

**POGRYPOWE
ZAPALENIE MIĘŚNIA
SERCOWEGO**

**REHABILITACJA
KARDIOLOGICZNA**

**CELE TERAPEUTYCZNE
W NADCIŚNIENIU
TĘTNICZYM**

Poradnik Pacjenta

2/2024 (25)

www.zoz-debica.pl

 Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy

**PROFILAKTYKA
NADCIŚNIENIA**

SPIS TREŚCI

PROFILAKTYKA NADCIŚNIENIA	STR 3
POGRYPOWE ZAPALENIE MIĘŚNIA SERCOWEGO	STR 4
WYBÓR LEKU POMIĘDZY BENZODIAZEPINAMI A ATARAKTYKAMI W TERAPII ZABURZEŃ LĘKOWYCH U PACJENTÓW ZCHOROBIAMI SERCA	STR 6
CELE TERAPEUTYCZNE W NADCIŚNIENIU TĘTNICZYM W ŚWIETLE NOWYCH DOWODÓW NAUKOWYCH	STR 7
OD ANGINY PO ZAPALENIE MIĘŚNIA SERCOWEGO - DIAGNOSTYKA I LECZENIE ANGINY PACIORKOWCOWEJ	STR 8
REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA	STR 10
DODATKOWE UPRAWNIENIA PACJENTÓW	STR 17



szpital z uśmiechem

Wydawca:

Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy
39 – 200 Dębica, ul. Krakowska 91

Redakcja:

Redaktor Naczelny - lek med. Jadwiga Niemieć-Kulij

Redaktor naukowy - dr n. med. Lesław Ciepela

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>



lek. med. Anna Słaba

PROFILAKTYKA NADCIŚNIENIA

fol. freepik.com

fol. freepik.com

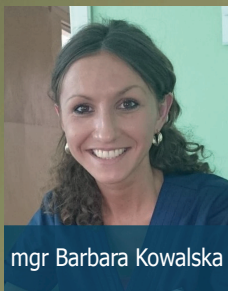
Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 r. w Polsce żyło 9,9 mln dorosłych osób z nadciśnieniem tętniczym, którzy stanowili 31,5% dorosłej populacji osób. Nielezione nadciśnienie może prowadzić do m.in. udarów, choroby niedokrwiennej serca, niewydolności serca i niewydolności nerek. Niestety możemy przeoczyć nadciśnienie, ponieważ najczęściej nie powoduje dolegliwości bólowych. Na przestrzeni ostatnich lat dokonano znacznego postępu w zrozumieniu rozpowszechnienia nadciśnienia tętniczego, jego patofizjologii oraz ryzyka, jakie się z nim wiąże.

Interwencje w zakresie zmiany stylu życia nakierowane na obniżenie ciśnienia tętniczego i/lub redukcję ryzyka sercowo-naczyniowego to nieodzowny element terapii nadciśnienia tętniczego. Dodatkowo, większość interwencji w zakresie stylu życia (takich jak ograniczenie spożycia sodu, kontrola masy ciała, zaprzestanie palenia tytoniu) wiąże się z dodatkowymi korzyściami zdrowotnymi poza pozytywnym wpływem na wartość ciśnienia tętniczego. Wdrożenie zmian stylu życia może opóźnić potrzebę zastosowania leków hipotensyjnych lub uzupełniać ich działanie. Modyfikacja stylu życia powinna zostać zlecona już na pierwszej wizycie lekarskiej u wszystkich chorych z podejrzeniem nadciśnienia tętniczego, także u osób z wysokim prawidłowym ciśnieniem tętniczym. Biorąc pod uwagę często niski poziom stosowania się pacjentów do zaleceń, wdrożenie postępowania nefarmakologicznego nie może opóźnić rozpoczęcia leczenia farmakologicznego, szczególnie u pacjentów z wyższym ryzykiem sercowo-naczyniowym. Warto podkreślić, że podjęcie decyzji o wdrożeniu farmakoterapii nie zwalnia pacjenta z dalszego przestrzegania zasad zmiany stylu życia. Bardzo

ważne jest aby nie odstawić leków kiedy, ciśnienie jest prawidłowe, jest to niestety bardzo częsty błąd u pacjentów. Decyzję o wdrożeniu terapii hipotensyjnej podejmujemy głównie na podstawie wysokości ciśnienia tętniczego, a ocenione ryzyko sercowo-naczyniowe wpływa na wybór strategii oraz intensywność leczenia. Ważnym elementem profilaktyki jest także redukcja spożycia alkoholu. Naukowcy jednak przekonują, że nie jest konieczne całkowite zaprzestanie spożycia alkoholu, jednak jego redukcja w dużym stopniu wpływa na obniżenie ciśnienia tętniczego. Warto przynajmniej raz w roku nawet u młodych osób, zmierzyć ciśnienie, które powinno być badane u każdego po ukończeniu 3. roku życia. Bardzo intensywny i szybki tryb życia oraz dodatkowy stres stymuluje nas do działania poprzez wydzielane: adrenalinę i hormony kory nadnerczy Hormony te działają na układ krążenia, przyspieszając rytm serca, podnosząc ciśnienie krwi i zwężając naczynia krwionośne. Im więcej stresu przeżywamy, tym bardziej nasze serce i naczynia są obciążone. Również istnieją czynniki niezależne od nas - genetyka. Ciśnienie krwi zależy od kilku genów, za pośrednictwem mechanizmów przekąźnikowych, takich jak enzymy, receptory oraz mechanizmy tkankowe. Badania kanadyjskie nad rodzinami z nadciśnieniem, w których występowały dzieci rodzone i adoptowane wykazały że rodzone dzieci rodziców cierpiących na nadciśnienie miały wyższe ciśnienie krwi, niż dzieci adoptowane.

lek med Anna Słaba

Lekarz na Oddziale Kardiologii w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych



mgr Barbara Kowalska

POGRYPOWE ZAPALENIE MIĘŚNIA SERCOWEGO

foto: freepik.com

Gdy wirusy grypy zaatakują serce, powikłania kardiologiczne, a konkretnie zapalenie mięśnia sercowego, wymagają leczenia szpitalnego. Choroba ta nie zawsze daje wyraźne objawy, a jej konsekwencje mogą być tragiczne - od zaburzenia rytmu i niewydolności serca do nagłej śmierci. Jedyną skuteczną metodą leczenia zapalenia mięśnia sercowego bywa przeszczep serca.

Powikłania grypy, a wśród nich pogrypowe zapalenie mięśnia sercowego, są bardzo groźne. Gdy wirus grypy znajdzie się w nabłonku górnych dróg oddechowych – nosa, gardła, tchawicy, oskrzeli - w ciągu 4–6 godzin intensywnie się rozmnaża, szybko uszkadzając lub niszcząc rząski w nosie. W ten sposób osłabia pierwszą linię obrony i toruje sobie drogę w głąb organizmu. Gdy wirusy grypy dotrą i osiedlą się w sercu, powodują zapalenie mięśnia sercowego. Najbardziej narażone na to powikłanie są osoby z grup podwyższonego ryzyka, m.in. dzieci, seniorzy, przewlekle chorzy, osoby z osłabioną odpornością. One też zwykle najczęściej przechodzą zapalenie.

Najczęściej infekcja obejmuje cały mięsień sercowy wraz z osierdziem (cienkie błony otaczające). Gdy w sercu rozpocznie się stan zapalny, od razu zaczyna się akcja odwetowa organizmu. Krążące po całym ciele leukocyty gromadzą się w miejscu objętym infekcją – "pożerają" wirusy grypy, wytwarzając przeciwciała, które je zabijają.

Makrofagi uwalniają interferon – białko, które przenika do zdrowych komórek, blokując rozmnażanie się wirusów. Często choroba bywa szybsza. Rozprzestrzeniający się naciek zapalny uszkadza komórki, zmniejszając kurczliwość mięśnia sercowego. Serce z coraz większym wysiłkiem wypompuje do naczyń coraz mniejszą ilość krwi.

Przypomina to pracę serca w czasie zawału, kiedy to obumarłe komórki też nie wykonują właściwych swoich zadań. W końcu dochodzi do stopniowego rozszerzania lewej komory serca i postępującej niewydolności. W efekcie zmniejsza się przepływ krwi przez tkanki i narządy. Dlatego niewydolność serca upośledza funkcjonowanie całego organizmu. Jeśli zapalenie mięśnia sercowego obejmuje osierdzie, pomiędzy ścianą serca a zewnętrzną warstwą worka osierdziowego gromadzi się duża ilość płynu, który uciska na serce, dodatkowo zaburzając jego pracę.

Pogrypowe zapalenie mięśnia sercowego i osierdzia może przebiegać w miarę łagodnie. Jednak często rozwija się piorunująco, prowadząc nawet do śmierci. Z powodu tego powikłania umierają nie tylko seniorzy, ale też młodzi, między 20. a 40 rokiem.

W profilaktyce ZMS ważne jest zatem wzmacnianie odporności organizmu, a gdy już dojdzie do zakażenia - szybkie wyleczenie infekcji. Dlatego właśnie grypa jest chorobą, której nie wolno lekceważyć.

Jeżeli lekarz daje Ci zwolnienie i zaleca, by leżeć w łóżku, zrób to! Nie ma skuteczniejszego lekarstwa na grypę niż wygrzanie się pod kołdrą. Lepiej nie wychodzić z domu, bo przeziębiona grypa zwiększa ryzyko zapalenia mięśnia sercowego i innych powikłań.

W profilaktyce ZMS ważne jest zatem wzmacnianie odporności organizmu, a gdy już dojdzie do zakażenia - szybkie wyleczenie infekcji. Dlatego właśnie grypa jest chorobą, której nie wolno lekceważyć. Jeżeli lekarz daje Ci zwolnienie i zaleca, by leżeć w łóżku, zrób to! Nie ma skuteczniejszego lekarstwa na grypę niż wygrzanie się pod kołdrą. Lepiej nie wychodzić z domu, bo przeziębiona grypa zwiększa ryzyko zapalenia mięśnia sercowego i innych powikłań.

