



Moje drugie życie

poradnik dla pacjentów
po zawale mięśnia sercowego



Autor:

Ilek. Magdalena Kociuk
specjalista kardiolog

Oddział Kardiologiczny
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej

Wydanie I

Biała Podlaska, kwiecień 2018 r.

Dołożono wszelkich starań, aby informacje zawarte w niniejszej publikacji zostały podane jak najdokładniej. Celem niniejszej publikacji nie jest zastąpienie postępowania lekarskiego w zakresie diagnozy ani terapii. Treści w niej zawarte nie mogą być podstawą do samodzielnego diagnozowania chorób, nie są też poradami lub zaleceniami lekarskimi. Nie mogą zastąpić konsultacji ze specjalistą.

Szanowni Państwo!

Niemal każdego dnia do naszego Szpitala jest przyjmowany pacjent z zawałem serca. Doskonale wyszkolony personel oraz wysokospecjalistyczny sprzęt pozwala nam na leczenie pacjentów z zawałem na najwyższym, europejskim poziomie. W opiece nad chorymi nie ograniczamy się jedynie do okresu hospitalizacji, troszczymy się o ich losy także po wypisie. Od października 2017 roku realizujemy świadczenie KOS – zawał, czyli system kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale serca. Dzięki temu zapewniamy pacjentom wczesne rozpoczęcie rehabilitacji kardiologicznej oraz systematyczne wizyty kontrolne w pierwszym roku po zawale. Wiemy, jak ważna dla zdrowia jest edukacja, dlatego w strukturach bialskiego szpitala powstała Akademia Zdrowego Serca. Realizuje ona swoje założenia poprzez cykl spotkań edukacyjnych dla pacjentów po zawale oraz ich bliskich.

Naszym kolejnym krokiem w kierunku poprawy opieki nad pacjentami po zawale serca jest wydanie poradnika, który mają Państwo w tej chwili w rękach. Stanowi on kompendium wiedzy na temat zawału serca, sposobów jego leczenia oraz przede wszystkim zasad właściwego postępowania po zawale. Poradnik skierowany jest nie tylko do naszych pacjentów, ale także ich bliskich, którzy współuczestniczą w procesie leczenia i zapobiegania nawrotom choroby.

Leczenie pacjenta z zawałem serca to nie tylko zabieg i leki, to także umiejętność dokonywania właściwych wyborów na co dzień, wyborów dobrych dla zdrowia i serca, takich, które zmniejszą ryzyko kolejnego incydentu i wydłużą życie. Niniejszy poradnik to zbiór wskazówek pomocnych w Państwa codziennej walce o długie i zdrowe życie. Oprócz części edukacyjnej zawiera również część praktyczną – dzienniczek wizyt kontrolnych, ułatwiający nadzorowanie okresu rekonwalescencji i powrotu do zdrowia.

Życie po zawale to drugie życie. Nie musi być gorsze, a wręcz przeciwnie: może stać się bogatsze dzięki przemyślanym i świadomym wyborom prowadzącym nie tylko do jego wydłużenia, ale także do poprawy jakości i satysfakcji! Zachęcam do lektury, a następnie do wprowadzenia w życie przedstawionych zaleceń i porad.

lek. Magdalena Kociuk
specjalista kardiolog



Część pierwsza

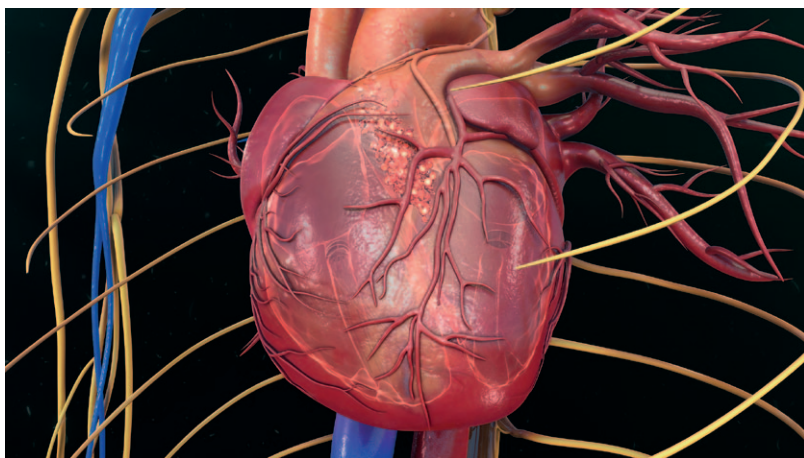
Zawał serca – definicja, objawy,
leczenie





Serce człowieka jest najważniejszym organem, od którego zależy funkcjonowanie całego organizmu. Składa się z czterech jam: dwóch przedsionków i dwóch komór. Sprawne działanie tego organu umożliwia dostarczanie do tkanek i narządów całego organizmu odpowiedniej ilości krwi, a tym samym odpowiedniej ilości substancji odżywczych i tlenu. Samo serce również wymaga odżywiania. Funkcję dystrybutora krwi zawierającej tlen i substancje odżywcze dla mięśnia sercowego pełni krążenie wieńcowe. Jest to sieć naczyń: tętnic i żył, które stopniowo rozgałęziają się, by dotrzeć do każdej komórki mięśnia sercowego i dostarczyć jej krew zawierającą substancje niezbędne do życia.

Główne tętnice wieńcowe doprowadzające krew do mięśnia sercowego to: pień lewej tętnicy wieńcowej (LM), rozgałęziający się następnie na gałąź okalającą (Cx) oraz gałąź przednią zstępującą (LAD), oraz prawa tętnica wieńcowa (RCA). Są to naczynia o średnicy od 3 do 6 mm, od których stopniowo odchodzi szereg drobniejszych tętnic. Tworzą one doskonale funkcjonującą sieć kanałów, którymi krew dociera do komórek serca. Sprawne funkcjonowanie krążenia wieńcowego warunkuje sprawne funkcjonowanie serca.

