ISSN 2083-0246 Dwumiesięcznik nr 1 (48) luty - marzec 2019 r.

Opolska Pielęgniarka i Położna

W numerze m.in.:

Specjalistyczna pielęgnacja stóp
Ośrodki leczenia raka piersi
Postępowanie w przypadku kontaktu z chorym na chorobę zakaźną
Zastosowanie leków biologicznych
Medycyna nuklearna
Media w szpitalu

Szanowni Państwo. Koleżanki i Koledzy.

Za nami kolejny rok pracy, wydarzeń ciekawych, radosnych a także zaskakujących.

Rozpoczynamy nowy rok 2019. Przed nami nowe wyzwania, plany, oczekiwania, marzenia. Jaki on będzie w naszym życiu zawodowym czy prywatnym tego nikt nie jest w stanie nam powiedzieć, ale jedno jest pewne, że najwięcej będzie zależało od nas jak będziemy chcieli go przeżyć. Jeśli będziemy pozytywnie myśleć i patrzeć na naszych bliskich, otoczenie w którym żyjemy, wówczas łatwiej nam będzie znosić trudy dnia powszedniego.

W pierwszym tegorocznym numerze Biuletynu, już mamy do przekazania kilka ciekawych informacji, m.in. to: szczególne wyróżnienie dla naszego środowiska. Nasza koleżanka dr n. med. Beata Guzak została powołana przez Ministra Zdrowia na stanowisko dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

W związku aktualną sytuacją epidemiologiczną, prezentujemy dokument w którym Wojewódzki Inspektor Sanitarny przypomina o obowiązku szczepień.

Podajemy także zalecane postępowanie w przypadku kontaktu z chorym na chorobę zakaźną odrę i profilaktykę epidemii w placówkach opieki zdrowotnej.

Dr Agnieszka Czarnecka, opracowała niezwykle ciekawy artykuł dotyczący zastosowania leków biologicznych w praktyce dermatologicznej, a Pani Irena Linkert przygotowała materiał dotyczący medycyny nuklearnej, w którym dzieli się swoją wiedzą i doświadczeniami.

Życzę interesującej lektury
Stefania Szewczuk
Osoba odpowiedzialna za wydanie bieżącego numeru

Wysokość opłat w 2019 r. wynosi:

Wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe – 292,00 zł.

„Przez wpis do rejestru rozumie się każdy wpis, mocą którego dochodzi do modyfikacji danych ujawnionych w rejestrze, zarówno wpis nowego podmiotu, jak i każdej zmiany jego dotyczącej."

Wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – 98,00 zł.

Zmiana wpisu w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – 49,00 zł.

Składka członkowska

Wysokość składki członkowskiej w 2019 r. wynosi:

– dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego lub na podstawie umowy zlecenia:

1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego,

– dla pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej lub grupowej praktyki zawodowej oraz dla innych członków samorządu zobowiązanych do płacenia składek, w tym wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych: **38,03 zł miesięcznie.**

Termin płatności do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

Składki członkowskie należy wpłacać na numer konta bankowego:

Santander Bank Polska S.A. 33 1090 2138 0000 0005 5600 0581

Odbiorca wpłaty: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu,
ul. Budowlanych 44 A, 45-123 Opole.

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Jest nam niezmiernie miło poinformować, iż nasza koleżanka, Pani Beata Guzak została powołana przez Ministra Zdrowia na stanowisko Dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

Składamy serdeczne gratulacje
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

z okazji Europejskiego Dnia Pielęgniarstwa Operacyjnego,
w imieniu Zarządu Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek i własnym, życzę Wam by każdy mógł wykonywać swoją pracę w bezpiecznych warunkach, by na każdym bloku operacyjnym, podczas każdej operacji nasi pacjenci mieli zagwarantowaną opiekę dwóch wyszkolonych pielęgniarek operacyjnych/położnych operacyjnych.
Życzę również by nasze zaangażowanie w wykonywanie niezwykle trudnej i odpowiedzialnej pracy, ciągłe podnoszenie kwalifikacji w tej najszybciej rozwijającej się i całkowicie różnej od innych dziedzinie pielęgniarstwa oraz nasza troska o bezpieczeństwo ludzi, którzy czują się bezradni leżąc na stole operacyjnym, znalazły odzwierciedlenie w decyzjach osób zarządzających naszymi szpitalami.
Niech zawsze towarzyszy nam spokój, pogoda ducha i wytrwałość w zmaganiu się z przeciwnościami
Z wyrazami szacunku i uznania za trud codziennej pracy

Joanna Borzęcka
Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek

A teraz, tradycyjnie, słowa od Pani MAY KARAM – prezesa Europejskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Operacyjnych

Drodzy współpracownicy,

w imieniu Rady Dyrektorów EORNA, życzymy Wam Świetnego i Pozytywnego Dnia Pielęgniarstwa Operacyjnego.
W tym roku temat brzmi: **"Pielęgniarstwo operacyjne, wprowadzamy zmiany!"**.
Niech ten wyjątkowy Dzień będzie okazją do potwierdzenia naszego zaangażowania w promowanie naszego zawodu, do dalszego rozwijania naszych umiejętności oraz do zapewnienia bezpiecznej i wysokiej jakości opieki okołooperacyjnej w naszym środowisku pracy, gdzie zaufanie, praca zespołowa i otwarta komunikacja mają ogromne znaczenie dla bezpieczeństwa pacjentów, które jest naszą główną troską.

Z poważaniem
May Karam
Prezes EORNA

Chlebowska, Krzemińska
SPÓŁKA PARTNERSKA RADCÓW PRAWNYCH

Z informacji widniejących na stronach internetowych Kancelarii Prezesa Rady Ministrów wynika, że projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (wpisany pod numerem UD470), nie został jeszcze poddany pod głosowanie. Planowany termin przyjęcia projektu przez Radę Ministrów przypadał na IV kwartał 2018 roku (ostatecznie przyjęto go dnia 11 grudnia 2018 r.), jednak do chwili obecnej nie zostały podjęte dalsze kroki celem przyjęcia wskazanej ustawy. Do końca grudnia 2018 r. przypadał termin na zgłaszania uwag i opinii do projektu, zatem w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej nie został jeszcze wprowadzony planowany art. 61a regulujący kwestię korzystania z urlopu szkoleniowego.

RADCA PRAWNY
Aleksandra Krzemińska
tel. kom. 668 813 610
e-mail: krzeminska@radcyprawni.opole.pl
www.radcyprawni.opole.pl
Adres siedziby: ul. Ligonia 13/4, 45-362 Opole
tel. 077 453 12 17
fax 077 453 02 93

Aleksandra Bryś, pielęgniarka koordynująca w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp z o.o. w dziale diagnostyki obrazowej.

„Stoicką zasadą zaspokajania potrzeb poprzez rezygnację z pragnień jest amputacja stóp po to, by nie potrzebować butów”.

*Jestem **Pielęgniarką** zajmującą się specjalistyczną pielęgnacją stóp. W roku 2004 ukończyłam Medyczne Studium Zawodowe im. Marii Kujawskiej w Opolu. Wyjechałam za granicę, gdzie pracowałam w Domu Seniora. Po powrocie do Polski rozpoczęłam studia w Wyższej Szkole Bankowej na kierunku Ekonomia o specjalizacji Logistyka w Biznesie. Później kontynuowałam naukę na studiach podyplomowych - Bezpieczeństwo i Higiena Pracy. Jestem w trakcie specjalizacji „Anestezjologia i intensywna terapia” oraz studiuję Pielęgniarstwo w Wyższej Szkole Medycznej w Sosnowcu. Zainteresowanie stopami zaczęło się od momentu kiedy mój teść, chory na cukrzycę miał problem z wrastającymi paznokciami. Rola poradzenia sobie z problemem przypadła mnie.*

W roku 2013 ukończyłam Kurs Specjalistyczna Pielęgnacja Stóp dla pielęgniarek, a w roku 2014, Leczenie Ran dla pielęgniarek. Od tej pory moim hobby jest Podologia. Gabinet specjalistycznej pielęgnacji stóp prowadzę od 2013 roku. Ciągle się kształcę w tym kierunku, biorę udział w szkoleniach i konferencjach podologicznych.

