RATUNEK Z NIEBA

ENDOPROTEZOPLASTYKA

CHOROBA NA WAKACJACH

1/2019 (10)

Poradnik Pacjenta

www.zoz-debica.pl

Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy

NOWY BLOK OPERACYJNY

SPIS TREŚCI

WSTĘP ..... STR 3

KARDIOLOGIA ..... STR 6

NOWY PUNKT STACJONOWANIA KARETEK W ŻYRAKOWIE..... STR 7

RATUNEK Z NIEBA ..... STR 8

CHOROBA NA WAKACJACH JAK SIĘ LECZYĆ W POLSCE I ZAGRANICĄ ..... STR 10

ZWIĘKSZENIE UPRAWNIEŃ DLA NIEPEŁNOSPRAWNYCH PACJENTÓW ..... STR 12

TRANSPORT LOTNICZY PACJENTA PEDIATRYCZNEGO ..... STR 14

ŚMIGŁOWCE A WARUNKI POGODOWE ..... STR 15

ENDOPROTEZOPLASTYKA - OSTATECZNE ROZWIĄZANIE ..... STR 16

szpital z uśmiechem

Wydawca:
Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy
39 – 200 Dębica, ul. Krakowska 91
Redakcja:
Redaktor Naczelny - lek med. Julitta Garbal-Sawka
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.

Rozwijamy się!

Nowy blok operacyjny rozpoczął działalność 1. kwietnia 2019 roku. Jest to w pełni funkcjonalny, wybudowany zgodnie z nowoczesnymi standardami, budynek posiadający 5 niezależnych sal operacyjnych wykorzystywanych do zabiegów chirurgicznych, ginekologicznych, endoskopowych i ortopedycznych. Aranżacja pomieszczeń spełnia wszelkie standardy higieniczne, a wyposażenie to najnowocześniejsze aparaty renomowanych firm światowych. Dzięki temu nasi Pacjenci mogą się czuć bezpiecznie, a załoga – komfortowo wykonywać swoją pracę.

W budynku znajduje się także doskonała centralna sterylizatornia, wyposażona w najwyższej klasy urządzenia do dezynfekcji narzędzi, przez co pewność i bezpieczeństwo wykonywanych zabiegów dodatkowo wzrasta zarówno dla Pacjentów, jak i operatorów.

Okazały budynek jest zwieńczony nieczęsto spotykaną, bo wyniesioną na wysokość 18 metrów, płytą lądowiska dla helikopterów. To tam lądują powietrzne karetki niosące pomoc najpilniej potrzebującym Pacjentom. Do komunikacji heliportu z budynkiem szpitala służy nowa winda zewnętrzna łącząca wszystkie piętra.

Inwestycja wraz z wyposażeniem kosztowała 22 mln zł, jednak dzięki Panu Marszałkowi województwa otrzymaliśmy dofinansowanie z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego w wysokości 10 mln zł.

Uroczyste, symboliczne oddanie pomieszczeń do użytku uświetnili swoją obecnością goście z Urzędu Wojewódzkiego, Urzędu Marszałkowskiego, Narodowego Funduszu Zdrowia, Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, PFRON-u, a przede wszystkim Pracownicy Szpitala, którym przekazano w pełni wyposażony obiekt do zagospodarowania.

Jesteśmy bardzo dumni z naszej najnowszej inwestycji, w której zarówno Pacjent, jak i zespół medyczny mogą się czuć bezpiecznie i na najwyższym poziomie, bowiem właśnie uruchomiliśmy nowe rodzaje rozległych zabiegów (dotychczas nie wykonywanych) z użyciem małoinwazyjnych metod stosowanych w najbardziej renomowanych ośrodkach na świecie (czytaj na stronie nr 18)!

Przemysław Wojtys
Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Dębicy

Otwarcie Now
Operacyj

vego Bloku
jnego

lek. med
Marcin Ściegienny

Kardiologia

W ostatnich latach jesteśmy świadkami coraz większego postępu w zakresie diagnostyki i leczenia chorób sercowo-naczyniowych. Część z tych metod na stałe rozpowszechniła się i jest ogólnodostępna - przykładem niech będzie przezskórna plastyka naczyń wieńcowych jako leczenie z wyboru zawału serca. Pozostaje jednak zakres procedur medycznych, które ze względu na wysokospecjalistyczny charakter wymagają bardzo drogiego sprzętu i przeszkolonego w wykonywaniu tych procedur personelu, wobec czego dostępne są jedynie w niektórych ośrodkach akademickich. Jedną z takich procedur jest przezcewnikowa, niskodawkowa tromboliza wspomagana ultradźwiękami z użyciem systemu EKOS® Acoustic Pulse Thrombolysis™ Therapy w leczeniu zatorowości płucnej.

Zatorowość płucna jest chorobą, w której dochodzi do zwężenia lub zamknięcia tętnic płucnych materiałem zatorowym, którym najczęściej jest skrzeplina pochodząca z naczyń żylnych kończyn dolnych. Na skutek zmniejszenia światła tętnic płucnych dochodzi do spadku przepływu krwi przez płuca oraz zmniejszenia powrotu żylnego z płuc - w zależności od wielkości skrzepliny mogą pojawić się objawy zatorowości płucnej: duszność, krwioplucie, suchy kaszel, zasłabnięcie, omdlenie, przyspieszenie akcji serca oraz spadek ciśnienia tętniczego, w najcięższych przypadkach dochodzi do zgonu pacjenta. Masywna zatorowość płucna jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia i wymaga specjalistycznej pomocy lekarskiej. W leczeniu bardziej zaawansowanych postaci zatorowości płucnej stosuje się leczenie fibrynolityczne - leki aktywnie rozpuszczające skrzeplinę. Niestety, leki te ze względu na siłę działania mogą mieć bardzo groźne skutki uboczne, a dodatkowo są przeciwskazane w wielu chorobach współistniejących. Jako przykład można podać zatorowość płucną u ofiary wypadku komunikacyjnego, u której ze względu na liczne urazy nie można podać leków fibrynolitycznych.

