1/2017

Biuletyn

KWARTALNIK OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH z siedzibą w Kaliszu

Ciepłych i pełnych radości Świąt Wielkiej Nocy,
satysfakcji w życiu zawodowym i prywatnym,
spokoju ducha i niesłabnącej wiary w ludzi

życzy Zespół Redakcyjny Biuletynu

Choroba Alzheimera i inne zespoły otępienne – postępowanie niefarmakologiczne 4

Stenty 5

Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa 7

Zawał serca i jego zagrożenia – rola pielęgniarki 9

XXXII Okręgowy Sprawozdawczy Zjazd Pielegniarek i Położnych w Kaliszu 13

Ostre zapalenie trzustki 18

Informacja dla osób prowadzących praktykę zawodową oraz rejestrujących po raz pierwszy praktykę w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą 23

Aktualności 25

Szkolenia 27

Numer Konta bankowego
75 10 20 2212 0000 5402 0092 6485

Jeśli chcesz być dobrze poinformowany/a wejdź na naszą stronę interetową: www.oipip.kalisz.pl

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

czynne: od poniedziałku do piątku
w godzinach 7^{00} - 15^{00}

Sekretarz ORPiP

przyjmuje interesantów:
od poniedziałku do piątku 7^{00} - 11^{00}

Skarbnik OIPiP

urzęduje we wtorki i środy w godz. 15^{00} - 18^{30}

Dyżury Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
62-800 Kalisz, ul. Korczak 4a
tel. (0 62) 757-04-31
w pierwszy i czwarty poniedziałek miesiąca
od godz. 14^{00} do 15^{00}

Radca Prawny OIPiP z siedzibą w Kaliszu
- porady w zakresie prawa pracy oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu w każdy wtorek w godz. 14^{00} do 16^{00}.

Dyżury Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych:

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych pełni dyżur w pierwszy i czwarty poniedziałek miesiąca w godz. 13^{00} do 15^{00}

Zespół redakcyjny w składzie:

Krystyna Połomska
Jadwiga Soińska
Danuta Wieczorek

Adres:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
z siedzibą w Kaliszu
ul. Korczak 4a, 62-800 Kalisz
tel./fax: (62) 757 04 31
www.oipip.kalisz.pl
e-mail: izba@oipip.kalisz.pl

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu nie ponosi odpowiedzialności za treść oraz ofertę firm oferujących pracę, zamieszczone w Biuletynie OIPiP.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i opracowywania tekstów. Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń o konkursach na stanowiska kierownicze w ochronie zdrowia.

Data wydania:

KWIECIEŃ 2017

Nakład:
1000 egz.

Druk:

Drukarnia „Kalgraf" s.c., 62-800 Kalisz, ul. Górna 2a
tel.: 62 757 31 07, fax: 62 768 36 70

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Rolą samorządu zawodowego jako elementu tożsamości zawodowej jest reprezentowanie interesów pielęgniarek i położnych poprzez propagowanie wartości, określanie kompetencji i utrzymanie samodzielności oraz niezależności w wykonywaniu profesji pielęgniarki i profesji położnej.

Codzienne działania samorządu wpisują się w priorytety określone podczas VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, takich jak:

- Kształcenie przeddyplomowe,
- Kształcenie podyplomowe,
- Stabilizacja warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej.

Od początku kadencji prowadzone są intensywne rozmowy z Ministerstwem Zdrowia w najistotniejszych dla nas kwestiach:

- Utrzymania samodzielności naszych zawodów w związku z planami wprowadzenia koordynowanej opieki nad pacjentem w POZ
- Utrzymaniem dotychczasowego statusu pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania,
- Wpisaniem do tzw. rozporządzeń koszykowych wskaźników etatów dla oddziałów szpitalnych – tak aby gwarantowały bezpieczną obsadę,
- Pozostawieniem kształcenia przeddyplomowego na dotychczasowym poziomie studiów licencjackich I stopnia (sześciosemestralnych) oraz II stopnia (dwusemestralnych) magisterskich. Samorząd sprzeciwia się kształceniu pielęgniarek i położnych w zawodowych szkołach branżowych.
- Utrzymanie w mocy dotychczasowych podwyżek wynagrodzenia do czasu wdrożenia ustawy o minimalnym wynagrodzeniu, nad którym pracuje Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych w porozumieniu z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych.

Dużym wsparciem działalności samorządu jest współpraca z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, którym serdecznie dziękuję za współpracę.

Chcę, aby nasze działania miały na celu zapewnienie fundamentalnego bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i ich rodzin, a rozsądek i wiedza naszego środowiska, potwierdzana każdego dnia w działaniu, stała się gwarancją sukcesu w negocjacjach o rozwiązania satysfakcjonujące nasze środowisko.

Mam świadomość, że nie wszystko udało się nam osiągnąć i wiele jest jeszcze do zrobienia, ale mamy też swoje małe sukcesy dla środowiska:

- Powołanie od 1 lutego 2017 roku pielęgniarki Pani Józefy Szczurek-Żelazko na stanowisko Sekretarza Stanu w Ministerstwie |Zdrowia
- Utrzymanie w projekcie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej odrębnej listy kontraktowania świadczeń lekarskich i pielęgniarskich

Są to małe kroczki, ale bardzo istotne dla kreowania realnej i rzeczowej strategii dla pielęgniarstwa.

Oddajemy w Państwa ręce nowy numer Biuletynu, który prezentuje najważniejsze wydarzenia z ostatniego okresu, które miały miejsce w Naszej Okręgowej Izbie.

Drogie Koleżanki i Koledzy,

Z okazji zbliżających się Świąt Wielkanocnych mam przyjemność złożyć najserdeczniejsze życzenia zdrowia, wszelkiej pomyślności w życiu osobistym oraz sukcesów w pracy zawodowej

W imieniu Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu

Przewodniczący
(-) Marek Przybył

CHOROBA ALZHEIMERA I INNE ZESPOŁY OTĘPIENNE – POSTĘPOWANIE NIEFARMAKOLOGICZNE

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD – 10) otępienie jest zespołem objawów spowodowanych chorobą mózgu zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym.

Najczęstszą postacią otępienia jest choroba Alzheimera (około 60%). Istnieją inne rodzaje otępień, które również sprawiają problemy opiekuńcze.

Jednym z nich jest otępienie naczyniopochodne. Powstaje w wyniku zmian niedokrwiennych lub pokrwotocznych mózgu. Obraz kliniczny tego otępienia zależy od lokalizacji i nasilenia zmian w mózgowiu. Otępienie często ma nagły początek. Zaburzenia funkcji poznawczych mają zmienny przebieg. W wywiadzie stwierdza się miażdżycę naczyń, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, przebyty zawał serca, udar mózgu. W otępieniu naczyniopochodnym istotna jest profilaktyka pierwotna i wtórna.

Otępienie z ciałami Lewy´ego jest drugą po chorobie Alzheimera przyczyną otępień. Ujawnia się po 60. roku życia i dotyczy częściej mężczyzn. W tkance mózgowej stwierdza się tzw. ciała Lewy´ego, zwyrodnienie neurowłókienkowe i ubytek neuronów. Pierwszymi objawami choroby są zaburzenia zachowania, chwiejność emocjonalna, agresja, zaburzenia świadomości, omamy urojenia, zaburzenia nastroju. Choroba postępuje szybko i powoduje głębokie otępienie.

Otępienie czołowo-skroniowe rozpoczyna się najczęściej między 45. a 65. rokiem życia zarówno u kobiet i mężczyzn. Choroba rozpoczyna się od zaburzeń zachowania, mowy, osobowości. Charakterystyczna jest utrata dbałości o własny wygląd i higienę, Występują zaburzenia czynności zwieraczy. Chorzy chętnie spożywają węglowodany – przy braku kontroli występuje otyłość. Chorzy nie potrafią prawidłowo interpretować stanu emocjonalnego innych osób. Pamięć w odróżnieniu od choroby Alzheimera jest dość dobra. Osoby z otępieniem czołowo-skroniowym wcześniej niż osoby z chorobą Alzheimera wymagają opieki.

W chorobie Alzaheimera następuje stopniowe obumieranie komórek nerwowych, które prowadzi do przerwania połączeń między nimi i zaburzeń ich czynności. W tkance nerwowej odkładają się białka o patologicznej strukturze: beta- amyloid, białka tau i akfa-synonukleiny. Obumarcie neuronów uniemożliwia funkcjonowanie komórek. Inna teoria dotyczy włókien neurofibrylarnych, które w zdrowym mózgu są proste, u osób z chorobą Alzheimera są poplątane. Splatanie włókien może powodować uszkodzenie neuronów. W chorobie Alzheimera występuje zmniejszenie produkcji acetylocholiny. Obniżony jest poziom serotoniny, noradrenaliny i dopaminy.

W oparciu o badania naukowe wyróżniono czynniki ryzyka choroby Alzheimera:

- pewne: wiek- najwięcej zachorowań po 65 roku życia, obciążenie dziedziczne (do chwili obecnej zidentyfikowano kilka genów, które mają udział w rozwoju choroby), zespół Downa,
- prawdopodobne: płeć żeńska, czynniki naczyniowe, obciążenia dziedziczne chorobą Downa , urazy głowy w połączeniu z innymi czynnikami,
- inne czynniki mające mniejszą rolę w wystąpieniu choroby: alkohol, metale (glin), wirus opryszczki typu I, poziom wykształcenia (im więcej lat nauki tym objawy kliniczne choroby rozwijają się później).

Na podstawie obrazu klinicznego choroby można wyróżnić trzy etapy.

Pierwszy etap - występuje niewielkie otępienie związane z pogorszeniem sprawności intelektualnej. Potrzebna jest okresowa opieka nad chorym.

W drugim etapie występują wyraźne zaburzenia pamięci, mowy, zachowania, rytmów biologicznych. Pojawiają się urojenia, omamy. Na tym etapie potrzebna jest stała opieka.

W trzecim etapie jest ograniczony lub zanika kontakt werbalny, występują zaburzenia snu, łaknienia, chory nie jest w stanie sam funkcjonować wymaga opieki i pielęgnacji.

Zachowanie się osoby z otępieniem zależy od postępujących zmian w mózgu.

Farmakoterapia nie pozwala zupełnie wyleczyć chorego. Dlatego opiekunowie kierują swoją uwagę w kierunku dodatkowych metod, które mogą pomóc choremu w życiu codziennym.

Prawidłowa opieka nad chorym przyczynia się do lepszego funkcjonowania. Nie jest wskazana zarówno nadopiekuńczość jak i poświęcanie choremu zbyt mało uwagi.

Większość chorych z chorobą Alzheimera przebywa w swoich domach pod opieką osób bliskich. Osoby sprawujące opiekę często nie radzą sobie, nie znają zasad postępowania z chorym . Pielęgniarska opieka długoterminowa dotyczy pacjentów w stanie ciężkim. Dlatego ważna jest edukacja opiekunów, którzy taką opiekę sprawują. Nie wszyscy chorzy objęci są całodobową opieką w ZOL i ZPO.

Prawidłowe relacje między opiekunem a chorym sprzyjają lepszemu funkcjonowaniu chorego. Nadopiekuńczość lub poświęcanie zbyt mało czasu powoduje funkcjonowanie chorego poniżej jego możliwości.

Pozafarmakologicznymi metodami , które poprawiają jakość życia są różnego rodzaju zajęcia terapeutyczne.

Wskazane jest wprowadzanie zajęć, które aktywizują, stymulują zdolności poznawcze, poprawiają samopoczucie, zmniejszają zaburzenia zachowania.

W łagodnym otępieniu można usprawniać procesy poznawcze takie jak: myślenie, pamięć, uwagę. Chory ma większe poczucie bezpieczeństwa , zmniejsza się niepokój spowodowany trudnościami w rozumieniu rzeczywistości. Metodą wpływającą na aktywność poznawczą jest trening orientacji w rzeczywistości, może on polegać na czytaniu, oglądaniu programów, następnie prowadzenie rozmowy na ten temat. W późniejszych etapach działania powinny polegać na dostarczaniu informacji odnośnie środowiska, w którym przebywa chory.

Terapia reminiscencyjna polega na przywołaniu wspomnień z wcześniejszych okresów życia.

Takie działania zmniejszają poczucie zagubienia. Poprawiają samopoczucie i komunikację z otoczeniem. Osoby z otępieniem, które są wyręczane w obowiązkach domowych np. ścieranie kurzu, ścielenie łóżka, nie pamiętają o tych czynnościach i wykazują niechęć do wykonywania tych czynności. Systematyczny trening w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego wydłuża okres samodzielnego funkcjonowania chorego. Wykonywane czynności powinny być dostosowane do możliwości chorego tak, by nie powodowały niekorzystnych reakcji.

Pozytywny wpływ ma muzyka. Muzykoterapia dla osób z otępieniem jest źródłem stymulacji, łagodzi zaburzenia zachowania, poprawia nastrój. Innym rodzajem oddziaływań na chorego jest arteterapia – terapia przez sztukę. Zajęcia plastyczne stymulują te części mózgu, które nadal dobrze funkcjonują, dają satysfakcję choremu.

Aktywność fizyczna to jeszcze jeden rodzaj terapii. Ma korzystny wpływ na stan somatyczny, nastrój. Wydłuża się czas sprawności fizycznej, łagodzi lęk i niepokój.

Oprócz leków farmakologicznych ważne są oddziaływania niefarmakologiczne, które zmniejszają zaburzenia zachowania.

W przypadku zdenerwowania niepokoju chorego istotne znaczenie ma zachowanie opiekuna. Stan emocjonalny opiekuna może udzielić się choremu, spowodować niepokój przerażenie, reakcje obronne. To może wywołać złość i agresję chorego. Opiekun musi pamiętać, że zaburzenia zachowania i objawy psychotyczne wynikają z choroby.

Rodzina ma istotne znaczenie w opiece nad chorym, dlatego powinna uzyskać informacje o chorobie, potrzebach chorego, postępowaniu z chorym. Chory ze względu na specyfikę choroby najlepiej czuje się we własnym domu, dłużej jest samodzielny dlatego ważna jest organizacja opieki w miejscu zamieszkania.