Określenie Podologia powstało z greckich słów: podo – stopa, logos – nauka. Osobiście wolę nie nadużywać słowa „podolog|” bo to bardzo zobowiązuje. Według Ustawy, niestety każdy może nazywać się podologiem.

Z dniem 1 stycznia 2015 r., weszło w życie Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 7.08.2014 w sprawie klasyfikacji zawodów (Dz.U. z dnia 28 sierpnia 2014 r. poz. 1145).

Zawód Podolog zarejestrowany jest pod nr 323014 jako praktykujący niekonwencjonalne lub komplementarne metody terapii.

Podolog znajduje się obok 323011 Refleksologa; 323001 Akupunkturzysty; 323002 Bioenergoterapeuty; 323003 Biomasażysty; 323004 Chiropraktyka; 323005 Homeopaty; 323006 Instruktora hipoterapii; 323009 Naturopaty; 323010 Osteopaty i innych.

Z zabiegów podologicznych, powinni szczególnie korzystać pacjenci ograniczeni ruchowo, dotknięci chorobami skóry, kości i stawów, chorobami przemiany materii (cukrzyca, reumatyzm), pacjenci z wadliwym ustawieniem stóp, wrastającymi paznokciami i deformacjami palców (halluksy, palce krogulcze), z dolegliwościami na stopach oraz wszyscy szanujący swoje stopy.

W niniejszym artykule i mam nadzieję jeszcze w paru kolejnych wydaniach biuletynu, pragnę podzielić się swoją wiedzą jak pielęgnować stopy, jakich narzędzi używać, jakich frezów. Z jakimi problemami się spotykam w gabinecie i jak sobie z nimi radzę.

Na stronie internetowej **https://cukrzyca.info.pl/menu/informacje_dla_pacjentow**, jest wiele informacji prawnych opracowanych przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, które pomagają w życiu

codziennym z cukrzycą. Niestety mało kto rekomenduje w Polsce udział podologa jako członka zespołu terapeutycznego w profilaktyce i leczeniu zespołu stopy cukrzycowej, a przecież średnio co 2 minuty, jedna osoba na świecie traci kończynę dolną z powodu cukrzycy.

Przyczyny:

- uszkodzenie struktury nerwów, neuropatia - powoduje głównie osłabienie lub brak czucia, bólu i temperatury. W jego wyniku pacjenci nie zauważają urazów stopy. Nie czują ciała obcego, zbyt ciasnych lub mocno zasznurowanych butów. Często stopy są oparzone np. podczas kąpieli bądź od używania termoforu.
- uszkodzenie naczyń, angiopatia - powoduje niedokrwienie, a w jego wyniku powstawanie trudno gojących się ran.
- czynnik mechaniczny, np. uraz stopy, spowodowany nieodpowiednim obuwiem. Infekcja, zmiany zapalne na stopie.

Co można zrobić w gabinecie?

⇨ Badanie czucia temperatury za pomocą tip-term. Jedna strona jest „chłodna", a druga ma temperaturę pokojową. Pacjent czuje bądź też nie zmianę tej temperatury.

⇨ Badanie wrażliwości na nacisk za pomocą włókna Semmesa-Weinsteina- monofilamentu - badanie wykonuje się w dowolnie wybranych miejscach nienaruszonej skóry stopy pozbawionej hiperkeratoz. Przyłożenie włókna powoduje nacisk odpowiadający 10 g. Nylonową nić przykłada się do powierzchni skóry pod kątem 90°, nacisk utrzymuje się przez około sekundę. Włókno powinno się ugiąć pod kątem 45°. Przeprowadza się 3 pomiary. Dwa błędne uznają wynik za patologiczny.

⇨ Badanie czucia wibracji za pomocą widełek stroikowych Rydel(128 Hz) –Seiferta.

⇨ Badanie w kierunku rozróżniania bólu ostrego i tępego za pomocą igieł Neuro-Tips.

Wiedza ta jest niezbędna do tego, aby wiedzieć z jaką stopą mamy do czynienia. Czy pacjent będzie czuł czy też nie. Wiadomo, nie można niczego uszkodzić. Pacjenci z cukrzycą to bardzo często pacjenci z innymi chorobami, głównie sercowo-krążeniowymi lub po udarach. Często na stałej terapii p/krzepliwej.

Co jest potrzebne aby rozpocząć zabieg?

Oczywiście dezynfekcja skóry i sterylne narzędzia. Skład tych narzędzi to głównie skalpel, cęgi do paznokci, sonda podologiczna i frezy.

Sonda podologiczna przypomina ekskawator stomatologiczny lub nakładacz. Jest to niezbędne narzędzie w pracy każdego podologa. Oczywiście musi mieć możliwość sterylizacji.

Cęgi do paznokci wybieram oczywiście również takie, które mogę sterylizować. Na rynku jest kilka firm produkujących cęgi, wystarczy kliknąć w wyszukiwarce cęgi do paznokci.

A czemu nie nożyczki?

Nożyczki zawsze stwarzają ryzyko skaleczenia. Ponadto grubych zdrewniałych paznokci zwykłe nożyczki nie obetną. Pacjenci mają swoje teorie obcinania paznokci, cążkami do cięcia drutu czy sekatorem. Takie historie słyszę na co dzień. No ale jakoś trzeba sobie radzić.

Poniżej przykład cęgów czołowych, które posiadam w gabinecie.

Te cęgi są obłe z jednej strony, więc są bezpieczne dla diabetyków.

Te dwa rodzaje cęgów są bardzo mocne i „dają radę" przy naprawdę grubych paznokciach.

Poniżej kilka linków do stron gdzie można takie cęgi zakupić.

Czasami trafiają się pacjenci z bardzo przerośniętymi paznokciami, ich opiekunowie nie dają sobie rady z obcięciem. Co wtedy?

Wtedy należy kupić sobie pilnik papierowy z grubszą gradacją i zeszlifować płytkę. Oczywiście tak aby nie uszkodzić zdrowej skóry i w granicach przyzwoitości.

Fot. Materiały własne

http://chifa.com.pl/_files/chirurgia/Kosmetyka.pdf
http://enpe-invest.pl/pl/sklep/cegi-do-paznokci.html
https://www.plsklep.yuki.pl/category/en/cegi-cazki-nozyczki

OPOLSKI PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI INSPEKTOR SANITARNY

ul. Mickiewicza 1, 45-367 Opole
skrytka pocztowa 262
sekr. tel. 077 442 69 01, fax 077 442 69 04
e-mail: wsse.opole@pis.gov.pl http://wsseopole.pis.gov.pl

EP.9011.10.2019.KK Opole, dnia 18.01.2019 r.

Dyrektor Szpitala
– wg rozdzielnika

W związku z aktualną sytuacją epidemiologiczną, tj. wzrostem liczby zachorowań na odrę Opolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny przypomina o obowiązujących przepisach w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym i zawodowym, szczególnie ciążącego na pracodawcach obowiązku wykonywania szczepień ochronnych u pracowników pracujących w narażeniu na czynniki biologiczne.

Obowiązek szczepień został określny w:

- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. poz. 716 oraz z 2008 r. poz. 288),

Ponadto dla jednostek resortowych podległych MON i MSWiA w wydanym na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz.U 2016 poz. 1866 ze zm.):

- rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 3 stycznia 2012 r. w sprawie wykazu rodzajów czynności zawodowych oraz zalecanych szczepień ochronnych wymaganych u pracowników, funkcjonariuszy, żołnierzy lub podwładnych podejmujących pracę, zatrudnionych lub wyznaczonych do wykonywania tych czynności (Dz. U. poz. 40).

Zgodnie z ww. przepisami:

– szczepienia są finansowane w całości przez pracodawców, z wyjątkiem szczepień przeciw WZW typu B pracowników wykonujących zawody medyczne, które są finansowane ze środków publicznych.

Uprzejmie proszę o przekazanie powyższej informacji wszystkim, zgodnie z kompetencjami.

Opolski Państwowy
Wojewódzki Inspektor Sanitarny

dr n. med. Anna Matejuk

Do wiadomości
- Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
- Okręgowa Izba Lekarska

Sprawę prowadzi:
Katarzyna Karleszko – Asystent Oddziału Epidemiologii WSSE w Opolu, te. 77 44 26 973

niepodległa | POLSKA STULECIE ODZYSKANIA NIEPODLEGŁOŚCI

Specjalistyczne certyfikowane ośrodki leczenia raka piersi - dlaczego powstają?