Zapalenie mięśnia sercowego najczęściej daje o sobie znać 1-2 tygodnie od wystąpienia objawów grypy, ale może rozwinąć się dopiero po kilku tygodniach. Niepokoić powinny: stałe, niewytłumaczalne zmęczenie i senność, rozbicie i stany podgorączkowe lub niewysoka gorączka o zmiennym przebiegu. Chory ma płytki oddech i postępującą duszność. Charakterystyczne jest nieproporcjonalne w stosunku do gorączki i najmniejszego nawet wysiłku przyśpieszenie częstości bicia serca. Chorobie towarzyszy kołatanie i zaburzenia rytmu serca od pojedynczych pobudzeń do długotrwałych częstoskurczów, czasem połączone z zasłabnięciem, omdleniem, nawet utratą przytomności. Częstym objawem zapalenia mięśnia sercowego są też ostre, przeszywające bóle umiejscowione głęboko w klatce piersiowej, za mostkiem, promieniujące do szyi, lewego barku i pleców, typowe dla bólów wieńcowych. Nasilają się w czasie kaszlu, połykania, chodzenia, leżenia na lewym boku i na plecach, zmniejszają zaś podczas siedzenia i pochylania do przodu. Ale niekiedy pogrypowe zapalenie serca przebiega bezobjawowo. Wtedy chory tylko od czasu do czasu odczuwa „potknięcia” serca, będące skutkiem dodatkowych skurczów, a rozpoznawane bywają dopiero ewentualne odległe skutki schorzenia.

W razie niepokojących dolegliwości należy natychmiast skonsultować się z lekarzem. Rozmiar spustoszenia, które wirusy grypy poczynią w sercu, w dużej mierze zależy od czasu, w jakim zostanie postawiona diagnoza i podjęte leczenie. Jeśli na podstawie wywiadu i osłuchiwania lekarz podejrzewa zapalenie mięśnia sercowego, chory powinien

trafić do szpitala. Ze względu na niejednoznaczne objawy choroby (mogą one sugerować różne schorzenia kardiologiczne, np. chorobę wieńcową, migotanie przedsionków czy zawał) postawienie ostatecznej diagnozy wymaga wielu badań specjalistycznych. Są to: EKG, echokardiografia, RTG klatki piersiowej, nieraz wykonuje się jeszcze badania holterowskie i rezonans magnetyczny. W postawieniu diagnozy pomagają też badania krwi: OB, morfologia, badanie krwi na obecność przeciwciał przeciwwirusowych, badanie poziomu markerów ryzyka zawałowego. Badaniem rozstrzygającym, czy mamy do czynienia z zapaleniem, jest biopsja mięśnia sercowego (fragment tkanki poddaje się badaniu histopatologicznemu i testom określającym rodzaj wirusa).

Powikłania kardiologiczne po przebyciu grypy zwykle wymagają leczenia szpitalnego. Dostosowuje się je do zaawansowania choroby i ogólnego stanu zdrowia. Terapia polega głównie na łagodzeniu objawów, a jej podstawą jest ograniczenie aktywności fizycznej. Chory powinien wypoczywać i unikać stresu, by organizm miał siłę do walki z wirusem. Zmęczenie czy niewyspanie mogą doprowadzić do pogorszenia stanu zdrowia, które na dłużej wyłącza z codziennego życia. Zwykle podaje się popularne specyfiki stosowane w leczeniu grypy, w cięższych przypadkach – niesteroidowe leki przeciwzapalne, leki sterydowe i immunosupresyjne. Jeśli dołączyło się zakażenie bakteryjne, potrzebny jest antybiotyk.

Przy zaburzeniu rytmu serca przede wszystkim trzeba uzupełnić poziom elektrolitów w organizmie (podaje się preparaty z potasem i magnezem), czasem stosuje się też leki standardowo zalecane w leczeniu arytmii. W przypadku niewydolności serca pomagają leki rozszerzające naczynia krwionośne i poprawiające pracę mięśnia sercowego. Niektórzy chorzy wymagają niekiedy leczenia na oddziale intensywnej terapii – czasem konieczne jest wspomaganie krążenia za pomocą specjalnej aparatury.

mgr Barbara Kowalska

Absolwentka I Liceum Ogólnokształcącego im. Króla Władysława Jagiełły w Dębicy. Ukończyła Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej na kierunku Biologia i Uniwersytet Medyczny w Lublinie na kierunku Analityka Medyczna. Członkini Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów oraz Polskiego Towarzystwa Diagnostów Laboratoryjnych. Obecnie w trakcie specjalizacji z Mikrobiologii Medycznej.



dr n. med.
Lesław Ciepiela

WYBÓR LEKU POMIĘDZY BENZODIAZEPINAMI A ATARAKTYKAMI W TERAPII ZABURZEŃ LĘKOWYCH U PACJENTÓW Z CHOROBY SERCA

foto: freepik.com



Benzodiazepiny to najpopularniejsze na świecie leki działające hamująco na ośrodkowy układ nerwowy. Działanie to odbywa się poprzez receptory GABA-A, których naturalnym ligandem jest kwas gamma aminomasłowy (GABA). Przyłączenie BDZ do receptora powoduje zwiększenie przebieżności GABA-ergicznego. Zwiększenie przebieżności GABA-ergicznego wywołuje następujące działania: przeciw lękowe, uspokajająco-nasenne, rozluźniająco mięśnie, przeciwdrgawkowe.

Skuteczność pojedynczej dawki. Możliwe stosowanie doraźne. Szybkość działania. Niemal od ręki można usunąć negatywne emocje gdyż skuteczność leczenia to fakt, iż nawet pojedyncza dawka może całkowicie usunąć lęk i objawy wtórne (np. somatyczne) a ponadto u globalnie większości pacjentów obserwowana jest dobra tolerancja leczenia.

Wady leków z grupy benzodiazepin to, fakt, iż niektórych pacjentów bardzo szybko rozwija się tolerancja na leki z grupy benzodiazepin, co oznacza, że ta sama dawka przestaje wywoływać ten sam efekt. Osoby przyjmujące Benzodiazepiny często nie zdają sobie sprawy z tego działania właśnie dlatego, że go doznają! Z innych powikłań terapii wymieć należy objawy z odbicia gdyż benzodiazepiny nie leczą objawów lęku, a jedynie je tłumią. Ponadto im szybsze działanie leku, tym zwykle lepiej odbierane przez pacjenta („cudowne działanie”), ale tym silniejszy nawrót objawów po zakończeniu działania leku, a więc większa potrzeba ponownego przyjęcia leku.

W przypadku leków o długim działaniu poważnym problemem jest z kolei kumulowanie się leku w organizmie. Może występować bardzo długo nawet tygodnie, miesiące, może mieć bardzo ostry

przebieg – ostre zaburzenia świadomości, może być zupełnie nieoczekiwany gdyż ani pacjent, ani lekarz nie zdają sobie sprawy z uzależnienia.

Natomiast hydroksyzyna jest lekiem, który nie uzależnia, nie powoduje zaburzeń pamięci, odstawienie nie powoduje objawów abstynencyjnych, nie obserwuje się zwiększenia tolerancji. Może być stosowana w terapii zaburzeń lękowych takich jak zespół globalnego leku (GAD). Może być stosowana podczas odstawiania benzodiazepin w terapii zaburzeń lękowych, a w okresie przejściowym z pewnością hydroksyzyna będzie lepszym wyborem niż benzodiazepiny Dla porównania zastosowanie innych leków takich jak ataraktiki: tzw. "małe trunkwilizatory". Leki o łagodnym działaniu kojącym, zwłaszcza stanom napięcia. Etymologia ich nazwy wywodzi się z greki, a są to słowa ataraksia" od atáraktos „niewzruszony” spokojny bądź ich przeciwieństwo táraktos „zakłócony”. Ataraksja wg filozofii starożytnej to spokój i równowaga ducha wobec zdarzeń zewnętrznych a zwłaszcza przeciwności losu czyli to co charakteryzuje epikurejczyka, co jest wykładnikiem stoicyzmu. Należy zaznaczyć, iż ataraktiki zostały wynalezione wcześniej niż benzodiazepin (USB połowa lat 50-tych). Których jednak powodzenie na rynku farmaceutycznym na początku lat 60-tych sprawiło i zmieniły historię leczenia lęku i lampy naftowej – w tym przypadku najpierw powstała żarówka, a lampa naftowa później. Jednak najważniejsze powikłania obu tych leków na tle zaburzeń kardiologicznych to głównie zaburzenia rytmu serca. Stosowanie hydroksyzyny było związane z wydłużeniem odstępu QT w EKG, zgłaszano przypadki wydłużenia odstępu QT oraz wystąpienia zaburzeń rytmu serca typu torsade de pointes.

U większości tych pacjentów występowały inne czynniki ryzyka, takie jak zaburzenia elektrolitowe oraz jednoczesne stosowanie innych leków.

Nie stosować u osób z nabytym lub wrodzonym wydłużeniem odstępu QT ani u osób ze znanymi czynnikami ryzyka wydłużenia odstępu QT, w tym ze stwierdzoną chorobą układu krążenia, znaczącymi zaburzeniami elektrolitowymi, nagłą śmiercią sercową w rodzinie, znaczącą bradykardią. Nie stosować w przypadku równoległego stosowania leków, o których wiadomo, że wydłużają odstęp QT i/ lub mogą wywoływać zaburzenia rytmu serca typu torsade de pointes.