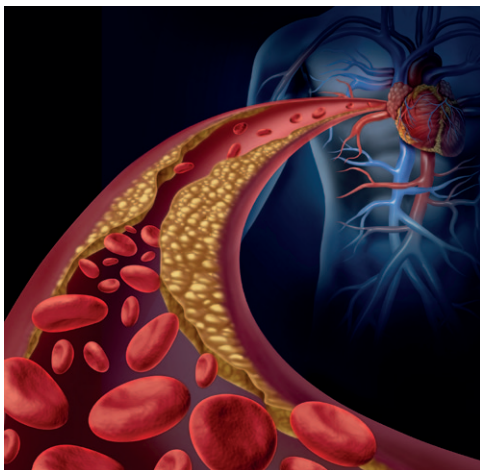




II. Miażdżycyca – podstępny, cichy zabójca

Sprawne funkcjonowanie krążenia wieńcowego zależy przede wszystkim od drożności tętnic wieńcowych. Wszelkie bariery znajdujące się na drodze przepływu krwi w obrębie naczyń zmniejszają przepływ krwi „za barierą”, co skutkuje słabszym ukrwieniem, czyli gorszym zaopatrzeniem w tlen i substancje odżywcze. Chorobą odpowiedzialną za tworzenie „barier” limitujących przepływ w obrębie tętnic jest miażdżycyca. Jest to przewlekła choroba zapalna charakteryzująca się tworzeniem złogów w ścianie tętnic, prowadzących do utraty ich elastyczności i zawężania ich światła. Sam proces miażdżycowy polega na gromadzeniu się w ścianie tętnic substancji przenikających z krwi, głównie cholesterolu LDL i komórek zapalnych – monocytów. Z nich w ścianie naczyń powstają tzw. komórki piankowe, czyli obładowane cholesterolu LDL makrofagi – to one stanowią podstawowy budulec blaszek miażdżycowych zawężających światło tętnic. Jeśli miażdżycyca napotka na „sprzyjające warunki”, to proces narastania blaszek miażdżycowych i jednocześnie zawężania światła naczyń postępuje i prowadzi do niedokrwienia wielu ważnych narządów, w tym serca, mózgu i nerek. Te „sprzyjające” rozwojowi miażdżycy warunki to przede wszystkim: wysoki poziom cholesterolu LDL we krwi, palenie papierosów, brak aktywności fizycznej, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość brzuszna i stres.

Postępujący w ścianie naczyń proces miażdżycowy może przez wiele lat nie dawać żadnych objawów, a pierwszym jego sygnałem mogą być już powikłania miażdżycy, np. udar mózgu czy zawał serca. Miażdżycowe zgrubienia ściany tętnic wieńcowych stwierdza się już u 15% osób w wieku między 10 a 20 r.ż., jednak objawy kliniczne pojawiają się zwykle między 50 a 60 r.ż., dlatego tak ważne jest, aby wcześniej eliminować wszelkie „sprzyjające” okoliczności, które prowadzą do jej rozwoju.



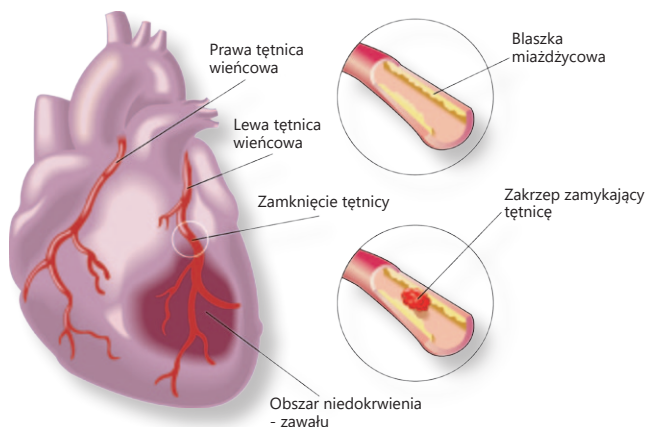


Błazki miażdżycowe znajdujące się w ścianie tętnic wieńcowych przez wiele lat mogą nie dawać żadnych dolegliwości. Może jednak zdarzyć się sytuacja, w której nawet niewielka blaszka miażdżycowa ulega nagłemu pęknięciu. To powoduje, że na jej powierzchni powstaje zakrzep złożony z płytek krwi i włókniaka. Zakrzep ten szybko narasta i powoduje zamknięcie światła tętnicy, co prowadzi do niedokrwienia obszaru mięśnia sercowego znajdującego się za zakrzepem. Tak dochodzi do zawału serca, czyli martwicy mięśnia sercowego wywołanej zamknięciem tętnicy wieńcowej. Im dłużej tętnica pozostaje zamknięta, tym większy obszar mięśnia sercowego umiera. Zatem im wcześniej rozpocznie się leczenie prowadzące do otwarcia tętnicy, tym większa jest szansa na zmniejszenie obszaru martwicy serca. Z tego względu wśród kardiologów popularne jest określenie „czas to mięsień”.

Martwica komórek mięśnia sercowego zaczyna rozwijać się już po około 15 – 30 minutach od zamknięcia tętnicy, a po 3 – 6 godzinach umiera cały obszar mięśnia zaopatrywany przez zamknięte naczynie.

Niekiedy do zawału serca dochodzi poprzez długotrwałe narastanie blaszki miażdżycowej bez jej pęknięcia i tworzenia zakrzepu. Efekt jednak jest podobny – ostatecznie dochodzi do zamknięcia tętnicy i martwicy fragmentu serca.

Bez względu na mechanizm zawału kluczowym elementem wpływającym na dalsze rokowanie jest jak najszybsze wezwanie pomocy i rozpoczęcie leczenia, najlepiej już w pierwszej godzinie wystąpienia objawów, stąd określenie „złota godzina”.





IV. Zawał serca – objawy, które sprawiają, że zadzwonisz pod nr 999 lub 112!

Najczęściej zawał serca objawia się silnym bólem, pieczeniem lub uciskiem w okolicy mostka. Ból najczęściej ma charakter rozlany, nie punktowy, tzn. nie można wskazać miejsca bólu np. jednym palcem. Opisując ból, pacjent zwykle przykłada całą dłoń do mostka. Często ból promieniuje do żuchwy, szyi, pleców, rąk lub barku, może towarzyszyć mu także drętwienie palców. Niekiedy zawał objawia się bólem brzucha, nudnościami i wymiotami. Często tym dolegliwościom towarzyszą obfite, zimne poty i silny lęk. U osób w starszym wieku i chorujących na cukrzycę zawał może objawiać się w niecharakterystyczny sposób, np. jako duszność lub zasłabnięcie.

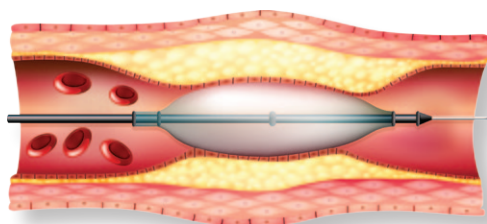
Jeśli takie objawy utrzymują się i nie ustępują po odpoczynku lub przyjęciu nitrogliceryny, należy wezwać pogotowie ratunkowe, dzwoniąc pod numer telefonu 999 lub 112. Warto również poinformować osobę znajdującą się w pobliżu o zaistniałych objawach i poprosić ją o opiekę do czasu przyjazdu karetki pogotowia. Próba dotarcia do szpitala własnym środkiem transportu może skończyć się tragicznie – już w pierwszych minutach zawału może dojść do groźnych zaburzeń rytmu serca, objawiających się np. omdleniem lub zatrzymaniem pracy serca. Tylko personel pogotowia ratunkowego posiada odpowiednie kwalifikacje i sprzęt niezbędny do podjęcia działań ratujących życie w czasie transportu do szpitala.



