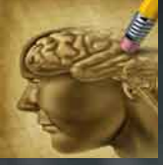


11
Psychologiczny aspekt bólu

18
Mononukleoza zakaźna – choroba pocałunków

28
Przewlekła obturacyjna choroba płuc

STYCZEŃ 2016

Terapia&Zdrowie

Przygotowanie pacjenta do operacji

str. 6

ISBN ISSN 2353-639X

Spis treści

TERAPIA I ZDROWIE
ISSN 2353-639X
NR 1 (12), STYCZEŃ 2016

11

WARTO WIEDZIEĆ

Psychologiczny aspekt bólu

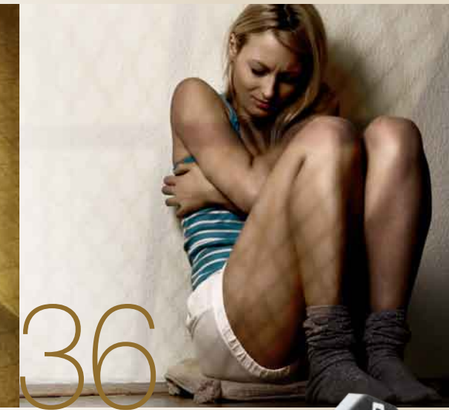
Ból jest odczuciem subiektywnym – indywidualnie postrzeganym przez każdego człowieka, zależnym, poza siłą i charakterem działającego bodźca oraz osobniczą tolerancją na ból, również od czynników modulujących, które mogą w sposób pośredni bądź bezpośredni wpływać na potencjalizację bądź też osłabienie nieprzyjemnych doznań bólowych.

14

18

20

24


36

32

6 Jak najlepiej przygotować pacjenta do zabiegu operacyjnego?

11 Psychologiczny aspekt bólu

14 Jak pacjent może pomóc sobie przekazując rzetelne informacje o swoim stanie zdrowia

18 Mononukleoza zakaźna – choroba pocałunków

20 Nadciśnie tętnicze – problem znany wciąż zbyt mało doceniany

24 Sarkoidoza – choroba o wielu obliczach

28 Przewlekła obturacyjna choroba płuc

32 Blizna – czyli jak goi się rana

36 Wychudzone lustro rodziny – anoreksja psychiczna

39 Konkurs fotograficzny – Wspomnienie zimy

40 Enoturystyka

42 w wolnym czasie

28

Drodzy Czytelnicy,

obecny numer czasopisma „Terapia i Zdrowie" jest ukierunkowany w części na zagadnienia praktyczne, które każdy pacjent może wykorzystać dla poprawy zarówno diagnostyki jak i leczenia. Zwróciliśmy uwagę na relacje pacjent–lekarz, które często mają wpływ zarówno na diagnostykę jak i leczenie. W artykule „Jak najlepiej przygotować pacjenta do zabiegu operacyjnego" zwracamy uwagę na wiele różnych zagadnień, które mogą wpływać nie tylko na decyzję o zabiegu ale także na ewenualną możliwość występowania powikłań pooperacyjnych, i tych związanych z samym zabiegiem, i tych związanych z chorobami współistniejącymi. Temat wymiany informacji między chorym a lekarzem jest kontynuowany w odniesieniu do leczenia bólu („Jak pacjent może pomóc sobie przekazując rzetelne informacje o swoim stanie zdrowia"). Przy obu artykułach zamieszczone zostały praktyczne materiały, pomocne w kontaktach z lekarzem.

Problematyka bólu jest też poruszana w aspekcie psychologicznym, który jest niezwykle ważny, a o którym tak często się zapomina („Psychologiczny aspekt bólu").

Z kolei artykuł na temat nadciśnienia tętniczego i obturacyjnej choroby płuc zwracają uwagę na te częste schorzenia, które mogą mieć m.in. wpływ na powikłania związane z zbiegiem operacyjnym.

Każdy zabieg operacyjny, czy to duży czy mały, skutkuje raną, której proces gojenia opisano w artykule „Blizna – czyli jak się goi rana". Można się z niego dowiedzieć jak przebiega proces gojenia, ale także jakie czynniki na niego wpływają.

Chciałbym zwrócić Państwa uwagę na artykuł dotyczący mononukleozy zakaźnej oraz sarkoidozy. Bardzo często słyszymy o tych chorobach, lecz wiedza o nich jest znikoma.

Na zakończenie artykułów tematycznych warto wspomnieć o problemie, jaki dotyka bardzo wiele osob, często prowadząc do poważnych zaburzeń zdrowotnych a czasami śmierci. Ten problem to anoreksja psychiczna – zachowanie przeczące instynktowi samozachowania. To problem, któremu można zapobiec w rodzinie, której funkcjonowanie opiera się na regułach wzajemnego poszanowania oraz pełnej komunikacji pomiędzy rodzicami i dziećmi. Warto o tym przeczytać.

Zachęcam do lektury!

dr hab. med. Tomasz Jastrzębski

Terapia&Zdrowie

Dwumiesięcznik
nr 1 (12), styczeń 2016
ISSN 2353-639X

Zespół i Współpracownicy:
dr hab. med. Tomasz Jastrzębski (Redaktor Naczelny)
dr med. Kamil Drucis
lek. med. Tomasz Polec
lek. med. Paulina Cichon
mgr Magdalena Olech (dietetyk)
lek.med. Tomasz Cwaliński
lek.med. Natalia Cichowska
Marcin Lipiński (grafika)

Sekretarz Redakcji
mgr Małgorzata Jastrzębska

Konsultant medyczny
dr hab. med. Tomasz Jastrzębski

Adres Redakcji
ul. M. Skłodowskiej-Curie 3
80-210 Gdańsk

Wydawca
Onkonet sp. z o.o.
ul. M. Skłodowskiej-Curie 3
80-210 Gdańsk
e-mail: biuro@onkonet.pl
NIP 9571031903

Skład
StudioA
e-mail: studioa@onet.pl

Druk
Drukarnia Wydawnictwa
„Bernardinum" Sp. z o.o.
Pelplin
ul. Biskupa Dominika 11

Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych oraz zastrzega sobie prawo do adiustacji, doboru tytułów i śródtytułów oraz dokonywania skrótów w nadesłanych artykułach. Zdjęcia niepodpisane pochodzą z archiwum redakcji. Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam. Wszelkie prawa do tekstów i zdjęć własnych zastrzeżone.

Ciekawostki ze świata nauki

Fot. © gratvision | Depositphotos.com

Aspiryna w zapobieganiu zachorowaniu na choroby sercowo-naczyniowe i raka jelita grubego?

Amerykańska agencja ds profilaktyki zachorowań (USPSTF – The United States Preventive Services Task Forces) opublikowała ostatnio zalecenia dotyczące zażywania aspiryny w celu zapobiegania chorobom sercowo-naczyniowym oraz rakowi jelita grubego u osob w wieku 50–69 lat. Agencja zaleca przyjmowanie aspiryny osobom, u których stwierdzono zwiększone zagrożenie występowania tych chorób. Okres przyjmowania leku powinien wynosić przynajmniej 10 lat. Korzyści z przyjmowania małych dawek aspiryny to obniżenie prawdopodobieństwa zachorowania na choroby sercowo-naczyniowe o 10% i zachorowania na raka jelita grubego o 40%. Ze względu na brak danych medycznych nie ma rekomendacji w tym zakresie dla osob poniżej 50 roku życia i powyżej 70 roku życia. Zwraca się jednocześnie uwagę na możliwość ewentualnych powikłań związanych z niekorzystnym działaniem aspiryny, jak wzmożone krwawienia spowodowane jej działaniem na układ krzepnięcia. Z tego względu profilaktyka ta powinna być prowadzona pod nadzorem lekarza.

Źródło: www.cancernetwork.com/colorectal-cancer/uspstf-supports-aspirin-colorectal-cancer-prevention#sthash.Ayh5NswR.dpuf

Czy można użyć Coca-Coli do przygotowania jelita grubego do kolonoskopii?

Fot. © yalcinsonat1 | Depositphotos.com

W jednym z ostatnich artykułów opublikowanych w renomowanym czasopiśmie medycznym autorzy ocenili, czy dla przygotowania jelita grubego do wykonania badań wziernikowych (kolonoskopia) można użyć zamiast standardowo stosowanej wody dla rozpuszczenia glikolu polietylenowego (PEG) Coca-Coli Zero®. Badanie wykonano na grupie ponad dwustu zdrowych dorosłych osob, u których zamierzano wykonać badania wziernikowe jelita grubego. Każda z nich miała wypić 2L płynu (woda lub Coca-Cola), w którym rozpuszczono PEG. U wszystkich badanych wykonywano oznaczenie elektrolitów przed i po przyjęciu płynów. Oceniano także stopień przygotowania jelita grubego do badania. W podanych wynikach badania nie stwierdzono zaburzeń elektrolitowych w żadnej z grup, za to obserwowano szybsze przyjęcie płynu w grupie, która piła Coca-Colę Zero® oraz lepsze oczyszczenie jelita w tej grupie. Wniosek z badania jest taki, że przygotowanie do badania nie musi być już tak uciążliwe jak dawniej, a może być nawet smaczne!

Źródło: Seow-En i wsp.: A prospective randomised trial on the use of Coca-Cola Zero® wersus water for polyethylene glycol bowel preparation before colonoscopy. Colorectal Dis 2015 Dec 18.

Zdrowotne właściwości kakao

O tym, że kakao posiada właściwości zdrowotne wiadomo przynajmniej od trzech tysięcy lat. Obecnie nasza znajomość działania kakao na organizm jest oparta o badania naukowe i wiadomo, że odpowiedzialny za to jest flawanol – epikatechina. W jednym z opublikowanych badań oceniono zbiorczo prace zajmujące się wpływem kakao na nadciśnienie tętnnicze. Nadciśnienie jest odpowiedzialne za powstawanie chorób sercowo-naczyniowych w około 50% przypadków na całym świecie i aż za ponad 37% zgonów z powodu chorób naczyń i chorób serca w populacji zachodniej. W badaniu Ried i wsp. zauważyli pozytywny wpływ bogatego we flawanol kakao na obniżenie nadciśnienia tętniczego i to w krótkim czasie. Okres dwóch tygodni spożywania kakao wykazał statystycznie istotne działanie i wydaje się, że dłuższy okres jego spożywania mógłby działać jeszcze korzystniej. Wmagane są jednak dalsze badania, także pod kątem ewentualnych efektów ubocznych spożywania kakao, czego nie oceniano w tym badaniu. Wniosek wydaje się oczywisty: spożywać kakao należy dla zdrowia, ale z umiarem.

Fot. © Valentyn_Volkov | Depositphotos.com

Źródło: Ried K. i wsp.: Effect of cocoa on blood pressure. Cochrane Database Syst Rev 2012;15

Fot. © everythingposs | Depositphotos.com

Jak najlepiej przygotować pacjenta do zabiegu operacyjnego?

Dla każdego informacja, że jest się chorym na chorobę wymagającą leczenia operacyjnego, a szczególnie w obrębie jamy brzusznej czy klatki piersiowej jest olbrzymim szokiem. Świadomość choroby często nie pozwala skupiać się na codziennych czynnościach, paraliżuje normalną aktywność, jest przyczyną braku apetytu. Powoduje potężny stres, który wpływa na normalne fumkcjonowanie organizmu. I często w tym stanie potrzeba poddać się operacji.

Zabieg operacyjny jest olbrzymim stresem dla organizmu. Po zabiegu mogą wystąpić powikłania, związane zarówno z samym zabiegiem jak i z chorobami współistniejącymi, obecnymi już przed zabiegiem. Można starać się im przeciwdziałać, wykorzystując czas pomiędzy wstępną diagnozą a terminem operacji, który wynosi zazwyczaj 2–4 tygodnie.

Stres, jak udowodniono, wpływa na stopień odżywiania i może w krótkim czasie doprowadzić do poważnych zaburzeń metabolicznych (katabolizm), które moga mieć bezpośredni wpływ na powikłania około- i pooperacyjne. U chorych niedożywionych (i waga nie ma z z tym nic wspólnego!) częściej dochodzi do infekcji rany operacyjnej, problemów z gojeniem się zespoleń w obrębie przewodu pokarmowego, infekcji dróg oddechowych i wielu innych. A trzeba mieć na uwadze, że powikłania infekcyjne zmniejszają siły odpornościowe organizmu, które powinny być wykorzystywane na proces gojenia! Poza tym u chorych z nowotworami leczenie powikłań wydłuża czas pomiędzy zabiegiem operacyjnym a leczeniem uzupełniającym, jakim jest często chemioterapia, która sama w sobie jest następnym stresem dla organizmu.

1 Co można zrobić, żeby jak najlepiej wykorzystać czas do zabiegu i przygotować do niego jak najlepiej pacjenta?

Pierwszym zadaniem jest określenie stanu ogólnego. To pojęcie jest bardzo szerokie, ale warunkuje często możliwości leczenia, zakres wykonywania zabiegu, kwalifikację do leczenia – czy będzie to leczenie radykalne czy paliatywne. Na ocenę tego stanu wpływają takie czynniki jak stan odżywienia, wydolność krążeniowa, wydolność oddechowa, choroby współistniejące, wiek, alergie, infekcje, wydolność nerek i wątroby, palenie papierosów, choroba alkoholowa i inne.

Analizując poszczególne stany chorobowe, które mogą być potencjalnym źródłem powikłań związanych z zabiegiem operacyjnym i znieczuleniem, należy mieć przede wszystkim na uwadze:

- Wydolność układu oddechowego. Może być ona upośledzona u osob palących, w przebiegu chorób prowadzących do upośledzenia powietrzności płuc, takich jak:
  - choroba astmatyczna,
  - sarkoidóza płuc,
  - POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc),
  - Zmiany zapalne płuc i oskrzeli,
  - niedodma,
  - rozedma.
- Wydolność układu sercowo-naczyniowego. Do najczęstszych chorób, które mogą być przyczyną różnych powikłań, należą:
  - choroba wieńcowa,
  - przebyty zawał mięśnia piersiowego,
  - zaburzenia rytmu seca,
  - mieżdżyca naczyń szyjnych,
  - nadciśnienie tętnicze,
  - choroba zakrzepowa naczyń kończyn dolnych,
  - żylaki kończyn dolnych.
- Choroby układu moczowego:
  - nawracające infekcje pęcherza moczowego i dróg moczowych,
  - niewydolność nerek.
- Choroby układu pokarmowego:
  - choroby wątroby i dróg żółciowych
    - marskość,
    - kamica dróg żółciowych,
    - przebyte zapalenie wątroby,
  - choroby spichrzeniowe prowadzące do niewydolności wątroby
    - choroby trzustki,
  - zapalenie trzustki,
  - choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy,
  - przebyte wcześniej zabiegi w obrębie jamy brzusznej.
- Nie należy zapominać także o współistniejących chorobach metabolicznych, do których należą:
  - nadczynność lub niedoczynność tarczycy,
  - cukrzyca,
  - choroby nadnerczy (np. pheochromocytoma).

A także innych stanach chorobowych, które mogą mieć ważny wpływ na zabieg operacyjny i przebieg leczenia, takich jak zaburzenia układu krzepnięcia czy cechy niedożywienia.

2 Co można zrobić dla zmniejszenia stresu, jakim jest znieczulenie i zabieg operacyjny w zakresie „samopomocy":

- Zaprzestać palenia papierosów (całkowicie i od razu).
- Poprawa stanu odżywienia, także w sytuacji gdy pacjent nie ma cech niedożywienia.
- Rozpocząć ćwiczenia oddechowe w celu poprawy wydolności oddechowej.
- Zaopatrzyć się w podkolanówki lub pończochy uciskowe, które pozwolą na ograniczenie zaburzeń krążenia w czasie, gdy będzie ograniczona ruchomość.
- W przypadku występowania chorób takich jak nadczynność tarczycy, cukrzyca – wskazana jest konsultacja lekarza prowadzącego dotychczasowe leczenie.
- Należy zaopatrzyć się we wszystkie leki przyjmowane doustnie na czas planowanego pobytu w szpitalu.
- Czas do zabiegu to czas, w którym należy wyleczyć wszystkie istniejące infekcje (infekcje układu moczowego, zmiany zapalne płuc, zmiany zapalne jamy ustnej – zęby! – wizyta u stomatologa.
- W przypadku współistnienia chorób sercowo-naczyniowych (choroba wieńcowa, niewydolnośc układu krążenia, zaburzenia rytmu serca, rozrusznik seca, przyjmowanie leków obniżających krzepliwość krwi lub choroba przebiegająca z zaburzeniami krzepliwości krwi) – należy skonsultować się z kardiologiem lub lekarzem prowadzącym leczenie.
- Jeśli istnieje jakikolwiek inny stan chorobowy lub cokolwiek wzbudza w stanie naszego zdrowia niepokój – należy mówić o tym wszystkim lekarzom, a w szczególności chirurgowi, który będzie operował oraz anestezjologowi, który będzie znieczulał.