Podobnie w przypadku benzodiazepin główne ich działania niepożądane to zaburzenia rytmu serca

spadki ciśnienia tętniczego krwi i ponadto tłumienie funkcji ośrodka oddechowego. Należy poinstruować pacjentów, by niezwłocznie zgłaszali wszelkie objawy kardiologiczne. W przypadku wystąpienia objawów przedmiotowych lub podmiotowych, które mogą być związane z zaburzeniami rytmu serca, leczenie należy przerwać.

dr n. med. Lesław Ciepiela

Ukończył I Liceum Ogólnokształcące w Dębicy, absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie z roku 1981, pediatra i specjalista neurolog dziecięcy. Doktoryzował się w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Zawodowo związany ze Szpitalem Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy, gdzie jest Kierownikiem Zespołu Poradni Specjalistycznych.



lek. med. Anna Słaba

CELE TERAPEUTYCZNE W NADCIŚNIENIU TĘTNICZYM W ŚWIELE NOWYCH DOWODÓW NAUKOWYCH

Zalecenia odnośnie docelowego ciśnienia tętniczego podlegały częstym zmianom wraz z ukazywaniem się wyników dużych badań klinicznych, porównujących korzyści i potencjalne ryzyko zdarzeń niepożądanych związane z dążeniem do różnych wartości docelowych ciśnienia tętniczego w terapii hipotensyjnej. Wytyczne ESH/ ESC z 2013 roku jako cel terapeutyczny w nadciśnieniu tętniczym wskazywały wartość poniżej 140/90 mmHg, niezależnie od ryzyka sercowo-naczyniowego i chorób współistniejących. W świetle dostępnych obecnie dowodów naukowych, docelowe wartości ciśnienia tętniczego we wcześniejszych edycjach wytycznych były zbyt konserwatywne (szczególnie w odniesieniu do osób starszych). Aktualnie zarówno wytyczne z 2018 roku przyjmują, że optymalne zmniejszenie ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych u pacjentów poniżej 65 r.ż. uzyskuje się obniżając ciśnienie do wartości poniżej 130/80 mmHg u większości pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Badaniem, które szczególnie wpłynęło na ustalenie nowych celów terapeutycznych w aktualnie obowiązujących rekomendacjach jest badanie SPRINT, które mówi o tym że nie powinniśmy zbyt intensywnie dążyć do obniżenia ciśnienia. Badanie to dostarczyło silnych dowodów na

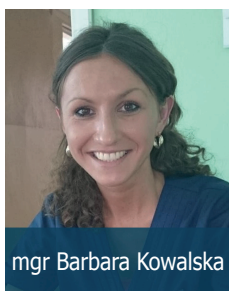
większe korzyści osiągnięte przy intensywniejszym leczeniu hipotensyjnym w grupie pacjentów wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. Badanie SPRINT przyczyniło się również do obniżenia celów terapeutycznych u pacjentów starszych. W badaniu SPRINT wykorzystano nienadzorowany pomiar automatyczny, wykazując, że dążenie do SBP poniżej 120 mmHg w porównaniu z tradycyjnym celem terapeutycznym (poniżej 140 mmHg) pozwala na redukcję ryzyka zgonu i powikłań sercowo-naczyniowych o ok. 30%. W tej grupie stwierdzono ponadto większą liczbę zdarzeń niepożądanych, takich jak pogorszenie czynności nerek, hipotensja ortostatyczna czy zaburzenia elektrolitowe. Należy jednak pamiętać, że zastosowanie pomiaru nienadzorowanego pozwala wyeliminować efekt białego fartucha, więc uzyskiwane wyniki są niższe w porównaniu z pomiarami gabinetowymi. Wytyczne polskie oraz ESC/ ESH z 2018 roku jako pierwszy (tj. pośredni) cel terapeutyczny rekomendują wartości SBP poniżej 140 mmHg, niezależnie od wysokości ryzyka sercowo-naczyniowego oraz towarzyszących powikłań. W przypadku dobrej tolerancji uzyskanych wartości SBP, wytyczne wskazują jako drugi (tj. ostateczny) cel terapeutyczny wartości poniżej 130 mmHg. Do osiągnięcia

wartości poniżej 130 mmHg dążymy u większości chorych. Leczenie nadciśnienia tętniczego może stanowić duże wyzwanie, z którym należy się jednak zmierzyć, aby poprawić rokowanie pacjentów. Często zapominamy o prawidłowej technice pomiaru ciśnienia tętniczego. Mankiet powinien znajdować się na wysokości serca 2-3 cm powyżej zgięcia łokciowego. Wstrzymaj się od picia kawy i palenia papierosów co najmniej 30 min przed dokonaniem pomiaru. Pamiętaj, aby pomiaru

dokonywać w spokoju, w pozycji siedzącej lub leżącej, po co najmniej 5 minutowym odpoczynku. W trakcie pomiaru nie rozmawiaj i nie wykonuj zbędnych czynności, ponieważ mogą one wpłynąć na jego wynik.

lek med Anna Słaba

Lekarz na Oddziale Kardiologii w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych



mgr Barbara Kowalska

OD ANGINY PO ZAPALENIE MIĘŚNIA SERCOWEGO - DIAGNOSTYKA I LECZENIE ANGINY PACIORKOWCOWEJ

„Liże stawy, kąsa serce” to popularne określenie dotyczące gorączki reumatycznej. Gorączka reumatyczna jest niebezpieczną chorobą autoimmunologiczną, która jest późnym powikłaniem anginy ropnej. Dominującą cechą schorzenia jest zapalenie serca, często prowadzące nawet do zniszczenia zastawek.

95% przypadków anginy bakteryjnej, zarówno u dzieci, jak i dorosłych, wywołują paciorkowce grupy A *Streptococcus pyogenes*. Powikłania po anginie są skutkiem braku antybiotykoterapii, która w tym przypadku infekcji bakteryjnej gardła jest konieczna. U dzieci pierwszymi objawami infekcji mogą być wymioty, dopiero później pojawia się gorączka i nalot na migdałkach. Wiarygodne potwierdzenie objawów anginy dają jedynie badania diagnostyczne – posiew wymazu z gardła lub szybki test na antygen Strep A. Po przebyciu choroby warto natomiast wykonać badanie ASO. Angina to określenie zapalenia gardła i migdałków podniebiennych. Jak większość infekcji górnych dróg oddechowych, również zapalenie gardła, najczęściej wywołują ją wirusy. Dużo rzadszą, lecz o wiele bardziej niebezpieczną infekcją gardła jest zakażenie bakteryjne. W zdecydowanej większości (szacuje się, że do 95% przypadków) wywołuje ją zjadliwy paciorkowiec b-hemolizujący grupy A, czyli *Streptococcus pyogenes*. Jest to patogen, który poza paciorkowcowym zapaleniem gardła wywołuje m.in. szkarlatynę, różę czy ostre zapalenie ucha środkowego. Na triadę typowych objawów anginy ropnej składają się: wysoka gorączka,

przekraczająca 38 stopni, powiększenie węzłów chłonnych, pojawienie się nalotu na migdałkach podniebiennych, najczęściej o charakterze ropnym. Określenie źródła infekcji nie zawsze jest proste, nawet dla doświadczonego lekarza. Bywa utrudnione ze względu na niespecyficzne objawy, a także dlatego, iż wirusowe zapalenie gardła może zwodniczo przebiegać z włóknikowym nalotem na migdałkach, przypominając anginę paciorkowcową.

Niejednokrotnie angina rozwija się bez gorączki. W pierwszych dobach zakażenie paciorkowcami może przypominać np. zatrucie - pojawiają się ogólne zmęczenie, wymioty, ból brzucha i biegunka. Dopiero w następnej kolejności choroba manifestuje się w gardle. Z uwagi na te niespecyficzne objawy, wielu lekarzy rutynowo u dzieci z objawami infekcji przewodu pokarmowego sprawdza za pomocą badań, czy w gardle nie ma obecności paciorkowców grupy A.

Wirusowe zapalenie gardła najczęściej towarzyszy przeziębieniu. Jednak niektóre wirusy (np. adenowirus), powodują objawy łudząco podobne do anginy bakteryjnej m.in. obecność włóknikowego nalotu na migdałkach). Mistrzem w tej kategorii pozostaje jednak wirus EBV (Epsteina-Barr) wywołujący mononukleozę zakaźną. Ta typowa infekcja dotycząca najczęściej dzieci i osoby młode, w żadnym wypadku nie powinna być leczona antybiotykiem. Nie tylko dlatego, że antybiotyk na wirusy nie zadziała, ale również głównie z uwagi na fakt, że EBV ma silne działanie hepatotropowe

i może uszkadzać w znacznym stopniu wątrobę. Antybiotyk w tym wypadku tylko wzmacnia obciążenie organizmu.

Anginę bezwzględnie leczymy antybiotykiem. Jest to jedna z infekcji, w przypadku której zastosowanie antybiotykoterapii jest zasadne z uwagi na duże ryzyko powikłań poinfekcyjnych.

Należy przestrzegać zaleceń lekarskich co do przyjmowanej dawki oraz długości kuracji. Nawet, gdy objawy anginy ustąpią – należy kontynuować leczenie. Antybiotyk nie tylko przyspiesza powrót do zdrowia, lecz również ogranicza zakaźność. Głównym rezerwuarem *S.pyogenes* jest człowiek, a infekcja przenosi się drogą kropelkową – epidemie anginy dotyczą więc najczęściej żłobków, przedszkoli i szkół. Po przyjęciu pierwszej dawki antybiotyku, chory po 24 godzinach przestaje zarażać.

Nieleczona angina ma bardzo wiele powikłań. Jedne są wynikiem bezpośredniego działania paciorkowców grupy A powodujących stan zapalny (np. rozwój ostrego zapalenia ucha środkowego po anginie, sepsa), inne są odpowiedzią organizmu na obecność bakterii (np. wstrząs paciorkowcowy). Szczególnym powikłaniem anginy jest gorączka reumatyczna.

Na gorączkę reumatyczną choruje 1 na 30 chorych z nieleczonym paciorkowcowym zapaleniem gardła i migdałków. Najczęściej dotyka dzieci w wieku od 6 do 15 roku życia.