W tym przypadku w sukurs przychodzi nam wspomniana wcześniej przezcewnikowa, niskodawkowa tromboliza wspomagana ultradźwiękami z użyciem systemu EKOS® Acoustic Pulse Thrombolysis™ Therapy - lek fibrynolityczny podaje się przez cienki cewnik prosto do tętnic płucnych, a dodatkowe działanie ultradźwięków przyspiesza aktywne rozpuszczanie skrzepliny. Ze względu na podanie leku trombolitycznego w miejscu jego działania dawka może być znacząco obniżona, co zmniejsza ryzyko działań niepożądanych. Najbliższym ośrodkiem dysponującym odpowiednim sprzętem i przeszkolonym personelem jest Oddział Kliniczny Chorób Serca i Naczyń z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II pod kierownictwem Prof. dr hab. n. med. Piotra Podolca.

Pomimo współpracy Oddziału Chorób Wewnętrznych i Kardiologii dębickiego szpitala ze wspomnianą wyżej Kliniką i możliwości zastosowania leczenia fibrynolitycznego przy użyciu systemu EKOS, tradycyjny transport samochodowy pacjenta z zatorowością płucną może być problematyczny głównie ze względu na czas konieczny do przewiezienia pacjenta na odległość kilkudziesięciu kilometrów, często w warunkach wzmożonego ruchu kołowego na ulicach miast. Tej wady pozbawiony jest transport lotniczy, wobec czego istniała pilna potrzeba zapewnienia Naszemu szpitalowi możliwości translokacji pacjentów tą drogą. Wybudowane w ostatnich miesiącach lądowisko dla śmigłowca na terenie szpitala pozwala Nam włączyć się do systemu transportu lotniczego, co umożliwi szybkie i bezpieczne przekazanie pacjentów wymagających pilnego leczenia w ośrodkach akademickich.

lek. med. Marcin Ściegienny

Specjalista chorób wewnętrznych, Oddział Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Szpitala Powiatowego w Dębicy. Absolwent Akademii Medycznej w Lublinie.

Nowy Punkt Stacjonowania Karetek w Żyrakowie

Dzięki uprzejmości Generalnej Dyrekcji Dróg Krajowych i Autostrad 01.04.2019 nastąpiło oficjalne przekazanie do użytku nowego punktu stacjonowania karetki typu P na węźle autostradowym w Żyrakowie.

Mamy do dyspozycji 3 pomieszczenia z łazienką i zapleczem socjalnym oraz garażem. Karetka będzie obsługiwała północną część powiatu omijając wąskie gardło na moście na Wisłoce, co skróci czas dojazdu do pacjentów. Protokół przekazania został podpisany w obecności przedstawiciela GDDKiA w Rzeszowie pana dyrektora Kazimierza Pelca i Kierownika Grzegorza Drożdża oraz Dyrektora ZOZ Dębica Przemysława Wojtysa i Pani dyrektor ds. Medycznych Julitty Garbal-Sawki.

Karetki z punktu w Żyrakowie będą obsługiwały także odcinek autostrady od Tarnowa do Rzeszowa.

fot. mgr Ernest Garstka

lek med
Gabriel Tyll

Ratunek z nieba

fot. pixabay.com

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe jest instytucją ratownictwa medycznego w polskim systemie ochrony zdrowia, która świadczy usługi w ramach lotniczego transportu sanitarnego.

Rys historyczny.

Historyczne początki Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w Polsce sięgają okresu międzywojennego, kiedy to podejmowane były próby wykorzystania lotnictwa w ratowaniu zdrowia oraz życia. Wykorzystywano załogi oraz samoloty będące na wyposażeniu ówczesnych lotniczych jednostek wojskowych i aeroklubów. Udzielanie pomocy drogą lotniczą nabrało oficjalnego charakteru dopiero po II Wojnie Światowej, kiedy to Rajmund Barański (Minister Zdrowia i Opieki Społecznej) w 1955 roku powołał lotnictwo sanitarne. Organizacją zajął się wybitny pilot Tadeusz Więckowski. Na terenie Państwa Polskiego powstał Centralny Zespół Lotnictwa Sanitarnego w Warszawie oraz piętnaście Zespołów Lotnictwa Sanitarnego. Do zadań Zespołów Lotnictwa Sanitarnego należały m.in. przewóz: chorych i rannych, krwi i preparatów krwiopochodnych, leków, aparatury medycznej, a także lekarzy konsultantów, których działanie miało odbywać się z dala od macierzystych jednostek. Do połowy lat siedemdziesiątych w Zespołach Lotnictwa Sanitarnego używane były samoloty, początkowo głównie dwupłatowe maszyny o niewielkiej prędkości przelotowej jak konstrukcja typu CSS-13, a następnie maszyny jednosilnikowe np. JAK-12M, czy wielosilnikowe np. L-200 Morava. W latach siedemdziesiątych na wyposażeniu ZLS znalazły się śmigłowce typu SM-1 i SM-2, od roku 1975 śmigłowce typu Mi-2. Załogę samolotów i śmigłowców stanowili: pilot i pielęgniarka lub felczer, a w przypadku śmigłowców również mechanik lotniczy. Dopiero w późniejszym czasie do zespołów dołączyli lekarze z lokalnych placówek pogotowia ratunkowego.

W roku 2000 za sprawą minister zdrowia Franciszki Cegielskiej zlikwidowano Centralny Zespół Lotnictwa Sanitarnego. Z pozostałego majątku utworzono SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, który następnie przejmował poszczególne Zespoły Lotnictwa Sanitarnego. Po zakończeniu procesu 15 stycznia 2001 roku powstała jednostka składająca się z 12 baz z centralą w Warszawie. Celem zmian było ukierunkowanie działań Lotnictwa Sanitarnego głównie w kierunku ratownictwa medycznego z powietrza.

Z tego powodu, jeszcze przed końcem procesu reorganizacji (od 1 stycznia) rozpoczęto tworzenie Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego

HEMS – Helicopter Emergency Medical Service. Dzięki takiemu zabiegowi udało się wprowadzić wiele usprawnień w działaniu zespołów ratownictwa, m.in. standard jednakowej gotowości do startu do 4 minut, modyfikowano dobrze znane śmigłowce Mi-2, a także zrealizowano zakup nowych maszyn np. śmigłowca Agusta 109 Power. W 2005 roku na mocy ustawy o ustanowieniu programu wieloletniego „Wymiana śmigłowców Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w latach 2005-2010" rozpoczęto przygotowania do wymiany wysłużonych już Mi-2. W 2008 ówczesna premier Ewa Kopacz zawarła umowę z francusko-niemieckim konsorcjum Eurocopter na dostarczenie 23 śmigłowców EC 135 i EC145. Pierwsza maszyna rozpoczęła służbę w krakowskiej bazie w grudniu 2009. Zmiany te spowodowały usprawnienie działania Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Utrzymano standard gotowości do startu w czasie do 3 minut, znacząco zwiększyła się liczba lotów, a ok. 80% z pośród nich stanowią loty do zdarzeń (czyli loty HEMS).