Piśmiennictwo: Paranowski T.: Choroba Alzheimera, Wydawnictwo PZWL Warszawa 2010

Bac A: Terapia zajęciowa, Wydawnictwo PZWL 2016

Przygotowała : Krystyna Połomska

NOWOCZESNE METODY LECZENIA

STENTY

W ostatnim czasie notuje się coraz większą ilość zabiegów związanych z wszczepianiem stentów.

Stent jest to rodzaj perforowanej rurki, która jest zbudowana z cienkiej siateczki wszczepianej do światła naczynia w celu zwiększenia i utrzymania jego drożności. Istnieją dwie grupy stentów donaczyniowych: rozprężane na balonie oraz samorozprężalne. Stent samorozprężalny w momencie wprowadzania go w miejsce zwężenia jest zwinięty w „rulonik" i dopiero po umieszczeniu go dokładnie w miejscu zwężenia zostaje „rozłożony". Ponadto, stenty dzieli się ze względu na tworzywo: metalowe (BMS - *Bare Metal Stent*) i pokrywane lekiem (DES - *Drug Eluting Stent*).

Rewaskularyzacja ma na celu przywrócenie prawidłowego krążenia w świetle naczynia poprzez jego udrożnienie lub poszerzenie. Zaleca się rewaskularyzację inwazyjną u pacjentów z chorobą wieńcową i z rozległym niedokrwieniem mięśnia sercowego potwierdzonym obiektywną metodą, wykazującą upośledzenie rezerwy wieńcowej (próba wysiłkowa, echokardiografia wysiłkowa, echokardiografia dobutaminowa, scyntygrafia wysiłkowa).

Mechanizm działania stentu

Stenty zakładane są w miejscu zwężenia tętnicy wieńcowej, aby przywrócić właściwy przepływ krwi. Pełnią one funkcję podporową, utrzymując uzyskane światło. Przed erą stosowania stentów, kiedy to powszechnie stosowano samą angioplastykę balonową, liczba nawrotów choroby w okresie półrocznym wynosiła około 20%. Natomiast założenie stentu znacznie zmniejsza ryzyko nawrotu.

Pierwsze próby implantacji plastykowych i stalowych protez wewnątrznaczyniowych podjął C. Dotter w 1969 roku. W ciągu ostatnich 30 lat nastąpiły zmiany w wyniku osiągnięć techniki, postępu wiedzy na temat mechanizmów powikłań oraz gromadzenia doświadczeń lekarzy wykonujących te zabiegi. Obecnie opatentowanych jest 500 różnych typów stenów, jakkolwiek w praktyce stosuje się kilkanaście; w większości są to stenty rozprężane za pomocą balonu (Palmaz-Schatz, Gianturco-Roubin, Crown, Cross-Flex, NIR, Multi-Link, Wiktor, Strecker) oraz samorozprężalny Wallstent. Zmodyfikowaniu uległy także cewniki i balony, a w konsekwencji sama technika implantacji stentów. Zmniejszenie grubości ściany cewników prowadzących pozwoliło na ograniczenie zewnętrznego wymiaru do 6F i zmniejszenie traumatyzacji naczynia w miejscu wprowadzenia cewnika. Zastosowanie ultrasonografii wewnątrznaczyniowej umożliwiło lepsze zrozumienie mechanizmu okluzji i podostrej zakrzepicy w obrębie stentu. Dzięki dodatkowej inflacji wysokociśnieniowej w obrębie stentu uzyskuje się całko-

wite przyleganie szkieletu stentu do ściany naczynia, co ułatwia pełny przepływ krwi przez szerokie światło protezy i zmniejsza częstość podostrych zamknięć bez konieczności intensywnego leczenia przeciwzakrzepowego; wystarczająca okazała się dodatkowa terapia blokująca płytki krwi.

Zalety stentowania tętnic wieńcowych:

1) zmniejszenie częstości restenozy i poprawa wyników odległych,
2) uzyskanie większego światła naczynia i poprawa wyników doraźnych,
3) uchronienie przed zamknięciem światła naczynia w przypadku rozległego rozwarstwienia jego ściany.

Implantacja stentu może poprawić wyniki angioplastyki w przypadkach: 1) przewlekłych okluzji, 2) pomostów żylnych i 3) w świeżym zawale serca.

Wskazania do założenia stentu samorozprężalnego

Lista wskazań kwalifikujących do przeprowadzenia **wszczepienia stentu** ciągle staje się dłuższa. Obecnie najważniejsze wskazania stanowią: zapobieganie restenozie (powtórnemu zwężeniu), optymalizacja doraźnego wyniku plastyki balonowej w przypadku zwężeń dużego ryzyka ocenianego angiograficznie, poprawa wyniku konwencjonalnej plastyki balonowej (PTCA), leczenie ostrego lub zagrażającego zamknięcia tętnicy wikłającego PTCA.

Na podstawie przeprowadzonych badań klinicznych udowodnione jest, iż konwencjonalna angioplastyka balonowa u chorych z ograniczonym zwężeniem własnej tętnicy wieńcowej wiąże się z większą ilością restenoz niż zastosowanie stentu z dodatkową wysokociśnieniową inflacją w jego obrębie z uzupełniającą terapią kwasem acetylocalicynowym i pochodną tienopirydyny.

Gdy dojdzie do restenozy tętnicy wieńcowej, np. w wyniku zapadnięcia ściany naczynia, jej przebudowy lub rozrostu błony wewnętrznej po konwencjonalnej plastyce balonowej, wszczepienie stentu daje korzystny efekt. Natomiast ponowne **stentowanie** w przypadku zwężenia w obrębie wcześniej wszczepionego stentu jest w dalszym ciągu niepewne. Najprawdopodobniej jest to korzystne w przypadku ograniczonego zwężenia.

Porównanie stentów

Skuteczność stentów pokrywanych lekiem jest dużo większa niż stentów metalowych. Statystycznie ryzyko nawrotu zwężenia po angioplastyce balonowej wynosi około 20%, po wszczepieniu stentu metalowego 10-15%, a przy stencie pokrytym lekiem około 5%. Jednak należy pamiętać, iż stenty DES są obarczone ryzykiem tzw. późnej zakrzepicy, a więc zjawiska wykrzepiania krwi w obrębie stentu, w okresie do roku od implantacji, a nawet późniejszym. Dlatego po wszczepieniu stentów DES istotne jest przyjmowanie podwójnej terapii przeciwpłytkowej przez okres około 12 miesięcy.

Nowe stenty bioresorbowalne są tymczasowym rusztowaniem wstawianym do wewnątrz naczynia wieńcowego, które zostało udrożnione podczas zabiegu kardiologii interwencyjnej, nazywanego balonikowaniem. Zbudowane są z polimerów, które po założeniu do wewnątrz naczynia ulegają rozpuszczeniu najpóźniej w ciągu 36 miesięcy. Kiedy spełnią swoje zadanie i się rozpuszczą, leczony fragment naczynia może odzyskać motorykę i zostaje przywrócony stan sprzed choroby.

Według Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, stenty różnego typu wykorzystuje się w 80 procentach zabiegów kardiologii interwencyjnej. Najczęściej są to metalowe rurki o strukturze cienkiej siateczki wstawianej do wnętrza zaatakowanego miażdżycą naczynia. Kardiolodzy podczas „balonikowania" rozpychają złogi miażdżycowe, żeby udrożnić naczynie i poprawić w nim przepływ krwi do mięśnia sercowego. W to miejsce zakładają stent, który może jednocześnie uwalniać lek zapobiegający powstaniu zakrzepicy oraz ponownemu zwężeniu naczynia. Oprócz tego pacjenci po zabiegu przez co najmniej kilka miesięcy muszą zażywać dwa różne leki przeciwpłytkowe.

Powikłania po wszczepieniu stentów samorozprężalnych

Ryzyko podczas przezskórnej angioplastyki wieńcowej z wszczepieniem stentu nie jest takie same w każdym przypadku. Zależy m.in. od: doświadczenia osoby wykonującej procedurę, wyposażenia pracowni hemodynamicznej, stopnia, liczby i zaawansowania zmian w tętnicach wieńcowych oraz wydolności serca.

Ryzyko zgonu podczas zbiegu w stabilnej jednonaczyniowej chorobie wieńcowej wynosi 0,3-0,4%. Zgon jest związany z zamknięciem tętnicy wieńcowej, co skutkuje niewydolnością lewej komory serca. Zawał serca odnotowuje się u poniżej 5% chorych. Aby rozpoznać to powikłanie, należy oznaczyć CK-MB w surowicy w razie pojawienia się niepokojących dolegliwości w obrazie klinicznym lub odchyleń w badaniach dodatkowych. Wśród innych powikłań są opisana powyżej restenoza i powikłania krwotoczne w miejscu dostępu naczyniowego.

Postępowanie po wszczepieniu stentu

Podczas pierwszego roku po zabiegu każdy chory powinien być objęty szczególnym nadzorem. Częstość wizyt kontrolnych uzgadnia się indywidualnie, w zależności od oceny rezerwy wieńcowej po zabiegu. Mogą być to wizyty w przykładowym schemacie: 3, 6, 9-12 miesięcy. W zależności od rodzaju stentu oraz obecności innych wskazań prowadzona jest terapia uzupełniająca pochodną tienopirydyny. Po przebytym ostrym zespole wieńcowym stosuje się przez 12 miesięcy podwójną terapię przeciwpłytkową.

Podobne postępowanie jest po zastosowaniu stentu DES. Wyjątkiem są chorzy ze stabilną dusznicą bolesną, którym wszczepiono stent metalowy (BMS), ponieważ podwójną terapię można zakończyć już po czterech tygodniach. Natomiast każdy pacjent do końca swojego życia nie może zrezygnować z przyjmowania kwasu acetylosalicylowego, bez względu na to, jaki rodzaj stentu został zastosowany. Takie postępowanie jest związane z występującym w początkowym okresie szczególnym ryzykiem wykrzepienia

krwi na powierzchni stentu, co wiąże się z wystąpieniem ostrego zespołu wieńcowego.

Zabieg wprowadzenia stentu

Cały zabieg związany z wprowadzeniem stentu trwa około 30 minut. Zabieg ten wykonuje się w znieczuleniu miejscowym, w specjalnie przygotowanej do tego pracowni (radiologicznej), pacjent jest cały czas monitorowany.

Wyróżnia się dwa etapy wprowadzenia stentu:

Etap - wprowadzenie cewnika, który na swoim zakończeniu ma niewielki balonik, na nim nałożony jest stent. Gdy stent zostanie wprowadzony w konkretne, docelowe miejsce w tętnicy, dochodzi do rozprężenia balonu, do jego wnętrza wprowadzany jest płyn izotoniczny bądź powietrze (zależne od wskazań i decyzji lekarza).

Etap - to usunięcie cewnika i pozostawienie w danym miejscu samego stentu. W konsekwencji prowadzi to do całkowitego zniknięcia zwężenia.

Stenty umieszczane są najczęściej w takich miejscach jak: silnie zwężone naczynia szyjne, w przypadku aorty (leczenie tętniaków), zwężone naczynia mózgowe oraz w naczyniach wieńcowa tych. Cewnik wprowadzany jest poprzez małe nakłucie jeden z tętnic: promieniowej, ramiennej lub biodrowej. Zabieg nie jest bardzo bolesny.

Przygotowanie do zabiegu wszczepienia stentu

O tym, w którym miejscu zostanie nakłuty pacjent (miejsce wprowadzenia stentu) decyduje zawsze lekarz. Wybrane miejsce a dokładnie część ciała zostanie znieczulona miejscowo, ważne by to miejsce nie było owłosione. Bardzo ważny jest wywiad medyczny (dotychczasowe zabiegi, uczulenia, jakie przyjmuje leki, problemy z krzepliwością krwi, ciąża, okres karmienia, planowany zabieg operacyjny).

Kowalska M.: Przygotowanie do zabiegu wszczepienia stentu. Choroby wewnętrzne red. Szczeklik A., tom I, Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC). Medycyna Praktyczna 2005

Referowska M., Leśniak W.: Rewaskularyzacja mięśnia sercowego. Podsumowanie wytycznych ESC i EACTS 2014. mp.pl

www.kardiolo.pl/stent

Kacperska J: Zawał serca a wszczepianie stentów. forumkardiologiczne.pl

Maciejewska M.: Nowe generacje protez wewnątrznaczyniowych w leczeniu choroby wieńcowej. biotechnologia.pl

Przygotowała Danuta Wieczorek

REUMATOLOGIA

ZESZTYWNIAJĄCE ZAPALENIE STAWÓW KRĘGOSŁUPA

Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa to druga po reumatoidalnym zapaleniu stawów pod względem częstości występowania choroba zapalna stawów. Jest to przewlekły proces zapalny, który obejmuje stawy krzyżowo- biodrowe, więzadła kręgosłupa, dyski międzykręgowe. W miejscu elastycznych połączeń kręgów tworzą się zespolenia kostne powodujące usztywnienie kręgosłupa. W przebiegu choroby może wystąpić stan zapalny innych stawów np. biodrowych, barkowych również zapalenia przyczepów ścięgien i zapalenia błony naczyniowej oka. Etiologia tej choroby nie jest do końca znana. Uważa się, że do rozwoju choroby potrzebne jest kilka czynników. Zasadniczą rolę ma czynnik genetyczny. U ponad 90% chorych stwierdza się antygen HLA B27, który predysponuje do rozwoju choroby. Są chorzy, którzy nie mają antygenu HLA B27. Należy zaznaczyć, że obecność tego antygenu nie przesądza o wystąpieniu choroby. Antygen występuje także u osób zdrowych, którzy nie chorują na ZZSK. Ryzyko zachorowania jest większe jeśli bliscy krewni chorują na ZZSK. Uczeni wymieniają inne czynniki, które sprzyjają rozwojowi choroby : zaburzenia układu odpornościowego, zakażenia bakteryjne zwłaszcza przewodu pokarmowego i dróg moczowo-płciowych, mikrourazy. Wymienione czynniki i predyspozycje genetyczne powodują rozwój reakcji zapalnej.

