

STRESZCZENIA Z IV OGÓLNPOLSKIEJ KONFERENCJI NAUKOWO-SZKOLENIOWEJ POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSTWA ANGIOLOGICZNEGO

„Wyzwania i trendy w specjalistycznej opiece nad chorym w chirurgii ogólnej i naczyniowej”

KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W LATACH 2000–2013 W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO

Barbara Kot-Doniec

Dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek
i Położnych w Warszawie

Obecny system kształcenia podyplomowego regulują następujące akty prawne: Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174 poz. 1039 z późn. zm.), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197 poz. 1922 z późn. zm.) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197 poz. 1923).

W latach 2000–2013 zarejestrowano 444 514 pielęgniarek i położnych, które uzyskały tytuł specjalisty,

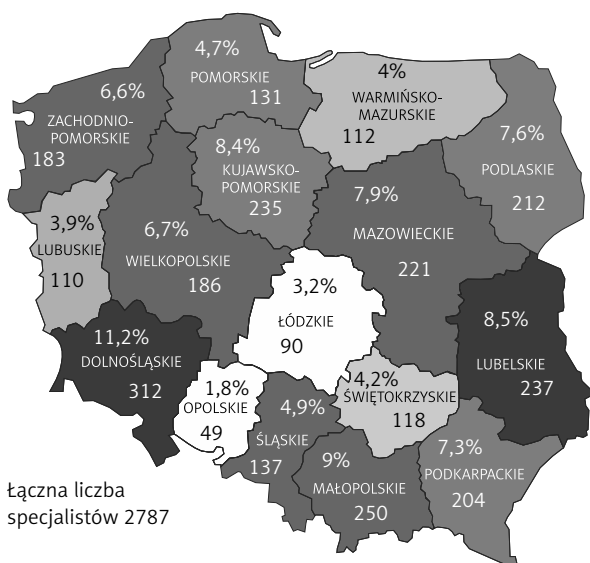
są absolwentami kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych oraz dokształcających. Zestawiając te dane z liczbą pielęgniarek i położnych zatrudnionych w kraju – 236 775 (dane NRPIP – stan na dzień 21.03.2013 r.), wynika, że statystyczna zatrudniona pielęgniarka bądź położna ukończyła 2 formy kształcenia.

Aktualnie szkolenia specjalizacyjne mogą być prowadzone w 26 dziedzinach. W latach 2002–2013 przeprowadzono egzaminy państwowe we wszystkich obowiązujących obecnie dziedzinach, w wyniku których tytuł specjalisty uzyskały 23 403 osoby, w tym 21 337 pielęgniarek i 2066 położnych.

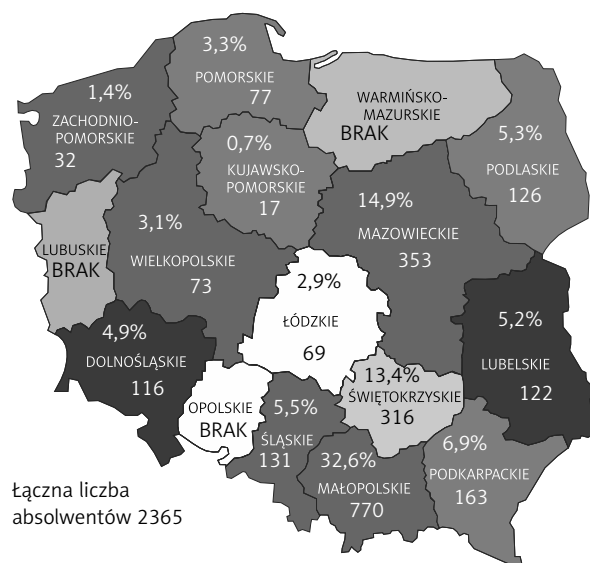
Egzamin państwowy w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego w latach 2002–2014 zdało 2787 osób, co daje najliczniejszą grupę specjalistów spośród wszystkich dziedzin kształcenia (stan na dzień 16.04.2014 r.).

Kształcenie na poziomie kursów kwalifikacyjnych może być prowadzone w 21 dziedzinach. W latach 2000–2013 kursy kwalifikacyjne ukończyło 117 516 pielęgniarek i położnych, w tym pielęgniarstwo chirurgiczne – 2365 pielęgniarek, co daje 13. miejsce w zestawieniu z innymi dziedzinami kształcenia.

W obowiązującym systemie kształcenia najbardziej popularnym rodzajem kształcenia podyplomowego jest kurs specjalistyczny. Świadczy o tym liczba absol-



Liczba specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego w latach 2002–2014 (sesja wiosenna) na terenie poszczególnych województw



Liczba absolwentów w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego w latach 2009–2013 (sesja wiosenna) na terenie poszczególnych województw

wentów – 212 086 pielęgniarek i położnych. W latach 2000–2013 kursy te były realizowane w 50 zakresach. Biorąc pod uwagę tematykę kursów specjalistycznych związanych z pielęgniarstwem chirurgicznym, najczęściej pielęgniarek ukończyło kurs w zakresie leczenia ran dla pielęgniarek (11 488), leczenia ran dla położnych (717), leczenia ran-odleżyny (651). Najmniej absolwentów o powyższej tematyce zarejestrowano w zakresie leczenia ran – owrzodzenia żyłne (38) oraz kompresjoterapii (13). Łącznie w ww. zakresach zarejestrowano 12 907 pielęgniarek i położnych.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo chirurgiczne, kształcenie dyplomowe.

ZATRUDNIENIA PIELĘGNIAREK I POZIOM WYKSZTAŁCENIA A ŚMIERTELNOŚĆ SZPITALNA W 9 KRAJACH EUROPEJSKICH: RETROSPEKTYWNE BADANIA OBSERWACYJNE (RN4CAST)

Linda H. Aiken, Douglas M. Sloane, Luk Bruyneel, Koen Van den Heede, Peter Griffiths, Reinhard Busse, Marianna Diomidous, Juha Kinnunen, Maria Kózka, Emmanuel Lesaffre, Matthew McHugh, Maria Teresa Moreno-Casbas, Anne Marie Rafferty, Rene Schwendimann, Carol Tishelman, Theo van Achterberg, Walter Sermeus. *Beachelor's education for nurses and better nurse staffing are associated with lower hospital mortality in 9 European countries. Materiał opracowany na podstawie artykułu opublikowanego w „The Lancet” w lutym 2014; [http://dx.doi.org/10.1016/50140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/50140-6736(13)62631-8)*

Cel pracy: Ocena różnic w liczbie pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę, wykształcenia pielęgniarek i śmiertelności szpitalnej pacjentów po procedurach chirurgicznych w 9 z 12 krajów biorących udział w projekcie RN4CAST.

Materiał i metody: Badaniem objęto 439 800 pacjentów w wieku od 50 do 85 lat lub starszych, operowanych w 300 szpitalach w 9 krajach Europy (Belgii, Anglii, Finlandii, Irlandii, Holandii, Norwegii, Hiszpanii, Szwecji i Szwajcarii) oraz 26 516 pielęgniarek zatrudnionych w tych szpitalach. Dane pacjentów pochodziły ze standardowego protokołu z wykorzystaniem wariantu 9. lub 10. wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD) i danych o zgonie pacjenta w ciągu 30 dni od przyjęcia. Badane zmienne, tj. wiek, płeć, rodzaj przyjęcia, 43 zmienne odnoszące się do rodzaju zabiegu operacyjnego i 17 zmiennych wskazujących na choroby współistniejące obecne przy przyjęciu, zostały włączone zgodnie z indeksem Charlson. Na podstawie danych pielęgniarek dokonano oceny ich zatrudnienia i wykształcenia.

Wyniki: Odsetek chorych chirurgicznie, którzy zmarli w ciągu 30 dni od przyjęcia, wyniósł 1,3% w 9 krajach i wahał się od ponad 1% w Szwecji i Finlandii do 1,5% w Holandii, Norwegii i Szwajcarii. Liczba pacjentów na jedną pielęgniarkę wynosiła średnio 5,2% w Norwegii i 12,7% w Hiszpanii. Poziom wykształcenia pielęgniarek był zróżnicowanych w poszczególnych krajach, np. w Szwecji tytuł licencjata pielęgniarstwa miało 10,4%, w Belgii tytuł licencjata lub wyższy 54,7% pielęgniarek, a w Hiszpanii i Norwegii tytuł licencjata miały wszystkie pielęgniarki. Po uwzględnieniu mierzalnych różnic między szpitalami i pacjentami oraz niezmiernych różnic między krajami okazało się, że zarówno liczba pielęgniarek, jak i poziom wykształcenia mają bezpośredni wpływ na śmiertelność. Każdy wzrost jednego pacjenta na pielęgniarkę we wszystkich szpitalach zwiększa śmiertelność pacjentów po operacjach o 7%, a wzrost o 10% pielęgniarek z tytułem licencjata jest związany ze zmniejszeniem śmiertelności o 7%. Wszystkie te działania oznaczają, że szpitale, w których 60% pielęgniarek miało tytuł licencjata i pielęgniarki opiekowały się średnio 6 pacjentami, miały prawie o 30% niższą śmiertelność niż szpitale, w których tylko 30% pielęgniarek miało tytuł licencjata i pielęgniarki opiekowały się średnio 8 pacjentami.

Wnioski: Poprawa zatrudnienia personelu pielęgniarskiego i wyższy poziom wykształcenia pielęgniarek może znacznie zmniejszyć śmiertelność pacjentów chirurgicznych w europejskich szpitalach. Redukcja personelu pielęgniarskiego i niski poziom edukacji może pogorszyć jakość opieki i niekorzystnie wpływać na wyniki pacjentów.

Słowa kluczowe: zatrudnienie pielęgniarek, śmiertelność szpitalna, wykształcenie.

CZY MOŻNA ZAPOBIEGAĆ OWRZODZENIOM NAWROTOWYM POPRZEC PROFILAKTYKĄ I EDUKACJĄ?

Paulina Mościcka^{1,2,3}, Maria T. Szewczyk^{1,2,3}, Elżbieta Hancke^{2,3}, Justyna Cwajda-Białasik¹, Arkadiusz Jawień³

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, Szpital Uniwersytecki nr 1, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital Uniwersytecki nr 1, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Wstęp: Owrzodzenia żyłne goleni po wygojeniu mają tendencję do nawrotów, dlatego bardzo ważnym aspektem zapobiegania nawrotom jest prowadzenie profilaktyki. Działania profilaktyczne i lecznicze polegają na kontynuacji terapii przyczynowej (kompresjoterapii),

interwencji chirurgicznej oraz kontynuacji elementów terapii wspomagającej (kinezyterapia, fizykoterapia), także regularnej edukacji i badań kontrolnych.

Cel pracy: Ocena wpływu wdrożonego programu edukacyjnego oraz kompresjoterapii na występowanie owrzodzeń nawrotowych.

Materiał i metody: Materiał badawczy stanowiła dokumentacja medyczna 676 owrzodzeń (591 chorych) leczonych w przedziale 10 lat w Poradni Leczenia Owrzodzeń Żyłnych Goleni w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszczy. Kryteria włączenia spełniła grupa 351 owrzodzeń (301 chorych). Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera UMK w Bydgoszczy.

Wyniki: W okresie 10 lat wystąpiło 45 nawrotów owrzodzeń (12,82%), dotyczyło to grupy 35 chorych. U wszystkich chorych w trakcie terapii stosowano kompresjoterapię dwu- lub czterowarstwową, 40 mm Hg, a po wygojeniu owrzodzenia – profilaktykę trzeciorzędową. Samoocena wiedzy i umiejętności chorych po pierwszym miesiącu terapii różniła się od oceny pielęgniarek. Ponad 30% chorych z owrzodzeniem nawrotowym i niecałe 20% bez nawrotu owrzodzenia bardzo wysoko oceniło swoją wiedzę i umiejętności w zakresie stosowania kompresjoterapii. W ocenie pielęgniarek w grupie z nawrotem blisko 9%, a w grupie bez nawrotu owrzodzenia 0,3% osób nieprawidłowo stosowało kompresjoterapię ($p < 0,000$). W analizie wieloczynnikowej były to 2 niezależne czynniki ryzyka wystąpienia nawrotu owrzodzenia (OR = 5,34, 95% CI: 2,00–14,29, $p < 0,001$ vs OR = 15,07, 95% CI: 1,75–129-50, $p < 0,013$).

