez funkcję nowoczesnej bazy aparaturowej może prowadzić do stwierdzenia, że wysoki poziom świadczeń zdrowotnych można uzyskać, tylko przy dużych nakładach finansowych. Należy stwierdzić, że nie tylko infrastruktura i organizacyjne warunki pracy odgrywają istotną rolę w uzyskiwaniu jak najlepszych efektów, lecz cały proces udzielania świadczeń; rozpoczynając od przyjęcia chorego, aż do jego wypisania ze szpitala po zakończeniu hospitalizacji.

Bardzo istotną przesłanką jest fakt, iż profesjonaliści sektora zdrowia pracują w takich warunkach jakie stwarza system opieki zdrowotnej w Polsce. Bolączki i niedomogi tego systemu są wiedzą powszechną, warto jednak wspomnieć, że w warunkach permanentnego niedoinwestowania łatwiej jest popełniać błędy za które odpowiedzialnością obarczany jest konkretny lekarz czy pielęgniarka. Z badań przeprowadzonych na świecie wynika, że zaledwie w kilku procentach winnym popełnienia błędu jest konkretna osoba-w znacznej większości zdarzenia niepożądane są efektem niewłaściwej organizacji pracy, które umożliwiły i dopuściły popełnienie błędu. Dostrzegać także należy, że poszkodowanym oprócz pacjenta, który ucierpiał na skutek błędnego postępowania jest także profesjonalista medyczny i często jego rodzina. Na świecie opracowuje się programy ochronne w celu zabezpieczenia personelu medycznego w sytuacjach popełnienia błędu. Programy te zapewniają niezbędne wsparcie i informacje dotyczące zabezpieczeń prawnych. Podkreślić należy, że braki systemowe i niedostateczne finansowanie nie zwalniają personelu od odpowiedzialności zawodowej, personel medyczny nie jest nieomylny, popełniał i będzie popełniał błędy w swojej pracy.

Według teorii czołowej postaci nowoczesnego myślenia o jakości opieki zdrowotnej – amerykańskiego uczonego Avedisa Donebediana, który sformułował klasyczną definicję jakości: „jest to taki rodzaj opieki w której maksymalizuje się mierzalne dobro pacjenta, biorąc pod uwagę równowagę oczekiwanych korzyści i strat towarzyszących procesowi opieki we wszystkich jego elementach” proces świadczenia usług medycznych to czynności zachodzące wewnątrz grup usługodawców, oraz między nimi, a ich pacjentami, a zatem jest to profilaktyka, prewencja, diagnostyka, terapia, rehabilitacja oraz edukacja pacjentów.

Dlatego też polepszanie usług wiąże się ze zmianą metodologii i organizacji pracy, która nie wymaga ogromnych nakładów finansowych, ze strony organizatora opieki zdrowotnej.

Przez ostatnie dziesięciolecia w polskiej ochronie zdrowia nie mówiło się lub tylko akcentowało konieczność działań skierowanych na podnoszenie jakości usług zdrowotnych. Wynikało to z braku motywacji (również finansowych) lub niechęci do wprowadzania zmian i nowości oraz zmiany stereotypów zachowań, a także przekonania o konieczności dużych nakładów finansowych do osiągnięcia tych celów. Dziś mówią o tym decydenci oraz domagają się sami zainteresowani pacjenci.

Jednym z mechanizmów, którego zastosowanie może doprowadzić do poprawy jakości świadczeń są działania zmierzające do przygotowania szpitala do procesu akredytacji.

W wielu krajach istnieje – funkcjonuje akredytacja szpitali – będąca procesem zewnętrznej oceny poziomu udzielanych świadczeń – spotykając się z bardzo pozytywną oceną jako mechanizm obiektywny.

Z faktu chęci uzyskania statusu Szpitala Akredytowanego, legitymującego się Certyfikatem Akredytacyjnym – wynika, iż szpitale pragnąc uzyskać akredytację podejmą wysiłki prowadzące do podniesienia poziomu opieki nad chorym, zapewnienia bezpieczeństwa oraz realizacji ich praw w procesie leczenia, a także zmian systemu organizacji pracy, podejmowane przez samych pracowników.

W związku z powyższym Akredytacja postrzegana jest przez zainteresowane szpitale jako zewnętrzny mechanizm motywacyjny, prowadzący w konsekwencji do zapewnienia wyższej jakości świadczeń. Zapewnienie jakości realizowane jest w oparciu o oceny i obserwacje prowadzone wewnątrz zakładu poprzez wykorzystanie wiedzy realizatorów procesu terapii i ich konsolidację w działaniu na rzecz zmian w jakości opieki. Sposobem postępowania, który pozwala na dokonanie oceny i doskonalenie całego procesu opieki jest cykl pracy zmierzający do podniesienia poziomu opieki zdrowotnej w oparciu o opracowanie procedur likwidacji problemów dostrzeganych przez wykonawców usług.

Instytucje medyczne w swych programach jakości, koncentrują się na trzech zasadach czy kierunkach:

- podniesienie poziomu wykonania,
- określenie czy wykonanie odpowiada standardowi,
- poprawie wykonania, jeśli nie odpowiada standardowi.

W wielu krajach Europy szpitale starają się o uzyskanie najlepszych osiągnięć w jakości świadczeń, satysfakcjonujących pacjentów przy najracjonalniejszym i ekonomicznym wykorzystaniu środków finansowych i zasobów ludzkich.

Szpital Polski XXI wieku powinien się tak rozwijać, aby poza udzielaniem świadczeń leczniczo-pielęgnacyjnych na najwyższym poziomie, stał się również otwarty na wszelkie innowacje i zmiany postaw wobec zdrowia i choroby, jakości leczenia i opieki, które wówczas mogą być rozpowszechniane i akceptowane jeśli staną się częścią strukturalną kultury organizacji jaką jest szpital.

Wejście do Szpitali Akredytowanych to spełnienie pewnych wymagań, jakie się stawia wobec szpitali – poza zapewnieniem dobrej jakości świadczeń zdrowotnych. Szpital sieci powinien m.in. rozwijać wpływ środowiska na zdrowie pacjenta, podnosić poziom



wiedzy personelu, który potrafi właściwie oddziaływać na pacjentów, redukować i utylizować odpady szpitalne zgodnie z normami w tym zakresie, należycie dokumentować pracę personelu, przestrzegać praw pacjentów, zapewnić im bezpieczeństwo w czasie pobytu i działań terapeutycznych, szkolić własną kadrę medyczną udzielającą świadczeń, oraz dbać o coraz lepszą jakość świadczeń.

Wśród szpitali, które w Polsce poddały się procesowi akredytacji bardzo cenną jest wymiana doświadczeń, prezentacja osiągnięć oraz współpraca w zakresie podnoszenia poziomu jakości opieki. Wydaje się zasadne i celowe powołanie tzw. Sieci Szpitali Akredytowanych w Polsce(SSzAP), która rozwijałaby współpracę między zainteresowanymi problematyką jakości szpitalami polskimi.

dr n. med. Ewa Gawłowska-Stępień  
mgr prawa, mgr pielęgniarstwa  
doktorant w Katedrze Prawa Cywilnego KUL w Lublinie  
nauczyciel akademicki – adiunkt

Postępowanie pielęgniarские z pacjentem,  
u którego występują zaburzenia słuchu oraz wzroku

## ZABURZENIA SŁUCHU

Słuch przekazuje bodźce ze wszystkich kierunków, nie zna granic, przekazuje bodźce nawet wtedy, gdy wzrok zawodzi – nie istnieją przeszkody jak ciemność czy mgła. Słuch informuje o wydarzeniach rozgrywających się w większej odległości. Wielkość obiektów, oddalenie i wzajemne przesłanie się, stanowi ograniczenie dla spostrzeżeń wzrokowych. Słuch jest pierwotnym przekaznikiem informacji płynących z dalszego otoczenia.

Słuch przekazuje bodźce stale, zapewnia ciągły dopływ bodźców, nie można go świadomie wyłączyć, jak wzroku. Zapewnia poczucie bezpieczeństwa w ciemnościach, umożliwia stały kontakt z otoczeniem.

Wrażenia akustyczne, względnie mowa, sterują odbiorem wrażeń wzrokowych, potrącony przedmiot wydaje dźwięk i wtedy nakierowujemy wzrok na przedmiot.

Bodźce akustyczne działają stymulująco, dzięki stałemu pobudzaniu ciekawości zainteresowania i uwagi.

Wrażenia akustyczne zapowiadają nadchodzące wydarzenia, słysząc dzwonek – ktoś idzie, sprzeczą się głosy – kłótnia, charakter tych głosów, dźwięków, dzwonek wywołuje gotowość dostosowania się do sytuacji, nastawiamy się na czekające nas wydarzenia.

Słuch oraz mowa wykształcona w procesie komunikacji steruje naszym zachowaniem. Za pośrednictwem mowy przyswajamy sobie wypowiedziane i niewypowiedziane zasady współżycia z otoczeniem, dlatego słuch jest jednym z najważniejszych czynników kształtowania osobowości.

Słuch w znacznym stopniu wpływa na kształtowanie osobowości, umożliwia przekazywanie nastrojów np. niewyraźny w słowach charakter rozmowy luźny lub spięty, wrogi lub przyjazny, wpływa na atmosferę, dzięki zapobieganiu powierzchownemu przeżywaniu zdarzeń. Mowa rozwijana drogą słuchową jest najważniejszym środkiem nawiązywania i podtrzymywania kontaktów międzyludzkich, umożliwia okazywanie uczuć, empatii, pomaga zwalczyć nawyki egocentryzmu.

W zależności od miejsca uszkodzenia narządu słuchu, wyróżniamy dwa rodzaje niedosłuchu:

- niedosłuch przewodzeniowy – uszkodzone jest ucho zewnętrzne i/lub środkowe, dźwięk nie może być dalej przewodzony do ucha środkowego, wszystkie dźwięki słyszymy ciszej, jednak jakość dźwięku jest zachowana,
- niedosłuch odbiorczy – uszkodzone jest ucho wewnętrzne, komórki rzęsate są częściowo uszkodzone, dźwięk doprowadzany do nerwu słuchowego nie może być w pełni przetworzony w impuls elektryczny, dźwięki odbierane są ciszej i mniej wyraźnie (u małego dziecka dochodzi do upośledzenia rozwoju mowy w znacznym stopniu).

Obowiązująca obecnie klasyfikacja audiometryczna ustalona przez Europejski Komitet Audiofonologii, zalecana przez WHO:

Ubytek słuchu w dB	Stopień uszkodzenia słuchu
Poniżej 20 dB	Słuch normalny lub powyżej normy
Powyżej 20 dB do 40 dB	Lekki
Powyżej 40 dB do 70 dB	Umiarkowany
Powyżej 70 dB do 90 dB	Znaczny
Powyżej 90 dB	Głęboki

#### Postępowanie pielęgniarckie z osobą niedosłyszącą/głuchą

Człowiek, który traci słuch po opanowaniu języka potrafi nadawać, ale ma problemy z odbiorem komunikatów. Należy wtedy głośno mówić lub też używać pisma (duże litery, pisane mazakiem, uwzględnić osłabienie wzroku).

Chcąc nawiązać kontakt z głuchym podchodzimy z przodu lub z boku tak, aby mógł nas zauważyć. Trzeba najpierw nawiązać kontakt wzrokowy (dotknąć chorego), żeby mógł rozpocząć mówić.

Każda nowa sytuacja musi być wcześniej omówiona, wyjaśniona (badania, zabiegi, sposoby ich wykonania, przygotowanie), należy też pacjenta zapoznać z planem dnia danego oddziału. Sposób wezwania pielęgniarki musi być ustalony na początku, a pacjent zapoznany z topografią oddziału. Dla zniwelowania stresu i zapewnienia bezpieczeństwa należy na początku ustalić z pacjentem sposób wezwania pielęgniarki oraz zapoznać go z topografią oddziału.

Osoba niesłysząca lub niedosłysząca nie może usłyszeć zagrożenia czy komunikatu dźwiękowego. Dlatego też należy przewidzieć zdarzenia niepożądane, aby obniżyć napięcie związane z pobytem w szpitalu i nieznanymi otoczenia.

#### Sposoby komunikowania się z osobą z zaburzeniami słuchu

W zależności od stopnia opanowania języka przez osoby z zaburzonym słuchem, możliwościami odbierania mowy drogą słuchową, współwystępujących niepełnosprawności oraz przygotowania komunikacyjnego rozmówcy (naszych umiejętności) można skorzystać z jednego lub z kilku sposobów porozumiewania się.

Słyszący rozmówca	Niesłyszący/niedosłyszący
Mowa dźwiękowa (o przeciętnym natężeniu lub nieco głośniejsza)	Odbiór mowy dźwiękowej słuchem
Wyraźna artykulacja	Odczytywanie mowy z ust
Artykulacja wsparta fonogestami	Odczytywanie mowy z ust wspartej fonogestami
Wyraźne pismo	Czytanie ze zrozumieniem
Daktylografia	Odczytywanie znaków daktylograficznych (wymaga znajomości daktylografii i języka pisanego)

## ZABURZENIA WZROKU

### Zaćma

Zaćma albo inaczej katarakta to zmętnienie soczewki oka powstające w procesie normalnego starzenia się organizmu, w następstwie urazu mechanicznego, chemicznego lub energią promienistą, chorób ogólnoustrojowych lub miejscowych oka. Nie wszystkie przyczyny powstawania zaćmy są znane, jednak pewnym jest, że prowadzą do zaburzenia przemiany materii soczewki i powodują utratę jej przejrzystości. Leczenie wszystkich rodzajów zaćmy polega na operacyjnym usunięciu zmętniałej i nieprzejrzystej soczewki. Czasami, zanim soczewka stanie się zupełnie nieprzejrzysta, stosuje się leki w postaci kropli opóźniające rozwój zaćmy. Nie zawsze jednak istnieje taka możliwość i nie zawsze leki te są skuteczne.

### Jaskra

W prawidłowym oku stale odbywa się krążenie płynu śródocznego, który ożywia przejrzyste tkanki oka i utrzymuje prawidłowe ciśnienie śródoczne. Terminem jaskra określa się wiele jednostek chorobowych, których wspólnym głównym objawem jest podwyższenie tego właśnie ciśnienia.