Choroba częściej występuje u mężczyzn. Najczęściej rozpoczyna się ok. 20. roku życia. Zdarzają się zachorowania przed 18. i po 40. roku życia.

Może również wystąpić u dzieci i osób starszych. Pierwszymi objawami najczęściej jest ból w okolicy krzyżowo- lędźwiowej kręgosłupa, promieniujący do pośladków po jednej stronie lub do obu, tylnej powierzchni ud, kolan, pleców. Ból nie ustępuje po odpoczynku, często nasila się w nocy lub nad ranem. Ustępuje pod wpływem aktywności fizycznej i ćwiczeń. U niektórych chorych pierwszym objawem może być ból innych miejsc niż kręgosłup np. stawy kolanowe, biodrowe, ból pięty. Charakterystycznym objawem może być nawracające zapalenie stawu kolanowego z obecnością płynu wysiękowego w stawie. U niektórych osób przed wystąpieniem objawów ze strony narządu ruchu, nawet kilka lat wcześniej, występuje zapalenie tęczówki oka. W miarę postępu choroby ból, sztywność i ograniczenie ruchomości obejmuje wyższe piętra kręgosłupa. Zajęcie odcinka szyjnego powoduje ból głowy i problemy z odwracaniem głowy do tyłu. Zmiany w tym odcinku kręgosłupa mogą spowodować uszkodzenie rdzenia i ośrodka oddechowego. Stan zapalny stawów międzykręgowych, żebrowo-kręgowych powoduje zmniejszenie ruchomości klatki piersiowej. Następuje zmiana toru oddychania, zmniejsza się pojemność życiowa płuc, może wystąpić ból klatki piersiowej szczególnie przy głębokim oddechu. Zmienia się sylwetka chorego – jest przygarbiony, występuje charakterystyczne pochylenie do przodu, szyja wysunięta do przodu, brzuch wysklepiony do przodu, brak lordozy lędźwiowej. Zmniejsza się wzrost. Ograniczenie ruchomości kręgosłupa utrudnia wykonywanie czynności dnia codziennego. Chorzy często są zmęczeni z powodu

problemów ze snem. Kręgosłup jest bardziej podatny na urazy z powodu utraty elastyczności i rozwoju osteoporozy.

W przebiegu ZZSK szybciej rozwija się miażdżyca i powikłania z nią związane: choroba niedokrwienna serca, niedomykalność zastawki aorty, zapalenie aorty i osierdzia. Z powodu zmniejszonej pojemności płuc mogą częściej występować zakażenia dróg oddechowych o ciężkim przebiegu. Chorzy stosują niesteroidowe leki przeciwzapalne, które przyczyniają się do choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy. W przypadku podwichnięcia lub złamania kręgów może dojść do uszkodzenia nerwów – wystąpią objawy neurologiczne: drętwienie, osłabienie czucia, mrowienie, osłabienie siły mięśniowej, niedowład kończyn, problemy z kontrolowaniem oddawania moczu i stolca. Może wystąpić uszkodzenie nerek z powodu samej choroby i stosowania NLPZ.

Rozpoznanie ZZSK ustala się na podstawie wywiadu, badania narządu ruchu i wyniku badania – RTG kręgosłupa, MRI. Z badań laboratoryjnych ważne jest: oznaczenie antygenu HLA B27, wskaźników aktywności stanu zapalnego (OB, CRP), morfologii krwi, wykonanie badań biochemicznych (enzymy wątrobowe, stężenie kreatyniny, jonogram) .

Leczenie zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa

Leczenie farmakologiczne

Najczęściej stosuje się niesteroidowe leki przeciwzapalne. Leki te zmniejszają ból, sztywność kręgosłupa. Stosuje się je w odpowiednich dawkach i regularnych odstępach czasu. Przy stosowaniu NLPZ mogą wystąpić powikłania – ze strony przewodu pokarmowego (krwawienia) nerek i szpiku. Dlatego często podaje się leki osłaniające błonę śluzową żołądka, wykonuje się badanie morfologii krwi i czynności nerek. Niektóre leki z tej grupy w mniejszym stopniu uszkadzają błonę śluzową żołądka, ale mogą mieć niekorzystny wpływ na układ krążenia. Kortykosteroidy stosuje się szczególnie przy zajęciu pojedynczych stawów np. kolanowych. Leki steroidowe najczęściej stosuje się bezpośrednio do miejsca, w którym toczy się proces zapalny.

Do nowej grupy leków stosowanych w leczeniu ZZSK należą leki biologiczne. Badania wykazały dużą skuteczność w leczeniu stanu zapalnego, bólu, sztywności stawów. W Polsce stosuje się tzw. blokery TNF. Wskazaniem do ich stosowania jest duża aktywność choroby mimo leczenia niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi. Istnieją przeciwskazania do stosowania tych leków. Do leczenia tymi lekami kwalifikuje lekarz reumatolog. U pacjentów leczonych lekami biologicznymi jest zwiększone ryzyko zakażeń m.in. gruźlicą.

Leczenie chirurgiczne

Wskazaniem do leczenia chirurgicznego jest utrzymujący się ból i ograniczenie ruchomości stawów obwodowych, mimo leczenia zachowawczego. Leczenie chirurgiczne polega na zastąpieniu chorego stawu protezą.

Operacje kręgosłupa wykonuje się w przypadku wystąpienia objawów neurologicznych spowodowanych podwichnięciem, niestabilnością stawów kręgosłupa lub złamaniem kręgów. Wykonuje się również operacje poprawiające oś kręgosłupa w celu poprawy równowagi ciała. Operacje najczęściej dotyczą odcinka lędźwiowego. Z powodu możliwych powikłań związanych z uszkodzeniem struktur nerwowych kwalifikowanie chorych do operacji jest szczegółowo rozważane.

Leczenie niefarmakologiczne

Na każdym etapie choroby ważna jest rehabilitacja.

Najważniejszym sposobem leczenia jest kinezyterapia. Codzienne wykonywanie ćwiczeń zwiększa sprawność. Ćwiczenia powinny być dobrane indywidualnie dla każdego chorego. Niewłaściwy ich dobór może prowadzić do pogorszenia stanu. Oprócz ćwiczeń ważne w utrzymaniu prawidłowej postawy jest odpoczynek na średnio twardym materacu z małą poduszką pod głową. Istotna jest pozycja siedząca chorego – podkładka pod kręgosłup lędźwiowy lub specjalny fotel. Przy podnoszeniu ciężkich przedmiotów należy stosować prawidłową technikę podnoszenia. Korzystne jest uprawianie sportu: pływanie, badminton, koszykówka, siatkówka, narciarstwo biegowe, tenis, spacery. Nie wskazane jest uprawianie sportów m.in. takich jak: boks, hokej, piłka nożna, jazda konna, długotrwała jazda rowerem. W porozumieniu z lekarzem stosuje się również fizykoterapię.

Dla chorych z zawansowaną chorobą istotna jest terapia zajęciowa, psychoterapia.

Obecnie wyleczenie choroby nadal nie jest możliwe, ale można powstrzymać jej rozwój . Przebieg choroby jest różny. U niektórych osób choroba postępuje bardzo wolno u innych szybko. Ważne jest wczesne rozpoznanie choroby i intensywne leczenie od samego początku oraz stała kontrola u lekarza. Do oceny ciężkości choroby stosuje się odpowiednie kwestionariusze (np. BASFI, BASDAI)

Wskaźnik BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) – Wskaźnik aktywności zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa. W kwestionariuszu należy odpowiedzieć na 6 pytań dotyczących pięciu głównych objawów zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (czas trwania sztywności porannej, jej nasilenie, miejsca o dużej bolesności uciskowej, ból i obrzęk stawów, ból kręgosłupa, zmęczenie. Wynik BASDAI mieści się w przedziale od 0 do 10.

Główne zalety kwestionariusza: jest szybki i bardzo prosty do przeprowadzenia;

został wielokrotnie zweryfikowany w licznych badaniach naukowych, które potwierdziły jego rzetelność w ocenie aktywności zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa;

jest wystarczająco czuły, aby uwidocznić nawet nieznaczne zmiany aktywności choroby.

Po skonstruowaniu wskaźnika BASDAI uczeni stwierdzili, że ocenia on przede wszystkim sztywność i ból pojawiający się u pacjenta, a w mniejszym stopniu upośledzenie sprawności fizycznej.

Z tego powodu stworzyli drugie narzędzie – BASFI, które pozwala na pomiar stopnia niepełnosprawności.

BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) – Wskaźnik funkcjonalny zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa

W kwestionariuszu BASFI udziela się odpowiedzi na 10 pytań. Pierwsze osiem ocenia czynności ruchowe, ulegające zaburzeniu w przypadku konkretnych anatomicznych ograniczeń (np. utrudnienie zginania się do przodu przy zesztywnieniu kręgosłupa). Ostatnie dwa pytania dotyczą ogólnej zdolności pacjenta do radzenia sobie z czynnościami życia codziennego. Wynik BASFI mieści się w przedziale od 0 do 10.

ZZSK jest chorobą ograniczającą sprawność chorego. Osoby opiekujące się chorymi mają duży wpływ na wyniki leczenia poprzez zachęcanie do aktywności, mobilizowanie do samodzielności w czynnościach dnia codziennego. Pomoc powinna być ograniczona do czynności, których chory sam nie może wykonać. Istotna jest pomoc w akceptacji niepełnosprawności. Wsparcie psychiczne jest ważne w każdej przewlekłej chorobie, która często powoduje depresje, frustracje, poczucie uzależnienia od innych. Istotną rolę odgrywa edukacja pacjenta. Celem działań terapeutycznych jest poprawienie komfortu życia oraz zapobieganie eliminacji z pracy zawodowej.

Kilka wskazówek dla pacjenta:
- nosić wygodne buty na niskim obcasie,
- nie uprawiać sportów, które powodują obciążenie kręgosłupa,
- zapobiegać upadkom,
- przystosować otoczenie tak by można łatwo się poruszać,
- nie palić papierosów ponieważ zwiększa to ryzyko wystąpienia chorób serca i płuc,
- prawidłowo się odżywiać – odpowiednia ilość wapnia i witaminy D,
- unikać nadwagi.

Piśmiennictwo

1.Sokalska- Jurkiewicz M.: Przegląd Reumatologiczny, 2008, nr 5

2.Stanisławska- Biernat E.: Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, Poradnik dla pacjentów, 2015

3.Reumatologia.mp.pl zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa

4.www.poradnikzdrowie.pl ZZSK

Przygotowała: Krystyna Połomska

KARIOLOGIA

ZAWAŁ SERCA I JEGO ZAGROŻENIA – ROLA PIELĘGNIARKI

Zawał serca powstaje w czasie zamknięcia naczynia wieńcowego w sercu, przez co dopływ krwi do mięśnia sercowego jest przerwany i nie dociera do niego tlen. Powstaje martwica odciętego fragmentu serca. Przyczyną zamknięcia naczynia krwionośnego może być pęknięcie lub erozja blaszki miażdżycowej z następczym wytworzeniem zakrzepu, który powoduje subtotalne zwężenie lub zamknięcie naczynia blokując napływ krwi do mięśnia sercowego. Do zawału serca może dojść całkiem niespodziewanie nawet u osoby, która dotychczas uważała się za zupełnie zdrową, ponieważ prowadzą do niego procesy trwające przeważnie kilka lat. Choroby serca są najczęstszymi przyczynami zgonów w Polsce.

Serce zbudowane jest w większości swej masy z tkanki mięśniowej. W spoczynku mięsień sercowy pochłania 11% tlenu pobieranego przez cały organizm. Tlen jest dostarczany przez naczynia wieńcowe oplatające serce. Jeśli naczynia te zostaną zwężone przez procesy miażdżycowe lub nadmiernie się skurczą, serce dostanie zbyt mało krwi. Tlenu wystarczy do pracy w warunkach spoczynku, ale będzie go za mało na bardziej wytężoną pracę, kiedy serce musi bić szybciej i tłoczyć krew z większą prędkością – rozwija się **choroba niedokrwienna serca.**

W początkowej fazie choroby wieńcowej serca człowiek będzie miał kłopoty w czasie wejścia po schodach na czwarte piętro a w miarę postępu schorzenia, jeśli osoba ta nie leczy się i prowadzi niezdrowy tryb życia, trudnością będzie wejście na pierwsze piętro. Naczynia wieńcowe będą bardzo wąskie, bardzo mało tlenu dotrze do serca i będzie ono pracować zbyt słabo!

Gdy któraś z tętnic wieńcowych zostanie zupełnie zamknięta, krew nie będzie docierać do odpowiedniej części mięśnia serca i po pewnym czasie (15 – 30 minut) jego komórki obumierają. Powstanie wtedy martwica mięśnia sercowego**,** czyli **zawał serca**.

Jest to proces nieodwracalny. Z czasem miejsce komórek mięśnia serca (kardiomiocytów) zajmie tkanka łączna, która nie potrafi się sama kurczyć, a co najwyżej poddaje się biernie ruchowi. Utworzy się tzw. blizna pozawałowa. Ta część ściany serca zawsze już będzie kurczyć się gorzej i pracować mniej efektywnie, co będzie odczuwalne dla całego organizmu.

Chorobę wieńcową można podzielić na postać stabilną i niestabilną (ostra zespoły wieńcowe). Postać stabilna jest najłagodniejszą formą, nie zagraża bezpośrednio życiu, można ją kontrolować odpowiednimi lekami i zmianą trybu życia. Do ostrych zespołów wieńcowych, które mogą być niebezpieczne dla życia pacjenta należą:

- niestabilna dławica piersiowa
- zawał bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI)
- zawał z uniesieniem odcinka ST (STEMI)
- nagły zgon sercowy.

Objawy zawału serca

Najczęstsze objawy zawału serca to ból (czasem bardzo silny), pieczenie lub ucisk za mostkiem. Ból zgłaszany przez chorego ma charakter rozlany, a nie punktowy. Dlatego pacjent z zawałem serca zazwyczaj wskazuje miejsce bólu, przykładając całą pięść do mostka.

