

ISSN 1640-7679

Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

11-12/2021



**Zdrowych
i Wesołych
Świąt Bożego
Narodzenia
i Szczęśliwego
Nowego Roku
2022**

**Ubezpieczenia
członków OIPIP
w Łodzi
na 2022 rok**

4

**Dyżur medyczny
w czasie epidemii**

11

**Złośliwe
zmiany macicy**

12


**Choroba
Leśniowskiego-Crohna**

20



Z okazji zbliżających się świąt Bożego Narodzenia życzę wszystkim, aby ten wyjątkowy czas upłynął w zdrowiu oraz rodzinnej, spokojnej i ciepłej atmosferze a Nowy 2022 Rok niech przyniesie spełnienie osobistych i zawodowych planów oraz napełni nas optymizmem i wiarą na nadchodzące dni.

Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi


Agnieszka Kałużna

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi
Agnieszka Kałużna

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi
Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi
Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi
Maria Kowalczyk

Skarbnik ORPiP w Łodzi
Maria Cianciara

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Radca prawny
wtorek: 11.00–17.00, środa: 11.00–15.00, czwartek: 11.00–15.00
tel. 42 633 71 06

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

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY

Program dobrowolnych ubezpieczeń członków
OIPIP w Łodzi na rok 2022 4

Program obowiązkowego ubezpieczenia
odpowiedzialności cywilnej dla członków OIPIP
na rok 2022 6

Stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii
dotyczące podawania iniekcji dożylnych/domięśniowych
u dzieci w domu pacjenta/opiece ambulatoryjnej/w domu
dziecka 9

Stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia 10

DZIAŁ PRAWNY

Dyżur medyczny w czasie pandemii..... 11

PRAKTYKA ZAWODOWA

Złośliwe zmiany macicy 12

Najczęstszy nowotwór u kobiet. Nowe wyzwania dla
pielęgniarki i położnej 16

Choroba Leśniowskiego-Crohna 20

Stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia 10

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE

Sprawozdanie z III Śląskich Dni
Medycyny Stanów Nagłych 24

PODZIĘKOWANIA 24

GŁOS ZE ŚRODOWISKA

Gratulacje 25

Chwila zadumy 26

Wspomnienie o Stanisławie Sroczyńskiej 27

POŻEGNANIA 28

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34
tel. 42 633 69 63 w. 10; fax 42 633 68 74;
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl
Redaktor Naczelny: Agnieszka Głowacka
Bank Zdjęć Photogenica: okładka: I, II, III, IV; s. 12, 15, 16, 18, 20
Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych
materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów
niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.
ISSN: 1640-7679
Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych
Nakład: 3700 egzemplarzy
Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl



Okres przedświąteczny to czas zabiegania, zakupów, przygotowań, ale i czas przemyśleń i niestety w tym roku podobnie jak w ubiegłym towarzyszy nam niepokój związany z pandemią Covid. Możliwe, że oprócz obaw, budzi się w nas refleksja, powodująca, że zaczynamy doceniać to, co mieliśmy, z nostalgią wspominamy chwile, w których nie obawialiśmy się zwykłego podania ręki czy wyjścia ze znajomymi. Co nam dał okres pandemii? Może też to, że bardziej niż kiedykolwiek odczuwamy, jak ważne jest być blisko drugiego człowieka i jak istotne są słowa: „Śpieszmy się kochać ludzi, tak szybko odchodzą” [ks. Jan Twardowski]. To sprawia, że składając sobie życzenia, większą niż kiedykolwiek wagę przywiązujemy do wartości, takich jak zdrowie czy nadzieja, na to, że znowu będziemy mogli być razem.

W imieniu całego zespołu redakcyjnego chciałabym z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia złożyć Państwu życzenia zdrowia, nadziei i spokoju oraz odpoczynku od codziennych trosk i uwolnienia się od tego co nas stresuje.

Agnieszka Głowacka
Redaktor Naczelna

LXXVII posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 20 października 2021 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 10 pielęgniarkom.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położnym i 1 położnemu.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wpisano położne do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wydano duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarcie.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 5 praktyk pielęgniarek i 1 praktykę pielęgniarską.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą położnych OIPiP w Łodzi – 2 praktyki położnych.
- ▶ Dokonano 3 wpisów w SMK – rejestrze organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi – 3 szkoleń specjalizacyjnych, zgodnie z wnioskiem organizatora.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w:
 - kursie specjalistycznym – 2 osobom.
 Odmówiono 3 osobom przyznania dofinansowania ich udziału w 7 kursach specjalistycznych, ze względów regulaminowych – wnioski złożone po nieprzekraczalnych regulaminowych terminach 60 lub 30 dni, od dnia zakończenia danego kursu (daty egzaminu końcowego).

- ▶ Zatwierdzono:
 - kadre dydaktyczną dla 2 kursów specjalistycznych i 6 szkoleń specjalizacyjnych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi;
 - honoraria dla 5 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP nr 9–10/2021;
 - zakup fonendoskopów i kalendarzy na 2022 r. dla członków ORPiP oraz dla przewodniczących OKR, OSPIP i ORZOZ w Łodzi;
 - sfinansowanie akcji pielęgniarek i położnych w zakresie promocji zawodów wśród społeczeństwa i działań edukacyjno-prozdrowotnych w dobie epidemii COVID-19, zakupu m.in. środków ochrony osobistej, stetoskopów, pulsoksymetrów;
 - sfinansowanie kosztów mycia okien w budynku OIPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do komisji konkursowej na stanowisko kierownicze w podmiocie leczniczym – 1 zastępcy dyrektora ds. lecznictwa.

XLII posiedzenia ORPiP w dniu 4 listopada 2021 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 14 pielęgniarkom.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położnym.
- ▶ Przyznano na czas określony prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarkom.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.

- ▶ Wpisano położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wydano duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarcie.
- ▶ Przyznano warunkowo prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarcie.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktykę pielęgniarską i 1 praktykę położnej.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 praktyk pielęgniarek poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Zatwierdzono:
 - realizację z budżetu OIPiP w Łodzi 1 kursu specjalistycznego w zakładzie, zgodnie z dodatkowym wnioskiem podmiotu leczniczego;
 - składy osobowe komisji kwalifikacyjnych dla 2 kursów kwalifikacyjnych i 2 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi;
 - kadre dydaktyczną dla 2 kursów kwalifikacyjnych, 3 kursów specjalistycznych realizowanych w OIPiP i w zakładach;
 - realizację szkoleń specjalizacyjnych rozpoczynających się w 2021 r. – 2 edycje w ramach umowy z Ministrem Zdrowia ze środków publicznych: Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek i Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze dla położnych i 5 edycji z budżetu OIPiP w Łodzi: Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek, Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze dla położnych, Pielęgniarstwo internistyczne dla pielęgniarek, Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek i Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek;
 - sfinansowanie udziału 5 członków organu ORZOZ w Łodzi w szkoleniu on-line: „Obciążenia i ryzyko zawodowe na stanowisku pracy pielęgniarek i położnych. Prewencja wykroczeń zawodowych” organizowanym przez NRZOZ;
 - dofinansowanie działalności Koła Emerytek Pielęgniarek i Położnych przy OIPiP w Łodzi w roku 2022;
 - zakup zdjęć – kontynuowanie rocznej opłaty licencyjnej do wydawanego Biuletynu OIPiP w Łodzi;
 - zwrot poniesionych kosztów przejazdów dla osób prowadzących kształcenie podyplomowe organizowane przez OIPiP w Łodzi w zakładach na terenie OIPiP;
 - zatwierdzenia kosztów uzupełnienia na parterze o fototapety, tabliczki przydrzwiowe i podświetlany logotyp OIPiP na klatce schodowej.
- ▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do komisji konkursowej na stanowisko kierownicze w podmiocie leczniczym – 1 ordynatora oddziału.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji egzaminacyjnych – 4 kursów specjalistycznych, zgodnie z wnioskami 2 organizatorów kształcenia podyplomowego.

LXXVIII posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 24 listopada 2021 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiej i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarskiej OIPiP w Łodzi – 12 pielęgniarkom i 2 pielęgniarskim.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położnej.
- ▶ Przyznano na czas określony prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarcie.
- ▶ Dokonano wymiany na nowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarcie.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarki OIPiP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarek.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarki OIPiP w Łodzi – 1 praktykę pielęgniarską.
- ▶ Podjęto decyzję dotyczącą przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, zgodnie z Programem przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat: skierowano 1 pielęgniarkę na przeszkolenie po przerwie.
- ▶ Dokonano wykreślenia w SMK z rejestru organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi – 1 podmiot, posiadający wpisy na realizację 2 kursów kwalifikacyjnych i 4 kursów specjalistycznych, przedsiębiorca wykreślony z ewidencji CEIDG.
- ▶ Rozpatrzone odmownie 2 wnioski w sprawie przyznania zapomogi losowej członkowi OIPiP w Łodzi ze względów regulaminowych – wniosek złożony przez inne osoby, opisana sytuacja zdrowotna nie spełnia wymogu regulaminu.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: kursie kwalifikacyjnym – 3 osobom, kursie specjalistycznym – 1 osobie.
- ▶ Zatwierdzono:
 - kadre dydaktyczną dla 2 szkoleń specjalizacyjnych realizowanych przez OIPiP w Łodzi;
 - zgodę na spłatę w ratach zaległych składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi – zgodnie z wnioskiem 1 pielęgniarki;
 - wykonania kostki brukowej pod bramę jezdnią przy siedzibie OIPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji egzaminacyjnych – 1 kursu kwalifikacyjnego i 4 kursów specjalistycznych u 2 organizatorów kształcenia podyplomowego.

oprac. mgr Maria Kowalczyk – Sekretarz ORPiP



Program dobrowolnych ubezpieczeń członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na rok 2022

I. Ubezpieczenie w formie grupowej bezimiennej, za które składka opłacana jest przez OIPIP w Łodzi ze składek członkowskich

Suma ubezpieczenia: 7500,00 euro

Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna w związku z wykonywaniem zawodu, bez względu na czas i miejsce oraz istnienie stosunku pracy.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej: odpowiedzialność cywilna:

- deliktowa, kontraktowa,
- pracownicza regresowa,
- za szkody związane z posiadaniem mieniem (wyposażenie gabinetu),
- za szkody w mieniu powierzonym przez zlecającego pracę dla celów wykonywania czynności zawodowych,
- za szkody będące następstwem pobrania, przechowywania krwi i preparatów krwiopochodnych, komórek lub tkanek ludzkich,
- odpowiedzialność o charakterze administracyjnym w związku z wykonywanym zawodem,
- wynikłe z przeniesienia wirusa HIV, Hbs i innych chorób zakaźnych,
- oraz szkody wyrządzone osobom bliskim związane z udzielaniem tym osobom nagłej oraz standardowej pomocy.

Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody spowodowane nieumyślnie, w tym wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego.

Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody wyrządzone osobom trzecim w związku z niezawodowym udzielaniem świadczeń zdrowotnych (w tym szkody wynikłe ze świadczeń wykonywanych bezpłatnie sąsiadom, w ramach wolontariatu, akcje organizowane przez OIPIP i nie tylko, itp.).

Za szkodę osobową uważa się straty powstałe wskutek śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a także utracone przez poszkodowanego korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

Za szkodę rzeczową uważa się straty powstałe wskutek zniszczenia lub uszkodzenia rzeczy ruchomej albo nieruchomości a także utracone przez poszkodowanego korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby nie zostało zniszczone lub uszkodzone jego mienie.

Zakres terytorialny: Polska

Udział własny zniesiony.

TRIGGER: Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje roszczenia dotyczące szkód powstałych ze zdarzeń zaistniałych w okresie trwania ubezpieczenia, choćby poszkodowani (uprawnieni) zgłosili je po tym okresie, jednakże przed upływem terminu przedawnienia.

II. Rozszerzenie programu dla członków OIPIP

Składka opłacana indywidualnie

Wszystkie ubezpieczenia dodatkowe ubezpiecza się na okres 12 miesięcy. Składka płatna jednorazowo.

1. Dobrowolne ubezpieczenie OC osób wykonujących zawód medyczny z rozszerzeniem o HIV, HBS i inne choroby zakaźne, odpowiedzialność związana z wykonywaniem zawodu oraz udzielaniem pierwszej pomocy

Składka roczna uzależniona jest od wysokości wybranej sumy gwarancyjnej:

Suma ubezpieczenia	Składka roczna
100 000 zł	40 zł
250 000 zł	55 zł
500 000 zł	65 zł
750 000 zł	70 zł
1 000 000 zł	85 zł

Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna w związku z wykonywaniem zawodu, bez względu na czas i miejsce oraz istnienie stosunku pracy.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej:

odpowiedzialność cywilna:

- deliktowa, kontraktowa,
- za szkody związane z posiadaniem mieniem (wyposażenie gabinetu),
- za szkody w ruchomościach najmowanych lub dzierżawionych od osób trzecich, służących wyłącznie dla celów wykonywania czynności zawodowych – odpowiedzialność do limitu 100 000 zł
- za szkody w mieniu powierzonym przez zlecającego pracę dla celów wykonywania czynności zawodowych,
- za szkody będące następstwem pobrania, przechowywania krwi i preparatów krwiopochodnych, komórek lub tkanek ludzkich,
- odpowiedzialność o charakterze administracyjnym w związku z wykonywanym zawodem,
- wynikłe z przeniesienia wirusa HIV, Hbs i innych chorób zakaźnych.

Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody spowodowane nieumyślnie, w tym wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego/Ubezpieczonego.

Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody wyrządzone osobom trzecim w związku z niezawodowym udzielaniem świadczeń zdrowotnych (w tym szkody wynikłe ze świadczeń wykonywanych bezpłatnie sąsiadom, w ramach wolontariatu, akcje organizowane przez OIPIP i nie tylko, itp.).

Za szkodę osobową uważa się straty powstałe wskutek śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a także utracone przez poszkodowanego korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

Za szkodę rzeczową uważa się straty powstałe wskutek zniszczenia lub uszkodzenia rzeczy ruchomej albo nieruchomości a także utracone przez poszkodowanego korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby nie zostało zniszczone lub uszkodzone jego mienie.

Zakres terytorialny: Polska

Udział własny zniesiony.

TRIGGER: Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje roszczenia dotyczące szkód powstałych ze zdarzeń zaistniałych w okresie trwania ubezpieczenia, choćby poszkodowani (uprawnieni) zgłosili je po tym okresie, jednakże przed upływem terminu przedawnienia.