Raporty dotyczące zachorowań i zgonów z powodu nowotworów wskazują, że rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem w Europie i najczęstszą przyczyną zgonów wśród kobiet chorujących na raka.

Celem organizacji zarówno światowych jak i europejskich zajmujących się problematyką nowotworów, stało się stworzenie takiego systemu zapewnienia jakości świadczeń w profilaktyce i leczeniu raka piersi, który obejmie wszystkie etapy od badania przesiewowego poprzez diagnostykę, leczenie, rehabilitację, opiekę w celu zmniejszenia ryzyka nawrotów oraz opiekę paliatywną. Wynikiem tych dążeń jest idea tworzenia wielodyscyplinarnych, specjalistycznych ośrodków leczenia raka piersi tj. Ośrodków Senologicznych (ang. breast cancer unit, BCU), które będą powszechne i jednolite. Określono dla tych ośrodków wymagania jakościowe i wskaźniki by realizowana w nich opieka była skuteczna, bezpieczna i ukierunkowana na pacjentki chore na raka piersi, a jednolitość postępowania zapewnia wprowadzony system ich akredytacji.

Ośrodek spełniający wymagania to taki, w którym:

- funkcjonuje wydzielona poradnia leczenia raka piersi z odziałem szpitalnym,
- diagnozuje się co najmniej 150 przypadków raka piersi rocznie,
- lekarz radiolog opisuje co najmniej 1000 mammogramów rocznie dotyczących celowanej diagnostyki lub 5000 mammogramów badań przesiewowych,
- technicy radiologiczni posiadają celowane szkolenie w wykonywaniu mammografii oraz wykonują co najmniej 20 badań mammograficznych przesiewowych tygodniowo,
- działa wielodyscyplinarny zespół w skład, którego wchodzą: radiolog, chirurg, histopatolog, onkolog kliniczny, radioterapeuta i pielęgniarka onkologiczna, pożądany w jego składzie jest psycholog, fizjoterapeuta, specjalista medycyny paliatywnej, genetyk. Powinien być dostępny również specjalista chirurgii plastycznej,
- zespół na cotygodniowych spotkaniach omawia postępowanie diagnostyczne i lecznicze dla co najmniej 90% przypadków raka piersi leczonych w danym ośrodku i ma obowiązek prowadzenia bazy danych potwierdzających uzyskiwane efekty kliniczne tj. służącej sprawozdawczości i kontroli,
- podczas konsylium tego zespołu omawia się i planuje optymalne leczenie dla każdej pacjentki, u której rozpoznano raka piersi z dążeniem do tego, aby pacjentka rozpoczęła leczenie w ciągu 2 tygodni od konsylium,
- aktualizuje się protokoły diagnostyczne i lecznicze oraz monitoruje efekty leczenia,
- wszyscy specjaliści Ośrodka Senologicznego niezależnie od zawodów, które reprezentują przechodzą ciągłe szkolenia wśród których, bardzo ważne są szkolenia z jakości komunikacji i umiejętności prowadzenia rozmowy tak, aby chora była w centrum zainteresowania,
- przekazanie informacji o rozpoznaniu, rokowaniu oraz planie leczenia uzgodnionym na spotkaniu zespołu terapeutycznego odbywa się w warunkach zapewniających intymność i ewentualną obecność bliskiej osoby,
- pacjentki są informowane na temat badań klinicznych i wszystkich możliwych opcji leczenia,
- realizuje się inicjatywę wsparcia społecznego i psychoonkologicznego pacjentek.

W Opolskim Centrum Onkologii dzięki inicjatywie zespołu lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, psychologów i sekretarek medycznych powstał Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Raka Piersi. W Ośrodku oprócz zasadniczego modelu leczenia zgodnego z opisanymi wymaganiami działa z inicjatywy małej grupy personelu, „Kawiarenka onkologiczna", w której odbywają się regularne spotkania edukacyjne i wspierające dla pacjentek. Pomysł kawiarenki i zaangażowanie w jej organizację zawdzięczamy naszym pielęgniarkom i fizjoterapeutkom, które w czasie własnym organizują i aranżują spotkania pacjentek podczas których, jest miejsce nie tylko na przekazanie wiedzy, ale też na relaks i zabawę. W następnym numerze postaramy się przybliżyć tę inicjatywę niezwykle ciepło odbieraną przez nasze pacjentki.

Zapraszamy serdecznie wszystkie osoby, które chciałyby się podzielić swoim talentem, umiejętnościami, swoją wiedzą i doświadczeniem by wesprzeć innych w chorobie i poświęcić im godzinę lub dwie ze swojego życia do kontaktu z nami.

Kontakt: 77/44-16-101, od poniedziałku do piątku, w godz.8.00-12.00.

Elżbieta Duda
Pielęgniarka Naczelna
Opolskiego Centrum Onkologii

Zalecane postępowanie w przypadku kontaktu z chorym na chorobę zakaźną i profilaktyka epidemii w placówkach opieki zdrowotnej – Odra

Opracowanie Narodowy Fundusz Zdrowia www.nfz.gov.pl

1. Zalecamy, aby w przypadku podejrzenia odry u osoby przebywającej w placówce opieki zdrowotnej ściśle przestrzegać procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń drogą kropelkową.

Do metod ograniczania szerzenia się zakażeń drogą kropelkową należą:

- stosowanie przez chorego maseczki na twarz,
- jak najszybsze umieszczenie chorego w izolatce (optymalnie przystosowanej do ograniczania szerzenia się zakażeń przenoszonych drogą kropelkową, tzn. z ujemnym ciśnieniem powietrza w pomieszczeniu),
- skierowanie do opieki nad chorym jedynie pracowników, których uznano za uodpornionych przeciwko odrze *(patrz pkt 5 i 6 za Med. Prakt. Szczepienia 2/2012, s. 28–29)*,
- stosowanie maseczek ochronnych z filtrem (np.: N95 lub o podobnej skuteczności) przez wszystkich pracowników kontaktujących się z chorym.

Istnieje jednak ryzyko, że takie działania nie będą w pełni skuteczne, ponieważ do zakażeń może dochodzić przed rozpoznaniem choroby. Zakaźność utrzymuje się przez 4 dni przed pojawieniem się osutki oraz przez 4 dni po jej wystąpieniu. Osoby z kontaktu z chorym, u których pojawią się objawy wskazujące na odrę, należy izolować.

Pomieszczenia i wyposażenie lecznicy po udzieleniu świadczenia zdrowotnego osobie chorej na odrę nie wymagają szczególnych zabiegów dekontaminacyjnych. Dezynfekcji należy poddać wyłącznie powierzchnie zabrudzone wydzielinami lub wydalinami osoby chorej.

Wirus odry ginie samoistnie poza ustrojem człowieka i nie powoduje długotrwałej kontaminacji pomieszczeń i wyposażenia lecznicy, a tym samym nie przenosi się w wyniku styczności z powierzchniami w tych pomieszczeniach i ich wyposażeniem. Działaniem wystarczającym jest odczekanie ok. 20 minut po badaniu osoby chorej na odrę zanim do pomieszczenia zostanie wpuszczony kolejny pacjent. Wietrzenie pomieszczeń w tym czasie lub ich naświetlanie promieniami UV skutecznie prowadzi do oczyszczenia pomieszczeń z wirusa odry.

Pacjent, u którego rozpoznano odrę, jeżeli nie wymaga leczenia w warunkach szpitalnych, powinien zostać pouczony o konieczności pozostawania w izolacji w warunkach domowych do 3 dnia włącznie, liczonego od chwili pojawienia się wysypki.

Przewóz osoby chorej na odrę, w tym z lecznicy do miejsca zamieszkania, nie może odbywać się środkami zbiorowego transportu.

Wszyscy (również kompletnie zaszczepieni) pracownicy zajmujący się chorymi na odrę powinni ściśle przestrzegać zasad profilaktyki zakażeń przenoszonych drogą kropelkową. Należy pamiętać, że około 1% osób prawidłowo zaszczepionych przeciwko odrze nie uzyskuje zadowalającej odpowiedzi na szczepienie.

2. Zalecamy, aby u wszystkich osób z kontaktu z chorym na odrę jak najszybciej ocenić dowody odporności na odrę *(patrz pkt 5 i 6 za Med. Prakt. Szczepienia 2/2012, s. 28–29)*.

