RAK
JELITA GRUBEGO

PORADNIA
MEDYCYNY PRACY

OPIEKA
NAD PACJENTEM ZE STOMIĄ

4/2017 (5)

Poradnik Pacjenta

www.zoz-debica.pl

Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy

KOLONOSKOPIA

"ZŁOTY STANDARD" BADANIA JELITA GRUBEGO

SPIS TREŚCI

kolonoskopia ..... str 3

Rak jelita grubego ..... str 6

fizjoterapia ..... str 8

opieka nad pacjentem ze stomia ..... str 10

apteka szpitalna ..... str 13

profilaktyka raka jamy ustnej ..... str 17

poradnia medycyny pracy ..... str 18

szpital z uśmiechem

Wydawca:
Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy
39 – 200 Dębica, ul. Krakowska 91
Redakcja:
Redaktor Naczelny - lek med. Wojciech Barański
Redaktor naukowy - dr n. med. Lesław Ciepiela
Opracowanie graficzne – mgr Piotr Krasoń
Kontakt: e-mail: biuletyn@zoz-debica.pl
Druk: [zet] drukarnia cyfrowa
Nakład: 500 sztuk
Biuletyn ukazuje się jako kwartalnik.
Dostępny jest również w formie cyfrowej pod adresem:
http://www.zoz-debica.pl/biuletyn.html

okładka fot. mgr Ernest Garstka

fot. mgr Ernest Garstka

KOLONOSKOPIA

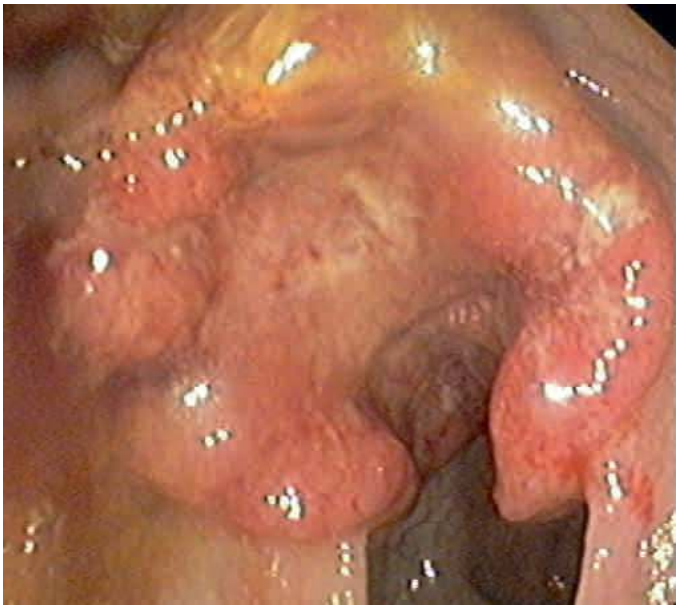
złoty standard badania jelita grubego

Endoskopia (endo - scopia) – to rodzaj badania diagnostycznego lub zabiegu leczniczego polegający na wprowadzeniu do wnętrza organizmu specjalnego narzędzia zwanego endoskopem. Pierwsze wziernikowanie żołądka wykonano pod koniec XIX wieku. Jednak badanie giętkim endoskopem (fiberoskopem) było możliwe dopiero w latach trzydziestych XX w. Kolejne etapy technicznego rozwoju to wprowadzenie światłowodów, a potem miniaturowej kamery na końcu endoskopu (tzw. videoendoskopy). Osiągnięciami ostatnich lat są: obrazowanie w wąskim paśmie światła (NBI), obrazowanie w wysokiej rozdzielczości (HD), próby wykonywania zabiegów w obrazie trójwymiarowym (3D), różne rodzaje barwienia błony śluzowej, mikroskopia endoskopowa.

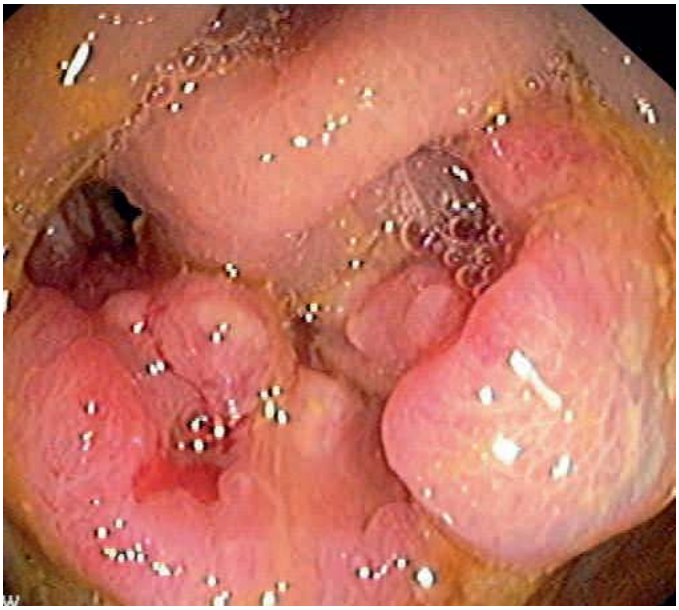
Podczas badania endoskopowego możliwe jest nie tylko oglądanie ale też pobieranie wycinków do badania histopatologicznego, usuwanie zmian polipowatych (polipektomia), usuwanie płaskich zmian (ESD), niszczenie tkanek chorobowo zmienionych przy pomocy elektrokoagulacji lub koagulacji plazmą argonową (APC), poszerzanie światła przewodu pokarmowego z ewentualnym założeniem protezy samorozprężalnej, tamowanie krwawień w razie potrzeby.

Rak jelita grubego pod względem częstości znajduje się na drugim miejscu: u kobiet po raku piersi a u mężczyzn po raku płuca. Jest odpowiednio trzecią i drugą przyczyną zgonów wśród pacjentów chorujących na nowotwory, dlatego tak ważne jest wykonanie kolonoskopii po czterdziestym roku życia u osób obciążonych genetycznie (rak u członków rodziny w pierwszym stopniu pokrewieństwa) oraz u pozostałych osób po pięćdziesiątce. Oczywiście badanie takie wykonuje się w różnym wieku, gdy występują niepokojące objawy ze strony przewodu

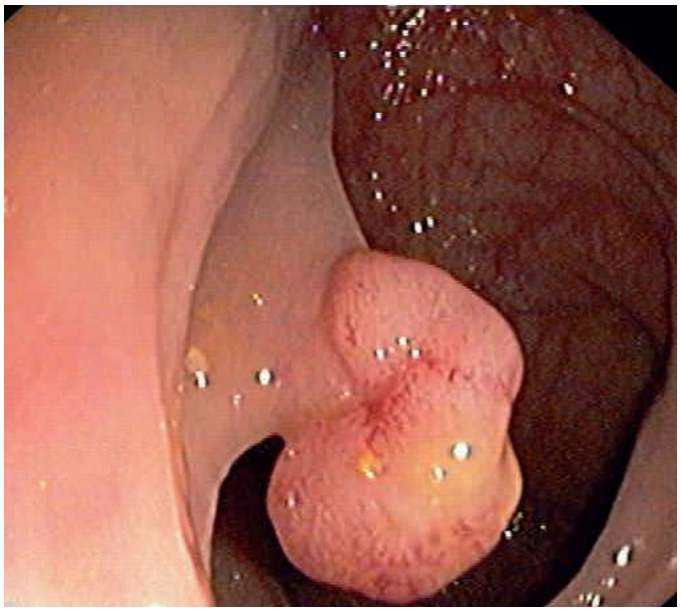
owsik



rak jelita grubego



rak jelita grubego



polip jelita grubego

wrzodziejące zapalenie jelita grubego

uchyłki esicy

fot. archiwum pracowni

fot. mgr Ernest Garstka

fot. mgr Ernest Garstka

pokarmowego (bóle brzucha, zaparcia, wzdęcia, krwawienia, utrata wagi ciała, anemia).