Gorączka reumatyczna, to choroba o podłożu autoimmunologicznym, która jest późnym powikłaniem infekcji gardła wywołanej przez *S.pyogenes*. Podłoże autoimmunologiczne oznacza, że układ odpornościowy zaczyna działać nieprawidłowo.

Przeciwciała (elementy białkowe produkowane przez komórki odpornościowe do walki z patogenami) zaczynają atakować tkanki własnego organizmu. Po zakażeniu paciorkowcem grupy A mogą powstać przeciwciała, które będą niszczyć mięsień sercowy, zastawki serca, błonę maziową stawów, skórę czy nawet struktury podwzgórza. Dlatego w przebiegu gorączki reumatycznej może dojść do: zapalenia serca, które stwierdza się nawet u 40 do 60 % chorych, zapalenie stawów, mimowolne ruchy głównie mięśni twarzy i kończyn (tzw. pływawica Sydenhama), rumień brzeżny pojawiający się w obrębie kończyn i tułowia, guzki podskórne.

Zapobieganie powikłaniom opiera się głównie na prawidłowym rozpoznaniu anginy paciorkowcowej.

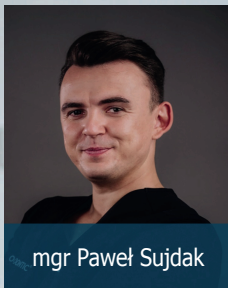
Rozpoznanie anginy na podstawie jedynie objawów klinicznych, jest bardzo ciężkie z uwagi na możliwość występowania niespecyficznych symptomów (szczególnie u dzieci). Również ryzyko pomylenia objawów anginy z np. wirusową mononukleozą czy herpeswirusem są bardzo wysokie.

Wymaz z gardła i posiew mikrobiologiczny:

Potwierdzeniem bakteryjnego zapalenia gardła jest dodatni wynik posiewu mikrobiologicznego. Wymaz z gardła pobiera się w gabinecie lekarskim lub punkcie pobrań laboratorium. Do pobrania wymazu wykorzystuje się jałową wymazówkę z bawełnianą końcówką. Próbkę pobiera się z migdałków, języczka oraz ściany gardła. Następnie próbka przesyłana jest do laboratorium mikrobiologicznego, gdzie wykonuje się posiew bakteryjny oraz identyfikację. Rutynowo sprawdza się jedynie, czy w próbce są obecne bakterie *S.pyogenes*. Ponieważ bakterie te są wrażliwe na penicyliny (nie ma zjawiska lekooporności) – nie wykonuje się dodatkowo antybiogramu. Czas oczekiwania na wynik badania jest jednak stosunkowo długi (średnio 3 dni), co opóźnia diagnozę i ewentualne podjęcie leczenia. Lekiem pierwszego rzutu w leczeniu paciorkowcowego zapalenia gardła i migdałków podniebiennych są antybiotyki betalaktamowe, z grupy penicylin. Penicyliny, jak każdy lek, nie są pozbawione działań niepożądanych (mogą wystąpić m.in. zaburzenia żołądkowo-jelitowe, pokrzywka, rumień, dreszcze, zaburzenia obrazu krwi, obrzęk i inne). Ponadto stosowanie antybiotykoterapii wymaga każdorazowo uzupełnienia fizjologicznej mikroflory bakteryjnej. W tym celu w trakcie kuracji (minimum dwie godziny po każdej dawce antybiotyku), a przede wszystkim po zakończeniu kuracji, przez co najmniej 10 dni należy przyjmować probiotyk. Co istotne, dużo bardziej niebezpieczne dla zdrowia od ewentualnych działań niepożądanych beta-laktamów, są powikłania nieleczonej anginy paciorkowcowej, między innymi: gorączka reumatyczna i obserwowane w jej przebiegu zmiany skórne, stany zapalne stawów, aż po zapalenie wsierdzia.

mgr Barbara Kowalska

Absolwentka I Liceum Ogólnokształcącego im. Króla Władysława Jagiełły w Dębicy. Ukończyła Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej na kierunku Biologia i Uniwersytet Medyczny w Lublinie na kierunku Analizy Medycznej. Członkini Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów oraz Polskiego Towarzystwa Diagnostów Laboratoryjnych. Obecnie w trakcie specjalizacji z Mikrobiologii Medycznej.



mgr Paweł Sujdak

REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA

W ostatnich latach nastąpił rewolucyjny przełom w diagnostyce i terapii większości najczęściej spotykanych chorób układu krążenia. W dobie fascynacji kardiologią interwencyjną i postęпами w zakresie farmakoterapii, nie zawsze dostrzega się, że rehabilitacja kardiologiczna jest także dziedziną z dużym dorobkiem naukowym, pozwalającym na zredagowanie zasad postępowania, które byłyby szeroko akceptowane. Znaczenie rehabilitacji wzrasta, ponieważ coraz większa liczba pacjentów przeżywa ostry okres choroby, która pozostawia po sobie powikłania i przechodzi w stan przewlekły z dużym ryzykiem nawrotu ostrych dolegliwości. Zmusza to do modyfikacji dotychczasowego systemu nadzoru nad pacjentem, rehabilitacji i profilaktyki. Dostrzeżono to w stanowisku wyrażonym w Europejskiej Karcie Zdrowego Serca. Podkreślono w niej, że choroby układu krążenia można ograniczyć poprzez następujące elementy:

- wczesną diagnostykę,
- odpowiednie leczenie,
- rehabilitację i profilaktykę, obejmujące poradnictwo dotyczące stylu życia.

Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) opublikowane w 2016 z udziałem EACPR, zawierające najnowsze zalecenia dotyczące celów profilaktyki wtórnej w zakresie czynników ryzyka miażdżycy, kompleksowe wielomodalne postępowanie łączące aktywność fizyczną z edukacją zdrowotną

i oddziaływaniami behawioralnym, na zasadach realizowanych w rehabilitacji kardiologicznej, otrzymało najwyższą klasę zaleceń IA2. Procedury rehabilitacyjne uznano za efektywne w zakresie poprawy wydolności funkcjonalnej i jakości życia oraz skrócenia fazy rekonwalescencji. Wykazano, że redukcja one częstotliwość rehospitalizacji, a także — przynajmniej w przypadku choroby niedokrwiennej serca oraz niewydolności serca — wydłużają życie.

Rehabilitacja jest wszechstronną i kompleksową (wielodyscyplinarną) interwencją, która ma na celu ułatwienie procesu zdrowienia, poprawę sprawności fizycznej i dobrostanu psychicznego³.

W przypadku osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego mówimy o **kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej (KRK)**.

Stałymi elementami **KRK** są:

- ocena stanu klinicznego pacjenta
- optymalizacja leczenia farmakologicznego
- optymalizacja funkcji elektronicznych wszczepialnych urządzeń terapeutycznych (stymulator serca, kardiowerter-defibrylator, stymulator resynchronizujący, urządzenia wspomagające pracę komór serca itp.)
- leczenie ruchem — stopniowe i kontrolowane dawki wysiłku fizycznego, dostosowanego do indywidualnych możliwości chorego
- rehabilitacja psychospołeczna — opanowanie sytuacji stresorodnych, stanów emocjonalnych,

takich jak lęk i/lub depresja, akceptacja ograniczeń wynikających z następstw choroby

- diagnostyka i zwalczanie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca
- modyfikacja stylu życia
- edukacja pacjentów i ich rodzin
- monitorowanie efektów KRK

Etapowość rehabilitacji kardiologicznej

Wyróżniamy rehabilitację wczesną (etapy I i II) oraz późną (etap III)

Etap I - Pierwszy etap obejmuje rehabilitację w trakcie hospitalizacji z powodu incydentu sercowo-naczyniowego i jest realizowany w sali intensywnej opieki medycznej, w oddziale pooperacyjnym, oddziale kardiologii, chorób wewnętrznych lub rehabilitacji kardiologicznej. Powinien rozpoczynać się tak szybko, jak to tylko możliwe po przyjęciu pacjenta do szpitala z powodu incydentu sercowo-naczyniowego. Etap ten trwa do momentu osiągnięcia stanu klinicznego upoważniającego do wypisania pacjenta z oddziału. Podstawowym celem I etapu rehabilitacji jest jak najszybsze osiągnięcie przez chorego samodzielności i samowystarczalności w zakresie czynności życia codziennego oraz przeciwdziałanie skutkom unieruchomienia.

Etap II (etap kontynuacji - follow-on cardiac rehabilitation) Drugi etap rehabilitacji może być realizowany w: 1) warunkach stacjonarnych / w szpitalu, 2) w ośrodku / oddziale dziennym (ambulatoryjnie) lub 3) w formie hybrydowej. W większości przypadków ten etap powinien być realizowany w formie ambulatoryjnej lub hybrydowej.

Rehabilitacja stacjonarna powinna być ograniczona do:

- pacjentów wysokiego ryzyka
- pacjentów z poważnymi chorobami współistniejącymi
- pacjentów z zaawansowaną niewydolnością serca (NYHA III i IV) i/lub z urządzeniem do wspomagania krążenia, którzy z przyczyn medycznych wymagają całodobowego nadzoru
- pacjentów we wczesnym okresie po transplantacji serca
- pacjentów, którzy z innych względów nie mogą wziąć udziału w zorganizowanej formie rehabilitacji w ośrodku / oddziale dziennym

Czas trwania II etapu rehabilitacji powinien wynosić 4–12 tygodni.

Etap III Jest to etap rehabilitacji realizowany w warunkach ambulatoryjnych. Służy dalszej poprawie tolerancji wysiłku, podtrzymaniu dotychczasowych efektów leczenia i rehabilitacji oraz zmniejszeniu ryzyka nawrotu choroby. Program edukacji zdrowotnej dla pacjenta i jego rodziny powinien być zaplanowany, realizowany i regularnie monitorowany z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb pacjenta, profilu ryzyka kardiologicznego i jego cech osobowościowych. Jako prozdrowotny tryb życia, etap III powinien trwać do końca życia.