Ból trwa zwykle ponad 20 minut; może się utrzymywać stale lub wielokrotnie ustępować i nawracać. U osób w starszym wieku lub chorujących na cukrzycę ból w trakcie zawału może być mniej charakterystyczny albo (rzadko) nie występuje wcale. Wówczas zawał objawia się np. w postaci zasłabnięcia lub duszności.

Najczęstsze objawy zawału serca:

- ból za mostkiem
- ból w żuchwie, szyi, plecach, ręce lub barku
- ból brzucha z towarzyszącymi nudnościami lub wymiotami (może być jedyną dolegliwością)
- duszność
- obfite zimne poty i zawroty głowy
- lęk przed zbliżającą się śmiercią
- zasłabnięcie, utrata przytomności.

Przyczyny zawału mięśnia sercowego

Brak swobodnego przepływu krwi do mięśnia sercowego powoduje miażdżyca naczyń, na którą z kolei w dużej mierze rzutuje podwyższony poziom cholesterolu we krwi.

Najważniejsze czynniki powodujące miażdżycę naczyń:

- zwiększenie „złego" cholesterolu, tj. frakcji LDL cholesterolu,
- nieleczone nadciśnienie tętnicze,
- otyłość,
- cukrzyca,
- palenie papierosów,
- picie alkoholu i nieprawidłowa dieta,
- tryb życia i stres.

Należy pamiętać, że nad większością tych czynników można zapanować poprzez rzucenie palenia, ograniczenie spożywania alkoholu, zastąpienie tłustych potraw zdrową żywnością, ograniczenie wysiłku fizycznego oraz regularne wizyty lekarskie i poddawanie się badaniom. Ponadto należy pamiętać, aby zwłaszcza podczas pracy siedzącej zapewniać naszemu organizmowi codzienną dawkę ruchu, bowiem podczas wysiłku fizycznego serce pracuje szybciej, tworzy się krążenie oboczne, a przez to dostarczana jest większa ilość krwi.

Inne czynniki niosące za sobą ryzyko wystąpienia zawału to: uwarunkowania genetyczne, płeć, zanieczyszczenie środowiska oraz wiek (wiek krytyczny: u mężczyzn 32-50 lat, u kobiet 45-70).

Postępowanie przedszpitalne

Jeśli ból w klatce piersiowej utrzymuje się ponad 5 minut i nie ustępuje po odpoczynku lub zastosowaniu nitrogliceryny, którą lekarz uprzednio zapisał, należy niezwłocznie zadzwonić pod numer telefonu ratunkowego 999 lub 112 i się położyć a bliską osobę w pobliżu poprosić o opiekę. Chory powinien zadzwonić na pogotowie, nawet jeśli nie jest do końca pewny, czy objawy, które u niego występują, są objawami zawału serca.

Bardzo ważny jest czas, jaki upływa od wystąpienia bólu w klatce piersiowej do rozpoczęcia leczenia, ponieważ im wcześniej rozpocznie się leczenie zawału, tym więcej mięśnia sercowego można uratować. Najlepsze rokowanie dotyczy pacjentów, u których leczenie rozpoczęto w ciągu pierwszej godziny od wystąpienia objawów. Jest to tzw. złota godzina.

Najbezpieczniejszym środkiem transportu osoby z podejrzeniem zawału serca jest karetka pogotowia, ponieważ już podczas drogi do szpitala można rozpocząć leczenie. Nieraz we wczesnym okresie zawału dochodzi do zatrzymania krążenia. Personel karetki dysponuje odpowiednią wiedzą i wyposażeniem, aby przywrócić pracę serca. Już w czasie transportu ratownik kontaktuje się z personelem szpitala, który może się przygotować do natychmiastowego wdrożenia leczenia zawału serca.

Rozpoznanie zawału serca

Na podstawie zgłaszanych dolegliwości oraz występowania u pacjenta czynników ryzyka zawału lekarz może podejrzewać zawał serca. Zwykle ustala się wstępne rozpoznanie ostrego zespołu wieńcowego (OZW). Następnie badania potwierdzają lub wykluczają zawał. Są to przede wszystkim EKG i oznaczenie we krwi stężenia troponiny, która jest białkiem uwalnianym przez niedokrwione kardiomiocyty.

W ocenie EKG dużą rolę odgrywa pomiar wychylenia tzw. odcinka ST. Jeśli lekarz rozpoznaje uniesienie odcinka ST, zwykle kieruje chorego od razu na zabieg koronarografii i angioplastyki balonowej, ponieważ najprawdopodobniej tętnica odpowiadająca za zawał serca całkowicie się zamknęła. Mówi się wówczas o tzw. zawale serca z uniesieniem odcinka ST (*ST elevation myocardial infarction* – STEMI).

Jeśli odcinek ST jest prawidłowy lub obniżony, lekarz zwykle zleca dodatkowe badania w celu ustalenia ostatecznego rozpoznania i określenia sposobu dalszego postępowania. Zwykle ma na to więcej czasu niż w przypadku STEMI, ponieważ brak uniesienia odcinka ST w EKG najczęściej świadczy o tym, że naczynie wieńcowe nie jest zamknięte, ale ciasno zwężone, co oznacza, że do niedokrwionego obszaru mięśnia sercowego dociera pewna ilość krwi.

Niezwykle istotnym badaniem wykorzystywanym w diagnostyce zawału serca jest oznaczenie stężenia troponiny. Jeśli jest ono zwiększone, u chorego z charakterystycznym bólem w klatce piersiowej można rozpoznać zawał serca nawet przy prawidłowym wyniku EKG.

Leczenie

Celem leczenia chorych z ostrym zespołem wieńcowym (OZW) jest możliwie najszybsze opanowanie niedokrwienia i zapobieganie poważnym, mogącym prowadzić do zgonu, powikłaniom. Obszar nieodwracalnej martwicy mięśnia sercowego zwiększa się proporcjonalnie do czasu trwania niedokrwienia. Wielkość

martwicy mięśnia sercowego ma decydujący wpływ na przebieg choroby, rokowanie, śmiertelność szpitalną. Dlatego najważniejszym zadaniem w leczeniu ostrego zespołu wieńcowego jest jak najszybsze udrożnienie zamkniętej tętnicy i przywrócenie przepływu przez miokardium. Według zaleceń Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dąży się by udrożnienie tętnicy nastąpiło w czasie nie dłuższym niż 120 min od początku objawów, a najlepiej w ciągu 60 min. Gdy chory trafi do szpitala i zostanie rozpoznany zawał, może liczyć na jedną z trzech metod leczenia:

- przezskórną angioplastykę wieńcową,
- podanie leków fibrynolitycznych lub wykonanie
- pomostawania aortalno-wieńcowego (potocznie wykonanie by-passów).

Według obowiązujących standardów preferowaną metodą reperfuzji jest reperfuzja mechaniczna, czyli pierwotna przez skórna interwencja wieńcowa (PCI), jednak nie każdy może liczyć na takie leczenie. Najważniejszym czynnikiem jest czas – od momentu wystąpienia dolegliwości do podjęcia tego zabiegu nie może minąć więcej niż 12 godzin. Po przekroczeniu tego czasu należy indywidualnie rozważyć słuszność tego zabiegu. Zabieg angioplastyki wieńcowej wykonuje się w pracowniach hemodynamiki oddziałów kardiologii lub kardiologii inwazyjnej i jest zawsze poprzedzony koronarografią. Polega on na uwidocznieniu i udrożnieniu tętnicy dozawałowej. Poprzez nakłucie w tętnicy udowej, promieniowej lub ramiennej wprowadza się do układu tętniczego specjalne cewniki, które po umieszczeniu w opuszce aorty pozwalają zobrazować tętnice wieńcowe serca. Wyróżniamy cewniki lewe i prawe, gdzie za pomocą lewego cewnika można podejrzeć lewą tętnicę wieńcową składającą się z dwóch głównych gałęzi, tj. gałęzi lewej zstępującej oraz gałęzi okalającej, a za pomocą prawego cewnika prawą tętnicę wieńcową. Cały proces wprowadzania cewnika monitorowany jest na monitorze RTG. Do tętnic poprzez cewniki wprowadza się płyn kontrastujący (koronarografia), który umożliwia zaobserwowanie ich przebiegu i zmian chorobowych. W miejsce zwężenia lub zakrzepicy zawałowej wprowadza się prowadniki wieńcowy, który przechodzi przez zmianę (zwężenie) w tętnicy. Po prowadniku wieńcowym wprowadza się w miejsce zwężenia cewnik zaopatrzony w balonik, do którego pompuje się płyn (jest to najczęściej mieszanka kontrastu z solą fizjologiczną) pod ciśnieniem od kilku do kilkunastu atmosfer. Balonik rozszerza światło zwężonego (zamkniętego) naczynia wieńcowego, normalizując w nim przepływ krwi. Poszerzenia światła naczynia za pomocą balona (bez użycia stentu) nazywa się dylatacją, natomiast gdy na cewniku z balonem znajduje się stent (jest to metalowa siateczka, która podtrzymuje rozszerzone naczynie), nazywamy dylatacją z wszczepieniem stentu.

Jest to najskuteczniejsza metoda leczenia świeżego zawału serca z uniesieniem odcinka ST.

Czasami zabieg angioplastyki jest niemożliwy do wykonania i wtedy konieczna jest operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), która wiąże się z koniecznością wykonania torakotomii.

Leki fibrynolityczne to leki, które podane w odpowiednim czasie od wystąpienia zawału mogą rozpuścić skrzep w tętnicy i uratować mięsień sercowy przed martwicą. Niestety podanie tych leków jest możliwe w przypadku braku przeciwwskazań oraz spełnienia kryterium czasowego, czyli 12 godzin od wystąpienia zawału.

Ostatnią metodą jest pomostowanie aortalno-wieńcowe, które jest wskazane, gdy niemożliwe jest zastosowanie leków trombolitycznych lub wykonanie pierwotnej angioplastyki wieńcowej (głównie w przypadkach zaawansowanych zmian miażdżycowych w wielu odcinkach tętnic równocześnie).

Powikłania zawału serca

Wczesne:

- zgon, najczęściej w wyniku nagłego zatrzymania krążenia w mechanizmie migotania komór,
- wstrząs kardiogenny,
- poszerzenie się ogniska zawałowego (najczęściej w wyniku poszerzenia się obszaru uszkodzenia reperfuzyjnego lub wstecznego narastania zakrzepicy w zajętej tętnicy wieńcowej),
- zaburzenia rytmu serca i przewodnictwa,
- ostrą niewydolność serca z obrzękiem płuc,
- ostrą dyskinezę mięśnia sercowego (ostry tętniak serca),
- pęknięcie ściany serca (tamponada serca) lub przegrody międzykomorowej,
- pęknięcie mięśnia brodawkowatego i ostra niewydolność zastawki mitralnej.

Późne:

- zakrzepica przyścienna w komorze nad obszarem zawału i inne powikłania zatorowo-zakrzepowe,
- pozawałowe zapalenie nasierdzia,
- przewlekły tętniak serca,
- przewlekła niewydolność krążenia,
- zespół ramię-ręka,
- zespół pozawałowy Dresslera.

Postępowanie po zakończeniu leczenia szpitalnego

Pacjent po zawale serca należy do grupy dużego ryzyka wystąpienia kolejnych chorób sercowo-naczyniowych, a także zgonu z ich powodu.

Zmniejszenie ryzyka jest możliwe poprzez ścisłe przestrzeganie zasad profilaktyki wtórnej, która polega ona na wdrożeniu zasad tzw. zdrowego stylu życia, redukcji wszystkich czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych oraz stosowaniu leków. Konieczne jest zwiększenie aktywności fizycznej, zaprzestanie palenia tytoniu, ograniczenie spożycia alkoholu, zmniejszenie masy ciała oraz stosowanie odpowiedniej diety.

Każdy pacjent po zawale serca, jeśli nie ma bezwzględnych przeciwwskazań, do końca życia powinien zażywać kwas acetylosalicylowy, statynę, beta-bloker i inhibitor konwertazy angiotensyny lub w przypadku nietolerancji leków z tej grupy – antagonistę receptora angiotensyny oraz corocznie szczepić się przeciwko grypie. Dodatkowo przez 12 miesięcy

zaleca się stosowanie klopidogrelu lub innego leku, który w podobnym mechanizmie jak klopidogrel hamuje agregację płytek krwi (prasugrel, ticagrelor).

Opieka pielęgniarska

Pielęgniarka przyjmując pacjenta z zawałem stosuje procedurę przyjęcia chorego w trybie pilnym. Skupia się na sprawnym, szybkim zorganizowanym działaniu, które ocenia i pielęgnuje głównie sferę fizyczną pacjenta, która w danym momencie jest najbardziej zagrożona. Umieszcza chorego na sali intensywnego nadzoru, układa w pozycji półwysokiej Nawiązuje kontakt z chorym i wstępnie ocenia stan ogólny, wzywa lekarza, zakłada dokumentację chorego uzyskując w niej pisemną zgodę chorego na hospitalizację u pacjentów przytomnych, pomaga przy badaniu wstępnym, zakłada elektrody kardiomonitora, wykonuje pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechów, zapis EKG, zakłada wkłucie obwodowe lub asystuje przy zakładaniu wkłucia centralnego, pobiera krew do badań analitycznych, ocenia charakter i stopień nasilenia bólu, monitoruje nasilenie duszności, przygotowuje pacjenta do inwazyjnego badania diagnostycznego, transportuje do pracowni hemodynamiki i przekazuje pod opiekę personelu pracowni hemodynamiki.