Wnioski: Wdrożony program edukacyjny i stosowanie profilaktyki trzeciorzędowej po wygojeniu owrzodzenia miały znaczący wpływ na ograniczenie liczby występowania owrzodzeń nawrotowych.

Słowa kluczowe: kompresjoterapia, profilaktyka trzeciorzędowa, edukacja.

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW PO WYBRANYCH PROCEDURACH BARIATRYCZNYCH Z ZASTOSOWANIEM SKALI BAROS

Regina Sierżantowicz¹, Justyna Tworkowska²,
Bożena Kirpsza¹, Lech Trochimowicz^{1,3}, Robert Jerzy Ładny³

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Blok Operacyjny, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

³Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Wstęp: Występowanie otyłości (wskaźnik masy ciała – BMI > 30) dotyczy 40% populacji europejskiej, w tym 1%, czyli 300 tys. – Polaków. Decyzję o chirurgicznym leczeniu otyłości wyznaczają korzyści zdrowotne, które po-

prawiają jakość życia. Do oceny wyników operacji bariatrycznych wykorzystuje się stopień utraty masy ciała oraz poprawę dolegliwości związanych z otyłością olbrzymią.

Cel pracy: Ocena jakości życia (*quality of life* – QOL) pacjentów po wybranych zabiegach bariatrycznych za pomocą skali BAROS.

Materiał i metody: Materiał zebrano za pomocą standaryzowanej ankiety oceniającej jakość życia chorych otyłych BAROS. Badania przeprowadzono wśród 75 pacjentów, u których na przełomie 2011 i 2012 r. wykonano zabiegi bariatryczne [u 27 chorych założono regulowaną opaskę na żołądek (LAGB), u 39 – wykonano rękawowe wycięcie żołądka (SG), u 9 chorych – omińnięcie jelitowo-jelitowe typu Roux-en-Y (RYGB)]. Oceny jakości życia dokonano po około roku od wykonania zabiegu, podczas wizyty kontrolnej.

Wyniki: W badaniu wzięto udział 40 kobiet i 35 mężczyzn, średnio w wieku 30–40 lat. Zdecydowana większość chorych (71%) osiągnęła III stopień otyłości olbrzymiej (BMI > 40). Po operacji prawie połowa chorych (48%) zredukowała masę ciała do 25–49%. Oceny jakości życia pacjenci dokonali poprzez pozytywną zmianę samopoczucia, aktywność fizyczną, społeczną i seksualną oraz zdolność do pracy. Grupa 95% chorych stwierdziła pozytywne zmiany w samopoczuciu. Ponad 80% pacjentów dostrzegło pozytywną zmianę polegającą na większej aktywności fizycznej. U blisko połowy (49%) chorych odnotowano lepszą końcową ocenę jakości życia po zabiegu bariatrycznym, a 12% oceniło, że QOL jest gorsza. Stwierdzono, że istnieje umiarkowana korelacja pomiędzy utratą masy ciała a oceną jakości życia ($p = 0,005$).

Wnioski: Badani zgłaszali poprawę QOL, ale nie we wszystkich wymiarach. Stopień utraty masy ciała odegrał największy wpływ na QOL po operacjach bariatrycznych bez względu na ich rodzaj. Skala BAROS stanowi użyteczne narzędzie do oceny chirurgii bariatrycznej.

Słowa kluczowe: QOL, pacjent, zabieg bariatryczny, BAROS.

OCENA CZYNNOŚCIOWA PACJENTÓW PO EMBOLIZACJI TĘTNIĄKÓW WEWNĄTRZCZASZKOWYCH

Robert Ślusarz¹, Barbara Smarszcz², Maciej Śniegocki³

¹Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Klinika Neurochirurgii i Neurotraumatologii, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³Zakład Neurotraumatologii, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Wstęp: O ile dane na temat długoterminowych (np. po roku i w dalszych latach) wyników leczenia tętnia-

ków śródczaszkowych są względnie dobrze udokumentowane w aspekcie klinicznym (porównywalność metod leczenia, śmiertelność, występowanie powikłań), o tyle brakuje danych na temat wczesnych wyników w aspekcie funkcjonalnym (czynnościowym). Wczesny okres po zabiegu (czas do momentu wypisu chorego z oddziału) jest bardzo niebezpieczny dla chorego ze względu na możliwość wystąpienia różnych powikłań, mogących rzutować na jego wydolność funkcjonalną. Dobrze przeprowadzona wczesna ocena funkcjonalna może prognozować wyniki odległe.

Cel pracy: Analiza zastosowania Skali Wydolności Funkcjonalnej (*Functional Capacity Scale* – FCS) w ocenie pacjentów we wczesnym okresie po leczeniu wewnątrzczaszkowym tętniaka śródczaszkowego.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w Klinice Neurochirurgii Szpitala Uniwersyteckiego CM UMK na grupie 118 kolejno przyjmowanych chorych z rozpoznaniem tętniaka wewnątrzczaszkowego, zakwalifikowanych do leczenia metodą wewnątrzczaszkową (embolizacji). W badaniach zastosowano dwukrotną ocenę w czasie. W ocenie klinicznej posłużono się skalą Glasgow (*Glasgow Coma Scale* – GCS) do oceny stopnia przytomności i skalą *Hunt and Hess Scale* (H&H) do oceny stanu chorego. W ocenie wyników końcowych oraz wczesnej wydolności funkcjonalnej posłużono się skalą *Glasgow Outcome Scale* (GOS), skalą *Barthel* (*Barthel Index* – BI), *mRankin Scale* (mRS) oraz zaproponowaną Skalą Wydolności Funkcjonalnej (*Functional Capacity Scale* – FCS).

Wyniki: Ocena przeprowadzona za pomocą FCS była porównywalna z oceną przeprowadzoną za pomocą standaryzowanych narzędzi, takich jak BI, mRS czy GOS. Stan kliniczny oceniony w skali GCS ($p < 0,001$) i H&H ($p < 0,001$) różnicuje stan funkcjonalny oceniony w FCS. Skala Wydolności Funkcjonalnej istotnie statystycznie koreluje z BI ($rS = -0,78; p < 0,001$), GOS ($rS = -0,69; p < 0,001$) oraz mRS ($rS = 0,68; p < 0,001$).

Wnioski: Przeprowadzone badania wskazują, że FCS koreluje ze skalami stosowanymi w ocenie stanu chorego z tętniakiem wewnątrzczaszkowym, co oznacza, że zaproponowane narzędzie może być z powodzeniem stosowane w praktyce. Skalę Wydolności Funkcjonalnej należy jednak poddać wielośrodkowym badaniom z randomizacją, celem doprecyzowania wniosku końcowego.

Słowa kluczowe: tętniak wewnątrzczaszkowy, ocena czynnościowa.

SPRAWOZDANIE Z MIĘDZYNARODOWEGO WIELOŚRODKOWEGO BADANIA OSMOSE

Maria T. Szewczyk¹, Katarzyna Cierznikowska² i wsp.

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

Przeprowadzono badanie, którego głównym celem było oszacowanie częstości występowania i nasilenia zmian skórnych wokół stomii, ewolucji stanu skóry wokół stomii oraz określenie stopnia zadowolenia pacjentów ze stosowania płytek plastycznych ConvaTec. W badaniu uczestniczyło łącznie 67 ośrodków z Polski, Niemczech i Stanów Zjednoczonych. Koordynatorem badań w Polsce była Maria T. Szewczyk. Do badania na terenie Polski zakwalifikowano aż 34 ośrodki. Koordynatorami badań w Niemczech i Stanach Zjednoczonych byli K. Hölzel-Piontek oraz M.V. Cabral. Do końcowej analizy zakwalifikowano 511 pacjentów. Dane zostały zebrane przy użyciu formularza badania/ankiety wypełnianego podczas pierwszej wizyty kwalifikującej do badania oraz w czasie kolejnych wizyt kontrolnych odpowiednio po 8–15 dniach oraz 1 i 2 miesiącach od wizyty kwalifikującej. Oceny stanu skóry wokół stomii dokonano przy użyciu skali pomiarowej narzędzia SACS (*Studio Alterazioni Cutanee Stomiali*), porównując wartości w trakcie kolejnych wizyt kontrolnych. Narzędzie SACS klasyfikuje zmiany skórne w dwóch obszarach: rodzaj zmiany (L) i położenie zmiany (T). Pacjenci dokonywali oceny płytki plastycznej ConvaTec w trakcie 3 kolejnych wizyt kontrolnych, biorąc pod uwagę m.in. takie kryteria, jak: komfort/wygoda, łatwość przygotowania płytki, łatwość zakładania i zdejmowania płytki, niezawodność płytki po założeniu, ogólna ocena płytki. Każde z kryteriów oceniano w skali od bardzo słaby do doskonały. Pacjenci dokonywali również oceny stopnia zadowolenia z płytki plastycznej po 1 i 2 miesiącach od wizyty kwalifikacyjnej, wypełniając ankietę Mirror. Płytki ConvaTec utrzymywały prawidłowy stan skóry wokół stomii oraz przyczyniła się do poprawy stanu skóry wokół stomii. Chorzy stosujący plastyczną płytkę ConvaTec prezentowali wysoki poziom satysfakcji zarówno wśród tych, którzy stosowali płytkę plastyczną od początku, jak i tych, którzy zamienili dotychczas stosowany system na płytkę plastyczną ConvaTec.

Serdecznie dziękujemy wszystkim badaczom z 34 ośrodków w Polsce, którzy aktywnie uczestniczyli w kwalifikacji chorych do badania oraz w prowadzeniu badań.

Słowa kluczowe: badanie Osmose, stomia, zmiany skórne, jakość życia.

WSZYSTKO, CO LUBISZ W OPATRUNKACH PIANKOWYCH ZE SREBREM, I JESZCZE WIĘCEJ...

Małgorzata Budynek

ConvaTec Polska sp. z o.o., Warszawa

Wstęp: Proces leczenia ran stawia wyzwania, które mogą wpłynąć na poprawę komfortu pacjenta i lepsze wyniki terapii: walka z zakażeniem rany, kontrolowanie wysięku i zapobieganie maceracji otaczającej ją skóry, zmniejszenie bólu i dyskomfortu pacjenta, wspieranie leczenia ran z niewielką ilością wydzielin, niwelowanie martwych przestrzeni pomiędzy opatrunkiem a łożyskiem rany (w których mogą namnażać się bakterie). Wybór właściwego opatrunku może wpłynąć na lepsze wyniki terapeutyczne.

Cel pracy: Przedstawienie korzyści płynących z zastosowania nowego, antybakteryjnego opatrunku piankowego w leczeniu ran.

Materiał i metody: Praca ma charakter pogładowy. Zawiera analizę problemów, z jakimi spotykamy się w leczeniu miejscowym ran, wymogów względem opatrunków i przedstawia przypadki leczenia ran przewlekłych z zastosowaniem opatrunku Aquacel® Ag Foam.

Wyniki: W światowym badaniu jako najważniejsze wyzwanie dla opatrunków regulujących poziom wilgotności w ranie specjaliści uznali: walkę z infekcją, zarządzanie wysiękiem, minimalizowanie bólu związanego z raną, ochronę otaczającej ranę skóry. Opatrunki piankowe ze srebrem uznawane są przez wielu profesjonalistów za dobre rozwiązanie takich problemów, mają jednak pewne wady wpływające na efektywność leczenia. Aquacel® Ag Foam to nowy opatrunek regulujący wilgotność rany, łączący zalety technologii Hydrofiber®, działania przeciwbakteryjnego jonowego srebra z wygodą i komfortem pianki. Badania wykazały: szeroką aktywność przeciwbakteryjną opatrunku, idealne dopasowywanie się do dna rany, retencję płynów oraz optymalne zarządzanie wysiękiem. Opatrunek Aquacel® Ag Foam był stosowany w leczeniu miejscowym różnego typu ran przewlekłych, m.in.: odleżyn, owrzodzeń cukrzycowych, owrzodzeń żylnych i niedokrwienych. We wszystkich przypadkach uzyskano istotną poprawę stanu rany i efektywną ochronę skóry wokół niej.

