



Przewodnik Pacjenta

www.szpitaljp2.krakow.pl

Numer 12 (24) Grudzień 2014

Dr med. Janusz Warmus
Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej
z Pododdziałem Rehabilitacji Pulmonologicznej

WIDEOTORAKOSKOPOWE ZABIEGI WYCIĘCIA PŁATA PŁUCA

Klasyczne operacje płuc wymagają z reguły większego otwarcia klatki piersiowej przez przecięcie mięśni między żebrami. Do uwidocznienia wnętrza klatki piersiowej używa się metalowych rozwieraczy a operacje wykonuje się typowymi narzędziami chirurgicznymi. W wybranych, zwykle mniej zaawansowanych przypadkach, stosuje się metodę wideotorakoskopową. Operacje wideotorakoskopowe należą do tak zwanych operacji małoinwazyjnych. Uzyskanie obrazu pola operacyjnego zapewnia niewielkie 0.5-1cm nacięcie ściany klatki piersiowej, przez które wprowadza się urządzenie optyczne zwane torakoskopem do którego podłącza się kamerę video o wysokiej rozdzielczości.



Dr med. Janusz Warmus

Umożliwia to śledzenie przebiegu operacji na monitorze telewizyjnym. Przez dodatkowe otwory wprowadza się narzędzia operacyjne.



Wszystkim Pacjentom
oraz
Sympatykom Szpitala
zdrowych, spokojnych
Świąt Bożego Narodzenia
oraz
szczęśliwego Nowego Roku
życzy

Dyrekcja Szpitala
oraz zespół redakcyjny
„Przewodnika Pacjenta”

Niewielkie ok. 5 cm nacięcie umożliwia usunięcie wyciętego mięszu płuca. Częstymi operacjami wykonywanymi w chirurgii klatki piersiowej są wycięcia płata płuca. Prawe płuco posiada trzy, lewe- dwa płaty. Usunięcie płata płuca zajętego przez proces chorobowy stanowi uznaną na całym świecie metodę leczenia raka płuc. Wszystkie etapy operacji wycięcia płata płuca zarówno metodą klasyczną czyli otwartą jak też małoinwazyjną są podobne i polegają na:

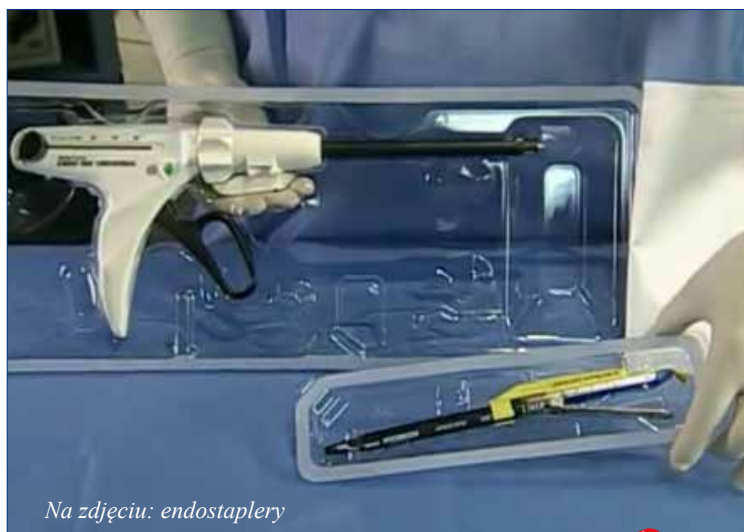
- wypreparowaniu, zamknięciu i przecięciu naczyń krwionośnych: tętnic i żył płatowych
- podobnym zaopatrzeniu oskrzela płatowego
- oddzieleniu od siebie płatów płuca
- usunięciu płata płuca
- usunięciu wszystkich dostępnych w klatce piersiowej węzłów chłonnych

- założeniu do klatki piersiowej drenów, służących do ewakuacji krwi i płynów wysiękowych oraz powietrza, co umożliwia właściwe rozprężenie się pozostałego mięszu płuca
- zamknięciu rany operacyjnej.