Fot. © londondeposit | Depositphotos.com

Świadomość choroby często nie pozwala skupiać się na codziennych czynnościach, paraliżuje normalną aktywność, jest przyczyną braku apetytu. Powoduje stres, który wpływa na normalne fumkcjonowanie organizmu. W tym stanie decyzja o podjęciu operacji staje się niezywkle ryzykowna.

3 Jakie stany chorobowe mogą być przyczyną odłożenia terminu zabiegu i wymagają jak najszybszej konsultacji z lekarzem?

Do takich stanów należą:

- zawał mięśnia sercowego w okresie krótszym niż 6 miesięcy
- niewyrównana cukrzyca i jej powikłania
- niewyrównana nadczynność lub niedoczynność tarczycy
- choroby infekcyjne, w tym:
  - zapalenie płuc
  - zmiany zapalne jamy ustnej (angina, próchnica zębów)
- niewyrównane nadciśnienie tętnicze
- niewydolność mięśnia sercowego
- nieleczone zaburzenia rytmu serca
- nieleczona astma
- przyjmowanie niektórych leków przeciwkrzepliwych
- opryszczka lub półpasiec
- poważne powikłania ropne, np. w przebiegu niewydolności krążenia w kończynach dolnych
- czynna choroba zakrzepowa
- nie leczona jaskra
- inne, które mogą doprowadzić do przewidywanych powikłań związanych ze znieczuleniem i zabiegiem operacyjnym

Obowiązkiem lekarza kwalifikującego do zabiegu jest ocena stanu ogólnego pacjenta oraz ocena, czy będzie można wykonać zabieg operacyjny. Powyższe informacje mogą uświadamiać, jak ważny jest ogólny stan zdrowia dla podejmowania takich decyzji. Objawy chorobowe i nie leczone nieprawidłowości w stanie zdrowia nie są jednak jedynie przyczyną, która może odwlec w czasie odpowiednie leczenie, ale pogłębiają istniejące stany chorobowe, doprowadzając do dalszego pogorszenia stanu ogólnego. Należy o tym pamiętać myśląc o poprawie stanu zdrowia u siebie lub swojej rodziny.

DR HAB MED. TOMASZ JASTRZĘBSKI, PROF. NDZW. GUMED

dr hab med. Tomasz Jastrzębski
– specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej
Klinika Chirurgii Onkologicznej,
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Gdańsku

Podstawowe informacje dla lekarza przed zabiegiem

Imię i nazwisko: .....

PESEL: ..... nr tel.: .....

Adres: .....

.....

.....

Choroby przebyte (w tym zabiegi operacyjne):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Alergie i uczulenia (w tym na leki)

1. .....
2. .....
3. .....
4. Nie wiem nic na ten temat

Przyjmowane aktualnie leki z dawkowaniem:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....
8. .....
9. .....
10. .....

Grupa krwi – należy dołaczyć wynik badania – ważne zwłaszcza przy rzadkiej grupie krwi i planowanym zabiegu z wykorzystaniem znaczącej ilości preparatów krwi.

medgart
CENTRUM MEDYCZNE

Kompleksowe przygotowanie do zabiegów operacyjnych (chirurgia ogólna i chirurgia onkologiczna), radioterapii, chemioterapii

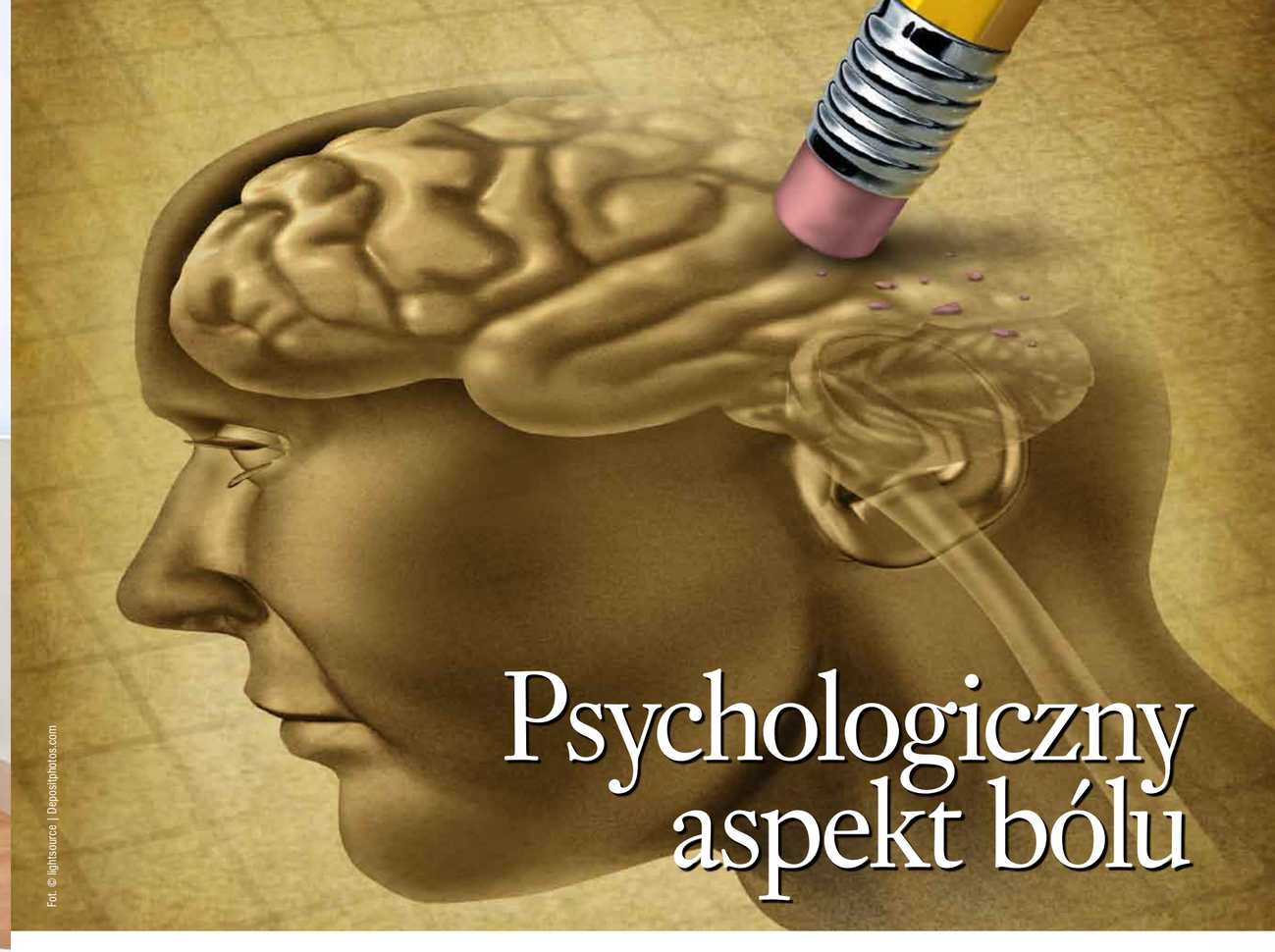
- ocena stopnia odżywienia i potrzeb katabolicznych
- ocena wydolności krążeniowej
- konsultacja kardiologiczna
- ocena stopnia wydolności oddechowej
- ocena wpływu chorób współistniejących na możliwe powikłania leczenia
- EKG, echokardiografia, badania krwi

Kompleksowe leczenie ran

- leczenie ran trudnych i długo gojących się, odleżyn
- terapia podciśnieniowa
- specjalistyczne opatrunki miejscowe
- leczenie kompleksowe
- ocena stanu odżywienia
- ocena parametrów krwi pod kątem gojenia się ran
- analiza przyczyn braku efektów leczenia
- leczenie żywieniowe
- kwalifikacja do leczenia hiperbarycznego
- opieka pielęgniarska w domu chorego

ZAPRASZAMY: od poniedziałku do piątku **w godz. 9–20**
Rejestracja codziennie pod nr tel. **58 550 7 333**
Marii Skłodowskiej-Curie 3, 80-210 Gdańsk
(budynek Polon-Park II piętro)

www.medgart.pl



Fot. © lightsource | Depositphotos.com

Psychologiczny aspekt bólu

Ból jest to nieprzyjemne doznanie somatyczne, zmysłowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym bądź też potencjalnie grożącym uszkodzeniem tkanek. Ból jest odczuciem subiektywnym – indywidualnie postrzeganym przez każdego człowieka, zależnym, poza siłą i charakterem działającego bodźca oraz osobniczą tolerancją na ból, również od czynników modulujących, które mogą w sposób pośredni bądź bezpośredni wpływać na potencjalizację bądź też osłabienie nieprzyjemnych doznań bólowych.

Z punktu widzenia fizjologii istot żywych, ból, jako doznanie czuciowe spełnia ważną rolę odruchową, obronną i ostrzegawczą. Bodziec bólowy – czuciowy, odbierany przez nocyceptory obwodowe w rogach tylnych rdzenia kręgowego, przesyłany do ośrodkowego układu nerwowego jest sygnałem ostrzegawczym dla organizmu – przed niebezpieczeństwem, a w mechanizmie rdzeniowym, powoduje odruchową reakcję obronną – ucieczki „od bodźca".

Nocyceptory, inaczej receptory bólowe, są neuronami czuciowymi, o wysokim progu pobudliwości, występującymi w obszarach ciała, które są zdolne do odczuwania bólu, a więc: w skórze, błonach śluzowych, elementach budujących narządy zmysłu, np. rogówce, ale i w narządach wewnętrznych. Bodźcem je pobudzającym i rozpoczynającym kaskadę przekazu informacji bólowej jest mechaniczny ucisk, temperatura podwyższona bądź obniżona, oddziaływanie chemiczne czy elektryczne. Poza samą intensywnością bodźca: ilością pobudzonych receptorów i siłą działania na poszczególne neurony, stopień czucia bólu jest regulowany przez rdzeniowy układ anty-nocyceptywny, w którym przekazywana informacja jest modulowana.

Poziom odczuć bólowych jest mocno indywidualny i opiera się na tak zwanym progu bólowym. Pod tym synonimem rozumiemy najmniejsze natężenie bodźca bólowego skuteczne dla wywołania u pacjenta odczuć bólowych. Jest ono dość mocno zróżnicowane jednak najczęściej stabilne w odniesieniu do każdego człowieka. Niższy próg uczucia bólu stwierdza się zwykle u kobiet i osób w starszym wieku oraz u dzieci.

Dolegliwości bólowe o jakimkolwiek natężeniu, zwłaszcza, gdy idą w parze z innymi symptomami choroby przewlekłej, znajdują odzwierciedlenie w ocenie jakości życia przez chorego, w akceptacji stanu zdrowia i niepełnosprawności oraz aprobaty trudów leczenia onkologicznego.

Tolerancja bólu

Poza progiem bólowym, należy zwrócić uwagę na próg tolerancji bólu, opisywany jako największe natężenie doznań bólowych, indywidualnie ocenianych przez każdego chorego, opisywanych w skali VAS na 10 punktów i powyżej, kiedy odczucia bólowe znajdują się na granicy tolerancji – silniejszy ból staje się dla chorego nie do zniesienia. Mimo, iż współczesna medycyna dysponuje wieloma grupami leków przeciwbólowych, poznane są mechanizmy ich działania, synergizm i antagonizm oraz pozafarmakologiczne metody kontroli bólu, spotyka się sytuacje, kiedy stają się one nieskuteczne bądź ich działania niepożądane są bardziej uciążliwe niż dolegliwości bólowe w związku z którymi lek został włączony do terapii.

Dobrze poznane są czynniki, mogące modelować próg bólowy: obniżać go – powodując wcześniejsze, pod działaniem mniejszej siły wystąpienie odczuć bólowych oraz podwyższające a zarazem zwiększające odporność pacjenta na oddziaływanie czynników nocyceptywnych.

Czynniki obniżające próg bólowy:

- inne objawy kojarzone z chorobą np. wyniszczenie u pacjentów z chorobą nowotworową, wymioty przy podejrzeniu niedrożności przewodu pokarmowego
- toksyczne objawy wdrażanych terapii – chemioterapii, radioterapii
- interwencja chirurgiczna
- działania niepożądanych leków przeciwbólowych przy ich jednocześnie niskiej skuteczności analgetycznej
- niepełnosprawność, zależność od osób trzecich
- niepomyślne rokowanie
- bezsenność jak i objawy przewlekłego zmęczenia
- niepokój i lęk
- niepełne zrozumienie istoty choroby
- brak wiary w pomyślność terapii
- wyobrażenie letalnego charakteru bólu
- brak wsparcia bliskich, poczucie opuszczenia i osamotnienia
- depresja

Czynniki podwyższające próg bólu:

- zdrowy sen i odpoczynek
- zrozumienie i życzliwość otoczenia
- wsparcie lekarzy, terapeutów, psychoonkologów
- obecność bliskich
- właściwe pojęcie istoty choroby, możliwości terapeutycznych i rokowania
- praca i inne zajęcia odwracające uwagę od choroby
- podniesienie nastroju i łagodzenie dolegliwości pozabólowych: lęku, depresji

Nastawienie chorego

W ocenie psychoonkologów, onkologów klinicznych i psychiatrów, bazując na wieloletnich doświadczeniach pracy z pacjentami, ból nie jest zjawiskiem jedynie somatycznym – związanym z obecnością patologii wpływającej na cały ustrój czy mechanicznego rozstroju organizmu, a somatopsychicznym. Intensywność doznań bólowych poza stopniem uszkodzenia tkanek i narządów jest modelowana przez sferę psychiczną: poznawczą i emocjonalną i w dużej mierze zależy od indywidualnej, uczuciowej reakcji chorego na składową fizyczną bólu. Odczucie bólu w chorobie przewlekłej, zwłaszcza u chorych labilnych emocjonalnie, długotrwale leczonych metodami farmakologicznymi i pozafarmakologicznymi bywa wyolbrzymione, niekiedy pomniejszone, z reguły jednak – mocno zniekształcone.

Bardzo rzadko obraz choroby widziany oczami pacjenta zgodny jest z jej rzeczywistym wymiarem i sytuacją rysowaną przez lekarza – w oparciu o wiedzę medyczną, ocenę kliniczną i wyniki diagnostyczne oraz okresowe obserwacje w trakcie procesu terapeutycznego.

Negatywne podejście do leczenia, gdy choroba postrzegana jest przez pacjenta za zagrażającą życiu, niemożliwą do wyleczenia czy powodującą trwałe kalectwo, a ból towarzyszący chorobie – nieodłączny, wręcz niemożliwy do opanowania, kojarzony z dużym cierpieniem, ryzykiem i ciągłym niebezpieczeństwem – należy liczyć się w terapii z wieloma negatywnymi stanami emocjonalnymi, które modelując nastrój chorego przyczyniają się do natężenia dolegliwości bólowych i mniejszej skuteczności prowadzonych terapii. Poza tym, negatywne przekonania dotyczące własnej choroby i bólu uruchamiają silne poczucie zagrożenia oraz nasilają w sposób istotny reakcje emocjonalne: lęk i przygnębienie oraz mogą być przyczyną nawrotowych epizodów depresyjnych, które zawsze obniżają próg bólu i poziom akceptacji choroby oraz utrudniają adaptację do nowych warunków funkcjonowania.

Pacjenci z przeszłością psychiatryczną a zwłaszcza obciążeni depresją bądź podający w wywiadzie epizod depresyjny są zwykle mniej odporni na ból. Składowa emocjonalna nocycepcji jest u nich silniej wyrażona, co ma oddźwięk w pogorszeniu tolerancji bólu przewlekłego.

Najczęstszymi objawami depresji w ogóle, obserwowanymi również w chorobie przewlekłej są: obniżenie nastroju i brak zdolności do odczuwania radości z dotychczasowych zainteresowań, pesymistyczny pogląd na życie po postawionym rozpoznaniu aż po całkowitą utratą nadziei, wiary w siebie i własne możliwości podjęcia aktywnej walki z chorobą. Nakładają się na nie różnego rodzaju zaburzenia snu a w konsekwencji utrata energii, objawy zespołu przewlekłego zmęczenia, osłabienie pamięci, trudności w koncentracji na czynnościach wymagających większego zaangażowania emocjonalnego. Pojawia się przygnębienie, lęk, nieodłącznie związane z brakiem nadziei i wiary w pomyślne rokowanie oraz silna potrzeba wsparcia przy podejmowaniu decyzji dotyczących prostych spraw życia codziennego.

Chorzy z wysokim poziomem lęku oceniają swe dolegliwości bólowe jako silniejsze – poza faktycznym doznaniem bólu rodzi się wyobrażenie ewentualnego zaostrzenia i braku możliwości skutecznej analgezji przy zastosowaniu klasycznych form farmakoterapii. Epizody zaostrzeń, zwłaszcza u chorych z niepełną kontrolą analgetyczną, indukują lękowe reakcje emocjonalne, nasilając dolegliwości bólowe. Nieskuteczna analgezja w chorobie przewlekłej utrudnia, a czasem wręcz uniemożliwia akceptację choroby, utrudnia leczenie, rehabilitację a przez to opóźnia proces powrotu do zdrowia i normalnego funkcjonowania.

