



Przewodnik Pacjenta

www.szpitaljp2.krakow.pl

Numer 5 (29) Maj 2015

dr med. Agnieszka Mawlichanów
Kierownik Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II

NA CZYM POLEGA REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA?



dr med. Agnieszka Mawlichanów

„Rehabilitacja winna być integralną częścią postępowania u każdego chorego na serce”

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) – 1993 r.

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna jest to nadzorowany medycznie program, przeznaczony dla chorych ze schorzeniami układu krążenia, którego założeniem jest pomoc w uzyskaniu sprawności po zawale serca, zabiegach kardiochirurgicznych czy zastrzeniu niewydolności serca. Innym zadaniem rehabilitacji kardiologicznej jest prewencja chorób serca, ograniczenie postępów choroby oraz poprawa jakości życia i funkcjonalności pacjentów, zmniejszenie śmiertelności wynikającej z chorób układu krążenia.

Aby osiągnąć wyżej wymienione cele, działania muszą być wielokierunkowe i kompleksowe, stąd mówimy o „kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej”. Podstawę rehabilitacji kardiologicznej stanowią ćwiczenia fizyczne, ale równie ważna jest właściwa terapia farmakologiczna, psychoterapia, leczenie dietetyczne, edukacja na temat chorób układu krążenia oraz modyfikacja dotychczasowego stylu życia. Dlatego też w realizację programu rehabilitacji kardiologicznej zaangażowany jest wielospecjalistyczny zespół, w skład którego wchodzi lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, dietetyk i psycholog.

Wpływ wysiłku fizycznego na organizm człowieka

Korzystny wpływ systematycznego, odpowiednio doзованego wysiłku fizycznego na organizm człowieka nie budzi wątpliwości. Wysiłek fizyczny zapobiega rozwojowi wielu groźnych chorób układu krążenia takich jak: nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, choroba niedokrwienna serca. Obecnie mamy

dowody na to, że nie tylko zmniejsza ryzyko ponownego leczenia szpitalnego z powodu chorób układu krążenia ale również zmniejsza ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych.

Pod wpływem wysiłku dochodzi do rozwoju zmian odciążających układ krążenia m.in. zwolnieniu ulega częstość pracy serca, co powoduje, że więcej krwi napływa do serca i większą ilość krwi serce jest w stanie przepompować do naczyń. To z kolei skutkuje lepszym ukrwieniem organizmu. Serce u osoby trenującej zużywa mniej tlenu niż serce osoby niewytrenowanej. Wysiłek powoduje poszerzenie naczyń wieńcowych oraz stymuluje powstawanie nowych naczyń mikrokrążenia, poprawiając odżywienie mięśnia sercowego. Jednocześnie zmniejsza skłonność do tworzenia zakrzepów w naczyniach. Istotny jest pozytywny wpływ wysiłku na gospodarkę lipidową, powoduje on wzrost stężenia cholesterolu HDL (tzw. dobrego cholesterolu) oraz obniżenie cholesterolu LDL i trójglicerydów. Systematyczny wysiłek fizyczny wpływa również na obniżenie ciśnienia tętniczego, zarówno skurczowego jak i rozkurczowego.



Wszystkie te procesy przyczyniają się do zmniejszenia ryzyka wystąpienia zawału serca.

Kiedy rozpocząć rehabilitację kardiologiczną?

Do rehabilitacji kardiologicznej kwalifikowani są pacjenci z większością schorzeń układu sercowo-naczyniowego. Najliczniejszą grupę stanowią chorzy po zawale serca i po przebytych zabiegach kardiologicznych. Do programu rehabilitacji kardiologicznej kwalifikowani są także pacjenci z przewlekłą niewydolnością serca, po zabiegach wszczepienia stymulatora serca, zaburzeniami rytmu serca czy nadciśnieniem tętniczym.

Ważne jest, aby u osób które doznały zawału serca czy przebyły zabieg kardiologiczny rehabilitację rozpoczynać jak najwcześniej. Najczęściej rozpoczyna się rehabilitację już w oddziale kardiologii czy kardiologii. Aby jednak odnieść korzyści, które się z nią wiążą rehabilitacja kardiologiczna powinna być kontynuowana w sposób ciągły i wieloetapowy.

