

---

# NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

- Cukrzyca i alergia w podróży
- Promieniowanie UV, przebarwienia, AZS, czerniak
- Ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze
- Choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży



Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

# SPIS TREŚCI



## CHORY NA CUKRZYCĘ W PODRÓŻY

### Przygotowanie do podróży

- Cukrzyca typu 1
- Cukrzyca typu 2
- Przewlekłe powikłania cukrzycy a podróże
- Środek transportu
- Utylizacja odpadów medycznych

### Kierunek podróży – zmiana stref czasowych

- Pacjent chory na cukrzycę typu 1
- Przykład 1 – Podróż na zachód

## PODRÓŻOWANIE Z ALERGIKIEM

- Miejsce podróży
- Wiek pacjenta
- Leki przewlekłe stosowane
- Lekarz medycyny podróży

4	<b>CO MÓWIĄ DZIECI O SWOJEJ CUKRZYCY I JAK JĄ WIDZĄ, CO JEST DLA NICH NAJWIĘKSZYM PROBLEMEM W ŻYCIU Z RODZICAMI I CUKRZYCĄ</b>	11
4		
5	Z tego rozdziału dowiesz się:	11
5	Co mówią dzieci o swojej cukrzycy i jak ją widzą, co jest dla nich największym problemem w życiu z rodzicami i cukrzycą	12
6		
6	Jak widzą cukrzycowy świat kobiety	15
7	Jakie jest męskie podejście do cukrzycowych spraw	16
7		
8		
9	<b>PRZYGOTOWANIE DO PODRÓŻY Z MAŁYM DIABETYKIEM</b>	24
9		
10	<b>NAJWIĘKSZE MITY DOTYCZĄCE ALERGI. PYTANIA I ODPOWIEDZI</b>	28
10		
10		
	Czy istnieje alergia na słońce?	28

## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

<b>SKÓRNY SYSTEM IMMUNOLOGICZNY (SIS)</b>	<b>29</b>	<b>PODSTAWOWE ZASADY LECZENIA CHOROÓB SKÓRY</b>	<b>48</b>
Wpływ promieniowania UV na SIS	29	Ochrona skóry przed promieniowaniem ultrafioletowym	48
<b>FIZJOLOGIA I KOMPLEKSOWA TERAPIA PROBLEMÓW SKÓRNYCH</b>	<b>33</b>	<b>WYBRANE CHOROBY PRZENOSZONE PRZEZ KLESZCZE U KOBIET W CIĄŻY</b>	<b>50</b>
Przebarwienia	33	Borelioza	50
Charakterystyka skóry	33	Tick-borne relapsing fever	52
Funkcje melaniny	34	Babeszjoza	53
Skala Fitzpatricka	34	Ludzka anaplazmoza granulocytarna	54
Rodzaje przebarwień	34	<b>UGRYZIENIA, UKĄSZENIA, UŻĄDLENIA</b>	<b>57</b>
Fizjologia i patofizjologia	34	W warunkach przedszpitalnych	57
Przyczyny	35	W warunkach szpitalnych	58
Kompleksowa terapia skóry	36	Ukąszenie przez żmiję zygzakowatą	58
Przykładowy schemat terapii dla skóry z przebarwieniami	37	Medyczne czynności ratunkowe na miejscu zdarzenia i podczas transportu	59
Cele w terapii kosmetycznej	37	Postępowanie w SOR	60
Diagnostyka laboratoryjna	37	Wywiad, badania	60
Pielęgnacja kosmetyczna	38	Profilaktyka tężca	62
Zabiegi kosmetyczne	39	Ukąszenie przez żmiję zygzakowatą	63
Suplementacja	40	<b>CZERNIAK ZŁOŚLIWY</b>	<b>65</b>
<b>ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY - RÓŻNICOWANIE Z ŁOJOTOKOWYM ZAPALENIEM SKÓRY I LECZENIE</b>	<b>42</b>	Definicja	65
Wstęp	42	Etiologia	65
Opis przypadku	42	Epidemiologia	65
Definicja i etiologia	43	Obraz i przebieg kliniczny	65
Diagnostyka różnicowa AZS i ŁZS	43	<b>UKĄSZENIA I PASOŻYTNICZE CHOROBY SKÓRY</b>	<b>69</b>
Leczenie azs	44	Użądlenia przez pszczoły i osy	69
Emolienty	45	Etiologia	69
Leczenie miejscowe	45	Epidemiologia	69
Mokre opatrunki (wet-wrap)	46	Obraz i przebieg kliniczny	69
Fototerapia	47	Diagnostyka i różnicowanie	70
Podsumowanie	47	Leczenie	70

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

# CHORY NA CUKRZYCĘ W PODRÓŻY

Fragment z książki *Leczenie cukrzycy w praktyce klinicznej* (red. nauk. Edward Franek, Magdalena Walicka)

 **AUTOR:**

Teresa Benbenek-Klupa

4

Chorzy nie rezygnują z podróży niezależnie od typu cukrzycy, wieku czy czasu trwania choroby i związanych z nią ewentualnych powikłań. Cukrzyca nie jest przeciwwskazaniem do odbywania podróży. Dla wielu osób podróże są nieodłącznym elementem życia zawodowego i/lub prywatnego. Zagadnienia związane z podróżowaniem powinny być jednym z elementów programu edukacyjnego chorych. Wskazówki zawarte w programie edukacyjnym powinny być dopasowane do typu cukrzycy, modelu leczenia oraz sposobu podróżowania i celu podróży. W niniejszym rozdziale pragnę skierować czytelników na dobór zagadnień, jaki powinien być omówiony z pacjentem przez zespół terapeutyczny (lekarza, pielęgniarkę, dietetyka) przed planowaną przez chorego podróżą. Przygotowanie do podróży

## Przygotowanie do podróży

Przygotowanie do podróży powinno dotyczyć zarówno zgromadzenia przez chorego niezbędnych leków i akcesoriów związanych z leczeniem, jak i pozyskania informacji praktycznych, dotyczących samokontroli cukrzycy. Zgromadzenie leków i akcesoriów powinno uwzględniać:

- ▶ leczenie cukrzycy,
- ▶ leczenie innych chorób współistniejących,
- ▶ leczenie dodatkowej choroby typu infekcja, zatrucie pokarmowe.

Pierwszy aspekt to przygotowanie do podróży. Dobrym rozwiązaniem jest kompletowanie niezbędnych leków i akcesoriów wg listy. Chory może skorzystać z gotowych, opracowanych materiałów edukacyjnych zawierających listę rzeczy niezbędnych na czas podróży. Drugi aspekt przygotowań to zebranie informacji na temat żywienia, dawkowania leków i zmian terapeutycznych, jakie należy wprowadzić w związku z podróżą.

## Cukrzyca typu 1

Chorzy na cukrzycę typu 1 leczeni metodą intensywnej funkcjonalnej insulinoterapii (IFIT) za pomocą metody wielokrotnych wstrzyknięć (MDI – *multi day injection*) lub osobistej pompy insulinowej (CSII – *continuous subcutaneous insulin infusion*) są zwykle dobrze zaznajomieni z zasadami tego modelu leczenia. IFIT polega na bieżącej modyfikacji przez chorego dawek insuliny na podstawie pomiaru glikemii, ilości

## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

spożywanego posiłku z uwzględnieniem aktywności ruchowej. Chorzy na cukrzycę typu 1 są zwykle zaangażowani w swoje leczenie i bardzo aktywnie przygotowują się do podróży.

Pacjent leczony IFIT powinien zadbać o zabranie w podróż odpowiedniej ilości akcesoriów związanych z dawkowaniem insuliny i monitorowaniem glikemii. Bardzo ważną rolą lekarza jest omówienie z chorym zasad dawkowania insuliny w trakcie samej podróży oraz podczas pobytu. Zasady modyfikacji dawek insuliny z uwzględnieniem sposobu jej podawania i kierunku podróży zostaną omówione w dalszej części tego rozdziału („Kierunek podróży – zmiana stref czasowych”).

### Cukrzyca typu 2

Pacjenci leczeni z powodu cukrzycy typu 2 stanowią bardzo niejednorodną grupę zarówno pod względem farmakoterapii, jak i pod względem występowania późnych powikłań choroby. Przygotowanie do podróży powinno być ukierunkowane na model leczenia, jaki pacjent stosuje. Innych wskazówek będą potrzebowali pacjenci leczeni wyłącznie doustnymi lekami

hipoglikemizującymi, inne wskazówki będą dla osób leczonych dwoma wstrzyknięciami mieszanek insuliny, a jeszcze inne dla osób o zintensyfikowanym do trzech wstrzyknięć modelu leczenia. Ze względu na to, że w tej grupie chorych model leczenia nie jest tak elastyczny jak w przypadku pacjentów z cukrzycą typu 1, pacjenci ci powinni otrzymać dokładnie opisane zalecenia, w jakich sytuacjach i o ile jednostek powinna ulec zmianie dawka insuliny. Wydaje się, że w tej grupie chorych większe znaczenie w sytuacji zwiększonej zmienności glikemii związanej z podróżą będą miały wskazówki dotyczące modyfikacji diety. Chorzy z powikłaniami sercowo-naczyniowymi, zwłaszcza przed wielogodzinną podróżą samolotem, ze zmianą stref czasowych, powinni być kwalifikowani przez kardiologa.

### Przewlekłe powikłania cukrzycy a podróże

Praktycznie wszystkie zaawansowane, późne powikłania cukrzycy stanowią względne przeciwwskazanie do dłuższych podróży. Szczególnie niebezpieczne dla tej grupy chorych mogą być długie podróże samolotem:

Chcesz rozwijać znajomość  
języka niemieckiego  
w zakresie wywiadu lekarskiego?

**Sięgnij po nasz bestseller!**

**ZOBACZ**



Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

- › w przypadku cukrzycowej choroby nerek podróż może sprzyjać odwodnieniu organizmu i prowadzić do zaostrzenia przewlekłej choroby nerek,
- › pacjenci z neuropatią autonomiczną przewodu pokarmowego mogą szczególnie źle znosić zmiany ciśnienia (czucie pełności, wzdęcia), zmiana diety może prowadzić do nasilenia biegunek, tempo wchłanianie pokarmów przy zmianach ciśnienia może stać się jeszcze bardziej nieprzewidywalne i utrudniać kontrolę glikemii,
- › chorzy z atonicznym pęcherzem moczowym z pewnością będą się czuć bardzo niekomfortowo przy ograniczonym w podróży dostępie do toalety,
- › objawy neuropatii autonomicznej sercowo -naczyniowej także mogą ulec nasileniu w związku ze zmianami ciśnienia na pokładzie samolotu,
- › podobnie w przypadku retinopatii proliferacyjnej – raptowne zmiany ciśnienia mogą prowadzić do nieodwracalnych zmian na dnie oka,
- › obecność czynnego owrzodzenia, fazy aktywnej stawu Charcota także stanowią względne przeciwwskazania do podróży samolotem.

### Środek transportu

Niezależnie od środka transportu, wszystkie leki i akcesoria związane z leczeniem cukrzycy oraz innymi przewlekłymi chorobami współistniejącymi powinny znajdować się w łatwo dostępnym bagażu. Leki i akcesoria podatne na skrajnie wysokie i niskie temperatury (insulina, paski testowe do glukometru, sensory pomiaru glikemii) powinny być chronione zgodnie ze wskazówkami producenta. Należy poinformować pacjenta, że wielogodzinna podróż to zmniejszona aktywność ruchowa i zmęczenie, oba te czynniki wpływają na zwiększenie zapotrzebowania na insulinę. Na bazie bieżącego monitorowania glikemii pacjent powinien podejmować decyzje związane ze zwiększaniem dawek insuliny bądź ograniczeniem spożycia posiłków, szczególnie zawartych w nich węglowodanów. W sytuacji, kiedy osoba chora na cukrzycę jest

kierowcą samochodu, powinna co 2–3 godziny robić przerwę w podróży, by monitorować glikemię. W takim przypadku bardzo pomocne są systemy ciągłego monitorowania glikemii, które na bieżąco informują chorego o zbliżającej się hipo- lub hiperglikemii.

Podczas podróży samolotem ważne jest, aby chory był wyposażony w zaświadczenie lekarskie (podczas podróży zagranicznej w j. angielskim) informujące naziemną obsługę lotniska o chorobie i konieczności przewożenia leków w bagażu podręcznym. Warto zasugerować choremu sprawdzenie wymagań linii lotniczych, z jakimi będzie podróżował, dotyczących przewożenia leków w przypadku choroby przewlekłej. Cały zapas leków i akcesoriów wymaganych w leczeniu cukrzycy chory musi mieć w bagażu podręcznym. Przewożenie ww. środków w bagażu głównym naraża leki i sprzęt na zbyt niskie temperatury, a w przypadku zagubienia bagażu na poważne problemy zdrowotne. Glukometr, glukozę na wypadek hipoglikemii i insulinę chory powinien mieć na pokładzie samolotu blisko przy sobie. W sytuacji turbulencji pacjent w każdej chwili może reagować, w zależności od sytuacji, w jakiej się znajdzie. Podczas lotu nie należy podawać bolusa posiłkowego z wyprzedzeniem! Turbulencje mogą spowodować, że posiłek będzie podany z opóźnieniem.

### Utylizacja odpadów medycznych

Pacjent chory na cukrzycę korzysta z różnego rodzaju lancetów, igieł, sensorów, zestawów infuzyjnych pasków testowych, które po zużyciu są odpadami medycznymi. Podczas pobytu w obcym miejscu/kraju warto zadbać o bezpieczeństwo służb sprzątających i wyrzucać odpady medyczne w bezpieczny sposób, np. do plastikowej butelki, którą w dniu wyjazdu można zakręcić i bezpiecznie wyrzucić. W niektórych krajach wyrzucanie odpadów medycznych jest uregulowane prawem. Należy zasugerować choremu, aby po przybyciu do miejsca docelowego zapytał, czy są jakieś procedury związane z wyrzucaniem odpadów medycznych.

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

## Kierunek podróży – zmiana stref czasowych

### Pacjent chory na cukrzycę typu 1

**ŻELAZNA REGUŁA:** *Pacjent udający się w podróż ze znaczną (> 3 godziny) różnicą w czasie powinien mieć cały czas przy sobie 2 zegarki.*

Jeden z nich będzie wskazywał czas polski, drugi zaś czas lokalny. Błędem jest posiadanie jedynie jednego zegarka, który wraz z przybyciem do celu chory przedstawia na czas lokalny. Brak „kontroli nad czasem” przy podróży na wschód może skutkować nałożeniem się czasu działania insulin bazowych w metodzie MDI, czego konsekwencją będzie hipoglikemia. Z kolei przy podróżach na zachód pacjent może mieć problem z ustaleniem przyczyny hiperglikemii, zwłaszcza w czasie „luki czasowej” związanej z brakiem depozytu tkankowego insuliny.

Należy przygotować chorych, że podróże związane zwłaszcza z istotną zmianą strefy czasowej zwykle wiążą się z wahaniami glikemii. Dlatego w trakcie podróży i w okresie zmiany rytmu hormonalnego należy postępować spokojnie. Priorytetem jest unikanie hipoglikemii, a umiarkowana hiperglikemia sprzyja zachowaniu równowagi emocjonalnej i powolnej poprawie glikemii, która będzie się pojawiać wraz z adaptacją w nowym środowisku. Poza zmianą strefy czasowej ulega także zmianie sposób odżywiania, pojawiają się nowe produkty i posiłki. Chory na bieżąco powinien reagować dopasowaniem dawek insuliny na podstawie pomiaru glikemii i zawartej w posiłku ilości przede wszystkim WW.

Różnice dotyczące wskazówek terapeutycznych związane są ze sposobem podawania insuliny. Inne zalecenia będą dla pacjentów leczonych MDI, mając także na uwadze rodzaj preparatu insuliny bazowej i liczbę wstrzyknięć, a inne dla pacjentów stosujących terapię osobistą pompą insulinową. Brak jest dobrych opracowań uwzględniających nowe preparaty insuliny

bazowej. Dlatego zamieszczone w tabeli 14.1 wskazówki terapeutyczne dla chorych leczonych MDI są pewnego rodzaju zbiorem pomysłów wynikających z doświadczeń pacjentów i analizy działania preparatów insulinowych. Tabela 14.2 zawiera wskazówki dla pacjentów leczonych CSII.

Nie ma jednego sprawdzonego schematu postępowania, który można by zalecić. Kwestie związane przygotowaniem pacjenta do podróży należy traktować bardzo indywidualnie i mieć na uwadze takie okoliczności, jak:

- ▶ w jakim kierunku odbywa się podróż (wschód czy zachód),
- ▶ jak duża jest różnica czasowa między aktualnym miejscem pobytu a miejscem docelowym,
- ▶ jak długo będzie trwał pobyt w innej strefie czasowej,
- ▶ na ile sposób odżywiania w miejscu docelowym może wpłynąć na zmianę zapotrzebowania na insulinę.

Niezależnie od wdrożonych modyfikacji terapii, ważną zasadą w podróży pozostaje intensyfikacja samokontroli glikemii i bieżące reagowanie na zagrożenie hipoglikemią lub w sytuacji hiperglikemii. Dawki okołoposiłkowej insuliny powinny być przez chorego modyfikowane na bieżąco na podstawie pomiaru glikemii przy użyciu glukometru i planowanej liczby wymienników węglowodanowych. W prawidłowo realizowanej IFIT pacjent szacuje dawkę insuliny na podstawie wskaźnika: ilość insuliny/WW. Jak wiemy, wskaźnik ten jest różny w zależności od pory dnia. U osób dorosłych zazwyczaj największy wskaźnik insulina/WW jest w godzinach porannych (śniadanie), co związane jest z fizjologiczną insulinoopornością. W pozostałej części doby wskaźnik ten u większości pacjentów jest taki sam, niezależnie od pory spożywanego posiłku. Dlatego modyfikacja dawki okołoposiłkowej powinna uwzględniać godzinę jej podania, z uwzględnieniem czasu polskiego, gdyż z tego miejsca rozpoczyna się podróż. Wraz z wydłużeniem czasu pobytu w miejscu

## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

docelowym organizm dostosowuje się do nowego rytmu biologicznego (7–14 dni), wtedy także wskaźnik insulina/WW będzie odpowiadał porze doby zgodnej z czasem lokalnym. Dużym wsparciem dla chorych odbywających podróże są systemy monitorowania glikemii typu CGM (*continuous glucose monitoring*) i FGM (*flash glucose monitoring*), które są formą uzupełnienia samokontroli glikemii z użyciem glukometru. Korzystając z tych rozwiązań, dla pacjenta najcenniejszą informacją są tzw. trendy glikemii. Przed podróżą chory powinien sprawdzić wytyczne producenta, czy urządzenia te mogą być stosowane na pokładzie samolotu, ze względu na to, że przekaz informacji o stężeniu glukozy z nadajnika do odbiornika odbywa się drogą radiową.

### Przykład 1 – Podróż na zachód

Pacjent wybiera się do Nowego Jorku, na cukrzycę typu 1 choruje od 12 lat. Leczony metodą MDI; 3–5 razy dziennie insulina okołoposiłkowa (analog szybko działający) – zmienne dawki insuliny w zależności od wartości glikemii i wielkości spożywanego posiłku, 1 raz dziennie ok. 20:00 insulina glargina. Lot trwa 10–12 godzin. W Nowym Jorku pacjent będzie przebywał 2 tygodnie. Różnica w czasie wynosi ok. 6 godzin.

Pacjent chciałby się dowiedzieć:

- › jak się przygotować do podróży,
- › jak dawkować insulinę podczas lotu i po dotarciu do celu,
- › jak często monitorować glikemię,
- › jak postępować z preparatami insuliny podczas pobytu.

### NA PODSTAWIE:

**Leczenie cukrzycy w praktyce klinicznej**  
(PZWL Wydawnictwo Lekarskie, tom I, 2018)

red. nauk. Edward Franek, Magdalena Walicka

**ZOBACZ**





Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

# PODRÓŻOWANIE Z ALERGIKIEM

Fragment z książki *Alergia. Fakty i mity* (autor: Łukasz Durajski)

Czy podróżowanie z alergikiem jest możliwe? Oczywiście tak, ale trzeba pamiętać o wielu aspektach.

## Miejsce podróży

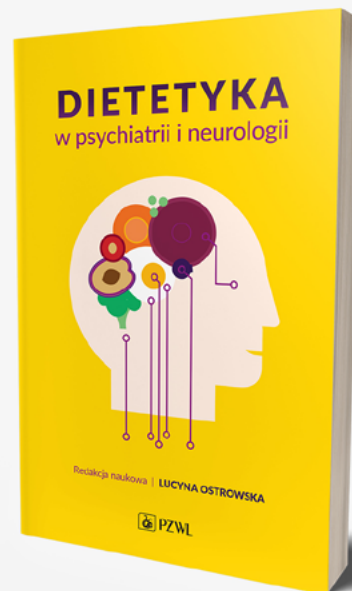
Wybór miejsca podróży ma ogromne znaczenie. Jeżeli w naszym przypadku uczulenie dotyczy pokarmów z kuchni azjatyckiej, to podróże do Azji będą podróżami wysokiego ryzyka. Wybierając miejsce podróży, musimy brać pod uwagę alergeny, na które jesteśmy uczuleni.

Podróżowanie po Europie czy USA właściwie nie stanowi problemu. Łatwo jest uzyskać informacje o alergenach i zjeść czy kupić produkty, które są dla nas bezpieczne. Jednocześnie mamy świetny dostęp do medycyny, więc w przypadku kontaktu z alergenem pomoc zostanie udzielona odpowiednio szybko. Ryzyko powikłań jest niewielkie.

Wybierając bardziej egzotyczne, miejsca musimy liczyć się z tym, że informacje o alergenach będą trudniej dostępne, jednocześnie trzeba pamiętać, że brak

- Podstawowe zalecenia dietetyczne dla osób z chorobą psychiczną lub neurologiczną
- Dla lekarzy rodzinnych, psychiatrów, dietetyków, psychologów, studentów medycyny

ZOBACZ



## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

alergenu w jedzeniu nie oznacza braku kontaktu z alergenem. W wielu krajach wszystkie produkty są przygotowywane w jednym miejscu, a częstokroć wręcz w jednym garnku. To sprawia, że ryzyko natrafienia na alergen jest wysokie.

### Wiek pacjenta

Najmniejsi pacjenci to wyzwanie, dziecko nie zawsze chce zjeść to, co mu podamy. Będąc za granicą, możemy natrafić na wiele ograniczeń. Nowe smaki nie zawsze będą dobrym rozwiązaniem – nie wiemy, czy u dziecka nie wystąpi alergja na nowy produkt. Musimy się liczyć z utrudnieniami w dostępie do właściwego jedzenia dla naszego malucha.

### Leki przewlekłe stosowane

Musimy być wyposażeni w odpowiednią ilość leków przeciwalergiczných. Dodatkowo warto mieć zapas w drugiej walizce, na wypadek zgubienia jednej z nich. Wybierając się w podróż, koniecznie należy zabrać ze sobą adrenalinę. Jest to lek ratujący życie. W przypadku alergików silna reakcja, jak pokrzywka czy wstrząs, mogą wystąpić zawsze.

### Lekarz medycyny podróży

Przed podróżą obowiązkowo musimy odbyć dwie konsultacje: zarówno wizytę u swojego alergologa, jak i u lekarza medycyny podróży – to obowiązkowe przygotowanie.

#### NA PODSTAWIE:

*Alergia. Fakty i mity*  
(PZWL Wydawnictwo Lekarskie 2020)

Łukasz Durajski

ZOBACZ



Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

# CO MÓWIĄ DZIECI O SWOJEJ CUKRZYCY I JAK JĄ WIDZĄ, CO JEST DLA NICH NAJWIĘKSZYM PROBLEMEM W ŻYCIU Z RODZICAMI I CUKRZYCĄ

Fragment z książki *Cukrzyca typu 1 rodzinny poradnik cukrzycowy*  
(red. nauk. Karolina Klewaniac-Wypychacz red. meryt. Przemysław Jarosz-Chobot)

## Z tego rozdziału dowiesz się:

- › co mówią dzieci o swojej cukrzycy i jak ją widzą, co jest dla nich największym problemem w życiu z rodzicami i cukrzycą,
- › jak widzą cukrzycowy świat kobiety,
- › jakie jest męskie podejście do cukrzycowych spraw,
- › jak zdrowe rodzeństwo widzi małego cukrzyka,
- › jak widzi wasz świat lekarz diabetolog (czyli osoba, która stoi po tej drugiej stronie, nie jest w waszej sytuacji, ale blisko was),
- › co na temat cukrzycy ma do powiedzenia psycholog pracujący na oddziale diabetologii dziecięcej.

Zastanawiasz się, co twoje dziecko mówi o cukrzycy, kiedy nie ma cię w pobliżu? Świat widziany jego oczami wygląda zupełnie inaczej niż widziany twoimi oczami. Mimo diagnozy nie przestaje być kolorowy, choroba nie odbiera dziecku całej radości. Wiele zależy od tego, jak my sami ten świat pokazujemy dziecku. A może wspólnie sprawdzimy, jak widzą go inni, na przykład lekarze? Myślę, że ten rozdział zaciekawia cię tak samo jak poprzednie, bo chociaż na co dzień całą rodziną żyjemy z cukrzycą, czasami bardzo trudno jest nam szczerze porozmawiać. Rozdział będzie wyjątkowy również z tego względu, że o męskim świecie w cukrzycy opowiedzą mężczyźni, tatusiowie

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

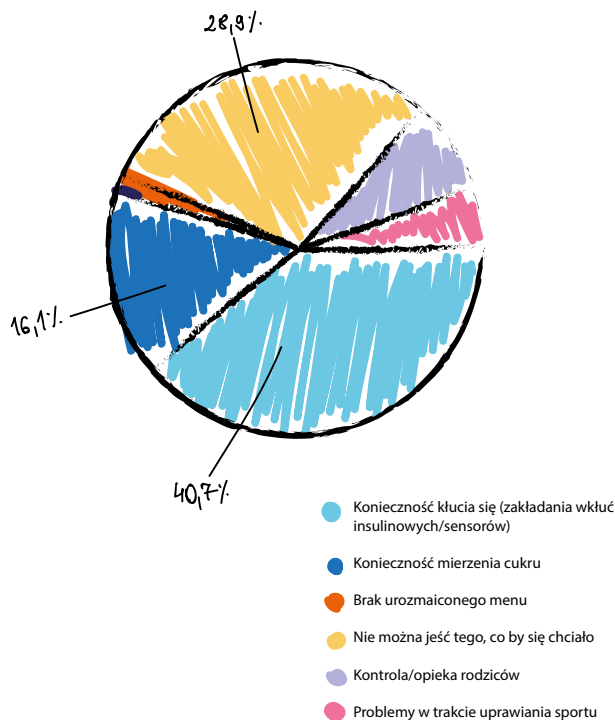
cukrzycowi, a władzę nad tekstem przejmie mój mąż. O wypowiedzi do tego rozdziału poprosiłam również psychologa, który jest diabetikiem, i diabetologa. Jesteś ciekawy, czego się dowiedziałam?