Wnioski: Opatrunek Aquacel® Ag Foam jest godnym polecenia opatrunkiem rozwiązującym wiele istotnych problemów w leczeniu miejscowym ran. Specjaliści i pacjenci podkreślali efektywność terapeutyczną opatrunku, wygodę stosowania i zmniejszenie bólu związanego z raną. Silikonowe obramowanie w opatrunkach przylepnych było dobrze tolerowane przez pacjentów.

Słowa kluczowe: Aquacel® Ag Foam, technologia Hydrofiber, wysięk, infekcja, opatrunki.

SPECYFIKA POSTĘPOWANIA REHABILITACYJNEGO U CHORYCH PO AMPUTACJACH UDOWYCH I PODUDZIOWYCH NA TLE MIAŻDŻYCOWYM

**Anna Spannbauer^{1,2}, Arkadiusz Berwecki^{3,4},
Tomasz Ridan³, Maciej Chwała^{1,4}, Piotr Mika^{5,6}**

¹Zakład Chirurgii Doświadczalnej i Klinicznej,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

²Oddział Chorób Wewnętrznych i Angiologii, Szpital Zakonu
Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie

³Zakład Kinezyterapii, Katedra Fizjoterapii, Akademia
Wychowania Fizycznego w Krakowie

⁴Wojewódzki Oddział Chirurgii Naczyń i Angiologii, Szpital Zakonu
Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie

⁵Katedra Rehabilitacji Klinicznej, Akademia Wychowania
Fizycznego w Krakowie

⁶Instytut Kultury Fizycznej, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa
w Nowym Sączu

Miażdżyca zarostowa tętnic kończyn dolnych (*peripheral arterial disease – PAD*) charakteryzuje się powstawaniem zmian zwężających światło tętnic. W daleko zaawansowanych zmianach niedokrwienych kończyn dolnych jedynym zabiegiem operacyjnym, a często ratującym życie jest amputacja kończyny. Klasyczne amputacje kończyn dolnych wykonywane są na wysokości uda i podudzia w taki sposób, aby kikut mógł w przyszłości zostać zaprotezowany, co ma istotne znaczenie dla poprawy jakości życia chorego po amputacji. Integralną część leczenia chorych amputowanych stanowi rehabilitacja, której celem jest zminimalizowanie upośledzenia ruchowego i uzyskanie maksymalnej możliwej sprawności. Zabieg amputacji na tle miażdżycowym poprzedzony jest zwykle długotrwałym bólem kończyny i zmniejszoną aktywnością ruchową chorego. W okresie okołoperacyjnym umiera ok. 10% pacjentów. Chorych poddanych amputacji poniżej stawu kolanowego trzeba zabezpieczyć przed powstaniem przykurczu zgięciowego w stawie kolanowym i biodrowym, a chorych amputowanych powyżej kolana – na poziomie uda – przed przykurczem zgięciowo-odwiedzeniowym i rotacją zewnętrzną w stawie biodrowym. Specyfika postępowania rehabilitacyjnego w amputacjach naczyniowych jest odmienna aniżeli w przypadku amputacji pourazowych, które dotyczą zazwyczaj osób młodszych, sprawniejszych. Skuteczność rehabilitacji w dużym stopniu zależy od zaangażowania pacjenta. Amputacja zawsze narusza równowagę psychiczną chorego, dlatego bardzo duże znaczenie ma właściwe psychologiczne podejście do osoby, która utraciła kończynę. Rehabilitacja amputowanych pacjentów naczyniowych jest pro-

cesem złożonym, wielokierunkowym i integralnie związanym z opieką pielęgniarską i lekarską.

Słowa kluczowe: PAD, amputacja, rehabilitacja.

SKUTECZNOŚĆ ZABIEGÓW BARIATRYCZNYCH NA PODSTAWIE WYBRANYCH WSKAŹNIKÓW LABORATORYJNYCH

Regina Sierżantowicz¹, Lech Trochimowicz^{1,2},
Jolanta Lewko³, Bożena Kirpsza¹, Robert Jerzy Ładny²

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny
w Białymstoku

²Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, Uniwersytecki
Szpital w Białymstoku

³Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny
w Białymstoku

Wstęp: Otyłość jest wieloczynnikową, postępującą chorobą charakteryzującą się nadmiernym gromadzeniem tkanki tłuszczowej. Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) wskazuje na globalny wzrost liczby pacjentów z otyłością [wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI) > 40], którą stwierdza się u 400 mln osób. Prowadzone badania nie potwierdzają skuteczności leczenia zachowawczego. Wskazują, że w perspektywie długoterminowej najlepsze efekty uzyskuje się w wyniku zabiegów bariatrycznych.

Cel pracy: Przedstawienie wpływu leczenia otyłości za pomocą zabiegów bariatrycznych na BMI, stężenie aminotransferazy alaninowej i asparginowej, bilirubiny, cholesterolu całkowitego i frakcji LDL i HDL oraz trójglicerydów.

Materiał i metody: W badaniach wzięło udział 100 chorych. Oceny BMI oraz procentowego ubytku nadwagi (*percentage of excess weight loss* – %EWL) dokonano przed operacją oraz po 3 i 6 miesiącach od przeprowadzonej operacji. Grupa badana składała się z 29 mężczyzn, średnia wieku 49 ±11,4 roku, i 71 kobiet, średnia wieku 45 ±11,2 roku.

Wyniki: Przedoperacyjny BMI wynosił 47,15 ±5,51, a średnia masa ciała – 132,21 kg. Średnia długość pobytu w szpitalu wynosiła 5,2 ±1,3 dni (najdłuższa po RYGB). Większość (69,07%) pacjentów w badanej grupie została poddana operacji SG, u 11,34% wykonano LAGB, a u 19,59% RYGB. Niezależnie od rodzaju operacji obserwowano systematyczny istotny spadek BMI w kolejnych okresach od operacji ($p < 0,01$).

Wnioski: Analiza badań wykazała istotne zmniejszenie stężenia cholesterolu całkowitego (203,32 ±40,14; 194,94 ±34,22) oraz trójglicerydów (105,67 ±13,44; 81,5 ±13,62) bez względu na rodzaj wyko-

nanego zabiegu bariatrycznego. Nie zanotowano zmian we frakcjach cholesterolu LDL i HDL. Obserwowano redukcję enzymów wątrobowych w przypadku wszystkich rodzajów operacji: ALT (34,11 ±18,78; 23,34 ±11,53), AST (25,87 ±11,45; 21,80 ±8,78). Wykazano pozytywne skutki wykonywanych zabiegów bariatrycznych: LAGB, SG oraz RYGB, w postaci redukcji masy ciała w półrocznej obserwacji. Stwierdzono normalizację parametrów metabolicznych (cholesterol, trójglicerydy, enzymy wątrobowe).

Słowa kluczowe: zabiegi bariatryczne, pacjent, enzymy wątrobowe, cholesterol.

WSKAŹNIK KOSTKA–RAMIĘ (ABI) JAKO RUTYNOWA OCENA PACJENTA PRZED LECZENIEM OPERACYJNYM ŻYŁAKÓW KOŃCZYN DOLNYCH, U KTÓREGO PLANUJEMY ZASTOSOWANIE POOPERACYJNEJ KOMPRESJOTERAPII

Aleksandra Znajewska¹, Jacek Znajewski²,
Agnieszka Owczarczyk-Saczonek¹, Waldemar Placek¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą
Płciową i Immunologii Klinicznej w Olsztynie

²Chirurgia Jednego Dnia, Gabinet Lekarski Jacek Znajewski,
Golub-Dobrzyń

Wstęp: Każdy pacjent powyżej 45. roku życia przed operacją żyłaków ma wykonywane rutynowo oznaczenie wskaźnika kostka–ramię (*ankle-brachial index* – ABI). Do wykonania ABI potrzebny jest aparat do badania ciśnienia tętniczego oraz Doppler fali ciągłej. Pomiaru dokonuje się w pozycji leżącej. Rozpoczyna się od badania ciśnienia skurczowego obustronnie na tętnicach ramiennych, sondę dopplerowską przykłada się w dole łokciowym i poszukuje sygnału tętnienia tętnicy ramiennej. W podobny sposób mierzy się ciśnienie skurczowe na tętnicach stopy (piszczelowej tylnej i grzbietowej), zakładając mankiety tuż nad kostkami. W każdym przypadku do obliczeń używa się ciśnienia skurczowego z tętnicy, w której osiągnięto ono wyższe wartości. W warunkach fizjologicznych wartości prawidłowy ABI powinien mieścić się w zakresie od 0,9 do 1,3.

Cel pracy: Retrospektywna analiza przydatności badania ABI jako skriningowej oceny ukrwienia kończyn dolnych.

Materiał i metody: Badaniem objęto 500 chorych.

Wyniki i wnioski: W 3,2% przypadków stwierdzono bezobjawowe niedokrwienie kończyn dolnych wymagające dalszej diagnostyki. Rutynowe oznaczanie ABI przed kompresjoterapią powinno być zalecane.

Słowa kluczowe: wskaźnik kostka–ramię (ABI), kompresjoterapia, operacja żyłaków.

REHABILITACJA W CHIRURGII NACZYNIOWEJ U CHORYCH Z MIAŻDŻYCOWYM NIEDOKRWIENIEM KOŃCZYN DOLNYCH (MNKD), PODDAWANYCH ZABIEGOM PRZĘŚLOWANIA AORTALNO-DWUUDOWEGO (ABF)

Anna Spannbauer^{1,2}, Arkadiusz Berwecki^{3,4},
Tomasz Ridan³, Maciej Chwała^{1,4}, Piotr Mika^{5,6}

¹Zakład Chirurgii Doświadczalnej i Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

²Oddział Chorób Wewnętrznych i Angiologii, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie

³Zakład Kinezyterapii, Katedra Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

⁴Wojewódzki Oddział Chirurgii Naczyń i Angiologii, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie

⁵Katedra Rehabilitacji Klinicznej, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

⁶Instytut Kultury Fizycznej, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu

Miażdżycowe niedokrwienie kończyn dolnych (MNKD) jest najczęstszą postacią miażdżycy, która zwęża i zamyka główne naczynia zaopatrujące kończyny dolne w krew. Pacjentów z bardzo krótkim dystansem chromania, bólami spoczynkowymi i zmianami martwiczymi w obrębie kończyny (IIb, III i IV stopień w klasyfikacji Fontaine'a), u których zwężenia i niedrożności tętnic obejmują obwodowy odcinek aorty oraz tętnice biodrowe wspólne i zewnętrzne (zespół Leriche'a), często poddaje się zabiegowi chirurgicznego wykonania omijających pomostów aortalno-dwuudowych (*bypass aorto-bifemoralis* – ABF). Planowa, profesjonalnie prowadzona fizjoterapia pozabiegowa trwająca ok. 10 dni zmniejsza ryzyko powikłań zakrzepowych oraz płucnych i zwiększa szanse powrotu pełnej sprawności po rozległej interwencji chirurgicznej. Kinezyterapia obejmuje przede wszystkim: ćwiczenia oddechowe statyczne, dynamiczne, technikę oklepywania i technikę efektywnego kaszlu ze stabilizacją rany pooperacyjnej, jak również ćwiczenia czynne stawów skokowych w celu uruchomienia pompy mięśniowej łydki oraz ćwiczenia czynne kończyn górnych. Rehabilitacja chorych z miażdżycowym niedokrwieniem kończyn dolnych, poddawanych zabiegom ABF jest integralnie związana z opieką pielęgniarską i lekarską.

Słowa kluczowe: miażdżycy, ABF, rehabilitacja.