2. Ubezpieczenie NNW z ubezpieczeniem na wypadek zarażenia się wirusem HIV/WZW

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zwrot kosztów poniesionych na:

badanie na obecność wirusów HIV i WZW	do kwoty 1000 zł na wszystkie badania
zakup leków antyretrowirusowych HIV	do kwoty 5000 zł
jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia wirusem WZW typu C	20 000 zł
jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia wirusem WZW typu B	10 000 zł
jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia wirusem HIV	50 000 zł

- suma ubezpieczenia NNW:

Suma ubezpieczenia	Składka
10 000 zł	80 zł
20 000 zł	87 zł
50 000 zł	95 zł

Zawarcie ubezpieczenia

W celu zawarcia ubezpieczenia prosimy o wypełnienie wniosku online lub tradycyjnego dostępnego na stronie internetowej www.secesja-ubezpieczenia.pl oraz przesłanie go do biura MAU Secesja Sp. z o.o.:

- fax: 42 637 78 00;
- e-mail: kontakt@secesja-ubezpieczenia.pl;
- pocztą tradycyjną

Zapraszamy również do odwiedzenia naszego biura, gdzie możecie Państwo zawrzeć ubezpieczenie osobiście:

Miejska Agencja Ubezpieczeniowa „Secesja” Sp. z o.o.
ul. Piotrkowska 233,
90-456 Łódź

W przypadku pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt pod nr telefonu 42 637 78 00 lub 42 637 33 11. Nasi doradcy chętnie pomogą Państwu.

Wykonywanie szczepień COVID-19 objęte ochroną ubezpieczeniową

Zakres ubezpieczenia OC (obowiązkowego lub dobrowolnego) obejmuje wykonywanie szczepień ochronnych przeciwko COVID-19.

Ochronie ubezpieczeniowej zgodnie z obowiązującymi przepisami podlegają:

- uprawnieni do wykonywania szczepień ochronnych w przypadku stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, felczerzy i ratownicy medyczni, zgodnie z art. 21c ust. 2 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu z zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 roku nr 234 poz. 1570 z późn. zm.);
- fizjoterapeuci, farmaceuci, higienistki szkolne i diagności laboratoryjni, którzy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 (Dz. U. z 2021 roku poz. 293) ukończyli szkolenie teoretyczne i praktyczne oraz uzyskali dokument potwierdzający ukończenie szkolenia.

**ERGO
HESTIA**

Program obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na rok 2022

Dedykowany pielęgniarkom lub położnym wykonującym działalność leczniczą w formie:

- **jednoosobowej działalności gospodarczej jako:** indywidualna praktyka pielęgniarki lub położnej, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
- **spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych.**

I. OBOWIĄZKOWE ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r., (Dz. U. Nr 293, poz. 1729).

Zgodnie § 2. 1. ww. rozporządzenia ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody, o których mowa w § 1, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczenie OC nie obejmuje szkód:

- 1) wyrządzonych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą po pozbawieniu lub w okresie zawieszenia prawa do prowadzenia działalności leczniczej;
- 2) polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy;
- 3) polegających na zapłacie kar umownych;
- 4) powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

Ubezpieczenie OC obejmuje szkody będące następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych, jeśli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia.

Suma gwarancyjna:

**30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz
150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń,
których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC**

Składka roczna: 55 zł

Składka (zawierająca zniżkę) możliwa do zastosowania pod warunkiem bezszkodowego przebiegu ubezpieczeń u poszczególnych ubezpieczonych.

Okres ubezpieczenia: roczny.

II. Ubezpieczenie DOBROWOLNE podwyższające wysokość sumy gwarancyjnej. Ubezpieczenie nadwyżkowe

Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej w następstwie udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego działalności leczniczej lub wykonywaniem zawodu pielęgniarki.

Zakres ubezpieczenia

Ergo Hestia udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez ubezpieczonego, który podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w zakresie:

- nie objętym tym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej,
- objętym tym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, jednak wyłącznie w zakresie szkód, które nie mogą być zaspokojone z tytułu tego obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z powodu wyczerpania sumy gwarancyjnej (ubezpieczenie nadwyżkowe).

Ergo Hestia udziela ochrony ubezpieczeniowej w granicach odpowiedzialności ustawowej ubezpieczonego z tytułu czynu niedozwolonego (odpowiedzialność deliktowa) lub z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (odpowiedzialność kontraktowa).

Ochroną ubezpieczeniową objęte są także szkody wyrządzone w wyniku rażącego niedbalstwa.

TRIGGER – act committed. – Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje roszczenia dotyczące szkód powstałych ze zdarzeń zaistniałych w okresie trwania ubezpieczenia, choćby poszkodowani (uprawnieni) zgłosili je po tym okresie, jednakże przed upływem terminu przedawnienia.

Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego za szkody będące następstwem wypadku ubezpieczeniowego, który zaszedł na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Suma gwarancyjna	Składka roczna
100 000 zł	40 zł
250 000 zł	55 zł
500 000 zł	65 zł
750 000 zł	70 zł
1 000 000 zł	85 zł

Zawarcie ubezpieczenia

W celu zawarcia ubezpieczenia prosimy o wypełnienie wniosku online lub tradycyjnego dostępnego na stronie internetowej

www.secesja-ubezpieczenia.pl

oraz przesłanie go do biura MAU Secesja Sp. z o.o.:

- fax: 42 637 78 00
- e-mail: kontakt@secesja-ubezpieczenia.pl
- pocztą tradycyjną

Zapraszamy również do odwiedzenia naszego biura, gdzie możecie Państwo zawrzeć ubezpieczenie osobiście:

**Miejska Agencja Ubezpieczeniowa
„Secesja” Sp. z o.o.
ul. Piotrkowska 233,
90-456 Łódź**

W przypadku pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt pod nr telefonu 42 637 78 00 lub 42 637 33 11. Nasi doradcy chętnie pomogą Państwu oraz udzielą szczegółowych informacji na temat programu.

Komunikat Działu Kształcenia

Serdecznie zapraszamy na spotkania szkoleniowe – online, dotyczące zarówno tematyki psychologicznej jak i wsparcia psychologicznego pielęgniarek i położnych w związku z epidemią COVID, oraz na warsztaty psychologiczne. Obie formy wsparcia, są nie tylko nasycone psychologiczną wiedzą merytoryczną, ale również wyśmienicie rozwijają kompetencje społeczne. Uczestnicy będą mieli możliwość rozwoju umiejętności: komunikacyjnych, zarządzania emocjami, czasem, radzenia sobie z trudnymi sytuacjami oraz stresem swoim i innych. Warto postawić na swój rozwój!

Osoby zainteresowane warsztatami psychologicznymi, spotkaniami szkoleniowymi w ramach wsparcia psychologicznego pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych serdecznie zapraszamy do zapisów. Zgłoszenia należy składać indywidualnie, grupowo lub dla **edycji szpitalnej** poprzez wysłanie wiadomości e-mail na adres kursy@oipp.lodz.pl z uwzględnieniem danych, takich jak:

- rodzaj i dziedzina kształcenia, imię, nazwisko, telefon i adres e-mailowy osoby zainteresowanej;
- lub telefonicznie (042) 639 92 62.

Terminy będą ustalone po zebraniu grupy.

Spotkania szkoleniowe on-line w ramach wsparcia psychologicznego w związku z epidemią COVID-19 – tematy do wyboru (2 godziny):

1. Jak radzić sobie z emocjami?
2. Praca czy własne zdrowie? Praca czy własna rodzina? Konflikt możliwy do rozwiązania?
3. Jak radzić sobie ze stresem w czasie epidemii COVID?
4. Trauma rozwojowa/trauma szokowa.
5. Interwencja kryzysowa w pielęgniarstwie/położnictwie.
6. Jak wzmacniać poczucie własnej wartości?
7. Jak radzić sobie w sytuacji konfliktowej?
8. Asertywność w pracy i życiu.
9. Jak wspierać rodziców w opiece nad noworodkiem.
10. Ciąża, poród i połóg – wrota do problemów emocjonalnych.
11. Syndrom FASD, FAS – poalkoholowy zespół płodowy.
12. Problemy emocjonalne dzieci.
13. Prawidłowości rozwojowe a ADHD.
14. Problemy emocjonalne dorosłych.
15. Agresja i przemoc – profilaktyka i sposoby radzenia sobie.
16. Agresja – sposób regulacji emocjonalnej.
17. Rozwój ruchowy fundamentem rozwoju poznawczego człowieka.
18. Zaburzenia neurorozwojowe.
19. Zarządzanie przez coaching.
20. Narzędzia i techniki komunikacji interpersonalnej w miejscu pracy.

Warsztaty psychologiczne (stacjonarne) – tematy do wyboru (8 godzin):

1. Trauma i stres w życiu człowieka.
2. Samopoznanie drogą do lepszego zarządzania sobą i emocjami.
3. Inteligencja emocjonalna.
4. Coaching w pielęgniarstwie/położnictwie.
5. Psychologia w pracy z pacjentem medycznym.
6. Profesjonalna pielęgniarka/położna – jak wzmocnić swój wizerunek?
7. Psychologiczna obsługa klienta medycznego.
8. Techniki pracy pielęgniarki/położnej w kontakcie z trudnym pacjentem.
9. Radzenie sobie ze stresem oraz profilaktyka zespołu wypalenia.
10. Wzmacnianie poczucia wartości personelu medycznego.
11. Efektywna komunikacja interpersonalna.
12. Radzenie sobie w sytuacjach konfliktowych.
13. Noworodek i małe – dziecko profesjonalne wsparcie dla rodziców.
14. Alkoholowy Zespół Płodowy (FAS) – diagnoza i system pomocy.
15. Kompetencje i zdolności małego dziecka – ocenianie na podstawie elementów skali NBAS Brazeltona.
16. Rozwijanie kompetencji komunikacyjnych i umiejętności udzielania wsparcia kobietom w okresie okołoporodowym przez położne.
17. Psychologiczne aspekty porodu oraz nefarmakologiczne metody łagodzenia bólu i stresu
18. Psychoprofilaktyka w położnictwie.
19. Ciąża, poród i połóg – wrota do problemów emocjonalnych.

Warsztaty poprowadzi mgr Jolanta Kałużna – psycholog, nauczyciel dyplomowany, trener umiejętności psychospołecznych, doświadczony specjalista w zakresie pracy diagnostyczno-terapeutycznej (badanie noworodków skalą NBAS Brazeltona, badanie i terapia dzieci ze spektrum FASD oraz zaburzeniami przywiązania), terapeuta wczesnego wspomagania rozwoju, terapeuta SI, trener Biofeedback EEG, terapeuta traumy wykorzystujący w swojej pracy m.in.: EMDR, Brainspotting, Somatic Experiencing oraz System Wewnętrznej Rodziny.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych organizuje także inne formy kształcenia podyplomowego m.in. kursy specjalistyczne, kursy kwalifikacyjne oraz szkolenia specjalizacyjne. Informacje na ten temat znajdują się na stronie: <http://www.oipp.lodz.pl/index.php?szk=SZKOLOKON>

W razie pytań prosimy o kontakt e-mailowy na: szkolenia@oipp.lodz.pl; merytoryczny@oipp.lodz.pl; kursy@oipp.lodz.pl

Wszystkie formy kształcenia w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi są bezpłatne

Stanowisko Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pediatrii z dnia 03.11.2021 r. dotyczące podawania iniekcji dożylnych/domięśniowych u dzieci 0–18 lat w domu pacjenta/w opiece ambulatoryjnej (w gabinecie zabiegowym)/w domu dziecka

Wykonywanie iniekcji dożylnych i domięśniowych w domu pacjenta/w opiece ambulatoryjnej (w gabinecie zabiegowym) /w domu dziecka uważam za nieuzasadnione i niedopuszczalne.

Iniekcje dożylne mogą być wykonywane w warunkach szpitalnych oraz przez personel pogotowia ratunkowego w sytuacjach ratowania życia. Stosowanie leków dożylnie/domięśniowo, w tym antybiotyków, wskazuje na poważny stan dziecka i nie ma możliwości podawania leków doustnie. W takich przypadkach konieczna jest pilna hospitalizacja dziecka. O tym fakcie należy poinformować rodziców i skierować dziecko do szpitala.

Zlecenie leków/antybiotyków domięśniowo u dzieci jest niebezpieczne i okrutne, a wykonanie kilkakrotnie w ciągu doby iniekcji domięśniowych jest dodatkowo narażeniem dziecka na ogromny stres, ból, cierpienie i możliwość powikłań miejscowych i ogólnych. Takie postępowanie nie tylko jest nieetyczne, to co najważniejsze niezgodne z rekomendacjami.

Zlecenie leków/antybiotyków domięśniowo u dzieci zarówno w opiece ambulatoryjnej jak i w szpitalu nie powinno mieć miejsca. Wyjątek stanowi:

- jednorazowe podanie leku ratującego życie w przypadku trudności z uzyskaniem dożylnego;
- chemioprophylaktyka choroby meningokokowej, która polega na profilaktycznym podaniu antybiotyku osobom z bliskiego otoczenia chorego (oraz w pewnych przypadkach, samemu choremu) i ma za zadanie likwidację potencjalnego nosicielstwa nosogardłowego *N. meningitidis* w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia wtórnych przypadków zakażeń. Chemiczoprophylaktyka jest zalecana wszystkim osobom, które w ciągu 7 dni poprzedzających zachorowanie miały bliski kontakt z chorym. W takich przypadkach stosuje się 1 dawkę ceftriaksonu domięśniowo (u dzieci poniżej 15 roku życia 125 mg). Dla dzieci dostępny jest też lek doustny rifampicyna, która może być stosowana u osób we wszystkich grupach wiekowych (1);
- w uzasadnionych przypadkach na zlecenie lekarzy specjalistów z innych dziedzin pediatrii.

Jeżeli stan dziecka jest dobry, a dziecko ma wskazanie do podawania antybiotyku wówczas należy zlecić antybiotyk doustnie zgodnie z rekomendacjami (2). U dzieci zdecydowanie częściej przyczyną zapalenia oskrzeli (a to rozpoznanie jest najczęstszą przyczyną zlecenia antybiotyku drogą domięśniową) są zakażenia wirusowe, w których podanie antybiotyku jest nieuzasadnione zarówno drogą doustną, a tym bardziej domięśniową. „Nie zaleca się rutynowego stosowania antybiotyku w ostrym zapaleniu oskrzeli lub oskrzelików. Przy kaszlu przedłużającym się powyżej 14 dni może być wskazane podawanie makrolidu,

szczególnie w przypadku podejrzenia krztuśca [BIII]. U małych dzieci z kaszlem produktywnym utrzymującym się powyżej 4 tyg. bez tendencji malejących rozpoznajemy przewlekające się bakteryjne zapalenia oskrzeli i wtedy uzasadnione może być podanie antybiotyku (amoksycylina z kwasem klawulonowym lub makrolid – leki podawane drogą doustną) przez 10–14 dni [BII]. Nie zaleca się stosowania glikokortykosteroidów dożylnie, doustnie lub wziewnie u dzieci chorych na ostre zapalenie oskrzelików”.