Usunięcie zmian polipowatych w czasie kolonoskopii może uchronić człowieka przed rozwojem raka inwazyjnego, który wymaga leczenia operacyjnego i często leczenia systemowego.

Badanie endoskopowe, pomimo że jest inwazyjne pozwala rozpoznać również zapalenia jelita grubego, uchyłki, zmiany naczyniowe, bardzo rzadko pasożyty. Nadzór endoskopowy jest niezbędny po resekcji jelita z powodu nowotworu, po usunięciu polipów, u osób chorujących na wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub chorobę Leśniowskiego - Crohna.

Wyjątkowo szybki rozwój technik badania, endoskopów oraz narzędzi pozwala wykonywać coraz większą ilość różnych rodzajów zabiegów i jest codzienną praktyką szpitalną. Obok innych dziedzin endoskopia należy do technik małoinwazyjnych, szczególnie przydatnych u osób w podeszłym wieku oraz z licznymi schorzeniami.

lek. med. Stanisław Plata,

Specjalista chirurgii ogólnej, absolwent Collegium Medicum UJ w Krakowie, Członek Sekcji Chirurgii Endoskopowej Polskiego Towarzystwa Chirurgów, Kierownik Pracowni Endoskopii w ZOZ w Dębicy.

fot. mgr Ernest Garstka

RAK

Jel it a gr ubego

Rak jelita grubego to jeden z bardziej podstępnych nowotworów, gdyż rozwija się nie dając przez wiele lat żadnych symptomów. Zanim rak jelita ostro zaatakuje może upłynąć nawet 10 lat. Dlatego tak ważne jest, by wykonywać badania kontrolne, pozwalają one bowiem wykryć nowotwór we wczesnym stadium, gdy są bardzo duże szanse na jego wyleczenie.

Niestety, brak symptomów nowotworu jelita grubego we wczesnej fazie rozwoju często jest powodem, że do lekarza zgłaszamy się za późno. Wiele zależy od nas samych - jeśli regularnie odwiedzamy lekarza, badamy się oraz odpowiednio się odżywiamy, możemy pokonać chorobę.

Objawy raka jelita grubego

Rak jelita grubego rozwija się bardzo podstępnie i przez wiele lat nie daje żadnych objawów. Jednak niepokój powinny wzbudzić:

- Dokuczliwe zaparcia - gdy rak się rozwija (czyli, gdy rozrastają się polipy wewnątrz jelita) zmniejsza się jego wewnętrzny przekrój (tzw. światło jelita). W przypadku bardzo zaawansowanego raka może to doprowadzić do niedrożności jelita.
- Zmiana rytmu wypróżnień, której nie można wytłumaczyć zmianą diety lub trybu życia.
- Biegunki połączone z oddawaniem dużej ilości gazów, które utrzymują się przez wiele tygodni.
- Anemia, którą najczęściej odczuwamy w postaci osłabienia sprawności, większej podatności na zmęczenie i podwyższonej temperatury.
- Bóle w dole brzucha i dolnych partiach ple-

fot. freepik.com

ców, uczucie dyskomfortu, nudności, wymioty.

• Nudności oraz poczucie niepełnego wypróżnienia.

• Ślady krwi na papierze lub bieliźnie, krwawienia z odbytu. Tu bardzo ważne jest odgraniczenie krwawień, które mogą być spowodowane pęknięciem guzków krwawniczych, czyli hemoroidów. Każdy z tych objawów powinien nas skłonić do wizyty u lekarza.

Najważniejszy w leczeniu raka jest czas

W większości przypadków rak jelita grubego powstaje z polipów (łagodnych gruczolaków), które tworzą się na wewnętrznych ścianach jelita. Przemiana gruczolaka w nowotwór trwa około 10 lat. Jeśli nie możemy od razu zgłosić się do lekarza z niepokojącymi objawami, można samodzielnie wykonać test na obecność krwi w kale (tzw. test na krew utajoną). Wystarczy w aptece kupić odpowiedni zestaw testowy. Nawet jeśli jego wynik będzie negatywny, a pojawią się inne dolegliwości warto skontaktować się z lekarzem, by ustalić przyczynę złego samopoczucia. Już wiemy, że rak jelita grubego rozwija się początkowo nie dając żadnych sygnałów. Lepiej więc sprawdzić, czy nie dzieje się coś złego. Szczególną ostrożność powinny zachować osoby, których krewni chorowali na nowotwory, mają znaczną nadwagę, źle się odżywiają, nadużywają mocnej kawy, herbaty oraz alkoholu.

Profilaktyka raka jelita grubego

Każda osoba (niezależnie od płci), która ukończyła 50 lat powinna się poddać kolonoskopii. To bardzo ważne, decydujące o dalszym życiu badanie. Tylko w ten sposób można wykryć wszystkie zmiany przedrakowe czyli polipy, nazywane też gruczolakami. Łatwo je usunąć zanim przekształcą się w zmiany nowotworowe. Niestety, choć badanie można wykonać nieodpłatnie, nadal niewiele osób z niego korzysta. I właśnie dlatego wyniki leczenia raka jelita grubego są w Polsce wciąż niezadowalające. Około 70 proc. chorych zgłasza się do lekarza, gdy rak już poczynił ogromne spustoszenie w organizmie i nie można myśleć o bardzo skutecznej terapii. Osoby, które zgłaszają się do specjalisty z I stopniem rozwoju choroby mają 90 procent szans na wyleczenie, gdy w II – 63 - 72 proc. III stopień rozwoju raka jelita grubego daje taką nadzieję tylko 50 procentom pacjentów, a IV zaledwie 17. Jest więc o co zabiegać.

Jak zapobiegać rakowi jelita grubego?

Osoby obciążone rodzinnie nowotworami powinny obserwować swój organizm, a w odpowiednim momencie wykonać kolonoskopię. Ale i ci, którzy nie są dziedzicznie obciążeni, powinni chronić się przed tym rodzajem nowotworu.

Rak jelita grubego lubi atakować osoby otyłe. By zmniejszyć ryzyko zachorowania pilnujmy, by BMI utrzymywało się w granicach 20-25. Ważna jest także codzienna aktywność fizyczna (przynajmniej 1 godzina dziennie) i raz w tygodniu godzina intensywnego treningu. Ale najważniejsza jest dieta. Jej podstawą powinny być warzywa i owoce (400-800 g dziennie) oraz produkty zbożowe (600-800 g dziennie). Warzywa są bogatym źródłem błonnika, witamin C i E oraz kwasu foliowego. Błonnik nie tylko zwiększa masy kałowe i przyśpiesza pasaż jelitowy, ale także neutralizuje kwasy żółciowe. Wśród produktów zbożowych największym dobrodziejem dla naszych jelit są otręby pszenne, bo ułatwiają pracę jelita. Można je dodawać do kefiru, jogurtu, a nawet twarogu. Nieodłącznym elementem diety powinien być też nabiał, bo zawarty w nim wapń dobrze wiąże kwasy żółciowe. Dieta antyrakowa musi być uboga w czerwone mięso (nie więcej niż 80 g dziennie, czyli np. średniej wielkości kotlet mielony, jedna bitka czy kotlet) oraz tłuszcze zwierzęce. Produkty obfitujące w cholesterol zwiększają niebezpieczeństwo raka jelita grubego, bo ma on właściwości kancerogenne nie tylko dla naszych naczyń krwionośnych. Niezdrowy jest tłuszcz wołowy oraz olej kukurydziany. Korzystajmy natomiast z oliwy z oliwek i olejów rybich. Nie należy też przesadzać z alkoholem, kawą, herbatą. W profilaktyce raka jelita grubego istotne znaczenie ma również sposób przygotowania posiłku. Dlatego, troszcząc się o nie rzadko pozwalajmy sobie na wędzone i tradycyjnie (na ostrym ogniu) grillowane mięso oraz ryby. W mięsie pieczonym w temperaturze powyżej 400 st. C powstają niebezpieczne nitrozwiązki. Są one też obecne w wyrobach wędliniarskich i produktach konserwowanych.