Klasyczne otwarcie klatki piersiowej zwane torakotomią poza oczywistymi zaletami, powoduje większy uraz operacyjny. Stosowane jest w przypadkach bardziej zaawansowanych nowotworów, zlokalizowanych w trudno dostępnych obszarach płuca. Pobyt chorego w szpitalu jest dłuższy i wiązać się może z większymi dolegliwościami bólowymi, dłuższym okresem gojenia i powrotu do pełnej aktywności fizycznej. Z powodu większej długości cięcia, rany po torakotomiach są bardziej narażone na infekcję. Operacje z użyciem wideotorakoskopii wymagają specjalnego sprzętu: wideokamer, monitorów o wysokiej rozdzielczości obrazu oraz specjalnych narzędzi, z których najważniejszymi są endostaplery.



Są to mechaniczne zszywacze, zaopatrzone w miniaturowe tytanowe zszywki ułożone w dwóch lub trzech rzędach oraz specjalnego noża tnącego, służącego do przecięcia zszytych warstw tkanek. Staplery służą do zszywania i przecinania naczyń krwionośnych, oskrzeli oraz mięszu płuca. Zwykle do jednej operacji trzeba użyć od kilku do kilkunastu ładunków endostaplerów. Koszt operacji wideotorakoskopowych jest zwykle znacznie wyższy. Czas pobytu pacjenta w szpitalu wynosi średnio 3-5 dni i jest prawie połowę krótszy w porównaniu do operacji klasycznych.



Na zdjęciu: endostaplery

Należy być świadomym tego, że nawet jeśli operacja miała być wykonana z dostępu wideotorakoskopowego, w trakcie zabiegu mogą zaistnieć okoliczności zmuszające operatora do zmiany metody na torakotomię. Taką sytuacją jest na przykład krwawienie niemożliwe do opanowania bez otwierania klatki piersiowej. Zamiana taka, czyli konwersja, nie jest powikłaniem, ale racjonalną decyzją chirurga, mającą na celu dobro chorego.

▪ Otwórz dłoń po udarze

Leczenie dla pacjentów ze spastycznością poudarową kończyny górnej

Udar mózgu może dotyczyć każdego. Chorują zarówno osoby w podeszłym wieku jak i ludzie młodzi. Jedną z konsekwencji udaru jest spastyczność kończyny górnej, która stwarza znaczne ograniczenia w życiu codziennym. Obecnie pacjenci z regionu Małopolski mogą skorzystać z bezpłatnego leczenia i rehabilitacji spastyczności poudarowej w ramach programu lekowego prowadzonego w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II w Krakowie ul. Prądnicka 80

W Polsce rocznie udaru doznaje niespełna 100 tys. osób. U 20-40 procent pacjentów w ciągu kilku miesięcy dochodzi do rozwoju wzmożonego napięcia mięśniowego (spastyczności). Ręka objęta spastycznością nie reaguje na polecenia mózgu tak, jak dotychczas. Przykurczone mięśnie uniemożliwiają jej pełen zakres ruchów i czasem powodują ból. Prozaiczne dotąd czynności, jak chwytywanie i puszczenie przedmiotów, stają się niemal niewykonalne.



**OTWÓRZ
DŁOŃ
PO UDARZE**

„Od niedawna możemy leczyć w naszej placówce niesprawną kończynę górną u osób po udarze mózgu w ramach programu lekowego. Iniekcje toksyny botulinowej do nadmiernie napiętych, bolących mięśni to szansa dla pacjentów na lepsze życie po udarze” – mówi dr hab. med. Monika Rudzińska, Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, ordynator Oddziału Udarowego Centralnego Szpitala Klinicznego w Katowicach, Konsultant Neurologii Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II.

Do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy przebyli udar mózgu co najmniej 3 miesiące wcześniej, i którzy mają nadmierne napięcie mięśni w kończynie górnej. W ciągu dwóch lat pacjent korzysta z leczenia toksyną botulinową typu A, pod warunkiem, że jest aktywnie rehabilitowany. Informacje na temat udziału w programie można uzyskać na Oddziale Udarowym Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Krakowie ul. Prądnicka 80 tel. 12 614 27 30

■ OMDLENIA



dr n. med. Artur Pietrucha

Omdlenie to objaw definiowany jako przemijająca utrata przytomności spowodowana przejściową, uogólnioną hipoperfuzją mózgu, charakteryzująca się szybkim początkiem, krótkim czasem trwania i samoistnym całkowitym ustąpieniem.