Jeżeli stan dziecka jest średni/ciężki, dziecko ma wskazanie do podawania antybiotyku drogą parenteralną, wówczas należy skierować dziecko w trybie pilnym do szpitala, gdzie otrzyma antybiotyk dożylnie zgodnie z rekomendacjami.

Pielęgniarki/pielęgniarze otrzymując zlecenie na podanie antybiotyku drogą dożylną/domięśniową powinni w takich wypadkach odmawiać wykonania zlecenia lekarskiego, bowiem mają prawo odmawiać zleceń, które mogą być niebezpieczne dla dziecka.

Pielęgniarki/pielęgniarze powinni poinformować rodziców o swojej decyzji i skierować dziecko do szpitala. Ponadto powyższe błędy w zleceniach lekarskich powinny być zgłaszane do konsultanta wojewódzkiego i/lub krajowego w dziedzinie pediatrii.

Nieprzestrzeżenie przez lekarza zaleceń konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii naraża lekarza na konsekwencje – odpowiedzialność za nieumyślne narażenie dziecka na uszczerbek zdrowia lub zagrożenie życia i takie sytuacje powinny być zgłaszane do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej/Naczelnej Radzie Lekarskiej.

Lekarz zawsze ma prawo do eksperymentu medycznego, ale na to wymagana jest zgoda komisji bioetycznej.

Stanowisko wydano na mocy art. 10, pkt. 6 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 419, z p.zm.)

prof. dr hab. med. Teresa Jackowska
Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pediatrii

1. Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego, pod red. prof. dr hab. n. med. Walerii Hryniewicz i wsp., 2011.

2. Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego, pod red. prof. dr hab. n. med. Walerii Hryniewicz, dr hab. n. med. Piotra Albrechta, prof. dr hab. n. med. Andrzeja Radzikowskiego, 2016.

Stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych wspólnie z Ministerstwem Zdrowia rozpoczęła nową akcję prozdrowotną. We wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ stworzono stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia. W samoobsługowych punktach dorosli na miejscu wykonują najważniejsze pomiary, które określają ryzyko zachorowania na choroby cywilizacyjne. Profesjonalni doradcy proponują udział w programach profilaktycznych lub skorzystanie z bezpłatnych diet od NFZ. W Łódzkiem kiosku mieści się w siedzibie ŁOW NFZ przy Targowej 35 Łodzi. Testowali go niewidomi i niedowidzący z Polskiego Związku Niewidomych (PZN) Koło nr 2 Łódź – Górna.

– Ciągłe zapominamy o profilaktyce zdrowotnej. Przez pandemię rzadziej zgłaszamy się do lekarzy i wykonujemy badania – mówi Filip Nowak, prezes NFZ. – Chcemy zmienić ten trend i odbudować zdrowie naszego społeczeństwa, dzięki ogólnopolskim programom bezpłatnych badań profilaktycznych. Choroby cywilizacyjne nie czekają na koniec pandemii. Im szybciej zostaną wykryte, tym większa jest szansa na skuteczne leczenie – dodaje. We wszystkich 16 oddziałach wojewódzkich NFZ uruchomiliśmy stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia. W każdym z nich pracuje profesjonalny doradca, który pomoże skorzystać z programów ochrony zdrowia oraz podpowie, jak wykonać podstawowe pomiary.

Samoobsługowe kioski profilaktyczne. Wyglądają futurystycznie i tym właśnie mają przyciągać uwagę. Zapewniają jednocześnie prywatność i bezpieczeństwo osobom, które zdecydują się na wykonanie pomiarów: wzrostu, masy ciała, indeksu masy ciała, czyli BMI, składu ciała i ciśnienia tętniczego krwi. Te podstawowe pomiary są niezbędne, aby ocenić ryzyko najczęstszych chorób cywilizacyjnych. Analiza składu ciała wskazuje na poziom tkanki tłuszczowej, mięśniowej oraz zawartości wody w organizmie. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi ma pomóc w wykryciu nadciśnienia tętniczego. To właśnie ono bezpośrednio lub pośrednio jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów w Polsce. Nielezione nadciśnienie tętnicze może doprowadzić m.in. do chorób układu krążenia, udaru mózgu, chorób nerek czy wzroku. Indeks masy ciała (BMI), jest istotny, aby oszacować zagrożenie chorobami związanymi z nadwagą i otyłością. Wyniki pomiarów, wydrukowane w kiosku profilaktycznym, będzie można omówić z doradcą ds. profilaktyki i promocji zdrowia. Z kiosków mogą korzystać osoby z niepełnosprawnościami, niedowidzące i poruszające się na wózkach inwalidzkich. Technologicznym partnerem projektu i dostawcą kiosków jest Comarch Healthcare.

Łódzki kiosk – zapraszamy mieszkańców i organizacje zraszające pacjentów. Łódzki kiosk testowali już niewidomi i niedowidzący z PZN, wśród nich p. Przemysław (lat 39, niewidomy od urodzenia, szkoleniowiec, biegle posługujący się komputerem): – Cieszę się, że prawie w 90 proc. mogłem samodzielnie skorzystać z Kiosku Profilaktycznego, jego obsługa jest intuicyjna. Cieszę się, że klawiatura w Kiosku umożliwiła osobie niewidomej samodzielne przechodzenie przez kolejne etapy pomiaru dzięki komunikatom głosowym. Z kiosku korzystały także niedowidzące seniorki i seniorzy: – Z wykonanych pomiarów w Kiosku dowiedzieliśmy się, jakie mamy parametry, czego mamy za dużo, dostaliśmy diety. Chcemy Was odwiedzać co 3 miesiące i ponownie wykonywać pomiary. Dyrektor Łódzkiego NFZ A. Olsiński: – Sala obsługi klienta przy Targowej to nie tylko miejsce, gdzie można odebrać EKUZ, załatwić formalności związane z ubezpieczeniem czy wyjazdem do uzdrowiska, to także miejsce, gdzie można zadbać o swoje zdrowie. Nasz doradca ds. profilaktyki podpowie, z jakich badań profilaktycznych warto skorzystać, znajdzie zdrową dietę. Kiosk profilaktyczny to miejsce, w którym, każdy dorosły bezpłatnie i samodzielnie skorzysta z pomiarów. Zapraszam do korzystania z naszej oferty profilaktycznej.

Doradcy ds. profilaktyki i promocji zdrowia. Profesjonalni doradcy ds. profilaktyki przedstawiają zakres norm pomiarów. Co ważne, doradcy nie interpretują wyników, ale udzielają dokładnych informacji o prowadzonych przez NFZ programach profilaktycznych i doradzą, jak można się do nich zgłosić. Wśród nich są:

a) program Profilaktyka 40 PLUS (konsultant pomoże wypełnić ankietę niezbędną do otrzymania skierowania na badanie diagnostyczne oraz znaleźć najbliższą placówkę, która wykonuje badania w programie),

b) Narodowy Program Szczepień przeciw COVID-19 (doradca przekaze informacje o szczepieniach i lokalizacjach punktów, szczepień),

c) portal Diety.nfz.gov.pl (konsultant proponuje kilka diet, które są dostępne po założeniu konta na portalu). Konsultant pomoże także założyć Profil Zaufany i aktywować Internetowe Konto Pacjenta. Dzięki IKP pacjent otrzyma m.in. e-receptę SMS-em lub e-mejlem, zostanie e-skierowanie, udostępni lekarzowi informację o stanie swojego zdrowia i przepisanych lekach albo pobierze unijny certyfikat COVID oraz sprawdzi historię swojego zdrowia. Wszystkie najważniejsze dane są dostępne również w aplikacji mobilnej Moje IKP.

W każdej siedzibie ŁOW NFZ, także w delegaturach w Sieradzu, Piotrkowie Trybunalskim i Skierniewicach są doradcy ds. profilaktyki, którzy udzielą informacji na wyżej wskazane tematy.

Informacje praktyczne. Aby skorzystać z usług doradcy oraz z pomiarów w kiosku profilaktycznym, wystarczy zapisać się przez stronę internetową ŁOW NFZ lub Telefoniczną Informację Pacjenta – dzwoniąc pod bezpłatny i całodobowy numer 800 190 590. Do łódzkiego kiosku można się zapisać na stronie oddziału – potwierdzenie wizyty otrzymamy e-mejlem. Punkty są czynne w godzinach 9.00–12.30 i 13.00–15.30.

§ Dyżur medyczny w czasie epidemii

Obecnie, w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-2, istnieją szersze możliwości redukcji braków kadrowych pielęgniarek i położnych poprzez wykorzystanie dyżurów medycznych. Zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:

Art. 95 ust 1. Pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, mogą być zobowiązani do pełnienia w zakładzie leczniczym tego podmiotu dyżuru medycznego.

3. Czas pełnienia dyżuru medycznego wlicza się do czasu pracy.

4. Praca w ramach pełnienia dyżuru medycznego może być planowana również w zakresie, w jakim będzie przekraczać 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Do pracy w ramach pełnienia dyżuru nie stosuje się przepisów art. 151 § 3, art. 1513 i art. 1514 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

W czasie epidemii znacznie rozszerzono możliwość pracy w dyżurach medycznych.

Obecnie znajdzie zastosowanie zapis Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zgodnie z którym:

Art. 47a. W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, przepisy art. 95–99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 i 1773) stosuje się do pracowników wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1801) zatrudnionych w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń przez całą dobę.

Przepis ten został wprowadzony od 1 kwietnia 2020 r., mocą Ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych

z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. 2020.567).

W konsekwencji, w okresie epidemii oraz w stanie zagrożenia epidemicznego pracę w dyżurze medycznym może realizować każda pielęgniarka i położna – bez względu na wykształcenie.

Dla porządku wskazać należy, że zgodnie z art. 95 ust. 5 Ustawy o działalności leczniczej:

Do wynagrodzenia za pracę w ramach pełnienia dyżuru medycznego stosuje się odpowiednio przepisy art. 1511 § 1–3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

Wskazane przepisy kodeksu pracy określają zasady wypłacania wynagrodzenia za pracę w nadgodzinach. A zatem, w przypadku pełnienia przez pielęgniarkę lub położną dyżuru medycznego, odpowiednie zastosowanie znajdą tu regulacje kodeksu pracy, zgodnie z którymi:

Art. 1511. § 1. Za pracę w godzinach nadliczbowych, oprócz normalnego wynagrodzenia, przysługuje dodatek w wysokości:

1) 100% wynagrodzenia – za pracę w godzinach nadliczbowych przypadających:

a) w nocy,
b) w niedziele i święta niebędące dla pracownika dniami pracy, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy,
c) w dniu wolnym od pracy udzielonym pracownikowi w zamian za pracę w niedzielę lub w święto, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy;

2) 50% wynagrodzenia – za pracę w godzinach nadliczbowych przypadających w każdym innym dniu niż określony w pkt 1.

§ 2. Dodatek w wysokości określonej w § 1 pkt 1 przysługuje także za każdą godzinę pracy nadliczbowej z tytułu przekroczenia przeciętnej tygodniowej normy czasu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym, chyba że przekroczenie tej normy nastąpiło w wyniku pracy w godzinach nadliczbowych, za które pracownikowi przysługuje prawo do dodatku w wysokości określonej w § 1.

§ 3. Wynagrodzenie stanowiące podstawę obliczania dodatku, o którym mowa w § 1, obejmuje wynagrodzenie pracownika wynikające z jego osobistego zaszeregowania określonego stawką godzinową lub miesięczną, a jeżeli taki składnik wynagrodzenia nie został wyodrębniony przy określaniu warunków wynagradzania – 60% wynagrodzenia.

Instytucja dyżuru medycznego może być zatem obecnie szeroko wykorzystana, co pozwoli na organizację pracy zabezpieczającej właściwą opiekę nad pacjentami.

radca prawny Maciej Jabłoński
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących przedmiotowego zagadnienia zachęcamy do kontaktu z prawnikiem OIPIP w Łodzi

Złośliwe zmiany macicy

lic. położnictwa MARTYNA MAJEWSKA
dr n. med. BOGUSŁAWA RUDNICKA

Cywilizacja XXI wieku zmagą się z coraz częstszym występowaniem chorób nowotworowych, w tym narządu rodnego. Nowotwory „ginekologiczne” to zróżnicowana grupa. Wśród wszystkich nowotworów złośliwych u kobiet do jednych z najczęściej występujących należą zmiany złośliwe macicy, do których zaliczane są: rak trzonu macicy i mięsaki macicy.

Rak trzonu macicy Rak błony śluzowej macicy

Jest to nowotwór, który wywodzi się z błony śluzowej macicy. Proces neogenezy rozpoczyna się od nieprawidłowego rozrostu cew gruczołowych endometrium.

Wyróżnia się następujące rodzaje rozrostów błony śluzowej macicy:

- rozrost gruczołowy prosty bez atypii;
- rozrost gruczołowy prosty z atypią;
- rozrost złożony bez atypii;
- rozrost złożony z atypią.

Rozrost prosty i złożony bez atypii nie są stanami przednowotworowymi. Rozrost złożony z atypią zaliczany jest do stanu przednowotworowego.

Mięsaki macicy

Mięsaki trzonu macicy należą do rzadkiej, niejednorodnej histologicznie i klinicznie grupy nowotworów. Stanowią zaledwie 3–8 proc. guzów tego narządu. Cechuje je duża skłonność do częstych wznów miejscowych, jak i tworzenia przerzutów odległych. W większości przypadków, wykazują się dużą złośliwością oraz złym rokowaniem.