### Retinopatia cukrzycowa

Jest to choroba oka wywołana długotrwałą cukrzycą. Choroba ta jest spowodowana uszkodzeniem siatkówki. Jednak zanim do tego dojdzie uszkodzane są naczyńka włosowate, receptory i włókna nerwowe w błonie wewnętrznej.

## DIAGNOSTYKA CHORÓB OKA

### Badanie ostrości wzroku

Ostrość wzroku badana jest przy pomocy tablic ze specjalnie dobranym znakami. Mogą być nimi litery, cyfry, znaki kół z przerwami z różnych kierunkach lub, specjalnie dla dzieci, różne obrazki lub czarne rysunki dłoni z rozstawionymi palcami (tablice Snellena). Znaki ułożone są w rzędy, przy czym wielkość znaków w poszczególnych rzędach zmniejsza się ku dołowi. Przy każdym rzędzie znajduje się liczba oznaczająca w metrach (D) odległość, z jakiej oko miarowe widzi ostro dany rząd znaków. Ostrość wzroku określamy wg wzoru:

$V =$

Gdzie V (visus) oznacza ostrość wzroku, d – odległość badanego od tablicy, D – odległość z jakiej oko miarowe prawidłowo czyta rząd znaków.

### Badanie pola widzenia

Pole widzenia odzwierciedla czynność siatkówki, nerwu wzrokowego, dróg wzrokowych i ośrodkowego wzrokowego w korze mózgowej i może być kluczowym badaniem w diagnostyce takich schorzeń, jak jaskra, zapalenie lub zanik nerwu wzrokowego, odwarstwienie siatkówki, guz lub uraz mózgu i czaszki itp. najprostszą jest metoda konfrontacyjna, polegająca na

porównaniu pola widzenia pacjenta z polem widzenia lekarza badającego. Metoda ta pozwala na zaobserwowanie jedynie dużych zmian w polu widzenia pacjenta. W celu przeprowadzenia dokładniejszych badań wykorzystuje się perymetry i kampimetry.

### Wziernikowanie oka (oftalmoskopia)

Badanie to jest ważne zarówno dla oceny zmian chorobowych w siatkówce i tarczy nerwu wzrokowego, jak i oceny ogólnego stanu zdrowia pacjenta – badanie dna oka pozwala na diagnozowanie wielu schorzeń ogólnoustrojowych, takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca czy miażdżyca. Oftalmoskopia polega na porównaniu obrazu idealnego oka z rzeczywistym obrazem dna oka pacjenta. Interesujące są zmiany w wyglądzie (kolorze, intensywności, kształcie itp.) siatkówki, tarczy nerwu wzrokowego, plamki żółtej i naczyń tętniczych. Do oglądania dna oka służy oftalmoskop (wziernik oczny).

Najprostszy oftalmoskop to wklęsłe zwierciadło z otworem w środku. Światło żarówki elektrycznej zostaje odbite przez lustro i wpada do oka, oświetlając jego dno. Powracające światło przechodząc przez otwór w lusterku wpada do oka lekarza przeprowadzającego badanie.

### Dotyk

Najważniejszym narządem dla niewidzącego jest ręka a najważniejszym zmysłem dotyk. Wyróżniamy dotyk czynny (narząd dotykający jest w ruchu np. przesuwanie ręki po przedmiocie) oraz dotyk bierny (zestknięcie z przedmiotem). Zmysł dotykowo-ruchowy w orientacji przestrzennej stanowi warunek samodzielnego i bezpiecznego poruszania się, pozwala też poznać właściwości konkretnego terenu. Dotyk pośredni, czyli za pomocą laski, kijka wraz z „pamięcią mięśniową” pozwala zautomatyzować ruchy nóg na często uczęszczanych trasach.

## POSTĘPOWANIE PIELEŃNIARSKIE Z OSOBAMI Z ZABURZENIAMI WZROKU

Choremu należy przedstawić się głośno i wyraźnie, gdyż chory rozpoznaje po głosie. Pacjent powinien być umieszczony w sali wieloosobowej, należy przedstawić współlokatorów i osoby opiekujące się chorym.

Pacjenta należy zapoznać z topografią oddziału a także najbliższego otoczenia, szczegółami wyposażenia sali chorych, łazienki, WC, pokazać sygnalizację dźwiękową, przekazać informacje na temat wielkości pomieszczeń i znajdujących się w nich przedmiotów.

Należy wspólnie przemierzyć z chorym najważniejsze odcinki dróg (chory bierze przewodnika pod rękę) oraz pokazać inne możliwości do samodzielnego poruszania się w najbliższym otoczeniu np. poręcz schodów, barierki itp.

Należy zachowywać się naturalnie – dla chorego najważniejszy jest nasz głos – mówić pełnymi i jasno sformułowanymi zdaniami, poinformować o odejściu.

### Komunikacja

Stosujemy słowo mówione, przy osłabieniu słuchu lub głuchocie (osoby starsze) można wykorzystać tabliczki Braille'a. Dzięki alfabetowi Braille'a można zapisać prawie wszystko, a chory może w pełni z niego korzystać samodzielnie: czytać, pisać, drukować. Istnieje możliwość korzystania z komputera (przystawki).

Z osobą głuchoniewidomą można komunikować się za pomocą alfabetu palcowego (biała rękawiczka z zaznaczonymi punktami, opowiadającymi poszczególnym literom).

Mgr Iłona Kubiak  
Pielęgniarka, logopeda

Przedruk z Biuletynu OIPiP  
z siedzibą w Kaliszu nr 5-6/2007

## **PRAWNIK RADZI**

W związku z licznymi telefonami dotyczącymi uprawnień i obowiązków pracowników, poniżej udzielam odpowiedzi na kilka z najczęściej zadawanych pytań

### **1. Jak należy liczyć terminy okresu wypowiedzenia umowy o pracę?**

W zależności od rodzaju zawartej umowy o pracę oraz stażu pracy okres wypowiedzenia może być różny, zgodnie z przepisami art. 33, 34 i 36 kodeksu pracy. Niezależnie jednak od długości okresu wypowiedzenia sposób liczenia terminów pozostaje ten sam. Najczęściej okres wypowiedzenia wynosi miesiąc lub trzy miesiące. Powstaje wtedy wątpliwość w jaki sposób i od kiedy rozpoczyna się bieg tego terminu.

W zależności od momentu (daty) złożenia przez pracodawcę lub pracownika wypowiedzenia umowy o pracę okres pomiędzy wypowiedzeniem umowy a ustaniem stosunku pracy będzie się różnił. Zasadą jest, że okres wypowiedzenia liczony w miesiącach upływa z końcem pełnego miesiąca. Możliwe jest więc, że w danym przypadku okres wypowiedzenia nie będzie wynosił ustawowych 3 miesięcy ale więcej. Najlepiej pokaże to przykład, w którym wypowiedzenie zostało wręczone 24 września. Przy 3-miesięcznym okresie wypowiedzenia stosunek pracy ustanie w tym przypadku z dniem 31 grudnia. Podobnie, gdy wypowiedzenie zostanie wręczone w każdym innym dniu września, okres wypowiedzenia zacznie biec dopiero od 1 października.

### **2. Kiedy nabywa się prawo do nagrody jubileuszowej i jak długo można żądać wypłaty tej nagrody?**

Kwestie dotyczące nagród jubileuszowych są co do zasady regulowane w aktach wewnętrznych zakładu pracy, tzn. w regulaminach. Decydującym czynnikiem przy nabyciu prawa do tej nagrody jest oczywiście odpowiedni staż pracy. Staż ten liczony jest od dnia zatrudnienia pracownika, bądź u aktualnego pracodawcy, bądź u poprzednich. To czy zatrudnienie u poprzednich pracodawców wlicza się do stażu pracy liczonego w związku z nagrodą jubileuszową, zależy właśnie od zapisów w regulaminie.

Prawo do nagrody jubileuszowej pracownik nabywa więc po przepracowaniu określonej liczby lat, a konkretnie z końcem dnia, w którym upływa wymagany okres. Zaznaczyć należy, że pod pojęciem „końca dnia” rozumie się w zasadzie koniec dnia roboczego, czyli jest to koniec dniówki. Wymagalność roszczenia o zapłatę jublieuszówki rozpoczyna się z dniem następnym. Jest to istotne, ze względu na przepis art. 291 kodeksu pracy, który stanowi o 3 letnim okresie przedawnienia roszczeń wynikających ze stosunku pracy. Upływ okresu przedawnienia wyklucza możliwość sądowego dochodzenia tego roszczenia, w przypadku, gdy pracodawca nagrody nie wypłacił.

### **3. Czy pracownikowi, który odchodzi z pracy zawsze przysługują dni na poszukiwanie nowej pracy?**

W kodeksie pracy przewidziano dla pracowników, którzy są w okresie wypowiedzenia dodatkowe dni wolne na poszukiwanie pracy. Szczegółowo reguluje to przepis art. 37 kodeksu pracy. Zwrócić należy jednak uwagę na dwie istotne kwestie. Po pierwsze takie dni przysługują tylko wtedy, gdy okres wypowiedzenia wynosi co najmniej 2 tygodnie. Po drugie z prawa tego może skorzystać pracownik, któremu wypowiedziano umowę o pracę, nie natomiast ten, który sam z pracy rezygnuje. Co do ilości przysługujących dni, to zgodnie z

powołanym przepisem są to 2 dni robocze - w okresie dwutygodniowego i jednomiesięcznego wypowiedzenia, 3 dni robocze - w okresie wypowiedzenia trzymiesięcznego.

Dariusz Ojrzyński – radca prawny



**Ramowy plan kursów i szkoleń dla pielęgniarek i położnych  
organizowanych i finansowanych z budżetu  
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w roku 2008**

**Specjalizacje w dziedzinie:**

- 1) Pielęgniarstwa opieki paliatywnej,
- 2) Pielęgniarstwa pediatrycznego,
- 3) Pielęgniarstwa psychiatrycznego.

Specjalizacje rozpoczyna się w 2008 roku po zatwierdzeniu programu przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

**Kursy kwalifikacyjne – programy dla pielęgniarek – w dziedzinach:**

- 1) Pielęgniarstwa opieki paliatywnej – 1 edycja,
- 2) Pielęgniarstwa opieki długoterminowej – 1 edycja,
- 3) Pielęgniarstwa psychiatrycznego – 1 edycja.

**Kursy specjalistyczne w zakresie:**

programy dla pielęgniarek i położnych:

- 1) „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa” – 4 edycje,
- 2) „Terapia bólu” – 2 edycje,
- 3) „Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych” – 2 edycje,
- 4) „Poradnictwo dietetyczne” – po przygotowaniu i zatwierdzeniu programu przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych – 2 edycje.

programy dla pielęgniarek:

- 1) „Leczenie ran” – 2 edycje
- 2) „Podstawy opieki paliatywnej” – 1 edycja,
- 3) „Wykonywanie badania spirometrycznego” – 1 edycja,
- 4) „Endoskopia” – 1 edycja.

program dla położnych:

- 1) „Leczenie ran” – 1 edycja.

**Szkolenia doskonalące w zakresie:**

- 1) „Postępowania w stanach zagrożenia życia” – 20 edycji,
- 2) „System zarządzania jakością w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenie ukierunkowane na zakłady stacjonarne, dla pielęgniarek naczelnych/przełożonych, oddziałowych”:  
– dla pielęgniarek naczelnych (pełny program) – 2 edycje,  
– dla pielęgniarek oddziałowych (częściowy program) – 5 edycji.
- 3) „Cewnikowanie chorych w warunkach domowych” – szkolenie kierowane do pielęgniarek opieki paliatywnej i długoterminowej” – 2 edycje,
- 4) „Opieka nad pacjentem z cukrzycą” – szkolenie kierowane do pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania – 4 edycje,
- 5) „Edukacja prozdrowotna” – szkolenie kierowane do pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania oraz pielęgniarek rodzinnych – 3 edycje,
- 6) „Testy przesiewowe i postępowanie poprzemiesiewowe w zakresie narządu ruchu” – szkolenie kierowane do pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania – 3 edycje.

**Sympozja:**

- 1) IV Sympozjum „Etyka zawsze i wszędzie” – kontynuacja,
- 2) II Sympozjum „Zagrożenia zawodowe” – kontynuacja,
- 3) Sympozjum „Bezpieczne podawanie leków”.

**Uwaga!**

Informacje nt. szczegółowych terminów kursów i szkoleń będziemy przekazywać w miarę ich uzgodnienia m.in. w biuletynie, na stronie internetowej Izby i pełnomocnikom zakładów.  
Informacji udziela dział merytoryczny pod nr tel. (042) 639 92 62.

## **SEPSA – ANALIZA PRZYPADKÓW LECZONYCH W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 w Łodzi**

”Mimo, że miliony ludzi na całym świecie giną z powodu sepsy, nadal stanowi ona jedno z najmniej rozumianych pojęć, także wśród lekarzy...”

Prof. Graham Ramsay, 2001

**Sepsa**, to ogólna reakcja organizmu na zakażenia bakteryjne, grzybicze lub wirusowe.

W ponad 30% przypadków nie udaje się potwierdzić (zidentyfikować) badaniem mikrobiologicznym rodzaju zakażenia.

Do czynników ryzyka sepsy zalicza się:

- ✓ Wiek
- ✓ Wstrząs
- ✓ Oparzenie
- ✓ Zabiegi operacyjne
- ✓ Urazy
- ✓ Leczenie sterydami
- ✓ Leczenie immunosupresyjne
- ✓ Współistniejące choroby przewlekłe

Należy pamiętać, że sepsa może wystąpić u osób w każdym wieku, zarówno zdrowych jak i cierpiących wcześniej na inne choroby. Sepsa przebiegająca z objawami niewydolności narządowej określana jest jako ciężka sepsa (severe sepsis). Ciężka sepsa stanowi podstawowy obiekt rozległych badań epidemiologicznych, eksperymentalnych i klinicznych.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki rocznie wykrywa się ok. 750 tys. przypadków ciężkiej sepsy a w ciągu ostatnich 20 lat ilość pacjentów leczonych z powodu sepsy podwoiła się.

Ciężka sepsa zabija w USA więcej chorych niż udar mózgu, rak płuc oraz rak piersi razem wzięte.