RANY PRZEWLEKŁE O RÓŻNEJ ETIOLOGII. OPISY PRZYPADKÓW

Paulina Mościcka^{1,2}, Maria T. Szewczyk^{1,2},
Elżbieta Hancke², Arkadiusz Jawień², Marek Jedwabiński³,
Paweł Wierchowski², Aleksander Deptuła^{4,5}

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 w Bydgoszczy, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera, UMK w Toruniu

³Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, Szpital Uniwersytecki nr 1 w Bydgoszczy, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera, UMK w Toruniu

⁴Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

⁵Katedra i Zakład Mikrobiologii, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Obowiązujące wytyczne i zalecenia postępowania z raną przewlekłą stanowią bezcenny drogowskaz dla osób sprawujących opiekę nad chorym z raną. Rana przewlekła, jej złożony przebieg procesu gojenia, nie zawsze typowy obraz kliniczny (nietypowy kształt, nietyпова lokalizacja), nawet od najbardziej doświadczonej osoby wymaga wiele pokory i podejmowania działań zgodnych z obowiązującymi zaleceniami. Dlatego zgodnie z rekomendacjami przed wdrożeniem postępowania miejscowego należy przeprowadzić wnikliwą diagnostykę, która stanowi podstawę leczenia przyczynowego, a kolejnym krokiem jest zastosowanie odpowiedniego postępowania miejscowego wg strategii T.I.M.E. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego (PTPA), Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran (PTLR) i *European Wound Management Association* (EWMA) dokładnie określają postępowanie w zależności np. od fazy procesu gojenia, stopnia zakażenia, ilości wysięku, uzasadniają potrzebę stosowania antyseptyków oraz innych środków do pielęgnacji skóry. Praca zawiera opisy zintegrowanego leczenia trudnych skomplikowanych przypadków klinicznych.

Słowa kluczowe: rany przewlekłe, interdyscyplinarność.

OWRZODZENIE STOPY CUKRZYCOWEJ NEUROPATYCZNEJ – PROFILAKTYKA I LECZENIE AMBULATORYJNE

Przemysław Lipiński

MEDIAB Centrum Diabetologii, Poradnia Chirurgiczna, Łódź
ARGO Centrum Medyczne, Pracownia Leczenia Ran, Łódź

Wstęp: Jednym z najczęstszych powikłań cukrzycy jest obwodowa neuropatia – czuciowa, ruchowa i autonomiczna. Bez właściwej profilaktyki prowadzi ona do powstania owrzodzeń stóp, które w razie braku leczenia grożą utratą kończyny. Powikłaniu temu można skutecznie zapobiegać, jak również można je skutecznie leczyć w warunkach ambulatoryjnych.

Cel pracy: Przedstawienie aktualnej wiedzy oraz doświadczeń własnych w zakresie zapobiegania i leczenia owrzodzeń stóp w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej.

Materiał i metody: Praca ma charakter pogładowy. Jest analizą obowiązujących standardów dotyczących leczenia zespołu stopy cukrzycowej oraz prezentacją doświadczeń autora w tym zakresie.

Wyniki: Podstawą do osiągnięcia sukcesu jest edukacja i współpraca pacjenta, prawidłowy nadzór ze strony personelu medycznego, leczenie choroby podstawowej, odpowiedni dobór środków profilaktycznych oraz leczenie miejscowe rany zgodne z tzw. strategią T.I.M.E. Znaczenie pomocnicze mają tu właściwie dobrane opatrunki specjalistyczne. Stosowanie opatrunków wykonanych w technologii Hydrofiber®, zwłaszcza tych, które zawierają jony srebra, pozwala rozwiązać wiele problemów w miejscowym leczeniu owrzodzeń cukrzycowych. Tego rodzaju wielokierunkowe postępowanie daje możliwość zagojenia owrzodzenia w warunkach ambulatoryjnych, przywrócenia choremu sprawności i dobrostanu oraz obniżenia kosztów ponoszonych indywidualnie przez pacjenta oraz przez społeczeństwo.

Słowa kluczowe: neuropatia, stopa cukrzycowa, opatrunki, owrzodzenie.

CZY DOPPLER FALI CIĄGŁEJ (DFC) MOŻE BYĆ PRZYDATNY WE WSTĘPNEJ OCENIE OWRZODZEŃ ŻYLNICH GOLENI?

Aleksandra Znajewska-Pander¹, Jacek Znajewski²,
Agnieszka Owczarczyk-Saczonek¹, Mariola Ejdyś¹,
Waldemar Placek¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

²Chirurgia Jednego Dnia, Gabinet Lekarski Jacek Znajewski, Golub-Dobrzyń

Wstęp: Owrzodzenie żyłne goleni to ubytek pełnej grubości skóry, który nie ma tendencji do samoistnego gojenia i jest podtrzymywany przez istniejące zaburzenia w odpływie żylnym. Za tzw. badanie przesiewowe naczyniowego przepływu krwi, zwłaszcza obwodowego, uznaje się badanie metodą fali ciągłej, tzw. ślepy doppler. Wykonuje się je za pomocą małego, przenośnego aparatu. Pozwala ono na stwierdzenie drożności głównych naczyń, zmierzenie ciśnienia w tętnicach, zwłaszcza kończyn (górnych, dolnych), i wyliczenia wskaźnika kostka–ramię (*ankle-brachial index* – ABI). Dzięki temu badaniu można wykryć patologiczny refluks w żyłę odpiszczelowej, zbadać wydolność ujęć żylnych, a nawet wydolność żył przed zabiegiem operacyjnym. W pracy oceniono pacjentów zgłaszających się pierwszorazowo do lekarza z owrzodzeniami goleni.

Cel pracy: Ocena przydatności badania dopplerem fali ciągłej w diagnostyce ukrwienia kończyn dolnych (ABI, ocena refluksu żylnego).

Materiał i metody: Do badania włączono 39 pacjentów, którzy zgłosili się po raz pierwszy z owrzodzeniem goleni. Każdy pacjent miał wykonane USG Color Doppler, ABI z oceną refluksu żylnego dopplerem fali ciągłej.

Wyniki i wnioski: Na podstawie przeprowadzonych badań potwierdzono przydatność dopplera fali ciągłej do wstępnej oceny pacjentów z owrzodzeniem żylnym. Doppler fali ciągłej pozwala w nieskomplikowany sposób różnicować przyczynę powstania owrzodzenia goleni.

Słowa kluczowe: owrzodzenie, doppler fali ciągłej, wskaźnik kostka–ramię (ABI).

RANA PRZEWLEKŁA POCHODZENIA JATROGENNEGO – ZDARZENIE NIEPOŻĄDANE CZY BŁĄD LEKARSKO-PIELĘGNIARSKI

Mariola Sznapka, Grzegorz Biolik, Jacek Kostecki, Damian Ziaja

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca

Wstęp: Rana przewlekła jest najczęściej postrzegana jako owrzodzenie żyłne, rzadziej niedokrwienne. Liczne doniesienia dotyczą problematyki odleżyn, które winny być traktowane jako powikłanie pielęgnacji chorego na oddziale intensywnej terapii (OIT), oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM) lub innym. Problematyka rany przewlekłej pochodzenia jatrogennego rzadko jest tematem doniesień zarówno zjazdowych, jak i literaturowych.

Cel pracy: Analiza chorych z przewlekłą raną pochodzenia jatrogennego.

Materiał i metody: Analizie poddano 16 chorych leczonych z powodu uformowania się rany przewlekłej w obrębie kończyn dolnych. U wszystkich chorych w trakcie leczenia rany przewlekłej obserwowano zaburzenia ukrwienia, szczególnie w zakresie podudzia. Autorzy zwracają uwagę na konieczność starannego badania tętna na obwodzie kończyn, a w przypadku jego zaburzeń – dalsze pogłębienie jego diagnostyki u wszystkich chorych, u których planowane są jakiegokolwiek zabiegi operacyjne w obrębie kończyn dolnych.

Wyniki i wnioski: U 5 chorych konieczna była amputacja kończyny dolnej (u 2 podudziowa, u 2 udowa, u 1 amputacja przodostopia). Ośmiu pacjentów pozostaje w obserwacji ambulatoryjnej. Losy 3 chorych nie są znane.

Słowa kluczowe: rana przewlekła, uraz jatrogeny, niedokrwienie kończyn.

Celem pracy jest omówienie przypadków klinicznych chorych po rewaskularyzacji, kontynuujących leczenie w Poradni Stopy Cukrzycowej.

Problemy pielęgnacyjne rany i skóry stopy zostaną przedstawione m.in. na przykładzie pacjentki po amputacji prawego przedstopia i udrożnieniu tętnic lewej kończyny dolnej. Wdrażany stopniowo program pielęgnacji i edukacji obejmował:

- pielęgnację rany – stosowanie specjalistycznych opatrunków,
- kąpiel całego ciała i mycie chorej kończyny,
- osuszanie skóry,
- stosowanie separatorów przy odparzeniach i deformacjach stóp,
- omówienie roli kosmetyków (wraz z analizą ich składników) niezbędnych w procesie pielęgnacji skóry stopy suchej, wrażliwej, popękanej, niekiedy pokrytej modzelem,
- zalecenia po wygojeniu rany.

W Polsce w stosunku do potrzeb nadal jest zbyt mało ośrodków i poradni specjalizujących się w leczeniu ran, w tym również dla chorych z zespołem stopy cukrzycowej (ZSC). Chorzy trafiają do poradni zbyt późno z bardzo dużymi ranami, wówczas ich leczenie jest długie i skomplikowane. Wymagana jest także bardzo specjalistyczna wiedza naukowa zarówno pielęgnarska, jak i lekarska i interdyscyplinarna poparta dużym doświadczeniem z uwagi na bardzo trudny, długi i złożony proces pielęgnacyjno-leczniczy.

Słowa kluczowe: chory z ZSC, pielęgniarzka specjalistka, zespół interdyscyplinarny.

ZASTOSOWANIE OPATRUNKU AQUACEL FOAM W LECZENIU OWRZODZEŃ ŻYLNICH GOLENI – OBSERWACJE WŁASNE

Tomasz Grzela

Centrum Biostruktury, Warszawski Uniwersytet Medyczny
NASMED – Klinika Flebologii, Warszawa

Wstęp: Leczenie przewlekłych owrzodzeń żylnych goleni, obok leczenia przyczynowego w postaci redukcji nadciśnienia żylnego za pomocą kompresjoterapii, wymaga właściwego leczenia miejscowego. Zgodnie z koncepcją T.I.M.E., poza odpowiednim postępowaniem podczas zmian opatrunków, konieczne jest również umiejętne dobranie takiego opatrunku, który zapewni optymalne warunki gojenia, w tym skuteczną kontrolę wysięku. Dlatego efektywność leczenia zależy również od doświadczenia zespołu leczącego w postępowaniu się obecnymi na rynku nowoczesnymi opatrunkami. Aktualnie dostępne są zaawansowane technologicznie produkty łączące w sobie właściwości różnych opatrunków. Jednym z takich produktów jest opatrunek Aquacel Foam.

PIELĘGNACJA RANY I KOŃCZYNY W STOPIE NIEDOKRWIENNEJ

Maria Jarmuszcak

Poradnia Zespołu Stopy Cukrzycowej w Poznaniu

Pielęgnacja stopy cukrzycowej po rewaskularyzacji wymaga szczególnego postępowania. Nawet niewielka rana stopy zlokalizowana na pięcie lub w części dystalnej po rewaskularyzacji może goić się do kilku miesięcy. Istotną rolę odgrywa również edukacja pacjenta i jego rodziny.

Cel pracy: Ocena skuteczności i komfortu leczenia owrzodzeń żylnych goleni przy użyciu opatrunku Aquacel Foam.

Materiał i metody: Pacjenci z przewlekłym owrzodzeniem żylnym goleni ($n = 9$, średnia wieku $63,8 \pm 5,2$), bez cech zakażenia, z wysiękiem dużym i średnim; wskaźnik ABPI $> 0,8$; okres obserwacji 4 tygodnie. Oceniano powierzchnię ran, częstość zmian, ból oraz dyskomfort podczas noszenia opatrunku i w czasie jego zmiany.