W 2016 zwiększył się zasięg baz HEMS dzięki utworzeniu 4 nowych baz (umożliwił to zakup dokonany w 2015 roku, dzięki funduszom unijnym, 4 nowych śmigłowców H135).

Stan Obecny.

W 2016 roku, na podstawie ZARZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA z dnia 9 listopada 2016 r. w sprawie zmiany nazwy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe oraz nadania mu statutu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe przemianowano na Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR).

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, zwane dalej „LPR", z definicji jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638), prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Siedzibą Lotniczego pogotowia Ratunkowego jest miasto stołeczne Warszawa, natomiast obszarem działania jest terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w uzasadnionych przypadkach, w szczególności transportu chorych, pomocy humanitarnej, obsługi technicznej statków powietrznych, również obszar poza granicami kraju.

Do działań LPR w myśl w/w rozporządzenia należą:

1) wykonywanie medycznych czynności ratunkowych z wyłączeniem terenu szpitala;
2) wykonywanie lotniczego transportu sanitarnego chorych pomiędzy podmiotami leczniczymi;
3) transport osób wykonujących zawód medyczny, krwi i jej składników oraz wyrobów medycznych i produktów leczniczych w przypadku, gdy ich dostarczenie może mieć istotny wpływ dla ratowania życia pacjenta;
4) transport zespołów lekarzy specjalistów w dziedzinach określonych przepisami dotyczącymi warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i komórek w celu ich przeszczepienia lub zastosowania u ludzi;
5) wykonywanie obowiązków operatora krajowych dyspozytorskich sieci łączności bezprzewodowej dla potrzeb systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwanego dalej „systemem PRM", w zakresie administrowania tymi sieciami.
6) zabezpieczanie, pod względem medycznym, transportu statkami powietrznymi będącymi w dyspozycji Sił Powietrznych Rzeczypospolitej Polskiej znacznej liczby chorych.

Strukturę organizacyjną LPR tworzą:

1) Centrala z siedzibą w Warszawie;
2) Region Południowy z siedzibą w Krakowie;
3) Region Północny z siedzibą w Gdańsku;
4) Region Wschodni z siedzibą w Warszawie;
5) Region Zachodni z siedzibą w Szczecinie;
6) Ośrodek Szkolenia Lotniczego LPR;
7) Organizacja Obsługowa;

Od początku funkcjonowania Lotniczego Pogotowia Ratunkowego załogi śmigłowcowe i samolotowe przetransportowały ponad 116 tysięcy pacjentów. Aktualnie istnieje 21 baz stałych rozmieszczonych na terenie Polski oraz jedna sezonowa baza w Koszalinie (uruchamiana jest w czasie letnich wakacji). Ciągle unowocześnianie oraz rozbudowywanie struktur LPR umożliwia znaczny wzrost bezpieczeństwa, szybkości oraz jakości świadczeń ratowniczych a także ogólne polepszenie jakości opieki zdrowotnej w Polsce.

lek. med. Gabriel Tyll

W trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych.

mgr Agnieszka Książek

Choroba na wakacjach.

Jak leczyć się w Polsce i za granicą?

fot. freepik.com

Jak się leczyć w Polsce na wakacjach?

Każdy ubezpieczony w Narodowym Funduszu Zdrowia może korzystać z bezpłatnej pomocy medycznej niezależnie od miejsca, w którym aktualnie przebywa. Jeśli podczas wakacyjnego wypoczynku dopadnie nas przeziębienie, zatrujemy się lub ulegniemy kontuzji, otrzymamy świadczenia opieki zdrowotnej tam, gdzie akurat spędzamy nasz urlop. Z pomocy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej skorzystamy w każdej poradni POZ bez żadnych limitów wizyt. Przychodnie na terenie całego kraju czynne są w godzinach od 8.00 do 18.00. Jeśli potrzebujemy pomocy poza godzinami pracy poradni, w razie pogorszenia stanu zdrowia lub nagłego zachorowania, do dyspozycji mamy nocną i świąteczną opiekę zdrowotną. W punkcie sprawowania tej opieki przyjmie nas lekarz, który udzieli niezbędnej pomocy lub skieruje nas do szpitala. W razie jakichkolwiek wątpliwości, np. co do dawki przyjmowanego leku, możemy skontaktować się z lekarzem dyżurującym również telefonicznie.

Kiedy ulegniemy poważnemu wypadkowi i zagrożone jest nasze zdrowie lub życie, pomocy udzielą nam lekarze dyżurujący w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Lekarz wykona czynności ratujące życie i zdrowie, i skieruje nas na konieczne badania.

Na terenie całego kraju funkcjonują również poradnie świadczące doraźną opiekę stomatologiczną. W razie nagłego bólu zęba możemy zgłosić się do przychodni, która w godzinach od 19.00 do 7.00 rano w dni powszednie oraz w soboty, niedziele i święta całodobowo zapewnia pomoc stomatologa.

Jeśli cierpimy na choroby przewlekłe, zabierzmy ze sobą zapas leków lub dodatkową receptę od lekarza pierwszego kontaktu. W przychodni, do której trafimy na wakacjach po raz pierwszy, lekarz może odmówić wypisania recepty na leki refundowane, jeśli nie zna historii choroby.

Wybierając się na wakacje w kraju, nie musimy mieć ze sobą żadnych dokumentów potwierdzających prawo do korzystania z bezpłatnej opieki medycznej. Wystarczy przedstawić dowód osobisty do wglądu. Dzięki systemowi elektronicznej weryfikacji uprawień świadczeniobiorców (eWUŚ) każda placówka medyczna sprawdza ubezpieczenie pacjentów. Jeśli z jakiegoś powodu nie figurujemy w bazie, możemy złożyć stosowne oświadczenie o prawie do leczenia (oczywiście, jeśli rzeczywiście jesteśmy objęci ubezpieczeniem NFZ).

Jak korzystać z zagranicznej pomocy medycznej?