### Co mówią dzieci o swojej cukrzycy i jak ją widzą, co jest dla nich największym problemem w życiu z rodzicami i cukrzycą

Nie mogłam rozpocząć przygotowań do tego rozdziału bez rozmowy z synem. Jak by nie było, nasze życie z cukrzycą zaczęło się, kiedy dowiedzieliśmy się o jego chorobie. Muszę przyznać, że bałam się zapytać 8-latkę, co myśli i jak widzi swój świat w kontekście cukrzycy. Zdziwiło mnie, że na początku zupełnie nie zrozumiał, o co mi chodzi i dlaczego pytam go o cukrzycę, skoro wszystko jest normalnie. Po chwili przyszedł do mnie i uważnie obserwując moją twarz, powiedział:

*Dobra, powiem ci... Cukrzyca jest fajna i niefajna. Mogę jeść dużo rzeczy, pomaga mi w tym insulina. Niefajne jest to, że trzeba zmieniać wkłucia i nie lubię zakładania sensora, ale wolę to niż klucie palców. Nic nie pamiętam, jak byłem mały i miałem cukrzycę. Wiem, że szpital nam pomógł, nauczył cię obsługiwać cukrzycę i teraz możemy żyć normalnie. Najbardziej nie lubię niskiego cukru, bo się denerwuję i jestem bardzo głodny. W szkole cukrzyca mi zupełnie nie przeszkadza. Nie czuję się inny, że mam pompę insulinową. Wiem, że w starszej klasie też jest chłopak z cukrzycą, ale już duży. Nie boję się cukrzycy. Gdybym sobie wyobrażał cukrzycę, to byłaby to pompa insulinowa, która mówi mi, co mam robić i co mogę jeść – to by mi się podobało. Ale gdyby miało się spełnić moje marzenie, to chciałbym bardzo, żeby jej nie było. W celiakii przeszkadza mi to, że inne dzieci mogą jeść, co chcą, słodycze i różne rzeczy, a ja nie znam ich smaku, czuję tylko, jak pachną. Wiem, że wydajecie z tatą dużo pieniędzy na cukrzycę i celiakię i nie chcę, żeby tak się działo.*

Dla mnie, osoby, która jest blisko rodzin cukrzycowych i sama żyje z małym diabetikiem, kontakt z dziećmi jest bardzo ważny. Od nich uczę się patrzenia na świat ich oczami. W świecie tym nie ma tak ogromnej wiedzy o chorobie, komplikowania pewnych spraw, nie ma zbędnych emocji. Dzieci są szczerze (czasami do bólu) i potrafią wyrażać swoje myśli wprost. Doceniajmy to. Wiele dzieci po latach choroby nie pamięta momentu, w którym się pojawiła. Pamiętaj jednak, że chodzi mi o młodsze dzieci, nie młodzież! Kiedy pytam o najwcześniejsze wspomnienia, to te dzieci, które zachorowały powyżej 6. roku życia, pamiętają szpital, kolorowanki, klucie się, nie są jednak tak emocjonalnie związane z tymi wspomnieniami jak my. Cieszy mnie to, że Iwia część dzieciaków klasyfikuje swoje życie jako normalne. Na co najczęściej narzekają?



Ryc. 55. Na co najczęściej i najbardziej narzeka dziecko w związku z cukrzycą?

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

1. Konieczność klucia się – to jest ta część cukrzycy, która przeszkadza im i irytuje najbardziej. Nasze dzieci złości to, że konieczna jest powtarzalność tych czynności i to, że muszą z tego powodu przerwać zabawę, oglądanie bajki czy zwrócić na siebie uwagę otoczenia. Wymiana wkłuc lub podawanie insuliny są tymi czynnościami, które najbardziej obciążają psychicznie małych diabetyków. To właśnie z tego powodu pytają nas o to, czy nie ma jakiegoś leku, który pozwoliłby im przestać się kluć.
2. Brak totalnej wolności żywieniowej, która doskwiera im zwłaszcza podczas kontaktu z rówieśnikami. Rodzice potwierdzają, że największe pretensje o chorobę dzieci mają w trakcie hiperglikemii, kiedy nie mogą zjeść tego, na co w danej chwili mają ochotę. Właśnie wtedy najczęściej padają znane wszystkim rodzicom cukrzycowym hasła: „głupia cukrzyca”, „nie lubię cukrzycy”, „nie chcę być już chory”.
3. Konieczność mierzenia cukru. Niestety, ciągle jest to najczęściej wykonywana czynność u diabetyków typu 1. Chciałabym zwrócić uwagę na fakt, że często to my, rodzice, motywowani strachem, „siekamy” paluszki dzieci częściej niż jest to konieczne. Niestety, w cukrzycy ciężko jest znaleźć/wypracować złoty środek w mierzeniu cukru. Znam takich rodziców, którzy mimo monitoringu często mierzą cukier, i takich, którzy pomiarów dokonują bardzo rzadko, nie sprawdzając poziomu cukru nawet przed posiłkami, by odpowiednio wyliczyć dawkę bolusa.
4. Kontrola rodziców, która z czasem staje się przytłaczająca. Wiele razy usłyszałam w sekrecie od dzieciaków: „chciałabym, żeby mama wszędzie za mną nie chodziła”, „chciałabym sama pójść do szkoły”. Oczywiście, nasze dzieci wiedzą, że do pewnego momentu jesteśmy im potrzebni. Pamiętajmy jednak, że mali diabetycy tak jak inne dzieci dorastają i w końcu czują potrzebę usamodzielnienia się, oderwania od mamy. Każde z nich podkreśla, że kochają mamy i doceniają je za to, co robią, ale chcieliby żyć jak inni rówieśnicy – bez cienia

za plecami. My, dorośli, zdajemy sobie sprawę z tego, jak trudno jest osiągnąć wtedy kompromis. Mamy też problem z odsunięciem się z obawy przed konsekwencjami takiej decyzji.

5. Problemy w trakcie uprawiania sportu. Zdarza się, że dziecko bywa zirytowane sytuacjami, w których z powodu hipoglikemii musi przerwać trening (trzeba się docukrzyć i poczekać aż glikemia wróci do bezpiecznego poziomu). Hiperglikemia też może stanowić przeszkodę w wydajności podczas zawodów czy dekoncentrować podczas egzaminów sportowych. Dla młodego sportowca może to być bardzo irytujące, podobnie jak odklejające się podczas pływania wkłucia. W przypadku dzieci uprawiających sport jednym z podstawowych lęków związanych z pojawieniem się cukrzycy jest to, czy nadal będą mogły być aktywne fizycznie. Rolą rodziców oraz trenerów jest, by wspierać je w sportowych wyborach i zadbać o poczucie komfortu psychicznego podczas aktywności fizycznej.

*Braliśmy kiedyś udział jako rodzina w teście psychologicznym na temat życia dziecka z cukrzycą typu 1. Odpowiadaliśmy na szereg pytań, my – rodzice, ustnie bądź pisemnie, natomiast zadaniem dziecka było rysowanie odpowiedzi. Nasza córka miała wtedy 12 lat, chętnie rysowała swoje ulubione zajęcia, ukochaną przytulankę swojego kota, a także chętnie udzielała odpowiedzi na pytanie dotyczące jej osoby, natomiast kiedy przyszło do narysowania jej wyobrażenia cukrzycy, nie miała już siły, zaczęła trochę grymasić, kaprysić i nie bardzo miała ochotę brać dalej udział. Zaproponowałam jej wtedy, że to ja narysuję, co ona mi podpowie. Po dłuższych namowach zgodziła się. Kiedy ja pełna zapału z białą kartką papieru i kredkami przygotowanymi do rysowania czekałam na jej wytyczne, po dłuższym namyśle padła odpowiedź: „Narysuj wstrętą Babę Jagę, która siedzi mi na plecach, taką z brzydkim pieprzykiem na nosie i dziurawymi zębami.”*

## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

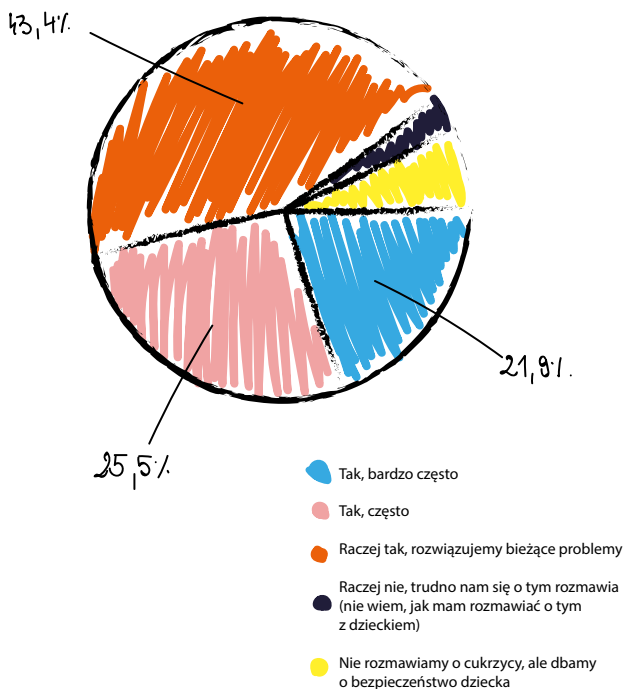
Często rodzice przyznają, że nie rozmawiają ze swoimi dziećmi o cukrzycy. Przeszli nad chorobą do porządku dziennego i oczywiście wypełniają wszystkie obowiązki z tym związane, ale traktują je jako normalną część ich życia. Najsilniejsze emocje towarzyszą nam tuż po diagnozie i wtedy odbywamy najwięcej rozmów z dziećmi, a w późniejszym czasie rozmawiamy, kiedy dziecko samo wychodzi z inicjatywą. Myślę, że zwłaszcza na początku dzieci nie mają własnego zdania na temat cukrzycy i przejmują nasz punkt widzenia. Z czasem, kiedy rodzice ochłoną, dziecko wypracowuje własny pogląd o chorobie.

*Córka nie ma jeszcze 3 lat, a dziś, kiedy nie chciałam dać jej wafelka, powiedziała: „Nie lubię tej cuksy”. Widząc moją minę, dodała: „No dobraaa, lubię cuksyce”. (wypowiedź z internetu)*

Cała ta książka, drogi czytelniku, ma celu pokazać ci spojrzenie na cukrzycę także okiem dziecka, a nie tylko rodzica. Malutkie dzieci żyją z cukrzycą i widzą swój świat tak jak my, dorośli, im go pokazemy. Z czasem, wyswabdzając się spod naszego wpływu, wkraczają w życie na własnych zasadach. I chociaż każdy z nas ma własną receptę na wychowywanie swojego dziecka, dzieci po latach przyznają, że doceniają to, co dla nich robiliśmy w okresie dziecięcym.

*Zapytałam moje córki, co lubią, a czego nie lubią w swojej cukrzycy. Obydwie żyją z nią od lat i zgodnie odpowiedziały, że podoba im się to, gdy wszyscy mówią im, jak są dzielne, ale nie podoba się to, że ją mają. Ich marzeniem jest to, żeby ktoś wymyślił taki lek, żeby cukrzyca wcale nie było. Tym, co im przeszkadza, są pytania ludzi: „Co to jest?” (chodzi o pompy insulinowe). Ich najwcześniejsze wspomnienia z cukrzycą... Jedna pamiętała, jak weszła do wanny z pompą Veo (miała 4 lata), druga miała pena, którym na początku dostawała insulinę (miała 5 lat).*

Nie ulega wątpliwości, że rozwój psychiczny i fizyczny małego dziecka z cukrzycą typu 1. jest w znacznym stopniu uzależniony od choroby przewlekłej. Myślę, że nie powinien być jej jednak podporządkowany. Podobnie jak my, dziecko ma dni dobrego i gorszego samopoczucia, nie zawsze jest to ściśle związane z chorobą. Obserwując świat naszych dzieci, widzę dla nich jeden wspólny mianownik – nie chcą być dla nas dziećmi z cukrzycą. Chcą być dla nas dzieckiem, ukochanym synem czy ukochaną córeczką tatusia i mamusi. Człowiekiem, który ma swoje marzenia, plany, problemy i radości. Może lubić truskawki, a nie lubić brukselki. Nasze dzieci mają cukrzycę, z którą mogą bez przeszkód funkcjonować w społeczeństwie, być samodzielne w wieku nastoletnim. Nie chcą, żebyśmy my, dorośli, widzieli w nich przede wszystkim i tylko diabetyków.

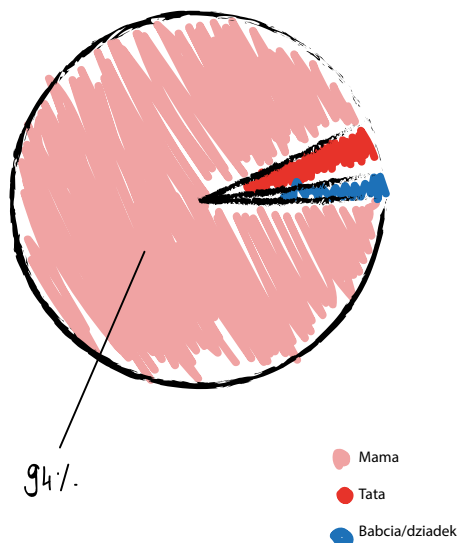


Ryc. 56. Czy rozmawiasz ze swoim dzieckiem o cukrzycy?

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetkiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

## Jak widzą cukrzycowy świat kobiety

Większość tej książki jest napisana okiem kobiety, mamy dziecka z cukrzycą typu 1. W tym rozdziale, podsumowującym moją wieloletnią pracę i kontakty z rodzicami cukrzycowymi, chciałam się z wami podzielić moim osobistym podejściem do cukrzycowych i okołocukrzycowych spraw. Przypuszczam, że życie z cukrzycą u małego dziecka nie jest łatwe. My, kobiety, poświęcamy się mu w różnym stopniu, najczęściej jednak dając z siebie 100% emocji, energii i sił fizycznych. To my najczęściej szukamy kontaktu, rozmów, pocieszenia u innych kobiet, które są w podobnej sytuacji. Ojcowie, którzy kontaktowali się ze mną na przestrzeni tych lat, są w mniejszości. Wysłuchałam i przeczytałam wiele smutnych historii kobiet, które są same z cukrzycą dziecka. Po zapoznaniu się z takimi historiami pytałam mojego męża: „Dlaczego mężczyźni tak postępują? Dlaczego tak jest, że mężczyzna może odejść, a kobieta nie jest w stanie tego zrobić? Przecież dziecko jest tak samo mamy, jak i taty!” Przypuszczam, że nie rozumiem takiego męskiego (ale czy na pewno?) podejścia do sprawy.



**Ryc. 57.** Do kogo dziecko zwraca się najczęściej, kiedy ma problem z cukrzycą?

Drugi raz zderzyłam się z rzeczywistością, kiedy Federacja Diabetyków realizowała projekt „Mama nie może być z cukrzycą sama”. Były plany zaangażowania tatuśców, odciążenia mam, pokazania, że w cukrzycy nie ma podziału na opiekującą się w 100% mamę i tatę, który... pracuje. Czy wiesz, że wielu ojców wyraziło kategorię sprzeciw, by uczestniczyć w spotkaniach? Mama chciała, dziecko też. Tata nie chciał. Nie wiem dlaczego, być może wyjaśni nam to mój mąż w dalszej części rozdziału.

To my, kobiety, „rozkminiamy” cukrzycę na czynniki pierwsze. Szybko poddajemy się emocjom, wpadamy w popłoch. Zwłaszcza na początku bardzo emocjonalnie i gwałtownie podejmujemy decyzje. Zdarza się, że pod wpływem krytyki lub porównania się z innymi kobietami zastanawiamy się, czy nasza droga leczenia cukrzycy jest dobra. Jak to jest, że innym częściej się udaje mieć lepsze cukry albo czyjeś dziecko zjada paprykę i grillowane mięso, a nasze jadłoby tylko kotlety i słodczyce? My, kobiety, znacznie częściej niż mężczyźni cierpimy na manię porównywania się, nie wiedząc, że żadna z nas nie jest ideałem matki. Nie chciałabym, żebyśmy wszystkie dążyły do doskonałości, ideału, którego w cukrzycowym życiu rodziny również nie ma. Chciałabym, żebyśmy wszystkie czuły się wystarczająco dobrymi matkami dla naszych dzieci i miały wsparcie naszych partnerów.

Tym, co martwi mnie najbardziej, jest nasze, kobiet, pełne oddanie dziecku. Poświęcamy dla niego wszystko, nie zastanawiając się, jakie w przyszłości będą tego konsekwencje. Jeśli jesteś kobietą, mamą diabetyka i czytasz tę książkę, chciałam cię prosić, abyś poświęcała cukrzycy tylko tyle czasu, ile wymaga obsługa techniczna choroby i ewentualne wprowadzenie zmian. Proszę cię, abyś nie żyła cukrzycą, nie dawała jej więcej niż potrzebuje – kosztem dziecka, siebie, reszty rodziny.

Wiem, że ciężko jest pogodzić pracę z obowiązkami domowymi, opieką nad dziećmi, ale postaraj się znaleźć też przestrzeń dla siebie – niech to będzie ulubiona praca, czytanie książek, spotkania z przyjaciółkami,

## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

chodzenie po górach, zajęcia tańca. Jeśli jesteś z małym diabetikiem w domu, nie gnuśniej, nie osiadaj w cukrzycy i poczuciu beznadziejności. Zastanów się:

- › ile czasu poświęcasz sobie tygodniowo?
- › ile czasu spędzasz bez dziecka?
- › ile czasu spędzasz z mężem, skupiając się na czymś innymi niż rozmowa o cukrzycy?
- › co chcesz zrobić dla siebie, jakie masz marzenia (zaznaczam, poza cukrzycowymi, bo te znam)?
- › ile jest w tobie kobiety, a ile matki przewlekłe chorego dziecka?
- › co możesz zrobić, by wypracować przestrzeń dla siebie?

Dużo czasu zajęło mi uświadomienie sobie, że choroba dziecka mnie nie ubezwłasnowalnia! Doświadczeni rodzice dorosłych już diabetyków pytali mnie: „Czy wiesz, jak będzie wyglądało twoje życie, kiedy on wyjdzie z domu? Czy wiesz, co będziesz robić, kiedy się usamodzielnisz?”. Takie pytania po pewnym czasie mrożą krew w żyłach, kiedy zdajesz sobie sprawę, że poza dzieckiem z cukrzycą nic innego nie widzisz na horyzoncie.

Mimo że twoje dziecko jest jeszcze małe i potrzebuje, byś prowadziła je za rękę, buduj swój własny świat. Buduj świat swoich zainteresowań i życia obok cukrzycy, pracy zawodowej. Chciałabym jak najrzadziej słyszeć gorzkie słowa: „cukrzyca mnie zniszczyła”, bo i takie padają z ust matek, które bardzo dobrze znam.

## Jakie jest męskie podejście do cukrzycowych spraw

 **AUTOR:**

Marcin Wypychacz

Pewnego dnia moja żona zapytała: „Co czuje mężczyzna w momencie diagnozy, kiedy dowiaduje się o tym, że dziecko zaczyna chorować?”. Zaskoczyło mnie to, że zaczął ją interesować ten temat. Nigdy wcześniej o tym nie rozmawialiśmy. W ogóle nie rozmawialiśmy o cukrzycy, poza tym, co trzeba zrobić i kupić, i czy mogę wziąć urlop w pracy, by pojechać do poradni diabetologicznej.

- Prawdziwe historie
- Zagadnienia prawne
- Przystępny i zrozumiały język



**ZOBACZ**



## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

---

*Kiedyś był taki fajny zjazd rodzin cukrzycowych, który bardzo mi się podobał. Ojców szkolono, a mamy odpoczywały. Wydaje mi się i mnie osobiście brakuje zaangażowania ojców. Dużo facetów nie lubi gadać o cukrzycy, nie jesteśmy tacy otwarci. Ten nasz męski świat jest rzeczywiście zamknięty. A mnie brakuje takiej wymiany doświadczeń. Faceci powinni na forach, terapiach, spotkaniach rozmawiać ze sobą o cukrzycy. Nawet na grupach internetowych faceci mniej się udzielają.*

*Jacek, tata diabetyka*

---

Diagnoza również dla mnie, taty dziecka to był szok. Osobiście zastanawiałem się co to w ogóle jest cukrzyca, na czym polega. Pierwszy telefon od żony niewiele mi powiedział – wystraszyłem się, bo nie wiedziałem dokładnie z czym mamy do czynienia, usłyszałem tylko słowa „szpital” i „choroba” – zebrałem się w sobie i pojechałem. Czułem, że jest to jedna z tych sytuacji podbramkowych, których nie lubię: pojawiła się choroba i pozostało mi czekać na rozwój sytuacji.

---

*Co wtedy czułem? Pierwsze godziny to niepewność, dlatego że nie wiedziałem za bardzo, co się dzieje. Było też uczucie bezradności, bo nie mogłem ani pocieszyć żony, ani nie mogłem nic zrobić dla syna. Byłem chyba zły na tę sytuację, szczęście, że była już późna noc, bo pewnie wyładowałbym moje frustracje na kimś niewinnym.*

*Adam, tata diabetyka*

---

Im więcej się dowiadywałem na miejscu, tym większe miałem obawy o to, że wszystko nie jest takie łatwe. Z diagnozowaniem i uczeniem się cukrzycy jest tak, że sytuacja cały czas jest rozwojowa. Musiałem się zebrać jakoś sam w sobie, żeby ją opanować. I wesprzeć żonę.

Kiedy dzisiaj o tym myślę, to od informacji telefonicznej do drogi do szpitala nie pamiętam nic – czułem pustkę. To była totalna pustka. Pędziłem do szpitala, żeby jak najszybciej dowiedzieć się, co się stało i dlaczego tam znalazło się właśnie moje dziecko. Już od momentu pobytu na oddziale zdałem sobie sprawę, że sytuacja nie wygląda dobrze. Widziałem syna podłączonego do kroplówek, zapłakaną żonę. Rozmowy z lekarzami, edukatorami, szkolenia coraz bardziej uświadamiały mi, że nie jest to jakaś zwykła choroba, którą wyleczymy i o tym zapomnimy. To choroba, która zmieni w naszym życiu dużo i postawi wszystko na głowie. Jest to temat od teraz do końca życia. Nie byłem pewien, co może się jeszcze wydarzyć. Jako mężczyzna starałem się wspierać żonę i być przy dziecku, które siedziało wczepione w nią. Nie okazywać słabości. Zaciśnąłem zęby i postanowiłem przeć do przodu. Na słabości, rozwlekaniu tematu i szukanie odpowiedzi na pytanie, czemu tak się stało, nie było czasu ani potrzeby. Musieliśmy się wziąć w garść i wchłonąć jak najwięcej informacji, by zacząć działać.

---

*Dla mnie bardzo ważne okazało się to, w jakim środowisku wcześniej przebywałem. Miałem idealne wzorce, z których mogłem czerpać, miałem też to szczęście, że potrafiłem z nich czerpać. Po tygodniu, jak wychodziliśmy ze szpitala, to wiedziałem, że cukrzyca nam nie zagraża. Uzbrojony w glukometr, insulinę i posiadaną wiedzę byłem spokojny.*

*Adam, tata diabetyka*

---

Na początku było tak, że natłok informacji mnie ogłuszył. Starałem się jak najwięcej nauczyć, by pomóc dziecku. Nie mogłem powiedzieć, że nie chcę nic wiedzieć. W głowie miałem jedno – pomóc dziecku. Trzeba było wyciągnąć dziecko zdrowe ze szpitala i ogarnąć sytuację w domu – we dwoje. Przyznaję, że w pewnym momencie żona kopnęła mnie w tyłek i wzięła na siebie dużo rzeczy, których ja jeszcze nie potrafiłem i bałem się ogarnąć.

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

---

*Jeśli jest stres, to wchodzi on w relację między kobietą i mężczyzną. Na przykład w kontekście cukrzycy, jeśli jest zagrożenie hipoglikemią albo długo jest hiperglikemia, u nas to się dzieje tak, że żona zauważa to szybciej i chce działać, a w tym momencie, jak mam jeszcze spokój, poczekalbym. Natomiast dzieje się coś fenomenalnego i trzeba to kobietom oddać, że często im ta ich panika jest większa, tym bardziej jest ona uzasadniona. Moja żona mówi, że kiedy wyłapuje hipoglikemię, to ta czujność skądś się w niej wzięła.*

*Jacek, tata diabetyka.*

---

Chciałem się dzielić obowiązkami, ale była pewna granica, której bałem się przekroczyć. To zmiana wkluc, która była dla mnie barierą psychiczną. Bałem się, że nie pomogę dziecku, tylko zrobię mu krzywdę. Wolałem to zostawić żonie, która szybciej przełamała swoje opory co do klucia dziecka. Nie miała z tym większych problemów i przejęła to wszystko. Wiadomo, że pierwsze ukłucia to pot ciekący po czole, drżące ręce i zaschnięte gardło. Sam założyłem wklucie dopiero po 3 latach choroby syna i tylko dlatego, że byłem w męskim towarzystwie, musiałem pokazać, że dam radę. Zacisnąłem zęby i to zrobiłem. Nie przewróciłem się...

---

*Oczywiście w naszym słodkim życiu też są wzloty i upadki, i to dosłowne. Zdarzy się i cukier 24, i 524 mg/dl. Najważniejsze to w takich sytuacjach zachować zimną krew. Odrzucam wtedy emocje na bok i staram się działać jak maszyna, nie zastanawiając się za bardzo. Po prostu trzeba wykonać zadanie.*

*Adam, tata diabetyka*

---

Choroba przewlekła na pewno zmieniła moje podejście do życia. Nie mogłem z dnia na dzień i z godziny na godzinę myśleć, co będzie dalej. Trzeba było myśleć

długodystansowo jak maratończyk, jak poukładać to swoje życie i siły do walki z chorobą. Czy zacząłem się bać swojego dziecka? Bardziej bałem się o dziecko. Czy coś jeszcze mu się stanie? Czy dalej coś mu grozi? Ten strach jest do tej pory. Na przykład, kiedy wychodzi do dziadków, teściów lub przebywa z kimś innym niż żona czy ja – jest to dla mnie duży stres. Spanie dziecka u dziadków miało być dla żony i mnie chwilą odpoczynku, a kończyło się tym, że noce i tak były bezsenne, pełne stresu, czy sobie poradzą, jaki jest poziom cukru, i przemyśleń, jak to będzie, kiedy syna będzie mniej z nami.

---

*Moja żona mówi: Wszyscy nauczyciele muszą wiedzieć, że on ma cukrzycę, że może sobie nie poradzić w kontekście nagłych spadków i wzrostów powodujących nieakceptowalne społecznie zmiany zachowań. A ja mówię, że to on musi wiedzieć, że cukrzycę wszystkiego nie można tłumaczyć. I nie może mieć w głowie, że z powodu cukrzycy może zrobić wszystko i my to będziemy akceptować.*

*Jacek, tata diabetyka*

---

Jeśli chodzi o żonę, zaczęła dziecko chronić – przesadnie. Tyle mogę jej „zarzucić”. Nie mogę mieć do niej pretensji, że chce się opiekować naszym dzieckiem, ale wykazywała pewną nadopiekuńczość, która trochę mnie drażniła. Przejawiała się w przesadnym strachu o to, co i jak będzie, gdybanie: „co by było, gdyby...”. Po pewnym czasie zapoznaliśmy się z chorobą i przeszliśmy nad tym do porządku dziennego. Chcę, żeby nasze życie szło normalnym tokiem i robię wszystko, żeby tak było. Chcę dać dziecku normalność, nie chcę, by strach (który ja też odczuwam) go ograniczał. Chcemy przy dziecku funkcjonować normalnie, nie pokazywać mu naszych strachów. Miałem momenty, kiedy i ja bałem się go wypuścić z bezpiecznego domu – strachy i gdybanie żony również we mnie wzbudzały niepokój, a czasami złość.

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

Dla swojej rodziny chciałbym tylko zdrowia. Tylko tyle.

---

*Czego bym chciał – kasy! Wkurza mnie czasami, że muszę sobie odmówić nowych butów w zamian za sensory do glikemii. Chciałbym, aby moje dziecko miało dostęp do najnowszych technologii w leczeniu cukrzycy, a ja bym mógł sobie kupić nowe buty i zabrać rodzinę na wczasy. Żona nie musi mnie prosić o pomoc przy obsłudze cukrzycy, robię to sam, co innego ze śmieciami i przybiciem gwoźdźcia.*

*Adam, tata diabetyka*

---

Jako ojciec wyznaczam sobie pewne cele, zadania, priorytety. Jednym z nich jest stać na straży porządku w rodzinie i pomagać żonie w dopilnowaniu pewnych rzeczy, ogarnianiu takich spraw, jak załatwienie wkłuc, sensorów. Chciałbym, żeby moja rodzina była bezpieczna. Wiem, że muszę wspierać żonę na tyle, na ile się da i na ile ona pozwoli sobie pomóc i da się odciążyć. Nie ma jednej mądrej rady, którą można stosować do różnych rodzin. Każdy tata powinien sobie wypracować własny sposób na radzenie sobie z cukrzycą dziecka. To trzeba wypracować na swoim podwórku, w swojej rodzinie.

