

Nr 1 X 2002

ŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB SERCA

SZLACHETNE ZDROWIE

Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca

SZLACHETNE ZDROWIE

KWARTALNIK ŚLĄSKIEGO CENTRUM CHORÓB SERCA

Nr 1
październik
2002

Szlachetne zdrowie

Nikt się nie dowie

Jako smakujesz

Aż się zepsujesz

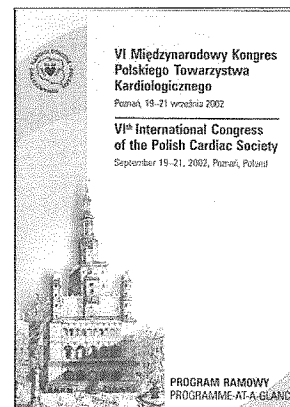
Jan Kochanowski

W numerze:

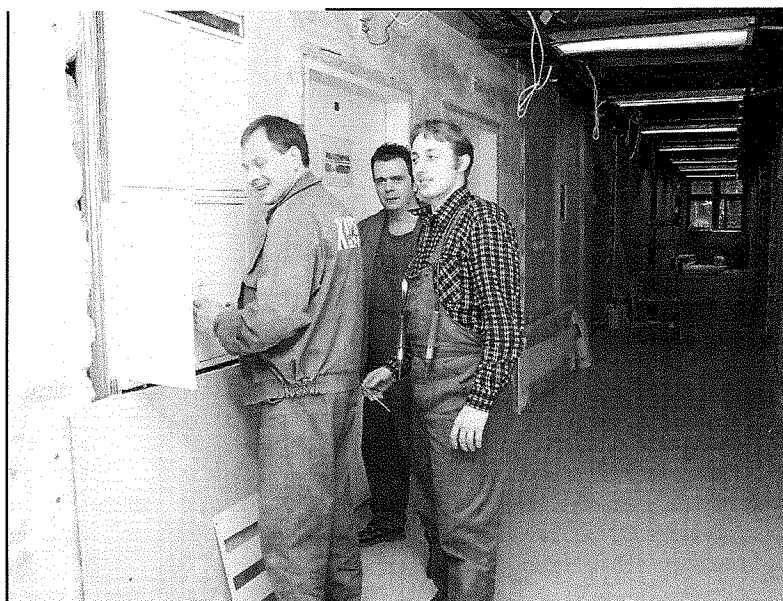
- Moim zdaniem – felieton
- Who is Who w Śląskim Centrum Chorób Serca
- Opieka nad pacjentem po przeszczepieniu serca
- problemy rehabilitacji
- Co nowego w prasie medycznej (doniesienia)
- Dekada rozwoju – sukces Śl.C.Ch.S
- ISO 9001:2000
- Standardy dobrej praktyki laboratoryjnej
- Moja praca (z życia pielęgniarki)
- W stronę zdrowia czy w stronę choroby
- Krajowa sieć szpitali publicznych
- Sportowa przygoda (udział ekipy STS w zawodach dla osób po transplantacji serca)
- Modernizacja Śl.C.Ch.S.
- Klęski żywiołowe, choroby i epidemie w Europie XVI-XVII w
- Wakacyjne impresje
- karta praw pacjenta

VI Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego - Poznań 19-21 września 2002

W zorganizowanym z rozmachem VI Międzynarodowym Kongresie PTK wzięła udział liczna grupa pracowników Śląskiego Centrum Chorób Serca. Reprezentanci Śl.C.Ch.S przedstawili łącznie 52 prace (razem z sesją plakatową), które spotkały się z dużym zainteresowaniem uczestników kongresu. W czasie Kongresu odbyła się prezentacja książki pt. „Chirurgia Naczyń Wieńcowych”, przygo-



Remont trwa.....



Już niedługo kardiologia będzie posiadać nowe i funkcjonalne wnętrza
patrz strona 20

Dekada rozwoju

Adres Redakcji:
41-800 Zabrze ulica
Szpitalna 2
Tel/fax 273-23-20

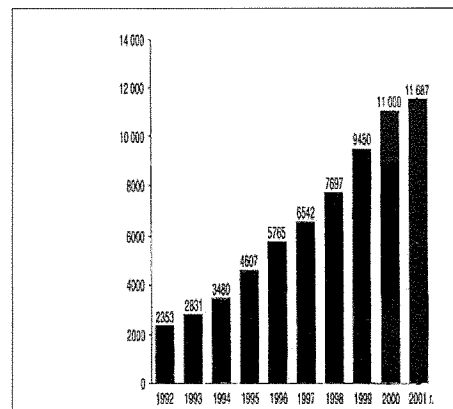
Redakcja:
Tadeusz Bujak (redaktor naczelny),
Grażyna Szymura
Andrzej Delebiński

W powodzi przetaczających się przez środki masowego przekazu powszechnych narzekania na Służbę Zdrowia zagubiły się doniesienia o pozytywnych efektach realizacji Narodowego Programu Ochrony Serca.

Na przykład dzięki NPOS liczba operacji pomostowania naczyń wieńcowych w chorobie niedokrwiennej serca zwiększyła się w Polsce z 2353 w 1992 roku do 11.687 w 2001 roku.

Cyt za: Marian Śliwiński "Rola Klubu Kardiochirurgów Polskich w rozwoju chirurgii wieńcowej serca" w „Chirurgia Naczyń Wieńcowych” praca zbiorowa pod redakcją Mariana Zembali PZWL 2002

patrz artykuł na stronie 8



Od Redakcji

Macie Państwo w ręku pierwszy numer nowego pisma, które zostało stworzone specjalnie dla Was – pracowników oraz pacjentów Śląskiego Centrum Chorób Serca. Mamy nadzieję, że spotkamy się z życzliwym przyjęciem. Prosimy o wyrozumiałość – debiuty bywają trudne i nie zawsze spełniają wszystkie oczekiwania. Obiecujemy jednak, że dołożymy starań, aby nasz kwartalnik był coraz bardziej interesujący i zbliżony do problemów będących aktualnie przedmiotem Państwa zainteresowań. Będziemy także dążyć do poprawy jakości papieru, druku i zdjęć, poprzez wprowadzenie koloru i staranniej obróbkę graficzną. Ze swojej strony gwarantujemy, że uwzględnimy wszystkie uwagi jakie Państwo nam przekażecie. Jednocześnie liczymy na współpracę – ma to być przecież nasze wspólne pismo. Prosimy więc o przekazywanie tekstów, zdjęć czy rysunków, które będziemy sukcesywnie zamieszczać.

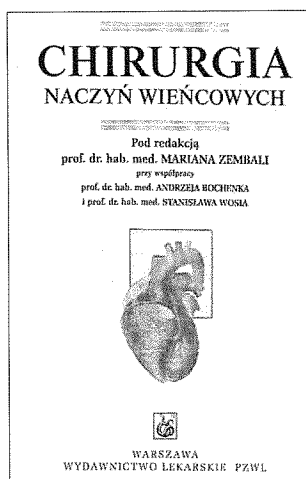


W dniu 25.10.2002 (w Domu Muzyki i Tańca w Zabrze odbył się koncert zespołu "ŁZY". Dochód z koncertu w całości przeznaczono na rzecz Fundacji Przyjaciół Dzieci Chorych na Serce oraz dla Stowarzyszenia Transplantacji Serca.

Zaprezentowana w czasie VI Kongresu PTK w Poznaniu książka to nie tylko podręcznik dla kardiologów. Dzieło jest adresowane do szerokiego grona lekarzy różnych specjalności i studentów medycyny. Ale dzięki poszerzeniu zakresu tematycznego o rys historyczny i wypowiedzi światowych autorytetów z zakresu kardiologii, znajdują tutaj interesujące dla siebie rozdziały również laicy – zainteresowani problematyką leczenia chorób serca i po-

ziomem lecznictwa w Polsce.

W nowoczesny sposób, konsekwentnie przedstawiono całościowe, szerokie ujęcie omawianej problematyki, uwzględniając takie elementy leczenia chorób serca jak rehabilitacja po zabiegach chirurgicznych, opieka psychologiczna czy aspekty ekonomiczne. Jeżeli dodać do tego świetność nazwisk autorów, należących do najwybitniejszych specjalistów w swojej dziedzinie, to z wysokim stopniem pewności można przyjąć, że w niedługim czasie będzie to jedna z podstawowych książek stojących na bibliotecznych półkach lekarzy i osób związanych ze Służbą Zdrowia.



Najważniejsze daty z historii Śląskiego Centrum Chorób Serca

- 1972 – Prezydium WRN w Katowicach podejmuje uchwałę o powołaniu Wojewódzkiego Ośrodka Kardiologii
- 1983 – kierownictwo WOK obejmuje **profesor Stanisław Pasyk**
- 1984 – **profesor Zbigniew Religa** obejmuje Klinikę Kardiologii i tworzy oddział przygotowany do podjęcia najbardziej skomplikowanych operacji (w skali kraju).
- powstaje pierwsza w Polsce pracownia hemodynamiki.
- 1985 – powstaje Klinika Kardiologii Dzieci, której kierownictwo obejmuje **dr Lili Goldstein**
- 1993 – kierownictwo Wojewódzkiego Ośrodka Kardiologii obejmuje **prof. Marian Zembala**
- 1995 – Wojewódzki Ośrodek Kardiologii staje się ośrodkiem pilotażowym Ministerstwa Zdrowia i zmienia nazwę na **Śląskie Centrum Chorób Serca**
- 1997 – po odejściu na emeryturę dr **Lili Goldstein** kierownikiem Kliniki Kardiologii Dzieci zostaje **dr Magdalena Kowalska**.
- 1998 – Z I Kliniki Kardiologii wydzielono 44 łóżka, które obejmuje III Klinika Kardiologii pod kierownictwem **prof. Lecha Polońskiego**.
- 1999 – powstaje Oddział Kliniczny Kardioanestezji i Intensywnej Terapii Pooperacyjnej pod kierownictwem **docenta Piotra Knapika**
- po śmierci **dr Magdaleny Kowalskiej** kierownikiem Kliniki Kardiologii Dzieci zostaje **doc. Jacek Białkowski**
- kierownictwo Katedry i Kliniki Kardiologii i Transplantologii obejmuje **prof. Marian Zembala** (wrzesień),
- zostają podpisane pierwsze kontrakty z kasami chorych,
- 2001 – po przejściu na emeryturę **profesora Stanisława Pasyka** kierownikiem I Katedry i Kliniki Kardiologii zostaje **dr Zbigniew Kalarus**

Na podst. „Pro Medico” Biuletyn Śląskiej Izby Lekarskiej Lipiec/Sierpień 2002 nr 85





Punkt widzenia.

Jesteśmy już mocno za półmetkiem bardzo pracowitego roku, a szybko zapadający zmrok, częste opady i kolorowe liście pod nogami przypominają o trwającej jesieni. Może jest to dobry czas na chwilę refleksji o naszym miejscu. Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze w we wszystkich swoich dziedzinach, tj. kardiologii dorosłych i dzieci, kardiologii i transplantologii wypracowało czołową pozycję w kraju w rozpoznawaniu i nowoczesnym leczeniu chorób serca. Co zadecydowało o tak wysokiej ocenie wystawianej nam zarówno przez naszych chorych, jak i Kolegów lekarzy z innych ośrodków?

Po pierwsze :

Nowoczesne i skuteczne leczenie zarówno kardiologiczne, jak i kardiologiczne. Zabrzeński sposób leczenia zawału serca wyraźnie rozwinięty w okresie minionych kilku lat stał się modelem przyjętym w całym kraju. Bardzo dynamicznie rozwija się elektrofizjologia kliniczna a nieoperacyjne leczenie wad wrodzonych serca przez kardiologów dziecięcych jest na europejskim poziomie. Zabrzeńska kardiologia, dzięki indywidualnościom tworzącym silny zespół prezentuje najszerzy w kraju zakres zabiegów kardiologicznych w kraju, a dobra współpraca z kardiologami powoduje, że powstają nowe atrakcyjne zarówno naukowo, jak i klinicznie programy naukowe. Staliśmy się atrakcyjni ze względu na dobrą jakość w leczeniu i uzyskiwane wyniki. Dlatego przyjeżdżają do nas chorzy nie tylko ze Śląska Górnego, Dolnego i Opolskiego ale także z całego kraju.

Po drugie:

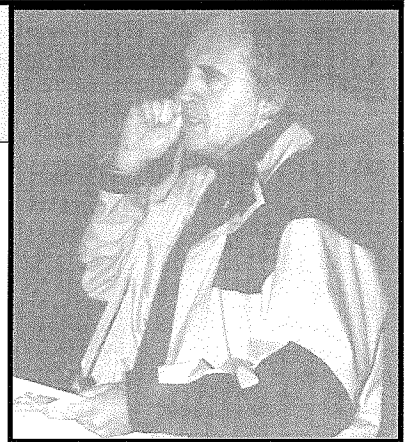
Stosunek do chorych. Pacjent jest rzeczywiście w centrum naszej uwagi - Jemu poświęcamy całe nasze zawodowe życie, dla niego 680-osobowy Zespół lekarzy, pielęgniarek, personelu medycznego czyni wszystko, aby widzieć w potrzebującym chorym bliskiego i potrzebującego bliźniego, któremu należy pomóc. Ewangeliczna zasada "jesteśmy aby służyć" jest naszym przesłaniem, które sprawia, że dużo łatwiej i skuteczniej można pokonać chorobę. Chorzy to widzą, czują i dlatego tak chętnie do nas przyjeżdżają, co więcej, gorąco namawiają do leczenia w Zabrze.

Po trzecie:

Działalność naukowa. Naszym wyborem jest nie tylko nowoczesnie i skutecznie leczyć, ale także sięgać po nowe wyzwania. Wdrażanie nowych sposobów leczenia wymaga naukowej oceny skuteczności leczenia. Wprowadzając nowe sposoby terapii zmniejszamy powikła-

**Prof. dr hab.
Marian Zembala**

*Dyrektor Śląskiego
Centrum Chorób Serca*



nia, uzyskujemy przewagę w leczeniu i dzielimy się doświadczeniem i wiedzą z innymi. Silnie podkreślamy wymagania naukowe wobec wszystkich zatrudnionych lekarzy i wyższego personelu medycznego pamiętając jednocześnie jak wiele cennych opracowań klinicznych powstało z bezpośrednim udziałem pielęgniarek i techników. Śląskie Centrum musi pozostać stale otwarte na zatrudnianie najzdolniejszych.