Profesjonalna opieka pielęgniarska zorientowana na człowieka jako całość, jest ukierunkowana również na rozwiązywanie problemów będących wynikiem z jednej strony nagłej hospitalizacji a także sytuacji społecznej w której znalazł się chory. W sytuacji nagłego zagrożenia życia chory odczuwa lęk przed śmiercią i ma poczucie całkowitej bezradności oraz uzależnienia od opieki zespołu leczącego. Lęk ten może być potęgowany przez zastosowaną aparaturę medyczną. Dlatego bardzo istotne jest przywrócenie choremu poczucia bezpieczeństwa. W tej sytuacji pielęgniarka powinna okazywać pacjentowi zainteresowanie, troskliwość, życzliwość, dokładnie słuchać, wyjaśniać wszystko co niepokoi pacjenta, informować o celu wykonywanych zabiegów i zastosowania aparatury monitorującej oraz wyjaśniać rzeczowo zakres aktywności pacjenta w łóżku. Źródłem lęku może być również sytuacja społeczna jaką pozostawił pacjent wyrwany z ciągu codziennych zdarzeń poprzez chorobę i nagłą hospitalizację. Pomoc w rozwiązaniu trudnej sytuacji społecznej może polegać np. na umożliwienie pacjentowi kontaktu telefonicznego z miejscem pracy, rodziną.

W oddziale szpitalnym pacjent, obok wykonywanych specjalistycznych zbiegów, terapii farmakologicznej poddawany jest również działaniom edukacyjnym. Po wcześniejszym określeniu diagnozy pielęgniarskiej i rozpoznaniu u chorego występowania czynników ryzyka chorób serca, pielęgniarka planuje edukację pacjenta i jego rodziny ukierunkowaną na zmniejszenie ryzyka dalszego uszkodzenia serca (poprzez zaprzestanie palenia papierosów, spożywania alkoholu, zmniejszenie masy ciała, kontrolę ciśnienia tętniczego, cukrzycy, hiperlipidemii), kontrolę czynników zaostrzających niewydolność krążenia (restrykcja przyjmowania płynów, ograniczenie spożycia soli kuchennej), zastosowanie modelowego systemu opieki kardiologicznej nad chorym, rehabilitację.

W wyniku unieruchomienia w łóżku chorzy mogą odczuwać dyskomfort psychiczny oraz poczucie uzależnienia od innych osób, szczególnie młodzi, bardzo aktywni przed hospitalizacją. Pielęgniarka jest tą osobą, która bezpośrednio pomaga pacjentowi w realizacji niektórych potrzeb biologicznych (wykonanie toalety ciała, toalety jamy ustnej lub pomoc w toalecie, słanie łóżka, pomoc przy spożywaniu posiłków, dostarczanie basenów, wożenie na wózku do wc w kolejnych dobach zawału). Długotrwałe unieruchomienie pacjenta powoduje możliwość wystąpienia zaparć, zapalenia płuc, odleżyn oraz powikłań zatorowo – zakrzepowych. Zakrzepicę żył głębokich stwierdza się u chorych z zawałem serca, szczególnie starszych, otyłych, z rozległym zawałem, oraz z żylakami. Tego typu powikłanie znacznie obniża jakość życia pacjentów, wydłuża się okres hospitalizacji a także opóźnia powrót do pełnej sprawności i aktywności w życiu społecznym. Dlatego ważną rolę w zapobieganiu tym powikłaniom spełniają właściwe działania pielęgniarki, które polegają na: zezwoleniu choremu na aktywność fizyczną dozwoloną na danym etapie, włączeniu do diety pokarmy bogate w błonnik, zachęceniu chorego do częstej zmiany pozycji lub pomoc przy zmianie pozycji w zależności od stanu zdrowia, motywowaniu do wykonywania prostych ćwiczeń, dokładnym osuszanie skóry, natłuszczanie miejsc narażonych na powstanie odleżyn, a także dokładnym naciąganiu i ścieleniu pościeli, zachęcaniu pacjenta do wykonania gimnastyki oddechowej .

Ciąg dalszy na stronie 17.

KONDOLENCJE

Koleżance

Marii Weber

wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
z powodu **śmierci Taty**

składają koleżanki Oddziału
Pediatryczno-Noworodkowego
Ostrzeszowskiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

Marii Weber

wyrazy szczerego współczucia
z powodu **śmierci Taty**

składają Pielęgniarki i Położne
Ostrzeszowskiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

ZJAZD

XXXII OKRĘGOWY SPRAWOZDAWCZY ZJAZD PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH W KALISZU

W dniu 24 marca 2017 r. w sali audiowizualnej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Perzyny w Kaliszu odbył się XXXII Okręgowy Sprawozdawczy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

Część oficjalną Zjazdu rozpoczęto wprowadzeniem Pocztu Sztandarowego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz odśpiewaniem hymnu Pielęgniarek i Położnych.

Przewodniczący ORPiP Marek Przybył powitał gości : Przewodniczącą ORPiP w Poznaniu Teresę Kruczkowską, Rektora Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Kaliszu prof. Magdalenę Pisarską-Krawczyk, Pielęgniarską kadrę kierowniczą oraz Delegatów przybyłych na Zjazd.

W swoim wystąpieniu Przewodniczący ORPiP poruszył istotne sprawy dla pielęgniarek i położnych: utrzymanie kształcenia przeddyplomowego w obecnej formie, samodzielności zawodu, statusu pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania. Zwrócił uwagę na dobrą współpracę ze związkami zawodowymi, Polskim Towarzystwem Pielęgniarek, Colegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych, Państwową Wyższą Szkołą Zawodową w Kaliszu.

Goście w swoich wystąpieniach mówili o konieczności utrzymania kształcenia pielęgniarek na poziomie szkoły wyższej.

Na zakończenie części oficjalnej zostały wręczone odznaczenia Samorządu Pielęgniarek i Położnych. Odznaczenia wręczyła Przedstawicielka Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Teresa Kruczkowska.

Odznaczenie złote „Zasłużony dla SAMORZĄDU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH" otrzymał Ryszard Wawrzyniak.

Srebrne odznaczenie „Zasłużony dla SAMORZĄDU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH" otrzymali: Rafał Wielebski, Urszula Witkowska, Halina Górkowska, Danuta Malujda, Krystyna Połomska.

Odznaczenie brązowe „Zasłużony dla SAMORZĄDU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH" otrzymała Lucyna Wybierała

Po przerwie rozpoczęła się część merytoryczna zjazdu, którą protokołowały: Bożena Czekalska, Stefania Halamunda.

Asesorami zjazdu zostali: Maciej Leki, Waldemar Milewski, Aneta Kończalik, Jolanta Matuszak.

Wybrana Komisja Mandatowa w składzie : Jolanta Bartmańska, Iwona Trawnik, Jolanta Jankowska w protokole stwierdziła, że zjazd jest prawomocny i mógł podejmować uchwały.

Zjazdowi przewodniczyła Małgorzata Kowańska.

Delegaci wybrali Prezydium Zjazdu: Gabriela Nawrocka, Wanda Konieczna, Jolanta Nowak, Dorota Kubiak.

W Komisji Uchwał i Wniosków zasiedli: Grażyna Obecna, Mieczysława Kwaśniewska, Katarzyna Musiał.

Podczas obrad zatwierdzono sprawozdania:
Sprawozdanie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Sprawozdanie Okręgowej Komisji Rewizyjnej,
Sprawozdanie Okręgowego Sądu,
Sprawozdanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
Sprawozdanie z wykorzystania budżetu za 2016 r.

Przeprowadzono dyskusję nad preliminarzem budżetowym na rok 2017 i podjęto uchwałę w sprawie budżetu ORPiP na 2017 r.

Po przedstawieniu przez Komisję Uchwał i Wniosków złożonych przez Delegatów wniosków podjęto stosowne uchwały.

Za udział w obradach podziękowała Przewodnicząca Zjazdu i Przewodniczący ORPiP .

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, Tel. (22) 327 61 61, Fax. (22) 327 61 60

Warszawa, 23 marca 2017 r.

Pan
Marek Przybył
Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Kaliszu

Szanowny Panie Przewodniczący,

Okręgowe zjazdy sprawozdawczo-budżetowe to czas podsumowań całorocznej pracy organów okręgowych izb; rozliczenia się z wykonywanych zadań, dyskusji nad sposobem realizacji celów oraz wytyczenia planów na kolejny rok. Od wytrwałości i rozwagi członków Izby zależeć będzie, czy podjęte zostaną słuszne decyzje, które wpłyną na warunki pracy za rok, ale i za dziesięć i dwadzieścia lat. Ważne, aby działania na rzecz środowiska były spójne. Mają one przecież jeden cel – kreowanie pozytywnego wizerunku pielęgniarki, pielęgniarza, położnej, położnego – odpowiedzialnego profesjonalisty, który umie pracować samodzielnie, nie boi się innowacji oraz stawia na wszechstronną edukację niezbędną do podnoszenia kwalifikacji oraz jakości pracy.

Proszę wybaczyć, że z powodu napiętego kalendarza zajęć, nie mogę uczestniczyć w obradach XXXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu. Znając jednak dynamiczną działalność Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu, otwartość i gotowość na zmiany – jestem przekonana, że Delegaci Państwa Izby podejmą trafne dla środowiska decyzje, sprzyjające dalszemu rozwojowi naszych zawodów.

Życzę Państwu rzeczowych i sprawnie przebiegających obrad, które pozwolą przygotować założenia na najbliższą przyszłość oraz przyniosą satysfakcję nam wszystkim.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP

ZMałas

Zofia Małas

KARIOLOGIA

ZAWAŁ SERCA I JEGO ZAGROŻENIA – ROLA PIELĘGNIARKI (ciąg dalszy ze strony 12)

Gdy minie ostry okres zawału i chory przenoszony jest z OIOK-u na salę ogólną rozpoczyna się proces przygotowania chorego do życia i wyjścia ze szpitala. Często w tym czasie pacjenci sygnalizują lęk o własne zdrowie wynikające z przeniesienia na salę bez ścisłego nadzoru pielęgniarskiego. Dla uspokojenia i zwiększenia poczucie bezpieczeństwa pielęgniarka powinna uświadomić chorego, że bezpośrednie zagrożenie życia minęło i nie ma potrzeby stałego monitorowania jego stanu. Uświadomić choremu konieczność sygnalizowania niepokojących objawów i o sposobie zachowania się w tej sytuacji. Zapewnić pacjenta o tym, iż nadal znajduje się pod profesjonalną opieką i w razie potrzeby może liczyć na szybką reakcję i pomoc.

Wczesne przywrócenie chorego po zawale serca do aktywności życiowej ma nie tylko znaczenie psychologiczne ale zapobiega spadkowi kondycji fizycznej, zmniejsza ryzyko powikłań, poprawia samopoczucie i rokuje wcześniejszy powrót do pracy zawodowej po rehabilitacji.

Przebycie zawału serca będzie u większości pacjentów wiązało się z koniecznością modyfikacji dotychczasowego trybu życia. Pielęgniarka sprawująca opiekę wspólnie z chorym określa cele, do których razem będą zmierzać, planuje i wykonuje to, co było zaplanowane. Określa problemy, z którymi pacjent sobie nie radzi (np. palenie papierosów, otyłość), a które mają wpływ na jego zdrowie. Przygotowuje chorego do samoopieki i samopielęgnacji. Pielęgniarka rozpoznając potrzeby edukacyjne chorego często stwierdza brak motywacji oraz przygotowania do nowego trybu życia, a zatem w procesie edukacji musi: przekazać choremu i jego rodzinnie rzetelne informacje dotyczące istoty choroby i jej objawów, uświadomić pacjentowi istnienie czynników ryzyka, które mają wpływ na rozwój miażdżycy i wpływu tych czynników na powstanie zawału, przekazać choremu informacje dotyczące diety niskotłuszczowej, poinformować chorego o organizacji trybu życia po opuszczeniu szpitala, uświadomić pacjentowi konieczność systematycznego zażywania leków i kontroli lekarskiej, instruować chorego i jego najbliższych jak należy postępować w przypadku zaostrzenia objawów, zapoznać rodzinę z zasadami udzielania pierwszej pomocy w razie wystąpienia zagrożenia życia.

Przebycie zawału często wywołuje u chorego przygnębienie spowodowane niemożnością powrotu do dawnego aktywnego trybu życia. Dlatego należy wzbudzić u pacjenta wiarę w siebie i własne możliwości, wskazać elementy pozytywne nowego stylu życia, zasugerować skorzystania z leczenia sanatoryjnego, które poprawia ogólną wydolność organizmu oraz przygotowuje do życia w warunkach zmienionych przez chorobę. Jeszcze w szpitalu należy rozpocząć rehabilitację kardiologiczną i zaplanować ambulatoryjną opiekę poszpitalną. Konieczne jest poradnictwo i edukacja w zakresie diety, aktywności ruchowej, powrotu do pracy, prowadzenia pojazdów mechanicznych, stosowania leków, zaprzestania palenia, modyfikacji innych czynników ryzyka oraz psychospołecznych następstw przebytego zawału.

Zalecenia dietetyczne dla chorego po zawale serca uwzględniają przede wszystkim działania mające na celu korektę zaburzeń lipidowych w leczeniu hipercholesterolemii. Dodatkowym celem dietetycznym jest utrzymanie prawidłowej masy ciała. Wskaźnik masy ciała – BMI powinien zawierać się w przedziale 20 – 25. Należy ograniczyć stosowanie soli kuchennej i zastępować ją solą niskosodową, aby utrzymać prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego. Alkohol po zawale serca jest dopuszczalny w niewielkich ilościach.

Chorego po zawale serca obowiązuje bezwzględny zakaz palenia tytoniu. Palenie tytoniu nasila proces powstawania blaszek miażdżycowych , zwiększa krzepliwość krwi, co powoduje duże ryzyko ponownego zawału. Szkodliwe jest także bierne palenie tytoniu dlatego chory po zawale serca powinien unikać dymu tytoniowego w swoim otoczeniu. W walce z nałogiem powinna pomóc choremu silna motywacja, związana z towarzyszącym rozpoznaniu zawału serca lękiem o życie i zdrowie.

Trening fizyczny jest polecany jako integralny element leczenia pacjentów po zawale serca. Rehabilitacja przez wysiłek fizyczny zmniejsza objawy dusznicy i niewydolności serca. Rodzaj wysiłku, bezpieczny i efektywny dla chorego, powinien być starannie ustalony na podstawie wyniku próby wysiłkowej.