W procesie rehabilitacji kardiologicznej wyróżniamy rehabilitację wczesną (etap I i II) oraz rehabilitację późną (etap III). Pierwszy etap to etap rehabilitacji szpitalnej, wdrażany natychmiast po ustabilizowaniu się stanu ogólnego chorego. Celem tego etapu jest jak najszybsze osiągnięcie przez chorego samodzielności i zdolności samoobsługi w zakresie czynności życia codziennego. Jego zadaniem jest również oraz przeciw-



Pacjenci Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej w trakcie ćwiczeń.

działanie skutkom unieruchomienia, takim jak osłabienie siły mięśniowej, zanik tkanki mięśniowej, zakrzepica czy odleżyny. W zależności od stanu chorego trwa od 4 do 14 dni.

Etap drugi wczesnej rehabilitacji powinien się rozpocząć jak najszybciej po zakończeniu pierwszego etapu i trwać minimum 2- 4 tygodnie. W zależności od stanu ogólnego pacjenta może się odbywać w warunkach oddziału stacjonarnego rehabilitacji kardiologicznej lub oddziału dziennego. Zakres ćwiczeń i stosowane obciążenia, tak zwany model rehabilitacji, dobierane są zawsze indywidualnie w zależności do całości stanu klinicznego pacjenta oraz w oparciu o ocenę tolerancji wysiłku w teście wysiłkowym. W tym etapie prowadzona jest oprócz rehabilitacji fizycznej rehabilitacja psychospołeczna, nauka radzenia sobie ze stresem, edukacja dotycząca diety i modyfikacji stylu życia.

Celem rehabilitacji późnej, czyli etapu III jest podtrzymywanie osiągniętych efektów rehabilitacji. Prowadzona jest ona przez oddziały dzienne rehabilitacji kardiologicznej, sanatoria, a co najważniejsze w domu, przez samego pacjenta. Ten etap rehabilitacji powinien trwać przez całe życie. Pacjentom z chorobami serca szczególnie zalecane są ćwiczenia aerobowe, takie jak: marsz, zwłaszcza Nordc Walking, jogging, gimnastyka, aerobik, pływanie, turystyka krajoznawcza i oczywiście taniec.

Nigdy nie jest za późno, żeby rozpocząć rehabilitację kardiologiczną!

Ważne jest, aby zaczynać bezpiecznie, zwłaszcza jeśli dotąd prowadziło się siedzący tryb życia. Najprościej jest poprosić swojego kardiologa o skierowanie do oddziału dziennego rehabilitacji kardiologicznej, gdzie zostanie wykonany test wysiłkowy, ocenione ryzyko treningu oraz odpowiednio dobrane obciążenia. Potem można samodzielnie kontynuować ćwiczenia, zwłaszcza, że nadchodząca wiosna zaprasza do ruchu na świeżym powietrzu.

KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II

Wspinaczka, nurkowanie, dżungla? A może po prostu wycieczka do lasu?

Pomyśl o wycieczce w **Centrum Szczęść**
Certyfikowanym Ośrodku Medycyny Podróży

Bez rejestracji, bez kłopotu!
Wszystkie szczepionki dostępne w UE!

ZNIŻKI DLA STUDENTÓW I GRUP WYJAZDOWYCH

Centrum Szczęść realizuje szczepienia odpłatnie, nie refundowane przez NFZ

tel. 12 614 22 37 - pytania - gabinet zabiegowy

Nadwaga, cukrzyca, osteoporoza? Inne dolegliwości? A może chcesz zrobić analizę składu ciała?