---

*Jak się pokłócimy i są ciche chwile, to moja żona wytrzymuje góra dzień bez dzwonienia przed posiłkami, które wspólnie omawiamy. Wytrzymuje do wieczora, ale wiadomo, że jak już trzeba się zbliżyć do domu to i tak będziemy rozmawiać. Generalnie mało się kłócimy. I ja sobie to tak tłumaczę, że chyba ta cukrzyca to jest fajny element, który daje nam pretekst, żeby szybko się pogodzić. Bo przecież trzeba się dogadać i wspólnie czuwać nad dzieckiem. A wydaje mi się, że gdybyśmy nie mieli takiego problemu w rodzinie to dłużej byśmy się na siebie boczyli...*

*Jacek, tata diabetyka*

---

Czy poradziłbym sobie sam z dzieckiem, gdyby żona zniknęła? Trudno jest mi tak gdybać i nie chcę tak myśleć. Nie jestem w stanie odpowiedzieć na 100%. Wiem, że nie miałbym wyjścia. Musiałbym wszystkie strachy odsunąć na bok, zacisnąć zęby, zrobić, co trzeba i iść do przodu z synem u boku.

Najtrudniejsze dla mnie było poukładanie cukrów, opanowanie frustrujących skoków cukru, dodatkowych chorób. Frustrujące bywają humory dziecka, kiedy nie można się denerwować i na niego wściekać. Myślę, że panowanie nad silnymi emocjami wychodzi mi lepiej niż żonie, która łatwo daje się ponieść. Musiałem się tego nauczyć i bardzo pracowałem nad własnym charakterem, żeby moja porywczność nie odbijała się na psychice dziecka, jego cukrach. Chciałem dać mu poczucie bezpieczeństwa i komfort wściekania się w trudnych dla niego chwilach.

Moja żona uważa, że wie wszystko najlepiej – żartuję! Ale jest zamknięta w sobie. Dopiero od niedawna powoli zaczyna się otwierać. Po jakimś czasie przełamała się i zaczęła mi dobrowolnie oddawać kontrolę nad dzieckiem. Zaczęła mi bardziej ufać, przestała się bać przekazywać dziecko pod moją opiekę. Wcześniej nasze męskie wyjście było dla niej niczym armagedon, tak jakby miała w nas uderzyć asteroida, bo wyszliśmy z domu sami. Boli i martwi mnie to, że żona jest zamknięta, jeżeli chodzi o emocje dotyczące cukrzycy. Czasami ma pretensje i się wścieka, nie mówiąc konkretnie, o co chodzi. Wynika to z bezsilności i zmęczenia, ale nie daje sobie pomóc w rozwiązywaniu problemów. Zdenerwowanie nigdy nie jest dobrym doradcą. Uważam, że czasami lepiej wyjść na kilka minut z domu, ochłonąć, przemyśleć coś spokojnie, a dopiero potem porozmawiać. Wtedy zupełnie inne rozwiązania przychodzą nam do głowy. Żona mówi, że uciekam, a ja po prostu muszę ochłonąć i znaleźć rozwiązanie w spokoju.

Gdybym mógł, to chętnie zrezygnowałbym z zakładania wkłuc i sensorów. To jest moja pięta achillesowa. Dziecko wyczuwa mój niepokój i samo też zaczyna się bać. Zaczyna unikać sytuacji, w których to ja miałbym zmienić wkłucie, woli, żeby zrobiła to mama. Ja nie umiem do tego

## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetkiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

podejść swobodnie. Nie chcę narażać dziecka na stres, bo konsekwencją są i skoki cukru, i nerwy całej rodziny. Jako małżeństwo nie mieliśmy ogromnego kryzysu w relacji mąż – żona. Oczywiście, życie stanęło na głowie. Nie była to bajka i nie mamy typowego życia rodzinnego. Nasze szczęście zostało zaburzone, ale próbuję wypracować w sobie i żonie dążenie do sensownej normalności. Nie chcę wyróżniać choroby ani myśleć o niej, że zrobiła z nas rodzinę nieszczęśliwą czy też w jakiś sposób wyjątkową. Kiedy syn zachorował, postawiliśmy wszystko na niego – skupiliśmy się na nim maksymalnie. Całkowicie zaniedbaliśmy małżeństwo, nasza energia skupiała się tylko na jego ratowaniu. Żona postawiła na dziecko totalnie, więc i ja się w pewnym momencie wycofałem... Przynajmniej tak to wygląda z perspektywy czasu. Zaniedbaliśmy małżeństwo, zeszło ono na dalszy plan. Synek był malutki – słabo chodził, nie umiał określić swoich potrzeb, nie mówił, czy coś go boli. Teraz sytuacja się normuje, syn jest coraz starszy. Żona już teraz potrafi sama oddać syna pod opiekę dziadków czy wysłać go do jego pokoju, by nam nie przeszkadzał, dał chwilę

tylko dla nas, przecież niemal cały czas spędza z nami. Ponieważ pracuję, spędzam z synem mniej czasu niż żona. Syna określiłbym jako taki plasterek. Nawet gdy idę spać (choć to nie jest spanie, tylko czujka i kontrolowanie cukru), wiem, że syn w nocy pojawi się w naszym łóżku. Czasami nie chce nam się co 15–20 minut biegać do jego pokoju, wolimy wtedy mieć go pod ręką i więcej pospać. Pozwalamy mu na to z wygody, bo cukry bywają różne.

*Co do nocnych pomiarów, to może to dziwnie zabrzmieć, ale lubię je. Dzięki nim mam świadomość, że mam dla kogo tej nocy wstawać. Niestety, nie wszyscy rodzice mają takie szczęście, ich dzieci były tak chore, że nie można było im pomóc, to bardzo przykre.*

*Adam, tata diabetyka*

Myślę, że jestem tatą, który stara się wspierać żonę, chociaż i mnie czasami puszczają nerwy. Wtedy wolę

Pomocny przewodnik  
w prowadzeniu  
małych pacjentów

ZOBACZ



## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

gdzieś wyjść. Lubię wyjście do lasu, gdzie mam ciszę i mogę spokojnie przemyśleć pewne sprawy. Staram się namówić żonę, żeby też znalazła sobie taki wentyl bezpieczeństwa, kiedy czuje, że musi się oderwać, zapomnieć na chwilę o problemach, odpocząć. Ciężko jest ją na to namówić. Będę nad tym pracować, żeby i ona miała taką swoją odskocznię.

Nasza rodzina w przyszłości? Jak zawsze – razem! Czasami śmieję się, że nasz plasterek będzie z nami do końca życia. Każde dziecko jest takim plasterkiem, ale nasze ma mocniejszy klej niż inne dzieci!

Powoli zauważam, że syn zaczyna się zachowywać jak typowy młody chłopak. Czasami wręcz zaczyna żonę odsuwać od siebie, mimo że jest z nią bardziej związany. Są chwile, kiedy zaznacza granicę między nami a żoną, pokazuje jej: „Nie przeszkadzaj mi, mamol!”. Szuka ze mną kontaktu. Czasami sam do mnie przychodzi i wymusza uwagę. Wybiera, jak chce ze mną spędzić czas. Zabieram go na spacer, wycieczki, kajaki, wspólnie palimy ogniska. Dbam o to, by go chronić, ale też staram się, by przy mnie zapomniał o chorobie.

Dla mnie każda chwila, kiedy widzę jego radość i słyszę dziki śmiech, to najlepsza chwila. Staram się, żeby było ich jak najwięcej. Mamy wspólne pasje z synem. Lubimy sport – rowery, spacer. Jeżdżę z nim na karate i na ścianki wspinaczkowe. Ostatnio syn zaczął wędkować, ale to dzięki swojej mamie, która bardzo to lubi.

Mamy z synem swoje męskie sprawy, do których nie dopuszczamy żony – są to ogniska i survival. Jak coś narozrabiamy, to nie mówimy o tym mamie. Kiedy syn się na przykład przewróci i zedrze kolano, to prosi, by nie mówić mamie. Obiecuję i dotrzymuję słowa. To są nasze typowo męskie tajemnice.

---

*Dla mnie mój czas z synem będzie o wiele zdrowszy i ważniejszy dla niego i on go o wiele lepiej zapamięta, jeśli będzie dla niego przyjemny, wesoły, śmieszny i zdrowy psychicznie. I nawet gdyby miał hipo 70 czy mniej to ja z tego powodu nie będę miał wyrzutów sumienia, ale będę się cieszył, że robimy dziwaczne*

*rzeczy, śmiejemy się wygłupiamy nie myśląc o cukrzycy. On nie jest dla mnie tylko cukrzycą. Mojej żonie brakuje tego luzu, tej bez troski przebywania z synem.*

*Jacek, tata diabetyka*

---

Wiem, że są tacy ojcowie, którzy odsuwają się od rodziny pod wpływem diagnozy. Uważam, że rola mężczyzny w rodzinie cukrzycowej jest szczególna. Mamy jako faceci swoją rolę, której trzeba podołać, zapanować nad sytuacją. Czasami zastanawiam się, dlaczego mężczyźni zostawiają wtedy rodziny. Myślę, że jedynym wytłumaczeniem jest strach. Strach, że nie podoła się pewnym zadaniom, blokuje i nie pozwala odnaleźć się w sytuacji podbramkowej.

---

*Jaka jest moja rola? Chyba staram się trzymać cukrzycę „za mordę”, tak by za bardzo nam nie dawała się we znaki. Nie wiem, ale to jest jakaś ojcowska intuicja. Potrafię wyczuć na odległość większość jego niskich lub wysokich cukrów. Jak to robię? Nie potrafię za bardzo tego wytłumaczyć. Zawsze biorę pod uwagę, ile wziął insuliny, ile zjadł, jaki ma wysiłek fizyczny i inne czynniki i z tego jakoś mi to wychodzi...*

*Czy mam ochotę uciec? Nie! Bardziej mam ochotę zamienić się z moim dzieckiem miejscami. To nie jest do końca tak, że jestem szczęśliwy z jego choroby. Nie poddajemy się i z pełną siłą idziemy do przodu, cukrzyca nie rządzi nami, tylko my nią. Jednak zrobiłbym wszystko, dosłownie wszystko, aby Kajtek nie chorował.*

*Adam, tata diabetyka*

---

---

*Nie podoba mi się podejście niektórych kobiet do mężczyzn w rodzinach z cukrzycą. Może oni się nie angażują i nie pomagają tak jakby chcieli. Może nie wytrzymują tego napięcia i nerwowości, tego ciśnienia. Ja też czasami się złościę i mówię żonie: po co*

## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

*do mnie dzwonisz, jak przecież dobrze wiesz, co zrobić. Ona odpowiada: ale chciałam to usłyszeć od ciebie. Wiem, że niektórzy sobie z tym nie radzą. Dla mnie cukrzyca to techniczny kłopot, z którym trzeba sobie poradzić – znaleźć czas, rozwiązać, poprawić, sprawdzić i wyciągnąć wnioski.*

*Jacek, tata diabetyka*

Czy tata kocha dziecko inaczej niż mama? Nie jestem w skórze kobiety, żeby odpowiedzieć na to pytanie z całą pewnością. Kobieta na pewno kocha miłością bezgraniczną. Wszystko wybaczy, stara się być na każde zawołanie dziecka. Jest w stanie dużo poświęcić dla rodziny. Męska miłość jest taka bardziej szorstka, może mniej wylewna. Wiadomo, że tata syna kocha. Wiemy, że się kochamy, ale nie rysujemy sobie serduszek. To jest podanie silnej męskiej ręki, pokazanie, że z każdej sytuacji jest wyjście. Okazuję miłość przez męskie przytulenie, uczenie dziecka życia, wskazywanie, co można robić, czego nie, wspieranie żony. Krzyk czy bicie dziecka to nie jest męska miłość. Na szczęście nie mamy córeczki – wtedy chyba wyrwałbym sobie wszystkie włosy z głowy; znam powiedzenie „córeczka tatusia” i wiem, że dla córki musiałbym być mięciutki jak pluszak. A nasza męska miłość jest taka, że „uciekamy” razem mamie, trzymamy się razem, cokolwiek by się nie działo, mamy swoje sekrety i swoje męskie życie.

Innym rodzicom cukrzycowym chciałbym napisać, żeby się nie poddawali. Panowie, bądźmy podporą dla naszych partnerek i dzieci – wsparciem psychicznym i fizycznym. Im starsze dziecko, tym nasza rola jest ważniejsza. Odpowiedzialność za wytłumaczenie dziecku, rodzinie, co się dzieje i że nie można się poddawać, jest duża. Nie możemy usiąść i się załamać, nie możemy tego pokazać dziecku. My walczymy ze spokojem i uśmiechem na twarzy.

*Cukrzyca to jest poważna choroba, ale ja zawsze mówię, że Pan Bóg daje nam coś i daje nam to po coś. Zanim syn zachorował byliśmy na urlopie i żona powiedziała do mnie: Boże, jak ja bym chciała być całe życie z Wojtkiem i się nim tylko opiekować. I takie było jej marzenie. Teraz po latach śmieję się i mówię: Pamiętaj, jak to powiedziałaś? Pan Bóg wtedy słuchał. Tylko, żeś mu nie powiedziała dokładnie jak to ma wyglądać, więc On ci to zrobił po swojemu. Ja z każdej rzeczy staram się wyciągać pozytyw. Musimy iść do przodu i rosnąć w siłę a nie się niszczyć. Po to są te nasze życiowe kryzysy.*

*Jacek, tata diabetyka*

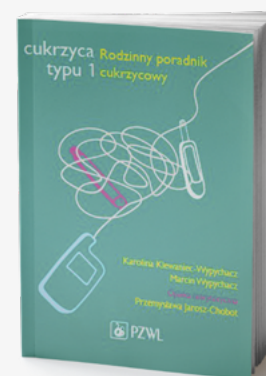
*Dziękuję Jackowi i Adamowi za podzielenie się swoim doświadczeniem i przemyśleniami.*

### NA PODSTAWIE:

**Cukrzyca typu 1 rodzinny poradnik cukrzycowy**  
(PZWL Wydawnictwo Lekarskie 219)

red. nauk. Karolina Klewaniec-Wypychacz red. meryt. Przemysław Jarosz-Chobot

**ZOBACZ**



Dzięki Twojej bibliotece  
czytasz gdzie chcesz i kiedy chcesz!

Wejdź na **libra.ibuk.pl**



Zapytaj w bibliotece,  
jak zacząć korzystać  
z IBUKA Libry



Pobierz Przewodnik  
użytkownika ze strony  
**libra.ibuk.pl/pomoc**



Wejdź na  
**facebook.com/PWNNauka**  
i dodaj do obserwowanych

**Czytaj 24/7 na urządzeniach:**



Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

# PRZYGOTOWANIE DO PODRÓŻY Z MAŁYM DIABETYKIEM

Fragment z książki *Cukrzyca typu 1 rodzinny poradnik cukrzycowy*  
(red. nauk. Karolina Klewaniec-Wypychacz red. meryt. Przemysława Jarosz-Chobot)

24

Pamiętam, jaki miałam żal do losu, kiedy dotarło do mnie, że być może będziemy musieli zrezygnować z wyjazdów, które tak uwielbialiśmy. Zarówno ja, jak i mąż kochaliśmy podróże tzw. niskobudżetowe – z namiotem, wycieczki jednodniowe, mąż uprawiał wspinaczkę skałkową, a ja kochałam jeziora, rzeki. Syn zachorował w sierpniu, pierwsze bardzo poważne objawy cukrzycy pojawiły się podczas weekendu, który spędzaliśmy pod namiotem w Dolinie Będkowskiej. Byliśmy szczęśliwi, że nasze dziecko jest zachwycone namiotem i perspektywą spania w nim. Widzieliśmy też, jak radość gasła, a zastępowało ją zmęczenie, senność i osłabienie. To był nasz pierwszy wyjazd z cukrzycą, o czym wtedy jeszcze żadne z nas nie miało pojęcia. Po zdiagnozowaniu cukrzycy bardzo długo bałam się wyjechać gdziekolwiek. Przyznam więcej – samo opuszczenie mieszkania z dzieckiem budziło we mnie strach i obawę, że sobie nie poradzimy. Znasz ten niepokój, prawda? W końcu jednak chęć powrotu do dawnego życia i zew przyrody były na tyle silne, że zaczęliśmy opracowywać strategię powrotu do niskobudżetowych podróży. Tak, strategię, inaczej nie da się tego określić, bo na pierwsze wyjazdy przygotowaliśmy się jak na wojnę, próbując

przewidzieć wszelkie możliwe komplikacje. Muszę to napisać, a ty musisz mi uwierzyć (lub sam się o tym przekonać) – nie da się niczego w 100% zaplanować, a cukrzyca potrafi nas zaskoczyć również w podróży. Dzisiaj, po latach podróży z cukrzycą i celiakią, mogę dać ci kilka rad i uczulić na pewne sprawy.

Po pierwsze. Nie jest ważne, na jak długo wyjeżdżacie – jeden dzień czy tydzień. Zawsze miej ze sobą zapasową fiolkę insuliny (najlepiej noś ją w penie z zapasową igiełką), wkłucie i baterię do pompy, jeśli jej używacie. Nigdy nie wychodźcie z domu bez glukometru, zapasu pasków i glukozy, nawet jeśli jedziecie do sklepu. Po drodze może wydarzyć się tyle nieprzewidzianych rzeczy – chociażby awaria samochodu, która wydłuży czas bycia poza domem. Korki w drodze na wakacje, zacięta winda czy chociażby szybka decyzja o wskoczeniu na pokład statku, by płynąć po morzu. Gdy masz ze sobą glukometr, glukozę, insulinę i zapasowe wkłucie, możesz czuć się bezpiecznie i pozwolić sobie na spontaniczność.

Po drugie. Jeśli wybierasz się w dalszą podróż, zawsze miej przy sobie w samochodzie przekąski. Nie zakładaj, że jeśli będzie potrzeba, zatrzymacie się gdzieś po drodze, by coś zjeść. W naszym samochodzie



Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

zawsze jadą z nami przekąski: pomidorki koktajlowe, minipapryki, ogórki konserwowe. Zabieramy też kanapki i zapas picia, które mamy pod ręką, a nie bagażniku samochodu. Woda w samochodzie to podstawa. Oczywiście wiąże się to z częstszymi postojami na stacjach lub parkingach przy autostradach, ale nawodnienie organizmu, szczególnie latem, jest najważniejszy! (Nie wiem, jak wygląda to u ciebie, ale u nas wsadzenie do samochodu z powrotem raz uwolnionego z fotelika dziecka było koszmarem!).

Po trzecie. Dłuższa podróż wymaga weryfikacji insuliny. Pamiętaj, że jeśli podróż będzie trwała kilka godzin, warto rozważyć zwiększenie dawek insuliny. Jeśli podróżujecie nocą i dziecko śpi, nie musisz modyfikować tymczasowo bazy, ale jeśli podróżujecie w dzień i wiesz, że dziecko w tym czasie nie będzie biegło (mało tego, ma mocno ograniczoną możliwość poruszania się), rozważ zwiększenie bazy, włączając tymczasową dawkę podstawową na 120–150% na szacowany czas podróży, aby uniknąć hiperglikemii i związanego z nią (niestety) marudzenia. Zapewniam cię, że zachowanie głodnego dziecka z hiperglikemią w samochodzie to czasami coś ponad możliwości nerwowe współpasażerów...

Nie zawsze jesteśmy w stanie przewidzieć, co się wydarzy. Nam też zdarzało się prosić ludzi o 1/3 szklanki coli dla dziecka. Widzieliśmy w ich oczach zdziwienie, ale kiedy tylko dowiadawali się, że chodzi o cukrzycę i sprawa za chwilę może być poważna, uruchamiały się w nich ogromne pokłady empatii. Pamiętam taką sytuację, którą przeżyliśmy nad Zalewem Czorsztyńskim. Podczas spaceru cukier tak zaczął spadać, że szybko skończyły się zapasy glukozy. Jedynym rozwiązaniem było podejście do ludzi biwakujących w namiocie (na szczęście tam byli!) i poproszenie o coś z cukrem. Po chwilowej konsternacji i naszych wyjaśnieniach rodzina tak się przejęła cukrzycą, że oprócz szklanki coli (choć prosiliśmy o troszkę), syn dostał kawałek ciasta i już po chwili kieszenie miał wypchane cukierkami. Nie miałam serca

tłumaczyć, że to zdecydowanie za dużo jak na jednego 5-letniego cukrzyka. Kiedy wracaliśmy do swojego namiotu, zauważyłam szelmowski uśmiech syna, poklepującego się po kieszeni i z okruchami ciasta na niemal całej buzi. Zapytałam go, czy już się dobrze czuje. Odpowiedział, że tak, a potem dodał: „Wiesz, mamo, ta cukrzyca to dobry cukierkowy biznes... Możemy tak chodzić po innych namiotach i zbierać cukierki!”. Na szczęście był to jedyny raz, kiedy musieliśmy się uciec do proszenia innych o coś z cukrem. A cukierki? Zniknęły w szafce, bo syn nieprzyzwyczajony do jedzenia słodyczy bardzo szybko o nich zapomniał.

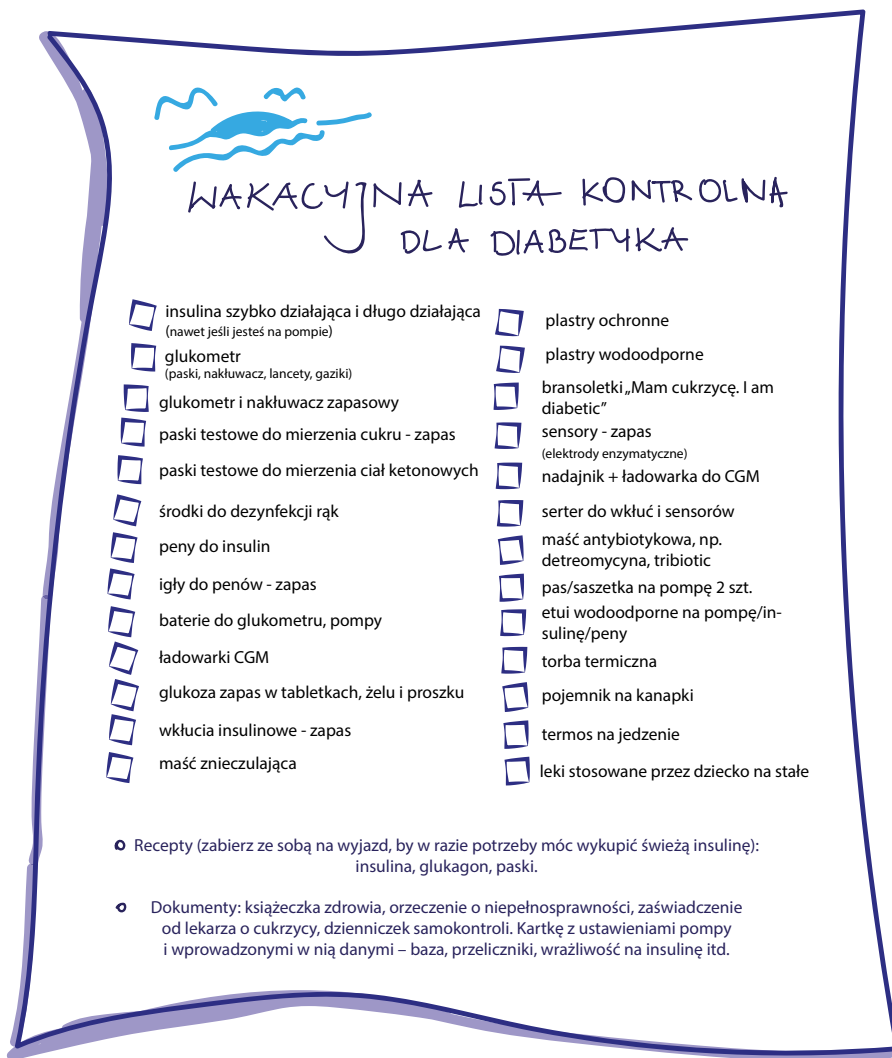
Wiesz już, co zabrać ze sobą na krótką wyprawę. Teraz zajmijmy się dłuższym wyjazdem. Na dłuższy urlop musisz przygotować odpowiedni zapas rzeczy cukrzycowych. Prawdą jest, że niekiedy cukrzyca musi mieć swój bagaż i osobne miejsce w samochodzie. Nie chcemy jednak psuć sobie urlopu nerwowym szukaniem wkłuc lub lekarza, który wypisze receptę na insulinę, prawda? Pakowanie na dłuższy urlop zacznij od rzeczy cukrzycowych – przygotuj poręczną torbę lub kartonik (zamykane pudełko po butach świetnie się sprawdza!). Przelicz, ile wkłuc, igieł itd. może być potrzebne i weź dodatkowy zapas. Aby ułatwić ci pakowanie, stworzyłam pełną listę rzeczy niezbędnych na wakacjach.

Jeśli odbywacie podróż za granicę, przygotuj zaświadczenia i informację o chorobie w dwóch językach. Jeśli chodzi o odprawę na lotnisku – nie stresuj się, osoby przechodzące przez bramki pokazują, że mają pompę insulinową i insulinę w penie lub fiolce. Warto mieć przy sobie zaświadczenie lekarskie, które rozwieje ewentualne wątpliwości osób, które będą chciały pełnej dokumentacji.

Na czas wyjazdu i podróży samochodem naklejam też z boku fotelika naklejkę z danymi swojego dziecka i informacją o cukrzycy, aby w razie wypadku ratownicy medyczni wiedzieli od razu, że mają do czynienia z diabetykiem.

## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży



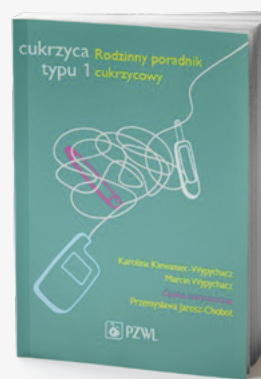
Ryc. 58. Wakacyjna lista kontrolna dla diabetyka

### NA PODSTAWIE:

**Cukrzyca typu 1 rodzinny poradnik cukrzycowy**  
(PZWL Wydawnictwo Lekarskie 219)

red. nauk. Karolina Klewaniec-Wypychacz red. meryt. Przemysław Jarosz-Chobot


**ZOBACZ**





# Aktualne standardy leczenia i precyzyjne rekomendacje DLA LEKARZY PRAKTYKÓW

W GABINECIE  
LEKARZA POZ




## Nadciśnienie tętnicze

WSKAZÓWKI DLA LEKARZA POZ


0002/3(3)

Redakcja naukowa:  
dr hab. n. med. **Paweł Balsam**  
prof. dr hab. n. med. **Artur Memcarz**

Co to jest nadciśnienie tętnicze i jak je rozpoznać?  
Co zrobić po rozpoznaniu nadciśnienia tętniczego  
i jakie badania dodatkowe zleczyć?  
Kiedy należy rozpocząć terapię nadciśnienia tętniczego?  
Jak leczyć nadciśnienie tętnicze? Wybór terapii  
i zmiana stylu życia  
Terapia nadciśnienia tętniczego w szczególnych  
grupach chorych. Indywidualizacja leczenia  
Kiedy należy podejrzewać wtórne nadciśnienie tętnicze?