Efekty rehabilitacji kardiologicznej

KRK powoduje korzystne efekty, takie jak:

- modyfikacja czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca, tj. – zwiększenie aktywności fizycznej – obniżenie ciśnienia tętniczego – zmniejszenie masy ciała – korzystna korekta profilu lipidowego – korzystna korekta metabolizmu węglowodanów – zmniejszenie insulinooporności
- poprawa funkcji śródbłonka
- zahamowanie rozwoju, a nawet regresji miażdżycy i jej klinicznych konsekwencji
- poprawa wydolności układu krążeniowo-oddechowego 1. Definicja, zadania i efekty rehabilitacji kardiologicznej 13
- poprawa wydolności fizycznej
- poprawa funkcji narządu ruchu
- poprawa sprawności psychofizycznej
- mobilizacja pacjenta do leczenia Powyższe skutki określamy jako plejotropowy efekt treningu fizycznego, który w połączeniu z edukacją umożliwia zmniejszenie ryzyka ostrych incydentów sercowo-naczyniowych, opóźnienie rozwoju choroby oraz skrócenie czasu leczenia po ostrych incydentach sercowych i zaostrzeniach. W konsekwencji uzyskujemy zmniejszenie częstotliwości rehospitalizacji oraz osiągnięcie dwóch podstawowych celów postępowania w stosunku do pacjenta, którymi są poprawa jakości życia oraz wydłużenie życia.

Badanie podmiotowe i przedmiotowe

Warunkiem rozpoczęcia rehabilitacji jest stabilny klinicznie stan pacjenta i wyrażenie przez pacjenta zgody na udział w jej realizacji. Ocena chorych powinna obejmować wywiad dotyczący przebiegu choroby, która jest podstawą skierowania na rehabilitację kardiologiczną, oraz wywiad w zakresie chorób towarzyszących. U chorych po zabiegach kardiochirurgicznych na podstawie wywiadu i dokumentacji medycznej należy dodatkowo ocenić przebieg pooperacyjny, a także występowanie

powikłań pooperacyjnych, takich jak niedokrwistość, niewydolność nerek, niestabilność mostka, nieprawidłowe gojenie ran, w tym obecność cech infekcji, występowanie zespołu po kardiotoronii. Lekarz kwalifikuje pacjenta do programu rehabilitacji przed każdym jego etapem. Ponadto przeprowadza badanie codziennie przed rozpoczęciem ćwiczeń pacjentów stacjonarnych oraz pacjentów wysokiego ryzyka w ośrodku / oddziale dziennym. Badanie lekarskie obowiązuje przed każdym testem wysiłkowym, przy modyfikacji programu treningowego oraz w sytuacji wystąpienia pogorszenia stanu klinicznego. Fizjoterapeuta przeprowadza ocenę funkcjonalną chorego przed ustaleniem programu ćwiczeń oraz każdorazowo przed ich rozpoczęciem. Pacjent zgłaszający się na rehabilitację powinien posiadać dokumentację medyczną, w tym karty informacyjne z hospitalizacji z wynikami badań, ostatnio wykonywane zapisy EKG, wykaz aktualnie przyjmowanych leków oraz informację o parametrach urządzeń wszczepialnych. W ośrodku rehabilitacji powinien znajdować się sprzęt umożliwiający wykonanie podstawowej diagnostyki w ramach kwalifikacji do treningu, diagnostyki powikłań i oceny efektów rehabilitacji. U pacjenta kwalifikowanego do programu rehabilitacji należy przeprowadzić kompleksową analizę czynników ryzyka miażdżycy oraz ocenę ryzyka zdarzeń sercowych w czasie treningu fizycznego.

U każdego pacjenta przed rozpoczęciem rehabilitacji w ramach oceny czynników ryzyka miażdżycy należy wykonać pomiar masy ciała i wzrostu oraz wyliczyć wskaźnik masy ciała — BMI (ang. body mass index). $BMI = \text{masa ciała w kg} / \text{wzrost w m}^2$ U osób dorosłych nadwagę definiuje się jako BMI w przedziale 25–29,9 kg/m², a otyłość jako BMI > 30 kg/m². W celu oceny redystrybucji tkanki tłuszczowej i oceny otyłości brzusznej zaleca się ocenę obwodu pasa oraz stosunku obwodu pasa do obwodu bioder. Według WHO obwód pasa > 102 cm u mężczyzn i > 88 cm u kobiet to wartości, przy których należy zalecać zmniejszenie masy ciała. Obwód pasa > 94 cm u mężczyzn i > 80 cm u kobiet to wartości, powyżej których nie powinien następować dalszy wzrost masy ciała.

Badanie częstotliwości rytmu serca jest najprostszym sposobem oceny stanu układu krążenia. Można je wykonywać w spoczynku oraz podczas wysiłku. Każdy pacjent powinien umieć badać tętno i ocenić jego częstotliwość oraz miarowość

podczas treningu. Współcześnie pomiar tętna może być dokonywany przez systemy elektroniczne - tzw. sport-testery.

Pomiaru ciśnienia dokonuje się w spoczynku i na szczycie wysiłku w czasie treningów. Wskazania do wykonania 24-godzinnego automatycznego pomiaru ciśnienia tętniczego u chorych kwalifikowanych do rehabilitacji są zgodne z ogólnie obowiązującymi zaleceniami w diagnostyce i leczeniu nadciśnienia tętniczego.

Standardowe badanie elektrokardiograficzne (EKG) powinno być wykonane u wszystkich pacjentów przed rozpoczęciem i na zakończenie każdego etapu rehabilitacji oraz w każdym przypadku wystąpienia pogorszenia stanu klinicznego. Monitorowanie EKG — czyli ciągła obserwacja zapisu EKG na monitorze — może być prowadzona z zastosowaniem przewodów i metodą bezprzewodową przy użyciu telemetrii. Monitorowanie EKG w trakcie ćwiczeń fizycznych konieczne jest w trakcie I etapu rehabilitacji oraz w początkowych okresach rehabilitacji wczesnej i rehabilitacji II etapu.

Test wysiłkowy / próba wysiłkowa - Metodyka Warunki konieczne do wykonania testu wysiłkowego dla celów rehabilitacji nie odbiegają od ogólnie przyjętych. Najlepiej jest zadbać o to, by test wykonywany w celu zaplanowania obciążeń treningowych uwzględniał charakter treningu, tzn. gdy planowane są treningi na ergometrze rowerowym, test wysiłkowy powinien być wykonany również na cykloergometrze; gdy planowane są treningi marszowe, należy przeprowadzić test na bieżni. Test wykonywany do oceny skuteczności rehabilitacji powinien być prowadzony o tej samej porze dnia i według tego samego protokołu, co test wstępny. Wskazania i przeciwwskazania Choroego do testu wysiłkowego kwalifikuje lekarz, przestrzegając przeciwwskazań przedstawionych poniżej. Za przebieg i interpretację wyników badania odpowiedzialny jest lekarz.

Wykonanie testu wysiłkowego jest zalecane w kwalifikacji do II i III etapu rehabilitacji.

Umożliwia on:

- ocenę tolerancji wysiłku fizycznego (wyrażoną w MET lub W)
- ocenę wydolności wieńcowej na podstawie wystąpienia (lub nie) elektrokardiograficznych kryteriów niedokrwienia mięśnia sercowego
- obserwację lub ujawnienie zaburzeń rytmu serca i przewodzenia

- wykrywanie innych nieprawidłowych reakcji na wysiłek fizyczny W czasie programu rehabilitacji testy wysiłkowe wykonuje się w celu:

- oceny ryzyka incydentu sercowo-naczyniowego podczas treningu fizycznego
- kwalifikacji do odpowiedniego modelu rehabilitacji
- oceny efektów rehabilitacji, ustalenia rokowania i określenia możliwości podjęcia aktywności w życiu codziennym i powrotu do pracy zawodowej Po zakończeniu rehabilitacji test wysiłkowy służy do ustalenia obciążeń treningowych w dalszej aktywności fizycznej po wypisie z oddziału rehabilitacji, a także podczas aktywności zawodowej i rekreacyjnej chorego.

Kinezyterapia na poszczególnych etapach rehabilitacji kardiologicznej

Etap I Ten etap jest wdrażany jak najwcześniej po opanowaniu stanu bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta lub po zabiegach planowych. Aktywne usprawnianie, w zależności od przebiegu zawału (powikłany vs. niepowikłany), jeśli nie ma przeciwwskazań, rozpoczyna się po 12–48 godzinach unieruchomienia, po uzyskaniu stabilizacji obrazu klinicznego. Szybkość wdrażania kolejnych elementów mobilizacji jest uzależniona od rodzaju choroby i ewentualnych powikłań ostrej fazy. Wystąpienie -nie wszelkiego rodzaju powikłań wymagających dodatkowej terapii zmusza do wydłużenia poszczególnych okresów rehabilitacji. W I etapie rehabilitacji nie są wskazane wysiłki prowokujące warunki zbliżone do próby Valsalvy. W pierwszych dobach zawału prowadzi się usprawnianie z jednoczesnym monitorowaniem zapisu EKG. Przed rozpoczęciem ćwiczeń, na szczycie wysiłku i po ich zakończeniu dokonuje się pomiaru tętna i ciśnienia tętniczego. Ćwiczenia należy przerwać w momencie wystąpienia takich objawów, jak:

- ból wieńcowy
- duszność
- przyspieszenie częstotliwości rytmu serca o ponad 20 uderzeń/min
- zwolnienie częstotliwości rytmu serca o ponad 10 uderzeń/min
- groźne, prowokowane wysiłkiem zaburzenia rytmu serca
- spadek wartości ciśnienia tętniczego o ponad 10–15 mm Hg lub wzrost skurczowego o ponad 40 mmHg i/lub rozkurczowego ponad 20 mmHg w stosunku do wyjściowego. Zaleca się

powtarzanie ćwiczeń dwa razy dziennie. W celu zachowania ciągłości rehabilitacji ćwiczenia należy wykonywać przez wszystkie dni tygodnia.