Nieprzeceniona rola rodziny

Wsparcie rodziny, poczucie więzi z bliskimi podkreślane są jako jedne z ważniejszych elementów gwarantujących łagodniejsze przejście przez czas choroby. Zrozumienie otoczenia i brak osamotnienia poprawiają akceptację dla ciężkiego stanu, objawów towarzyszących chorobie jak i niepożądanych leczenia onkologicznego.

Lekarz, w ciągu tygodni terapii musi mieć na uwadze powyższe chcąc sprawować skuteczną i racjonalną opiekę nad chorym. Powinien umieć ocenić nie tylko stan somatyczny ale i dysfunkcje oraz zaburzenia psychiczne pojawiające się u chorych w toku postępowania terapeutycznego.

Oczekiwania chorych w stosunku do lekarzy wynikają z ich potrzeb i praw: do pełnej, zrozumiałej informacji o stanie zdrowia, do jasnych odpowiedzi na niekiedy trudne dla osoby bez wykształcenia medycznego pytania, również wsparcia emocjonalnego człowieka, a nie w tym momencie – lekarza. Negatywne doświadczenia chorego z personelem medycznym, któremu ufają bo to od nich uzyskują najbardziej profesjonalną pomoc, powodują tłumienie emocji, złość, agresję, żal, poczucie krzywdy i upokorzenia.

Bardzo ważna, o czym często lekarze zapominają, jest rozmowa z chorym, podczas której powinno się dążyć do prostowania spaczonych wyobrażeń odnośnie choroby, przystępnie wytłumaczyć mechanizm powstawania najbardziej uciążliwych objawów wraz z zapewnieniem o możliwości sprawowania kontroli nad nimi, ułatwiając jednocześnie adaptację do nowych warunków życia. Ma to szczególne znaczenie u tych chorych, gdzie choroba powoduje trwałe lub czasowe uszkodzenie ciała czy jest przyczyną ciężkiej niepełnosprawności. Nawet dla człowieka zdrowego, znany, dający się wyobrazić symptom jest łatwiejszy do zniesienia. Warto więc uprzedzić, przygotować psychicznie chorego na ewentualność pojawienia się dodatkowego objawu – poza gotowością na jego wystąpienie utwierdza pacjenta w przekonaniu, że przebieg choroby jest kontrolowany.

U pacjentów z obniżonym nastrojem obserwuje się tendencje do wyolbrzymiania problemów związanych nie tylko z chorobą podstawową – pomoc tym chorym polegać wówczas również powinna na rozwiązywaniu konkretnych trudności życia codziennego np. organizacji rehabilitacji, posiłków, samoobsługi. Bardzo ważna jest aktywizacja chorego: do uczestnictwa w życiu społecznym, podejmowania wysiłków fizycznych dostosowanych do wytrzymałości, zajęć relaksacyjnych, poszukiwania sensu życia w zainteresowaniach, wypracowanie nawyków odwracania uwagi od dolegliwości bólowych. Niekiedy chorzy wymagają opieki całodobowej i taka również powinna być im zapewniona.

OPRACOWANIE: LEK. MED. PAULINA CICHON
KONSULTACJA: DR HAB. MED. TOMASZ JASTRZĘBSKI, PROF. NDZW GUMED

Fot. © shmeljov | Depositphotos.com

Fot. © monkeybusiness | Depositphotos.com

MATERIAŁY DO KOMUNIKACJI PACJENT – LEKARZ

Jak pacjent może pomóc sobie przekazując rzetelne informacje o swoim stanie zdrowia

Wizyta u lekarza jest zawsze mniejszym lub większym stresem dla pacjenta. Z tego powodu nie zawsze chory może przekazać istotne informacje o sobie i swoim stanie zdrowia(stres, mała ilość czasu na wizycie), które mogą być bardzo potrzebne lekarzowi do prawidłowej oceny problemu i jego skutecznego leczenia. W tym celu przygotowaliśmy gotowe wzory („ankiety"), które po wypełnieniu powinny być pokazane lekarzowi, który na ich podstawie (oraz własnej ocenie) będzie mógł powziąć decyzję o racjonalnym, niezbędnym leczeniu.

OPRACOWANIE: DR HAB MED TOMASZ JASTRZĘBSKI

Informacja praktyczna dla lekarza odnośnie odczuwania bólu

RODZAJ BÓLU, KTÓRY JEST GŁÓWNĄ PRZYCZYNĄ PROBLEMÓW CHOREGO (rodzaj bólu oznaczono kolorem)**:**

- **BÓL PODSTAWOWY** (ból stały, ból przewlekły) – cechuje się długim czasem trwania i małymi zmianami natężenia, zazwyczaj występuje w miejscu występowania guza nowotworowego
- **BÓL PRZEBIJAJĄCY** (ból epizodyczny) – występuje nagle i niespodziewanie, kilka razy dziennie (np. 2–4 razy na dobę) pomimo skutecznego leczenia bólu podstawowego. Szybko narasta i jest bardziej odczuwalny niż ból podstawowy. Występować może w postaci ostrego kłucia, pieczenia, parzenia, rwania. Może być umiejscowiony w różnych miejscach ciała. Może pojawiać się samoistnie, lub być wywołany jakąś przyczyną:
  - wysiłek fizyczny (np. wstawanie z łóżka, schylanie się, podnoszenie czegoś, chodzenie)
  - zabiegi pielęgnacyjne
  - czynności fizjologiczne (oddawanie moczu, stolca)
  - gryzienie pokarmów, przełykanie
  - kaszel
  - stan emocjonalny (zdenerwowanie, napięcie, stres)
  - inne sytuacje, nieopisane powyżej
- **BÓL KOŃCA DAWKI** (pojawia się przed terminem określonym przez lekarza jako czas na przyjęcie następnej dawki leku przeciwbólowego). Ból narasta stopniowo i po przyjęciu następnej dawki leku stopniowo ulega zmniejszeniu.

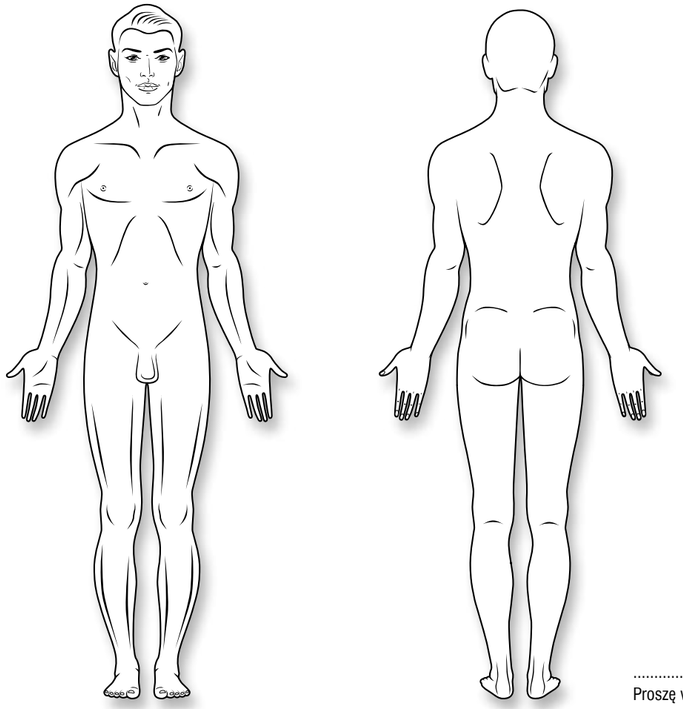
SKALA BÓLU. NATĘŻENIE BÓLU W SKALI OD 0 (BRAK BÓLU) DO 10 (BÓL NIEWYOBRAŻALNIE SILNY)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

CZY BÓL UNIEMOŻLIWIA CI SEN: ☐ **TAK** ☐ **NIE**

UMIEJSCOWIENIE BÓLU

Proszę zaznaczyć na schemacie umiejscowienie, zaznaczyć kolorem rodzaj bólu i natężenie według powyższej punktacji (można zaznaczyć więcej niż jedno umiejscowienie).



.....

Proszę wpisać datę swojego spostrzeżenia

JAK MOŻNA OPISAĆ BÓL, KTÓRY STANOWI PROBLEM:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

PODAJ NAZWY LEKÓW I JAK JE PRZYJMUJESZ (NA PONIŻSZYM SCHEMACIE).
Zaznacz czas występowania bólu, jeśli możesz go określić godzinowo lub porą dnia i nocy

Nazwa leku	Dawka podawanego leku

Przykład: Paracetamol (P), tabl 500 mg
Morfina (M), 30 mg doustnie

Lek						M			P			M			P			M			P			M
Godz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Ból																								
Skala				2	4	2					3	5					2	3					2	3

Twój ból:

Lek																								
Godz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Ból																								
Skala																								

JAK POSTĘPUJESZ, ŻEBY ZMNIEJSZYĆ BÓL, KTÓRY POJAWIA SIĘ POMIMO STOSOWANIA ZAPISANYCH PRZEZ LEKARZA LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CZY TAKIE POSTĘPOWANIE JEST SKUTECZNE I BÓL MIJA?
TWOJE UWAGI CO DO DOTYCHCZASOWEGO LECZENIA BÓLU:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OPRACOWANIE: DR HAB MED TOMASZ JASTRZĘBSKI

Nutridrink Protein 125 ml
opracowany z myślą o pacjentach onkologicznych

- pomaga **zoptymalizować dietę** pod kątem wartości energetycznej i niezbędnych składników odżywczych
- **zawiera największą dawkę białka w najmniejszej objętości***
- **łatwy do spożycia** dla osób mających problemy z gryzieniem, połykaniem oraz ze spożywaniem standardowych objętości posiłków

Stosowane dawkowanie: 1–2 butelki dziennie przez 14 dni i więcej
Sposób użycia: Pomiędzy posiłkami lub zamiast posiłku. Pić powoli – 1 opakowanie ok. 30 min. Podawać schłodzony

nie ma bez leczenia żywienia

NUTRICIA Nutridrink Protein 125 ml

Dostępny w 3 smakach:
mokka, waniliowy, truskawkowy

* Na podstawie analizy porównawczej produktów: Ensure, Prosure, Fresubin, Supportan, Resource

Nutridrink Protein 125 ml. Dietetyczny środek spożywczy specjalnego przeznaczenia medycznego. Stosować pod nadzorem lekarza. Do postępowania dietetycznego w niedożywieniu związanym z chorobą. **Materiał przeznaczony dla osób posiadających kwalifikacje z zakresu medycyny, farmacji lub żywienia.**

Mononukleoza zakaźna – choroba pocałunków

Mononukleoza zakaźna, inaczej zwana gorączką monocytową bądź popularniej, chorobą pocałunków, to zespół objawów, o ostrym przebiegu, rozwijający się na podłożu zakażenia wirusem z rodziny *Herpesviridae* – wirusem EBV (Epstein-Barr Virus).

W obrazie klinicznym dominuje gorączka, wysiękowe zapalenie gardła i migdałków, limfadenopatia, czyli powiększenie węzłów chłonnych, przy współistnieniu nietypowego rozmazu mikroskopowego krwi obwodowej (występowanie atypowych limfocytów).

Jedynym rezerwuarem wirusa, a zarazem źródłem zakażenia jest człowiek. Do zakażenia dochodzi poprzez kontakt ze śliną (np. pocałunek) i zanieczyszczone nią przedmioty (pokarm, używanie tych samych naczyń, sztućców, narzędzi, przyborów toaletowych). Możliwe jest także zakażenie wirusem przez przetoczenie krwi od dawcy – nosiciela zdrowemu biorcy, przeszczepienie szpiku kostnego lub narządów litych, wcześniej niebadanych na okoliczność nosicielstwa wirusa EBV.

Wirus EBV, odpowiedzialny za 90% przypadków mononukleozy zakaźnej, po przedostaniu się do organizmu człowieka wnika do komórek nabłonka gardła, a następnie infekuje limfocyty B, dzięki którym drogą krwi i limfy rozprzestrzenia się po całym organizmie. Na skutek pobudzenia układu limfatycznego, dochodzi do powiększenia węzłów chłonnych, migdałków, śledziony i wątroby.

Objawy zakażenia najczęściej obserwowane są w ostrej fazie choroby około 30–50 dni od transmisji wirusa, jednak bywa, ze zakażenie przebiega bezobjawowo lub z nieswoistymi objawami (szczególnie często u niemowląt i młodszych dzieci oraz u osób w podeszłym wieku).

OBJAWY

Początkowo dominują objawy grypopodobne, rozwijające się stopniowo – utrzymują się jednak dłużej niż typowe przeziębienie – do około dwóch tygodni. Stopniowo dołączają się bardziej charakterystyczne: zapalenie gardła i migdałków z towarzyszącym ich silnym bólem, trudnościami w połykaniu, nudnościami, wymiotami, okresowo dusznością związaną z częściową obstrukcją górnych dróg oddechowych przez powiększony pierścień chłonny gardła.

Chory najczęściej gorączkuje – okresowo nawet do 40°C, z dreszczami. Klinicznie lekarz badający stwierdza zaczerwienienie gardła z wybroczynami na podniebieniu, powiększone migdałki, bolesne, pokryte charakterystycznym wysiękiem, nie rzadko mylonym z anginą paciorkowcową. U dzieci ponadto obserwuje się obrzęki powiek, nasady nosa i łuków brwiowych.

Obraz kliniczny, zwłaszcza u osób z pierwotnym lub wtórnym niedoborem odporności, dopełnia powiększenie węzłów chłonnych(szyjne, podżuchwowe) – osiągają znaczne rozmiary, nawet powyżej 3 cm w osi długiej, są sprężyste, przesuwalne względem podłoża, tkliwe, nie tworzą pakietów, często z obrzękiem tkanki okołowęzłowej. Jest to najdłużej utrzymujący się objaw mononukleozy – nawet do sześciu miesięcy po ustąpieniu symptomów ostrej fazy choroby. Powiększenie śledziony, która w niektórych przypadkach jest doskonale badalna przez powłoki, tkliwa, utrzymuje się krócej. Niektórzy chorzy w trakcie ostrej fazy choroby rozwijają zapalenie wątroby, które zwykle przebiega z jej powiększeniem, bez objawów cholestazy, nie prowadzi do jej przewlekłej niewydolności. Typowo wymienionym wyżej towarzyszą zmiany skórne: osutka drobnoplamista, drobnogrudkowa, rumień wielopostaciowy, rumień guzowaty.

Inne nieswoiste objawy towarzyszące chorobie to występujący niemal u wszystkich chorych ból głowy – jednak typowo lokalizujący się zaoczodołowo, bóle brzucha o charakterze nieotrzewnowym, spadek apetytu, osłabienie, szybka męczliwość, trudności w koncentracji. Objawy te mogą utrzymywać się również w okresie rekonwalescencji, nawet do 2–3 miesięcy.

Charakterystycznym objawem u osób z nieprawidłowo rozpoznaną chorobą leczonych pierwotnie antybiotykiem z grupy penicylin syntetycznych (ampicylina, amoksycylina) jest osutka plamistogrudkowa, odropodobna, swędząca, która pojawia się 7–10 dni po pierwszej dawce antybiotyku, prawdopodobnie wywołana przez kompleksy immunologiczne, lokalizujące się w skórze i błonach śluzowych.

BADANIA

W morfologii krwi obwodowej dominuje leukocytoza – 20 000/μl w 98% przypadków choroby, z dużym odsetkiem limfocytów, (> 50%) wśród których ≥10% to tzw. limfocyty atypowe, z nieprawidłowym obrazem jądra komórkowego – cechy atypii jądrowej – luźna chromatyna, ekscentrycznie położone jądro.

Największą czułość i swoistość w diagnostyce zakażenia EBV mają swoiste przeciwciała przeciwwirusowe – stwierdzane już w 2 tygodnie od zakażenia:

- przeciwko antygenowi kapsydowemu wirusa: pojawiające się najwcześniej anty-VCA IgM, u osób ze świeżym zakażeniem oraz anty-VCA IgG, które w praktyce klinicznej świadczą o przebytym zakażeniu, nie są przydatne do wykrywania ostrej fazy choroby, utrzymują się przez całe życie po zainfekowaniu
- przeciwko wczesnemu antygenowi (anty-EA) – pojawiają się w ostrej fazie zakażenia, zwykle są niewykrywalne po upływie 3–6 miesięcy od zakażenia
- przeciwko antygenom jądrowym (anty-EBNA) – wytwarzane najpóźniej, po kilku tygodniach (3–6), a nawet kilku miesiącach po ostrej fazie zakażenia; świadczą o przebytym zakażeniu i utrzymują się przez całe życie.

Fot. © RomanovaTatjana | Depositphotos.com

Uważajmy! Do zakażenia wirusem EBV najczęściej dochodzi poprzez kontakt ze śliną, np. w trakcie pocałunku!