3. Zalecamy, aby po kontakcie z chorym na odrę nieuodpornione osoby zaszczepić szczepionką przeciw odrze, śwince i różyczce (a w razie odmowy lub przeciwwskazań zaproponować im podanie domięśniowe immunoglobuliny w dawce 0,25 ml/kg [40 mg IgG/kg mc. dla osób immunokompetentnych]) i poddać je izolacji przez 21 dni po kontakcie z chorym (tab.).

Szczepienie przeciw odrze, śwince i różyczce w ciągu 72 godzin po kontakcie z chorym może zapobiec zachorowaniu lub złagodzić przebieg choroby. Nieszczepionym wcześniej pracownikom należy podać pierwszą dawkę szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce. Pracownikom, którzy posiadają dokument potwierdzający szczepienie 1 dawką szczepionki przeciwko odrze lub przeciw odrze, śwince i różyczce, należy podać drugą dawkę, jeżeli zachowany jest co najmniej 4-tygodniowy odstęp między dawkami.

Sugerujemy, aby szczepienie wykonać nawet po upływie 72 godzin od kontaktu. Jeżeli bowiem po kontakcie nie doszło do zakażenia, szczepienie może zapewnić ochronę w razie kolejnej ekspozycji na odrę, świnkę lub różyczkę.

Identyfikacja osób z kontaktu z chorym jest dobrą okazją do zaproponowania szczepień przeciw odrze, śwince i różyczce pracownikom z niepotwierdzoną odpornością przeciwko odrze. Zaszczepienie przeciw odrze,

śwince i różyczce w okresie wylęgania odry nie zaostrzy jej przebiegu. Przyczyną objawów odropodobnych w krótkim okresie po szczepieniu może być wtedy naturalne zakażenie lub wirus szczepionkowy, co można różnicować metodami laboratoryjnymi.
Podanie immunoglobuliny może wydłużyć okres wylęgania o tydzień, co ma wpływ na zalecenia dotyczące ograniczeń w obowiązkach służbowych personelu po kontakcie z chorym na odrę (tab.).

Tabela. Zalecenia ACIP dotyczące ograniczeń w obowiązkach służbowych personelu placówek opieki zdrowotnej po kontakcie z chorymi na niektóre choroby zakaźne lub w przypadku zachorowania*

Choroba/stan	Ograniczenia w obowiązkach służbowych	Czas trwania ograniczeń
odra		
zachorowanie	odsunięcie od obowiązków służbowych	przez 4 dni po pojawieniu się osutki
ekspozycja pracownika nieuodpornionego przeciwko odrze	odsunięcie od obowiązków służbowych, nawet jeżeli po ekspozycji podano immunoglobulinę; pracownik z udokumentowanym szczepieniem 1 dawką szczepionki przeciwko odrze może pozostać w pracy	od 5. dnia po pierwszym kontakcie do 21. dnia (lub 28. dnia, jeżeli po ekspozycji podano immunoglobulinę) po ostatnim kontakcie i/lub 4 dni po pojawieniu się osutki

* *zmodyfikowano na podstawie oryginału – przyp. red.* Na podstawie: CDC: Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to patients during exposure-prone invasive procedures. MMWR, 1991; 40 (RR-8); CDC: Guideline for isolation precautions in hospitals: recommendations of the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) and the National Center for Infectious Diseases. Infect. Control Hosp. Epidemiol., 1996; 17: 53–80; Williams W.W.: CDC guideline for infection control in hospital personnel. Infect. Control, 1983; 4 (supl.): 326–349; CDC: Immunization of health-care workers: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). MMWR, 1997; 46 (RR-18).
ACIP – Amerykański Komitet Doradczy ds. Szczepień Ochronnych

Szczepienia dla personelu placówek opieki zdrowotnej - Zalecenia amerykańskiego Komitetu Doradczego ds. Szczepień Ochronnych (ACIP)

Ze względu na kontakt z chorymi lub z zakaźnym materiałem personel placówek opieki zdrowotnej jest narażony na choroby zakaźne, którym można zapobiegać poprzez szczepienia. Personel może również stanowić źródło zakażenia pacjentów i współpracowników, a epidemie chorób zakaźnych w placówkach opieki zdrowotnej mogą mieć poważne konsekwencje finansowe (koszt opanowania epidemii, w tym czasowego zawieszenia działalności usługowej), wizerunkowe (utrata zaufania pacjentów) i prawne (pozwy o odszkodowania). **Zatem zarówno pracodawca, jak i pracownik są odpowiedzialni za podjęcie skutecznych działań w celu zapobiegania zakażeniom w trakcie wykonywania obowiązków służbowych oraz za ochronę pacjentów przed transmisją choroby zakaźnej, której można zapobiec poprzez szczepienie.**

Szczepienie przeciwko odrze

4. Zalecamy, aby personel placówek opieki zdrowotnej był uodporniony przeciwko odrze.
Odra jest chorobą o bardzo dużej zakaźności, przenoszoną drogą kropelkową. Zakaźność utrzymuje się przez 4 dni przed pojawieniem się osutki i przez 4 dni po jej wystąpieniu. Przed erą programów szczepień odra była chorobą powszechną – każdy chorował przed osiągnięciem dojrzałości. Nawet jeden chory może się stać przyczyną wybuchu lokalnej epidemii. Odra jest ciężką chorobą, która większość chorych zmusza do wizyty u lekarza lub w szpitalu. W związku z tym personel placówek opieki zdrowotnej jest bardziej narażony na kontakt z chorymi na odrę niż przeciętna populacja, a w razie zachorowania – nie tylko ponosi ryzyko powikłań, ale także staje się źródłem zakażenia dla podatnych pacjentów (w tym z grupy ryzyka powikłań). Pla-

cówki opieki zdrowotnej nierzadko są ogniskami epidemii odry, a jej opanowanie wymaga znacznych nakładów finansowych oraz powoduje poważne problemy organizacyjne (do czasowego zawieszenia działalności włącznie). Powikłania odry to między innymi zapalenie płuc o ciężkim przebiegu i zapalenie mózgu. Leczenia w szpitalu wymaga 1 na 10 chorych, u 1 na 500 pozostają trwałe objawy neurologiczne w wyniku zapalenia mózgu, a 1 na 1000 chorych umiera.

5. Zalecamy, aby u każdego pracownika placówki opieki zdrowotnej ocenić dowody odporności na odrę, a wynik odnotować w jego dokumentacji.

Za odpornością na odrę przemawia przynajmniej jeden z poniższych dowodów:

1) właściwie udokumentowane, prawidłowo przeprowadzone szczepienie 2 dawkami szczepionki przeciwko odrze lub odrze, śwince i różyczce – nie wcześniej niż w pierwsze urodziny, druga co najmniej 28 dni później. W takim przypadku nie zaleca się kontrolnych badań serologicznych (ocena swoistych IgG w surowicy), gdyż nawet wynik ujemny nie jest wskazaniem do podawania dodatkowych dawek przeciwko odrze, śwince i różyczce (z czasem stężenie swoistych przeciwciał się zmniejsza pomimo klinicznej odporności na zachorowanie).

W Polsce pierwsza dawka w 13 - 15 miesiącu życia oraz dawka uzupełniająca w 10 roku życia. W 2019 r. schemat zmodyfikowano - pierwszą dawkę zaleca się w 13-14 miesiącu życia, drugą w 6 roku życia. Stosuje się żywą, atenuowaną skojarzoną szczepionkę przeciw odrze, śwince i różyczce (MMR lub Priorix).

2) obecność w surowicy przeciwciał w klasie IgG przeciwko wirusowi odry (wyniki niejednoznaczne należy uznać za ujemne)

3) przechorowanie odry potwierdzonej laboratoryjnie (wynik w dokumentacji medycznej). Wynik oceny należy odnotować w dokumentacji pracownika (medycznej lub innej) i zapewnić do niej łatwy dostęp w razie konieczności (np.: epidemii odry).

6. Zalecamy, aby personel, u którego nie stwierdzono wiarygodnych dowodów odporności na odrę, jak najszybciej zaszczepić 2 dawkami szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce. Osobom, którym według dokumentacji podano tylko jedną dawkę szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce, należy niezwłocznie podać drugą dawkę szczepionki.