Opracowanie: Andrzej Stawicki

Specjalista chirurgii ogólnej, kierownik Oddziału Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Gastroenterologii Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy

fot. mgr Ernest Garstka

FIZJOTERAPIA

w chor obie zwyr odnieniowej odcinka l ędźwiowo - kr zyżowego kr ęgosł upa

Dolegliwości bólowe kręgosłupa, zwłaszcza w odcinku lędźwiowo-krzyżowym to wiodąca przyczyna ograniczeń w codziennym życiu człowieka. Ocenia się, że stanowią one problem ponad 600 mln ludzi na całym świecie i dotyczą coraz młodszych osób. Można je zatem określić epidemią współczesnego świata. W państwach uprzemysłowionych nawet 70% populacji doświadcza bólu w dolnym odcinku kręgosłupa co najmniej raz w życiu. Jest to również najczęstsza przyczyna zwolnień z pracy wśród osób aktywnych zawodowo. Odcinek lędźwiowo-krzyżowy kręgosłupa cechuje się największą wytrzymałością, niestety jest on również najbardziej narażony na wystąpienie sił przeciążających i w nim właśnie dolegliwości bólowe pojawiają się najczęściej. Dzisiejsza medycyna daje wiele możliwości w zakresie leczenia choroby zwyrodnieniowej. Rehabilitacja to ważny element długiego procesu leczenia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa.

Choroba zwyrodnieniowa stawów (chzs), to postępująca utrata chrząstki stawowej, której towarzyszy niedostateczna odbudowa chrząstki pokrywającej, przebudowa podchrzęstnej warstwy kości oraz tworzenie się wyrośli kostnych. Zmiany dotyczą jednego lub wielu stawów. W etiopatogenezie bierze się pod uwagę czynnik genetyczny, w wyniku którego dochodzi do zwiększonej aktywności czynników degradujących chrząstkę (IL-1 i TNF-alfa oraz wynikająca z ich działania aktywność metaloproteinaz) w stosunku do czynników odpowiedzialnych za jej syntezę (IGF-1 i TGF-beta). Pod względem etiologicznym chzs dzieli się na pierwotną lub idiopatyczną, występującą bez uchwytnej przyczyny oraz wtórną powstającą w związku ze znaną przyczyną lub zaburzeniami zwiększającymi prawdopodobieństwo jej rozwoju (reumatoidalne zapalenie stawów i inne zapalne postaci chorób reumatycznych, zakażenia stawu, stany po urazach, przeciążenia układu ruchu, wady wrodzone, zaburzenia endokrynologiczne).

Na wystąpienie i nasilenie objawów chzs mają również wpływ tak zwane czynniki ryzyka ogólne (zaawansowany wiek, predyspozycje genetyczne, otyłość) oraz miejscowe, wymienione już jako przyczyny wtórnej postaci chzs (niestabilność stawu, wrodzony lub nabyty nieprawidłowy kształt stawu, uraz, szczególny rodzaj aktywności fizycznej).

Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa (spondyloartroza) – powoduje bóle i sztywność, a także dyskomfort i u niektórych chorych objawy neurologiczne (rwa kulszowa). Ból i objawy neurologiczne mogą być wynikiem ucisku osteofitów na rdzeń kręgowy lub zwężenia kanałów międzykręgowych, zwyrodnieniowego wypadnięcia krążka międzykręgowego lub podwichnięcia w stawie międzykręgowym.

Rozpoznanie opiera się głównie na przeprowadzonym badaniu przedmiotowym i podmiotowym oraz na badaniu rentgenowskim. RTG wykonuje się w celu rozpoznania klinicznego oraz odrzucenia innych możliwych przyczyn dolegliwości. Do najważniejszych zmian radiologicznych zaliczamy:

- Sklerotyzację warstwy podchrzęstnej kości,
- Zwężenie w obrębie szpary stawowej,
- Osteofity, geody (torbiele),
- Zniekształcenie obrysów stawu, a w zaawansowanych przypadkach nawet ich podwichnięcie.

Choroba zwyrodnieniowa ma charakter niezapalny, nie obserwuje się zatem podwyższonych wartości wskaźników procesu zapalnego OB oraz białka C-reaktywnego. Do oceny ciężkości choroby w zmianach radiologicznych służy pięciostopniowa skala Kellgrena i Lawrenca.

Fizjoterapia jest działem współczesnej medycyny klinicznej, która jest wykorzystywana do rehabilitacji i leczenia. Stanowi uzupełnienie farmakoterapii, leczenia operacyjnego oraz profilaktyki. Wykorzystuje występujące w przyrodzie naturalne czynniki fizyczne. W skład fizjoterapii wchodzą fizykoterapia, kinezyterapia oraz masaż.

Leczenie fizjoterapeutyczne obejmuje stosowanie zabiegów fizykalnych jak również indywidualnie dobranego programu usprawniania. Jednym z głównych celów jest pomoc pacjentowi w powrocie do sprawności fizycznej poprzez zwiększenie siły mięśniowej, naukę i korekcję chodu oraz zwiększenie zakresów ruchomości w stawach.

Zabiegi fizykalne działają przede wszystkim przeciwbólowo, gdyż ból stanowi ograniczenie ruchowe dla większości pacjentów. Zabiegi poprawiają krążenie oraz rozluźniają napięte mięśnie. Do stosowanych terapii należą zabiegi z zakresu laseroterapii, elektroterapii, ultradźwięków, masażu oraz kinezyterapii. Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa lędźwiowego to schorzenie interdyscyplinarne, które wymaga współdziałania całego zespołu leczniczego, tj. reumatologów, fizjoterapeutów, lekarzy rodzinnych, ortopedów, psychologów, pielęgniarek i pracowników socjalnych. Leczenie powinno być zindywidualizowane, zależne od przebiegu schorzenia, chorób współistniejących i czynników ryzyka. Ważne jest również leczenie farmakologiczne oraz nie farmakologiczne, polegające na edukacji chorego i osób z najbliższego otoczenia. W przypadku braku poprawy podczas długotrwałego stosowania leczenia farmakologicznego oraz fizjoterapeutycznego, pozostaje leczenie operacyjne, które zniweluje ból u pacjentów z zaawansowanymi zmianami zwyrodnieniowymi. Istnieje wiele artykułów oraz przeprowadzonych badań i analiz statystycznych, które potwierdzają pozytywny wpływ zabiegów fizjoterapeutycznych u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. Według większości z aktualnych doniesień nie ma idealnego zabiegu, który zniweluje ból. Istotne jest systematyczne korzystanie z serii zabiegów oraz łączenie w procesie leczniczym wszystkich dziedzin fizjoterapii, tj. fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu klasycznego. Ważne jest również stosowanie się przez pacjentów do zaleceń lekarza oraz fizjoterapeuty, które bardzo często są bagatelizowane, a co za tym idzie efekt leczniczy może być znacznie mniejszy. W celu zachowania zdrowia oraz unikania bólu, należy kontynuować poznany zestaw ćwiczeń oraz stosować się do zasad profilaktyki.

Opracowanie: Joanna Marć

W 2015r. ukończyła studia licencjackie z zakresu Fizjoterapii w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Tarnowie a, w bieżącym roku studia magisterskie w Instytucie Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego. Pracownik Pracowni Rehabilitacji ZOZ w Dębicy.

fot: freepik.com

OPIEKA

nad pacjentem ze stomią

Słowo stomia pochodzi z języka greckiego i oznacza otwór. Stomia w medycynie oznacza celowo wykonane połączenie światła narządu z powierzchnią ciała. Operacja wyłonienia stomii jelitowej, czyli odbytu brzusznego (nie sztucznego, gdyż jelito jest naturalnym narządem człowieka), jest często zabiegiem ratującym życie pacjenta.