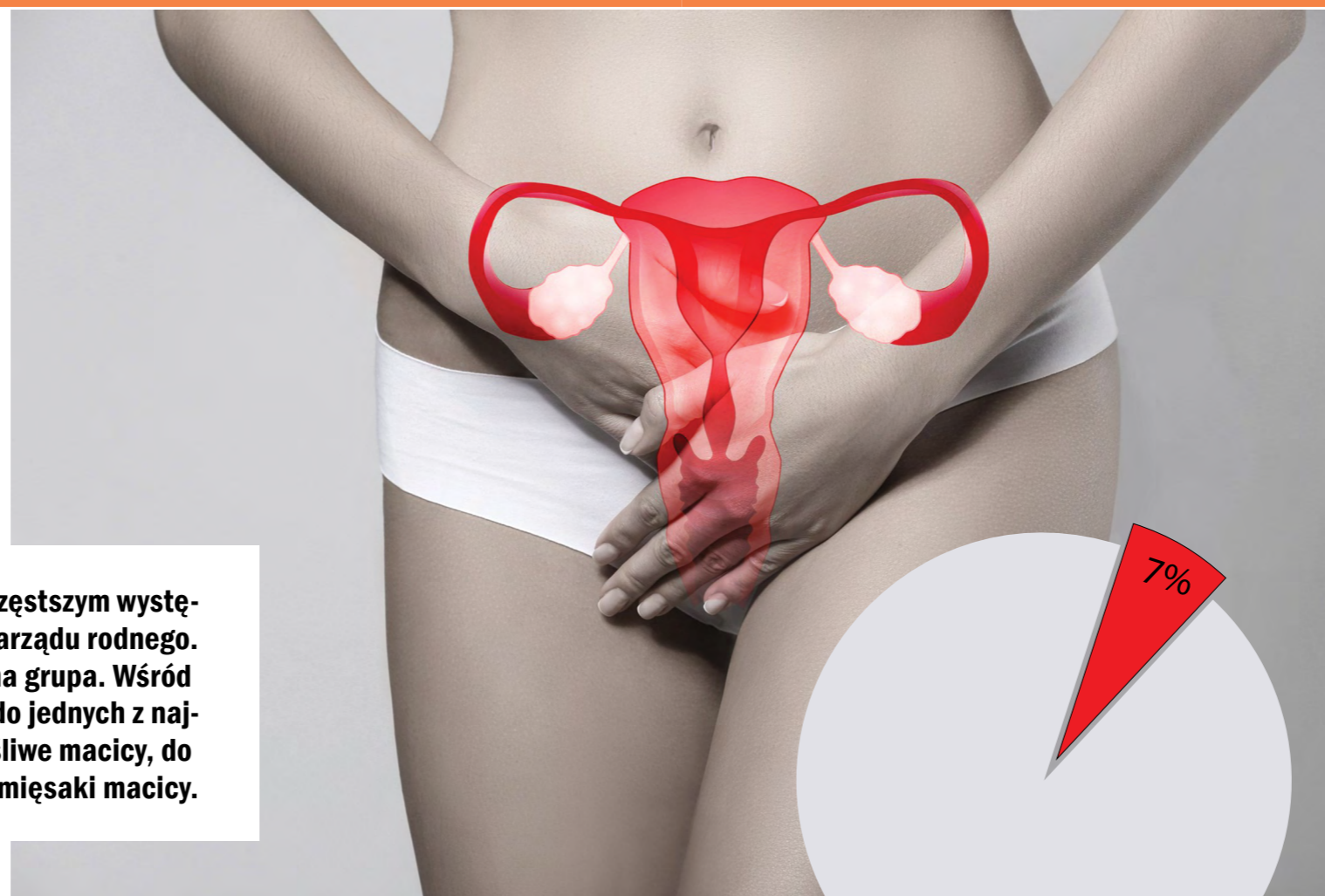
Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization*, WHO) wyróżniła klasyfikację nowotworów złośliwych trzonu macicy, która obejmuje: mięsaka gładkokomórkowego (*leiomyosarcoma*, LMS), mięsaka podścieliskowego (*endome-*

trial stromal sarcoma, ESS) naciekającego (*high grade*, HG ESS) i nienaciekającego (*low grade*, LG ESS), mięsakaraka (*carcinosarcoma*, CS, wcześniej zwanego *malignant mixed mullerian tumor*, MMT) oraz mięsakogruczolaką (*adenosarcoma*). Najczęściej występującymi mięsakami trzonu macicy są MMT oraz LMS, które stanowią po około 40 proc. wszystkich mięsaków oraz ESS – 10–15 proc.

Szczególną skłonność do dawania wczesnych odległych przerzutów posiada LMS. W tej postaci jednak rzadko występuje zajęcie węzłów chłonnych (7–11 proc. chorych). Ryzyko odległych przerzutów w MMT i ESS jest mniejsze, natomiast prawdopodobieństwo zajęcia węzłów chłonnych wyższe (12–18 proc.).

Niskoźródnicowany ESS w chwili rozpoznania, u 1/4 chorych wykracza poza macicę, a w węzłach chłonnych miednicy u 7–25 proc. chorych stwierdza się przerzuty. LG ESS w przeciwieństwie do postaci niskoźródnicowanej, pojawia się u kobiet młodszych, a rozpoznanie najczęściej jest stawiane we wczesnych stadiach zaawansowania, co dobrze rokuje. Ryzyko wystąpienia ESS wzrasta u kobiet, u których występują zaburzenia związane z hiperestrogenizmem.

Stopień zaawansowania mięsaków w obrębie macicy określa Międzynarodowa Federacja Ginekologów i Położników (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*, FIGO) z 2009 roku. Klasyfikacja FIGO uwzględnia cztery stopnie zaawansowania choroby, przy czym stopień I oznacza



Wykres 1. Częstość zachorowań na nowotwory trzonu macicy w Polsce w 2010 roku

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów.

najmniejsze zaawansowanie choroby, a stopień IV – największe.

Ze względu na histopatologiczną różnorodność oraz rzadkie występowanie mięsaków trzonu macicy, informacje na ich temat pochodzą głównie z badań retrospektywnych, które obejmują nieliczne grupy chorych podczas wieloletniej terapii, kiedy zmieniały się zarówno sposoby diagnostyki, jak i leczenia.

Epidemiologia nowotworów złośliwych trzonu macicy

Nowotwory złośliwe są drugą, zaraz po chorobach układu krążenia, przyczyną zgonów w Polsce. Wraz z wiekiem rośnie ryzyko zachorowania, a menopauza dodatkowo wzmacnia możliwość rozwoju nowotworu. Rak trzonu macicy jest trzecim co do częstości występowania nowotworem złośliwym narządu rodnych kobiet.

Krajowy Rejestr Nowotworów w 2010 roku opublikował dane statystyczne, dotyczące zachorowalności, przeżyć oraz umieralności. Dotychczas, jest to najaktualniejsza opublikowana statystyka. Nowotwory złośliwe trzonu macicy stanowią 7 proc. zachorowań u kobiet.

Po 50 roku życia ryzyko zachorowania na raka trzonu macicy znacznie wzrasta, przy czym największa zachorowalność przypada na wiek 60–64 lata, a więc na okres pomenopauzalny.

Wśród zdiagnozowanych na nowotwory trzonu macicy kobiet, wskaźnik przeżyć jednorocznych w latach 2000–2002 wynosił 90,7 proc., natomiast w latach 2003–2005 – 90,8 proc. Przeżycia 5-letnie w latach 2000–2002 osiągnęły 77,1 proc., w porównaniu do lat 2003–2005, gdzie wskaźnik nieznacznie wzrósł i wynosił 78,7 proc.

Nowotwory trzonu macicy stanowią 3 proc. wszystkich zgonów nowotworowych kobiet.

Czynniki ryzyka występowania nowotworów złośliwych trzonu macicy

Znaczącą rolę w powstawaniu raka trzonu macicy odgrywa hiperestrogenizm, czyli nadmierne pobudzenie organizmu endo- i egzogennymi żeńskimi hormonami płciowymi – estrogenami. Taka sytuacja ma miejsce m.in. w czasie sekwencyjnej hormonalnej terapii zastępczej, ze wstawką gestageną poniżej 10 dni w cyklu. Wzrost stężenia estrogenów, niezrównoważony progesteronem, powoduje zwiększenie częstości podziałów mitotycznych komórek endometrium i wówczas, może dojść do błędów w trakcie replikacji DNA oraz mutacji.

Kolejnymi czynnikami ryzyka są wiek i otyłość, które również korelują z hiperestrogenizmem. W bogatych w aromatazę adipocytach tkanki tłuszczowej, następuje wzrost produkcji estronu z androstendionu. Dodatkowo w nadnerczach wzrasta produkcja androgenów, z których po menopauzie powstają estrogeny. W otyłości częściej występuje wtórny brak miesiączki, nieregularne i bezowulacyjne cykle. Jest to związane z niedoborem progesteronu w fazie lutealnej.

W patogenezie raka trzonu macicy, znaczenie przypisano zespołowi policystycznych jajników (*polycystic ovary syndrome*, PCOS), będącemu złożonym zaburzeniem endokrynologicznym. Cechy, które warunkują ten zespół to nieregularne i bezowulacyjne cykle miesiączkowe, hiperandrogenizm oraz policystyczne jajniki w obrazie ultrasonograficznym. Pomocnicze w postawieniu diagnozy okazują się również zaburzenia metaboliczne oraz nieprawidłowy stosunek poziomu hormonów przysadkowych, a mianowicie lutropiny (*luteinizing hormone*, LH) do folikulotropiny (*follicle-stimulating hormone*, FSH). Hiperestrogenizm wywiera wpływ na mechanizm ujemnego sprzężenia zwrotnego hormonów przysadki, poprzez obniżenie poziomu FSH. Konsekwencją tego jest wzrost bioaktywności LH, co obserwuje się w hiperplazji i raku endometrium.

Za stymulację procesu nowotworzenia, zależnego od hormonów, odpowiadają także hiperinsulinemia oraz insulinopodobny czynnik wzrostu (*insulin-like growth factor*, IGF). W przebiegu cukrzycy typu II, hiperinsulinemia powoduje zwiększenie

produkcji steroidów jajnikowych oraz pobudza aromatyzację androgenów do estrogenów. IGF I koreluje z poziomem estradiolu. Hormony steroidowe regulują w endometrium receptory dla insuliny oraz IGF I, które następnie zwiększają aktywność mitogenną w komórkach nowotworowych endometrium. Pozostałe czynniki ryzyka nowotworzenia w obrębie macicy to wczesna menarche, późna menopauza, bezdzietność, napromieniowanie miednicy oraz uwarunkowania genetyczne.

Objawy kliniczne raka trzonu macicy

Objawy kliniczne sugerujące patologiczną proliferację lub raka endometrium, wykazują wiele podobieństw. Najbardziej charakterystycznym objawem raka trzonu macicy są nieprawidłowe krwawienia z dróg rodnych. Im większy odstęp czasowy między menopauzą a wystąpieniem krwawień, tym większe prawdopodobieństwo, że ich przyczyną jest nowotwór. Innymi objawami mogą być bóle podbrzusza, brunatne upławy, osłabienie, spadek masy ciała.

Postępowanie diagnostyczne w raku trzonu macicy

Do metod diagnostycznych w wykrywaniu nowotworów złośliwych macicy, należy przede wszystkim badanie histopatologiczne. Podczas tego badania poddaje się ocenie materiał tkankowy, uzyskany na drodze biopsji aspiracyjnej lub frakcjonowanego wylęczkowania macicy. Pobranie materiału jest również możliwe za pośrednictwem biopsji celowanej,

wykonanej w trakcie histeroskopii, która dodatkowo umożliwia wizualną ocenę endometrium.

Przed podjęciem leczenia konieczne jest wykonanie badań obrazowych, w postaci ultrasonografii przezpochwowej macicy i przydatków, tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego miednicy mniejszej, przestrzeni zaotrzewnowej, jamy brzusznej oraz badania radiologicznego klatki piersiowej.

Przy podejrzeniu nowotworu złośliwego macicy, w obrazie ultrasonograficznym endometrium definiuje się jako pogrubiałe, a szerokość jego echa przekracza 5 mm u kobiet w okresie pomenopauzalnym, niestosujących hormonalnej terapii zastępczej oraz powyżej 8 mm, przy stosowaniu hormonalnej terapii zastępczej po menopauzie. Mimo coraz lepszej wiedzy na temat mechanizmów prowadzących do rozwoju raka trzonu macicy, nie wyodrębniono dotychczas markerów nowotworowych, które umożliwiłyby wczesne diagnozowanie, niezbędne do wyleczenia lub znacznego wydłużenia życia chorych.

Postępowanie terapeutyczne w raku trzonu macicy

Leczenie miejscowe

Fundamentalnym postępowaniem w przypadku raka trzonu macicy, ograniczonego wyłącznie do miednicy, pozostaje leczenie operacyjne. U chorych, które zostały zakwalifikowane do zabiegu i wyraziły na niego zgodę, dokonuje się całkowitego wycięcia macicy wraz z przydatkami, z dostępu brzuszno-

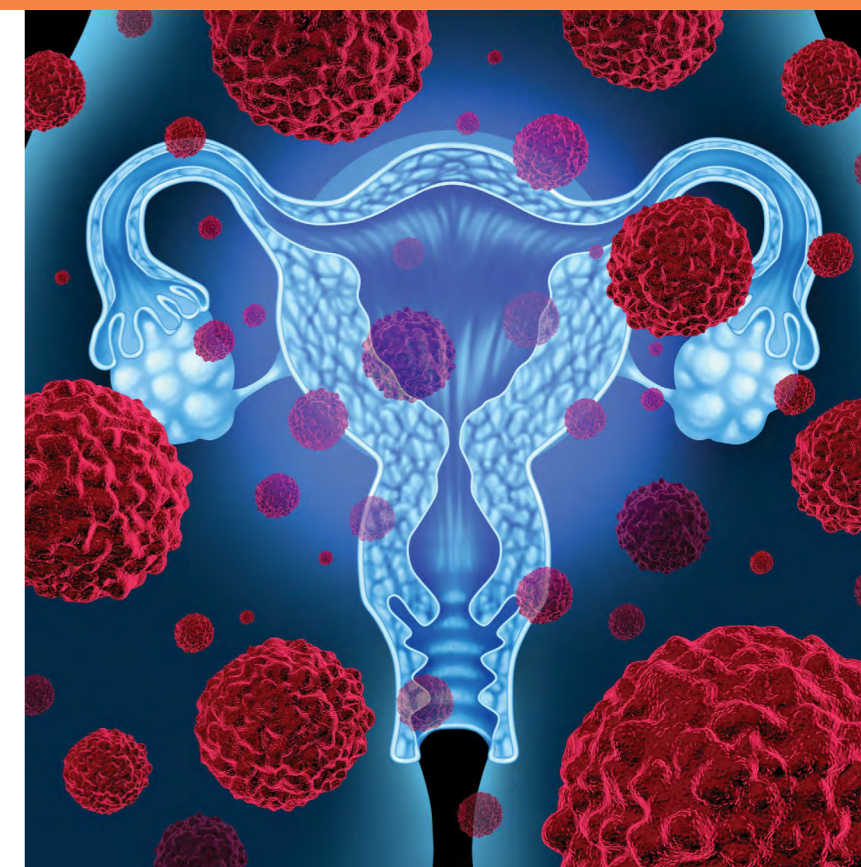
Nowotwory złośliwe macicy częściej występują u kobiet uprzemysłowionego świata i po 50 roku życia.