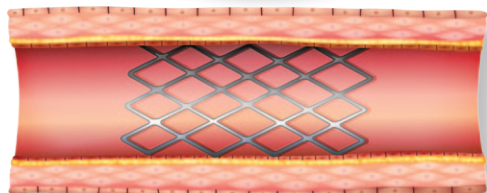


Nowoczesne i najskuteczniejsze leczenie zawału serca polega na wykonaniu zabiegu koronarografii i angioplastyki naczyń wieńcowych. Koronarografia jest badaniem inwazyjnym, które umożliwia uwidocznienie tętnic wieńcowych. W czasie zabiegu przy użyciu specjalnych cewników wprowadza się środek kontrastowy i wykonuje szereg filmów z użyciem promieni rentgenowskich. To pozwala na zobrazowanie stanu krążenia wieńcowego i zlokalizowanie zamkniętej lub krytycznie zwężonej tętnicy odpowiedzialnej za zawał. Następnie rozpoczyna się najważniejszy etap, czyli angioplastyka tętnicy dożawałowej (zwana potocznie balonikowaniem, wszczepianiem stentów). Angioplastyka polega na wprowadzeniu w miejsce zwężenia specjalnego cewnika balonowego i rozprężeniu balona. W efekcie dochodzi do poszerzenia światła naczynia. W celu zmniejszenia ryzyka nawrotu zwężenia w poszerzone miejsce wszczepia się stent, czyli metalową protezę o kształcie sprężynki, która podtrzymuje ścianę naczynia.

Niekiedy zmiany w tętnicach wieńcowych są bardzo zaawansowane lub dotyczą szczególnych obszarów (np. rozgałęzienia tętnic), a wówczas najlepszą metodą leczenia jest pomostowanie aortalno-wieńcowe (zwane potocznie operacją wszczepiania bajpasów). Jednak wysokie bezpieczeństwo i skuteczność zabiegów angioplastyki przezskórnej sprawia, że jest to najczęściej stosowana metoda leczenia inwazyjnego zawału serca.



Wprowadzony balon udrażnia zatkane naczynie



Stent chroni naczynie przed ponownym zamknięciem



VI. Zawał serca – hospitalizacja

Pierwsza doba zawału jest okresem najtrudniejszym i obciążonym najwyższym ryzykiem. Wówczas może dojść do groźnych powikłań, w tym zaburzeń rytmu serca czy wystąpienia ostrych objawów niewydolności serca. W tym czasie pacjent przebywa na sali intensywnego nadzoru kardiologicznego, gdzie stale kontroluje się jego parametry życiowe, takie jak ciśnienie tętnicze i saturację (wysycenie krwi tętniczej tlenem), oraz monitoruje się zapis pracy serca, czyli zapis EKG. Pacjent otrzymuje również leki zapobiegające ponownemu zamknięciu tętnicy oraz leki przeciwniedokrwienne i stabilizujące blaszki miażdżycowe.

Kolejne dni hospitalizacji to czas przeznaczony na wykonanie dalszych badań oceniających stan układu krążenia, ustalenie zestawu leków, jakie chory będzie przyjmował w domu, oraz rozpoczęcie rehabilitacji.

Jeśli zawał jest niepowikłany, to uruchamianie pacjenta, czyli wczesną rehabilitację, rozpoczyna się już w drugiej dobie zawału. Uruchamianie prowadzi się pod okiem wykwalifikowanego fizjoterapeuty, który kontroluje reakcje pacjenta na wysiłek, sprawdza tętno i ciśnienie przed, w trakcie i po wysiłku. Początkowo wykonuje się proste i mało obciążające ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia małych, następnie większych grup mięśniowych, napięcia izometryczne mięśni, ćwiczenia dynamiczne i relaksacyjne. Stopniowo zwiększa się zakres aktywności oraz wydłuża dystans chodu, a od 5 – 6 doby pacjent może już swobodnie spacerować po korytarzu i wchodzić na pierwsze piętro.

Hospitalizacja trwa zwykle około tygodnia. Przy wypisie chory otrzymuje zestaw leków oraz zaleceń dotyczących dalszego leczenia i postępowania. Często jest również kierowany na dalszą rehabilitację stacjonarną lub w oddziale dziennym.





W pierwszych dniach po wypisie pacjent potrzebuje wsparcia. Wówczas wskazana jest obecność bliskiej osoby, która zapewni pomoc i zwiększy poczucie bezpieczeństwa, chociażby przez rozmowę lub samą swoją obecność. Ważne jednak jest, aby bliscy nie wyręczali pacjenta we wszystkich domowych zadaniach. Wręcz przeciwnie – należy utrzymać, a następnie stopniowo zwiększać aktywność rozpoczętą jeszcze w okresie hospitalizacji. Jeśli lekarz nie zaleci inaczej, nie ma przeciwwskazań do podejmowania lekkich prac domowych, przyrządzania posiłków oraz kontynuowania ćwiczeń rozpoczętych w czasie rehabilitacji szpitalnej. Najlepszą formą aktywności w pierwszych dniach po zawale są spacery ze stopniowo wydłużanym dystansem. Jeśli w czasie wysiłku fizycznego pojawiają się bóle w klatce piersiowej, należy przerwać daną czynność i skonsultować się z lekarzem, bowiem mogą świadczyć o nawrocie choroby.

Możliwość prowadzenia auta zależy od wielkości uszkodzenia serca po zawale i warto o to zapytać kardiologa w dniu wypisu. Sam fakt przebycia zawału nie stanowi przeciwwskazania do prowadzenia auta. W zawale niepowikłanym i bez znacznego upośledzenia funkcji lewej komory można wsiąść za kierownicę już po tygodniu od wypisu, oczywiście początkowo nie należy udawać się w zbyt długie trasy.

Pierwsze dni po hospitalizacji to także czas, kiedy wdraża się nowe, zdrowe nawyki w domu i wśród najbliższych. Dotyczy to głównie zmian w diecie oraz wyeliminowania używek (szczególnie papierosów!).