Etap II Zakres kinezyterapii w II etapie rehabilitacji powinien być uzależniony od wydolności fizycznej pacjenta, a także od stopnia ryzyka wystąpienia powikłań choroby podstawowej. Wydolność fizyczna i stopień ryzyka są najważniejszymi kryteriami kwalifikacji pacjenta do jednego z czterech modeli rehabilitacji II etapu — A, B, C lub D. II etap rehabilitacji może być prowadzony w formie stacjonarnej, w ośrodku / oddziale dziennym (forma ambulatoryjna) lub w ramach rehabilitacji hybrydowej. Forma stacjonarna: ćwiczenia 6 dni w tygodniu, wszystkie treningi nadzorowane medycznie. Forma ambulatoryjna: ćwiczenia 3–5 dni w tygodniu, w tym 3 dni w tygodniu treningi nadzorowane medycznie. Wszyscy pacjenci niezależnie od tolerancji wysiłku powinni uczestniczyć w codziennych spacerach trwających co najmniej 30–60 minut. Ogólne zasady treningu Ogólne zasady prowadzenia ćwiczeń i treningu dla pacjentów z chorobami układu krążenia nie różnią się od programu dla osób zdrowych. Indywidualnego dostosowania wymaga:

- dobór ćwiczeń
- dobór obciążeń treningowych, tj. intensywności, czasu trwania, częstotliwości wykonywanych ćwiczeń)
- przebieg treningu
- kontrolowanie reakcji organizmu i stanu zdrowia ćwiczących

1. Edukacja pacjenta:

- zwrócenie uwagi na konieczność sygnalizowania pojawienia się w trakcie ćwiczeń niepokojących objawów (np. ból w klatce piersiowej, duszność, zawroty głowy, zmęczenie)
- nauczenie prawidłowej metodyki ćwiczeń: rozgrzewka, trening właściwy, wyciszenie, unikanie nagłego zaprzestania ćwiczeń o większej intensywności, unikanie przyjmowania pozycji ciała i wykonywania ćwiczeń utrudniających swobodne oddychanie
- nauczenie dokonywania samodzielnego pomiaru tętna
- zwrócenie uwagi na zwiększone ryzyko ćwiczeń wykonywanych w nieodpowiednich warunkach atmosferycznych (takich jak np. wysoka wilgotność, mróz, upał, silny wiatr)

2. Nadzór nad ćwiczeniami:

- pomiar tętna i ciśnienia tętniczego przed rozpoczęciem, w trakcie prowadzenia i po zakończeniu treningu

- stosowanie stałego lub okresowego monitorowania EKG u pacjentów z wysokim, a w miarę możliwości także ze średnim ryzykiem wystąpienia zdarzeń sercowych 3. Możliwość udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej:

- okresowe szkolenia zespołu medycznego w zakresie organizacji i udzielania pierwszej pomocy

- wyposażenie sali gimnastycznej w przycisk do wzywania pomocy, telefon itp.

- w przypadku rehabilitacji w warunkach domowych konieczny jest system łączności umożliwiający natychmiastowy kontakt z placówką medyczną

4. Edukacja rodziny: szkolenie w zakresie zasad udzielania pierwszej pomocy, informacja o chorobie, wskazanych i przeciwwskazanych rodzajach aktywności ruchowej oraz ryzyku wykonywania nieodpowiednio dobranych ćwiczeń

Etap III PÓZNA REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA W zależności od czasu trwania drugiego etapu rehabilitacji, po czwartym lub po dwunastym tygodniu od ostrego incydentu sercowo-naczyniowego czy operacji kardiologicznej rozpoczyna się trzeci okres rehabilitacji – późna rehabilitacja kardiologiczna. Etap ten powinien trwać przez całe życie i stanowić element prozdrowotnego trybu życia. Zwiększona aktywność fizyczna w tym okresie nie powinna stanowić dodatkowego obciążenia dla pacjenta i jego rodziny. Powinna uwzględniać upodobania i zainteresowania pacjenta. Celem rehabilitacji w tym okresie jest poprawa tolerancji wysiłku, podtrzymanie dotychczasowych efektów leczenia i rehabilitacji, zmniejszenie ryzyka nawrotów choroby. Jest prowadzona pod nadzorem lekarzy poradni rehabilitacji kardiologicznej, poradni kardiologicznej lub lekarza rodzinnego. Model rehabilitacji określa się w oparciu o czynniki ryzyka powikłań w trakcie rehabilitacji oraz stopień tolerancji wysiłku fizycznego. Rehabilitacja odbywa się według jednego z czterech modeli: A, B, C lub D. Późna rehabilitacja kardiologiczna jest dzielona na trzy okresy. Okres pierwszy trwa od dwóch do trzech miesięcy, okres drugi kolejne trzy miesiące i okres trzeci nie ma limitu czasowego.

Zasady kwalifikacji chorych do odpowiedniego modelu rehabilitacji są takie jak w II-gim okresie rehabilitacji.

Modele III-go etapu rehabilitacji kardiologicznej

(wg PTK)

Model A – dla pacjentów z małym ryzykiem dobrą wydolnością

Model B – dla pacjentów ze średnim ryzykiem i dobrą lub średnią wydolnością

Model C – dla pacjentów ze średnim ryzykiem i małą wydolnością lub z dużym ryzykiem i dobrą wydolnością

Model D – dla pacjentów ze średnim ryzykiem i bardzo małą wydolnością lub dużym ryzykiem i średnią, małą lub bardzo małą wydolnością

Do ćwiczeń według modelu A kwalifikujemy chorych małego ryzyka. W tym modelu częstotliwość sesji treningowych wnosi 3 razy w tygodniu początkowo po 45 minut, wydłużanych do 60 minut w trzecim etapie. W pierwszym i drugim okresie wykonywany jest trening interwałowy lub ciągły (kontrolowany medycznie w pierwszym okresie) oraz ćwiczenia dynamiczne na sali gimnastycznej, uzupełnione w drugim okresie o trening oporowy. W trzecim etapie 1-2 razy w tygodniu ćwiczenia grupowe na sali gimnastycznej, gry zespołowe (siatkówka, koszykówka), ćwiczenia indywidualne (marsz, jazda na rowerze, pływanie). Intensywność ćwiczeń w modelu B wynosi 60-80% rezerwy tętna lub 50-70% obciążenia maksymalnego.

Przebieg sesji treningowej Każdy trening fizyczny powinien składać się z trzech następujących faz: 1. Rozgrzewki (ang. warm-up) trwającej 5–10 minut, mającej przygotować układ krążenia, układ oddechowy i układ ruchu do zwiększonego wysiłku i zapobiec wystąpieniu niekorzystnych efektów ich nagłego obciążenia. 2. Części głównej treningu trwającej 20–60 minut (we wczesnym okresie po incydencie kardiologicznym rozpoczyna się od 5–10 minut). 3. Fazy wyciszenia (ang. cool-down) trwającej 5–15 minut, polegającej na kontynuacji ćwiczeń z małą intensywnością. Zapobiega to nagłemu spadkowi ciśnienia tętniczego, do którego może dojść po zakończeniu intensywnego wysiłku, skutecznie usuwa metabolity z mięśni oraz sprzyja odbudowie zasobów energetycznych, a także zmniejsza ryzyko powysiłkowego niedokrwienia i zaburzeń rytmu serca. Każdy chory poddawany kinezyterapii powinien mieć określoną intensywność treningu i wielkość obciążeń treningowych. W tym celu należy obliczyć intensywność zalecanego wysiłku na podstawie wyniku testu wysiłkowego - tzw. rezerwy tętna - a następnie wyliczyć tętno treningowe.

Rezerwa tętna = maksymalne tętno wysiłkowe — tętno spoczynkowe, Tętno treningowe = tętno spoczynkowe + 40 do 85% rezerwy tętna Powyższe założenia nie dotyczą pacjentów z niewydolnością serca i małą tolerancją wysiłku, u których zaleca się indywidualne dobieranie czasu trwania i częstotliwości ćwiczeń o zdecydowanie niższym wydatku kalorycznym, co omówiono w rozdziale dotyczącym rehabilitacji pacjentów z niewydolnością serca niniejszych Rekomendacji. Uzupełnieniem kinezyterapii powinien być zestaw ćwiczeń ogólnousprawniających, obejmujący ćwiczenia rozluźniające, rozciągające, równoważne i zręcznościowe.

Trening wytrzymałościowy Podstawową formą wysiłku u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego jest trening aerobowy wytrzymałościowy, angażujący duże grupy mięśniowe. Jego istotą jest wydłużone w czasie wykonywanie wysiłków dynamicznych o odpowiednio dobranej intensywności. Trening można prowadzić w formie interwałowej lub ciągłej.

Wpływ wysiłku fizycznego na układ krążenia

- Wysiłek fizyczny wywołuje w organizmie człowieka reakcję wielu układów i narządów. Jednak najsilniejsza reakcja, która jednocześnie warunkuje możliwość wykonania wysiłku, pochodzi z układu krążenia. Składa się na nią nerwowa regulacja pracy, zmiany czynnościowe i metaboliczne oraz adaptacja morfologiczna w zakresie tego układu. Odpowiedź na wysiłek fizyczny osób z chorobami serca i naczyń różni się od odpowiedzi człowieka zdrowego zakresem zmian i czasem ich manifestacji, a one z kolei zależne są od rodzaju, intensywności, częstości podejmowania wysiłku fizycznego i czasu jego trwania. Odpowiedź układu krążenia na jednorazowy wysiłek fizyczny (np. próba wysiłkowa) zależy z jednej strony od charakterystyki wysiłku fizycznego i warunków jego wykonywania, z drugiej zaś od stanu zdrowia. Obok rodzaju wysiłku fizycznego i zaangażowanej w czasie wysiłku masy mięśniowej, jego intensywności oraz czasu trwania, ważne są również warunki, w których jest wykonywany. Zalicza się do nich zarówno warunki środowiskowe (np. wysokość nad poziomem morza, głębokość zbiornika wodnego) oraz czynniki atmosferyczne (temperatura, ciśnienie oraz mikroklimat), jak i inne, na przykład czas i rodzaj spożywanego posiłku przed rozpoczęciem wysiłku fizycznego. Na odpowiedź układu krążenia na

jednorazowy wysiłek fizyczny mają również wpływ: wiek, płeć, sprawność fizyczna, codzienna aktywność fizyczna, motywacja do podjęcia wysiłku do podjęcia wysiłku fizycznego, stan emocjonalny.