Ważnym punktem dyskusji rozwoju raka trzonu macicy są estrogeny.

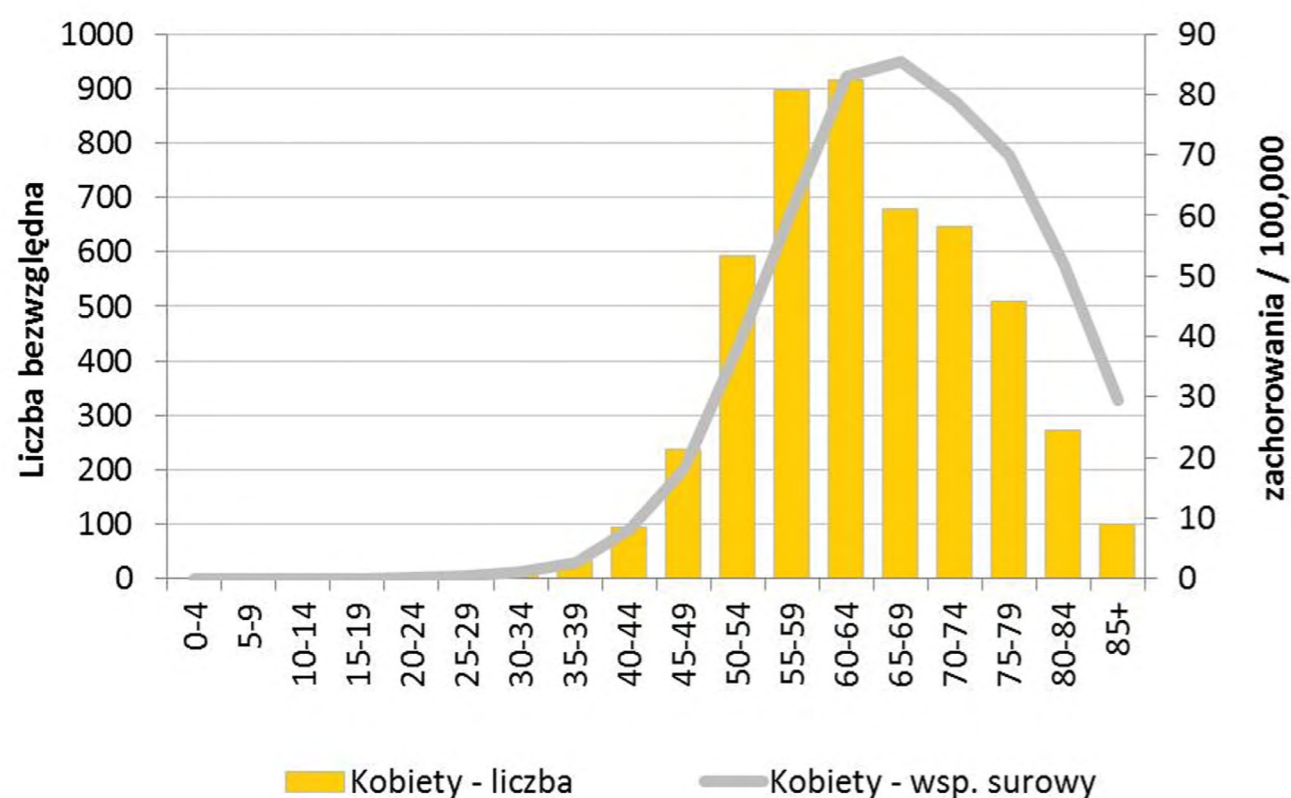
Wśród wszystkich nowotworów ginekologicznych, rak trzonu macicy ma najlepsze rokowanie.

Rozpoznanie raka trzonu macicy opiera się na badaniu histopatologicznym oraz badaniach obrazowych.

W leczeniu istotne jest wykonanie zabiegu operacyjnego, często skojarzonego z uzupełniającą chemo- i/lub radioterapią.



Wykres 2. Zachorowalność na nowotwory trzonu macicy w Polsce w latach 2008–2010 w zależności od wieku
Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów.



Operacja ponadto obejmuje inspekcję jamy brzusznej, pobranie płynu lub popłuczyn z jamy otrzewnej do badań cytologicznych oraz usunięcie miednicznych i zaotrzewnowych węzłów chłonnych.

U chorych, które nie kwalifikują się do leczenia operacyjnego, ze względu na obecność chorób współistniejących oraz pacjentek niewyrażających zgody na operację, stosuje się chemioterapię, radioterapię oraz hormonoterapię.

W przypadku kiedy istnieje podejrzenie lub stwierdzono obecność zmian poza macicą, zabieg operacyjny należy rozważyć po uwzględnieniu rozległości ognisk nowotworu, możliwości ich wycięcia oraz występujących objawów.

Radioterapia uzupełniająca

Zastosowanie pooperacyjnej radioterapii uzupełniającej, ma na celu przede wszystkim zminimalizowanie ryzyka miejscowej wznowy nowotworu, jednak nie udowodniono jej wpływu na przeżycia całkowite.

Wskazaniem do włączenia radioterapii jest m.in. potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego obecność komórek nowotworowych w wyciętych węzłach chłonnych, nacieki nowotworowe w przydatkach lub szyjce macicy oraz nacieki wychodzący poza macicę lub przekraczający 1/2 jej grubości.

Decyzja o radioterapii pooperacyjnej powinna zostać podjęta po wnikliwej, wielodyscyplinarnej analizie przypadku i może dotyczyć tylko niewielkiego odsetka chorych, u których istnieje wysokie ryzyko nawrotu miejscowego choroby.

Chemioterapia/hormonoterapia uzupełniająca

Chemioterapia jest wykorzystywana głównie w leczeniu nawrotów choroby nowotworowej, jednak badania nad jej zastosowaniem nie przynoszą jednoznacznych odpowiedzi, a jedynie wątpliwe wyniki.

Obserwacja po zakończeniu leczenia

Nadrzędnym celem badań kontrolnych po zakończonym leczeniu jest obserwacja pacjentki, pod kątem ewentualnego nawrotu choroby. Jego wczesne wykrycie przy mniej zaawansowanych przerzutach lub wznowie miejscowej, daje większe szanse na wydłużenie całkowitego przeżycia.

W ośrodkach onkologicznych, przeprowadzanie badań kontrolnych odbywa się rutynowo co 3–6 miesięcy przez pierwsze 3 lata od zakończenia leczenia (w zależności od prawdopodobieństwa nawrotu i stopnia histologicznej złośliwości mięsaka), później co 6 miesięcy przez kolejne 2 lata, a następnie raz w roku.

W ramach badań kontrolnych, zaleca się przeprowadzanie badania przedmiotowego oraz badania rentgenowskiego klatki piersiowej. W przypadku zmian o wyższym stopniu złośliwości, zaleca się wykonywanie badań obrazowych jamy brzusznej i miednicy, przynajmniej raz w roku.

lic. położnictwa Martyna Majewska
dr n. med. Bogusława Rudnicka
Uniwersytet Medyczny
Zakład Położnictwa Praktycznego
II Katedry Ginekologii i Położnictwa

NATALIA GORAJEWSKA, ADA ROSIAK, DR N. MED. SYLWIA KAŁUCKA

Najczęstszy nowotwór u kobiet.

Nowe wyzwania dla pielęgniarki i położnej



Dane z Raportu Onkologia w czasach COVID-19 przygotowane przez Fundację Onkologia 2025 pokazują wysokie spadki badań profilaktycznych w zakresie chorób nowotworowych w Polsce. Dotyczy to także nowotworu piersi, najczęściej występującego nowotworu wśród Polek, który po raku płuca jest główną przyczyną zgonu kobiet z powodu chorób nowotworowych.

Liczba wykonywanych mammografii wraz z rozwojem pandemii COVID-19 w 2020 roku w porównaniu z rokiem 2019 spadła od 60 proc. do nawet 90 proc. w niektórych województwach. Największy spadek liczby wykonanych badań mammograficznych odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim o 99,5 proc. Dla porównania w maju 2020 roku wykonano tych badań zaledwie 14(!), w stosunku to tego samego okresu w 2019 r., kiedy to zrealizowanych mammografii było 2585.

Od 1985 roku październik został wybrany jako Miesiąc Świadomości Raka Piersi, tzw. Różowy Październik, kiedy to kobiety (coraz częściej w towarzystwie mężów/partnerów) maszerują ulicami miast, miasteczek z przypiętymi różowymi wstążkami, aby zwrócić uwagę innych kobiet na problem raka piersi i promować szeroko dostępną profilaktykę i diagnostykę.

Na świecie co roku u ponad 1,7 miliona kobiet rozpoznaje się raka piersi, z czego 1/3 chorujących umiera (ponad 500 tys.). Rak piersi jest najczęściej diagnozowanym nowotworem u kobiet na świecie (stanowi 25 proc. wszystkich nowotworów) i najczęstszą przyczyną zgonów (14 proc.) z przyczyn nowotworowych. Obecnie wśród kobiet chorujących na nowotwory, aż 36 proc. z nich walczy z rakiem piersi. Nowotwór ten najczęściej występuje u kobiet w Belgii, Danii, Holandii, Niemczech czy Wielkiej Brytanii, najrzadziej zaś w krajach Afrykańskich oraz państwach Azji Południowo-Wschodniej. W Polsce najczęściej przypadków rejestruje się w województwach: wielkopolskim, kujawsko-pomorskim, dolnośląskim i zachodniopomorskim. Najmniej zachorowań notuje się w województwie podkarpackim, lubelskim, podlaskim i świętokrzyskim. Większą zachorowalność

obserwujemy wśród populacji zamieszkującej duże miasta niż tej zamieszkującej wsie i małe miasteczka. Przeżywalność kobiet chorujących na nowotwory piersi ulega znaczącej poprawie. W latach 2000–2002 wynosiła ona – 92,8 proc. w przeżyciu rocznym i 75 proc. w przeżyciu pięcioletnim, a w latach 2003–2005 wzrosła odpowiednio do 93,2 proc. i 77,1 proc. Według ostatnich danych OECD w roku 2020 na raka piersi w Polsce zmarło średnio 41,8 na 100 tys. Polek.

Czynniki predysponujących rozwój raka piersi:

– płeć żeńska

Rak piersi występuje także u mężczyzn, ale 100 razy rzadziej, niż u kobiet.

– wiek

Dane Krajowego Rejestru Nowotworów wskazują, że najczęściej (80 proc.) przypadków zachorowań na raka piersi, wykrywa się u kobiet, które ukończyły 50 rok życia. U osób w wieku poniżej 45 lat nowotwór ten występuje rzadko. Niestety, obecnie obserwujemy niekorzystne zmiany tych tendencji bowiem w ostatnich latach uległo to zmianie i zachorowalność u kobiet w okresie przedmenopauzalnym wzrosła niemal dwukrotnie.

– czynniki hormonalne, podwyższone stężenie estrogenów

Naturalny cykl hormonalny, związany z miesiączkowaniem, powoduje zwiększenie stężenia estrogenów. Ryzyko rośnie, gdy występuje wczesna pierwsza miesiączka lub późna menopauza po 55. roku życia. Częściej rak piersi występuje u kobiet, które nie rodziły lub mają pierwsze dziecko po 35. roku życia oraz długotrwale stosują hormonoterapię zastępczą (HTZ) opartą na estrogenach.

– obciążenia rodzinne

Istotnie ryzyko zachorowania na raka piersi wzrasta u kobiet, u których w rodzinie na raka piersi chorowały krewnie pierwszego stopnia: mama, siostra, córka. Ryzyko to wzrasta jeszcze bardziej jeśli rośnie liczba chorych krewnych na raka sutka, bądź krewnie chorowały przed okresem menopauzy oraz gdy w rodzinie wystąpił rak jajnika. Takie pacjentki wymagają dużej „czujności” onkologicznej i częstszych badań profilaktycznych.

– występowanie w materiale genetycznym genów BRCA1 i BRCA2

Szczególną grupę stanowią kobiety, które mają obciążenie genetyczne. W ich genomie znajdują się bowiem zmutowane geny BRCA1 i BRCA2. Kobiety te są bardziej zagrożone chorobami nowotworowymi: piersi (80 proc.), jajnika, otrzewnej czy jajowodu. Jeśli w rodzinie pacjentki, do trzech pokoleń wstecz wystąpiły przypadki raka piersi lub raka jajnika, położna powinna rekomendować im zgłoszenie się do poradni genetycznej. Należy jednak pamiętać, iż tylko 10 proc. przypadków rozwoju nowotworu złośliwego piersi ma podłoże genetyczne.

– narażenie na czynniki środowiskowe, takie jak promieniowanie jonizujące

Każde badanie, w którym wykorzystuje się promieniowanie jonizujące, naświetlania np. radioterapia okolicy piersiowej przed 30. rokiem życia zwiększa ryzyko zachorowania na raka piersi. Ponieważ brak jest jednoznacznych danych (niektóre źródła wskazują, iż częste badanie radiologiczne jest czynnikiem nieznacznie zwiększającym ryzyko zachorowania na raka sutka), które określiłyby ryzyko jakie niesie ze sobą badanie RTG dlatego należy zwrócić uwagę na uzasadnione wskazania do badania RTG klatki piersiowej.

– choroby przewlekłe

Nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość są czynnikami ryzyka, tym bardziej jeśli współwystępują.

– styl życia

Na ryzyko wystąpienia raka piersi wpływ mają również czynniki takie jak: spożywanie pokarmów wysokoprzetworzonych, bogatych w tłuszcze zwierzęce, nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Niewłaściwy styl życia może doprowadzać do częstszego występowania otyłości a nadmiar tkanki tłuszczowej powoduje przekształcanie się związków hormonalnych do estrogenów, których podwyższony poziom sprzyja z kolei rozwojowi raka piersi.

Objawy raka piersi mogą być wykryte w badaniu fizykalnym oraz w obserwacji. Najczęściej są to objawy takie jak wyczuwalne w badaniu guzki, zgrubienia, zaczerwienienie skóry, zmiany rozmiaru czy kształtu piersi. Bardzo niepokojące jest pojawienie się wycieku krwistego z brodawki sutkowej, wciągnięcie samej brodawki do środka piersi, powiększenie jednostronne węzłów pachowych lub objaw „skórki pomarańczowej” (są to drobne zagłębienia skóry spowodowane obrzękiem i naciekaniami skóry przez raka sutka).