LECZENIE

Leki przeciwwirusowe zalecane są jedynie w zespołach limfoproliferacyjnych i innych chorobach przebiegających z pierwotnym bądź wtórnym obniżeniem odporności – upośledzeniem funkcji układu immunologicznego. Stosuje się wówczas zazwyczaj gancyklowir lub acyklowir.

Objawowo zaleca się odpoczynek, powstrzymywanie się od pracy fizycznej, unikanie urazów i nadmiernego wysiłku – zwłaszcza przy współistniejącym masywnym powiększeniu narządów miąższowych (wątroby, śledziony). Splenomegalia (powiększenie śledziony), zwłaszcza u dzieci, może wymagać obserwacji szpitalnej.

Leczenie farmakologiczne w niepowikłanej chorobie nie jest zwykle konieczne. Na ogół stosuje się leki przeciwgorączkowe i przeciwbólowe z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych indywidualnie, w razie konieczności u każdego pacjenta. W przypadku narastającej obturacji (zwężenia) górnych dróg oddechowych wskutek obrzęku tkanki limfatycznej gardła, migdałków oraz w przebiegu reakcji uczuleniowej (nasilonej osutki z zajęciem błon śluzowej) po stosowaniu półsyntetycznych penicylin podaje się chorym glikokortykosteroidy.

W zdecydowanej większości przypadków rokowanie jest pomyślne – choroba ustępuje samoistnie, choć niektóre objawy mogą utrzymywać się do kilku miesięcy. Bardzo rzadkie powikłania hematologiczne i neurologiczne rokują poważnie. Chorzy z masywnym powiększeniem śledziony wymagają niejednokrotnie obserwacji szpitalnej z uwagi na ryzyko jej pęknięcia.

OPRACOWANIE: LEK. MED. PAULINA CICHON
KONSULTACJA: DR HAB. MED. TOMASZ JASTRZĘBSKI, PROF. NDZW. GUMED

Fot. © belchonock | Depositphotos.com

Nadciśnienie tętnicze

– problem znany wciąż zbyt mało doceniany

Według badań przeprowadzonych w 2011 roku w Polsce 32% dorosłych poniżej osiemdziesiątego roku życia choruje na nadciśnienie tętnicze. Oznacza to, że co trzeci Polak w tym przedziale wiekowym ma zbyt wysokie wartości ciśnienia krwi. U 70% chorych udaje się nadciśnienie wykryć. Spośród wszystkich pacjentów z nadciśnieniem zaledwie 26% jest skutecznie leczonych.
Do dobrej kontroli ciśnienia tętniczego nie wystarczy tylko sumienne łykanie leków zapisanych przez lekarza. Optymalne leczenie to zmiana trybu życia, nawyków żywieniowych i przyzwyczajeń dotyczących aktywności fizycznej.

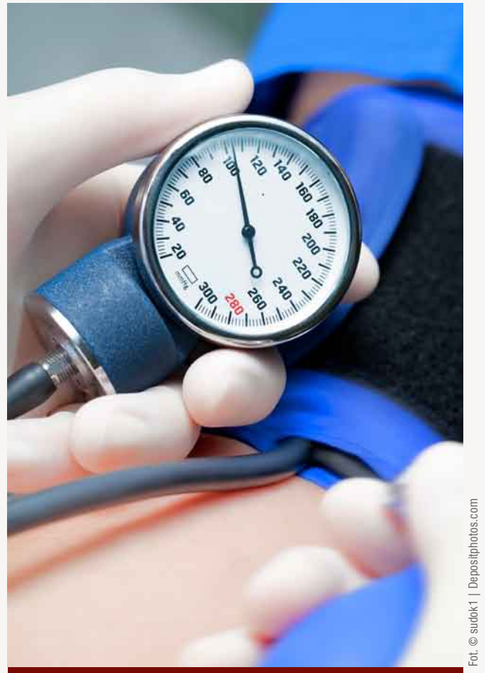
Układ krążenia składa się z dwóch współpracujących ze sobą części: krążenia systemowego i krążenia płucnego. Krążenie systemowe zaopatruje organizm w krew bogatą w tlen, który umożliwia prawidłową pracę wszystkich komórek. Krążenie płucne prowadzi do płuc krew, z której tlen został wykorzystany przez komórki. Tam następuje wymiana gazowa, w wyniku której krwinki czerwone ponownie zostają wysycone tlenem. Pompą, która obsługuje te dwa układy jest serce. Ciśnienie tętnicze krwi to ciśnienie w naczyniach krążenia systemowego. Można wyobrazić sobie układ krążenia jako rozgałęziający się układ elastycznych rurek, które w drodze od serca (tętnice) stają się coraz węższe, aż podzielą się na sieć drobniutkich naczyń nazywanych naczyniami włosowatymi. Tu następuje oddanie tlenu do narządów. Krew wraca do serca naczyniami o znacznie mniejszej elastyczności (żyły), które łączą się w rurki o coraz większej średnicy. **Ciśnienie tętnicze** to siła, z jaką krew pompowana przez serce naciska na ściany tętnic. W czasie skurczu serca ciśnienie to jest większe, mówimy wtedy o **ciśnieniu skurczowym** (pierwsza liczba w pomiarze ciśnienia). W chwili rozkurczu serca ciśnienie się zmniejsza i uzyskujemy wtedy wartość **ciśnienia rozkurczowego** (druga liczba pomiaru).

Kiedy rozpoznajemy nadciśnienie tętnicze?

Definicja nadciśnienia tętniczego jest różna w zależności od rodzaju pomiaru. Przy pomiarze klinicznym za nieprawidłowe uznaje się wartości **>= 140 dla ciśnienia skurczowego i >= 90 dla ciśnienia rozkurczowego**. Zbyt wysokie wartości w pomiarze samodzielnym to ciśnienie **skurczowe >= 135 i rozkurczowe >= 85**. Czasami występuje tzw. **efekt białego fartucha**. Stres związany z pomiarem dokonywanym przez lekarza lub pielęgniarkę powoduje wzrost ciśnienia i niemiarodajny wynik. W takim przypadku rozpoznanie należy postawić w oparciu o pomiary domowe lub całodobowe monitorowanie ciśnienia aparatem do tego przeznaczonym. Zawyżone wyniki mogą też występować u osób starszych, co związane jest ze sztywnością naczyń. **Nadciśnienia tętniczego nie rozpoznaje się po jednym pomiarze.** Konieczne jest kilka pomiarów w odstępach kilku lub kilkunastu dni albo całodobowe monitorowanie ciśnienia tętniczego.

Dlaczego rozpoznanie nadciśnienia jest takie ważne?

Nadciśnienie tętnicze dzielimy na pierwotne i wtórne. **Nadciśnienie wtórne** rozpoznajemy, jeśli możliwe jest ustalenie określonej przyczyny, będącej źródłem nadciśnienia. Jest ono wtedy objawem innej choroby. Przyczynami nadciśnienia wtórnego mogą być między innymi: choroby nerek i naczyń



Fot. © sudok1 | Depositphotos.com

Jak prawidłowo wykonać pomiar ciśnienia?

Na rynku dostępne są trzy rodzaje aparatów do mierzenia ciśnienia: tradycyjne sprężynowe, półautomatyczne, automatyczne. Wycofano już z produkcji popularne niegdyś aparaty rtęciowe. Jeśli aparat jest właściwie skalibrowany i nieuszkodzony nie ma znaczenia jego rodzaj.
Pomiar ciśnienia może wykonywać lekarz lub pielęgniarka najczęściej w placówce opieki zdrowotnej, mówimy wówczas o **pomiarze klinicznym**. Pomiar w warunkach domowych wykonywany przez pacjenta lub innego domownika nazywamy **pomiarem samodzielnym (domowym)**. W każdym przypadku pacjent powinien odpocząć kilka minut w pozycji siedzącej. Pomiar wykonany tuż po wysiłku, np. po wejściu po schodach na piętro przychodni, jest niemiarodajny. Opaskę aparatu zakłada się na ramię tak, aby gumowa poduszka obejmowała 80–100% obwodu ramienia (dostępne są różne rozmiary opasek). Dolny brzeg mankietu powinien być mniej więcej trzy centymetry powyżej zgięcia łokciowego. Ręka musi być podparta, mankiet powinien znajdować się na wysokości serca. Pierwszy raz dokonujemy pomiaru na obu kończynach, a kolejne pomiary na ręce, gdzie ciśnienie było wyższe. **Jeśli ciśnienie w kilku kolejnych pomiarach różni się na obu ramionach o więcej niż 10 mm Hg**, należy skontaktować się z lekarzem, który zaleci pogłębioną diagnostykę. Pomiar powtarzamy dwukrotnie w odstępie minuty. Jeśli wyniki znacznie różnią się od siebie, wykonujemy pomiary dodatkowe.

Jak leczy się nadciśnienie?

Leczenie niefarmakologiczne

Niezależnie od stopnia stwierdzanego nadciśnienia zalecana jest zmiana trybu życia. Modyfikacja przyzwyczajeń dotyczących żywienia i aktywności fizycznej jest pierwszym krokiem walki z nadciśnieniem. Co więcej utrzymywanie prawidłowej masy ciała, prawidłowe nawyki żywieniowe i aktywność fizyczna mogą zapobiegać rozwojowi nadciśnienia i zmniejszać chorobowość z tej przyczyny.

Do oceny masy ciała stosuje się wskaźnik BMI. To wynik dzielenia liczby oznaczającej masę ciała w kilogramach przez wzrost w metrach podniesiony do kwadratu.

$$BMI = masa(kg)/[wzrost(m)]^2$$

Wartości w przedziale 18–25 kg/m^2 oznaczają prawidłową masę ciała. Zaleca się też utrzymywanie obwodu w talii: poniżej 88 cm u kobiet i poniżej 102 cm u mężczyzn. Redukcja masy ciała powinna być osiągnięta przez zmniejszenie kaloryczności posiłków, zmianę składu diety i zwiększenie aktywności fizycznej. Zmiany w sposobie odżywiania dotyczą przede wszystkim spożycia soli, nasyconych kwasów tłuszczowych, wzbogacenia diety w owoce, warzywa, produkty pełnoziarniste. Zalecane spożycie soli to jedna łyżeczka (6 g) dziennie. Większość przetworzonych, kupowanych w sklepach produktów zawiera sól, o czym należy pamiętać w planowaniu zakupów. Sól można zastąpić innymi przyprawami – ale nie gotowymi mieszankami, bo one też mają w swoim składzie sól! Zawartość warzyw i owoców w codziennej diecie nie powinna być mniejsza niż 400 g na dobę. Najlepiej żeby były one świeże, nieprzetworzone. Wśród spożywanych warzyw powinny znaleźć się rośliny strączkowe. Ograniczenie pokarmów o dużej zawartości tłuszczów pochodzenia zwierzęcego oraz pokarmów smażonych nie tylko sprzyja redukcji masy ciała, ale też zapobiega rozwojowi miażdżycy. Wybierać należy mięso z drobiu i ryby. Zmniejszyć trzeba spożycie kawy i alkoholu.

Wysiłek fizyczny nie powinien być forsowny. Bardziej skuteczny jest umiarkowany wysiłek (np. spacer) wykonywany codziennie przez 30 minut, niż intensywny trening raz w tygodniu.

Leczenie farmakologiczne

W nadciśnieniu wyższego stopnia lub przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego lekarz zaleci leki obniżające ciśnienie tętnicze (leki hipotensyjne). Istnieje kilka grup leków dostępnych na rynku. W wyborze lekarz będzie się kierował obecnością innych chorób i ewentualnymi przeciwwskazaniami. Należy poinformować lekarza o wszystkich lekach przyjmowanych dotychczas z powodu innych chorób. Przy bardzo wysokich wartościach ciśnienia konieczne jest zastosowanie od razu dwóch leków w terapii skojarzonej. Nie wolno zaczynać leczenia samodzielnie, bez porozumienia z lekarzem! Leki hipotensyjne nie usuwają przyczyny nadciśnienia, która w nadciśnieniu pierwotnym nie jest przecież znana. Należy je brać ciągle, często przez wiele lat i nie odstawiać bez konsultacji z lekarzem. Czasami redukcja masy ciała, powoduje obniżenie ciśnienia na tyle, że możliwe jest zaprzestanie leczenia farmakologicznego.

nerkowych, nadczynność tarczycy, zespół obturacyjnego bezdechu sennego, niektóre nowotwory, leki. Leczenie nadciśnienia wtórnego polega na usunięciu przyczyny, jeśli jest to możliwe. Nadciśnienie wtórne jest rzadkie, stanowi 5–10% wszystkich stwierdzanych przypadków nadciśnienia. Najczęściej rozpoznawanym rodzajem jest **nadciśnienie pierwotne** będące skutkiem wielu czynników genetycznych i środowiskowych. Nie udaje się stwierdzić jednej przyczyny, którą można by usunąć. Wielorakie, nakładające się na siebie zaburzenia powodują zakłócenie prawidłowej regulacji ciśnienia tętniczego. Dlaczego zdiagnozowanie nadciśnienia jest tak ważne? Według wielu badań epidemiologicznych odpowiedź jest jedna. **Nadciśnienie tętnicze jest najważniejszym czynnikiem ryzyka zgonu i chorób sercowo-naczyniowych.** Jego skutkiem jest największa liczba lat życia utraconych w wyniku przedwczesnej śmierci w porównaniu do innych chorób. Nadciśnienie tętnicze uszkadza naczynia, serce i nerki, jest czynnikiem ryzyka miażdżycy i udaru mózgu. Jest chorobą podstępną, bo przez długi okres pozostaje bezobjawowe. Chory może nie mieć żadnych objawów lub jedynie odczuwać objawy niespecyficzne jak ból głowy lub osłabienie. Tymczasem uszkodzenie narządów może już postępować i zwiększać ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych lub nawet zgonu.

Nadciśnienie tętnicze jest czasami nazywane „cichym zabójcą". Długi okres od powstania choroby do ujawnienia się jej pierwszych objawów, często występowanie objawów niespecyficznych, czynią z nadciśnienia tętniczego „trudnego przeciwnika". Dlatego ważne jest, aby nie lekceważyć tego zagadnienia zarówno ze strony pacjenta jak i lekarza. Zaleca się pomiar ciśnienia co najmniej raz w roku w gabinecie lekarskim. Osoba, u której rozpoznano chorobę, musi się zaopatrzyć w aparat do mierzenia ciśnienia i dokonywać systematycznie samodzielnych pomiarów w domu. Istotna jest dobra współpraca z lekarzem, zrozumienie i przestrzeganie zaleceń. I co ważne: walka z otyłością i nadwagą, zdrowy tryb życia i odżywiania nie tylko pomagają zredukować już istniejące nadciśnienie tętnicze, ale mogą też zapobiec zachorowaniu.

lek. med. DOROTA MAZURKIEWICZ
specjalista chorób wewnętrznych

Piśmiennictwo:

1. *Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych*, 2014
2. Kaplan N.M.: *Nadciśnienie tętnicze – aspekty kliniczne*, 2006
3. Gaciong Z.: *Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego 2015: krytyczne spojrzenie od wewnątrz*. „Med. Prakt." 2015; 7–8: 14–25
4. Narkiewicz K.: *Nadciśnienie tętnicze 2013: Polska na tle świata*
5. *Nadciśnienie tętnicze – materiały edukacyjne*, „Med. Prakt."

Fot. © tashatuvango | Depositphotos.com

Choroba o wielu obliczach

Sarkoidoza (choroba Besniera-Boecka-Schaumanna) jest to choroba, najprawdopodobniej wynikająca z zaburzeń funkcjonowania układu odpornościowego. Etiologia tej choroby nie do końca jest znana. Najczęściej manifestuje się powiększeniem węzłów chłonnych wnęk płucnych w badaniach radiologicznych, występowaniem guzkowych zmian miąższowych w płucach oraz w innych układach i narządach.

W obrazie mikroskopowym materiału pobranego ze zmian guzkowych nie stwierdza się martwicy – w miejscach aktywnego procesu chorobowego gromadzą się limfocyty i makrofagi, tworzące nieserowaciejące ziarniniaki – małe grudki zapalne. Objawy choroby mogą pojawić się nagle, ale najczęściej postępują stopniowo. Choroba może przebiegać subklinicznie, wykryta przypadkowo podczas kontrolnych badań okresowych, wpędzając chorego w niepokój.

Rozpoznanie

Rozpoznanie sarkoidozy stawiane jest najczęściej u młodych dorosłych, w 3–4 dekadzie życia (szczyt zachorowań przypada na 20–29 lat), z niewielką przewagą zapadalności u kobiet. Chorują osoby niemal na całym świecie, przedstawiciele wszystkich ras, najszerzej w krajach Europy Północnej, na Półwyspie Skandynawskim i Wyspach Brytyjskich, z najwyższą roczną chorobowością w Szwecji i Islandii.

W Stanach Zjednoczonych sarkoidoza występuje częściej u ludzi rasy czarnej niż białej, w Ameryce Południowej, Hiszpanii i Indiach zachorowalność jest stosunkowo mniejsza.