Wpływ jednorazowego wysiłku dynamicznego na czynność układu krążenia

- Zwiększenie częstotliwości skurczów serca (ang. heart rate; HR). Częstotliwość tę, osiągnięta w czasie maksymalnego wysiłku dynamicznego, zależy od wieku osoby podejmującej wysiłek fizyczny. Maksymalną dla wieku częstotliwość skurczów serca oblicza się w przybliżeniu według wzoru: $220 - \text{wiek}$ (w latach).

- Zwiększenie objętości wyrzutowej serca (ang. stroke volume; SV). W czasie maksymalnego, dynamicznego wysiłku fizycznego wzrasta do 100–160 ml w zależności od stanu wytrenowania organizmu. Wzrost ten u osób niewytrenowanych odbywa się prawie liniowo do około 40–60% VO₂ max, a następ- 100 Rekomendacje w zakresie realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej nie przy wyższych obciążeniach utrzymuje się na niezmiennym poziomie. U dobrze wytrenowanych osób niewielki wzrost SV obserwować można nawet do momentu osiągnięcia VO₂ max.

- Zwiększenie pojemności minutowej serca (ang. cardiac output; CO) w czasie wysiłków maksymalnych od 20 do ponad 40 l·min⁻¹, w zależności od stanu przygotowania czynnościowego organizmu.
- Zmniejszenie całkowitego oporu obwodowego nawet do 1/4 wielkości spoczynkowej.

- Wzrost skurczowego ciśnienia tętniczego krwi (ang. blood pressure; BPs) do 220–230 mmHg przy wysiłkach maksymalnych. Skurczowe ciśnienie tętnicze krwi mierzone w czasie wysiłku fizycznego powinno się podwyższać wraz ze wzrostem obciążenia, ale nie powinno przekraczać wartości 230–250 mmHg. Wartość rozkurczowego ciśnienia tętniczego w czasie wysiłku fizycznego ulega niewielkim zmianom. Zazwyczaj nie przekracza 90 mmHg, ale może występować niewielkie zwiększenie lub zmniejszenie ciśnienia, w zależności od indywidualnej reakcji organizmu.

- Zwiększenie zapotrzebowania mięśnia sercowego na tlen (ang. myocardial oxygen uptake; MVO₂). W praktyce pośrednią miarą tego wskaźnika w czasie danego obciążenia jest iloczyn wartości skurczowego ciśnienia tętniczego krwi i częstotliwości skurczów serca, tzw. podwójny

iloczyn (ang. double product; DP). Zapotrzebowanie mięśnia sercowego na tlen jest mniejsze, jeśli dana CO jest osiągana przy mniejszej częstotliwości skurczów serca.

- Zwiększenie pobierania tlenu przez organizm, zgodnie ze wzrostem zapotrzebowania na tlen.
- Zwiększenie wychwytywania tlenu przez tkanki i narządy.

Aktywność fizyczna w profilaktyce pierwotnej chorób układu krążenia

Zgodnie z opublikowanymi w 2012 roku zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC), zdrowe osoby dorosłe w każdym wieku powinny poświęcać 2,5– 5 godziny tygodniowo na aktywność fizyczną lub aerobowy trening o co najmniej umiarkowanej intensywności lub 1 do 2,5 godziny tygodniowo na wysiłek o dużej intensywności. Osoby prowadzące siedzący tryb życia należy zdecydowanie zachęcać do rozpoczynania programów ćwiczeń o niewielkiej intensywności po dokonaniu stratyfikacji ryzyka związanego z wysiłkiem (klasa zaleceń IA). Aktywność fizyczna / aerobowy trening wysiłkowy powinny być wykonywane w wielu sesjach, każdej trwającej > 10 min, rozłożonych równomiernie w ciągu tygodnia, to jest w ciągu 4–5 dni w tygodniu (klasa zaleceń IIA). Regularna aktywność fizyczna zawodowa lub rekreacyjna korzystnie modyfikuje główne czynniki ryzyka choroby wieńcowej. Dodatkowo trening fizyczny ma korzystny wpływ na śródbłonek naczyniowy, hamuje rozwój miażdżycy, poprawia wydolność układu krążenia i układu oddechowego, poprawia sprawność narządu ruchu, zapobiega starczej niesprawności i korzystnie wpływa na stan psychiczny. Korzystny wpływ aktywności fizycznej na redukcję zdarzeń sercowo-naczyniowych i śmiertelności ogólnej potwierdziły przeprowadzone w latach 70. i 80. ubiegłego wieku wieloletnie obserwacje epidemiologiczne, między innymi: Framingham Heart Study, MRFIT, Harvard Alumni Health Study, a także w metaanalizy wykorzystujące wyniki mniejszych badań. Osoby o dużej i systematycznej aktywności fizycznej żyją średnio o 2 lata dłużej niż osoby mało aktywne fizycznie. Dane epidemiologiczne wskazują, że wzrost wydolności o 1 MET wiąże się z redukcją śmiertelności ogólnej o 12%. Z badania NADPOL 2011 wynika, że poziom aktywności fizycznej połowy Polaków jest niezadawalający. Aktywność fizyczna jest większa u osób wykształconych,

zmniejsza się natomiast z wiekiem. Osoby otyłe, z cukrzycą, z nadciśnieniem tętniczym, po incydentach sercowo-naczyniowych nie podejmują regularnej aktywności fizycznej.

Piśmiennictwo

1. Straburzyńska-Migaj E, Piotrowicz R. Ocena wydolności fizycznej u sportowców — test wysiłkowy i spiroergometria. [w:] Sport wyczynowy i rekreacyjny — problemy kardiologa i internisty. Red. Dłużniewski M, Kalarus Z, Pikto- -Pietkiewicz W, Piotrowicz R, Średniawa B. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2014.
2. Straburzyńska-Migaj E, Bednarz B, Piotrowicz R. Testy wysiłkowe. Stanowisko ekspertów. Via Medica, Gdańsk 2016.
3. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące rewaskularyzacji mięśnia sercowego. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw rewaskularyzacji mięśnia sercowego oraz Europejskie Stowarzyszenie Chirurgii Serca i Klatki Piersiowej (EACTS) na rok 2010. Kardiol. Pol. 2010; 68(supl. 8): 569–638.
4. Europejskie wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom serca i naczyń w praktyce klinicznej na 2012 rok. Kardiol. Pol. 2012; 70(supl. 1): S 1–S 100.
5. Haykowsky M, Taylor D, Kim D, Tymchak W. Exercise training improves aerobic capacity and skeletal muscle function in heart transplant recipients. Am J Transplant 2009; 9: 734–739.
6. Piotrowicz R. Rehabilitacja kardiologiczna w Narodowym Programie Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD — smutny stan rzeczy. Kardiol. Pol. 2006; 64: 1158–1160.
7. Piotrowicz R., Jagier A., REKOMENDACJE W ZAKRESIE REALIZACJI KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ AsteriaMed 2017 ISBN: 978-83-65515-17-9 S 5-114
8. P. Jankowski et al. Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji; Kardiol. Pol. 2013; 71(9): 995–1000.

mgr Paweł Sujdak

Absolwent Uniwersytetu Rzeszowskiego na wydziale medycznym.

Skończone kursy/szkolenia - Terapia tkanek miękkich w leczeniu bólu, Manualna terapia punktów spustowych, Staw kolanowy - badanie i strategie leczenia, Uszkodzenie więzadła krzyżowego przedniego, Uszkodzenie łąkotek stawu kolanowego. Trening medyczny w kardiologii.



mgr Agnieszka Książek

DODATKOWE UPRAWNIENIA PACJENTÓW



Niektórzy pacjenci mają uprawnienia szczególne do opieki zdrowotnej i świadczeń w ramach NFZ. Takie uprawnienia mają między innymi: dzieci, kobiety w ciąży i w okresie połogu, osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności, osoby chore na gruźlicę, osoby zakażone wirusem HIV, zasłużeni honorowi dawcy krwi, dawcy przeszczepu, kombatan ci, inwalidzi wojenni, inwalidzi wojskowi, cywilne niewidome ofiary działań wojennych, osoby deportowane do pracy przymusowej oraz osadzone w obozach pracy przez III Rzeszę i ZSRR, osoby represjonowane, działacze opozycji antykomunistycznej oraz osoby represjonowane z powodów politycznych,

W bieżącym artykule przybliżymy uprawnienia dla dzieci, kobiet w ciąży i połogu oraz dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Dzieci

Dzieci powinny być zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego. Jeśli nie są, to i tak mają prawo m.in. do świadczeń opieki zdrowotnej - muszą tylko mieć polskie obywatelstwo. Twoje dziecko ma prawo, poza podstawową opieką zdrowotną, do:

- dodatkowych świadczeń lekarza dentysty i dodatkowych materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
- leczenia ortodontycznego wad zgryzu z zastoso-

waniem jedno i dwuszczękowego aparatu ortodontycznego do zdejmowania (do ukończenia 12. roku życia),

