

IX OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSTWA ANGIOLOGICZNEGO

Streszczenia

HISTORIA POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSTWA ANGIOLOGICZNEGO

Maria T. Szewczyk^{1,2}

¹Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

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

Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Angiologicznego (PTPA) jest organizacją działającą na rzecz rozwoju pielęgniarstwa angiologicznego. Oficjalnie swą działalność rozpoczęło w maju 2006 r. – po dokonaniu rejestru sądowego. Towarzystwo zdobywa i upowszechnia wiedzę z zakresu specjalistycznego pielęgniarstwa angiologicznego między innymi poprzez wydawanie czasopisma, organizację kursów, tworzenie standardów opieki pielęgniarskiej nad chorymi z zaburzeniami układu tętniczego, chorobami naczyń żylnych i limfatycznych oraz powikłaniami tych nieprawidłowości.

W pracy omówiono cele statutowe towarzystwa, podjęte inicjatywy (podręcznik Pielęgniarstwo Angiologiczne, kurs specjalistyczny dla pielęgniarek Leczenie ran, kurs Kompresjoterapia, organizacja konferencji co 2 lata, wydawanie czasopisma Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne – od 2006 r. kwartalnik), a także główne kierunki zainteresowań i rozwoju towarzystwa.

Zmieniające się potrzeby i oczekiwania zdrowotne społeczeństwa motywują społeczność pielęgniarską do podejmowania nowych inicjatyw, stąd rosnąca liczba towarzystw naukowych w środowisku pielęgniarskim. Kompetencje wynikające z roli i funkcji zawodowej pielęgniarki – poza leczniczymi, pielęgnacyjnymi i opiekuńczymi, wymagają specjalistycznych działań pielęgniarskich. Wiedza i umiejętności pielęgniarek obejmują tylko wybrane zagadnienia procesu leczenia i pielęgnowania chorych. Intensywny rozwój chirurgii naczyniowej i angiologii pokazuje, że ogólne przygotowanie do zawodu nie jest już wystarczające dla zapewnienia chorym wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej, stąd konieczne jest poszerzanie wiedzy w tym zakresie, tym bardziej że w tej dziedzinie zauważa się dużą aktywność zawodową pielęgniarek.

Słowa kluczowe: towarzystwo naukowe, pielęgniarki, rozwój opieki, jakość opieki.

ZAKAŻENIA RAN – PROBLEM NADAL AKTUALNY

Eugenia Gospodarek-Komkowska

Katedra Mikrobiologii, Zakład Mikrobiologii Klinicznej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Rany mogą powstawać zarówno w środowisku szpitalnym, jak i pozaszpitalnym. Są różne kryteria podziału ran.

Z problemem tym mierzyć się musi personel medyczny wszystkich specjalności. W przypadku każdej rany wzrasta niebezpieczeństwo zakażenia drobnoustrojami (bakteriami, grzybami, rzadziej wirusami). Przez ranę do organizmu wnikają ze skóry, odzieży, gleby, wody czy przedmiotów raniących drobnoustroje, które wywołują stan zapalny, następnie zakażenie.

Z niektórymi drobnoustrojami silny organizm radzi sobie sam, jednak u osób z obniżoną odpornością, np. chorych na cukrzycę, dochodzi do zakażeń rozprzestrzeniających się na cały organizm i powikłań, które mogą kończyć się nawet zgonem.

Choć posiadamy coraz większą wiedzę i umiejętności w zakresie postępowania z raną, nadal problemem jest leczenie zakażeń, zwłaszcza z udziałem biofilmu tworzonego przez drobnoustroje. Kluczową właściwością biofilmu jest oporność bakterii i grzybów na czynniki mechaniczne, chemiczne, immunologiczne i przeciwdrobnoustrojowe – większa niż ich planktonicznych odpowiedników. Raz ustalony biofilm jest odporny na każdy rodzaj eradykacji, szczególnie na związki przeciwdrobnoustrojowe, nawet 10 000 razy bardziej niż komórki wolnożyjące. Mimo postępu medycyny, nie można zapobiec wszystkim zakażeniom ran, jak również skutecznie uniknąć kosztownych zdrowotnie i ekonomicznie powikłań.

Drobnoustroje mają zdolności adaptacyjne, przez co trudniejsze jest postępowanie terapeutyczne. Złożoność etiologii zakażonych ran sprawia, że każda rana ma własny wyjątkowo unikalny biofilm, który powinien być diagnozowany przed leczeniem. Skład biochemiczny i specyficzna architektura biofilmu wymagają różnych strategii jego badania, eradykacji i kontroli, a także uwzględnienia badań metabolomicznych i spersonalizowanych.

Leczenie zakażeń ran jest postępowaniem złożonym, które wymaga zaangażowania specjalistów różnych dziedzin medycyny. Powinno być prowadzone kompleksowo

przez zespół wielodyscyplinarny z uwzględnieniem rekomendacji przygotowanych przez zespoły ekspertów i opracowań towarzystw naukowych.

Słowa kluczowe: zakażenie ran, biofilm, eradykacja.

WZRASTAJĄCY TREND ZACHOROWAŃ NA OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI WYZWANIEM DLA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Dorota Koziel

Collegium Medicum Uniwersytetu J. Kochanowskiego w Kielcach

Cel pracy: Ocena częstości występowania, etiologii i nasilenia ostrego zapalenia trzustki (OZT) w populacji województwa świętokrzyskiego z uwzględnieniem czynników ryzyka zachorowania oraz dalszych losów chorych.

Materiał i metody: Do prospektywnej obserwacji włączono 963 kolejno przyjmowanych chorych leczonych z powodu OZT w ciągu jednego roku. W dalszej kolejności zaproszono do badania kontrolnego po roku od zachorowania 99 chorych po ciężkim OZT (SAP) i 51 chorych po łagodnym OZT (MAP). Oceniono funkcję zewnątrzwydzielniczą i wewnątrzwydzielniczą trzustki oraz stan odżywienia i satysfakcję z życia.

Wyniki: Współczynnik zapadalności na OZT wyniósł 99,96/100 000. Zapadalność u kobiet wynosiła 72/100000, u mężczyzn 130,24/100 000 ($p < 0,05$). Mediana wieku chorych wynosiła 53 lata. Mediana wieku kobiet – 65 lat, była istotnie wyższa niż mężczyzn – 47 lat ($p < 0,005$). Współczynnik zapadalności w przypadku incydentów pierwszorazowych wyniósł 79,7/100000 mieszkańców. Główną przyczyną zachorowania na OZT była kamica żółciowa (30,1%), alkohol (24,1%), kamica żółciowa i nadużywanie alkoholu łącznie (2,9%), rak trzustki (1%), OZT po ERCP (0,7%). Ciężkie OZP rozpoznano u 7%, umiarkowane u 12,3%, łagodne u 80,8% chorych. Stwierdzono, że istotnie częściej osoby powyżej 80. roku życia miały SAP – 14,53% vs 6,31% u osób młodszych ($p < 0,05$). W badaniu obserwacyjnym po roku od zachorowania niewydolność zewnątrzwydzielnicza wystąpiła u 17,2% po SAP vs 7,8% po MAP ($p > 0,05$), niewydolność wewnątrzwydzielnicza u 18,6% chorych po SAP vs 4,3% chorych po MAP ($p < 0,05$). Ciężkie niedożywienie stwierdzono u 4,1% chorych po SAP i żadnego po MAP. Chorzy po SAP gorzej niż po MAP ocenili swoje zdrowie psychiczne ($p < 0,05$), pozostałe domeny jakości życia oceniali podobnie.

Wnioski: Współczynnik zachorowalności na OZT w populacji województwa świętokrzyskiego jest jednym z najwyższych w Polsce. Chorzy w wieku powyżej 80 lat częściej mają ciężką postać choroby z wysoką śmiertelnością. Po roku od ciężkiego OZT chorzy mają zmiany w morfologii trzustki i zaburzenia gospodarki węglowodora-

nowej. Ważne jest, aby pielęgniarki aktualizowały wiedzę na temat OZT dla potrzeb wyzwań związanych z edukacją i leczeniem coraz większej grupy chorych.

Słowa kluczowe: ostre zapalenie trzustki, niedożywienie, pielęgnacja.

W JAKI SPOSÓB PRZYGOTOWAĆ REHABILITACYJNIE PACJENTÓW Z DUŻĄ PRZEPUKLINĄ BRZUSZNĄ DO ZABIEGU JEJ USUNIĘCIA?

Anna Spannbauer^{1,2}, Arkadiusz Berwecki³, Anita Kulik⁴

¹Klinika Chirurgii Instytutu Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

²Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego, Kraków

³Zakład Kinezyterapii, Instytut Nauk Stosowanych, Akademia Wychowania Fizycznego, Kraków, Polska

⁴Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu, Gorzów Wielkopolski

Przepuklina brzuszna (łac. *hernia abdominalis*) to przemieszczenie narządów poza jamę ciała, w której powinny się znajdować. Pacjenci z dużą przepukliną brzuszną są poddawani zabiegom chirurgicznym. Przed operacją wskazane jest przygotowanie rehabilitacyjne, dzięki któremu zmniejsza się ryzyko niewydolności oddechowej i poprawia się wydolność chorego. Fizjoterapia obejmuje między innymi: spirometrię, orientacyjną ocenę wydolności oddechowej, test 6-minutowy, rehabilitację oddechową, ćwiczenia ogólnokondycyjne.

Słowa kluczowe: przepuklina brzuszna, rehabilitacja, ćwiczenia.

LECZENIE OPERACYJNE CHORYCH BARIATRYCZNYCH W OBSERWACJI JEDNOROCZNEJ. ZAGROŻENIA, NASTĘPSTWA ZABIEGÓW, KORZYŚCI DLA CHORYCH NA PODSTAWIE DOŚWIADCZEŃ WŁASNYCH: LEKARSKICH I PIELĘGNIARSKICH

Tomasz Zwoliński, Maciej Michalik

Katedra Chirurgii Ogólnej i Małoinwazyjnej, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. J. Biziela w Bydgoszczy, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikotaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: Otyłość jest uznaną przez Światową Organizację Zdrowia chorobą cywilizacyjną. Z uwagi na rosnącą liczbę osób zmagających się z tą chorobą, a także jej następstwami, bardzo ważnym jest zwrócenie uwagi na chirurgiczne leczenie otyłości, w przypadku gdy inne możliwości zostały wyczerpane. Polska jest niechlubnym

przykładem kraju z największym przyrostem osób otyłych w populacji do 24. roku życia wśród krajów europejskich.

Cel pracy: Przedstawienie wniosków z leczenia 452 chorych wymagających leczenia bariatrycznego (dane za 2022 r.; największa liczba w Polsce). Wskazanie zagrożeń dla personelu pielęgniarskiego w trakcie leczenia. Przybliżenie kryteriów kwalifikacji do leczenia chirurgicznego.

Wnioski: Otyłość jest chorobą, której niejednokrotnie nie można leczyć w inny sposób niż chirurgicznie.

Słowa kluczowe: operacje bariatryczne, leczenie operacyjne, pielęgnacja.

JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH PO OPERACJACH BARIATRYCZNYCH

Katarzyna Cierzniańska¹, Elżbieta Kozłowska¹,
Aleksandra Popow¹, Maria T. Szewczyk^{1,2}

¹Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, *Collegium Medicum*
im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu

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

Wstęp: Otyłość – z jej powikłaniami i konsekwencjami psychospołecznymi, może znacząco pogarszać jakość życia chorego. Wysoka skuteczność oraz trwały efekt operacji bariatrycznych prowadzi nie tylko do redukcji masy ciała, ale również do ustępowania chorób wywoływanych przez otyłość. W badaniach klinicznych wielokrotnie udowodniono, że chirurgiczne leczenie otyłości wydłuża życie chorych, zdecydowanie poprawiając jego jakość.

Cel pracy: Ocena jakości życia chorych po operacjach bariatrycznych.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono w grupie 280 osób po chirurgicznym leczeniu otyłości. Do badania wykorzystano kwestionariusz MAQoLQII (ang. *moorehead delt quality of life questionnaire II*). Badanie miało charakter anonimowy. Zostało przeprowadzone drogą elektroniczną. Rekrutacja odbywała się poprzez media społecznościowe w grupie osób po operacjach bariatrycznych.

Wyniki: W badaniu wzięło udział 280 osób, w tym 95% stanowiły kobiety. Czas jaki upłynął od zabiegu do wypełnienia ankiety, wynosił od 2 do 4515 dni (średnia dla całej grupy 483,21 dnia). Ubytek masy ciała wahał się od 2 do 94 kg, co stanowiło średnio 35,49 kg (mediana 35 kg). Wartości wskazywane na skali kwestionariusza odpowiadające bardzo złej i złej jakości życia dotyczyły 4% badanych. Wskaźniki bardzo dobrej i dobrej jakości życia uzyskało 64% osób. Pozostałe osoby z grupy (32%) prezentowały przeciętną jakość życia. Nie zaobserwowano korelacji pomiędzy jakością życia a płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania ani wykształceniem badanych. Brak również związku pomiędzy jakością życia a rodza-

jem zastosowanej operacji czy czasem, jaki upłynął od jej wykonania. Stan cywilny miał wpływ jedynie na wybrane aspekty jakości życia, w tym na ogólne samopoczucie, relacje społeczne i życie seksualne ($p < 0,05$). Zaobserwowano dodatnią korelację pomiędzy jakością życia a ubytkiem masy ciała oraz ujemny współczynnik korelacji pomiędzy jakością życia a aktualną masą ciała. W obydwu sytuacjach zależności są istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Wnioski: Zasadniczym czynnikiem, który w istotny sposób wpłynął na poprawę jakości życia po operacji bariatrycznej, był ubytek masy ciała.

Słowa kluczowe: jakość życia, masa ciała, operacja bariatryczna.

CZY LECZENIE ENDOWASKULARNE OSTREJ ZAKRZEPICY ŻYŁNEJ BIODROWO- -UDOWEJ ZAPOBIEGA POWSTAWANIU ZESPOŁU POZAKRZEPOWEGO?

Paweł Brazis, Paweł Wierchowski, Arkadiusz Migdałski,
Arkadiusz Jawień

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

Cel pracy: Ocena skuteczności leczenia endowaskularnego (trombektomia farmako-mechaniczna AngioJet, tromboliza celowana, angioplastyka) zakrzepicy biodrowo-udowej w odniesieniu do rozwoju zespołu pozakrzepowego.

Materiał i metody: Leczenie endowaskularne zastosowano u 15 chorych z ostrą (< 14 dni) zakrzepicą biodrowo-udową. Udrożnienie wykonano w żyłach biodrowych i udowej wspólnej, aby polepszyć odpływ żylny. Początkowo wykonano trombektomię farmako-mechaniczną AngioJet i trombolizę celowaną, na koniec angioplastykę balonową z lub bez stentu. Na podstawie flebografii przed- i pooperacyjnej każdy segment żył głębokich został oceniony w skali punktowej stopnia zamknięcia światła przez skrzeplinę. Podczas wizyt kontrolnych wykonywano badanie USG Doppler żył i oceniano dolegliwości chorych na podstawie skali Villalta.

Wyniki: Średnia wieku leczonych chorych była 48,7 lat (18–70 lat). Wśród nich było 7 kobiet i 8 mężczyzn. Mediana punktacji wyjściowej stopnia zamknięcia żył wyniosła 6 pkt, po udrożnieniu 1 pkt. Procentowa skuteczność udrożnienia światła żył stanowiła średnio 87% (67–100%). Podczas wizyt kontrolnych u 2 chorych rozpoznano istotną restenozę wymagającą reinterwencji, a u 1 chorego doszło do nawrotu zakrzepicy z całkowitym zamknięciem segmentu biodrowo-udowego. U żadnego chorego leczonego w/w sposobem nie rozpoznano zespołu pozakrzepowego według skali Villalta; mediana 0 (min. 0, maks. 4).

Wnioski: Endowaskularne udrożnienie ostrej zakrzepicy biodrowo-udowej może znacząco poprawić odpływ krwi żyłnej i zmniejszyć ryzyko powstawania zespołu pozakrzepowego.

Słowa kluczowe: endowaskularne udrożnienie ostrej zakrzepicy biodrowo-udowej, trombektomia.

STENTGRAFTY BRANCHOWANE IBD – CZY ZAWSZE DOBRY WYBÓR DLA CHORYCH Z TĘTNIAKIEM TĘTNIC BIODROWYCH

Paweł Wierchowski, Arkadiusz Jawień

Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp Wewnątrznaczyniowa naprawa tętniaka tętnicy biodrowej wspólnej (CIA) może wymagać wyłączenia tętnicy biodrowej wewnętrznej. Takie postępowanie zwiększa ryzyko powikłań niedokrwienych w obrębie miednicy, dlatego u pacjentów z tętniakami tętnic biodrowych należy rozważyć zastosowanie stentgraftu do gałęzi tętnicy biodrowej (IBD).

Cel pracy: Ocena możliwości zastosowania IBD w leczeniu tętniaków CIA.

Materiał i metody: Retrospektywny przegląd pacjentów operowanych z użyciem określonego endograftu. Analizie poddano wyniki 37 pacjentów z tętniakami aorty brzusznej i tętnic biodrowych leczonych techniką wewnątrznaczyniową z użyciem stentgraftu E-liac IBD w latach 2014–2020. Dane z obserwacji uzyskano po 30 dniach (37 pacjentów) i rok po zabiegu (27 pacjentów).

Wyniki: Przeciętnie średnica tętniaka tętnicy biodrowej wynosiła 40,2 mm (SD ±10,3 mm). Średni czas hospitalizacji wynosił 4,4 dnia. W czasie obserwacji nie było zgonów z powodu tętniaka; średni czas operacji wynosił 163,5 minuty (SD ±32 minuty), średnia objętość kontrastu 130 ml (SD ±48 ml). Wystąpiły 2 niepowodzenia implantacji stentgraftu (niepowodzenie implantacji głównego korpusu i niepowodzenie implantacji wewnętrznego rozszerzenia biodrowego); w jednym przypadku zaobserwowano niedrożność stentgraftu IBD leczoną pomostowaniem krzyżowym; niedrożność stentu krytego w jednym przypadku i krwiak w miejscu dostępu chirurgicznego w jednym przypadku były leczone zachowawczo. W 30-dniowej obserwacji *endoleaks* odnotowano u 11 pacjentów: IA – 2, IB – 1, II – 6, III – 2; w ciągu roku obserwacji *endoleaks* zdiagnozowano w 4 przypadkach (IA – 0, IB – 0, II – 3, III – 1). Ponowne interwencje z powodu *endoleaks* były konieczne w 4 przypadkach. W jednym przypadku po zabiegu stwierdzono chromanie pośladkowe. W czasie obserwacji nie zauważono poważnych powikłań związanych z malperfuzją miednicy.

Wnioski: Naprawa tętniaka IBD jest skuteczną metodą leczenia cechującą się niską śmiertelnością i niewielką liczbą powikłań.

Słowa kluczowe: gałąź biodrowa, tętniak biodrowy, stentgraft, wewnątrznaczyniowa naprawa tętniaka.

OCENA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH ORAZ ANALIZA CZYNNIKÓW RYZYKA U PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁYM NIEDOKRWIENIEM KOŃCZYN DOLNYCH

Judyta Byczek, Lucyna Ścisło, Marcelina Ryndak

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Cel pracy: Ocena zachowań zdrowotnych oraz analiza czynników ryzyka u pacjentów z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych.

Materiał i metody: Badaniem objęto 100 pacjentów z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych według klasyfikacji Fontaine'a ze stopniem od IIb do IV. Do badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem Inwentarza Zachowań Zdrowotnych autorstwa Luczyńskiego i autorski kwestionariusz ankiety oraz analizę dokumentacji medycznej.

Wyniki: Zachowania zdrowotne wśród 54% badanych kształtowały się na niskim poziomie. Analiza statystyczna wykazała związek pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a liczbą wypalanych papierosów ($p = 0,0357$), nadciśnieniem tętniczym ($p = 0,0398$), hipercholesterolemią ($p = 0,0446$, $p = 0,0132$), wiekiem ($p = 0,0015$), płcią ($p = 0,0021$), sposobem utrzymania ($p = 0,0123$) i stanem cywilnym ($p = 0,0320$). Określono zależność pomiędzy stopniem niedokrwienia a hipercholesterolemią ($p = 0,0068$) i występowaniem chorób w rodzinie ($p = 0,0387$) oraz praktykami zdrowotnymi a stopniem niedokrwienia ($p = 0,0254$).

Wnioski: Więcej niż połowa badanych prezentowała niski poziom zachowań zdrowotnych. Wyższym poziomem zachowań zdrowotnych charakteryzowały się osoby z hipercholesterolemią i nadciśnieniem tętniczym, osoby w wieku 65 lat i więcej, kobiety, emeryci i osoby będące w związku małżeńskim. Najniższy wskaźnik zachowań zdrowotnych spośród palących papierosy posiadały osoby palące 20–31 papierosów dziennie. Trzeci stopień niedokrwienia występował najczęściej wśród osób z hipercholesterolemią, oraz u których w rodzinie występowały choroby o podłożu miażdżycowym. Osoby z III stopniem niedokrwienia posiadały najwyższy stopień praktyk zdrowotnych.

Słowa kluczowe: ocena zachowań zdrowotnych, niedokrwienie.

ANALIZA CZYNNIKÓW WPŁYWAJĄCYCH NA PRZEBIEG OKRESU POOPERACYJNEGO U CHORYCH PO ZABIEGU WEWNĄTRZNA CZYNIOWEJ ELIMINACJI TĘTNIKA AORTY BRZUSZNEJ

Martyna Gorzelak^{1,2}, Stanisław Głuszek¹, Jarosław Miszczuk²

¹Institut Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu J. Kochanowskiego w Kielcach

²Oddział Kliniczny Chirurgii Naczyniowej, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

Wstęp: Jedyną metodą leczenia tętniaka aorty brzusznej jest leczenie chirurgiczne. Leczenie metodą wewnątrzna czyniową charakteryzuje się: krótszym czasem trwania zabiegu w porównaniu z metodą klasyczną, skróceniem czasu hospitalizacji oraz mniejszą śmiertelnością okołooperacyjną. Jak każda metoda leczenia, również i ta obarczona jest powikłaniami.

Cel pracy: Analiza czynników mających wpływ na przebieg okresu pooperacyjnego u chorych po zabiegu wewnątrzna czyniowej eliminacji tętniaka aorty brzusznej.

