



Przewodnik Pacjenta

www.szpitaljp2.krakow.pl

Numer 9 (33) Wrzesień 2015

prof. dr hab. med. Krzysztof Żmudka
Ordynator Oddziału Klinicznego Kardiologii Interwencyjnej
z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego,
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, wraz z Zespołem

Świadoma zgoda Pacjenta na leczenie zabiegowe

CO NALEŻY WIEDZIEĆ O LECZENIU CHOROBY WIEŃCOWEJ?



prof. dr hab. med. Krzysztof Żmudka

Co należy wiedzieć o chorobie wieńcowej?

Serce kurczy się rytmicznie i pompuje krew rozprowadzając tlen i środki odżywcze po całym organizmie. Konsekwencją zatrzymania pracy serca jest ustanie czynności życiowych. Pracujące serce wymaga stałego dostarczania tlenu i wysokoenergetycznych substancji odżywczych. Odżywianie serca odbywa się za pośrednictwem bogatej w środki odżywcze i tlen krwi krążącej w wieńcowych naczyniach tętniczych. Tętnice wieńcowe, jako pierwsze odgałęzienia odchodzą od aorty, kierują się w swoim przebiegu do mięśnia serca i są naczyniami odżywiającymi ten intensywnie pracujący narząd.

Miażdżyca to toczący się w ścianach naczyń tętniczych proces chorobowego odkładania się złogów miażdżycowych, którego skutkiem jest zawężanie i niekiedy całkowite zamknięcie przekroju tętnic doprowadzających. W miejscach krytycznych złogi miażdżycowe ograniczają swobodny przepływ krwi. Znaczne ograniczenie dopływu krwi do serca powoduje niedokrwienie i wysiłkowe bóle w klatce piersiowej, natomiast nagle całkowite przerwanie dopływu krwi jest przyczyną zawału mięśnia serca. Zawał serca w chwili wystąpienia oraz przez pewien czas później stanowi bezpośrednie zagrożenie życia. W okresie po przebyciu zawału mięśnia serca dochodzi do różnego stopnia upośledzenia czynności serca, w efekcie ograniczenia wydolności fizycznej oraz jakości i czasu trwania życia.

Dokładne rozpoznanie choroby wieńcowej służy wybraniu optymalnego sposobu leczenia, który umożliwi poprawienie jakości życia oraz zmniejszy ryzyko zawału serca i zgonu. Najdokładniejszą i rozstrzygającą metodą diagnostyczną jest koronarografia. Jest to obrazowanie budowy anatomicznej tętnic wieńcowych przy pomocy cewników wprowadzonych do ujść

tych tętnic i podania odpowiedniego środka cieniującego.

Cewnikowanie serca i koronarografia są wykonywane w warunkach jałowych w pracowni cewnikowania. Po znieczuleniu skóry przez naczynie krwionośne w pachwinie lub na nadgarstku wprowadzany jest długi, cienki i giętki cewnik, który następnie dochodzi do serca. Przez ten cewnik wstrzykiwany jest do naczyń wieńcowych specjalny środek cieniujący, aby były widoczne na ekranie aparatu rentgenowskiego. W niektórych przypadkach bezpośrednio po diagnostycznej koronarografii można wykonać angioplastykę wieńcową.

W jaki sposób leczy się chorobę wieńcową?

Podstawowym środkiem zaradczym jest zmiana stylu życia. Polega ona głównie na rzuceniu palenia, regularnej aktywności fizycznej i zdrowej diecie. Natomiast w zależności od stopnia zaawansowania choroby lekarz może zaproponować dodatkowo jedną z trzech opcji:

1. LECZENIE ZACHOWAWCZE

Leczenie zachowawcze oznacza przyjmowanie leków według zaleceń - w wielu przypadkach przez całe życie - aby poprawić stan serca pomimo istniejącej choroby naczyń serca. Istnieją wiarygodne dowody na to, że prawidłowo dobrane leki zapewniają ochronę przed występowaniem poważnych stanów kardiologicznych (zgonu lub zawału serca) i umożliwiają funkcjonowanie z akceptowalną jakością życia, zależnie od stanu ogólnego i wieku pacjenta. W leczeniu długoterminowym wystarczyć mogą zmiany stylu życia i leki, jednakże może zajść potrzeba wykonania angioplastyki lub zabiegu chirurgicznego w późniejszym okresie, zależnie od odpowiedzi na leczenie lub postępu procesu chorobowego.