Pomyśl o wycieczce u **Dietetyka!**

Dietetycy z doświadczeniem klinicznym

KONSULTACJE INDYWIDUALNE, WARSZTATY DLA GRUP, SZKOLENIA DLA FIRM

Poradnia Leczenia Otyłości realizuje wizyty odpłatnie, nie refundowane przez NFZ

tel. 12 614 26 01, 505 050 322

dr med. Danuta Jurkiewicz - Badacz
Kierownik Centrum Szczęść
e-mail: centrumszczeszczepien@szpitalp2.krakow.pl

www.szpitalp2.krakow.pl
www.facebook.com/szpitalp2

Poradnia Leczenia Otyłości
e-mail: dietetyk@szpitalp2.krakow.pl

Szukać nas również na Facebooku, sprawdźaj promocje, drukuj kupony rabatowe, czytaj poradę i ciekawostki

ZADANIA ODDZIAŁU ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII MEDYCZNEJ



lek. med. Robert Musiał

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Medycznej w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II jest jednostką, w której wykonywane są specjalistyczne procedury z zakresu chirurgii naczyniowej, endowaskularnej, kardiochirurgii, elektrokardiologii, kardiologii interwencyjnej oraz neurologii. Zespół anestezjologów składa się z 7 specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii. Wykonujemy znieczulenia na 3 salach operacyjnych i 1 sali hybrydowej tzw. „nowego bloku”. Zabiegi wykonywane są w trybie planowym i w trybie pilnym. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Medycznej zabezpiecza całodobowo, siedem dni w tygodniu, południową Polskę w zakresie medycyny ratunkowej, incydentów sercowo-naczyniowych oraz zapewnienia stanowiska dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Zarówno leczenie pacjentów jak i znieczulenia prowadzone są zgodnie ze standardami i z najwyższą starannością.

Zadania anestezjologa w procesie leczenia operacyjnego

Zadaniem anestezjologa jest zapewnienie największego bezpieczeństwa i komfortu dla pacjenta podczas zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych. Anestezjolog troszczy się o zniesienie bólu przez podanie leków przeciwbólowych lub znieczulenie ogólne (uśpienie) pacjenta. Pewne zabiegi można przeprowadzić w znieczuleniu regionalnym (przewodowym), obejmującym tylko określoną część ciała. Znieczulenie takie tylko w niewielkim stopniu obciąża organizm. Wbrew obawom niektórych pacjentów znieczulenie regionalne w okolicy kręgosłupa (nadoponowe, rdzeniowe) niezwykle rzadko powoduje uszkodzenie nerwów. W trakcie znieczulenia anestezjolog nadzoruje ponadto czynność organizmu (serca, płuc) i natychmiast leczy występujące powikłania. W dniu poprzedzającym zabieg operacyjny odbywa się przedoperacyjna konsultacja anestezjologiczna. Służy ona zebraniu informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego postępowania anestezjologicznego. Dobra współpraca pacjenta przyczyni się do optymalnego przebiegu znieczulenia. Chory proszony jest o dokładne odpowiedzi na pytania dotyczące przebytych operacji, chorób współistniejących, alergii. Podczas rozmowy z anestezjologiem pacjent ma prawo do zadawania pytań i uzyskania na nie wyczerpujących odpo-

wiedzi. Lekarz sprawdza wyniki badań laboratoryjnych, biochemicznych i obrazowych. Na podstawie uzyskanej wiedzy anestezjolog kwalifikuje pacjenta do najbardziej optymalnego rodzaju znieczulenia i prosi chorego o podpisanie zgody na znieczulenie. W razie jakichkolwiek wątpliwości dotyczących bezpiecznego przeprowadzenia pacjenta przez okres okołoperacyjny, anestezjolog ma prawo odroczyć znieczulenie (a tym samym zabieg operacyjny) i zalecić wykonanie dodatkowych badań i koniecznych konsultacji.

Na czym polega znieczulenie ogólne?

Znieczulenie ogólne, które umożliwia wykonanie każdego zabiegu operacyjnego składa się z kilku komponentów:

- Wyłączenie świadomości (sen), osiągane jest przez podanie pacjentowi anestetyku drogą wziewną lub dożylną.
- Analgezja (bezbolesność), uzyskiwana silnymi lekami przeciwbólowymi, którymi są opioidy, podawane drogą dożylną.
- Zwiotczenie mięśni, wywołane lekami zwiotczającymi, umożliwia sztuczną wentylację podczas zabiegu i jest konieczne do przeprowadzenia wszystkich dużych zabiegów operacyjnych.
- Osłabienie lub wyłączenie różnych fizjologicznych reakcji na szkodliwe bodźce (zabieg operacyjny), osiągane przez podanie anestetyków dożylnie lub wziewnie.