Materiał i metody: Badania zostały przeprowadzone na Klinicznym Oddziale Chirurgii Naczyniowej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach. Badaniem została objęta grupa 60 pacjentów z rozpoznaniem tętniakiem aorty brzusznej, którzy byli operowani wewnątrzna czyniowo w trybie planowym. Analizie zostały poddane wartości morfologii krwi z rozmazem (wskaźnik NLR), lipidogram, stężenie prokalcytoniny, mocznika, kreatyniny, CRP, albuminy, IL-1, IL-6, występujące u pacjenta przed zabiegiem chirurgicznym oraz w 3. dobie po zabiegu, współchorobowość (cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, udary mózgu, choroby nowotworowe) oraz trudności w gojeniu rany, powikłania ze strony układu krążenia, powikłania ze strony układu oddechowego, śmiertelność we wczesnym okresie pooperacyjnym, zespół poimplantacyjny.

Wyniki: Wśród powikłań ze strony układu krążenia wystąpiły pojedyncze przypadki bradykardii i hipotonii w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. W badanej grupie nie stwierdzono powikłań oddechowych oraz zgonu we wczesnym okresie pooperacyjnym. Choroby współistniejące, mające wpływ na przebieg wczesnego okresu pooperacyjnego, to cukrzyca oraz choroba niedokrwienna serca. Choroba nowotworowa oraz udar mózgu nie miały istotnych statystycznie związków z występowaniem powikłań. Analizując związek pomiędzy występowaniem chorób współistniejących a występowaniem powikłań, stwierdzono zależność pomiędzy występowaniem cukrzycy a procesem gojenia rany. W przypadku choroby niedokrwiennej serca wykazano istotny statystycznie związek z występowaniem nefropatii pokontrastowej. Przeprowadzone badania dowodzą braku związku pomiędzy rodzajem zastosowanego stentgraftu a występowaniem zespołu poimplantacyjnego.

Wnioski: Zabieg wewnątrzna czyniowej eliminacji tętniaka aorty brzusznej niesie niskie ryzyko wczesnych powikłań pooperacyjnych. Choroba niedokrwienna serca stanowi czynnik predykcyjny do wystąpienia nefropatii pokontrastowej po zabiegu wewnątrzna czyniowej eliminacji tętniaka aorty brzusznej. Rodzaj stentgraftu nie jest czynnikiem predykcyjnym wystąpienia zespołu poimplantacyjnego. Zespół poimplantacyjny występuje wyłącznie u chorych z całkowitym wyłączeniem worka tętniaka.

Słowa kluczowe: tętniak, stentgraft, badania, pielęgniarstwo.

ZASTOSOWANIE KOMPLEKSOWEGO LECZENIA OWRZODZENIA PODUDZIA W PRZEBIEGU OBRZĘKU LIMFATYCZNEGO – STUDIUM PRZYPADKU

Anna Daudzward¹, Karolina Kruszevska^{1,2}

¹PODOS Przychodnia Lekarsko-Podologiczno-Rehabilitacyjna, Warszawa

²Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Wstęp: Obrzęk limfatyczny to długotrwały i przewlekły stan powodujący obrzęk tkanek organizmu. Najczęściej rozwija się w obrębie kończyn dolnych lub górnych na skutek nieprawidłowego funkcjonowania układu limfatycznego. Badania z 2017 r. wskazują, iż częstość występowania obrzęku limfatycznego wynosi 3,93 na 1000 osób, przy czym najczęściej pojawiał się wśród osób w wieku 85 lat i starszych (28,75 na 1000). Wśród pacjentów szpitalnych częstość występowania wynosiła 28,5%. Wśród pacjentów z chorobą nowotworową 3%, natomiast spośród 304 pacjentów, u których zidentyfikowano obrzęk – 121 (40%) było dotkniętych powikłaniem, jakim jest owrzodzenie kończyn dolnych. W Polsce problem współwystępowania obrzęku limfatycznego i ran trudno gojących się jest znany, jednak brak wiarygodnych źródeł podających częstość występowania tego schorzenia.

Cel pracy: Przedstawienie metod leczenia ran trudno gojących się w przebiegu niewydolności układu limfatycznego.

Materiał i metody: W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku pacjentki leczonej w Klinice Leczenia Ran w Warszawie. Dokonano analizy dokumentacji medycznej 36-letniej kobiety cierpiącej na masywne obrzęki limfatyczne obu kończyn dolnych i współistniejące owrzodzenie prawej kończyny dolnej. W trakcie leczenia rany oczyszczano ją zgodnie ze strategią TIMERS. Ranę zaopatrywano, stosując nowoczesne opatrunki adekwatne do etapu gojenia. W celu redukcji obrzęku stosowano terapię kompresyjną opaskami o krótkim naciągu. Równolegle wykonywano drenaż limfatyczny. Z uwagi na rozległość rany ostatecznie zdecydowano o pokryciu ubytku

przeszczepem skóry pośredniej grubości z równoczesnym zastosowaniem terapii podciśnieniowej (ang. *negative pressure wound therapy* – NPWT).

Wnioski: Zastosowanie kompleksowego leczenia oraz interdyscyplinarne podejście do problemu zakończyło się ostatecznym wygojeniem rany w czasie 37 dni.

Słowa kluczowe: obrzęk limfatyczny, NPWT, pielęgnacja, fizjoterapia.

RYZYKO OBWODOWEJ CHOROBY TĘTNIC I ZESPOŁU STOPY CUKRZYCOWEJ W GRUPIE OSÓB DOROSŁYCH PO 40. ROKU ŻYCIA – WYNIKI WSTĘPNE

Justyna Cwajda-Białasiak¹, Paulina Mościcka¹,
Maria T. Szewczyk^{1,2}

¹Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

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

Cel pracy: Ocena mocy predykcyjnej powszechnie dostępnych narzędzi diagnostycznych do *screeningu* zaburzeń naczyniowych u osób z grupy ryzyka.

Materiał i metody: Do badania zaproszono osoby dorosłe po 40. roku życia – bez lub z rozpoznaną cukrzycą typu 2. Zgłosiły się łącznie 143 osoby. Do ostatecznej analizy zakwalifikowano 85 osób, u których wykonano łącznie 170 pomiarów. Oceniono parametry biochemiczne krwi (poziom glukozy, cholesterolu całkowitego oraz trójglicerydów), zaburzenia naczyniowe na kończynach dolnych (ręczny pomiar wskaźnika kostka-ramię, automatyczny pomiar wskaźnika kostka-ramię, pomiar wskaźnika paluch-ramię, ocena TcpO₂), zaburzenia czucia (czucie nacisku monofilamentem Semmes-Weinsteina, czucie temperatury), test chromania przestankowego oraz ocenę rozkładu nacisku na platformie pedobarograficznej FootScan. Wszystkie badania wykonano podczas jednej wizyty pacjenta, a następnie oceniono ryzyko zaburzeń według kryteriów Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran i klasyfikacji PEDIS.

Wyniki: Zaburzenia w obrębie stóp występowały u 21 (24,7%) osób, w tym u 8 (9,4%) na jednej i 13 (15,3%) na obu kończynach. Obserwowano istotną korelację zaburzeń a wiek ($r = 0,46$), płeć męska ($r = 0,37$), czas chorowania na cukrzycę ($r = 0,55$), poziom glikemii na czczo ($r = 0,32$) i poziom trójglicerydów ($r = 0,45$). Największą moc predykcyjną zaburzeń wykazywał pomiar wskaźnika kostka-ramię oraz test chromania przestankowego, a w grupie chorych z zaburzonym czuciem pomiar TcPO₂.

Wnioski: Zastosowane w badaniu narzędzia trafnie identyfikowały osoby z zaburzeniami. Wykazano, że

w diagnostyce przesiewowej zaburzeń obwodowych można stosować pomiar wskaźnika kostka-ramię i/lub pomiar TcPO₂, a także przeprowadzić prosty test chromania przestankowego.

Słowa kluczowe: badania przesiewowe, cukrzyca, WK/R.

OCENA DYSTANSU CHROMANIA PRZESTANKOWEGO U PACJENTÓW Z CHOROBA TĘTNIC OBWODOWYCH PO ZABIEGU REWASKULARYZACJI

Anna Nowaczyk¹, Justyna Cwajda-Białasiak^{2,3},
Maria T. Szewczyk^{2,3}

¹Katedra Rehabilitacji Kardiologicznej i Promocji Zdrowia, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu

²Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

³Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Cel pracy: Ocena skuteczności zabiegu rewaskularyzacyjnego wśród pacjentów z chorobą tętnic obwodowych (ang. *peripheral artery disease* – PAD) i wpływu na wartość wskaźnika kostka-ramię (ang. *ankle-brachial index* – ABI), dystans chromania przestankowego bez bólu (ang. *pain-free walking distance* – PFWD) i maksymalny (ang. *maximum claudication distance* – MCD) oraz poziom bólu w ciągu 3 miesięcy po zabiegu chirurgicznym.

Materiał i metody: Przebadano 107 pacjentów (77% mężczyzn oraz 23% kobiet; 66 ± 7 lat) ze zdiagnozowaną chorobą tętnic obwodowych zakwalifikowanych do zabiegu rewaskularyzacji. Pacjentów podzielono na 3 grupy, biorąc pod uwagę poziom niedrożności tętnicy: zespół Leriche'a (36 chorych), niedrożność udowo-podkolanowa (36 chorych), niedrożność dystalna (35 chorych). U badanych zostało przeprowadzone nieinwazyjne badanie układu naczyniowego obejmujące: pomiar wskaźnika ABI, ocenę dystansu chromania przestankowego na bieżni elektrycznej z wykorzystaniem protokołu Gardnera-Skinera (włączywszy PFWD i MCD), ocenę natężenia bólu podczas marszu (ang. *numerical rating scale* – skala NRS). Ocenę przeprowadzono dwukrotnie: 1–5 dni przed operacją i 3 miesiące po operacji.

Wyniki: Po zabiegu chirurgicznym uzyskano znaczącą poprawę wszystkich ocenianych parametrów: wzrost ABI o 0,18 ($p < 0,001$), wzrost PFWD (23,46 vs 48,57, $p < 0,001$), wzrost MCD (54,52 vs 117,91, $p < 0,001$) oraz zmniejszenie natężenia bólu (7,02 vs 6,03) i bólu maksymalnego (9,18 vs 8,20).

Wnioski: Zabieg rewaskularyzacji znacząco poprawia wartość ABI oraz sprawność funkcjonalną chorych wyra-

zoną w poprawie wskaźników subiektywnych, jak PFWD, MCD i NRS.

Słowa kluczowe: fizjoterapia, WK/R, zabieg rewaskularyzacji tętnic.

OCENA CZYNNIKÓW RYZYKA OPÓŹNIONEGO PROCESU GOJENIA OWRZODZEŃ ŻYLNICH

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

¹Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

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

Cel pracy: Ocena czynników ryzyka wpływających na opóźnienie procesu gojenia owrzodzeń żylnych kończyn dolnych.

Materiał i metody: Do badania zakwalifikowano dokumentację 754 chorych z owrzodzeniami żylnymi kończyn dolnych leczonych w Poradni Leczenia Ran Przewlekłych w latach 2001–2019.