Wskazaniem do wytworzenia odbytu brzusznego są przede wszystkim nowotwory jelita grubego (operowane radykalnie lub paliatywnie), choroby zapalne jelita grubego, takie jak choroba Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego, powikłana choroba uchyłkowa, martwica jelita, urazy odbytnicy i jelita grubego, przetoki odbytniczo-pochwowe, przetoki odbytnicze, nawrotowe wysokie przetoki odbytu, zmiany popromienne w odbytnicy (u kobiet po radioterapii z powodu nowotworów narządu rodnego, u mężczyzn z powodu nowotworu prostaty) oraz wady wrodzone odbytu. Najczęstszym wskazaniem do wykonania stomii jest nowotwór jelita grubego, który znajduje się na liście zachorowalności na nowotwory w Polsce na drugim miejscu (u kobiet po nowotworze piersi, u mężczyzn po nowotworze płuc). W zależności od poziomu wyłonienia jelita można mieć do czynienia z kolostomią (stomią wyłonioną na jelicie grubym) lub ileostomią (stomią wyłonioną na jelicie cienkim). Stomia wyłoniona na jelicie grubym to najczęściej sigmoideostomia (odbyt brzuszny wyłoniony na poziomie esicy) lub transwersostomia (odbyt brzuszny wyłoniony na poziomie poprzecznicy). Innym kryterium podziału stomii jest kryterium czasowe dzielące stomie na czasowe, kiedy istnieje możliwość przywrócenia ciągłości przewodu pokarmowego lub definitywne, tj. takie, które pacjent ma do końca życia. Można również podzielić stomie na dwulufowe (tzw. pętlowe) i jednolufowe (końcowe).Wytworzenie stomii jest krytycznym wydarzeniem życiowym dla chorego. Na jakość życia pacjenta ze stomią oprócz

fot. ze zbiorów własnych

choroby podstawowej, z powodu której pacjent był operowany, wpływ ma przede wszystkim fachowa zespołowa opieka medyczna.

OPIEKA NAD PACJENTEM ZE STOMIĄ

Opieka nad pacjentem ze stomią obejmuje następujące etapy: okres przedoperacyjny, śródoperacyjny oraz okres pooperacyjny. Ten ostatni okres obejmuje pobyt pacjenta w szpitalu, oraz okres po wypisaniu pacjenta do domu. Poniżej omówione zostaną kolejne etapy tej opieki.

OKRES PRZEDOPERACYJNY

Jest to okres, w którym przygotowujemy pacjenta do zabiegu zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Przygotowanie takie jest możliwe tylko w przypadku operacji planowych. W przypadku operacji ze wskazań ostrych, często wykonywanych w nocy, na dyżurze, z powodu np. niedrożności czy perforacji jelita grubego, chirurg nie ma możliwości przygotować psychicznie pacjenta do stomii. Przygotowanie emocjonalne pacjenta do operacji ma decydujący wpływ na jego późniejszą akceptację odbytu brzusznego. Pacjent musi

wiedzieć o możliwości wyprowadzenia odbytu brzusznego i wyrazić na to pisemną zgodę. Rozmowa powinna być przeprowadzona w sposób dla pacjenta zrozumiały. Chirurg powinien wyjaśnić wszelkie wątpliwości dotyczące choroby i związanej z nią stomii. Najważniejszym elementem jest nawiązanie kontaktu emocjonalnego z pacjentem. Jest to istotne, gdyż tylko wtedy, kiedy pacjent zaufa lekarzowi, czuje się bezpiecznie. W niektórych przypadkach nie wystarcza sama rozmowa lekarza z pacjentem. Czasem trzeba poprosić o współpracę rodzinę, czy też skorzystać z pomocy psychologa. Pozytywną rolę w akceptacji przez pacjenta nowej sytuacji życiowej mogą spełnić wolontariusze stomijni, gdyż są to byli pacjenci, którzy tak jak nikt potrafią wczuć się w sytuację chorego człowieka oczekującego na operację. Przygotowanie fizyczne polega na oczyszczeniu jelita przed zabiegiem.

OKRES ŚRÓDOPERACYJNY

W tym okresie decydującą rolę odgrywa chirurg, który powinien wyłonić stomię zgodnie z obowiązującymi zasadami. Te zasady to:

prawidłowa lokalizacja stomii, wyprowadzenie stomii bez napięcia i zwrócenie uwagi na dobre ukrwienie jelita. O dobrym ukrwieniu jelita świadczy różowy kolor, krwawienie z jelita przy przecięciu jego ściany oraz elastyczność ściany jelita. Jelito wiotkie, o zmienionym kolorze świadczy o złym ukrwieniu. Obecnie otwiera się jelito i zakłada szwy skórno-jelitowe podczas operacji, również na stole operacyjnym zakłada się worek stomijny. Powinien być on przezroczysty, co umożliwia obserwację wyłonionego jelita. Ważna jest też wysokość wyłonionego jelita. Odbyt brzuszny nie powinien być wpadnięty, w przypadku stomii wyłonionej na jelicie grubym powinien wystawać na około 2 cm, w przypadku odbytu brzusznego wyłonionego na jelicie cienkim powinien ten margines wynosić 3-4 cm tworząc tzw. kominek.

OPI EKA POOPERACYJNA

Opieka pooperacyjna obejmuje okres pobytu pacjenta w szpitalu oraz okres po wypisaniu pacjenta do domu.

OKRES OPI EKI SZPI TALNEJ

Okres opieki szpitalnej obejmuje wczesną opiekę (od momentu operacji do pionizacji pacjenta) oraz późną, od pionizacji do wypisania pacjenta ze szpitala.

WCZESNY OKRES POOPERACYJNY

Dużą rolę w okresie opieki szpitalnej spełnia chirurg, który powinien poinformować pacjenta o rodzaju wykonanej stomii (definitywna bądź czasowa), a także wesprzeć go psychicznie w tym trudnym okresie. Większość pacjentów oczekuje informacji dotyczącej choroby, rodzaju przeprowadzonej operacji oraz rokowania od lekarza prowadzącego.

We wczesnym okresie pooperacyjnym wszelkie czynności przy stomii wykonuje pielęgniarka opatrunkowa lub przeszkolona pielęgniarka stomijna. Jest to pierwsza osoba, która uczy pacjenta zasad pielęgnacji stomii oraz doboru odpowiedniego sprzętu. Rola pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do życia z odbytem brzusznym jest nie do przecenienia. Jest to osoba przygotowana fachowo do pracy z tego typu pacjentem.

Przeważnie spędza przy pacjencie dużo więcej czasu niż chirurg i od jej wiedzy oraz cech osobowościowych w dużej mierze zależy, jak będzie przebiegał proces adaptacji chorego do nowej sytuacji życiowej. Pielęgniarka jest przygotowana do opieki nad pacjentem stomijnym zarówno od strony pielęgnacji odbytu brzusznego, jak i strony psychoterapeutycznej. Dobra pielęgniarka potrafi wskazać choremu dobre strony jego życia, namówić pacjenta do rozwijania swoich zainteresowań i pasji. Również pielęgniarka oglądając codziennie odbyt brzuszny może zwrócić uwagę na istotne powikłania poperacyjne i powiadomić o tym lekarza. We wczesnym okresie pooperacyjnym pacjent obserwuje biernie czynności pielęgniarki po to, by w okresie późnym aktywnie samemu wykonywać czynności pielęgnacyjne wokół stomii. Pielęgniarka uczy, jak pielęgnować skórę wokół stomii. Skóry nie należy przemywać spirytusem, najlepsza do przemywania jest woda z mydłem. Odczyn mydła powinien być kwaśny, podobnie jak odczyn skóry. Do pielęgnacji skóry wokół stomii stosuje się też specjalne kosmetyki stomijne w postaci m.in. kremów przeciwodparzeniowych.

Wczesny okres pooperacyjny jest trudny dla pacjenta i w tym czasie dużą rolę może spełnić

dobry terapeuta czy też odwiedzająca go najbliższa rodzina oraz przyjaciele.

PÓŹNY OKRES POOPERACYJNY

Kiedy pacjent zaczyna wstawać z łóżka, co obecnie następuje dość szybko, zwykle na drugi dzień po zabiegu, rozpoczyna się nauka obsługiwania stomii.