Choć na wakacje wybieramy się zazwyczaj do krajów cieplejszych niż Polska, i tam możemy złapać przeziębienie lub np. dostać wysokiej gorączki. We wszystkich krajach Unii Europejskiej skorzystamy z bezpłatnej opieki zdrowotnej dzięki Europejskiej Karcie Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ). Kartę EKUZ możemy wyrobić sobie w Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia.
Karta uprawnia do otrzymania takiej samej pomocy, jaką otrzymują obywatele danego kraju. Jeśli za wybrane usługi medyczne musimy zapłacić, po powrocie do kraju możemy ubiegać się o zwrot środków. Na wniosek otrzymamy wtedy albo zwrot całej kwoty, albo część poniesionych kosztów. Przed zagranicznym wyjazdem warto wyrobić kartę ubezpieczeniową, ponieważ ułatwia skorzystanie z pomocy medycznej. Za leczenie możemy również zapłacić, a po powrocie ubiegać się o zwrot środków wydanych na usługi medyczne. EKUZ działa tylko w przypadku pomocy doraźnej. Wszystkie planowane zabiegi medyczne, które chcemy wykonać za granicą, musimy opłacić zgodnie ze stawkami obowiązującymi w danym kraju.

Jak wyrobić kartę EKUZ?

Wyrobienie karty EKUZ nic nie kosztuje.

Usługa jest bezpłatna, a złożyć wniosek można na 4 różne sposoby:
1/ w oddziale NFZ
2/ faksem
3/ pocztą elektroniczną
4/ obywatel.gov.pl

Ile trzeba czekać na wyrobienie karty EKUZ?

Karta EKUZ jest wydawana lub wysyłam na pocztą, w zależności od tego jaką opcję wybierzemy. Karta gotowa do odebrania jest po ok.3-5 dniach roboczych od wysłania wniosku. Osoby, które zdecydują się na wysłanie karty pocztą muszą się liczyć z dodatkowym czasem potrzebnym na wysyłkę.
Najbliższe miejsca gdzie można składać wniosek o wydanie karty EKUZ - czyli Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego to:

Podkarpacki Oddział Wojewódzki
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Rzeszowie

35 – 032 Rzeszów, ul. Zamkowa 8
Tel. 17 8604140, 17 8604102
Fax 17 8604228
e-mail:
sekretariat@nfz-rzeszow.pl,
sprawy.ubezpieczonych@nfz-rzeszow.pl

Punkt Informacyjny w Dębicy
POW NFZ w Rzeszowie

39-200 Dębica, ul. Parkowa 28
Tel. 14 676 51 54, 14 676 51 07
Fax 14 676 51 07
e-mail: punkt_debica@nfz-rzeszow.pl

Opracowanie: mgr Agnieszka Książek

Absolwentka dębickiego ILO im. Króla W. Jagiełły w Dębicy. Absolwentka Wydziału Pielęgniarstwa Collegium Medium Uniwersytetu Jagielońskiego w Krakowie, 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, pasjonatka pszczelarstwa, ukończyła szkołę policealną na kierunku pszczelarskim.

fot. mgr Ernest Garstka

mgr Tomasz Sala

Zwiększenie uprawnień dla niepełnosprawnych pacjentów

Dnia 1 lipca 2018r. weszła w życie ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności, zmieniająca ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, na mocy której rozszerzono dotychczasowy zakres osób uprawnionych do udzielania poza kolejnością świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego.

Do dotychczasowej grupy uprawnionych dołączyli pacjenci niepełnosprawni o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w postaci konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Osobom tym przysługuje również prawo do korzystania poza kolejnością z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach, a także do korzystania z wyrobów medycznych z zachowaniem limitu ich finansowania przez NFZ bez ograniczeń wynikających z okresu ich użytkowania określonego w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, z tym że każdorazowo o ilości wyrobów i okresie ich użytkowania decydował będzie uprawniony lekarz wypisujący takie zlecenie.

Ważną kwestią jaką należy poruszyć jest wskazanie dokumentu, którego okazanie będzie uprawniało do korzystania przez niepełnosprawnych ze znacznym stopniem niepełnosprawności z nowych przywilejów. Jak wynika z obowiązujących przepisów szczególne uprawnienia do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach przysługiwać będą osobom posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. Orzeczenia takie wydają powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności oraz wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Orzeczenie tych zespołów stanowi podstawę do korzystania z uprawnień o których mowa powyżej. Za równorzędne z ww. orzeczeniami uznaje się:

a) orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidów wydane przed 1 stycznia 1998 r. przez Komisje Lekarskie ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia;

b) orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji wydane przez lekarza orzecznika ZUS;

c) orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przez lekarza orzecznika ZUS;

d) orzeczenie o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, pod warunkiem uzyskania przez daną osobę prawa do zasiłku pielęgnacyjnego, wydane przez KRUS przed 1 stycznia 1998 r.;

e) orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidztwa wydane przez komisje lekarskie podległe MON lub MSWiA, przed 1 stycznia 1998 r., na podstawie odrębnych przepisów dotyczących niezdolności do służby,

f) wyroki sądu pracy i ubezpieczeń społecznych wydane w postępowaniu odwoławczym od orzeczenia wydanego przez wojewódzki zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności lub od decyzji organu rentowego w sprawie ubezpieczeń społecznych.

Tym samym np. zaświadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, specjalisty, czy nawet lekarza który jest członkiem któregokolwiek z zespołu wskazanego powyżej nie jest wystarczające do skorzystania z uprawnień. Dlatego osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności, które nie posiadają orzeczenia potwierdzającego taki stan lub dokumentu równoważnego powinny podjąć kroki w celu jego uzyskania, gdyż w przeciwnym wypadku placówka medyczna będzie miała prawo odmowy udzielenia świadczeń poza kolejnością i przyjąć ich w trybie takim samym jak

fot. freepik.com

dla pozostałych pacjentów niekorzystających z uprawnień.

Korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach oraz ze świadczeń udzielanych przez lekarzy specjalistów w poradniach specjalistycznych oznacza, że placówka medyczna udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez nią listy oczekujących i udziela ich w dniu zgłoszenia. Może jednak okazać się, że przyjęcie pacjenta w tym samym dniu nie będzie możliwe np. z uwagi na brak lekarza, brak wolnych łóżek w szpitalu, konieczność przyjęcia innych pacjentów ze szczególnymi uprawnieniami do przyjęcia poza kolejnością, w związku z tym ustawodawca zezwolił na wyznaczenie innego terminu, z tym zastrzeżeniem, że świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia, termin 7 dniowy nie dotyczy jednak leczenia szpitalnego, co należy tłumaczyć koniecznością zakończenia leczenia pacjentów już przyjętych,

w takim przypadku dopiero zwolnienie łóżka umożliwi przyjęcie uprawnionego pacjenta.