Po czwarte:

Sprawność organizacyjna szpitala i jego poszczególnych oddziałów klinicznych i pracowni. Szczupła liczbowo a jednocześnie bardzo sprawna administracja szpitala we współpracy z kierownikami klinik i pracowni gwarantuje nowoczesne zarządzanie szpitalem i jego medyczno-ekonomiczną efektywność.

Po piąte:

Widoczna jest zdecydowana poprawa bazy lokalowej szpitala, standardu sal chorych, pracowni i gabinetów zabiegowych. W tej dziedzinie tylko z własnych środków nadrabiamy kilkunastoletnie zaniebania. Za miesiąc zakończymy modernizację obu oddziałów kardiologii, aby w bardzo dobrych warunkach powitać tegoroczne święta Bożego Narodzenia. Już wkrótce tylko nieliczni będą pamiętać jak wyglądał ten szpital w roku 1993.

Tymczasem, do końca roku pozostały ponad dwa miesiące i jeszcze bardzo dużo do zrobienia. Kieruję ten list także do tych z Państwa, którzy przeczytawszy go ze zdziwieniem stwierdzą, że tak naprawdę wnieśli mniej niż należało oczekiwać własnej inwencji, pracy i osobistego doświadczenia.

Pozdrawiam bardzo, licząc na Państwa aktywność jeszcze w bieżącym roku. Pamiętajmy misją Śląskiego Centrum Chorób Serca jest ratować, nowoczesnie leczyć i dawać nadzieję. Jest to wyzwanie dla każdego z nas.

Marian Zembala

Zabrze 16.10.2002

WHO IS WHO w Śląskim Centrum Chorób Serca

Profesor dr hab. n. med. Marian Zembala

Dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca, Kierownik Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii i Transplantologii ŚAM. Konsultant w dziedzinie transplantologii klinicznej.



Urodził się w Krzepicach koło Częstochowy. Studia ukończył z wyróżnieniem w roku 1974. W latach 1975-1981 pracował w Klinice Chirurgii Serca profesora W.Brossa we Wrocławiu. W roku 1979 obronił pracę doktorską. Od roku 1982 przez trzy lata pracował w Klinice Kardiologii w Utrechcie w Holandii. Pracę w Katedrze i Klinice ŚAM w Zabrze podjął w roku 1985. W 1988 roku uzyskał specjalizację z zakresu kardiologii. Stopień doktora habilitowanego nauk medycznych otrzymał w 1991 roku. Tytuł profesora nauk medycznych uzyskał 1998 roku.

Od 1993 roku jest dyrektorem Śl.C.Ch.S. – dwukrotnie wybranym w drodze konkursu.

Od 1999 roku jest kierownikiem Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii i Transplantologii ŚAM w Zabrze.

Jest autorem ponad 140 prac naukowych publikowanych w książkach i czasopiśmie medycznych w kraju i zagranicą.

Promotor licznych prac doktorskich. Jest jednym z egzaminatorów egzaminu dyplomowego z chirurgii a także prowadzi szkolenia podyplomowe.

Odbył liczne staże naukowe zagraniczne. Jest członkiem wielu towarzystw naukowych krajowych i zagranicznych.

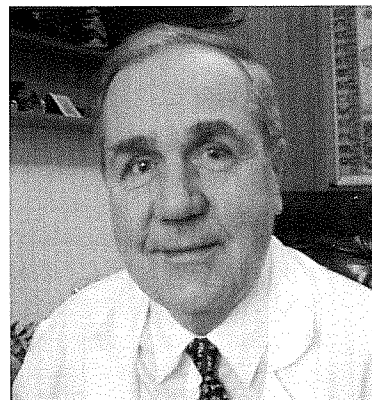
Profesor dr hab. n. med. Lech Poloński

Kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii ŚAM.

Tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych otrzymał 1990 roku, a w 1998 roku uzyskał tytuł profesora nauk medycznych. W 1998 roku objął stanowisko profesora nadzwyczajnego. Od tego roku kieruje III Katedrą i Oddziałem Klinicznym Kardiologii w Zabrze ŚAM. Od 1999 jest dziekanem Wydziału Lekarskiego ŚAM w Zabrze – w maju 2002 wybrany został na drugą kadencję. Jest autorem 200 prac naukowych publikowanych w recenzowanych czasopiśmie polskich i zagranicznych, 41 recenzji prac doktorskich, 7 rozpraw habilitacyjnych i 6 dorobków naukowo-badawczych. Jest również promotorem 16 przewodów doktorskich i opiekunem 2 przewodów habilitacyjnych.

Staż naukowy w zakresie hemodynamiki odbył w Klinice Kardiologii AM w Krakowie (1975), Instytucie Kardiologii w Warszawie (1975), Uniwersytecie w Fuldzie (1978) oraz w Stifftsklinik Augustinum w Monachium (1989).

Odniesiony Złotym Krzyżem Zasługi, Złotą Odznaką "Zasłużonemu w rozwoju województwa częstochowskiego", Orderem Honorowym "Laur 50-lecia ŚAM", nagrodą naukową III st. MZIOS, nagrodą III st. ZG Pol. Tow. Kardiologicznego. Jest Honorowym Obywatel Andrychowa; wyróżniony dyplomem za wybitne zaangażowanie w prace Zespołu ds. Promocji Zdrowia działającego przy Wydziale Zdrowia UW w Katowicach.



Doktor hab. nauk medycznych Jacek Białkowski

Kierownik Klinicznego Oddziału Wrodzonych Wad Serca i Kardiologii Dziecięcej.



W 1981r. uzyskał I stopień specjalizacji, a w 1984r. II stopień specjalizacji w zakresie pediatrii; w 1992r. - II stopień specjalizacji w zakresie kardiologii.

Stopień naukowy doktora nauk medycznych otrzymał w 1986r.

Tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie medycyny - kardiologii i pediatrii otrzymał 1999r.

Od 2000 r. kieruje Katedrą i Kliniką Kardiologii Dziecięcej.

Jest autorem 86 prac naukowych publikowanych w recenzowanych czasopiśmie polskich i zagranicznych, a także 328 streszczeń ze zjazdów międzynarodowych i krajowych.

Promotor 4 doktoratów. Wykształcił 3 specjalistów I stopnia i 5 specjalistów II stopnia z pediatrii i 5 z kardiologii.

Staż naukowy odbył w Narodowym Instytucie Kardiologicznym (Meksyk 1988), Skyby Hosp. Arthus (Dania 1991), Oddziale Kardiologii Dziecięcej, Szpitala „Ramon y Cajal” (Madryt 1992, 1993, 1994).

Za osiągnięcia naukowo-badawcze wyróżniony nagrodami Rektora SAM II i III st. Odniesiony Medalem Rektora SAM.

Doktor nauk med. Zbigniew Kalarus

p.o. kierownika I Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii ŚAM w Zabrze

Jest doktorem nauk medycznych, specjalistą I i II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych oraz kardiologii.

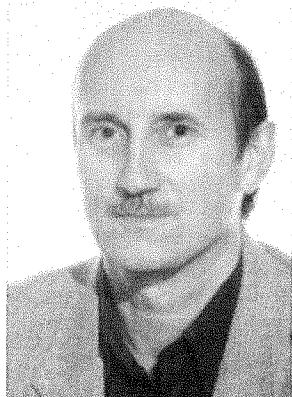
W 1994 obronił pracę doktorską pt.: "Ocena porównawcza wyników leczenia chorych z wielonaczyniową chorobą niedokrwinną za pomocą PTCA lub CABG"

Od października 2001 roku kieruje I Katedrą i Oddziałem Klinicznym Kardiologii w Zabrze ŚAM.

Jest autorem 40 prac naukowych publikowanych w recenzowanych czasopiśmie polskich i zagranicznych, współautorem 3 rozdziałów w podręcznikach medycznych i 101 przedstawionych lub przyjętych do prezentacji doniesień zjazdowych. Prowadzi zajęcia ze studentami V i VI roku z zakresu kardiologii i pracuje w ramach Studenckiego Koła Naukowego. Jest kierownikiem specjalizacji 3 lekarzy.

Przebywał na stażach i szkoleniach zagranicznych z zakresu elektrofizjologii i ablacji prądem RF w Szpitalu Uniwersyteckim w Arhus - Dania oraz w Catharina Hospital w Eindhoven - Holandia.





Doktor hab. n. med. Piotr Knapik

Kierownik Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Oddziału Klinicznego Kardioanestezjologii Intensywnej Terapii Pooperacyjnej

W 1985 roku uzyskał I stopień specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. Specjalizację II stopnia w tym samym zakresie uzyskał w 1988 r. Stopień naukowy doktora nauk medycznych otrzymał 1990r. W 1999 roku otrzymał tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych.

Jest autorem 40 artykułów z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w chirurgii naczyniowej i kardiologii w recenzowanych czasopismach oraz 50 referatów zjazdowych. Wykształcił 3 specjalistów I stopnia i 5 specjalistów II stopnia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. Staże naukowe: Klin. Anestezjologii w Aachen, w l. 1991–2000 wielokrotnie w Wielkiej Brytanii: Thanet Hospitals - Margate, Groby Road Hospital - Leicester oraz Glenfield Hospital - Leicester. Jako pierwszy w Polsce zastosował inhalację tlenu azotu w leczeniu chorych z nadciśnieniem płucnym. Od 1994 r. Kieruje zespołem anestezjologicznym w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze.

Profesor dr hab. n. med. Janusz Hieronim Skalski

Ordynator Oddziału Kardiologii i Intensywnej Opieki Pooperacyjnej Dzieci

W 1984 roku uzyskał II° specjalizacji z zakresu chirurgii dziecięcej. W latach 1985 – 1990 zatrudniony na stanowisku ordynatora Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej w Klinice Kardiologii Dziecięcej Instytutu Pediatrii AM w Krakowie. W 1990 roku uzyskał II° specjalizacji w zakresie kardiologii. Tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych otrzymał 1996 roku. W lutym 2000 roku został Profesorem Śląskiej Akademii Medycznej, a w czerwcu 2001 roku uzyskał tytuł profesora nauk medycznych. Jest autorem 138 prac naukowych publikowanych w recenzowanych czasopismach oraz pierwszego w Polsce podręcznika "Kardiologia Dziecięca". Jest redaktorem naukowym 4-rech monografii zbiorowych. Promotor 4 zakończonych prac doktorskich. Staże naukowe odbył w w szpitalach USA i Niemiec. Otrzymał nagrodę Prezydenta Miasta Krakowa w Dziedzinie Nauki i Techniki za 1987 rok, za pracę pod tytułem "Postępy w leczeniu operacyjnym wad wrodzonych serca u dzieci najmłodszych". Otrzymał medal "Fideliter et Constante" ("Wiernie i wy-



Mgr Urszula Gašior

Dyrektor ds. ekonomiczno-administracyjnych

Pracę w Śląskim Centrum rozpoczęła w 1987 roku jako młodsza księgowa.

W 1991 r. Została powołana na stanowisko głównego księgowego, a w roku 1998 na zastępcę dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych.

Ukończyła Akademię Ekonomiczną w Katowicach oraz studia podyplomowe z zakresu zarządzania i administracji w ochronie zdrowia.

Od 1991 roku jest członkiem Stowarzyszenia Transplantacji Serca nadzorując jego gospodarkę

Doktor nauk med. Mariusz Gašior

Zastępca Dyrektora ds. medycznych

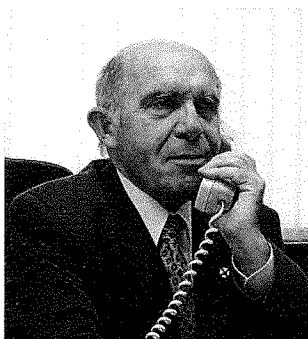
W 1988 roku ukończył Wydział Lekarski ŚAM w Zabrze.

W Klinice Kardiologii WOK w roku 1989 zakończył staż podyplomowy.

Ma ukończoną specjalizację I i II stopnia z zakresu chorób wewnętrznych oraz z zakresu kardiologii.

W 1995 roku uzyskał stopień doktora nauk medycznych.

W 2000 roku objął stanowisko zastępcy Dyrektora do spraw medycznych.



Mgr Andrzej Stachurski

Zastępca dyrektora ds. marketingu

W Śląskim Centrum Chorób Serca pracuje od 1991 roku – obecnie na stanowisku Zastępcy dyrektora ds. marketingu.

Ukończył Akademię Ekonomiczną w Krakowie. Uzyskał certyfikat Ministerstwa Skarbu uprawniający do zasiadania w Radach Nadzorczych spółek skarby państwa.

Aktywny działacz STS. Wspólnie z profesorem Zembalą kontynuuje współpracę z organizacjami polonijnymi w USA. Otrzymał Krzyż Światowej Federacji Stowarzyszeń Dawców Krwi w uznaniu zasług za organizację akcji krwiodawstwa w Polsce.



mgr Teresa Piątek
naczelnia pielęgniarka

Kwalifikacje zawodowe uzyskała w roku 1977 kończąc Liceum Medyczne w Rudzie Śląskiej. Studia na Wydziale Pielęgniarskim Śląskiej Akademii Medycznej ukończyła w 1984 r i w tym samym roku rozpoczęła pracę w Wojewódzkim Ośrodku Kardiologii (obecnie Śląskie Centrum Chorób Serca.)- początkowo na stanowisku pielęgniarki oddziałowej. W ramach kształcenia podyplomowego ukończyła Studium Zarządzania w Ochronie Zdrowia w A.M. w Poznaniu oraz uzyskała tytuł specjalisty w pielęgniarstwie chirurgicznym. Od 1999 roku pełni obowiązki pielęgniarki naczelnej.