Dobrze jest, jeśli ta nauka przebiega w sali opatrunkowej, w warunkach intymności, gdzie pacjent nie czuje się skrępowany obecnością innych osób. Również wtedy dobiera się sprzęt stomijny najwłaściwszy dla danego pacjenta. Obecnie w Polsce działa kilka firm oferujących sprzęt stomijny. Ważne jest zapoznanie pacjenta w miarę możliwości z wszystkimi rodzajami sprzętu stomijnego i pomoc w dokonaniu właściwego wyboru. Przed wyjściem ze szpitala pacjent powinien otrzymać informację o sposobie zaopatrywania się w ten sprzęt stomijny (refundacji recept).

Warto zachęcić pacjenta do korzystania z najbliższej Poradni Stomijnej. Powinien również zostać poinstruowany na temat diety. Dieta taka zawiera wszystkie niezbędne składniki odżywcze i zasadniczo nie różni się od diety osoby zdrowej. Zasadą jest jednak, że jeśli wprowadza się nowy produkt w diecie, należy obserwować reakcję organizmu i w razie niekorzystnych objawów, np. biegunek, wycofać go. U osób z ileostomią, gdzie straty wody są większe, niż u osób z kolostomią, należy okresowo kontrolować parametry gospodarki wodno-elektrolitowej. Pacjenci z ileostomią, spożywający większe ilości błonnika wykazują lepsze trawienie białka, istotne jest też ograniczenie podaży tłuszczu, gdyż ten może prowadzić do biegunek niekorzystnych dla osoby ze stomią.

OPI EKA DOMOWA

Pierwsze tygodnie w domu po wyjściu ze szpitala są dla pacjenta trudne. Pacjenci odczuwają lęk przed odtrąceniem przez rodzinę, przyjaciół, znajomych.

Wielu pacjentów może wymagać pomocy psychologa zarówno w okresie pobytu w szpitalu, jak też i po wyjściu do domu, kiedy stykają się z codziennymi problemami. Kluczowe znaczenie w psychicznym powrocie pacjenta do zdrowia ma wsparcie rodziny i przyjaciół.

W opiece domowej nad pacjentem ze stomią bierze udział pielęgniarka, która odwiedza pacjenta w domu. Pielęgniarka powinna reagować na problemy pacjenta, jednak nie może być nadopiekuńcza, gdyż w tym okresie ważne jest zmobilizowanie pacjenta do aktywności życiowej. W wyjątkowych sytuacjach, kiedy pacjent jest niepełnosprawny ruchowo bądź psychicznie, czynności higieniczne przy stomii wykonuje rodzina. Pozostali pacjenci powinni po wyjściu ze szpitala być przygotowani do samoopieki. Pielęgniarka i lekarz powinni przed wyjściem pacjenta ze szpitala poinformować go o istnieniu grup wsparcia nieprofesjonalnego, jakim jest m.in. Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią (POL-ILKO). Pacjent ze stomią, który obserwuje innych ludzi mających odbyt brzuszny, którzy są jednocześnie w pełni aktywni zawodowo i społecznie, zaczyna lepiej postrzegać swoją życiową sytuację.

W Polsce istnieją telefony zaufania, w tym, jak już wspomniano, bezpłatne linie informacyjne dla pacjentów ze stomią. Również dostępne są strony internetowe dla tych chorych. Grupy wsparcia nieprofesjonalnego mają bezcenny wpływ na powrót pacjenta-stomika do czynnego życia.

Na pomyślny okres rekonwalescencji pacjenta po pobycie szpitalnym może też mieć wpływ lekarz rodzinny, okazujący zrozumienie i pomoc w codziennych problemach zdrowotnych pacjenta ze stomią.

W opiece nad pacjentem ze stomią nie ma elementów ważniejszych i mniej ważnych. Najlepiej przeprowadzona operacja, jeśli nie jest uzupełniona fachową edukacją pacjenta dotyczącą zarówno sfery pielęgnacyjnej, jak i emocjonalnej, może doprowadzić do paradoksalnej sytuacji, że chirurg będzie zadowolony z wykonanej operacji, natomiast jakość życia pacjenta po zabiegu będzie niska.

Opracowanie: mgr Agnieszka Knych

Absolwentka dębickiego I LO im. Króla W. Jagiełły w Dębicy. Absolwentka Wydziału Pielęgniarstwa Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, posiadająca specjalizację z medycyny społecznej, kierownik Sekcji Marketingu i Rozliczeń Usług Medycznych, współpracuje z Centralną Komisją Egzaminacyjną w Warszawie jako egzaminator w zawodach medyczno – społecznych

Pracownicy Apteki Szpitalnej

fot. mgr Ernest Garstka

APTEKA SZPITALNA

oraz interakcje leków z pożywieniem i alkoholem

Apteka jest placówką ochrony zdrowia publicznego w której osoby uprawnione wykonują usługi farmaceutyczne w granicach swoich uprawnień zawodowych.

Apteki dzielą się na apteki ogólnodostępne i szpitalne. Na terenie naszego Szpitala funkcjonuje Apteka Szpitalna, jako jedna z jednostek organizacyjnych Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy. Świadczy usługi pacjentom hospitalizowanym, leczonym lub diagnozowanym w Oddziałach, Poradniach czy Zakładach, zaopatruje w leki pacjentów włączonych do terapii w ramach programów lekowych. Farmaceuci szpitalni stanowią część personelu szpitala i sprawują pieczę nad produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi. Funkcjonowanie farmaceuty opiera się na regulacjach ustawowych, z których najważniejsza jest Ustawa Prawo Farmaceutyczne. Apteka Szpitalna często kojarzy się z magazynem produktów leczniczych, a jest to kluczowy ważny dział zatrudniający specjalistów od leków, mający wspierać lekarzy w udzielaniu pełnych świadczeń zdrowotnych.

Tam, gdzie jest leczony pacjent jest lek, a miejscem gdzie wykonuje się wszystkie czynności związane z bezpieczeństwem farmakoterapii jest apteka. Praca tutaj różni się zdecydowanie od pracy w aptece otwartej: dostawy leków, przyjęcia leków, rozdysponowanie na oddziały na podstawie recept lekarskich zwanych zapotrzebowaniami. Systemy tradycyjne w jakich funkcjonowały apteki szpitalne w ostatnich latach zaczęły się zmieniać: nadal bardzo ważna jest sprawa bezpieczeństwa leku czyli wszystkiego, co jest związane z tradycyjnym zadaniem apteki jak zakup (zgodnie z Ustawą Prawo Zamówień Publicznych), przechowywanie (zgodnie z zaleceniem producenta), produkcja (zgodnie z zasadami Dobrej Praktyki Aptekarskiej) i dystrybucja do pacjenta (zgodnie z ordynacją lekarską), ale dodatkowo powstały pracownie, różnego rodzaju komitety, które mają na celu czuwanie nad właściwym doborem leków oraz bezpieczeństwem pacjenta. Farmaceuta czuwa aby leki były właściwie wybrane, a z drugiej strony rozwija swoje kontakty z lekarzami, pielęgniarkami i innymi pracownikami służby zdrowia dla dobra

pacjenta hospitalizowanego.

Farmaceuta jest zobowiązany również ustawowo do podnoszenia kwalifikacji zawodowych i aktualizacji posiadanego zasobu wiedzy. W pracy farmaceuty konieczne jest ciągłe dokształcanie się i podnoszenie kwalifikacji. Niezbędne jest śledzenie leków, znajomość ich składu, zastosowania, dawkowania.

Apteka jest gwarancją, że pacjent otrzyma lek bezpieczny i pełnowartościowy. Praca w aptece szpitalnej jest pracą wyjątkową, przynosi wiele radości i daje wiele satysfakcji, tutaj jest serce farmacji.

Obecnie obserwuje się zainteresowanie farmaceutów pracą w aptece szpitalnej jak również realizacją specjalizacji w dziedzinie farmacji szpitalnej.

