

V OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSTWA ANGIOLOGICZNEGO

Streszczenia

SESJA I. INTERDYSCYPLINARNOŚĆ W CHIRURGII

PRZEWLEKŁE NIEDOKRWIENIE KOŃCZYN DOLNYCH – CZĘSTY I NIEDOCENIANY PROBLEM

CHRONIC LIMB ISCHAEMIA – A COMMON AND UNDERESTIMATED PROBLEM

Łukasz Woda¹, Maria T. Szewczyk^{2,3}, Paulina Mościcka^{2,3},
Elżbieta Hancke³, Arkadiusz Jawień¹

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

²Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Zakład Pielęgniarstwa
Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, *Collegium Medicum*
im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

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

Streszczenie

Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych (*peripheral arterial disease* – PAD) spowodowane jest przez rozwijający się w tętnicach proces miażdżycowy, prowadzący do stopniowego zwężania kanału przepływu krwi w miejscu narastającej blaszki miażdżycowej, gdzie w końcowej fazie może dojść do całkowitej okluzji światła naczyń krwionośnych. Istnieje silna korelacja pomiędzy występowaniem niedokrwienia kończyn a chorobą naczyń mózgowych i wieńcowych, wynosząca 40–60%. Badania wykazały, że niedokrwienie kończyn dolnych związane jest z podobną chorobowością i śmiertelnością oraz porównywalnymi, a często nawet większymi ekonomicznymi kosztami zdrowotnymi, co choroba wieńcowa czy udar niedokrwienno-mózgowy. Jednakże najbardziej charakterystyczny objaw, jakim jest chromanie przestankowe, występuje jedynie u 20–30% chorych, co praktycznie czyni niemożliwym rozpoznanie niedokrwienia kończyn jedynie na podstawie badania klinicznego.

Światowe dane mówią, że PAD dotyczy ponad 200 milionów osób na całym świecie. Z uwagi na wysoką chorobowość związaną z niedokrwieniem kończyn dolnych na całym świecie, obejmującą zarówno kraje wysoko, jak i nisko rozwinięte, wiele towarzystw na-

ukowych sugeruje wykonywanie badań przesiewowych, które adresowane są do konkretnych grup osób wysokiego ryzyka. Niestety, niedokrwienie kończyn dolnych pozostaje nadal zbyt rzadko rozpoznawane, a tym samym także i niewłaściwie leczone. Do chwili obecnej brak jest obiektywnych badań mówiących o chorobowości związanej z PAD na terenie naszego kraju. Z tego powodu pierwsze w Polsce przesiewowe badanie wykrywające niedokrwienie kończyn dolnych, z wykorzystaniem oznaczenia wskaźnika kostka–ramię (*ankle-brachial index* – ABI) zostało wykonane w województwie kujawsko-pomorskim przez zespół z Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy. Grupę badaną zdefiniowano na podstawie zaleceń TASC II (*Trans-Atlantic Inter-Society Consensus II*) oraz wytycznych AHA (*American Heart Association*). Badaniu poddano populację kobiet i mężczyzn z grup ryzyka, czyli osoby w wieku 50–64 lat z dodatkowym wywiadem w kierunku palenia tytoniu i/lub chorujące na cukrzycę, a także wszystkie chętne osoby w wieku 65 lat i więcej. Niedokrwienie kończyn dolnych wykryto u blisko jednej czwartej spośród blisko 800 osób z badanej populacji, co stanowi wynik wysoki, jednakże porównywalny z danymi z piśmiennictwa.

Słowa kluczowe: przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych, badanie przesiewowe, Polska.

Summary

Chronic ischemia of the lower limbs (*peripheral arterial disease* – PAD) is caused by developed atherosclerosis plaques in the arteries, leading to narrowing of flow passage of the blood in a growing plaque, where in the final phase, a total occlusion of blood vessels may occur. There is a strong correlation between the incidence of ischaemia and cerebral or coronary artery vascular disease, ranging from 40 to 60%. Studies have shown that the peripheral arterial disease is associated with similar morbidity and mortality and comparable or often a greater economic health costs as coronary heart disease or ischemic stroke. However, the most characteristic symptom which is an intermittent claudication only occurs in 20-30% of patients, which makes it practically impossible to recognize limb ischemia only on the basis of a medical examination.

World data says that PAD affects more than 200 million people worldwide. Due to a high morbidity associated with the lower limbs ischemia all over the world,

including both high and low developed countries, many scientific societies suggests performing of a vascular screening, addressed to a specific high risk groups of people. Unfortunately, lower limb ischemia is still too rarely recognized, and thus also not properly treated. Up to this date, there are no objective studies concerning the morbidity associated with PAD in our country. For this reason, Poland's first screening test to detect ischemia of the lower limbs, which uses an ABI (ankle-brachial index), has been done in the Kuyavian-Pomeranian Province by the team from the Department of Vascular Surgery and Angiology, University Hospital no. 1 in Bydgoszcz. The study group was defined on the basis of TASC II (Trans-Atlantic Inter-Society Consensus II) and AHA (American Heart Association) recommendations. This study involved a population of men and women at high risk, which were people age 50-64 with a history of smoking and/or suffering from diabetes, as well as all willing persons age 65 years and more. Peripheral arterial disease was found in nearly one quarter of the nearly 800 individuals of the study population, which is a high score, but comparable to the data found in the literature.

Key words: chronic limb ischaemia, screening, Poland.

CZY OSTRE NIEDOKRWIENIE KOŃCZYNY JEST WYZWANIEM DLA FIZJOTERAPEUTY?

IS ACUTE LIMB ISCHEMIA A CHALLENGE FOR A PHYSIOTHERAPIST?

Anna Spannbauer^{1,2}, Anita Kulik³, Arkadiusz Berwecki⁴, Tomasz Ridan⁴

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

²Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie

³Zakład Rehabilitacji, Katedra Nauk Biomedycznych i Nauk o Zdrowiu, Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wielkopolskim

⁴Zakład Kinezyterapii, Katedra Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

Streszczenie

Ostre niedokrwienie to nagłe pogorszenie ukrwienia kończyny lub brak doptywu krwi do kończyny powodujące potencjalne niebezpieczeństwo jej utraty. Przyczyną ostrego niedokrwienia jest zator (*embolia*), do którego może dojść m.in. w następstwie migotania przedsionków, urazu jatrogennego lub komunikacyjnego czy odwodnienia. Objawem dominującym jest silny ból kończyny, a także jej zblednięcie i oziębienie. Najważniejszym objawem jest porażenie kończyny, czyli osłabienie lub brak ruchów czynnych, szczególnie palców, oraz brak tętna na obwodzie. Następstwem

ostrego niedokrwienia po zabiegu rewaskularyzacyjnym embolektomii może być nasilający się stres oksydacyjny prowadzący do niewydolności nerek, zaburzeń rytmu serca, ostrej niewydolności oddechowej, a nawet zgonu, stąd w skrajnych sytuacjach leczeniem z wyboru jest amputacja kończyny. Częstym powikłaniem po embolektomii jest zespół ciasnoty międzypowięziowej. Zabieg odbarczenia (*fasciotomia*) zmniejsza ciśnienie w przedziałach międzypowięziowych. W zależności od stopnia dysfunkcji chorego i ubytku zdolności ruchowej stosuje się szereg działań fizjoterapeutycznych mających na celu przywrócenie sprawności porażonej kończynie lub zminimalizowanie upośledzenia ruchowego chorego po amputacji niedokrwionej kończyny i rehabilitację kikutu. Do uzyskania maksymalnej możliwej sprawności wykorzystuje się m.in.: ćwiczenia bierne redresyjne, oporowe, autoregresyjne, wspomagane, ćwiczenia z oporem, ćwiczenia na cykloergometrze i techniki specjalne, takie jak PNF. Rehabilitacja jest integralnie związana z opieką pielęgniarską i lekarską.

Słowa kluczowe: ostre niedokrwienie kończyny, rehabilitacja, porażenie, amputacja.

Summary

Acute ischemia is a sudden worsening of blood supply to the limb or lack of blood supply to the limb causing potential danger of its loss. The cause of acute ischemia is a blockage (embolism), which may occur as a result of, among others, atrial fibrillation, iatrogenic trauma, communication trauma or dehydration. The predominant symptom is severe limb pain and its pallor and coldness. The main symptom is paralysis of extremity, or weakness or lack of active movement, especially of the fingers, and no pulse on the periphery. The consequence of acute ischemia after revascularization embolectomy may be intensifying oxidative stress leading to renal failure, cardiac arrhythmias, acute respiratory failure and even death, so in extreme situations, amputation is the treatment of choice. A common complication after embolectomy is interfascial compartment syndrome. Decompression treatment (fasciotomy), reduces interfascial pressure ranges. Depending on the patient's dysfunction and loss of mobility a number of physiotherapeutical actions are used. They are aimed at the restoration of the affected limb or minimizing mobility impairments in patient after amputation of ischemic limbs and, if need occurs, stump rehabilitation. To achieve maximum possible efficiency redressive and self-redressive exercises, assisted and with resistance exercises, exercise on the cycle ergometer and special techniques like PNF are used. Rehabilitation is integrally related to nursing and medical care.

Key words: acute limb ischemia, rehabilitation, paralysis, amputation.

SESJA II. RANY PRZEWLEKŁE O ETIOLOGII NACZYNIOWEJ

KLASYFIKACJA WIFL – OPIS DIAGNOZOWANIA I GOJENIA TRZECH PRZYPADKÓW

THE WIFL CLASSIFICATION – THE DESCRIPTION OF DIAGNOSTICS AND HEALING PROCESS OF THREE CASES

Paulina Mościcka^{1,2}, Maria Teresa Szewczyk^{1,2},
Justyna Cwajda-Białasik¹, Arkadiusz Jawień³,
Łukasz Woda³

¹Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³Katedra Chirurgii Naczyniowej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Streszczenie

Miażdżycę tętnic kończyn dolnych i cukrzyca stanowią poważne wyzwanie dla środowiska medycznego i wymagają podejmowania działań zespołowych. Zarówno jedna, jak i druga jednostka chorobowa powoduje nieodwracalne zmiany w naczyniach tętnicznych, w zaawansowanej postaci może być przyczyną powstania owrzodzeń kończyn dolnych, a nawet doprowadzić do amputacji. Współwystępowanie obu tych jednostek chorobowych powoduje wzrost ryzyka wystąpienia powikłań. Zastosowanie systemu klasyfikacji Wifl dla chorych z miażdżycą tętnic i cukrzycą może stanowić pomocne narzędzie we względnej ocenie skuteczności podejmowanych działań ogólnych i miejscowych.

W pracy przedstawiono opisy procesów gojenia trzech ran przewlekłych i każdy z zaprezentowanych przypadków został poddany ocenie wg klasyfikacji Wifl. W trakcie terapii zgodnie z rekomendacjami wdrożono odpowiednie postępowanie ogólne oraz miejscowe i uzyskano efekt w postaci odtworzenia ciągłości skóry.

Słowa kluczowe: rana przewlekła, klasyfikacja Wifl, PAD, cukrzyca.

Summary

Lower-extremity arterial disease and diabetes are serious challenge for a medical environment and require taking team actions. Both disease units lead to irreversible changes in arteries and in more advanced phase can be the reason of bottom limbs ulceration and even their amputation. Co-occurrence of both disease units brings the risk of complications appearance. Using the Wifl classification system for those who suffer from arterial disease and diabetes may occur

as a very useful tool in the relative assessment of efficiency in undertaking general and specific actions. The thesis presents the descriptions of wounds healing process and each of the presented cases was checked and judged according to Wifl. During the therapy, according to the recommendations, the proper general and local processes were implemented. The effect that was able to achieve was the skin permanence reconstruction.

Key words: chronic wound, Wifl classification, PAD, diabetes.

OCENA PIELĘGNIARSKA STOPY U CHORYCH NACZYNIOWYCH

Mariola Sznajka

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

Streszczenie

Wstęp: Pacjenci z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych, krytycznym niedokrwieniem kończyn dolnych, obciążeni cukrzycą, chorobami zapalnymi naczyń obwodowych i mikrokrążenia są chorymi wysokiego ryzyka uformowania się rany przewlekłej stopy, szczególnie palców, okolic kostki zewnętrznej i wewnętrznej, przodostopia i pięty. Rany w zależności od stopnia zaawansowania – od powierzchownych do penetrujących do kości i stawów – są elementem decydującym o stopniu kalectwa związanego z poziomem amputacji kończyny lub jej uratowaniem.

Cel pracy: Autorzy przygotowali propozycję procedury badania podologicznego wykonywanego przez pielęgniarkę w dniu przyjęcia na oddział u wszystkich pacjentów przyjmowanych z powodu różnego rodzaju schorzeń naczyniowych kończyn dolnych.

Materiał i metody: W dniu przyjęcia u pacjenta ocenia się kończyny dolne, opisując wszelkie patologie, takie jak: PNŻ – żylaki w skali CEAP, obecność owrzodzenia żylnego z jego lokalizacją, zmiany martwicze niedokrwienne z określeniem ich lokalizacji oraz stopnia zaawansowania oddzielnie opisane na obu kończynach w pozycji stojącej i leżącej, ocenę i opis skóry, paznokci, okolic między palcami, podeszwowej części stopy oraz pięty. W protokole zaznacza się i dokładnie opisuje lokalizację brodawek, modzeli, znamion, malformacji naczyniowych, poziom uprzednio wykonanych amputacji i stan kikuta, ocenę wskaźnika kostka–ramię (ABI), pobranie posiewów z ran, pachwin oraz okolic między palcami. U części chorych po konsultacji z lekarzem prowadzącym wykonywano biopsję rysową lub pobierano wycinek z rany celem wykluczenia choroby nowotworowej.

Wyniki i wnioski: Wprowadzenie procedury oceny stopy umożliwiło wczesne rozpoznanie, wdrożenie lecze-

nia mającego na celu przygotowanie do operacyjnego lub wewnątrznaczyniowego leczenia pacjentów z chorobami naczyń kończyn dolnych. Wykonanie opisanych czynności w dniu przyjęcia umożliwiło skrócenie czasu pobytu chorych średnio o dwie doby.

Słowa kluczowe: cukrzyca, miażdżyca, martwica zakazona.

NOWOCZESNE METODY LECZENIA RAN MODERN TREATMENT OF WOUND CARE

Agnieszka Smerdka

kierownik Projektu Nowe Technologie Medyczne, Pofam – Poznań Sp. z o.o.