Pacjenci z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności będą mogli również leczyć się poza kolejką w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Należy także podkreślić, że prawo do świadczeń poza kolejnością przysługuje przez cały okres leczenia a nie tylko w zakresie pierwszej wizyty, z tym, że prowadzący pacjenta lekarz specjalista a nie pacjent ustala termin następnej wizyty. Lekarz może jednak wyznaczyć ten termin wcześniej niż wynikałoby z listy oczekujących pozostałych nieuprzywilejowanych pacjentów.

Może jednak dojść do sytuacji, gdy ze świadczeń zdrowotnych będzie chciało skorzystać większa ilość pacjentów uprzywilejowanych z innych podstaw niż niepełnosprawność, jak np. inwalidzi wojenni czy kobiety w ciąży. Ustawodawca nie dokonuje stopniowania w ramach kategorii pacjentów uprzywilejowanych, w związku z tym w tej kategorii pacjentów także będą obowiązywać kolejki do udzielania świadczeń według kolejności zgłoszenia, chyba, że w konkretnym przypadku nastąpią wskazania medyczne do natychmiastowego udzielenia świadczenia.

Dodatkowym uprawnieniem wynikającym ze zmian w ustawie jest brak konieczności posiadania przez pacjenta uprzywilejowanego skierowania do lekarza specjalisty. Tym samym pacjent, który zamierza skorzystać z pomocy lekarza specjalisty może zarejestrować się bez przedkładania skierowania. Zwolnienie z obowiązku posiadania skierowania nie dotyczy leczenia szpitalnego lub całodziennego.

Dzięki powyższym zmianom niepełnosprawni w stopniu znacznym będą mogli podjąć leczenie z zakresu np. fizjoterapii zgodnie ze wskazaniami medycznymi bez konieczności oczekiwania w kolejce określanej przez świadczeniodawcę, co jednak nie oznacza natychmiastowego podjęcia leczenia, gdyż to uzależnione jest od możliwości placówki medycznej.

mgr Tomasz Sala

Radca Prawny Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy.

lek med
Rafał Grzesiakowski

Transport lotniczy pacjenta pediatrycznego

Do działalności Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (LPR) poza lotami do zdarzeń należą transporty medyczne. Po uwzględnieniu kwalifikacji dyspozytora LPR transporty dzielą się na ratownicze (R) w związku z koniecznością podjęcia pilnego leczenia w innej placówce, oraz planowe sanitarne (S). Podczas lotu śmigłowcem zmiany ciśnienia atmosferycznego są nieistotne w przypadku absolutnej większości pacjentów. Poza wypadkami nurkowymi można te zmiany zupełnie pominąć. Tak więc pacjenci z chorobami ośrodkowego układu nerwowego, dusznością czy niewielkimi patologicznymi zbiornikami powietrza w jamach ciała mogą bezpiecznie podróżować śmigłowcem ratunkowym. Istotne jest, że w takiej sytuacji pacjent jest przenoszonyz otoczenia, w którym jest bezpiecznie i stabilnie a chorego otacza pełne zaplecze diagnostyczno-lecznicze oraz liczny personel do ograniczonej przestrzeni kabiny medycznej, gdzie pozostaje pod jednoosobowym nadzorem lekarza, bez możliwości komunikacji werbalnej w trakcie lotu. Dotarcie do śmigłowca i wyniesienie z niego musi się odbyć z narażeniem pacjenta na warunki zewnętrzne. Pacjentem wymagającym szczególnej uwagi jest dziecko. Nie tylko ze względu na odmienności dotyczące fizjologii, patofizjologii czy np. farmakokinetyki, ale także powodów pozamedycznych.

W podstawowej konfiguracji śmigłowiec dysponuje miejscem dla załogi oraz jednego pacjenta. Oznacza to, że podczas transportu śmigłowcem

dziecku nie może towarzyszyć rodzic. Ten fakt wiąże się z dalszymi konsekwencjami, a mianowicie podczas przekazywania dziecka do szpitala docelowego rodzic nadal nie jest obecny, co w wielu sytuacjach jest pożądane. Z tego też względu warto wcześniej przygotować wszystkie niezbędne zgody rodziców na planowane procedury, choć niestety ich wartość w takiej formie jest dyskusyjna. W przypadku dziecka nieprzytomnego jest to problem podstawowy. Niestety sprawa się komplikuje w przypadku dzieci w pełni świadomych, u których rozłąka z rodzicem często powoduje głęboki stres, co przekłada się na znaczne utrudnienia w transporcie i niekiedy wiąże z koniecznością sedacji. W związku z powyższym planując transport przytomnego dziecka śmigłowcem, należy rozważyć potencjalne korzyści i niebezpieczeństwa korzystania z drogi lotniczej – w wielu przypadkach korzystniejszy jest nieco wydłużony transport lądowy z dzieckiem komfortowo przewożonym karetką w towarzystwie rodzica. Decydujący jest stopień pilności procedury planowanej w ośrodku docelowym.

Lek.med. Rafał Grzesiakowski
kons. dr n. med. J.Brzostek

lekarz w trakcie stażu podyplomowego, absolwent Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, oraz I Liceum Ogólnokształcącego im. Króla Władysława Jagiełły w Dębicy.

lek med
Mateusz Lewartowski

Śmigłowce
a warunki pogodowe

Transport helikopterem zrewolucjonizował ratownictwo medyczne. Trzeba jednak pamiętać o jego wielu technicznych ograniczeniach. Część z nich związanych jest z porą dnia albo warunkami atmosferycznymi. W przeciwieństwie do starszych modeli, obecne śmigłowce LPR mogą latać w godzinach nocnych. Nadal jednak przeszkodę nie do pokonania stanowi niekorzystna pogoda:

