

# PRZEWODNIK PACJENTA

www.szpitaljp2.krakow.pl

Numer 10 (46) Październik 2016

*dr n. med. Mirosław Ziętkiewicz - Kierownik Oddziału;  
mgr Katarzyna Kosińska, st. pielęgniarka  
mgr fizjoterapii Mirosław Janczura  
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pulmonologicznej  
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II*

PRZEDSTAWIAMY:

## ■ ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII PULMONOLOGICZNEJ



*dr med. Mirosław Ziętkiewicz*

Pod tą długą i poważnie brzmiącą nazwą kryje się życzliwy i profesjonalny zespół specjalistów zajmujących się leczeniem, pielęgnacją oraz rehabilitacją osób z ciężkimi i zagrażającymi życiu chorobami. Nadana oddziałowi nazwa określa jego specjalistyczny profil. Istotną grupę naszych pacjentów stanowią chorzy z różnymi formami ciężkiej niewydolności układu oddechowego. Najliczniejszą grupę pacjentów stanowią jednak chorzy po rozległych operacjach w obrębie klatki piersiowej, którzy wymagają stosowania zaawansowanych technik wspomagania

lub zastępowania czynności narządów. Ta grupa pacjentów jest wynikiem ścisłej i codziennej współpracy z Oddziałem Klinicznym Chirurgii Klatki Piersiowej i Chirurgii Onkologicznej. Przyjmujemy również pacjentów z innych ośrodków, gdzie możliwości terapeutyczne, którymi dysponuje dana placówka zostały wyczerpane.

Oddział nasz powstał w 2008 roku i obecnie pracuje w nim 9 lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, doświadczony zespół pielęgniarski, który obejmuje 49 wyszkolonych pielęgniarek anestezjologicznych i intensywnej terapii oraz 3 fizjoterapeutów. Kierownikiem zespołu jest dr n. med. Mirosław Ziętkiewicz, a pielęgniarką oddziałową mgr Beata Czaja.

Oddział dysponuje 12 stanowiskami łóżkowymi wyposażonymi w najnowocześniejszy sprzęt medyczny potrzebny do ratowania i przywracania zdrowia naszym pacjentom. Istnieje również możliwość izolowania chorych w oddzielnych salach, jeśli zaistnieje taka konieczność. Otoczenie jest pełne specjalistycznych, technicznych

urządzeń, umożliwiających wspomaganie lub zastępowanie czynności poszczególnych narządów. Mowa tutaj o np. o różnego rodzaju respiratorach, wspomagających układ oddechowy, urządzeniach do terapii nerkozastępczej, zaawansowanych systemach monitorujących czynność układu krążenia lub oddechowego; ultrasonografii, umożliwiającej zaawansowaną ocenę obrazową serca, płuc, naczyń czy jamy brzusznej, bronchoskopach, umożliwiających ocenę i podjęcie działań terapeutycznych w obrębie drzewa oskrzelowego i wielu innych specjalistycznych urządzeniach.

Hospitalizacja w oddziale intensywnej terapii to często ogromny stres, nie tylko dla samego pacjenta, ale również jego rodziny. W związku z tym każdego dnia wspieramy naszych pacjentów oraz ich bliskich udzielając wyczerpujących informacji o stanie zdrowia, podejmowanych działaniach terapeutycznych, rokowaniu oraz procesie pielęgnacji i usprawniania chorego. Informacje takie udzielane są w oddziale osobiście. Istnieje również możliwość uzyskania informacji telefonicznie. W takiej sytuacji konieczne jest posiadanie tzw. numeru MIP czyli medycznego identyfikatora pacjenta, który otrzymuje pacjent przy przyjęciu do szpitala, a który upoważnia daną osobę do otrzymywania informacji o stanie zdrowia chorego. W ramach możliwości staramy się również umożliwić rodzinom pacjentów odwiedzanie swoich bliskich podczas ich pobytu w oddziale.

Aby zapewnić naszym pacjentom odpowiednią diagnostykę, terapię oraz opiekę pielęgniarską na najwyższym poziomie, sytuacja każdego z nich rozpatrywana jest szczegółowo i indywidualnie. Mając do dyspozycji wiele leków, sprzęt medyczny, aktualną wiedzę oraz wieloletnie doświadczenie w leczeniu i opiece nad chorym jesteśmy w stanie skutecznie diagnozować i leczyć. Istnieją problemy, których najbardziej obawiają się nasi pacjenci takich jak: uczucie duszności, lęk, dolegliwości bólowe oraz wielu innych. Otwierając się na współpracę z chorym proponujemy różne rozwiązania wspomagające oddychanie oraz wiele technik skutecznie leczących ból pooperacyjny.