Po wyjściu ze Szpitala pacjent otrzymuje receptę lekarską na produkt leczniczy lub wyrób medyczny. Pamiętaj! - Standardowy termin realizacji recepty nie może przekroczyć 30 dni od daty jej wystawienia. W przypadku recepty na antybiotyki jest ona ważna 7 dni. Receptę na lek sprowadzany z zagranicy możemy zrealizować w ciągu 120 dni.

W sprzedaży na terenie Polski znajdują się tylko produkty lecznicze, które uzyskały pozwolenie na dopuszczenie do obrotu wydane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub przez Radę czy Komisję Europejska. Każdy produkt leczniczy musi przejść przez proces rejestracji, w którym to oceniane jest bezpieczeństwo, jakość i skuteczność leku. W procesie rejestracji zatwierdzane są ulotki dla Pacjenta. Tekst ulotki skierowany jest do Pacjenta i zawiera wszystkie informacje dotyczące bezpiecznego i skutecznego działania leku. Leki na receptę należy kupować w placówkach uprawnionych do obrotu produktami leczniczymi w aptekach ogólnodostępnych, punktach aptecznych.

mgr Henryka Paszko - Kierownik Apteki Szpitalnej

fot. mgr Ernest Garstka

Interakcje leków z pożywieniem

Warto pamiętać o tym, że prawidłowa farmakoterapia polega nie tylko na odpowiednim stosowaniu produktów leczniczych zgodnie z zaleceniami lekarza, ale również na przestrzeganiu odpowiednich zasad żywienia. Poszczególne składniki diety mogą prowadzić do zmiany końcowego efektu leczniczego. Żywność może zmieniać siłę działania leku, czas wystąpienia i trwania jego działania, a nawet spowodować nasilenie działań niepożądanych i toksycznych.

Posiłki bogatotłuszczowe – dieta bogatotłuszczowa może przyśpieszać i zwiększać wchłanianie leków wykazujących dużą lipofilność. Emulsja tłuszczowa jest nośnikiem dla wielu substancji leczniczych. Tłuszcze zawarte w znacznej ilości w niektórych pokarmach (bekonie, smażonych jajkach, smalcu, dużej ilości masła, pełnotłustym mleku) nasilają i przyśpieszają wchłanianie leków o dużej lipofilności:

- leków przeciwpasożytniczych np. albendazol, mebendazol
- leków przeciwdepresyjnych np. amitryptylina, imipramina
- beta-adrenolityków np. metoprolol, propranolol,

atenolol, oksprenolol

- preparatów teofiliny np. Euphyllin retard, Theopyllinum prolongatom

Posiłków o dużej zawartości substancji tłuszczowych należy unikać co najmniej dwie godziny przed i godzinę po przyjęciu danego leku.

Posiłki bogate w błonnik - błonnik pokarmowy to mieszanina polisacharydów (celulozy, hemicelulozy, pektyny, gumy, śluzu) i substancji o innym charakterze chemicznym. Produkty bogate w błonnik: otręby, płatki owsiane, ciemne pieczywo, kiełki i inne nasiona mogą wchodzić w interakcje z niektórymi lekami, co wpływa na zmniejszenie ich wchłaniania, a co za tym idzie obniżenie stężenie leku we krwi i w znaczny sposób zmniejszenie lub hamowanie jego działania terapeutycznego. Badania kliniczne wykazały, że połączenie diety zawierającej duże ilości błonnika zmniejsza stężenie przyjmowanych leków o 50-70 proc. Błonnik pokarmowy powoduje adsorbcję preparatów naparstnicy – digoksyny (zawarta w takich preparatach, jak : bemecor, digoxin).

Kwas cytrynowy - zawarty w sokach cytrusowych, zwłaszcza w soku pomarańczowym, adsorbuje niektóre antybiotyki np. erytromycynę, benzylopenicylinę, utrudniając wchłanianie. Chorzy zażywający leki alkalizujące zawierające sole glinu (Alusal, Alugastrin, Maalox) nie powinni ich popijać sokiem pomarańczowym, ponieważ wtedy wchłanianie glinu znacznie (nawet 10 krotnie) wzrasta co powoduje ujawnienie działań toksycznych.

Jony wapnia, żelaza - produkty zawierające duże ilości jonów wapnia (mleko, sery, jogurty) lub jonów żelaza (niektóre jarzyny: zielona sałata, szpinak, buraki) tworzą trudno rozpuszczalne lub nierozpuszczalne kompleksy. Zawarte w produktach mlecznych jony wapnia zmieniają nawet do 50 proc. wchłanianie niektórych leków w wyniku tworzenia się nierozpuszczalnych w wodzie soli wapniowych. Interakcje te dotyczą głównie antybiotyków (tetracyklin. fluorochinolonów i innych chemioterapeutyków). Przyjmowanie bisakodylu razem z produktami mlecznymi zmniejsza działanie przeczyszczające przyjmowanego preparatu, a także może przyczynić się do spotęgowania efektów obocznych: nudności, bole brzucha, wymioty. Bifosfoniany np. kwas alendronowy stosowane w leczeniu osteoporozy powinny być zażywane na pusty żołądek i popijane czystą wodą, a spożycie jakiegokolwiek posiłku nie może nastąpić wcześniej niż 30-60 minut od zażycia leków, ponieważ wchłanianie tej grupy leków może być znacznie zmniejszone przez rożne składniki pokarmowe, zwłaszcza zawierające wapń, oraz napoje takie jak sok pomarańczowy, herbata czy kawa.

Tak zwane suplementy diety zawierające witaminy (E,C,B6, kwas foliowy), wapń, magnez, cynk, mogą utrudniać wchłanianie z przewodu pokarmowego wielu leków zwłaszcza antybiotyków tetracyklinowych. Witamina E natomiast zmniejsza lepkość krwi, może nasilić działanie leków hamujących krzepnięcie krwi (warfaryny, acenokumarolu).

Kofeina i tanina - wielu pacjentów popija leki herbatą lub kawą. Niestety jednoczesne przyjmowanie doustnych preparatów żelaza (hemofer, ascofer, tardyferon) powoduje zahamowanie jego wchłaniania. Tanina zawarta w herbacie tworzy nierozpuszczalne kompleksy z żelazem, co przyczynia się do braku efektu terapeutycznego. Kofeina zawarta w rożnych napojach energetyzujących, kawie czy popularnej coca-coli znacznie zmniejsza metabolizm preparatów teofiliny, powodując wzrost stężenia teofiliny we krwi.

Korzeń lukrecji - stosowany jako lek wykrztuśny i przeczyszczający oraz jako dodatek w browarnictwie, cukiernictwie i przemyśle tytoniowym, zawierający substancje o słodkim smaku – glycyrrhizynę, może w nadmiarze spowodować zaburzenie rożnych czynności organizmu, a przede wszystkim niedobór potasu w organizmie co może być przyczyną zaburzeń przewodzenia i rytmu serca (ta właściwość stwarza niebezpieczeństwo interakcji z glikozydami naparstnicy np. digoksyny oraz zwiększenie niedoboru potasu podczas równoczesnego stosowania np. furosemidu).

Niebezpieczny jest również nadmiar potasu w organizmie spowodowany łącznym stosowaniem substytutów soli kuchennej (NaCL) zawierających sole potasu z diuretykami oszczędzającymi potas np. spironolaktonem lub z lekami (inhibitory stężenia potasu we krwi). Kumulacja jonów potasu może wywołać powikłania w postaci zaburzeń przewodzenia i rytmu.

Sok grejpfrutowy - zawiera w swoim składzie flawonoidy i furanokumaryny, które są metabolizowane w wątrobie przy udziale kompleksu enzymów cytochromu P-450.