Wyniki: Ocenie poddano 9 przewlekłych owrzodzeń żylnych goleni (najmniejsze – 8 cm^2 , największe – 190 cm^2 , średnia: $59,6 \text{ cm}^2$), wymagających zmian opatrunku od 1 do 3 razy w tygodniu, średnio 1,7 zmian tygodniowo. We wszystkich ocenianych ranach po 4 tygodniach leczenia uzyskano redukcję powierzchni – od 21,1 do 93,7% (średnio 61,9%). U 8 z 9 pacjentów dyskomfort podczas noszenia i dolegliwości bólowe podczas zmiany opatrunku wyraźnie się zmniejszyły lub ustąpiły całkowicie. U jednego z pacjentów przez cały okres obserwacji utrzymywał się umiarkowany dyskomfort, wynikający z dużej powierzchni rany i bardzo obfitego wysięku. U żadnego z pacjentów nie odnotowano istotnych problemów dotyczących skóry wokół rany.

Wnioski: Opatrunek Aquacel Foam jest bardzo dobrze tolerowany przez pacjentów. Podczas zmiany opatrunku pacjent nie odczuwa istotnych dolegliwości bólowych ani dyskomfortu. Ze względu na swoją strukturę, opatrunek umożliwia łatwiejszą kontrolę wysięku, z jednej strony zapewniając optymalne warunki gojenia, z drugiej zmniejszając ryzyko podrażnienia skóry wokół rany.

Słowa kluczowe: owrzodzenie żylnych goleni, wysięk, gojenie ran.

Cel pracy: Ocena ryzyka rozwoju odleżyn pacjentów domu pomocy społecznej (DPS) oraz wskazanie istotnych elementów w zapobieganiu odleżynom, pomocnych w organizowaniu pracy pielęgniarek.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 69 pacjentów w wieku 36–91 lat z zaburzeniami psychicznymi i innymi towarzyszącymi chorobami somatycznymi, takimi jak: cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, zylaki kończyn dolnych, łuszczyca, otyłość, choroby związane z nietrzymaniem moczu i stolca. Dokonano analizy dokumentacji medycznej oraz przeprowadzono obserwację bezpośrednią i pośrednią w ocenie ryzyka wystąpienia odleżyn za pomocą skali Norton. W ocenie uwzględniono 5 czynników ryzyka rozwoju odleżyn: ogólną kondycję fizyczną, stan psychiczny, aktywność, mobilność, nieotrzymanie moczu i stolca. Ryzyko rozwoju odleżyn zgodnie z założeniami skali Norton stwierdzono u pacjentów, którzy otrzymali w skali 14 lub mniej punktów. Badania zostały przeprowadzone w 2012 r. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem współczynnika korelacji Spearmana.

Wyniki: W wyniku przeprowadzonych badań u 31% pacjentek stwierdzono wysokie ryzyko wystąpienia odleżyn, natomiast u 7% badanych – odleżyny. Niezależnie od wartości oceny poszczególnych komponentów stanu ogólnego skali Norton, wiek pacjentów stanowił niezależny czynnik ryzyka wystąpienia odleżyn. Głównymi czynnikami predysponującymi do wystąpienia odleżyn u mieszkanek DPS były przede wszystkim czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej oraz stopień samodzielności przy czynnościach samoobsługowych.

Wnioski: Potwierdzono wysoką przydatność skali Norton w ocenie ryzyka wystąpienia odleżyn u pacjentek DPS. Skala Norton w wielu przypadkach nie pomaga w doborze skutecznych środków w profilaktyce odleżyn, jednak może być pomocna w wyborze kierunku postępowania.

Słowa kluczowe: odleżyny, pacjent, skala Norton.

ANALIZA RYZYKA WYSTĄPIENIA ODLEŻYN WŚRÓD PACJENTÓW DOMU OPIEKI

Bożena Kirpsza¹, Joanna Łuczaj², Regina Sierżantowicz¹,
Lech Trochimowicz¹, Jerzy Robert Ładny³

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Dom Pomocy Społecznej w Choroszczu

³Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp: Odleżyny należą do trudno gojących się ran przewlekłych, spowodowanych zaburzeniami ukrwienia na skutek ucisku. Mogą być przyczyną ciężkich powikłań ogólnoustrojowych. W znacznym stopniu wpływały na jakość życia pacjentów, zwiększały zapotrzebowanie na opiekę medyczną oraz generowały koszty leczenia.

OCENA RYZYKA ROZWOJU ODLEŻYN NA PODSTAWIE WYBRANYCH CZYNNIKÓW RYZYKA I SKALI D. NORTON

Aleksandra Popow^{1,2}, Maria T. Szewczyk^{1,3},
Katarzyna Cierzniaowska^{1,4}, Elżbieta Kozłowska^{1,4}

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

³Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

⁴Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

Wstęp: Odleżyny powstają na skutek oddziaływania wielu czynników, niekiedy występujących równocześnie. Zadaniem pielęgniarki jest identyfikacja tych czynników i wdrożenie indywidualnie dobranych działań zapobiegawczych dostosowanych do sytuacji klinicznej chorego.

Cel pracy: Określenie czynników wpływających na rozwój odleżyn u chorych hospitalizowanych.

Materiał i metody: Badaniem objęto chorych z odleżynami ($n = 129$) i chorych bez odleżyn ($n = 638$), w przypadku których długość hospitalizacji wyniosła co najmniej 5 dni. Badanie prospektywne. Do gromadzenia danych służył formularz zawierający dane demograficzne i niezbędne dane bieżące dotyczące hospitalizacji.

Wyniki i wnioski: Grupę badaną stanowiło 129 chorych z odleżynami, w tym 59 kobiet i 70 mężczyzn. Wiek badanych: 21–97 lat (średnio $70,57 \pm 13,87$). Grupę kontrolną stanowiło 638 chorych z ryzykiem rozwoju odleżyn, w tym 276 kobiet i 362 mężczyzn. Wiek grupy kontrolnej: 18–99 lat (średnio $63,24 \pm 15,75$). Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że występujące w grupie badanej schorzenia współistniejące: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) i astma, w znamieny sposób wpływały na występowanie odleżyn ($p < 0,05$). Grupa chorych z odleżynami cechowała się istotnie niższą punkcją stanu fizycznego, stanu umysłowego, mobilności i nietrzymania w skali Norton oraz istotnie niższą łączną punkcją w skali Norton ($p < 0,05$). U chorych z odleżynami stwierdzono istotnie niższe stężenie białka w trakcie hospitalizacji, istotnie niższe stężenie hemoglobiny w momencie przyjęcia i w trakcie hospitalizacji ($p < 0,05$). Dynamika zmian sumarycznej wartości skali Norton oraz jej poszczególnych podskali na początku hospitalizacji oraz przy wypisie ulegała korzystnej poprawie ($p < 0,05$).

Wnioski:

Przewlekłe choroby współistniejące w znamieny sposób przyczyniały się do rozwoju odleżyn.

Wyższe wartości dla skali Norton oraz dla jej poszczególnych parametrów stanowią czynnik ochrony przed występowaniem odleżyn.

Wyższe stężenia białka i hemoglobiny mają znaczenie ochronne przed wystąpieniem odleżyn.

W grupie osób bez odleżyn w trakcie hospitalizacji odnotowano statystycznie znamieną poprawę łącznej punkcji skali Norton oraz jej poszczególnych podskali.

Słowa kluczowe: odleżyna, czynniki ryzyka, skala Norton, profilaktyka.

OCENA SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ KOŃCZYNY GÓRNEJ U KOBIET Z WTÓRNYM OBRZĘKIEM LIMFATYCZNYM PO ZABIEGU MASTEKTOMII

Tomasz Ridan¹, Judyta Janik², Marek Żak²

¹Zakład Kinezyterapii, Katedra Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

²Zakład Rehabilitacji w Reumatologii i Geriatrii, Katedra Rehabilitacji Klinicznej, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

Wstęp: Ograniczenia ruchomości stawów oraz osłabienie siły mięśniowej kończyny górnej po stronie operowanej, z towarzyszącymi obrzękami limfatycznymi, występują bardzo często i prowadzą do powstania problemów funkcjonalnych.

Cel pracy: Ocena sprawności funkcjonalnej kończyny górnej u kobiet po mastektomii w zależności od zmian wielkości obrzęku limfatycznego.

Materiał i metody: Badaniem objęto grupę 70 kobiet po zabiegu jednostronnej mastektomii, ze średnim okresem od wykonania zabiegu wynoszącym 4,95 roku. Podstawowym kryterium kwalifikacji pacjentek do badań była obecność obrzęku limfatycznego kończyny górnej oraz okres po operacji nie dłuższy niż 10 lat. Badane podzielono na dwie, 35-osobowe grupy: w grupie I – leczenie obejmowało bandażowanie i kinezyterapię, w grupie II – bandażowanie, kinezyterapię oraz manualny drenaż limfatyczny (MDL).

Wyniki: Prawidłowe zakresy ruchomości w stawie barkowym przed rozpoczęciem leczenia stwierdzono w grupie I u 3 (8,6%) kobiet dla ruchu zgięcia i 4 (11,4%) dla ruchu odwodzenia, a po zakończeniu leczenia u jednakowej liczby 7 (20,0%) kobiet. W grupie II przed leczeniem prawidłowe zakresy ruchu zginania i odwodzenia odnotowano u 3 (8,6%) kobiet, a po terapii, odpowiednio, u 7 (20,0%) oraz 5 (14,3%) badanych. Największy przyrost ruchomości

odnotowano dla ruchu zgięcia i odwiedzenia u kobiet z obrzękiem umiarkowanym. Poprawę siły mięśniowej po zakończonej terapii stwierdzono we wszystkich przypadkach niezależnie od wielkości obrzęku. W II grupie, z nieznacznym obrzękiem limfatycznym, odnotowano niewielkie zmniejszenie siły. Największy przyrost siły po terapii dotyczył badanych z obrzękiem limfatycznym w stopniu znacznym.

Wnioski: U kobiet z obrzękiem limfatycznym kończyny górnej występują różnego stopnia ograniczenia ruchu odwodzenia oraz zginania, zależne od rozmiaru obrzęku. Większe ograniczenia dotyczą ruchu odwiedzenia. Największa poprawa ruchomości cechuje badane z obrzękiem umiarkowanym, najmniejsza, w odniesieniu do ruchu zginania – z obrzękiem nieznacznym, a ruchu odwiedzenia – z obrzękiem znacznym. Lepsze wyniki poprawy sprawności funkcjonalnej kończyny górnej uzyskano w grupie badanych, w której stosowano ćwiczenia lecznicze, kompresjoterapię oraz MDL.

Słowa kluczowe: mastektomia, obrzęk limfatyczny, rehabilitacja, zakres ruchu w stawie, siła mięśni.

CHOROZY ZE STOMIĄ W POLSCE – ANALIZA AKTUALNYCH DANYCH

Dariusz Bazaliński¹, Katarzyna Cierzniańska^{2,3},
Maria Kózka⁴, Maria T. Szewczyk^{1,5}

¹Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny w Brzozowie, Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

²Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszczy

⁴Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Późnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

⁵Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Wstęp: Wskazania do wyłonienia stomii są różnorodne, począwszy od chorób nowotworowych, chorób zapalnych, zmian niedokrwiennych aż po zmiany popromienne i urazy. Stomię wyłania się na stałe w sytuacji nieodwracalnego zniszczenia aparatu wydalniczego lub czasowo do chwili ustąpienia choroby. W zależności od miejsca wyłonienia wyróżnia się: ileostomię (połączenie z jelitem krętym), kolostomię (połączenie z okrężnicą), urostomię (połączenie z układem moczowym).

Cel pracy: Poznanie liczby osób z wytworzoną stomią jelitową i moczową w Polsce.

Materiał i metody: Analiza danych uzyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia w 2012 r. na podstawie złożonych wniosków o refundację sprzętu do zaparczenia stomii jelitowych i moczowych.