VIII. Systematyczne stosowanie leków – to po pierwsze!

Gdy pacjent wychodzi ze szpitala, otrzymuje zestaw leków do codziennego stosowania. Najczęściej są to leki z czterech grup:

1. Leki przeciwplatekcyjne: kwas acetylosalicylowy oraz kłopidogrel lub tikagrelor. Są to leki, które zapobiegają powstawaniu zakrzepów oraz chronią wszczepione stenty przed ponownym zamknięciem się („wykrzepianiem”). Leczenie dwoma lekami przeciwplatekcyjnymi bezwzględnie zaleca się przez rok po zawale. Samodzielne przerwanie tego leczenia może wywołać tragiczne w skutkach konsekwencje, w tym zakrzepicę w stentach, która z kolei może doprowadzić do ponownego zawału i zgonu! Po roku od zawału zwykle kontynuuje się leczenie jednym lekiem przeciwplatekcyjnym, najczęściej kwasem acetylosalicylowym. W rzadkich sytuacjach zdarza się, że podwójną terapię przeciwplatekcyjną przedłuża się do 36 miesięcy – o tym decyduje kardiolog w zależności od indywidualnej oceny pacjenta. Leki przeciwplatekcyjne mogą powodować uszkodzenie błony śluzowej żołądka. W razie pojawienia się dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego (np. uczucie zgagi, kwaśne lub gorzkie odbijanie się, nudności, ból w nadbrzuszu) należy skonsultować się z lekarzem. Zwykle po kilku dniach stosowania leków osłonowych dolegliwości ustępują. Działanie przeciwplatekcyjne leków zwiększa również tendencję do krwawień. Pacjenci często skarżą się na większą skłonność do powstawania siniaków czy krwawień przy niewielkich skaleczeniach. Istotnym objawem jest pojawienie się czarnego, smolistego stolca – może stanowić objaw krwawienia z żołądka, wówczas konieczna jest konsultacja lekarska. Podobnie weryfikacji lekarskiej wymaga pojawienie się krwi w moczu.
2. Leki z grupy ACE-inhibitorów (np. ramipril, zofenopril) mają udowodnione działanie zmniejszające śmiertelność u pacjentów po zawale, szczególnie u chorych z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą, niewydolnością serca oraz niewydolnością nerek, i powinny być stosowane przewlekłe. U wąskiej grupy pacjentów mogą one wywoływać suchy, uporczywy kaszel. W razie wystąpienia tego objawu należy zgłosić się do lekarza, który zamieni lek na inny, działający podobnie bloker angiotensyny.

3. Leki z grupy beta-blokerów (np. bisoprolol, metoprolol) również mają udowodnione działanie wydłużające życie u pacjentów po zawale serca. Ich działanie jest wielokierunkowe: oprócz zmniejszania ryzyka zgonu zmniejszają również częstość występowania dolegliwości wieńcowych, skłonności do arytmii oraz obniżają ciśnienie krwi i częstość pracy serca. U niektórych pacjentów w trakcie leczenia beta-blokerem może dochodzić do spadku tętna poniżej 50 na minutę. Wówczas konieczne są wykonanie EKG i konsultacja lekarska. Jeśli towarzyszą temu zawroty głowy, zasłabnięcie czy omdlenie konsultacja powinna być przeprowadzona w trybie pilnym.
4. Statyny (np. rosuwastatyna, atorwastatyna) to leki popularnie znane jako obniżające cholesterol. Ich działanie jest jednak dużo szersze: działają przeciwzapalnie, chronią śródbłonek naczyń krwionośnych, hamują rozwój miażdżycy i stabilizują już istniejące blaszki miażdżycowe poprzez zapobieganie ich pękaniu. Leki z tej grupy powinny być stosowane wieczorem. Jeśli w czasie terapii statynami pojawią się bóle mięśniowe, należy zgłosić się do lekarza. Mogą stanowić efekt działania niepożądanego leku, a wówczas konieczna jest konsultacja lekarska i oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej. Wskazana jest także okresowa kontrola parametrów wątrobowych, szczególnie ALAT; pierwsza kontrola powinna odbyć się po 8 – 12 tygodniach od rozpoczęcia leczenia statyną. Osiągnięcie docelowych wartości cholesterolu LDL w trakcie leczenia statyną nie oznacza, że należy lek odstawić. Wielokierunkowe, szczególnie przeciwmiażdżycowe i przeciwzapalne działanie tych leków sprawia, że są one przeznaczone do stosowania przewlekłego.



Pamiętaj! Nigdy samodzielnie nie odstawiaj leków i nie modyfikuj ich dawek! Jakiegokolwiek zmiany w leczeniu muszą być konsultowane z lekarzem!

Pacjent po zawale powinien zawsze posiadać spis aktualnie stosowanych leków i ich dawek.

Ma to szczególne znaczenie w sytuacjach nagłych, np. wymagających interwencji pogotowia ratunkowego. Podczas wizyt u lekarza rodzinnego lub innych lekarzy także należy przedstawiać listę przyjmowanych leków. Wskazane jest również, aby bliscy pacjenta posiadali dostęp do spisu aktualnie stosowanych leków oraz dokumentacji medycznej, tak aby mogli udostępnić ją w razie nagłej interwencji służb ratunkowych.



IX. Najważniejsze cele – zmniejszyć ryzyko, wydłużyć życie!

U chorych, którzy przeżyli zawał serca, ryzyko wystąpienia kolejnego zawału jest wysokie i wynosi około 15% w ciągu roku. Systematyczne stosowanie leków to dopiero początek drogi prowadzącej do maksymalnego obniżenia tego ryzyka. Ocenia się, że za 20% ryzyka wystąpienia zawału odpowiadają czynniki genetyczne („złe” geny dziedziczone od rodziców), a aż 80% tego ryzyka to niewłaściwy styl życia, w tym przede wszystkim niezdrowa dieta, brak aktywności fizycznej, wdychanie dymu tytoniowego, brak umiejętności właściwego reagowania na stres oraz będące konsekwencją niezdrowego stylu życia otyłość, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia i cukrzyca.

Zdrowy styl życia – regularna aktywność fizyczna, zdrowa dieta, unikanie wdychania dymu tytoniowego, w tym tzw. biernego palenia, oraz skuteczne leczenie otyłości, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego i hiperlipidemii – minimalizuje ryzyko nawrotu choroby i w konsekwencji wydłuża życie!





Nieprawidłowy poziom cholesterolu jest jednym z głównych czynników wpływających na rozwój miażdżycy, a w konsekwencji choroby wieńcowej i zawału serca. Szczególnie frakcja LDL (ang. low density lipoproteins), potocznie zwana „złym cholesterolem”, odpowiada za powstawanie blaszek miażdżycowych. By określić gospodarkę lipidową, wykonuje się badanie z krwi, tzw. lipidogram, w którego skład wchodzi poziom cholesterolu całkowitego, frakcji LDL (cholesterol „zły”, „miażdżycotwórczy”), frakcji HDL (tzw. „dobry”) oraz trójglicerydów. **Docelowa wartość cholesterolu LDL u pacjenta po zawale serca to mniej niż 1,8 mmol/l, czyli mniej niż 70 mg/dl.** Obniżenie poziomu cholesterolu LDL do takiej wartości stanowi główny cel leczenia hipolipemizującego. Wskazane jest również, aby poziom cholesterolu HDL („dobrego”) znajdował się powyżej 1,2 mmol/l, czyli 50 mg/dl u kobiet oraz powyżej 1,0 mmol/l, czyli 40 mg/dl u mężczyzn.

Właściwe leczenie obniżające poziom cholesterolu polega nie tylko na stosowaniu leków (statyn), ale także na wdrożeniu właściwej diety.