Składniki soku grejpfrutowego powodują, że lek nie może być prawidłowo metabolizowany co powoduje wzrost stężenia przyjmowanych leków. Dlatego też z sokiem grejpfrutowym nie powinny być łączone leki:

- przeciwhistaminowe np. loratadyna, astemizol
- blokery kanału wapniowego często stosowane w leczeniu nadciśnienia tętniczego i choroby niedokrwiennej mięśnia sercowego np. nitrendypina, felodypina, werapamil, nimodypina
- leki immunosupresyjne stosowane po przeszczepie i innych schorzeniach immunologicznych np. cyklosporyna, takrolimus leki stosowane w zaburzeniach lipidowych: statyny np. atorwastatyna, symwastatyna, leki działające na ośrodkowy układ nerwowy np. karbamazepina, buspiron, diazepam, midazolan.

Interakcje leków z alkoholem

Alkohol może działać korzystnie. Stosowanie umiarkowanych dawek alkoholu (dzień 10-30g) zmniejsza ryzyko zachorowania na zawał serca, udar, cukrzycę, chorobę Alzheimera i demencję, ale nadużywanie zwiększa ryzyko zachorowania na marskość wątroby, nowotwory, alkoholizm.

Leki hamują spalanie alkoholu. W tkance gromadzi się toksyczny związek – aldehyd octowy. Metabolizm alkoholu hamują m.in. takie leki:

cefalosporyny (antybiotyki), pochodne, nitroimidazolu (np. metronidazol, nitrofurantoina). Alkohol należy do grupy depresantów, spowalnia aktywność ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Synergizm czyli sumowanie się działania hamującego ośrodkowy układ nerwowy leków i alkoholu dotyczy m. in. barbituranów, np. fenobarbitalu (Luminal), benzodiazepin, np. diazepamu (Relanium), leków przeciwastmatycznych, przeciwalergicznych i przeciwuczuleniowych.

Alkohol zwiększa ryzyko wystąpienia choroby wrzodowej, a zwłaszcza krwawień z przewodu pokarmowego przy jednoczesnym stosowaniu niesterydowych leków przeciwzapalnych, przeciwbólowych, przeciwgorączkowych takich jak kwas acetylosalicylowy, ibuprofen, diklofenak.

Alkohol zwiększa ryzyko działania hepatotoksycznego (uszkodzenia wątroby) przy równoczesnym stosowaniu m. in. witaminy A, paracetamolu.

Interakcje leków i żywności nie są łatwe w ocenie. Trudność ta wynika głównie z dużych różnic osobniczych w tym zakresie. Nie mniej jednak należy przestrzegać pewnych zasad, by zminimalizować wystąpienie niepożądanych interakcji.

Środki ostrożności pozwalające na uniknięcie ryzyka interakcji miedzy żywnością a lekami:

1. Wszystkie leki najbezpieczniej popijać czystą wodą (1 szklanka). Inne napoje , takie jak: mleko, soki owocowe, zwłaszcza sok grejpfrutowy, kawa, herbata, mogą powodować zaburzenia działania leków.
2. Leki, których działanie ulega zaburzeniu pod wpływem pokarmu, jeżeli lekarz nie zaleci inaczej należy zażywać 1-2 godz. przed posiłkiem lub 2 godz. po posiłku. Stosuj się do zaleceń producenta co do spożywania leku z posiłkami (w trakcie, przed lub po posiłku). Wiele interakcji lek-żywność najprawdopodobniej nie zostało jeszcze poznanych, dlatego tez warto zminimalizować ryzyko także w przypadku potencjalnie ,,bezpiecznych" potraw.
3. Nie należy zażywać suplementów zawierających witaminy i sole mineralne oraz substytutów soli kuchennej, zawierających potas w tym samym czasie co leki ponieważ mogą zmieniać ich działanie.
4. Nie należy zażywać leków jednocześnie z alkoholem.

Przed użyciem leku zapoznaj się z treścią ulotki dołączonej do opakowania. Jeżeli jakieś informacje zamieszczone w ulotce są niejasne, warto zwrócić się do lekarza lub farmaceuty. Leki przechowuj w miejscu i temperaturze określonej przez producenta. Przed zażyciem leku lub przed podaniem leku dziecku sprawdź czy zażywasz lub podajesz lek właściwy i w odpowiedniej dawce. Leki to nie cukierki i nie można ich bezmyślnie stosować.

Opracowanie: mgr farmacji Henryka Paszko

Absolwentka Liceum Ogólnokształcącego w Jarosławiu i Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Lublinie. Studia ukończyła z wyróżnieniem jako jedyna na roku. Zawodowo związana z Zespołem Opieki Zdrowotnej w Dębicy gdzie aktualnie jest Kierownikiem Apteki Szpitalnej. Specjalista drugiego stopnia farmacji aptecznej oraz Specjalista farmacji szpitalnej. Konsultant Wojewódzki w dziedzinie farmacji szpitalnej dla obszaru województwa podkarpackiego: 01.04.2011 roku powołana przez Wojewodę Podkarpackiego. na pierwszą kadencję, 01.08.2016 roku na drugą kadencję przez okres pięciu lat.

Pracownicy Poradni Chirurgii Stomatologicznej

fot. mgr Ernest Garstka

PROFILAKTYKA RAKA JAMY USTNEJ

W związku ze wzrostem zachorowań na nowotwory szczególnie istotne staje się rutynowe badanie stomatologiczne. Dentysta może być pierwszym lekarzem, który wykryje niepokojące zmiany w jamie ustnej. Mimo, że zmiany nowotworowe o średnicy mniejszej niż 1cm da się łatwo wyleczyć, to niestety wiele z nich odpowiednio wcześnie nie zdiagnozowano. Wczesne wykrycie wiąże się z większa szansą na wyleczenie.

Pierwszym lekarzem, który powinien zwrócić uwagę na niepokojące zmiany jest lekarz stomatolog. Badanie powinno obejmować ocenę nie tylko zębów, ale również błonę śluzową, dno jamy ustnej, policzki, wargi, język, węzły chłonne.

Błona śluzowa jamy ustnej jest odzwierciedleniem stanu ogólnego pacjenta, czasami pierwsze zmiany pojawiają się właśnie w jamie ustnej.

Odpowiednie postępowanie diagnostyczne polega więc na:

- zebraniu dokładnego wywiadu ogólnomedycznego i stomatologicznego
- przeprowadzeniu szczegółowego badania zewnątrz i wewnątrzustnego

Główne przyczyny zmian przednowotworowych:

- palenie papierosów,
- nadmierne spożywanie alkoholu,
- niedobór witamin B i C, żelaza,
- zakażenie wirusami HPV 16 i 18,
- przewlekle infekcje,
- ciągłe drażnienie błony śluzowej przez: ostre brzegi ubytków, źle dobrane protezy.

Do zmian, które powinny nas zaniepokoić należeć będą wszelkiego rodzaju:

- owrzodzenia, nadżerki,
- zmiany pęcherzowe,
- zmiany białe,
- rumienie,
- wygórowania,
- zmiany barwnikowe,

występujące na błonie śluzowej dziąseł, policzków, podniebienia, grzbietu, powierzchni bocznych i nasady języka oraz w przedsionku i dnie jamy ustnej. Jednak kompletne badanie powinno obejmować ocenę nie tylko jamy ustnej, ale też głowy, twarzy i szyi oraz stawów skroniowo-żuchwowych. Brzegi ich są wtedy twarde, mogą być zrogowaciałe, z pęknięciami i rozpadlinami, łatwo ulegają krwawieniu. Warga dolna, dno jamy ustnej, grzbiet i dolna powierzchnia języka są najczęściej miejscami, gdzie można spotkać takie zmiany.

fot. freepik.com

Każde owrzodzenie, każda podejrzana zmiana, nie poddające się leczeniu i nie ulegające zmniejszeniu po 2-3 tygodniach, po usunięciu przyczyny, są bezwzględnym wskazaniem do badania histopatologicznego.

Podczas badania - przy obecności niepokojących wykwitów na błonie śluzowej jamy ustnej - wskazane jest dotykiem określić zasięg zmiany chorobowej, ustalić czy ograniczenie jest ostre, czy przechodzi bez żadnej granicy w zdrowe tkanki.

Każda zmiana powinna być dokładnie zdiagnozowana, rozpoznanie powinno nasuwać schemat odpowiedniego leczenia.