Streszczenie

Firma medyczna Pofam – Poznań Sp. z o.o. wspiera opiekę nad pacjentem w Polsce od ponad 20 lat. Mimo wielu zmian w systemie opieki zdrowotnej nasza misja pozostała niezmienna i stale dążymy, by jak najpełniej realizować potrzeby zarówno naszych pacjentów, jak i pracowników opieki zdrowotnej.

Naszym celem było zawsze dostarczanie jak największej informacji personelowi medycznemu na temat innowacyjnych rozwiązań w zakresie zaopatrzenia pacjenta w wyroby medyczne i opieki nad nim. W związku z rosnącym zapotrzebowaniem na specjalistyczne produkty do leczenia ran wprowadziliśmy do naszej oferty wyroby służące do zaopatrywania ran. Ich działanie oraz zastosowanie oparte jest na schemacie TIME mającym na celu optymalizację warunków gojenia rany. Podstawowym produktem przy pielęgnacji ran z zastosowaniem schematu TIME (schemat zalecany przez Polskie Towarzystwo Leczenia Ran) jest lawaseptyk (Prontosan®). Pierwszy etap służy usunięciu biofilmu z rany, oczyszczeniu jej i przygotowaniu do aplikacji antyseptyku (jeżeli zachodzi taka konieczność). Wśród antyseptyków jedną z najnowszych substancji wykorzystywanych do leczenia ran są preparaty srebra – Askina® Cargitrol® Paste. Pasta zawiera jako substancję czynną alginian srebra. Jest polecana zarówno w leczeniu odleżyn (również z tkanką martwiczą), jak i dla pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej. Dodatkowo produktem wartym uwagi w leczeniu ran jest Braunovidon®. Maść zawiera w swym składzie powidon jodu i wykazuje wysoką skuteczność antyseptyczną i szerokie spektrum działania.

Prontosan® jako lawaseptyk może być stosowany przez długi czas w celu oczyszczania rany (wykazuje niską cytotoksyczność). Produkt może być łączony zarówno z Askina® Cargitrol® Paste, jak i Braunovidon® maść (nie można jednak łączyć ze sobą preparatów srebra i jodu w celu eliminacji infekcji, należy wybrać jeden).

Słowa kluczowe: rana, rana przewlekła, lawaseptyka, antyseptyka, biofilm, opieka pielęgniarstwa.

Summary

Medical Company Pofam – Poznań Sp. z o.o. supports patient care in Poland for over 20 years. Despite the many changes in the health care system, our mission unchanged and we are constantly striving to make the best meet the needs of both our patients and health care workers.

Our goal has always been providing as much information as possible to medical personnel about innovative solutions for the supply of the patient in medical equipment and take care of him. Due to the growing request for specialized products use to treatment wounds we introduced products dedicate to take care of wounds. Their operations and applications are based on TIME diagram designed to optimize the environment for wound healing. The main product of the wound care associate with TIME (schedule recommended by Polish Wound Management Association) is lavaseptic (Prontosan®). The first stage is remove biofilm from the wound, cleaning it and prepare for the application antiseptic (if it is necessary). Among the antiseptic one of the new substances used to treatment wounds are products with silver – Askina® Cargitrol® Paste. Paste contain as the active substance silver alginate. Product is recommend as well as patients with bedsores (also with necrotic tissues) and patients with diabetic foot syndrome. Additional product to pay attention to wound treatment is Braunovidon®. The ointment contains povidone iodine which has a high antiseptic effect and wide spectrum of activity.

Prontosan® as lavaseptic can be used for a long period of time to debridement (exhibits low cytotoxicity). The product can be combined with both, Askina® Cargitrol® Paste and Braunovidon® ointment (can not be combined with each other preparations of silver and iodine in order to eliminate the infection, you should select one).

Key words: wound, chronic wound, lavaseptic, antiseptic, biofilm, nursing care.

WARSZTATY: ENFit/PUR – żywienie enteralne chorych

„ENFit/PUR – ŻYWIENIE ENTERALNE” – WARSZTATY

„ENFit/PUR – ENTERAL FEEDING” – WORKSHOPS

Bartosz Szymański, Blanka Grala, Katarzyna Grabowska

Streszczenie

Cel warsztatów

1. Zwiększenie wiedzy personelu medycznego odpowiedzialnego za kontrolę stanu odżywienia pacjentów po zabiegach chirurgicznych, pacjentów neurologicznych, onkologicznych oraz poddanych leczeniu długoterminowemu z zakresu doboru diet specjalistycznych u tych pacjentów.
2. Pokazanie możliwych rozwiązań w przypadku pojawienia się powikłań w leczeniu żywieniowym.
3. Przygotowanie personelu medycznego na system zmiany końcówek ENFit.

Omówienie przebiegu warsztatów

- Podczas warsztatów omówione zostaną zasady żywienia drogą przewodu pokarmowego przez założony dostęp: sonda, PEG, jejunostomia, PEG/J.
- Praktyczne zastosowanie sondy PUR – możliwość praktycznych ćwiczeń zakładania sondy na fantomie.
- Zasady pielęgnacji dostępów, w tym sond i PEGa, oraz zapobieganie i leczenie powikłań.
- System ENFit z uwagi na regulację Międzynarodowej Organizacji Normalizacyjnej ISO wraz z GEDSA (Globalne Stowarzyszenie Dostawców Urządzeń do Żywienia Dojelitowego) opracowali standard ISO 80369-3 dla złączy z otworami o małej średnicy, zwanych ENFit. Nutricia jest świadoma, że globalny proces wymiany końcówek może generować zakłócenia. Naszym celem jest zapewnienie ciągłości terapii pacjenta, dlatego chcemy edukować personel zaangażowany w żywienie enteralne w odniesieniu do wszystkich możliwych połączeń oraz potencjalnych sytuacji, z którymi może się spotkać pielęgniarz w szpitalu, HEN-ie, ZOL-u.

Summary

Purpose of the workshops

1. Increasing the knowledge of healthcare personnel responsible for monitoring the nutritional status of patients after surgery as well as neurological and cancer patients and patients undergoing long-term treatment regarding the choice of type of specialist nutrition for those patients.
2. Demonstrating solutions available in the event of complications associated with clinical nutrition.

3. Preparing healthcare personnel for transition to the new ENFit system.

Overview of the workshops

- The workshops will discuss the principles of enteral feeding via a tube, PEG tube, jejunostomy tube or PEG-J tube.
- Practical use of the PUR tube – participants will have an opportunity to practice inserting the tube on a manikin.
- Principles of care of access routes, including tubes and PEG sites, as well as methods of prevention and treatment of complications.
- ENFit – compliant with the latest ISO standards GREATER SAFETY OF DELIVERY OF NUTRITION.
- The International Organization for Standardization (ISO), together with the Global Enteral Device Supplier Association (GEDSA), has developed the ISO standard 80369-3 for small-bore connectors called ENFit to ensure greater patient safety. Nutricia is obliged to provide enteral feeding equipment complying with ISO standards. Therefore, we gradually introduce Flocare enteral feeding equipment with ENFit connectors. Nutricia is aware of the fact that the global process of transition to the new system may cause disruptions. Our aim is to ensure the continuity of treatment for patients. To this end, we want to educate healthcare personnel involved in enteral feeding about all possible connection systems and potential situations which a hospital nurse, a nurse involved in the provision of home enteral nutrition or a nurse working in a nursing and healthcare facility may encounter.

WARSZTATY: Opatrunki w leczeniu ran. Jak dobrać opatrunki do ran?

OPATRUNKI W LECZENIU RAN. JAK DOBIERAĆ OPATRUNKI DO RAN?

THE ROLE OF THE DRESSINGS IN WOUND HEALING. HOW TO USE DRESSINGS PROPERLY?

Małgorzata Budynek

ConvaTec Polska Sp. z o.o.

Streszczenie

Kluczowe lokalne bariery dla procesu gojenia się ran przewlekłych to nadmiar wysięku, infekcja i biofilm bakteryjny. Opatrunki są ważnym elementem miejscowego leczenia ran zarówno w zakresie oczyszczania, kontroli infekcji i zapalenia, regulowania wilgotności rany (zarządzanie wysiękiem), jak i promowaniu i ochronie naskórka. Odpowiedni dobór opatrunków do

stanu rany, wspiera jej gojenie na każdym etapie. Rola opatrunku w leczeniu ran przewlekłych musi być inaczej postrzegana niż w przypadku ran gojących się bez problemu. Opatrunek jako działająca w dwie strony bariera przeciwbakteryjna chroni ranę przed zagrożeniami z zewnątrz, a równocześnie otoczenie pacjenta przed drobnoustrojami bytującymi w ranie, stanowi jeden z ważnych elementów zapobiegania zakażeniom krzyżowym. Opatrunki z rodziny AQUACEL posiadają wertykalny mechanizm absorpcji wysięku. Pod wpływem wydzieliny, suchy opatrunek ulega przemianom w spójny żel zamykający w swojej strukturze wysięk wraz z zawartymi w nim bakteriami oraz niekorzystnymi składnikami (nadmiar metaloproteinaz i czynników zapalnych). Pobudzają proces autolizy, sprzyjają ziarninowaniu i chronią delikatny naskórek na brzegach rany. Część z nich, dzięki zawartości jonów srebra, odgrywa znaczącą rolę w kontroli mikrobiologicznego stanu rany. Badania *in vitro* i obserwacje kliniczne wykazały, że Aquacel® Ag+ Extra™ skutecznie zwalcza bakterie i wspomaga proces gojenia ran, których postęp gojenia się zatrzymał (podejrzanych o obecność biofilmu) i/lub ran zakażonych. Celem warsztatów jest przybliżenie roli opatrunków w leczeniu ran oraz zasad ich doboru do stanu rany.

Słowa kluczowe: biofilm, infekcja, Aquacel Ag+ Extra, opatrunki ze srebrem.

Summary

Excess of exudate, infection and biofilm are the major key local barriers in wound healing. Dressings are an important element of wound healing, both in terms of infection and moisture balance control, as well as in skin protection. Proper selection of dressing supports wound healing at each stage, and should be perceived differently than in the case of chronic wound.

The dressing protects wound from the external bacterias, while the patients environment against microorganisms from wound. It is one of the most important element to cross-contamination prevention.

AQUACEL family of dressings has vertical mechanism of exudate absorption. In contact with exudate, forms a cohesive gel, locks exudate in dressing structure and trap bacteria, responds to wound conditions. AQUACEL stimulate process of autolysis, help enhance the formation of granulation tissue, promote and protect delicate skin on the wound edges. In antimicrobial version, the addition of ionic silver provides rapid, effective, sustained antimicrobial activity. *In vitro* studies and clinical observations have shown the efficiency of Aquacel® Ag+ Extra against planktonic bacteria and biofilm. Usage of Aquacel® Ag+ Extra and was associated with progression of wounds towards healing. The aim of the workshop is to introduce the role of dressings in wound healing and discuss proper selection of dressing to wound conditions.

Key words: biofilm, infection, Aquacel Ag+ Extra, silver dressings.

SESJA III. ZALECENIA PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ MIEJSCA OPEROWANEGO

ZAKAŻENIE MIEJSCA OPEROWANEGO – PRZYGOTOWANIE BLIŻSZE *SURGICAL SITE INFECTION – THE PROXIMATE PREPARATION*

Paulina Mościcka^{1,2}

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

²Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

Streszczenie

Zakażenia szpitalne stanowią główny problem współczesnej medycyny i dotyczą szpitali na całym świecie. Na oddziałach zabiegowych najczęstszą kliniczną postacią zakażeń jest zakażenie miejsca operowanego (ZMO). W profilaktyce ZMO szczególnie istotne jest odpowiednie przygotowanie pacjenta oraz otoczenia, w którym będzie się znajdował przed operacją i po zabiegu chirurgicznym. Na przygotowanie do operacji składa się wiele etapów i działań. Jednym z jego elementów jest przygotowanie bliższe chorego do zabiegu chirurgicznego. W skład tego postępowania wchodzi m.in.: przygotowanie otoczenia (czyste łóżko, bielizna pościelowa), przygotowanie skóry chorego (dwukrotna kąpiel i ewentualne usunięcie owłosienia), przygotowanie przewodu pokarmowego i inne.

Słowa kluczowe: zakażenie miejsca operowanego, profilaktyka, przygotowanie bliższe.

Summary

Hospital infections are the main problem in nowadays medicine and concern hospitals all around the world. In medical treatment facilities the most frequent clinical infection is SSI (surgical site infection). In SSI prophylaxis the essential factor is to prepare a patient and the environment in which the person is going to stay before and after a surgery. Many steps and activities comprise to the surgery preparation. One of its elements is a proximate preparation to make a diseased person ready to obtain an operation. It mainly includes: the proper environment preparation (a clean bed, an underwear), making patient's skin ready (double bath and alternatively hair removal), the enteron preparation and others.

Key words: surgical site infection, prophylaxis, proximate preparation.

ZALECENIA PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ MIEJSCA OPEROWANEGO – PRZYGOTOWANIE DALSZE DO PLANOWANEGO ZABIEGU CHIRURGICZNEGO

RECOMMENDATIONS FOR THE PREVENTION OF SURGICAL SITE INFECTIONS – PREPARING FOR FURTHER OF SURGERY

Lucyna Kiełbasa¹, Maria T. Szewczyk²

¹Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

²Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Streszczenie

Wstęp: Nowoczesne przygotowanie pacjenta do zabiegu chirurgicznego stanowi doskonały przykład połączenia nauki i sztuki chirurgii. Prawidłowe przygotowanie pacjenta do zabiegu ma na celu zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym, wczesną identyfikację czynników mających wpływ na minimalizację szpitalnych zakażeń, w tym zakażeń miejsca operowanego (ZMO).

Zalecenia profilaktyki zakażeń miejsca operowanego i stosowania antybiotykoterapii w okresie przedoperacyjnej opieki pielęgniarskiej na oddziałach zabiegowych to ważny zbiór wytycznych w pracy pielęgniarki chirurgicznej.