W GABINECIE  
LEKARZA POZ




## Niewydolność serca

WSPÓŁCZESNE SPOJRZENIE

0002/1(1)


Redakcja naukowa:  
dr hab. n. med. **Paweł Balsam**

Definicja, diagnostyka, etiologia, klasyfikacja  
niewydolności serca  
Terapia farmakologiczna i zabiegowa niewydolności serca  
ze zredukowaną i łagodnie zredukowaną frakcją wyrzutową  
Postępowanie z pacjentem z niewydolnością serca  
z zachowaną frakcją wyrzutową (EF>50%)  
Choroby współwystępujące u pacjenta z niewydolnością serca  
– rola leczenia zintegrowanego  
Zaostrzenie przewlekłej niewydolności serca – przyczyny  
i jak im zapobiegać w opiece lekarza POZ?



W GABINECIE  
LEKARZA POZ

W GABINECIE  
LEKARZA POZ



pediatria

## Neurologia dziecięca w praktyce pediatrii


NOWE SPOJRZENIE

0002/1(1)

Redakcja naukowa:  
prof. dr hab. n. med. **Iłona Kopyta**

Podatczka u dzieci i młodzieży  
Nepaznaczkowe stany napadowe w populacji dziecięcej  
Tiki – etiopatogeneza, diagnostyka różnicowa oraz terapia  
Choroby demyelinacyjne ośrodkowego układu nerwowego  
Bóle głowy – różnicowanie i leczenie  
Schizofrenia naczyń tętniczych i żylnych mózgu  
Choroby demyelinacyjne ośrodkowego układu nerwowego  
Wybrane choroby nerwowomięśniowe  
Obawy kliniczne choroby nerwowomięśniowych:  
Standardy diagnostyki i leczenia dystrofii mięśniowej Duchenne'a  
Diagnostyka i leczenie rdzeniowego zenuku mięśni:  
Choroba Pompego – postać wczesna i późna u dzieci i młodzieży:  
Przewlekła niewydolność oddechowa w chorobach nerwowomięśniowych u dzieci

Biuletyn medyczny z zakresu neurologii dziecięcej w praktyce pediatrycznej



W GABINECIE  
LEKARZA POZ



## Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa w praktyce lekarza POZ

NOWE SPOJRZENIE

0002/2(2)

Redakcja naukowa:  
dr n. med. **Kamil Koszela**

Komunikacja medyczna w przebiegu diagnostyki oraz terapii  
zespołu bólowego kręgosłupa  
Diagnostyka obrazowa kręgosłupa w POZ  
Zastosowanie mezoterapii w zespole bólowym kręgosłupa  
Farmakoterapia zespołu bólowego kręgosłupa – za i przeciw  
Rola terapii ruchem w zespole bólowym kręgosłupa  
Przypadki kliniczne – case study



W GABINECIE  
LEKARZA POZ



## alergologia i pulmonologia

## Nowoczesne terapię

OBRZĘK NACZYNIORUCHOWEGO,  
POKRZYWKI I ATOPOWEGO  
ZAPALENIA SKÓRY

0002

Redakcja naukowa:  
Prof. UJ, dr hab. n. med. **Ewa Czarnobilska**  
Dr n. med. **Marcel Mazur**

Obrzęk naczyńnorochnowy jako problem diagnostyczny  
Nabyty obrzęk naczyńnorochnowy – etiopatogeneza i metody leczenia  
Dziedziczny obrzęk naczyńnorochnowy – nowoczesne metody leczenia  
Stany zagrożenia życia w dziedzicznym obrzęku naczyńnorochnowym  
Pokrzywka – objawy, diagnostyka, nowe spojrzenie na terapię  
Atopowe zapalenie skóry – nowe spojrzenie na terapię



 **Kup teraz**

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

# NAJWIĘKSZE MITY DOTYCZĄCE ALERGII. PYTANIA I ODPOWIEDZI

Fragment z książki *Alergia. Fakty i mity* (autor: Łukasz Durajski)

## Czy istnieje alergia na słońce?

W tym przypadku należy wspomnieć o takiej jednostce chorobowej jak fotodermatoza.

W tych schorzeniach czynnikiem wyzwalającym reakcję alergiczną jest promieniowanie UV:

- › UVA,
- › UVB.

Zmiany skórne mogą wystąpić pod wieloma postaciami:

- › grudki wysiękowe,
- › grudki,
- › pęcherzyki,
- › zaczerwienienie.

Zmiany, z wiadomych względów, najczęściej pojawiają się w miejscach narażonych na promieniowanie, z tym że twarz jest najczęściej pominięta. Zmiany skórne są bardzo swędzące. Diagnozę stawia dermatolog.

### NA PODSTAWIE:

*Alergia. Fakty i mity*  
(PZWL Wydawnictwo Lekarskie 2020)

Łukasz Durajski

ZOBACZ



Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

# SKÓRNY SYSTEM IMMUNOLOGICZNY (SIS)

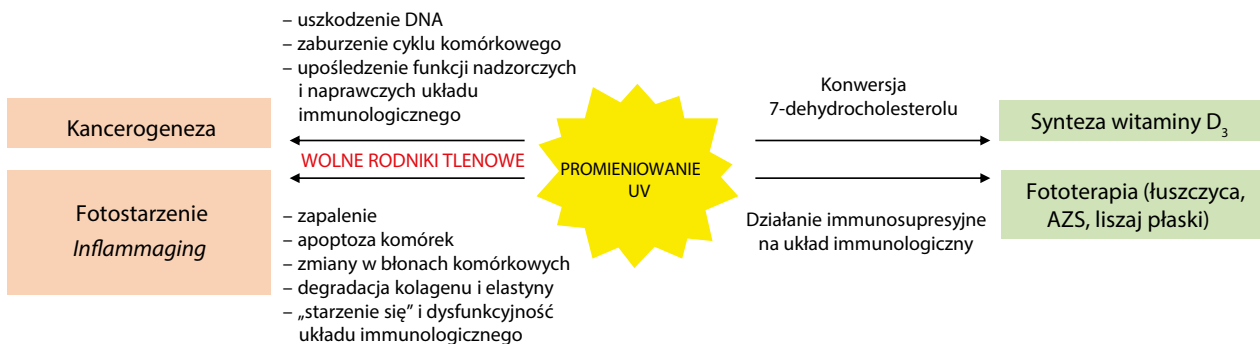
Fragment z książki *Kosmetologia z immunologią skóry* (autorki: Anna Drobnik, Aleksandra Słodka)

## Wpływ promieniowania UV na SIS

Promieniowanie UV może wpływać korzystnie i niekorzystnie na organizm ludzki (ryc. 1). Skutki biologiczne oddziaływania promieniowania UV na organizm człowieka **zależą od natężenia, czasu ekspozycji i długości fali**. W przypadku małej dawki promieniowania UV naprawa uszkodzonych struktur, w tym DNA, dokonuje się w ciągu 24 godzin.

Negatywne skutki oddziaływania UV na poziomie molekularnym i komórkowym zachodzą także wiele godzin po zaprzestaniu ekspozycji na słońce. Dlatego należy sobie uzmysłwić, że nie istnieje całkowicie „zdrowe opalanie”, a produkcja melaniny w skórze pod wpływem promieniowania UV jest reakcją obronną na szkodliwe działanie tego czynnika.

Do pozytywnych efektów promieniowania UV należy jego udział w syntezie witaminy D oraz wykorzystanie promieniowania UV w leczeniu niektórych dermatoz (fototerapia). Z kolei szkodliwe działanie UV związane jest przede wszystkim z upośledzeniem działania komórek skóry, w tym komórek immunokompetentnych. Zarówno sztuczne źródła promieniowania UV (lampy rtęciowe, świetlówki), jak i promieniowanie słoneczne powodują negatywne skutki dla skóry. Przedwczesne starzenie i związane z tym zjawisko *inflammaging*, poparzenia słoneczne, fotodermatozy, zmiany hiperpigmentacyjne i nadmierna suchość to powszechne problemy związane z nadmierną ekspozycją na promieniowanie UV. Zmiany nowotworowe i przednowotworowe, jako bezpośredni skutek kancerogennego działania UV, to coraz częstsze



Rycina 1. Wpływ promieniowania UV na skórę

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

dolegliwości, których rokowanie zależy w dużej mierze od momentu wykrycia stanu chorobowego. Niestety, mogą się także okazać śmiertelne (czerniak złośliwy). Analizując wpływ promieniowania UV na skórny system immunologiczny (SIS), należy zauważyć, że **promieniowanie UV jest jednym z czynników indukujących stan zapalny w skórze** (szczególnie w przypadku długotrwałej i nadmiernej ekspozycji). W skórze pobudzonej promieniowaniem UV stwierdza się nadprodukcję IL-1, IL-4, IL-6, IL-10, IL-33, TNF, PAF, licznych chemokina oraz mediatorów charakterystycznych dla komórek tłuszczowych. Dochodzi także do nadprodukcji wolnych rodników tlenowych w skórze, które są bezpośrednią przyczyną stresu oksydacyjnego i uszkodzeń w strukturze komórkowego DNA. Z badań histopatologicznych wycinków skóry wynika, że **tkanka skórna narażona na przewlekłe działanie promieniowania UV** charakteryzuje się wzmożoną infiltracją granulocytów oraz występowaniem zdegradowanych i zdepozycjonowanych włókien kolagenowych i elastynowych. Neutrofile gromadzą się licznie, aby zneutralizować negatywne skutki promieniowania UV (fagocytoza komórek apoptycznych i resztek tkankowych). Wiadomo również, że funkcje niektórych komórek immunokompetentnych tworzących SIS **zostają upośledzone** w wyniku ekspozycji na promieniowanie UV, szczególnie UVB. Takie **immunosupresyjne działanie** jest wykorzystywane w leczeniu niektórych zapalnych chorób skóry, w tym przede wszystkim łuszczycy, atopowego zapalenia skóry i liszaja płaskiego. W tych schorzeniach nadwrażliwość układu immunologicznego jest główną przyczyną choroby, zatem jego „przyhamowanie” może dawać pozytywne efekty kliniczne. Należy jednak zauważyć, że owo immunosupresyjne działanie na SIS jest **współodpowiedzialne za kancerogenny efekt UV**. Mutagenny wpływ na DNA komórki i jednocześnie „zniesienie” naturalnych zabezpieczeń immunologicznych odpowiedzialnych za niszczenie komórek nowotworowo zmienionych doprowadzają do szybszego i niekontrolowanego rozwoju zmian

nowotworowych. Efekt immunosupresyjny na komórkowe mechanizmy odporności tkanki skórnej ma także odbicie w częstej **reaktywacji zakażenia wirusem opryszczki zwykłej** (*Herpes simplex-1*), do której szczególnie często dochodzi właśnie w okresie letnim. Co ciekawe, promieniowanie UV może być także czynnikiem spustowym do ujawnienia się pewnych chorób autoimmunologicznych (toczeń rumieniowaty układowy i charakterystyczny rumień na twarzy w kształcie motyla, który często jest pierwszym zwiastunem choroby).

Komórkami szczególnie wrażliwymi na działanie UV, głównie UVB, są komórki Langerhansa. Komórki te w swojej cytoplazmie zawierają **ziarna Birbecka**, które pochłaniają promienie UV. Główna funkcja komórek Langerhansa, która polega na rozpoznaniu i prezentacji antygenów limfocytom T, ulega pogorszeniu pod wpływem promieniowania UVB dochodzi do zmian w ekspresji antygenów zgodności tkankowej człowieka (HLA, *human leukocyte antigen*). Immunosupresyjne działanie UV może być także związane z pojawieniem się antygenowo specyficznych **limfocytów Treg** w tkance skórnej poddanej naświetlaniom i ekspozycji na dany antygen. Limfocyty Treg wykazują działanie hamujące odpowiedź immunologiczną głównie poprzez syntezę IL-10. Podobne działanie immunoregulacyjne wykazuje syntezowana pod wpływem UV **witamina D**. Witamina ta dodatkowo stymuluje uwalnianie z komórek skóry białek przeciwdrobnoustrojowych, które także wyciszają odpowiedź immunologiczną. Ważną rolę w immunosupresji związanej z UV przypisuje się  **kwasowi urokainowemu** (UCA, *urocanic acid*). Indukowane promieniowaniem UV izoformy *cis* (*cis*-UCA) tego związku kumulują się w warstwie rogowej naskórki i hamują aktywność niektórych komórek, w tym komórek Langerhansa. Wykazano m.in., że *cis*-UCA aplikowany bezpośrednio na skórę hamuje doświadczalnie wywołaną reakcję nadwrażliwości kontaktowej, co dowodzi jego immunosupresyjnych właściwości. Stosunkowo niedawno odkryto, że powstające w wyniku uszkodzenia komórkowego

## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

DNA **pirymidynowe dimery cyklobutanu** (CPD, *cyclobutane pyrimidine dimer*), oprócz swoich właściwości kancerogennych, mogą się także przyczyniać do **upośledzenia immunologicznych kompetencji komórek skóry**, w tym prezentacji antygenów.

Niektórzy badacze zadają sobie pytanie, **jak promieniowanie UV wpływa na mikroorganizmy bytujące na skórze**, w tym na naturalną mikroflorę skórą. Wiadomo, że skórny mikrobiom tworzą różnorodne drobnoustroje, w tym bakterie, grzyby, wirusy, roztocza. Część z nich ma potencjał chorobotwórczy, który może się ujawnić w chwili zachwiania równowagi ilościowej wewnątrz mikrobiomu. Podobnie jak w przypadku organizmów wyższych, promieniowanie UV indukuje zmiany w materiale genetycznym niektórych mikrobów, ponadto niszczy elementy bakteryjnej ściany komórkowej. *Propionibacterium acnes*, pomimo że zajmuje głębsze warstwy gruczołów łojowych, jest podatne na uszkodzenia wywołane promieniowaniem UV, co może się przyczyniać do zmniejszenia wykwitów trądzikowych w okresie letnim. Podejmuje się nawet próby wykorzystania specjalistycznych lamp UV w leczeniu trądziku pospolitego, AZS, łuszczyca i bielactwa (fototerapia

VPL). Równie wrażliwym mikroorganizmem jest grzyb *Malassezia furfur*, który kolonizuje skórę zdrową, ale ma też potencjał chorobotwórczy. Promieniowanie UV oddziałuje także na gronkowca złocistego: nadmierna kolonizacja tym drobnoustrojem skóry dotkniętej AZS ulega redukcji właśnie pod wpływem UV.

Pomimo opisanego w literaturze wpływu promieniowania UV na poszczególne gatunki mikroorganizmów, nadal słabo poznane są skutki oddziaływania UV na mikrobiom skóry jako na funkcjonalną wspólnotę uczestniczącą w skórnej odpowiedzi immunologicznej.

## PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

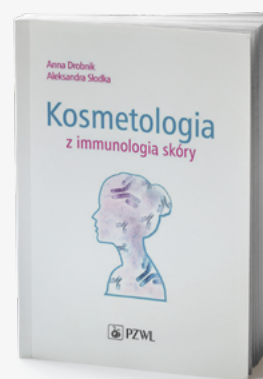
1. Wymień cechy skóry, które warunkują jej udział w obronie przeciwdrobnoustrojowej.
2. Przedstaw keratynocyty jako komórki immunokompetentne.
3. Wymień funkcje mikrobioty skórnej.
4. Wymień etapy rozwoju zapalenia w skórze.
5. Wyjaśnij udział promieniowania UV w procesie kancerogenezy, uwzględniając wpływ promieniowania UV na układ odpornościowy skóry.

### NA PODSTAWIE:

**Kosmetologia z immunologią skóry**  
(PZWL Wydawnictwo Lekarskie 2021)

Anna Drobniak, Aleksandra Słodka

**ZOBACZ**



# Profesjonalny portal poświęcony pielęgniarstwu i położnictwu





Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

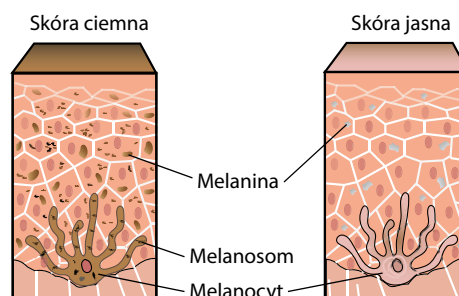
# FIZJOLOGIA I KOMPLEKSOWA TERAPIA PROBLEMÓW SKÓRNYCH

Fragment z książki *Kompleksowa terapia problemów skórnych* (autorka: Agata Zejfer)

## Przebarwienia

Przebarwienia skóry są jednym z najczęściej zgłaszanych problemów w gabinetach kosmetycznych. Pojawiają się w odpowiedzi na czynniki chemiczne, fizyczne, mechaniczne oraz zaburzenia i choroby wewnętrzne.

W rozwój przebarwień zaangażowane są melanocyty. Liczba melanocytów jest porównywalna w różnych grupach etnicznych, a różnice w kolorze skóry zależą głównie od tempa melanogenezy i ilości wytwarzanego barwnika oraz od rodzaju melaniny. Wyróżniamy melaninę w kolorze ciemnym – eumelanina i w kolorach od czerwonego do żółtego – feomelanina. Różnice w kolorze skóry są adaptacyjne i mają związek z ilością promieniowania ultrafioletowego, szerokością geograficzną i związaną z nimi wydajnością syntezy witaminy D<sub>3</sub>. Melanina odkłada się w górnych warstwach naskórka. Nierównomierne rozłożenie barwnika sprawia, że na skórze pojawiają się przebarwienia. Przebarwienia zmieniają wygląd skóry – ze zdrowego i promiennego na szary i smutny.



**Rycina 2.** Różnice między melanocytami osób o jasnej i ciemnej karnacji

## Charakterystyka skóry

Skóra z przebarwieniami cechuje się nierównomiernym kolorytem. Na powierzchni występują plamy, które są wyraźnie odgraniczone od pozostałej części skóry. Kolor przebarwień różni się w zależności od rodzaju zmian i ekspozycji na czynniki sprzyjające produkcji melaniny. Brak szybkiej interwencji i ciągła ekspozycja na słońce sprawiają, że przebarwienia stają się coraz ciemniejsze. W skrajnych warunkach na podłożu zmian barwnikowych może rozwinąć się nowotwór.

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

### Funkcje melaniny

Melanina należy do mechanizmów ochronnych skóry – chroni przed docieraniem promieniowania UV do głębokich partii naskórka i skóry właściwej. Ma to szczególne znaczenie w rozwoju mutacji komórkowych. Brak melaniny (u osób z bielactwem) wiąże się z wysokim ryzykiem mutacji komórek i rozwojem nowotworów. Obok funkcji ochronnych melanina bierze udział w detoksykacji organizmu z metali ciężkich. Pełni funkcję wymiennika jonowego.

### Skala Fitzpatricka

Kolor skóry jest zwykle definiowany przez klasyfikację fototypów Fitzpatricka utworzoną w 1975 roku. Fototypy zostały wyodrębnione na podstawie kwestionariuszy wypełnianych przez osoby, które oceniały swoją wrażliwość na rumień i zdolność opalania odpowiednio 24 godziny i 7 dni po pierwszej, niezabezpieczonej ekspozycji słonecznej na początku lata. Skala Fitzpatricka wyróżnia 6 rodzajów skóry: błądy, jasny, kremowy, jasnobrązowy, brązowy, ciemnobrązowy.

### Rodzaje przebarwień

Przebarwienia różnią się między sobą ze względu na przyczynę powstawania i stopień nasilenia zmian. Określenie rodzaju przebarwień to jeden z istotniejszych celów podczas konsultacji kosmetycznej. Jest to niezbędne w procesie układania *beauty planu*. Rodzaj zmian pigmentacyjnych wpływa na wybór składników aktywnych stosowanych w ramach pielęgnacji domowej oraz rodzaj i częstotliwość zabiegów kosmetycznych.

**Ostuda** – nieregularny kształt, wyraźnie odgraniczone plamy na górnej wardze, nosie, policzkach, brodzie. Symetria ognisk sprawia, że wygląd twarzy przypomina maskę. Ostuda pojawia się w odpowiedzi na wahania hormonalne u kobiet w ciąży, kobiet przyjmujących środki antykoncepcyjne i osób leczonych z pomocą glikokortykosteroidów. Wyróżniamy dwie

odmiany ostudy: położoną płycej – naskórkową i ostudę z komponentą naczyniową, położoną pod naskórkiem. W lampie Wooda ostuda naskórkowa świeci się w ciemnym kolorze, a skórna – jasnym.

**Plamy soczewicowate** – występują zarówno na miejscach ekspozowanych na słońce (skóra twarzy, grzbiety dłoni, przedramiona), jak i w miejscach nienarażonych na promieniowanie UV. Plamy soczewicowate najczęściej są dużych rozmiarów i są ostro odgraniczone od skóry zdrowej.

**Przebarwienia miejscowe** – zmiany spowodowane przez czynniki chemiczne, fizyczne, mechaniczne, powstałe w wyniku stanów zapalnych lub braku równowagi w poziomie witamin i mikroelementów. Do przebarwień miejscowych należą:

- ▶ **Przebarwienia posłoneczne** – związane z ekspozycją na słońce i wpływem promieniowania UV na skórę.
- ▶ **Przebarwienia pozapalne** (PIH, *postinflammatory hyperpigmentation*) – powstają na skutek zwiększonej syntezy melaniny, która jest produkowana w odpowiedzi na uraz skóry. Przebarwienia pozapalne często towarzyszą skórze trądzikowej.
- ▶ **Piegi** – dziedziczne zaburzenie autosomalne dominujące. Piegi są związane z intensywniejszym wytwarzaniem melaniny przez zdrowe melanocyty.

### Aspekt praktyczny

*Pomocnym narzędziem w ocenie rodzaju przebarwień i postępowaniu terapii zabiegowej jest lampa Wooda. Pod wpływem światła nadfioletowego problemy skórne zmieniają swój kolor. W lampie Wooda przebarwienia świecą na kolor brązowy, szarobrązowy.*

### Fizjologia i patofizjologia

Melanocyty naskórka znajdują się w warstwie podstawnej naskórka na styku naskórka i skóry właściwej. Za pomocą melanosomów dystrybuują barwnik do górnych warstw komórek. Proces produkcji barwnika nazywany jest melanogenezą.

## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

### Rozkład barwnika w naskórku:

- › warstwa podstawna – melanocyty (1% wszystkich komórek),
- › warstwa kolczysta – melanosomy,
- › warstwa ziarnista – melanosomy/uwolniona melanina,
- › warstwa rogowa – uwolniona melanina.

Czynniki wydzielnicze i mechanizmy adhezji komórek wpływają na pigmentację skóry, ich zaburzenia mogą przyczynić się do rozwoju zmian hiperpigmentacyjnych lub hipopigmentacyjnych (odbarwień).

Mimo iż pigmentacja skóry w największym stopniu zależy od melanocytów, komórki otaczające je również mają wpływ na kolor skóry. Keratynocyty i fibroblasty oraz białka macierzy zewnątrzkomórkowej wpływają na homeodynamikę melanocytów.

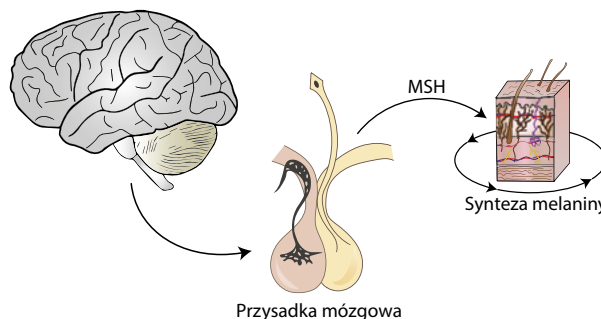
### Przyczyny

Przyczyny przebarwień możemy podzielić na dwie kategorie: przyczyny egzogenne, do których należy promieniowanie UV, będące najsilniejszym bodźcem dla melanocytów i przyczyny endogenne. Praktyka pokazuje, że u wielu klientów oba rodzaje przyczyn nakładają się.

#### Czynniki implikującymi przebarwienia są:

- › predyspozycje genetyczne,
- › zmiany w/na skórze:
  - uszkodzenia skóry – w wyniku uszkodzeń mechanicznych, fizycznych lub chemicznych pogorszeniu ulegają funkcje ochronne skóry. Aby to zrekompensować, melanocyty produkują większą ilość melaniny;
- › stan zdrowia:
  - choroby i zaburzenia hormonalne: – melanokortykotropina (MSH) – synteza melaniny w melanocytach jest regulowana głównie przez hormon stymulujący MSH. Hormon MSH wydzielany jest lokalnie przez keratynocyty w odpowiedzi na ekspozycję słoneczną i promieniowanie UV oraz centralnie przez przednią

przysadkę mózgową. Związanie MSH z receptorem melanokortyny 1 (*MC1R*), receptorem sprzężonym z białkiem G (GPCR) prowadzi do wzrostu cAMP (cykliczny adenozylo- 3',5'-monofosforan). Skutkiem wzrostu cAMP jest ekspresja genów niezbędnych do syntezy melaniny. Do wzrostu produkcji MSH przez przysadkę mózgową dochodzi w zaburzeniach hormonalnych. Do rozwoju przebarwień bezpośrednio lub pośrednio mogą przyczynić się hormony androgenowe, estrogeny, gestageny, hormony tarczycy i inne. Ponieważ u kobiet w ciąży i kobiet przyjmujących środki antykoncepcyjne ryzyko rozwoju przebarwień jest większe, szczególną uwagę poświęca się wpływowi estrogenów i progesteronu;



Rycina 3. Wpływ hormonu MSH na pigmentację skóry

- › zaburzenia funkcji wątroby – hormony magazynowane są w wątrobie, w hepatocytach. Gdy funkcje wątroby zostaną zaburzone (w wyniku chorób, zażywanych leków, diety), hepatocyty mogą uwolnić hormony do krwiobiegu. Tą drogą docierają do przysadki mózgowej (która odpowiada za produkcję MSH) i do melanocytów. W efekcie dochodzi do nadprodukcji melaniny i rozwoju przebarwień,
- › niedobory/nadmiar mikroelementów niezbędnych dla prawidłowego przebiegu melanogenezy. Pierwiastkami zaangażowanymi w melanogenezę są:
  - cynk,
  - selen,
  - siarka,

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

- magnez,
  - miedź,
  - żelazo;
- › leki: antybiotyki, leki przeciwdepresyjne, przeciwpadaczkowe, przeciwdrgawkowe, glikokortykosteroidy, środki antykoncepcyjne;
- › środowisko:
- promieniowanie UVA i UVB – promieniowanie UV jest głównym czynnikiem środowiskowym wpływającym na pigmentację skóry. W wyniku ekspozycji na promieniowanie UV następuje nasilenie melanogenezy i redystrybucja barwnika do keratynocytów. Melanina odkłada się w górnych warstwach naskórka i nadaje kolor. U podstaw tego mechanizmu stoi reakcja zapalna. W odpowiedzi na ekspozycję słoneczną, w keratynocytach uwalniane jest białko p53, które stanowi sygnał do syntezy melaniny. W skórze nasłonecznionej wzrasta ilość hormonu wpływającego na melanocyty – MSH;
- › tryb życia:
- zaburzenia rytmu okołodobowego, zbyt mała ilość snu – w nocy produkowana jest melatonina, która posiada silne właściwości naprawcze. Neutralizując wolne rodniki, zmniejsza rozwój przebarwień. Brak lub zbyt mała ilość snu sprawiają, że melatonina przestaje działać ochronnie na skórę,
  - przewlekły stres i zaburzenia zdrowia psychicznego. Wzrost kortyzolu, do którego dochodzi pod wpływem stresu pozytywnie koreluje ze wzrostem adrenokortykotropiny (ACTH). Obecność ACTH w organizmie jest sygnałem do uwolnienia hormonu stymulującego melanocyty – MSH.

### Aspekt praktyczny

Miedź jest składnikiem tyrozynazy – enzymu, który bierze udział w produkcji melaniny. Do gromadzenia się miedzi w organellach komórkowych dochodzi w wyniku stresu oksydacyjnego i diety. U klientów z nawracającymi przebarwieniami, należy

zwrócić uwagę na sposób odżywiania. Źródłem miedzi w organizmie mogą być produkty przetworzone i obciążone metalami ciężkimi (np. ryby morskie). Ich obecność w diecie może przyczyniać się do rozwoju przebarwień.