Wyniki: W badaniu większość (64,3%) stanowiły kobiety, średnia wieku wynosiła 65,7 lat. U ponad połowy (52%) pacjentów przewlekła niewydolność żylna trwała powyżej 20 lat, a u 296 (39,3%) chorych owrzodzenie powstało ponad 12 miesięcy wcześniej. Większość (85,8%) chorych potwierdziła występowanie chorób współistniejących, a 84% badanych to osoby z otyłością. W 12-tygodniowej obserwacji spośród 754 owrzodzeń zagoiły się 432 (57,29%). Zidentyfikowano czynniki ryzyka wolniejszego tempa gojenia owrzodzeń: wyjściowa powierzchnia owrzodzenia powyżej 8,25 cm² ($p < 0,001$), obrzęk okolicznych tkanek ($p < 0,001$), lokalizacja owrzodzenia inna niż okolica kostki przyśrodkowej ($p < 0,001$), współistniejąca otyłość ($p < 0,044$) oraz występowanie owrzodzeń mnogich ($p < 0,001$), a także zakrzepica żył głębokich w przeszłości.

Wnioski: Proces gojenia owrzodzeń żylnych jest złożony i uwarunkowany wpływem wielu czynników. Znaczenie poszczególnych czynników ryzyka będzie się różnić pomiędzy pacjentami, co sugeruje, że istotne jest holistyczne i indywidualne podejście do wszystkich chorych z owrzodzeniami kończyn dolnych.

Słowa kluczowe: proces gojenia, OŻG, holistyczne podejście pielęgnacyjne.

OCENA BIOFIZYCZNA WPŁYWU KOLAGENU RYBIEGO NA PROCES GOJENIA SIĘ OWRZODZEŃ

Leszek Kubisz¹, Dorota Hojan-Jeziarska²,
Anna Majewska², Marta Janus², Weronka Kawatkiwicz²,
Maria T. Szewczyk^{3,4}, Arkadiusz Jawień⁵,
Paulina Mościcka^{3,4}, Justyna Cwajda-Białasik^{3,4}

¹Zakład Biofizyki, Katedra Biofizyki, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań

²Zakład Protetyki Słuchu, Katedra Biofizyki, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań

³Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁴Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁵Katedra Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

W leczeniu ran wykorzystuje się kolagen, który zawierają specjalne opatrunki. Zazwyczaj jest to kolagen pochodzący od ssaków lub ptaków. Większe zainteresowanie kolagenem rybim związane jest z mniejszym ryzykiem przenoszenia chorób odzwierzęcych oraz możliwością pozyskania kolagenu natywnego. Ocena efektów stosowania kolagenu niezależnie od jego pochodzenia i postaci może być prowadzona metodami subiektywnymi i obiektywnymi. W tych ostatnich dokonuje się pomiaru wybranych parametrów fizycznych opisujących stan skóry lub/i rany. Oceny stanu skóry można dokonać, badając jej właściwości mechaniczne, elektryczne, wilgotność czy szybkość utraty wody. Ocena bazująca na pomiarach elektrycznych związana jest z wykorzystaniem zjawiska dyspersji przewodnictwa elektrycznego skóry. Do dalszej oceny stanu skóry wykorzystuje się różnego rodzaju zależności lub współczynniki wynikające z zależności dyspersyjnych, a których wartości niosą informacje o stanie fizjologicznym skóry. Przeprowadzone badania pacjentów leczonych z zastosowaniem żelu z natywnego kolagenu rybiego wskazują na celowość jego stosowania w przypadku owrzodzeń goleni.

Słowa kluczowe: COLLRAN, kolagen, OŻG, badania.

Badania wykonano w ramach projektu COLLRAN ID 245480) współfinansowanego przez NCBR.

HIGIENA RĄK – CO DAŁA NAM PANDEMIA COVID-19? DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Małgorzata Rucińska, Ewa Suszkiewicz, Joanna Nowak, Karolina Hyżyk, Katarzyna Kruszyna

Sekcja Antybiotykoterapii i Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Pracownicy zakładów ochrony zdrowia ustawicznie podnoszą swoje kwalifikacje z zakresu profilaktyki zakażeń. Dzięki temu personel ma świadomość występowania zakażeń w środowisku szpitalnym (ożywionym i nieożywionym). W czasie pandemii COVID-19 szczególnego znaczenia nabrała higiena rąk, którą zaczęto promować na masową skalę, również poza zakładami opieki zdrowotnej. Wzrosła świadomość konieczności dezynfekcji rąk jako jednej z głównych metod zapobiegających szerzeniu się SARS-CoV-2. Higiena rąk personelu medycznego jest podstawową metodą zapobiegania zakażeniom szpitalnym. Jest to metoda dostępna, skuteczna, a jednocześnie łatwa i tania. Pomimo zwiększenia częstotliwości dezynfekcji rąk, nadal wiele zastrzeżeń budzi przygotowanie rąk personelu do pracy, a co się z tym wiąże skuteczność dezynfekcji. Stosowanie na masową skalę rękawic ochronnych utrudnia prawidłową higienę rąk i sprzyja transmisji drobnoustrojów chorobotwórczych, w tym wielolekoopornych. Profilaktyka zakażeń, a szczególnie higiena rąk, ma wielkie znaczenie w zapobieganiu transmisji drobnoustrojów, nie tylko w warunkach szpitalnych, ale i w życiu codziennym każdego z nas.

Słowa kluczowe: higiena rąk, profilaktyka zakażeń, szpital.

SPOSOBY RADZENIA SOBIE ZE STRESEM A JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIET Z RÓŻNYM TYPEM NIETRZYMANIA MOCZU

Beata Pilarska

Katedra Urologii, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Cel pracy: Ocena zależności między sposobem radzenia sobie ze stresem a jakością życia kobiet z różnym typem nietrzymania moczu (NM).

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 158 kobiet z NM. W badaniu wykorzystano rekomendowane dla osób z inkontynencją skalę i kwestionariusze: kwestionariusz do diagnozy nietrzymania moczu u kobiet (QUID), skalę nietrzymania moczu (RUIS), inwentarz do pomiaru radzenia sobie ze stresem (Mini-COPY), Królewski Kwestionariusz Zdrowia (KHQ) oraz kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Wyniki: Na podstawie przeprowadzonych analiz ustalono, że kobiety w celu poradzenia sobie z inkontynencją najczęściej wybierały akceptację i aktywne radzenie sobie. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic między grupami z różnym rodzajem NM w zakresie stosowanych strategii. Aktywne radzenie sobie współwystępowało z poprawą jakości życia w sześciu domenach: życie osobiste, wpływ problemów z pęcherzem na życie, ograniczenia w czynnościach codziennych, ograniczenia społeczne, życie emocjonalne i częstość wykonywanych czynności z powodu NM. Wykazano istotną statystycznie korelację między poszukiwaniem wsparcia a satysfakcją z życia osobistego, społecznego i z mniejszą potrzebą wykonywania czynności związanych z NM. Obserwowano większą depryzację snu u kobiet bezradnych i przyjmujących postawę unikową.

Wnioski: Zaobserwowano związek między niektórymi strategiami radzenia sobie w sytuacjach trudnych a jakością życia kobiet z inkontynencją

Słowa kluczowe: inkontynencja, stres, jakość życia kobiet.

KONTROLA ZDROWIA I POCZUCIE WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI U OSÓB ZE SCHORZENIAMI JELIT LECZONYCH CHIRURGICZNIE

Elżbieta Kozłowska¹, Katarzyna Cierzniaowska¹, Aleksandra Popow¹, Maria T. Szewczyk^{1,2}

¹Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

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

Wstęp: Choroby przewodu pokarmowego i ich powikłania stały się istotnym problemem społecznym. Powodują konieczność poddania się uciążliwemu, długotrwałemu leczeniu i nierzadko stają się przyczyną niepełnosprawności.

Cel pracy Określenie umiejscowienia kontroli zdrowia i poczucia własnej skuteczności w grupie chorych operowanych z powodu schorzeń jelit.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono wśród pacjentów Kliniki Chirurgii w grupie 200 chorych po zabiegach resekcyjnych jelita oraz 100 osób potencjalnie zdrowych stanowiących grupę kontrolną. Grupę chorych podzielono na dwie podgrupy: 100 osób z chorobami zapalnymi jelit i 100 osób z rakiem jelita grubego. Badanie miało charakter prospektywny i polegało na wypełnieniu kwestionariusza własnego, wielowymiarowej skali umiejscowienia kontroli zdrowia (MHLC) oraz skali uogólnionej własnej skuteczności (GSES).

Wyniki: Dane uzyskane przy zastosowaniu skali MHLC wskazują, że chorzy z chorobami zapalnymi jelit (W – 23,43; I - 23,88; P - 21,52), z rakiem jelita grubego (W – 22,90; I - 22,92; P - 21,45) oraz osoby z grupy kontrolnej (W – 22,26; I - 21,59; P – 20,79) lokują kontrolę zdrowia w jednakowym stopniu najsilniej wewnętrznie i jako wpływ innych. Najstabilniej lokują kontrolę zdrowia zewnętrznie jako przypadek. Istotna zależność zachodzi pomiędzy grupą osób z chorobami zapalnymi jelit a osobami z grupy kontrolnej ($p = 0,002$). Analiza skali GSES wykazała, że 57% badanych osób prezentowało wysoki poziom poczucia własnej skuteczności, poziom przeciętny osiągnęło 16%, a niski 27% ankietowanych. W podziale na grupy natomiast najwyższym poczuciem własnej skuteczności charakteryzowali się chorzy z chorobami zapalnymi jelit ($p < 0,001$).

Wnioski: Badana grupa chorych charakteryzuje się podobną autodyscypliną w odniesieniu do kontroli zdrowia, jednakże chorzy z chorobami zapalnymi jelit są bardziej przekonani o wpływie innych osób na ich stan zdrowia niż osoby z grupy kontrolnej. Połowa badanych osób prezentowała wysoki poziom poczucia własnej skuteczności. Chorzy z chorobami zapalnymi jelit charakteryzowali się wyższym poczuciem własnej skuteczności niż osoby z rakiem jelita grubego.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, choroby zapalne jelit.

ZADANIA PIELĘGNIARKI ANESTEZJOLOGICZNEJ W OPIECE NAD PACJENTEM W TRAKCIE ZABIEGÓW ROBOTYCZNYCH

Grzegorz Ulenberg¹, Anna Grabowska-Gaweł,
Maria T. Szewczyk^{1,2}

¹Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

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

Wstęp: Wprowadzenie zabiegów chirurgicznych z wykorzystaniem robotów stanowi istotny krok w rozwoju medycyny. Dzięki tej technologii chirurdzy są w stanie przeprowadzać skomplikowane procedury z większą precyzją i mniejszym ryzykiem powikłań, co przekłada się na lepsze wyniki terapeutyczne dla pacjentów. Roboty chirurgiczne zapewniają także większą stabilność ręki chirurga, umożliwiają dostęp do trudno dostępnych obszarów ciała oraz skracają czas rekonwalescencji. Z tego powodu zastosowanie robotów chirurgicznych w medycynie ma ogromną perspektywę rozwoju i stanowi coraz ważniejszą metodę leczenia na przyszłość.

Cel pracy: Przedstawienie specyfiki pracy pielęgniarki anestezjologicznej podczas operacji wykonywanych przy użyciu robotów chirurgicznych.