Cel pracy: Prezentacja zaleceń profilaktyki zakażeń miejsca operowanego w okresie przedoperacyjnym obejmująca okres ambulatoryjnego przygotowania chorego do hospitalizacji w celu przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej: Przygotowanie chorego do zabiegu planowanego obejmuje wiele etapów i działań, od wizyty ambulatoryjnej, podczas której chory jest kwalifikowany do zabiegu chirurgicznego, przez liczne konsultacje specjalistyczne, aż do hospitalizacji na oddziale. Na etapie przygotowania dalszego najważniejszym elementem jest ocena przedoperacyjna. Powinna być ona wielokierunkowa i uzależniona od rodzaju planowanego zabiegu chirurgicznego. Minimalizacja ryzyka okołoperacyjnego obejmuje ustabilizowanie choroby przewlekłej poprzez modyfikację leczenia chorób współistniejących, realizację zaleceń specjalistów, realizację wsparcia żywieniowego w zakresie wyrównania niedoborów. Ważną rolę w profilaktyce ZMO odgrywa ukierunkowana edukacja

chorego w zakresie zaprzestania palenia tytoniu i redukcji masy ciała w przypadku znacznej otyłości.

Słowa kluczowe: przygotowanie do zabiegu, ryzyko, zakażenie miejsca operowanego.

Summary

Introduction: Modern prepare the patient for surgery is an excellent example of combining science and art of surgery. Proper patient preparation for surgery aims to prevent post-operative complications, early identification of factors affecting the minimization of nosocomial infections, including surgical site infections (SSI).

Recommendations of prevention of surgical site infections and antibiotic therapy during the pre-operative nursing care on surgical wards is an important set of guidelines in the surgical nursing.

The aim of the study is to present the recommendations of the prevention of surgical site infections in the preoperative period covering the period of ambulatory preparation of patient to perform surgery.

Recommendations for nursing practice: Preparation of the patient for planned surgery involves many stages and activities from outpatient visit, during which the patient is eligible for surgery, by a number of specialist consultations up to the hospital ward. At the stage of further preparation a key element is the pre-operative evaluation. It should be multidirectional and depends on the type of the planned surgery. Minimizing the risk of perioperative includes the stabilization of chronic disease by modifying the treatment of comorbidities, implementation of the recommendations of specialists, implementation of nutritional support in terms of alignment shortages. An important role in the prevention of SSI plays directed patient education regarding smoking cessation and weight loss in the event of significant obesity.

Key words: preparation for surgery, the risk of surgical site infection.

WYBRANE ZALECENIA PROFILAKTYKI MIEJSCA OPEROWANEGO W OKRESIE POOPERACYJNYM

SELECTED RECOMMENDATIONS FOR POST-OPERATIVE PREVENTION OF SURGICAL SITE INFECTIONS

Regina Sierżantowicz

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Streszczenie

Wstęp: Właściwa opieka pielęgniarska nad chorym w okresie pooperacyjnym obejmuje m.in. podejmowa-

nie zdecydowanych działań zapobiegających występowaniu powikłań, do których zaliczane jest zakażenie miejsca operowanego (ZMO).

Celem pracy jest prezentacja zaleceń profilaktyki zakażeń miejsca operowanego w okresie pooperacyjnym, obejmujących transport chorego z sali operacyjnej, utrzymanie higieny ciała chorego i przestrzeganie higieny rąk personelu.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej: Okres pooperacyjny rozpoczyna się z chwilą przejęcia chorego z bloku operacyjnego i przekazania na oddział intensywnej opieki medycznej lub oddział chirurgiczny. Interwencje pielęgniarskie wobec chorego po zabiegu chirurgicznym powinny być starannie zaplanowane z uwzględnieniem dotychczasowej wiedzy, doświadczenia i wiarygodnych wyników naukowych. Profilaktyka ZMO obejmuje:

- transport chorego z bloku operacyjnego na przydzielonym na oddziale łóżku z czystą bielizną pościelową,
- działania podejmowane na podstawie stanu klinicznego chorego w zakresie zapobiegania hipotermii i normalizacji glikemii,
- zachęcanie chorego do wczesnego korzystania z prysznica lub kąpeli całego ciała,
- przestrzeganie higieny rąk przez wszystkich członków zespołu terapeutycznego.

Zaleca się, aby higieniczne mycie lub dezynfekcję rąk przeprowadzić w tzw. punkcie opieki, czyli miejscu wykonywania procedury lub sprawowania opieki nad chorym.

Standardową procedurę higienicznego mycia rąk należy przeprowadzić zgodnie z normą PN-EN 1499, standardową procedurę higienicznej dezynfekcji rąk metodą wcierania środka dezynfekcyjnego w oparciu o normę PN-EN 1500.

Słowa kluczowe: zalecenia, transport, higiena ciała, higiena rąk, profilaktyka zakażeń.

Summary

Introduction: Proper nursing care for an inpatient in the post-operative period involves among others taking strong action to prevent complications, including surgical site infections (SSI).

The aim of the work is to present recommendations for the prevention of surgical site infections in the post-operative period, concerning the transport of the patient from the theatre, maintaining the patient's body hygiene, and hand hygiene among the staff.

Recommendations for nursing practice: The postoperative period begins at the moment of transferring the patient from the theatre to the intensive care unit or the surgical ward. Nursing interventions regarding the patient after the surgery should be carefully planned on the basis of current knowledge, experience and reliable research results. SSI prevention involves:

- transporting the patient from the theatre on the bed they received on the ward, with clean bed linen,
- activities suited to the patient's clinical state regarding the prevention of hypothermia and normalization of glycemia,
- encouraging the patient to take a shower or bathe their body early after the surgery,
- all the members of the therapeutic team maintaining hand hygiene.

Hygienic hand washing or disinfection is recommended on the spot, i.e. at the place of doing the procedure or providing care for the patient.

Standard hygienic handwashing procedure should comply with the PN-EN 1499 standard, and standard hand disinfection procedure by means of rubbing in a disinfectant should comply with the PN-EN 1500 standard.

Key words: recommendations, transport, body hygiene, hand hygiene, infection prevention.

ZALECENIA PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ MIEJSCA OPEROWANEGO W OKRESIE POOPERACYJNEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NA ODDZIAŁACH ZABIEGOWYCH – PIELĘGNACJA I OBSERWACJA RANY POOPERACYJNEJ

Justyna Cwajda-Białasik

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Streszczenie

Najskuteczniejszym i zarazem najtańszym sposobem walki z zakażeniami jest kompleksowa profilaktyka i kontrola chorób oraz zakażeń szpitalnych, w tym zakażenia miejsca operowanego (ZMO). Bieżące rekomendacje Centrum Zwalczenia i Zapobiegania Chorobom (*Centers for Disease Control and Prevention – CDC*) podkreślają znaczenie kilku składowych w profilaktyce ZMO. Należą do nich m.in. optymalne przygotowanie chorego do zabiegu, technika operacyjna, przestrzeganie przez personel medyczny zasad aseptyki oraz kompleksowe postępowanie pooperacyjne. Opracowano polskie wytyczne w zakresie profilaktyki ZMO i okołoperacyjnej opieki pielęgniarskiej, oparte na aktualnych i wiarygodnych wynikach badań naukowych. Opracowanie zawiera 13 zaleceń dotyczących opieki przedoperacyjnej oraz 15 zaleceń obejmujących opiekę pooperacyjną. Zalecenia nr 4–9 oraz 14, 15 dotyczą zasad postępowania miejscowego i pielęgnacji rany pooperacyjnej oraz obserwacji ukierunkowanej na wczesną identyfikację i leczenie zakażenia.

Słowa kluczowe: zakażenie miejsca operowanego (ZMO), profilaktyka, opieka pooperacyjna.

SESJA IV. ZESPÓŁ STOPY CUKRZYCOWEJ

CUKRZYCA – EPIDEMIA XXI WIEKU. JAK MOŻEMY POMÓC PACJENTOM W OPARCIU O KLASYFIKACJĘ WIFl?

DIABETES – EPIDEMY OF XXI CENTURY. HOW WE CAN HELP THE PATIENTS BASED ON WIFl CLASSIFICATION?

Łukasz Woda¹, Maria T. Szewczyk^{2,3}, Paulina Mościcka^{2,3},
Elżbieta Hancke³, Arkadiusz Jawień¹

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

²Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

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

Streszczenie

Cukrzyca stanowi epidemię XXI wieku, a zapadalność na nią ciągle wzrasta. Na całym świecie dotkniętych jest nią blisko 400 milionów osób. Szacunkowe dane mówią, że w Polsce dotyczy ona ponad 2 milionów osób. Występowanie cukrzycy przyczynia się do rozwoju zmian miażdżycowych w tętnicach całego organizmu, powodując występowanie zarówno makro-, jak i mikroangiopatii. Badania pokazują, że choroby układu sercowo-naczyniowego rozwijające się na bazie istniejących zmian miażdżycowych są odpowiedzialne za blisko połowę zgonów w populacji osób z cukrzycą. Jednym z powikłań długo trwającej cukrzycy jest występowanie niedokrwienia kończyn dolnych, które dodatkowo może powodować powstawanie nie tylko trudno gojących się ran, lecz także może się stać bezpośrednią przyczyną amputacji kończyny. To właśnie w przypadku tych pacjentów najistotniejsze jest wczesne wykrycie najbardziej zagrożonych osób. Dotychczas istniejące klasyfikacje, takie jak klasyfikacja Wagnera, PEDIS czy Texas, nie są wystarczające w pełnej ocenie ryzyka u pacjentów z raną przewlekłą w przebiegu cukrzycy, gdyż nie uwzględniają one najistotniejszych czynników mogących wpływać na możliwość wystąpienia amputacji.

W 2014 r. *Society for Vascular Surgery* (SVS) opublikowało nową klasyfikację *Wound, Ischemia and foot Infection* (Wifl) uwzględniającą czynniki mogące bezpośrednio zagrozić przeżyciu kończyny. Klasyfikacja ta określa zarówno rozległość rany (*wound*), jak i występowanie zgorzeli, a także stopień niedokrwienia kończyny (*ischemia*), czy też obecność oraz nasilenie infekcji stopy (*foot infection*). Na jej podstawie możliwe jest określenie zarówno ryzyka amputacji, jak i konieczności

oraz korzyści wynikających z zastosowania procedur rewaskularyzacyjnych nie tylko u osób z owrzodzeniem w przebiegu stopy cukrzycowej, lecz także u osób z niedokrwinnym bólem spoczynkowym, czy też trudno gojącymi się owrzodzeniami kończyn o innej etiologii.

Słowa kluczowe: cukrzyca, klasyfikacja Wifl, przelekle owrzodzenie.

Summary

Diabetes is an epidemic of XXI century and connected to it morbidity is still rising. There are nearly 400 million people affected by this disease. Estimates say that in Poland it affects more than two million people. Diabetes favors development of atherosclerotic plaques in arteries of the whole body, causing both macro- and microangiopathy. Studies show that diseases of the cardiovascular system, which are developed on the basis of existing atherosclerotic lesions are responsible for nearly half of the deaths in people with diabetes. One of the complications of long lasting diabetes is presence of lower limb ischemia, which can further promote the formation of not only difficult to heal wounds, but also it can be a direct cause of a limb amputation. Among these patients the most important thing is an early detection of the most endangered people. So far existing classifications, such as Wagner's classification, PEDIS, and Texas are not sufficient in a full risk assessment of patients with a chronic wound in diabetes, because they does not take into account the most important factors that may affect the possibility of amputation.

In 2014, the *Society for Vascular Surgery* (SVS) published a new classification – *Wound, Ischemia and foot Infection* (Wifl), taking into account factors that might directly threaten the survival of the limb. This classification determines whether the extent of the wound, presence of gangrene, the degree of a limb ischemia, or the presence and severity of foot infection. On this basis it is possible to determine the risk of amputation, as well as the necessity and benefits of revascularization procedures, not only of people with ulcers connected to the diabetic foot, but also of people with ischemic rest pain or difficult to heal ulcers of the limb resulting in different etiology.

Key words: diabetes, Wifl classification, chronic ulcer.

WPŁYW CHIRURGICZNEGO OPRACOWANIA RANY NA STOPIEŃ ODCZUWANIA BÓLU U CHORYCH Z ZAKAŻONĄ STOPĄ CUKRZYCOWĄ W DOBIE PRZED- I POOPERACYJNEJ

Anna Szumska, Mariusz Barański

Wojskowy Instytut Medyczny, Centralny Szpital Kliniczny
Ministerstwa Obrony Narodowej w Warszawie

Streszczenie

Wstęp: Leczenie zespołu stopy cukrzycowej obejmuje chirurgiczne oczyszczenie rany. Poza terapeutycznym działaniem może ono powodować ból pooperacyjny. Ból jest ważną przeszkodą w leczeniu ran, a każdy możliwy wzrost jego poziomu podczas procedur musi być monitorowany. Ważną rolę w tym elemencie opieki nad chorymi odgrywają pielęgniarki.

Cel pracy: Ocena wpływu chirurgicznego opracowania rany na stopień odczuwania bólu u chorych z zakażonym zespołem stopy cukrzycowej w dobie przed- i pooperacyjnej.

Materiał i metody: Badania prowadzono w okresie od grudnia 2014 r. do października 2015 r. Grupę badaną stanowili chorzy z zakażonym zespołem stopy cukrzycowej poddani chirurgicznemu oczyszczeniu rany. Łącznie przebadano 50 chorych (średnia wieku 63,24 roku). Poziom bólu przed i po operacji badano skalą opisowo-numeryczną na podstawie *U.S. Department of Health and Human Services* z 1994 r. z zakresem od 0 do 10.

Wyniki: Analiza wyników nie wykazała istotnych różnic w poziomie odczuwanego bólu dla całości badanych w okresie przed- i pooperacyjnym. Lokalizacja anatomiczna rany w stopie nie wpłynęła w istotny sposób na odczuwanie bólu. Uzyskane wyniki po podziale na grupy wykazały znamienne istotne różnice zarówno w grupie chorych, u których ból się zwiększył po zabiegu ($p = 0,000132$), jak i u chorych, u których się zmniejszył ($p = 0,001474$). U 18 chorych nie wykazano wpływu chirurgicznego oczyszczenia rany na stopień odczuwania bólu.

Wnioski:

1. W badanym materiale ogólna analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w poziomie odczuwanego przez chorych bólu w okresie przed i pooperacyjnym.

2. Szczegółowa analiza statystyczna wykazała istotne różnice – pomimo urazu operacyjnego ból w 0. dobie u 26% chorych po operacji się zmniejszył, u 38% chorych się zwiększył, a u 36% pozostał na tym samym poziomie.