### Kompleksowa terapia skóry

Przebarwienia powstają na skutek zaburzeń homeodynamiki melanocytów. Coraz częściej występujące zaburzenia hormonalne, stany zapalne i związane z nimi zmiany pozapalne, jak również ekspozycja na promieniowanie UV sprawiają, że przebarwienia dotyczą coraz szerszej grupy klientów. To jeden z najczęściej zgłaszanych problemów w gabinetach kosmetycznych.

Kompleksowa terapia skóry z przebarwieniami wymaga różnorodnych działań – od przeciwzapalnego, przez naprawę uszkodzeń komórkowych i neutralizację wolnych rodników, po usunięcie wyprodukowanej już melaniny. Zabiegi, pielęgnacja domowa i suplementacja powinny być tak dobrane, aby nie tylko fizycznie usunąć melanicę, ale i przywrócić właściwą homeodynamikę melanocytów. Podczas układania *beauty planu*, kosmetyk powinien pamiętać o tym, że melanina należy do naturalnych mechanizmów obronnych skóry. Częste stany zapalne (inwazyjne zabiegi kosmetyczne) mogą doprowadzić do nawrotu przebarwień. U pacjentów, u których przyczyną zmian pigmentacyjnych są choroby przewlekłe i/lub leczenie za pomocą środków nasilających produkcję melaniny, stosuje się indywidualne protokoły. Nadal podstawą terapii jest wzmocnienie funkcji ochronnych skóry, działanie przeciwzapalne i antyoksydacyjne, ale rezygnuje się lub znacząco ogranicza zabiegi przebiegające z procesem złuszczenia.

O powodzeniu terapii redukującej ilość i nasilenie przebarwień decyduje moment zgłoszenia się do gabinetu oraz obustronna współpraca – zaangażowanie kosmetyka i klienta. Przebarwienia są problemem trudnym do usunięcia, a bez kompleksowej terapii niemożliwym.

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

### Przykładowy schemat terapii dla skóry z przebarwieniami

Choć zmiany pigmentacyjne różnią się między sobą, to kierunek terapii może być podobny. Na rodzaj i częstotliwość podejmowanych działań ma wpływ pora roku. W okresie letnim, gdy intensywność promieniowania UV jest największa, rezygnuje się z zabiegów, które stymulują odnowę komórkową i przebiegają z procesem złuszczenia. Najważniejszym zadaniem letniej pielęgnacji skóry jest wzmocnienie naturalnych mechanizmów antyoksydacyjnych i zminimalizowanie wpływu promieniowania ultrafioletowego na skórę. W tym celu w gabinecie stosuje się zabiegi o działaniu antyoksydacyjnym i regenerującym. Podobnie wygląda pielęgnacja domowa. Składniki antyoksydacyjne w postaci suplementów diety warto wprowadzić na 2–3 miesiące przed okresem letnim. Dzięki temu antyoksydanty mają szansę dotrzeć i zadziałać w obszarze skóry.

Okres jesieni to czas na wprowadzenie zabiegów stymulujących odnowę komórkową. Ich celem jest usunięcie nagromadzonej melaniny. Pod wpływem złuszczenia kolor skóry stopniowo staje się jaśniejszy. Zabiegi, które stymulują odnowę komórkową, powinny być wykonywane na zmianę z zabiegami o działaniu nawilżającym, odżywczym/regenerującym i przeciwzapalnym. Składniki aktywne w kosmetykach do pielęgnacji domowej i suplementach diety powinny uzupełniać działanie zabiegów. Najczęściej stosuje się składniki, które przyspieszają regenerację skóry i prowadzą do odnowy bariery skórnej.

Melanocyty zwiększają syntezę melaniny nie tylko w okresie letnim, lecz także wtedy, gdy skóra jest ekspozycja na inne czynniki, mogące stanowić dla niej zagrożenie. Brak odpowiedniej pielęgnacji w okresie zimowym może nasilić hiperpigmentację. Głównym celem terapii skóry z przebarwieniami w okresie zimowym jest poprawa jakości bariery skórnej i, jeśli pozwolą na to warunki atmosferyczne, kontynuacja zabiegów wykonywanych jesienią. Zmianie ulec może

częstotliwość spotkań lub stężenie składników aktywnych (najczęściej kwasów). Kosmetyki do pielęgnacji domowej i suplementy diety mogą pozostać takie same jak w okresie jesiennym.

Wiosna to czas na przygotowanie skóry do radzenia sobie z promieniowaniem ultrafioletowym. W tym celu stosuje się składniki, które kompleksowo wzmacniają skórę. Stopniowo rezygnuje się z zabiegów przebiegających z procesem złuszczenia, na korzyść zabiegów antyoksydacyjnych. Nadal bazą pielęgnacji jest działanie nawilżające i odżywcze/regenerujące. Poprzez podaż odpowiednich składników skóra ulega wzmocnieniu. W okresie wiosennym warto wprowadzić suplementy diety ze składnikami o działaniu antyoksydacyjnym.

### Cele w terapii kosmetycznej

Złożona etiologia zmian pigmentacyjnych wymaga wielotorowego działania. Rozjaśnienie zmian pigmentacyjnych i ujednoczenie kolorytu skóry jest możliwe, gdy ustąpią stany zapalne, przywrócone zostaną funkcje ochronne skóry i spadnie aktywność tyrozyminy oraz tempo melanogenezy.

#### Cele w terapii skóry z przebarwieniami:

- › działanie antyoksydacyjne,
- › działanie przeciwzapalne,
- › działanie hamujące tyrozinazę,
- › działanie powierzchniowo rozjaśniające,
- › odbudowa bariery skórnej.

### Diagnostyka laboratoryjna

Diagnostyka laboratoryjna w terapii skóry z przebarwieniami ma na celu wyeliminowanie lub ograniczenie czynników, które nasilają produkcję melaniny. Ma to kluczowe znaczenie wśród klientów, u których problem przebarwień regularnie powraca. Bez analizy badań laboratoryjnych efekty zabiegów mogą okazać się krótkoterminowe. Parametrami, które warto jest

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

poddać analizie, są hormony, parametry związane z funkcją wątroby, i mikroelementy zaangażowane w proces melanogenezy.

### **Dodatkowe badania w terapii skóry z przebarwieniami:**

- › hormon MSH,
- ›  $\beta$ -karoten.

### **Pielęgnacja kosmetyczna**

Melanocyty zlokalizowane są w warstwie podstawnej naskórka, do której nie dociera większość kosmetyków do pielęgnacji domowej. Kosmetyki do pielęgnacji domowej stosowane samodzielnie bez zabiegów kosmetycznych nie są w stanie zredukować przebarwień. Pierwszym celem pielęgnacji domowej w terapii skóry z przebarwieniami jest wzmocnienie funkcji ochronnych skóry. Odbywa się to za pomocą substancji o działaniu antyoksydacyjnym i substancji odbudowujących barierę skórą, tj. składników z kategorii nawilżających, odżywczych i regenerujących. Drugim celem kosmetyków stosowanych w domu jest redukcja stanów zapalnych, które wtórnie nasilają melanogenezę. Ostatnim celem pielęgnacji domowej jest redukcja nagromadzonej w górnych warstwach naskórka melaniny. Odbywa się to za pomocą kwasów chemicznych i retinoidów.

### **Składniki aktywne w pielęgnacji skóry z przebarwieniami:**

- › składniki antyoksydacyjne,
- › składniki o działaniu nawilżające,
- › składniki o działaniu odżywczym/regenerującym,
- › składniki przeciwzapalne,
- › składniki powierzchniowo rozjaśniające.

### **Najczęściej występujące składniki aktywne w kosmetykach do skóry z przebarwieniami:**

- › kwas azelainowy,
- › kwas ferulowy,
- › kwas migdałowy,

- › retinoidy,
- › witamina C.

### **Aspekt praktyczny**

*Aktywność tyrozynazy spada w środowisku kwaśnym. Miejscowe zakwaszenie skóry może przyczynić się do rozjaśnienia zmian barwnikowych. W celu zmiany pH skóry w pielęgnacji kosmetycznej stosuje się kwasy i witaminę C. Wymienione składniki powinny znaleźć się w produktach do codziennej pielęgnacji skóry, czyli środkach do mycia, płynach złuszczających, kremach lub maskach.*

Klienci z hiperpigmentacjami powinni włączyć do codziennej pielęgnacji produkty działające antyoksydacyjne, przeciwzapalne, powierzchniowo rozjaśniające i produkty wzmacniające barierę skórą. Na stałe warto wprowadzić produkt z kwasem (tonik, płatki z kwasem), który obniża pH skóry i tym samym hamuje aktywność tyrozynazy. W pielęgnacji porannej, przez cały rok, powinien znaleźć się krem z SPF 50.

### **Przykładowe kosmetyki dla skóry z przebarwieniami:**

- › łagodny środek myjący,
- › tonik/płatki z kwasem, które obniżają pH skóry (kwas azelainowy, migdałowy, salicylowy),
- › krem/serum/maska o działaniu:
  - antyoksydacyjnym,
  - nawilżającym,
  - odżywczym/regenerującym,
  - powierzchniowo rozjaśniającym,
  - przeciwzapalnym;
- › krem z ochroną przeciwsłoneczną SPF 50,
- › peeling enzymatyczny lub kwasowy.

### **Aspekt praktyczny**

*U klientów ze zmianami hiperpigmentacyjnymi nawet niewielkie ilości promieniowania ultrafioletowego mogą nasilić rozwój przebarwień. Z tego względu niezbędnym elementem pielęgnacji domowej jest krem z SPF 50. Powinien być*

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

*stosowany niezależnie od pory roku. Wysoka fotoprotekcja w połączeniu z kosmetykiem o działaniu antyoksydacyjnym zmniejsza ryzyko rozwoju zmian barwnikowych.*

### Zabiegi kosmetyczne

Skuteczna terapia skóry z przebarwieniami nie jest możliwa bez uwzględniania procedur zabiegowych, które działają na poziomie warstwy podstawnej naskórka – lokalizacji melanocytów. Planując zabiegi kosmetyczne, specjalista powinien uwzględnić składniki aktywne, które hamują aktywność tyrozynazy, działają antyoksydacyjnie i przeciwzapalnie oraz wspomagają odnowę komórkową.

W procesie odnowy komórkowej złuszczeniu ulegają komórki naskórka wraz z wyprodukowaną wcześniej melanimą. Zbyt częste lub nieodpowiednie stosowanie zabiegów przebiegających z procesem złuszczenia może nasilić problem przebarwień. Pod wpływem złuszczenia osłabieniu ulega bariera skórna, w odpowiedzi na co melanocyty mogą zwiększyć produkcję melanimy. Pojawia się wówczas mechanizm błędnego koła. Po kilku dniach od zabiegu kolor skóry rozjaśnia się, a następnie znów pojawiają się zmiany barwnikowe.

#### Aspekt praktyczny

*Przed zastosowaniem profesjonalnych zabiegów należy rozpoznać i ograniczyć lub całkowicie wyeliminować źródło przebarwień. Zabiegi wprowadzone bez podjęcia tych działań przyniosą efekty krótkoterminowe.*

Terapia zabiegowa dla skóry z przebarwieniami powinna być dobierana indywidualnie. Na wybór zabiegów składają się rodzaj i głębokość zmian, przyczyny hiperpigmentacji, stan zdrowia i tryb życia klienta oraz pora roku i intensywność promieniowania UV.

W praktyce u różnych klientów stosowane procedury zabiegów mogą wyglądać inaczej. W przypadku klientów z toczącym się stanem zapalnym podstawą terapii są zabiegi przeciwzapalne. Klientom z cienkim naskórkiem i teleangiektazjami proponuje się zabiegi prowadzące do

odbudowy naskórka. Zdrowy naskórek i stosunkowo gruba bariera skórna sprawiają, że potrzeba syntezy melanimy się zmniejsza. Z kolei wśród klientów zdrowych, z przebarwieniami pozapalnymi, spowodowanymi m.in. trądzikiem, sprawdzą się zabiegi przyspieszające odnowę komórkową.

#### Zabiegi dla skóry z przebarwieniami:

- › antyoksydacyjne,
- › hamujące tyrozynazę,
- › przeciwzapalne,
- › stymulujące odnowę komórkową.

#### Aspekt praktyczny

*Powszechną praktyką w rozwiązywaniu problemu przebarwień jest stosowanie zabiegów, które przebiegają z intensywnym procesem złuszczenia naskórka. Należą do nich głębokie peelingi chemiczne. Należy pamiętać, że tego typu zabiegi wiążą się ze stanem zapalnym, który wtórnie może indukować syntezę melanimy. Zabiegi kosmetyczne stosowane w terapii przebarwień powinny być dobierane z dużą ostrożnością i działać kompleksowo na wszystkie struktury naskórka, nie tylko na nagromadzoną melanimę.*

#### Najpopularniejsze zabiegi dla skóry z przebarwieniami:

- › peelingi chemiczne:
  - azelainowy,
  - glikolowy,
  - kojowy,
  - pirogronowy,
  - traneksamowy,
  - trojchlorooctowy,
- › retinoidy: zabiegi z witaminą C.

#### Zabiegi z wykorzystaniem aparatury dla skóry z przebarwieniami:

- › lasery:
  - aleksandrytowy,
  - Nd:YAG (neodymowo-yagowy),
  - rubinowy;

## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

- › mikrodermabrazja,
- › światło pulsacyjne IPL,
- › lampa LED – światło zielone.

### Suplementacja

Miejscem działania suplementów diety w terapii przebarwień są melanocyty i keratynocyty. Poprzez zabarwienie keratynocytów zmniejsza się potrzeba syntezy melaniny. W terapii przebarwień suplementacja ma kluczowe znaczenie w okresie intensywnego nasłonecznienia. Aby wzmocnić ochronę przed promieniowaniem UV, stosuje się suplementy o działaniu antyoksydacyjnym, które działając od środka, zmniejszają ilość wolnych rodników. To z kolei wiąże się z mniejszą ilością przebarwień. Suplementy z antyoksydantami warto wprowadzić na kilka tygodni przed okresem intensywnego nasłonecznienia. Dzięki temu mają one szansę na dotarcie i utrzymanie się w obszarze skóry. W terapii skóry z hiperpigmentacjami kosmetolog wybiera suplementy diety, które zmniejszą stan zapalny, zwiększają ochronę przed wpływem wolnych rodników działających na skórę z zewnątrz i wewnątrz. W komórce eukariotycznej

wolne rodniki produkowane są w mitochondriach.

### Suplementy diety w terapii przebarwień:

- › o działaniu antyoksydacyjnym,
- › o działaniu przeciwzapalnym,
- › wspomagające metabolizm komórkowy.

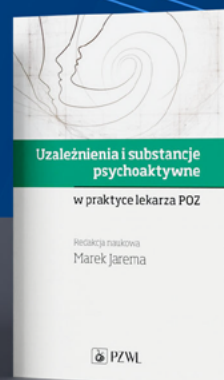
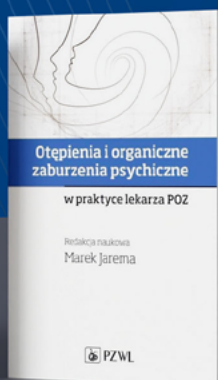
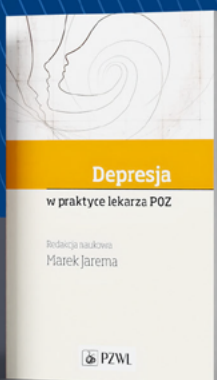
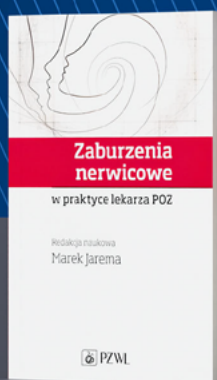
### Najczęściej występujące składniki aktywne w suplementach diety dla skóry z przebarwieniami:

- › koenzym Q10,
- › kurkumina,
- › witamina C,
- › witamina E.

### Aspekt praktyczny

*Suplementacja antyoksydantów u osób z tendencją do pojawienia się zmian barwnikowych powinna zostać wprowadzona jeszcze przed okresem intensywnego nasłonecznienia. Włączenie antyoksydantów przed wakacjami pozytywnie wpływa na skórę. Wysycenie skóry antyoksydantami, zwiększa ochronę przed*

## O psychiatrii dla lekarzy POZ



Sprawdź →



## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

wolnymi rodnikami pochodzącymi z promieniowania UV, zmniejszając tym samym ryzyko powstania przebarwień.

### Pozostałe suplementy diety w terapii przebarwień:

#### › zmiana barwy naskórka:

- karotenoidy – są prekursorami witaminy A. Należą do nich m.in.: likopen,  $\alpha$ - i  $\beta$ -karoten, astaksantyna, luteina i zeaksantyna.  $\beta$ -Karoten stosowany doustnie zmienia kolor skóry i tym samym zmniejsza potrzebę produkcji melaniny. Dodatkowo karotenoidy wykazują działanie antyoksydacyjne, chronią przed wolnymi rodnikami;

#### › działanie rozjaśniające:

- soja – zawiera inhibitor proteazy serynowej (sojowy inhibitor trypsyny), który hamuje transfer melanosomów do komórek naskórka. Z drugiej strony w soi obecne są fitoestrogeny, które mogą nasilić proces melanogenezy.

Wprowadzenie suplementów z soją powinno być poprzedzone dokładnym wywiadem i oceną kondycji skóry. Jeśli przyczyną zmian są zaburzenia hormonalne – dominacja estrogenów, należy wybrać inny rodzaj składnika,

- sylimaryna – poprzez wsparcie wątroby, stabilizuje gospodarkę hormonalną i zmniejsza tendencję do rozwoju przebarwień na podłożu zaburzeń hormonalnych,
- mikroelementy zaangażowane w proces melanogenezy – wybór rodzaju substancji powinien być poprzedzony diagnostyką laboratoryjną. Optymalne stężenie mikroelementów w komórkach barwinkowych reguluje proces melanogenezy,

- selen,
- siarka,
- magnez,
- miedź,
- żelazo.

### 📖 NA PODSTAWIE:

**Kompleksowa terapia problemów skórnych**  
(PZWL Wydawnictwo Lekarskie 2022)

Agata Zejfer

ZOBACZ



Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

# ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY - RÓŻNICOWANIE Z ŁOJOTOKOWYM ZAPALENIEM SKÓRY I LECZENIE

Artykuł z Analizy Przypadków Pediatria nr 4/2021 (red. nauk. Teresa Jackowska)

 **AUTORZY:**

Dorota Żuñowska, Adam J. Sybilski

42

## WSTĘP

Atopowe zapalenie skóry (AZS) to najczęstsza choroba zapalna skóry u dzieci, jej częstość wśród populacji dziecięcej szacuje się na około 15–20% pacjentów. Pierwsze objawy pojawiają się najczęściej między 3. miesiącem a 5. rokiem życia. U znacznej większości pacjentów objawy ulegają osłabieniu wraz z wiekiem, ich największe natężenie przypada na lata dziecięce, co świadczy o tym, że prawdopodobnie każdy pediatra, nawet niespecjalizujący się w leczeniu chorób skóry, zetknie się z kwestią rozpoznania AZS u dziecka. Kwestią problematyczną jest fakt, iż mimo wysokiej rozpoznawalności tej jednostki chorobowej, wciąż duży problem sprawia jej różnicowanie z innymi stanami zapalnymi skóry. Jedną z najczęstszych jednostek chorobowych sprawiających trudność w różnicowaniu z AZS jest łojotokowe zapalenie skóry (ŁZS).

## OPIS PRZYPADKU

Półtoraroczny chłopiec został skierowany z powodu zmian skórnych o charakterze rumieniowo-żółtaczającym, z towarzyszącym silnym świądem (liczne pryzosy na twarzy, owłosionej skórze głowy, kończynach dolnych), dodatkowo na owłosionej skórze głowy i na twarzy zmiany sączące, z miodowobrunatną łuską (ryc. 1-3). W trakcie hospitalizacji rozpoznano AZS z towarzyszącym ŁZS. Zastosowano miejscowe leczenie glikokortykosterydami i inhibitorami kalcyneuryny na zmiany atopowe oraz TannoHermal na nasilone zmiany łojotokowe. Po intensywnym 8-dniowym leczeniu uzyskano poprawę stanu skóry. Z uwagi na nasilony świąd chłopiec otrzymywał leki przeciwhistaminowe I i II generacji z zadowalającym efektem. Przy wypisie zalecono kontynuację pielęgnacji skóry.

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetkiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

### DEFINICJA I ETIOLOGIA

AZS to jedna z najczęstszych chorób przewlekłych, która może dotyczyć do 20% populacji dziecięcej. Przebiega z okresami zaostrzeń i remisji, jej głównym objawem jest uporczywy świąd oraz lichenizacja skóry, tj. wzmożone pogrubienie poletkowania i szorstkości skóry na tle przewlekłego stanu zapalnego.

Etiologia choroby jest wieloczynnikowa. Pomimo nazwy zaledwie połowa dzieci wykazuje cechy atopii. Dlatego tak istotne jest traktowanie AZS jako, przede wszystkim, choroby skóry. Znaczącą rolę w rozwoju AZS odgrywa predyspozycja genetyczna. Kluczowe znaczenie w patogenezie mają zaburzenia bariery naskórkowej. Konsekwencjami tego są: nadmierna przeskórna utrata wody (TEWL; nawet czterokrotnie), suchość skóry, obniżony próg świądowy, nadwrażliwość skóry, skłonność do zapalenia, zwiększona penetracja alergenów i czynników drażniących.

Udowodniono, że na częstość AZS mają wpływ czynniki środowiskowe. W miastach o dużym stopniu zanieczyszczenia środowiska, a także w rodzinach, w których pali się tytoń, zauważa się znacznie częstsze występowanie AZS u dzieci. Również brak karmienia piersią, krótkie karmienie lub późne rozszerzanie diety korelują z większą rozpoznawalnością AZS.

### DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA AZS I ŁZS

Prawidłowa diagnoza, a co za tym idzie podjęcie właściwych metod leczenia, zaczyna się od przeprowadzenia diagnostyki różnicowej. Istnieje grupa dermatoz, które dają bardzo podobny obraz kliniczny, ale różnią się pewnymi szczegółami. Z punktu widzenia praktyki lekarza kluczem do efektywnego leczenia jest znajomość tych różnic. Rozpoznanie i różnicowanie bazują na stwierdzeniu konstelacji objawów podmiotowych i przedmiotowych, z wyraźnym podkreśleniem świądu jako koronnego objawu AZS. Brak specyficznych badań laboratoryjnych i cech histopatologicznych AZS, zatem rozpoznanie stawiamy wyłącznie na podstawie objawów klinicznych.



Rycina 4. AZS z towarzyszącym ŁZS na skórze twarzy (zbiory własne Kliniki Chorób Dziecięcych i Noworodkowych MSWiA)



Rycina 5. AZS z towarzyszącym ŁZS na skórze owłosionej głowy (zbiory własne Kliniki Chorób Dziecięcych i Noworodkowych MSWiA)



Rycina 6. AZS na kończynach dolnych (zbiory własne Kliniki Chorób Dziecięcych i Noworodkowych MSWiA)

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

W różnicowaniu jedną z najczęściej mylonych jednostek chorobowych, szczególnie u najmłodszych dzieci, jest łojotokowe zapalenie skóry. Obraz morfologiczny zmian w obu dermatozach jest dość zbliżony, występują zmiany złuszczone na rumieniowym podłożu. W różnicowaniu należy zwrócić uwagę na kilka istotnych szczegółów. ŁZS jest stanem zapalnym skóry wywołanym przez podwyższony poziom androgenów, które są przekazywane przez łożysko w okresie płodowym. Androgeny zanim zostaną rozłożone, pozostają w krążeniu dziecka do kilku miesięcy, przyczyniając się do zwiększonej produkcji łoju i powstawania zmian zapalnych, a więc ŁZS objawia się zazwyczaj wcześniej niż AZS, zwykle przed ukończeniem 3. miesiąca życia, najczęściej w pierwszych tygodniach (między 2. a 10. tygodniem). W późniejszym okresie życia ponownie zmiany występują dość często w okresie pokwitania, podczas zwiększonej produkcji hormonów płciowych. Poza etiologią hormonalną, czynnikiem przyczyniającym się do powstania ŁZS jest kolonizacja skóry przez drożdżaki – *Malassezia furfur* oraz *Candida albicans*. Drożdżaki najłatwiej namnażają się w miejscach ciepłych i wilgotnych, a więc lokalizacjach z dużą ilością gruczołów łojowych.

Dlatego charakterystyczne dla ŁZS lokalizacje to: owłosiona skóra głowy (przybiera postać ciemieniuchy), okolice brwi, fałdy nosowo-wargowe, okolice pach, pachwin oraz krocza, rzadko kończyny. W AZS zmiany też występują na twarzy, jednak u małych dzieci najczęściej lokalizują się na policzkach i brodzie, wyprostnych częściach kończyn oraz tułowiu, w późniejszym wieku zmiany przechodzą na zgięcia łokci oraz kolan, skórę karku, grzbiety dłoni i stóp.

Zmiany prawie nigdy nie pojawiają się w wilgotnej okolicy pieluszkowej czy okolicy pach, a więc dla AZS, w przeciwieństwie do ŁZS, charakterystyczne będzie obejmowanie suchych partii ciała. Uporczywy świąd, tak typowy dla AZS, prowadzi do powstania na zmienionej chorobowo skórze licznych przeczosów i nadżerek, spowodowanych intensywnym drapaniem, których z reguły brak w obrazie klinicznym ŁZS, gdzie świąd jest

niewielki. Charakterystyczną cechą morfologiczną ŁZS jest obecność zmian rumieniowo-wysiękowych pokrytych tłustymi, żółtawymi łuskami. Włosy na głowie mogą być zbite i splątane, tworząc „czepiec niemowlęcy”. Na skórze gładkiej zmiany przyjmują postać drobnych grudek na rumieniowym podłożu pokrytych żółtą łuską. Na szyi zmiany mają kształt obrączki, morfologią przypominając zakażenia grzybicze. W okolicy pieluszkowej wykwyty to zmiany rumieniowe, z reguły zlewające się razem. W AZS zmiany rumieniowe mogą być pokryte białymi, drobnopłatowymi łuskami, przy intensywnym świądzie towarzyszą im przeczosy i nadżerki. Z powodu nasilonego świądu dzieci z AZS z reguły są drażliwe, przy ŁZS dziecko zazwyczaj jest spokojne i pogodne. Czynnikiem często przypadkowo różnicującym obie te choroby jest zastosowana terapia – w AZS to reżim emolientowy (stałe natłuszczenie i nawilżanie skóry), mokre opatrunki, w ŁZS zastosowanie terapii regulującej wydzielanie łoju (preparaty zawierające tlenek cynku – „biała papka”). Jeśli zmiany uległy zaostrzeniu po zastosowaniu emolientów, bardzo prawdopodobne, że dziecko cierpi na ŁZS. Ponadto w różnicowaniu bardzo ważny jest wywiad: w AZS cztery kryteria główne oraz kilkanaście mniejszych nie pokrywają się z łojotokowym zapaleniem skóry. Zbiorczo diagnostykę różnicową przedstawiono w tabeli 1.

## LECZENIE AZS

Ze względu na charakterystykę objawów, AZS może istotnie przyczynić się do obniżenia jakości życia małych pacjentów i ich rodzin. Wiodący świąd może wpływać na zaburzenia nastroju, brak akceptacji czy izolację społeczną. Dlatego ważne jest, aby najszybciej jak to możliwe udać się do specjalisty, który po ustaleniu właściwej diagnozy odpowiednio wcześniej będzie mógł zastosować leczenie oraz wdrożyć odpowiednią profilaktykę.