Pacjent opuszczający szpital po zawale serca nie jest przygotowany do normalnego funkcjonowania w życiu prywatnym i zawodowym, wymaga dalszej rehabilitacji. Wczesna faza rehabilitacji stwarza możliwości połączenia treningu fizycznego z edukacją pacjenta na temat potrzeby modyfikacji czynników ryzyka. Należy zachęcać chorych, szczególnie aktywnych zawodowo do wzięcia udziału w programach rehabilitacyjnych w ośrodkach rehabilitacji kardiologicznej. Można też po zawale serca zwiększać aktywność fizyczną w warunkach domowych. Początkowo można rozpocząć od krótkich 10-minutowych treningów powtarzanych kilka razy dziennie. Zaleca się wysiłek dynamiczny (aerobowy) taki jak gimnastyka, spacer, jazda na rowerze, pływanie. Wysiłki statyczne (izometryczne), jak dźwiganie ciężarów, kopanie działki, odśnieżanie, nie są zalecane w tym okresie, gdyż podnoszą znacznie ciśnienie tętnicze i zwiększają zapotrzebowanie na tlen. Również należy unikać współzawodnictwa w sporcie. Zaleca się długoterminowo systematyczny wysiłek a wyraźny wzrost wydolności fizycznej spodziewany jest po około 6 miesiącach ćwiczeń. Współżycie seksualne nie jest przeciwwskazane, o ile nie występują objawy niedokrwienia

przy małym wysiłku, odpowiadającym wejściu na piętro lub 10 minut mycia samochodu.

Chorzy po zawale serca w różny sposób reagują na stres związany z zawałem. Dlatego u chorych z wysokim poziomem lęku należy zwiększać poczucie bezpieczeństwa przez wskazywanie na poprawę zdrowia i wyników badań. Pewien poziom lęku może sprzyjać decyzji o zmianie stylu życia, zaprzestaniu palenia tytoniu, modyfikacji sposobu odżywiania i zwiększeniu aktywności fizycznej. Trudniej współpracuje się z chorym, który bagatelizuje chorobę i ma silne mechanizmy wyparcia. Należy wskazywać pozytywne perspektywy związane z przestrzeganiem zaleceń, unikać straszenia.

Edukacja pacjenta i jego rodziny może mieć wpływ **integrujący** i poprawiać efekty pełnej rehabilitacji kardiologicznej umożliwiającej społeczne funkcjonowanie chorego.

Opracowała J. Soińska na podstawie piśmiennictwa:

Kopeć Grzegorz: Co to jest zawał serca? www.chorobawiencowa.mp.pl

Błąd! Nieprawidłowy odsyłacz typu hiperłącze. *Karol, Kropiewnicka-Buczek Karolina; Zawał serca. www.abczdrowie.pl/zawal-serca*

Arendarczyk M.; Ostre zespoły wieńcowe – podstawy kliniczne. Pielęgniarstwo kardiologiczne. PZWL 2011.

Kogut P. Siwek M. Czyż M.; Ostre zespoły wieńcowe w aspekcie pielęgniarskim. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin 2005.

CHOROBY TRZUSTKI

OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI

Ostre zapalenie trzustki (OZT) jest jedną z najczęściej występujących chorób przewodu pokarmowego. Przyczyna wzrostu zachorowań na OZT nie jest dobrze znana, ale jak się uważa, jest spowodowana większą częstością występowania kamicy żółciowej w następstwie epidemii otyłości. Ostatnio definicja i terminologia OZT zostały uporządkowane i znacznie unowocześnione przy okazji rewizji klasyfikacji z Atlanty.

Ostre zapalenie trzustki to stan, w którym następuje samotrawienie trzustki. Trzustka jest narządem produkującym m.in. enzymy trawienne – trypsynę (trawiącą białka), lipazę (trawiącą tłuszcze) oraz amylazę (trawiącą cukry). W wyniku patologicznych procesów może nastąpić uaktywnienie wyżej wymienionych enzymów zbyt wcześnie, co prowadzi do poważnych zmian – stanów zapalnych a nawet martwicy. W warunkach prawidłowych enzymy te rozpoczynają swoje działanie dopiero w dwunastnicy. Co prawda ostre zapalenie trzustki najczęściej przybiera umiarkowaną postać, mimo to w swojej ciężkiej postaci jest stanem zagrażającym życiu.

Ostre zapalenie trzustki (OZT) zwykle się rozpoznaje, gdy są spełnione co najmniej dwa spośród następujących trzech objawów podmiotowych, przedmiotowych i celowanych badań laboratoryjnych: 1) ból brzucha typowy dla OZT (w nadbrzuszu, o ostrym początku, często promieniujący do pleców) 2) aktywność amylazy i/lub lipazy w surowicy przekraczająca górną granicę normy ponad 3-krotnie 3) typowe wyniki badań obrazowych brzucha.

Badania trzustki metodą tomografii komputerowej (TK) z podaniem środka cieniującego i/lub rezonansu magnetycznego (MR) należy zarezerwować dla chorych, u których rozpoznanie jest niejasne albo gdy w ciągu pierwszych 48–72 godzin hospitalizacji nie następuje poprawa kliniczna.

Objawy podmiotowe

Ból w OZT typowo jest umiejscowiony w nadbrzuszu środkowym lub w lewym podżebrzu. Chorzy zwykle opisują go jako stały, z promieniowaniem do pleców, klatki piersiowej lub do boku, ale te cechy nie są swoiste. Ból zazwyczaj jest silny, ale podobnie jak jego lokalizacja nie koreluje z ciężkością choroby. Ból określany jako tępy, kolkowy lub zlokalizowany w dole brzucha nie jest typowy dla OZT i sugeruje inną etiologię.

Badania laboratoryjne

W rozpoznawaniu OZT nie można polegać jedynie na aktywności amylazy w surowicy – preferuje się oznaczanie lipazy. Aktywność amylazy u chorych na OZT zwykle rośnie w ciągu kilku godzin od początku objawów i wraca do normy w ciągu 3–5 dni; może jednak być prawidłowa nawet u 20% chorych, np. w OZT wywołanym przez alkohol lub związanym z hipertriglicerydemią.

Przyczyny zwiększonej aktywności amylazy w surowicy inne niż OZT: makroamylazemia (zespół cechujący się powstawaniem wielkocząsteczkowych kompleksów amylazy i nieprawidłowych immunoglobulin), zmniejszone przesączanie kłębuszkowe, choroby ślinianek, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie pęcherzyka żółciowego, niedrożność lub niedokrwienie jelit, choroba wrzodowa, choroby ginekologiczne.

Lipaza jest bardziej swoista niż amylaza i jej aktywność pozostaje zwiększona dłużej od początku choroby. Niemniej jednak w niektórych populacjach chorych występują podobne problemy diagnostyczne, w tym makrolipazemia. Aktywność lipazy w surowicy może być też zwiększona w chorobach nerek, w zapaleniu wyrostka robaczkowego lub pęcherzyka żółciowego i innych. Ponadto u chorych na cukrzycę aktywność lipazy jest z niejasnych przyczyn większa niż u osób bez cukrzycy, i być może należałoby u nich przyjąć wyższy próg diagnostyczny (np. 5-krotność górnej granicy normy).

Badania obrazowe

Badania obrazowe jamy brzusznej są przydatne do potwierdzenia rozpoznania OZT. TK z użyciem środka cieniującego wykazuje ponad 90% czułość i swoistość w rozpoznawaniu OZT. Rutynowe wykonywanie kontrastowej TK u chorych z OZT jest nieuzasadnione, ponieważ u wielu chorych rozpoznanie jest oczywiste, a u większości choroba przebiega łagodnie i bez powikłań. Jeśli jednak stan chorego nie poprawia się po upływie 48–72 godzin (np. utrzymują się ból, gorączka, nudności i nie jest możliwe żywienie doustne), to powinno się wykonać TK lub MR w celu wykrycia miejscowych powikłań, np. martwicy trzustki.

Obecnie wyróżnia się 3 postacie OZT:

1. łagodne – bez powikłań miejscowych i ogólnoustrojowych
2. umiarkowane – występują powikłania miejscowe i/lub przemijająca (do 48 h) niewydolność narządowa
3. ciężkie – występuje przetrwała (>48 h) niewydolność narządowa.

W większości przypadków OZT ma postać łagodną i samoograniczającą, i wymaga tylko krótkiej hospitalizacji. Łagodne OZT rozpoznaje się, gdy nie występuje niewydolność narządowa ani martwica trzustki. Zwykle w ciągu 48 godzin od przyjęcia do szpitala stan kliniczny chorego znacznie się poprawia i może on przyjmować pokarmy doustnie.

U chorych na ciężkie OZT wyróżnia się 2 fazy choroby: wczesną (pierwszy tydzień) i późną. Do powikłań miejscowych zalicza się okołotrzustkowe zbiorniki płynu oraz martwicę trzustkową lub okołotrzustkową (jałową lub zakażoną). U większości chorych na ciężkie OZT przy przyjęciu nie stwierdza się jeszcze niewydolności narządowej ani martwicy trzustki, co niestety prowadzi do wielu błędów w leczeniu tej choroby, takich jak niedostateczne nawadnianie chorych

Kamica żółciowa i alkohol

U większości chorych można od razu ustalić etiologię OZT. Najczęstsze przyczyny to kamica żółciowa (40–70%) i alkohol (25–35%). Ze względu na częste występowanie kamicy żółciowej i możliwość zapobiegania nawrotom OZT należy u wszystkich chorych wykonać USG brzucha. Stwierdzenie etiologii żółciowej obliguje do skierowania chorego na cholecystektomię w celu zapobiegania nawrotom OZT i ewentualnemu zakażeniu dróg żółciowych. Żółciowe OZT jest zwykle pojedynczym epizodem i nie nawraca po usunięciu lub samoistnym wydaleniu złogu.

Inne przyczyny

U chorych bez wywiadu alkoholowego i bez kamicy żółciowej należy z rozwagą przypisywać etiologię OZT innym czynnikom. Leki, zakażenia i zaburzenia metaboliczne, takie jak hiperkalcemia i nadczynność przytarczyc, często są błędnie przyjmowane za przyczynę OZT. Żeby uznać hipertriglicerydemię za przyczynę OZT, stężenie triglicerydów w surowicy powinno wynosić >1000 mg/dl. Nawet u 20% chorych na OZT obserwuje się mleczną (lipemiczną) surowicę, dlatego w razie podejrzenia hipertriglicerydemii należy ponownie oznaczyć triglicerydy na czczo miesiąc po wypisie ze szpitala.

U wszystkich chorych po 40. roku życia z idiopatycznym OZT należy podejrzewać raka gruczołowego trzustki, zwłaszcza w przypadkach przedłużających się lub nawrotowych. U tych chorych wskazane jest wykonanie TK lub MR. Po pierwszym lub kolejnym epizodzie idiopatycznego OZT może być potrzebna dokładniejsza diagnostyka, obejmująca ultrasonografię endoskopową (EUS) i/lub cholangiopankreatografię rezonansu magnetycznego (MRCP).

W większości przypadków ostre zapalenie trzustki (OZT) ma postać łagodną i poddaje się wyleczeniu w przeciągu kilkunastu dni. Ciężkie OZT występuje u 15-25% chorych, przebiega pod postacią ciężkiej choroby ogólnoustrojowej z towarzyszącymi powikłaniami dotyczącymi innych narządów i obarczone jest wysoką śmiertelnością. Niniejsza publikacja zawiera zalecenia dotyczące postępowania u chorych z ciężkim OZT, gdy dochodzi do niewydolności wielonarządowej utrzymującej się ponad 48 godzin. Najpoważniejszym powikłaniem ogólnoustrojowym jest wstrząs septyczny w przebiegu martwicy trzustki, ropnia bądź innych procesów patologicznych będących następstwem OZT. W początkowym etapie leczenia kluczowe znaczenie ma intensywne nawadnianie dożylne chorego. Rekomenduje się żywienie dojelitowe zamiast żywienia pozajelitowego. Nie należy stosować antybiotyków profilaktycznie. Profilaktyka zakażeń grzybiczym u tych pacjentów nie jest zalecana. U wszystkich chorych z OZT oraz ze współistniejącym ostrym zapaleniem dróg żółciowych należy w ciągu 24 godzin od przyjęcia wykonać ECPW ze sfinkterotomią. U chorych stabilnych, inwazyjne usuwanie zakażonej martwicy lub bezobjawowych torbieli nie jest zalecane. Ewentualny drenaż najlepiej wykonać po 4 tygodniach, co daje czas organizmowi na wytworzenie otoczki (otorbienie) martwicy. Ponieważ OZT towarzyszy silny ból, należy na wczesnym etapie leczenia zastosować właściwe leczenie przeciwbólowe. Stosowanie silnych leków przeciwbólowych z grupy opioidów nie zwiększa ryzyka wystąpienia powikłań OZT

Płynoterapia

Jednym z ważniejszych sposobów postępowania przy podejrzeniu OZT jest intensywna płynoterapia. U wszystkich chorych bez współwystępującej choroby sercowo-naczyniowej lub choroby nerek należy zastosować intensywne nawadnianie, polegające na przetaczaniu 250-500 ml/h izotonicznego roztworu krystaloidów. Wczesne intensywne nawadnianie dożylne daje największe korzyści w ciągu pierwszych 12-24 godzin. U chorych z nasiloną hipowolemią objawiającą się hipotensją i tachykardią może być konieczne szybsze uzupełnianie płynów. Preferowanym izotonicznym płynem krystaloidowym jest roztwór mleczanu Ringera. Ze względu na wiele powikłań występujących w czasie intensywnego nawadniania pacjenta ważne są ciągły nadzór i monitorowanie funkcji układów: oddechowego, krążenia, ocena wydolności nerek, poziomu elektrolitów w surowicy krwi oraz prowadzenie bilansu płynów.

Obecnie roztwory hydroksyetylowanej skrobi (HAES) są przeciwwskazane u pacjentów z sepsą i w ciężkim stanie ogólnym oraz u osób poddawanych terapii nerkozastępczej.