Bożena Duda
główna księgowa

Ukończyła Studium Finansów o specjalności Księgowość przy Politechnice Śląskiej w Gliwicach. Pracę zawodową rozpoczęła 2 w roku 1979 na stanowisku referentki ds. ekonomicznych, a następnie zastępcy kierownika działu ekonomicznego. W Śląskim Centrum Chorób Serca (wcześniej WOK) pracuje od 1991 roku na stanowisku – najpierw starszej księgowej, a następnie Zastępcy Głównego Księgowego. Od 1996 roku na stanowisku Głównego Księgowego. Obecnie uzupełnia wykształcenie w Wyższej Szkole Zarządzania Marketingowego i Języków Obcych w Katowicach.



Dr Michał Zakliczyński

Opieka nad pacjentem po przeszczepieniu serca



Rosnąca liczba pacjentów z przeszczepionym sercem oraz kierunek zmian administracyjnych w polskiej służbie zdrowia sprawiają, że coraz większy udział w opiece nad nimi mają lekarze w miejscu zamieszkania, a coraz mniejszy ośrodki transplantacyjne. Podstawową rolą tych ostatnich, obok prowadzenia pacjentów w okresie bezpośrednio następującym po transplantacji, jest leczenie typowych dolegliwości kardiologicznych i powikłań leczenia immunosupresyjnego.

Ośrodku przeprowadzające transplantacje, które dysponują ograniczoną liczbą miejsc łóżkowych, muszą bazować na dobrej współpracy z oddziałami specjalistycznymi w takich dziedzinach jak nefrologia, onkologia czy chirurgia ogólna. Kontakty z tymi oddziałami coraz częściej ograniczają się do kontaktów telefonicznych, natomiast coraz rzadsze są przypadki przekazywania do ośrodków transplantacyjnych pacjentów z rozpoznaniem nie kardiologicznymi.

Warto więc poświęcić nieco uwagi zagadnieniom, które mogą być pomocne osobom nie związanym z transplantologią w pierwszym kontakcie z pacjentem po transplantacji serca.

Wbrew potocznym opiniom fizjologia pracy prze-

szczepionego serca nieznacznie tylko odbiega od zasad określających pracę zdrowego serca.

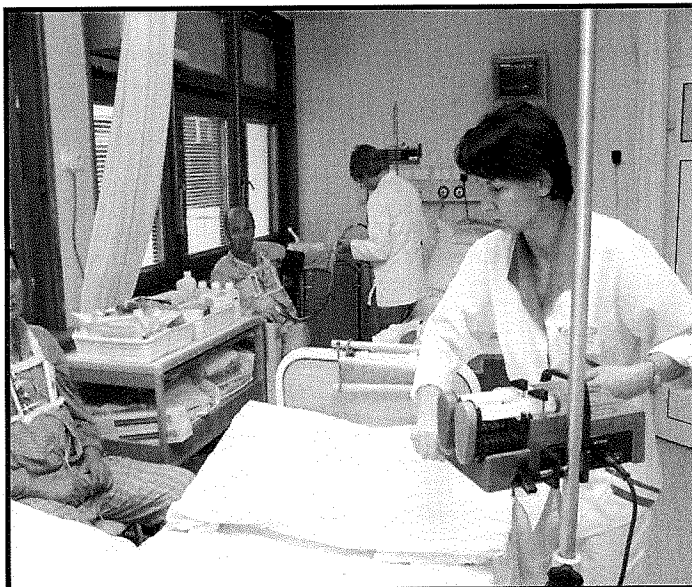
Odrębności dotyczą przede wszystkim rytmu pracy serca. Przeszczepione, a więc pozbawione unerwienia, serce ma skłonność do tachykardii. Wynika to z braku kontroli ze strony nerwu błędnego i zwiększonej wrażliwości receptorów adrenergicznych na katecholaminy krążące we krwi. W rezultacie za typową częstość akcji serca uważa należy rytm 80-100/min. W opinii wielu znawców również częstość przekraczająca

100/min nie wymaga interwencji.

Natomiast należy liczyć się z tym, że pacjenci z częstością akcji serca poniżej 80/min mogą prezentować objawy zmniejszonego rzutu minutowego serca, a nawet mogą wymagać stymulacji.

Leki działające na rytm pracy serca poprzez nerw błędny nie odniosą skutku – nie zadziała ani atropina, ani glikozydy naparstnicy. Przedstonki nowego serca są w całości doszły do fragmentów przedstonków

biorcy – w związku z tym przeszczepione serce ma podwójne przedstonki. Do rzadkości należy zachowanie przewodzenia mechanicznego w miejscu zespolenia chirurgicznego. Natomiast często zachowany jest rytm zatokowy przedstonków



OIOM – Oddział Transplantacyjny

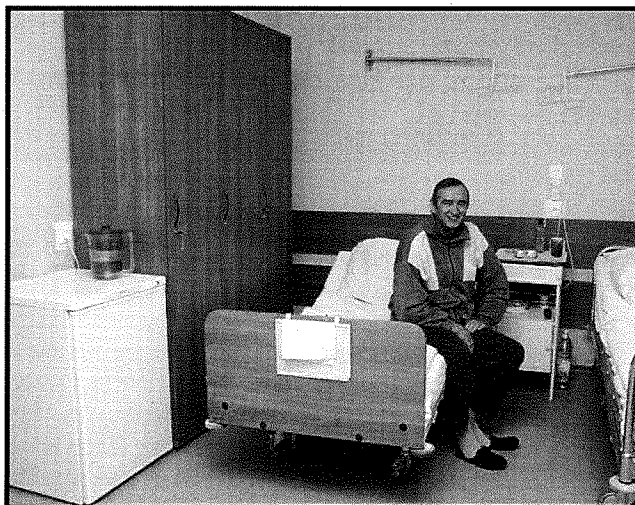
Zdjęcie G.Szymura

biocy dający obraz dodatkowego załamka P w EKG. Ponieważ załamek P przedsionków dawcy jest często słabo widoczny, sprawia to wrażenie całkowitego bloku przedsionkowo-komorowego.

Do innych typowych zmian w EKG należy niepełny blok prawej odnogi pęczka Hisa. Dużej ostrożności wymaga natomiast interpretacja morfologii zespołu QRS, szczególnie w odniesieniu do możliwości przebytego zawału. W UKG obok dużych rozmiarów obydwu przedsionków często obserwowany jest asynchroniczny ruch przegrody międzykomorowej.

Natomiast specyfika tej grupy pacjentów wynika z leczenia immunosupresyjnego, które niesie za sobą możliwość powikłań wynikających z osłabienia odporności oraz z swoistej toksyczności leków immunosupresyjnych. Z osłabienia układu odpornościowego pacjenta po przeszczepie wynika skłonność do infekcji i chorób nowotworowych. Obok typowych infekcji bakteryjnych pacjenci leczenia immunosupresyjnie wykazują szereg zakażeń typowych dla siebie, jak np. Zakażenie wirusem cytomegalii (CMV) czy wirusem Epstein-Barr (EBV). Częściej nękają ich również infekcje grzybicze i pierwotniakowe.

Osłabienie odporności to również zwiększone ryzyko zachorowania na raka. U pacjentów po przeszczepach narządowych nie wolno zaniedbywać badań profilaktycznych: RTG płuc, badania gruczołu krokowego u mężczyzn i badania ginekologicznego u kobiet. Szczególna postać choroby limfoproliferacyjnej – chłoniak z komórek B indukowany wirusem EBV wymaga leczenia w porozumieniu z ośrodkiem transplantacyjnym.



Oddział transplantacyjny

Zdjęcie G. Szymu-

Obok specjalistycznej wiedzy na temat leczenia szczególnych form zakażenia warto w kontakcie z pacjentami po przeszczepach narządowych stosować typowe środki zapobiegające infekcjom: mycie rąk, izolację od osób z infekcjami kataralnymi, profilaktykę antybiotykową przy drobnych zabiegach. W przypadku stwierdzenia infekcji wymagane jest leczenie pełną dawką celowanego antybiotyku, najlepiej po wcześniejszym pobraniu materiału do badania bakteriologicznego. Unikać należy antybiotyków nefrotoksycznych.

Michał Zakliczyński

Mgr Joanna Foik

Problemy rehabilitacji przed i po transplantacji serca

W opiece nad chorym przed i po przeszczepie serca szczególne miejsce zajmuje rehabilitacja, która jest uznaną metodą leczenia po zabiegach kardiologicznych. Celem jej jest przywrócenie możliwie szybko sprawności fizycznej i psychicznej umożliwiającej powrót do czynnego życia, a później i pracy zawodowej.

Potencjalnymi biorcami serca są chorzy z ciężkim uszkodzeniem mięśnia sercowego w przebiegu różnych chorób, pozostający w III i IV klasie czynnościowej według NYHA. Chorzy ci mają znacznie ograniczoną wydolność fizyczną. Na niską ich wydolność składają się w dużej mierze, poza parametrami hemodynamicznymi serca, mechanizmy obwodowe, takie jak: zaburzenia płucne, upośledzenie obwodowego przepływu krwi oraz zmiany histologiczne i biochemiczne w mięśniach.

Występująca już przy niewielkich wysiłkach, a nawet w spoczynku duszność zmusza ich do wybitnie oszczędzającego, a czasem wręcz spoczynkowego trybu życia. Sprzyja to powstaniu powikłań takich jak: zapalenie płuc, oskrzeli, skłonność do zakrzepicy kończyn dolnych, a w miarę upływu czasu występowaniu postępujących zaników mięśni szkieletowych.

Aby zapobiec tym niepożądanym zjawiskom, należy

już od momentu zakwalifikowania chorego do transplantacji rozpocząć rehabilitację ruchową stosując indywidualny program dostosowany do możliwości każdego chorego. Istotą programu rehabilitacji chorych z jest stosowanie bardzo lekkich i lekkich obciążeń powtarzanych kilkakrotnie w ciągu dnia, po codziennej kontroli lekarskiej. Program taki powinien obejmować ćwiczenia oddechowe torem przeponowym i piersiowym, a także ćwiczenia czynne kończyn górnych i dolnych w pozycji leżącej.

Kompleksowe leczenie rehabilitacyjne, z zastosowaniem farmakoterapii, kinezyterapii, psychoterapii oraz prewencji wtórnej u chorych w okresie wyrównania jest zalecana metoda postępowania poprawiająca stan kliniczny osób oczekujących na transplantację serca.

Rehabilitację u chorych po przeszczepie serca można podzielić na dwa okresy:

- okres I - wczesny - rehabilitacji pooperacyjnej
- okres II - późny - rehabilitacji ambulatoryjnej.

dalszy ciąg na str. 15

Tadeusz Bujak

Narodowy Program Ochrony Serca (93-2000)

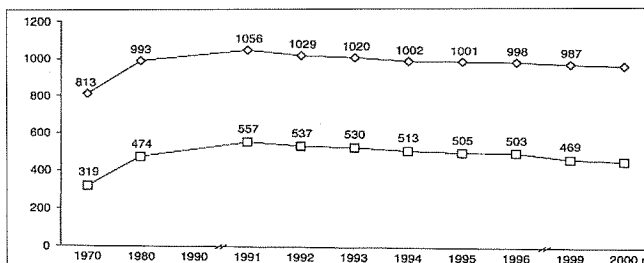
Tematyka ochrony zdrowia, leczenia czy stanu zdrowotności społeczeństwa często przewija się przez łamy prasy krajowej, czy też gości na antenie radia i TV. Najczęściej ma to jednak miejsce w kontekście braków, niedociągnięć czy rzekomych afer. Co jakiś czas pojawiają się wprawdzie szeroko nagłaśniane doniesienia o udanych operacjach czy wdrożeniu nowoczesnych metod leczenia, ale są one przedstawiane jako wyjątki na tle ogólnej beznadziei, braku pieniędzy, małej dostępności świadczeń i bałaganu organizacyjnego. Do tego co jakiś czas publikowane są dane wskazujące na wysoki poziom śmiertelności Polaków na tle innych krajów europejskich. Szary obywatel odnosi wrażenie, że było, jest i będzie beznadziejnie a jeżeli są gdzieś pozytywne zjawiska, to są one zasługą społecznych akcji.