Podstawą leczenia jest połączenie codziennej terapii emolientowej, przywracającej prawidłowe funkcjonowanie bariery naskórkowej, stosowanie odpowiedniej

## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

TABELA 1. Diagnostyka różnicowa AZS i ŁZS

	AZS	ŁZS
Czas występowania	zwykle > 3. m.ż.	zwykle < 3. m.ż.
Charakterystyczne lokalizacje	policzki, broda, tułów, kończyny, okolica pieluszkowa wolna od zmian skórnych	owłosiona skóra głowy, brwi, fałdy nosowo-wargowe, okolica pieluszkowa, okolice pach
Świąd	silny	niewielki
Wykwity	zmiany rumieniowo-wysiękowe, pęcherzyki, grudki, pokryte białymi, drobnopłatkowymi łuskami	plamy rumieniowe pokryte żółtymi, grubopłatkowymi łuskami
Skóra	sucha	przełuszczone
Komponenta genetyczna	duża	niewielka
Leczenie	natłuszczenie	„wysuszanie” zmian
Reakcja na emolienty	dobra	zła
Stan ogólny dziecka	drażliwe	spokojne
Rokowanie	przewlekły, nawrotowy przebieg	zmiany ustępujące po kilku tygodniach

profilaktyki zmniejszającej ryzyko nawrotu oraz w okresie zaostrzeń odpowiednia terapia miejscowa. Gdy wszystkie powyższe metody nie osiągają sukcesu terapeutycznego, można rozważyć dołączenie fototerapii lub leczenie systemowe.

### Emolienty

Należy stosować stale, nawet jeśli na skórze nie występują aktywne zmiany zapalne. Emolienty zwiększają nawilżenie skóry, działają okluzyjnie, ale także przeciwswiądowo. Każda kąpiel zwiększa przelnaskórkową utratę wody przez powierzchnię skóry, dlatego u dziecka z AZS po każdej kąpeli należy nałożyć preparat najlepiej w czasie kilku minut po umyciu.

U takich dzieci zaleca się, aby kąpiele były możliwie jak najkrótsze (do 5 min), a temperatura wody nie przekraczała 30°C. Gorąca woda podrażnia skórę, zaostrza świąd i pieczenie. Niezależnie od kąpeli, emolient powinien być stosowany 3 razy w ciągu dnia, w wystarczającej ilości. Zaleca się stosowanie 150–200 g w ciągu tygodnia u małych dzieci oraz 200–500 g u pacjentów większych. Odnosnie do wpływu emolientów na przebieg AZS, wykazano, że regularne ich stosowanie pozwala w znaczący sposób ograniczyć ilość stosowanych miejscowo glikokortykosteroidów, a także wydłużyć

czas do następnego nawrotu choroby. Istnieją różne rodzaje emolientów, które oprócz swego podstawowego działania okluzyjnego wykazują inne, dodatkowe. Te zawierające polidokanol redukują nieprzyjemne uczucie świądu. Preparaty z mocznikiem pozwalają intensywniej nawilżyć skórę, należy jednak pamiętać, aby u małych dzieci nie przekraczać stężenia 3%.

### Leczenie miejscowe

W okresie zaostrzeń, przy aktywnych zmianach skórnych, zaleca się stosowanie leczenia miejscowego, którego podstawą są glikokortykosteroidy (mGKS), stanowiące złoty standard leczenia zmian zapalnych w przebiegu AZS. mGKS działają przeciwzapalnie, antyproliferacyjnie i w małym stopniu także przeciwswiądowo, dlatego najlepiej nakładać je na noc przed snem. Ponadto aplikacja mGKS zmniejsza ryzyko kolonizacji skóry przez gronkowca złocistego, który jest patogenem zaostrzającym przebieg choroby. Należy pamiętać, że sterydy należy stosować tak długo, jak to konieczne i tak krótko, jak to możliwe, ze względu na liczne działania niepożądane (ścienienie skóry, rozstępy, zapalenie okołoustne, trądzik posteroიდowy). Zgodnie z charakterystyką produktów leczniczych mGKS są dopuszczone u pacjentów już od 1.

## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

roku życia (np. propionianu flutykazonu, alklometazon, walerianian betametazonu). Sterydy stosujemy raz dziennie, maksymalnie do 2 razy w ciągu pierwszych kilku dni, w zależności od siły działania sterydu, przez 5–7 dni. Nie powinno się stosować sterydów w miejscach wrażliwych, takich jak fałdy skóry, twarz, czy okolica pieluszkowa.

Miejscowe inhibitory kalcyneuryny (mIK): takrolimus i pimekrolimus charakteryzują się działaniem immunomodulującym i przeciwzapalnym, bez wywoływania działań niepożądanych typowych dla przewlekłej miejscowej sterydoterapii. Można je stosować na twarzy, okolicy pieluszkowej i w obrębie zgięć. W Polsce pimekrolimus w stężeniu 0,03% jest zarejestrowany do leczenia AZS u dzieci od 2. roku życia. Preparaty stosuje się 2 razy dziennie, do czasu ustąpienia zmian zapalnych. mIK są zalecane jako leki pierwszego rzutu w leczeniu łagodnego AZS u dzieci i ewentualnie jako leki pierwszego rzutu w AZS o średnim nasileniu zmian. Podczas terapii należy stosować intensywną ochronę przeciwsłoneczną, ich działanie niepożądane to pieczenie i zaczerwienienie skóry w miejscu aplikacji, jednak trzymanie preparatów w lodówce przed naniesieniem na skórę zmniejszy uczucie dyskomfortu.

## Mokre opatrunki (wet-wrap)

Metoda stosowana głównie przy zaostrzeniach AZS, w warunkach szpitalnych, pod kontrolą kadry lekarskiej. Polega na nałożeniu na skórę emolientów lub mGKS w odpowiednim rozcieńczeniu. Następnie na tak nałożonej warstwie umieszcza się namoczony wodą bandaż, który następnie przykrywa się kolejną, suchą warstwą opatrunku. Terapia trwa od 3 do 14 dni, a opatrunki jednorazowo pozostają na skórze około 2 godzin. Procedurę można powtarzać kilka razy w ciągu dnia, a przy wysokim stopniu nasilenia zmian zapalnych można rozważyć pozostawienie opatrunku na całą noc. Mokre opatrunki są zalecane dzieciom między 6. miesiącem a 10. rokiem życia. Charakteryzują się działaniem chłodzącym, przeciwzapalnym oraz przeciwświądowym. Efekt działania mokrego opatrunku polega na trzech etapach: parowaniu, nawadnianiu i ochronie. W efekcie skóra traci mniej wody, a opatrunek stanowi mechaniczną barierę przed wnikaniem potencjalnych drobnoustrojów i czynników drażniących w głąb skóry. Zaletami tej terapii są: poprawa jakości snu, zabezpieczenie skóry przed drapaniem, redukcja świądu oraz stworzenie

- Publikacja przydatna w codziennej praktyce
- Kompendium wiedzy na temat niedosłuchu i problemów okulistycznych w pediatrii
- Praktyczna wiedza i doświadczenia
- Aktualne zalecenia

**ZOBACZ**



## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

bariery ochronnej. Jednak należy pamiętać, że mokre opatrunki wymagają dużo czasu przy aplikacji, a także kontroli stopnia wilgotności opatrunku i jego ponownego nawilżania. Przeciwwskazaniem do wyboru takiej metody leczenia jest zakażenie skóry.

### Fototerapia

Wykazuje zarówno działanie przeciwświądowe (poprzez zmniejszenie liczby włókien nerwowych), jak i redukujące zmiany zapalne. Stosowana przy AZS o średnim i dużym nasileniu. Naświetlania prowadzi się seriami codziennie przez kilka dni w tygodniu, zazwyczaj wykorzystuje się naświetlania UVB 311 nm. Metoda może być stosowana u dzieci bez ograniczeń wiekowych. Zazwyczaj fototerapię łączy się z aplikacją emolientów oraz mGKS. Należy przy tym pamiętać, aby nie stosować inhibitorów kalcyneuryny, które powodują nadwrażliwość na promieniowanie, co może prowadzić do poparzeń skóry. Przy wyborze tej metody ważna jest systematyczność i odpowiednia współpraca pomiędzy pacjentem a lekarzem.

### PODSUMOWANIE

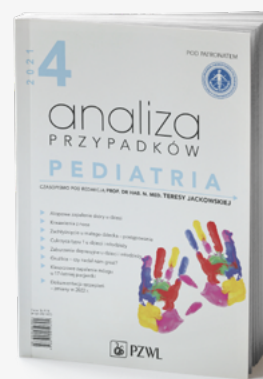
Ze względu na wysoką liczbę pacjentów pediatrycznych cierpiących z powodu AZS, lekarz pediatra powinien być szczególnie wyczulony na różnice w specyfice objawów AZS oraz ŁZS. Znajomość różnic pozwoli na szybkie wdrożenie odpowiedniej terapii, dzięki czemu nie będzie potrzeby kierowania pacjenta do specjalistycznej poradni dermatologicznej. W leczeniu AZS należy przede wszystkim pamiętać o jego nawrotowym charakterze, co oznacza, że brak zmian zapalnych nie zwalnia z obowiązku ciągłego stosowania emolientów. Skóra atopowa to skóra wymagająca dodatkowej uwagi, a systematyczna opieka w znaczący sposób niweluje ryzyko nawrotów. Należy szczególnie podkreślić, że u niemowląt i małych dzieci współwystępowanie AZS i ŁZS jest dość częste, co bardzo utrudnia prawidłowe rozpoznanie i leczenie. Obie choroby mogą występować w tym samym czasie o różnym nasileniu zmian. Leczenie należy dostosować do aktualnego miejscowego stanu skóry.

#### NA PODSTAWIE:

**Analizy Przypadków Pediatrya nr 4/2021**  
(PZWL Wydawnictwo Lekarskie 2022)

Dorota Żułnowska, Adam J. Sybilski, red. nauk. Teresa Jackowska

**ZOBACZ**



Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

# PODSTAWOWE ZASADY LECZENIA CHORÓB SKÓRY

Fragment z książki *Dermatologia w gabinecie lekarza POZ*  
(red. nauk. Anna Zalewska-Janowska, Honorata Błaszczuk)

## Ochrona skóry przed promieniowaniem ultrafioletowym

Rolą kremów ochronnych jest zapobieganie negatywnym efektom zdrowotnym wywołanym przez promieniowanie ultrafioletowe. Wykazano, że regularne stosowanie takich preparatów redukuje ryzyko rozwoju czerniaka oraz raka podstawno- i kolczystokomórkowego skóry. Podobne obserwacje dotyczą hamowania rozwoju rógowacenia słonecznego oraz fotostarzenia. Dużą wagę należy przykładać do ochrony przeciwsłonecznej w terapii chorób autoimmunologicznych, zwłaszcza toczenia rumieniowatego układowego, a także u pacjentów po przeszczepach narządów oraz przyjmujących leki immunosupresyjne. Obecnie stosowane preparaty ochronne mają na celu skuteczną ochronę skóry zarówno przed promieniami UVB, jak i UVA. Dodatkowo muszą być fotostabilne i akceptowalne kosmetycznie, a także wykazywać minimalną szkodliwość dla zdrowia ludzi oraz dla środowiska. Miarą skuteczności kosmetyków chroniących przed promieniowaniem UVB jest standaryzowany i międzynarodowy współczynnik SPF. Oznacza on stosunek minimalnej dawki promieniowania (MED) powodującej rumień na skórze chronionej

danym preparatem do minimalnej dawki promieniowania wywołującej rumień na skórze niechronionej. Rumień związany z ekspozycją skóry na UVA pojawia się znacznie później, dlatego wskaźnika ochrony SPF nie można stosować dla tego zakresu fal. Należy wykorzystywać również inne metody fotoprotekcji, takie jak unikanie nadmiernej ekspozycji na promieniowanie ultrafioletowe, noszenie odzieży ochronnej, okularów przeciwsłonecznych.

Prawidłowe nałożenie kremu z filtrem polega na jego powtarzanej aplikacji w warunkach plenerowych, nie rzadziej niż co 2 godziny. Pierwsze nałożenie powinno nastąpić mniej więcej 20 minut przed wyjściem z domu. Krem należy nakładać w odpowiedniej ilości, tj. 2 mg/cm<sup>2</sup> skóry, tak aby objętość około 30 ml lub objętość kremu mogącą zmieścić się w ręku stosować jednorazowo na powierzchnię całej skóry. Inna reguła nazywana jest zasadą łyżeczki od herbaty – 1 łyżeczka kremu (około 5 ml) powinna być stosowana na twarz, głowę i szyję, 1 łyżeczka na każde ramię i przedramię, 2 łyżeczki na tułów (przód i tył) i po 2 łyżeczki na każdą nogę. Skóra niemowląt i małych dzieci (do 3. roku życia) jest cienka i ma mniejszą zawartość melaniny. Ponadto wykazuje zwiększoną utratę wody z naskórka i niedojrzałość immunologiczną. Promienie UV zdecydowanie



## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

głębiej przenikają do skóry dziecka i wywołują więcej efektów negatywnych. W warstwie podstawnej znajduje się stosunkowo dużo komórek macierzystych, które łatwo ulegają mutacjom. U noworodków częściej dochodzi do oparzeń słonecznych. Dlatego u dzieci niezwykle ważna jest fotoprotekcja, gdyż oszacowano, że do 18.–20. roku życia człowiek przyjmuje około połowy całej dawki UV (liczone do 60. roku życia). Amerykańska Akademia Pediatrii opracowała w związku z tym

specjalne rekomendacje dotyczące stosowania fotoprotekcji u dzieci. Rekomendacje te ujęto w tabeli 2. Dzieciom systematycznie i prawidłowo stosującym preparaty fotoochronne zaleca się okresowe pomiary stężenia witaminy D i jej suplementację zarówno w postaci posiłków bogatych w witaminę D, jak i preparatów doustnych. Podobne zalecenia dotyczą chorych po przeszczepieniach narządów, którzy stosują restrykcyjną fotoprotekcję.

**TABELA 2.** Zalecenia Amerykańskiej Akademii Pediatrii dotyczące fotoprotekcji u niemowląt i małych dzieci

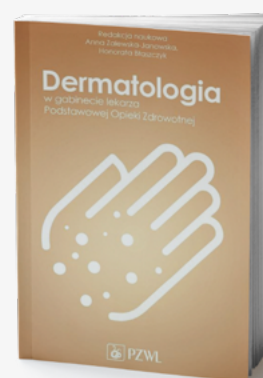
Niemowlęta poniżej 6. miesiąca życia	Dzieci powyżej 6. miesiąca życia
<ul style="list-style-type: none"><li>nie ekspozuj dziecka na słońce</li><li>stosuj odpowiednie nakrycie ciała i głowy</li><li>aplikuj krem ochronny na małe powierzchnie ciała jedynie wówczas, gdy nie ma możliwości uniknięcia ekspozycji</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>stosuj odpowiednie ubranie ochronne na całe ciało i głowę</li><li>ogranicz ekspozycję na słońce między godziną 10 a 16</li><li>nakładaj dziecku okulary przeciwsłoneczne</li><li>stosuj preparaty ochronne UVB/ UVA SPF &gt; 15 – pierwszą warstwę nałóż 15–30 minut przed wyjściem na dwór, aplikuj co 2 godziny i po kąpieli wodnej, spoceniu, wytarciu skóry ręcznikiem</li><li>na wyjątkowo wrażliwe okolice (nos, policzki, małżowiny uszne, ramiona) aplikuj preparat zawierający tlenek cynku lub dwutlenek tytanu</li><li>suplementuj witaminę D – 400 jednostek dziennie</li></ul>

### NA PODSTAWIE:

**Dermatologia w gabinecie lekarza POZ**  
(PZWL Wydawnictwo Lekarskie 2021)

red. nauk. Anna Zalewska-Janowska, Honorata Błaszczyk

**ZOBACZ**



Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

# WYBRANE CHOROBY PRZENOSZONE PRZEZ KLESZCZE U KOBIET W CIĄŻY

Fragment z książki Zagrożenia infekcyjne w ciąży  
(red. nauk. Anna Boroń-Kaczmarek Alicja Wiercińska-Drapała)

50

 AUTOR:

Sławomir Pancewicz

Choroby przenoszone przez różne wektory, w tym przez kleszcze, są aktualnym i wciąż narastającym problemem zdrowotnym w wielu krajach świata.

## Borelioza

Na półkuli północnej najczęściej rozpoznawaną chorobą przenoszoną przez kleszcze jest choroba z Lyme (borelioza). W USA rejestruje się rocznie ok. 30 000 zachorowań, w Europie 85 000, a w Polsce w ostatnich latach ponad 21 000 przypadków boreliozy. W USA choroba z Lyme stanowi aż 80% wszystkich chorób wektorowych i charakteryzuje się ekspansją do krajów sąsiadujących. Należy zwrócić uwagę na to, że boreliozę w krajach charakteryzujących się niską zapadalnością występowania częściej rozpoznaje się u kobiet w wieku od 15 do 59 lat niż u mężczyzn, natomiast w krajach o wyższej

zapadalności częściej chorują mężczyźni. Nadzór nad boreliozą z wielu powodów, zarówno medycznych, jak i niemedycznych, jest trudny i choroba stanowi główny problem zdrowia publicznego w wielu krajach świata.

Krętki *Borrelia* tworzą 2 podstawowe grupy (klady): relapsing fever *Borrelia* (RF) – grupa gorączek powrotnych, oraz kompleks *Borrelia burgdorferi* sensu lato (LB), odpowiedzialny za chorobę z Lyme. Wektorem większości genogatunków wywołujących chorobę z Lyme są kleszcze *Ixodes*, a krętków należących do RF kleszcze miękkie (*Argasidae*).

Borelioza to choroba odzwierzęca występująca endemicznie na obszarze klimatu umiarkowanego półkuli północnej. Do chwili obecnej opisano 21 genogatunków krętków tworzących kompleks *Borrelia burgdorferi* sensu lato. W 2013 r. w USA po raz pierwszy wyizolowano z krwi chorych, a następnie z kleszczy *Ixodes scapularis*

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

nową, różniącą się genetycznie od pozostałych 3 patogennych dla człowieka genogatunków *Borrelia burgdorferi* bakterię *Borrelia mayonii*. Bakteria ta również należy do kompleksu *Borrelia burgdorferi* sensu lato i także jest odpowiedzialna za rozwój choroby z Lyme. Do chwili obecnej zachorowania spowodowane przez *B. mayonii* zarejestrowano jedynie na terenie Ameryki Północnej.

Wszystkie obowiązujące standardy diagnostyczne choroby z Lyme jednoznacznie podkreślają, że typowy rumień wędrujący powinien być rozpoznany klinicznie i nie wymaga wykonywania badań. Pozostałe manifestacje boreliozy wymagają potwierdzenia badaniami serologicznymi. Dwuetapowy algorytm diagnostyczny polega na oznaczeniu przeciwciał w klasach IgM i IgG oraz potwierdzeniu ich obecności metodą Western blot. Algorytm ten, według CDC, ma równoważną lub wyższą swoistość w stosunku do innych algorytmów. Badania serologiczne należy wykonywać tylko u chorych prezentujących objawy kliniczne wskazujące na możliwość boreliozy. W leczeniu boreliozy wykorzystuje się przede wszystkim doksycylinę, amoksycylinę, ceftriakson i cefotaksym. Czas trwania antybiotykoterapii wynosi od 14 do 28 dni w zależności od postaci klinicznej. Wszystkie opracowania jednoznacznie potwierdzają, że pacjenci odpowiednio wcześniej poddani antybiotykoterapii zostają całkowicie wyleczeni. Także leczenie neuroboreliozy wczesnej czy późnej jest skuteczne i po roku od zakończenia antybiotykoterapii u ok. 90% chorych nie stwierdza się objawów neurologicznych. Badania wskazują, że rozpoznanie neuroboreliozy nie wpływa na długoterminowe przeżycie, zdrowie lub funkcjonowanie zawodowe czy społeczne chorych.

Wiele dyskusji i uwagi poświęca się próbie rozstrzygnięcia, jaki wpływ ma zakażenie krętkami *B. burgdorferi* na przebieg ciąży. Większość wniosków pochodzi z badań przeprowadzonych na zwierzętach (psach, myszach). Wykazano, że zakażenie krętkami może mieć niekorzystny wpływ na płód i prowadzić do jego śmierci. Silver i wsp. na modelu mysim stwierdzili, że śmierć płodu występowała częściej u zwierząt z ostrym zakażeniem w porównaniu ze zwierzętami z zakażeniem

przewlekłym. Niektóre publikacje sugerują, że prawdopodobne jest zakażenie płodu od zakażonej matki, ale w tych pracach nie opisano jednoznacznych, charakterystycznych zmian patologicznych u płodu ani wpływu zakażenia krętkami na wewnątrzmaciczny rozwój płodu. Opublikowana w 2018 r. praca Waddell i wsp. będąca systematycznym przeglądem literatury na temat potencjalnego wpływu boreliozy na przebieg ciąży u ludzi jednoznacznie wskazuje, że dotychczas przeprowadzone badania nie dostarczają dowodów na to, aby zakażenie krętkami *B. burgdorferi* powodowało określone zmiany patologiczne w organizmie płodu. Nie został wykazany związek pomiędzy rozpoznaniem boreliozy u matki a rozwojem wrodzonych wad serca u noworodka, wystąpieniem samoistnych poronień czy wewnątrzmacicznej śmierci płodu. Opisywane niepowodzenia w ciąży, np. porody przedwczesne czy hiperbilirubinemia noworodków, pojawiają się często w populacji ogólnej i nie udowodniono związku pomiędzy ich wystąpieniem a zakażeniem krętkami *B. burgdorferi*.

Lakos i Solymosi w 2010 r. przeanalizowali wpływ boreliozy na przebieg ciąży u 95 kobiet (85 leczonych antybiotykami doustnie lub dożylnie, 10 bez leczenia). Wyniki tych obserwacji wskazują, że borelioza u kobiet w ciąży może mieć niekorzystny wpływ na przebieg ciąży, ale badania nie dostarczają dowodów na inwazję płodu przez krętki. Autorzy podkreślają, że wystąpienie i rozwój wrodzonej choroby z Lyme jest bardzo mało prawdopodobne.

Maraspiona i wsp. jednoznacznie wskazują, że antybiotykoterapia kobiet w ciąży z rozpoznaniem rumienia wędrującego i z potwierdzoną spirochetemią (obecnością krętków we krwi) jest skuteczna i bezpieczna zarówno dla matki, jak i płodu. Nie obserwowali niepowodzeń ciążowych u leczonych kobiet ze spirochetemią. Nie wykazali także niekorzystnego wpływu krętków *B. burgdorferi* na płód oraz nie obserwowali objawów mogących sugerować wrodzoną boreliozę. Autorzy podkreślają szczególne znaczenie tych badań dla pacjentek w Europie, w której dominują zakażenia krętkami *B. afzelii* i *B. garinii*. Leczenie boreliozy u kobiet w ciąży polega na stosowaniu amoksycyliny, cefuroksymu lub ceftriaksonu. Nie wolno

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

stosować zarówno u kobiet w ciąży, jak i matek karmiących piersią doksycyklinę ze względu na jej niekorzystny wpływ na rozwój układu kostnego dziecka.

Udowodniono, że leczenie amoksycyliną (podawaną doustnie) rumienia wędrującego u kobiet w ciąży i matek karmiących piersią jest skuteczne i nieobarczone ryzykiem wystąpienia powikłań zarówno u matek, jak i noworodków.

Według danych z literatury medycznej i zgodnie z opinią CDC prawidłowa antybiotykoterapia stosowana u kobiet w ciąży z rozpoznaniem choroby z Lyme jest bezpieczna i zapobiega możliwości wystąpienia niekorzystnego wpływu zakażenia krętkami na rozwój płodu. Właściwa antybiotykoterapia zabezpiecza również przed ewentualną transmisją krętków przez mleko matki podczas karmienia dziecka piersią. Niektóre standardy postępowania (np. amerykańskie i kanadyjskie) wskazują na możliwość stosowania chemoprophylaktyki u kobiet w ciąży po pokłuciu przez kleszcza. Podkreśla się jednak, że chemioprophylaktyka nie powinna być stosowana wtedy, gdy do pokłucia przez kleszcze dochodzi podczas pobytu na terenach, na których odsetek zakażonych kleszczy nie przekracza 20%. W takich okolicznościach ryzyko zakażenia krętkami *B. burgdorferi* i ryzyko rozwoju boreliozy jest bardzo niskie. Zwraca się również uwagę na ograniczoną (mniejszą niż 100%) skuteczność chemoprophylaktyki po pokłuciu przez kleszcze nawet wtedy, gdy rozpocznie się ją bardzo wcześnie (np. po kilku godzinach). Warshafsky i wsp. podkreślają, że ryzyko wystąpienia alergii na amoksycylinę w trakcie chemioprophylaktyki jest wyższe niż ryzyko rozwoju boreliozy. Wskazuje to na konieczność szczególnego nadzoru nad kobietami w ciąży po pokłuciu przez kleszcze.

### Tick-borne relapsing fever

Przyczyną gorączek powrotnych – relapsing fever (RF) są krętki, m.in. *B. hermsii*, *B. duttonii*, *B. crocidurae*, *B. recurrentis* i *B. hispanica*. W latach 2008–2011 zsekwencjonowano i poznano cały genom *B. duttonii*, *B. recurrentis* i *B. crocidurae*.

W Europie tick-borne RF występuje przede wszystkim na południu kontynentu. Krętki odpowiedzialne za RF są przenoszone przez kleszcze *Ornithodoros* z rodziny *Argasidae*, za wyjątkiem *B. lonestari*, której wektorem w Ameryce Północnej są kleszcze twarde *Amblyomma americanum*, a także *B. miyamotoi* przenoszona przez kleszcze *Ixodes persulcatus* i *Ixodes ricinus*.

Zachorowanie charakteryzuje się wystąpieniem gorączki z towarzyszącymi objawami grypopodobnymi, powiększeniem wątroby i śledziony, a w badaniach laboratoryjnych cechami anemii i trombocytopenii. U ponad połowy chorych obserwuje się nawracające co 5–7 dni epizody utrzymujące się przez 3–5 dni wysokiej gorączki z towarzyszącą bakteriecią we krwi (108 bakterii/ml krwi).

Zakażenie *Borrelia crocidurae* charakteryzuje się nawracającą gorączką z tachykardią na przemian z okresami bezgorączkowymi, bólami głowy, bólami stawów, powiększeniem wątroby i śledziony, wybroczynami na skórze i pojawianiem się wysypki. Antybiotykiem z wyboru jest penicylina, skuteczna jest także doksycyklina. Leczenie antybiotykami prowadzi zazwyczaj do całkowitego wyleczenia bez powikłań. Zakażenia kobiet ciężarnych zostały opisane m.in. w Ameryce Północnej i Afryce. Na obszarach wiejskich Afryki Wschodniej rejestruje się wzrost liczby poronień, i porodów przedwczesnych oraz wzrost liczby dzieci z niską wagą urodzeniową. Zwraca się uwagę, że u kobiet zakażonych podczas ciąży obserwuje się wyższą spirochetemię, a trombocytopenia, będąca typowym objawem RF, zwiększa ryzyko wystąpienia krwotoku zarówno u kobiety ciężarnej, jak i dziecka podczas porodu. Głównymi powikłaniami choroby u kobiet ciężarnych są niewydolność oddechowa, niewydolność nerek i reakcja Jarischa–Herxheimera. Została udokumentowana możliwość transmisji *B. hermsii* i *B. duttonii* przez łożysko. W Ameryce Północnej opisano 11 przypadków noworodków urodzonych przez matki zakażone *B. hermsii*, spośród których zmarło 2 niemowląt, jedno ze względu na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, a drugie z powodu wysokiej spirochetemii i ropnia wątroby. Husein i wsp. opisali bardzo ciężki przebieg zakażenia u 34-letniej ciężarnej kobiety, u której badanie

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

metodą PCR potwierdziło zakażenie *B. hermsii*. W łożysku nie stwierdzono obecności krętków. Leczenie antybiotykami było skuteczne, pacjentka urodziła zdrowe dziecko.

### Babeszjoza

Pierwotniaki z rodzaju *Babesia* są przyczyną babeszjozy, wielonarządowej choroby ludzi i zwierząt. Rodzaj *Babesia* zawiera ok. 110 gatunków, ale zachorowania ludzi powodują jedynie 4 z nich: *Babesia divergens*, *B. microti*, *B. duncani* oraz *B. venatorum*.