Leczenie zakażenia

Ostre zapalenie trzustki jest chorobą, która charakteryzuje się pierwotnie jałowym zapaleniem tego narządu. Jednym z najpoważniejszych powikłań OZT jest zakażenie, które ma charakter bakteryjny. Najczęstszym czynnikiem etiologicznym są bakterie Gram (-). Rozwija się ono w ogniskach martwicy narządu, w okolicy okołotrzustkowej, może również przybierać formę ropnia. Zakażenie może dotyczyć także innych narządów, często płuc, których zapalenie ma charakter infekcji wewnątrzszpitalnej. Przyczyną zakażenia jest translokacja bakterii ze światła przewodu pokarmowego do krwi i wtórnie do trzustki. W patomechanizmie przebiegu procesu chorobowego biorą udział trzy podstawowe zjawiska: spowolnienie perystaltyki przewodu pokarmowego z rozpadem komórek bakteryjnych, uszkodzenie szczelności błony śluzowej jelit na skutek upośledzenia perfuzji trzewnej oraz ogólnoustrojowe zaburzenia immunologiczne.

Żywienie

1. W łagodnym OZT żywienie doustne można rozpocząć, gdy ustąpią nudności, wymioty i ból brzucha. Rozpoczęcie żywienia od ubogotłuszczowej diety zawierającej pokarmy stałe wydaje się równie bezpieczne, jak stosowanie diety ograniczonej do klarownych płynów.
2. W ciężkim OZT zaleca się żywienie enteralne w celu zapobiegania powikłaniom infekcyjnym. Należy unikać żywienia pozajelitowego, chyba że żywienie enteralne jest niemożliwe, nietolerowane albo nie pokrywa zapotrzebowania kalorycznego.
3. Żywienie enteralne przez zgłębnik nosowo-żołądkowy i przez zgłębnik nosowo-jelitowy wydaje się podobne pod względem skuteczności i bezpieczeństwa.

Dieta pozajelitowa i przez sondę

Chory z ciężką postacią ostrego zapalenia trzustki wymaga bardzo specjalistycznej, wieloetapowej diety. Początkowo stosuje się żywienie pozajelitowe, ewakuuje sok żołądkowy. Po ok. 3 dniach podaje się specjalne mieszanki przygotowane fabrycznie, podawane zwykle przez sondę do jelita. Po tym okresie zaczyna się żywienie zwykłymi produktami.

Dieta kleikowa

Żywienie doustne wprowadza się gdy:

- ustąpią objawy ze strony jamy brzusznej (ból, wzdęcia),
- powróci perystaltyka jelit,
- a w badaniach krwi i moczu – unormuje się aktywność α-amylazy.

Dieta kleikowo-owocowa

Należy ją wprowadzać bardzo ostrożnie i jeżeli tylko pojawią się u chorego jakieś niepożądane objawy (np. ból, odbijanie, wzdęcia czy inne niedomagania ze strony układu pokarmowego) musimy na chwilę przystopować z rozszerzaniem diety (najlepiej na następny posiłek podać tylko kleik). Jeżeli jednak wszystko idzie dobrze to po 4-5 dniach dokładamy do jadłospisu chude mleko, twarożek, wafle. Na samym końcu (o ile lekarz pozwoli) wprowadzamy w niewielkiej ilości świeże masło. W tym okresie diety staramy się aby powoli (w ciągu 7-10 dni) codzienny jadłospis zwiększał ilość dostarczanej energii i pod koniec uzyskał około 2000 kcal/dobę, aby to co jemy pokrywało zapotrzebowanie osoby dochodzącej do siebie na składniki energetyczne.

Dieta w 1 i 2 miesiącu po ostrym zapaleniu trzustki

W 1 miesiącu po zapaleniu trzustki dieta charakteryzuje się:

- bardzo niską podażą tłuszczu (40 g/dobę)
- zmniejszoną (odrobinę) ilością białka (do 65g/dobę)
- zwiększoną ilością węglowodanów (ok. 345 g/dobę)
- zmniejszoną ilością błonnika pokarmowego
- większą ilością (4-5) małych objętościowo posiłków

Produkty dozwolone i przeciwwskazane w I i II miesiącu rekonwalescencji:

Produkty	Produkty dopuszczone od I miesiąca	Produkty dopuszczone w niewielkich ilościach dopiero od II miesiąca rekonwalescencji	Produkty przeciwwskazane
Produkty mleczne	Mleko słodkie –0,5 % tłuszczu. Ser biały i ser twarogowy chudy, serki homogenizowane. Jogurt, kefir, maślanka, serwatka – o obniżonym poziomie tłuszczu.	Jogurt, kefir lub maślanka, mleko o 1,5 %.	Sery żółty, topiony, serki dojrzewające, ser „Feta”, serki typu „Fromage”. Mleko pełnotłuste.
Produkty zbożowe i pieczywo	Pieczywo – jasne, czerstwe, sucharki. Kasze drobne: manna, krakowska, jęczmienna łamana, ryż, drobny makaron. Mąka pszenna, pytlowa, ziemniaczana i kukurydziana.	Pieczywo typu „graham”. Pieczywo z dodatkiem soi i słonecznika. Mąka razowa. Kasza jaglana.	Pieczywo razowe (żytnie i pszenne), pieczywo pszenne, grube kasze: pęczak, gryczana, grube makarony. Mąka żytnia. Pieczywo półcukiernicze.

Produkty	Produkty dopuszczone od I miesiąca	Produkty dopuszczone w niewielkich ilościach dopiero od II miesiąca rekonwalescencji	Produkty przeciwwskazane
Jaja	Białko jaja.		Żółtko jaja.
Mięso, drób, wędliny	Mięsa młode, chude: wołowina, cielęcina, królik, indyk, kurczaki, perliczki, gołąb. Wędliny chude – szynka, polędwica, chuda kiełbasa szynkowa.	Dziczyzna, chuda wołowina, chudy schab, kura, parówki. Podroby: płucka, serca, wątroba (parzona), móżdżek.	Mięsa tłuste: baranina, wieprzowina, gęsi, kaczki. Wędliny tłuste. Wyroby mięsne wędzone i peklowane.
Ryby	Ryby chude: dorsz, leszcz, płastuga, sola, szczupak, sandacz, pstrąg, morszczuk, karmazyn, lin, flądra, lin, okoń.	Makrela, śledź, sardynka, leszcz, karmazyn.	Ryby tłuste: węgorz, pałasz, halibut, karp, sum. Ryby wędzone, konserwy rybne.
Tłuszcze	Masło	Margaryny miękkie (w opakowaniach plastikowych, łatwe do rozsmarowania), słodka śmietana, oleje roślinne – sojowy, słonecznikowy, rzepakowy, oliwa z oliwek.	Śmietana, smalec, słonina, boczek, łój, margaryny twarde (w kostce).
Ziemniaki	Gotowane w wodzie i na parze, puree, pieczone w folii.		Frytki, chipsy ziemniaczane, ziemniaki smażone, placki ziemniaczane, pyzy.
Warzywa	Marchew, buraki, dynia, szpinak, kabaczki, sałata, cykoria, pomidory bez skórki. Warzywa młode, soczyste. Potrawy z warzyw gotowanych, drobno rozdrobnionych, soki.	Rabarbar, brokuł, kalafior, fasolka szparagowa i zielony groszek – młode. Surówki z drobno startych warzyw.	Kapusta, czosnek, pory, rzepa, papryka, szczypior, cebulka, ogórki, brukiew, rzodkiewki. Warzywa podawane z zasmażkami, konserwowane. Warzywa podawane z majonezem, musztardą, grubo starte, stare.
Owoce	Owoce dojrzałe, bez skórki i pestek. Jabłka, truskawki, morele, brzoskwinie, pomarańcze, banany, winogrona, owoce cytrusowe. Owoce jagodowe (maliny, porzeczki, jagody) w formie przecieru lub soku.	Wiśnie, kiwi, melony. W przypadku zaparć – namoczone suszone śliwki.	Owoce niedojrzałe. Gruszki, śliwki, czereśnie, agrest. Owoce suszone.
Suche strączkowe			Wszystkie są zabronione.

Produkty	Produkty dopuszczone od I miesiąca	Produkty dopuszczone w niewielkich ilościach dopiero od II miesiąca rekonwalescencji	Produkty przeciwwskazane
Cukier i słodycze	Cukier, miód, dżem bez pestek, przetwory owocowe słodzone – kompoty, galaretki.		Chałwa, czekolada, słodycze zawierające tłuszcz, kakao i orzechy – batoniki, pierniczki, ciasteczka kupne.
Przyprawy	W ograniczonych ilościach. Sól, cukier, sok z cytryny i kwasek cytrynowy, koperek, kminek, wanilia, cynamon, majeranek, rzeżucha, melisa, natka pietruszki, goździki.	Pieprz ziołowy, estragon, bazylia, tymianek, oregano.	Ostre: ocet, pieprz, musztarda, papryka. Pikle.
Zupy	Kleiki, krupniki z dozwolonych kasz, zupy mleczne, zupy owocowe, zupy warzywne czyste (nie zabielane): barszcz, zupa pomidorowa, kalafiorowa; zupy z dozwolonych warzyw. Zupy zagęszczane mąką z wodą lub mlekiem.	Rosół,zupa pieczarkowa, zupa z ogórków kiszonych, zupy zaprawiane śmietaną (o ile chorzy je tolerują), zupy z dodatkiem żółtek.	Kapuśniaki, zupy zawierające warzywa strączkowe, zupy na mocnych wywarach z mięs i kości, zupy z zasmażką.
Potrawy mięsne i rybne	Mięsa gotowane w wodzie i na parze, duszone bez obsmażania, pieczone w folii. Podawane w formie potrawek, pulpetów, budyni.		Smażone, duszone, pieczone z dodatkiem tłuszczu.
Potrawy z mąki i kasz	Kasze i ryż gotowane, budynie z kasz z dodatkiem mięsa i warzy, lane kluski.	Leniwe pierogi z niewielką ilością mąki. Kluski ziemniaczane. Naleśniki (nie obsmażane ponownie).	Potrawy z mąki i kasz smażone – ołtatki, kotlety z kaszy, kluski kładzone, kluski francuskie, zacierki.
Sosy	Łagodne, zagęszczone mąką z wodą lub mlekiem. Sos koperkowy, cytrynowy, potrawkowy, owocowe. Majonez domowy z sokiem cytrynowym.	Sosy ze śmietanką.	Ostre, z zasmażką, tłuste.
Desery	Kisiel, budyń, galaretka, kompot, mus, bezy, suflety, soki owocowe, przeciery owocowe.	Biszkopty, czerstwe ciasto drożdżowe, herbatniki – pieczone na białkach i z małą ilością tłuszczu.	Torty, czekolady, ciasta z kremem, faworki, pączki, ciasta kruche, francuskie, piaskowe, batony, lody, chałwa, słodycze z kakao i orzechami.
Napoje	Herbata, kawa zbożowa, mleko, napoje owocowe, soki owocowe i warzywne, napar z lipy, owoców dzikiej róży.	Słaba kawa naturalna.	Mocne kakao, czekolada, napoje alkoholowe, mocna kawa, herbata, wody gazowane, pepsi, coca-cola, tonik, oranżada, napoje pobudzające.

Produkty	Produkty dopuszczone od I miesiąca	Produkty dopuszczone w niewielkich ilościach dopiero od II miesiąca rekonwalescencji	Produkty przeciwwskazane
Potrawy półmięsne i bezmięsne	Risotto, makaron z mięsem i warzywami.	Zapiekanki z kasz, warzyw i mięsa.	Bliny, krokiety, bigosy, fasolka po bretońsku.
Dodatki do zup	Grzanki, kasze dopuszczone, ziemniaki, lane ciasto, makaron drobny.	Kluski francuskie, groszek ptysiowy.	Kluski kładzione, grube makarony i kasze.
Orzechy			Wszystkie są zabronione.

1. Strzeszyński Ł.: Postępowanie w ostrym zapaleniu trzustki. Podsumowanie wytycznych ACG 2013
2. Dąbrowski: Ostre zapalenie trzustki. Choroby trzustki PZWL 2013
3. Mikuła-Meyer M.: Dieta w ostrym zapaleniu trzustki. Zasady żywienia.pl
4. Jasień Z., Durlik M.: Współczesne postępowanie chirurgiczne w ostrym zapaleniu trzustki. Przegląd gastroenterologii 2006,1/3

Przygotowała Danuta Wieczorek

WYKONYWANIE ZAWODU

INFORMACJA DLA OSÓB PROWADZĄCYCH PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ ORAZ REJESTRUJĄCYCH PO RAZ PIERWSZY PRAKTYKĘ W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

Przypominamy, że w dniu 15 lipca 2016 r. weszły w życie zapisy ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Z 2016 r., poz. 960). Ww. nowelizacja wprowadziła m.in. zmiany art 5 ust. 2 pkt 2a, art. 19, art. 100 oraz 102 ustawy o działalności leczniczej.

Zgodnie z ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw – pielęgniarki/położne mające zarejestrowaną praktykę zawodową w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą są zwolnione z obowiązku aktualizacji w rejestrze, co roku wykupowanej nowej polisy OC.

Ustawodawca zwolnił również z obowiązku dołączania w załącznikach dokumentów wykonywania działalności leczniczej, w ty, wykupionej polisy OC oraz opinii Inspekcji Sanitarnej na gabinet, w sytuacji rejestrowania praktyki zawodowej po raz pierwszy w RPWDL.

Przypominamy o obowiązku aktualizacji danych

Na podstawie art. 29 ust. 2 oraz ust. 3 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Z 2016 r., poz 1251) oraz art. 11 ust. 2 pkt 5 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 z późn. zm.) Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych prosi o aktualizację danych według zamieszczonego poniżej wniosku o aktualizację danych.