W związku z wyżej wymienionymi objawami nowotworu piersi, bardzo ważnym elementem profilaktyki jest samobadanie piersi. Jest to najprostsza i najtańsza metoda (wielokrotnie niedoceniana i zaniebywana), która powinna być stosowana przy każdej wizycie u położnej czy ginekologa. Na istotną rolę samobadania piersi powinno się zwracać uwagę już młodym dziewczętom. Dzięki wczesnemu wdrożeniu profilaktyki, każda młoda kobieta może poznać budowę własnych piersi, a w razie wycucia jakichś nieprawidłowości powinna zgłosić się do położnej, pielęgniarki czy ginekologa. Ważne aby badanie było wykonywane regularnie, co miesiąc, pomiędzy 5, a 10 dniem cyklu miesiączkowego. Wraz z zakończeniem regularnych miesiączek, u kobiet po menopauzie, położna powinna przypomnieć o kontynuowaniu samobadania piersi ustalonego dnia miesiąca. Jak ważna jest edukacja w zakresie samobadania piersi wskazują badania, zgodnie z którymi aż 80 proc. kobiet zgłaszających się na badanie USG piersi czy mammografię, to te które wykryły niepokojącą zmianę dzięki samobadaniu.

Kolejnym ważnym badaniem jest USG piersi. Ocenia się w nim szerokość przewodów mlekowych oraz strukturę gru-

czołu sutkowego, co umożliwia odróżnienie zmian litych od torbielowatych. Ponadto badanie to pozwala na wykrycie zmian patologicznych (w tym nieraz niepalpacyjnego guzka) w strukturze piersi. Powinno być ono wykonane pomiędzy 4 a 10 dniem cyklu miesięczkowego. W Polsce USG piersi w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia jest badaniem bezpłatnym, a e-skierowanie może wystawić lekarz ginekolog lub onkolog. Samo badanie jest bezbolesne, całkowicie nieszkodliwe, nie ma przeciwwskazań i może być wykonane również u kobiet ciężarnych, karmiących piersią i dziewczynek. Zgodnie z rekomendacjami specjalistów z Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników zaleca się badanie USG piersi u kobiet powyżej 35 roku życia w I trymestrze ciąży. Natomiast kobiety młodsze mogą rozważyć USG sutków w I lub II trymestrze ciąży. USG zostanie zalecone dopiero wtedy, gdy zaobserwują one u siebie zmiany np. kształtu piersi, wyczują guz czy powiększone węzły chłonne pachowe. Warto zwrócić uwagę kobietom, aby nie bały się wykonywania USG piersi w ciąży, ponieważ dane statystyczne wyraźnie wskazują, iż z uwagi na te obawy u ciężarnych rak piersi jest wykrywany z około 7 miesięcznym opóźnieniem.

Czulszym i bardziej swoistym badaniem w kierunku wykrycia raka piersi jest mammografia. Jest to badanie profilaktyczne, z którego bezpłatnie mogą w ramach NFZ skorzystać kobiety powyżej 50 roku życia, które w ciągu ostatnich 2 lat nie wykonywały tego badania lub po ostatniej mammografii otrzymały pisemne wskazanie z powodu mutacji w genach BRCA1 i BRCA2, a także kobiety, które mają pozytywny wywiad rodzinny w kierunku raka sutka. Przewagą mammografii nad USG jest to, iż pozwala ona wykryć nawet niewielkie, niewyczuwalne (w samobadaniu piersi) zmiany. Według danych Polskiej Unii Onkologicznej mammografia pozwala wykryć nawet 95 proc. zmian nowotworowych. Badanie to składa się z 2 etapów. W pierwszym etapie kobieta układa piersi na specjalnej płytce, a radiolog kładzie na nie z góry drugą płytkę. W drugim etapie, położenie płyt się zmienia, przez kilka sekund każdą z piersi płytki obejmują już z boku. Na badanie najlepiej zgłosić się po miesiączce, gdy piersi są mniej obrzmiałe i mniej wrażliwe na ból, niż przed miesiączką. Tego dnia przed badaniem nie powinno się stosować żadnych kremów, ani balsamów do ciała. Obecnie w Polsce mammografia jest badaniem powszechnie dostępnym nie tylko w wielkomiejskich ośrodkach onkologicznych czy specjalistycznych poradniach chorób sutka, ale także w specjalnie do tego przeznaczonych mammbusach, które przyjeżdżają nawet do najmniejszych miejscowości, aby dać kobietom taką samą szansę na wczesne wykrycie zmian nowotworowych, jaką mają kobiety z dużych miast. Warto podkreślić, że aparaty używane w mammbusach są jakościowo takie same, jak w stacjonarnych pracowniach rentgenowskich.

Jak już wspomniano szczególną grupą stanowią kobiety, które są obciążone genetycznie. Mają one wyższy czynnik ryzyka rozwoju choroby nowotworowej, dlatego należy kierować je do poradni genetycznej. E-skierowanie do takiej poradni



Kolejnym ważnym badaniem jest USG piersi. Ocenia się w nim strukturę gruczołu sutkowego (odróżnia zmiany lite od torbielowatych), szerokości przewodów mlekowych, ale dodatkowo pozwala na wykrycie zmian patologicznych (w tym nieraz niepalpacyjnego guzka) w strukturze piersi. Powinno być ono wykonane pomiędzy 4 i 10 dniem cyklu miesięczkowego. W Polsce USG piersi w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia jest badaniem bezpłatnym, a e-skierowanie może wystawić lekarz ginekolog lub onkolog.

może wystawić lekarz POZ lub lekarz specjalista na podstawie wyników badań lub zebranego wywiadu rodzinnego. Podczas wizyty w poradni genetycznej zostanie oszacowane ryzyko wystąpienia nowotworu piersi lub jajnika, oraz, w razie pozytywnego wyniku, omówione dalsze działania diagnostyczne i terapeutyczne.

Zadania położnej i pielęgniarki w profilaktyce raka piersi opierają się na edukacji zdrowotnej pacjentek, nauce samobadania piersi oraz zwracaniu szczególnej uwagi na czynniki ryzyka wpływające na rozwój tego nowotworu. Kształtowanie prozdrowotnego stylu życia, podkreślanie rangi wczesnego wykrycia zmian w piersi, rozpoznawanie istniejących problemów zdrowotnych mających związek z rozwojem raka piersi, opracowanie programu prewencji dla osób wysokiego ryzyka wystąpienia raka piersi i zaleceń dotyczących badań przesiewowych pozytywnie wpływa na zmniejszenie liczby zgonów z powodu raka sutka i lepsze rokowanie dla pacjentek.

O ile nie mamy wpływu na obciążenia genetyczne, o tyle na styl życia tak. Bo to właśnie styl życia, odgrywa główną

rolę w rozwoju raka sutka. Szacuje się, że około 40 proc. zachorowań na nowotwory jest związanych z niewłaściwą dietą. Najskuteczniejszą i najtańszą formą profilaktyki walki z rakiem jest odpowiednia dieta. Należy przy jej planowaniu zastosować kilka podstawowych zasad, do których należą:

- utrzymywanie prawidłowej masy ciała
- zrezygnowanie ze spożywania produktów o wysokim indeksie glikemicznym. Codzienne spożywanie produktów bogatych w cukry proste o małej zawartości błonnika powoduje wysokie stężenie insuliny oraz zwiększoną produkcję androgenów, a te z kolei produkcję estrogenów, czyli silnego czynnika zwiększającego ryzyko zachorowania na raka piersi. Taka dieta wpływa na zwiększenie ilości tkanki tłuszczowej w obrębie brzucha, a tak powstała otyłość brzuszna jest odpowiedzialna za rozwój insulinooporności i wysokie stężenia insuliny we krwi. Koło się zamyka. Zmiana nawyków żywieniowych zmniejsza ryzyko zachorowania na raka, ale też poprawia rokowanie u kobiet, które walczą z tą chorobą.
- umiarkowana aktywność fizyczna. W dobie pandemii, lockdownów, zamkniętych klubów fitness, licznych nadgodzin w pracy, braku możliwości jeżdżenia na ulubionym rowerze trudno o zachowanie wystarczającej aktywności fizycznej, dlatego świadomie przygotowywane posiłki bogate w warzywa i owoce oraz codzienne ćwiczenia w warunkach domowych zapobiegają znacznemu przyrostowi masy ciała. Regularna aktywność fizyczna obniża ryzyko raka piersi o 25 proc., ale także zwiększa zdolności obronne układu odpornościowego, poprawia nasze samopoczucie, utrzymuje prawidłową masę ciała, a to wpływa na sprawnie działający układ immunologiczny, który zdolny będzie zniszczyć powstające komórki nowotworowe.
- rezygnacja lub znaczna redukcja spożywanych słodczy,
- zaprzestanie palenia tytoniu i picia alkoholu,

- redukcja spożywania czerwonego mięsa, wyrobów wędliniarskich, grillowanych wędzonych przysmaków smażonych na głębokim tłuszczu. Codziennie w naszej diecie powinny znaleźć się następujące produkty: warzywa i owoce, produkty pełnoziarniste, które są bogate w błonnik (pozytywnie wpływający na funkcjonowanie naszego układu odpornościowego) oraz polifenole o silnych właściwościach przeciwnowotworowych. W diecie nie może też zabraknąć produktów białkowych, ale w 50 proc. pochodzenia roślinnego, takich jak warzywa strączkowe, orzechy, nasiona, pełnoziarniste produkty zbożowe. Mięso, główne źródło estrogenów należy zastąpić roślinami strączkowymi oraz produktami sojowymi bogatymi w fitoestrogeny osłabiające działanie kancerogennych estrogenów.

Nie warto czekać na zakończenie kolejnej fali wzrostu zachorowań na COVID-19, już teraz pielęgniarki/położne powinny aktywnie promować wykonywanie badań profilaktycznych szczególnie zaś mammografii, tak aby po globalnej pandemii COVID-19 nie okazało się, iż mamy nową pandemię zaawansowanych postaci raków piersi, które podobnie jak ostra postać infekcji SARS-CoV2 nie dają pozytywnego rokowania na powrót do zdrowia.

Natalia Gorajewska
SKN mŁodzi naukowcy,
studentka 2 roku studiów położnictwa
na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi

Ada Rosiak
SKN mŁodzi naukowcy,
studentka 2 roku studiów położnictwa
na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi

dr n.med. Sylwia Kałucka
Adiunkt, Opiekun Studenckiego Koła Naukowego
„SKN mŁodzi naukowcy” przy Zakładzie Koordynowanej
Opieki, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

mgr ALEKSANDRA WOŹNIAK
dr n. med. AGNIESZKA GŁOWACKA

Choroba Leśniowskiego-Crohna

Ponieważ w ostatnich latach w Polsce zauważa się coraz częstsze występowanie nieswoistych chorób zapalnych jelit (NZJ), niestety również w populacji dzieci, dlatego warto przypomnieć sobie niektóre ważne zagadnienia z nimi związane. Do wyżej wymienionej grupy chorób należy choroba Leśniowskiego-Crohna (łac. morbus Leśniowski-Crohn, ang. Crohn's disease, CD) potocznie określana „chorobą Crohna”. Przyczyny CD tak jak wielu innych chorób z tej grupy nie są do końca poznane. Podobnie jak w innych chorobach o podłożu autoimmunologicznym bierze się pod uwagę kilka czynników: genetyczny, immunologiczny, środowiskowy a także niekorzystny skład mikrobioty jelitowej. Niektóre dane wskazują, że do powstania choroby przyczynia się występowanie mutacji białka NOD2 położonego w chromosomie 16 odpowiadającego za aktywację makrofagów. Ponadto jeśli występują dwa zmutowane allele szansa na wystąpienie schorzenia rośnie nawet 20–40 krotnie. Dla rozwoju choroby istotne są cytokiny prozapalne między innymi TNF- α . Ważnym czynnikiem środowiskowym jest palenie tytoniu (zarówno czynne jak i bierne), które znacząco wpływa na przebieg i występowanie choroby Leśniowskiego-Crohna.

Istotą Choroby Leśniowskiego-Crohna jest występowanie zmian zapalnych najczęściej zlokalizowanych we fragmentach jelita cienkiego bądź grubego. W pierwszej kolejności zapalenie obejmuje błonę śluzową przewodu pokarmowego, a następnie wszystkie jego warstwy.

Zmiany najczęściej, bo u prawie połowy chorych, dotyczą końcowego odcinka jelita krętego, u około 30 proc. proces zapalny obejmuje jelito cienkie i grube, a u 20 proc. tylko grube. Wskazuje się, że choroba może być umiejscowiona również w górnym odcinku przewodu pokarmowego. Taka lokalizacja jednak występuje zdecydowanie rzadziej.

Należy zaznaczyć, że przebieg procesu chorobowego zależy od umiejscowienia zmian zapalnych w przewodzie pokarmowym. W najczęstszej (klasycznej) postaci z zajęciem końcowego odcinka jelita krętego objawy przypominają zapalenie wyrostka robaczkowego. Chorzy odczuwają ból brzucha (po posiłku w prawym dolnym kwadrancie), biegunki niekiedy z domieszką krwi a nawet smoliste stolce, może wystąpić niedokrwistość, gorączka. W przypadku zajęcia procesem zapalnym całego jelita cienkiego może dojść do rozwinięcia się zespołu upośledzonego wchłaniania powodującego niedożywienie a nawet wyniszczenie. Gdy stan zapalny umiejscowiony jest w jelicie grubym objawy są podobne do innej choroby z grupy NZJ, tj. wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Pojawia się ból brzucha i biegunka, ale bez dodatku krwi. Umiejscowienie zmian zapalnych w oko-



licach odbytu manifestuje się owrzodzeniami, szczelinami, ropniami lub wyrosłami skórnymi. Jak już wcześniej wspomniano w chorobie Crohna może dojść do objęcia procesem zapalnym śluzówki jamy ustnej co skutkuje pojawieniem się aft, owrzodzeń i bólu tej okolicy. Wystąpienie dysfagii i odynofagii oznacza zajęcie przez chorobę przełyku.

Długotrwały przebieg choroby powoduje występowanie licznych jej powikłań zarówno jelitowych jak i pozajelitowych. Do powikłań miejscowych zalicza się głównie występujące otorbione ropnie międzypętlowe, przetoki wewnętrzne oraz zewnętrzne, zwężenie światła jelita prowadzące do niedrożności. Rzadziej występującymi powikłaniami są perforacje z rozlanym zapaleniem otrzewnej, krwotok czy ostre rozdęcie okrężnicy. Niestety, CD może prowadzić również do rozwoju nowotworu jelita grubego. Powikłania pozajelitowe w chorobie Leśniowskiego-Crohna są podobne do występujących we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego i mogą dotyczyć skóry, stawów czy narządu wzroku. Poza nimi u znacznego odsetka chorych występują powikłania, takie jak palce pałeczkowate, kamica żółciowa oraz moczowa.