- Istotnym zagrożeniem jest silny wiatr, zwłaszcza przy podejściu do lądowania czy starcie. Największe ryzyko wiąże się z wiatrem, który szybko zmienia kierunek i siłę, mogą wtedy pojawiać się turbulencje i „dziury powietrzne", co przekłada się na raptowną destabilizację helikoptera.
- Mgły, nisko zawieszone chmury lub umiarkowane opady deszczu nie oddziaływują bezpośrednio na śmigłowiec, ale przez ograniczenie widoczności mogą uniemożliwić lądowanie czy nawet bezpieczny przelot.
- W miesiącach jesienno - zimowych nierzadko mamy do czynienia z oblodzeniem. Gołoledź jest istotnym zagrożeniem na drodze, ale jest też niebezpieczna dla samolotów i śmigłowców – była przyczyną wielu katastrof lotniczych. Nowoczesne helikoptery są oczywiście wyposażone w sprawny system antyoblodzeniowy.
- Intensywne opady śniegu skutecznie uniemożliwią użycie śmigłowca, z jednej strony przez znaczne ograniczenie widoczności, a także przez ryzyko mechanicznej usterki. Szczególnym zagrożeniem są burze. Wypiętrzonym chmurom kłębiastych (cumulonimbusom) towarzyszą pionowe uskoki wiatru – chłodne powietrze nagle opada na ziemię z prędkością nawet ponad 100 km/h. Dla śmigłowca znalezienie się w obszarze takiego prądu zstępującego (downburst), może być zgubne – zwłaszcza jeśli leci na niskiej wysokości. Uskoku wiatru można spodziewać się pod dobrze odgraniczoną, ciemną podstawą cumulonimbusa, zwłaszcza w jego „przedniej" części, a także przed czołem „wału chmurowego". Do tej pory odnotowano ponad 110 przypadków uderzenia błyskawicy w helikopter, które mimo że może wyglądać dramatycznie, zwykle nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla śmigłowca – piorun przez niego „przepłynie". Istnieje jednak ryzyko awarii elektroniki, ponadto uszkodzeniu mogą ulec łopaty wirnika. Dlatego też w przypadku uderzenia pioruna, dalszy lot nie jest możliwy do czasu inspekcji technicznej. Dodatkowym zagrożeniem podczas burz są nawalne opady deszczu,

ograniczające widoczność czasem prawie do „zera” oraz opady gradu, które mogą przyczynić się do mechanicznego uszkodzenia śmigłowca.
Należy pamiętać, że burze to zjawisko lokalne, a sytuacja pogodowa może zmienić się diametralnie w ciągu kilku - kilkunastu minut, kluczowa jest więc bieżąca obserwacja warunków. Pomimo wielu udoskonaleń, helikoptery nie są „pogodoodporne” i pewnie nigdy nie będą.
. Lot mimo trudnych warunków atmosferycznych to zasługa doświadczenia i ciężkiej pracy pilotów. Pamiętajmy o tym, że załoga śmigłowca wielokrotnie sama ryzykuje życie, żeby nieść pomoc najbardziej potrzebującym.

Opracowanie: lek. med. Mateusz Lewartowski

Absolwent I Liceum Ogólnokształcacego im. Króla Władysława Jagiełły w Debicy. Studia medyczne na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellonskiego ukonczył z wyróPnieniem, uzyskujac drugi wynik na roku. Lekarski Egzamin Panstwowy zdał z najwyższa iloscia punktów w województwie. W 2012 roku rozpoczał specjalizacje w neurologii. Poza medycyna od wielu lat zajmuje sie filmowaniem burz i błyskawic, jest autorem publikacji m. in. o medycznych aspektach ranienia piorunem.

lek med
Maksymilian Chmura

Endoprotezoplastyka
ostateczne rozwiązanie choroby zwyrodnieniowej stawów

Choroba zwyrodnieniowa stawów jest przewlekłą niezapalną chorobą stawów o etiologii wieloczynnikowej, będącą następstwem zaburzeń równowagi pomiędzy procesami regeneracji oraz degeneracji chrząstki stawowej i kości podchrzęstnej.
Może dotyczyć jednego, kilku lub wielu stawów jednocześnie.
Choroba zwyrodnieniowa stawów jest najpowszechniejszą patologią dotyczącą stawów.
Wyraźnie związana ze starzeniem, stanowi najczęstszą przyczynę bólów i niepełnosprawności osób starszych, lecz może także dotyczyć młodszych. Z tego też względu określana jest mianem choroby cywilizacyjnej.
Najlepszą ilustracją jak wielki jest to problem społeczny stanowi fakt że, ilość wszczepionych protez np. stawu kolanowego na przestrzeni lat 1990-2000r. w świecie wzrosła średnio o 46,8% i nadal ma tendencje wzrostowe.
W podobnym zakresie choroba dotyka obu płci i występuje u wszystkich ras na świecie. Jednakże istnieją znaczące różnice w zapadalności na chorobę zwyrodnieniową poszczególnych stawów pomiędzy kobietami a mężczyznami, a także pomiędzy różnymi grupami etnicznymi.
Ogólna częstość występowania, została ustalona na około 2-3% populacji mieszkańców Ziemi.

W Polsce szacuje się że, zmiany zwyrodnieniowe występują u około 2 milionów osób choć niektóre dane mówią o 17% społeczeństwa. Choroba lokalizacyjnie dotyczy głównie stawów biodrowych – 40% i stawów kolanowych - 20%, a pozostałe

40% obejmuje kręgosłup i inne stawy. Choroba ta może być podzielona pod względem etiologii na dwa zasadnicze rodzaje:- pierwotną (idiopatyczną) chorobę zwyrodnieniową stawów - wtórną chorobę zwyrodnieniową stawów.Chorobę uznajemy za pierwotną wówczas, gdy przy użyciu dostępnych środków w postaci danych z wywiadu, wielostronnych badań klinicznych, laboratoryjnych i obrazowych nie ma możliwości określenia przyczyny leżącej u podłoża choroby.

Wśród czynników predysponujących do występowania artroz idiopatycznych wymienia się: otyłość, przeciążenie stawu, zaburzenia w budowie stawu, zaburzenia biomechaniki stawu.

Wtórna choroba zwyrodnieniowa stawów rozwija się w wyniku ściśle określonego, wrodzonego lub nabytego, zaburzenia budowy lub funkcji elementów składowych stawu.

Powstaje ona w wyniku odpowiedzi na nieprawidłowy sposób przenoszenia sił w obrębie stawu, którego chrząstka pierwotnie miała prawidłową strukturę, lub może być następstwem przyczyn, które pierwotnie zaburzają biomechaniczne właściwości chrząstki.

