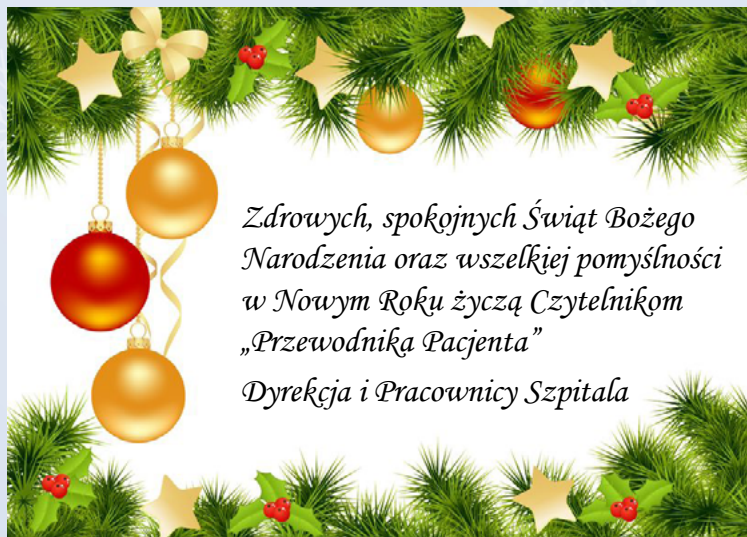


PRZEWODNIK PACJENTA

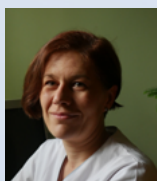
www.szpitaljp2.krakow.pl

Numer 12 (72) Grudzień 2018



*Zdrowych, spokojnych Świąt Bożego
Narodzenia oraz wszelkiej pomyślności
w Nowym Roku życzą Czytelnikom
„Przewodnika Pacjenta”*

Dyrekcja i Pracownicy Szpitala



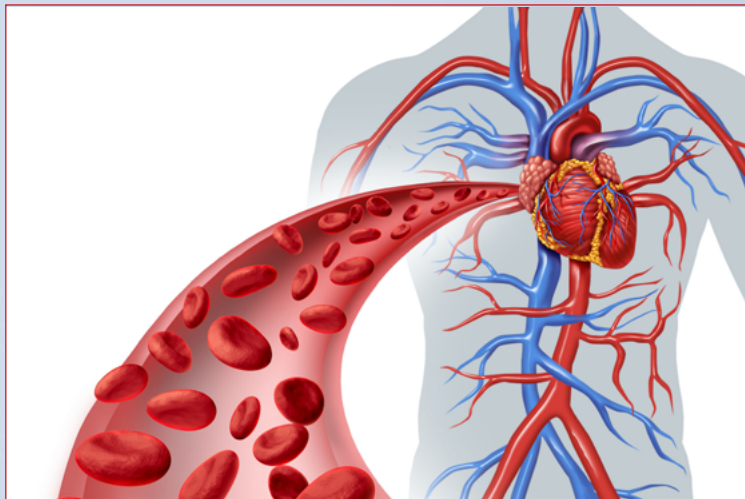
Dr med. Agnieszka Okraska-Bylica
Oddział Szybkiej Diagnostyki Krakowskiego
Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II.

• Zasady doustnego leczenia przeciwzakrzepowego

Leczenie przeciwzakrzepowe zmniejsza krzepliwość krwi. Stosuje się je, aby zapobiegać powstawaniu i/lub rozpuszczać skrzepiny, powstające w jamach serca lub naczyniach.

Wskazania do leczenia przeciwzakrzepowego

Głównymi wskazaniami do przewlekłego doustnego leczenia przeciwzakrzepowego są: zylna choroba zakrzepo-zatorowa (zakrzepowe zapalenie żył głębokich i/lub zatorowość płucna), migotanie przedsionków oraz obecność sztucznej zastawki mechanicznej w sercu.



W przypadku pierwszego wskazania leczenie może zostać przerwane po upływie kilku miesięcy, w pozostałych dwóch stanach prowadzi się je przewlekłe. Trzeba również podkreślić, że dla stosowania leczenia przeciwzakrzepowego nie ma znaczenia, czy migotanie przedsionków ma postać napadów (czyli pacjent zwykle ma prawidłowy rytm serca, a tylko czasami występują epizody arytmii), czy utrwaloną (czyli migotanie przedsionków występuje przez cały czas). Uzasadnieniem takiego postępowania jest to, że nie wszystkie epizody migotania przedsionków są odczuwane przez pacjenta, mogą np. występować nocą w czasie snu, więc brak odczucia kołatań serca nie jest równoznaczny z brakiem arytmii. Głównym zagrożeniem związanym z występowaniem migotania przedsionków jest ryzyko udaru mózgu.