Aby zmniejszyć stężenie cholesterolu LDL, należy zamienić w diecie nasycone kwasy tłuszczowe (tłuszcze zwierzęce – tłuste produkty mleczne i mięsne) nienasyconymi kwasami tłuszczowymi (oleje roślinne i miękkie margaryny). Należy zatem unikać tłustych mięs i wędlin, takich jak pasztety, parówki, salami, boczek, baleron i kiełbasy wiejskie, a stosować olej rzepakowy, słonecznikowy oraz oliwę z oliwek.

Kolejny krok to ograniczenie spożycia tzw. izomerów trans kwasów tłuszczowych. Głównym ich źródłem są częściowo uwodornione tłuszcze roślinne, znajdujące się w tłuszczu cukierniczym, w wyrobach przemysłu cukierniczego i piekarniczego (tzw. sklepowe ciastka, cukierki, batoniki, gotowe ciasta). Izomery trans kwasów tłuszczowych znajdują się także w zupach w proszku i gotowych sosach, a także w twardych margarynach i żywności typu fast food. Zaleca się również ograniczyć spożywanie cholesterolu pokarmowego, tj. takich produktów, jak: żółtka jaj, podroby i wędliny podrobowe.

A jakie pokarmy są wskazane i obniżają poziom LDL we krwi? Działanie zmniejszające stężenie cholesterolu LDL ma błonnik pokarmowy, szczególnie obecny w nasionach roślin strączkowych, owocach, warzywach oraz produktach zbożowych z pełnego przemiału

(ciemne pieczywo, kasze: gryczana, jęczmienna, płatki owsiane). Przy obniżaniu poziomu cholesterolu LDL pomocne są również produkty wzbogacone o stanole czy sterole roślinne, np. odpowiednie margaryny („obniżające cholesterol”).

Ważny element działań zmierzających do obniżenia poziomu cholesterolu LDL stanowi także systematyczna aktywność fizyczna!



XI. Nadciśnienie tętnicze – przeciwnik, którego możesz pokonać!

Nadciśnienie tętnicze to stale utrzymujące się wysokie ciśnienie krwi, prowadzące do uszkodzenia naczyń krwionośnych, w tym tętnic wieńcowych, mózgowych, nerkowych i oczu. Konsekwencją nieleczonego lub niewłaściwie leczonego nadciśnienia jest rozwój miażdżycy oraz powstawanie dalszych, groźnych powikłań, takich jak: zawał serca, udar mózgu czy niewydolność nerek. U pacjentów po zawale serca należy dążyć do uzyskania wartości ciśnienia nieprzekraczających 140/90 mmHg. Pacjenci po zawale z cukrzycą powinni osiągać wartości ciśnienia tętniczego nie wyższe niż 140/85 mmHg. U pacjentów po 80 r.ż. zaleca się ostrożniejsze obniżanie ciśnienia do wartości poniżej 150 mmHg. Dobrą metodą pozwalającą zweryfikować, czy aktualnie stosowane leczenie pozwala na uzyskanie docelowych wartości ciśnienia, są pomiary ciśnienia w warunkach domowych. Pomiary należy wykonywać rano i wieczorem, o stałych

porach, w stałych odstępach czasu, np. o 6.00 i 18.00, używając w pełni zautomatyzowanych aparatów z mankietem zakładanym na ramię. Pomiary powinny być wykonywane bezpośrednio przed przyjęciem leków, a w godzinach porannych przed jedzeniem. Uzyskane wartości ciśnienia pacjent powinien zapisywać w dzienniczku samokontroli. Pomiary takie należy prowadzić przez 7 kolejnych dni. Dobrą praktyką jest wykonywanie takich 7-dniowych pomiarów przed wizytą kontrolną u lekarza, wówczas możliwa jest ewentualna korekta leczenia w razie niezyskiwania właściwych celów leczenia. Wartości domowych pomiarów nie powinny jednak skłaniać pacjenta do samodzielnej modyfikacji leczenia. Zmiany dawek stosowanych leków lub ich odstawianie zawsze powinny zależeć od lekarza. W szczególnych sytuacjach (np. u pacjentów z podejrzeniem nadciśnienia białego fartucha lub u chorych z podwyższonym poziomem lęku) lekarz może zlecić wykonanie całodobowego pomiaru ciśnienia tętniczego (ABPM).

Skuteczne leczenie nadciśnienia tętniczego to nie tylko systematyczne stosowanie leków! To także wdrożenie odpowiednich zmian w stylu życia: normalizacja masy ciała, zachowanie odpowiedniej diety ze zmniejszonym spożyciem tłuszczów, zwłaszcza nasyconych, zwiększenie spożycia warzyw i innych pokarmów pochodzenia roślinnego, ograniczenie spożycia soli i alkoholu oraz zaprzestanie palenia tytoniu i zwiększenie systematycznej aktywności fizycznej.





XII. Cukrzyca – woda na młyn dla miażdżycy!

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, związaną z nieprawidłowym metabolizmem glukozy. Rozwija się przez lata, wynika z nadmiernego dostarczania organizmowi pożywienia, co prowadzi do nadprodukcji insuliny i z czasem spadku wrażliwości na ten hormon. Efektem jest przewlekle podwyższony poziom glukozy we krwi. Podwyższony poziom cukru prowadzi do uszkodzania śródbłonna naczyń krwionośnych, a w konsekwencji funkcji wielu narządów: szczególnie nerek, serca i oczu. Niewyrównana cukrzyca zwiększa ryzyko powstania kolejnego zawału. Można powiedzieć, że cukrzyca to przysłowiowa „woda na młyn” dla miażdżycy. Prawidłowa kontrola cukrzycy stanowi zatem jeden z priorytetów w leczeniu pacjenta po zawałe.

Kryteriami świadczącymi o dobrej kontroli cukrzycy są następujące parametry:

- glikemia na czczo: < 110 mg%,
- glikemia po posiłku: 70 –135 mg%,
- hemoglobina glikowana: HbA1c < 7%, a u osób powyżej 75 r.ż. z długotrwałą cukrzycą – 8%.

Ostatni parametr – hemoglobina glikowana – odzwierciedla wyrównanie cukrzycy z ostatnich 3 miesięcy.

Leczenie cukrzycy to nie tylko przyjmowanie leków i wstrzykiwanie insuliny! To także odpowiednio zbilansowana dieta, odpowiednia waga ciała oraz aktywność fizyczna.





Systematyczna aktywność fizyczna stanowi jeden z najlepszych leków, jakie istnieją w kardiologii! Serce to mięsień, dlatego ruch jest niezbędny do utrzymania go we właściwej kondycji. W dniu wypisu ze szpitala warto ustalić z kardiologiem zakres możliwych ćwiczeń oraz czasu ich trwania. Idealną sytuacją jest kierowanie pacjenta na rehabilitację bezpośrednio po zawale. To pozwala na wdrożenie nadzorowanego przez specjalistów zestawu ćwiczeń dobranych indywidualnie do pacjenta.