Opracowanie: Lekarze stomatolodzy pracujący w Poradni Chirurgii Stomatologicznej ZOZ w Dębicy, lek. stom. Władysław Undas, specjalista w dziedzinie chirurgii stomatologicznej oraz lekarze dentyści w trakcie specjalizacji w dziedzinie chirurgii stomatologicznej: Anna Jakóbczyk i Bartłomiej Gruszczyński.

PORADNIA

medycyny pr acy

Lekarze medycyny pracy zajmują się głównie przeprowadzaniem badań profilaktycznych pracowników. Przez badanie profilaktyczne pracownika rozumiemy badanie pod kątem jego predyspozycji do pracy na określonym stanowisku i w określonym zagrożeniu zawodowym. Badania profilaktyczne to:

1. Badania wstępne – są wykonywane przed rozpoczęciem pracy, po zmianie stanowiska pracy lub gdy występują nowe narażenia.
2. Badania okresowe – wykonuje się u pracujących na danym stanowisku, mają potwierdzić dalszą zdolność do pracy oraz wykryć ewentualne zmiany w stanie zdrowia spowodowane pracą zawodową.
3. Badania kontrolne – wykonuje się u pracownika, który był na zwolnieniu dłużej niż 30 dni, przy czym lekarz leczący pracownika wydaje zaświadczenie o ukończeniu leczenia i odzyskaniu zdolności do pracy.
4. Badania celowane.
5. Badania końcowe.

Przed wydaniem orzeczenia pracodawca wydaje skierowanie na badania profilaktyczne, które jest przechowywane w dokumentacji pracownika, a powinno zawierać oprócz danych osobowych, dane o narażeniach i szkodliwościach, opis sposobu wykonywania pracy i pomiarach środowiskowych na stanowisku pracy (pomiary hałasu, zapylenia).

Po otrzymaniu skierowania od pracodawcy, lekarz medycyny pracy ustala zakres badań dodatkowych i konsultacji specjalistów niezbędnych do prawidłowego orzekania. Wytyczne dla lekarza dotyczące zakresu badań, częstości oraz trybu badań zawiera załącznik Ministra Zdrowia z dnia 30.05.1996 r.

Po przeprowadzeniu badania, analizie badań dodatkowych oraz specjalistycznych oraz ocenie zagrożenia dla zdrowia pracownika lekarz wydaje orzeczenie w dwóch egzemplarzach (dla pracodawcy i pracownika). Pacjent musi potwierdzić odbiór zaświadczeń podpisem w rejestrze prowadzonym przez lekarza profilaktyka. Każdy pracownik bez względu na stanowisko musi mieć wykonane badania profilaktyczne.

Pracodawca jest zobowiązany do:

1. Poniesienia kosztów badań profilaktycznych pracowników.
2. Badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, występujących na stanowisku pracy.
3. Informowania pracowników o ryzyku zawodowym związanym z wykonywaną pracą.

Zarówno pracodawca jak i lekarz medycyny pracy jest zobowiązany do współpracy z:

1. Państwową Inspekcją Pracy.
2. Państwową Inspekcją Sanitarną.
3. Organizacjami pracowniczymi (np. związki zawodowe i służby BHP).

lek. med. Elżbieta Sobieszczańska-Augustynowicz

fot. mgr Ernest Garstka

Za choroby zawodowe uważa się choroby, które zostały spowodowane działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy (np. zawodowe narażenie słuchu u pracujących w hałasie) oraz muszą być wymienione w wykazie chorób zawodowych.

Badania profilaktyczne muszą też wykonywać kandydaci na uczniów szkół zawodowych, techników, studiów, na podstawie skierowania ze szkoły lub uczelni. Jeżeli pracownik lub pracodawca nie zgadza się z treścią wydanego orzeczenia może odwołać się do jednostki nadrzędnej tj. WOMP za pośrednictwem lekarza który wydał orzeczenie. Po analizie materiałów dostarczonych przez lekarza medycyny pracy i badaniu, WOMP w razie potrzeby wykonuje konsultacje i wydaje swoje orzeczenie.

Z własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że w trakcie badań profilaktycznych wykrywamy wiele schorzeń o których pacjent nie wie lub lekceważy pewne objawy. Najczęściej są to cukrzyca, nadciśnienie, gruźlica, uszkodzenie słuchu, wady wzroku i rzadziej choroby nowotworowe. Badania okresowe wraz z badaniami dodatkowymi i specjalistycznymi są często jedynymi badaniami wykonywanymi przez pracowników w długim okresie czasu.

Opracowanie: lek. med. Elżbieta Sobieszczańska – Augustynowicz

Lekarz specjalista chorób wewnętrznych. Posiada uprawnienia do badań z medycyny pracy, pracuje w Poradni Medycyny Pracy w Zespole Opieki Zdrowotnej w Dębicy

SPIS TELEFONÓW

CENTRALA 14 670 36 21 do 23, 680 82 00

PORADNIE SPECJALISTYCZNE

Rejestracja ogólna	208
Poradnia Chirurgiczna, Ortopedyczna	204
Poradnia Endokrynologiczna	213
Poradnia Laryngologiczna	215
Poradnia Kardiologiczna	463
Poradnia Medycyny Pracy	228
Poradnia Neonatologiczna	382
Poradnia Neurologiczna	214
Poradnia Neurologiczna II	496
Poradnia Okulistyczna	282
Poradnia Onkologiczna	479
Poradnia Rehabilitacji	452
Poradnia Reumatologiczna	201
Poradnia Stomatologiczna	220
Poradnia Urologiczna	304

SOR

Izba przyjęć SOR	396
Izba Przyjęć Planowych	271

ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ

Sekreteriat	318
Gabinet lekarski	311
Dyżurka pielęgniarek	314

ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWEJ I ORTOPEDII

Sekretariat	317
Gabinet lekarski	210
Dyżurka pielęgniarek	310

ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Sekretariat	376
Gabinet lekarski	370
Dyżurka pielęgniarek	367, 368

ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY

Sekretariat	322
Gabinet lekarski	326
Dyżurka - ginekologiczna	327
Dyżurka - położnicza	325

ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY

Sekretariat	332
Gabinet lekarski	372
Dyżurka	331

ODDZIAŁ NEUROLOGII

Sekretariat	486
Gabinet lekarski	389
Dyżurka pielęgniarek	386

ODDZIAŁ OKULISTYCZNY

Sekretariat	346
Gabinet lekarski	347
Dyżurka pielęgniarek	348

ODDZIAŁ REHABILITACJI

Sekretariat	346
Gabinet lekarski	340
Dyżurka pielęgniarek	338

ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY I

Sekretariat	356
Gabinet lekarski	354
Dyżurka pielęgniarek	353

ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY II

Sekretariat	360
Gabinet lekarski	359
Dyżurka pielęgniarek	358

ODDZIAŁ ZAKAŹNY

Sekretariat	408
Gabinet lekarski	387
Dyżurka pielęgniarek	383, 483

ZOL

Sekretariat	670
Gabinet lekarski	672
Dyżurka pielęgniarek	669

ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY I

Sekretariat	624
Gabinet lekarski	660
Dyżurka pielęgniarek	663

ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY II

Sekretariat	652
Gabinet lekarski	650
Dyżurka pielęgniarek	649

ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY III

Sekretariat	634
Gabinet Lekarski	635
Dyżurka pielęgniarek	638

ODDZIAŁ ODWYKOWY

Sekretariat	657
Gabinet lekarski	656
Dyżurka pielęgniarek	654

ODDZIAŁ OIOM

Dyżurka pielęgniarek	312
Gabinet lekarski	313

Pracownia Endoskopii	410
Pracownia Holter	475
Pracownia RTG	365
Pracownia Tomografii	462
Pracownia USG	364
Laboratorium	481
POZ dni robocze (18:00-08:00), soboty, niedziele i święta (08:00-08:00)	444
POZ Gabinet Lekarski	403
Stacja Dializ	414