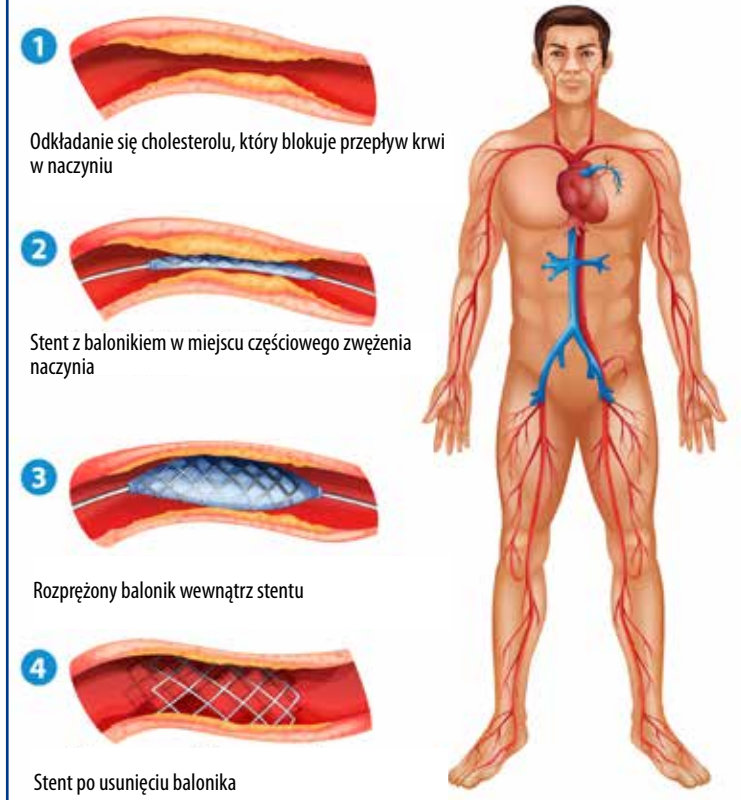
2. LECZENIE ZABIEGOWE:

Przezskórna interwencja wieńcowa, czyli angioplastyka (PCI).

Zabieg ten ma na celu poszerzenie zwężonej tętnicy lub otwarcie tętnicy całkowicie niedrożnej. Tak zwana angioplastyka ze stentem lub stentowanie polega na wprowadzeniu rurki z metalowej siatki, tzw. stentu, który pozostanie w ścianie tętnicy wieńcowej, aby nie doszło do nawrotu zwężenia. W miejscu zwężenia tętnicy umieszcza się cewnik z balonem, który się napęlnia, dociskając blaszkę do ściany tętnicy. Następnie



ZABIEG STENTOWANIA



balon się usuwa. W to samo miejsce wprowadza się cewnik z balonem, na powierzchni którego znajduje się siatka metalowa, zwana stentem. Stent rozpręża się w ścianie naczynia i tam pozostawia, natomiast balon usuwa się.

Pomostowanie aortalno-wieńcowe (CABG).

Pomostowanie aortalno-wieńcowe to rozległa operacja w znieczuleniu ogólnym, która wymaga otwarcia klatki piersiowej. Aby chirurg mógł przeprowadzić taką operację, zatrzymuje się pracę serca, a czynności życiowe pacjenta są podtrzymywane przez sztuczne płuco-serce (krążenie pozaustrojowe). Operację tę można również wykonać na bijącym sercu, bez uciekania się do krążenia pozaustrojowego.

Operacja pomostowania aortalno-wieńcowego polega na wstawieniu dodatkowego naczynia, które omija niedrożny odcinek naczynia i w ten sposób przywraca dopływ krwi do serca. Najlepsze naczynia do wytworzenia takiego pomostu to tętnice piersiowe, biegnące po przedniej ścianie klatki piersiowej. Chirurgowie do tego celu używają także żył pobranych z nogi oraz tętnic z przedramienia. W sumie operacja pomostowania trwa od 3 do 5 godzin. Niepowikłane pomostowanie aortalno-wieńcowe wymaga pobytu w szpitalu przez 7 do 12 dni. Przed powrotem do codziennych czynności zaleca się rehabilitację przez 4 do 6 tygodni.

Wady i zalety angioplastyki

Główną zaletą angioplastyki jest jej mniej inwazyjny charakter w porównaniu z operacją chirurgiczną. Z angioplastyką wiąże się mniejsze dolegliwości oraz krótszy pobyt w szpitalu, co umożliwi szybszy powrót do codziennego życia.