Pierwsze dni po wypisie ze szpitala to na ogół czas spacerów ze stopniowo wydłużanym dystansem i czasem trwania. Docelowy czas trwania spacerów wynosi około 30 minut codziennie, a osiąga się go zwykle po 6 – 8 tygodniach od zawału. Polecaną formą rehabilitacji jest chodzenie z kijkami (nordic walking). Trening z kijkami należy rozpocząć od rozgrzewki, następnie dołączyć około 15 minut marszu zasadniczego i na zakończenie stopniowo zmniejszać obciążenie. Stopniowo także należy wydłużać czas trwania sesji, najlepiej do 30 – 45 minut, wykonywanych oczywiście codziennie. Rozpoczęcie bardziej intensywnych treningów (np. jazda na rowerze, jogging, pływanie) powinno być skonsultowane z lekarzem i najlepiej poprzedzone wykonaniem testu wysiłkowego. Na ogół właściwy czas na intensyfikację treningów to okres od 3 miesiąca po zawale.

Należy pamiętać o tym, aby nie ćwiczyć w okresie infekcji oraz bezpośrednio po posiłku (odczekać co najmniej 2 godziny). Jeśli warunki atmosferyczne nie sprzyjają (wysoka temperatura, duży mróz), ćwiczenia należy wykonywać w domu (gimnastyka, bieżnia, rower stacjonarny). Praca fizyczna nie spełnia założeń treningu zalecanego osobom po zawale, a zatem nawet praca fizyczna nie zwalnia z zalecenia codziennych, 30 – minutowych treningów, np. na rowerze stacjonarnym.

Jeśli w trakcie wykonywania wysiłku pojawią się dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, podobne do tych, które wystąpiły przy zawale, aktywność należy przerwać. Jeśli po odpoczynku ból nie ustępuje – trzeba wezwać pogotowie! Jeśli ból ustąpi, koniecznie należy skonsultować się ze swoim lekarzem, a do tego czasu nie podejmować aktywności, przy której pojawia się ból.

Pacjenci po zawale serca mogą podjąć współżycie seksualne po 4 – 6 tygodniach od zawału i po 6 – 8 tygodniach od operacji serca (tzw. bypassów). Aktywność seksualną można porównać do treningu

aerobowego – konieczna jest rozgrzewka (gra wstępna) i właściwa aktywność seksualna będąca ekwiwalentem przejścia dystansu ok. 1,5 km szybkim marszem w czasie ok. 15 – 20 minut. A zatem pacjent, który po zawale przeszedł rehabilitację kardiologiczną nie powinien mieć problemów z podjęciem aktywności seksualnej. Jeśli doszło do znacznego uszkodzenia lewej komory (obniżenia frakcji wyrzutowej) lub innych powikłań kwestię rozpoczęcia aktywności seksualnej należy przedyskutować z prowadzącym kardiologiem.



XIV. Palenie papierosów – przeszłość, do której nie ma powrotu!

Palenie papierosów zwiększa ryzyko wystąpienia kolejnego zawału. Substancje smoliste znajdujące się w dymie papierosowym przyspieszają tempo narastania blaszek miażdżycowych oraz nasilają procesy zakrzepowe. Palenie intensyfikuje również proces restenozy, czyli tzw. zarastania stentów. Zaprzestanie palenia papierosów bezwzględnie zaleca się pacjentom po zawale serca. Szkodliwe jest również palenie bierne – niedopuszczalne jest palenie papierosów przez rodzinę czy współpracowników pacjenta w jego obecności.

Szczyt głodu nikotynowego podczas rzucania palenia przypada na 3 – 4 dobę od zaprzestania palenia. Zwykle pacjent znajduje się wtedy jeszcze w szpitalu, co ułatwia mu przetrwanie tego krytycznego

momentu. Ważne jest, aby wytrwać w abstynencji po zakończeniu hospitalizacji. Pomaga wówczas wsparcie ze strony partnera i bliskich.

Pacjent po zawale może sięgnąć po tzw. nikotynową terapię zastępczą w postaci np. gum do żucia, tabletek, plastrów. W przypadku niepowodzenia w rzucaniu nałogu pomocne mogą okazać się też terapie lekami przepisywanymi na receptę – werenikliną i bupropionem. Włączenie tych leków zawsze powinno odbywać się pod nadzorem lekarza prowadzącego po wykluczeniu ewentualnych przeciwwskazań.

Skutecznie działa też zastępowanie palenia innymi zachowaniami, np. aktywnością fizyczną. Kilkuminutowy spacer to zdecydowanie lepszy pomysł niż zapalenie papierosa! Warto również poszukać wsparcia na forach i portalach internetowych, np. www.jakrzucicpalenie.pl, gdzie można znaleźć informacje na temat metod walki z nałogiem oraz przeczytać relacje osób, które przestały palić.





XV. Dieta i otyłość

Otyłość brzuszna zwiększa ryzyko wystąpienia kolejnego zawału oraz przyspiesza tempo rozwoju miażdżycy. Wskaźnik BMI (ang. body mass index) pozwala ocenić zaawansowanie choroby: przy prawidłowej masie ciała mieści się on w granicach od 18 do 25 kg/m², nadwaga to BMI między 25 a 30, natomiast otyłość rozpoznaje się, gdy BMI wynosi więcej niż 30. Aby obliczyć swoje BMI, należy podzielić masę ciała podaną w kilogramach przez wzrost podany w metrach podniesiony do kwadratu.

Na przykład pacjent o wzroście 152 cm i masie ciała 73 kg obliczając swoje BMI najpierw podnosi swój wzrost podany w metrach do potęgi drugiej (1,52x1,52=2,3104). Następnie masę ciała podaną w kilogramach należy podzielić przez wynik poprzedniego działania (73kg:2,3104=31,59626). BMI tego pacjenta to w zaokrągleniu 32 – czyli, niestety, jest to już BMI świadczące o otyłości.



Ważnym wskaźnikiem oceny otyłości jest także obwód pasa: u mężczyzn prawidłowy powinien być mniejszy niż 94 cm, a u kobiet mniejszy niż 80 cm.

Charakterystyka zdrowej diety u pacjenta po zawale serca:

1. Ograniczenie spożywania nasyconych kwasów tłuszczowych (kiełbasa, boczek, salami, tłusty nabiał).
2. Ograniczenie do minimum lub całkowite zaprzestanie spożycia izomerów trans kwasów tłuszczowych (wyroby cukiernicze, cukierki, ciastka, batony).
3. Zwiększenie spożycia pełnoziarnistych produktów zbożowych (płatki, otręby, kasze, chleb z mąki razowej).
4. Zwiększenie spożycia warzyw i owoców (do 700 g dziennie jako dodatek do 3 posiłków w ciągu dnia).
5. Spożywanie ryb morskich przynajmniej 2 – 3 razy w tygodniu.
6. Ograniczenie spożycia soli do 3,5 g dziennie (płaska łyżeczka). Sól kuchenną można zastąpić ziołami, czosnkiem, papryką.
7. Ograniczenie do minimum spożywania słonych i tłustych przekąsek (paluszki, chipsy, krakersy) oraz dań typu fast food.
8. Włączenie do diety oliwy z oliwek i innych olejów roślinnych najlepiej na zimno, np. w formie dodatków do surówek warzywnych, oraz orzechów.