3. Subiektywne odczucie bólu u chorego z zespołem stopy cukrzycowej w dobie przed- i pooperacyjnej jest różne z powodu najczęściej współistniejących czynników go modyfikujących, tj. niedokrwienia, neuropatii i zakażenia.

Słowa kluczowe: zespół stopy cukrzycowej, chirurgiczne opracowanie rany, ból.

ZNACZENIE RÓŻNICOWANIA POSTACI STOPY CUKRZYCOWEJ W PLANOWANIU SPECJALISTYCZNEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Izabela Kuberka¹, Marta Leśnik², Aleksandra Pytel¹,
Katarzyna Juszcak³

¹Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydziału Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

²Oddział Diabetologii, Miedziowe Centrum Zdrowia w Lubinie

³Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta
Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu

Streszczenie

Wstęp: Zespół stopy cukrzycowej (ZSC) jest poważnym powikłaniem cukrzycy i na całym świecie jest najczęstszą przyczyną hospitalizacji pacjentów diabetologicznych. Przeprowadzenie diagnostyki miejscowej stopy cukrzycowej otwiera przed specjalistami możliwość dobrania indywidualnego planu pielęgnacji stopy cukrzycowej, biorąc pod uwagę zmiany wynikające z mechanizmów uszkadzających tkankę.

Cel pracy: Przedstawienie miejscowej diagnostyki stopy cukrzycowej wykonywanej przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską. Zaplanowanie pielęgnowania stopy cukrzycowej neuropatycznej i angiopatycznej z uwzględnieniem ich różnic w pielęgnacji.

Materiał i metody: Stopę cukrzycową ocenia się pod względem występującej neuropatii (czucie dotyku, naciśku, wibracji temperatury i bólu). Opracowano kilka stosunkowo łatwych w obsłudze urządzeń do oceny funkcji somatosensorycznych, np. widetki stroikowe 128 Hz, Tip-term i inne. Biorąc pod uwagę zaburzenia ukrwienia, oceniamy tętno wraz z wykonaniem wskaźnika kostka–ramię (*ankle-brachial index* – ABI). Dostępna literatura podaje, że badanie to jest bardzo istotną wskazówką prognostyczną dotyczącą postępu gojenia ZSC, np. wskaźnik ABI < 0,5 zwiększa ryzyko amputacji kończyny o ok. 40%. Kolejnym elementem różnicowania stopy cukrzycowej jest ocena wyglądu skóry stopy (np. modzele, pęknięcia, maceracja, rany). Obserwacja powinna uwzględniać również biomechanikę stopy (kształt, deformacje, ruchomość w stawach). Po dokładnej diagnostyce miejscowej stopy cukrzycowej i zwróceniu uwagi na różnice, m.in. w wyglądzie skóry, jak w neuropatii autonomicznej, w której pacjenci borykają się z problemem suchej skóry, która z czasem staje się punktem wyjścia do tworzenia się owrzodzeń na stopie, można zaplanować indywidualną pielęgnację uwzględniającą ogólny stan stopy.

Wnioski: Znajomość etiologii ZSC oraz umiejętność trafnej oceny z uwzględnieniem patologicznych zmian w obrębie stopy znacznie ułatwia zaplanowanie specjalistycznej pielęgnacji, przyczyniając się do skutecznej profilaktyki i poprawy warunków gojenia ran.

Słowa kluczowe: stopa cukrzycowa, pielęgnacja stopy, wskaźnik kostka–ramię, neuropatia.

INTERDYSCYPLINARNE PODEJŚCIE DO PROFILAKTYKI ZESPOŁU STOPY CUKRZYCOWEJ

Marta Leśnik¹, Izabela Kuberka²

¹Oddział Diabetologii, Miedziowe Centrum Zdrowia w Lubinie

²Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Streszczenie

Wstęp: Stopa cukrzycowa definiowana jako przewlekłe powikłanie w postaci owrzodzenia i/lub destrukcji tkanek głębokich. Występuje w połączeniu z zaburzeniami neurologicznymi oraz chorobami naczyń obwodowych w różnym stopniu zaawansowania w obrębie kończyn na poziomie poniżej kostki. Według Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (*International Diabetes Federation – IDF*) u 10% spośród 3 mln chorych na cukrzycę rozwinie się zespół stopy cukrzycowej. Liczba amputacji może sięgać 15–20% chorych. Ze względu na złożoność problemu ważną będzie zatem interdyscyplinarna profilaktyka i podjęcie działań mających na celu zapobieżenie niebezpiecznym powikłaniom cukrzycy.

Cel pracy: Przedstawienie istotnych aspektów pielęgniarstwa nad pacjentem diabetologicznym oraz korzyści płynących z pracy całego zespołu interdyscyplinarnego zajmującego się profilaktyką i leczeniem zespołu stopy cukrzycowej.

Materiał i metody: W profilaktyce stopy cukrzycowej dużą rolę odgrywa edukacja i reedukacja w zakresie bezpiecznej pielęgnacji stóp oraz zagrożeń wynikających z zaniechania lub nieprawidłowo wykonanych zabiegów podiatrycznych. Istotne jest wyrównanie metaboliczne i utrzymanie prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego (BP) które w znacznej mierze przyczyniają się do rozwoju zmian miażdżycowych w naczyniach tętniczych. Celowe zatem będzie ustalenie wspólnie z pacjentem regularnych wizyt profilaktycznych, na których należy skontrolować stan stóp oraz zweryfikować wiedzę pacjenta.

Wnioski: Biorąc pod uwagę doświadczenia praktyczne wielu ośrodków specjalistycznych, jak również śledząc literaturę, np. publikacje Lobmann i wsp., stosowanie się do standardowych metod leczenia oraz współpraca i zaangażowanie całego zespołu przynosi wymierne korzyści w profilaktyce stopy cukrzycowej. Przez takie działania można nie tylko znacząco przyczynić się do zmniejszenia liczby dużych amputacji, ale również do zmniejszenia ilości innych powikłań u pacjenta diabetologicznego.

Słowo kluczowe: zespół stopy cukrzycowej, profilaktyka, edukacja.

OCENA WARTOŚCI WSKAŹNIKA KOSTKA–RAMIĘ U CHORYCH Z OWRZODZENIEM KOŃCZYNY DOLNEJ O ETIOLOGII NACZYNIOWEJ

THE VALUE RESULT OF ANKLE-BRACHIAL INDEX AMONG THE LOWER EXTREMITY ULCERATION DISEASED PATIENTS WITH ARTERY AETIOLOGY

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

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

³Katedra Chirurgii Naczyniowej, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Streszczenie

Wstęp: Szacuje się, że w populacji powyżej 50. roku życia częstość występowania bezobjawowego niedokrwienia kończyn dolnych wynosi ok. 29%. Wykazano też, że ok. 18% owrzodzeń kończyn dolnych pierwotnie zdiagnozowanych jako żyłne ma etiologię mieszaną, tętniczo-żylną. Prostym narzędziem przesiewowym oceniającym obecność obwodowego niedokrwienia jest wskaźnik kostka–ramię (*ankle-brachial index – ABI*).

Cel pracy: Ocena wartości ABI oraz występowania etiologii mieszanej u chorych z owrzodzeniem żylnym kończyny dolnej.

Materiał i metody: Do badania włączono 398 chorych, pacjentów Kliniki Chirurgii Naczyniowej oraz Poradni Leczenia Ran Przewlekłych z chorobą naczyń obwodowych: 252 chorych z przewlekłą niewydolnością żylną (*chronic venous insufficiency – CVI*) i 146 chorych z miażdżycą tętnic (*peripheral artery disease – PAD*). U wszystkich chorych wykonano pomiar ABI.

Wyniki: Średnia wartość ABI różniła się w porównywanych grupach i była znamiennej niższa u chorych z PAD (1,06 vs 0,73). W grupie CVI u 10,8% chorych bez owrzodzenia i 14,7% chorych z owrzodzeniem wykazano ABI poniżej lub powyżej normy. Wykazano zależność wartości ABI od wybranych zmiennych, tj. obecności cukrzycy i palenia tytoniu, a także od poziomu aktywności fizycznej i obecności owrzodzenia.

Wnioski: Zapewnienie choremu skutecznej i jednocześnie bezpiecznej terapii owrzodzeń wymaga kompleksowej diagnostyki, uwzględniającej wszystkie czynniki przyczynowe leżące u podłoża rany, m.in. obecność bezobjawowego PAD i cukrzycy. Zarówno

niższa wartość ABI, jak i współistnienie cukrzycy były związane z większym ryzykiem owrzodzenia kończyny.

Słowa kluczowe: wskaźnik kostka-ramię, przewlekłe niedokrwienie kończyn, przewlekła niewydolność żylna, owrzodzenie kończyny dolnej.

Summary

It is estimated that the lower extremities asymptomatic ischaemia frequency is 29% approximately, among the population over fifty year old. It was also showed that 18% lower extremities ulceration, which were primary diagnosed as venous, has mixed aetiology, also called arterial-venous. The very simple screening tool which is able to tell the presence of peripheral ischaemia is the ankle-brachial index. The aim of the study was the ankle-brachial index value result and also the presence of mixed aetiology among people having lower extremity ulceration disease.

Material and methods: The following studies include 398 diseased patients of Arterial Surgery Clinic and Chronic Wound Healing Clinic with peripheral arteries disease: 252 diseased patients with Chronic Venous Insufficiency (CVI) and 146 patients with Peripheral artery disease (PAD). Ankle-brachial index (ABI) was performed among all diseased people.

Results: The average value of ankle-brachial index was different in the compared groups and was characteristically lower among patients with PAD (1.06 vs. 0.73). Among the CVI group, the 10.8% diseased without ulceration and 14.7% with ulceration, the ABI occurred to be below and above the norm. The ankle-brachial index dependence on the chosen variables was shown. For instance the presence of diabetes and tobacco smoking and the level of physical activeness and ulceration appearance.

Conclusions: Providing the diseased person with an effective but also a safe ulceration therapy, requires a complex diagnose which counts all the causal factors being involved into wound appearance, mainly the presence of asymptomatic PAD and diabetes. Equally the lower value of ankle-brachial index and diabetes coexistence were related to higher risk of an extremity ulceration.

Key words: ankle brachial index, peripheral artery disease, chronic venous insufficiency, leg ulcer.

ZASTOSOWANIE SPECJALISTYCZNYCH OPATRUNKÓW ZE SREBREM W LECZENIU STOPY CUKRZYCOWEJ

Adam Węgrzynowski

Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii w Poznaniu, Poradnia Stopy Cukrzycowej w Szpitalu ZOZ Poznań-Jeżyce

Streszczenie

Opatrunki specjalistyczne stosowane w leczeniu ran przewlekłych przeżywają swój renesans. Jest ich coraz więcej, a firmy prześcigają się w innowacyjnych pomysłach wykorzystania właściwości materiałów dobrze znanych od lat. Jednym z takich materiałów jest srebro, którego właściwości lecznicze doceniali i wykorzystywali już starożytni. Czy każdy opatrunek ze srebrem nadaje się do leczenia zespołu stopy cukrzycowej i czy każda stopa cukrzycowa wymaga opatrunku ze srebrem? A jeśli chcemy je zastosować, to czy istnieją dodatkowe warunki, o których warto pamiętać?

Słowa kluczowe: zespół stopy cukrzycowej, opatrunki ze srebrem.

Summary

Over the past few years specialized wound care dressings used within chronic wounds treatment process become popular and widely used. While more and more new products get available every day, companies compete by introducing innovations in way of use even of already well know materials. One of such substances is silver, which was appreciated and widely known of its healing properties even in ancient times. Is that each dressing containing silver effectively supports healing of diabetic foot ulcers? Does each diabetic foot ulcer require a dressing with silver? And if we want to use such dressing, what requirements should we keep in mind to choose the most suitable solution?

Key words: diabetic foot syndrome, silver dressings.

SESJA V. CHIRURGIA I PIELĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE

SPECJALIŚCI DLA CZADU – OPERACJE CHIRURGICZNE I GINEKOLOGICZNE W KRAJU TRZECIEGO ŚWIATA

Ewa Sztuczka

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

Streszczenie

Czad to czterokrotnie większe od Polski państwo, zamieszkałe przez ok. 10 milionów głodujących i żyjących w biedzie mieszkańców. Ten pełen niemocy i piękna kraj za miejsce misji niesienia pomocy ludności Trzeciego Świata wybrała sobie kadra medyczna (5 lekarzy specjalistów i pielęgniarka operacyjna) Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu. To pierwsza operacyjna wyprawa w te tereny. Zorganizowała ją Fundacja Homini Medici

przy UMK w Toruniu CM w Bydgoszczy przy finansowym oraz sprzętowym wsparciu marszałka województwa kujawsko-pomorskiego i wielu firm medycznych.

Podróż w nieznaną rozpoczęła się 1 listopada 2014 r. Przez niespełna 3 tygodnie wykonano prawie 50 operacji, głównie olbrzymich, zaniedbanych przepuklin, powikłanych cięć cesarskich, zabiegów resekcyjnych jelit, amputacji nóg i gruczołu piersiowego.

Codzienny brak wody i prądu znacząco ograniczał możliwości specjalistów. Jednak mimo wielu przeszkód i wydawałoby się w kraju cywilizowanym prozaicznych barier zrealizowano misyjne zadanie.

Na wyprawę zabrano ponad 400 kg sprzętu medycznego i leków. Oprócz działań zabiegowych prowadzono również ambulatorium, gdzie dziennie konsultowano ok. 50–70 osób z różnymi schorzeniami.

Misja zatem zakończyła się sukcesem, a zdrowa i szczęśliwa kadra medyczna bezpiecznie wróciła do kraju.

Słowa kluczowe: Czad, zabiegi chirurgiczne.