Tymczasem ostatnie 10 lat w Polsce to okres ogromnego postępu w zakresie kardiologii i kardiologii, który doprowadził do znacznego zmniejszenia przepaści, jaka dzieliła nas w tych dziedzinach od krajów zachodnich. Ta przepaść nie została zasypana do końca i na różnicę dzielącą Polskę od krajów zachodnich (zwłaszcza skandynawskich) zwracają uwagę Ci, którzy chcą widzieć „szklanę w połowie pustą”. Ciągłe Polacy żyją krócej i częściej niż tam umierają w wyniku choroby układu krążenia. Ale w ciągu 10 lat średnia wieku mężczyzn podniosła się o 4 lata, a kobiet o trzy lata. *Rzeczpospolita* (10.10.2002) nazwała ten fakt cudem nad Wisłą – spowodowanym przede wszystkim przez realizację Narodowego Programu Ochrony Serca. Zbieżność wykresów: śmiertelności ogólnej i z powodu krążenia (wykres 1) nie może być przypadkowa. Jest dowodem, że spadek śmiertelności to zasługa kardiologii i kardiologii.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia(1993-2000) zagwarantował poważne środki budżetowe na rozwój istniejących ośrodków kardiologicznych i kardiologicznych oraz utworzenie nowych. Powstały trzy nowe kliniki kardiologiczne (AM w Lublinie, Białymstoku i Bydgoszczy). Jednocześnie doposażono sale operacyjne w Instytucie Kardiologii w Warszawie oraz akademiach medycznych w Łodzi, Szczecinie, Poznaniu, Wrocławiu i Katowicach. W tym samym czasie doposażono ponad 100 ośrodków intensywnej opieki kardiologicznej w całym kraju. Po roku 1996 nastąpił poważny rozwój

rok	koronarografie	angioplastyka	stenty
1992	10.191	1.604	-
1993	11.731	1.849	-
1994	13.109	2.171	-
1995	15.611	2.875	157
1996	23.571	4.986	788
1997	28.445	7.343	2.292
1998	34.106	10.846	3.638
1999	46.297	14.429	7.129
2000	58.734	20.361	11.500

Tab. Ilość zabiegów wykonanych w Polsce w latach 1992-2000 wg. Zygmunt Sadowski „Narodowy Program Ochrony Serca 1993-2002” w „Chirurgia Naczyń Wieńcowych” Marian Zembala i inni PZWL 2002

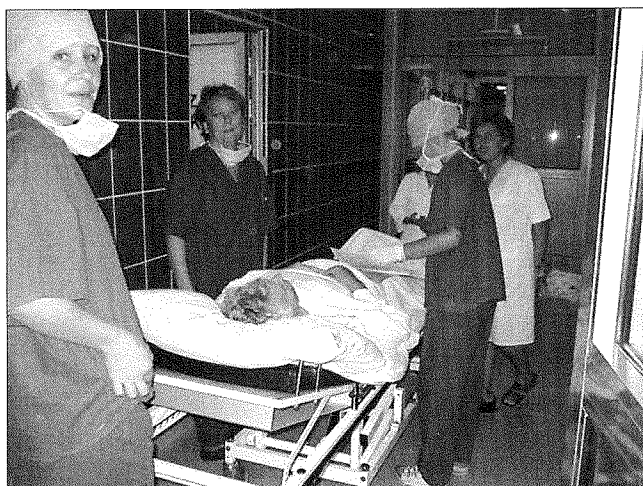


Wykres 1. Umiieralność w Polsce na 100 000 ludności (górna linia – ogólna, dolna – z powodu krążenia (Z.Sadowski „NPOS 1993-2002” w „Chirurgia Naczyń Wieńcowych” M.Zembala i inni PZWL 2002

hemodynamiki, na co złożyły się środki z NFOS (i własne szpitale) oraz zmiany organizacyjne i w zakresie finansowania zabiegów (kontraktacja przez Ministerstwo Zdrowia).

Szeroki program szkoleniowy zaowocował szybkim wzrostem liczby wykwalifikowanych fachowców. I tak np. o ile w 1989 roku pracowało w Polsce 21 kardiologów, to w roku 2001 było ich już 125. W roku 1989 chorobę wieńcową chirurgicznie leczono w 12 ośrodkach a w roku ubiegłym już w 19 klinikach, w których operuje się od 96 do 1441 pacjentów rocznie. (M.Śliwiński op.cit).

Jednakże pomimo tak znacznych postępów nie udało się w skali kraju osiągnąć europejskiego poziomu dostępu



Przed salą operacyjną

Zdjęcie G.Szymura

do wysoko specjalistycznego leczenia kardiologicznego i kardiologicznego. Ciągłe potrzeby są większe od możliwości ich zaspokojenia. Z jednym wszakże wyjątkiem. Europejski poziom prezentują wskaźniki osiągnięte na Śląsku, gdzie mieszkańcy mają zapewnioną opiekę kardiologiczną i kardiologiczną nie odbiegającą od standardów zachodnich(M. Solecka w *Rzeczpospolitej z dnia 10.10 br.*). Znaczny udział w tym (niewątpliwym) sukcesie ma Śląskie Centrum Chorób Serca.

Dalszy ciąg na str.19

PRZEGLĄD PRASY MEDYCZNEJ

Readagują:
dr Piotr Rozentryt
dr Jarosław Wasilewski

Ambicją tej rubryki nie jest dokonanie kompletnego przeglądu piśmiennictwa. Wręcz przeciwnie, intencją jej autorów jest zasugerowanie czytelnikom ich zdaniem wartościowych lektur, jest to więc przegląd wysoce wybiórczy, rzekłbym nawet tendencyjny. W odróżnieniu od dziesiątek innych tego typu przeglądów zamieszczanych w czasopismach, witrynach internetowych, autorzy otwarcie przyznają się, iż rubryka ta ma charakter subiektywny. Walorem jej może być natomiast to, że nie sugerujemy listy kilkudziesięciu artykułów, wartych przejrzenia, a co najwyżej 5 - 6 spośród ważnych.

Effects of long-term treatment with angiotensin-converting-enzyme inhibitors in the presence or absence of aspirin: a systematic review.

Koon K Teo, Salim Yusuf, Marc Pfeffer, Lars Kober, Alistair Hall, Janice Pogue, Roberto Latini, Rory Collins for the ACE Inhibitors Collaborative Group

Lancet 2002; 360; 1037-1043

Nie rozstrzygnięto dotąd jednoznacznie (a jest to trudne ze względów etycznych), na ile potencjalna interakcja między inhibitorami konwertazy angiotenzyny (ACI) (powodującymi wazodulatację poprzez zmniejszenie stężenia angiotenzyny II i wzrost bradykininy), a aspiryną (działającą wazokonstrykcyjnie poprzez hamowanie syntezy prostaglandyn) ma znaczenie praktyczne. Spostrzeżenia z retrospektywnej analizy badania SOLVED (i kilku innych badań) były w tym względzie niepokojące. Leczenie aspiryną chorych po zawale serca jest postępowaniem standardowym, dla inhibitorów konwertazy wskazania ulegają szybkiemu rozszerzeniu. Czy pacjent z niewydolnością serca o etiologii niedokrwiennej powinien być nadal leczony aspiryną? Autorzy dokonali meta-analizy danych 22 060 chorych z 6 dużych badań prospektywnych, w których oceniano efekty leczenia ACI: SOLVD część przewencyjna i lecznicza, SAV[>], AIRE, TRACE, and HOPE. Badano częstość występowania złożonego punktu końcowego (śmierć, zawał serca, udar mózgu, hospitalizacja z powodu nasilenia niewydolności serca i konieczność rewaskularyzacji) u chorych leczonych ACI w zależności od tego czy byli równocześnie leczeni aspiryną.

Wyniki dokonanej meta-analizy wskazują, iż nie ma różnic w redukcji częstości występowania opisanego punktu końcowego w zależności od leczenia ACI z dodatkiem aspiryny lub bez tego leku ($p=0.15$). Różnica pojawia się natomiast w odniesieniu do częstości zawałów (interakcja $p=0.01$). Redukcja ryzyka przy leczeniu ACI wyniosła 22 % w porównaniu do placebo ($p<0.0001$), niezależnie od stosowania aspiryny (współczynnik ryzyka 0.80, [99% CI 0.73-0.88]) i nie leczonych (współczynnik ryzyka 0.71 [99% CI 0.62-0.81]).

Mild renal insufficiency is associated with increased cardiovascular mortality; The Hoorn Study

Ronald M.A. Henry, Piet J. Kostense, Griët Bos, Jacqueline M. Dekker, Giel Nijpels, Robert J. Heine, Lex M. Bouter, and Coen D.A. Stehouwer

Kidney International 2002, 62:1402.

Zmniejszanie się filtracji kłębuszkowej towarzyszy starzeniu się (utrata około 1 ml/min rocznie). 7.naczący odsetek ludzi starszych ma zatem istotnie obniżoną filtrację kłębuszkową.

Przewlekłej zaawansowanej niewydolności nerek towarzyszy bardzo wysoka śmiertelność z przyczyn sercowo - naczyniowych. Związek natomiast łagodnej niewydolności nerek ze śmiertelnością sercowo - naczyniową nie jest jednoznacznie ustalony, zwłaszcza po uwzględnieniu innych uznanych czynników ryzyka Ostatnie lata znacznie poszerzyły możliwości nefroprotekcji (ACI, inhibitory Ang II). W świetle tych nowych możliwości niniejsze badanie wydaje się szczególnie interesujące. k) Autorzy poddali prospektywnej, ponad 10 letniej obserwacji grupę 631 osób w wieku 50 do 75 lat W tym czasie zmarło 117 osób (50 z przyczyn sercowo - naczyniowych). Wyjściową czynność nerek określano badając stężenie kreatyniny, klirens kreatyniny (metodą Cockcrofta-Gaulta) i filtrację kłębuszkową (wzór Levey) i wielkości te wynosiły odpowiednio: 91.7 ~ 19.0 pmol/L, 72.5 ~ 13.7 mL/min/1.73 m²:i 67.8 ~ 12.1 mL/min/1.73m². Ustalono, że ryzyko sercowo naczyniowe rośnie wraz z pogarszaniem się czynności nerek i to niezależnie od innych czynników ryzyka. Względne współczynniki ryzyka wynosiły: 1.11 (1.07 to 1.16) na 5 p.mol/L wzrostu stężenia kreatyniny, 1.15 (1.0 1 to 1.31) na każde 5 mL/min/ 1.73 m² spadku klirensu kreatyniny i 1.26 (1.12 to 1.42) na każde 5 mL/min/1.73 m² spadku filtracji kłębuszkowej. Wyniki były podobne u chorych z cukrzycą I nadciśnieniem, jak i dla chorych bez tych schorzeń.

Badania te sugerują, iż skuteczna nefroprotekcja oznaczać może skuteczniejszą kardioprotekcję. Relatywna prostota wzorów Cockcrofta-Gaulta czy Levey daje możliwość bardziej precyzyjne stratyfikacji chorych pod względem ryzyka sercowo - naczyniowego .

Piotr Rozentryt

Tiklopidyna czy clopidogrel?

1. **Superior clinical efficacy of clopidogrel to ticlopidine after successful coronary stenting: a meta-analysis of published studies** (G.Casella, F.Ottani, A.Capecci, P.Sangiorgio, P.C. Pavesi, D.Bracchetti)
ESC Congress 2002 Berlin, Poster Display VI, Abstract: P 3687 European Heart Journal Vol 4, Abstr. Suppl. August 2002, page 721
2. **A randomized comparison of clopidogrel and aspirin versus ticlopidine and aspirin in the placement of coronary-artery stents.** (C. Mueller, H.Roskamm, P.Hunziker, S.Marsch, A.P. Perruchoud, F.J.Neumann, H.J.Buettner)
ESC Congress 2002, Berlin, Poster Display IV, Abstract: P 2253 European Heart Journal Vol 4, Abstr. Suppl. August 2002 page 435
3. **Is clopidogrel inferior to ticlopidine in preventing subacute stent thrombosis ?** (P.Wenaweser, M.Rotter, S.Windecker, C. Seiler, O.M.Hess, B.Meier, F.R.Eberli)
ESC Congress, Berlin, Poster Display IV, Abstract: P 2246 European Heart Journal Vol 4. Abstr. Suppl. August 2002, page 433

Na dorocznym Kongresie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego pojawiły się kolejne doniesienia porównujące skuteczność ticlopidyny i clopidogrelu u chorych poddawanych angioplastyce wieńcowej z implantacją stentu. Metaanaliza Casella i wsp. (1) dotycząca jedenastu tysięcy pacjentów włączonych do różnych badań wykazała brak różnicy pomiędzy dwoma pochodnymi tienopirydyny w zapobieganiu wystąpieniu zgonu lub zawału nie zakończonych zgonem przy istotnie mniejszej częstości występowania objawów ubocznych po clopidogrelu. Obserwacja ta potwierdza uznany pogląd, że oba leki są równie skuteczne a różnica pomiędzy nimi polega głównie na częstości występowania i nasilenia objawów ubocznych.

Odmienne wyniki dotyczące skuteczności obu leków w zapobieganiu incydentom sercowo-naczyniowym przedstawili Mueller i wsp. (2) oraz Wenaweser i wsp.(3). Mueller losowo

Iwona Trzeźńska

Moja praca

Jestem pielęgniarką od 18 lat. Wybrałam ten zawód samodzielnie i nigdy tego nie żałowałam. Pracuję na oddziale kardiologii od początku jego istnienia, natomiast od kilku lat kontynuuję świadomie podjętą pracę z pacjentami po przeszczepie. Nie była to decyzja łatwa. Byłam i nadal jestem świadoma tego, że transplantologia jest trudną i ciągle rozwijającą się dziedziną medycyny. Po długim namyśle zdecydowałam się na podjęcie pracy w Poradni Transplantacyjnej – bez przerywania kontaktu z Oddziałem.

Po kilku miesiącach pracy w poradni ciągle byłam przerażona ilością problemów, jakie musiałam rozwiązywać. Dziesiątki telefonów z pytaniami, na które musiałam odpowiadać. I ten strach, czy odpowiedź była właściwa – czy dobrze rozwiązałam problem.

Moim nauczycielem, który cierpliwie i wyczerpująco odpowiadał (i odpowiada) na pytania i na którego zawsze mogłam (i mogę) liczyć był (i jest) dr Michał Zakliczyński. To dzięki niemu poruszam się w transplantologii pewnym krokiem, a nie na oślep.

Jestem z siebie dumna, kiedy pytam o rozwiązanie i otrzymuję odpowiedź potwierdzającą moje wcześniejsze przemyślenia.

Największą jednak satysfakcję daje mi zaufanie i sympatia „moich” pacjentów. Jednym z takich dowodów było zaproszenie mnie na turnus rehabilitacyjny w Krościenku w 2000 roku, gdzie zapewniałam opiekę pielęgniarską. Zgodziłam się nie bez wahania. Czymś innym jest zajmowanie się pacjentami po OHT w szpitalu, gdzie w każdej chwili mogę poradzić się kogoś bardziej doświadczonego, a czym innym po prostu z Nimi sam na sam.

Jednak zdecydowałam się i w roku 2000 – w sierpniu pojechałam na pierwszy turnus do Krościenka. Było to nowe i pouczające doświadczenie. Ja umierałam ze strachu przed nieprzewidywanymi wydarzeniami,



z którymi nie będę umiała sobie poradzić. Pacjenci natomiast bali się, czy dadzą sobie radę na ćwiczeniach, które prowadziła doświadczona rehabilitantka z Rept.