W pierwszych dniach po zawale należy wykluczyć z diety produkty zawierające kofeinę (kawa, czarna herbata, cukierki zawierające kofeinę) oraz napoje energetyczne. Posiłki powinny być spożywane 5 – 6 razy dziennie, ostatni 3 godziny przed snem. Ilość płynów przyjmowana w ciągu dnia powinna wynosić około 2 litrów, z czego większość powinna stanowić woda mineralna niskosodowa.

Inwestycja w profesjonalną poradę dietetyczną to jedna z lepszych inwestycji u pacjentów po zawale serca, szczególnie u tych, którzy dodatkowo zmagają się z problemem otyłości!



Część druga

Dzienniczek kontroli
dla pacjenta po zawale serca



imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia:

Adres:

.....

Telefon kontaktowy:

Data wystąpienia zawału:

Przeprowadzone zabiegi i istotne dane z okresu hospitalizacji:

.....

.....

.....

.....

Fracja wyrzutowa (EF) przy wypisie:

.....

Choroby towarzyszące:

.....

.....

.....

.....

Część A - Przed wizytą (wypełnia pacjent)

Masa ciała:

BMI:

Obwód pasa:

Ostatni pomiar poziomu cholesterolu LDL: data:

Palenie tytoniu: tak/nie;

Jeśli tak, ilość wypalanych papierosów dziennie:

Aktywność fizyczna (ile minut, ile razy w tygodniu):

Pomiary ciśnienia tętniczego z ostatnich 7 dni:

Data	Pora dnia	Ciśnienie (mm HG)		Tętno/min.
		skurczowe	rozkurczowe	
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			

Aktualnie stosowane leki:

.....

.....

.....

.....

.....

Część B - (wypełnia lekarz)

Wizyta kontrolna dn.:

Główne wnioski z badania:

.....
.....
.....
.....
.....

Zalecenia:

.....
.....
.....
.....
.....

Leki:

.....
.....
.....
.....
.....

Część A - Przed wizytą (wypełnia pacjent)

Masa ciała:

BMI:

Obwód pasa:

Ostatni pomiar poziomu cholesterolu LDL: data:

Palenie tytoniu: tak/nie;

Jeśli tak, ilość wypalanych papierosów dziennie:

Aktywność fizyczna (ile minut, ile razy w tygodniu):

Pomiary ciśnienia tętniczego z ostatnich 7 dni:

Data	Pora dnia	Ciśnienie (mm HG)		Tętno/min.
		skurczowe	rozkurczowe	
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			

Aktualnie stosowane leki:

.....

.....

.....

.....

.....

Część B - (wypełnia lekarz)

Wizyta kontrolna dn.:

Główne wnioski z badania:

.....
.....
.....
.....
.....

Zalecenia:

.....
.....
.....
.....
.....

Leki:

.....
.....
.....
.....
.....

Część A - Przed wizytą (wypełnia pacjent)

Masa ciała:

BMI:

Obwód pasa:

Ostatni pomiar poziomu cholesterolu LDL: data:

Palenie tytoniu: tak/nie;

Jeśli tak, ilość wypalanych papierosów dziennie:

Aktywność fizyczna (ile minut, ile razy w tygodniu):

Pomiary ciśnienia tętniczego z ostatnich 7 dni:

Data	Pora dnia	Ciśnienie (mm HG)		Tętno/min.
		skurczowe	rozkurczowe	
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			

Aktualnie stosowane leki:

.....

.....

.....

.....

.....

Część B - (wypełnia lekarz)

Wizyta kontrolna dn.:

Główne wnioski z badania:

.....
.....
.....
.....
.....

Zalecenia:

.....
.....
.....
.....
.....

Leki:

.....
.....
.....
.....
.....

Część A - Przed wizytą (wypełnia pacjent)

Masa ciała:

BMI:

Obwód pasa:

Ostatni pomiar poziomu cholesterolu LDL: data:

Palenie tytoniu: tak/nie;

Jeśli tak, ilość wypalanych papierosów dziennie:

Aktywność fizyczna (ile minut, ile razy w tygodniu):

Pomiary ciśnienia tętniczego z ostatnich 7 dni:

Data	Pora dnia	Ciśnienie (mm HG)		Tętno/min.
		skurczowe	rozkurczowe	
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			

Aktualnie stosowane leki:

.....

.....

.....

.....

.....

Część B - (wypełnia lekarz)

Wizyta kontrolna dn.:

Główne wnioski z badania:

.....

.....

.....

.....

.....

Zalecenia:

.....

.....

.....

.....

.....

Leki:

.....

.....

.....

.....

.....

Część A - Przed wizytą (wypełnia pacjent)

Masa ciała:

BMI:

Obwód pasa:

Ostatni pomiar poziomu cholesterolu LDL: data:

Palenie tytoniu: tak/nie;

Jeśli tak, ilość wypalanych papierosów dziennie:

Aktywność fizyczna (ile minut, ile razy w tygodniu):

Pomiary ciśnienia tętniczego z ostatnich 7 dni:

Data	Pora dnia	Ciśnienie (mm HG)		Tętno/min.
		skurczowe	rozkurczowe	
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			

Aktualnie stosowane leki:

.....

.....

.....

.....

.....

Część B - (wypełnia lekarz)

Wizyta kontrolna dn.:

Główne wnioski z badania:

.....
.....
.....
.....
.....

Zalecenia:

.....
.....
.....
.....
.....

Leki:

.....
.....
.....
.....
.....

Część A - Przed wizytą (wypełnia pacjent)

Masa ciała:

BMI:

Obwód pasa:

Ostatni pomiar poziomu cholesterolu LDL: data:

Palenie tytoniu: tak/nie;

Jeśli tak, ilość wypalanych papierosów dziennie:

Aktywność fizyczna (ile minut, ile razy w tygodniu):

Pomiary ciśnienia tętniczego z ostatnich 7 dni:

Data	Pora dnia	Ciśnienie (mm HG)		Tętno/min.
		skurczowe	rozkurczowe	
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			

Aktualnie stosowane leki:

.....

.....

.....

.....

.....

Część B - (wypełnia lekarz)

Wizyta kontrolna dn.:

Główne wnioski z badania:

.....
.....
.....
.....
.....

Zalecenia:

.....
.....
.....
.....
.....

Leki:

.....
.....
.....
.....
.....