Przebieg kliniczny ludzkiej babeszjozy zależy od gatunku pierwotniaka. Znaczna część przypadków babeszjozy zostaje jednak niewykryta, zwłaszcza u ludzi z dobrze funkcjonującym układem immunologicznym.

Uważa się, że *B. divergens* powoduje cięższy, obarczony większym ryzykiem śmierci przebieg kliniczny choroby. W Europie obserwuje się również zarażenie spowodowane przez *B. microti* i *B. venatorum*. Dominującym gatunkiem na obszarze USA jest *B. microti*. Obecnie mamy do czynienia z rozprzestrzenianiem się *B. microti* na nowe obszary. Należy zwrócić uwagę na to, że ekspansja *B. microti* w USA występuje przede wszystkim na obszarach endemicznego występowania boreliozy.

Krętki *B. burgdorferi* i pierwotniaki *B. microti* są przenoszone przez ten sam wektor, w Europie przede wszystkim przez *Ixodes ricinus* i *Dermacentor reticulatus*, a w USA – *I. scapularis*. Gospodarzami/żywicielami tych kleszczy są również takie same gatunki zwierząt dzikich i domowych. Na niektórych obszarach USA wykazano, że od 3,6 do 22,4% kleszczy było jednocześnie zakażonych (koinfekcja) *B. burgdorferi* i *B. microti*. W Europie odsetek zakażonych *Babesia* spp. kleszczy jest niewielki. Na obszarze Polski, w zależności od regionu, wykrywalność *Babesia* spp. waha się od 1,6–2,3% na terenie Pomorza do 5,4–6,5% na wschodzie Polski.

Nie zostało wyjaśnione, dlaczego w porównaniu z boreliozą występowanie babeszjozy jest stosunkowo niskie. Jedną z przyczyn może być nierozpoznawanie choroby ze względu na znaczne trudności diagnostyczne

spowodowane m.in. brakiem charakterystycznego objawu klinicznego (jak rumień wędrujący w boreliozie). Do zakażenia człowieka pierwotniakami *Babesia* spp. dochodzi wskutek pokłucia przez kleszcza, poprzez transfuzję krwi i w wyniku transmisji przez łożysko.

W USA ok. 30% zakażeń *Babesia* spp. przebiega bezobjawowo, w tym u 19% dorosłych i 40% dzieci. Nie wiadomo, jak długo może trwać zakażenie bezobjawowe i czy ci chorzy są zagrożeni wystąpieniem długotrwałych komplikacji. Bezobjawowe zakażenie jest natomiast wyjątkowym zagrożeniem w transfuzjologii.

Babeszjoza ludzka ujawnia się po okresie inkubacji wynoszącym 1–6 tygodni po pokłuciu przez kleszcza lub 6–9 tygodni po przetoczeniu krwi. Dominują nie specyficzne objawy grypopodobne: apatia, gorączka, potliwość, dreszcze, bóle mięśni i stawów, bóle głowy, nudności i wymioty. Wystąpienie tych niecharakterystycznych objawów często jest przyczyną rozpoznania innych schorzeń, a nie babeszjozy. Ciężki przebieg zakażenia pierwotniakami *Babesia* spp. zazwyczaj obserwuje się u osób starszych, chorych po splenektomii czy z zaburzeniami układu odpornościowego. Charakterystycznymi objawami są: hepatomegalia, splenomegalia, postępująca niedokrwistość hemolityczna, żółtaczką wynikająca z uszkodzenia miąższu wątroby, niewydolność nerek z hemoglobinurią oraz białkomoczem. Ciężkość choroby zależy od wielkości parazytemii.

Diagnostyka babeszjozy polega na wykonaniu cienkiego rozmazu krwi lub grubej kropli krwi i potwierdzeniu obecności pasożyta w krwinkach czerwonych (niezbędne różnicowanie z malarią). Konieczne jest określenie wielkości parazytemii. Obecność *Babesia* spp. można wykazać metodą PCR (czułość 20–100 razy większa niż rozmazu krwi) i badaniami metodą immunofluorescencji pośredniej (OIF) w kierunku *B. microti*.

Babeszjoza wrodzona występuje rzadko, a jej obraz kliniczny jest podobny do babeszjozy dorosłych. Możliwym sposobem transmisji jest zarażenie przez łożysko lub okołoporodowe. Zwraca uwagę możliwość zarażenia wewnątrzmacicznego dziecka od matki z bezobjawowym zakażeniem *Babesia* spp.

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

Choroba ujawnia się najczęściej u noworodków między 19. a 41. dniem życia. Charakteryzuje się gorączką, anemią hemolityczną i trombocytopenią. We krwi stwierdza się parazytemię (2–40% krwinek zawiera pasożyty).

W opisanych dotychczas przypadkach babeszjozy wrodzonej rozpoznanie zawsze było potwierdzone wykazaniem parazytemii we krwi noworodka, stwierdzeniem we krwi obecności DNA *Babesia* spp. oraz przeciwciał przeciwko *Babesia microti* metodą OIF. Obecność pierwotniaka potwierdzano również w łożysku.

Czas trwania leczenia niemowląt z wrodzoną babeszjozą nie jest do końca ustalony, najczęściej wynosi 10–15 dni. Opisano skuteczną terapię z użyciem atowakwonu z azytromycyną. W niektórych przypadkach konieczna była transfuzja krwi.

Wrodzoną babeszjozę należy uwzględniać w diagnostyce różnicowej noworodków z niedokrwistością i małopłytkowością pochodzących z terenów endemicznych chorób przenoszonych przez kleszcze.

### Ludzka anaplazmoza granulocytarna

Ludzka anaplazmoza granulocytarna (HGA) jest chorobą odzwierzęcą występującą w strefie klimatu umiarkowanego na półkuli północnej w Europie, Ameryce Północnej oraz w Azji. Pierwsze zachorowania opisano w 1994 r. w USA, a w Polsce w 2001 r.

*Anaplasma phagocytophilum* należy do rodziny *Anaplasmataceae*, rodzaju *Anaplasma*. Do 2001 r. była uznawana za 3 odrębne gatunki *Ehrlichia phagocytophila*, *Ehrlichia equi* oraz czynnik ludzkiej erlichiozy granulocytarnej.

Wektorem *A. phagocytophilum* są kleszcze *Ixodes*: w Europie – *I. ricinus*, w Ameryce Północnej przede wszystkim – *I. scapularis* i *I. pacificus*, natomiast w Azji – *I. persulcatus* i *I. ovatus*. Rezerwuarem *A. phagocytophilum* są dziko żyjące zwierzęta kopytne (m.in. jelenie, sarny) i gryzonie.

Odsetek zakażenia kleszczy na terenie Europy w większości krajów wynosi 2–3%, w Polsce jest to od 0,59 do 19,5% w zależności od rejonu kraju i stosowanych metod badawczych.

Do zakażenia *A. phagocytophilum* najczęściej dochodzi w wyniku pokłucia przez zainfekowanego kleszcza, ale możliwe jest także zakażenie perinatalne, drogą transfuzji krwi i szpitalne. Udowodniono, że *A. phagocytophilum* w preparatach krwiopochodnych, przechowywanych w temperaturze 4°C, pozostaje zdolna do inwazji nawet przez 18 dni. Jednak mimo że transmisję poprzez przetoczenia krwi w Europie i USA obserwuje się rzadko, to w każdym przypadku wystąpienia po transfuzji krwi gorączki z towarzyszącą leukopenią i trombocytopenią należy rozważyć HGA.

Zakażenie człowieka przez *A. phagocytophilum* ma przebieg niecharakterystyczny i zróżnicowany, od bezobjawowego do bardzo ciężkiego, zagrażającego życiu. W większości przypadków HGA ma przebieg bezobjawowy, samoograniczający się. Objawowe zakażenie jest chorobą gorączkową o ostrym przebiegu i okresie wylęgania od 5 do 21 dni (średnio 11 dni). Typowymi objawami są: gorączka w granicach 38–39°C, bóle głowy, stawów i mięśni oraz ogólnie złe samopoczucie. Mogą również wystąpić wymioty i nudności, bóle brzucha, biegunka, kaszel. W badaniu przedmiotowym często stwierdza się splenomegalię i hepatomegalię oraz cechy uszkodzenia hepatocytów. W badaniach laboratoryjnych typowe są wzrost aktywności aminotransferaz we krwi, leukopenia i trombocytopenia. Gorączka zazwyczaj utrzymuje się od 2 do 11 dni (średnio 10 dni). Objawy u większości chorych, nawet bez leczenia antybiotykami, cofają się w ciągu 30 dni.

Obraz kliniczny anaplazmozy i odchylenia w badaniach laboratoryjnych u chorych z Europy są podobne, jak u chorych z USA. Jednak w Europie choroba przebiega łagodniej, bardzo rzadko występują powikłania, w tym zakażenia oportunistyczne, bardzo rzadko rejestruje się zgony. Przebycie zakażenia *A. phagocytophilum* powoduje trwałą odporność. U tych pacjentów we krwi stwierdza się wysokie miana przeciwciał utrzymujące się przez wiele lat.

Badania na zwierzętach (owce, krowy) potwierdziły możliwość transmisji *A. phagocytophilum* przez łożysko, a w konsekwencji zachorowania objawowe cieląt.

## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

Udowodniono również, że zakażenie *A. phagocytophilum* u tych zwierząt może być przyczyną poronień albo porodów przedwczesnych.

Zakażenie kobiet ciężarnych występuje jednak przede wszystkim w okresie okołoporodowym. Najczęściej przyczyną zakażeń jest jednak transfuzja krwi, a nie pokłucie przez kleszcze.

Horowitz i wsp. opisali zakażenie kobiety ciężarnej w ostatnim okresie ciąży, u której rozpoznanie HGA ustalono dopiero po porodzie. Chora była leczona doksycykliną. Natomiast u noworodka objawy chorobowe (gorączka i odchylenia w badaniach laboratoryjnych) wystąpiły w 9. dniu po porodzie. HGA potwierdzono poprzez stwierdzenie moruli w rozmazie krwi, wykazanie DNA *A. phagocytophilum* we krwi metodą PCR oraz badania serologiczne. Nie ustalono jednoznacznie, czy było to zakażenie wewnątrzmaciczne, czy też do zakażenia doszło podczas porodu. Rozważano także możliwość transmisji poprzez mleko matki i zakażenie dziecka tą drogą. Dziecko zostało całkowicie wyleczone bez powikłań.

Jereb i wsp. opisali zachorowanie na HGA 36-letniej kobiety ciężarnej po przetoczeniu krwi podczas zabiegu cięcia cesarskiego. Przebieg choroby był ciężki, wystąpiły zapalenie płuc i niewydolność oddechowa wymagająca zastosowania mechanicznej wentylacji. Rozpoznanie potwierdziła obecność moruli w rozmazie krwi, badaniem metodą PCR i później wykazaniem obecność

przeciwciał. Leczenie doksycykliną było skuteczne i doprowadziło do całkowitego wyleczenia bez powikłań. Zakażenie *A. phagocytophilum* potwierdzono także u dawcy krwi.

Dhand i wsp. opisali HGA u 6 kobiet ciężarnych. Przebieg kliniczny był stosunkowo łagodny, chore były leczone doksycykliną lub ryfampicyną. Uzyskano całkowite wyleczenie bez żadnych następstw. Jedynie u jednego noworodka potwierdzono transmisję okołoporodową. Jedna pacjentka nie była leczona antybiotykami, gdyż objawy choroby same ustąpiły przed ustaleniem rozpoznania HGA. Także w tym przypadku autorzy nie stwierdzili żadnych niekorzystnych następstw choroby zarówno dla matki, jak i dziecka.

Opublikowane dotychczas prace wskazują, że anaplazmoza ciężarnych występuje rzadko, a jej przebieg najczęściej jest łagodny. Nie zostały opisane żadne poważne konsekwencje choroby ani dla matki, ani dla dziecka. Prace nie dostarczają żadnych dowodów na wystąpienie niekorzystnych następstw przebytej HGA na rozwój dzieci urodzonych przez kobiety z rozpoznaniem HGA.

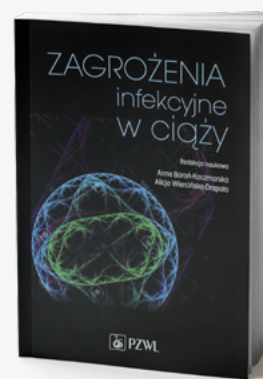
Zakażenie *A. phagocytophilum* u kobiety ciężarnej należy rozważać wtedy, gdy u pacjentki wystąpią niespecyficzne objawy (ból mięśni, złe samopoczucie, gorączka z towarzyszącą leukopenią i trombocytopenią) po pokłuciu przez kleszcza albo po potwierdzonym pobycie w okresie aktywności kleszczy (kwiecień–październik) na terenach endemicznego występowania choroby.

### NA PODSTAWIE:

**Zagrożenia infekcyjne w ciąży**  
(PZWL Wydawnictwo Lekarskie 2021)

red. nauk. Anna Boroń-Kaczmarska Alicja Wiercińska-Drapała

**ZOBACZ**



# SZKOLENIA I WEBINARY

dla lekarzy, prowadzone przez  
wybitnych specjalistów



PZWL



szukaj na [edu.pzwl.pl](https://edu.pzwl.pl)



Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

# UGRYZIENIA, UKĄSZENIA, UŻĄDLENIA

Fragment z książki *Ostre stany zagrożenia życia w obrażeniach ciała*  
(red. nauk. Krystyna Sosada, Wojciech Żurawiński)

 **AUTORZY:**

Sylweryusz Kosiński, Tomasz Darocha

## W warunkach przedszpitalnych

Rozpoznanie pogryzienia przez zwierzęta ustala się na podstawie wywiadu i charakterystycznych ran.

**Obrażenia powstałe na skutek ugryzienia przez psy** mogą mieć zakres od powierzchniowych w postaci otarć naskórka i drobnych ran, poprzez rany kątane, szarpane, aż do rozległych ran miażdżonych, płatowych, oskalpowań i amputacji z ostłonięciem kości i dużą utratą tkanek. Wygląd rany zależy od budowy uzębienia, wielkości szczęki zwierzęcia i sposobu zachowania. Atakujący pies w akcie agresji tzw. ofensywnej stara się unieruchomić, a następnie powalić ofiarę, chwytając i gryząc kończynę. Rany powstają na skutek zaciśnięcia zębów, przebicia skóry i głębiej położonych tkanek przez kły i w dalszej kolejności pociągania i szarpania. Gdy obiekt ataku przyjmuje pozycję leżącą, pies atakuje okolice szyi i twarzy, usiłując złapać w uścisk i udusić ofiarę lub rozerwać szyjne naczynia krwionośne. Rany mogą mieć więc charakterystyczny kształt litery V z punktowym, pochodzącym od kła wierzchołkiem i nieregularnym, obustronnym, rozchodzącym się rozdarcie tkanek. Agresja psów domowych może mieć charakter ostrzegawczo-obronny polegający na krótkim ukąszeniu, bez

pociągania za ranę. Wtedy rany mają charakter punktowy i zwykle są płytke. Często w okolicy rany kątanej stwierdzić można otarcia naskórka i głębsze linijne rany pochodzące od pazurów.

Oceniając ranę, należy wziąć pod uwagę to, że zakres uszkodzeń tkanek położonych głębiej może rozciągać się w promieniu nawet kilkunastu centymetrów od rany kątanej. Dzieje się tak, ponieważ typowe dla agresywnego ataku szarpanie poprzez wbite w tkanki miękkie kły powoduje przesuwanie się względem siebie głębszych warstw z ich rozrywaniem i miażdżeniem. W takim mechanizmie dochodzi np. do urazów stawów śródreczno-paliczkowych i paliczków bliższych palców II do V.

**Rany zadane przez kota** mają zwykle wygląd ran punktowych i dotyczą tkanek miękkich. Na kończynach górnych mogą układać się w cztery punkty odpowiadające cienkim i długim kłom górnym i dolnym, którymi zwierzę objęło fałd skóry. Często śladom po zębach towarzyszą bolesne i głębokie linijne rany po podrapaniu lub rany klute po wbiciu pazurów, którymi kot stara się przytrzymać kończynę.

**Rany po ugryzieniach przez ludzi** przyjmują najczęściej formę owalnych lub półksiężycowatych wybroczyn podskórnych z płytkimi uszkodzeniami skóry

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

odpowiadającymi poszczególnym zębom. Spotykane są zazwyczaj w konsekwencji przestępstw i zdarzeń o charakterze seksualnym, aktów przemocy, w tym wobec dzieci, lub samoobrony. Rany o charakterze ugryzień mogą także powstać na zaciśniętej pięści osoby uderzającej inną osobę, która ma otwarte usta – tzw. *clenched fist injury*.

### W warunkach szpitalnych

Ponowna ocena doznanych obrażeń i stanu ogólnego dokonana w szpitalu pozwala na potwierdzenie i uszczegółowienie rozpoznania. Decydujące znaczenie mają **wygląd i lokalizacja ran**. Ocenę zakresu obrażeń można uzupełnić na podstawie radiogramów kości i stawów oraz tomografii komputerowej (TK). Badania laboratoryjne dostępne w szpitalu pozwalają na rozpoznanie i monitorowanie zakażeń.

**Objawy kliniczne zakażenia** pojawiają się najczęściej w ciągu 12–24 godzin przy infekcjach *P. multocida* i po 24 godzinach od ukąszenia w przypadku zakażenia innymi drobnoustrojami. Zakażenia *C. canimorsus* mogą ujawniać się dopiero po 5–8 dniach. W obrazie klinicznym zakażenia ran kąsanych wyróżnia się **dwie grupy objawów** określane jako duże i małe.

**Do pierwszych** zalicza się trzy wysoce specyficzne:

- › gorączkę > 38,5°C;
- › powiększenie regionalnych węzłów chłonnych;
- › obecność ropnia.

Wystąpienie przynajmniej jednego z nich pozwala na rozpoznanie zakażenia rany.

Do **objawów tzw. małych** (o mniejszej specyficzności) należą:

- › naciek zapalny dookoła rany przekraczający 3 cm;
- › tkliwość, bolesność i obrzęk wokół rany;
- › obecność ropnej wydzieliny;
- › liczba leukocytów w krwi obwodowej powyżej 12 000/mm<sup>3</sup>.

Do rozpoznania zakażenia konieczna jest obecność wszystkich czterech objawów.

Na dłoniach stosunkowo częstą postacią zakażenia są zapalenie pochewek ścięgnistych i ropniaki stawów.

Rzadziej dochodzi do **uogólnienia zakażenia** przy stosunkowo niewielkich objawach miejscowych. Opisująco:

- › zapalenie kości;
- › zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu;
- › zapalenie wsierdza;
- › zapalenie gałki ocznej (*endophthalmitis*);
- › tworzenie ropni w mózgu, wątrobie oraz płucach.

W takich sytuacjach można podejrzewać etiologię *C. canimorsus*. **Pierwsze objawy sepsy** pojawiają się zwykle w ciągu 3 dni po ugryzieniu i obejmują:

- › gorączkę;
- › dreszcze;
- › bóle mięśni;
- › nudności i wymioty.

W miejscu uszkodzenia tkanek może pojawić się martwica. *C. canimorsus* rośnie powoli i wymaga specjalnych podłoży, dlatego wstępnie może nie być izolowany. W przypadkach ciężkiej sepsy u osób niedawno pogryzionych należy wziąć pod uwagę możliwość zakażenia tym drobnoustrojem i skierować na niego uwagę laboratorium mikrobiologicznego.

### Ukąszenie przez żmiję zygzakowatą

**Leukocytoza obojętnochłonna** może być obserwowana już w chwili przyjęcia do szpitala, zwłaszcza u ofiar z ciężkim przebiegiem zatrucia. Podobnie, trombocytopenia jest często i wcześniej spotykana w tej grupie. **Trombocytopenia** może występować w dwóch odmianach:

- › łagodna, w związku z proagregacyjnym działaniem jadu i wynaczynieniem krwi;
- › poważna < 50 000/μl z towarzyszącą hipofibrinogenią i ryzykiem wystąpienia istotnej klinicznie koagulopatii.

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

**Inne, laboratoryjne zaburzenia układu krzepnięcia** stwierdzane są bardzo rzadko i tylko w przypadkach ciężkiego zatrucia. Hematuria spotykana jest w ¼ przypadków ciężkiej intoksykacji i może się utrzymywać nawet kilka tygodni. Aktywność kinazy kreatynowej (*creatine kinase*, CK) jest zwykle tylko lekko podwyższona, ale bywa stwierdzany nawet 20-krotny wzrost w około 1% przypadków. Może mu towarzyszyć mierne podwyższenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (*aspartate aminotransferase*, AST) – aktywność obu enzymów zwykle normalizuje się po 5–7 dniach. **Laboratoryjne objawy uszkodzenia nerek i wątroby** są spotykane sporadycznie. Niedokrwistość może być skutkiem hemolizy lub częściej wynacyzynienia i rozcieńczenia dużymi objętościami podawanymi dożylnie płynów. Zwykle stwierdzana jest po kilku dniach od ukąszenia, w ciężkich zatruciach występuje nawet u 25% chorych.

### Medyczne czynności ratunkowe na miejscu zdarzenia i podczas transportu

W przypadku **agresji zwierząt lub przebywania dzikiej, potencjalnie niebezpiecznej zwierzyny w terenie zabudowanym** należy zawiadomić o tym fakcie dyżurnego Policji, który wysyła na miejsce zdarzenia patrol w celu potwierdzenia stanu faktycznego. Funkcjonariusze Policji powinni dostępnymi metodami umożliwić wydostanie się dzikiego zwierzęcia do miejsca naturalnego bytowania, ale tylko w przypadkach, gdy nie zagraża to życiu ludzi i nie stwarza zagrożenia dla zwierząt ani mienia. W sytuacji gdy nie ma takiej możliwości lub gdy zwierzę nie jest zdolne do samodzielnego opuszczenia terenu zabudowanego, Policja powiadamia o tym fakcie pracownika urzędu gminy lub miasta, na terenie której zdarzenie ma miejsce, powiadamia też Straż Miejską i zabezpiecza teren zdarzenia. Pracownik urzędu gminy/miasta powiadamia lekarza weterynarii zapewniającego całodobową opiekę weterynaryjną na terenie gminy, łowczego Koła Łowieckiego

dzierżawiącego teren, na którym zdarzenie miało miejsce, lub organizacje społeczne, których statutowym celem działania jest ochrona zwierząt. Lekarz weterynarii po przybyciu na miejsce zdarzenia przejmuje kierowanie akcją, do czasu jego przybycia działaniami kieruje Policja. Lekarz weterynarii wraz z łowczym lub przedstawicielem organizacji społecznej dokonują oceny sytuacji: określają stan zwierzęcia, występujące zagrożenie, jakie może powodować dla otoczenia itp. oraz podejmują stosowną decyzję co do jego dalszych losów. W przypadku konieczności odłowienia zwierzęcia żywego do pomocy mogą zostać wezwani Straż Pożarna, Straż Miejska, pracownicy schroniska dla zwierząt lub firma, z którą gmina ma podpisaną umowę na świadczenie takich usług. Lekarz weterynarii podejmuje decyzję co do czasowego uśpienia zwierzęcia lub konieczności jego bezzwłocznego uśmiercenia.

W przypadku **kontakt z agresywnym zwierzęciem**, w celu zmniejszenia ryzyka doznania obrażeń należy przestrzegać kilku zasad:

1. Należy stanąć w miejscu, nie wykonywać gwałtownych ruchów i nie próbować ucieczki. Wyjątkiem od tej reguły jest sytuacja, gdy zwierzę jest daleko, a tuż obok znajdują się drzwi do zamkniętego pomieszczenia lub np. otwarty samochód.
2. Zwierzęciu nie wolno patrzeć w oczy – jest to dla niego forma rzucenia wyzwania. Należy starać się zachowywać naturalnie i nie okazywać strachu. Można podjąć próbę spokojnego, powolnego oddalenia się lub wezwania właściciela psa.
3. Nie należy odwracać się do zwierzęcia plecami. W obliczu zagrażającego ataku najlepsza pozycja to boczna na szeroko rozstawionych nogach, dzięki czemu łatwiej będzie utrzymać równowagę, jeśli zwierzę podejmie atak. Można zasłonić się np. plecakiem lub zwiniętym uprzednio elementem garderoby.
4. Jeżeli zwierzę (pies) zacznie atakować, nie należy próbować z nim walczyć. Duże psy są na tyle silne i dysponują tak silnymi szczękami, że człowiek nie jest w stanie się im skutecznie przeciwstawić. Jedyną skuteczną metodą jest przyjęcie tzw. pozycji żółwia

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

z kolanami podkulonymi pod brzuch, głową włożoną między ramiona, a dłońmi okrywającymi kark i oczekiwanie na pomoc. W takiej pozycji psu będzie bardzo trudno chwycić którąkolwiek część ciała.

Po upewnieniu się, że zespołowi ratownictwa medycznego nie zagraża niebezpieczeństwo obowiązują te same **zasady wstępnej oceny, segregacji medycznej i postępowania**, co w innych obrażeniach ciała. Wskazane jest jednak planowanie z wyprzedzeniem i przewidywanie możliwych scenariuszy interwencji. Warto podkreślić, że zapewnienie bezpieczeństwa na miejscu zdarzenia należy do innych służb (zob. wyżej). Większość obrażeń ciała spowodowanych przez ukąszenia zwierząt nie powoduje bezpośredniego zagrożenia dla życia, a więc można zastosować standardowy algorytm leczenia ran. Jeżeli jednak atak był związany z upadkiem lub uderzeniem o większej energii, np. przy ataku dużego psa na małe dziecko, to należy zastosować zasady unieruchomienia jak przy podejrzeniu urazu kręgosłupa. Przy obrażeniach głowy, twarzy, szyi i klatki piersiowej mogą być konieczne tlenoterapia, monitorowanie i przyrządowe zabezpieczenie drożności dróg oddechowych. W badaniu wstępnym priorytet mają zlokalizowanie i opanowanie krwotoku z uszkodzonych naczyń. Wszystkie uszkodzenia skóry i rany powinny zostać obficie splukane dużą ilością soli fizjologicznej lub bieżącej wody. Ciała obce płytko tkwiące w ranach należy usunąć i zabezpieczyć, np. do identyfikacji zwierzęcia. Irygacja zmniejsza ryzyko infekcji rany i zachorowania na choroby przenoszone przez zwierzęta z uwzględnieniem wścieklizny. W celu zwiększenia skuteczności przeciwwirusowej do płukania można zastosować 1% roztwór powidonu jodowanego. Po płukaniu na rany należy nałożyć sterylny opatrunek. O ile nie występuje silne krwawienie, nie należy stosować mocnego ucisku – swobodny wypływ krwi ułatwia oczyszczenie rany. Należy zwrócić szczególną uwagę na ukrwienie i unerwienie dystalnych części kończyn i udokumentować stwierdzone deficyty. Zakres rumienia lub obrzęku można zaznaczyć niezmywalnym markerem

lub udokumentować w inny sposób, np. za pomocą fotografii. Zraniona kończyna powinna być unieruchomiona. Jeżeli nie ma przeciwwskazań, należy zastosować adekwatne metody analgezji.

Ponieważ konfrontacja z agresywnym zwierzęciem jest we wszystkich grupach wiekowych bardzo traumatycznym przeżyciem, należy zapewnić wysoką jakość wsparcia psychicznego i w razie konieczności zastosować sedację. Bardzo istotne jest również jak najszybsze zebranie szczegółowego wywiadu dotyczącego agresywnego zwierzęcia oraz jego właściciela w celu podjęcia działań prewencyjnych zachorowania na wściekliznę i/lub inne choroby przenoszone przez zwierzęta.