W ciągu roku z powodu ciężkiej sepsy na świecie umiera ok. 750 tys. ludzi (powyżej 1400 osób dziennie)

W Unii Europejskiej z powodu ciężkiej sepsy umiera rocznie 146 tys. chorych

10-14% pacjentów w OIT ma rozpoznaną ciężką sepsę

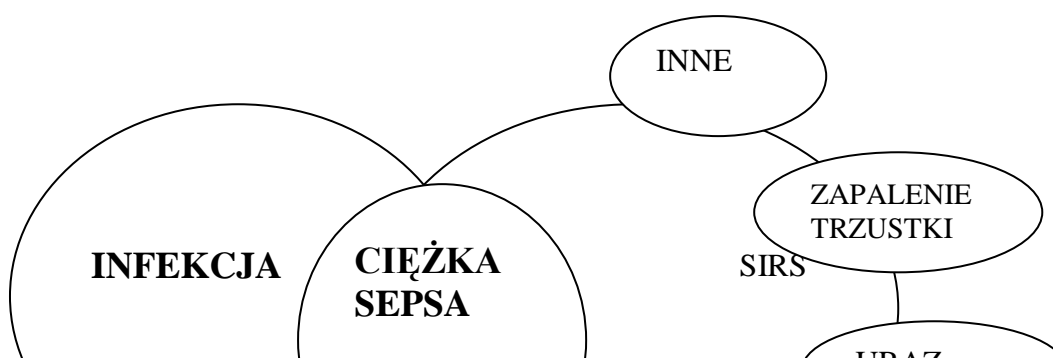
W przypadku ciężkiej sepsy śmiertelność sięga, co najmniej 28 – 50 %

Ilość przypadków ciężkiej sepsy zwiększa się corocznie z powodu starzenia się społeczeństwa, narastającej oporności na antybiotyki, inwazyjnych metod leczenia.

U około jednej trzeciej pacjentów z objawami sepsy stwierdza się jałowe posiewy, brak rozstrzygających badań mikrobiologicznych lub niemożliwość ustalenia jednoznacznego miejsca infekcji.

Polska nie dysponuje zestawieniem zachorowalności i śmiertelności w rozpoznanej ciężkiej sepsie.

W roku 1991 doszło do spotkania ekspertów z Amerykańskiego Kolegium Pulmonologów oraz Towarzystwa Intensywnej Terapii w sprawie konsensusu na temat definicji sepsy i jej powikłań /rysunek 1, tabela 1/



Rys.1. Diagram Venna ilustrujący powiązania pomiędzy zakażeniem, SIRS i sepsą.

<p><b>ZESPÓŁ OGÓLNOUSTROJOWEJ ODPOWIEDZI ZAPALNEJ /SYSTEMIC INFLAMMATORY RESPONSE SYNDROME/  6.  SIRS</b></p>	<p>Ogólnoustrojowa odpowiedź zapalna na szereg ciężkich schorzeń klinicznych, na którą składają się dwa lub więcej z następujących objawów:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. temperatura &gt; 38 ° C lub &lt; 36° C</li> <li>2. tętno &gt;90 uderzeń na minutę</li> <li>3. częstość oddechów &gt;20 na minutę lub PaCO2 &lt; 32 mmHg</li> <li>4. leukocytoza &gt; 12000/μl lub 4000/μl lub 10% postaci niedojrzałych</li> </ol>
<p><b>7. SEPSA</b></p>	<p>Ogólnoustrojowa odpowiedź organizmu na zakażenie. Rozpoznanie sepsy wymaga stwierdzenia, co najmniej dwóch kryteriów SIRS oraz zakażenia. Objawy zakażenia obejmują odpowiedź zapalna na obecność drobnoustrojów lub ich pojawienie się w zazwyczaj jałowych tkankach organizmu.</p>
<p><b>8. CIĘŻKA SEPSA</b></p>	<p>Sepsa/SIRS współwystępujące dysfunkcją narządów, hipoperfuzją tkankową lub spadkiem ciśnienia tętniczego. Hipoperfuzja i zaburzenia perfuzji obejmują między innymi: kwasicę mleczanową, oligurię i ostre zaburzenia świadomości.</p>
<p><b>HIPOTENSJA WYWOŁANA PRZEZ SEPSĘ</b></p>	<p>Tętnicze ciśnienie skurczowe &lt;90mmHg lub spadek <math>\geq 40</math> mmHg w stosunku do wartości wyjściowych, przy braku innych przyczyn hipotensji.</p>
<p><b>9. WSTRZĄS SEPTYCZNY</b></p>	<p>Rodzaj ciężkiej sepsy ze spadkiem ciśnienia tętniczego krwi pomimo należytej resuscytacji płynowej wraz z zaburzeniami perfuzji obejmującymi między innymi: kwasicę mleczanową, oligurię i ostre zaburzenia świadomości. U pacjentów otrzymujących leki inotropowe lub obkurczające naczynia może nie występować hipotensja, jeśli jednak nadal stwierdza się u nich hipoperfuzję tkankową lub dysfunkcję narządową, będą oni uważani za chorych we wstrząsie septycznym.</p>
<p><b>ZESPÓŁ NIEWYDOLNOŚCI WIELONARZĄDOWEJ / MULTIPLE ORGAN</b></p>	<p>Obecność zaburzeń czynności narządów u pacjenta z ostrą chorobą, powodujących niemożność utrzymania homeostazy bez interwencji terapeutycznej.</p>

Tabela 1. Definicje ustalone podczas Konferencji Konsensusu

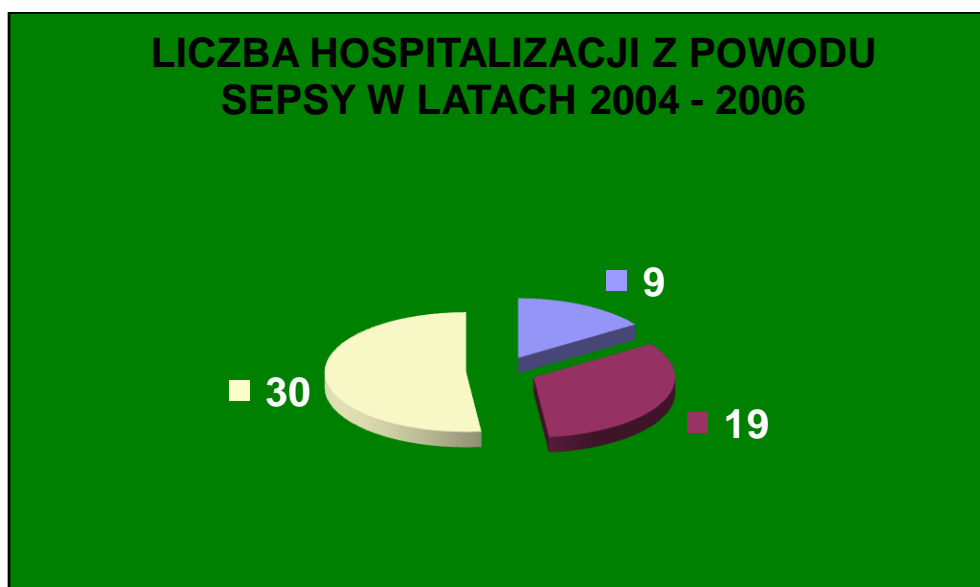
### ANALIZA PRZYPADKÓW

Oddział Intensywnej Terapii w Uniwersyteckim Szpitalu Kliniczny nr 1 w Łodzi skład się z dwóch boksów : „dużego” 5 stanowiskowego i „małego” – 3 stanowiskowego.

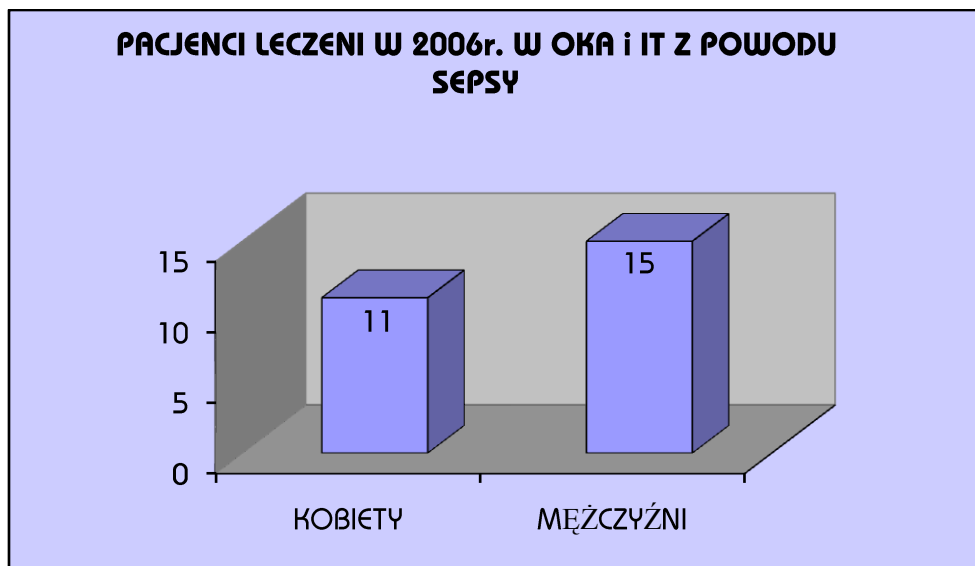
W oddziale pracują 24 pielęgniarki /łącznie z pielęgniarkami anestezyjologicznymi, pracującymi w zmianach/ oraz 6 osób personelu pomocniczego.

W roku 2006 leczono ponad 30 przypadków pacjentów z podejrzeniem lub stwierdzoną sepsą.

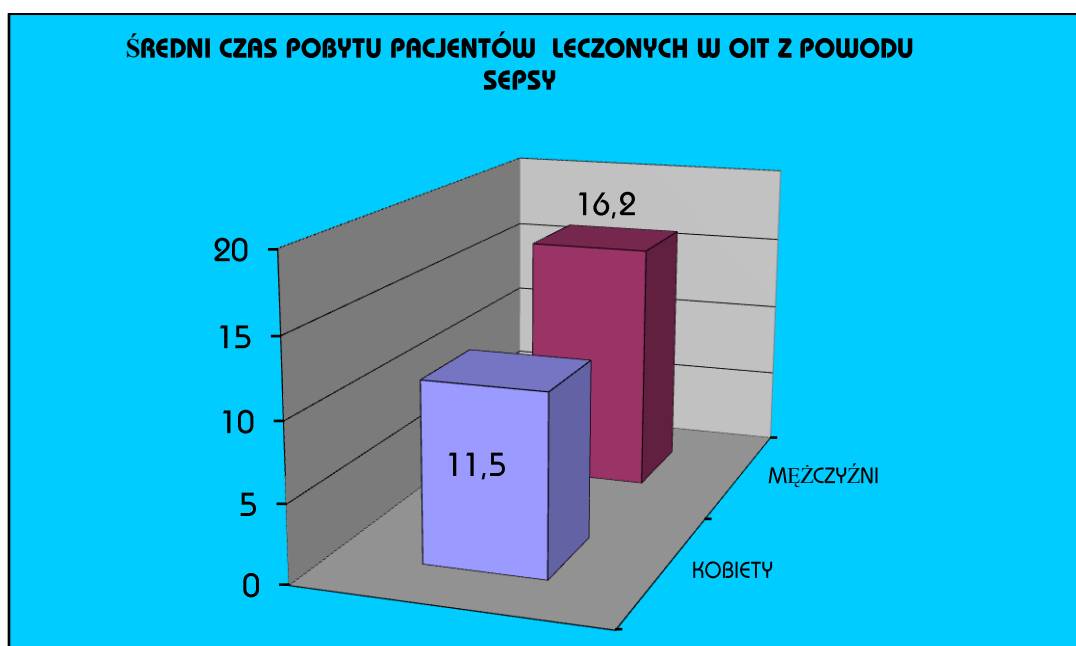
Analizie poddano 26 przypadków leczonych w roku 2006.



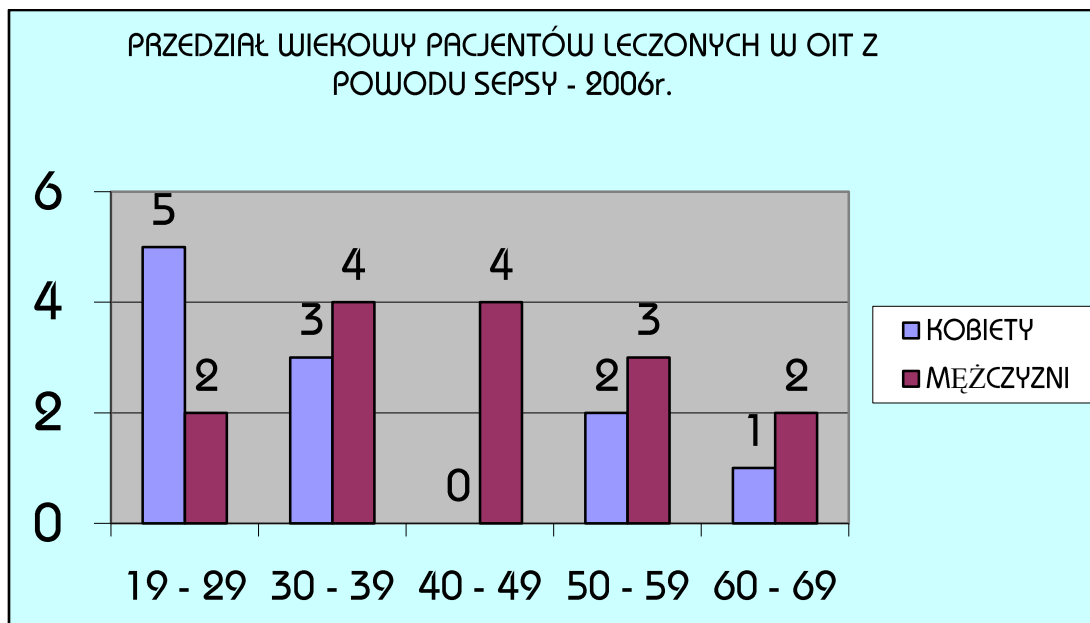
Rys.2 Hospitalizacje w OIT z powodu sepsy w latach 2004 – 2006