Dwie opcje leczenia.

1. Stare leki przeciwzakrzepowe

Mamy dwie opcje doustnego leczenia przeciwzakrzepowego: **stare leki przeciwzakrzepowe czyli antagoniści witaminy K (vitamin K antagonists - VKA) oraz nowe leki przeciwzakrzepowe (neworalanticoagulants - NOAC).**

Stare doustne leki przeciwzakrzepowe wykazują pośredni wpływ na czynniki krzepnięcia poprzez hamowanie aktywności witaminy K. Witamina K jest niezbędna do przekształcenia prekursorów czynników krzepnięcia w aktywne metabolity. W Polsce dostępne są dwa leki z tej grupy: acenokumarol (Acenocumarol, Sintrom) oraz warfaryna (Warfin). Parametrem stosowanym do oceny skuteczności działania tych leków i ustalania ich dawkowania jest **wskaźnik INR**. Przed rozpoczęciem leczenia oraz do czasu ustabilizowania się parametrów układu krzepnięcia w optymalnym zakresie terapeutycznym należy często oznaczać INR. Później odstępy pomiędzy kolejnymi badaniami można wydłużać, zależnie od wyników kolejnych pomiarów INR, ale powinny być wykonywane **nie rzadziej, niż raz w miesiącu**. Leki te mają zmienny, często trudny do przewidzenia efekt działania - dawkowanie ustala się indywidualnie dla każdego chorego. **Docelowy INR mieści się zwykle w granicach 2,0-3,0.** W niektórych przypadkach lekarz zaleca inny docelowy przedział INR. **INR < 2,0 oznacza brak skuteczności leczenia, INR > 3,5(4,0) zwiększa ryzyko krwawień i krwotoków.** Efekt kliniczny uzyskiwany jest po kilku dniach stosowania i utrzymuje się przez 2-4 dni po odstawieniu leku. VKA należy przyjmować jeden raz dziennie, o tej samej porze.

Są dostępne aparaty do samokontroli wskaźnika INR w warunkach domowych. Urządzenie mierzy INR na podstawie kropli krwi kapilarnej pobranej z palca na pasek testowy - podobnie jak glukometr stosowany przez pacjentów z cukrzycą.



Wrażliwość na działanie VKA może się zmieniać w trakcie leczenia zależnie od wielu czynników: infekcji gorączkowej, składu przyjmowanych posiłków i równolegle stosowanych leków. Są to przyczyny zmiennych wartości INR podczas leczenia VKA.

Wpływ diety na działanie leków

Do pokarmów, które osłabiają działanie acenokumarolu i warfaryny (**wskaźnik INR będzie mniejszy**) należą: szpinak, sałata, soja, kalafior, kapusta, wątróbka, otręby pszenne.

Produkty, które nasilają działanie acenokumarolu i warfaryny (**wskaźnik INR będzie większy**) to: śmietana, mleko, jabłko, wołowina, truskawki, marchew, groch, ziemniaki, szparagi, groszek zielony.

Z praktycznego punktu widzenia jeśli codziennie lub często spożywamy wyżej wymienione produkty, to ich wpływ na poziom INR będzie się wzajemnie równoważył. Jeśli natomiast jakiegoś produktu zwykle nie jemy lub dostępny jest tylko sezonowo, a zostanie spożyty w większej ilości, to może wpłynąć na poziom INR.

Leki przeciwzakrzepowe a inne leki

Również **wiele leków wykazuje interakcję z VKA**. Są w tej grupie również leki dostępne bez recepty. Do leków dostępnych bez recepty, które zwiększają efekt leczenia acenokumarolem i warfaryną (czyli **wskaźnik INR będzie większy**) należą antagoniści receptora H2 (np. ranitydyna, cymetydyna) oraz powszechnie stosowany lek przeciwbólowy – paracetamol.

Z kolei substancje, które zmniejszają efekt leczenia VKA (czyli **wskaźnik INR będzie mniejszy**) to doustne środki antykoncepcyjne, węgiel aktywowany, leki zubożniające sok żołądkowy - inhibitory pompy protonowej (np. omeprazol), zioła zawierające wyciąg z dziurawca [Tabela 1].

Istnieją sytuacje, w których VKA jest jedyną opcją terapeutyczną. Dzieje się tak przy sztucznej zastawce mechanicznej w sercu oraz przy zastawkowym migotaniu przedsionków - czyli migotaniu przedsionków z umiarkowanym lub ciężkim zwężeniem zastawki mitralnej.