Trochę statystyki

Omdlenia stanowią przyczynę ok. 5% wszystkich hospitalizacji oraz związane są z 1-3% porad ambulatoryjnych. U ok. 35% osób z uporczywymi omdleniami w ciągu 2 lat dochodzi do nawrotów omdleń. 73% osób z uporczywymi omdleniami - jak podają amerykańskie statystyki - cierpi na depresję, wynikającą z opóźnienia zdiagnozowania, zwłaszcza, kiedy epizody omdleń, których doświadczają, są częste i głębokie. W aproksymacji na populację polską omdlenia mogą dotyczyć około 1,8 miliona osób dorosłych rocznie.

Dlaczego mdlejemy?

Omdlenie nie jest chorobą, a jej objawem. Może mieć podłoże kardiologiczne, ale także neurologiczne w wyniku niewydolności układu autonomicznego (hypotonia ortostatyczna) towarzyszącej licznym chorobom. Zaburzenia świadomości podobne jak w omdleniach mogą również występować w wielu innych schorzeniach w tym neurologicznych (padaczka, narkolepsja), endokrynologiczne (hipoglikemia, śpiączki metaboliczne) lub psychiatryczne (objawy konwersyjne, psychogenne pseudoomdlenia). Dopiero rozpoznanie mechanizmu omdlenia wskaże efektywny sposób jego leczenia, dokonanie precyzyjnej oceny zagrożenia pacjenta pozwoli określić ryzyko, które



w większym stopniu zależy od choroby podstawowej niż mechanizmu leczenia. Prawidłowa diagnoza jest rzeczą ważną, szczególnie w przypadku omdleń spowodowanych chorobami serca, gdyż dwukrotnie rośnie wówczas ryzyko śmierci.

Najczęstszą przyczyną omdleń u młodych osób są tzw. omdlenia odruchowe wywołane emocjami czy sytuacją. Stanowią one ok. 60% wszystkich typów omdleń. Mogą być one także wynikiem niewydolności autonomicznej (hypotonia ortostatyczna). Czasami doprowadzają do nich leki i używki, np. antydepresanty czy alkohol. Bardzo groźne są jednak omdlenia o podłożu kardiogenym - częstość występowania nagłego zgonu u chorych z omdleniami o podłożu kardiogenym wynosi do 24% rocznie. Organiczna choroba serca jest głównym czynnikiem ryzyka nagłej śmierci sercowej i zgonu ogółem wśród chorych z takimi omdleniami. Umieralność jest duża u osób w wieku podeszłym. Nawracające omdlenia znacznie pogarszają jakość życia.

Najczęstszą przyczyną omdleń u młodych osób są tzw. omdlenia odruchowe wywołane emocjami czy sytuacją.



Do omdleń o podłożu kardiologicznym dochodzi najczęściej u części pacjentów z tachyarytmią i bradyarytmią oraz organicznymi chorobami serca, w tym: wadami zastawkowymi serca, ostrym niedokrwieniem mięśnia sercowego, kardiomiopatią, guzami serca, chorobami osierdzia, anomaliami naczyń wieńcowych i dysfunkcjami sztucznych zastawek. Omdlenia kardiogenne są drugim, co do częstości, typem omdleń. Powodowane są najczęściej zaburzeniami rytmu serca oraz zmniejszeniem pojemności minutowej serca i przepływu krwi do mózgu.

Diagnostyka omdleń

Najistotniejsze w diagnostyce omdleń jest określenie stopnia zagrożenia pacjenta nagłym zgonem, czyli wyselekcjonowanie pacjentów wymagających natychmiastowej hospitalizacji i leczenia. W tej grupie pacjentów po uzupełnieniu diagnostyki kardiologicznej konieczne będzie dalsze leczenie, takie jak wszczepienie rozrusznika serca, kardiowertera-defibrylatora, zabieg ablacji, interwencja na naczyniach wieńcowych czy też operacji serca.