Rys.3 Pacjenci leczeni w 2006 w OIT – podział ze względu na płeć



Rys.4 Średni czas pobytu pacjentów leczonych w OIT z powodu sepsy

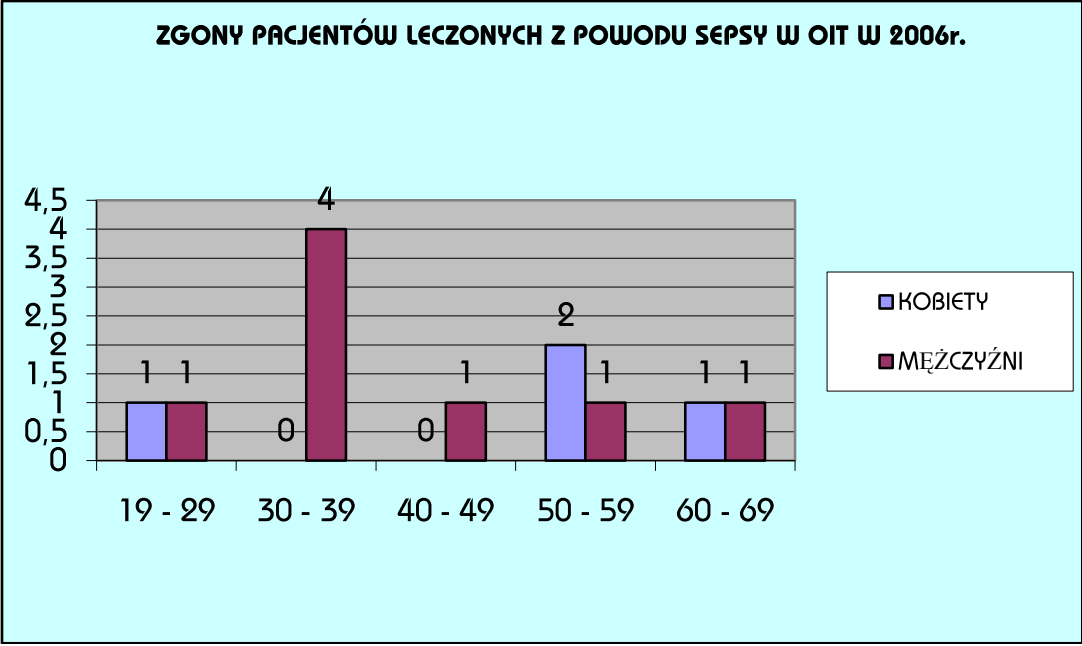


Rys.5 Przedział wiekowy pacjentów leczonych z powodu sepsy



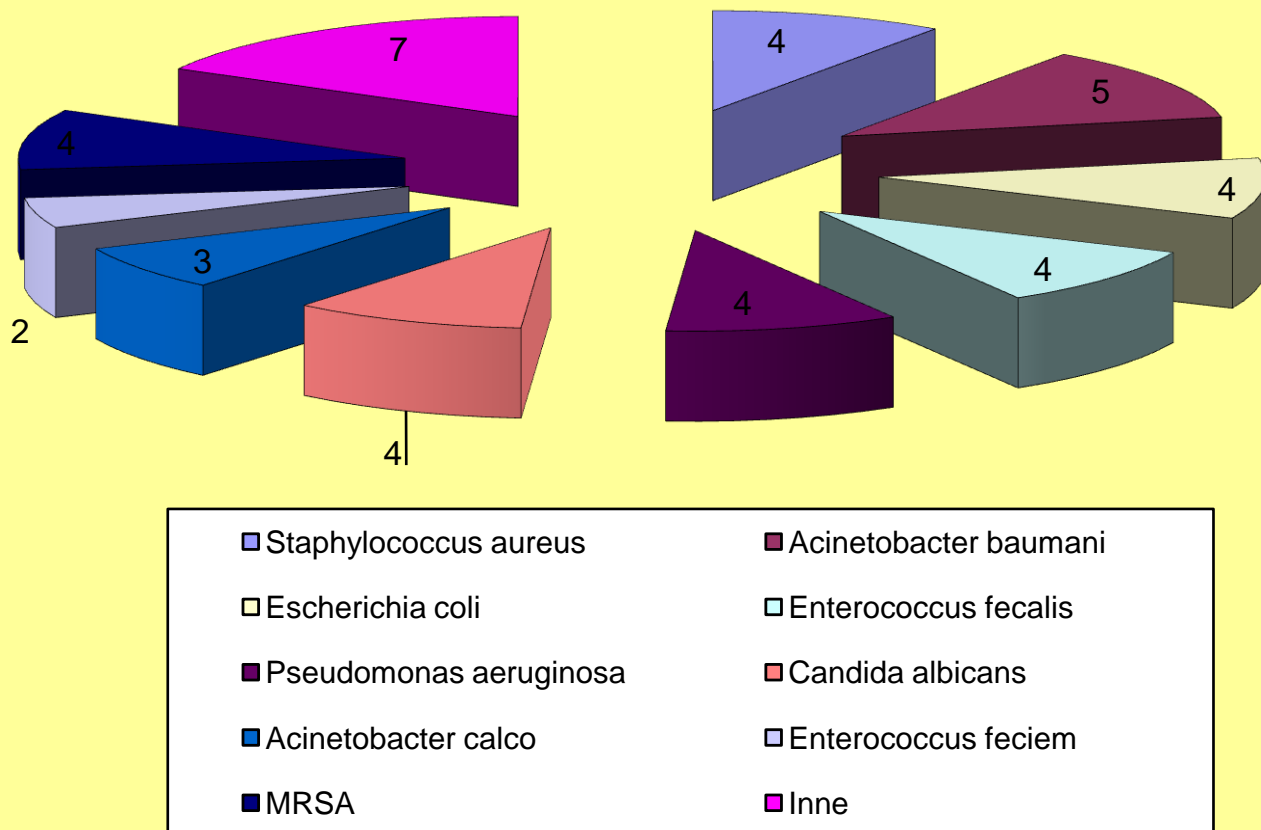
Rys. 6 Oddział, z którego przyjęto pacjenta





Rys. 7 Zgony pacjentów leczonych w OIT z powodu sepsy

## DROBNOUSTROJE



Rys. 8. Drobnoustroje wyhodowane u pacjentów Rozpiętość rozpoznana sepsą

## WNIOSKI

1. Rozpiętość wieku pacjentów leczonych w OIT z powodu sepsy wynosiła najmłodszy pacjent 19 lat , najstarszy 67.
2. Średni czas pobytu wynosił w przypadku kobiet 11,5 dnia , w przypadku mężczyzn 16, 2 dnia. Najkrótszy czas pobytu 1 doba /jeden pacjent/ najdłuższy czas pobytu 70 dni /jeden pacjent/.
3. Pacjenci z sepsą najczęściej byli przyjmowani z oddziałów chirurgicznych co stanowiło 42,3 % oraz z oddziałów internistycznych – 30,76%.
4. Śmiertelność ogółem wynosiła 46, 15 %, wśród kobiet 36,36%, wśród mężczyzn 53,33%. Niepokojącym jest fakt, iż największą śmiertelność wśród mężczyzn odnotowano w przedziale wiekowym 30- 39 lat, na 4 przyjętych chorych, 4 zgony.

5. Pacjentom podawano od jednego do 7 antybiotyków.
6. U wszystkich pacjentów oprócz terapii antybiotykowej włączono Xigris – rekombinowane ludzkie aktywowane białko C.
7. W baniach mikrobiologicznych wyhodowano różnorodne drobnoustroje, co wskazuje na trudności w ustaleniu jednorodnego czynnika etiologicznego.

mgr Maria Cianciara

LITERATURA U AUTORA

**Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia  
ORPiP w dniach 4 – 6 września 2007 roku  
oraz Prezydium ORPiP w dniu 22 sierpnia 2007 roku**

1. Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 23 pielęgniarkom i 3 położnym.
2. Zatwierdzono wymianę prawa wykonywania zawodu 22 pielęgniarkom/pielęgniarsom i 2 położnym.
3. Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi 9 pielęgniarek.
4. Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi 3 pielęgniarki i 1 położną.
5. Przyjęto oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki na czas nieokreślony – od 7 pielęgniarek.
6. Wpisano do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych 7 praktyk pielęgniarek.
7. Wykreślono z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych – 1 praktykę pielęgniarki, zgodnie z wnioskiem zainteresowanej.
8. Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż pięć lat – 3 pielęgniarkom skrócono okres przeszkolenia.
9. Podjęto decyzje dotyczące rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych:
  - wykreślono 1 kurs specjalistyczny realizowany przez WCZP w Łodzi wpisany do rejestru pod Nr 28 zgodnie z wnioskiem organizatora.
  - wpisano do rejestru pod Nr 35 kurs specjalistyczny w zakresie "Wykonania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07" realizowany przez WCZP w Łodzi.
10. Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w:
  - konferencji: 6 osobom,
  - kursie kwalifikacyjnym: 1 osobie,
  - studiach podyplomowych: 1 osobie.
11. Przyznano 4 nagrody finansowe po ukończeniu studiów magisterskich z oceną bardzo dobry.
12. Przyznano zapomogi bezzwrotne po:
  - 1500 zł: 3 osobom,
  - 1000 zł: 2 osobom,
  - 700 zł: 2 osobom.
13. Zatwierdzono:
  - koszty udziału przedstawicieli OIPiP w:
    - □ II Ogólnopolskim Zjeździe dyrektorów ds. pielęgniarstwa, pielęgniarek naczelnych, przełożonych „Problemy prawne, organizacyjne i interpersonalne w codziennej praktyce kadry zarządzającej” w Rajgrodzie koło Augustowa w dniach 16 – 19.10.2007 roku – 9 przedstawicielom OIPiP.
    - □ Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Stany nagłe w praktyce zawodowej położnej” w Lublinie w dniach 23 – 24.11.2007 roku – 4 członkom Komisji Położnych.
  - honoraria dla 4 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynach Nr 7-9/2007,
  - zmiany w składzie osobowym Zespołu ds. Opieki Paliatywno-Hospicyjnej – wpisano 3 osoby.
  - zmianę pełnomocnika i jego zastępcy w rejonie wyborczym/zakładzie – 6 DPS w Łodzi.
  - kontynuację w roku 2008 prenumeraty czasopisma „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” dla 100 rejonów wyborczych/zakładów – razem 359 egzemplarzy,

- koszty dwóch sympozjów dla pielęgniarek i położnych organizowanych przez OIPiP w Łodzi w dniu 20.09.2007 roku i 27.11.2007 roku.
  - finansowanie z budżetu OIPiP w roku 2008 dwóch kursów kwalifikacyjnych w dziedzinie „Pielęgniarstwa operacyjnego” i „Pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki” realizowanych przez WCZP w Łodzi.
  - Uwaga! Członkowie OIPiP w Łodzi uczestniczą w zajęciach bezpłatnie i zgodnie z regulaminem, nie przysługuje im zwrot kosztów dojazdów i zakwaterowania.
  - koszty szkolenia nt. liczenia minimalnych norm zatrudnienia dla pielęgniarek i położnych w SP ZOZ w Tomaszowie Maz.
14. Przyjęto Uchwałę Nr 610/IV w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia zawodowego (tekst jednolity). Obecnie obowiązującą uchwałę wraz z załącznikami (wzorami wniosków) zamieszczamy na stronie internetowej: [www.oipp.lodz.pl](http://www.oipp.lodz.pl)
  15. Przyjęto ramowy plan kursów i szkoleń organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w roku 2008, na podstawie potrzeb zgłaszanych przez pielęgniarki i położne (zamieszczony na s. 3).
  16. Powołano składy osobowe komisji konkursowych na stanowiska kierownicze: ordynatorów i pielęgniarki przełożonej.

mgr Maria Kowalczyk  
sekretarz ORPiP w Łodzi

## **Sprawozdanie z V Podlaskiej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne: od poczęcia do starości”**

Konferencja zorganizowana przez pracowników Akademii Medycznej w Białymstoku, Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, odbywała się w dniach 23.05.07–27.05.2007 roku w Białowieży w hotelu „Żubrówka”. Komitet organizacyjny stanowili: prof. dr. hab. med. Elżbieta Krajewska-Kułąk, dr.hab. med. Marek Szczepański, dr. n. med. Cecylia Łukaszuk, dr. hab. med. Alicja Wasiliuk.

Patronat medialny nad konferencją objęli: „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” oraz „Problemy Higieny i Epidemiologii”.

Na powierzchni wystawowej Hotelu „Żubrówka” znajdowały się stoiska firm farmaceutycznych, wydawnictw medycznych i innych. Wystawę fotograficzną Asklepijon Sanatorium Starożytnej Grecji przedstawiła dr.n. med. Antygona Chadzapolu z Grecji. W konferencji udział brali goście polscy i zagraniczni, specjaliści z dziedziny pielęgniarstwa, neonatologii, interny, pediatrii, chirurgii, rehabilitacji, opieki paliatywnej, geriatrii, neurologii, dermatologii, promocji zdrowia, higieny i epidemiologii, psychologii, socjologii i pedagogiki.

Na uroczystym otwarciu konferencji organizatorzy przedstawili uczestnikom „Refleksje na temat przemijania” czyli myśli filozofów, obrazy znanych malarzy, słowa poetów i pisarzy. W sztuce motywem młodości i starości zajmowało się wielu artystów. Jak powiedział Seneka: „Całe życie człowieka jest tylko podróżą do śmierci.”

Prawem, któremu podlega człowiek jest przemijanie. W każdym organizmie, niemal od momentu poczęcia, zachodzą równoległe procesy powstawania, starzenia się i umierania olbrzymiej ilości komórek. Bardzo spodobały mi się cytowane słowa Feliksa Chwaliboga: „Młodość to pragnienie nowych wrażeń, gorące uczucie i chęć do czynu. Starość to obojętność i lenistwo. Młodzieńcem i starcem można być w każdym wieku” oraz Cycerona: „dwudziestolenni mają twarz taką, jaką dał im Pan BÓG, czterdziestolenni – jaką dało im życie, sześćdziesięciolatki – na jaką sobie zasłużyli”.

Goście z Grecji w referacie „Asklepijon Sanatorium Starożytnej Grecji, przedstawili rys historyczny powstania medycyny w Grecji (I we wiadomości odnoszą się do XII stulecia p.n.e). Wiele elementów z organizacji szpitali w starożytności posiada wartość ponadczasową.

We wszystkich poczynaniach medycznych, pielęgnacyjnych, farmakologicznych dobro chorego powinno być wysunięte na miejsce naczelne. Hasło to przyświecało konferencji która miała również akcent charytatywny. Zebrane w jej trakcie fundusze zostaną przekazane na rzecz Hospicjum dla Dzieci w Białymstoku.