FARMAKOTERAPIA PRZEZ SZTUCZNY DOSTĘP ODŻYWCZY

PHARMACOTHERAPY THROUGH ENTERAL FEEDING ACCESS

Krzysztof Tojek, Zbigniew Banaszkiwicz

Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizziela, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Streszczenie

Istnieje coraz liczniejsza grupa chorych leczonych zarówno w warunkach szpitalnych, jak i domowych, którzy niezależnie od przyczyny hospitalizacji, chorób towarzyszących czy stanu ogólnego mają problemy z połykaniem leków w postaci stałej (tabletki, kapsułki, granulki) lub też wymagają stosowania niestandardowych dawek farmaceutyków. Jednocześnie zwraca uwagę fakt znacznego niedoboru płynnych postaci tych leków, a także brak na rynku farmaceutycznym produktów leczniczych przeznaczonych do podawania przez zgłębnik, gastrostomię czy jejunostomię, bezpośrednio do odpowiednich odcinków przewodu pokarmowego. Ponieważ najczęstszą formą podawanych leków jest postać stała, doustna, należy rozważyć, czy mogą być one rozdrobnione przed użyciem. Zdarza się bowiem niekiedy, że rozdrobniony i zawieszony w odpowiednim rozpuszczalniku (najczęściej jest to woda) lek może powodować zatkanie zgłębnika lub przetoki odżywczej. Istnieje także pewna grupa leków, których biodostępność zmienia się całkowicie po degradacji ich struktury (dezaktywacja, uwolnienie całej zawartości z przekro-

zieniem dawki terapeutycznej mogącej skutkować wystąpieniem działań niepożądanych, pogarszających istniejący stan zdrowia czy wręcz zagrażający życiu). Wykorzystując tę drogę podażi, należy mieć również świadomość, że podanie leku w niewłaściwej postaci może skutkować brakiem uzyskania zamierzonego efektu terapeutycznego. Należy również zwrócić uwagę na narażenie personelu medycznego na bezpośrednie toksyczne działanie substancji aktywnej uwolnionej z postaci farmaceutycznej leku. Kruszenie czy dzielenie stałych postaci leku przed podaniem choremu stanowi istotne wyzwanie w codziennej praktyce klinicznej. Celem tej prezentacji jest zwrócenie uwagi na wspomniany problem, jak również przedstawienie pewnych ogólnych zasad i wytycznych dotyczących sposobu podawania leków przez zgłębnik lub stomię odżywczą pod kątem możliwości, bezpieczeństwa, celowości i skuteczności zamierzonej farmakoterapii. Stosowaniu farmaceutyków bezpośrednio do przewodu pokarmowego musi towarzyszyć przekonanie o bezwzględnej korzyści dla pacjenta.

Słowa kluczowe: zgłębnik, przetoka odżywcza, leki.

Summary

There is an increasingly large group of patients that are treated in both hospital and home, who for whatever reason of hospitalization, concomitant diseases or general condition, do have problems swallowing medicines in solid forms (tablets, capsules, granules), or require the use of non-standard doses of pharmaceuticals. At the same time there should be noted a fact of significant shortage of liquid form of these drugs and the lack of medicinal products on the market that could be administered through gastrostomy or jejunostomy, directly do the proper sections of the gastrointestinal tract. Due to the fact that the most common form of administered drugs are in solid, oral form – it should be considered whether they can be crushed before use. It happens sometimes that the comminuted and suspended in a suitable solvent (most commonly water) drug can cause clogging of enteral tube or stomy. There is also a group of drugs whose bioavailability change completely after the degradation of their structure (deactivation, release of the entire content with excess of the therapeutic dose which could result in the occurrence of side effects, worsening of the existing health status or even life-threatening). Using this way of supply everyone should also be aware that the administration of the drug in the wrong form may result in the lack of an intended therapeutic effect. A fact should also be noted of the medical personnel exposure to direct toxic effects of the active ingredient released from the pharmaceutical form of the drug. Crushing or splitting of solid dosage forms before giving them to the patient is a major challenge in everyday clinical practice.

The purpose of this presentation is to draw attention to the problem, as well as presenting some general principles and guidelines for the administration of medications by tube or stomy in terms of possibility, safety, efficacy and effectiveness of the intended pharmacotherapy. The use of pharmaceuticals directly into the digestive tract must be accompanied by the belief in the existence of absolute benefit for the patient.

Key words: feeding tube, feeding enterostomy, medications.

RETROSPEKTYWNA ANALIZA CZYNNIKÓW ZAKAŻENIA MIEJSCA OPEROWANEGO U CHORYCH PO OPERACJI RAKA JELITA GRUBEGO A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF SURGICAL SITE INFECTION FACTORS AMONG PATIENTS AFTER LARGE INTESTINE SURGERY

Zbigniew Banaszek¹, Katarzyna Cierznakowska²,
Elżbieta Kozłowska², Krzysztof Tojek¹, Arkadiusz Jawień³

¹Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej Katedry i Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Wydział Lekarski, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Wydział Lekarski, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Streszczenie

Wstęp: Najczęściej występujące zakażenie szpitalne u chorych chirurgicznych to zakażenie miejsca operowanego (ZMO). Po zabiegach chirurgicznych u 1–5% chorych dochodzi do zakażenia rany operacyjnej i stanowi to 14–16% wszystkich zakażeń szpitalnych.

Cel pracy: Wyłonienie czynników ryzyka zakażenia miejsca operowanego u chorych po operacji raka jelita grubego.

Materiał i metody: W latach 1994–2016 w jednym ośrodku leczono operacyjnie 2042 chorych z rozpoznaniem raka jelita grubego. U 1581 chorych uzyskano wiarygodne dane. Analizie poddano grupę chorych, u których wystąpiło zakażenie miejsca operowanego w obserwacji 30-dniowej.

Wyniki: U 262 (16,6%) chorych wystąpiły powikłania pooperacyjne. Zakażenie miejsca operowanego było najczęściej występującym powikłaniem – 198 (12,52%). W tej grupie u 106 chorych było jedynym powikłaniem, a u 92 chorych powikłanie to występowało łącznie i innymi powikłaniami. Zakażenie miejsca operowanego

występowało niezależnie od płci chorych i lokalizacji guza nowotworowego. Stwierdzono natomiast, że występowało ono z namienną częściej u chorych z dużym zaawansowaniem klinicznym raka jelita grubego w wieku starszym i sędziwym, obciążonych cukrzycą i chorobami kardiologicznymi. Rodzaj i tryb zabiegów miał również istotne znaczenie. Powikłanie w postaci ZMO występowało z namienną częściej u chorych operowanych w trybie „ostrodyżowym” z powodu powikłań choroby i u chorych, u których wyłoniono stomię jelitową.

Wniosek: U chorych po operacji raka jelita grubego największe zagrożenie wystąpienia zakażenia miejsca operowanego wystąpiło u chorych w wieku starszym i sędziwym, obciążonych cukrzycą i chorobami kardiologicznymi, z dużym zaawansowaniem klinicznym raka, operowanych w trybie „ostrodyżowym”.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, zakażenie miejsca operowanego.

Summary

Introduction: The most common hospital infection among surgical patients is Surgical Site Infection (SSI). After surgeries among 1-5% of patients SSI appears and it constitutes 14-16% of all hospital infections.

The aim of the study was to point out the risk factors for SSI among patients after colon cancer surgery.

Material and methods: Between 1994 and 2016 in one clinic there was 2042 patients hospitalized with colon cancer. Among 1581 the data was reliable. The analysed group constituted of patients with SSI in 30-day observation.

Results: Among 262/16.6% patients postoperative complications occurred. SSI was the most common complication (198/12.52%). In this group among 106 patients it was an only complication, and among 92 of them it was one of other complications. The SSI occurred regardless of sex and localization of the tumor. However it was confirmed, that it occurred significantly less often among patients with highly advanced colon cancer in the senior age, among patients with diabetes and cardiologic diseases. The type and mode of surgeries had also great significance. The SSI complication occurred significantly more often among patients with E.R. mode surgery, resulted from complications and among patients with stoma.

Conclusions: Among patients after colon cancer surgery, the biggest threat of SSI occurred among people in the senior age, with diabetes and cardiologic diseases, highly advanced cancer and with E.R. mode surgeries.

Key words: colon cancer, surgical site infection.

OPIEKA OKOŁOOPERACYJNA NAD PACJENTEM Z NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO. OPIS PRZYPADKU PACJENTA LECZONEGO NA ODDZIALE CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ W DOLNOŚLĄSKIM CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU
PERIOPERATIVE CARE OF A PATIENT SUFFERING FROM COLON CANCER. THE DESCRIPTION OF A PATIENT CURED ON ONCOLOGICAL SURGERY WARD IN THE LOWER SILESIA ONCOLOGY CENTRE IN WROCLAW

Aleksandra Pytel, Izabela Kuberka,
 Aleksandra Kottuniuk, Joanna Rosińczuk

Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
 Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Streszczenie

W pracy przedstawiono propozycję planu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z rozpoznaniem nowotworem jelita grubego w okresie okołoperacyjnym w oparciu o studium przypadku. Do szczegółowego opisu przypadku wykorzystano schemat wywiadu opracowany przez Radę ds. e-zdrowia w pielęgniarstwie oraz wskaźniki wyników opieki C-Hobic. Opracowanie planu opieki powstało na bazie terminologii referencyjnej ICNP®, która obecnie odgrywa istotną rolę w rozwoju pielęgniarstwa.

Słowa kluczowe: nowotwór jelita grubego, opieka okołoperacyjna, Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP).

Summary

The paper presents a proposal of a nursing perioperative care plan devoted to the patients diagnosed with colon cancer, based on a case study. The schema of a medical interview prepared by the Nursing Board of Health and C-Hobic rate of care results were used in a detailed description of a case. The preparation of the care plan was based on ICNP® reference terminology, which nowadays plays an important part in the development of nursing.

Key words: colon cancer, perioperative care, International Classification for Nursing Practice (ICNP®).

MARTWICZE USZKODZENIE SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ PRZEDRAMIENIA JAKO POWIKŁANIE ZAŁOŻONEJ KANIULI DOŻYLNEJ

Dariusz Bazaliński^{1,2}, Jacek Krzanowski³, Maria Kózka⁴

¹Institut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

²Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

³Oddział Hematologii, Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny w Brzozowie

⁴Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Streszczenie

Zapewnienie dostępu do żylnego układu krwionośnego to jedna z podstawowych procedur terapeutycznych stosowanych w opiece nad chorymi. Kaniule obwodowe umożliwiają podawanie leków drogą dożylną, krwi i jej składników. Pozostawienie kaniuli w naczyniu wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań miejscowych i ogólnych. Do najczęstszych zaliczane są miejscowy obrzęk, stan zapalny i odcewnikowe zakażenie krwi.

Celem pracy jest przedstawienie postępowania terapeutycznego u chorego z martwiczym uszkodzeniem skóry i tkanki podskórnej przedramienia jako powikłania założonej kaniuli dożylniej.

Słowa kluczowe: rana przedramienia, zaburzenia odporności, dostęp dożylny.

OCENA CZYNNIKÓW RYZYKA ZAKAŻENIA MIEJSCA OPEROWANEGO U CHORYCH PO ZABIEGACH CHIRURGICZNYCH – BADANIE PILOTAŻOWE

THE ASSESSMENT OF RISK FACTORS FOR SURGICAL SITE INFECTION POINT AFTER SURGERY – PILOT TEST

Katarzyna Cierzniańska¹, Magdalena Guźlecka²,
 Zbigniew Banaszek³, Elżbieta Kozłowska¹,
 Aleksandra Popow¹, Violetta Cebulka⁴

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

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

³Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej, Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Wydział Lekarski, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

⁴Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu

Streszczenie

Wstęp: Zakażenie miejsca operowanego (ZMO) jest uznawane za jedną z najczęściej występujących postaci klinicznych zakażeń u chorych po zabiegach chirurgicznych. Stanowi ono niebagatelny problem, gdyż nie tylko wydłuża okres hospitalizacji chorego i podnosi koszty leczenia, ale przede wszystkim skutkuje zwiększoną chorobowością i śmiertelnością.

Cel pracy: Ocena częstości występowania ZMO i czynników przyczyniających się do jego rozwoju u chorych po zabiegach chirurgicznych.

Materiał i metody: Badania prowadzono na Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy. Grupę badaną tworzyli losowo wybrani chorzy po zabiegu chirurgicznym, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu. Badania były przeprowadzone w dniu wypisu chorego, a kryterium włączenia stanowił czas hospitalizacji nie krótszy niż 4 doby po zabiegu chirurgicznym. Kwestionariusz ankiety, przygotowany na podstawie *Zaleceń profilaktyki zakażeń miejsca operowanego na oddziałach zabiegowych*, był wypełniany przez badaczy na podstawie wywiadu z chorym i wglądu do dokumentacji medycznej.

Dane opracowano za pomocą metod statystycznych przy użyciu pakietu Statistica 12. Jako poziom istotności statystycznej przyjęto $p \leq 0,05$.

Wyniki: Grupę badaną tworzyło 113 chorych po zabiegach chirurgicznych. W grupie było 58 kobiet (51,33%) i 55 mężczyzn (48,67%). Zakażenie miejsca operowanego wystąpiło u 22 chorych, co stanowi 19,47% całej badanej grupy. Średnia wieku dla chorych, u których rozwinęło się ZMO, nie różniła się od wieku pozostałych chorych ($65,14 \pm 17,12$ vs $61,27 \pm 16,88$; $p = 0,34$). W grupie chorych, u których występowało ZMO, stwierdzono dłuższy czas hospitalizacji przed zabiegiem chirurgicznym ($p = 0,0017$) i dłuższy czas trwania zabiegu ($p = 0,0059$). U chorych tych stwierdzono częstsze występowanie stanów podgorączkowych i gorączki ($p = 0,0006$), a ich hospitalizacja trwała znacznie dłużej w porównaniu z chorymi bez infekcji w ranie pooperacyjnej ($p < 0,0001$). Nie wykazano różnic międzygrupowych w zakresie sposobu przygotowania pola operacyjnego, stanu odżywienia chorych, palenia tytoniu czy klasyfikacji ASA ($p > 0,05$).

Wnioski: Dłuższy czas przygotowania do zabiegu chirurgicznego i dłuższy czas trwania zabiegu, stanowiły istotne czynniki rozwoju zakażenia miejsca operowanego w grupie badanej.

Słowa kluczowe: zakażenie miejsca operowanego, czynniki ryzyka, zabieg chirurgiczny.

Summary

Introduction: Surgical site infection (SSI) is one of most often occurred types of clinical infections among patients after surgery. It constitutes a major problem, because it not only lengthens the hospitalization time and raises the costs, but also it results in increased morbidity.

The aim of this work was the assessment of frequency of occurring SSI and factors, which help its development among patients after surgery.

Material and methods: The tests were carried out in General Surgery, Gastroenterological, Colorectal, and Oncological Clinical Wards in Jan Biziel University Hospital no. 2 in Bydgoszcz. The tested group constituted of randomly chosen patients after surgery, who accepted to take part. The tests were carried out during discharging patients, and one of the criteria was the time of hospitalization, which had to be not shorter than 4 days after surgery. The questionnaire, prepared accordingly to Recommendations of prophylaxis of SSI in surgery wards, was created based on the patient interview and medical documentation.