Wyniki i wnioski: Z danych z 2012 r. wynika, że w Polsce z refundacji sprzętu stomijnego korzysta 47 981 osób ze stomią, w tym niemal 72% stanowią chorzy z kolostomią, 15% z urostomią, a 13% z ileostomią. Ogólna liczba osób ze stomią stanowi nieco ponad 12% populacji Polski i obserwując dane z ostatnich lat, stale wzrasta. W odniesieniu do liczby mieszkańców, najwyższy odsetek osób ze stomią zamieszkuje w województwie wielkopolskim, a najniższy w małopolskim.

Słowa kluczowe: kolostomia, ileostomia, urostomia, częstość występowania.

STOMIA JELITOWA – PROCEDURA NADAL WYKONYWANA U CHORYCH Z RAKIEM JELITA GRUBEGO

Zbigniew Banaszek¹, Krzysztof Tojek¹,
Paweł Jarmocik¹, Arkadiusz Jawień²

¹Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Wstęp: Kolostomia w leczeniu raka jelita grubego (RJG) znana jest od końca XVIII w. Znaczny postęp w wykrywaniu i leczeniu tej choroby nie wyeliminował konieczności wykonywania tej procedury.

Cel pracy: Przedstawienie 20-letniej obserwacji (lata 1994–2013) leczenia chorych z RJG.

Materiał i metody: W jednym ośrodku wykonano stomię u 443 chorych w czasie pierwszej interwencji chirurgicznej. W drugim dziesięcioleciu obserwacji (lata 2004–2013) u chorych z RJG stwierdzono znamienne zmniejszenie odsetka wyłanianych stomii jelitowych (35,45% vs 29,62%, $p = 0,02$). W analizowanej grupie 1378 chorych z RJG u 39% guz był zlokalizowany w odbytnicy i u tych chorych częściej wyłaniano stomię w porównaniu z chorymi z guzem okrężnicy (56,22% vs 16,69%, $p < 0,05$). Stomię częściej wyłaniano u chorych z dużym stopniem zaawansowania RJG (60,46% vs 39,54%, $p < 0,05$). Zabiegi w trybie pilnym wykonano u 17% chorych i u tych chorych stomię wyłaniano znamienne częściej (63,91% vs 25,78%, $p < 0,05$). Stomię definitywną wyłoniono u 259 (58,47%) chorych, znamienne częściej u chorych operowanych w pierwszym dziesięcioleciu obserwacji (56,76% vs 43,24%, $p < 0,05$) mimo braku istotnych różnic stopniem zaawansowania klinicznego RJG. Zabiegi nieresekcyjne i nieradykalne

związane były znamienne częściej z koniecznością wytaniania stomii (67,70% vs 32,40%, $p < 0,05$, i 52,03% vs 47,97%, $p < 0,05$, odpowiednio).

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, stomia.

PORÓWNANIE GOJENIA SIĘ RANY OPERACYJNEJ ZAOPATRZONEJ SAMOADAPTACYJNYM SZWEM SKÓRNYM ALBO STAPLEREM PO ZABIEGACH JAMY BRZUSZNEJ

Ewa Sztuczka

Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej w Toruniu, Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu

Wstęp: Gojenie się ran jest z natury skomplikowanym i rozłożonym w czasie procesem. Wciąż poszukuje się nowych możliwości optymalizujących tę terapię. Dziś operowany pacjent oczekuje powodzenia procedury chirurgicznej i szybkiego, bezbólowego powrotu do dobrostanu oraz estetycznego wyglądu blizny po operacji. Skłania to personel medyczny do ustawicznego kształcenia i zdobywania nowych umiejętności i zastosowania właściwego materiału szewnego.

Cel pracy: Próba porównania wczesnego okresu gojenia się rany operacyjnej z dostępu przez laparotomię u pacjentów zaopatrywanych samoadaptacyjnym szwem skórny albo staplerem w aspekcie: dolegliwości bólowych, wystąpienia ryzyka powikłań w procesie gojenia, wyglądu blizny pooperacyjnej, korzystniejszego ekonomicznie kosztu zaopatrzenia skóry.

Materiał i metody: Badaniem objęto 120 pacjentów operowanych w trybie planowym i pilnym w okresie od 09.2009 do 12. 2011 r. Chorych kwalifikowano do trzech grup zróżnicowanych pod względem stopnia czystości pola operacyjnego CDC (pacjenci z raną czystą, czysto-skażoną i brudną). Badanie było randomizowane. Dzieściodniową obserwacją procesu gojenia ran prowadzono w oparciu o kartę obserwacji własnej konstrukcji oraz skalę oceny nasilenia bólu (*Visual Analogue Scale* – VAS) i skalę Mustoe – ocena wyglądu blizny.

Wyniki i wnioski: Analiza wyników pozwoliła na stwierdzenie wpływu sposobu zaopatrzenia skórno na przebieg procesu gojenia się ran operacyjnych w aspekcie: obecności powikłań w terapii, nasilenia dolegliwości bólowych, wyglądu blizny pooperacyjnej oraz kosztu zastosowanego materiału szewnego.

Wnioski:

1. W ranach operacyjnych w polu brudnym powinno się stosować szew staplerowy.
2. Rodzaj szwu skórno przy prawidłowo prowadzonej analgezji pooperacyjnej nie ma wpływu na nasilenie dolegliwości bólowych w cięciach pośrodko-

wych. W poprzecznym dostępie operacyjnym skórę lepiej zaopatrywać staplerem.

3. Zaopatrzenie skóry szwem mechanicznym wpływa na kosmetyczny wygląd blizny. Jest ona bardziej estetyczna niż po szyciu monofilamentowym nylonem skórny.
4. Koszt szycia warstwy skóry staplerem jest wyższy niż monofilamentowym szwem skórny. Taka teza wymaga jednak dalszych badań, prowadzonych w większej populacji osób w wysokospecjalistycznych blokach operacyjnych.

Słowa kluczowe: gojenie ran operacyjnych, zaopatrzenie, warstwy skóry.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD CHORYM Z WYTWORZONYM ZBIORNIKIEM JELITOWYM

Elżbieta Kozłowska^{1,2}, Maria T. Szewczyk³,
Katarzyna Cierznikowska^{1,2}, Aleksandra Popow^{1,4}

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

³Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

⁴Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

Wstęp: Jedną z metod leczenia chirurgicznego chorych na wrzodzące zapalenie jelita grubego jest proktokolektomia odtwórcza z wytworzeniem zespolenia zbiornikowo-jelitowego. Obecnie w wielu ośrodkach zbiornik typu „J” wytwarza się za pomocą podwójnego szwu mechanicznego. Dzięki tej metodzie zyskuje się lepszy wynik czynnościowy, a tym samym większości operowanych pacjentów zapewnia się dobrą jakość życia. Część chorych narażona jest jednak na występowanie powikłań wynikających z nowej sytuacji anatomiczno-fizjologicznej. Do najczęściej występujących komplikacji należy zaliczyć: zapalenia zbiornika, zaburzenia wchłaniania, zaburzenia metaboliczne oraz problemy z trzymaniem stolca. Z zapaleniem zbiornika jelitowego współwystępuje również wiele pozajelitowych manifestacji wrzodzącego zapalenia jelita.

Cel pracy: Próba standaryzacji opieki nad chorym z wytworzonym zbiornikiem jelitowym.

Materiał i metody: Na podstawie dostępnego piśmiennictwa i doświadczenia własnego przedstawiono realne i potencjalne problemy pielęgnacyjne występujące w tej grupie chorych, na różnych etapach leczenia.

Wyniki i wnioski: Rolą pielęgniarki jest kompleksowa opieka przed- i pooperacyjna, wsparcie psychiczne oraz szeroko pojęta edukacja w zakresie zmiany nawy-

ków żywieniowych, wczesnego rozpoznawania powikłań związanych z funkcjonowaniem zbiornika jelitowego oraz pielęgnacji ileostomii po pierwszym etapie zabiegu operacyjnego.

Słowa kluczowe: proktokolektomia odtwórcza, zbiornik jelitowy, ileostomia pętlowa, opieka pielęgniarska.

OCENA AKCEPTACJI CHOROBY U CHORYCH NA RAKA JELITA GRUBEGO

Katarzyna Cierzniaowska^{1,2}, Maria T. Szewczyk^{1,3},
Elżbieta Kozłowska^{1,2}, Aleksandra Popow^{1,4}

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

³Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

⁴Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

Wstęp: Ciężka choroba somatyczna, za jaką uważa się chorobę nowotworową, jej konsekwencje i uciążliwa terapia pociągają za sobą drastyczne zmiany w fizycznym, psychicznym i społecznym funkcjonowaniu chorego. Ograniczenie aktywności w środowisku zawodowym i społecznym nie zawsze jest uzasadnione faktycznym stanem fizycznej i psychicznej sprawności chorego. Dlatego też, niezależnie od diagnozy lekarskiej, ważna jest subiektywna ocena stanu zdrowia.

Cel pracy: Ocena stopnia akceptacji choroby u chorych na raka jelita grubego.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 99 chorych na raka jelita grubego (grupa badana) i 100 chorych z rozpoznaniem kamicy pęcherzyka żółciowego (grupa kontrolna). Wszyscy badani wypełniali formularze przed zaplanowanym zabiegiem operacyjnym. Wykorzystano Skalę Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale* – AIS), zawierającą 8 stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Ankietowany ocenia zgodność każdego stwierdzenia z jego obecnym stanem w skali od 1 (zdecydowanie zgadzam się) do 5 (zdecydowanie nie zgadzam się). Suma uzyskanych punktów jest ogólną miarą stopnia akceptacji swojej choroby.

Wyniki: Grupę badaną stanowiło 46 kobiet (46%) i 53 mężczyzn (54%), a grupę kontrolną – 56 kobiet (56%) i 44 mężczyzn (44%). Średnia wieku w obydwu grupach wynosiła, odpowiednio, 64 ±10 lat (min. 38; maks. 80 lat) i 61 ±11 lat (min. 37; maks. 84 lata). Badani z obydwu grup wykazują wysoką akceptację swojej choroby [znacznie powyżej środkowej wartości

punktowej (24 pkt) możliwej do uzyskania w teście AIS]. W grupie chorych z kamicy pęcherzyka żółciowego średni wynik AIS (31,1 ±7,1 pkt) jest wyższy niż w grupie chorych na raka jelita grubego (28,4 ±7,2 pkt). Różnica pomiędzy wartościami średnimi całej skali oraz w odniesieniu do 6 z 8 poszczególnych zagadnień AIS jest istotna statystycznie ($p < 0,05$). Chorzy z grupy kontrolnej lepiej akceptują swój stan i jest im łatwiej przystosować się do zmian narzuconych obecnością schorzenia.

Wnioski: Zdecydowana większość chorych na raka jelita grubego w chwili badania nie odczuwała negatywnego wpływu choroby. W porównaniu z grupą kontrolną przeżywają znamiennie większy dyskomfort w zakresie realizacji ulubionych zajęć i relacji społecznych.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, skala akceptacji choroby.

DASH – OBNIŻANIE CIŚNIENIA TĘTNICZEGO ZA POMOCĄ DIETY

Małgorzata Kalemba-Drożdż

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Wstęp: DASH – z ang. *Dietary Approach to Stop Hypertension* – to zalecenia dietetyczne pozwalające osiągnąć w krótkim czasie niskie ciśnienie krwi.

Cel pracy: Przeprowadzone w *National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health, U.S. Department Of Health And Human Services* badania miały na celu określenie dokładnych wytycznych dietetycznych, które posłużą redukcji ciśnienia tętniczego.

Materiał i metody: Przebadano 459 dorosłych uczestników (proporcje płci 1 : 1) z ciśnieniem tętniczym niższym niż 160 mm Hg i żylnym między 80 a 95 mm Hg. U 27% występowało nadciśnienie. Dietę stosowano przez 11 tygodni. W drugim etapie przebadano 412 osób, dzieląc je na 3 poziomy spożycia sodu (3000, 2300, 1500 mg). W trzecim etapie uczestniczyło 810 osób i wprowadzono 3 poziomy energetyczne (1600, 2600, 3100 kcal) przez 6 miesięcy. DASH nie jest dietą wegetariańską, jednak bazuje na pokarmach roślinnych: warzywach, owocach, strączkach i ziarnach. Stosując ją, wprowadza się zdrowe nawyki żywieniowe i dba o wysoką kulturę spożywania oraz przygotowywania posiłków. Ogranicza się spożycie tłuszczu, czerwonego mięsa, słodczy, słodkich napojów i alkoholu.