Niedoskonałością angioplastyki jest mniejsza szansa na utrzymanie drożnego naczynia wieńcowego w dłuższym okresie czasu. Średnio u 1 pacjenta na 10 w ciągu pierwszego roku po angioplastyce z użyciem stentu zachodzi potrzeba powtórzenia angioplastyki, gdyż dochodzi do częściowego zamknięcia się stentu. Angioplastykę można powtarzać kilkakrotnie, ale za każdym razem wymaga to wykonania koronarografii. Ponadto, przez rok po angioplastyce ze stentem konieczne jest stosowanie leku, który poprawia płynność krwi i zapobiega tworzeniu się skrzepów. Może to sprawiać problemy przy konieczności

wykonania innych operacji, gdyż stosowanie tego leku jest związane z pewnym ryzykiem krwawienia powierzchownego lub wewnętrznego.

Ogólnie biorąc, angioplastyka jest przydatna w leczeniu mniej zaawansowanych przypadków choroby. W 10-20% przypadków w ciągu pierwszych dwóch lat po zabiegu wymagana jest powtórna angioplastyka i stentowanie, a może też zaistnieć potrzeba późniejszego wykonania pomostowania aortalno-wieńcowego.

Zalety i wady pomostowania aortalno-wieńcowego:

Główną zaletą pomostowania aortalno-wieńcowego jest długotrwałe zniesienie bólów dławicowych. Pomostowanie aortalno-wieńcowe może zapewnić dłuższe przeżycie w niektórych przypadkach, np. u pacjentów z bardzo zaawansowaną chorobą wieńcową, z cukrzycą, niewydolnością nerek oraz u osób po przebytych zawałach serca i z osłabionym mięśniem serca. Ryzyko zgonu, zawału serca, udaru mózgu lub poważnych powikłań w okresie hospitalizacji można wiarygodnie oszacować. Dobrze objaśni to chirurg opiekujący się pacjentem. Najbardziej nieprzyjemnymi aspektami pomostowania aortalno-wieńcowego jest uraz związany z otwarciem klatki piersiowej i gojenie się innych blizn pooperacyjnych. Ogólnie biorąc, pomostowanie aortalno-wieńcowe jest wskazane w przypadku bardziej zaawansowanej choroby wieńcowej. Operacja ta jest bardziej inwazyjna niż angioplastyka, ale dzięki niej podczas jednego zabiegu można zaradzić problemom zdrowotnym na długi czas. Niektóre rodzaje pomostów mogą jednak ulec zamknięciu wcześniej, nawet już po jednym roku po operacji; ryzyko ich zamknięcia zależy m.in. od materiału, z którego są wykonane. Pomost tętniczy do lewej tętnicy wieńcowej pozostaje drożny po 10 latach w około 90% przypadków, natomiast 50% pomostów żylnych ulega zamknięciu po 5 latach, a wtedy wskazana może być angioplastyka lub, w rzadkich przypadkach, nawet powtórna operacja.



Zarówno po angioplastyce, jak i po pomostowaniu aortalno-wieńcowym konieczne jest regularne przyjmowanie leków i prowadzenie zdrowego trybu życia. Należy przez to rozumieć rzucenie palenia i uczestnictwo w określonych programach rehabilitacji psychofizycznej. Tylko w taki sposób można zmniejszyć ryzyko problemów zdrowotnych w przyszłości.

W medycynie pewne opcje mogą być bardziej wskazane, ale bywa, że w danym przypadku trzeba rozważyć wiele różnych opcji.

Czasem występują bezwzględne i jednoznaczne wskazania do określonego leczenia - angioplastyki lub pomostowania aortalno-wieńcowego - ale są to sytuacje rzadkie. W takich przypadkach lekarz może nie pozostawić wielu opcji do wyboru.

Zalecenia lekarza wynikają wyłącznie z intencji zapewnienia najlepszej opieki w indywidualnym przypadku, bez względu na inne czynniki. Nie trzeba spieszyć się z decyzją. Leczenie nie zawsze musi być podjęte natychmiast.

Odsetki zabiegów skutecznych i powikłań są określone na podstawie szerokiej wiedzy i doświadczeń zgromadzonych przez ponad 40 lat badań naukowych i praktyki medycznej. Proponowane opcje stanowią uznane metody leczenia. W Szpitalu im. Jana Pawła II w Krakowie obydwie opcje leczenia zabiegowego tj. - angioplastyka i zabieg chirurgiczny dostępne są na miejscu.

Każdy może przyczynić się do zwiększenia bezpieczeństwa leczenia

• ZGŁOSZENIE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO LEKU W POLSCE



mgr Paweł Lipner

Sprzedaż leków w Polsce rośnie niezmiennie od kilkunastu lat. Pod względem konsumpcji produktów leczniczych jesteśmy na szóstym miejscu w Europie, a uwzględniając liczbę opakowań w przeliczeniu na jednego mieszkańca ustępujemy jedynie Francji.