Materiał i metody: W trakcie wykładu zostaną omówione zagadnienia związane z planowaniem znieczulenia, przygotowaniem pacjenta do zabiegu, monitorowaniem stanu pacjenta podczas operacji oraz obsługą sprzętu anestezjologicznego. Ponadto zostaną poruszone kwestie dotyczące kontroli bólu pooperacyjnego oraz postępowania w przypadku nieprzewidzianych sytuacji podczas znieczulenia, a także przybliżone zostaną zagadnienia związane z anestezjologią w kontekście operacji wykonywanych przy użyciu robotów chirurgicznych. Podkreślona zostanie również rola pielęgniarki anestezjologicznej w procesie operacyjnym.

Wnioski: Anestezjologia stanowi nieodłączny element procesu operacyjnego wykonywanego przy użyciu robotów chirurgicznych. Zespół anestezjologiczny i chirurgiczny jest odpowiedzialny za przygotowanie pacjenta do zabiegu, nadzorowanie jego stanu podczas operacji oraz kontrolowanie bólu pooperacyjnego.

Słowa kluczowe: anestezjologia, ból pooperacyjny, robotyka.

OWRZODZENIA ŻYLNIE GOLENI. CO NOWEGO?

Maria T. Szewczyk^{1,2}

¹Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

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

Owrzodzenia żylnie kończyn dolnych powstają najczęściej w przebiegu przewlekłej niewydolności żylniej. Czynnikiem sprawczym jest nadciśnienie żylnie. Owrzodzenia są dolegliwością przewlekłą, trwają od kilku tygodni do kilkudziesięciu lat. We wszystkich przypadkach jeżeli jest to możliwe, powinno się wdrożyć leczenie chirurgiczne. Celem chirurgicznego leczenia owrzodzeń jest likwidowanie nadciśnienia żylnego przy wykorzystaniu licznych metod i technik operacyjnych oraz zapobieganie przenoszeniu się wysokiego ciśnienia z żył głębokich i powierzchownych do mikrokrążenia. Nie zawsze jednak można chorego poddać operacji, wówczas należy stosować terapię zachowawczą. Przyczyną owrzodzenia żylnego jest nadciśnienie żylnie spowodowane niewydolnością żył układu powierzchownego, przeszywającego i głębokiego. Owrzodzenie może być wynikiem niewydolności jednego układu, dwóch lub wszystkich trzech łącznie. Zakrzepica stanowi około 25–50% przypadków niewydolności żył kończyn dolnych i jej różnych powikłań, w tym również owrzodzeń.

Do uszkodzenia np. zastawek żył przesywających dochodzi w wyniku zakrzepowego zapalenia żył głębokich. Na podstawie badań oceniono, że u 2–3% chorych w ciągu od kilku miesięcy do kilku lat po przebyciu zapalenia zakrzepowego żył rozwija się owrzodzenie żyłne.

W niniejszej pracy omówiono etiopatogenezę owrzodzeń żylnych, najnowsze osiągnięcia oraz nowoczesne metody leczenia OŻG, w tym Wytyczne zespołu eksperckiego na podstawie 62 publikacji wysokiej jakości opublikowane w *Phlebology* 2020 r. dotyczące powikłań w wyniku stosowania kompresjoterapii i innych terapii, omówiono także najnowsze Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej z 2022 r., Editor's Choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS), 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs (*Eur J Vasc Endovasc Surg* 2022; 63: 184-267).

Słowa kluczowe: owrzodzenie żyłne, wytyczne, zapobieganie powikłaniom, kompresjoterapia warstwowa, metody leczenia ran.

LECZENIE RAN PRZEZ PIELĘGNIARKI ZGODNIE Z REGUŁAMI *LEGE ARTIS* W ŚWIETLE POLSKIEGO PRAWA

Anna Szumska

Akademia Nauk Stosowanych Mazovia – Filia w Otwocku

Wstęp: Zawód pielęgniarki jest zawodem regulowanym i należy do zawodów zaufania publicznego. Wykonywanie tego zawodu regulują zasady postępowania nazywane w prawie regułami *lege artis*, czyli regułami sztuki. Obowiązują one podczas udzielania każdego rodzaju świadczeń zdrowotnych, w tym leczenia ran. Reguły te bezpośrednio wynikają z obowiązujących przepisów prawa. Do najważniejszych należą: wykonywanie świadczeń przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje z zachowaniem wymogów fachowo-sanitarnych, przy użyciu dostępnych metod i środków, zgodnie z aktualną wiedzą i należytą starannością, jak również z zasadami etyki zawodowej, a przede wszystkim za zgodą pacjenta.

Cel pracy: Omówienie obowiązujących zasad leczenia ran przez pielęgniarki zgodnie z regułami *lege artis*.

Wnioski: Podczas leczenia ran przez pielęgniarki zachowanie reguł *lege artis* pozwala na prawidłowe udzielanie świadczeń zdrowotnych, zarówno samodzielnie, jak i na zlecenie lekarza. Jednocześnie chroni ono pielęgniarkę od narażania się na odpowiedzialność z tytułu błędu medycznego.

Słowa kluczowe: błędy medyczne, leczenie ran, kompetencje.

LECZENIE RAN U CHORYCH Z ZESPOŁEM STOPY CUKRZYCOWEJ NA PODSTAWIE WYBRANYCH PRZYPADKÓW

Paweł Wierchowski, Dorota Gapińska

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

Zespół stopy cukrzycowej obejmuje według definicji zaburzenia w zakresie makro- i mikrokrążenia, neuropatii, zmian kostno-stawowych i podatności na infekcję tkanek miękkich. Polietologiczna flora bakteryjna, deformacje kostne, zaburzenia czucia powierzchownego i głębokiego prowadzą do powstawania trudno gojących się ran. Postępowanie diagnostyczne i lecznicze wymaga nierzadko indywidualnego postępowania, wiąże się z koniecznością leczenia wielospecjalistycznego, obejmującego ocenę chirurgiczną, diabetologiczną, ortopedyczną i neurologiczną. Wielodyscyplinarne postępowanie koordynowane przez pielęgniarkę z dużym doświadczeniem w pracy z pacjentem „naczyniowym” pozwala osiągnąć satysfakcjonujące rezultaty i zmniejszyć ryzyko amputacji. W niniejszej pracy przedstawiono wybrane zagadnienia, kierując się doświadczeniem personelu Poradni Stopy Cukrzycowej Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii.

Słowa kluczowe: zespół stopy cukrzycowej, deformacje kości, rana przewlekła.

LECZENIE RANY Z WYKORZYSTANIEM LARW MEDYCZNYCH – POTENCJALNE PROBLEMY ZDROWOTNE W OPIECE NAD PACJENTEM

Kamila Pytlak¹, Dariusz Bazaliński^{1,2}, Karol Sieńczak^{1,3}, Adrian Bazaliński⁴

¹Szpital Specjalistyczny, Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza w Brzozowie

²Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów

³Uczelnia Państwowa im. J. Grodka, Sanok

⁴Studenckie Koło Pielęgniarstwa, Uczelnia Państwowa im. J. Grodka, Sanok

Cel pracy: Przedstawienie potencjalnych problemów zdrowotnych chorych, u których do leczenia rany zaplanowano wykorzystanie larw medycznych.

Materiał i metody: Spośród 728 chorych leczonych i konsultowanych w Poradni Leczenia Ran Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego w latach 2020–2023 u 190 osób wdrożono metodę oczyszczania rany z wykorzystaniem larw medycznych (ang. *maggot debridement therapy* – MDT). Do analizy statystycznej zakwalifikowano 138 badanych, u których wykonano biodebridement ran przewlekłych. W badaniu zastosowano metodę sondażu dia-

agnostycznego i szacowanie. Obserwacje odnotowywano w protokole naukowo-badawczym prowadzonym przez 72 godziny stosowania MDT. Wykorzystano larwy luzem Biolab®, Kędzierzyn Koźle, Polska.

Wyniki: Większość badanych – 94 osób (68,1%), cierpiała z powodu deficytu samoopieki, w skali Barthel 21–85 pkt. W 29,7% przypadków stwierdzono odleżyny, u 19,6% owrzodzenie mieszane, u 10,9% owrzodzenie tętnicze, u 21,0% owrzodzenie żyłne, inny typ rany zaobserwowano u 18,8% badanych. Czas powstawania rany wahał się od 1 do 38 miesięcy. Najczęstsze problemy zdrowotne odnotowane w trakcie 3-dniowego biodebridementu to: niepokój, że larwy opuszczą opatrunek – 21,7%, zwiększenie natężenia bólu – 29,0%, świąd – 10,1%, uszkodzenie naskórka wokół rany – 3,6%, uszkodzenie niepełnej grubości skóry wokół rany – 1,4%, krwawienie – 4,3%.

Wnioski: Wykorzystanie MDT do oczyszczenia i stymulacji procesów regeneracyjnych w ranie może determinować psychosomatyczne objawy związane z uczuciem obecności ciała obcego w ranie. Negatywne doznania są determinowane głównie obawami, iż materiał biologiczny opuści ranę. Edukacja i przedstawianie pozytywnych efektów metody przyczynią się do akceptacji MDT.

Słowa kluczowe: larwy medyczne, oczyszczenie rany.

ŻOŁĄDKOWA PRZETOKA ODŻYWCZA

Krzysztof Tojek¹, Jacek Budzyński²

¹Katedra Chirurgii Ogólnej i Małoinwazyjnej, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. J. Bizziela w Bydgoszczy, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Katedra Chorób Naczyń i chorób Wewnętrznych, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. J. Bizziela w Bydgoszczy, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: Uważa się, że jeśli podaż pokarmu drogą dostępną przez 21 dni jest niewystarczająca pod względem ilościowym i jakościowym, to należy rozważyć wytworzenie sztucznej drogi przez żołądkową przetokę odżywczą (przezskórną endoskopową gastrostomię – PEG).

Cel pracy: Przed podjęciem takiej decyzji należy rozważyć każdy przypadek indywidualnie, uwzględniając: stan kliniczny, rozpoznanie, rokowanie, zagadnienia etyczne, spodziewany wpływ żywienia dojelitowego na jakość życia oraz wolę chorego.

Wnioski: Aktualnie żywienie za pomocą PEG jest rutynowym postępowaniem i metodą z wyboru w przypadkach wymagających wdrożenia średnio- i długoterminowego żywienia dojelitowego. W pracy autorzy przedstawiają sposób jej przeprowadzenia, zalety, jak również ograniczenia.

Słowa kluczowe: żywienie, żołądkowa przetoka odżywcza, PEG.