Wyniki: Rezultaty postępowania dietetycznego można było zaobserwować bardzo szybko – redukcja wysokiego ciśnienia nastąpiła już po 2 tygodniach stosowania diety. Zalecenia DASH w znacznym stopniu pokrywają się z piramidą Harvardzką opracowaną przez

Waltera Willeta. Ważnym elementem DASH, różnicującym te dwie diety, jest nabiał, którego codzienne spożycie zalecane jest w ilości 3 porcji. Spożycie chudego nabiału sprzyja redukcji nadciśnienia tętniczego, zarówno poprzez wysoką zawartość wapnia, jak i aktywność peptydów mlecznych, które wykazują działanie obniżające ciśnienie.

Wnioski: W dokładnie udokumentowanych i nadzorowanych badaniach potwierdzono skuteczność diety i nawyków żywieniowych w obniżaniu ciśnienia tętniczego porównywalną do efektów terapii farmakologicznej, z jednoczesną poprawą nastroju i ogólnego stanu zdrowia uczestników.

Słowa kluczowe: DASH, nadciśnienie, dieta.

HIGIENA RĄK JAKO PODSTAWOWA METODA ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM SZPITALNYM

Małgorzata Rucińska¹, Anna Rogozińska¹,
Ewa Suszkiewicz¹, Hanna Ziemińska¹,
Aleksander Deptuła^{1,2}, Jacek J. Klawe^{1,3}

¹Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Katedra i Zakład Mikrobiologii, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³Katedra i Zakład Higieny i Epidemiologii, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Największe znaczenie w transmisji zakażeń szpitalnych mają ręce personelu. Najważniejszą, a zarazem najprostszą i najtańszą metodą zapobiegania zakażeniom szpitalnym jest higieniczne mycie i dezynfekcja rąk. W praktyce właściwa higiena rąk nie jest jednak przestrzegana przez personel medyczny w stopniu zadawalającym. Pomimo wielu różnorodnych szkoleń oraz wzmoczonych kontroli prowadzonych przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz jednostki kontrolujące zewnętrzne personel nadal nie opanował perfekcyjnie „sztuki” prawidłowego mycia i dezynfekcji rąk. Zakażenia szpitalne są ogromnym problemem w szpitalach większości krajów i pomimo postępów w metodach kontroli, ich częstość występowania nadal utrzymuje się na poziomie 5–10%. Rozwój medycyny, szczególnie różnych technik chirurgicznych, inwazyjnych metod diagnostycznych i leczniczych, zwiększa ryzyko zakażeń w populacji szpitalnej. Obserwuje się wzrost zakażeń drobnoustrojami, które wcześniej nie były uważane za patogenne oraz powstanie nowych szczepów, będących reakcją na stosowane metody leczenia, np. szczepy odporne na stosowane antybiotyki. Przestrzeganie zaleceń dotyczących dekontaminacji rąk może znacznie zredukować częstość występowania zakażeń. Podejmowanych jest wiele działań zmierzających

do przestrzegania przez personel medyczny procedury higienicznego mycia rąk.

Słowa kluczowe: higiena rąk, dezynfekcja rąk, zakażenia szpitalne.

WYNIKI BADANIA PUNKTOWEGO WYSTĘPOWANIA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH W ZAKRESIE ZAKAŻEŃ MIEJSCA OPEROWANEGO W ROKU 2013

Ewa Chodakowska

Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu

Wstęp: W 2013 r. w naszym szpitalu przeprowadzono punktowe badanie zakażeń szpitalnych.

Cel pracy: W ramach tego badania oceniono m.in. częstość występowania zakażenia miejsca operowanego (ZMO), analizowano antybiotykoterapię i czynniki etiologiczne ZMO.

Materiał i metody: Badanie odbyło się w oparciu o europejski protokół PPS dostarczający wystandaryzowanej metodologii badań. Do badania włączono pacjentów Oddziału Chirurgii przebywających w szpitalu w dniu badania. Udział w PPS dał możliwość porównania wyników uzyskanych w naszym szpitalu z danymi polskimi i europejskimi.

Wyniki i wnioski: Częstość występowania wszystkich zakażeń szpitalnych w naszym szpitalu wyniosła 6,9% vs 5,9% w szpitalach w Polsce i 6,2% w Europie. Zabieg operacyjny od przyjęcia do szpitala przeprowadzono w naszym szpitalu u 29,5% pacjentów, w Polsce u 27,9%, w Europie u 26,7%. Częstość zakażeń związanych z opieką zdrowotną (*healthcare associated infection* – HAI) u pacjentów operowanych wynosiła w naszym szpitalu 19,3%, w Polsce 19,1%, w Europie 19%. Zakażenie miejsca operowanego wystąpiło z częstością 1,5% w naszym szpitalu i stanowiło 20,7% wszystkich HAI, w Polsce – 1,3%, tj. 20,2% wszystkich HAI, w Europie – 1,3%, tj. 20,3% wszystkich HAI. Antybiotykoterapię z powodu zakażenia szpitalnego stosowaliśmy u 5,3% pacjentów, w Polsce u 5,3%, w Europie u 6,2%. Antybiotykoterapię w profilaktyce chirurgicznej stosowaliśmy w naszym szpitalu u 6,4% pacjentów, w Polsce u 5,1%, w Europie u 6,5% pacjentów objętych badaniem. W 50% ZMO w naszym szpitalu zidentyfikowany został czynnik etiologiczny, w Polsce w 57,3%, w Europie w 60,3%. Najczęstszymi czynnikami etiologicznymi ZMO w naszym szpitalu były: gronkowce złociste, *E. coli*, *Klebsiella* spp. i *Pseudomonas aeruginosa*. Wywołały one po 25% ZMO. W 16,7% ZMO nie wykonano badania bakteriologicznego. Najczęstszym czynnikiem etiologicznym ZMO w szpitalach polskich były ziarniaki G(+) – stanowiły one 41,8%, w tym gronkowiec złocisty 16,5%. Badania bakteriologicznego nie wykonano w 1,8% ZMO. W szpitalach europejskich najczęstszymi

czynnikami etiologicznymi ZMO były ziarniaki G(+) – w 45,7%, w tym gronkowiec złocisty w 17,8%, a Z K(-) w 9,6%. W 11% ZMO badania bakteriologicznego nie wykonano.

Słowa kluczowe: zakażenie szpitalne, zakażenie miejsca operowanego.

ZNACZENIE EDUKACJI OKOŁOOPERACYJNEJ W PROFILAKTYCE ZAKAŻENIA MIEJSCA OPEROWANEGO

Justyna Cwajda-Białasik¹, Maria T. Szewczyk^{1,2},
Paulina Mościcka^{1,2}

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum*
w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital
Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, *Collegium
Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Zakażenie miejsca operowanego (ZMO) jest jedną z najczęściej występujących postaci zakażeń szpitalnych. Dotyczy powikłań septycznych, rozwijających się w okresie 30–90 dni od zabiegu operacyjnego, w miejscu nacięcia i w obrębie pola operacyjnego. Profilaktyka ZMO obejmuje m.in. optymalne przygotowanie chorego, stosowanie przez personel zasad aseptyki oraz modyfikację czynników ryzyka związanych z techniką operacyjną. Szczególną rolę w profilaktyce odgrywa edukacja chorego i jego aktywny udział w długoterminowym przygotowaniu przedoperacyjnym. W licznych badaniach wykazano, że zaprzestanie palenia tytoniu, kontrolowana redukcja masy ciała i wyrównanie poziomów glikemii znamienne zmniejszają ryzyko powikłań septycznych po zabiegu operacyjnym. Właściwie ukierunkowana i kompleksowa edukacja chorego i jego rodziny mogą przyczynić się również do poprawy parametrów związanych z rejestracją i nadzorem powypisowym przypadków zakażenia miejsca operowanego, szczególnie w przypadku krótkich okresów hospitalizacji po zabiegu operacyjnym.

Słowa kluczowe: zakażenie szpitalne, zakażenie miejsca operowanego, profilaktyka, edukacja.

PPS – BADANIE PUNKTOWE WYSTĘPOWANIA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH I STOSOWANIA ANTYBIOTYKÓW W EUROPEJSKICH SZPITALACH PEŁNIĄCYCH OSTRY DYŻUR

Małgorzata Rucińska¹, Anna Rogoziecka¹,
Ewa Suszkiewicz¹, Hanna Ziemniarska¹,
Aleksander Deptuła^{1,2}, Jacek J. Kławe^{1,3}

¹Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Szpital Uniwersytecki
nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, *Collegium Medicum*
w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Katedra i Zakład Mikrobiologii, *Collegium Medicum*
w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³Katedra i Zakład Higieny i Epidemiologii, *Collegium Medicum*
w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Wstęp: Pomimo uregulowań prawnych w polskich szpitalach nadal istnieje problem z określeniem częstości występowania i rodzaju zakażeń szpitalnych.

Cel pracy: W związku z przynależnością Polski do Unii Europejskiej jesteśmy zobowiązani do przedstawienia wiarygodnych danych dotyczących zakażeń szpitalnych.

Materiał i metody: Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (*European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC*) stwierdziło, że „europejskie monitorowanie zakażeń szpitalnych HAI wymaga objęcia wszystkich zakażeń poza zakażeniami miejsca operowanego i zakażeniami nabytymi w OIT, aby móc szacować i monitorować częstość występowania zakażeń szpitalnych”. Wymaga to wprowadzenia stałego, rozszerzonego monitorowania obejmującego cały szpital.

Wyniki i wnioski: Program PPS wydaje się spełniać stawiane wymagania.

Słowa kluczowe: PPS, zakażenie szpitalne.

ZAKAŻENIA W CHIRURGII. DZIAŁANIA PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO

Dorota Cacałowska

X Wojskowy Szpital Kliniczny w Bydgoszczy

Wstęp: Zakażenia w chirurgii stanowią istotny problem współczesnej medycyny, a ryzyko ich wystąpienia stale rośnie. Wynika to głównie z postępu, który niesie ze sobą rozwój coraz skuteczniejszych metod diagnostycznych i leczniczych. Zakażenia zaliczamy do zdarzeń niepożądanych. W związku z tym każde zdarzenie wymaga dokładnego sprawdzenia w celu ustalenia, dlaczego doszło do takiej sytuacji i jak można by uniknąć groźnych powikłań, po to, aby w przyszłości uniknąć po-

wstawiania zdarzeń niepożądanych, które poza chorobą u pacjentów stanowią problem medyczny, finansowy i prawny, ale przede wszystkim koszt ludzki. Problem zakażeń poruszał już w drugiej połowie XIX w. Ignacy Filip Semmelweis, położnik, który zlecił lekarzom, studentom i personelowi stosowanie roztworu podchlorynu wapnia do mycia rąk przed wykonywaniem badań i zabiegów. Dzięki tej decyzji zmniejszył liczbę zgonów okołoporodowych matek i niemowląt. Personel pielęgniarski, jako członek zespołu terapeutycznego mający najczęstszy kontakt z chorym, może stanowić źródło, drogę szerzenia zakażeń. Dlatego ważne jest, by na każdym etapie kontaktu z pacjentem przestrzegał zasad aseptyki i antyseptyki.

Cel pracy: Przedstawienie problemu zakażeń występujących w chirurgii oraz sposobu zapobiegania im i rozpowszechniania. Wskazanie znaczenia pracy personelu pielęgniarskiego w zapobieganiu ich powstawaniu.

Materiał i metody: W pracy wykorzystano najnowszą literaturę oraz doświadczenia zdobyte podczas studiów i pracy zawodowej na stanowisku pielęgniarki.