U większości pacjentów z omdleniami rozpoznaje się omdlenia o charakterze odruchowym. W tej grupie chorych bardzo ważna jest edukacja dotycząca unikania czynników wywołujących omdlenia (np. długie stanie) jak też wdrożenie postępowania nefarmakologicznego oraz zmiana stylu życia. Leki w większości przypadków są tutaj nieskuteczne, a wszczepienie rozrusznika serca pomaga tylko u nielicznych chorych.



W październiku br. autorzy projektu pozaustrojowego leczenia pacjentów w hipotermii głębokiej otrzymali nagrodę Ministra Zdrowia im. bł. Gerarda za wybitne osiągnięcia w ratownictwie medycznym w kategorii

osoby i instytucje wspierające system Państwowe Ratownictwo Medyczne

pragnę złożyć serdeczne podziękowania za wkład na rzecz rozwoju Państwowego Ratownictwa Medycznego i zaangażowanie w wykonywaniu obowiązków.

MINISTER ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Antoni Kochanek

Warszawa, 13 października 2014 r.

▪ Trzymaj się ciepło!

Czy tegoroczna zima będzie łaskawsza dla osób narażonych na śmierć w wyniku skrajnego wychłodzenia organizmu? Co zmieniło się na przestrzeni ostatnich lat w sposobach ratowania życia osób znajdujących się w hipotermii?

Efektom głębokiego wychłodzenia ciała może być śmierć. Warto o tym pamiętać, zwłaszcza u progu zimy. Śmiertelność z powodu wychłodzenia w Polsce wynosi, według oficjalnych danych, od 328 do 606 osób rocznie [dane GUS 2008-2010 r]. Szacuję się jednak, że liczba ta, może być nawet kilkakrotnie większa.

Małopolska, z racji ukształtowania powierzchni i warunków klimatycznych, może być rejonem szczególnie zagrożonym pod tym względem. Podstawą leczenia hipotermii, jest zastosowanie w odpowiednim czasie właściwego sposobu ogrzewania. Głębokie stadia wychłodzenia wymagają zastosowania specjalnych technik. Wdrożenie metod ciągłego pozaustrojowego natlenienia, współlist-



niejące ze wspomaganiem krążenia i aktywnym ogrzewaniem, daje możliwość użycia zaawansowanych metod ratowania pacjenta z bardzo niską temperaturą ciała.



W wyniku podjętych starań i współpracy z wieloma jednostkami samorządowymi oraz ratowniczymi, na poziomie pierwszej pomocy oraz specjalistycznej opieki medycznej, **udało się utworzyć działający system powiadamiania**. Protokół, który wprowadzili autorzy projektu potwierdził swą skuteczność, ale stale poddawany jest modyfikacjom. Autorzy żywią nadzieję, że **w przyszłości może być podstawą do stworzenia protokołu dla systemów krajowych**.

Od lipca 2013 do połowy października 2014 r. koordynator ds. pozaustrojowego leczenia hipotermii głębokiej skonsultował 17 pacjentów oraz otrzymał 4 zgłoszenia o poszukiwaniach. Dwunastu pacjentów było w hipotermii umiarkowanej lub łagodnej, ze stabilnym układem krążenia i zakwalifikowano ich do leczenia tradycyjnego. Pięciu pacjentów spełniło ustalone kryteria ogrzewania pozaustrojowego i zostali oni zakwalifikowani do leczenia przy pomocy ECMO (ECMO jest to wysokospecjalistyczne urządzenie do pozaustrojowego utleniania krwi które wspomaga funkcje życiowe). **Czterech spośród nich udało się uratować.**

Opis procedury postępowania w przypadku osób dotkniętych wychłodzeniem, dostępny jest na stronie www.hipotermia.edu.pl

Oprac. dr Tomasz Darocha, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II



Wydawca:	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	
Redakcja:	Biuro Marketingu i Edukacji e-mail: promocja@szpitaljp2.krakow.pl	
Druk:	Drukarnia Kraków Grudzień 2014	
Nakład:	2 tys. egz.	
Fotografie:	123rf.com, arch. Szpitala, obiekty z Office.com	