Znieczulenie ogólne można przeprowadzić z zachowaniem lub wyłączeniem oddechu własnego pacjenta, co wymaga zabezpieczenia dróg oddechowych rurką intubacyjną lub maską krtaniową. Wyłączenie oddechu pacjenta wiąże się z koniecznością prowadzenia sztucznej wentylacji przy pomocy aparatu do znieczulenia. W trakcie całego zabiegu operacyjnego są podawane pacjentowi konieczne leki anestezjologiczne drogą dożylną lub wziewną (gazy anestetyczne), płyny infuzyjne (kroplówki), czasem konieczna jest transfuzja krwi. Monitorowane są ważne parametry życiowe, takie jak: ciśnienie tętnicze krwi, akcja serca na krzywej EKG, utlenowanie krwi, parametry



sztucznej wentylacji. Często konieczne jest założenie wkłucia centralnego, czyli kaniuli dożylniej do dużego naczynia żylnego na szyi lub w okolicy obojczyka. Wkłucie to służy podawaniu stężonych preparatów, pozwala na pobieranie krwi do badań, jest konieczne do specjalistycznej oceny pracy serca u wybranych chorych. Chorem wprowadza się (przez nos lub usta) sondę dożołądkową lub/i cewnik do pęcherza moczowego. Na każdym etapie znieczulenia ogólnego (wprowadzenie, podtrzymanie i wybudzenie) mogą zdarzyć się powikłania. Ryzyko ich wystąpienia zwiększa się wraz z wiekiem pacjenta, czasem trwania zabiegu operacyjnego i pilnością operacji - zabiegów w trybie pilnym są obciążone większym ryzykiem powikłań.

Ryzyko powikłań jest także większe u chorych otyłych, obciążonych licznymi schorzeniami internistycznymi (nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, przebyty zawał serca, cukrzyca, astma, niewydolność nerek), a także u kobiet ciężarnych i chorych z pełnym żołądkiem, czyli przed upływem 5 godzin od ostatniego posiłku.

Co dzieje się z chorym po operacji?

Po zakończeniu operacji anestezjolog podejmuje decyzję dotyczącą procesu wybudzenia. Pacjenci po krótkich, niepowikłanych zabiegach operacyjnych są najczęściej ekstubowani (odłączani od respiratora) na sali operacyjnej, a następnie przekazywani do sali wybudzeń, znajdującej się w obrębie Bloku Operacyjnego, gdzie pod nadzorem anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej przebywają do czasu powrotu całkowitej świadomości. W trakcie pobytu na sali wybudzeń podawane są chorem konieczne leki i płyny infuzyjne. Monitorowane są ważne parametry życiowe. Anestezjolog bada pacjenta i wydolnego oddechowemu, stabilnego hemodynamicznie przekazuje na oddział macierzysty. W przypadku rozległych, skomplikowanych, obciążonych dużym ryzykiem, zabiegów operacyjnych, anestezjolog po zakończeniu operacji przekazuje pacjenta do dalszego leczenia na Oddział Intensywnej Terapii Medycznej.

KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II
ZAPRASZA NA BEZPŁATNE WYKŁADY O TEMATYCE MEDYCZNEJ.
BUDYNEK CENTRUM KONFERENCYJNO-SZKOLENIOWEGO – PAWILON A-V,
PRZY UL. PRĄDNICKIEJ 80 (WJAZD OD UL. GEN. A. FIEDORFA „NILA”)

12 maja (wtorek)

12:00-13:00 ANALITYKA MEDYCZNA - Interpretacja wyników laboratoryjnych.

mgr Tadeusz Góralczyk, Szpital im. Jana Pawła II w Krakowie

13:00-13:15 PYTANIA I DYSKUSJA

13:15-14:00 KARDIOLOGIA - Choroba zakrzepowa.

dr med. Marcin Misztal, Szpital im. Jana Pawła II w Krakowie

20 maja (wyjątkowo: ŚRODA)