OCENA SKUTECZNOŚCI SUPLEMENTACJI ORAZ WPŁYW STANU ODŻYWIENIA NA STĘŻENIE SELENU, CHROMU I ZACHOWANIE STĘŻENIA BROMU WE KRWI U CHORYCH LECZONYCH ŻYWIENIOWO POZAJELITOWO

Monika Pierzak-Stępień¹, Stanisław Głuszek²

¹Zakład Żywienia i Dietetyki Instytutu Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* Uniwersytetu J. Kochanowskiego w Kielcach

²Instytut Nauk Medycznych, *Collegium Medicum* Uniwersytetu J. Kochanowskiego w Kielcach

Cel pracy: Ocena skuteczności suplementacji oraz wpływu stanu odżywienia na stężenie seleniu (Se), chromu (Cr) oraz zachowanie stężeń bromu (Br) we krwi u chorych, u których prowadzono leczenie żywieniowe pozajelitowe.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w Klinice Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach. Do badań zakwalifikowano 50 chorych, którym włączono żywienie dożylnie jako jedyne źródło składników odżywczych i nieodżywczych. Grupę kontrolną stanowiło 50 chorych zakwalifikowanych do planowanego zabiegu chirurgicznego usunięcia pęcherzyka żółciowego mieszczących się w przedziale wiekowym 30.–80. rok życia. U chorych leczonych żywieniowo, których zakwalifikowano do badań, dwukrotnie wykonano ocenę stanu odżywienia oraz ocenę skuteczności suplementacji pierwiastków śladowych oznaczanych w surowicy krwi: Se, Cr, oraz ocenę zachowania stężeń Br w zerowym (0) i siódmym (7.) dniu leczenia żywieniowego.

Wyniki: Średnie stężenia Cr i Br w badaniu pierwszym (I) w dobie 0 i badaniu drugim (II) w dobie 7. nie różnią się. Średnie stężenia Se w badaniu pierwszym (I) dobie 0 i badaniu drugim (II) dobie 7. różnią się, wartość przyrostu stężenia Se pomiędzy I a II badaniem wynosi 0,0067 mg/l. Wynik wskazuje na skuteczność suplementacji Se. Im wyjściowy stan odżywienia chorych włączonych do badania z TPN jest lepszy, tym skuteczność suplementacji wyrażona stężeniem Se w surowicy krwi jest wyższa.

Wnioski: Dożylna terapia żywieniowa z suplementacją Se i Cr okazała się efektywna i wystarczająca jedynie w przypadku Se. Suplementacja chromu i zachowania stężenia Br okazały się nieefektywne. Nieefektywna suplementacja Cr i zachowanie stężenia Br wynika z początkowo niskiego stężenia (niższego od normy referencyjnej) pierwiastka w surowicy krwi chorych żywionych pozajelitowo, u chorych z niedożywieniem na tle chorób powodujących niewydolność przewodu pokarmowego.

Słowa kluczowe: leczenie żywieniowe pozajelitowe.

PROCES GOJENIA RAN PRZEWLEKŁYCH A ODŻYWIANIE CHORYCH

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

¹Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, *Collegium Medicum*
im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu

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

Cel pracy: Ocena wpływu kompleksowej opieki na proces gojenia owrzodzeń żylnych kończyn dolnych.

Materiał i metody: Badania zostały przeprowadzone w Poradni Leczenia Ran Przewlekłych w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy. Wytypowano 35 dorosłych (> 18 lat) osób z przewlekłymi owrzodzeniami podudzi o etiologii żylniej. Jeden pacjent wycofał się po wizycie kontrolnej w 2. tygodniu badania, z tego powodu do ostatecznej analizy włączono 34 pacjentów. Pacjenci mieli rany o powierzchniach 5–50 cm². Obserwacja trwała 12 tygodni. Podczas badania pacjenci otrzymywali każdego dnia 3 butelki (3 × 200 ml) z doustnym preparatem Cubitan (Nutricia) bogatym w składniki energetyczne i białko. Oceniano: stan kliniczny owrzodzenia (dokumentacja fotograficzna i pomiar powierzchni rany co 2 tygodnie), w 0., 6. i 12. tygodniu terapii poziom prealbumin, 1× w tygodniu dolegliwości bólowe (skala VAS).

Wyniki: Wykazano, że w badanej grupie chorych średni poziom prealbumin wynosił 19,9 mg/dl (dolna granica normy). Po 12-tygodniowej kompleksowej terapii wzrósł do 21,6 mg/dl, a przez kolejne 6 tygodni badania utrzymywał się na stałym poziomie. Na podstawie analizy wyników stwierdzono, że 3-miesięczna kuracja i spożywanie przez chorych 3× dziennie 200 ml doustnego preparatu (żywienie medyczne) przyczyniły się do całkowitego wygojenia ran u 6 pacjentów z długotrwałymi (≥ 1 rok) (4/6) i bardzo długotrwałymi (≥ 3 lata) owrzodzeniami (2/6).

Wnioski: Zastosowanie kompleksowej opieki oraz podawanie wysokoenergetycznego i wysokobiałkowego preparatu wzbogaconego o aminokwasy, witaminy i minerały może korzystnie wpłynąć na proces gojenia.

Słowa kluczowe: owrzodzenia żylna, żywienie, suplementacja.

Wstęp: Diagnostyka niedożywienia powinna stanowić jeden z filarów kompleksowej opieki nad pacjentem, szczególnie w przypadku chorych z ranami o znacznej powierzchni, przedłużonym gojeniu się czy chorobach współistniejących. Warunkiem rzetelnej i trafnej diagnozy żywieniowej jest jej powiązanie z parametrami oceny stanu odżywienia na poziomie podstawowym (pomiar antropometryczne, ocena kliniczna), jak i pogłębionym (badania biochemiczne i impedancja bioelektryczna).

Cel pracy: Ocena stanu odżywienia pacjentów ze współistniejącymi ranami przewlekłymi.

Materiał i metody: Badaniem o charakterze obserwacyjno-prospektywnym objęto 60 osób z ranami przewlekłymi (owrzodzenia żylna, zespół stopy cukrzycowej, odleżyny). Badania przeprowadzono w Poradni Leczenia Ran Przewlekłych oraz w warunkach opieki domowej.

Wyniki: Na potrzeby badania grupę ogólną podzielono na 3 podgrupy po 20 osób. Badani mieli rany niegojące się od 2 miesięcy do 40 lat, obszar ran między 5–350 cm², głębokości destrukcji według NPIAP (II–IV st.)/Wagner (II–V st.) i NRI między 74,4–108,5 pkt. Większość badanych ze współistniejącą raną poddanych było badaniu bioimpedancji, a w szczególności grupa z odleżynami prezentowała stan odżywienia odbiegający od normy, wskazujący na ryzyko niedożywienia bądź niedożywienie (zakres kąta fazowego – PA: 2,6–7).

Wnioski: Bioimpedancja elektryczna jest poszerzoną oceną stanu odżywienia. Ocena stanu odżywienia chorych powinna być prowadzona protokolarnie, a każde potwierdzone odchylenie od normy przeanalizowane z podjętymi działaniami interdyscyplinarnymi. Zaniedbanie lub błędnie postawiona diagnoza stanu odżywienia chorych z ograniczeniem samoopieki prowadzi do groźnych powikłań, wiktłać proces leczenia, a w skrajnych sytuacjach prowadzi do zgonu pacjenta z powodu wyniszczenia.

Słowa kluczowe: ocena stanu odżywienia, rany przewlekłe.

PACJENT BARIATRYCZNY – „NOWE” ZASADY ODŻYWIANIA

Krzysztof Tojek

Katedra Chirurgii Ogólnej i Małoinwazyjnej, Szpital
Uniwersytecki nr 2 im. J. Bizuela w Bydgoszczy, *Collegium
Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja
Kopernika w Toruniu

Otyłość jest chorobą przewlekłą, bez tendencji do samoistnego ustępowania i ze skłonnością do nawrotów. Prowadzi w konsekwencji do problemów zarówno zdrowotnych, jak i psychologicznych, społecznych, a także ekonomicznych.

Do jej powikłań zalicza się te choroby przewlekłe, które wiążą się z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z nadmiaru długotrwałego dodatniego bilansu ener-

WYKORZYSTANIE BIOIMPEDANCJI ELEKTRYCZNEJ W PROCESIE LECZENIA RAN TRUDNO GOJĄCYCH SIĘ

Mateusz Skórka

Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej
w Rzeszowie

getycznego i w związku z tym nadmiaru tkanki tłuszczowej. Są to: cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, niealkoholowe stłuszczenie wątroby.

W pracy scharakteryzowano chorych i ich nawyki żywieniowe oraz przedstawiono zalecenia dietetyczne i lecznicze realizowane podczas przygotowania pacjenta do leczenia operacyjnego.

Autorzy akcentują rolę, jaką pełni zespół bariatryczny – dietetyk, rehabilitant, pielęgniarka, lekarze: endokrynolog, kardiolog, chirurg. Tylko ścisła współpraca całego zespołu gwarantuje sukces terapeutyczny.

Słowa kluczowe: otyłość, choroba przewlekła, nawyki żywieniowe.

UDZIAŁ *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* W ZAKAŻENIACH RAN TRUDNO GOJĄCYCH SIĘ

Jana Przekwas, Joanna Kwiecińska-Piróg, Tomasz Bogiel, Eugenia Gospodarek-Komkowska

Collegium Medicum im. L. w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

W ostatnich latach liczba przypadków zakażeń trudno gojących się ran wzrasta. Zjawisko to związane jest między innymi ze starzeniem się społeczeństwa oraz wciąż rosnącą liczbą pacjentów z chorobami cywilizacyjnymi – cukrzycą czy miażdżycą. Z powodu owrzodzeń stóp w 2015 r. leczono w Polsce 176 860 pacjentów, a całkowity koszt opieki medycznej oszacowano na około 85 milionów złotych. Jednym z ważniejszych aspektów etiologicznych zakażeń ran trudno gojących się jest *Pseudomonas aeruginosa*. Są to Gram-ujemne pałeczki, których obecność w ranie może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych. Pałeczki tego gatunku wytwarzają wiele czynników wirulencji utrudniających gojenie się rany. O mechanizmie powstawania zakażenia i zależnościach między komórką bakteryjną a gospodarzem w przypadku zakażenia rany przewlekłej wiemy do tej pory niewiele. W niniejszej pracy przedstawiono częstość występowania zakażeń ran przewlekłych o etiologii *Pseudomonas aeruginosa* wśród pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy. Przeanalizowano także antybiotykowrażliwość szczepów, a także obecność genów wirulencji w wybranej grupie szczepów. Ponadto przeanalizowano dostępną literaturę w celu wyjaśnienia podstaw mechanizmów leżących u podłoża zakażenia rany przewlekłej.

Słowa kluczowe: cukrzyca, miażdżycy, rana przewlekła, *Pseudomonas aeruginosa*.

CHOROBY PAZNOKCI A ZABURZENIA CHODU

Mariola Sznapka^{1,2}, Damian Ziaja³, Grzegorz Biolik²

¹Akademia Górnośląska im. W. Korfańtego, Katowice

²Górnośląskie Centrum Medyczne im. L. Gieca, Katowice

³Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny, Szpital Megrez, Tychy

Wstęp: Paznokcie stanowią ochronę palców, które są narażone zarówno na urazy bezpośrednie, jak i pośrednie. Stopy są zamknięte w obuwiu pełnym z zabudowanym czubkiem, albo – szczególnie w porze letniej – otwartym i wtedy są bardziej narażone na urazy. Przyczyną uszkodzenia płytki paznokciowej palców stóp może też być źle dobrane obuwie pełne. Odpowiednio dopasowane obuwie sportowe zabezpiecza stopy przed niepożądanymi zdarzeniami.

Cel pracy: Przedstawienie problemu higieny osobistej ze szczególnym zwróceniem uwagi na choroby stopy, w tym paznokci.