Artrozy wtórne najczęściej występują jako:

- pourazowe (po złamaniach, mikrourazy przeciążeniowe np. u sportowców)
- pozapalne (zapalenia nieswoiste, swoiste, gruźlica, schorzenia reumatoidalne)
- w przebiegu chorób układowych
- jako wyraz zaburzeń rozwojowych (np. wrodzona dysplazja stawów biodrowych)

Prawidłowe funkcjonowanie stawu uzależnione jest od istnienia fizjologicznych relacji pomiędzy chrząstką stawową, błoną maziową i kością podchrzęstną. Uszkodzenie dokonujące się w obrębie którejkolwiek z tych struktur, w związku z ich wzajemnym powiązaniem doprowadza do wtórnych zmian pozostałych elementów stawu.

Choroba zwyrodnieniowa może dotyczyć jednego, dwóch lub wielu stawów równocześnie. Przebieg choroby bywa bardzo szybki, z gwałtownie postępującymi zmianami, lub przeciwnie bardzo powolny, z mało uchwytną progresją. Najczęściej jednak obserwuje się narastanie objawów w ciągu kilku lat.

Nasilenie objawów klinicznych zmian zwyrodnieniowych stawów jest związane z czasem trwania choroby.

Pierwszym i zasadniczym elementem charakterystycznym jest ból. Początkowo występuje tzw. klasyczna triada bólu:

- ból przy rozruchu
- ból zmęczeniowy
- ból przy obciążeniach

Dolegliwości zwykle ustępują po okresie spoczynku, lecz w miarę trwania choroby stają się ciągłe, prowadząc do tzw. późnej triady bólu:

- ból stały
- ból nocny
- ból mięśniowy

Progresja bólu, od występującego sporadycznie do ciągłego i trudnego do zniesienia, może następować przez miesiące lub lata. Lokalizacja bólu, szczególnie we wczesnym okresie, nie zawsze jest ściśle związana z zajętym stawem, na przykład przy zmianach zwyrodnieniowych stawu biodrowego, ból dalszej części uda i kolana jest dość powszechnym objawem.

Ruchomość stawu może początkowo nie ulegać ograniczeniu, lecz często dopiero maksymalne ruchy bywają bolesne. Wraz z postępem zmian zwyrodnieniowych zakres ruchów zostaje ograniczony, stopniowo prowadząc do utrwalonych przykurczów.

Miejscowo stwierdza się poszerzenie i zniekształcenie obrysów stawów. Zmiany te spowodowane są wysiękiem, przerostem błony maziowej, pogrubieniem torebki stawowej i obecnością osteofitów.

Jeżeli zajęte są stawy kończyny dolnej, to wraz z nasileniem dolegliwości bólowych i zmian stawowych stwierdza się utykanie i narastające trudności w chodzeniu.

Z czasem chory przestaje pracować zawodowo, rezygnuje z aktywności ruchowej, a w zaawansowanym stadium wymaga stałej opieki innych osób.

W diagnostyce choroby zasadniczą rolę odgrywa wywiad i badanie fizykalne uwzględniające wyżej omawiane aspekty kliniczne.

Jako badanie dodatkowe od wielu już lat metodą z wyboru wśród badań obrazowych jest zdjęcie radiologiczne. Istnieją cztery podstawowe radiologiczne wykładniki choroby. Należą do nich:

- zwężenie szpary stawowej
- podchrzęstna sklerotyzacja
- podchrzęstne torbiele kostne
- osteofity

Skuteczne leczenie przyczynowe pierwotnej choroby zwyrodnieniowej stawów nie zostało dotychczas poznane. Natomiast możliwe jest zapobieganie wtórnej chorobie zwyrodnieniowej przez właściwe leczenie stanów będących jej potencjalną przyczyną.

Ważnym elementem w postępowaniu jest ograniczenie czynników ryzyka choroby, jakim są m. in. nadwaga, przeciążenie stawów związane z pracą zawodową lub wykonywaniem niekorzystnie działających ćwiczeń fizycznych.

Leczenie nieoperacyjne skupione jest głównie na zmniejszeniu dolegliwości bólowych i utrzymaniu możliwie dużej ruchomości zajętego stawu, a także siły działających mięśni. W niewielkich lub średnio zaawansowanych zmianach zwyrodnieniowych skuteczne leczenie wspomagające stanowi fizykoterapia. Celem jej stosowania jest poprawa ukrwienia i rozluźnienie okołostawowych tkanek miękkich. Korzystny wpływ na zmniejszenie dolegliwości ma zastosowanie magnetoterapii, ultradźwięków, okładów parafinowych i borowinowych oraz prądów inferencyjnych.

Wraz z narastaniem dolegliwości bólowych konieczne jest wdrożenie farmakoterapii która,

ma za zadanie zwalczanie bólu, stanu zapalnego, obrzęku i poprawę ukrwienia miejscowego. Żadne jednak leczenie nie cofnie istniejących zmian chorobowych, a jedynie może opóźnić ich dalszy rozwój. Leczenie operacyjne choroby zwyrodnieniowej stawu stosujemy wówczas gdy leczenie zachowawcze nie jest wystarczająco skuteczne.

Jego podstawowe cele to zniesienie bólu i poprawa jakości życia chorego. Wybór metody leczenia operacyjnego jest zależna od lokalizacji i zaawansowania zmian oraz wieku chorego i jego aktywności życiowej.

Stosowane są zabiegi artroskopowe mające na celu wypłukanie i oczyszczenie stawu oraz synowektomie - usunięcie chorobowo zmienionej błony maziowej. Zabiegi te stosuje się przeważnie jako jeden z etapów leczenia, przed ostateczną operacją endoprotezoplastyki stawu.

Celem endoprotezoplastyki stawu jest usunięcie uszkodzonego przez chorobę zwyrodnieniową stawu i zastąpienie go sztucznym implantem protezowym. Endoproteza stawu to często jedyny ratunek dla pozbycia się nieustającego bólu i idącego za nim znacznego ograniczenia ruchomości stawu, które spowodowane są zaawansowanymi zmianami zwyrodnieniowymi.