Wszyscy byliśmy mile zaskoczeni. Ja – bo oprócz tabletek na ból głowy i opatrunków na obtarte nogi nie miałam nic do roboty. Natomiast pacjenci przekonali się, że są w stanie pokonać kolejną górę, przepłynąć kolejną długość basenu i przejechać na rowerze kolejny kilometr bez zmęczenia. Zrozumieli, że najważniejsza jest wiara we własne możliwości – że nie należy się obawiać każdego kroku, a tylko trzeba żyć normalnie – na miarę własnych możliwości.

Pacjenci uwierzyli, że przeszczep serca to druga szansa na normalne życie. Dotarło do nich, że ich dalsze życie to nie tylko kontrolne badania w Poradni Transplantacyjnej, ale także praca i pokonywanie codziennych trudności. Zobaczyli, że mogą się bawić i cieszyć życiem.

Do takich wyjazdów zachęcam tych wszystkich pacjentów, którzy zamknęli się we własnych domach i myślą tylko o własnych problemach. Spotkania i wspólnie spędzone dni pozwalają na wymianę doświadczeń i poznanie własnych możliwości.

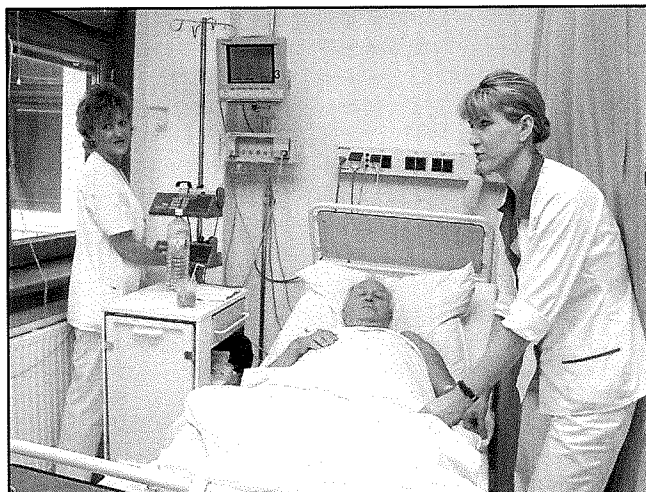
Życzę swoim drogim „Przeszczepnikom” aby uwierzyli w siebie i cieszyli się życiem. Sobie zaś życzę dalszych wspólnie spędzonych z pacjentami po transplantacji chwil i żebym nie straciła ich zaufania.

Iwona Trzeźńska

Cd ze strony 9.

podzielił 700 po implantacji stentu do grupy tiklopidyny lub clopidogrelu. W ciągu trzech lat punkt złożony obserwacji (zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych lub ponowny zawał) wystąpił dwukrotnie częściej podczas leczenia clopidogrelem (11,3% wobec 5,5%). Z kolei Wenaweser porównał wyniki leczenia tiklopidyną u 1806 chorych, u których stenty wieńcowe implantowano w latach 1995-1999 z 2647 z chorymi leczonymi w latach 1999-2001, u których stosowano clopidogrel. Podostra zakrzepica w stencie wystąpiła ponad dwukrotnie częściej w grupie, clopidogrelu podawanego przez cztery tygodnie w porównaniu do tiklopidyny stosowanej krócej, bo przez dwa tygodnie (1,89% wobec 0,83%), co więcej późną zakrzepicę w stencie (>28 dnia) zanotowano jedynie u chorych z grupy clopidogrelu. Wyniki tych doniesień stanowią, że nadal aktualna i nierozstrzygnięta jest dyskusja, który lek wybrać dla pacjenta po implantacji stentu biorąc pod uwagę, skuteczność, bezpieczeństwo stosowania, lecz także cenę obu preparatów.

Jarosław Wasilewski



II Oddział Opieki Intensywnej

zdjęcie G.Szymura

Alicja Michalak

„W stronę zdrowia czy w stronę choroby?...”

Powiązania pomiędzy psychiką a ciałem są nadzwyczaj silne - powinniśmy to wykorzystać.



Niniejszymi rozważaniami pragniemy zaprosić Czytelników do cyklu felietonów z zakresu Psychologii Zdrowia i Choroby

Codzienny nastrój wywiera wpływ na nasze zdrowie fizyczne. Myśli, doświadczane emocje, sposoby radzenia sobie z trudnościami, wymagania jakie sobie stawiamy i oczekiwania mogą prowadzić nas w stronę choroby lub zdrowia. Obserwacje i badania pokazują, że nastawienie psychiczne, odporność na choroby i tempo powrotu do zdrowia są ściśle ze sobą związane.

Wiemy już, że można zapobiec pojawieniu się większości chorób poprzez wybór zdrowego stylu życia (m.in. redukcja nałogów, aktywność fizyczna, właściwy sposób odżywiania się, systematycznie wykonywane badania kontrolne, redukcja nadmiernego stresu).

Powinniśmy jednak stale pogłębiać wiedzę o tym, jak i dlaczego niektóre nasze myśli, uczucia, cechy osobowości, zachowania kierują nas w stronę choroby, lub utrudniają szybki powrót do zdrowia a inne chronią nas przed zachorowaniem lub łagodzą przebieg choroby i kierują w stronę zdrowia.

Od wielu lat psycholodzy próbowali wyjaśnić dlaczego ludzie zapadają na zdrowiu, jakie czynniki psychiczne mają udział w powstawaniu chorób i dysfunkcji somatycznych. Ten kierunek rozważań (określony jako *podejście patogenetyczne*), przybliży zasady psychologicznych mechanizmów, które powodują lub przyspieszają pojawienie się choroby.

Na tym tle powstał nowy, uzupełniający kierunek badań, (*podejście salutogenetyczne*), który pyta o przyczyny zdrowia i czynniki wspomagające procesy zdrowienia. Dlaczego ludzie zachowują zdrowie, a w przypadku pogorszenia jego stanu szybciej niż inni do zdrowia powracają?

Nieustannie doświadczamy różnorodnych myśli i emocji. Mogą one bądź wspomóc nasze zdro-

wie, bądź je blokować. Pewne aspekty naszej osobowości możemy określić jako prozdrowotne (zbliżające nas do zdrowia) inne natomiast osłabiając naszą odporność, przyczyniają się do zachorowania lub uniemożliwiają szybki powrót do zdrowia. Również sposoby rozwiązywania sytuacji stresowych, relacje z innymi ludźmi, przekonania o sobie i otaczającym nas świecie mogą korzystnie lub negatywnie wpływać na nasze ciało i zdrowie.

Medycyna i psychologia od dawna znają zjawisko *placebo*: nadzieja, pragnienie szybkiego powrotu do zdrowia czy pozbycia się bólu, wiara w skuteczność leczenia wzmagają procesy regeneracyjne organizmu a nawet potrafią spowodować lecznicze oddziaływanie neutralnych dla ciała substancji. Dziś nikt już nie kwestionuje faktu, że placebo korzystnie wspiera przebieg leczenia.

Natomiast na ogół nie zdajemy sobie sprawy, że nasze negatywne emocje, uczucie frustracji, pesymistyczne oczekiwania, poczucie samotności, bezradności, zniechęcenia czy poczucie winy mogą spowodować chorobę. Mamy wówczas do czynienia z efektem *nocebo*.



Dokąd ta droga prowadzi...?

Zdjęcie D.

Pojęcia tego użył po raz pierwszy w 1961 roku Walter Kennedy, lekarz medycyny. Początkowo zjawisko to było lekceważone przez specjalistów nauk medycznych. Obecnie jednak coraz częściej badacze donoszą, że efekt *nocebo* jest przyczyną chorób w równym stopniu jak biologiczne i genetyczne czynniki patogenetyczne.

Szereg badań epidemiologicznych wskazuje na wyraźny związek pomiędzy negatywnymi uczuciami a pojawiającymi się następnie objawami choroby. Nastroje depresyjne i poczucie beznadziejności utrzymujące się konflikty z innymi mogą doprowadzić do chorób serca dwukrotnie częściej niż u osób patrzących na siebie i otaczający świat z nadzieją i optymizmem.

Pacjenci odczuwający długotrwały nastrój depresyjny po operacji pomostowania naczyń wieńcowych

„W stronę zdrowia czy wstronę choroby?.

(ciąg dalszy)

(CABG) są ponad dwukrotnie bardziej narażeni na konieczność powtórnego w ciągu roku pobytu w szpitalu niż chorzy powracający po operacji w dobrym stanie psychicznym. Stwierdzono także, że niezależnie od innych czynników ryzyka, kobiety trwające w poczuciu zagrożenia i niepewności czterokrotnie częściej przechodziły zawał serca niż te, którym towarzyszyło poczucie bezpieczeństwa.

Obserwacja codziennych doświadczeń a także wyniki coraz liczniejszych badań z zakresu psychoimmunologii - nowej dziedziny immunologii - spowodowały zainteresowanie oddziaływaniami psychiki na układ odpornościowy. Badacze donoszą, iż niektóre rodzaje stresu psychologicznego mogą zmniejszyć skuteczność systemu immunologicznego i osłabić odporność na rozmaite choroby.

Pojawiająca się choroba jest często punktem zwrotnym w naszym życiu. Niewątpliwie to sytuacja trudna i wzbudzająca wiele napięcia psychicznego. Istotne jednak aby napięcie to przerodziło się w mobilizację poszukiwania najlepszych rozwiązań.

Jeśli objawy potraktujemy jedynie jako zagrożenie, pojawi się chęć ucieczki i w efekcie chorobotwórcza demobilizacja.

Jeśli zaś tę trudną sytuację, tę zmianę w życiu potraktujemy jako wyzwanie, któremu chcemy sprostać, pojawi się pragnienie zdobywania nowych umiejętności i siła wyznaczająca nam właściwe działanie prowadzące nas w stronę zdrowia.

Nasz umysł również może nas leczyć lub zapobiegać chorobom – wykorzystajmy jego siłę we właściwy sposób.

Alicja Michalak

Zainteresowanych omawianą tematyką odsyłamy do następujących pozycji:

Heszen-Niejodek I., H. Sęk. (1997). *Psychologia zdrowia*. Warszawa, PWN.

Pasikowski T. (2000). *Stres i zdrowie*. Poznań, Wyd. Fundacji Humanióra.

Scheridan L., Radmacher C. (2000) *Psychologia zdrowia*. Warszawa.

Uwagi na marginesie

Choroba zawsze wiąże się z problemami natury psychicznej. Moment zachorowania jest dla pacjenta wstrząsem – zwłaszcza gdy wiąże się z koniecznością przewartościowania całego dotychczasowego stylu życia. Także sam moment decyzji o poddaniu się operacji, czy zgłoszenia się do szpitala na długotrwałe leczenie jest bardzo trudny. Są to zjawiska dla wszystkich zrozumiałe i oczywiste. Ale niewielu chorych zdaje sobie sprawę że powrót do zdrowia też może być trudny.

Kto sam tego nie przeszedł, ten nie jest w stanie wyobrazić sobie czym jest po długiej i ciężkiej chorobie moment wyjścia ze szpitala. Wraz z przedłużającym się okresem hospitalizacji zmienia się sposób widzenia otaczającego świata. Świat za oknami coraz bardziej się kurczy, staje się malutki i prawie nic nie znaczący. Problemy poza szpitalne schodzą na dalszy plan, a z czasem umiejscawiają się gdzieś tam w tle lub zupełnie znikają.

Natomiast rośnie – ogromnie własne łóżko i najbliższe otoczenie (właściwie nie wykraczające poza salę). Problemami istotnymi są wyniki, oczekiwane zabiegi i badania, wizyta lekarska, temperatura, ból, nie gojąca się rana czy brak odwiedzin.

Przy dobrej opiece pielęgniarskiej (a w Zabrze opieka jest bardzo dobra) chory czuje, że jego samopoczucie i stan zdrowia jest przedmiotem bacznej obserwacji i licznych działań ze strony otoczenia. I jest mu z tym dobrze, nawet jeżeli sobie tego stanu nie uświadamia. I nagle trzeba przeciąć więzy zależności i samemu stanąć twarzą w twarz z normalnym światem zewnętrznym, gdzie dawne problemy i zmartwienia natychmiast nabierają wymiarów takich samych jak przed chorobą, a niektóre dodatkowo ogromnieją i stają się przerażające. W dodatku z najbliższego otoczenia znikają ci, którzy zapewniali opiekę i poczucie bezpieczeństwa.

Wychodzący pacjent z jednej strony cieszy się z powrotu do domu, do najbliższych, a z drugiej się boi – nie zawsze uświadamiając sobie przyczyny lęku. Nie wszyscy potrafią się przestawić i poradzić sobie ze stresem wynikającym z wyjścia spod opiekuńczych skrzydeł szpitala. Dobrze wiedzą o tym pacjenci po transplantacji, z których część nie potrafi odnaleźć się w nowej sytuacji, chociaż z medycznego punktu widzenia są zdolni do pełnienia swojej roli – zarówno w rodzinie jak też w społeczeństwie. Dla nich pomoc może i powinna nadejść ze strony psychologii.

Dlatego też zabrzańskie koło STS zamierza zorganizować warsztaty dla osób po transplantacji, które będą prowadzić autorka sąsiedniego artykułu. Jesteśmy przekonani, że w krótkim czasie przyniosą one istotne rezultaty.

TB

Mgr Urszula Gašior



Krajowa sieć szpitali publicznych

Od pewnego czasu krąży szereg niepewnych informacji, czy wręcz plotek na temat projektu Ministra Zdrowia dotyczącego utworzenia krajowej sieci szpitali publicznych. Niniejszy artykuł ma w zamierzeniu rozwiązać wątpliwości i przybliżyć tematy związane z proponowanymi rozwiązaniami.

Idea utworzenia krajowej sieci szpitali narodziła się w grudniu 1998 r – a więc w momencie rozpoczynania reformy ochrony zdrowia. Jednak wtedy była rozumiana inaczej – miała być realizowana tylko po przez zróżnicowanie szpitali według trzech poziomów referencyjnych.

W lipcu bieżącego roku Ministerstwo Zdrowia opracowało nowy projekt utworzenia Krajowej Sieci Szpitali Publicznych na ramowych założeniach przedstawionych poniżej.