Miłym akcentem wystąpień w dniu otwarcia był koncert zespołu jazzowego oraz zwiedzanie Muzeum Przyrodniczo -Leśnego.

Wystawa i opowieści przewodniczki uświadomiły nam jak niezwykłym bogactwem gatunków roślin, zwierząt, ptaków, wielką różnorodnością środowisk odznacza się Białowieski Park Narodowy.

Następne dni obfitowały w wykłady. W czwartek tematem sesji były „Choroby cywilizacyjne – wyzwaniem dla lekarzy, pielęgniarek, położnych”.

Pierwszy referat na temat „Właściwe środowisko pracy: jakość warunków pracy = jakość opieki” przedstawiła Przewodnicząca PTP mgr Dorota Kilańska z Łodzi. Pani Dorota nie uczestniczyła w dalszych obradach, ponieważ wyjechała do Jokohamy w Japonii na spotkanie Rady Narodowych Reprezentantów i Konferencję Międzynarodowej Rady Pielęgniarek.

Do godziny 14 przedstawiono nam 19 referatów. W tej sesji najbardziej zainteresował mnie temat: „Zespół chorego budynku”. Autorzy sugerują, że przyczyną wzrostu chorób alergicznych jest utrata zdolności adaptacyjnych w zbyt szybko zmieniającym się otoczeniu,

zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych. Jest to cena, jaką płacimy za wysoki standard życia. WHO kilkanaście lat temu uznało, że mikroklimat powstający w zamkniętych budynkach może oddziaływać niekorzystnie na zdrowie osób w nich przebywających. W Polsce wciąż ten problem jest mało znany co może powodować, że dolegliwości w nim występujące są bagatelizowane. Należałoby zatem zwiększyć wiedzę pracowników ochrony zdrowia, architektów i mieszkańców, aby uniknąć lub zminimalizować zagrożenia zdrowotne mogące powstać w „chorych” budynkach.

Po godzinnej przerwie obiadowej odbyła się sesja II zatytułowana „Problemy opieki paliatywnej i hospicyjnej”, na której przedstawiono 15 referatów.

Ten pracowity dzień zakończono ogniskiem niedaleko skansenu wsi podlaskiej. W dniu 25 maja sesja zaczęła się punktualnie o godzinie 9.00. Do godziny 14.00 odbyły się dwie sesje:

1. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna (12 referatów).

2. Rola zespołu terapeutycznego w interdyscyplinarnej opiece nad pacjentem (16 wystąpień).

Dr. n. med. Małgorzata Wojciechowska prodziekan kierunku Pielęgniarstwa Wyższej Szkoły Humanistyczno -Ekonomicznej w Łodzi i dr. n. hum. Zbigniew Tokarski, adiunkt Zakładu Pielęgniarstwa Klinicznego przedstawili w pierwszej sesji referat, którego tematem była „Rola zespołu terapeutycznego w opiece nad dzieckiem (uczniem) z padaczką”.

W godzinach popołudniowych odbyła się sesja nt. „Rola zespołu terapeutycznego w interdyscyplinarnej opiece nad pacjentem”. Referaty przedstawiło 12 osób. Na dyskusję nie było czasu.

Wieczorem wszyscy uczestnicy wyjechali autokarami do Hajnówki, gdzie w cerkwi „Soborze św. Trójcy” uczestniczyliśmy w koncercie chóru cerkiewnego, zachwycaliśmy się wystrojem i kolorystyką wnętrza cerkwi.

Następnie w parafii Podwyższenia Krzyża Świętego i Św. Stanisława Biskupa i Męczennika w Hajnówce mieliśmy przyjemność wysłuchać pieśni Tomka Kamińskiego przy akompaniamencie znakomitego gitarzysty jazzowego Piotra Olszewskiego. Aby utrwalić wspomnienia zakupiliśmy płytę z najbardziej wzruszającymi utworami.

W sobotę przedstawiono wybrane problemy neonatologii, położnictwa i ginekologii. Te tematy są mi szczególnie bliskie. Bardzo ciekawie Agnieszka Herzig z Wiednia (z pochodzenia Polka) przedstawiła referat nt. „Opieka okołoporodowa w Austrii – zmiany nastawione na potrzeby kobiet”. W jej towarzystwie wraz z Jolą Guzendą zostałyśmy zaproszone do zwiedzania szpitala w Hajnówce, którego oddział położniczy zdobył „Złotego Bociana”, czyli oddziału przyjaznego matce i dziecku. Spodobały nam się stosowane tam rozwiązania opieki nad matką i noworodkiem.

W tej sesji bardzo rozczarowane byłyśmy „Analizą bakteriologiczną pokarmu kobiecego uzyskanego metodą odciągania ręcznego i przy użyciu laktatora w warunkach szpitalnych i domowych”. Analiza przedstawiona w referacie była niemiarodajna, ponieważ pokarm badano w pierwszej dobie po wyjściu ze szpitala. Zaproponowałam więc, żeby rozszerzono badania na 3,5 i 7 dobę po porodzie.

Ta sesja przewidziana na 14 referatów ze względu na awarie sprzętu była bardzo skracana nie było więc czasu na dyskusje. Prowadzący sesję przerywał wykłady nakazując streszczenie treści wykładu. Nasuwa się wniosek, że organizatorzy zbyt dużo chcieli przekazać nie uwzględniając ewentualnych utrudnień technicznych. W tym samym dniu w sesji dopołudniowej przedstawiono tematy z zakresu „Zagrożeń zawodowych personelu medycznego (11 referatów).

Sesja popołudniowa skupiła się na problemach terapeutyczno-pielęgnacyjnych wieku rozwojowego na której przedstawiono 14 referatów.

W niedzielę odbyła się sesja plakatowa. Wystawiono 55 plakatów, wśród których plakat „Występowanie alergenów środowiskowych w teatrze” zaprezentowała pani dr n.med.

Małgorzata Wojciechowska. Na ogłoszenie wyników na najlepszy plakat i najlepsze prace w

Sesji Studenckiej Kół Naukowych oraz ceremonię zakończenia konferencji już nie czekałyśmy. Czekala nas długa droga do domu. Byłyśmy pełne uznania dla organizatorów za trud włożony w przygotowanie i organizację V Podlaskiej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej, za otrzymane materiały konferencyjne, ale jednocześnie odczuwałyśmy zmęczenie nadmiarem poruszanych problemów. Z tego powodu niektóre tematy były przedstawione zbyt ogólnikowo, brakowało wniosków końcowych z przeprowadzanych badań i analiz. Nasuwa się wniosek, że tematyka konferencji była zbyt obszerna. Trudno bowiem poruszyć problematykę całego życia człowieka w ciągu kilkudniowej konferencji!

Zdzisława Mackiewicz  
położna



## Stwardnienie rozsiane

Stwardnienie rozsiane (sclerosis multiplex – SM) jest jednym z najcięższych schorzeń układu nerwowego. W Polsce liczbę dotkniętych przez SM szacuje się na od 20 do 30 tysięcy a w świecie 1,5 mln. Choroba zaczyna się najczęściej u ludzi młodych w wieku 20 – 40 lat. Znane są również przypadki zachorowań dzieci i ludzi starszych. Na stwardnienie rozsiane chorują osoby obu płci. Choroba występuje najczęściej w klimacie umiarkowanym. Największa zachorowalność występuje w Anglii, Austrii, krajach skandynawskich, Polsce, Francji i Stanach Zjednoczonych.

Choroba polega na tworzeniu się tzw. ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym (o.u.n.). Jest to wynik niszczenia mieliny, która osłania włókna nerwowe w mózgu i rdzeniu kręgowym, co wywołuje przerwy w przewodzeniu impulsów nerwowych. Dochodzi tu do zjawiska paradoksalnego – „agresorem” niszczącym mielinę jest układ immunologiczny, którego zadaniem jest obrona organizmu.

Naukowcy twierdzą, że do wystąpienia SM, obok pewnych predyspozycji genetycznych, przyczyniają się częste infekcje wirusowe oraz skłonność organizmu do autoagresji. Na powierzchni niektórych wirusów znajdują się bowiem wielcząąsteczkowe substancje przypominające antygeny białek mieliny. Organizm broniąc się przed infekcją „myli się” i niszczy osłonkę mielinową komórek nerwowych. W wyniku tego procesu pojawiają się symptomy choroby m.in. osłabienie mięśni, sztywność (spastyczność) mięśni, zaburzenia czucia wibracji, brak koordynacji ruchów kończyn, oczopląs, dyzartria, zaburzenia wzroku, zawroty głowy, zaburzenia oddawania moczu i kału, depresja, zmęczenie, zaburzenia czynności seksualnych. Choroba charakteryzuje się rzutami i remisjami, które mogą trwać 10 i więcej lat.

SM zaczyna się zwykle ostro lub podostro w ciągu kilku dni. Najczęściej na początku obecny jest tylko jeden objaw. Jeśli od początku obecnych jest kilka objawów, ułatwia to postawienie właściwego rozpoznania. Często dane z wywiadów wskazują, że pacjent lub lekarz nie zwrócił uwagi na wcześniejsze objawy, jak: przemijające zaburzenia czucia, dyskretne trudności w oddawaniu moczu czy niewielkie zaburzenia widzenia.

SM jest chorobą przewlekłą i przebiega u każdego chorego inaczej. Na obraz kliniczny składają się różnego rodzaju zaburzenia o.u.n. Do rozpoznania SM upoważnia się istnienie dwóch dobrze udokumentowanych ognisk uszkodzenia o.u.n. Do postawienia diagnozy potrzebny jest wywiad i badania specjalistyczne.

### GŁÓWNE OBJAWY TZW. PIRAMIDOWE

„Chorzy podają, że mają nogi ciężkie jak ołów, upadają na kolana, zawadzają stopą itp. Objawy te mogą występować w postaci nadmiernego męczenia się, znużenia kończyn, uczucia ciężaru lub okresowego sztywnienia kończyn”. W początkowym okresie może wystąpić śladowy niedowład jednej z kończyn dolnych lub objawy piramidowe bez niedowładu, do których dołączają się m.in. zniesienie odruchów brzusznych, podszwowych, wzmożenie odruchów głębokich, objawy patologiczne: Babińskiego, Rossolimo.

Zapalenie nerwu wzrokowego. Przyjmuje się że pierwszym rzutem choroby jest zapalenie pozagałkowe nerwu wzrokowego. Jest to wrażenie nie ostrego widzenia. Towarzyszy temu ból, nasilający się ruchach gałki ocznej. Objawy te mogą narastać i doprowadzić do pełnej ślepoty oka. Ból może utrzymywać się do tygodnia i ustępuje. Natomiast osłabienie ostrości widzenia trwa znacznie dłużej.

Zaburzenia czucia – parestezje. „Parestezje są pierwszym objawem choroby u około 18 procent chorych. W zaawansowanym okresie SM częstość tych dolegliwości może sięgać 64 procent. Parestezje mają charakter mrowień, cierpień lub drętwień, a nawet chodzenia na

protezach”. Mogą pojawiać się na kończynach, twarzy, tułowiu i okolicy anogenitalnej. Objawy te zmieniają swoją lokalizację w czasie przebiegu SM. Innym objawem jest wrażenie odczuwania zimna w dotkniętej przez chorobę kończynie, twarzy, podbrzuszu. Ruchy są ograniczone i niezgrabne. Zburzenia czuciowe chorzy komentują „dotykam się przez coś”. Zaburzenia czucia głębokiego są częstsze niż powierzchownego. Zaburzenia te postępują i mogą doprowadzić do ataksji czuciowej (rdzeniowej). Chorzy przy zamkniętych oczach chwieją się w pozycji stojącej, a przy próbie lokomocji potykają się lub upadają. „Zaburzenia czucia głębokiego najczęściej powstają wskutek pąg w bocznych częściach tylnych słupków rdzenia kręgowego oraz w drogach wzgórkowo- korowych”.

Zespół zmęczeniowy. Jest objawem przejściowym. Chory ma uczucie zmęczenia, znużenia, braku energii życiowej i zmniejszonej zdolności do aktywności fizycznej. Objawy te nie zależą od stopnia niepełnosprawności chorych. Należy zaznaczyć, że nawet osoby z lekką niewydolnością ruchową mogą mieć objaw patologicznego, przewlekłego zmęczenia.

Zaburzenia ruchowe. Dotyczą przede wszystkim kończyn dolnych. Do głównych objawów należy osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia czucia powierzchownego, drętwienie i pieczenie. Zaburzenia ruchowe mogą wystąpić nagle, ostro lub narastać. Może to doprowadzić do kurczowego niedowładu kończyn dolnych charakteryzujących się bolesnymi kurczami mięśni, zwłaszcza w nocy.

Spastyczność i wiotkość mięśni. Wzrost napięcia mięśniowego ma charakter piramidowej spastyczności w prostownikach kończyn dolnych, zginaczach podszwowych stóp i w prostownikach grzbietu.

„W późniejszym okresie choroby zaczyna przeważać spastyczność w zginaczach, która doprowadza do przykurczów zgięciowych wszystkich kończyn”. U chorych z prawidłowym napięciem mięśniowym może wystąpić rzepkotrzęs, stopotrzęs lub rękotrzęs.

Zaburzenia mózdkowe ze strony pnia mózgu. Do wczesnych objawów SM zaliczamy zawroty głowy, które występują napadowo. Towarzyszy im oczopląs, nudności, wymioty, zaburzenia równowagi, podwójne widzenie. W ciężkich przypadkach występuje ataksja mózdkowa, dotyczy to szczególnie kończyn górnych, drżenie pozycyjne i zamiarowe. Podwójne widzenie występuje ze względu na porażenie nerwu wzrokowego i może uaktywnić się w różnych okresach choroby.

Zaburzenia zwieraczy i pęcherza moczowego. Są to objawy, które występują w czasie trwania choroby. Problem polega na trudności trzymania moczu i przymusowe parcie na mocz. Może również być reakcja odwrotna tzn. trudności w opróżnianiu pęcherza i zatrzymanie moczu. Udogodnieniem dla chorych są wkładki urologiczne, w ciężkich przypadkach cewniki lub pampersy dla dorosłych.

## PRZEBIEG CHOROBY

SM przebiega w bardzo różny sposób. Na istotę choroby składają się dwa pojęcia: rzut choroby oraz progresja objawów patologicznych.