Wykonywanie badania serologicznego w celu oceny swoistych IgG w surowicy przed szczepieniem pracownika, który nie był szczepiony (albo nie ma dokumentacji) lub nie potwierdzono u niego laboratoryjnie zachorowania na odrę, nie jest konieczne (choć w niektórych placówkach specjaliści mogą uznać za opłacalną także odmienną procedurę). Zdecydowanie nie zalecamy natomiast wykonywania tego badania przed szczepieniem podczas epidemii odry, gdyż niepotrzebnie opóźnia ono szczepienie, co zmniejsza skuteczność działań w celu opanowania zachorowań.

Szczepionka przeciw odrze, śwince i różyczce *(stosowana zgodnie z zaleceniami)* jest bezpieczna i skuteczna w zapobieganiu zachorowaniu na odrę (skuteczność 95% po podaniu 1 dawki w wieku ≥12 miesięcy i 99% po 2 dawkach). Dwie dawki szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce podane w odstępie co najmniej 28 dni zapewniają długotrwałą ochronę. Wprawdzie po szczepieniu stężenie swoistych przeciwciał w surowicy stopniowo się zmniejsza, ale badania u dzieci wykazały, że nawet po 10 latach utrzymuje się ono powyżej wartości uznawanej za ochronną.

Po podaniu szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce u dorosłych bardzo rzadko występują takie NOP, jak: anafilaksja (1,0–3,5 zdarzeń/milion dawek), małopłytkowość wywołana atenuowanym wirusem odry lub różyczki (3–4/100 000 dawek), ból stawów (ok. 25% wrażliwych na różyczkę kobiet) lub objawy ostrego zapalenia stawów (ok. 10% kobiet) na skutek działania atenuowanego wirusa różyczki *(jednak ryzyko i nasilenie małopłytkowości lub zapalenia stawów po zachorowaniu na odrę lub różyczkę jest wielokrotnie większe niż po szczepionce przeciw odrze, śwince i różyczce)*. Objawy stawowe zwykle utrzymują się przez co najmniej 1 dzień do 3 tygodni, ustępują samoistnie i rzadko nawracają. Nie potwierdzono natomiast związku przewlekłych dolegliwości ze strony stawów ze szczepieniem przeciw odrze, śwince i różyczce.

Wyniki przeprowadzonych badań nie potwierdziły także związku szczepienia przeciw odrze, śwince i różyczce z: głuchotą, retinopatią, zapaleniem nerwu wzrokowego, zespołem Guillaina i Barrégo, cukrzycą typu 1, chorobą Leśniowskiego i Crohna czy autyzmem.

Po szczepieniu przeciw odrze, śwince i różyczce atenuowany wirus różyczki może być obecny w mleku kobiecym. Kobieta karmiąca piersią może więc zakazić swoje dziecko, ale zakażenie przebiega bezobjawowo i nie stanowi zagrożenia dla dziecka. W innych przypadkach po podaniu szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce nie dochodzi do transmisji wirusów na osoby z otoczenia. Nie ma zatem wskazań do jakichkol-

wiek ograniczeń w obowiązkach służbowych u pracowników, których niedawno zaszczepiono przeciw odrze, śwince i różyczce.

Przygotowano na podstawie:

- ***"Postępowanie w przypadku kontaktu z chorym na chorobę zakaźną i profilaktyka epidemii w placówkach opieki zdrowotnej – cz. 2. Zalecenia ACIP"*** *21.07.2018 Immunization of health-care personnel. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices oraz Prevention and control of influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2010 A. Shefer, W. Atkinson, C. Friedman i wsp. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2011; 60 (RR-7): 1–45; Morbidity and Mortality Weekly Report, 2010; 59 (RR-8): 1–64*
  Opracowali: *lek. Iwona Rywczak, dr med. Jacek Mrukowicz*
- ***„Szczepienia dla personelu placówek opieki zdrowotnej - cz. 2. Zalecenia amerykańskiego Komitetu Doradczego ds. Szczepień Ochronnych (ACIP)"*** *25.08.2018 Na podstawie: Immunization of healthcare personnel. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices.A. Shefer, W. Atkinson, C. Friedman i wsp. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2011; 60 (RR-7): 1–45*
  Opracowali: *lek. Iwona Rywczak, dr med. Jacek Mrukowicz* ***Konsultował:*** *dr hab. med. Leszek Szenborn, prof. nadzw., Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych Akademii Medycznej we Wrocławiu*
- *Wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego i Krajowego Konsultanta w dziedzinie chorób zakaźnych dotyczące postępowania przeciwepidemicznego w związku z pojawieniem się w podmiocie leczniczym osoby z podejrzeniem zachorowania na odrę*

Zastosowanie leków biologicznych w praktyce dermatologicznej

Opracowanie
dr Agnieszka Czarnecka
Dermatolog-wenerolog,
Specjalista chorób skórnych
Szpital Wojewódzki
Sp. z o.o. w Opolu

Leki biologiczne, to grupa leków związanych z cząsteczkami biologicznie czynnymi organizmu. Leki te działają poprzez wpływ na mechanizmy mediowane poprzez powyższe cząsteczki. Terapia biologiczna to terapia, w której wykorzystano leki biologiczne. Generalnie w leczeniu włączane są powyższe terapie, gdy nie skutkują standardowe metody leczenia.

W medycynie, leki biologiczne stosowane są od dawna tj. od roku 1921, kiedy to włączono insulinę w terapii cukrzycy. Następnie powoli pojawiły się kolejne leki biologiczne: ludzki rekombinowany hormon wzrostu, erytropoetyna, czynniki wzrostowe granulocytów i trombocytów, aktywatory plazminogenu.

Obecna era leków biologicznych ma niewątpliwie związek z rozwojem inżynierii genetycznej, biologii molekularnej, biotechnologii i farmacji. Działania naukowców z wielu dyscyplin medycznych, pozwoliły na szczegółowe określenie rodzaju i drogi działania cytokin wyzwalających zmiany chorobowe. Odkryto substancje hamujące aktywność i funkcję komórek produkujących TNF-alfa. Odkryto przeciwciała monoklonalne i białka fuzyjne, które stanowią substancję czynną generacji leków biologicznych. W dermatologii leki biologiczne wykorzystywane są w leczeniu ciężkich postaciach łuszczycy.

Na podstawie badań molekularnych i klinicznych stwierdzono, iż limfocyty T i uwalniane przez nie cytokiny mają kluczowe znaczenie w patogenezie łuszczycy, a najistotniejszą rolę odgrywa TNF-alfa (czynnik martwicy nowotworów). TNF-alfa wpływa na powstawanie zmian łuszczycowych poprzez działanie na limfocyty, makrofagi czy keratynocyty i in. Badania kliniczne prowadzone w niezależnych ośrodkach, wykazały także wzrost stężenia w warstwie rogowej, w obrębie zmian łuszczycowych, a także w surowicy chorych i w płynie stawowym. Korelacja stężenia TNF-alfa, ma wyraźny związek z nasileniem zmian łuszczycowych.

Łuszczyca to przewlekła, zapalna, nawracająca choroba skóry, która występuje od ok. 2% do nawet 5% populacji europejskiej i amerykańskiej. Dermatoza ta charakteryzuje się wzmożoną proliferacją naskórka, czego wyrazem są płasko wyniosłe grudki pokryte srebrzystą łuską. Stąd łacińska nazwa schorzenia „psoriasis – psora" czyli łuska.

W związku z różnorodnością schorzenia, obraz kliniczny może być stosunkowo łagodny, gdy zaatakowane są łokcie lub kolana czy skóra głowy owło-

sionej. W rzadszych przypadkach, w tzw. okresach zaostrzeń – dochodzi u niektórych pacjentów do zajęcia nawet większej powierzchni ciała, tzw. łuszczyca ostra lub może pojawić się skłonność do erytrodemii (uogólniony stan zapalny całej skóry). Należy pamiętać, że u części pacjentów zaatakowane są także stawy, powodując tzw. łuszczycowe zapalenie stawów (łzs).