Wyniki: Najczęstsza choroba paznokci to grzybica. Jest konsekwencją powikłań cukrzycy, miażdżycy oraz braku odpowiedniej higieny i pielęgnacji, szczególnie w przypadku ludzi w podeszłym wieku i mniej ruchliwych. Innym problemem jest nieodpowiednie obuwie. Ropne choroby paznokci spowodowane brakiem odpowiedniej higieny i pielęgnacji obserwujemy bardzo często u ludzi w podeszłym wieku, otyłych, chorych na cukrzyce, miażdżycę, niesprawnych ruchowo. Prozaiczna dolegliwość, jaką jest wrastający paznokieć palucha zniechęca, a wręcz uniemożliwia podjęcie zwykłych czynności dnia codziennego. Pacjent z powodu bólu nie jest w stanie założyć butów i w obuwiu domowym porusza się tylko w granicach swojego mieszkania. Lekarz POZ kieruje chorego do poradni chirurgicznej. Chirurg wykonuje zabieg odbarczający – nacięcie i drenaż ropnia podpaznokciowego, czasami decyduje o zdjęciu paznokcia, zleca opatrunki specjalistyczne, ale każda kolejna wizyta w poradni specjalistycznej wiąże się z koniecznością „załatwienia” transportu do poradni i z powrotem do miejsca zamieszkania. Często ludzie w podeszłym wieku mieszkają w domach bez windy, co jest dodatkowym utrudnieniem. Samodzielne obcinanie paznokci wymaga sprawności kończyn górnych i odpowiedniego instrumentarium – obcinaka, pilnika itp. U ludzi sprawnych fizycznie pielęgnacja paznokci szczególnie po kąpieli nie stanowi problemu, jest jednak kilka grup pacjentów, u których ta procedura wymaga pomocy osób trzecich.

Wnioski: W wybranych grupach pacjentów opieka podologiczna/podiatryczna powinna być refundowana przez NFZ.

Słowa kluczowe: paznokcie, grzybica, opieka podologiczna.

SKOORDYNOWANA OPIEKA NAD PACJENTEM Z OWRZODZENIAMI W PRZEBIEGU OBRZĘKÓW LIMFATYCZNYCH – STUDIUM PRZYPADKU

Izabela Kuberka, Agnieszka Adaszyńska, Monika Sowicz

Centrum Chorób Cywilizacyjnych, Klinika Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

Wstęp: Konsekwencją patologicznego procesu w obrębie naczyń limfatycznych jest przewlekły i postępujący obrzęk chłonny spowodowany nagromadzeniem się limfy (płynu bogatego w białko) w skórze i tkance podskórnej. Najczęściej obrzęki te pojawiają się na kończynach górnych i dolnych, a następnie w obrębie genitaliów, głowy szyi i tułowia.

Cel pracy: Przedstawienie studium przypadku pacjentki z wielomiejscowymi owrzodzeniami w przebiegu obrzęków limfatycznych.

Materiał i metody: W Klinice Angiologii objęto opieką 54-letnią kobietę z rozległymi wielomiejscowymi, zakażonymi owrzodzeniami obu kończyn dolnych w przebiegu obrzęków limfatycznych. Plan terapii obejmował leczenie miejscowe owrzodzeń oraz redukcję obrzęków limfatycznych.

Wyniki: Obrzęk limfatyczny występuje w przebiegu chorób nowotworowych (15–30%), przewlekłej niewydolności serca (50%), przewlekłej choroby nerek (około 70%). W stadiach początkowych obrzęk chłonny może być niezauważalny i bagatelizowany. Narastającemu obrzękowi towarzyszy uczucie napiętej skóry, ciężkości kończyn i parestezji. W konsekwencji długotrwałego utrzymywania się obrzęku pojawia się włóknienie tkanek, efekt pomarańczowej skórki (fr. *peau d'orange*), a podczas badania tonometrycznego nie tworzą się dołki przy ucisku (ang. *non-pitting edema*), które wcześniej były widoczne. Taki stan prowadzi do powstania obrzęku nieodwracalnego, tzw. słoniowacizny. Zaleganie płynu limfatycznego dodatkowo sprzyja zakażeniom bakteryjnym i grzybiczym skóry oraz tkanki podskórnej. Najważniejszym aspektem postępowania zachowawczego jest wdrożenie skutecznego schematu leczenia kompresyjnego, który wymaga systematyczności ze strony terapeuty i zaangażowania pacjenta w cały proces leczenia. W przypadku braku profilaktyki i prawidłowego leczenia obrzęk limfatyczny prowadzi w znacznym stopniu do niepełnosprawności.

Wnioski: Skoordynowana opieka (fizjoterapeuty, pielęgniarki, lekarza i dietetyka) nad pacjentką z zakażonymi owrzodzeniami w przebiegu obrzęków limfatycznych przyniosła zadowalające efekty, prowadząc do całkowitego wygojenia się owrzodzeń i redukcji obrzęków limfatycznych w ciągu 8 miesięcy

Słowa kluczowe: obrzęk limfatyczny, owrzodzenia, opieka skoordynowana.

WYKORZYSTANIE PODCIŚNIENIOWEJ TERAPII LECZENIA RAN W ZARZĄDZANIU RANĄ W RAMACH OPIEKI NIESTACJONARNEJ

Kamila Pytlak¹, Dariusz Bazaliński^{1,2}, Paweł Florek¹, Bogusław Strzałko¹, Adrian Bazaliński³

¹Szpital Specjalistyczny, Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza w Brzozowie

²Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów

³Studenckie Koło Pielęgniarstwa, Uczelnia Państwowa im. J. Grodka, Sanok

Wstęp: Zastosowanie podciśnieniowej terapii leczenia ran (ang. *negative pressure wound therapy* – NPWT) w warunkach opieki domowej nie jest standardowym działaniem w leczeniu ran przewlekłych. Zmniejszenie miana bakterii i ewakuacja wysięku prowadząca do stymulacji procesów naprawczych to główne zalety kontrolowanego podciśnienia, które może mieć szerokie zastosowanie w leczeniu, jak i zarządzaniu zakażoną raną z obfitym wysiękiem.

Cel pracy: Przedstawienie zarządzania ranami z wykorzystaniem NPWT w warunkach opieki niestacjonarnej.

Materiał i metody: Z próby 110 chorych, u których wdrożono NPWT, dokonano celowego wyboru trzech przypadków (kobieta i dwóch mężczyzn, średnia wieku 57 lat) z ranami zakażonymi ranami w obrębie brzucha i kończyn dolnych. Zastosowano przypadek serii chorych, u których wdrożono kontrolowane podciśnienie w ramach prowadzonej opieki profesjonalnej w warunkach domowych. W procesie leczenia miejscowego zastosowano urządzenie ActiVac (Aspirionix KCI San Antonio, USA). Wykorzystano metody: obserwacji, analizy dokumentacji, zebrane dane zgromadzono w kwestionariuszu naukowo-badawczym.

Wyniki: Zaobserwowano w pierwszych dniach wdrożenia metody pogorszenie jakości życia związane z obawami, iż urządzenie się wyłączy, dojdzie do nieuszczelnienia bądź uszkodzenia zestawu. Po pierwszej zmianie opatrunku zaobserwowano obkurczenie ran, eliminację wysięku, poprawę wyglądu rany. Badani pozytywnie postrzegali metodę po drugiej zmianie opatrunku, zgłaszając czystość okolicy rany, brak przecieku wysięku i fetoru z rany, możliwość bezpiecznego snu i odpoczynku bez obaw o kontaminację blizny.

Wnioski: Podciśnieniową terapię leczenia ran można bezpiecznie i skutecznie prowadzić w środowisku domowym pacjenta. Wykorzystanie metody długofalowo zwiększa jakość życia chorych i poprawia stan rany poprzez eliminację bakterii i wysięku.

JAK KONTROLOWAĆ BÓL, ABY RANA NIE BOLAŁA? MOŻLIWOŚCI WSPÓŁPRACY INTERDYSCYPLINARNEJ W RAMACH SPECJALISTYCZNEJ OPIEKI AMBULATORYJNEJ

Anna Wójcik^{1,2}, Piotr Hnatyk¹, Wojciech Pałys¹,
Jadwiga Stojowska^{1,2}, Dariusz Bazaliński^{1,2}

¹Szpital Specjalistyczny, Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza w Brzozowie

²Instytut Nauk o Zdrowiu, Collegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów

Wstęp: Ból stanowi poważny problem w grupie pacjentów z przewlekłymi ranami o różnej etiologii. Obok chorób podstawowych współistniejący ból stanowi przeszkodę w procesie terapeutycznym postępowania z raną przewlekłą. Podejście interdyscyplinarne wymagające wieloetapowej współpracy pozwala na zmniejszenie dolegliwości bólowych i bezpieczne wdrożenie innowacyjnych metod leczenia ran przewlekłych.

Cel pracy: Przedstawienie modelu postępowania z bólem u pacjentów z ranami przewlekłymi.

Materiał i metody: Spośród pacjentów leczonych w Poradni Leczenia Ran wybrano 3 przypadki pacjentów (3 kobiety) z ranami przewlekłymi (owrzodzenie żyłne, rana nowotworowa w miejscu przerzutu, niedokrwienie tętnicze, średnia wieku 63 lata), którzy przejawiali dolegliwości bólowe o charakterze nerwobólu 7–8/10 pkt w skali NRS.

Wyniki: W ramach współpracy interdyscyplinarnej dokonano oceny stanu pacjenta i dotychczasowej podaży analgetyków, wdrożono edukację w aspekcie farmakoterapii multimodalnej z elementami samokontroli i możliwością komunikacji z wykorzystaniem systemów ICT. Wdrożono analgezję multimodalną w postaci farmakoterapii doustnej, wlewów dożylnych oraz farmakoterapii transdermalnej. Zaobserwowano zmniejszenie dolegliwości bólowych (3–5/10 pkt w skali NRS). Zwalczanie bólu umożliwiała wdrożenie terapii miejscowej i/lub postępowania z raną. Uzyskano efekty w postaci tolerancji terapii miejscowej, poprawy jakości życia oraz zmiany nastawienia pacjentów do procesu terapeutycznego. Obserwowano problemy w postaci adaptacji do regularnego przyjmowania leków i konieczności modyfikacji dawek analgetyków.

Wnioski: Potężenie analgezji multimodalnej z innowacyjnymi metodami pielęgnacji ran umożliwiło skuteczną debridację, zmniejszyło nieprzyjemne doznania bólowe oraz wpłynęło pozytywnie na psychiczne nastawienie pacjenta do procesu terapeutycznego. Identyfikacja patogenyzy i wdrożenie wielokierunkowej terapii w aspekcie interdyscyplinarnym pozwoliło na wdrożenie protokołów leczenia lub postępowania z raną.

Słowa kluczowe: analgezja multimodalna, opieka interdyscyplinarna, specjalistyczna.

ZASTOSOWANIE METOD NEURODESTRUKCYJNYCH ORAZ NEUROMODULACYJNYCH W PRZEWLEKŁYCH ZESPOŁACH BÓLOWYCH KRĘGOSŁUPA

Renata Jabłońska^{1,2}, Agnieszka Królikowska¹,
Robert Ślusarz¹, Paweł Sokal²

¹Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Klinika Neurochirurgii i Neurologii, Oddział Neurochirurgii, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. J. Bizuela w Bydgoszczy, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: Zespoły bólowe kręgosłupa stanowią poważny problem zdrowotny – występują coraz częściej, są uporczywe, przewlekłe, mają tendencję do nawrotów bez konkretnej przyczyny. Wśród pacjentów skarżących się na bóle kręgosłupa szczególną grupę stanowią ci, u których dolegliwości te powracają po okresie względnej poprawy oraz chorzy po licznych operacjach neurochirurgicznych, u których nie uzyskano zadowalającego efektu analgetycznego.