Można odwrócić działanie VKA. Podanie witaminy K doustnie lub dożylnie powoduje spadek INR w ciągu kilku -kilkunastu godzin.

Około zabiegowo przy większych operacjach należy czasowo odstawić acenokumarol/warfarynę i po spadku INR < 2,0 zastosować zastrzyki w brzuch z heparyny drobnocząsteczkowej. U pacjentów poddawanych zabiegom związanym z niskim ryzykiem poważnego krwawienia, takim jak operacje ząbów, wyrwanie zęba i drobne zabiegi w obrębie skóry zwykle nie ma potrzeby przerywania doustnego leczenia przeciwzakrzepowego, chociaż wartość INR powinna pozostawać blisko dolnej granicy zakresu wartości terapeutycznych. Lekarz wykonujący zabieg ma jednak prawo do decyzji o czasowym odstawieniu leczenia przeciwzakrzepowego również w tych przypadkach.

2. Nowe leki przeciwzakrzepowe

Nowe doustne leki przeciwzakrzepowe (NOAC) bezpośrednio hamują aktywność czynników krzepnięcia (II lub X). W Polsce są dostępne trzy leki z tej grupy: rivaroksaban (Xarelto), apiksaban (Eliquis) i dabigatran (Pradaxa). Xarelto zażywa się

jeden raz dziennie, pozostałe leki (Pradaxa, Eliquis) dwa razy dziennie. Należy podkreślić, że leki zarejestrowane do stosowania dwa razy dziennie nie mogą być stosowane raz dziennie. Dostępne są dwie dawki leków, lekarz decyduje o wyborze dawki na podstawie oceny czynności nerek, ryzyka powikłań zakrzepowych i ryzyka krwawienia. Nie ma konieczności rutynowego monitorowania działania przeciwzakrzepowego. Badania biochemiczne oceniające aktywność leku nie są powszechnie dostępne i nie są potrzebne. Może występować niewielkie wydłużenie niektórych parametrów układu krzepnięcia, stopień tego wydłużenia nie ma znaczenia klinicznego.

Możliwość stosowania leków z tej grupy i ich dawka zależą od wydolności nerek – konieczna jest okresowa kontrola poziomu kreatyniny i GFR, nie rzadziej niż raz w roku, a u osób z zaburzeniami czynności nerek częściej.

NOAC po odstawieniu działają krótko (zwykle 24-48 godzin) i po ponownym włączeniu szybko zabezpieczają przez powikłaniami zakrzepowymi, dlatego krótkotrwałe odstawienie (np. w związku z planowym zabiegiem chirurgicznym) może nie wymagać stosowania zastrzyków podskórnych w brzuch. Jest dostępny lek, powodujący natychmiastowe odwrócenie działania jednego z NOAC (dabigatranu - Pradaxy). Nasz szpital również dysponuje tym preparatem. Lek jest stosowany w przypadku poważnego krwawienia, a także pozwala na przeprowadzenie pilnych zabiegów inwazyjnych i/lub operacji.

NOAC nie mogą być stosowane przy sztucznej zastawce mechanicznej w sercu oraz przy zastawkowym migotaniu przedsionków (czyli przy umiarkowanym lub ciężkim zwężeniu zastawki mitralnej).

Krwawienie

Stosunkowo często podczas stosowania leków przeciwzakrzepowych może występować podkrwawianie śluzówek jamy ustnej podczas szczotkowania zębów, drobne wybroczyny podskórne najczęściej na kończynach – zwykle utrata krwi jest w tych przypadkach niewielka, nie ma znaczenia klinicznego i nie wymaga przerywania leczenia. Często występuje również krwawienie z nosa.

Po wystąpieniu krwawienia z nosa **pacjent powinien siedzieć, lekko pochylony do przodu**. Powinien oddychać przez usta i odpluwać spływającą po tylnej ścianie gardła krew. Należy zacisnąć skrzydełka nosa. Na czoło, kark, okolicę nosa warto przyłożyć zimny kompres. Poszkodowany powinien trzymać zaciśnięte skrzydełka nosa przez ok. 7 – 10 minut bez przerywania ucisku. **Nie wolno odchyłać głowy do tyłu**, po-



nieważ może to powodować połykanie krwi, która ma właściwości prowokujące wymioty. Wymioty pośrednio spowodują wzrost ciśnienia krwi, a to spowoduje nasilenie krwawienia.

Krwawienia groźne dla zdrowia i/lub życia pacjenta to krwawienia wewnętrzne.