Jak widać jest to schorzenie bardzo uciążliwe dla chorego, powodujące często skrępowanie obecnością zmian skórnych. Pacjenci często uskarżają się na negatywne reakcje otoczenia – w tym obawę o możliwość zarażenia się łuszczycą (wszak jest to choroba nie zaraźliwa, uwarunkowana genetycznie). Konieczność stosowania regularnie, często nawet kilku leków zewnętrznych – w postaci np. tłustych maści czy oliwy jest często niezwykle uciążliwa, szczególnie dla osób młodych i aktywnych zawodowo. Maście wygodniejsze pod względem kosmetycznym np. z Vit. D3 – są stosunkowo drogie i mogą być stosowane na niedużych powierzchniach ciała. Steroidy stosowane zewnętrznie, po dłuższym okresie stosowania, praktycznie nie mają większego wpływu na przebieg schorzenia, a nasilają się objawy uboczne tychże leków (ścieńczenie skóry, zmiany naczyniowe, łatwa porażalność skóry, nadmierne owłosienie, rozstępy, trądzik różowaty. Do standardowych metod terapii należą naświetlenia UVB (metoda SUP), PUVA (konieczność kontroli parametrów wątrobowych i nadzór okulistyczny). Fototerapia, często efektywna w terapii większości pacjentów, daje niestety także sporo objawów niepożądanych – w tym większe ryzyko rozwoju nowotworów skóry, przyspieszone starzenie skóry oraz wystąpienie zaćmy.

W najbardziej opornych postaciach łuszczycy, sięga się po leki działające ogólnie, tzw. klasyczne terapie systemowe, takie jak: MTX (konieczność monitorowania morfologii – możliwość penii polekowych oraz parametrów wątrobowych – z ewentualną koniecznością biopsji włącznie),
- Neotigason (przed włączeniem leku i w trakcie, ocena lipidogramu i funkcji wątroby),
- Sandimmun (stała kontrola parametrów nerkowych i RR).

Niestety wszystkie leki mają oprócz działań zamierzonych, działania niepożądane.

Lek biologiczny włączany jest po wnikliwej ocenie wcześniejszych metod terapii, podjętych u danego pacjenta i nie jest to tzw. lek pierwszego rzutu – rozpoczynający terapię ogólną.

W Oddziale Dermatologii Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, kwalifikacja pacjenta rozpoczyna się od szczegółowego wywiadu, poprzez bardzo dokładne badania zalecane przed podjęciem takiej terapii i zdarzało się, że pacjent był dyskwalifikowany z ewentualnego leczenia, ponieważ rozpoznano gruźlicę lub zalecano wcześniejszą sanację jamy ustnej.

Najważniejsze leki stosowane w terapii biologicznej łuszczycy, to: Infliksimab, (chimeryczne przeciwciało monoklonalne skierowane przeciwko czynnikowi TNF-alfa), Etanercept, Adalimumab, Efalizumab, Alfacept, Ustekinumab, (lek blokujący IL-12 i IL-23).

Aktualnie duże nadzieje pokładane są w lekach blokujących interleukinę 17 (IL-17), tj. Iksekizumab i Sekukinumab oraz w lekkach blokujących receptor dla IL-17 tj. Brodalumab.

Terapie biologicznee prowadzone są w ramach tzw. programów lekowych, to znaczy jest to świadczenie gwarantowane. Leczenie w ramach programów odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych. Leczenie to obejmuje ściśle zdefiniowaną grupę pacjentów. Do programu leczenia łuszczycy mogą być włączeni dorośli pacjenci z ciężką postacią łuszczycy, którzy przestali reagować na leczenie za pomocą przynajmniej dwóch metod: konwencjonalnej terapii ogólnej (MTX w dawce 15mg/tydz. po 3 miesiącach, retinoidy min. 0,5 mg/kg m.c./dobę po 2 miesiącach, Cyclosporyna 3-5 mg/kg m.c./dobę po 3 miesiącach, PUVA po 3 miesiącach) lub mają przeciwwskazania do stosowania tych metod lub ich nie tolerują. Pacjent kwalifikowany do w/w terapii musi posiadać dokładną dokumentację, dotyczącą dotychczasowych terapii ogólnych, dawek podawanych leków, czasu ich trwania, przyczyn ewentualnego odstawienia.

UWAGA!!! Należy zbierać i archiwizować dokumentację medyczną!

Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować skuteczną antykoncepcję w czasie leczenia oraz po zakończeniu terapii biologicznej, zgodnie z zaleceniami lekarza.

Badania diagnostyczne przed włączeniem terapii biologicznej to:
⇨ Morfologia krwi z rozmazem
⇨ Enzymy wątrobowe: AspAT, AIAT, GGTP
⇨ Kreatynina w/s
⇨ Glukoza w/s
⇨ CRP, OB.
⇨ Test ciążowy
⇨ Badania wirusologiczne wątroby: HbS i anty – HCV
⇨ Przeciwciała anty – HIV
⇨ RTG klatki piersiowej i EKG
⇨ Badanie w kierunku gruźlicy – Quantiferon
⇨ ANA

⇨Konsultacja: laryngologiczna, stomatologiczna, ginekologiczna

Przeciwwskazania do leczenia biologicznego łuszczycy:

A. Bezwzględne

⇨Nadwrażliwość na dany lek
⇨Poważne infekcje, zwłaszcza gruźlica
⇨Złośliwe choroby nowotworowe (obecnie, lub do 5 lat od zakończenia leczenia)
⇨Czynne wirusowe zapalenie wątroby typu B
⇨Choroby limfoproliferacyjne
⇨Choroby demielinizacyjne
⇨Ciąża i okres karmienia

B. Względne

⇨Niewydolność krążenia NYHAIII-IV
⇨Nosicielstwo wzw B (leczenie można włączyć pod warunkiem wdrożenia chemoprofilaktyki)
⇨Wzw C (leczenie można rozpocząć pod warunkiem wprowadzenia chemoprofilaktyki)
⇨Gruźlica utajona (leczenie można wdrożyć pod warunkiem wdrożenia chemoprofilaktyki)
⇨Zakażenie wirusem HIV (konieczna konsultacja specjalisty chorób zakaźnych)
⇨Poważne choroby wątroby i dróg żółciowych
⇨Autoimmunologiczne choroby tkanki łącznej, zwłaszcza SLE
⇨Obecność ANA w mianie >1:160

Pacjenci leczeni wymienionymi w artykule lekami, powinni otrzymywać kartę ostrzegawczą dla pacjenta przyjmującego lek i powinni być dokładnie zapoznani z objawami wczesnymi i późnymi - niepożądanymi w/w leków. Ponieważ TNF-alfa, jest mediatorem reakcji zapalnych i moduluje komórkową odpowiedź immunologiczną, istnieje prawdopodobieństwo, że leczenie lekami biologicznymi wpływa na zdolności obronne organizmu przeciw zakażeniom i nowotworom. Przede wszystkim badamy, czy u pacjentów nie występują jakiekolwiek infekcje przed podaniem leków i w trakcie terapii, a w szczególności pacjent musi być przebadany pod kątem czynnej i utajonej gruźlicy. Odnotowano ciężkie przypadki zakażeń u pacjentów leczonych lekami biologicznymi, takich jak: posocznica, gruźlica, grypa, opryszczka (wystąpiła u jednej a leczonych pacjentek w trakcie kuracji Enbrelem), kandydoza i inne. Niektóre przypadki niestety zakończyły się śmiertelnie. Ponadto opisywano nawroty wzw typu B – u nosicieli wirusa, natomiast nie wykazano zaostrzenia wzw typu C.

Mając na uwadze wzrost ryzyka zachorowania pacjentów poddanych terapii biologicznej na nowotwory złośliwe, odnotowano najczęściej przypadki rozwoju chłoniaków, raka piersi, raka płuc.

Częstym objawem niepożądanym są reakcje alergiczne – obejmujące Oedema, Quincke, pokrzywkę oraz wstrząs anafilaktyczny.

Z niepożądanych reakcji hematologicznych obserwowano m.in. przypadki pancytopenii, anemii, trombocytopenii, niedokrwistości plastycznej i in.

Podsumowując, leki biologiczne to nowa era terapii łuszczycy. Pozwalają uzyskać u większości pacjentów zadowalający efekt terapeutyczny – remisje częściowe lub całkowite w terapii ciężkich postaci łuszczycy.