Rzut choroby to występowanie przedmiotowego objawu neurologicznego albo przedmiotowe nasilenie poprzednio istniejącego, którego czas trwania był dłuższy niż 24 godziny. Progresja to stopniowy postęp choroby. Ze stwardnieniem rozsianym związane jest również pojęcie remisji.

Remisja „zwolnienie, czyli 8-czynnościowe ustąpienie lub zatrzymanie rozwoju choroby, która trwała dłużej niż 24 godziny”.

Możemy wyróżnić 4 podstawowe typy przebiegu choroby;

- postać przebiegającą z rzutami i remisjami (SM – RR),
- postać wtórnie przewlekłą (SM – SP),
- postać pierwotnie przewlekłą (SM – PP),
- postać przewlekłą z nakładającymi się rzutami (SM – PR).

Najczęściej spotykaną postacią jest SM- RR (około 40 procent przypadków). Remisje mogą trwać od kilku tygodni do kilkunastu lat. Pierwsze rzuty u chorych raczej ustępują całkowicie, ale pozostawiają trwałą dysfunkcję układu nerwowego.

Ze względu na różnorodny przebieg choroby możemy wyróżnić:

- przebieg łagodny, w którym chory pozostaje całkowicie zdolny w zakresie funkcji układu nerwowego po 15 latach od początku choroby,
- przebieg złośliwy, w którym progresja jest bardzo szybka i postępująca, w przeciągu 3-4 lat chory przestaje poruszać się samodzielnie i w wyniku różnych powikłań umiera.

## ROZPOZNANIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO

Największe znaczenie w postawieniu właściwego rozpoznania mają:

- rezonans magnetyczny (MR),
- badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (PMR),
- badanie potencjałów wywołanych (wzrokowe, słuchowe, somatosensoryczne).

## LECZENIE

Stwardnienie rozsiane jest przewlekłą chorobą układu nerwowego, o której wiadomo coraz więcej, natomiast nie wynaleziono leku, który doprowadziłby do wyleczenia SM, czyli do całkowitego ustąpienia objawów choroby. Nie znaczy to jednak, że medycyna jest bezsilna, jeżeli chodzi o łagodzenie lub likwidowanie objawów choroby. Przy odpowiedniej kuracji lekami można uzyskać zadawalające postępy w łagodzeniu rzutów choroby. Istnieje duża grupa leków tzw. objawowych, które nie leczą rzutu, ale zmniejszają uporczywie nękające pacjenta objawy, takie jak; sztywność, trudności w utrzymaniu moczu itp.

Głównymi lekami stosowanymi w leczeniu SM są kortykosteroidy, nazywane popularnie sterydami, preparaty o bardzo silnym działaniu przeciwzapalnym. „Gaszą” one ognisko i prowadzą do wycofania się jego objawów. Do najczęściej stosowanych sterydów nowej generacji należy metyloprednizolon w formie zastrzyków do podawania dożylnego (Solu-medrol) lub tabletek (Medrol, Metypred). Coraz rzadziej stosowane są sterydy dawnej generacji, takie jak; prednizon (Encorton) lub deksametazon (Dexamethason, Dexaven). Mają one podobną skuteczność jak nowsze preparaty ww., ale powodują więcej objawów ubocznych.

Współczesna medycyna dysponuje wieloma środkami, które mogą łagodzić przebieg choroby; większość z nich powoduje, że rzuty SM występują rzadziej i mają łagodniejszy przebieg. Należą do nich m.in. beta-interferony, octan glatirameru i mitiksantron.

Beta-interferony są to substancje białkowe naturalnie wytwarzane w organizmie przez komórki odpornościowe; wygaszają aktywne ogniska demielinizacji chronią przed powstawaniem nowych. Udowodniono, że u pacjentów z SM istnieje niedobór beta-interferonu (komórki odpornościowe produkują go za mało), dlatego u części osób którym podaje się beta- interferon, dochodzi do ustąpienia rzutów lub pojawiające się rzuty są dużo łagodniejsze. W Polsce dostępne i dopuszczone do stosowania w SM są następujące preparaty; beta-interferon 1b (Betaferon) i beta-interferon 1a (Avonex, Rebif). Leki te stosuje się od jednego do kilku razy w tygodniu, w formie zastrzyków domięśniowych lub podskórnych. Główne objawy niepożądane to objawy grypopodobne: bóle kostno-stawowe, bóle głowy, stany gorączkowe. Objawom tym można zaradzić, stosując zapobiegawczo (przed zastrzykiem) leki przeciwgorączkowe.

Wskazaniem do leczenia beta-interferonem jest postać SM z rzutami i remisjami, w której występują 2 – 3 poważne rzuty rocznie, wymagające intensywnego leczenia sterydami. Jeden z interferonów (Betaferon) znalazł zastosowanie w leczeniu SM o przebiegu z rzutami i remisjami oraz wtórnie postępującym. O konieczności leczenia interferonem decyduje zawsze neurolog po dłuższej obserwacji pacjenta. Leczenie należy stosować przez minimum 3 lata.

Terapia interferonem nie daje żadnego efektu w łagodnej formie SM gdy rzuty o niewielkim nasileniu, samoistnie ustępujące, pojawiają się co kilka lat, ani też w zaawansowanej formie, gdy objawy postępują i trudno mówić o pojawianiu się wyraźnych rzutów.

## METODY NIEKONWENCJONALNE W LECZENIU SM

Badania epidemiologiczne wykazały, że aktualnie w Polsce istnieje około 80 metod proponowanych chorym z SM jako „uzdrawiające”. Trudno omawiać je wszystkie, warto jednak skomentować samo zjawisko. W przypadku chorób przewlekłych, których konwencjonalna medycyna nie jest w stanie wyleczyć, próba szukania pomocy w medycynie „alternatywnej” jest całkowicie zrozumiała. SM do takich schorzeń należy, można też czasami korzystać z pomocy „paramedycznej”, zachowując jednak krytyczne spojrzenie i dystans w stosunku do proponowanych metod. Niektóre metody takiego leczenia pełnią rolę pomocniczą w leczeniu SM np. zabiegi akupunktury, krioterapii czy oddziaływanie polem magnetycznym mogą łagodzić niektóre dolegliwości bólowe, zmniejszać sztywność mięśni.

## ŻYWIENIE

Podstawą prawidłowego żywienia jest dostarczenie w odpowiednich ilościach węglowodanów, białka i tłuszczów. Dla prawidłowego rozwoju człowieka potrzebne są również witaminy i substancje mineralne. Najbardziej wskazane jest spożywanie produktów naturalnych i nie zawierających konserwantów. Polecana jest zdrowa żywność nie tylko chorym, ale także osobom zdrowym.

Leczenie dietetyczne osób chorych na stwardnienie rozsiane jest ważnym elementem w walce z chorobą.

Pozytywne skutki występują jednak po dłuższym stosowaniu diety. Główną jej zasadą jest unikanie tłuszczów nasyconych pochodzenia zwierzęcego. Wskazane jest natomiast używanie tłuszczów nienasyconych i wielonienasyconych pochodzenia roślinnego.

Tłuszcze nienasycone (pochodne kwasów linolowego, linolenowego i arachidowego) mają ogromne znaczenie zarówno w złagodzeniu objawów nowego rzutu choroby jak i złagodzenie kolejnego. Kuracja ta, aby przyniosła rezultaty, musi być stosowana jak najdłużej i systematycznie.

Wielu badaczy naukowych zaleca spożywanie obok nienasyconych kwasów tłuszczowych roślinnych, kwasy tłuszczowe typu kłupadonowy, tymnodonowy, które występują m.in. w olejach rybnych (wątroba dorsza). Dla chorych na SM odpowiednia dieta zalecana jest przez lekarza prowadzącego lub dietetyka.

## ZALECENIA DIETETYCZNE

Produkty wskazane: pieczywo razowe, bezglutenowe, przetwory z ryżu, kukurydzy, prosa, chude przetwory mleczne m.in. jogurty, mleko, sery, świeże jaja, najlepiej gotowane, wątróbka, mózdzek, nerki, ozory, dziczyzna, króliki, kurczaki, czysty miód, oleje (słonecznikowy, sojowy, kukurydziany, z oliwek), surowy cukier trzcinowy, świeże owoce i warzywa, owoce suszone, świeże ryby.

Produkty niewskazane: słonina, smalec, kaczki, gęsi, tłuste produkty mleczne, cukier rafinowany i jego przetwory np. dżem, czekolada, torty, lody, ocet, potrawy konserwowane, kawa, papierosy, alkohol, owoce i warzywa z puszek, mrożonki, olej kokosowy i palmowy.

Literatura u autorki

Anna Nastarowicz  
pielęgniarka, promotor zdrowia

## WYBORY PARLAMENTARNE 2007



Janusz Cieślak – pielęgniarz dyplomowany, ukończył w roku 1979 Liceum Medyczne nr 2 w Łodzi. Od ponad 28 lat pracuje w ochronie zdrowia.

Żonaty, córka 12 lat. Drogę zawodową rozpoczął w Specjalistycznym Psychiatrycznym ZOZ, następnie przez ponad 16 lat pracował na oddziałach zabiegowych Szpitala MSWiA w Łodzi.

W latach 1995 – 1999 członek Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi a także członek Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

W latach 1996 – 1999 Sekretarz NRPiP w Warszawie. Legitymuje się bogatym doświadczeniem w pracy legislacyjnej. Posiada specjalizację w zakresie pielęgniarstwa chirurgicznego. W 2004 roku w Ministerstwie Skarbu Państwa zdał egzamin dla kandydatów na członków rad nadzorczych w spółkach z udziałem Skarbu Państwa. Ukończył liczne kursy dokształcające, w tym organizowane przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – Szkołę Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej w Warszawie oraz Centrum Edukacji Medycznej w Warszawie. Na Politechnice Łódzkiej ukończył studia podyplomowe: Zarządzanie Służbą Zdrowia i Elementy Techniki Medycznej. Obecnie pracuje w USK nr 2 im. WAM – Centralnym Szpitalu Weteranów w Łodzi.

Już czas, aby łódzkie środowisko zawodowe pielęgniarek i położnych miało swego aktywnego reprezentanta w Parlamencie.

Dzięki waszym głosom, o które zabiegam jest to możliwe.

Lista: LEWICA I DEMOKRACI (LID)

## 15 października - Międzynarodowy Dzień Niewidomych – „Dzień Białej Łaski”

### Zaćma – diagnostyka i leczenie

Zaćma zawsze towarzyszyła ludzkości. Obecnie w miarę wydłużania się życia i aktywności zawodowej człowieka kwestia utrzymania użytecznej ostrości wzroku u osób starszych jak również i u ludzi młodych, w tym skutecznego leczenia zaćmy, staje się coraz bardziej aktualnym i nagłym problemem.

Zaćma jest najczęstszą przyczyną odwracalnej utraty widzenia na świecie. Jej usunięcie umożliwi pacjentowi powrót do pełnego zdrowia (z okulistycznego punktu widzenia) i pełnionych zadań w społeczeństwie. Operacja usunięcia zaćmy ze wszczepem sztucznej soczewki w wielu miejscach na świecie zwłaszcza w krajach rozwijających się nie są dostępne na szerszą skalę, co z biegiem czasu już się zmienia.

Również w krajach rozwiniętych zaćma nadal stanowi poważny problem społeczno-ekonomiczny, ale opóźnienie objawów i badania przesiewowe w coraz większym stopniu niwelują ten problem. Poznanie mechanizmów prowadzących do zmętnienia soczewki ma kluczową rolę w opracowywaniu metod profilaktyki rozwoju zaćmy i jej leczenia. Skuteczne zapobieganie zaćmie potencjalnie tańsze, łatwiej dostępne, pozwoli także wielu pacjentom uniknąć zabiegu operacyjnego.

Zaćma, albo inaczej cataracta, to zmętnienie soczewki oka powstające w procesie normalnego starzenia się organizmu, w następstwie urazu mechanicznego, chemicznego lub energią promienistą, chorób ogólnoustrojowych lub miejscowych oka. Nie wszystkie przyczyny powstawania zaćmy są jednak znane, ale pewne jest to, że prowadzą one do zaburzenia przemiany materii soczewki, powodując tym samym utratę jej przejrzystości.

Leczenie wszystkich rodzajów zaćmy polega na operacyjnym usunięciu zmętniałej i nieprzejrzystej soczewki. Czasami, zanim soczewka stanie się zupełnie nieprzejrzysta, stosuje się leki w postaci kropli opóźniających rozwój zaćmy.

Nie zawsze jednak istnieje taka możliwość i nie zawsze leki te są skuteczne, wówczas od razu kwalifikuje się do leczenia operacyjnego. Zmętnienie soczewki oka w różnym stopniu może upośledzać ostrość widzenia. W zdrowym oku soczewka jest całkowicie przezroczysta i wpadające do oka promienie świetlne, nie napotykając żadnej przeszkody docierają do siatkówki – powstaje wówczas wyraźny obraz obserwowanego przedmiotu. Natomiast zmętnienia soczewki stanowią przeszkodę dla prawidłowego widzenia. Powstający obraz jest niewyraźny, zatarty lub w ogóle niewidoczny.

Pierwszym objawem zaćmy może być „widzenie przez mgłę” – osoby z zaćmą wtedy często przecierają swoje okulary, sądząc, że przyczyną są brudne szkła. Sygnałem świadczącym o początkach zaćmy może być również konieczność częstej zmiany okularów lub problemy z dobraniem odpowiedniej korekcji – dwojenie. W miarę postępu zaćmy pogarsza się ostrość widzenia, która w wielu wypadkach staje się niemożliwa do całkowitego skorygowania okularami.

Zaćma będąca główną przyczyną ślepoty, występuje mniej więcej u 17 milionów osób i może być ona:

- związana z wiekiem („starcza”), ponad 90 procent
- wrodzona: 1 na 250 noworodków, 10 – 38 procent ślepoty wśród dzieci,
- toksyczna (pokarmowa),
- występująca w schorzeniach ogólnych, np. w dystrofii miotonicznej, atopowym zapaleniu skóry,
- metaboliczna, w cukrzycy, hipokalcemii, w chorobie Wilsona,

- wikłająca, wtórna w stosunku do innych chorób oka, np. do zapalenia błony naczyniowej (w młodzieńczym reumatoidalnym zapaleniu stawów, serkoidozie itp.); wtórna również w stosunku do guzów wewnątrzgałkowych,
- pourazowa, wpływ temperatury (podczerwień), porażenie prądem elektrycznym, promieniowanie, wstrząśnienie, zranienia przenikające gałki oczne, ciała obce wewnątrzgałkowe.