Objawy istotnego klinicznie krwawienia

- *Ośrodkowy układ nerwowy: utrata przytomności/pogorszenie kontaktu z chorym, zaniewidzenie, niedowład kończyny, zaburzenia czucia*
- *Przewód pokarmowy: wymioty treścią przypominającą fusy z kawy/herbaty, czarny stolec, czerwona krew w stolcu*
- *Układ moczowy: czerwone zabarwienie moczu*

Istotne krwawienie może powodować osłabienie, spadek parametrów morfologii krwi, spadek ciśnienia tętniczego, ochłodzenie powłok ciała.

W przypadku wystąpienia przedstawionych powyżej objawów należy niezwłocznie zgłosić się na najbliższy SOR/ wezwać karetkę Pogotowia Ratunkowego.

Do leków przeciwzakrzepowych nie zaliczamy leków przeciw-płytkowych jak na przykład aspiryna i klopidogrel, stosowanych u chorych z miażdżycą i zwężeniami tętnic. W przypadku wskazań do przewlekłego leczenia przeciwzakrzepowego nie są one alternatywą do leczenia VKA/NOAC.

Leki zwiększające efekt leczenia	Leki zmniejszające efekt leczenia
ranitydyna	omeprazol
cymetydyna	pantoprazol
paracetamol	esomeprazol
	węgiel aktywowany
	doustne środki antykoncepcyjne
	zioła zawierające wyciąg z dziurawca

Tabela 1. Leki dostępne bez recepty, wykazujące interakcje z antagonistami witaminy K (acenokumarol lub warfaryna).



Chirurgia klatki piersiowej – to już 70 lat...

Chirurgia klatki piersiowej, zwana jest inaczej torakochirurgią, co dla wielu osób jest pojęciem raczej zagadkowym. Nazwa ta wywodzi się z greki – „thorax” oznacza klatkę piersiową. Torakochirurgia jest zatem działem chirurgii zajmującym się leczeniem operacyjnym wad wrodzonych oraz urazów narządów klatki piersiowej, z wyłączeniem serca. Leczenie torakochirurgiczne dotyczy także chorób płuc, opłucnej, przepony, śródpiersia i przełyku.

Oddział Chirurgii Gruźlicy Płuc powstał w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. dr Anki 1 grudnia 1948 r. W kolejnych dziesięcioleciach wiele razy zmieniał nazwę i status. W roku 1975 powołano w szpitalu Centrum Torako-Chirurgii, a 2 lata później oddział zmienił nazwę na Oddział Torako-Kardiochirurgii i Chirurgii Ogólnej. Kolejne lata przyniosły ograniczenie działalności torakochirurgicznej w Krakowie – zabiegi operacyjne przeniesiono głównie do Zakopanego, a operacyjne leczenie raka płuca prowadzono w niewielkim zakresie w Instytucie Onkologii.

Rokiem przełomowym okazał się 1986, kiedy to w strukturze Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II ponownie uruchomiono Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej, którego ordynatorem został dr Henryk Olechnowicz. Zorganizował on oddział na nowo i 2 lata później zaczął on działać. Ówczesna pięciołożkowa Chirurgiczna Sala Nadzoru Pooperacyjnego, która powstała w ramach tworzonego przez dra Olechnowicza oddziału rozbudowała się i poszerzyła swoją działalność, a z czasem stała się odrębnym Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej terapii Pulmonologicznej, kierowanej przez dra n. med. Mirosława Ziętkiewicza.

Z dniem 12 stycznia 2010 została utworzona Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, która działa na bazie oddziału w Szpitalu im. Jana Pawła II w Krakowie. Szefem Kliniki od 7 kwietnia 2010 jest prof. dr hab. n. med. Jarosław Kuźdżał. W związku z dynamicznym rozwojem działalności zmieniła się również nazwa na: Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej z Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Rehabilitacji Pulmonologicznej.

„100 lat Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II, str. 250-251), Kraków 2017.

Szefowie Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej - chronologia:

dr hab. med. Józef Gasiński od 01.12.1948 do 30.11.1951

dr med. Władysław Laszczak od 01.12.1959 do 30.09.1960

prof. dr hab. med. Stefan Bąk od 01.10.1960 - 14.03.1961

doc. dr hab. med. Michał Juszczyński od 14.03.1961 do 31.08.1984 r.

dr Henryk Olechnowicz od 18.02.1986 do 30.04.2009

(po przejściu na emeryturę dr H. Olechnowicz pracował w niepełnym wymiarze czasu pracy jeszcze do 2014)

prof. dr hab. med. Jarosław Kuźdżał od 30.04.2009 do teraz

1948 - 2018



Ciepło, które łączy



mpec.krakow.pl