Najistotniejszy w terapii lekami jest aspekt psychosocjologiczny, pozwalający pacjentowi na powrót do normalnego funkcjonowania. Pacjenci Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, często wcześniej przebywający na długich zwolnieniach lekarskich, zaczynają na nowo powracać do swej aktywności zawodowej, czują się całkowicie sprawnymi i pełnowartościowymi pracownikami. Biorąc pod uwagę, że można zapobiec kalectwu, czy usprawnić ewentualnego rencistę, to znaczny koszt leczenia biologicznego wydaje się być uzasadniony.

Medycyna nuklearna

Irena Linkert, starsza pielęgniarka, licencjat pielęgniarstwa WSZM w Opolu, Szpital Wojewódzki Sp. z o.o. w Opolu

To dział medycyny zajmujący się wykorzystaniem radioizotopów w diagnostyce medycznej i terapii. Pacjent skierowany na badanie scyntygraficzne otrzymuje dożylnie lub rzadziej doustnie tzw. radiofarmaceutyk (znacznik) odpowiedni do zobrazowania narządu, który ma być zbadany.

Promieniowanie emitowane przez radiofarmaceutyki jest rejestrowane przez odpowiednią aparaturę (kamerę scyntylacyjną lub gammakamerę) i przetwarzane na obrazy. W ten sposób powstają „mapy" rozmieszczenia znacznika.

Uzyskane w ten sposób obrazy scyntygraficzne – scyntygramy – określają kształt, wielkość, położenie oraz makrostrukturę badanego narządu. Zakład Medycyny Nuklearnej w Szpitalu Wojewódzkim jest jedyną taką placówką na Opolszczyźnie.

W Zakładzie Medycyny Nuklearnej wykonywane są następujące badania: scyntygrafia tarczycy, przytarczyc, kości, płuc, nerek, ślinianek, wątroby, serca

a także limfo scyntygrafie, synowiektomie. W Zakładzie Medycyny Nuklearnej leczymy również jodem (I 131).

Leczenie nadczynności tarczycy radiomodem jest metodą wysoce skuteczną i bezpieczną, która może być przeprowadzona w warunkach ambulatoryjnych. Jod promieniotwórczy, powoduje zniszczenie komórek tarczycowych (zmniejszenie wielkości wola) oraz radykalne leczenie nadczynności tarczycy.

Pielęgniarka Medycyny Nuklearnej musi mieć wiedzę na temat działania i obsługi aparatury stosowanej w medycynie nuklearnej (gamma kamery, mierniki aktywności, radiometry). Wie jak przygotować pacjenta do diagnostyki i terapii izotopowej. Podaje dożylnie i śródskórnie izotopy promieniotwórcze, zna ich działanie oraz dba o bezpieczeństwo chorego w trakcie podawania. Sprawuje opiekę pielęgniarską nad pacjentem w czasie jego pobytu w Zakładzie. Udziela pacjentowi informacji i wskazówek na temat postępowania po zakończonej diagnostyce i terapii izotopowej. Prowadzi i nadzoruje obowiązującą dokumentację pielęgniarską. Prawidłowo postępuje z odpadami po badaniu izotopowym. W sytuacji zdarzenia radiacyjnego potrafi podjąć odpowiednie działania. Potrafi udzielić pomocy pacjentowi w sytuacji stanów nagłych, zachowując zasady ochrony radiologicznej. Zna specyficzne dla danej dziedziny aspekty ochrony radiologicznej pacjenta (w tym dzieci i młodzieży). Zna niezbędne akty prawne, dotyczące dziedziny pracy w promieniowaniu jonizującym. Zna i rozumie potrzebę działania i współpracy w zespole (pracownia radiochemiczna, pokój podań izotopów, pracownie aparaturowe, współpracując z lekarzami i technikami).

Pielęgniarka w Zakładzie Medycyny Nuklearnej pracuje z pacjentem promieniującym. Wiadomo, że nie m bezpiecznej dawki promieniowania pochłoniętej przez człowieka. Pracownicy zatrudnieni w zakładach medycyny nuklearnej – pielęgniarki, technicy, lekarze stykają się z promieniowaniem jonizującym na co dzień. Źródłem promieniowania są pacjenci, którym podawane są radioznaczniki. Kontakt z pacjentem jest konieczny, bywa on największy w badaniach PET, w czasie próby wysiłkowej, kiedy podaje się radioznacznik na szczycie wysiłku i musimy kontynuować tę próbę jeszcze przez kolejne minuty. Oczywiście pracujemy zgodnie z wytycznymi zawartymi w Ustawie Prawo atomowe, stosując zasady ochrony radiologicznej zarówno pacjenta jak i pracownika. Stosujemy indywidualne dozymetry i mierniki skażeń oraz dozymetry środowiskowe promieniowania.

Do zadań pielęgniarki należy także przygotowanie radioizotopu odpowiedniego dla danego badania.

Pozyskany czysty Technet uzyskany przez eluowanie generatora dodaje się do odpowiedniego znacznika. Dla każdego badania inny znacznik.

Do większości badań izotopowych nie trzeba się specjalnie przygotowywać. Małym dzieciom, którym najczęściej wykonuje się badanie scyntygraficzne nerek, można podać środek uspokajający, żeby podczas badania za bardzo się nie poruszały.

Niektóre badania wykonuje się zaraz po podaniu radioznacznika. Czasami trzeba jednak poczekać (w przypadku tarczycy – ok. 15 minut, wątroby – ok. 20 minut, kości ok. 3 godzin), aby oceniany narząd zdążył go wchłonąć. Następnie pacjent musi się znaleźć przed specjalnym urządzeniem zwanym gammakamerą.

Scyntygrafię wykonuje się w różnych pozycjach, zwykle na leżąco, czasem stojąc lub siedząc. Do badania izotopowego nie trzeba się rozbierać, jednak pamiętać należy o pozbyciu się metalowych przedmiotów np. z kieszeni, paska z klamrą czy ozdobnego wisiorka na szyi.

Zdarza się tak, że badaniu poddaje się całe ciało chorego. Pacjent kładzie się wówczas na specjalnym, ruchomym łóżku. Powoli przesuwa się ono do przodu, tak by badany od stóp do głowy został „sfilmowany" gammakamerą. Jej „obiektyw" przypominający wyglądem biały blat o boku długości kilkudziesięciu centymetrów, przesuwa się tuż nad pacjentem. Specjalne czujniki dbają, by została zachowana odpowiednia odległość gamma kamery od jego ciała. Gdy chory oddycha – głowica kamery także lekko się unosi i opada wraz z każdym oddechem. Nowoczesne urządzenia tego typu mają 2 lub 3 „obiektywy". Umieszczone na statywie w kształcie dużego koła mogą obracać się wokół chorego lub stać w miejscu. Dzięki temu gamma kamera widzi pacjenta z różnych stron i może tworzyć trójwymiarowe obrazy badanego narządu lub całego organizmu.

W głowicy gamma kamery umieszczony jest specjalny kryształ, który wychwytuje promieniowanie, jakie emituje badany narząd po pochłonięciu odpowiedniej dawki radioizotopu. Program zainstalowany w komputerze połączonym z gamma kamerą przetwarza dane z głowicy na obraz organu widoczny także na monitorze. Lekarz widzi cały narząd oraz jego czynności, np. ruch serca, przepływ krwi, żółci, płynu mózgowo-rdzeniowego, pokarmu, moczu. Może to stanowić cenne uzupełnienie badań, np. radiologicznych.

Wynik scyntygrafii zapisuje się w pamięci komputera. Lekarz prowadzący pacjenta otrzymuje wydruk zdjęć z dokładnym opisem. Jeśli np. istnieją przerzuty nowotworowe, na wydruku widać całą sylwetkę chorego – zarys ciała i wyraźny obraz układu kostnego z widocznymi, prawie czarnymi punktami o różnej wielkości, pokazującymi miejsca gdzie wystąpiły przerzuty.

Lekarze mogą też uzyskiwać kolorowe obrazy na-

rządu. Tak dziej się np. w badaniu tarczycy. Różne rodzaje guzków tarczycy w różnym stopniu pochłaniają radioizotop i „świecą" jaśniej lub ciemniej – wtedy na scyntogramie (wydruku) widać np. świecące na czerwono gruczolaki autonomiczne, czyli tzw. guzki gorące.