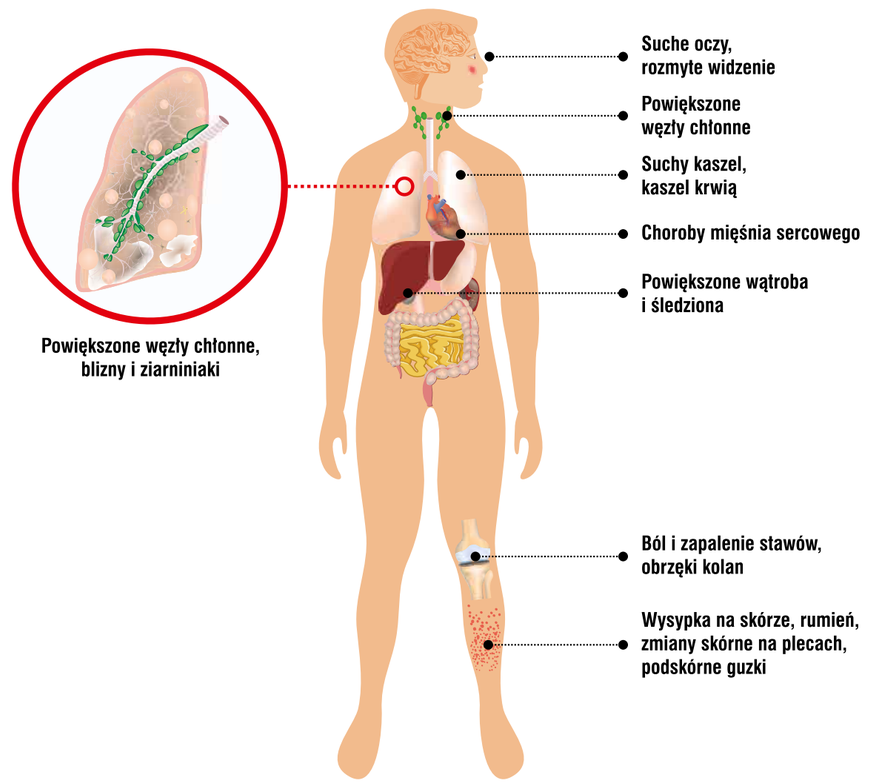
Objawy towarzyszące

Sarkoidoza jest chorobą systemową – objawy mogą dotyczyć niemal każdego układu i narządu, być mało specyficzne. Chorzy w wywiadach podają: postępującą utratę łaknienia (jednak rzadko objawową dysfagię), niezamierzone chudnięcie, zmęczenie po niewielkim wysiłku fizycznym, osłabienie, które nie ustępuje po godzinach odpoczynku, bóle „wędrujące" o różnym natężeniu, okresowo gorączki niezwiązane z toczącym się stanem zapalnym. Dla sarkoidozy płucnej dość typowe są epizody duszności – zarówno wysiłkowej i spoczynkowej z towarzyszącym napadowym kaszlem oraz bólem w klatce piersiowej. Krwioplucie to rzadkość. Infekcje dróg oddechowych, takie jak zapalenia płuc i oskrzeli, występują u chorych na sarkoidozę płucną częściej i ich przebieg bywa cięższy niż u osób bez obciążeń. Część kobiet w wieku okołomenopauzalnym podaje znaczne nasilenie dolegliwości związanych z zaburzeniami hormonalnymi tego okresu – wahania nastroju i bezsenność, uderzenia gorąca, mniejsza tolerancję zmian klimatycznych.

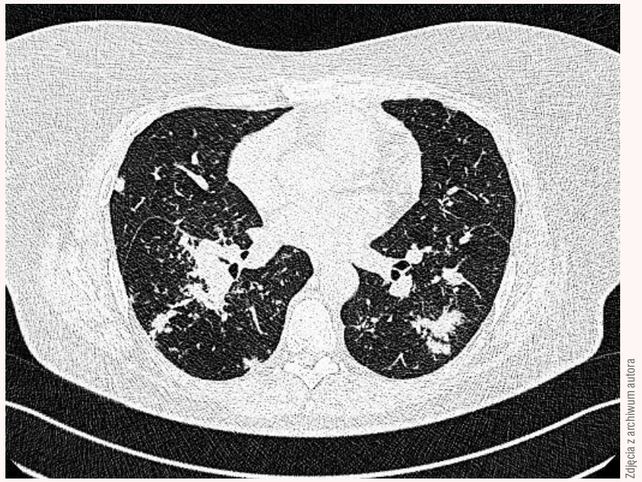
W badaniu fizykalnym u chorego na sarkoidozę nierzadko stwierdza się jedno- lub obustronne powiększenie ślinianki przyusznej, z jej bolesnością i obrzękiem oraz powiększone, niebolesne, ruchome węzły chłonne jak i powiększoną wątrobę i śledzionę.

Objawy skórne sarkoidozy przyjmują różny charakter, od guzowatych i naciekowych zmian, w różnych rejonach ciała, najczęściej zajmujących skórę nieowłosioną. Sarkoid guzowaty ma postać podskórnych guzów, umiejscowionych głównie na kończynach dolnych, odmiana skórna, naczyniowa ma postać sinawobrunatnych lub czerwonobrunatnych nacieków, najczęściej na skórze nosa. Sarkoid odmrozinowy przebiega jako zlewne sinoczerwone nacieki, głównie na twarzy, uszach

Główne objawy sarkoidozy



Obrazy radiologiczne sarkoidozy



Zdjęcia z archiwum autora

i rękach. Guzki dają dodatni objaw diaskopii – naciśnięcie skóry powoduje jej blednięcie (tak jak guzki gruźlicze), nie wrzodzieją a ich zejście pozostawia powierzchowną bliznę. W materiale pobranym ze zmian skórnych chorego na sarkoidozę, tak jak w przypadku bioptatów pobranych z innych tkanek układów i narządów, opisywane są nieserowaciejące ziarniniaki, nie ulegające centralnej martwicy.

Gdy dojdzie do zajęcia narządu wzroku, obserwuje się u chorych objawy zapalenia błony naczyniowej oka, tęczówki a nawet siatkówki, które mogą być przyczyną stopniowo postępującej utraty ostrości widzenia, w skrajnych przypadkach prowadząc do ślepoty. Ponadto chorzy skarżą się na objawy tzw. „suchego oka": drapanie, uczucie obecności piasku i innych ciał obcych pod powiekami, swędzenie, pieczenie, zaczerwienie, ból oka, obrzęk powiek, gromadzenie się suchej wydzieliny w kącikach oka, zwłaszcza po nocy, trudnej do usunięcia bez traumatyzacji spojówki. Jest to wywołane niedostatecznym wydzielaniem łez.

Sarkoidoza przebiegająca z zajęciem układu kostnego może powodować estetyczne deformacje kostne: torbielowate rozszerzenia kości krótkich dłoni i stóp, zmiany najczęściej nieodwracalne.

Neurosarkoidoza, z zajęciem elementów układu nerwowego (ośrodkowego lub obwodowego) prowadzi do porażenia nerwów: czaszkowych – twarzowego, rzadziej wzrokowego i okoruchowego oraz nerwów obwodowych. Może prowadzić do dysfunkcji jednostek motorycznych unerwianych przez nie. Poza tym, zwłaszcza w początkowej fazie choroby zanim dojdzie do rozwinięcia pełnych objawów neurosarkoidozy, z objawów neurologicznych nie rzadkie są drętwienia mrowienia, zaburzenia czucia obwodowego a także postępujące, nasilające się bóle neuropatyczne.

Zajęcie serca w przebiegu sarkoidozy może manifestować się jako objawowe zaburzenia rytmu lub rytmu i przewodzenia, postępujące symptomy niewydolności serca, zwłaszcza przy współistnieniu nadciśnienia płucnego – objawy niewydolności prawokomorowej.

* * *

Żaden bezpośredni czynnik etiologiczny pewnie wywołujący sarkoidozę nie został do tej pory zidentyfikowany, jednakże istnieją doniesienia, że szczepy bakterii pozbawionych ścian komórkowych mogą być prawdopodobnymi patogenami promującymi rozwój choroby poprzez wpływ na odpowiedź immunologiczną predysponowanego organizmu.

Predyspozycję genetyczną również należy brać pod uwagę, gdyż potwierdzone są rodzinne przypadki chorych na sarkoidozę.

Wyniki badań

Rozpoznanie sarkoidozy stawia się na podstawie badań obrazowych, laboratoryjnych i histopatologicznych.

W morfologii krwi obwodowej zwykle obserwuje się niedokrwistość normocytarną z leukopenią i podwyższonym odsetkiem eozynofili. Dość charakterystyczna jest hiperkalcemia (podwyższony poziom wapnia), związana ze zwiększoną aktywnością witaminy D3 w ziarniniakach sarkoidalnych i pod jej wpływem uwalnianiem wapnia z kośćca oraz hiperkalciuria – zwiększone wydalanie wapnia w dobowej zbiórce moczu.

W przypadku zajęcia serca, obserwuje się elektrokardiograficzne nieprawidłowości: zaburzenia rytmu lub rytmu i przewodzenia – najpewniej potwierdzane w holterze – EKG (dobowe, 24-godzinne monitorowanie rytmu serca). W razie wątpliwości przeprowadza się badanie echokardiograficzne, dzięki któremu mozna w trakcie pracy ujawnić defekty nieprawidłowo kurczącego się mięśnia serca.

Objawy skórne sarkoidozy przyjmują różny charakter, od guzowatych i naciekowych zmian, w różnych rejonach ciała.

Fot. © ra3m | Depositphotos.com

RTG klatki piersiowej to badanie pierwszego wyboru przy podejrzeniu jakiejkolwiek patologii w obrębie dolnych dróg oddechowych. U chorych na sarkoidoze opisywane jest najczęściej obustronne powiększenie węzłów chłonnych wnęk oraz węzłów przytchawiczych, ze zwapnieniami, w płucach obserwuje się zmiany miąższowo-guzkowe, siateczkowo-guzkowe, a w stadium mocno zaawansowanym (IV stopień zaawansowania radiologicznego) cechy włóknienia płuc – radiologiczny obraz „plastra miodu". Dla potwierdzenia rozpoznania i różnicowania z innymi jednostkami chorobowymi, wykonuje się TK-HR klatki piersiowej – badanie dokładniejsze, pozwalające z dużą precyzją określić umiejscowienie i progresję rozsianych zmian drobnoguzkowych oraz powiększenie węzłów chłonnych wnęk i śródpiersia.

Rezonans magnetyczny to badanie wykonywane dla diagnostyki zajęcia OUN, przy współistniejących objawach neurologicznych oraz zajęcia serca w przypadku nieprawidłowości stwierdzonych w EKG czy echokardiografii. Inne badania obrazowe np. scyntygrafia, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego jako bardziej specyficzne stosuje się przy podejrzeniu klinicznym zmian pozapłucnych.

Rutynowo chorym wykonuje się również spirometrię, w której stwierdza się zmniejszenie podatności płuc i cechy restrykcji.

Ostateczne rozpoznanie sarkoidozy stawia się na podstawie materiału ocenianego przez patomorfologów, w którym stwierdza się obecność ziarniniaków sarkoidalnych, nieserowaciejących. Materiał pobiera się z węzłów chłonnych – drogą biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej, nie rzadko pod kontrolą EUS – ultrasonografii wewnątrzoskrzelowej w trakcie bronchoskopii, materiału z biopsji błony śluzowej oskrzela, biopsji przezoskrzelowej płuca bądź BAL – popłuczyny oskrzelowo-pęcherzykowe (tu również ocenia się stosunek limfocytów CD4+ do CD8+ oraz odsetek limfocytów).

Poza tym każdego chorego kieruje się na badanie okulistyczne przy użyciu lampy szczelinowej.

Leczenie

Kortykosteroidy były niegdyś standardowym środkiem w leczeniu sarkoidozy.

U niektórych pacjentów takie postępowanie może spowolnić lub odwrócić przebieg choroby. Terapia kortykosteroidami jednak, gdy jest przewlekła, powoduje istotne działania niepożądane, związane zarówno z wielkością dawki jak również czasem trwania terapii U niektórych chorych są one na tyle nasilone, że sami rezygnują z dalszego leczenia farmakologicznego narażając się na nasilenie dotychczasowych dolegliwości. Nie wszyscy chorzy odpowiadają zadowalająco na terapie steroidami. Ponadto, włączenie kortykosteroidów w łagodnej postaci choroby jest kontrowersyjne, gdyż nieraz dochodzi do samoistnej jej remisji bez leczenia.

Leczenie zespołu suchego oka w przebiegu sarkoidozy nie odbiega od terapii tych dolegliwości obserwowanych w innych zespołach chorobowych i polega przede wszystkim na uzupełnianiu filmu łzowego poprzez dostarczanie środka zwilżającego w postaci preparatów typu „sztuczne łzy".

Unikanie promieniowania słonecznego, a także żywności zawierającej witaminę D jest konieczne u pacjentów, którzy są podatni na rozwinięcie hiperkalcemii.

Skóra sucha, częsta dolegliwość chorych na sarkoidozę, wymaga należytej pielęgnacji środkami miejscowo natłuszczajacymi i nawilżającymi.

Inne dolegliwości są leczone stosownie do objawów. Należy pamiętać, że jest to choroba przewlekła, nie rzadko postępująca i w razie zaostrzenia objawów, nawet po kilku latach dobrego stanu ogólnego, nie należy faktu lekceważyć a szybko zasięgnąć konsultacji lekarza prowadzącego.

LEK. MED. PAULINA CICHON
KONSULTACJA: DR HAB MED. TOMASZ JASTRZĘBSKI, PROF. NDZW. GUMED

ZAGADNIENIA PRAKTYCZNE

Przewlekła obturacyjna choroba płuc

POChP (ang. COPD – Chronic Obstructive Pulmonary Disease) jest to przewlekły zespół chorobowy charakteryzujący się postępującym i niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Choroba toczy się w dystalnych drogach oddechowych (oskrzeliki końcowe, pęcherzyki płucne), rozpoczyna się od postępującego ich niszczenia, a w efekcie zmniejszenia powierzchni efektywnej wymiany gazowej.

Procesy chorobowe toczące się w ścianie oskrzelików i pęcherzyków płucnych związane są z nieprawidłową odpowiedzią na szkodliwe czynniki środowiska zewnętrznego: pyły i dymy przemysłowe, substancje drażniące chemicznie, ich opary oraz używki. Palenie tytoniu podaje w wywiadzie większość chorych obciążonych POChP, u większości pacjentów palących papierosy rozwiną się pełne lub częściowe objawy charakterystyczne dla przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. POChP jest chorobą nieuleczalną, postępującą a wszelkie działania lekarskie mają na celu jedynie spowolnienie procesu chorobowego i poprawę komfortu życia pacjenta.

Światowa Organizacja Zdrowia określa szacunkowo liczbę chorujących na POChP w przedziale 200–210 mln w skali światowej. W 2005 roku zmarły z powodu POChP trzy miliony osób, przewiduje się, że po 2030 roku POChP stanie się czwartą przyczyną zgonów na świecie, po chorobach nowotworowych, chorobach krążenia i śmierci nagłej z powodu wypadków i katastrof.

W Polsce rocznie umiera 15 tys. osób, większość – dekadę bądź dwie od momentu rozpoznania.

Czynniki ryzyka

POChP spowodowane jest nasiloną przewlekłą odpowiedzią zapalną dróg oddechowych na szkodliwe cząsteczki środowiska naturalnego i środowiska pracy. Pyły przemysłowe, opary chemiczne, spaliny, gazy i inne, te najczęstsze, szacuje się, że przyczyniają się do rozwoju i progresji 10–20% wszystkich przypadków POChP. Niebanalna jest również rola używek – przede wszystkim dymu tytoniowego. Ryzyko rozwinięcia pełnoobjawowego POChP wśród palaczy tytoniu zależne jest od dawki i czasu narażenia. W rzadkich przypadkach rozwój POChP może być uwarunkowany genetycznie (mniej niż 1% wszystkich diagnozowanych) – najczęściej w dziedzicznym niedoborze α1-antytrypsyny.

Częste infekcje, zarówno bakteryjne, jak i wirusowe w pierwszych dwóch dekadach życia mogą prowadzić do rozwoju POChP w wieku starszym – zwiększa się bowiem wrażliwość dróg oddechowych, w momencie ich najsilniejszego rozwoju i dojrzewania, na wszelkie czynniki drażniące. W przypadku rozwiniętego już POChP, zakażenia górnych dróg oddechowych są trudne do leczenia w warunkach ambulatoryjnych i wymagają niejednokrotnie silnych leków przeciwbakteryjnych i antybiotykoterapii w warunkach szpitalnych.

Fot. © erstudio | Depositphotos.com

W 2005 roku zmarły z powodu POChP trzy miliony osób! Przewiduje się, że po 2030 roku POChP stanie się czwartą przyczyną zgonów na świecie. W Polsce rocznie umiera 15 tys. osób, większość – dekadę bądź dwie od momentu rozpoznania.