Część A - Przed wizytą (wypełnia pacjent)

Masa ciała:

BMI:

Obwód pasa:

Ostatni pomiar poziomu cholesterolu LDL: data:

Palenie tytoniu: tak/nie;

Jeśli tak, ilość wypalanych papierosów dziennie:

Aktywność fizyczna (ile minut, ile razy w tygodniu):

Pomiary ciśnienia tętniczego z ostatnich 7 dni:

Data	Pora dnia	Ciśnienie (mm HG)		Tętno/min.
		skurczowe	rozkurczowe	
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			

Aktualnie stosowane leki:

.....

.....

.....

.....

.....

Część B - (wypełnia lekarz)

Wizyta kontrolna dn.:

Główne wnioski z badania:

.....

.....

.....

.....

.....

Zalecenia:

.....

.....

.....

.....

.....

Leki:

.....

.....

.....

.....

.....

Część A - Przed wizytą (wypełnia pacjent)

Masa ciała:

BMI:

Obwód pasa:

Ostatni pomiar poziomu cholesterolu LDL: data:

Palenie tytoniu: tak/nie;

Jeśli tak, ilość wypalanych papierosów dziennie:

Aktywność fizyczna (ile minut, ile razy w tygodniu):

Pomiary ciśnienia tętniczego z ostatnich 7 dni:

Data	Pora dnia	Ciśnienie (mm HG)		Tętno/min.
		skurczowe	rozkurczowe	
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			
	rano			
	wieczorem			

Aktualnie stosowane leki:

.....

.....

.....

.....

.....

Część B - (wypełnia lekarz)

Wizyta kontrolna dn.:

Główne wnioski z badania:

.....
.....
.....
.....
.....

Zalecenia:

.....
.....
.....
.....
.....

Leki:

.....
.....
.....
.....
.....



KOS – ZAWAŁ – KOORDYNOWANA OPIEKA SPECJALISTYCZNA DLA PACJENTA PO ZAWALE SERCA

Zakres świadczeń gwarantowanych dla pacjentów włączonych do programu „KOS – zawał” w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej:

- leczenie szpitalne w Oddziale Kardiologii Inwazyjnej lub Oddziale Kardiologii Zachowawczej,
- indywidualny plan leczenia dla pacjenta po zawale stworzony wspólnie przez prowadzącego kardiologa i lekarza rehabilitacji medycznej,
- wizyta kontrolna po 7 – 10 dniach od wypisu z uwzględnieniem badań laboratoryjnych, EKG i edukacji dotyczącej stylu życia i redukcji czynników ryzyka choroby wieńcowej,
- rehabilitacja kardiologiczna rozpoczynana do 14 dni od wypisu w Pododdziale Rehabilitacji Kardiologicznej lub Ośrodku Rehabilitacji Diennej,
- w razie wystąpienia odpowiednich wskazań wszczęcie nowoczesnego urządzenia tzw. rozrusznika (ICD lub CRT-D),
- regularna opieka w Poradni Kardiologicznej przez okres 12 miesięcy od zawału zakończona tzw. bilansem opieki (min. 4 wizyty w ciągu roku),
- możliwość 24 – godzinnego kontaktu w ramach Oddziału Kardiologicznego.

Udział pacjentów w programie „KOS – zawał” jest bezpłatny – finansowany w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Zespół ds. Koordynowanej Opieki nad Pacjentem po Zawałe Serca „KOS – zawał”:

Główny Koordynator: **lek. Magdalena Kociuk** tel. 83 41 47 534
Koordynator: **Katarzyna Łochina** tel. 533 363 423
Koordynator: **Alina Popławska** tel. 533 363 223

Oddział Kardiologii Inwazyjnej (parter):

Gabinet lekarski: tel. 83 41 47 534, 83 41 47 368
Sekretariat: tel. 83 41 47 131
Dyżurka pielęgniarek: tel. 83 41 47 535
Telefon dla pacjentów: tel. 83 41 47 536
Pracownia Hemodynamiki: tel. 83 41 47 243



Oddział Kardiologii Zachowawczej

(budynek 1D, II piętro, nad Zespołem Poradni Specjalistycznych):

Gabinet lekarski:	tel. 83 41 47 585
Sekretariat:	tel. 83 41 47 554
Dyżurka pielęgniarek:	tel. 83 41 47 551
Telefon dla pacjentów:	tel. 83 41 47 552

Poradnia Kardiologiczna:

(budynek 1D, I piętro)

Rejestracja:	tel. 83 41 47 170
--------------	-------------------

Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej

(budynek 1D, nad Zespołem Poradni Specjalistycznych):

Gabinet lekarski:	tel. 83 41 47 125
Dyżurka Pielęgniarek:	tel. 83 41 47 357

Poradnia Rehabilitacyjna, Ośrodek Rehabilitacji Diennej

(budynek CDA)

Rejestracja:	tel. 83 41 47 129
--------------	-------------------



Akademia Zdrowego Serca zaprasza do udziału w cyklu zajęć „Sercowe sprawy – co każdy pacjent po zawale powinien wiedzieć”. Spotkania prowadzą doświadczeni specjaliści w tym lekarz kardiolog, psycholog, dietetyk, fizjoterapeuta i ratownik medyczny.

Tematem przewodnim cyklu jest zawał serca, jego przyczyny, metody leczenia i postępowanie po wypisie ze szpitala. Poniżej przedstawiamy program spotkań. Udział w zajęciach jest bezpłatny, nie ma konieczności wcześniejszego zgłoszenia, po prostu wystarczy przyjść na spotkanie i chłonąć wiedzę!

Zapraszamy!

Cykl spotkań edukacyjnych **„Sercowe sprawy – co każdy pacjent po zawale powinien wiedzieć”**:

1. **„Krajobraz po zawale i reaktywacja czyli 60 minut dla życia”** - fakty i mity o życiu po zawale serca.
lek. Magdalena Kociuk, specjalista kardiolog
2. **„Stres - wróg czy przyjaciel?”** - psychologiczne aspekty zawału serca.
mgr Izabela Kozak, psycholog
3. **„Działaj, nie czekaj!”** - pierwsza pomoc u pacjentów po zawale oraz zasady postępowania w sytuacjach krytycznych.
Marcin Nosalski, ratownik medyczny
4. **„Przez żołądek do serca”** - co i jak jeść, aby wesprzeć serce po zawale.
Aneta Danilewicz, dietetyk
5. **„Serce lubi ruch!”** - aktywność fizyczna po zawale serca.
mgr Marzena Pykacz – Olejniczak, fizjoterapeuta

Aktualne terminy i miejsca wykładów są dostępne na stronie internetowej:

www.szpitalbp.pl

*lub pod numerami telefonów:
533 363 423 lub 533 363 223*



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
w Białej Podlaskiej
ul. Terebelska 57-65, 21-500 Biała Podlaska
tel. 83 414 71 00, fax: 83 414 72 20
e-mail: sekretariat@szpitalbp.pl
www.szpitalbp.pl