The data was prepared using statistic methods of Statistica 12 module. The level of statistic significance was set as $p \leq 0.05$.

Results: The tested group constituted of 113 patients after surgery. The group was formed by 58 women (51.33%) and 55 men (48.67%). The SSI occurred among 22 patients (19.47%). The average age of the patients among which SSI developed was no different from other patients (65.14 ± 17.12 vs. 61.27 ± 16.88 ; $p = 0.34$). In the group of patients, among which SSI occurred they were hospitalized longer before the surgery ($p = 0.0017$) and there was a longer surgery time ($p = 0.0059$). Among these patients raised temperature and fever occurrence was more often ($p = 0.0006$), and their hospitalization lasted significantly longer than patients without the SSI ($p < 0.0001$). No intergroup differences in terms of surgical site preparation, nutrition, smoking or ASA classification were stated ($p > 0.05$).

Conclusions: Longer preparation for surgery and longer time of surgery constituted significant factors of developing the SSI among tested group.

Key words: surgical site infection, risk factors, surgery.

OCENA JAKOŚCI MONITOROWANIA BÓLU POOPERACYJNEGO W PIELĘGNIARSTWIE CHIRURGICZNYM (NA PRZYKŁADZIE ODDZIAŁÓW ZABIEGOWYCH)

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF THE MONITORING OF OPERATIONAL PAIN IN SURGICAL NURSING (FOR EXEMPLE SURGICAL BRANCHES)

Lucyna Kiełbasa¹, Maria T. Szewczyk²

¹Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

²Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Streszczenie

Wstęp: Ból pooperacyjny mimo współczesnych osiągnięć medycyny pozostaje wciąż istotnym problemem. Wiele ośrodków specjalistycznych podjęło działania naprawcze w zakresie strategii leczenia bólu ostrego. Problematyka uśmierzenia bólu dotyczy wielu dyscyplin opieki zdrowotnej, w tym chirurgii, anestezjologii i pielęgniarstwa. Skuteczność uśmierzenia bólu pooperacyjnego powinna podlegać systematycznej ocenie w obszarze każdej dyscypliny, a wyniki winny służyć do doskonalenia procedur postępowania oraz modyfikacji zachowań w celu zapewnienia bezpiecznej opieki pooperacyjnej.

Cel pracy: Ocena jakości opieki w zakresie postępowania z bólem pooperacyjnym, z perspektywy pacjenta i pielęgniarki, na przykładzie szpitala mającego certyfikat akredytacji i szpitala bez certyfikatu.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 390 pacjentów oraz 81 pielęgniarek oddziałów zabiegowych. Do oceny jakości opieki pielęgniarstwa zastosowano Skalę klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym.

Wyniki: Uzyskane wyniki różniły się w zależności od miejsca prowadzenia badań dla placówki posiadającej certyfikat i dla placówki bez certyfikatu. W ocenie pacjentów stwierdzono wysoki poziom ogólnej oceny jakości opieki pielęgniarstwa (szpital z certyfikatem 64,22 pkt vs szpital bez certyfikatu 62,29 pkt). Najniżej oceniono obszar Działanie (szpital z certyfikatem 17,22 pkt vs szpital bez certyfikatu 16,61 pkt), nie uzyskano liczby punktów pożądanej dla wysokiej jakości opieki, co oznacza, że działania w zakresie leczenia bólu, choć wysoko ocenione, są niewystarczające i wymagają poprawy. Najgorzej oceniono zagadnienia dotyczące monitorowania przez pielęgniarki stopnia odczuwania dolegliwości bólowych na skali nasilenia bólu oraz

uwzględniania oczekiwań pacjenta w zakresie leczenia bólu. Ocena dokonana przez pielęgniarki nie uzyskała wskaźnika wysokiej jakości opieki (szpital z certyfikatem 50,51 pkt vs szpitala bez certyfikatu 45,10 pkt).

Wnioski: Oddziały, w których zaimplementowana została procedura monitorowania bólu pooperacyjnego, uzyskały znacznie wyższe oceny jakości opieki zarówno w opinii pielęgniarek, jak i pacjentów w odniesieniu do skali ogólnej oraz poszczególnych podskal.

Słowa kluczowe: ból pooperacyjny, opieka pooperacyjna, jakość.

Summary

Introduction: Post-operative pain in spite of the achievements of modern medicine still remains a major problem. Many specialized centers has taken corrective action with regard to the treatment strategy of acute pain. The issue of pain relief applies to many disciplines of health care, including surgery, anesthesia and nursing. The effectiveness of post-operative pain relief should be reviewed in the area of each discipline and the results should be used to improve procedures and behavior modification in order to ensure a safe post-operative care .

The aim of the study was to assess the quality of care in the treatment of postoperative pain, from the perspective of the patient and the nurse, for the example of a hospital certified accreditation and the hospital without a certificate.

Material and methods: The study included 390 patients and 81 nurses, surgical wards. The Clinical Quality Indicators Scale for Postoperative Pain, as standardized research tool, was used to assess the quality of nursing care.

Results: The results differed depending on the place of study for the certified institution and for the institution without a certificate. The patients found a high level of overall assessment of the quality of nursing care (hospital with certificate 64.22 points vs. hospital without a certificate 62.29 points). The lowest rated sub scale Action (hospital with certificate 17.22 points vs. hospital without a certificate 16.61 points), not obtained the required number of points required for a high quality of care, which means that the activities in the field of pain treatment, though highly rated, are inadequate and require improvement. The worst rated considerations relating to monitoring by nurses degree of feeling pain on the scale of the intensity of the pain, taking account of the expectations of the patient in the treatment of pain. Assessment by the nurses did not obtain an indicator of quality of care (hospital with certificate 50.51 points vs. hospital without a certificate 45.10 points).

Conclusions: Branches in which a procedure of monitoring of postoperative pain has been implemented

had higher quality assessment, as well as, in the opinion of the nurses and patients in relation to the overall scale and individual sub scales.

Key words: post-operative pain, post-operative care, quality.

PIELĘGNIARSKA OCENA STANU FUNKcjONALNEGO CHORYCH ŻYWIANYCH POZAJELITOWO W OKRESIE OKOŁOOPERACYJNYM

NURSERY ASSESSMENT OF FUNCTIONAL STATE OF PATIENTS WITH PARENTERAL NUTRITION IN PERIOPERATIVE PERIOD

Elżbieta Kozłowska¹, Maria T. Szewczyk¹,
Katarzyna Cierzniańska¹, Aleksandra Popow¹,
Zbigniew Banaszkiewicz²

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej, Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Wydział Lekarski, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Streszczenie

Wstęp: Okres okołoperacyjny to czas szczególnego zapotrzebowania metabolicznego, wymagający wsparcia żywieniowego, głównie w grupie chorych z cechami niedożywienia przedoperacyjnego oraz u chorych, u których występuje długotrwała niemożność żywienia drogą dojelitową. Do pierwotnych następstw niedożywienia zalicza się obniżenie masy mięśniowej i tłuszczowej oraz masy narządów wewnętrznych, co prowadzi w konsekwencji do pogorszenia ich wydolności. Z niedoborami mikro- i makroelementów oraz niedoborami białkowo-energetycznymi ściśle związane są zaburzenia funkcji poznawczych, w tym występowanie lęku oraz depresji.

Cel pracy: Pielęgniarska ocena stanu funkcjonalnego chorych żywionych pozajelitowo.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 91 chorych hospitalizowanych na Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 w Bydgoszczy w okresie od października 2013 r. do grudnia 2014 r., u których wdrożono leczenie żywieniem pozajelitowym. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy UMK w Toruniu CM w Bydgoszczy KB 460/2013. Badania przeprowadzono metodą perspektywną z wykorzystaniem technik pomiarów, wywiadu oraz badań antropometrycznych.

Wyniki: Wysoka, dodatnia zależność między oceną sprawności fizycznej chorego (skala Barthel) a ryzy-

kiem wystąpienia odleżyn (skala Norton) potwierdza oczekiwanie, że im mniejsza sprawność fizyczna, tym większe ryzyko wystąpienia odleżyn. Analizując różnice wyników początkowych i końcowych pomiarów badań antropometrycznych zaobserwowano, że średni obwód ramienia, grubość fałdu skórniego oraz wskaźnik masy ciała różnią się istotnie ($p < 0,001$). Wartości te w każdym przypadku obniżyły się znacznie pod koniec okresu żywienia. Poziom depresji i lęku mierzony pod koniec leczenia okazał się znacząco niższy od poziomu depresji i lęku zarejestrowanego w pomiarze początkowym ($p < 0,001$).

Wnioski: Mniejsza sprawność fizyczna zwiększa ryzyko wystąpienia odleżyn. Wskaźniki badań antropometrycznych (obwód ramienia, grubość fałdu skórniego oraz wskaźnik masy ciała) oceniane po zakończeniu żywienia pozajelitowego nie są znamienne wyższe od wskaźników ocenianych przed jego rozpoczęciem. Poziom depresji i lęku okazał się istotnie niższy po zakończeniu żywienia pozajelitowego w porównaniu z poziomem depresji i lęku przed jego rozpoczęciem.

Słowa kluczowe: żywienie pozajelitowe, stan funkcjonalny, ocena pielęgniarska.

Summary

Introduction: Perioperative period is a time for all metabolic needs, requiring nutrition support among patients with pre-operative undernourishment and among people with long term nutrition disability. To primary results of undernourishment belong: lower muscle and fat mass and internal organs mass, which leads to their worse functioning. Shortage of micro and macro-elements and also energetic shortages are connected with cognitive functions disorders including fear and depression presence.

Aim of the study: Nursery assessment of functional state of patients with parenteral nutrition.

Material and methods: The tested group constituted of 91 patients hospitalized in General Surgery, Gastroenterological, Colorectal and Oncological Clinical Wards of University Hospital no. 2 in Bydgoszcz from October 2013 to December 2014. All of the patients had parenteral nutrition implemented. The research was approved by Bioetic Committee of UMK in Toruń CM in Bydgoszcz KB 460/2013. The research was carried with the usage of prospective method with measurement techniques, interview and anthropometric tests.

Results: High, positive dependence between the assessment of physical state of patient (Barthel scale) and the risk of bedsores occurrence (Norton scale) confirms the expectations, that the lower physical activity the greater risk of bedsores occurrence. Analysing the differences between initial and last measurements of anthropometric tests it was observed that the average arm perimeter, thickness of skin fold and BMI differ si-

gnificantly ($p < 0.001$). These values in every case were lower significantly during the end of nutrition. The fear and depression level registered at the end of treatment was significantly lower than it was at the beginning ($p < 0.001$).

Conclusions: Lower physical activity increases the risk of bedsores. Anthropometric indicators (arm perimeter, skin fold thickness and BMI) assessed at the end of parenteral nutrition are not significantly higher than the indicators assessed at the beginning. The level of fear and depression appeared to be significantly lower after parenteral nutrition in comparison to the beginning of it.

Key words: parenteral nutrition, functional state, nursery assessment.

OCENA JAKOŚCI OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ U CHORYCH PODDANYCH INTERWENCJI CHIRURGICZNEJ

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF NURSING CARE IN PATIENTS AFTER SURGICAL INTERVENTION

Katarzyna Juszcak¹, Krystyna Jaracz², Izabela Kuberka³

¹Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu

²Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Streszczenie

Cel pracy: Ocena jakości opieki pielęgniarskiej w kontekście bólu pooperacyjnego u chorych poddanych interwencji chirurgicznej.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 291 pacjentów oddziałów zabiegowych – 162 kobiety (55,7%) i 129 mężczyzn (44,3%) w wieku 18–86 lat (średni wiek 51,7 roku; SD = 15,3). Do badań wykorzystano polską wersję skali Klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym (*Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management* – SCQIPP).

Wyniki: Średnia wyniku ogólnego skali SCQIPP w grupie pacjentów wynosiła 56,9 pkt (SD = 0,69) (zakres skali 14–70). Punktacja dla poszczególnych podskal przedstawiała się następująco: Komunikowanie – 12,2 pkt (SD = 2,5), Działanie – 14,1 pkt (SD = 3,8), Zaufanie – 17,6 pkt (SD = 2,8) i Środowisko – 12,8 pkt (SD = 2,4).

Wnioski: Poziom jakości opieki w kontekście bólu pooperacyjnego był wysoki. Zidentyfikowano obszary wymagające poprawy jakości opieki w obrębie dwóch

podskal: Działanie oraz Komunikowanie. Szczególnie istotne wydaje się promowanie działań na rzecz większej współpracy pomiędzy pacjentami i personelem oraz na rzecz systematycznej, ilościowej oceny bólu pooperacyjnego.

Słowa kluczowe: jakość opieki, ból pooperacyjny, opieka pielęgniarska.

Summary

Aim of the study was an assessment of the quality of nursing care in the context of post-operative pain in patients after surgical intervention.

Material and methods: The study group consisted of 291 patients surgical wards – 162 women (55.7%) and 129 men (44.3%) aged 18 to 86 years (mean age 51.7, SD = 15.3). The study used the Polish version of the Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management (SCQIPP).

Results: The average results of the general scale SCQIPP in the group of patients was 56.9 points. (SD = 0.69) (scale range 14-70). Scoring for the individual subscales were as follows: Communicating – 12.2 points (SD = 2.5), Action – 14.1 points (SD = 3.8), Trust – 17.6 points (SD = 2.8) and the Environment – 12.8 points (SD = 2.4).

Conclusions: The level of quality of care in the context of post-operative pain level was high. Identified areas for improvement in the quality of care within two subscales: Action and Communication. It seems especially important to promote measures for greater collaboration between patients and staff, and for systematic, quantitative assessment of the post-operative pain.

Key words: quality of care, post-operative pain, nursing care.