- bezpłatnej kontroli (nie częściej niż 12 razy w roku kalendarzowym) i naprawy aparatu ortodontycznego (raz w roku kalendarzowym) po zakończeniu leczenia (do ukończenia 13. roku życia),
- znieczulenia ogólnego u dentysty przy wykonywaniu świadczeń gwarantowanych i do kompozytowych materiałów światłoutwardzalnych do wypełnień (dzieci niepełnosprawne do ukończenia 16. roku życia, a dzieci z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym i znacznym – po ukończeniu 16 roku życia i do ukończenia 18 roku życia),
- przy leczeniu cukrzycy przy pomocy pompy insulinowej 10 sztuk zestawów infuzyjnych (wkłuć) do osobistych pomp insulinowych – zgodnie z zaleceniami lekarza, raz na miesiąc,
- zwolnienia z odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w szpitalu uzdrowiskowym dla dzieci i w sanatorium uzdrowiskowym dla dzieci (w przypadku dzieci niepełnosprawnych w znacznym stopniu – bez ograniczenia wieku, zwolnienie z odpłatności dotyczy także dzieci uprawnionych do renty rodzinnej),
- świadczeń poza kolejnością, jeśli dziecko ma zaświadczenie stwierdzające ciężkie i nieodwracalne

upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Jakie dokumenty potwierdzą Twoje uprawnienia:

- dokument stwierdzający tożsamość, np. dowód osobisty, paszport, legitymacja szkolna lub skrócony odpis aktu urodzenia
- orzeczenie o niepełnosprawności, jeśli masz poniżej 16 lat, lub orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub znacznym, jeśli masz 16 lat i więcej.

Kobiety w ciąży i w okresie połogu

Kobiety w okresie ciąży mają prawo do korzystania poza kolejnością:

- ze świadczeń opieki zdrowotnej
- z usług farmaceutycznych w aptekach.

Korzystanie poza kolejnością oznacza, że:

- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i świadczenia szpitalne powinny być udzielone w dniu, w którym się zgłosisz
- jeżeli w dniu, w którym się zgłosisz, nie będzie możliwe udzielenie świadczenia, powinnaś zostać przyjęta w innym możliwie szybkim terminie, ale nie obowiązuje Cię lista oczekujących
- świadczenie ambulatoryjne opieki specjalistycznej (AOS) powinno być Ci udzielone nie później niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia, w którym się zgłosisz.

Jakie masz jeszcze prawa w ciąży i w połogu:

W okresie ciąży i połogu – czyli do 42 dnia po porodzie – masz prawo do:

- korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej bez względu na to, czy jesteś ubezpieczona, czy nie, jeśli masz obywatelstwo polskie i mieszkasz w Polsce,
- opieki okołoporodowej zgodnej z najnowszymi standardami,
- dodatkowych materiałów stomatologicznych i leczenia endodontycznego (czyli leczenia kanałowego) wszystkich zębów,
- minimum 10 na miesiąc (w zależności od decyzji lekarza) zestawów infuzyjnych (wkląć) do osobistych pomp insulinowych przy leczeniu cukrzycy przy pomocy pompy insulinowej,
- wielu bezpłatnych leków.

Bezpłatne leki dla kobiet w ciąży

Receptę na leki refundowane (oznaczone jako leki „C”) może wystawić lekarz lub położna posiadający kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia lub

inny lekarz – na podstawie zaświadczenia potwierdzającego ciążę.

Bezpłatne leki przysługują kobiecie od momentu stwierdzenia ciąży do 15 dni po planowanej dacie porodu. Ciąża musi być potwierdzona przez lekarza (specjalistę w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub w trakcie tej specjalizacji), położną podstawowej opieki zdrowotnej lub z poradni położniczo-ginekologicznej.

Jakie masz prawa na podstawie ustawy „Za życiem”

W okresie ciąży i połogu masz prawo do:

- diagnostyki prenatalnej
- świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego
- rehabilitacji leczniczej
- zaopatrzenia w wyroby medyczne
- wsparcia psychologicznego
- poradnictwa laktacyjnego, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji, kiedy jesteś matką dziecka urodzonego:

o przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży

o z masą urodzeniową poniżej 2500 g.

Jakie dokumenty potwierdzą Twoje uprawnienia

Jeśli nie jesteś ubezpieczona, to żeby skorzystać ze swoich uprawnień, musisz mieć dokumenty, które potwierdzają, że:

- jesteś w ciąży lub w okresie połogu
- masz polskie obywatelstwo
- na stałe mieszkasz w Polsce.

Dokumentem, który potwierdza, że jesteś w ciąży, może być:

- kopia karty zakładanej kobiecie ciężarnej podczas pierwszej wizyty u lekarza
- zaświadczenie potwierdzające pozostawanie pod opieką medyczną nie później niż od 10 tygodnia ciąży do porodu, uprawniające do dodatku z tytułu urodzenia dziecka
- inne zaświadczenie lekarskie.

Jeśli jesteś w okresie połogu, Twoje uprawnienia potwierdzi skrócony odpis aktu urodzenia dziecka.

Dokumentem, który potwierdza obywatelstwo polskie, jest między innymi dowód osobisty. Pamiętaj, o miejscu zamieszkiwania decyduje to, że przebywasz w nim na stałe i zamierzasz w nim przebywać. Samo zameldowanie to za mało. Wystarczy jednak, że złożysz oświadczenie, że faktycznie mieszkasz we wskazanym przez siebie miejscu.

Okres połogu to okres, który rozpoczyna się po porodzie i trwa 6 tygodni.

Osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności

Jeśli jesteś osobą z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, masz prawo do:

- świadczeń opieki zdrowotnej i usług farmaceutycznych w aptekach poza kolejnością
- wyrobów medycznych do wysokości limitu finansowania, zleconych przez lekarza (o ich ilości decyduje lekarz)
- otrzymania kolejnego zlecenia na wyrób medyczny, nawet jeżeli określony dla danej pozycji wykazu okres użytkowania zrefundowanego wcześniej wyrobu jeszcze nie upłynął.
- ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez skierowania.

Z jakich usług możesz korzystać poza kolejnością

- świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (lekarze, pielęgniarki, położne)
- świadczeń w szpitalach
- świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (specjaliści)
- usług farmaceutycznych w aptekach
- świadczeń rehabilitacji leczniczej (zgodnie ze wskazaniami medycznymi, bez limitu). Co oznacza „poza kolejnością” „Poza kolejnością” oznacza, że możesz korzystać ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a także szpitalnych i innych placówek stacjonarnych i całodobowych w dniu zgłoszenia.

Jeśli nie jest to możliwe, to w najbliższym możliwym terminie poza listą oczekujących (nie później niż 7 dni roboczych od zgłoszenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej).

Najczęściej nie potrzebujesz skierowania, by skorzystać z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych. Wyjątkiem są drogie badania diagnostyczne, np. rezonans magnetyczny, ale także rehabilitacja lecznicza, na które potrzebujesz skierowania od lekarza NFZ.

Jakie dokumenty potwierdzają uprawnienia

Możesz potwierdzić swoje uprawnienia za pomocą jednego z czterech rodzajów dokumentów, czyli:

- orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, które zostało wydane przez powiatowy, miejski lub wojewódzki zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności
- orzeczenia, które jest uznawane za równorzędne z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnospraw-

ności:

- o zaliczeniu do I grupy inwalidów, które Komisja Lekarska ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia wydała przed 1 stycznia 1998 r.

- o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, które wydał lekarz orzecznik ZUS

- o niezdolności do samodzielnej egzystencji, które wydał lekarz orzecznik ZUS

- o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, które KRUS wydał przed 1 stycznia 1998 r., pod warunkiem, że masz prawo do zasiłku pielęgnacyjnego o o zaliczeniu do I grupy inwalidztwa, które komisja lekarska podległa MON lub MSWiA wydała przed 1 stycznia 1998 r. (na podstawie przepisów dotyczących niezdolności do służby). Jeśli Twoje orzeczenie lub kontynuacja orzeczenia zostały wydane później, musisz złożyć wnioski do powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności o ustalenie stopnia niepełnosprawności.

• wyroku sądu pracy i ubezpieczeń społecznych, który został wydany w postępowaniu odwoławczym od:

- orzeczenia wydanego przez wojewódzki zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności

- decyzji organu rentowego w sprawie ubezpieczeń społecznych. Jeśli wyrok:

- modyfikuje orzeczenie tylko w części – potwierdzeniem Twoich uprawnień jest wyrok sądu wraz z orzeczeniem

- nie jest spójny z orzeczeniem w części niezaskarżonej – decydujące jest rozstrzygnięcie zawarte w wyroku

• legitymacji – pod warunkiem, że będzie zawierać informację o stopniu niepełnosprawności, którą można będzie odczytać. Legitymacja musi być ważna.

Artykuł opracowany na podstawie ustaw i rozporządzeń oraz interpretacji przedstawionej na stronie internetowej www.pacjnet.gov.pl

mgr Agnieszka Książek

Absolwentka dębickiego ILO im. Króla W. Jagiełły w Dębicy. Absolwentka Wydziału Pielęgniarstwa Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego 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 medyczo – społecznych, pasjonatka pszczelarstwa, ukończyła szkołę policealną na kierunku pszczelarstwu.

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 Chirurgii Stomatologicznej	220
Poradnia Urologiczna	304

SOR

Izba przyjęć SOR	396
Izba Przyjęć Planowych	271

ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ

Sekretariat	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 pielęgniarek	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 CHORÓB WEWNĘTRZNYCH

Sekretariat	356
Gabinet lekarski	354
Dyżurka pielęgniarek	353

ODDZIAŁ KARDIOLOGICZNY

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 PSYCHIATRYCZNY DZIENNY

Dyżurka pielęgniarki	810
----------------------	-----

ODDZIAŁ TERAPII UZALEŻNIEŃ

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
Telefony alarmowe	112, 999