*mgr piel. Sylwia Wilk*

Problem skutecznej terapii bólu jest przedmiotem szczególnej troski naszego zespołu. Mamy świadomość, że ból jest tym, czego pacjent decydujący się na operację boi się najbardziej. Od lipca 2010 Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pulmonologicznej posiada ogólnopolski certyfikat Polskiego Towarzystwa Badania Bólu „Szpital bez bólu”, w ramach którego prowadzony jest intensywny nadzór, monitorowanie i leczenie bólu, zarówno pooperacyjnego jak i przewlekłego. Wśród stosowanych przez nas zróżnicowanych metod leczenia bólu szczególnie istotne miejsce zajmują techniki znieczulenia miejscowego.

Oczywiście, zgodnie ze wszelkimi wymogami oraz dobrą praktyką, prowadzimy 24 godzinny nadzór nad chorym nie tylko poprzez monitorowanie parametrów życiowych, ale również poprzez stałą obecność przy pacjencie. W ramach szeroko pojętej opieki pielęgniarskiej nasz liczny i zgrany zespół każdego dnia wykonuje szereg czynności, których głównym celem jest zapewnienie skutecznej terapii oraz starannej pielęgnacji chorego. W tym celu, w zależności od stanu pacjenta, każda z pielęgniarek ma pod opieką najczęściej od 1 do 2 chorych. Pielęgnowanie pacjentów hospitalizowanych w oddziałach anestezjologii i intensywnej opieki jest zadaniem wymagającym dużego zaangażowania, wiedzy i wielu umiejętności poczynawszy od starannej obserwacji chorego, poprzez czynności typowo pielęgnacyjne takie jak np. wykonanie codziennej toalety ciała, aż do umiejętności zabiegowych, czy zdolności obsługi nowoczesnego sprzętu medycznego. Pielęgniarki monitorują czynności życiowe chorego, leczą i pielęgnują odleżyny, nadzorują i pielęgnują rany pooperacyjne oraz drenaże, uczestniczą w procesie leczenia bólu pooperacyjnego, wykonują zlecenia lekarskie, pobierają materiał do badań laboratoryjnych, uczestniczą w zabiegach diagnostycznych



Stanowisko monitoringu pacjentów.

sobie prawidłowego i szybkiego powrotu do zdrowia naszych chorych. Pacjent w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pulmonologicznej poddawany jest wczesnej, kompleksowej i celowanej rehabilitacji pooperacyjnej. U pacjentów po operacjach rozpoczyna się ona już w dobie zabiegowej i trwa do momentu opuszczenia oddziału przez pacjenta. Fizjoterapeuta przeprowadza szereg ćwiczeń ruchowych, w tym także bardzo podstawowe dla procesu rekonwalescencji ćwiczenia oddechowe, mające na celu jak najszybszy powrót pacjenta do optymalnej formy. Rehabilitacja prowadzona jest zgodnie z najnowszymi aktualnymi wytycznymi oraz metodami, zarówno bezpośrednio przez terapeutę jak i przy pomocy specjalistycznego sprzętu (m.in. urządzenia do nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej czy też tzw. asystory kaszlu poprawiające siłę kaszlu u pacjentów z trudnościami z odkrztuszeniem). W zależności od stanu pacjenta terapię rozpoczyna się od ćwiczeń biernych, czynno-biernych, wspomaganych, aż do czynnych wolnych i stosowania metod specjalistycznych, wraz z modyfikacjami technik w trakcie trwania terapii.

*Mamy nadzieję, że ten krótki artykuł przybliży Państwu ogólny obraz Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pulmonologicznej, który mieści się w budynku M1 naszego szpitala. W razie pytań lub chęci uzyskania szczegółowych informacji zachęcamy do kontaktu z autorami.*

mgr Maria Przyborowska-Sapek, dietetyk  
Poradnia Leczenia Otyłości  
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II

## ■ CZY DA SIĘ SCHUDNAĆ PO 50-TCE?



mgr Maria Przyborowska-Sapek

***W ramach cyklu: „Kącik Dietetyka” na łamach Przewodnika Pacjenta prezentujemy Państwu opisy przypadków osób zgłaszających się do Dietetyków w Poradni Leczenia Otyłości.***

W październiku 2014 roku 55 letni Pan Andrzej zgłosił się do Poradni Leczenia Otyłości w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym. Pacjent z otyłością skrajną (BMI > 40kg/m<sup>2</sup>). Choroby towarzyszące: cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, dna moczaniowa.