Sekwencja zmian patofizjologicznych leżących u podłoża obturacyjnych zaburzeń oddechowych w przebiegu POChP:

- nadprodukcja śluzu i upośledzenie oczyszczania nabłonka rzęskowego dróg oddechowych,
- obturacja (zwężenie światła oskrzeli),
- ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe,
- zmniejszenie sprężystości płuc,
- rozdęcie płuc,
- zniszczenie ścian pęcherzyków płucnych,
- włóknienie tkanki zrębowej i postępujące zaburzenia wymiany gazowej,
- rozwój nadciśnienia płucnego na skutek zmian strukturalnych w ścianie małych tętnic płucnych,
- postępujące zaburzenie wymiany gazowej – pogorszenie funkcji śródbłonka naczyń,
- rozwój tzw. serca płucnego – przerost prawej komory i wtórna niewydolność serca na skutek niewydolności płuc.

Objawy kliniczne przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

- przewlekły kaszel (początkowo okresowy, wraz z postępem choroby – codziennie, u niektórych chorych w ciągu dnia, u innych wyłącznie w nocy bądź rano) – główny i pierwszy objaw POChP, zwłaszcza u palaczy tytoniu
- odkrztuszanie plwociny – zwłaszcza w godzinach porannych, tuż po przebudzeniu się, niekiedy plwocina może zawierać krew, gdy dochodzi do uszkodzenia drobnych naczyń pęcherzyków płucnych, ropna treść może być pierwszym objawem rozpoczynającego się zaostrzenia (często na tle infekcji bakteryjnej)
- duszność – początkowo wysiłkowa, przy zmianie środowiska (ciepło–zimno), nasilająca się wraz z postępem choroby – przy mocno nasilonych zmianach obturacyjnych – duszność spoczynkowa
- zmniejszenie tolerancji wysiłku – łatwa męczliwość
- utrata łaknienia, chudnięcie, jadłowstręt
- objawy neurologiczne związane z mniejszym zaopatrzeniem OUN w tlen (zawroty głowy, omdlenia)
- pogorszenie nastroju lub inne objawy depresji bądź lęku

Lekarz, podczas badania klinicznego pacjenta chorego na POChP stwierdza:

- **Osłuchiwaniem:** objawy osłuchowe – ściszony szmer pęcherzykowy, świsty, furczenia.
- **Oglądaniem:** wdechowe ustawienie klatki piersiowej, podczas oddychania – używanie dodatkowych mięśni oddechowych (mostkowo-obojczykowo-sutkowy, piersiowe, międzyżebrowe), zaciąganie międzyżebrzy podczas wdechu, niekiedy – w stadiach bardziej zaawansowanych: sinica centralna spowodowanej spadkiem saturacji (obniżenie wysycenia hemoglobiny tlenem).
- **Opukiwaniem:** zmniejszoną ruchomość oddechową przepony (na podstawie granic płuc wdechowej i wydechowej), odgłos opukowy nadmiernie jawny (rozedmowy).

Fot: © diego_cervo | Depositphotos.com

Rozpoznanie

- Badania czynnościowe
  - spirometria – złoty standard w rozpoznawaniu POChP – FEV1/FVC po podaży dooskrzelowej(inhalacji) leku rozkurczającego oskrzela krótkodziałającego (np. B2-mimetyku salbutamolu krótkodziałającego; poza rozpoznaniem, na podstawie wartości FEV1 klasyfikuje się ciężkość obturacji dróg oddechowych
  - pletyzmografia – badanie umożliwiające ewaluację wydolności płuc na podstawie oceny: objętości zalegającej, czynnościowej pojemności zalegającej i całkowitej pojemności płuc oraz stosunku objętości zalegającej do całkowitej pojemności płuc w przypadku rozdęcia płuc lub rozedmy
  - dyfuzja – badanie zdolności przenikania gazów oddechowych przez ścianę pęcherzyków płucnych – zwłaszcza u chorych z dusznością, która wydaje się być nieproporcjonalna w stosunku do stopnia obturacji dróg oddechowych
- Wytrzymałość – ocena tolerancji wysiłku fizycznego oraz ocena postępu choroby(badania przeprowadzane okresowo, porównanie do tolerancji wysiłku sprzed miesięcy – subiektywne i obiektywne)
  - testy marszowe (test sześciominutowego marszu)
  - próba wysiłkowa z użyciem bieżni lub cykloergometru
- Badania obrazowe
  - RTG klatki piersiowej – ocena zaawansowania rozedmy i porównanie do badań wstecznych: obniżenie i spłaszczenie kopuł przepony, zwiększenie wymiaru przednio-tylnego klatki piersiowej, zwiększenie przejrzystości płuc, ocena rysunku naczyniowego (istnienie nadciśnienia płucnego – zmniejszenie lub brak rysunku naczyniowego na obwodzie płuca, poszerzenie tętnic płucnych, powiększenie prawej komory serca – serce płucne).
  - TK tomografia komputerowa klatki piersiowej z funkcją HR (wysokiej rozdzielczości) – pozwala rozpoznać typ rozedmy, określić nasilenie i lokalizację zmian rozedmowych oraz diagnozować towarzyszące rozstrzeniu oskrzeli.
- Ocena skuteczności wymiany gazowej – gazometria krwi tętniczej (wykonywana zwłaszcza w przypadku zaostrzeń POChP i oceny skuteczności i bezpieczeństwa tlenoterapii).
- Posiewy bakteriologiczne plwociny – wykonuje się u chorych w przypadku zwiększenia objętości lub charakteru plwociny (ropny), towarzyszących objawów ogólnych infekcji górnych dróg oddechowych oraz u chorych z ciężkim lub przedłużającym się zaostrzeniem POChP, leczonych antybiotykami bez poprawy klinicznej.
- Inne badania:
  - morfologia krwi obwodowej – zwiększenie liczby erytrocytów (hematokryt często >55%) u chorych z hipoksemią przewlekłą, zwiększenie liczby retykulocytów, zwiększenie liczby białych ciałek krwi przy towarzyszącej infekcji
  - EKG i echokardiografia – przy podejrzeniu wtórnej niewydolności prawokomorowej – kliniczne i radiologiczne cechy serca płucnego zwłaszcza z towarzyszącymi objawami niewydolności

POChP spowodowane jest nasiloną przewlekłą odpowiedzią zapalną dróg oddechowych na szkodliwe cząsteczki środowiska naturalnego i środowiska pracy.

Leczenie i profilaktyka

- Całkowite, absolutne zaprzestanie palenia tytoniu w jakiejkolwiek formie (papierosy, tytoń, fajka wodna), unikanie biernego palenia, zwłaszcza w pomieszczeniach zamkniętych
- Unikanie zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego
- U chorych z rozpoznaną POChP – coroczne szczepienie przeciwko grypie, szczepienie przeciwko zakażeniom pneumokokowym (zwłaszcza chorych w wieku ≥65 lat i młodszych z poważnymi chorobami współistniejącymi, np. pierwotną chorobą serca).
- Aktywność fizyczna: zalecana w każdym stadium POChP, dostosowana do wytrzymałości chorego, nie wysiłki ponadmaksymalne.
- Rehabilitacja: u wszystkich chorych, zwłaszcza u tych, u których pomimo optymalnego leczenia utrzymuje się duszność, a zmniejszona tolerancja wysiłku ogranicza codzienną aktywność życiową (kompleksowe, pod okiem doświadczonych terapeutów programy obejmujące ćwiczenia oddechowe, ogólnousprawniające ćwiczenia fizyczne, wsparcie psychiczne i interwencje psychospołeczne, poradnictwo i leczenie żywieniowe).

Leczenie farmakologiczne

Wybór leków zależy od nasilenia objawów podmiotowych, przedmiotowych, wyników badań spirometrycznych i innych czynnościowych oraz ryzyka zaostrzeń

- Leki rozkurczające oskrzela: podstawowe w leczeniu objawowym POChP, stosowane doraźnie, w zaostrzeniach objawów lub regularnie – wybór leku zależy m.in. od indywidualnej reakcji chorego oraz od współistnienia innych chorób, szczególnie chorób układu krążenia.
  - β2-mimetyki wziewne:
    – długo działające (LABA) – formoterol i salmeterol
    – czas działania do 12 h.
    – krótko działające (SABA) – fenoterol i salbutamol
    – czas działania 4–6 h.
  - leki przeciwcholinergiczne wziewne:
    – długo działające (LAMA) – tiotropium, bromek glikopironium – czas działania 24 h;
    – krótko działające (SAMA) – bromek ipratropium – czas działania 6–8 h
  - preparaty złożone (SABA + SAMA): fenoterol + ipratropium, salbutamol + ipratropium
- preparaty złożone (LABA + LAMA): indakaterol + bromek glikopyronium
- teofilina w postaci o przedłużonym działaniu – lek drugiego wyboru ze względu na działanie słabsze od wyżej wymienionych preparatów oraz skutki niepożądane obserwowane już po niewielkich dawkach (nudności i wymioty, tachykardia, zaburzenia rytmu serca, drgawki), u chorych obciążonych, u których konieczne jest stosowanie teofiliny z uwagi na nieskuteczność wyżej wymienionych preparatów, konieczne może być monitorowanie stężenie teofiliny w surowicy w trakcie leczenia.
- glikokortykosteroidy wziewne – wskazane w celu zapobiegania zaostrzeniom POChP u chorych o dużym ryzyku zaostrzeń, nigdy nie stosowane w monoterapii – zawsze w skojarzeniu z lekami rozszerzającymi oskrzela
- Inne leki:
  - u chorych z POChP i potwierdzonym niedoborem α1-antytrypsyny – leczenie suplementacyjne (uzupełniające)
  - antybiotykoterapia – nie różni się od postępowania u pozostałych chorych z infekcjami górnych dróg oddechowych jednak mogą oni wymagać intensywniejszej i dłuższej antybiotykoterapii.

OPRACOWANIE: LEK. MED. PAULINA CICHON
KONSULTACJA: DR HAB. MED. TOMASZ JASTRZĘBSKI, PROF. NDZW. GUMED

Skorzystaj z możliwości jakie oferuje diagnostyka oraz profilowanie molekularne w nowotworach

Oncompass Medicine to firma o zasięgu globalnym, zajmująca się **diagnostyką nowotworów wraz z interpretacją i dostarczaniem informacji** Onkologom i Pacjentom w zakresie terapii celowanych.

Zapraszamy do kontaktu

Jeśli lekarz prowadzący onkolog/chirurg onkolog, pacjent lub jego rodzina rozważają:
- Profilowanie genowe na początku leczenia lub w niepowodzeniu terapii
- Uzyskanie informacji o możliwościach leczenia terapiami celowanymi, które są refundowane i nierefundowane oraz o badaniach klinicznych poza Polską
- Wykorzystanie możliwości profilowania molekularnego w rzadkich nowotworach
- Wykorzystanie odpowiednich paneli diagnostycznych w raku piersi, raku płuca, raku jelita grubego i innych nowotworach, gdzie możliwe jest zbadanie próbki tkanki guza

Oncompass Medicine oferuje odpłatnie:
- Diagnostykę – kilku lub kilkudziesięciu genów w danym nowotworze
- Raport z wykonanej diagnostyki – pełen opis profilu molekularnego danego pacjenta
- Interpretację wyników wykonanej diagnostyki dla lekarza onkologa

ONCOMPASS™ Medicine
www.oncompass.pl

Call center: 517 668 606
E-mail: info@oncompass.pl
www.oncompassmedicine.com

VIA MED
www.via-med.pl

Fot. © bennyartist | Depositphotos.com

Blizna
– czyli jak goi się rana

Blizna (łac. *cicatrix*) jest zmianą skórną powstałą w następstwie uszkodzenia skóry właściwej i zastąpienia jej ubytku – w procesie gojenia – przez tkankę łączną włóknistą (formującą bliznę).

Blizny tworzą się na skutek uszkodzenia powłok w miejscu urazu – skaleczenia, zranienia, głębokiej rany ciętej, wskutek interwencji chirurgicznej oraz jako następstwo gojenia pewnych innych skórnych zmian chorobowych np. blizny pooparzeniowe, potrądzikowe, po chorobach infekcyjnych (np. ospie wietrznej).

Rany powierzchowne obejmujące zewnętrzną warstwę skóry goją się zazwyczaj bez wytworzenia blizny: na drodze naskórkowania. Uszkodzenie głębszych warstw powłok wiąże się zawsze z wytworzeniem mniej lub bardziej widocznej blizny.

Gojenie rany w następstwie powstawanie blizny jest procesem dynamicznym i wieloetapowym. Z punktu widzenia klinicznego, wyróżniamy dwa rodzaje gojenia się ran:

- ***per primam*** czyli gojenie przez rychłozrost – występuje przy zaopatrzeniu chirurgicznym rany czystej, szytej szwem pierwotnym, przy powierzchownych ranach ciętych
- ***per secundam*** czyli gojenie przez ziarninowanie – rana pozostawiona do samoistnego wygojenia bez zaopatrzenia chirurgicznego, rany zakażone, po nieskutecznym zaopatrzeniu pierwotnym

Tworzenie ostatecznej blizny łącznotkankowej: proces odbudowy rozpoczyna się już w fazie reakcji zapalnej i proliferacyjnej (pierwsze godziny po urazie) i trwa aż do pełnego zamknięcia brzegów rany. Jest częścią normalnego procesu gojenia się rany i jednocześnie końcowym jej etapem. Uszkodzona skóra właściwa zostaje zastąpiona nową, dobrze unaczynioną tkanką o innej morfologii i właściwościach fizycznych. Im dotkliwiej i głębiej skóra jest uszkodzona, tym dłuższy jest proces od chwili zranienia do pełnej regeneracji skóry (nawet do dwóch lat), i tym większe prawdopodobieństwo powstania zauważalnej blizny.

Czynniki wpływające na proces gojenia

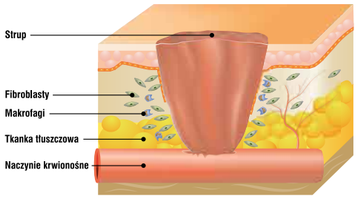
Czynniki ogólne:
- zły stan odżywienia – niedobory białkowe, witaminowe (głównie wit. A i E)
- przewlekła sterydoterapia
- cytostatyki
- zaburzenia krążenia (zwłaszcza gdy rana obejmuje dystalne odcinki kończyn)
- zaawansowany wiek
- zaburzenia endokrynologiczne
- zaburzenia immunologiczne (niedobory odporności)

Czynniki miejscowe:
- nieprawidłowe ukrwienie rany
- napięcie brzegów rany, lokalizacja rany w miejscu narażonym na ucisk
- proces zapalny, zakażenie miejscowe bądź kolonizacja przewlekła bakteriami patogennymi
- stosowanie miejscowo leków na bazie sterydów
- niekorzystne czynniki środowiska zewnętrznego
- sucha, łuszcząca się skóra
- neuropatia
- stan po radioterapii regionalnej w polu tworzącej się nowej blizny

Fot. © buecax | Depositphotos.com

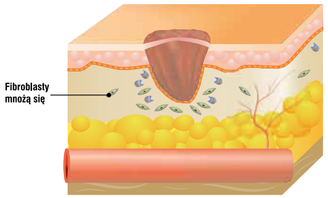
Blizna po operacji klatki piersiowej

Fazy gojenia skóry



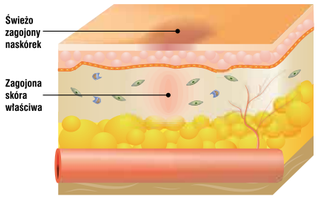
FAZA 1 ZAPALNA: 48–72 godzin po zranieniu

W ranie po uruchomieniu kaskady krzepnięcia i odpowiedzi cytokinowo-komórkowej w odpowiedzi na uraz powstaje skrzep a następnie aktywacji ulegają czynniki wzrostowe. Pobudzają one tworzenie nowej tkanki – produkowane są włókna kolagenu, początkowo chaotycznie układające się między brzegami rany, prowadząc do jej zamknięcia. Zewnętrznie obserwuje się mierny obrzęk i zaczerwienienie skóry i tkanek okolicy rany – tworzona jest bardzo delikatna i podatna na uszkodzenia przez czynniki zewnętrzne tkanka.



FAZA 2 PROLIFERACYJNA: 10–15 dni

Włókna kolagenu produkowane są aktywniej, zaczynają układać się regularnie (tzw. blizna świeża), przenikają do okolic brzegów rany, formują koncentryczne warstwy kolagenowe wokół rany, równoległe do powierzchni skóry – blizna dojrzewa. Następnie rozpoczyna się proces przebudowy świeżej blizny – w sposób uporządkowany włóknami kolagenu i elastyny, tworzona jest również sieć naczyń krwionośnych zaopatrujących nowopowstałą tkankę.