Rozpoznanie choroby Leśniowskiego-Crohna polega na: ocenie stanu klinicznego pacjenta, występowaniu w obrazie endoskopowym i histopatologicznym odcinkowych zmian zapalnych, najczęściej o charakterze ziarniakowym obejmujących całą ścianę.

Pierwszymi w śluzówce nieprawidłowościami widocznymi w endoskopii są zmiany, które wyglądem przypominają afty. Następnie błona śluzowa staje się obrzęknięta z występującymi większymi i głębszymi owrzodzeniami. W trakcie trwania endoskopii pobierane są wycinki do badania histopatologicznego. Istotne w diagnostyce jest przeprowadzenie wywiadu z pacjentem oraz wykonanie badania fizykalnego składającego się z oglądania, opukiwania, osłuchiwania i palpacji. Badania takie jak USG, tomografia komputerowa oraz rezonans magnetyczny pozwalają ocenić grubość ściany jelita, szerokość światła a także uwidaczniają zmiany poza przewodem pokarmowym, takie jak przetoki i ropnie. Podstawowe badania laboratoryjne są pomocne w procesie diagnozowania, w celu oceny stanu ogólnego m.in. oceny niedokrwistości, niedożywienia czy różnicowania z chorobami czynnościowymi.

W chorobie Leśniowskiego-Crohna wyróżniamy trzy stopnie jej aktywności. Duża aktywność objawia się wyniszczeniem organizmu pacjenta, ponadto występują niedrożności a dolegliwości nie ustępują pomimo prowadzonego leczenia. W umiarkowanej aktywności chory traci powyżej 10 proc. ciężaru swojego ciała, mogą występować wymioty, tkliwość jamy brzusznej. Mała aktywność choroby charakteryzuje się małym spadkiem masy ciała. W tym stopniu zazwyczaj nie występują objawy, takie jak gorączka, niedrożność, tkliwość jamy brzusznej. Warto zaznaczyć, że w każdym z wymienionych stopni choroby poziom CRP jest znacznie podwyższony.

Obecnie nie ma jednego pewnego schematu leczenia choroby Leśniowskiego i Crohna. Wybierając sposób postępowania z pacjentem bierze się pod uwagę umiejscowienie zmian chorobowych, poziom natężenia dolegliwości oraz wystąpienie powikłań. Całość działań obejmuje leczenie zachowawcze i operacyjne.

Leczenie zachowawcze polega na stosowaniu ogólnych zasad umożliwiających powstrzymanie zaostrzenia choroby, tj. rzucenie palenia papierosów, panowanie nad stresem oraz unikanie przyjmowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Ważne jest również leczenie żywieniowe, które pomaga uzupełnić niedobory przy aktywnej fazie choroby. W Chorobie Leśniowskiego i Crona nie ma specjalnych zaleceń dietetycznych. Ważne jest aby dieta była urozmaicona, bogata w mikroelementy i witaminy, zwłaszcza należy uzupełniać kwas foliowy, żelazo i cynk. U niektórych pacjentów wskazuje się też na ograniczenie a niekiedy unikanie takich potraw jak mleko i jego przetwory, pomidory, drożdże, jajka, pszenica, wino czy banany gdyż może przyczynić się to do zmniejszenia dolegliwości związanych z CD. W zaleceniach dietetycznych uwzględnić należy okresy zaostrzenia choroby, podczas których ważne jest unikanie potraw bogatoreszkowych (np. razowy chleb, rośliny strączkowe, potrawy z dużą zawartością błonnika) mogą one bowiem nasilać dolegliwości a zwłaszcza biegunkę. Na podobne ograniczenia należy zwrócić uwagę pacjentom, u których nastąpiło zwężenie jelita jako powikłanie choroby Crohna.

Leczenie farmakologiczne obejmuje działanie przeciwzapalne przez stosowanie glikokortykosteroidów i aminosalicylanów. W celach immunosupresyjnych włączane są analogi puryn i metotreksat. Dużą rolę odgrywa również leczenie biologiczne infliksymabem, które pozwala na szybsze osiągnięcie remisji choroby. Istotnym elementem leczenia jest eliminacja objawów schorzenia. W tym celu stosuje się leki przeciwbólowe i przeciwbiegunkowe. Drugim filarem leczenia choroby Leśniowskiego-Crohna jest leczenie operacyjne. Wskazania do zabiegu dzieli się na trzy grupy. Pierwsza grupa to sytuacje gdy operacja potrzebna jest natychmiast. Zaliczamy do niej intensywny krwotok, pełną niedrożność jelit oraz perforację z zapaleniem otrzewnej. Drugą grupę obejmują wskazania pilne wynikające z braku poprawy po 10 dniach zintensyfikowanego leczenia w ciężkim zaostrzeniu. Trzecią grupą są występujące zazwyczaj wskazania selektywne takie jak przetoki i zmiany w okolicach odbytu, podejrzenie nowotworu czy możliwość stałego inwalidztwa z powodu objawów niereagujących na leczenie zachowawcze.

Nie ma skutecznego sposobu na wyleczenie choroby Leśniowskiego-Crohna. Prawie połowa pacjentów w ciągu życia będzie musiała przejść zabieg operacyjny, który nie zawsze jest skuteczny. W wielu przypadkach możliwe jest doprowadzenie jedynie do czasowej remisji.

Pacjenci z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit to osoby chore przewlekle, które są najczęściej diagnozowane już w młodym wieku. Objawy ich schorzenia, takie jak częste biegunki, krwawienia i dolegliwości bólowe są bardzo uciążliwe w codziennym funkcjonowaniu. Z tej przyczyny pacjenci wymagają profesjonalnej, holistycznej opieki od wykwalifikowanego personelu medycznego na czele z zespołem pielęgniarskim.

Pielęgniarka, ma zazwyczaj najbliższy i najczęstszy kontakt z chorym. Celem działań pielęgniarskich jest taka opieka, która zapewnia pacjentowi jak najlepsze funkcjonowanie z daną chorobą. W tym celu pielęgniarka realizuje zadania o charakterze diagnostycznym, terapeutycznym, rehabilitacyjnym jak również profilaktyczno-edukacyjnym.

Diagnostyka chorób zapalnych jelit polega na wykonaniu szeregu badań laboratoryjnych krwi, ocenie obrazu endoskopowego jelit, USG, badaniu histopatologicznym oraz ocenie stanu klinicznego pacjenta. Pielęgniarka w procesie diagnostycznym zajmuje się przygotowaniem chorego do badań, wyjaśnia ich istotę i cel, zapewnia wsparcie w ich trakcie. Bardzo ważne jest również przygotowanie fizyczne chorego między innymi założenie dostępu naczyniowego, czy pobranie krwi do badań. Pielęgniarka obserwuje czynności układu pokarmowego między innymi występowanie biegunek i wymiotów. Do jej zadań należy również ocena stopnia bólu zgłaszanego przez chorego przy pomocy dostępnych skal. Pielęgniarka musi również ocenić ogólną sytuację chorego, czy ma on wiedzę dotyczącą schorzenia, czy bliskie mu osoby zapewniają mu wsparcie, jakie są jego problemy pielęgnacyjne oraz jak odnajduje się w sytuacji choroby. Ważnym aspektem jest też rozpoznanie czynników, które nasilają objawy choroby, m.in. stosowana dieta, nie radzenie sobie ze stresem czy stosowanie używek w tym palenie papierosów. Wszystkie te czynności, pomagają zmniejszyć stres związany z pogorszeniem zdrowia i hospitalizacją, co jest bardzo istotne zwłaszcza na początku choroby. Nieustanna obecność przy pacjencie, udzielanie wsparcia oraz informacji pomagają choremu w szybszym powrocie do dobrego funkcjonowania.

Podstawowym postępowaniem u chorego na wrzodziejące zapalenie jelita grubego czy też chorobę Leśniowskiego-Crohna jest zahamowanie toczącego się procesu zapalnego jelit. Istotne jest również leczenie objawowe oraz profilaktyka

możliwych powikłań. Wybór leczenia uzależniony jest od nasilenia dolegliwości i umiejscowienia zmian zapalnych.

Pielęgniarka jako członek zespołu medycznego bierze czynny udział w procesie terapeutycznym. Do jej zadań należy monitorowanie dolegliwości bólowych i podaż leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim, ocena ich skuteczności i wystąpienia ewentualnych działań niepożądanych.

Pielęgniarka prowadzi nadzór nad prawidłowym stosowaniem się pacjenta do zaleceń farmakoterapii wyjaśniając pacjentowi zasady przyjmowania leków oraz możliwe skutki uboczne.

Duże znaczenie w terapii nieswoistych chorób jelit ma leczenie żywieniowe przemysłowymi dietami bezreszkowymi podawane dojelitowo najczęściej poprzez PEG (przeżskórną endoskopową gastrostomię). Inny rodzaj żywienia to uzupełniające lub całkowite żywienie pozajelitowe stosowane przez wkłucie centralne. Wskazaniem do tego typu leczenia jest Choroba Leśniowskiego i Crohna u pacjentów z takimi powikłaniami, jak przetoki, zespół krótkiego jelita oraz w niedożywieniu. Leczenie żywieniowe pomaga uzyskać remisję choroby oraz poprawić stan odżywienia chorego. Zanim zostanie włączone należy ocenić zapotrzebowanie na substancję ożywcze i występujące niedobory, dobrać odpowiednią drogę podania, odpowiednią dietę oraz ocenić jego skuteczność. Pielęgniarka ma za zadanie w trakcie leczenia żywieniowego przygotowanie preparatów zgodnie z zasadami i zleceniem, kontrolę zgłębnika, ocenę reakcji pacjenta na wprowadzoną dietę, a także wczesne wykrycie możliwych powikłań leczenia.

Zadaniem rehabilitacyjnym pielęgniarki u pacjenta z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit jest wyjaśnienie konieczności unikania bardzo ciężkiego wysiłku fizycznego. Fizjoterapia pomaga w remisji chorób układu pokarmowego. Ważne jest, by pacjent wykonywał w miarę swoich możliwości systematyczną aktywność fizyczną.

Pielęgniarka powinna doradzić w wyborze odpowiednich ćwiczeń fizycznych zalecając, na przykład, marsz, pływanie czy aerobik, a odradzając ćwiczenia z dużym obciążeniem.

Niezwykle ważna dla pacjenta z zapalnymi chorobami jelit jest edukacja w zakresie funkcjonowania z chorobą. Zadaniem pielęgniarki jest dostarczenie pacjentowi w prosty sposób rzetelnych informacji dotyczących jego choroby. Powinna ona zadbać o zapewnienie w trakcie rozmowy spokojnej atmosfery oraz wzbudzić zaufanie chorego, co pozwoli mu bez strachu pytać o niejasne dla niego kwestie.

Na początku pielęgniarka powinna ocenić obecną wiedzę chorego na temat schorzenia i przekazać mu informacje dotyczące choroby, takie jak jej istota, metody leczenia, możliwe powikłania i profilaktyka. Kolejną kwestią poruszaną w trakcie edukacji chorego jest to, jak istotne jest przestrzeganie wszystkich zaleceń terapeutycznych – przyjmowanie leków systematycznie i zgodnie z dawkowaniem, przestrzeganie terminu badań kontrolnych i regularne wizyty u lekarza.

Podczas sterydoterapii w ramach zapobiegania powikłaniom tego rodzaju leczenia, pacjent powinien przyjmować wit. D3 i wapń, ważne jest też stosowanie leków osłaniających przewód pokarmowy jak np. inhibitory pompy protonowej (IPP). Istotne jest wyjaśnienie choremu możliwych negatywnych czynników, które znacząco wpływają na przebieg choroby takich jak palenie tytoniu, nadmierny stres, nieprzestrzeganie diety.

Jeśli pacjent jest uzależniony od nikotyny należy okazać mu wsparcie i pomóc wyjść z nałogu motywując do korzystnych zmian w życiu. Warto przedstawić choremu sposoby na radzenie sobie ze stresem m.in. medytację czy znalezienie hobby, bądź jeśli problem jest bardzo poważny zachęcić do rozmowy z psychologiem. Pielęgniarka powinna przekazać pacjentowi jak istotne jest w chorobie układu pokarmowego przestrzeganie odpowiedniej diety, która w okresie czynnej fazy choroby będzie polegała na ograniczeniu błonnika, a przy ostrym rzucie będzie dietą płynną.

Działania edukacyjno-profilaktyczne pielęgniarki powinny objąć również bliskich chorego. Należy zachęcać ich do wspierania pacjenta, pomóc im zdobyć odpowiednią wiedzę na temat schorzenia a także pomóc w dotarciu do grup wsparcia dla osób z podobnymi problemami.

Sprawozdanie z III Śląskich Dni Medycyny Stanów Nagłych 01–03.10.2021 r.

Na początku października w Ustroniu odbyły się III Śląskie Dni Medycyny Stanów Nagłych. Tematem przewodnim konferencji było postępowanie środowiska medycznego w sytuacjach trudnych, często niecodziennych – stanów nagłych. Program obejmował zagadnienia dotyczące zarówno pacjentów dorosłych, jak i dzieci oraz kobiet ciężarnych.

Organizatorzy zapewnili bardzo ciekawą i rozbudowaną sesję warsztatową, w której każdy mógł znaleźć interesujący go temat. Począwszy od wspaniale poprowadzonych warsztatów na temat porodu nagłego w warunkach poza szpitalnych oraz resuscytacji noworodka, przez innowacje wprowadzane w praktyce zespołów ratownictwa medycznego, takich jak ultrasonografia czy standardowa w praktyce elektroterapia w stanach zagrożenia życia. Prelegenci przekazali dużo jasnych informacji dotyczących farmakoterapii i płynoterapii, ułatwiających i systematyzujących pracę. Nie zabrakło tematów dotyczących powszechnego

wśród pacjentów bólu brzucha oraz krwawienia z przewodu pokarmowego. Nie zostały zapomniane tematy leczenia ran i oparzeń oraz procedur inwazyjnych w medycynie ratunkowej, takich jak konikopunkcja, torakocenteza i wkłucia doszpikowe. Dla osób pracujących w szpitalu pomocny w praktyce zawodowej mógł okazać się temat poświęcony wentylacji „trudnego” pacjenta w warunkach SOR. Sesja zawierała wzmianki o pracy zespołów medycznych w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym (w tym także w dobie COVID-19), ich współpracy z innymi służbami mundurowymi, a także o transporcie najmniejszych i najbardziej wymagających pacjentów. Część wykładów była zadedykowana wentylacji pacjenta oraz ostrej niewydolności oddechowej w przebiegu COVID-19 z wykorzystaniem VV ECMO.