Zmiana stylu życia czyli odpowiedni sposób żywienia, kontrolowana redukcja masy ciała

oraz włączenie aktywności fizycznej w zespole metabolicznym, są podstawowymi działaniami, które powinny być podjęte w pracy z pacjentem. Aby nefarmakologiczna terapia żywieniowa mogła być skuteczna, powinna zawierać proste wskazówki dotyczące zmiany stylu życia, akceptowane przez pacjenta i łatwe do zastosowania w życiu codziennym.

U Pana Andrzeja zastosowano dietę redukcyjną, nisko węglowodanową (produkty o niskim IG), o kontrolowanej ilości kwasów tłuszczowych oraz nisko purynową.

Szczegóły wprowadzania zmian w sposobie żywienia dokładnie omówiono z pacjentem. Zostały wyznaczone cele, które pacjent zaakceptował i konsekwentnie realizował.

W ciągu pierwszych 12 miesięcy terapii Pacjent zredukował wyjściową masę ciała o 36,5kg.

Wraz ze spadkiem masy ciała, stopniowo dochodziło do wyrównania wartości glikemii na czczo, co w konsekwencji doprowadziło do całkowitego odstawienia insulinoterapii.

Po wyrównaniu ciśnienia tętniczego krwi, poziomu kwasu moczowego oraz poszczególnych frakcji cholesterolu, odstawione zostały leki farmakologiczne.

Obecnie pacjent nie przyjmuje żadnych leków.

Indywidualnie dopasowana dieta do zapotrzebowania pacjenta na poszczególne składniki odżywcze - na każdej wizycie była korygowana w zależności od stopnia realizacji diety.

Wraz ze spadkiem masy ciała u pacjenta stopniowo zwiększano intensywność ćwiczeń fizycznych. Zaproponowano nornic walking, szybki spacer interwałowy oraz jazdę na rowerze.





Na pierwszym zdjęciu nie widać obwodu talii Pacjenta, za to uwidocznione są jego rozliczne talenty.



Na drugim zdjęciu Pacjent prezentuje całą swoją sylwetkę. Zadowolony z efektów terapii.

#### Komentarz Pana Andrzeja :

Przy tak dużej masie ciała (było już 150 kg) i rozlicznych przypadłościach jak cukrzyca, nadciśnienie, wysoki cholesterol i kwas moczowy - miałem trudności z poruszaniem się, praktycznie był to ostatni „dzwonek” do uratowania zdrowia i życia.

Dzięki wsparciu jakie otrzymałem i pomocy Pani Dietetyk z Poradni Leczenia Otyłości, po kuracji odchudzającej powróciła radość życia i co najważniejsze pozbyłem się dolegliwości zdrowotnych.

Obecnie dużo się ruszam, moją nową pasją jest jazda na rowerze i wycieczki górskie. Co najważniejsze, nie czuję zmęczenia podczas wysiłku fizycznego. Mogę czerpać radość z życia.

U Pana Andrzeja na każdej wizycie monitorowany był wskaźnik BMI (Body Mass Index) oraz poziom tkanki tłuszczowej trzewnej (brzuszej).

Pomimo tego, że pacjent nie osiągnął jeszcze wyznaczonego na początku terapii celu (BMI <30kg/m<sup>2</sup>) to redukcja wyjściowej masy ciała o 28% wyraźnie przyczyniła się do wyrównania takich parametrów jak poziom glukozy, ciśnienia tętniczego krwi, frakcji cholesterolu i kwasu moczowego.

Ponadto redukcja tłuszczu trzewnego (o 50%) przyczyniła się do poprawy w zakresie insulino wrażliwości. Na dzień dzisiejszy całkowity ubytek masy ciała szacuje się na poziomie (-) 40kg. Pacjent pozostaje nadal pod opieką Dietetyka.