ZESPÓŁ CHRONICZNEGO ZMĘCZENIA W USZKODZENIACH PÓŁKULOWYCH MÓZGU JAKO ISTOTNY PROBLEM OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

CHRONIC FATIGUE SYNDROME IN THE HEMISPHERE BRAIN DAMAGE AS A SUBSTANTIAL PROBLEM IN THE NURSING CARE

Tadeusz Paweł Wasilewski

Katedra Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Zakład Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Krośnie

Streszczenie

Wstęp: Zespół chronicznego zmęczenia (zespół zmęczenia przewlekłego) jest subiektywnie odczuwa-

nym brakiem energii do rozpoczynania i podtrzymywania dowolnej aktywności pozostającym w związku z ogólnie występującymi znużeniem, męczliwością, brakiem inicjatywy i motywacji. Uczucie zmęczenia u pacjentów z półkulowymi uszkodzeniami mózgu jest zjawiskiem bardzo częstym i utrudniającym rehabilitację pacjenta, niekorzystnie wpływającym na przebieg rekonwalescencji i jakość życia chorego. Ma również niebagatelny wpływ na ocenę opieki pielęgniarskiej podejmowanej wobec chorych.

Cel pracy: Analiza zespołu zmęczenia przewlekłego występującego u pacjentów z półkulowymi uszkodzeniami mózgu oraz ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono wśród 112 chorych hospitalizowanych w Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej oraz Klinice Neurologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie.

W celu dokonania analizy zespołu zmęczenia przewlekłego i oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej wykorzystano Skalę pomiaru syndromu chronicznego zmęczenia oraz Kwestionariusz satysfakcji z opieki pielęgniarskiej.

Wyniki i wnioski: Przeprowadzone badania wykazały różnice istotne statystycznie w subiektywnej ocenie zmęczenia psychicznego pomiędzy grupami pacjentów z uszkodzeniami lewej (L) i prawej (P) półkuli mózgu (P, L) ($p < 0,05$). Wykazano w tym zakresie różnice istotne statystycznie w grupach kobiet i mężczyzn. Ponadto, analiza statystyczna uzyskanych wyników badań wykazała występowanie różnic istotnych statystycznie w ocenie atmosfery na oddziale szpitalnym i postaw pielęgniarek wobec chorych.

Słowa kluczowe: zespół chronicznego zmęczenia, satysfakcja z opieki, uszkodzenie mózgu.

Summary

Introduction: Chronic fatigue syndrome is a subjectively noticeable lack of energy to start and to keep any activity which is in conjunction with generally occurring weariness, malaise, lack of initiative and motivation. Fatigue among patients with the hemisphere brain damages, is a common phenomenon which impedes the treatment, adversely affects the course of convalescence and the quality of life of ill. It has also a substantial influence on the evaluation of the nursing care over ill patients.

The aim of the study was an analysis of chronic fatigue syndrome occurring among patients with hemisphere brain damage and the evaluation of the satisfaction deriving from a nursing care.

Material and methods: The research was conducted among 112 hospitalized patients in the Clinical Hospital of Neurosurgery, Clinical Hospital of Child Neurosurgery and Neurology of Independent Public Clinical

Hospital No. 4 in Lublin. For the purpose of the analysis of the chronic fatigue syndrome and the evaluation of the nursing care, The Scale Measurement of Chronic Fatigue Syndrome and the Questionnaire of Satisfaction deriving from Nursing Care were used.

Results and conclusions: The conducted research has demonstrated statistically substantial differences in the subjective evaluation of mental fatigue between patients with damages of the left (L) and right (R) hemisphere (R, L) ($p < 0.05$). Substantial statistical differences were also indicated between groups of women and men.

Moreover, the statistical analysis of obtained results indicated the occurrence of substantial differences in the evaluation of the atmosphere prevailing in hospital ward and the behavior of nurses towards patients.

Key words: chronic fatigue syndrome, satisfaction deriving from care, brain damages.

CHARAKTERYSTYKA WYSTĘPOWANIA DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH ODCINKA LĘDŹWIOWEGO W GRUPIE ZAWODOWEJ PIELĘGNIAREK KLINICZNYCH I ŚRODOWISKOWYCH

CHARACTERISTICS OF THE OCCURRENCE OF PAIN IN THE LUMBAR SPINE AMONG THE PROFESSIONAL GROUP OF CLINICAL AND DISTRICT NURSES

Tomasz Ridan¹, Grażyna Guzy¹, Aneta Sajdak¹, Arkadiusz Berwecki^{1,2}, Anna Spannbauer^{3,4}

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

⁴Oddział Chorób Wewnętrznych i Angiologii, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie

Streszczenie

Wstęp: Pielęgniarki czynne zawodowo, z racji charakteru pracy, narażone są na stale powtarzające się przeciążenia statyczne i dynamiczne układu ruchu. Celem pracy było zbadanie częstości występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa lędźwiowego w grupie zawodowej pielęgniarek klinicznych i środowiskowych.

Materiał i metody: Badaniem objęto grupę 90 czynnych zawodowo pielęgniarek, zatrudnionych w placówkach służby zdrowia powiatu limanowskiego, podzielonych na 30-osobowe grupy: I – pielęgniarki środowiskowe, II – pielęgniarki pracujące na oddziale urazowo-chirurgicznym, III – pielęgniarki pracujące na

oddziale paliatywno-pulmonologicznym. Wiek badanych mieścił się w przedziale 20–65 lat, a staż pracy – od 1 roku do 49 lat pracy zawodowej. Podstawę badań stanowiła autorska ankieta, protokół MDT McKenziego, diagram bólu Pain Drawings, kwestionariusz RMI. Uzyskane wyniki poddano obliczeniom statystycznym za pomocą programów Microsoft Excel 2010 oraz Statistica 10.0 ($p = 0,05$).

Wyniki: Stwierdzono występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa lędźwiowego na poziomie 90% badanych, w tym u 70% (63 osoby) dolegliwości występowały przynajmniej raz do roku. Analiza wyników wykazała istotną zależność między charakterem pracy a występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa ($p = 0,0066$) – pielęgniarki środowiskowe były istotnie częściej narażone na występowanie dolegliwości. Nie stwierdzono występowania istotnej zależności między występowaniem bólu w odcinku lędźwiowym kręgosłupa a poziomem niepełnosprawności w skali RMI dla poszczególnych grup pielęgniarek środowiskowych ($p = 0,2929$), urazowych ($p = 0,9637$) oraz paliatywnych ($p = 0,4137$).

Wnioski:

1. Dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowego są powszechnym problemem wśród pielęgniarek czynnych zawodowo, szczególnie w grupie pielęgniarek środowiskowych.

2. Pielęgniarki pracujące na oddziale urazowym rzadziej wykazują niski stopień niepełnosprawności z powodu występujących dolegliwości niż pozostałe grupy pielęgniarek.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, zespoły bólowe kręgosłupa lędźwiowego, kwestionariusz RMI.

Summary

Introduction: Nurses active professionally, because of the nature of their work, are exposed to recurring static and dynamic overload of the motion system. The aim of the study was to investigate the occurrence of pain in the lumbar spine among the professional group of clinical and district nurses.

Material and methods: The study included a group of 90 professionally active nurses employed in the health care institutions of Limanowa districts, divided into about 30-person groups: I – district nurses, II – nurses working in a traumatic-surgical ward, III – nurses working in a palliative-pulmonary ward. The age of the respondents ranged between 20-65 years, and seniority – from 1 year to 49 years of professional work. The basis of the research was the author's survey, McKenzie MDT protocol, Pain Drawings diagram and RMI questionnaire. The results were calculated with the use of Microsoft Excel 2010 and Statistica 10.0 ($p = 0.05$).

Results: The occurrence of pain in the lumbar spine was found in 90% of the respondents, including 70%

(63 patients) with the symptoms occurring at least once a year. Analysis of the results showed a significant correlation between the nature of work and the occurrence of back pain ($p = 0.0066$) – district nurses were significantly more vulnerable to the occurrence of the symptoms. There was no significant correlation between the occurrence of pain in the lumbar spine and the level of disability on RMI scale for particular groups of district ($p = 0.2929$), traumatic ($p = 0.9637$) and palliative ($p = 0.4137$) nurses.

Conclusions:

1. Pain in the lumbar spine is a common problem among professionally active nurses, particularly in the group of district nurses.

2. Nurses working in the traumatic ward more rarely have a low level of disability due to the occurring ailments than other groups of nurses.

Key words: nurse, cervical pain, RMI questionnaire.

SESJA VI. VARIA

IDENTYFIKACJA CZYNNIKÓW RYZYKA ROZWOJU ODLEŻYŃ

IDENTIFICATION OF DECUBITUS ULCER DEVELOPMENT RISK

Aleksandra Popow, Maria Szewczyk,
Katarzyna Cierzniałowska, Elżbieta Kozłowska

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Streszczenie

Wstęp: Skuteczna profilaktyka odleżyn powinna zabezpieczyć chorego przed ich rozwojem. Pomimo wielu podejmowanych działań leczniczo-pielęgnacyjnych odleżyny występują u chorych na całym świecie, zarówno w opiece domowej, jak i w placówkach ochrony zdrowia. Do ich występowania przyczynia się szereg czynników zewnętrznych (ciśnienie wywierane na tkanki, tarcie, siły ścinające, wilgoć), a także wewnętrznych (np. zaburzenia funkcji skóry, osłabiona mobilność, gorączka, anemizacja, niedożywienie). Nierzadko występowanie odleżyn wynika z połączenia wielu czynników.

Cel pracy: Próba odpowiedzi na pytanie, czy chorzy, u których doszło do rozwoju odleżyn w trakcie hospitalizacji, różnili się pod względem narażenia na potencjalne czynniki ryzyka od osób, u których odleżyny rozwinęły się podczas pobytu w domu.

Materiał i metody: Badania o charakterze prospektywnym prowadzono w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy. Grupę badaną stanowiło

34 chorych, u których odleżyny występowały przed hospitalizacją, i 95 chorych, u których odleżyny rozwinęły się w trakcie pobytu w szpitalu. Łącznie grupa badana liczyła 129 osób. Średnia wieku badanych wynosiła $70,42 \pm 14,31$ roku. Na podstawie dokumentacji medycznej i skali Norton oceniano czynniki ryzyka rozwoju odleżyn.

Wyniki: W grupie chorych, u których odleżyny rozwinęły się w trakcie hospitalizacji, w porównaniu z chorymi przyjętymi z odleżyną, obserwowano: istotnie mniejsze średnie wartości stężenia hemoglobiny ($p = 0,01$), występowanie stanu podgorączkowego podczas hospitalizacji ($p < 0,001$) oraz znamienne niższą punktację poziomu aktywności ocenianej w skali Norton ($p = 0,03$). Badane grupy chorych nie różniły się w zakresie częstości występowania chorób współistniejących, w tym: udaru mózgu, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, miażdżycy, POChP i astmy ($p > 0,05$). W grupie pacjentów, którzy nabyli odleżyny w szpitalu, znamienne częściej dochodziło do zgonu w trakcie hospitalizacji ($p = 0,006$).

Wnioski: Ze wszystkich analizowanych czynników ryzyka do rozwoju odleżyn podczas pobytu w szpitalu przyczyniło się występowanie stanu podgorączkowego i małe stężenie hemoglobiny.

Słowa kluczowe: odleżyna, czynniki ryzyka, hospitalizacja.

Summary

Introduction: The successful bedsores prophylaxis should protect the patient from their development. However, despite numerous medical and caring actions, bedsores occur among patients all over the world, both in home care as well as in hospitals. Their occurrence is caused by the variety of factors, both internal (e.g. tissue pressure, friction, shearing forces, humidity) and external (e.g. skin functioning disorders, low mobility, fever, malnutrition). Often, bedsores occurrence results from connection of many factors.

The aim of this work was to try to answer the question: Do patients, which had decubitus ulcer development during hospitalization, differ in terms of exposure on potential risk factors from people, who had decubitus ulcer development being at home?

Material and methods: The prospective tests were carried out in Jan Biziel University Hospital no. 2 in Bydgoszcz. The tested group constituted of 34 patients, among which bedsores occurred before hospitalization and 95 patients, among which bedsores occurred during the hospitalization. The group in total constituted of 129 patients. The average age was 70.42 ± 14.31 . The risk factors of bedsores development was assessed based on medical documentation and Norton scale.

Results: In the group of patients, among which bedsores developed during hospitalization, in comparison

to patients with bedsores developed before it, observed features were: significantly lower average hemoglobin concentration ($p = 0.01$), raised temperature during hospitalization ($p < 0.001$) and significantly lowered score of activity level according to Norton scale ($p = 0.03$). The tested groups did not differ in terms of concurrent diseases occurrence, including: cerebral stroke, hypertension, diabetes, arteriosclerosis, COPD and asthma ($p > 0.05$). In group of patients, who gained bedsores during hospitalization, significantly more often died ($p = 0.006$).

Conclusions: From all analyzed risk factors, the occurrence of subferible temperature and the low concentration of hemoglobin contributed to the development of decubitus ulcer during hospitalization.

Key words: decubitus ulcer, risk factors, hospitalization.

OPIEKA OKOŁOOPERACYJNA NAD PACJENTAMI W STARSZYM WIEKU PODDANYMI PROCEDUROM ZABIEGOWYM

PERI-OPERATIVE CARE OF THE ELDERLY SURGICAL PATIENTS UNDERGOING OF SURGICAL PROCEDURES

Marta Muszaliak

Katedra i Klinika Geriatrii, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Streszczenie

Druga połowa XX wieku była okresem intensywnych zmian demograficznych na świecie. Głównym celem opieki geriatrycznej jest utrzymanie niezależności życiowej ludzi starszych. Ważnym zadaniem jest wczesne diagnozowanie czynników wpływających na obniżenie i ograniczenie samodzielności, poprzez objęcie ludzi starszych programami profilaktycznymi, promocją zdrowia, leczeniem przyczynowym schorzeń oraz rehabilitacją i usprawnianiem. Złożone problemy zdrowotne osób starszych wynikają z postępujących zmian inwolucyjnych, wielochorobowości, zmniejszenia sprawności funkcjonalnej, pogorszenia sytuacji materialnej i innych czynników. Z wiekiem związane jest obniżenie fizjologicznych rezerw prawdopodobnie związanych ze schorzeniami, obniżenie funkcji poznawczych, osłabienie oraz wielolekowość. Często pacjenci w starszym wieku poddawani są różnego rodzaju zabiegom chirurgicznym. W porównaniu z młodszymi pacjentami, chirurgiczni pacjenci w starszym wieku są relatywnie bardziej narażeni na wysokie ryzyko śmiertelności i zachorowalności po planowych, a zwłaszcza nagłych zabiegach. Wielodyscyplinarna opieka okołoperacyjna

poprawia wyniki zabiegów chirurgicznych. Celami opieki okołoperacyjnej jest leczenie pacjentów w podszym wieku w odpowiednim czasie, optymalizowanie sposobów rehabilitacji, aby uniknąć powikłań pooperacyjnych. Efektywna opieka okołoperacyjna zwiększa prawdopodobieństwo powrotu starszych pacjentów do ich miejsca zamieszkania oraz utrzymania zdrowia. Pooperacyjne majaczenie jest częste, lecz nierozpoznane wśród tych pacjentów oraz opóźnia rehabilitację. Multimodalna strategia interwencji jest tu rekomendowana. U pacjentów w starszym wieku powinno się wziąć pod uwagę sprawność umysłową przy podejmowaniu decyzji o leczeniu. Dobra komunikacja jest istotna w tym procesie.