Cel pracy: Przedstawienie wybranych metod postępowania w bólach kręgosłupa.

Materiał i metody: Zabiegi neurodestrukcyjne można wykonywać, wykorzystując czynniki chemiczne (neuroliza), fizyczne (termolezja, kriolezja) bądź chirurgiczne (przecięcie nerwów). Termolezja należy obecnie do najczęściej wykonywanych zabiegów neurodestrukcyjnych. Jest metodą niszczenia struktur nerwowych w temperaturze około 60–80°C generowanej wokół końca specjalnej elektrody, którą wprowadza się precyzyjnie do tkanki nerwowej.

Zabiegi neuromodulacyjne można stosować jedynie u wybranych chorych z przewlekłymi dolegliwościami, u których zawiodły inne metody leczenia przeciwbólowego. Jedną z nich jest stymulacja rdzenia kręgowego (ang. *spinal cord stimulation* – SCS), która stanowi alternatywę w terapii bólu neuropatycznego. Skuteczność SCS można przetestować za pomocą urządzenia przezskórnego przed implantacją na stałe. Po wszczęciu generatora impulsów często konieczne jest przeprogramowanie urządzenia raz lub kilka razy. Zabieg SCS okazuje się skuteczny nie tylko w łagodzeniu bólu, ale także w poprawie wydolności funkcjonalnej i jakości życia.

Wyniki: W powyższych przypadkach obowiązują ogólne zasady postępowania w okresie okołoperacyjnym. Zwraca się uwagę na przygotowanie przedoperacyjne – utrzymanie czystości i zasad higieny, dokładne mycie/dezynfekcję miejsca operowanego, higienę rąk. Jeżeli dochodzi do infekcji, najczęściej mamy do czynienia z drobnoustrojami skórnymi.

Wnioski: Aktualnie istnieje wiele metod leczenia bólów kręgosłupa. Edukacja pacjentów oraz podejście uwzględ-

niające czynniki psychospołeczne i wielodyscyplinarną opiekę zwiększając szanse powodzenia w terapii tych dolegliwości.

Słowa kluczowe: zespoły bólowe kręgosłupa, zabiegi neurodestrukcyjne, edukacja.

ANALIZA WYBRANYCH PROBLEMÓW PIELĘGNACYJNYCH PACJENTKI Z OWRZODZENIEM ŻYLNYM I ZESPOŁEM POZAKRZEPOWYM – STUDIUM PRZYPADKU

Justyna Chudomięt¹, Justyna Cwajda-Białasik^{2,3},
Paulina Mościcka^{2,3}, Maria T. Szewczyk^{2,3}

¹Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Pielęgniarstwa Zabiegowego, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

³Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Cel pracy: Analiza wybranych problemów pielęgnacyjnych i propozycji interwencji pielęgniarstwa w opiece nad pacjentką z owrzodzeniem żylnym goleni i zespołem pozakrzepowym.

Materiał i metody: Przeprowadzono studium przypadku pacjentki z zespołem pozakrzepowym powikłanym owrzodzeniem żylnym. Wykonano badanie fizykalne, pomiary, analizę dokumentacji medycznej i wywiad z pacjentką.

Wyniki: Do poradni zgłosiła się 66-letnia pacjentka z owrzodzeniem żylnym na przyśrodkowo-tylnej powierzchni goleni lewej kończyny. Stwierdzono: powierzchnia rany 55 cm², znaczny obrzęk kończyny, w badaniu USG zakrzepica żył głębokich, wartość wskaźnika kostka-ramię w normie ($L = 1,2$; $p = 1,15$). Objawy kliniczne zakażenia, w badaniu mikrobiologicznym *Pseudomonas aeruginosa* 10⁴ jtk/g oraz *Staphylococcus aureus* 10⁵ jtk/g. Powierzchnia rany pokryta włóknikiem, mocno zanieczyszczona, brzegi wydęte, skóra zmacerowana. Ból podczas pierwszej wizyty 7 w skali NRS. Znaczne zaniedbania higieniczne i błędy pielęgnacyjne. Wdrożono działania przyczynowe obejmujące kompresjoterapię bandażową oraz miejscowe zgodnie z TIMERS. Pacjentkę objęto edukacją. W wyniku podjętych działań uzyskano znaczną redukcję obrzęku, zmniejszenie natężenia bólu i zmniejszenie powierzchni rany.

Wnioski: Kompleksowe postępowanie pielęgnacyjno-lecznicze obejmujące diagnostykę i leczenie przyczynowe oraz działania miejscowe zgodne z wytycznymi ekspertów okazały się skuteczne i pozwoliły na uzyskanie poprawy stanu klinicznego rany i wygojenie ubytku.

Słowa kluczowe: owrzodzenie żylnie goleni, zespół pozakrzepowy, zaawansowana praktyka pielęgniarstwa.

POZIOM WYPALENIA ZAWODOWEGO W CZASIE TRWANIA PANDEMII COVID-19 WŚRÓD PIELĘGNIAREK ZATRUDNIONYCH NA ODDZIAŁACH PEDIATRYCZNYCH ORAZ ZABIEGOWYCH

Karolina Filipowska-Blejder, Renata Jabłońska,
Agnieszka Królikowska, Beata Haor, Robert Ślusarz

Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Cel pracy: Pomiar wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących na oddziale pediatrycznym i zabiegowym w czasie trwania pandemii COVID-19.

Materiał i metody: Przekrojowe badanie przeprowadzono wśród pielęgniarek pediatrycznych i chirurgicznych ($n = 110$) z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Włocławku. Uczestnicy wypełniali kwestionariusz wypalenia zawodowego (LBQ) oraz ankietę społeczno-demograficzną. Dane analizowano za pomocą korelacji rang Spearmana i testem *U* Manna-Whitneya.

Wyniki: Badanie wykazało, że wysoki poziom wypalenia dotyczy 6,4% pielęgniarek. Średnie wyniki dla podskali: wyczerpanie psychofizyczne, brak zaangażowania w relacje z pacjentami, poczucie braku skuteczności zawodowej i rozczarowanie wyniosły odpowiednio 19,85 ± 6,51, 18,03 ± 5,15, 13,74 ± 4,07 i 17,61 ± 5,85. Wyniki pokazały, że pielęgniarki chirurgiczne statystycznie częściej doświadczały wypalenia zawodowego aniżeli pielęgniarki pediatryczne.

Wnioski: Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek stało się poważnym problemem, zwłaszcza biorąc pod uwagę pandemię COVID-19, dlatego tak istotne jest kontynuowanie badań.

Słowa kluczowe: wypalenie zawodowe, pandemia COVID-19, pielęgniarki chirurgiczne.

WYKORZYSTANIE STRATEGII TIMERS W POSTĘPOWANIU MIEJSCOWYM W PRZYPADKU ZMO PO POŚRODKOWEJ STERNOTOMII

Irena Borucka

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Pielęgniarstwa Zabiegowego, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: Zakażenie miejsca operowanego (ZMO) to jedno z najgorzej rokujących powikłań u pacjentów po zabiegach chirurgicznych. Pośrodkowa sternotomia jest

standardową metodą umożliwiającą pracę na otwartym sercu, jednak obarczona jest wysokim ryzykiem infekcji. Zakażenie miejsca operowanego znacznie obniża jakość życia pacjenta, a długi czas hospitalizacji związany z leczeniem generuje wysokie koszty.

Cel pracy: Przegląd aktualnych wytycznych i doniesień dotyczących ZMO w kardiologii oraz uporządkowanie ich zgodnie z założeniami strategii TIMERS.

Materiał i metody: W postępowaniu z ranami przewlekłymi o różnej etiologii zastosowanie znalazła strategia TIMERS, która obejmuje następujące elementy: opracowanie tkanek (ang. *tissue debridement* – T), kontrolę infekcji i zapalenia (ang. *infection and inflammation control* – I), utrzymanie równowagi wilgotności (ang. *moisture balance* – M), obserwację nieprawidłowości brzegów i zaburzeń naskórkowania (ang. *edge/epidermis* – E), naprawę i regenerację (ang. *repair and regeneration* – R), czynniki społeczne i indywidualne predyktory (ang. *social and individual – related factors* – S).

Wyniki: Składowe strategii pozostają w równowadze z naturalnym procesem gojenia rany oraz odnoszą się do statusu ekonomicznego i indywidualnych czynników ryzyka pacjenta, których rola istotnie przekłada się na powodzenie procesu leczniczego.

Wnioski: TIMERS z powodzeniem można wykorzystać w postępowaniu miejscowym w przebiegu ZMO w kardiologii.

Słowa kluczowe: zakażenie miejsca operowanego, strategia TIMERS, pośrodkowa sternotomia.

cych ocenę parametrów biochemicznych krwi, wskaźnika kostka-paluch-ramię, TcPO₂, badania czucia nacisku i temperatury oraz pedobarografii.

Wyniki: Analizie poddano wyniki łącznie 85 osób (średnia wieku 58,6 ±11,9), mediana glikemii na czczo wynosiła 97,0; ponad 42% badanych z glikemią powyżej normy. Ryzyko lub wczesne stadia zespołu stopy cukrzycowej rozpoznano u 21 (24,7%) badanych. Wszyscy badani oczekiwali wyjaśnienia występujących u nich objawów i informacji na temat koniecznych badań i/lub leczenia. Ponadto chorzy z rozpoznaniem ryzykiem ZSC, osoby dłużej chorujące na cukrzycę i kobiety znacząco częściej oczekiwali wsparcia ($p < 0,001$). Definiowanie zdrowia było istotnie skorelowane z czasem chorowania na cukrzycę, obecnością powikłań i chorób współistniejących. Determinowało również oczekiwania badanych względem opieki medycznej.

Wnioski: Pacjenci oczekiwali wyjaśnienia występujących dolegliwości i analizy wyników badań wykonanych podczas wizyty stacjonarnej u specjalisty, do której dostęp w okresie pandemii był ograniczony

Słowa kluczowe: badania przesiewowe, ryzyko zespołu stopy cukrzycowej, pandemia COVID-19.

ANALIZA OCZEKIWAŃ PACJENTÓW ZAGROŻONYCH ZESPOŁEM STOPY CUKRZYCOWEJ W CZASIE PANDEMII COVID-19

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

¹Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Cel pracy: Ocena oczekiwań i determinujących je czynników u pacjentów zgłaszających się na badania przesiewowe ryzyka zespołu stopy cukrzycowej (ZSC).

Materiał i metody: Do badania kwalifikowano osoby dorosłe po 40. roku życia bez lub z rozpoznaną cukrzycą, które dobrowolnie zgłosiły się na badania przesiewowe zespołu stopy cukrzycowej w czasie trwania pandemii COVID-19. Zastosowano standaryzowane narzędzia – listę kryteriów zdrowia (LKZ) i listę oczekiwań pacjenta (PRF) w adaptacji Juczyńskiego. Respondenci wypełnili kwestionariusze podczas badań przesiewowych obejmują-