Ze względu na stopień zaawansowania zmian w soczewce wyróżniamy:

1. Zaćmę początkową, gdzie widoczne są zwykle pojedyncze, obwodowe w korze lub centralnie położone pod torebką tylną soczewki, zmętnienia.
2. Zaćma niedojrzała charakteryzuje się nasileniem wyżej wymienionych zmian czego konsekwencją jest znaczne osłabienie ostrości wzroku.
3. Zaćma dojrzała, wszystkie warstwy soczewki są zmętniałe, ostrość wzroku obniżona jest do ruchów ręki przed okiem lub do poczucia światła.
4. Zaćma przejrząca może występować pod dwiema postaciami. Pierwsza – cataracta morgagniana – powstaje w wyniku rozplywu warstwy korowej umożliwiającego przemieszczanie się stwardniałego, brunatnego jądra soczewki w płynnych masach korowych. Druga to zaćma przejrząca obkurczona – soczewka zmniejsza stopień uwodnienia w wyniku zmian w torebce, która staje się przepuszczalna dla płynnych mas korowych. Zmniejszenie objętości soczewki powoduje pomarszczenie się jej torebki.
5. Zaćma pęczniejąca, zmętniała soczewka zwiększa nawet kilkakrotnie swoją objętość w wyniku pęcznienia jej włókien. Zaćma tego typu powoduje spłycenie komory przedniej oka i może wywołać wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego przez zablokowanie źrenicy i kąta przesączania. W tym stadium soczewka jest całkowicie zmętniała, traci wodę (co jest wynikiem zmian wtórnych w torebce soczewki, która staje się bardziej przepuszczalna dla płynnych mas korowych), co z kolei prowadzi do zmniejszenia objętości soczewki objawiającego się pomarszczeniem jej torebki, pogłębieniem komory przedniej, zwiększając tym samym ryzyko podwichnięcia soczewki.

Zaćmę można również klasyfikować ze względu na wiek oraz na przyczyny w wyniku których powstaje, i tak wyróżniamy:

### Zaćma wrodzona

Powstaje w życiu płodowym pod wpływem pewnych czynników działających na kobietę w pierwszych miesiącach ciąży.

Rozróżnia się zaćmę wrodzoną torebkową, torebkowo-soczewkową, śródsoczewkową całkowitą i błoniastą, przy czym rozróżnienie poszczególnych rodzajów bywa bardzo trudne. Leczenie odbywa się wyłącznie drogą operacyjną.

Objawy:

- zmętnienia w soczewce obecne już przy urodzeniu lub w 3 pierwszych miesiącach życia,
- często bezobjawowa lub zauważana przez rodziców nieuwaga wzrokowa bądź zez (leniwe oko),
- leukokoria (biały refleks na źrenicy), zez, oczopląs, objawy towarzyszące zespołom (jak w zespole Downa czy w zespole poróżyczkowym),
- nieprawidłowy wynik badania ostrości wzroku w jednym lub w obu oczach,

Uwaga: należy zawsze wykluczyć obecność guza wewnątrzgałkowego, wczesne rozpoznanie i leczenie retinoblastoma mogą uratować życie.

Przyczyny:

- przyczyna zwykle nieznaną,
- leki (stosowanie kortykosteroidów w pierwszym trymestrze ciąży, sulfonamidy itp.)

- metaboliczna, cukrzyca u matki, galaktozemia płodu,
- zakażenie wewnątrzmaciczne, w pierwszym trymestrze ciąży (różyczka, zakażenie wirusem herpes).

Postępowanie chirurgiczne  
w zaćmie wrodzonej

Leczenie polega na chirurgicznym usunięciu zaćmy, u noworodków może być konieczne w celu zmniejszenia ryzyka powstania niedowidzenia dużego stopnia – leczenie operacyjne w okresie kilku dni po urodzeniu, kontrowersyjne jest wszczepianie sztucznych soczewek wewnątrzgąbkowych,

Opieka pooperacyjna – długofalowy program rehabilitacji zasłaniania oka dobrze widzącego w celu zapobieżenia rozwojowi niedowidzenia w oku operowanym, zalecana jest korekcja refrakcji oka operowanego, wielokrotne powtarzanie badania, opieka pooperacyjna jest trudnym wyzwaniem dla lekarzy i rodziców.

### Zaćma młodzieńcza

Choroba rozwija się w okresie młodzieńczym lub od wczesnego dzieciństwa. Przybiera zwykle postać plam lub punktów zmętnienia w soczewce. Charakteryzuje się tym, że zmętnienia powstają już poza jądrem zarodkowym czy płodowym, a więc w tych częściach soczewki, które narastają w ciągu życia. Zwrodnienie włókien soczewki może dawać obraz punktów, plamek lub linii o barwie białej lub niebieskiej. Częstą formą zaćmy młodzieńczej jest zaćma wieńcowa, która dziedziczy się dominująco i powstaje na granicy jądra dojrzałego i kory soczewki.

### Zaćma starcza

Nazywana również starczym zmętnieniem soczewki. Zaćma starcza rozwija się zwykle po 45 roku życia i dzieli się ją na dwa typy w zależności od miejsca, w którym rozpoczyna się proces zmętnienia soczewki na: zaćmę korową i jądrową. Rozwija się ona powoli pod wpływem stopniowej denaturacji i koagulacji białka soczewki. Po upływie pewnego czasu dochodzi do nieodwracalnego zmętnienia całej soczewki. Ten rodzaj zaćmy dotyczy najczęściej obu oczu, przy czym rzadko zdarza się by proces przebiegał w obu oczach jednocześnie. Proces zmętnienia może trwać od kilku miesięcy do kilku lat, a gdy stadium jest zaawansowane, zmianę chorobową soczewki można obserwować gołym okiem – kolor źrenicy zmienia się z czarnego na szarobiały.

Objawy:

- zamglone widzenie, zniekształcenie obrazu, dwojenie
- problemy z ostrością wzroku w jasnym świetle lub prowadzeniem samochodu w nocy (oślepienie),

Przyczyny:

- ciągle (przez całe życie) powstawanie kolejnych warstw włókien soczewki doprowadzające do powstania twardego, odwodnionego jądra soczewki, które osłabia widzenie (zaćma jądrowa),
- starzenie się powoduje zmiany równowagi biochemicznej i osmotycznej wymaganej do utrzymania przejrzystości soczewki; warstwy zewnętrzne zwiększają uwodnienie i stają się nieprzejrzyste, obniżając tym samym ostrość wzroku.

Postępowanie chirurgiczne



w zaćmie związanej z wiekiem

- usunięcie chirurgiczne zaćmy jest wskazane, gdy osłabia ona widzenie w stopniu upośledzającym pacjenta, wpływa na jego tryb życia i wykonywany zawód lub stwarza ryzyko urazu,
- ponieważ do rozwoju zaawansowanej zaćmy dochodzi stopniowo, pacjent może nie być świadomy, w jakim stopniu wpłynęła ona na zmianę jego trybu życia; z tego też powodu ocena zaćmy wymaga współpracy lekarza i pacjenta,
- technika operacyjna: Fakoemulsyfikacja: UST, ErYAG laser, aqua-laser; większość technik operacyjnych obejmuje wszczepienie sztucznej soczewki natychmiast po usunięciu zaćmy:
  - a) znieczulenie zazwyczaj miejscowe, z udziałem anesteziologa monitorującego czynności życiowe,
  - b) ocena przedchirurgiczna dokonywana przez lekarza pierwszego kontaktu obejmuje: badanie przedmiotowe, badania laboratoryjne (morfologie, stężenie elektrolitów, glukoza), EKG; u pacjentów stosujących leki przeciwzakrzepowe konieczne może być okresowe zaprzestanie ich stosowania 1 tydzień przed leczeniem operacyjnym, lecz nie zawsze jest to konieczne, więc temat ten należy omówić z lekarzem okulistą
  - c) opieka pooperacyjna, zazwyczaj łuska ochronna na oko, miejscowo antybiotyki i steroidy; przez kilka tygodni należy unikać podnoszenia ciężkich przedmiotów, skłonów.

### Zaćma wklajająca

Do tej grupy zalicza się wszystkie rodzaje zaćmy nabytej wtórnie.

Przyczyny:

- choroby przedniego lub tylnego odcinka gałki ocznej (wszelkie stany zapalne, jaskra, odwarstwienie siatkówki),
- wysoka krótkowzroczność,
- choroby ogólnoustrojowe (cukrzyca, tężyca, choroby skórne),
- niewłaściwe (np. zbyt długie) stosowanie pewnych leków (zaćma toksyczna),
- urazy mechaniczne, chemiczne lub energią promienistą (zaćma pourazowa).

### Leczenie zaćmy

W obecnych czasach leczenie zaćmy jest wyłącznie chirurgiczne. Stosuje się wprawdzie kilka rodzajów kropli mających powstrzymać rozwój zaćmy, ale ich działanie nie przynosi określonych rezultatów. Współcześnie stosowaną metodą operacji zaćmy jest tzw. metoda zewnątrz torebkowa. Polega ona na, nacięciu torebki przedniej soczewki, usunięciu kory i jądra soczewki z pozostawieniem jej torebki tylnej zawieszanej na więzadelkach Zianna. Pozostawienie torebki tylnej umożliwia wszczepienie implantu tylnokomorowego do torebki lub komory tylnej pomiędzy tęczęwkę a zachowaną torebkę, a więc w miejsce odpowiadające usuniętej soczewce, która pozwala na dobre widzenie bez konieczności używania silnych szkieł po zabiegu. Odmianą metody zewnątrztorebkowej jest fako-emulsyfikacja, gdzie specjalne urządzenie rozbija przy pomocy ultradźwięków i aspiruje masy zmętniałej soczewki. Metoda ta pozwala na wykonanie małego cięcia i operowanie tylko w znieczuleniu miejscowym (kroplami). Operacja trwa 15-40 minut i jest bezbolesna.

### Zalecenia pooperacyjne

Zazwyczaj po operacji ostrość wzroku wraca do normy. U dzieci efekty są znacznie gorsze, zwłaszcza w jednostronnych zaćmach wrodzonych, gdzie dochodzi do powstania niedowidzenia z nieużywania oka dotkniętego wcześniej zaćmą. Aktywność fizyczna powinna być ograniczona w pierwszych tygodniach po zabiegu. Również przed zabiegiem, gdy ostrość wzroku jest mała, należy ograniczyć aktywność fizyczną, szczególnie nie zaleca się jazdy samochodem, zwłaszcza nocą. Brak szczególnych zaleceń dotyczących diety. W zaćmie wrodzonej u dzieci po operacji konieczna jest częsta zmiana okularów.

#### Przeciwwskazania do operacji zaćmy

Przeciwwskazania do zabiegu usunięcia zaćmy związane są głównie ze stanem ogólnym zdrowia, ciężki stan ogólny, uniemożliwiający nawet miejscowe znieczulenie, a także w przypadkach gdy współistniejące schorzenia oka nie rokują poprawy widzenia po zabiegu. Przykładem takich schorzeń może być całkowite odwarstwienie siatkówki, niedowidzenie, jaskra dokonana, atrofia nerwu wzrokowego. Czasami jednak usuwa się zmętniałą soczewkę celem obserwacji zmian na dnie oka. Aby mieć pojęcie o stanie ogólnym pacjenta, przed planowanym zabiegiem jest on proszony o wykonanie kilku badań dodatkowych i konsultacji z anestezjologiem. Taki tryb postępowania pozwala odpowiednio przygotować pacjenta do operacji.

#### Leczenie farmakologiczne zaćmy

W farmakologicznym leczeniu zaćmy stosowanych jest wiele leków. Stosuje się witaminy, wyciągi z roślin, z soczewek zwierzęcych, mikroelementy. Najczęściej stosowanymi w Polsce lekami wydawanymi na receptę są:

- roztwory jodu działają na metabolizm zarówno soczewki jak i ciała szklistego, wpływają korzystnie na utrzymanie przeziernych tych struktur, stosowane są 2 procentowe lub 3 procentowe roztwory jodku potasowego, lub oferowane przez firmy farmaceutyczne mieszanki jodków, przykładem jest Vitreolent,
- preparaty Quinax,
- Catalin,
- Luteina,
- Klarin.

#### Profilaktyka zaćmy

1. Szczepienia dziewczynek w okresie dojrzewania przeciw różyczce, o ile nie chorowały wcześniej.
2. Używanie okularów ochronnych przy pracach grożących urazem oczu lub narażeniem na promieniowanie podczerwone.
3. Właściwe leczenie chorób oczu.
4. Kontrole okulistyczne u osób leczonych przewlekłe środkami powodującymi zaćmę.
5. Stosowanie okularów chroniących przed światłem ultrafioletowym, szczególnie w klimacie cechującym się dużym natężeniem promieniowania słonecznego, może opóźnić postęp zaćmy, ale nie zostało to do dziś udowodnione.

6. Antyutleniacze (witamina C, E itp.) są teoretycznie korzystne, nie jest to jednak potwierdzone.

Monika Pakuła, Beata Makos

Literatura u autorek

Przedruk z Biuletynu OIPiP w Katowicach „Nasze sprawy” – kwiecień 2006

## 15 października - Międzynarodowy Dzień Niewidomych – „Dzień Białej Łaski”

### 1. Zwyródnienie plamki związane z wiekiem AMD

Zwyródnieniem plamki związanym z wiekiem AMD (age related macular degeneration) określa się schorzenie z powodu którego wystąpiła utrata widzenia centralnego związana z obecnością, zaniku geograficznego lub z neowaskularyzacją podsiatkówkową u osób powyżej pięćdziesiątego roku życia.

Objawy uszkodzenia plamki mogą być bardzo różne. Do najczęściej występujących należą:

- wykrzywienie i zniekształcenie linii prostych,
- niewyraźne widzenie, zwłaszcza tekstu drukowanego,
- pojawienie się w centrum pola widzenia ciemnej plamy lub pustego miejsca.