O endoprotezie stawu biodrowego musimy zatem pomyśleć, gdy zwyrodnienie stawu utrudnia nam lub bliskiej osobie poruszanie się. Do tego dochodzi ból, który obniża jakość życia. Endoproteza stawu to zabieg wszczepienia sztucznego stawu. Polega on na oszczędnej, aczkolwiek całkowitej resekcji powierzchni stawowych chorego stawu i zastąpieniu ich endoprotezą. Zabieg jest całkowicie bezpieczny, ponieważ sztuczny staw wykonany jest z materiałów bioobojętnych połączonych z kością za pomocą specjalistycznego cementu lub bezcementowo wbudowuje się, „wrasta" w kość za sprawą porowatej powierzchni i substancji, jaką jest powleczony (hydroksyapatyt, tytan).

Głównymi przeciwskazaniami do wykonania endoprotezoplastyki są:

- zakażenia skóry lub stawu, owrzodzenia
- stawy neurogenne (inaczej stawy Charcota)
- osteoporoza
- nadwaga
- żylaki
- zbyt młody wiek
- współistniejące ciężkie schorzenia ogólne

W naszym szpitalu istnieje możliwość wykonania endoprotezopalstyki stawu biodrowego, a wkrótce także kolanowego. Wykonujący te zabiegi lekarze stale podnoszą swoje umiejętności pod okiem doświadczonych specjalistów z uznanych ośrodków klinicznych.

Endoproteza biodra jest najczęściej wykonywanym zabiegiem rekonstrukcyjnym biodra u osób dorosłych. Wybór rodzaju endoprotezy oraz techniki operacyjnej zależy od zaawansowania zmian zwyrodnieniowych, wieku Pacjenta, a także jego stanu zdrowia. Zabieg daje choremu lepszy komfort życia, oraz pozwala na zwiększenie sprawności ruchowej, a przede wszystkim eliminuje dotychczas występujące dolegliwości bólowe.

Obecnie zabieg najczęściej wykonywany jest z małoinwazyjnego dostępu przedniego. Przy określonych wskazaniach wykonuje się również zabiegi z dostępu bocznego, lub tylnobocznego.

Stosuje następujące rodzaje endoprotez stawu biodrowego:

- totalne (całkowite) - zmieniana jest panewka z głową kości udowej
- połowiczne (częściowe) - usuwa się głowę kości udowej – bipolarna, unipolarna
- cementowe, bezcementowe, hybrydowe;

Zabieg operacyjny wszczepienia protezy wymaga planowania przedoperacyjnego, które najczęściej polega na analizie obrazu radiologicznego i ustaleniu cech anatomicznych z tych radiogramów, które będą służyły za wskazówkę do oceny wielkości implantu oraz do oceny jego położenia i zagłębienia w kości. Przed zabiegiem konieczna jest więc konsultacja u lekarza specjalisty chirurgii urazowo-ortopedycznej. Lekarz określi czy stan zdrowia pozwala na zakwalifikowanie pacjenta do zabiegu, wykona badania w zakresie ortopedycznym narządu ruchu oraz zleci konieczne badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne. Następnie Pacjent kierowany jest do lekarza anestezjologa celem kwalifikacji do znieczulenia. Konieczne jest też przedstawienie zaświadczenia od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o chorobach współistniejących i stosowanych lekach oraz przedłożenie lekarzowi posiadanych wyników badań, wypisów ze szpitala itp.

Hospitalizacja trwa ok. 4-5 dni. Zabieg wykonywany jest w 1-2 dobie po przyjęciu do szpitala przeważnie w znieczuleniu zewnątrzoponowym, niekiedy w ogólnym. W dalszych dniach podaje się leki, stosuje rehabilitację i kontroluje proces gojenia rany. Po wypisie do domu, przez ok. 4 tygodnie, nadal stosuje się profilaktykę przeciwzakrzepową - zastrzyki Pacjent podaje sobie samodzielnie lub przy pomocy rodziny wg udzielonego w szpitalu instruktażu.

Kontrola i zdjęcie szwów następuje ok. 14-21 doby po operacji.

Rehabilitacja w okresie pooperacyjnym jest bardzo ważnym elementem leczenia, który umożliwia choremu powrót do uzyskania prawidłowego zakresu ruchu w sztucznym stawie. Pionizacja i usprawnianie pooperacyjne odbywa się pod okiem wykwalifikowanych rehabilitantów i pozwala uniknąć poważnych powikłań zakrzepowo-zatorowych, poprawia także samopoczucie pacjenta. W niektórych przypadkach wskazany może być dalszy pobyt w oddziale rehabilitacyjnym.

Dbamy o to, aby pacjenci po operacji biodra rozpoczęli chodzenie możliwie jak najwcześniej po zabiegu. Pacjent po zabiegu wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego wstaje w 1-2 dobie, a tuż po ustąpieniu znieczulenia zaczyna się wykonywanie ćwiczeń ruchowych operowanego stawu. Po zabiegu z użyciem protezy bezcementowej, chory przez jakiś czasy musi korzystać z kuli, żeby odciążyć staw biodrowy. Natomiast po operacji z użyciem protezy cementowej sprawność osiągana jest w zasadzie od uzyskania napięcia mięśniowego, które powraca w ciągu 2–3 dni. Po zabiegu endoprotezoplastyki biodra niekiedy występuje wydłużenie operowanej kończyny, co nie wpływa **na ostateczny, korzystny wynik zabiegu.**

Niepowodzenia zdarzają się rzadko - w ok. 3-4% dochodzi do wczesnego lub późnego „odrzucania" protezy spowodowanego infekcją lub tzw. obluzowaniem („odklejaniem") protezy. Nawet prawidłowo wykonany zabieg nie gwarantuje pełnego sukcesu! Stwarza on jedynie warunki do powrotu właściwej funkcji kończyny. To sam Pacjent pod kierunkiem zespołu medycznego (lekarz, pielęgniarka, rehabilitant), dzięki wykonywaniu jego zaleceń, jest odpowiedzialny za powodzenie procesu leczniczego.

Endoprotezoplastyka jest wciąż dynamicznie rozwijającą się dziedziną ortopedii dając Pacjentowi szanse na uwolnienie się od dolegliwości bólowych i powrót do normalnego życia.

Opracowanie: lek. med. Maksymilian Chmura

lek. Maksymilian Chmura - absolwent Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, Oddział w Zabrzu, Specjalista Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, z-ca kierownika Oddziału Chirurgii Urazowej i Ortopedii ZOZ 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 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 Rehabilitacji	451
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
Tefony alarmowe	112, 999