Jednocześnie zwiększa się w naszym kraju ilość produktów dostępnych bez recepty (OTC), które są intensywnie promowane z wykorzystaniem telewizji, radia, prasy czy Internetu.

Bezspornie najważniejszymi, zarówno dla lekarzy jak i pacjentów cechami leku są: z jednej strony skuteczność, a z drugiej bezpieczeństwo stosowania. Pomimo, że badania leku przed wprowadzeniem go do powszechnego użycia trwają od kilku do kilkunastu lat, profil bezpieczeństwa leku nie jest do końca poznany. Zaobserwowane w czasie badania leku działania niepożądane zostają opisane w dołączonej do opakowania leku ulotce. Nie oznacza to jednak, że bezpieczeństwo stosowania leku przestaje być monitorowane. Jeżeli lekarz, stomatolog lub farmaceuta opiekujący się pacjentem podejrzewa wystąpienie działania niepożądanego leku ma obowiązek zgłaszania tego faktu do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPL). Zmiany w prawie farmaceutycznym, które weszły w życie w listopadzie 2013 nałożyły taki obowiązek także na pielęgniarki i położne oraz umożliwiły przekazywanie zgłoszeń przedstawicielom innych zawodów medycznych (m.in. ratownikom medycznym, diagnostom laboratoryjnym, technikom farmaceutycznym).

Największą zmianą wprowadzoną przez znowelizowaną ustawę jest rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do zgłoszenia niepożądanych działań leku o pacjentów lub ich opiekunów.

Obecnie zgłoszenia takiego może dokonać każdy, kto jest zaniepokojony działaniem leku tzn. działaniem leku jest w jego opinii niekorzystne i niezamierzone. Wysłane zgłoszenie zostanie przeanalizowane przez tych samych ekspertów, którzy badają raporty przekazane przez osoby wykonujące zawód medyczny. Należy jednak pamiętać o zamieszczeniu w zgłoszeniu działania niepożądanego podstawowych informacji takich jak:

- inicjały, płeć lub wiek pacjenta, którego dotyczy zgłoszenie,
- imię i nazwisko osoby dokonującej zgłoszenia i podpis (chyba, że dokonujemy zgłoszenia drogą elektroniczną)



- nazwę produktu, który podejrzewamy o spowodowanie tego działania niepożądanego i krótki opis wywołanego działania;

Najprostszym sposobem jest wykorzystanie formularza dostępnego na stronie internetowej Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (www.urpl.gov.pl), zgłoszenie można też wysłać elektronicznie. Pacjent może również przekazać zgłoszenie osobie wykonującej zawód medyczny lub producentowi leku.

Bezpośrednie zgłoszenia od pacjentów zaczęto analizować w Stanach Zjednoczonych w roku 1960, natomiast pierwszym krajem w Unii Europejskiej, gdzie pacjenci mogą sami zgłaszać działania niepożądane jest Dania (od roku 2003). Pilotażowe programy prowadzono także w innych krajach UE (m.in. w Wielkiej Brytanii, Holandii, krajach skandynawskich). Wieloletnie doświadczenia pokazują wyraźnie, że ten sposób zbierania informacji jest doskonałym uzupełnieniem danych otrzymywanych od lekarzy i farmaceutów. Zgłoszenia dokonywane przez pacjentów są bardziej bezpośrednie, jasne i zawierają więcej szczegółów, niż pośrednie raporty pracowników służby zdrowia. Wykazano między innymi, że pacjenci wcześniej niż lekarze zgłaszają nowe dotychczas nieopisane działania leku, czyli informacje na których nam wszystkim najbardziej zależy.

Stosowanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza i informacjami zamieszczonymi w ulotce jest niewątpliwie skuteczne i bezpieczne. Jeżeli jednak niepokoją nas jakiegokolwiek objawy, które kojarzymy z zastosowaniem leku należy to niezwłocznie zgłosić. To może być ważna informacja, która zwiększy bezpieczeństwo stosowania danego leku.



KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II
SERDECZNIE ZAPRASZA NA SZKOLENIA OTWARTE O TEMATYCE MEDYCZNEJ DLA PACJENTÓW I ICH RODZIN.
WYKŁADY I WARSZTATY BĘDĄ PROWADZONE W BUDYNKU CENTRUM KONFERENCYJNO-SZKOLENIOWEGO - A V
PRZY UL. PRĄDNICKIEJ 80 (WJAZD OD UL. FIELDORFA NILA), W TERMINACH:

22 września (wtorek) 2015 – U W A G A ! wykłady w tym dniu od godziny 11.00 !