FAZA 3 REMODELINGU

W trzeciej ostatniej fazie proces produkcji kolagenu i elastyny normalizuje się – równowaga w ilości włókien produkowanych i rozkładanych (przez enzymy: kolagenazę i elastazę) – proces regulowany przez cytokiny i komórki reakcji zapalnej zaangażowane w regenerację tkanek. Kolagen typu III zastępowany jest włóknami krótszymi i mocniejszymi kolagenu typu I, co poprawia wytrzymałość nowo powstałej blizny. Okres ten jest niezwykle ważny ze względu na późniejszy wygląd blizny. Odpowiednie warunki – ochrona przed dodatkowymi urazami i niekorzystnie działającymi czynnikami środowiska zewnętrznego jak słońce czy mróz jak i właściwa pielęgnacja wspomaga naturalne procesy naprawcze organizmu w większości przypadków prowadząc do wytworzenia blizny korzystnej z punktu widzenia estetycznego.
Blizna wyraźnie różni się od otaczającej ją skóry nieuszkodzonej między innymi kolorem, strukturą, podatnością na wpływ promieniowania słonecznego i innych czynników środowiska zewnętrznego, elastycznością i wytrzymałością na rozciąganie i urazy.

Fot. © bertys30 | Depositphotos.com

Pamiętajmy!
Im dotkliwiej i głębiej skóra jest uszkodzona, tym dłuższy jest proces od chwili zranienia do pełnej regeneracji skóry (nawet do dwóch lat), i tym większe prawdopodobieństwo powstania zauważalnej blizny.

Wymienione wyżej czynniki mają wpływ na zaburzenia prawidowego procesu gojenia się rany prowadząc niejednokrotnie do powstania blizn patologicznych, o niekorzystnym wyglądzie.

Blizny patologiczne – wyróżnia się:

- **blizny zanikowe** (atroficzne) – efekt zakłócenia procesu gojenia związany z niedostateczną syntezą nowej tkanki w podścielisku łącznotkankowym np. w przypadku trądziku, blizn pozapalnych np. po ospie wietrznej, czy blizn pooperacyjnych podczas leczenia np. Sterydami. Do blizn zanikowych zalicza się również rozstępy – klinicznie manifestują się jako ubytek tkanki podskórnej poniżej delikatnej skóry, stają się bardziej widoczne po ekspozycji na promieniowanie słoneczne
- **blizny przerostowe** (hipertroficzne) – rozwój w krótkim czasie od momentu uszkodzenia skóry początkowo poprawnie gojącej, nie przekraczają granicy rany, mogą zmniejszać się samoistnie z biegiem czasu, zanikać, ale również wykazywać tendencję do dalszego wzrostu, przekształcając się w bliznowce; bardzo często są efektem zbyt dużego napięcia skóry okolicy rany, klinicznie to czerwone, pogrubiałe uniesione powyżej poziom skóry otaczającej zmiany a proces ich powstawania wiąże się z nadmierną aktywnością fibroblastów
- **keloidy** – tzw. bliznowce – nierzadko pierwotnie blizna przerostowa, powstają jako efekt patologicznej odpowiedzi na uraz skóry i pozostają pod regulacją wielu indywidualnych czynników pobudzających i hamujących proces regeneacji i wzrostu, dochodzi do miejscowego zaburzenia rozkładu i syntezy świeżego kolagenu, w następstwie do jego nadprodukcji i powstania przerosłych blizn; w odróżnieniu od blizn przerostowych bliznowce nie wykazują tendencji do samoistnego spłaszczenia i cofania się, zawsze przekraczają linię urazu, mogą powstać w każdym wieku, zarówno u kobiet jak i mężczyzn (ryzyko jest większe u dzieci, młodzieży i osób młodych zwłaszcza o ciemnej karnacji). Istnieje genetyczna skłonność do tworzenia bliznowców. Keloidy niekiedy z uwagi na lokalizację (np. okolice stawu – ograniczenie ruchomości) czy czynniki estetyczne wymagają usunięcia chirurgicznego, po którym notuje się duże ryzyko nawrotu. Klinicznie są to włókniste, spoiste, twarde guzy z charakterystycznymi wypustkami, mają często nieregularny kształt lub układają się podłużnie; skóra w miejscu keloidów jest sina lub sinoczerwona, może być nadmiernie gładka i błyszcząca, nawet bolesna.

Do zasad profilaktyki blizn patologicznych zalicza się:

- cięcie chirurgiczne wykonywane wzdłuż linii najmniejszego napięcia skóry,
- technika zabiegu możliwie najmniej uszkadzająca tkanki, atraumatyczna,
- odpowiednie zaopatrzenie rany zmniejszające napięcie tkanek po zabiegu chirurgicznym lub urazie,
- sterylne zaopatrzenie rany w celu uniknięcia infekcji,
- dbałość o ranę w trakcie procesu gojenia wedle zaleceń lekarza.

OPRACOWANIE:
LEK. MED. PAULINA CICHON

KONSULTACJA:
DR HAB. MED. TOMASZ JASTRZĘBSKI
PROF. NDZW. GUMED

Wychudzone lustro rodziny

– anoreksja psychiczna

Dzisiejszy świat stawia szereg wyzwań dla młodych ludzi. Naturą człowieka jest błądzić, tym bardziej gdy jest się osobą młodą, niedoświadczoną, żyjącą wśród natłoku informacji zewsząd. Wyjątkowość anoreksji psychicznej polega na tym, że dotyczy kategorycznej odmowy przyjmowania pokarmu. Choć jest to dość duże uproszczenie to jednak można się posłużyć takim stwierdzeniem, aby zilustrować pewne paradoksy, jak choćby postępowanie wbrew instynktowi samozachowawczemu.

Anoreksja psychiczna zbiera śmiertelne żniwo, zwłaszcza wśród kobiet. Dotyczy piękna oraz wyjałowionego na nie spojrzenia. Anoreksja „uszczupla" myślenie, zawęża pole widzenia, doprowadza do uzależnienia od swojego ciała w sensie pielęgnacyjnym. Anoreksję można porównać do rozpędzonego pociągu, który przekraczając pewną granicę prędkości wypada z torów. Funkcjonowanie „anorektycznego" umysłu rządzi się specyficznymi prawami. Przejawiają się one w konkretnych powiązaniach z ludzkim ciałem. Procesy poznawcze, które zawiadują osobą chorą na jadłowstręt psychiczny są zapętlającym się mechanizmem błędów mających swoje odbicie w zachowaniu. W kontekście anoreksji najważniejsze przekonanie dotyczy obrazu własnego ciała, które odnosi się do „ja". Analiza przekonań osób chorujących na anoreksję prowadzi do głębszej eksploracji problemu. Umożliwia ona podział na tematy dotyczące procesu wycofywania się osób z zaburzeniami odżywiania się z relacji międzyludzkich, osiągnięcie poczucia niezależności od innych poprzez przejęcie całkowitej kontroli nad swoim życiem, czyli uzyskanie wolności i perfekcyjne wypełnianie nakreślonego planu. Rola rodziny jest nieodzownym elementem w rozwoju każdego człowieka. Geny, które dziedziczone są w obrębie rodziny, nadają jej biologiczną unikatowość powodując, że członkowie rodziny są do siebie podobni pod względem cech fizycznych, jak również implikują zachowania u danej osoby świadczące o podobieństwach pod względem cech psychicznych. Rodzina tworzy system, którego elementy wzajemnie na siebie oddziaływają. Przejawia się to w szeroko pojętym wychowaniu. Rodzice wychowując swoje dzieci, robią to według zaadoptowanych we własnym procesie rozwojowym norm, zasad, tradycji, obyczajów. Dzieci, jako aktywni odbiorcy wymienionych informacji, przyswajają je, ale również poddają weryfikacji poprzez obcowanie ze swoimi rówieśnikami oraz członkami innych rodzin w najbliższym otoczeniu. Wynikiem tego procesu jest zwrotne oddziaływanie dzieci na rodziców. Za tym, że anoreksja psychiczna może być skutkiem zaburzeń relacji w systemie rodzinnym przemawiają środki terapeutyczne, po które sięga się w anoreksji a mianowicie, terapie rodzinne. Salvador Minuchin, tworząc swój model rodziny anorektycznej, wskazywał na proces chorobowy w kształtowaniu zaburzeń odżywiania się. Ukazywał on doniosłość pewnych zachowań rodziców, takich jak: sztywność zasad wychowawczych, nadopiekuńczość, nadmierne ingerowanie w rozwój dziecka. Bardzo ważnym czynnikiem jest tu również sposób prowadzenia konfliktu na linii rodzic – dziecko. Konflikty te mają charakter unikający bądź też nie prowadza do konstruktywnych wniosków. Kluczowym punktem rozwojowym wobec powyższych błędów rodzicielskich, zdaje się być wypracowanie prawidłowo funkcjonującego modelu przywiązania w okresie dzieciństwa i adolescencji. Podwaliny pod teorię przywiązania wniósł w latach pięćdziesiątych XX wieku John Bowlby. Centralnym punktem tworzącego się w dzieciństwie przywiązania miało być zapewnienie przez rodzica poczucia bezpieczeństwa dziecku. Troska rodziców o dziecko miała wytworzyć w przyszłości u tych drugich postawę zaufania i otwartości w relacjach z innymi ludźmi. Należałoby też zwrócić uwagę na nastawienie rodziców, a zwłaszcza matki, w początkowym okresie życia dziecka. Matka, której związek z ojcem dziecka charakteryzuje

Rodzina tworzy system, którego elementy wzajemnie na siebie oddziaływają. Za tym, że anoreksja psychiczna może być skutkiem zaburzeń relacji w systemie rodzinnym przemawiają środki terapeutyczne, po które sięga się w anoreksji a mianowicie, terapie rodzinne.

Fot. © MitaStockImages | Depositphotos.com

się nikłym zaangażowaniem uczuciowym, czy tym bardziej, matka przechodząca ciążę niechcianą, wytwarza negatywną postawę w stosunku do dziecka. Nie pozostającym bez wpływu na rozwój zdrowego przywiązania we wczesnym dzieciństwie jest stan zdrowia rodziców. Matki nadmiernie troszczące się o swoją wagę, pozostające na diecie w czasie przypadającym na karmienie piersią, bardzo często stosują karmienie butelką. Podkreślić należy jednak, iż ten rodzaj podawania pokarmu nie jest jeszcze niczym złym. Problem pojawia się z chwilą przyjęcia przez matkę postawy nie akceptującej naturalnego karmienia. Ten fakt w połączeniu z przeżywanymi przez rodziców chorobami psychicznymi, na przykład depresją, może spowodować wytworzenie u dziecka małe poczucie skuteczności czy zewnętrzne poczucie kontroli, co nie pozostaje bez wpływu na pojawienie się w przyszłości zaburzeń odżywiania się. Osoba chorująca na anoreksję psychiczną restrykcyjną ma ogromne trudności z wypracowaniem indywidualnej tożsamości a co za tym idzie z oddzieleniem się od własnej rodziny. Ważnym przedstawicielem wśród terapeutów zajmujących się zaburzeniami odżywiania się była Włoszka – Mara Selvini Palazzoli. Początkowo jej zainteresowania terapią obejmowały model psychoanalityczny, jednak z uwagi na brak zadowalających osiągnięć, wraz z innymi współpracownikami, rozpoczęła działalność terapeutyczną rodzin w ujęciu systemowym. Rodzinę anorektyczki Palazzoli traktowała jako plac gry, na którym małżonkowie walczą o względy swojego dziecka. Palazzoli podkreśla rolę odpowiedzialności, która niczym piłeczka pingpongowa przerzucana jest na innych. Istotą gry każdego z małżonków jest walka o uznanie własnych zasad moralnych, które często odnoszone są do zasad ogólnoludzkich. Dziecko w tym przypadku odgrywa rolę ofiary, która staje się mimowolnym rezerwuarem odpowiedzialności za rodzinę. Ta odpowiedzialność dziecka zaczyna się przejawiać w próbie

Rodzina, która funkcjonuje wedle reguł wzajemnego poszanowania, oparta na komunikacji z dużym prawdopodobieństwem dobrze wychowa swoje potomstwo!

Fot. © iancurcist | Depositphotos.com

podjęcia decyzji o wyborze rodzica, którego będzie wspierać choć jeszcze nie stanie się to otwarcie odczuwalne wobec żadnego z rodziców na placu gry. Etapem podejmowania otwartych działań obronnych, któregoś z rodziców jest okres dojrzewania, który niesie ze sobą duże zmiany hormonalne i powoduje powstawanie wielu napięć i kryzysów u nastolatki, która zaczyna traktować matkę jako tą, która najbardziej ją zawiodła i jednoznacznie pacjentka zaczyna się opowiadać po stronie ojca. Narastające frustracje wzmagają napięcia co prowadzi do wystąpienia objawów choroby. Jednocześnie ataki w stronę matki nie przynoszą żadnego odzewu ze strony ojca, który pozostaje bierną postacią w koalicji z córką. Zachowanie to ewoluuje w kierunku porzucenia nadziei pokładanych w ojcu. Jedyną niezawodną koalicjantką pacjentki na placu gry staje się choroba, która daje jej poczucie kontroli i siły. Rozpoczyna się samotna walka córki z rodzicami, która coraz bardziej brnie w chorobę. Bardzo ważną postacią, która inspiruje swoją koncepcją narracyjną coraz szersze grono terapeutów zajmujących się zaburzeniami odżywiania się, jest Michael White. Narracja, jak sama nazwa wskazuje, jest prozą życia, opowiadanego z perspektywy pojedynczej osoby oraz jego rodziny. Michael White, wraz z Davidem Epstonem, opierając się na konstrukcjonizmie społecznym, opracowali terminologię wedle której wyłapywane są kluczowe aspekty z życia człowieka. Po pierwsze konieczne jest wyłapanie u danej osoby tzw. opowieści dominującej, czyli życie opowiadane ustami tej osoby wraz z możliwościami, perspektywami, planami. W związku ze sztywnością granic rodzin anorektycznych opowieść dominująca osoby chorej stanowi kanwę powieści całej rodziny, która z wielkim oddaniem i strachem przed jakąkolwiek ingerencją w jej granice, broni się przed tzw. szczególnymi rezultatami. Jak nazwa wskazuje są to jakieś specjalne osiągnięcia osoby nie wpisujące się, znacznie różniące od systemu przekonań i wartości rodziny. Terapia problemu anoreksji ma na celu dekonstrukcję oraz „przepisanie" na nowo historii życia pacjenta. Terapeuta wraz z pacjentem obserwuje za pomącą sporządzanych map życia i umieszczanych na nich ważnych wydarzeniach, w którym miejscu zaczął się problem i stara się, poprzez proces eksternalizacji (uzewnętrznienia problemu), oddzielić go od chorej osoby dzięki czemu problem i osoba nie są już tożsame. Jak łatwo zauważyć, istotną rolę w tworzeniu się w systemie rodzinnym zaburzeń odżywiania się jest spójność i sztywność rodziny i jej granic. Rodzina, która funkcjonuje wedle reguł wzajemnego poszanowania, dbająca o swoją autonomię jak i rozwój indywidualności każdego ze swoich członków, oparta na zachodzącej bez częstych zakłóceń komunikacji, stanowi przykład rodziny która z dużym prawdopodobieństwem dobrze wychowa swoje potomstwo z troską, aby cechy które zostały im wszczepione przekazać dalej. Dbajmy o swoje rodziny. Nie tylko w okresie świątecznym, gdy tradycja nakazuje być względem siebie życzliwym, miłym. Dbajmy o to, aby przy suto zastawionym stole wigilijnym panował radosny dialog, który nie kończy się po odejściu od niego. Cieszmy się sobą każdego dnia i szanujmy wzajemnie. To ustrzeże nas przed wieloma problemami. Bo przecież problemy nie należą tylko do pacjenta, są częścią całej rodziny, która potrafi go u pacjenta wytworzyć, ale również pomaga mu się go pozbyć.

Tymczasem!

RAFAŁ RYBKA, MGR PSYCHOLOGII

KONKURS FOTOGRAFICZNY

Wspomnienie zimy

Prześlij nam zimowe zdjęcie i wygraj fantastyczne nagrody!