Guzki tzw. zimne nie gromadzą radioznacznika, na wydruku są wtedy ciemne miejsca. Bardzo pomocne w kardiologii jest badanie scyntygraficzne serca, w którym również uzyskuje się kolorowy obraz narządu (serca), miejsce niedokrwienia i uszkodzenia mięśnia sercowego. Scyntygrafię wykonuje się tylko na zlecenie lekarza. W zależności od narządu, który poddawany jest badaniu – trwa minuty, kilka godzin, czasem kilka dni. Pacjent na ogół nie musi zostawać w szpitalu. Po badaniu powinien wypić większą ilość płynów (wody, herbaty czy soku), by jak najszybciej wydalić wraz z moczem cały radioizotop. Po badaniach należy zachowywać większe środki ostrożności w kontaktach z małymi dziećmi lub kobietami w ciąży.

Badanie scyntygraficzne może być wykonane u osoby w każdym wieku, nawet u noworodka.

Media w szpitalu

Służba zdrowia zawsze będzie interesować media. Pacjenci, którzy narzekają na leczenie, zbyt niskie pensje personelu medycznego, za drogie leki, długie kolejki na wizyty w przychodniach czy do zabiegów, skromne posiłki w szpitalach… Media pokazują jednak nie tylko problemy, czytelnicy, widzowie i słuchacze dowiadują się przecież dzięki nim również o sukcesach lekarzy czy nowych inwestycjach.

W placówkach służby zdrowia za kontakty z mediami zazwyczaj odpowiedzialne są wskazane przez dyrekcję osoby. Za ich zgodą i wiedzą oraz w ich obecności media poruszają się po placówce zdrowia. Dyrekcja, rzecznik prasowy, wskazani eksperci też najczęściej wypowiadają się przed dyktafonem, radiowym mikrofonem czy telewizyjną kamerą. Aby jednak ciekawy z punktu widzenia zarówno dziennikarza, jak i odbiorcy materiał mógł powstać, często przedstawiciele mediów potrzebują pomocy nie tylko osób odpowiedzialnych za kontakty z mediami.

Dziennikarzowi prasowemu wystarcza do pracy dyktafon, ale może potrzebować zrobić zdjęcie ilustrujące artykuł. Dziennikarz radiowy będzie potrzebować nagrać wypowiedź i również zazwyczaj zrobić zdjęcie, a czasem filmik (radiowe materiały trafiają nie tylko na antenę, również na strony internetowe redakcji). Najbardziej wymagająca w przygotowaniu reporterskiego materiału jest telewizja. Przykład? Jeśli dziennikarz telewizyjny nagrywa materiał o oddaniu nowego oddziału w szpitalu, będzie musiał pokazać widzom przed ekranami wyremontowane pomieszczenia, nowe łóżka, zadowolonych z komfortu pacjentów czy pielęgniarki, którym lepiej się pracuje. Nie wystarczy tu tylko wypowiedź osoby odpowiedzialnej za inwestycję – oddział trzeba pokazać. Najciekawiej pokazuje się z ludźmi, pacjentami czy personelem. Z punktu widzenia mediów - osobami leczonymi i leczącymi razem, w jednym ujęciu. Dziennikarz prosić może zatem nie tylko o wypowiedź, ale na przykład o pomoc w nagraniu tzw. obrazków. Tu reporter może mieć różne pomysły: zechce pokazać pewne zabiegi przy pacjencie (o ile pacjent się zgodzi), przygotowanie leków, nagrać badanie. Na każde nagranie dziennikarz potrzebuje zgodę osób nagrywanych i nagra tyle, ile mu pozwolimy.

Czy można się nie zgodzić na udział w nagraniu i pokazanie personelu przy pracy? Tak, mamy prawo do odmowy. Ale można też dziennikarzowi pomóc w przygotowaniu materiału, zgadzając się na przykład na takie nagranie, by nie była w nim widoczna twarz. To proste: operator wytłumaczy, że potrzebuje szeroki plan (osoba staje się wtedy jednym z elementów planu, może być pokazana od tyłu) i wąski – czyli na przykład dłonie przygotowujące porcję leków, podające kroplówkę, zastrzyk itd. Dzięki naszym ułatwieniom dziennikarz przy zachowaniu należytej staranności przygotuje materiał, który ciekawie przedstawi temat. Tu cel naszej pomocy mediom, a więc współpracy jest wspólny – ma powstać obiektywny, dobry materiał.

Małgorzata Lis-Skupińska
Rzecznik Prasowy
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Dyżur stacjonarny: pierwszy i trzeci czwartek każdego miesiąca w godzinach 15:00 – 17:00 w biurze Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych I piętro, ul. Budowlanych 44A, 45-123 Opole

Kontakt pod numerem telefonu:
tel. komórkowy 784 940 617;
tel. stacjonarny w godzinach dyżuru: 77 441 51 98
e-mail: rzecznik@oipip.opole.pl

Plan dyżurów na 2019 r.

- ⇨ **03 styczeń 2019 r.** – Maria Grzeczna
- ⇨ **17 styczeń 2019 r.** – Maria Grzeczna
- ⇨ **07 luty 2019 r.** – Iwona Charyło
- ⇨ **21 luty 2019 r.** – Anita Golec
- ⇨ **07 marzec 2019 r.** – Małgorzata Żyńczak
- ⇨ **21 marzec 2019 r.** – Małgorzata Żyńczak
- ⇨ **04 kwiecień 2019 r.** – Małgorzata Żyńczak
- ⇨ **18 kwiecień 2019 r.** – Małgorzata Żyńczak
- ⇨ **09 maj 2019 r.** – Anita Golec
- ⇨ **23 maj 2019 r.** – Iwona Charyło
- ⇨ **06 czerwiec 2019 r.** – Iwona Charyło
- ⇨ **27 czerwiec 2019 r.** – Iwona Charyło
- ⇨ **04 lipiec 2019 r.** – Halina Ambrozik
- ⇨ **18 lipiec 2019 r.** – Halina Ambrozik
- ⇨ **01 sierpień 2019 r.** – Halina Ambrozik
- ⇨ **22 sierpień 2019 r.** – Halina Ambrozik
- ⇨ **05 wrzesień 2019 r.** – Anna Makowiecka
- ⇨ **19 wrzesień 2019 r.** – Anna Makowiecka
- ⇨ **03 październik 2019 r.** – Anna Makowiecka
- ⇨ **17 październik 2019 r.** – Anna Makowiecka
- ⇨ **07 listopad 2019 r.** – Anita Golec
- ⇨ **21 listopad 2019 r.** – Anita Golec
- ⇨ **05 grudzień 2019 r.** – Maria Grzeczna
- ⇨ **19 grudzień 2019 r.** – Maria Grzeczna

Opolska Pielęgniarka i Położna

Kontakt:
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu
ul. Budowlanych 44a, 45-123 Opole
tel.: 77 441 51 90, fax: 77 441 51 99
e-mail: biuro@oipip.opole.pl
www.oipip.opole.pl

NIP: 754-13-06-694
Konto: Bank Zachodni WBK I Oddział w Opolu, ul. Ozimska 6
33 1090 2138 0000 0005 5600 0581

Godziny pracy biura OIPiP w Opolu:
poniedziałek 8^{00} - 16^{00}
wtorek 8^{00} - 16^{00}
środa 8^{00} - 17^{00}
czwartek 8^{00} - 16^{00}
piątek 8^{00} - 16^{00}

Pracownicy biura OIPiP w Opolu:
Anna Kałuska – pracownik administracyjno-biurowy
Beata Gawlikowska – pracownik administracyjno-biurowy
Liliana Maciak – księgowa
Agnieszka Burzyńska – dział PWZ, Biuro Rzecznika
Dominika Rygiel – dział ewidencji składek

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu
Redakcja biuletynu: Przewodnicząca: Sabina Wiatkowska, Członkowie: Aleksandra Tkaczuk, Urszula Kraszkiewicz
Osoba odpowiedzialna za wydanie bieżącego biuletynu: Stefania Szewczuk
Redaktor Naczelny: Wiesław Duda, tel. 601 688 692, e-mail: wduda1@op.pl
druk i skład: Eurocent, 45-215 Opole, ul. Luboszycka 34, tel. 77 44 10 777, biuro@eurocent.opole.pl
Redakcja nie zwraca materiałów nie zamówionych, zastrzega sobie prawo redagowania nadesłanych tekstów i nie odpowiada za treść zamieszczanych reklam.