Parametry	Początek diety	Po 3 miesiącach	Po 6 miesiącach	Po 12 miesiącach	Po 21 miesiącach
Masa ciała (kg)	143	128	114	107	103
* BMI (kg/m <sup>2</sup> )	46	41	37,5	35	33
** Tkanka tłuszczowa (%)	42,5	38,8	31	27,6	24,9
Tłuszcz trzewny	30	23	19	16	14
Ciśnienie tętnicze (mmHg)	143/90	138/88	120/88	Bez leku	Bez leku
Insulina (j.i./dobę)	88	60	20	Bez insuliny	Bez insuliny
Glukoza w surowicy (mmol/l)	10,5	-	-	5,2	5,3
Cholesterol całkowity (mmol/l)	5,2	-	3,16	Bez leku	Bez leku
Triglicerydy (mmol/l)	1,5	-	1,13	Bez leku	Bez leku
Cholesterol LDL (mmol/l)	3,88	-	2,5	Bez leku	Bez leku
Cholesterol HDL (mmol/l)	0,94	-	1,89	Bez leku	Bez leku
Kwas moczowy (mikromol/l)	430	-	220	Bez leku	Bez leku

\* Normy dla BMI (wg WHO)

< 16,0 – wygłodzenie

16,0–16,99 – wychudzenie

18,5–24,99 – wartość prawidłowa

25,0–29,99 – nadwaga

30,0–34,99 – I stopień otyłości

35,0–39,99 – II stopień otyłości (otyłość kliniczna)

≥ 40,0 – III stopień otyłości (otyłość skrajna)

\*\*Tkanka tłuszczowa (norma 11-22%)

Wszystkie dane opublikowano za zgodą Pacjenta.

Opracowała dietetyk prowadzący mgr Maria Przyborowska-Sapek

## TELEKONSULTACJE KARDIOLOGICZNE: WSPÓŁPRACA KRAKÓW - BOCHNIA

Od kilku miesięcy pacjenci ośrodków zdrowia w gminie Bochnia mogą bezpłatnie korzystać z konsultacji kardiologicznych.

Ta zdalna opieka kardiologiczna umożliwi ocenę pracy serca pacjenta dzięki przenośnemu rejestratorowi sygnału EKG. Odpowiednie fragmenty zapisu sygnału EKG przesyłane są do Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II, gdzie - dzięki przesyłowi obrazu video - lekarz

lem), który ma zapewnioną konsultację ze specjalistą, w tym pełną diagnostykę kardiologiczną. Dodatkowo pacjent zyskuje szybki dostęp do diagnozy, wyników badań oraz przepisanych leków - a wszystko to bez konieczności podróżowania do kardiologa.

Początkowo telekonsultacje kardiologiczne między naszym Szpitalem a innymi ośrodkami gminy Bochnia wykonywane były tylko we współpracy z Ośrodkiem Zdrowia w Łap-



medycyny rodzinnej w ośrodku zdrowia i lekarz kardiolog w szpitalu - prowadzą zdalną konsultację lekarską. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, pacjent kierowany jest bezpośrednio do poradni kardiologicznej Szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie.

Dzięki tej innowacyjnej metodzie badania możliwa jest obserwacja stanu zdrowia pacjenta w POZ (czyli: poza szpita-

lem), natomiast obecnie możliwe będą także w ośrodkach zdrowia w Siedlcu, Proszówkach, Pogwizdowie, Cikowicach oraz Bogucicach. Pacjenci zdeklarowani w POZ w gminie Bochnia z telekonsultacji kardiologicznych mogą korzystać profilaktycznie 4 razy do roku, w odstępach minimum jednego miesiąca.

# JAK WAŻNA JEST PRAWIDŁOWA HIGIENA JAMY USTNEJ U PACJENTÓW ZAKWALIFIKOWANYCH DO LECZENIA OPERACYJNEGO

**Prof. dr hab. n. med. Jerzy Sadowski** - Kierownik Projektu  
**dr med. Janusz Konstanty-Kalandyk** - Członek Zespołu Badawczego, kardiochirurg, Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii  
**dr med. Aleksandry Kalandyk-Konstanty** - Członek Zespołu Badawczego, stomatolog, Poradnia Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej w Krakowie.