Osobnego omówienia wymaga **postępowanie w przypadku ukąszenia przez zmięję zygzakowatą**. Należy zdecydowanie podkreślić, że stosowanie metod o nieudokumentowanej skuteczności, np. nacinania i/lub wypalania rany, wysysania jadu, używania opatrunków i opasek uciskowych, obkładania rany lodem czy stosowania prądu elektrycznego jest niewłaściwe i potencjalnie szkodliwe. Elementarne postępowanie obejmuje ocenę podstawowych parametrów życiowych, wsparcie psychiczne, przemycie okolic rany środkiem odkażającym i założenie lekkiego, sterylnego opatrunku oraz unieruchomienie całej zranionej kończyny lub okolicy. Ofiara powinna być ułożona w pozycji leżącej, warto z wyprzedzeniem uzyskać dostęp dożylny i rozpocząć monitorowanie: EKG, SpO<sub>2</sub> (obwodowe wysycenie krwi tlenem), NIBP (*non-invasive blood pressure* – monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi metodą nieinwazyjną). U części chorych może być wskazana tlenoterapia bierna.

## Postępowanie w SOR

### Wywiad, badania

Dokładny **wywiad** powinien uwzględniać:

- ▶ czas, miejsce i okoliczności zdarzenia z uwzględnieniem zachowania zarówno zwierzęcia, jak i poszkodowanego;

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

- › dane dotyczące zwierzęcia: rasa, wielkość, stan zdrowia, szczepienia przeciwko wściekliźnie, cechy charakterystyczne;
- › dane właściciela zwierzęcia;
- › dane poszkodowanego: choroby współistniejące, w tym przebyte zabiegi operacyjne (protezy naczyniowe, protezy stawów itp.), przyjmowane leki immunosupresyjne, znane uczulenia, kalendarz szczepień;
- › objawy zgłaszane przez poszkodowanego: ból, dyskomfort, zaburzenia czucia, gorączka.

**Badanie fizykalne** musi obejmować:

- › objawy hipoperfuzji (wstrząsu), ogólne objawy zakażenia;
- › lokalizację, charakter, rozmiar ran z uwzględnieniem obecności ciał obcych, wydzielin, objawów stanu zapalnego, krwawienia, stan okolicznych węzłów chłonnych, regionalne objawy niedokrwienia spowodowane urazem naczyń lub zespołem ciasnoty przedziałów powięziowych, deficyty funkcjonalne mięśni, stawów, ścięgien, nerwów obwodowych.

**Badania dodatkowe** to:

- › morfologia, badania układu krzepnięcia, a przy rozległych, krwawiących ranach grupa krwi i ewentualnie próba krzyżowa; przy podejrzeniu zespołu ciasnoty powięziowej – stężenie CK;
- › wymaz z rany;
- › badanie obrazowe: zdjęcie RTG przy podejrzeniu urazów kości, TK przy urazach głowy.

**Dokumentacja** obejmuje:

- › dokumentację szczepień zwierzęcia;
- › dokumentację fotograficzną wszystkich obrażeń ciała.

Pierwszym etapem postępowania jest **przemycie i oczyszczenie rany** przy użyciu roztworu NaCl i/lub roztworu antyseptycznego. Przy głębszych i rozległych obrażeniach wskazana może być głęboka irygacja roztworem soli fizjologicznej, której celem jest usunięcie

ciał obcych i patogenów. Irygacja pod ciśnieniem nie jest jednak zalecana, bo może spowodować niekontrolowane rozprzestrzenianie się drobnoustrojów w głąb tkanek, a nawet wywołać aseptyczną martwicę tkanek – zwłaszcza jeżeli używany jest roztwór octenidyny/fenoksyetanolu. Chirurgiczne oczyszczenie rany, tzw. *debridement*, z martwych i zmiążdżonych tkanek jest skuteczniejsze od irygacji, ale w praktyce nie zawsze wykonalne ze względów anatomicznych. *Debridement* ran głowy i twarzy powinien być ograniczony do minimum, a najlepiej jeśli jest przeprowadzany w ośrodkach chirurgii plastycznej z jednoczesną rekonstrukcją. Otwarte obrażenia stawów powinny być poddane irygacji roztworem antyseptycznym i drenażowi.

Wszystkie rany, w których stwierdzono ogniska martwicy, uszkodzenia stawów i/lub objawy zakażenia powinny być ocenione ponownie po 24–48 godzinach. Rany twarzy mogą być zamknięte pierwotnie, nawet jeżeli do ukąszenia doszło 48–72 godziny wcześniej, a rany kończyn – jeśli mają mniej niż 8–12 godzin. Pierwotne zamknięcie jest natomiast przeciwwskazane przy ranach punktowych – szczególnie zadanych przez koty, ranach dłoni i ugryzieniach przez ludzi, z wyjątkiem ran twarzy. W przypadkach stwierdzenia **zakażenia ran kąsanych** zalecane jest rozpoczęcie **leczenia** empirycznego **antybiotykiem** obejmującym zakresem aktywności bakterie tlenowe i beztlenowe. Opóźnienie podania antybiotyku może zwiększyć ryzyko wystąpienia powikłań. W łagodnych zakażeniach skóry i tkanki podskórnej przebiegających bez obecności objawów ogólnych zalecana jest doustna forma amoksycyliny z kwasem klawulanowym. Alternatywnie, zawsze w skojarzeniu z klindamycyną lub metronidazolem, można zastosować inne antybiotyki, np. doksycylinę, ciprofloksacynę, lewofloksacynę, moksifloksacynę, kotrimoksazol lub cefalosporynę II generacji. W uogólnionych infekcjach, u chorych hospitalizowanych polecane są antybiotyki stosowane drogą parenteralną, np. ampicylina z sulbaktamem, piperacylina z tazobaktamem lub tykarcylina z klawulanianem – wszystkie w monoterapii. Można również zastosować cefalosporynę III generacji, np. ceftriakson, lub

## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

jeden z fluorochinolonów w skojarzeniu z metronidazolem. Czas trwania terapii antybiotykami zależy od lokalizacji i ciężkości obrażeń oraz postaci zakażenia. W przypadku leczenia zakażeń skóry i tkanki podskórnej oraz ropni odpowiedź można uzyskać po 5–14 dniach terapii, w zapaleniu pochewek ścięgnistych leczenie należy prowadzić do 3 tygodni, a w septycznym zapaleniu stawów – do 4 tygodni.

Nie udowodniono skuteczności rutynowej antybiotykoterapii prewencyjnej w zapobieganiu zakażeniom ran kłasnanych przez psy i koty. Podanie antybiotyku jest zalecane po ugryzieniach przez ludzi oraz w przypadku osób z ranami o wysokim ryzyku zakażenia (tab. 7).

### Profilaktyka tężca

O ile to możliwe, należy zweryfikować przebieg szczepień chorego. Każde dziecko, które w okresie niemowlęcym otrzymało podstawowe szczepienia obejmujące podanie trzech dawek szczepionki z komponentem tężca, jest zabezpieczone do 6. roku życia i nie wymaga dodatkowej profilaktyki. Dziecko doszczepione zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych w 2. roku życia

TABELA 7. Rany kłasnane o wysokim ryzyku zakażenia

<p>Charakter rany:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Głęboka (punktowa), zabrudzona</li> <li>• Z ogniskami zmiężdżenia, martwicy, obrzęku, złego ukrwienia</li> <li>• Rany dłoni, stóp, twarzy, genitaliów</li> <li>• Podejrzone lub potwierdzone uszkodzenie ścięgien, torebek stawowych</li> <li>• Rany w pobliżu sztucznych wszczepów, takich jak protezy naczyniowe, protezy stawów itp.</li> </ul>
<p>Schorzenia współistniejące:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaburzenia immunologiczne, tj. wrodzone/nabyte obniżenie odporności, przewlekłe choroby wątroby, cukrzyca, asplenizm, młody wiek &lt; 2. r.ż., podeszły wiek</li> <li>• Istniejący wcześniej zastój żylny lub limfatyczny w rejonie pogryzienia</li> <li>• Sztuczne zastawki serca</li> </ul>
<p>Sprawca pogryzienia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Człowiek</li> <li>• Kot</li> </ul>

jest zabezpieczone do 7. roku życia, a po podaniu dawki przypominającej w 6.–7. roku życia – do 11.–12. roku życia. Jeśli nie ma wątpliwości co do przebiegu szczepień, to można odstąpić od podania szczepionki „na wszelki wypadek”. Szczególną ostrożność należy zachować, jeśli istnieją przesłanki, że szczepionkę z komponentem tężcowym podano w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Ogólne zasady profilaktyki przeciw tężcowej przedstawiono w tabeli 8.

TABELA 8. Zasady swoistego zapobiegania tężcowi

Historia szczepień	Ryzyko zachorowania na tężec	
	Małe <sup>a</sup>	Duże <sup>b</sup>
Osoba nieszczepiona, niekompletnie zaszczepiona lub brak dokumentacji	Szczepionka Td lub T i kontynuacja szczepienia podstawowego	Szczepionka Td lub T + swoista antytoksyna <sup>d</sup> , a następnie kontynuacja szczepienia podstawowego <sup>c</sup>
Szczepienie podstawowe lub przypominające, a ostatnia dawka podana >10 lat temu	1 dawka przypominająca szczepionki Td lub T	1 dawka przypominająca szczepionki Td lub T + swoista antytoksyna <sup>d</sup>
Szczepienie podstawowe lub przypominające, a ostatnia dawka podana 5–10 lat temu	1 dawka przypominająca szczepionki Td lub T	1 dawka przypominająca szczepionki Td lub T
Szczepienie podstawowe lub przypominające, a ostatnia dawka podana < 5 lat temu	Immunoprofilaktyka niepotrzebna	Immunoprofilaktyka niepotrzebna lub w razie szczególnie dużego ryzyka zakażenia można rozważyć podanie 1 dawki przypominającej szczepionki Td lub T

<sup>a</sup> Świeże, mało zanieczyszczone rany, niezawierające martwych tkanek.

<sup>b</sup> Rany mocno zanieczyszczone lub zawierające zmiężdżone, martwe tkanki, opracowywane po upływie > 24 godzin od zranienia; rany kłute, miażdżone i postrzałowe.

<sup>c</sup> Szczepienie podstawowe przeciwko tężcowi = 3 dawki wg schematu: 0, 1, 6 miesięcy.

<sup>d</sup> Swoista immunoglobulina w dawce 250 lub 500 IU.

T – nieskojarzona szczepionka przeciwko tężcowi, Td – skojarzona szczepionka przeciwko tężcowi i błonicy.

Źródło: oprac. na podstawie Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 4 stycznia 2017 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2017.

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

## Ukąszenie przez żmiją zygzakowatą

W XIX w. śmiertelność po ukąszeniu przez żmiją zygzakowatą wynosiła około 13%, a obecnie przypadki zakończone zgonem zdarzają się wyjątkowo rzadko. Stało się tak dzięki wprowadzeniu do leczenia **surowic zawierających przeciwciała neutralizujące składniki jadu**. W Polsce dostępna jest surowica końska zawierająca swoistą immunoglobulinę G. W większości krajów europejskich dostępne są surowice zawierające oczyszczone fragmenty F(ab)<sub>2</sub>, np. Viperfav®, lub Fab, np. Vipera TAB®. Są one przeznaczone do podawania dożylnego, cechują się mniejszą immunogennością i lepszym profilem bezpieczeństwa. Podanie antytoksyny przynosi szybką poprawę w zakresie wczesnych objawów zatrucia, zmniejsza częstość występowania późnych objawów i skraca długość hospitalizacji. Największym problemem przy stosowaniu surowicy są reakcje alergiczne na białka końskie, których częstość sięga 10%.

W Szwecji antytoksynę otrzymuje jedynie co piąty ukąszony, w Polsce 54–100% chorych. Obecnie **wskazania do podania surowicy** obejmują:

wszystkich ukąszonych, u których występują objawy ciężkiego zatrucia (G3);

- chorych z objawami umiarkowanymi (G2), jeżeli mimo leczenia objawowego utrzymują się hipotensja, koagulopatia i/lub poważna trombocytopenia;
- małe dzieci i ciężarne kobiety;
- chorych po ukąszeniach w twarz i szyję;
- chorych, u których w badaniach laboratoryjnych stwierdzono hemolizę, poważną małopłytkowość, objawy skazy krwotocznej, leukocytozę > 20 000/μl, zwiększoną aktywność CPK (*creatine phosphokinase* – kinaza kreatynowa), znaczną kwasicę metaboliczną.

Zalecaną **dawką antytoksyny jadu żmii** (Biomed Warszawa) u dorosłych i u dzieci jest 500 j.a. – 1 ampułka – podane domięśniowo. Przed podaniem należy przeprowadzić wywiad w kierunku stwierdzonych alergii i wcześniejszego przyjmowania końskiej surowicy. Ponadto

producent zaleca przeprowadzenie śródskórnej próby uczuleniowej, polegającej na wstrzyknięciu 0,1 ml antytoksyny rozcieńczonej w 1 ml 0,9% NaCl. Wystąpienie po 10–20 minutach zaczerwienienia i bąbla w miejscu wstrzyknięcia oznacza uczulenie na końskie białko. W przypadku konieczności pilnego zastosowania antytoksyny i braku czasu na wykonanie próby producent dopuszcza podanie pełnej dawki pod osłoną leków antyhistaminowych i przy szybkiej dostępności epinefryny. Warto jednak zauważyć, że leki blokujące receptor H1 mogą być nieskuteczne w profilaktyce reakcji anafilaktycznych. Alternatywnym rozwiązaniem jest podanie pojedynczej, podskórnej dawki epinefryny: 0,25 mg u osób dorosłych, tuż przed wstrzyknięciem surowicy. Coraz większa liczba danych naukowych wskazuje, że najbardziej efektywną formą podania surowicy jest 30–45-minutowy wlew dożylny. Podanie dożylnie zapewnia najlepszą biodostępność i nie zwiększa ryzyka reakcji alergicznych w porównaniu z podaniem domięśniowym. Taka forma stosowania nie jest jednak dopuszczana przez producenta, a więc należy się liczyć z konsekwencjami podania leku *off-label* i stosować ją tylko w ostateczności.

**Dawka surowicy może być powtórzona**, jeśli po 1–2 godzinach od pierwszego wstrzyknięcia nie obserwuje się ustępowania objawów klinicznych zatrucia jadem. Takie postępowanie jest jednak kontrowersyjne, bo stężenie toksyny nie wzrasta, a kolejna dawka stwarza ryzyko wystąpienia ostrej reakcji alergicznej i/lub choroby posurowiczej. W przypadku antytoksyn zawierających fragmenty F(ab)<sub>2</sub> immunoglobulin udowodniono, że powtarzane dawki nie poprawiają wyników leczenia.

**Wczesne reakcje anafilaktyczne** po podaniu surowicy końskiej występują po 10–180 minutach od iniekcji. Początkowo mogą wystąpić:

- gorączka;
- tachykardia;
- pokrzywka;
- świąd;
- suchy kaszel;
- nudności;

## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

- › wymioty;
- › ból brzucha;
- › biegunka.

Warto zauważyć, że objawy te do złudzenia przypominają ogólnoustrojowe objawy zatrucia jadem i trudno je odróżnić.

**Późne reakcje niepożądane** po podaniu surowicy rozwijają się po średnio 7–20 dniach. Obecność kompleksów immunologicznych objawia się:

- › gorączką;
- › powiększeniem węzłów chłonnych;
- › objawami żołądkowo-jelitowymi;
- › świądem;
- › nawracającymi pokrzywkami;
- › bólami mięśni i stawów;
- › zapaleniem nerek.

Kompleksy mogą się gromadzić w tkankach i inicjować przewlekłe procesy zapalne o charakterze autoimmunologicznym. **Chorobę posurowiczą** charakteryzują:

- › obrzęk w miejscu wstrzyknięcia;
- › uogólnione powiększenie węzłów chłonnych;
- › gorączka;
- › pokrzywka;
- › obrzęk stawów;
- › w ostrych przypadkach uszkodzenie nerek i neuropatia.

Poza surowicą w leczeniu objawów ukąszenia stosowane są **leki** antyhistaminowe, adrenalina, glikokortykosteroidy, leki uspokajające i przeciwbólowe. Zarówno ich dobór, jak i dawkowanie powinny być zindywidualizowane dla uzyskania pożądanego efektu klinicznego. U wszystkich ofiar należy rozważyć profilaktykę przeciwțęcową. Pewne kontrowersje związane są ze stosowaniem antybiotyków i heparyn. W Polsce zwyczajowo podawane są leki przeciwdrobnoustrojowe w ramach profilaktyki, często w przedłużonej terapii. Takie postępowanie nie ma jednak naukowego uzasadnienia, rezultaty kliniczne leczenia są wątpliwe, a ubocznym efektem może być rozwój lekooporności drobnoustrojów. Jedynym wskazaniem do stosowania antybiotyków są miejscowe lub ogólne objawy zakażenia. Kontrowersyjne jest również rutynowe stosowanie leków przeciwkrzepliwych. Przy współistniejącej, często niemej klinicznie koagulopatii nawet profilaktyczne dawki heparyn drobnocząsteczkowych mogą być ryzykowne. Ponadto w większości przypadków udaje się wykluczyć podejrzenie zakrzepicy żyłnej w obrzękniętej kończynie. Wydaje się więc, że stosowanie leków przeciwkrzepliwych powinno być ograniczone do uzasadnionej profilaktyki przeciwzakrzepowej i leczenia potwierdzonych przypadków zakrzepicy.

### NA PODSTAWIE:

*Ostre stany zagrożenia życia w obrażeniach ciała*  
(PZWL Wydawnictwo Lekarskie 2018)

red. nauk. Krystyna Sosada, Wojciech Żurawiński

**ZOBACZ**





Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetykiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

# CZERNIAK ZŁOŚLIWY

Fragment z książki *Dermatologia w gabinecie lekarza POZ*  
(red. nauk. Anna Zalewska-Janowska, Honorata Błaszczyk)

 **AUTORZY:**

Katarzyna Tomaszewska, Honorata Błaszczyk

## Definicja

Czerniaki skóry są złośliwymi nowotworami wywodzącymi się z neuroektodermalnych komórek melanocytarnych.

- › ICD-10:
  - C43 – czerniak złośliwy skóry;
- › ICD-11:
  - 2C30 – czerniak złośliwy skóry.

## Etiologia

Za najistotniejsze czynniki zwiększonego ryzyka zachorowania na czerniaki skóry uznaje się: intensywne działanie promieniowania ultrafioletowego naturalnego (promienie słoneczne) i sztucznego (np. łóżka opalające, solaria), stałe drażnienie mechaniczne lub chemiczne, niską zawartość barwnika w skórze oraz predyspozycje genetyczne (np. rodzinny zespół znamion atypowych [*familial atypical mole syndrome, FAMS*]).

## Epidemiologia

W Polsce czerniaki występują względnie rzadko – standardyzowany współczynnik zachorowalności wynosi około 5/100 000, co odpowiada około 3600 zachorowaniom rocznie (około 1800 u mężczyzn i około 1800 u kobiet) w ostatnich latach. Czerniaki są jednak nowotworami o największej dynamice wzrostu liczby zachorowań.

## Obraz i przebieg kliniczny

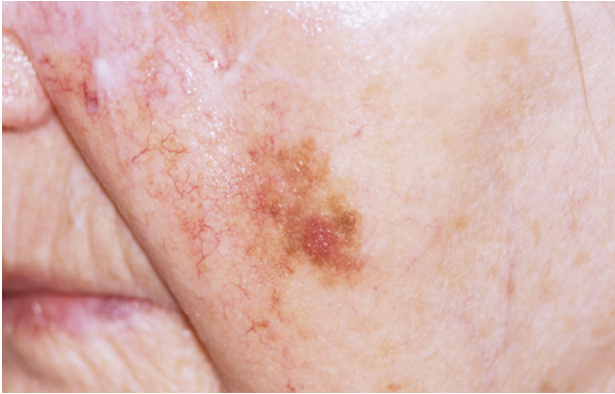
Podejrzenie czerniaka mogą nasuwać zmiany skórne, które rozwinęły się *de novo* lub na podłożu znamienia barwnikowego. Najbardziej znany amerykański system kliniczny ABCDE używany jest obecnie głównie do celów dydaktycznych (tabela 3). Pozwala on na identyfikację jedynie części czerniaków, w tym głównie szerzących się powierzchownie, ale też – w znaczącej



Rycina 7. Czerniak

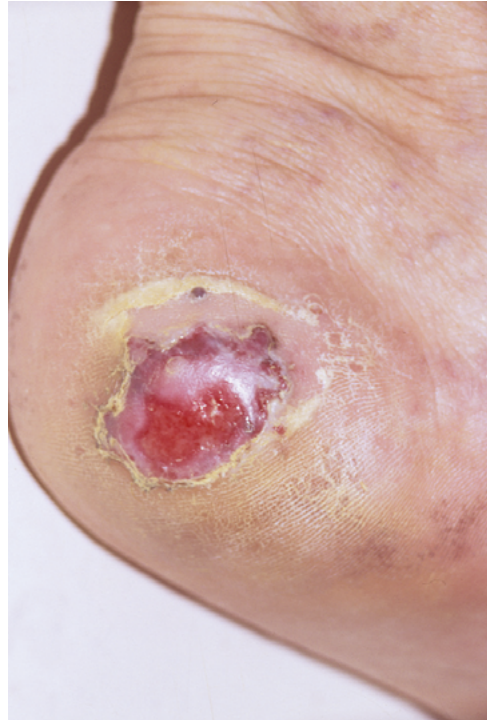
## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetkiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży



**Rycina 8.** Czerniak złośliwy szerzący się powierzchownie, wywodzący się ze złośliwej plamy soczewicowatej

części – tych zaawansowanych. Nie może on służyć jako przesiewowe narzędzie diagnostyczne, ponieważ nie pozwala na właściwe zakwalifikowanie aż około 50% czerniaków (m.in. czerniaków wczesnych o średnicy < 5 mm, czerniaków guzkowych bez cechy heterogenności barw i nieregularności brzegu, czerniaków bezbarwnikowych i zmian w obrębie skóry owłosionej głowy).



**Rycina 9.** Czerniak złośliwy – zmiana o typie owrzedzenia w obrębie pięty



Książki i ebooki  
dla profesjonalistów




szukaj na [pzwł.pl](http://pzwł.pl)



## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

**TABELA 3.** Obraz kliniczny czerniaków – kliniczne zasady ABCDE

	Wygląd	Charakterystyka
<b>A</b> ( <i>asymmetry</i> )		Asymetria – czerniak jest asymetryczny względem każdej osi (w odróżnieniu od łagodnych zmian, które zwykle są okrągłe lub owalne), a także ma obraz nieregularny, złożony z wyniosłości określanymi mianem wysp
<b>B</b> ( <i>borders</i> )		Brzegi nierówne i postrzępione
<b>C</b> ( <i>color</i> )		Kolor różnorodny (od jasnobrązowego po czarny, stalowy) z nierównomiernym rozkładem barwnika, często z jego punktowymi depozytami (szczególnie dobrze widoczne w badaniu dermoskopowym)

\* Grubość nacieku według Breslowa mierzona jest w milimetrach od warstwy ziarnistej naskórka lub dna owrzodzenia do najgłębiej naciekających gniazd melanocytów.

W chwili rozpoznania u około 80% chorych czerniak ma charakter miejscowy, podczas gdy stadium regionalnego zaawansowania i uogólnienia występuje pierwotnie u odpowiednio około 15% i 5% pacjentów. Postępy w leczeniu uzupełniającym oraz paliatywnym u chorych na uogólnionego czerniaka skóry są nadal

niezadowolające. Wskaźniki 5-letnich przeżyć wynoszą we wczesnych postaciach czerniaka 70–95% oraz odpowiednio: 20–70% i 20–30% w stadium regionalnego zaawansowania i uogólnienia przy zastosowaniu nowoczesnego leczenia systemowego.

### NA PODSTAWIE:

**Dermatologia w gabinecie lekarza POZ**  
(PZWL Wydawnictwo Lekarskie 2021)

red. nauk. Anna Zalewska-Janowska, Honorata Błaszczyk

**ZOBACZ**





Jesteś Wykładowcą?  
Odbierz **darmowy pakiet  
benefitów** od PZWL

**Sprawdź** ➔

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży

# UKĄSZENIA I PASOŻYTNICZE CHOROBY SKÓRY

Fragment z książki *Dermatologia w gabinecie lekarza POZ*  
(red. nauk. Anna Zalewska-Janowska, Honorata Błaszczuk)

## Użądlenia przez pszczoły i osy

 AUTORKI:

Agata Bechtold, Honorata Błaszczuk

- › ICD-10:
  - W57.9 – ugryzienie lub użądlenie przez niejadowitego owada i innego niejadowitego stawonoga (miejsce nieokreślone);
- › ICD-11:
  - EK50.0 – skórna reakcja na ugryzienie lub użądlenie owada:
  - XE4D9 – pszczoły,
  - XE6LT – osy.

### Etiologia

Pszczoły i osy – wraz z trzmielami, szerszeniami oraz mrówkami – należą do rzędu błonkoskrzydłych, których bolesne ukłucia często prowadzą do nasilonych odczynów alergicznych. Pszczoły mogą użądlić tylko raz w życiu, po czym odrzucają żądło. Atakują, podobnie jak trzmiele, po sprowokowaniu, podczas gdy szerszenie i osy żądlą, gdy bronią gniazda.

### Epidemiologia

Użądlenia są bardzo powszechne, szczególnie w sezonie letnim, i zazwyczaj nie są powodem zgłaszania się do lekarza. Częstość reakcji ogólnoustrojowych na jad błonkoskrzydłych waha się w granicach 0,3–8,9%, z czego 0,3–42,8% przypadków stanowi reakcję anafilaktyczną.

### Obraz i przebieg kliniczny

W miejscu użądlenia obserwuje się świąd, ból, obrzęk, wzmożone ucieplenie, które stopniowo ustępują – nawet przez kilka dni. Szczególnie niebezpieczne jest ukłucie w jamie ustnej i gardle po przypadkowym dostaniu się owada ze spożywanym pokarmem lub z wypijanym napojem. Może dojść do obrzęku języka i nagłośni, a następnie do niedrożności dróg oddechowych. Liczne użądlenia mogą powodować pokrzywkę lub wstrząs anafilaktyczny.

## NIEZBĘDNIK LEKARZA PRAKTYKA

Cukrzyca w podróży, podróżowanie z alergikiem i małym diabetikiem, promieniowanie UV, przebarwienia, atopowe zapalenie skóry, czerniak, ugryzienia, użądlenia, ukąszenia pasożytnicze, choroby przenoszone przez kleszcze u kobiet w ciąży



**Rycina 42.** Odczyn po użądleniu przez pszczołę w obrębie ręki. Fot. dzięki uprzejmości lek. Pauliny Klimek

### Diagnostyka i różnicowanie

Postawienie rozpoznania zazwyczaj nie następuje z trudności.

### Leczenie

Leczenie polega na zmniejszaniu objawów – stosuje się okłady z lodu, miejscowe preparaty przeciwświądowe lub glikokortykosteroidowe. Można rozważyć leki przeciwhistaminowe w przypadku nasilonego świądu. Pacjenci, u których wystąpiła reakcja uogólniona na użądlenie owada, powinni być poddani odczulaniu. Należy ich wyposażyć w ampułkostrzykawkę z adrenaliną i podczas wizyt kontrolnych upewniać się, że pacjent posiada lek z odpowiednim terminem przydatności.

#### NA PODSTAWIE:

***Dermatologia w gabinecie lekarza POZ***  
(PZWL Wydawnictwo Lekarskie 2021)

red. nauk. Anna Zalewska-Janowska, Honorata Błaszczyk

**ZOBACZ**





Niniejszy e-book jest dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, abyś przestrzegał praw, które im przysługują.  
Nie publikuj go w Internecie. Cytując jego fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło.  
Kopiując jego część, rób to jedynie na użytek osobisty.

© Wydawnictwo Naukowe PWN SA  
02-460 Warszawa, ul. Gottlieba Daimlera 2  
[www.pwn.pl](http://www.pwn.pl)