Słowa kluczowe: opieka okołoperacyjna, starsi ludzie, chirurgiczny pacjent w starszym wieku, procedury zabiegowe.

Summary

The second half of the 20th century was a time of or period of change in the demographic structure in the world. Maintenance independency of elderly people is the general aim of geriatric care on the world. Prophylactic programs, promotion of health, casual treatment and rehabilitation are important tasks in the early diagnosis of harmful factors affecting the reduction and limitation of independence of elderly. The complex health problems of the elderly arise from progressive involution changes, multidisease, reduced functional capacity, deterioration of the financial situation and other factors. There is an age-related decline in physiological reserve, which may be compounded by illness, cognitive decline, frailty and polypharmacy. Often, elderly patients are undergoing to various types of surgery. Compared with younger surgical patients, the elderly are at relatively higher risk of mortality and morbidity after elective and (especially) emergency surgery. Multidisciplinary care improves outcomes for elderly surgical patients. The aims of peri-operative care are to treat elderly patients in a timely, dignified manner, and to optimize rehabilitation by avoiding postoperative complications.

Effective peri-operative care improves the likelihood of very elderly surgical patients returning to their same pre-morbid place of residence, and maintain the health.

Postoperative delirium is common, but under diagnosed, in elderly surgical patients, and delays rehabilitation. Multimodal intervention strategies are recommended for preventing postoperative delirium. Elderly patients should be assumed to have the mental capacity to make decisions about their treatment. Good communication is essential to this process.

Key words: peri-operative care, older adults, elderly surgical patient, surgical procedures.

CZY RODZAJ ZASTOSOWANEGO SYSTEMU KOMPRESYJNEGO MOŻE MIEĆ WPŁYW NA REDUKCJĘ OWRZODZEŃ NAWROTOWYCH?

HAS THE KIND OF USED COMPRESSIVE SYSTEM GOT AN INFLUENCE ON THE ULCERATION RESURGENCE REDUCTION?

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

¹Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³Katedra Chirurgii Naczyniowej, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Streszczenie

Wstęp: Owrzodzenia żyłne kończyn dolnych charakteryzują się wysoką liczbą nawrotów. Liczne badania epidemiologiczne podają, że owrzodzenia żyłne charakteryzują się wysokim wskaźnikiem nawrotów – ok. 26–70%. Chorzy poddający się regularnej kontroli, znajdujący się pod stałą opieką specjalistów mogą znacznie wydłużyć okres remisji lub nawet uniknąć ponownego owrzodzenia. Uważa się, że najbardziej skuteczną metodą profilaktyki jest kontynuacja kompresjoterapii.

Cel pracy: Ocena występowania nawrotowych owrzodzeń żylnych goleni w okresie 10 lat w materiale Poradni Leczenia Owrzodzeń Żylnych Goleni.

Materiał i metody: Badania retrospektywne polegały na analizie dokumentacji medycznej chorych z rozpoznaniem owrzodzeniem żylnym goleni leczonych w latach 2001–2011. Łącznie analizie poddano dokumentację medyczną 676 chorych. Podstawowym kryterium włączenia była prawidłowa wartość wskaźnika kostka–ramię (ABI = 0,9–1,3) oraz potwierdzenie przewlekłej niewydolności żyłnej w badaniu Duplex Scan. Do badania zakwalifikowano 351 osób, z badania wyłączone 325 chorych, wśród których ABI wynosił mniej niż 0,9 lub powyżej 1,25 lub występowały choroby współistniejące, np. cukrzyca.

Wyniki: Grupę chorych z owrzodzeniem nawrotowym stanowiło 45 przypadków owrzodzeń (38 chorych), średnia wieku wynosiła 64,53 ±11,22. Z kolei nawrót owrzodzenia nie wystąpił w 105 przypadkach (34,31%) u 91 mężczyzn. W analizie wieloczynnikowej niezależnymi czynnikami ryzyka nawrotu owrzodzenia była niewydolność żył układu głębokiego (OR = 15,12; 95% CI: 1,51–151,14; $p < 0,020$), uznanie przez pielęgniarkę za nieprawidłowe umiejętności pacjenta w zakresie kompresjoterapii (OR = 15,07; 95% CI: 1,75–

129,50; $p < 0,013$), ograniczenie aktywności fizycznej w zakresie zginania stawu skokowego (OR = 14,43; 95% CI: 1,78–117,01; $p < 0,012$), bardzo dobra samoocena umiejętności pacjenta w zakresie kompresjoterapii (OR = 5,34; 95% CI: 2,00–14,29; $p < 0,001$). W obu badanych grupach stosowano kompresjoterapię dwu- lub czterowarstwową i nie wykazano istotnych różnic w częstości występowania nawrotów zależnie od rodzaju systemu kompresyjnego.

Wnioski: Nawrót owrzodzenia uzależniony był w od rodzaju niewydolnego układu żylnego, współpracy w zakresie stosowania kompresjoterapii, ruchomości stawu skokowego.

Słowa kluczowe: owrzodzenie żyłne, owrzodzenie nawrotowe, kompresjoterapia.

Summary

Introduction: The lower venous extremity ulceration characterise with the high number of resurgences. Many epidemiological studies prove that the venous ulceration is known from the high resurgences index which is about 26-70%. Diseased people who reconcile regular control and who are under a constant specialistic care, they are able to extend the remission period or even avoid another ulceration. It is believed that the most effective prevention method is the compress therapy continuation. **Aim of the study** was to result the resurgence venous crus ulceration appearance within the period of 10 years among the Venous Crus Ulceration Healing Clinic materials.

Material and methods: Retrospective research was about to analyse the medical documents of patients with recognised venous crus ulceration, being healed in 2001-2011. The analysis involved the medical documents of 676 diseased people. The basic implication criterion was the proper ankle-brachial index value (ABI = 0.9-1.3) and also the confirmation of chronic venous insufficiency in Duplex Scan research. There were 351 people qualified to the studies, out of whom 325 were excluded because the ABI was below 0.9 or above 1.25, or some of the coexistence diseases appeared i.e. diabetes.

Results: The group of people with resurgence ulceration consisted of 45 ulceration cases (38 diseased), the average age was 64.53 ± 11.22 . However the resurgence ulceration did not appear in 105 cases (34.31%) among 91 men. In the multifactorial analysis, the independent resurgence ulceration risk factors were deep vein insufficiency (OR = 15.12; 95% CI: 1.51-151.14; $p < 0.020$), a nurse considered patient's compressotherapy abilities as improper (OR = 15.07; 95% CI: 1.75-129.50; $p < 0.013$), to limit an ankle joint movements (OR = 14.43, 95% CI: 1.78-117.01; $p < 0.012$), very positive patient's self- assessment in range of compressotherapy

abilities (OR = 5.34; 95% CI: 2.00-14.29; $p < 0.001$). In both researched groups the two- and four-tier compressotherapy were applied and any essential differences were not proved in the frequency of resurgences presence which were depending on the kind of compress system.

Conclusions: The ulceration resurgence was dependent on the kind of venous insufficiency and vast cooperation in the range of compressotherapy employing and ankle joint movements either.

Key words: venous ulceration, resurgence ulceration, compressotherapy.

NIEDOKRWIENNA RANA PRZEWLEKŁA U CHORYCH BEZ CUKRZYCY

Mariola Sznapka

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 7, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca

Streszczenie

Wstęp: Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych (PNKD) obejmuje 6–8% populacji powyżej 60. roku życia, wzrastając znacznie w kolejnych dziesiątkach lat starzejącej się populacji Polski i Europy. W USA 8 mln Amerykanów cierpi z powodu PNKD, mimo prawidłowego leczenia w ciągu roku 30% z nich utraci kończynę, 25% umrze, a jedynie u 45% może spodziewać się poprawy stanu zdrowia (Bunte). Według badania Phlebos II (Ziaja i wsp.) 8–12% pacjentów z PNKD jest leczonych w różnych województwach z powodu przewlekłej niewydolności żyłnej.

Cel pracy: Z tych względów autorzy postanowili przygotować schemat propozycji opieki nad pacjentem leczonym z powodu PNKD z raną przewlekłą.

Materiał i metody: Rana przewlekła u pacjenta z PNKD lub KNKD jest spowodowana zmniejszeniem przepływu – perfuzji krwi, a tym samym spadkiem ciśnień tkankowych, onkotycznych i osmotycznych w przedziałach powięziowych stopy. Pacjenci z raną przewlekłą stopy są bardzo często obciążeni innymi chorobami spowodowanymi miażdżycą, takimi jak zawał serca czy udar mózgu. Praktycznie wszyscy są nałogowymi palaczami, palą 20–40 papierosów dziennie przez 30–45 lat. U większości z nich spostrzega się znacznego stopnia zaniedbania higieniczne.

Wyniki i wnioski: Autorzy opracowali schemat badania podologicznego przeprowadzonego przez pielęgniarkę, który umożliwia zastosowanie adekwatnego, indywidualnego postępowania z każdym pacjentem z rozpoznaniem rany przewlekłej oraz martwicy suchej i zakażonej.

Słowa kluczowe: miażdżycy, rana niedokrwienna.

OCENA WYSTĘPOWANIA DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH KRĘGOSŁUPA SZYJNEGO WŚRÓD PACJENTÓW PO POMOSTOWANIU AORTALNO-WIEŃCOWYM (CABG) EVALUATION OF THE OCCURRENCE OF PAIN IN THE CERVICAL SPINE IN PATIENTS AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING (CABG)

Tomasz Ridan¹, Agnieszka Cul¹, Grażyna Guzy¹,
Anna Spannbauer^{2,3}, Arkadiusz Berwecki^{1,4}

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

²Zakład Chirurgii Doświadczalnej i Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

³Oddział Chorób Wewnętrznych i Angiologii, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie

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

Streszczenie

Wstęp: Celem pracy była ocena występowania dolegliwości bólowych odcinka szyjnego kręgosłupa u chorych po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego (*coronary artery bypass grafting* – CABG).

Materiał i metody: Badaniami objęto grupę 150 pacjentów po zabiegu CABG. Średnia wieku badanych wyniosła 69 lat. Średni czas od zabiegu CABG wyniósł 5,28 roku (SD = 3,95). Ostatecznie do badań, na podstawie występujących dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego, zakwalifikowano 64 osoby w wieku 58–86 lat ($\chi = 68,75$, SD = 7,44). Badania przeprowadzono w Poradni Kardiologicznej Szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie. Podstawę badań stanowiła autorska ankieta, kwestionariusz Neck Disability Index (NDI), skala VAS oraz diagram Pain Drawings. Obliczeń wykonano za pomocą arkusza kalkulacyjnego Excel 2010 oraz pakietu statystycznego Statistica v.10.0 PL.

Wyniki: Pojawienie się lub nasilenie bólu w okolicy kręgosłupa szyjnego po zabiegu odnotowano u 64 badanych (43%). Uzyskana średnia wartość skali VAS wyniosła 5,22 pkt (SD = 2,21), średnia wartość kwestionariusza NDI – 19,00 pkt (SD = 7,68 pkt). Nie stwierdzono zależności statystycznej między płcią badanych a stopniem niesprawności ($p = 0,8224$), między poziomem niesprawności a odstępem czasowym od zabiegu ($p = 0,587871$). Nie stwierdzono istotnego statystycznie różnicowania stopnia niesprawności wieku badanych od zabiegu CABG ($p = 0,355914$) oraz nasilenia dolegliwości bólowych odcinka szyjnego kręgosłupa do upływającego czasu od zabiegu ($p = 0,689469$).

Wnioski:

1. Występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego u pacjentów po zabiegu CABG nie jest

zjawiskiem powszechnym, a sam zabieg oraz czas od wykonania zabiegu nie wpływają istotnie na nasilenie występujących już dolegliwości.

2. Płeć nie jest czynnikiem różnicującym występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego.

Słowa kluczowe: zabieg pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG), zespoły bólowe kręgosłupa szyjnego, kwestionariusz NDI.

Summary

Introduction: The aim of this study was to evaluate the occurrence of pain in the cervical spine in patients after the surgery of coronary artery bypass grafting (CABG).

Material and methods: The study included a group of 150 patients after the surgery of coronary artery bypass grafting. The mean age was 69 years. An average time after CABG surgery was 5.28 years (SD = 3.95). Finally, 64 people aged 58–86 years ($\chi = 68.75$, SD = 7.44) were qualified for the research, based on the pain in the cervical spine. The study was conducted at Cardiosurgery Outpatient Clinic in John Paul II Hospital in Krakow. The basis of the research was the author's survey, NDI questionnaire, VAS scale and Pain Drawings diagram. The calculations were performed with the use of Excel 2010, and the statistical package Statistica v.10.0 PL.

Results: The emergence or intensification of pain in the vicinity of the cervical spine after the surgery was reported in 64 patients (43%). The average value obtained from the VAS scale was 5.22 points (SD = 2.21), the average value from the NDI questionnaire – 19.00 points (SD = 7.68 points). There was no statistical correlation between the gender of the respondents and the degree of disability ($p = 0.8224$), between the level of disability and the interval after the surgery ($p = 0.587871$). There was no statistically significant differentiation in the degree of disability depending on the age of patients after CABG surgery ($p = 0.355914$), and the severity of pain in the cervical spine depending on the length of time after the surgery ($p = 0.689469$).

Conclusions:

1. Occurrence of pain in the cervical spine in patients after coronary artery bypass grafting (CABG) is not a common phenomenon, and the treatment itself and time after the operation do not influence significantly the severity of already existing ailments.

2. Gender is not a differentiating factor for the occurrence of pain in the cervical spine.

Key words: coronary artery bypass grafting (CABG), cervical pain, NDI questionnaire.