Sieć szpitali będzie oparta wyłącznie na samodzielnych zakładach opieki zdrowotnej, których liczba będzie na danym terenie uzależniona od ilości mieszkańców i zakresu potrzeb zdrowotnych. Szpital włączony do sieci będzie uprawniony do zawierania kontraktów na usługi medyczne, otrzymywania dotacji oraz pozyskiwania dochodów z innych źródeł (np. z darowizn, za leczenie pacjentów nieubezpieczonych), czy umów zawartych z innymi podmiotami.

Warunkiem włączenia do sieci jest spełnienie następujących kryteriów:

- Lokalizacja w osobnym budynku lub zespole budynków. W obiekcie wielokondygnacyjnym niezbędne są dwie windy dostosowane do transportu chorych na wózkach,
- posiadanie izby przyjęć,
- zdolność do udzielania w trybie ciągłym świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki i terapii,
- możliwość wykonywania diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej przez całą dobę,
- posiadanie bloku operacyjnego z co najmniej jedną salą septyczną, aseptyczną i salą pooperacyjną,
- posiadanie łóżek intensywnego nadzoru w ilości nie mniejszej niż 2 – 5 % ich ogólnej liczby,

- zapewnienie podstawowego i rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę i energię elektryczną,
- zapewnienie możliwości utylizacji odpadów medycznych,
- spełnianie wymogów bezpieczeństwa przeciwpożarowego.

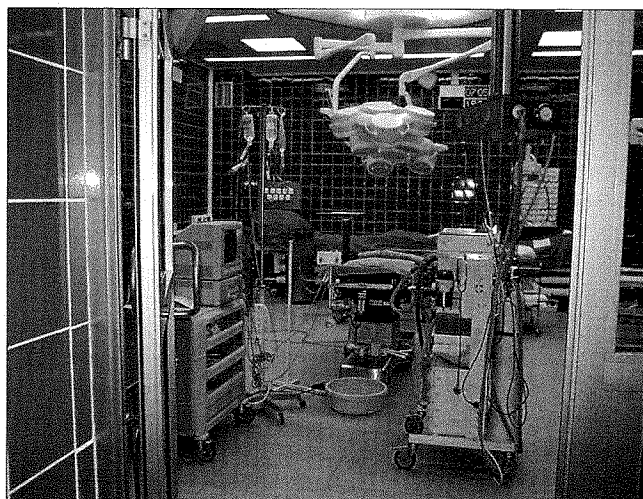
Poza kryteriami podstawowymi, będą pod uwagę brane kryteria dodatkowe, które szpital wchodzący w skład sieci powinien spełniać. Są nimi:

- Funkcjonowanie w szpitalu oddziału ratunkowego,
- Posiadanie specjalistycznych przychodni przyszpitalnych umożliwiających pacjentom kontynuację leczenia
- Dostosowanie obiektu do potrzeb osób niepełnosprawnych
- Wyposażenie sal operacyjnych, OIOM i pooperacyjnych w urządzenia klimatyzacyjne,
- Istnienie instalacji gazów medycznych i próżni centralnej oraz urządzeń zasilających,
- Zapewnienie zgodnej z normami powierzchni przypadającej na jedno łóżko,
- Uzyskanie certyfikatu ISO.

Minister Zdrowia określi w drodze rozporządzenia, które z publicznych samodzielnych szpitali utworzą krajową sieć.

Czy Śląskie Centrum Chorób Serca znajdzie się wśród szpitali ujętych w ministerialnym wykazie? Odpowiedzcie sobie Państwo sami.

Urszula Gašior



Sala operacyjna

Zdjęcie G.

„Prawdziwa jakość jest jak duch,
o którym każdy mówi,
a którego nikt nie widział”

F. Rochefoucauld

mgr Grażyna Szymura



ISO 9001:2000

Jakość działalności szpitala jest sumą jakości świadczeń jednostkowych. Zapewnienie jakości ma dwa główne cele:

- poprawę opieki nad pacjentem,
- efektywne i skuteczne świadczenie usług.

Zapewnienie jakości jest sprawą wszystkich pracowników szpitala. opracowywania, wdrażania i doskonalenia skutecznie

Jest to obecnie bardzo ważne, ponieważ zbliża się termin wstąpienia naszego kraju do Unii Europejskiej, co oznacza potrzebę zwiększenia konkurencyjności wobec innych placówek służby zdrowia – także z innych krajów. Istotne rezultaty można uzyskać stosując nowoczesne systemy zarządzania.

Dyrekcja Śląskiego Centrum Chorób Serca wybrała system certyfikacji ISO ze względu na jego uniwersalność i międzynarodowe znaczenie. Certyfikat ten, nie jest jednak przyznawany raz na zawsze. System zarządzania jakością po wdrożeniu musi być utrzymywany i ciągle doskonalony, a wymaga to zaangażowania wszystkich pracowników.

Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna (ISO) jest ogólnosiwiatową federacją krajowych jednostek normalizacyjnych (organizacji członkowskich ISO).

Norma ISO 9001:2000 koncentruje się bardzo wyraźnie na podstawowym celu każdej firmy, jakim jest spełnienie potrzeb klienta, ale z uwzględnieniem także innych zainteresowanych stron. Norma ta „zachęca do przyjęcia podejścia procesowego podczas ści systemu zarządzania jakością”.

Zaletą podejścia procesowego jest zapewnienie bieżącego nadzoru nad powiązaniem pomiędzy poszczególnymi procesami, jak też nad ich kombinacją i wzajemnym oddziaływaniem.

Norma ISO 9001:2000 definiuje w swoim modelu 20 wymagań, które organizacja musi wprowadzić i szczegółowo udokumentować jeżeli stara się o uzyskanie certyfikatu na system jakości. Wymagania te związane są z uczestnictwem procesu usługi czyli pacjentem oraz organizacją pracy.

Istotne wymagania normy ISO 9001:2000 dla służby zdrowia - usług medycznych są następujące:

1. Odpowiedzialność kierownictwa
2. System zarządzania jakością
3. Przegląd kontraktów, zlecenia, umowy
4. Rozwój nowych usług i jego nadzorowanie
5. Nadzór nad dokumentacją i danymi
6. Zakupy
7. Ochrona własności klienta
8. Identyfikacja i identyfikalność
9. Sterowanie procesem przebiegu usługi
10. Kontrola i badania, ocena jakości usługi
11. Nadzorowanie wyposażenia do monitorowania, badania i kontroli
12. Status usługi
13. Wadliwe usługi
14. Zapobiegawcze działania
15. Postępowanie z lekami i materiałami oraz przechowywanie i transport
16. Nadzór nad zapisami dotyczącymi jakości
17. Wewnętrzne audyty jakości
18. Szkolenia, zarządzanie zasobami
19. Dodatkowy serwis
20. Metody statystyczne

Realizacja powyższych wymagań będzie możliwa wtedy, gdy wszyscy pracownicy Śląskiego Centrum Chorób Serca w sprawy jakości postawią w centrum swojej uwagi. Oznacza też będzie, że są zorientowani na pacjenta i kierują się efektywnością oraz skutecznością działań i procesów.

Wyznaczony przez naczelne kierownictwo cel i zaangażowanie wszystkich pracowników pozwoli nam uzyskać certyfikat ISO.

Grażyna Szymura

Mgr Elżbieta Gałązka-Heczakowska

Standardy dobrej praktyki laboratoryjnej

Badania laboratoryjne stanowią część postępowania lekarskiego. Są rodzajem konsultacji medycznej mającej na celu rozpoznanie choroby, monitorowanie jej przebiegu i leczenia oraz określenie stanu zdrowia dla celów profilaktycznych, epidemiologicznych a także orzecznictwa lekarskiego.

Badania te są wykonywane *in vitro* (poza organizmem pacjenta) i obejmują: - oznaczenia biochemiczne we krwi, moczu i innych płynach ustrojowych, w tym również oznaczenia jakościowe i ilościowe swoistych białek (antygenów i przeciwciał), hormonów, pierwiastków śladowych, stężeń leków, środków toksycznych i odurzających,

- oznaczenie hematologiczne, obejmujące ocenę

morfologii krwi obwodowej, rozmazów krwi oraz badanie układu krzepnięcia i fibrynolizy,

- badanie z zakresu analityki ogólnej, dotyczące moczu, płynów z jam ciała i kału.

Laboratorium może także spełniać inne zadania, takie jak:

- prowadzenie szkoleń na różnych poziomach,
- pełnienie roli konsultacyjnej,
- wykonywanie ekspertyz w zakresie posiadanych kompetencji.

Wszystkie laboratoria (bez względu na ich status prawny) są objęte merytorycznym nadzorem specjalistów wojewódz-



kich, regionalnych oraz krajowego specjalisty ds. diagnostyki laboratoryjnej.

Aby spełniać ogólnoświatowe kryteria zapewnienia jakości wyników laboratorium muszą przestrzegać minimalnych standardów, które obejmują:

- * kwalifikacje personelu,
- * warunki lokalowe,
- * bezpieczeństwo pacjentów i personelu,
- * wyposażenie laboratorium,
- * organizację pracy i zarządzanie,
- * systemy informacji i dokumentacji badań,
- * procedury pozaanalityczne
- * systemy zapewnienia jakości.

Podstawy administracyjne działania laboratorium.

Podstawę prawną działania laboratoriów jako niezależnych zakładów opieki zdrowotnej stanowi ustawa o zakładach opieki zdrowotnej /Dz.U. Nr 91, poz. 408 z 1991r z późn. zm./ Laboratoria. działające w ramach zarejestrowanych Zakładów i będące ich częścią podlegają przepisom, w oparciu o które działają ich jednostki macierzyste.

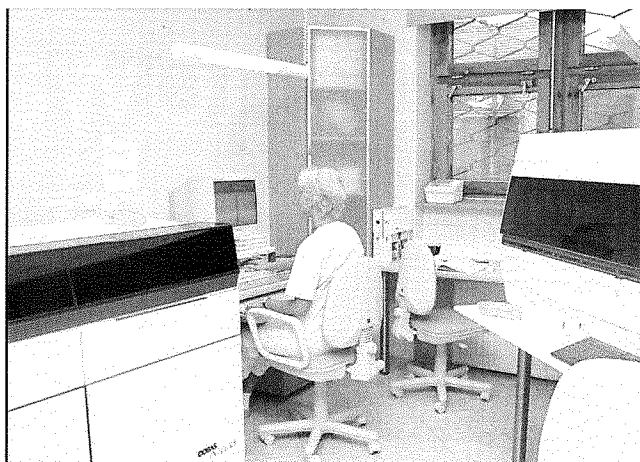
Laboratoria wykonujące badania diagnostyczne stosują nazwę "Medyczne Laboratorium Diagnostyczne".

Wszystkie wyżej wymienione laboratoria, powinny ubiegać się o wpis do Wykazu Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych. prowadzonego przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej.

Wpisu dokonuje się na wniosek zainteresowanego laboratorium, potwierdzony przez kierownika macierzystego zakładu opieki zdrowotnej, po uprzednim uzyskaniu pozytywnej opinii specjalisty regionalnego ds. diagnostyki laboratoryjnej. Opinia ta może być wydana jedynie po przeprowadzeniu wizytacji i stwierdzeniu, że laboratorium spełnia minimalne wymagane standardy.

Podobnie, jak w większości krajów na świecie, w Polsce w chwili obecnej nie ma wymogu akredytacji laboratoriów medycznych.

Akredytacja jest stwierdzeniem przez uprawnione do tego in-



Laboratorium

zdjęcie G.Szymura

stytucje, że dane laboratorium spełnia wymogi, zapewniające odpowiednią jakość wyników wykonywanych przez nie badań. Akredytacja jest wydawana na określony czas po uprzednim przeprowadzeniu zewnętrznej oceny stanu i możliwości laboratorium do spełniania przez nie zadań przewidzianych w akcie założycielskim.

Laboratoria medyczne w Polsce mają prawo ubiegać się o akredytację w oparciu o normy ISO 9000 i EN 4500 w Polskim Centrum Badań i Certyfikacji w Zespole Akredytacji Laboratoriów Badawczych w Warszawie.

Laboratoria mogą ubiegać się o akredytację również w innych instytucjach o uprawnieniach międzynarodowych, a także w towarzystwach i stowarzyszeniach medycznych, działających na terenie innych krajów i prowadzących własne systemy akredytacyjne /np. Amerykańskie Towarzystwo Patologów - CAP/.

O uzyskaniu akredytacji laboratorium powinno zawiadomić odnośne władze administracyjne oraz organ prowadzący Wykaz Laboratoriów

Elżbieta Gałązka-Herczakowska

Cd ze str. 7

We wczesnym okresie po transplantacji zakres wykonywanych w tym okresie ćwiczeń nie różni się w istotny sposób od tych, jakie wykonuje się u chorych po innych zabiegach kardiologicznych (wszczepieniu sztucznych zastawek czy pomostów aortalno-wieńcowych).

Najczęściej spotykanymi problemami u chorych po transplantacji, wpływającymi na program rehabilitacji są:

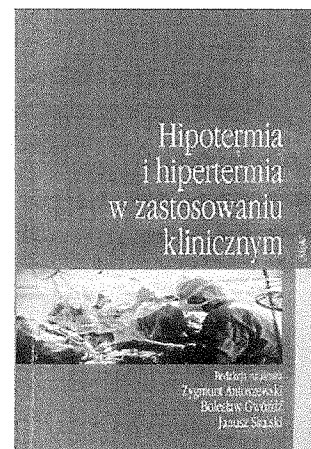
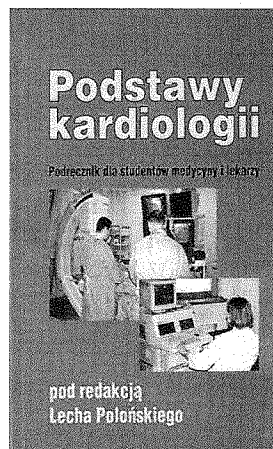
- wykonywanie uciążliwych dla pacjenta biopsji przerywających program usprawnienia.,
- ostre odrzucanie przeszczepionego serca
- upośledzenie odporności (infekcje wirusowe, grzybicze), - nadciśnienie tętnicze,
- niewydolność rytmu wodzącego serca, - upośledzenie funkcji wątroby i nerek, - zaburzenia psychiczne.