W RAMACH AKCJI - MAŁOPOLSKIE DNI PROFILAKTYKI ZDROWIA

11:00-11:45 KARDIOLOGIA - Abecadło prewencji chorób układu krążenia - wyniki programu zdrowotnego w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców Województwa Małopolskiego realizowanego w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II
- Prof. dr hab. med. Piotr Podolec

11.45-12.00 PYTANIA I DYSKUSJA

12:00-13:00 DIETETYKA - Profilaktyka kardiologiczna i nowinki dietetyczne - mgr Małgorzata Białokur

13:00-13:15 PYTANIA I DYSKUSJA

13:15-14:00 ONKOLOGIA - Rak płuca - dr Zbigniew Stankiewicz

06 PAŹDZIERNIKA (WTOREK) 2015

12:00-13:00 OCHRONA ZDROWIA - Kim jest pielęgniarka dla pacjenta we współczesnej ochronie zdrowia - prawdy i mity
- dr n. med. Irena Milaniak

13:00-13:15 PYTANIA I DYSKUSJA

13:15-14:00 NEUROLOGIA - Czy drżenie zawsze oznacza chorobę Parkinsona? - dr med. Magdalena Wójcik-Pędziwiatr

20 PAŹDZIERNIKA (WTOREK) 2015

12:00-13:00 DIETETYKA - Odwrócona piramida dietetyczna, fakty i mity dietetyczne - mgr Małgorzata Białokur

13:00-13:15 PYTANIA I DYSKUSJA

13:15-14:00 PULMONOLOGIA - Zapalenie oskrzeli i płuc - dr Zbigniew Stankiewicz

03 LISTOPADA (WTOREK) 2015

12:00-13:00 REHABILITACJA - Schorzenia kręgosłupa - dr n. med. Krzysztof Gryglicki

13:00-13:15 PYTANIA I DYSKUSJA

13:15-14:00 UROLOGIA - Problemy urologiczne - dr Tadeusz Wilkosz

17 LISTOPADA (WTOREK) 2015

12:00-13:00 KARDIOLOGIA - Nadciśnienie tętnicze - prof. UJ, dr hab. med. Maria Olszowska

13:00-13:15 PYTANIA I DYSKUSJA

13:15-14:00 KARDIOLOGIA - Koronarografia - dr Władysław Dąbrowski

08 GRUDNIA (WTOREK) 2015

12:00-13:00 MEDYCINA RATUNKOWA - Hipotermia - dr med. Tomasz Darocha

13:00-13:15 PYTANIA I DYSKUSJA

13:15-14:00 CHOROBY WEWNĘTRZNE - Schorzenia śródpiersia - dr Zbigniew Stankiewicz

ZAPROSZENIE

- dla osób dializowanych
- oczekujących na dializoterapię,
- zastanawiających się czy warto podjąć decyzję o przeszczepie nerki oraz ich Rodzin

*Jak przebiega przeszczepianie nerek od dawców rodzinnych?
Czy jest bezpieczne dla dawcy?
Dlaczego przeszczepy rodzinne nerek są lepsze od przeszczepów od dawców zmarłych?*

W spotkaniu wezmą udział również osoby po przeszczepie opowiedzą o swoich doświadczeniach.

Termin spotkania: **30 września 2015 r.**
początek o godz. 12:00.
Przewidywany czas trwania: **3h**

Miejsce: **sala konferencyjna Centrum Edukacji i Szkoleń (pawilon A-V, parter, sala nr 4)**

Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II
przy ul. Prądnickiej 80
Zgłoszenia: tel. 12 614 2295 lub 12 614 2296,
e-mail: edukacja@szpitaljp2.krakow.pl



U W A G A :

**ZE WZGLĘDÓW ORGANIZACYJNYCH
OSOBA PROWADZĄCA I TEMAT MOGĄ ULEC ZMIANIE.**

Aktualizacje na stronie internetowej Szpitala:
www.szpitaljp2.krakow.pl

Wydawca: Krakowski Szpital Specjalistyczny
im. Jana Pawła II

Redakcja: Biuro Marketingu i Edukacji
e-mail: promocja@szpitaljp2.krakow.pl

Druk: Drukarnia Kraków, wrzesień 2015

Nakład: 2,5 tys. egz.

Fotografie: 123rf.com, arch. Szpitala.



KRAKOWSKI
SZPITAL SPECJALISTYCZNY
IM. JANA PAWŁA II