W CELU AKTUALIZACJI DANYCH NALEŻY PRZEDŁOŻYĆ:

1. w przypadku zmiany nazwiska – oryginał prawa wykonywania zawodu oraz oryginał i kserokopię aktu małżeństwa potwierdzającego zmianę nazwiska, oryginał i kserokopię dowodu osobistego,
2. w przypadku uzyskania tytułu specjalisty – oryginał prawa wykonywania zawodu oraz oryginał i kserokopię dyplomu nadającego tytuł specjalisty w określonej dziedzinie specjalizacji,
3. w przypadku ukończenia szkoły wyższej (studia pomostowe) – odpis dyplomu szkoły wyższej – część A i B (suplement)
4. w przypadku uzyskania kwalifikacji (kursy) -oryginał i kserokopię dokumentu potwierdzającego uzyskanie kwalifikacji,
5. w przypadku zmiany zatrudnienia – pisemna informacja zawierająca nazwę i adres pracodawcy, stanowisko oraz okres zatrudnienia,
6. w przypadku zmiany danych adresowych – pisemne oświadczenie lub kserokopię dowodu osobistego (oryginał do wglądu).

KONDOLENCJE

Szczere wyrazy współczucia Koleżance

Małgorzacie Wolna

z powodu śmierci MĘŻA

składa Personel Oddziału Chorób Wewnętrznych II Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kaliszu

---

Wyrazy głębokiego współczucia
Koleżance

Gabrieli Strąg

z powodu śmierci OJCA

składają Pielęgniarki i Położne
SPZOZ w Kępnie

Wyrazy współczuciai słowa otuchy dla

Darii Woźniak

z powodu śmierci TATY

składają Koleżanki i Koledzy
z Bloku Operacyjnego
i pozostałych Oddziałów Szpitala w Jarocinie

Koleżance

Justynie Lesiewicz

wyrazy głębokiego współczucia
i słowa otuchy

z powodu śmierci TATY

składają koleżanki Oddziału
Pediatryczno-Noworodkowego Ostrzeszowskiego
Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

Justynie Lesiewicz

wyrazy szczerego współczucia z powodu

z powodu śmierci TATY

składają Pielęgniarki i Położne
Ostrzeszowskiego Centrum
Zdrowia Sp. z o.o.

Śmierć stawia nas w obliczu bezsilności, która nas obezwładnia i zabiera w nieznane.
A kiedy pojawia się kradnąc ukochaną osobę, przeszywa serce bólem i odznacza w nim swoje piętno, które przypomina nam stale jacy jesteśmy wobec niej bezsilni.

Naszej Koleżance

Annie Walas

z powodu śmierci MĘŻA

Wyrazy szczerego współczucia
składają Pielęgniarki Oddziału
Wewnętrznego OCZ Sp. z o.o.

Szczere wyrazy współczucia
oraz słowa otuchy

z powodu śmierci MĘŻA

Naszej Koleżance

Annie Walas

składają Pielęgniarki i Położne
Ostrzeszowskiego Centrum
Zdrowia Sp. z o.o.

Serdeczne wyrazy współczucia Koleżance

Renacie Piaseckiej

z powodu śmierci OJCA

składają Koleżanki
z Oddziału Położniczo-Ginekologicznego
w Kępnie

Wyrazy szczerego współczucia
dla Koleżanki

Renacie Piaseckiej

z powodu śmierci OJCA

składają Pielęgniarki i Położne
SPZOZ w Kępnie

AKTUALNOŚCI

PIELĘGNIARKA W RANDZE WICEMINISTRA ZDROWIA

Z dniem 1 lutego 2017 roku na stanowisko Wiceministra Zdrowia została powołana Pani Poseł Józefa Szczurek – Żelazko. Powołanie pielęgniarki na stanowisko Wiceministra jest realizacją postulatów zgłaszanych przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych podczas spotkania z Panią Premier Beatą Szydło na Podbeskidziu w grudniu ubiegłego roku.

Pani Poseł Józefa Szczurek-Żelazko jest posłanką na Sejm RP i wieloletnią dyrektor Szpitala Powiatowego w Brzesku. W Sejmie pracuje w Parlamentarnym Zespole ds. pielęgniarek, położnych i innych pracowników opieki zdrowotnej jako wiceprzewodnicząca w Parlamentarnym Zespole ds. Praw Pacjenta jako skarbnik oraz pełni funkcję przewodniczącej Parlamentarnego Zespołu ds. Szpitali Powiatowych.

Przedstawiciele Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zofia Małas – Prezes, Mariola Łodzińska – Wiceprezes, Joanna Walewander – Sekretarz, złożyły oficjalne gratulacje nowo wybranej Wiceminister Zdrowia Pani Poseł Józefie Szczurek-Żelazko. Podczas spotkania w siedzibie Ministerstwa Zdrowia przy ul. Miodowej 15 w Warszawie zasygnalizowane zostały najważniejsze problemy dotyczące pielęgniarek i położnych.

Spotkanie było okazją do zaproszenia Pani Minister na najbliższe posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

XII OGÓLNOPOLSKI KONKURS PIELĘGNIARKA/PIELĘGNIARZ ROKU 2016

W dniu 13 stycznia 2017 roku w Collegium Anatomicum UM w Poznaniu odbył się II etap XII Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka /Pielęgniarz Roku" organizowanego przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Konkurs Pielęgniarka Roku ma na celu wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek prezentujących najwyższy poziom przygotowania zawodowego i zaangażowania w działalność na rzecz środowiska pielęgniarskiego.

W konkursie wzięło udział 31pielęgniarek z różnych zakładów opieki zdrowotnej z województwa wielkopolskiego. Dużą grupę stanowiły pielęgniarki z okręgu Izb Pielęgniarskich w Kaliszu.

Nad prawidłowym przebiegiem eliminacji konkursowych czuwała Komisja w składzie:

Przewodnicząca – mgr Aleksandra Kopińska, Przewodnicząca Zarządu Wielkopolskiego Oddziału PTP.

Członkowie: dr n. o zdr. Katarzyna Głodowska - przewodnicząca koła PTP przy UM w Poznaniu, dr n. med. Violetta Jachimowicz - przewodnicząca koła PTP przy PWSZ w Kaliszu.

Po przywitaniu uczestników Konkursu przez Przewodniczącą Zarządu Oddziału PTP mgr Aleksandrę Kopińską i przedstawieniu regulaminu o godz. 12 uczestnicy przystąpili do rozwiązywaniu testu składającego się z 60 pytań. Test sprawdzał wiedzę uczestników z zakresu pielęgniarstwa klinicznego, historii zawodu, teorii pielęgnowania, zarządzania, etyki zawodu, praw pacjenta oraz aktualnie obowiązujących pielęgniarki ustaw i rozporządzeń. Na rozwiązanie testu uczestnicy mieli jedną godzinę (60min).

Po sprawdzeniu testów według dostarczonego wraz z testami klucza komisja ogłosiła wyniki.

W wyniku II etapu Konkursu Pielęgniarka Roku 2016,wyłonione zostały dwie laureatki z najwyższą liczbą uzyskanych ex aequo punktów na poziomie eliminacji wojewódzkich, którymi zostały: została Pani Małgorzata Frankiewicz-Stępniewska z SP ZOZ w Gnieźnie oraz Pani Paulina Wróbel

z Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu.

Kolejne, II miejsce zajęły ex aequo trzy osoby: Pani Jolanta Bursztynowicz i Pani Anna Walczak z Pleszewskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o. oraz Pani Agnieszka Gorzałka z Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu, trzecie miejsce zdobyły ex aequo: Pani Justyna Kuźnicka i Pani Justyna Tomczak z Pleszewskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o .

Przewodnicząca Zarządu Wielkopolskiego Oddziału PTP w imieniu swoim i Komisji złożyła laureatom i uczestnikom serdeczne gratulacje, podziękowała za zaangażowanie, odwagę, dbałość o prestiż zawodu oraz życzyła dalszego rozwoju i wielu osiągnięć w pracy zawodowej.

Laureatki etapu wojewódzkiego zostały zakwalifikowane do III etapu Finałowego, który odbył się w dniach 23-24 marca w Warszawie. Tematem przewodnim III etapu tegorocznej edycji Konkursu był problem: „Bezpieczna pielęgniarka = bezpieczny pacjent ” Eliminacje krajowe obejmowały komisyjną ocenę indywidualnych projektów przygotowanych przez finalistów etapu wojewódzkiego zgodnie z tematem przewodnim.

Nasza laureatka Pani Paulina Wróbel zajęła zaszczytne III miejsce. Pierwsze miejsce zajęła Pani Kinga Nowak z PTP Kraków, drugie Pani Renata Nowak z PTP Gdańsk.

Gala wręczenia nagród odbyła się w Teatrze Ateneum dnia 23 marca o godz. 17.00, natomiast sesja Laureatów dnia 24 marca w CD WUM.

Serdecznie gratulujemy laureatkom oraz dziękujemy wszystkim uczestnikom za udział w konkursie.

Zapraszamy do udziału w następnej XIII edycji Konkursu Pielęgniarka Roku.

Violetta Jachimowicz

Przewodnicząca Koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Kaliszu

SZKOLENIA

23 lutego 2017r. w sali audowizualnej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kaliszu odbyła się konferencja „Postępowanie z rana przewlekłą” organizatorami szkolenia była:

Katedra i Zakład Anatomii Opisowej i Topograficznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu oraz firma Evereth natomiast patronat honorowy nad szkoleniem objęła Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie oraz Forum Leczenia Ran.

Wysoki poziom merytoryczny spotkania był zasługą dra hab.n.med. Marka Kucharzewskiego,

Wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran, który był opiekunem naukowym konferencji, a także jednym z prelegentów.

Podczas trwania konferencji uczestnicy mieli okazję odwiedzić stoiska Wystawców, którzy odpowiadali na pytania związane ze stosowaniem środków przeznaczonych do pielęgnacji rany przewlekłej.

Podczas konferencji wysłuchano wykładów dotyczących m .in .:

- Pojęcia i klasyfikacji rany przewlekłej,
- Postępowania leczniczego w oparciu o obowiązujące wytyczne,
- Systemu TIME i wilgotnej terapii leczenia ran,
- Profilaktyki i postępowania z zespołem stopy cukrzycowej,
- Patofizjologii i postępowania leczniczego w owrzodzeniach goleni,
- Leczenia odleżyn w warunkach ambulatoryjnych,
- Leczenia miejscowego rany – opatrunki, antyseptyka i lawaseptyka,
- Kompresjoterapii jako ważnego elementu leczenia owrzodzeń goleni,
- Wskazań do stosowania terapii pod ciśnieniowej w leczeniu ran.

W szkoleniu uczestniczyło 170 i każdy z uczestników otrzymał certyfikat potwierdzający uczestnictwo w konferencji oraz materiały konferencyjne.

W dniu 2 marca 2017 odbyło się szkolenie dla pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania.

Ze względu na dużą liczbę uczestniczek (67 osób) szkolenie odbyło się w siedzibie

Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Kaliszu dzięki uprzejmości dr Mariusza Plucińskiego Przewodniczącego Delegatury w Kaliszu WIL.

W szkoleniu poruszane były następujące tematy:

1. Prawne aspekty prowadzenia dokumentacji medycznej – prowadzący: mec. Krystian Górniak, mgr Mariola Pyszkowska
2. Pedicurosa – problem, który można łatwo rozwiązać – prowadzący: mgr Patryk Wrotyński-Solpharm, mgr Mariola Pyszkowska

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu zorganizowała dwie edycje szkolenia – temat „Śmierć i żałoba w praktyce pielęgniarki i położnej”. Szkolenie cieszyło się dużym zainteresowaniem.

Dzięki uprzejmości Pani Rektor prof. dr hab.n.med. Magdaleny Pisarskiej-Krawczyk w auli im. prof. Tadeusza Pisarskiego w Collegium Medicum Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowe w Kaliszu w dniu 30.03.2017r. odbyła się druga edycja szkolenia.

Temat przedstawiła mgr Bibianna Muszyńska-Czerewkiewicz psycholog pracująca w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu w Oddziale Psychiatrycznym.

W szkoleniu oprócz pielęgniarek i położnych uczestniczyli studenci Wydziału Medycznego Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowe w Kaliszu.

PIELĘGNIARKA ROKU 2016 – ZDJĘCIA

fot. Katarzyna Głodowska

fot. Katarzyna Głodowska

fot. Katarzyna Głodowska

SZKOLENIA – ZDJĘCIA

INTER Kontrakt NNW

Ubezpieczenie utraty przychodu dla Pielęgniarek i Położnych

Pracujesz na kontrakcie?

Co się stanie, jeśli w wyniku wypadku nie będziesz wykonywać pracy zawodowej?

- Pobyt w szpitalu lub rekonwalescencja oznacza utratę przychodów.
- Twój budżet domowy zostanie mocno obciążony, a ZUS wypłaci Ci tylko minimalne świadczenie.
- Nadal będziesz płacić rachunki, czy raty kredytu.

Poczuj się bezpiecznie z ubezpieczeniem INTER Kontrakt NNW

- Odbierz świadczenie pieniężne za każdy dzień niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – nawet 9 000 zł miesięcznie!
- Zachowaj stabilność finansową w trakcie powrotu do zdrowia.
- Podstawą decyzji o wypłacie świadczenia jest zwolnienie lekarskie.
- Wypłata świadczenia od 1-go dnia czasowej niezdolności do pracy, maksymalnie do 365 dnia.

Grupa wiekowa	Wysokość składki dla INTER Kontrakt NNW	
	Wariant A **Świadczenie 150 zł dziennie** / Bez weryfikacji przychodów	**Wariant B** **Świadczenie 300 zł dziennie** / Przychody powyżej 9 000 zł
	Miesięcznie otrzymasz 4 500 zł	**Miesięcznie otrzymasz do 9 000 zł**
do 39 lat	40 zł	70 zł
40 - 49 lat	45 zł	81 zł
50 - 59 lat	68 zł	122 zł
60 - 70 lat	84 zł	151 zł

Niniejsza ulotka nie stanowi oferty handlowej w rozumieniu art. 66 Kodeksu Cywilnego

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.
Przedstawicielstwo w Kaliszu
ul. Narutowicza 2A
62-800 Kalisz
tel. +48 62 757 16 22
tel. kom. 602 291 884

inter UBEZPIECZENIA