12:00-13:00 NEUROLOGIA - Zaburzenia pamięci-

dr med. Anna Borrażyńska, Szpital im. Jana Pawła II w Krakowie

26 maja (wtorek)

12:00-13:00 PSYCHOLOGIA - Uzależnienie od środków psychoaktywnych.

mgr Bogna Liszka-Kisielewska, Szpital im. Jana Pawła II w Krakowie

13:00-13:15 PYTANIA I DYSKUSJA

13:15-14:00 CHOROBY WEWNĘTRZNE - Badania dopplerowskie naczyń krwionośnych –
co można zobaczyć?

dr Tadeusz Wilkosz, Szpital im. Jana Pawła II w Krakowie

Wydawca: Krakowski Szpital Specjalistyczny

im. Jana Pawła II

Redakcja: Biuro Marketingu i Edukacji

e-mail: promocja@szpitaljp2.krakow.pl

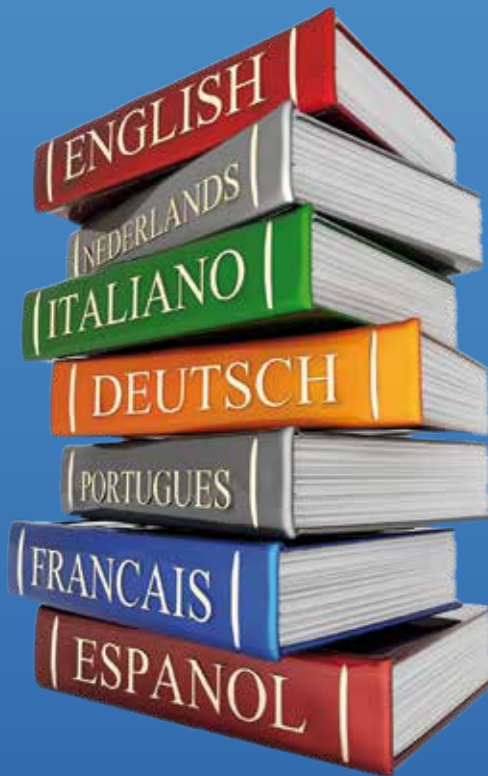
Druk: Drukarnia Kraków, Maj 2015

Nakład: 2,5 tys. egz.

Fotografie: 123rf.com, arch. Szpitala.



Naukowcy: Nauka języków to aerobik dla mózgu



Podobnie jak ćwiczenia fizyczne wzmacniają nasze ciało, nauka nowego języka wzmacnia nasz mózg i sprawia, że staje się on bardziej plastyczny - twierdzą badacze z USA, których wnioski opublikował „Journal of Neurolinguistics”.

Naukowcy z Pennsylvania State University przez sześć tygodni obserwowali mózgi 39 osób posługujących się na co dzień językiem angielskim, podczas gdy uczyły się one języka chińskiego. Zaobserwowali, że komórki nerwowe w mózgach osób najlepiej przyswajających nowe słownictwo komunikowały się ze sobą sprawniej niż w przypadku osób, które radziły sobie z nowym językiem słabo lub nie przyswoiły żadnego nowego języka.

Po porównaniu obrazów mózgowi uczestników przed rozpoczęciem nauki badacze stwierdzili, że komunikacja poszczególnych obszarów mózgu u osób radzących sobie z językiem najlepiej była silniejsza i lepiej ukierunkowana już wcześniej, co ułatwiło naukę. Po zakończeniu okresu obserwacji okazało się jednak, że sieć neuronalna u osób uczących się języka chińskiego była zintegrowana jeszcze lepiej.

Sugeruje to, że nauka języka sprzyja zmianom w strukturze i funkcjonowaniu mózgu. Wcześniejsze badania wskazywały już na zmiany w anatomii mózgu zachodzące u osób uczących się drugiego języka bez względu na wiek - zauważają badacze.

„Mózg jest o wiele bardziej plastyczny niż myśleliśmy. Zmiany strukturalne widoczne są nawet u seniorów, co jest bardzo zachęcającą wiadomością” - zauważa autor badań Ping Li. (PAP)

Przedruk za zezwoleniem portalu PAP „Nauka w Polsce”