Oprócz pogadanek stricte medycznych, poruszono ważne tematy dotyczące obecnej sytuacji systemu ratownictwa medycznego w Polsce, bezpieczeństwa, aspektów psychicznych i wizerunkowych, a także przedstawiono pierwszą w Polsce propozycję specjalizacji dla ratowników medycznych – chirurgicznego asystenta lekarza.

Organizatorzy konferencji zapewnili uczestnikom nie tylko dużą dawkę konkretnej, rzetelnej wiedzy opartej na najnowszych wytycznych ERC 2021, ale także wspaniałą oprawę i miły pobyt.

Dorota Matusiak

PODZIEKOWANIA

Nr 11–12/2021

Wyrazy podziękowania i uznania dla całego zespołu Intensywnej Opieki Medycznej Szpitala Jana Bożego w Łodzi na czele z Ordynator Panią Małgorzatą Olszewską oraz Pielęgniarką Oddziałową Panią Stefanią Bijak składa tata śp. Damiana Malinowskiego wraz z najbliższymi.

Serdeczność i empatia, jakich doświadczyliśmy w czasie pobytu mojego syna na OIOM oraz profesjonalna opieka, jaką był otoczony, na zawsze pozostaną w naszej pamięci.

wdzięczny
Mariusz Malinowski

Gratulacje

W dniu 2 października 2021 roku podczas Jubileuszowej XV Ogólnopolskiej Konferencji PFED „Magia współpracy interdyscyplinarnej w pielęgniarstwie – głos pielęgniarek diabetologicznych” przyznano wyróżnienia „Anioły PFED” za zasługi, które przyczyniają się do rozwoju edukacji i promocji zdrowia w diabetologii.

Zaszczytny tytuł przypadł naszej koleżance pani **Agnieszce Bocian** – specjalistce w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego, obecnie pracującej Wojewódzkim Ośrodkiem Diabetologii i Chorób Metabolicznych w Łodzi.

Składamy gratulacje i życzymy dalszych sukcesów w pracy zawodowej i życiu osobistym.

Magdalena Świątek

Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego dla województwa łódzkiego

Agnieszka Bocian

Jestem pielęgniarką koordynującą w Wojewódzkim Ośrodku Diabetologii i Chorób Metabolicznych w Łodzi. Z zawodem pielęgniarki związana jestem od 29 lat. Od 19 lat pracuję z osobami chorującymi na cukrzycę i ich rodzinami. Zdobyłam tytuł magistra pedagogiki ze specjalnością psychopedagogiki, licencjat pielęgniarstwa i psychodietetyka. Obecnie studiuję psychologię na pięcioletnich studiach magisterskich. W trakcie swojej pracy zawodowej ukończyłam podyplomowe studia w Instytucie Żywności i Żywienia na kierunku dietetyka oraz ukończyłam specjalizację w zakresie pielęgniarstwa diabetologicznego uzyskując tytuł Edukatora w Cukrzycy.

Od momentu rozpoczęcia pracy w Wojewódzkim Ośrodku Diabetologii i Chorób Metabolicznych w Łodzi, szukałam miejsca dla siebie w tej przestrzeni. Ponieważ wcześniej pracując na Oddziale Intensywnej Terapii i Bloku operacyjnym, gdzie praca była bardzo dynamiczna, po przejściu w nowe miejsce, próbowałam szukać swoich wyzwań. Impulsem do zajęcia się szeroko pojmowaną edukacją diabetologiczną, była możliwość udziału w kursie dokształcającym w zakresie Diabetologii organizowanym przez Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek w Diabetologii w Krakowie. To cudowne doświadczenie plus wiedza i umiejętności, które zdobyłam pozwoliło mi otworzyć się i działać w obszarze edukacji diabetologicznej. I tak zrodził się pomysł prowadzenia szkoleń grupowych i indywidualnych pacjentów i ich rodzin w zakresie cukrzycy. Początki nie były łatwe bo na



szkolenia przychodził jeden pacjent, albo wcale. Niektórzy już powątpiewali w mój projekt szkoleń grupowych, ale ja nie poddawałam się. I tak doszłam do momentu, gdzie zainteresowanie moimi szkoleniami z zakresu cukrzycy przeszło moje najśmielsze oczekiwania. Pogłębianie i aktualizowanie swojej wiedzy i umiejętności realizowałam w Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii oraz w innych szkoleniach, zjazdach, konferencjach, dotyczących cukrzycy.

Prowadzenie szkoleń grupowych i indywidualnych z zakresu cukrzycy dla pacjentów i ich rodzin to moja pasja. Edukuję osoby ze Stowarzyszenia Osób Chorujących na Cukrzycę w Łodzi. W 2018 roku uzyskałam tytuł Pielęgniarki Roku przyznawany przez Stowarzyszenie Osób Chorujących na Cukrzycę.

Edukuję pielęgniarki z zakresu cukrzycy na kursach kwalifikacyjnych i specjalizacyjnych oraz pielęgniarki pracujące w POZ. Jestem praktykiem i trudną wiedzę staram się przekazać w jak najbardziej przystępny sposób. Uwielbiam wiedzę teoretyczną przekładać na umiejętności praktyczne.

W 2021 roku otrzymałam wyróżnienie okolicznościowe od Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii „Anioły PFED” za zasługi, które przyczyniają się do rozwoju edukacji i promocji zdrowia w diabetologii.

Jestem ciekawa świata i ludzi. W wolnym czasie uprawiam jogging, medytuję, czytam książki, tańczę i słucham muzyki. Odpoczywam: na górskich szlakach zdobywając szczyty Tatr, spacerując po piasku brzegiem morza wśród szumu fal, jeżdżąc rowerem leśnymi drózkami wśród jezior. Moje motto: „Jedyną stałą rzeczą w życiu jest zmiana” Heraklit z Efezu.

Chwila zadumy...

W czasach ustawicznego braku personelu medycznego, wszechobecnego pośpiechu, zalewu informacjami – zagadnienia etyczno-prawne w ochronie zdrowia mogą niektórych drażnić...

Wydaje się jednak, że przypominanie o podstawowych zasadach funkcjonowania społeczno-zawodowego może stać się ratunkiem przed ogólnym „zdziczeniem obyczajów”, potęgającej się znieczulicy i egoizmu, również w ochronie zdrowia. Jedynym sposobem na przeciwdziałanie tej patologii jest nasza, pielęgniarska, refleksja i wyobraźnia: czy mój pacjent, podopieczny (darujmy sobie słowo „klient”) może powiedzieć o mnie, że postępuję z nim jak z moimi własnymi rodzicami, dziećmi i – wreszcie: czy ja sama, jako osoba chora, byłabym zadowolona z opieki, jaką przejawiam wobec innych?...

Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej

Przyrzeczenie

Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki/położnej i uroczym przyrzekam: Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim.

Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym.

Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.

Okazywać pacjentom należy szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej. Strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.

Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu.

Rzetelnie wypełniać obowiązki wynikające z pracy w tym zawodzie.

Część ogólna

Zasady etyki zawodowej wynikają z uniwersalnych zasad etycznych i zobowiązują pielęgniarki i położne do przestrzegania praw pacjenta i dbania o godność zawodu.

Działalność zawodowa pielęgniarki i położnej to świadome i dobrowolne podejmowanie profesjonalnych działań na rzecz pacjentów niezależnie od ich sytuacji zdrowotnej i społecznej.

Pielęgniarka/położna swoją postawą osobistą, zawodową i społeczną powinna dbać o prestiż zawodu i podnosić jego znaczenie w społeczeństwie.

Czynności zawodowe pielęgniarki/położnej nie mogą służyć aktom bezprawnym ani też powodować szkód dla zdrowia ludzkiego.

Pielęgniarka/położna posiadająca pełne uprawnienia zawodowe ponosi osobistą odpowiedzialność za swoje działania.

Pielęgniarka/położna działa zawsze w interesie swych pacjentów szczególnie tam, gdzie ich życie i zdrowie mogą być zagrożone.

Wszelkie szczegółowe ustalenia dotyczące uzupełniającej działalności zawodowej pielęgniarki/położnej w zakresie działalności naukowo-badawczej, edukacyjnej i administracyjno-organizacyjnej powinny uwzględniać powyższe zasady ogólne.

A prawdziwa etyka zaczyna się tam, gdzie milkną słowa...

Wspomnienie o Stanisławie Sroczyńskiej

AMANDA CZASZKA
dr KATARZYNA OLCZAK

Jesienna aura skłania do refleksji i zadumy. W związku z przypadającym 1 listopada dniem Wszystkich Świętych sięgamy pamięcią do dawnych wydarzeń, wspominamy osoby, których nie ma już wśród nas.

W historii pielęgniarstwa znajdziemy nazwiska mające wpływ na rozwój i prestiż zawodu. Dlatego, zwłaszcza w tym szczególnym okresie, należy pamiętać o tych, którzy zapisali się na kartach polskiego pielęgniarstwa. Kierując się tymi wartościami członkowie Koła Studentów Pielęgniarstwa przy PTP UM w Łodzi wraz z opiekunką – dr Katarzyną Olczak – odwiedzili grób zmarłej w 2001 r. Stanisławy Sroczyńskiej, spoczywającej na łódzkim cmentarzu Doły.

Stanisława Sroczyńska urodziła się 31 lipca 1909 roku w Warszawie. W 1930 roku ukończyła Uniwersytecką Szkołę Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie, gdzie zdobyła tytuł zawodowy pielęgniarki. W trakcie nauki w szkole pielęgniarskiej angażowała się w różnego rodzaju inicjatywy oraz wolontariat. W 1938 roku otrzymała prestiżowe stypendium Fundacji Rockefellera, umożliwiające jej 3-miesięczny wyjazd za granicę. Poznawała tam placówki i instytucje medyczne, ich organizację i sposoby zarządzania, dzięki czemu S. Sroczyńska miała możliwość przeniesienia wielu z tych doświadczeń do Polski.

Po zakończeniu stypendium Stanisława Sroczyńska wróciła do kraju i podjęła pracę w Szpitalu Ujazdowskim w Warszawie. Po wybuchu II Wojny Światowej otrzymała polecenie zorganizowania szpitala polowego w jednej z warszawskich szkół. Było to wielkie wyzwanie, które wiązało się z ogromem pracy i wysiłku. Stanisława Sroczyńska podołała temu przedsięwzięciu, dzięki czemu po trzech dniach szpital był gotowy do przyjęcia pacjentów. Pomimo oblężenia i trwającej wojny S. Sroczyńska prężnie działała i pracowała dla dobra ludzi, nie zważając na niebezpieczeństwo. Włączyła się również w tworzenie Państwowego Korpusu Bezpieczeństwa.

Po wojnie Stanisława Sroczyńska wraz z rodziną zamieszkała w Łodzi. Objęła stanowisko kierownicze w Centrum Szkolenia Pracowników Społecznych Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej w Łodzi. W 1946 roku zorganizowała,

a następnie kierowała Państwową Szkołą Pielęgniarstwa Nr 1 w Łodzi. Przyczyniła się do organizacji wielu kursów pedagogicznych, szkoleń i konferencji naukowych. W tym samym roku zainicjowała również pierwszy Krajowy Zjazd Pielęgniarek Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. W 1956 roku utworzyła pierwszą pomaturalną Państwową Szkołę Pielęgniarstwa. W 1957 roku pracowała na stanowisku wizytatora średnich szkół medycznych. Była również członkiem Komisji Kontroli Zawodowej, przewodniczącą komisji egzaminacyjnych, twórcą kół terenowych PTP w Łodzi, wiceprzewodniczącą Zarządu Głównego PTP. Pełniła także wiele innych istotnych funkcji. Za swoje dokonania Stanisława Sroczyńska otrzymała liczne odznaczenia, m.in.: Krzyż Walecznych, Odznakę



Honorową Miasta Łodzi, Medal 1000-lecia Państwa Polskiego, a także pośmiertnie Medal im. Florence Nightingale.

Aby docenić i podziękować za przyczynienie się do tak dynamicznego rozwoju pielęgniarstwa w naszym kraju, a zwłaszcza na ziemi łódzkiej, warto wybrać się na grób śp. Stanisławy Sroczyńskiej. Znajdziemy go na cmentarzu komunalnym Doły w Łodzi przy ulicy Smutnej – kwatery 11, rząd 22, miejsce 10. Być może dla współczesnych pielęgniarek i osób studiujących pielęgniarstwo będzie to okazja do refleksji, przemyśleń. Modlitwa oraz poświęcenie chwili na wspomnienie zmarłych sprawi, że pamięć o nich nie zaginie. Znicze na grobie śp. Stanisławy Sroczyńskiej w tym roku zapalili: Hubert Paduch, Szymon Reszka, Wiktoria Kopczyńska, Małgorzata Kępniak, Katarzyna Guz, Sara Bierniak, Daria Koza oraz dr Katarzyna Olczak.

„Odeszłaś cicho, bez słów pożegnania. Tak jakbyś nie chciała, swym odejściem smucić...
Tak jakbyś wierzyła w godzinę rozstania, że masz niebawem z dobrą wieścią wrócić...”

Z wielkim żalem i smutkiem pożegnaliśmy naszą Koleżankę i Przyjaciółkę

śp. Annę Bogacz

Odeszła od nas Położna, osoba ogromnej dobroci, promiennego uśmiechu i niegasnącego optymizmu.

Koleżanki i Koledzy
ze Szpitala Miejskiego w Łowiczu

„Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek a wspomnień nikt nam nie odbierze, zawsze będą z nami”

Z żalem żegnamy Koleżankę Pielęgniarkę

śp. Wiesławę Bartosiak

zmarłą 1 czerwca 2021 r.

Byłaś koleżeńska, wesoła, miła, pracowita, niosłaś pomoc pacjentom zmagającym się z nieuleczalną chorobą.
Taką Cię Wiesiu zapamiętamy.

Koleżanki i Koledzy z Centrum Onkologii Szpitala Kopernika w Łodzi

„Ludzie, których kochamy, zostają na zawsze, bo zostawili ślady w naszych sercach”
ks. J. Twardowski

Życie przemija, jednak pamięć o kochanej osobie pozostaje w sercach na zawsze.

Pani
Agnieszce Głowackiej

wyrazy szczerego współczucia i żalu
z powodu śmierci

Taty

w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Rady Redakcji „Biuletynu OIPiP”
oraz pracowników Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
składa

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi
Agnieszka Kałużna



1 grudnia

Światowy Dzień AIDS



2022

STYCZEŃ

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

LUTY

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

MARZEC

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

KWIECIEŃ

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

MAJ

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

CZERWIEC

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

LIPIEC

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

SIERPIEŃ

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

WRZESIEŃ

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

PAŹDZIERNIK

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

LISTOPAD

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

GRUDZIEŃ

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