Istotny jest również fakt, że chorzy po transplantacji serca w związku z długotrwałym unieruchomieniem przed operacją oraz stosowanymi po przeszczepie sterydami mogą mieć ograniczoną wydolność mięśni szkieletowych spowodowaną ich zanikami.

Tak więc rehabilitacja chorych po przeszczepie serca szczególnie we wczesnym okresie po zabiegu związana jest z większymi trudnościami niż w innych grupach chorych.

mgr Joanna Folk

Podręczniki autorstwa pracowników naukowych związanych ze Śląskim Centrum Chorób Serca : profesora Lecha Połońskiego oraz profesora Janusza Skalskiego



Tadeusz Bujak

Sportowa przygoda

Wrażenia z IX europejskich zawodów dla osób po transplantacji serca i płuc

12 czerwca 2002 roku o godzinie 3.20 na parking przed barakiem administracji Śląskiego Centrum podjeżdża 20 osobowe „Iveco”. Jest nas z kierowcą 15 osób, więc możemy zrezygnować z przyczepy i upychamy bagaże w ostatnim rzędzie siedzeń. Problemy są tylko z rowerem Mariana, który będzie na nim startował w wyścigu kolarskim. Bernard też zgłosił się do wyścigu, ale ma nadzieję, że sprzęt otrzyma na miejscu. Kamila długo się żegna z zaniepokojonym ojcem i bus może ruszać w podróż.

Godz. 17.00 – przed budynkiem ratusza w Klagenfurcie rozstawiono w rzędach kilkaset krzeseł, na



W oczekiwaniu na statek, który ma nas zabrać na przejażdżkę po jeziorze
Od lewej: K.Herzyk, J.Kania, T.Bujak, M.Zachara, A.Kluska i A.Tobor

których siedzą uczestnicy zawodów. Dookoła tłum mieszkańców miasta. Na mównicę wchodzi premier Karyntii – Jorg Heider. Wśród zebranych poruszenie, które wycisza się w trakcie przemówienia. Heider pozdrawia zawodników i mówi o tym, że Karyntia będzie się starać o organizację olimpiady zimowej, a te zawody są traktowane jako sprawdzian sprawności organizacyjnej miejscowych działaczy.

Po przemówieniach i oficjalnym otwarciu oraz po części artystycznej udajemy się do stojącego obok olbrzymiego, o powierzchni 700 metrów kwadratowych, namiotu na kolację – nazywaną obiadem. Znajdujemy dwa stoły oznaczone polskimi flagami. Obfity bufet: stoły z wędlinami, serami i sałatkami, z ciepłymi daniami, owocami i deserami. Można nabierać do woli, ale napoje są płatne. Najtańszy – mała butelka wody mineralnej kosztuje 1,5 Euro tj. 6 złotych. Nasi są zmartwieńmi wydatkami których nie przewidywali.

Wieczorem zebranie komitetu organizacyjnego. Dowiadujemy się, że do startów trzeba dysponować

własnym sprzętem. A więc Bernard nie wystartuje w wyścigu kolarskim i musimy kupić paletki do tenisa stołowego

Mieszkamy w hotelu „Trigon” – zajmującym dwie najwyższe kondygnacje czteropiętrowego biurowca. Niektórzy z naszych po raz pierwszy w życiu śpią w hotelu 4 gwiazdkowym. Fotografują się w łazienkach.

Z recepcjonistką porozumiewamy się bez trudności – po polsku. Małgosia pracowała w biurze podróży i w trakcie wyjazdów służbowych poznała Austriaka, swojego obecnego męża. W Klagenfurcie mieszka od dwóch lat.

Rano pierwsza konkurencja – badminton. Sklepy są jeszcze zamknięte, więc nie zdążyliśmy kupić rakiетки. Może i dobrze, bo zawodnicy z innych krajów dysponują najwyższej klasy sprzętem profesjonalnym – tytan, włókno węglowe i specjalny naciąg. W hali swoje produkty reklamują firmy produkujące rakiety i lotki, za ceny od których można dostać zawrotu głowy

Beata od razu trafia na zawodniczki z Niemiec i Anglii – trenujące w klubach, pod opieką trenerów. Niestety profesjonalna, pożyczona rakietka niewiele pomaga i nasza badmintonowa jedynaczka odpada w eliminacjach.

Po południu siatkówka. Na prośbę organizatorów, nasza szóstka otrzymuje „wsparcie” w postaci bardzo



Medaliści w turnieju tenisa stołowego
Od lewej: B.Građek (srebrny) J.Grund (brązowy) B.Duży (srebrny)

sympatycznej Szwajcarki po transplantacji płuc, która indywidualnie przyjechała z mężem do Klagenfurtu i marzy o tym, aby uczestniczyć w zawodach.

Nasi walczą na parkiecie bardzo dzielnie – przegrywają wprawdzie dwa mecze (z późniejszymi: mistrzem i

wicemistrzem), ale dwa kolejne wygrywają. Szwajcarka stara się odbijać piłkę, ale jej starania na ogół nie przynoszą efektów. Przeciwnicy są zgrani – widać, że trenują razem w ciągu roku i rozgrywają mecze towarzyskie. Ubrani są w jednakowe, markowe stroje z nazwami i symbolami sponsorów. Natomiast ich kibice są dobrze przygotowani do dopingowania – mają flagi narodowe, szaliki i czapki w kolorach swojego kraju, chorągiewki, trąbki i dzwonki. Nie przypuszczaliśmy, że tak to wygląda i nie przywieźliśmy niezbędnych akcesoriów. Ale wiadomo, że nowicjusz płaci frycowe – następnym razem weźmiemy ze sobą wszystko co trzeba.

Osiągamy 5 miejsce, na 9 drużyn startujących. Przy lepszym losowaniu mogło być lepiej, ale i tak jesteśmy zadowoleni. Szwajcarka niewiele mogła pomóc, ale mamy satysfakcję, że dzięki naszej drużynie zaliczyła start w zawodach.

Wieczorem „Carinthia pasta” party – czyli degustacja dań regionalnych. Zaskoczyły nas pierogi – o swojskim wyglądzie, ale znacznie gorsze w smaku. Sporo potraw tłustych (a więc nie dla nas) ale także widoczne są wpływy śródziemnomorskie (do granicy Włoch jest już bardzo blisko, a do Wenecji tylko 200 kilometrów, podczas gdy do Wiednia ponad 300). Na stołach piętrzą się pizze, makarony i owoce morza.

Następnego dnia mamy pierwsze medale. Złoty zdobywa nasza beniaminka – 18-letnia Kamila, a brąz piszący te słowa. Obydwoje w pływaniu na 50 metrów żabką. Bardzo nam się poprawiają humory, bo już wiemy, że nie wrócimy do kraju z pustymi rękami.

Po południu zwiedzamy „Minimundus” - miejscową atrakcję, gdzie zgromadzono miniatury najstynniejszych budowli z całego świata. Można na własne oczy zobaczyć Borobudur, Sobór Błagowieszceński,



Piknik w Ploschenbergu w Alpach

Wersal, czy Statuę Wolności. Są także akcenty polskie – rozpoznaliśmy Zamek Królewski w Warszawie i krakowskie Sukiennice.

Kolejny dzień zaczyna się od wyścigu kolarskiego. Współczujemy Marianowi, który staruje na 20 kilome-

trowej, mocno popadłowanej trasie, w ponad 30 stopniowym upale (przez cały czas jest tak gorąco). Anglicy, Niemcy i Francuzi powyciągali rowery na widok których powychodziły nam oczy z orbit. Większość



Przed pomnikiem smoka, (symbolem Klagenfurtu)
Od lewej: M.Zachara, B.Grądek, K.Kucharska, A.Kluska, T.Bujak

mogłaby z powodzeniem służyć kolarzom na Tour de France lub Giro di Italia. Ich cena z pewnością niewiele ustępuje przeciętnemu samochodowi

Marian dzielnie walczył w najsilniej obsadzonej grupie oldbojów ale medalu nie zdobył. Może miałby szansę gdyby dysponował sprzętem zbliżonym do konkurentów.

Po południu odbywa się Walne Zebranie Europejskiej Federacji Transplantacji Serca, na którym zapada decyzja o przyjęciu w poczet członków EHTF naszego Stowarzyszenia Transplantacji Serca. Na tym samym zebraniu zapada uchwała o przyznaniu organizacji kolejnych zawodów w 2004 roku stowarzyszeniu irlandzkiemu, które przedstawiło ofertę swojej stolicy uprzednio zaakceptowaną przez irlandzkie władze państwowe i władze miasta.

Rano jedziemy do hali, gdzie na 6 stołach równocześnie odbywają się zawody w tenisie stołowym. Liczymy na medale i nie zawodzimy się. Najpierw Beata wygrywa dwa mecze gwarantujące wejście do strefy medalowej, a następnie takie same wyniki uzyskują Beata i Janusz. Pozostali odpadają w eliminacjach. Janusz wpada na przeciwnika grającego w 2 lidze niemieckiej i przegrywa walkę o srebrny medal. Beata i Bernard zdobywają srebro.

Kiedy później w czasie utrzymanego w miejscowej tradycji pikniku, przy przepięknie położonym w Alpach Gasthofie Ploschenberg odbywa się ceremonia wręczenia medali, Janusz ma łzy w oczach i przez chwilę, ze wzruszenia, nie może wypowiedzieć słowa. „Nigdy nie myślałem, że może mnie w życiu spotkać jeszcze coś tak pięknego” - powie później. Wzruszające wyznanie w ustach człowieka, który całe życie bardzo ciężko pracował a gry w ping-ponga uczył się w

dzieciństwie na drzwiach wyjmowanych z zawiasów.

Zawody lekkoatletyczne trwają przez cały dzień, gromadząc liczną rzeszę zawodników i sporą widownię. Kibice większości drużyn ponownie przyszli z flagami narodowymi, czapeczkami, szalikami, dzwonkami i innymi akcesoriami, bez których dzisiejszy kibic nie wyobraża sobie imprezy sportowej. My niestety mamy tylko własne gardła, ale za to towarzyszymy naszym bezpośrednio na boisku, chociaż organizatorzy kręcą nosami. Zdobywamy kolejne dwa medale – Beata już drugi – tym razem brązowy w pchnięciu kulą, a Kazimierz srebrny w skoku wzwyż.

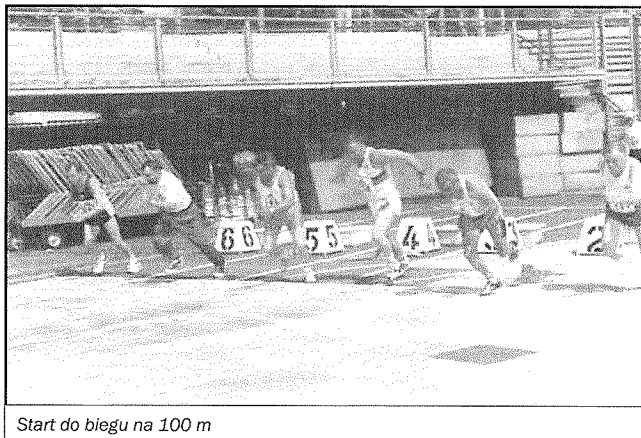
We wszystkich konkurencjach widoczne jest różnicowanie poziomów. O ile jedni zaciekle walczą o miejsce i jak najlepszy wynik, to inni za sukces uważają sam start i ukończenie konkurencji. Nie może być jednak inaczej, jeżeli jedni są objęci systemem treningów, obozów szkoleniowych i zawodów krajowych, a inni nigdy nie startowali w żadnych zawodach.

Kiedy wracamy na trybunę, zatrzymuje nas elegancka, nobliwa starsza pani, jak się okazuje żona pana Wiesbauera – brata prezesa austriackiego stowarzyszenia transplantacji i głównego organizatora. Frau Wiesbauer posługuje się piękną polszczyzną – pochodzi z Łodzi i pomimo wieloletniego pobytu w Austrii utrzymuje kontakty z krajem swojego dzieciństwa.

W międzyczasie jeszcze jedna atrakcja w postaci rejsu po najcieplejszym alpejskim jeziorze – Worsee.

Wieczorem uroczysty bankiet – elegancki aż do bólu. Najpierw oficjalne przemówienia – podziękowania, pożegnania itd.. Potem występy zespołów artystycznych (tak trochę jak na akademii ku czci..). I wreszcie kolacja i muzyka do tańca. Wykwintne dania – dość przeciętne w smaku ale wspaniale wyglądające na półmiskach i talerzach. I ten sam problem, który już wcześniej gnębił naszych kolegów – płatne napoje. Nie tylko wino i piwo, ale także woda mineralna i soki. Zabawa powoli się rozkręca – najlepiej (i najgłośniej) bawią się Anglicy i Niemcy.

Naszą najmłodszą medalistkę porywa i przetrzymuje



przez sporą część wieczoru Szkot w spódniczce. Później stało się to okazją do licznych ale myślę, że niezbyt dokuczliwych żartów.

Następnego dnia, zaraz po śniadaniu pakujemy się i zbieramy do wyjazdu. Małgosia przyszła nas pożegnać razem z mężem i synkiem. Przez te parę dni zdążyła zaprzyjaźnić się z naszą grupą i teraz nawet nie stara się ukrywać łez. Jeszcze ostatni rzut oka na Klagenfurt i wracamy do Polski.

Na austriacko-czeskiej granicy korek – długa kolejka, na początku której celniccy dokładnie przetrząsają kilka autobusów z Koreańczykami. Znosi się na kilkugodzinne stanie w upalnym słońcu – nigdzie dookoła ani kawałka cienia, a temperatura dobrze powyżej 30 stopni. Idziemy do pograniczników, przedstawiamy się i wyjaśniamy skąd jedziemy. Chwila namysłu i nagle jeden mówi „jak macie złoty medal, to was przepuścimy bokiem”. Zaoszczędziliśmy kilka godzin.