Operacyjne leczenie chorób serca, ze względu na rozległość oraz stopień skomplikowania, jest obarczone podwyższonym ryzykiem wystąpienia infekcji w okresie okołoperacyjnym. **Najnowsze wytyczne leczenia i zapobiegania infekcyjnego zapalenia wsierdza, opracowane przez American Heart Association, podkreślają znaczenie prawidłowej higieny jamy ustnej pacjentów zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego.** Karda naukowców Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II przy współpracy z Biurem Wspierania Badań i Rozwoju nie pozostając obojętna na najnowsze doniesienia organizacji międzynarodowych wytyczyła sobie nowy cel w badaniu pt.: **„Badanie stomatologiczne pacjentów zakwalifikowanych do leczenia kardiochirurgicznego - PREVENT”.**

## ZĘBY A SERCE

Stan higieny jamy ustnej w polskim społeczeństwie zostawia wiele do życzenia. Sami wiemy, jak często w ciągu dnia myjemy zęby oraz kiedy ostatnio byliśmy u stomatologa na badaniu kontrolnym. Wielu z nas idzie do dentysty dopiero „jak boli”, a to jest zdecydowanie za późno. **W oparciu o wyniki naszego badania możemy stwierdzić iż ponad 30% pacjentów myje zęby raz dziennie lub nie myje zębów w ogóle. Ponad 40% badanych w ogóle nie chodzi na wizyty kontrolne do stomatologa.** Wpływ na stosowanie prawidłowych nawyków prozdrowotnych ma między innymi miejsce zamieszkania oraz wiek. Najwięcej



Zdjęcie 1. Pantomogram wykonany pod kątem obecności ognisk zapalnych u pacjenta z planowanym leczeniem.

pacjentów nie myjących zębów lub protez było w grupie >70 roku życia (6%) mieszkających poza większymi miastami. Najczęściej (2 razy dziennie lub częściej) zęby myją pacjenci z chorobą zastawek serca.

Ból zęba oznacza stan zapalny, a co za tym idzie obecność bakterii w jamie ustnej. Często ból mija po paru dniach, ale nie oznacza to, że ząb sam się wyleczył. Bakterie pozostają, a przy nadarżającej się okazji, na przykład w wyniku spadku odporności po operacji kardiochirurgicznej, ulegają aktywacji i mogą zaatakować cały organizm. Taki stan, w którym bakterie znajdują się we krwi nazywamy bakteremią.

**W konsekwencji dochodzi do sepsy czyli zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołanym zakażeniem.** Jest to bardzo poważny stan, który może w krótkim czasie doprowadzić do śmierci.

## ZĘBY A OPERACJA KARDIOCHIRURGICZNA

Jednymi z najczęstszych powikłań po operacjach kardiochirurgicznych, oprócz powikłań związanych z samą operacją, są powikłania infekcyjne, w tym sepsa. Wystąpienie infekcji czy sepsy zwiększa ryzyko śmierci oraz przedłuża znacznie pobyt pacjenta w szpitalu. Szczególnie pacjenci po operacjach kardiochirurgicznych, ze względu na rozległość ran operacyjnych oraz dodatkowe czynniki obciążające pacjenta (wiek, dodatkowe choroby), są szczególnie narażeni na wystąpienie infekcji. **W naszych badaniach udowodniliśmy, iż pacjenci z nieprawidłowym stanem higieny jamy ustnej (u których nie wykonano prawidłowej sanacji jamy ustnej) mają sześć razy większe ryzyko infekcji po operacjach kardiochirurgicznych.**

## CO MOŻEMY ZROBIĆ ?

Wielu lekarzy i organizacji międzynarodowych podkreśla znaczenie profilaktyki przed operacjami kardiochirurgicznymi. W naszym Szpitalu wprowadziliśmy system oceny przedoperacyjnej pacjentów, którego ważnym elementem jest konieczność posiadania przez pacjenta zaświadczenia od stomatologa o wykonaniu prawidłowej sanacji jamy ustnej. Należy pamiętać o konieczności dbania o stan naszych zębów oraz regularnych wizytach u stomatologa.

Projekt celowy był współfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki Badań i Rozwoju, umowa nr 04412/C2R9-6/2009, z dnia 10.06.2009r.



Zdjęcie 2. Zakażenie struktur wyścielających wsierdziej zastawek.

Wydawca: Krakowski Szpital Specjalistyczny  
im. Jana Pawła II

Redakcja: Biuro Marketingu i Edukacji  
e-mail: [promocja@szpitalip2.krakow.pl](mailto:promocja@szpitalip2.krakow.pl)

Druk: Drukarnia Kraków, październik 2016

Nakład: 2,5 tys. egz.

Fotografie: 123rf.com, arch. Szpitala

KRAKOWSKI  
SZPITAL SPECJALISTYCZNY  
IM. JANA PAWŁA II