Dwa główne typy AMD to: postać wysiękowa i postać sucha. Chociaż tylko u 10 procent chorych AMD występuje postać wysiękowa, jest ona w 88 procentach przyczyną ślepoty. Najwcześniejszym klinicznie uchwytnym objawem AMD jest pojawienie się nie dających dolegliwości żółtych złogów pod nabłonkiem barwnikowym, zwanych druzami, rozmieszczonych symetrycznie w tylnym biegunie w jednym i drugim oku. Liczba, wielkość, kształt druzów mogą być różne. Stopień uszkodzenia i uniesienia nabłonka barwnikowego towarzyszący druzom także jest różny.

Wprawdzie u licznych osób, u których występują druzy, ostrość wzroku jest prawidłowa przez całe życie, to jednak u wielu chorych dochodzi do pogorszenia widzenia z powodu rozwinięcia się AMD. Rola druzów w patogenezie tego zwyródnienia jest istotna a dużą rolę odgrywa w tym zwyródnieniu skład chemiczny druzów i ich wielkość.

Zmiany, które szczególnie predysponują do utraty widzenia, to duże miękkie druzy i druzy mieszane z towarzyszącą ogniskową hiperpigmentacją nabłonka barwnikowego siatkówki, zwłaszcza gdy w jednym oku nastąpiła utrata widzenia z powodu AMD.

#### Postać sucha AMD

Ten typ zwyródnienia (zanik geograficzny) jest najbardziej rozpowszechnioną postacią i obejmuje około 90 procent przypadków AMD. Najczęściej jest ono wynikiem wolno postępującego zaniku nabłonka barwnikowego i fotorceptorów.

Postać sucha objawia się metamorfopsją i stopniowym pogorszeniem widzenia o małym lub średnim nasileniu przez okres kilku miesięcy lub lat. Nie ma skutecznego leczenia tego zwyródnienia.

#### Postać wysiękowa AMD

Postać ta występuje znacznie rzadziej niż postać sucha i stanowi około 10 procent przypadków AMD, ale prowadzi do większej utraty widzenia. W przeciwieństwie do postaci suchej, w której utrata widzenia jest stopniowa, w postaci wysiękowej utrata widzenia może nastąpić w ciągu kilku dni. Obie te postaci mogą występować jednocześnie.

W postaci wysiękowej dochodzi do powstania nieprawidłowych naczyń krwionośnych pod siatkówką. Ściany nowo powstałych naczyń krwionośnych są kruche i łatwo przepuszczalne. Zwyródnienie plamki w tej postaci powoduje odwarstwienie warstwy barwnikowej siatkówki, krwotoki, a w okresie zejściowym tarczowatą bliznę podsiatkówkową. Wspólną cechą wszystkich tych stanów jest obecność płynu pomiędzy siatkówką a naczyniówką

Płyn przesiąkający z naczyń czy wynaczyniona krew prowadzą dodatkowo do uszkodzenia okolicznych tkanek i pogorszenia widzenia.

### Czynniki ryzyka i profilaktyka starczego zwyrodnienia plamki

Liczba osób dotkniętych starczym zwyrodnieniem plamki w krajach rozwiniętych wzrasta, co związane jest głównie ze starzeniem się społeczeństwa. Etiopatogeneza tej choroby nie jest wyjaśniona, a stosowane obecnie metody leczenia nie są w stanie trwale zabezpieczyć pacjentów przed jej postępem i nie zapewniają powrotu widzenia. Wobec powyższego szczególnego znaczenia nabiera profilaktyka. Czynniki ryzyka AMD zostały podzielone na dwie grupy. Pierwsza obejmuje te, które nie podlegają modyfikacji, a druga czynniki, na które pacjent ma wpływ i może je modyfikować.

Czynniki ryzyka nie podlegające modyfikacji:

- wiek (osoby, które ukończyły pięćdziesiąt lat),
- płeć (badania potwierdzają, że znacznie częściej chorują kobiety),
- rasa (badania epidemiologiczne potwierdzają chorobowość na postać późną starczego zwyrodnienia plamki u rasy czarnej na poziomie od 0,4 do 0,6 procent, podczas gdy u rasy białej od 0,5 do 1,9 procent, u rasy żółtej - 0,87 procent),
- czynniki genetyczne (badania podkreślają zwiększone ryzyko wystąpienia AMD u członków rodziny osoby dotkniętej tą chorobą),
- kolor tęczówek (częściej chorują osoby z jasnymi tęczówkami),

Czynniki ryzyka podlegające modyfikacji:

- nadciśnienie tętnicze,
- miażdżyca,
- palenie tytoniu,
- otyłość,
- cukrzyca,
- spożywanie alkoholu,
- promieniowanie ultrafioletowe.

Możliwości działań profilaktycznych w starczym zwyrodnieniu plamki są ograniczone a ich skuteczność jest niewielka.

Najważniejszym działaniem prowadzącym do zmniejszenia ryzyka zachorowania jest zmiana stylu życia, zaprzestanie palenia tytoniu. Pewne korzyści mogą również przynieść działania zapobiegające rozwojowi miażdżycy, tj. ograniczenie spożycia tłuszczów nasyconych, cholesterolu, kontrola ciśnienia tętniczego, ograniczenie spożycia soli, aktywność fizyczna, zwalczanie nadużywania alkoholu, kontrola cukrzycy, zwalczanie otyłości. Wobec wzrastającej liczby doniesień o genetycznym podłożu starczego zwyrodnienia plamki można mieć nadzieję, że geny odpowiedzialne za to schorzenie zostaną zidentyfikowane i przyczyni się to nie tylko do poznania etiopatogenezy, ale również do opracowania skutecznych metod profilaktyki.

### Rola angiografii fluoresceinowej w diagnostyce starczego zwyrodnienia plamki

Angiografia fluoresceinowa wprowadzona do szerokiej diagnostyki okulistycznej zrewolucjonizowała poglądy na starcze zwyrodnienie plamki. Stało się możliwe zrozumienie zachodzących w tej chorobie procesów i wdrożenie właściwego leczenia.

Angiografia fluoresceinowa dna oka to metoda diagnostyczna, polegająca na seryjnym wykonaniu zdjęć dna oka po dożylnym podaniu fluoresceiny.

### Metody leczenia postaci wysiękowej AMD

Istnieją dwa sprawdzone sposoby leczenia pacjentów, u których wystąpiła postać wysiękowa AMD.

Dotychczas stosowany to laserowa fotokoagulacja. Laser jest tutaj źródłem skoncentrowanej wiązki światła o bardzo dużej energii. Docierając do zmienionej chorobowo siatkówki wiązka zamyka nieprawidłowe naczynia krwionośne. W ten sposób zamykamy naczynia, z których następuje przesiek i w niektórych przypadkach ograniczamy ich dalszy wzrost.

### **Terapia fotodynamiczna z użyciem Werteporfiny (Visudyne)**

Terapia fotodynamiczna z zastosowaniem preparatu Visudyne to forma leczenia selektywnego, polegająca na procesie niszczenia nieprawidłowych naczyń krwionośnych umiejscowionych pod siatkówką, bez jednoczesnego jej uszkodzenia.

Celem terapii jest przede wszystkim stabilizacja wzroku, terapia może ograniczyć i powstrzymać rozwój postaci wysiękowej zwyrodnienia plamki związanej z wiekiem - AMD. Nieprawidłowo funkcjonujące naczynia krwionośne mogą pojawić się ponownie po kilku miesiącach od terapii fotodynamicznej. Jeśli jest to konieczne, terapię można powtarzać co trzy miesiące.

Badania wykazały, iż terapia fotodynamiczna może opóźnić rozwój AMD i w niektórych przypadkach może prowadzić do poprawy wzroku

### **Terapia anti-VEGF-A ( śródbłonkowy, naczyniowy czynnik wzrostu)**

Naukowcy skupiają się obecnie na nowych sposobach walki z wysiękową postacią AMD. Nowe metody leczenia, będące w fazie badań, mogą być pierwszymi, które będą zapobiegać i powodować zanik neowaskularyzacji podsiatkówkowej. Prowadzone są między innymi badania nad wysoce aktywnym, humanizowanym fragmentem przeciwciała monoklonalnego, które hamuje rozpuszczalne izoformy VEGF-A. Neutralizacja rozpuszczalnych izoform VEGF-A przy pomocy swoistego przeciwciała może zapobiegać proliferacji naczyń oraz ich przepuszczalności, a tym samym zmniejszyć obrzęk plamki. Nowo opracowywane metody leczenia postaci wysiękowej AMD mogą stać się pierwszymi, które będą zapobiegać lub powodować cofnięcie się neowaskularyzacji podsiatkówkowej.

Neutralizacja VEGF przy pomocy swoistego przeciwciała może zapobiegać proliferacji i przepuszczalności naczyń, co może zmniejszyć obrzęk plamki oraz zapobiegać utracie widzenia.

### **Świadomość społeczna**

AMD jest chorobą, której nie można wyleczyć, ale wczesna diagnostyka daje szansę na powstrzymanie jej postępów. Dlatego też przy tym schorzeniu profilaktyka i wczesne rozpoznanie jest najważniejsze. Mimo powszechnego występowania AMD:

- tylko 4 procent osób jest znane to schorzenie,
- tylko 2 procent ma świadomość, że AMD jest główną przyczyną ślepoty po 50 roku życia,
- 75 procent nie zna metod leczenia AMD,
- prawie 40 procent pacjentów zgłasza się na badanie oczu rzadziej niż co 2 lata.

Pierwsze objawy postaci wysiękowej AMD to zaburzenia widzenia oglądanych przedmiotów oraz plamy w centralnym widzeniu. Dlatego też, łatwym sposobem badania i wykrywania ewentualnych zmian jest stosowanie testu Amslera. Wielu lekarzy zaleca swoim pacjentom stosowanie tego prostego testu w domu. Dzięki temu pacjenci mogą regularnie kontrolować swój wzrok i zgłosić się do lekarza, jeśli zauważą jakiegokolwiek niepokojące zmiany. Jeśli osoba sprawdzająca swój wzrok za pomocą testu Amslera zauważy, że którakolwiek z części

siatki jest zamazana, zniekształca się, zmienia kolor lub w inny sposób odbiega od normy, powinna natychmiast zgłosić się do lekarza okulisty.

Obecnie w Polsce prowadzona jest akcja bezpłatnych badań przesiewowych w kierunku zwyrodnienia plamki związane z wiekiem. Badanie przeprowadzane jest przy użyciu elektronicznego urządzenia (PHP- perymetr plamkowy siatkówki) wykorzystującego najnowocześniejsze technologie. Badanie PHP to nowoczesna, precyzyjna, nieinwazyjna metoda wykrywania AMD. Pozwala nie tylko rozpoznać, ale także oceniać stadium zaawansowania choroby. Badanie to może być przeprowadzane przez pielęgniarki (doświadczenia własne).

### Rola pielęgniarki w profilaktyce zwyrodnienia plamki

Starcze zwyrodnienie plamki związane z wiekiem to choroba, która jest najczęstszą przyczyną pogorszenia widzenia i ślepoty, częstszą od zaćmy i jaskry.

Świadomość społeczna odnośnie tej choroby jest bardzo niewielka, a biorąc pod uwagę fakt, że około 2020 roku na świecie będzie 7,5 miliona „praktycznie niewidomych” z powodu AMD rola pielęgniarki w profilaktyce tej choroby jest ogromna.

Pielęgniarki powinny zwracać uwagę pacjentom na fakt, że choroba ta wcześniej wykryta w fazie początkowej może być leczona jeszcze przed pojawieniem się wyraźnych objawów choroby, co może opóźnić lub zmniejszyć nasilenie AMD, dlatego tak ważne są regularne wizyty u okulisty.

Rolą pielęgniarki jest też zapoznanie pacjentów z faktem, iż nasz organizm potrzebuje przeciwutleniaczy, aby zapobiegać AMD.

Przeciwutleniacze znajdują się w wielu różnych rodzajach pożywienia. Jest ich szczególnie dużo w żółtych oraz czerwonych warzywach, a także w ciemnozielonych warzywach liściastych. Żółtko jaja bogate jest w luteinę oraz zeaksantynę, które także są niezbędne dla zdrowia plamki. Gorzka czekolada, zielona herbata oraz czerwone wino zawierają silne przeciwutleniacze znane jako polifenole.

Oto niektóre z produktów bogatych w przeciwutleniacze: kukurydza, kabaczek, marchew, czerwona i pomarańczowa papryka, pomidory, słodkie ziemniaki, szpinak, cukinia, zielona pietruszka, pomarańcze, czerwone winogrona, kiwi, jagody, gorzka czekolada, czerwone wino.

Rolą pielęgniarki jest też uświadomienie pacjentów, że:

- palenie tytoniu zwiększa sześciokrotnie ryzyko zachorowania na AMD,
- najnowsze badania wykazują związek pomiędzy otyłością, a progresją od wczesnego do średniego i zaawansowanego stadium zwyrodnienia plamki,
- jeśli w rodzinie ktoś choruje na zwyrodnienie plamki, ryzyko pojawienia się choroby u innych członków rodziny znacznie wzrasta,
- kobiety są bardziej narażone na AMD niż mężczyźni.

Każda pielęgniarka musi wiedzieć jakie zmiany w związku z powyższym należy wprowadzać, aby zminimalizować ryzyko wystąpienia zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem i zapoznawać z nimi pacjentów:

1. Nie palić i unikać przebywania wśród osób palących.
2. Utrzymywać prawidłową wagę ciała.
3. Ćwiczyć.
4. Jeść dużo owoców i warzyw bogatych w naturalne przeciwutleniacze.
5. Wzbogacać dietę w witaminy np. Vitalux, Nutrof, jeśli przyjmuje się zbyt małą ilość przeciwutleniaczy z pożywieniem.
6. Unikać zbyt długiego przebywania w jasnym świetle słonecznym.
7. Nosić okulary chroniące przed promieniami UV.
8. Przeprowadzać regularne badania kontrolne oczu.

Aby pielęgniarki same zdawały sobie sprawę jak wielką rolę odgrywają w profilaktyce amd muszą mieć prowadzone szkolenia, a zdobytą wiedzę dzielić się we własnym środowisku, informować o schorzeniu pacjentów w czasie badania w przychodniach, robiąc gazetki w poczekalniach i na oddziałach.

Marzena Guzik

Literatura u autorki

Przedruk z Pisma Małopolskiej Izby Pielęgniarek i Położnych „Ad vocem”  
nr 73 (listopad – grudzień 2006)