Fot. © M. Lipiński | StudioA

Regulamin konkursu fotograficznego „Wspomnienie zimy"

1. Konkurs organizowany jest przez Onkonet Sp. z o.o., wydawcę czasopisma „Terapia i Zdrowie"
2. Konkurs ma charakter otwarty.
3. W Konkursie mogą wziąć udział osoby dorosłe.
4. W konkursie nie mogą brać udziału pracownicy i przedstawiciele organizatorów konkursu, współorganizatorów Konkursu oraz innych podmiotów biorących bezpośredni udział w przygotowaniu i prowadzeniu konkursu oraz członkowie ich rodzin.
5. Udział w konkursie jest bezpłatny.
6. Tematyka konkursu dotyczy wakacji zimowych.
7. Uczestnik może zgłosić maksymalnie 5 zdjęć w formie cyfrowej.
8. Wymagania techniczne:
   - pliki o minimalnej wielkości 8 milionów pikseli,
   - proporcje boków 2:3
   - fotografie zapisane w formacie JPG lub TIF,
   - prace należy przesłać na płycie CD lub DVD wraz z kartą zgłoszenia,
   - wszystkie pliki należy umieścić w folderze zatytułowanym nazwiskiem i pierwszą literą imienia autora (np: Kowalski_J). Nazwa pliku powinna składać się z nazwiska i pierwszej litery imienia oraz kolejnego numeru fotografii, np. Jan Kowalski przysyła dwie fotografie zatytułowane: Kowalski_J_01, Kowalski_J02. Numer musi być zgodny z podanym w zgłoszeniu.
9. Uczestnik, zgłaszając się do konkursu oświadcza, iż przysługują mu wyłączne i nieograniczone prawa autorskie do nadesłanych fotografii. Ponadto oświadcza, że wyraża zgodę na wielokrotne, nieodpłatne publikowanie nagrodzonych fotografii oraz opublikowanie jego imienia, nazwiska oraz miejscowości zamieszkania w materiałach promocyjnych związanych z konkursem, w wydawnictwach oraz na stronach internetowych Konkursu, w szczególności na utrwalanie, modyfikowanie i zwielokrotnianie fotografii każdą techniką, w tym m. in. drukarską, reprograficzną, zapisu magnetycznego, cyfrową, audiowizualną, na jakichkolwiek nośnikach, bez ograniczeń co do ilości i wielkości nakładu, oraz rozpowszechnianie fotografii poprzez publiczne udostępnianie w taki sposób, aby każdy mógł mieć do nich dostęp w miejscu i w czasie przez siebie wybranym, w szczególności w sieciach komputerowych, Internecie i Intranecie oraz telefonach komórkowych.
10. Karty zgłoszenia i płyty ze zdjęciami w sztywnych opakowaniach należy do dnia **31.03.2016 r. (decyduje data wpływu)** na adres: Onkonet Sp. z o.o., ul. Śnieżna 3, 80-554 Gdańsk, z dopiskiem: „Konkurs fotograficzny-Zima"
11. Nadesłanie prac jest jednoznaczne z akceptacją niniejszego Regulaminu.
12. Organizator konkursu ma prawo odrzucić prace niezgodne z Regulaminem, odbiegające od tematu, wadliwe technicznie i naruszające prawa innych osób.
13. Organizator konkursu nie bierze odpowiedzialności za uszkodzenie lub zaginięcie prac w trakcie przesyłki.
14. Wyniki konkursu zostaną opublikowane na stronie internetowej Onkonet.pl a także w numerze czerwcowym czasopisma „Terapia i Zdrowie"
15. Organizator konkursu uhonoruje laureatów nagrodami rzeczowymi
    - **I Nagroda – aparat fotograficzny firmy Fuji**
    - **II Nagroda – Komplet kawowy Ambasador na 12 osób**
    - **III nagroda – Zestaw kawowy dla 6 osób**
16. Planowana jest wystawa pokonkursowa, o terminie i miejscu której osoby zainteresowane zostaną powiadomione po ogłoszeniu wyników Konkursu
17. Udział w konkursie jest równoznaczny z wyrażeniem przez osoby uczestniczące zgody na przetwarzanie przez organizatora konkursie ich danych osobowych na potrzeby konkursu oraz w celach marketingowych (ustawa o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. Dz.U. Nr 133, poz. 833 z póz. zm.).
18. Skład jury: Tomasz Jastrzębski (redaktor naczelny „Terapii i Zdrowie"), Maciej Kosycarz (Agencja Fotograficzna KFP), Robert Olech (www.optyczne.pl).

Karta zgłoszenia uczestnictwa w konkursie fotograficznym „Wakacje zimowe"

Imię i nazwisko: .....

Adres: .....

Nr tel.: ..... E-mail: .....

Nr	Tytuł pracy	Komentarz (opcjonalnie)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Konkursu Fotograficznego „Wakacje zimowe" i akceptuję jego warunki. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach wynikających z Regulaminu Konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.Ust. 2002, nr 101, poz. 926 z późn.zm.)

Enoturystyka

Fot. archiwum autora

Pochmurny dzień w Alzacji

Prawie każdy, kto kiedyś podróżował do krajów o nieco cieplejszym klimacie, w których produkuje się wino, miał z nim w tym kraju kontakt. Czasami w okolicznej restauracji serwowane jest lokalne wino, czasami droga, którą przejeżdżamy prowadzi przez winnice, a czasem po prostu kupujemy ulubiony trunek za granicą w większych ilościach i przywozimy do kraju, by tutaj dzielić się nim z bliskimi.

Niektórzy pamiętają, jak z wczasów w Jugosławii, czy też na Węgrzech, nad Balatonem, przywozili wielkie butle wina. Inni, wybierając się na narty we włoskie Alpy zawsze odwiedzają swojego ulubionego producenta, by wrócić do domu z kilkoma skrzynkami drogiego trunku. Obecnie, coraz popularniejsze staje się zdobywanie wiedzy, które towarzyszy takim wyprawom. Chętnie zadajemy pytania, wiemy coraz więcej i coraz świadomiej wybieramy wino. Kontakt z producentami odgrywa w tym bardzo ważną rolę. Dowiadujemy się, jak powstaje wino, z jakimi potrawami najlepiej je połączyć, czy też o tym, co powoduje, że właśnie to, wybrane przez nas wino jest wyjątkowe.

Czego należy się spodziewać w winnicach?

W różnych krajach winiarze podchodzą do turystów w różny sposób, jednak jedna rzecz ich łączy: zależy im na tym, aby turysta – klient z winnicy wyszedł zadowolony. Oczywiście, sposobem by to osiągnąć jest znakomite wino, które połączone z lokalnymi specjałami, smakuje znakomicie. Winnice świata są bardzo różne, dość dobrze obrazuje to kontrast pomiędzy Alzacją, regionem we Francji, a Porto w Portugalii.

Alzacja jest cichym i spokojnym regionem Francji. Trochę na uboczu w stosunku do najpopularniejszych, przebojowych regionów takich jak Szampania, Bordeaux, czy Burgundia. Nie znaczy to jednak, że nie jest to popularny region. Co roku tysiące turystów odwiedzają Alzacki Szlak Wina – szlak prowadzący poprzez malownicze, zielone wzgórza pokryte winoroślą oraz miejscowości, które prawie zupełnie nie zmieniły się od czasów średniowiecza. Turyści podróżują od miejscowości do miejscowości, a w każdej z nich znajduje się kilka, do kilkunastu winiarni. Gościnni producenci, których zazwyczaj podczas degustacji mamy na wyłączność, zachwalają i serwują tam swoje wspaniałe wina za darmo, natomiast w okolicznych pubach można wdać się z mieszkańcami w dyskusję o tym gdzie, a zazwyczaj jest to tuż za oknem pubu, znajdują się najlepsze na świecie warunki do uprawy Rieslingów, czy też Gewurztraminerów. Ze względu na ilość winnic w okolicy i odległości pomiędzy nimi przebycie całego szlaku wraz z degustacją zajmuje zazwyczaj kilka dni.

Region rzeki Douro, w którym powstaje między innymi wzmacniane wino Porto, jest zupełnie innym miejscem dla turystów. Właściwie, historyczne magazyny wina, z których statkami, poprzez Ocean Atlantycki wino wyruszało w świat znajdują się w miejscowości Villa Nova de Gaia, sąsiadującej z Porto. Na dość stromym zboczu, nad Douro, znajdują się magazyny prawie wszystkich producentów porto. Mimo, że winorośl, z której powstaje Porto uprawia się wiele kilometrów w górę rzeki, tutaj, przy samym oceanie wino dojrzewa i jest butelkowane. Wielkie magazyny opatrzone nazwami znanych wytwórców Porto zachęcają turystów do odwiedzania. Na parkingu u podnóża zbocza znajduje się wielki parking przeznaczony dla autokarów z turystami. Wszystko jest tu przygotowane do zaprezentowania turystom, a producenci prześcigają się w wymyślaniu metod przekazywania turystom informacji o produkcji ich trunku. Za symboliczną opłatą, zazwyczaj kilku Euro, można wziąć udział w degustacji oraz krótkiej wycieczce z przewodnikiem po winiarni, obejrzeć film o produkcji Porto, przyjrzeć się z bliska narzędziom służącym do jego produkcji, a nawet wejść do środka olbrzymiej beczki, w której kiedyś dojrzewało wino.

Podczas, gdy Alzację i alzackie wina, mamy niemal na wyłączność, w Porto można odnieść wrażenie, że chodzimy po muzeum, nie winiarni. Alzacja robi wrażenie tym, jak bardzo można się zbliżyć do producentów, natomiast Porto swoim ogromem. Oczywiście, ma to wpływ jedynie na nasze wspomnienia, nie na degustowane wina, które różnią się znacząco. Ostatecznie, zawsze celem wizyty jest zachęcenie turystów do zakupu wina wprost od producenta. W ten sposób turysta może trochę zaoszczędzić, a producent zjednuje sobie kolejnych klientów.

Jak się przygotować do wyjazdu do winnic?

Nie ma list sprzętów, które należy ze sobą zabrać na wycieczkę do winnicy – zarówno wino, jak i kieliszki są tam standardowym elementem wyposażenia. Warto natomiast zaczerpnąć nieco wiedzy na temat win produkowanych w danym regionie. Szczepów, z których powstają, metod produkcji, które ostatecznie mają wpływ na ich smak. Czasami, już jadąc w określony region winiarski, wiemy, które wina nas interesują i których chcielibyśmy skosztować, a czasami jest ich tak wiele, że nie da się degustować wszystkich.

Warto również upewnić się, że winnica, którą zamierzamy odwiedzić będzie otwarta i przyjmuje gości. Powodów, dla których nie załapiemy się na degustację może być kilka. Wiele winiarni zastrzega sobie, że w okresie zbiorów, kiedy wszystkie ręce do pracy są potrzebne, nie prowadzą degustacji. Niektóre winiarnie klasy premium nie są zainteresowane prowadzeniem degustacji, lub oferują je jedynie osobom, które wykażą, że są związane z winem zawodowo. Sprzedawcy wina, czy też sommelierzy są prawie zawsze mile widziani w winnicach. Czasami winiarnie orgnizują degustacje tylko w określone dni tygodnia.

W niektórych regionach, z racji krótkich dystansów pomiędzy winiarniami, możemy się przemieszczać pieszo. Niestety często bywa również tak, że dystans do pokonania jest zbyt duży i potrzebny będzie nam środek transporty. Wówczas warto pomyśleć o kierowcy, który będzie nas pomiędzy degustacjami transportował oraz zaplanować, które winiarnie zamierzamy odwiedzić wcześniej. W dobie internetu takie planowanie wydaje się być dziecinnie proste, a informacje łatwo dostępne.

Warto pamiętać, że na enoturystykę nie składają się jedynie wizyty w winnicach. Wiele regionów winiarskich organizuje festiwale wina, na których zbierają się producenci z całego regionu, a degustacjom towarzyszy masa atrakcji dla całych rodzin. Czasami na producentów wina można natrafić w mniej typowych miejscach. W niektórych miejscowościach Francji, na przykład w Montpellier, na lokalnym targu regularnie pojawiają się mali, lokalni producenci wina, którzy oprócz samego trunku, który potrafi zaskoczyć i zadowolić nawet bardzo wymagających degustatorów, oferują lokalne sery, wędliny i wypieki zachęcając do łączenia ich z winem. Dopiero takie połączenie pozwala odkryć czar okolicy, w której się znajdujemy.

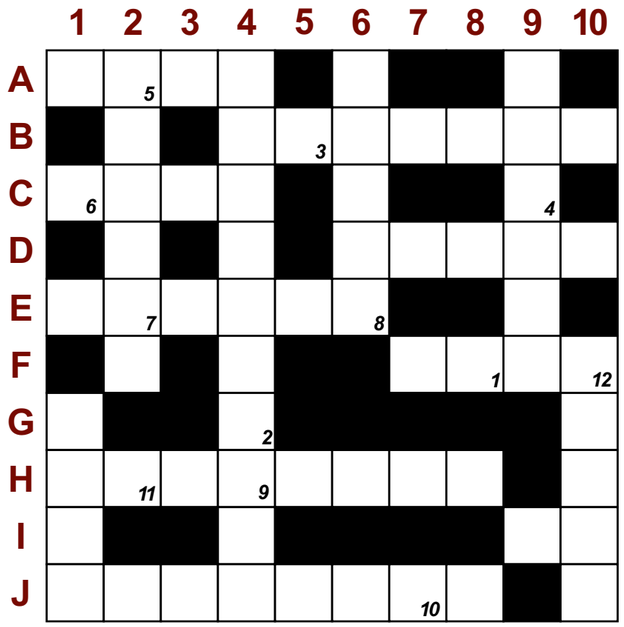
JAKUB KOLECKI

Fot. archiwum autora

Riquewihr – miasteczko wpisane na listę UNESCO ze względu na wspaniale zakonserwowane zabytki. Tutaj powstają jedne z najlepszych win Alzacji.

Fot. archiwum autora

U niektórych producentów można dostrzec ołtarzyki z najdoskonalszymi winami (lub butelkami po nich), jakie udało im się zrobić.



POZIOMO

- **A** nie zasada
- **B** malarz, poeta, muzyk…
- **C** imię męskie
- **D** wytwórca wina w regionie Veneto
- **E** od czasu do czasu trzeba zrobić w domu
- **F** na zimę jak znalazł
- **H** broń krótka z bębnem na naboje
- **I** „jeśli” po ang.
- **J** zbiór informacji, rocznik

PIONOWO

- **1** mutacja tego genu prowadzi do raka piersi
- **2** i w kopalni i na dolegliwości jelitowe
- **4** choroba płuc, węzłów chłonnych
- **6** układ kart w pokera
- **9** wyłania się ją niekiedy po zabiegach na jelicie
- **10** płynie w naczyniach chłonnych

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Wśród osób, które nadeślą prawidłowe rozwiązanie krzyżówki, rozlosujemy dziesięć filiżanek do kawy z motywem kaszubskim.

Słownik terminów onkologicznych (cz. XII)

R

Rak (carcinoma)
nowotwór złośliwy wywodzący się z tkanki nabłonkowej

Rakowiak
Rodzaj guza neuroendokrynnego (wydzielającego hormony), występującego w przewodzie pokarmowym, charakteryzującego się dużym potencjałem przerzutowania

Radioterapia
Metoda leczenia nowotworów, polegająca na zastosowaniu promieniowania jonizacyjnego (promieniowanie X).

Randomizacja
stosowane w badaniach klinicznych przyporządkowanie sposobu leczenia na drodze losowania według porządku statystycznego

Rektoskopia
badanie wziernikowe za pomocą rektoskopu odbytnicy

Receptor estrogenowy
(RE) receptor umiejscowiony na błonie komórkowej komórki nowotworu. Obecność RE warunkuje możliwość leczenia za pomocą leków hormonalnych

Receptor progesteronowy
(RP) receptor umiejscowiony na błonie komórkowej komórki nowotworu. Obecność RP wraz z RE warunkuje możliwość leczenia za pomocą leków hormonalnych

Rekonstrukcyjne zabiegi piersi
Zabiegi odtwórcze piersi, polegające na odtwarzaniu piersi z wykorzystaniem tkanek własnych lub protez zakładanych podskórnie lub pod mięśień piersiowy. Jest częścią chirurgii plastycznej i chirurgii onkoplastycznej

Regresja
cofanie się. W onkologii: regresja nowotworu – zmniejszenie masy guza pod wpływem leczenia

Remisja
ustąpienie objawów choroby

Resekcja
usunięcie, wycięcie, np. resekcja żołądka

RFA
radiotermoablacja, niszczenie tkanek nowotworu za pomocą ciepła, uzyskiwanego w wyniku przepływu prądu o wysokiej częstotliwości, np. termoablacja guzów wątroby

medgart
CENTRUM MEDYCZNE

Oferujemy usługi medyczne w zakresie poradnictwa z dziedzin:

- kwalifikacja i przygotowanie do leczenia onkologicznego
- chirurgia onkologiczna
- prowadzenie pacjenta po zabiegu operacyjnym
- leczenie żywieniowe
- profilaktyka chorób onkologicznych
- poradnictwo w zaawansowanej chorobie nowotworowej
- konsultacje z zakresu neurochirurgii i schorzeń kręgosłupa
- gastroenterologia
- poradnia leczenia bólu
- choroby wewnętrzne
- konsultacje z zakresu chorób osób starszych (geriatria)
- konsultacje z zakresu chorób psychicznych oraz nerwic
- psychologia kliniczna pacjentów i ich rodzin
- kompleksowe leczenie ran
- konsultacje z zakresu dietetyki

Profesjonalna ocena znamion skóry (badania dermatoskopowe i kwalifikacja do zabiegów)

- zabiegi ambulatoryjne w znieczuleniu miejscowym wykonywane przez doświadczonych chirurgów
- usługi pielęgniarskie i opiekuńcze

ZAPRASZAMY: od poniedziałku do piątku **w godz. 9–20**
Rejestracja codziennie pod nr tel. **58 550 7 333**
Marii Skłodowskiej-Curie 3, 80-210 Gdańsk
(budynek Polon-Park II piętro)

www.medgart.pl

onkonet.pl
Twój serwis onkologiczny