Wnioski: Dążenie do ograniczenia liczby zakażeń, a zarazem zmniejszenia ryzyka ich występowania powinno należeć do podstawowych obowiązków zarówno kierownictwa, jak i każdego pracownika służby zdrowia. Tylko personel posiadający odpowiedni zakres wiedzy z dziedziny epidemiologii szpitalnej jest w stanie przyczynić się do zapobiegania zakażeniom, a co za tym idzie – niwelowania ogromnych kosztów leczenia.

Słowa kluczowe: zakażenia, zapobieganie, aseptyka, antyseptyka.

OCENA WPŁYWU KOMPLEKSOWEJ TERAPII UDRAŻNIAJĄCEJ NA KONSYSTENCJĘ OBRZĘKU PO ZABIEGU JEDNOSTRONNEJ MASTEKTOMII

Tomasz Ridan¹, Arkadiusz Berwecki^{1,2},
Anna Spannauer^{2,3}, Anna Włoch⁴, Anna Opuchlik⁴

¹Zakład Kinezyterapii, Katedra Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

²Wojewódzki Oddział Chirurgii Naczyń i Angiologii, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie

³Zakład Chirurgii Doświadczalnej i Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

⁴Zakład Rehabilitacji, Świętokrzyskie Centrum Onkologiczne w Kielcach

Wstęp: Częstym powikłaniem usunięcia węzłów chłonnych pachowych podczas zabiegu mastektomii jest obrzęk chłonny kończyny górnej po stronie operowanej, rozwijający się początkowo bez objawów

klinicznych i prowadzący do wielu niekorzystnych zmian funkcjonalnych i estetycznych. Leczenie obrzęku chłonnego należy rozpocząć jak najwcześniej, w oparciu o kompleksową terapię drażniącą, obejmującą szereg procedur, w tym manualny drenaż limfatyczny (MDL) połączony z kompresjoterapią,

Cel pracy: Ocena wpływu kompleksowej terapii drażniącej na konsystencję obrzęku limfatycznego u kobiet po zabiegu jednostronnej mastektomii.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na grupie 80 kobiet, w wieku 39–77 lat, poddanych zabiegowi jednostronnej mastektomii metodą Pateya w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach. Spośród kobiet objętych badaniami 28 (35%) poddano chemioterapii, 29 (36%) radioterapii, a 23 (29%) chemioterapii skojarzonej z radioterapią. Postępowanie drażniące obejmowało wykonanie serii zabiegów MDL, kompresjoterapię, kinezyterapię oraz zabiegi hydromasażu. Ocenie poddano konsystencję obrzęku limfatycznego, będącą miarą oceny postępów terapii.

Wyniki: Wyniki badań pozwoliły na pozytywną ocenę zastosowanego leczenia. Uzyskano istotny wynik testu χ^2 dla porównywanych danych ($\chi^2(1) = 49,17$, $p < 0,05$), oznaczający istotną zmianę rozkładu badanych liczebności. Przed serią kompleksowej fizjoterapii większość obrzęków charakteryzowała się konsystencją twardą, a po serii – konsystencją miękką. Przed serią zabiegów u 57 kobiet (71%) stwierdzono obecność twardej konsystencji obrzęku i u 23 (29%) miękkiej, wobec twardej konsystencji obrzęku u 13 badanych (16%) i miękkiej u 67 (84%) po przeprowadzonej terapii.

Wnioski: W wyniku zastosowanego leczenia drażniącego dochodzi do zmiany konsystencji obrzęku z twardej na miękką. Na zmianę konsystencji obrzęku nie mają wpływu wiek pacjentek oraz strona operowanej piersi. Czas, jaki upłynął od zabiegu, oraz infekcja róży nie mają wpływu na zmniejszenie skuteczności prowadzonej terapii.

Słowa kluczowe: mastektomia, obrzęk limfatyczny, kompleksowa terapia drażniąca.

SKUTECZNOŚĆ KOMPRESJOTERAPII W LECZENIU PRZEWLEKŁEJ CHOROBY ŻYLNEJ POWIKŁANEJ OWRZODZENIEM

Mariola Ejdyś, Mariusz Kołodziński,
Aleksandra Znajewska-Pander

Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Wstęp: Owrzodzenia żyłne kończyn dolnych występują u ok. 1% dorosłej populacji. Stanowią istotną przyczynę niesprawności, obniżonej jakości życia i znacznych kosztów opieki medycznej. Zastosowanie

kompresjoterapii może w znacznym stopniu przyczynić się do szybszego leczenia ran przewlekłych i redukcji objawów towarzyszących przewlekłej niewydolności żylniej. Skuteczność kompresjoterapii można ocenić, monitorując zmniejszenie obwodów i objętości kończyn dolnych, a także gojenie i częstość nawrotów owrzodzeń żylnych u pacjentów.

Cel pracy: Ocena skuteczności stosowania kompresjoterapii u chorych z przewlekłą chorobą żylną kończyn dolnych powikłaną owrzodzeniem.

Materiał i metody: Badaniem objęto grupę 40 pacjentów z przewlekłą chorobą żylną, hospitalizowanych w różnych placówkach ochrony zdrowia. Badania prowadzono od października 2013 r. do kwietnia 2014 r. W badaniach wykorzystano kwestionariusz własnej konstrukcji ankiety oraz obserwację pielęgniarską.

Wyniki i wnioski: W grupie chorych, u których zastosowano kompresjoterapię, uzyskano znaczące zmniejszenie obwodów kończyn dolnych, średnio na poziomie 4 cm nad kostką. W najszerszym miejscu tydki obwód zmniejszył się o 4 cm, a na wysokości głowy kości strzałkowej o 3 cm. Zastosowanie kompresjoterapii u chorych z przewlekłą niewydolnością żylną powikłaną owrzodzeniem w sposób istotny przyczynia się do zmniejszenia objętości kończyn dolnych oraz przyspiesza gojenie się ran przewlekłych, co potwierdzają wyniki przeprowadzonych badań.

Słowa kluczowe: kompresjoterapia, przewlekła niewydolność żylna, owrzodzenia żylna.

REHABILITACJA OSÓB Z PRZEWLEKŁĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ ŻYLNĄ

Ewelina Chilińska¹, Bożena Kopcych^{1,2}, Anna Zalewska¹, Katarzyna Kicel¹

¹studia doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²NZOZ „Prymus” w Suwałkach

Z problemem przewlekłej niewydolności żylniej spotykają się specjaliści różnych dziedzin medycyny. Aby leczenie chorych było efektywne, wymaga się zastosowania kompleksowej terapii oraz współpracy zespołu interdyscyplinarnego, w tym lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów. Rehabilitacja, jako metoda wspomagająca leczenie farmakologiczne i operacyjne, zajmuje się profilaktyką w grupie ryzyka niewydolności żylniej, zastosowaniem terapii uciskowej i metod drenażowych, uzupełnieniem leczenia zabiegami z zakresu fizjoterapii, uruchamianiem chorego, stosowaniem ćwiczeń kinezyterapeutycznych oraz prowadzeniem działań edukacyjnych. Zastosowanie kombinacji metod rehabilitacyjnych przyspiesza proces leczenia pacjentów, wpływa pozytywnie na ich nastawienie do choroby,

znacząco zwiększa jakość życia chorych. Fizjoterapia powinna stanowić integralną część postępowania terapeutycznego w owrzodzeniach żyłakowatych podudzi, jednak jej rola bywa bagatelizowana.

Słowa kluczowe: przewlekła niewydolność żylna, rehabilitacja, kompresjoterapia, fizjoterapia.

OWRZODZENIA PODUDZI W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI ŻYLNIEJ W PIELĘGNIARSKIEJ OPIECE DOMOWEJ

Bożena Kopcych^{1,2}, Katarzyna Kicel¹, Emilia Kieźel¹, Ewelina Chilińska¹, Anna Zalewska¹

¹studia doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²NZOZ „Prymus” w Suwałkach

Wstęp: Starzenie się społeczeństwa, spowodowane głównie wydłużeniem życia człowieka, przyczynia się do wzrostu liczby chorych przewlekłe. Owrzodzenia podudzi stanowią problem pielęgnacyjny, społeczny i ekonomiczny nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie, przyczyniają się do pogorszenia jakości życia chorego. System usług medycznych świadczonych w środowisku pacjenta to pielęgniarka rodzinna, która jest nie tylko biernym wykonawcą pisemnych zleceń lekarskich, lecz także osobą podejmującą szereg działań zdrowotnych wobec pacjenta i jego rodziny w środowisku domowym. Zadania pielęgniarek rodzinnych obejmują zakres świadczeń z zakresu profilaktyki chorób, pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych w środowisku domowym chorego. Wzrost liczby pacjentów z owrzodzeniem podudzi i waga problemu nakładają na pielęgniarki rodzinne konieczność ciągłego dokształcania się, doskonalenia swoich umiejętności i podejmowania spójnych działań w ewoluującym procesie pielęgnacji celem stworzenia standardu dotyczącego domowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z owrzodzeniem żylnym podudzi. Przestrzeganie zaleceń, realizacja kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki wpłynie na jakość wykonywanych świadczeń medycznych mających na celu wyleczenie lub zminimalizowanie negatywnych skutków choroby oraz pozwoli pacjentowi poprawić nie tylko komfort życia.

Cel pracy: Przedstawienie elementów wielokierunkowej pielęgniarskiej opieki domowej nad chorym z owrzodzeniem w środowisku domowym. Analiza realizacji zadań pielęgniarki rodzinnej w opiece nad pacjentem z owrzodzeniem podudzi.

Materiał i metody: Analiza dokumentacji – realizacja świadczeń pielęgniarskich w opiece domowej nad pacjentem z owrzodzeniem goleni.

Wyniki i wnioski: Liczba chorych z owrzodzeniem goleni wymagająca kompleksowej opieki pielęgniarskiej w środowisku domowym stale wzrasta. W większości wizyt pielęgniarka wykonywała wyłącznie świadczenia leczniczo-pielęgnacyjne tylko wobec samego chorego. Ocena działań pielęgniarki rodzinnej w opinii pacjentów jest pozytywna. Pielęgniarki mało czasu poświęcają na przygotowanie chorego/rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, pomijają kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niepełnosprawnością.

Słowa kluczowe: domowa opieka pielęgniarska, owrzodzenie, zadania pielęgniarki.

CZY WDROŻENIE INTERDYSCYPLINARNEGO PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO I EDUKACJI OGRANICZY WYSTĘPOWANIE ZESPOŁU STOPY CUKRZYCOWEJ?

**Maria T. Szewczyk^{1,2}, Justyna Cwajda-Białasik¹,
Paulina Mościcka^{1,2}, Katarzyna Cierznikowska^{1,3},
Elżbieta Hancke², Aleksandra Popow^{1,3},
Elżbieta Kozłowska^{1,3}, Arkadiusz Jawień²**

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego,
Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii,
Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy,
Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej,
Kolorektalnej i Onkologicznej, Katedra Chirurgii Naczyniowej
i Angiologii, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Destrukcja tkanek i owrzodzenie w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej (ZSC) najczęściej dotyka chorych, u których doszło do zaniedbań w zakresie szeroko rozumianej profilaktyki. Wyniki leczenia mogą ulec poprawie, a liczba amputacji zmniejszyć się po wprowadzeniu wielokierunkowej, interdyscyplinarnej opieki i edukacji. U chorych z wieloletnią cukrzycą, niespełniającą kryteriów wyrównania należy poznać przyczyny występujących zaniedbań, a także ocenić podstawowe czynniki etiologiczne ZSC – obecność neuropatii i angiopatii.

Celem pracy jest omówienie ogólnych założeń programu profilaktyki i edukacji chorych z cukrzycą, miażdżycą tętnic kończyn dolnych i ryzykiem amputacji. Program obejmuje m.in. ocenę częstości występowania czynników ryzyka ZSC, ocenę zapotrzebowania na pielęgniarską opiekę podiatryczną i edukację. Ponadto ma na celu opracowanie programu edukacji dla chorych zagrożonych ZSC i ocenę jego efektywności.

Słowa kluczowe: zespół stopy cukrzycowej, opieka interdyscyplinarna, badania, profilaktyka, edukacja.