Późnym wieczorem jesteśmy w Zabrze – koniec przygody. Teraz pozostały tylko zdjęcia, medale i wspomnienia z imprezy, która w jednym miejscu zgromadziła z całej Europy ponad 500 osób po transplantacji serca lub płuc. Zobaczyliśmy jak sobie radzą w innych krajach i ze zdziwieniem dowiedzieliśmy się, że w gruncie rzeczy mają w większości identyczne problemy. Jednocześnie mogliśmy wziąć udział w imprezie, która dobitnie pokazała, że po przeszczepie można żyć aktywnie, uprawiając szereg (dozwolonych) dyscyplin sportowych. Ważną wskazówką były dla nas doświadczenia organizacyjne – zwłaszcza z Wielkiej Brytanii, Finlandii i Niemiec, gdzie zajęcia sportowe są ujęte w formalne ramy, dzięki czemu uczestniczy w nich większość pacjentów. Musimy podjąć kroki o stworzenie podobnego systemu w Polsce.

Tadeusz Bujak

W zawodach wzięli udział wszyscy ci spośród członków STS, którzy się zgłosili i spełniali zasadnicze kryteria (transplantacja i chęć uczestniczenia w zawodach). Bariera okazała się wpłata własnego udziału w wysokości 600 złotych. (Pozostałą część dofinansował Urząd Kultury Fizycznej i Sportu).



M.Granowicz (po prawej) po wyścigu z zawodnikami z innych krajów

Śląskie Centrum Chorób Serca

W okresie ostatnich lat nastąpił wyraźny wzrost ilości zabiegów wykonywanych w Zabrze. Ilość operacji serca w krążeniu pozaustrojowym wzrosła z 1014 w roku 1998. do 1601 w roku 2001. Oznacza to przyrost o 60 %.

Ilość wykonanych zabiegów koronarografii zwiększyła się z 2194 w roku 1998 do 4383 w roku 2001 – co oznacza przyrost o 100 %.

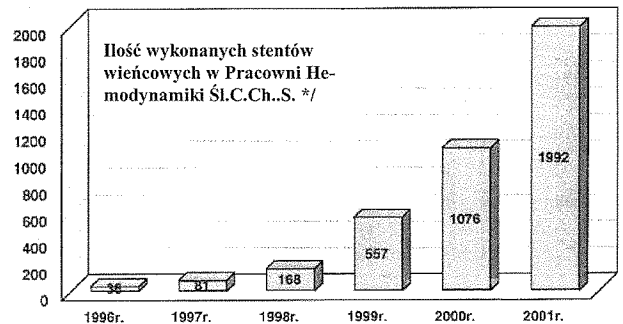
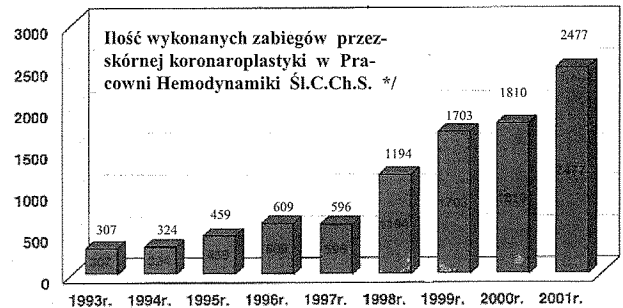
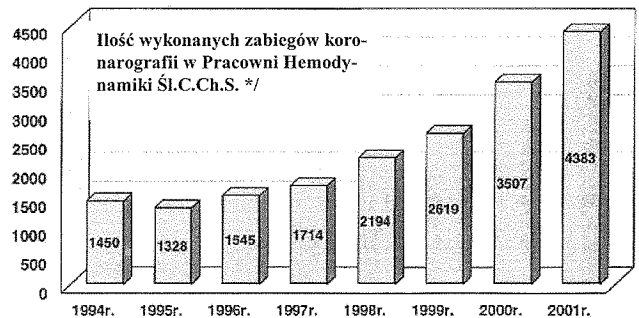
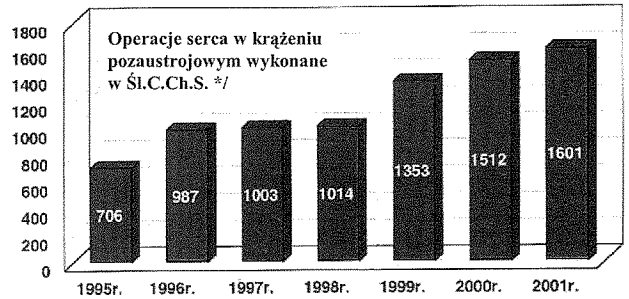
Liczba wykonanych stentów wieńcowych wzrosła ze 168 (1998r) do 1992 (2001), co oznacza przyrost 11 krotny.

Wskaźniki jednoznacznie pokazują efekty wielkiego wysiłku organizacyjnego, finansowego i inwestycyjnego poniesionego przez szpital. A trzeba przy tym pamiętać, że przez cały ten czas trwały prace remontowe, w wyniku których gruntownie poprawiły się warunki pobytu chorych. Teraz można jednak stwierdzić, że ten wysiłek zaowocował osiągnięciem poziomu odpowiadającego standardom europejskim.

W rankingu szpitali opracowanym przez „Rzeczpospolitą” Śląskie Centrum zajęło pierwsze miejsce w województwie i drugie w kraju. Jest to miejsce jak najbardziej zasłużone, jeżeli uwzględnić, że tutaj wykonuje się zabiegi i prowadzi programy, do których nie są przygotowane inne placówki.

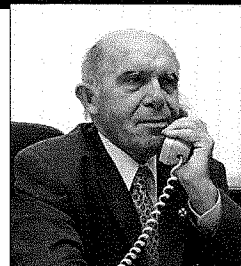
I tak w Śl.C.Ch.S. (cyt.za Katarzyna Strzałkowska „Pro Medico” lipiec/sierpień 2002 nr 85) :

- wykonuje się najszerszy zakres zabiegów kardiologicznych w Polsce od noworodków z wrodzonymi wadami serca, poprzez zabiegi mało inwazyjne w chirurgii wieńcowej, naprawcze zastawek wraz z umiarowaniem do tętniaków aorty, przeszczepów serca i płuc,
- znajduje się najsilniejsza kardiologia dziecięca w Polsce w zakresie nieinwazyjnego leczenia wad wrodzonych u dzieci (na poziomie europejskiej czołówki),
- znajduje się jedna z najlepszych w Polsce pracowni hemodynamicznych
- po raz pierwszy w kraju wprowadzono program leczenia świeżego zawału ustalając 24 godzinny dyżur pracowni hemodynamicznej. Zabrzeński model leczenia świeżego zawału przyjmują obecnie wszystkie polskie ośrodki kardiologiczne,
- realizowane są programy:
 - transplantacji serca i płuc,
 - niewydolności krążenia (jeden z większych w Europie),
 - szkoleniowe w zakresie dorosłych i dzieci, kardiologii i transplantologii,
 - szkoleniowe dla Ukrainy, Rosji, Słowacji i Kosowa,
 - szkoleniowe dla zespołów nowych pracowni hemodynamicznych.



*/ za opracowaniem – Marian Zembala „Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze – doświadczenia lat 1993-2001”

Mgr Andrzej Stachurski



Modernizacja Śląskiego Centrum Ch. S.

Budynek i zaplecze Śląskiego Centrum Chorób Serca od początku nosiły piętno niepełnej funkcjonalności wynikającej z odmiennych założeń projektowych – w stosunku do pełnionej funkcji.

Przez szereg lat prace remontowe ograniczały się do konser-

- poradnię transplantacyjną
- oddział potransplantacyjny
- pokój półintensywny,
- oddział przedoperacyjny
- oddział obserwacyjny,,
- pracownię UKG i EKG,
- pracownię RTG,
- laboratorium

W ramach zaplecza medycznego i technicznego zmodernizowano lub utworzono:

- gabinety i sekretariaty,
- wypisownię KCH,
- pokój konsultacyjno-szkoleniowy,
- salę lustrzaną,
- pokój VIP 9,
- sterylizatornię (3 nowe sterylizatory, i nowa sieć – odpowiadające wymogom sanitarnym)
- dźwigi i windy,
- sale lekarzy i pielęgniarek,
- tlenownię
- bibliotekę,
- archiwum,
- wymiennik ciepła i ciepłociągi,

Z punktu widzenia pacjentów najbardziej widoczne stały się zmiany w salach chorych, gdzie doprowadzono węzły sanitarne (wszystkie pokoje z łazienkami i wc) i zmieniono wystrój (podwieszane sufity, oświetlenie, ściany i podłogi), uzyskując warunki nie odbiegające od dzisiejszych standardów europejskich. A prace nadal trwają...

Andrzej Stachurski



wacji istniejącego stanu oraz odnawiania pomieszczeń (bieżące naprawy i malowanie pomieszczeń). Jednakże wraz z wprowadzaniem nowoczesnej techniki medycznej konieczne stało się prowadzenie inwestycji modernizacyjnych, dostosowujących pomieszczenia do potrzeb skomplikowanej aparatury.

Pierwszą poważną inwestycją modernizacyjną było uruchomienie w 1993 roku stacji uzdatniania wody, która zagwarantowała ośrodkowi wodę o parametrach odpowiadających wymogom urządzeń medycznych – nie mówiąc o poprawie warunków sanitarno-higienicznych – tak istotnych w warunkach szpitalnych.

W tym samym roku 1993 poprawiono wystrój wewnętrzny pokrywając ściany boazerią i wykonując wylewaną podłogę.

Jednakże prawdziwa modernizacja Śląskiego Centrum zaczęła się pod koniec lat 90-tych, kiedy nastąpiły intensywne prace zarówno w zakresie prac w obrębie ciągów medycznych jak też na zapleczu technicznym oraz w części hotelowej. Zakres robót wykonywanych od 1999 roku nie tylko poprawił warunki pracy, ale także stworzył pacjentom warunki odpowiadające standardom europejskim w XXI wieku.

W części medycznej wyremontowano i zmodernizowano lub też utworzono od nowa:

- Blok operacyjny (plus 2 sale)
- oddział pooperacyjny „O”,
- oddział „POP”
- pokój potransplantacyjny „R”,
- dwie nowe sale Hemodynamiki („A” i „B”),



W następnym numerze zamieścimy wspomnienia autora dotyczące podjęcia i przebiegu prac remontowych i modernizacyjnych w Śląskim Centrum. (przyp. red.)

Rafał Fabry

Kłęski żywiołowe, choroby i epidemie w Europie XVI-XVII

W XVI w około 90 % ludności żyło z uprawy ziemi co automatycznie wiązało się z wpływem klimatu, pogody na wielkość zbiorów. Takie zjawiska jak powódź, susza czy trzęsienia ziemi występowały w tamtym okresie o wiele częściej niż dzisiaj. Kłęski żywiołowe następujące po sobie siłą rzeczy wywoływały głód. I tak we Francji w tym okresie zanotowano trzynaście klęsk głodu a Florencja w całym okresie 1371 – 1791 zanotowała aż 111 lat głodu i tylko 16 lat obfitych plonów.

W latach 1696 – 1697 w Finlandii zmarła z głodu 1/3 ludności a w państwie moskiewskim często zdarzały się przypadki kanibalizmu. W parze z głodem szły epidemie wywoływane przez choroby, które znamy dzisiaj i takie, których nie potrafimy zidentyfikować. Dur plamisty zwany jako „szkarłatna gorączka” spustoszył w XVII w Dijon w Francji a w latach 1486 – 1551 a więc przez 65 lat ludność Anglii dziesiątkowała nieznaną dzisiaj „potówka angielska”, która atakowała serce i płuca, wywołując jednocześnie silne bóle reumatyczne. W 1529 roku potówka omijając Francję dotarła do Holandii, południowych Niderlandów i Niemiec.

Z kolei w 1537 roku w Madrycie pojawiła się tajemnicza choroba atakująca pachwiny, pachy i gardło. Wielu ludzi umierało natychmiast, część przeżyła po trwającej 5-6 dni wysokiej gorączce. Do dzisiaj nie udało się zidentyfikować tej tajemniczej choroby.

Ponadto społeczeństwo stale atakowały: szkarlatyna, dur brzuszny, cholera, koklusz czy grypa. Logicznym następstwem głodu była rozszerzająca się w straszliwym tempie gruźlica, która nie ominęła nawet koronowanych głów. Zmarli między innymi Franciszek II (1560 r), Karol IX (1574 r), czy Ludwik XIII (1643 r).

Szeroko rozpowszechniona w Europie była też kiła (syfilis), której eksplozję notujemy na kontynencie europejskim po odkryciu Ameryki przez Kolumba. W Europie nazywano ją potocznie chorobą hiszpańską, francuską, neapolitańską lub po



prostu dworską. Ówczesna medycyna była bezradna wobec tej przypadłości a próby wypalania wysypki na ciele gorącym żelazem niewiele pomagały.

Żniwo śmierci zbierała też dżuma. W Besnacon (Francja) w okresie 1439 – 1640 dżuma pojawiała się aż czterdziestokrotnie. Statystyki są tutaj nieublagane. W Bawarii w latach 1621 – 1635 na każde 100 zgonów w roku normalnym podczas epidemii umierało od 155 do 702 ludzi.

O skali tego zjawiska niech świadczy fakt, że Samuel Pepys tak opisywał w swoich dziennikach skutki zarazy, która w roku 1665 nawiedziła Anglię: „Ludzie tak umierają, że nie starcza już nocy na ich grzebanie i muszą grzebać dniami (....) ,każdy dzień przynosi smutniejsze i smutniejsze wiadomości o jej wzmaganiu się na sile. W Londynie umarło przez tydzień 7496 osób, w tym 6102 na zarazę. Ale obawiam się, że prawdziwa śmiertelność tego tygodnia jest około 10.000”. W czasie epidemii nieczynne były banki, kościoły, kantory i sklepy.

Niezwykle interesujący, jest też swoisty kult brudu, który szerzył się w Europie na przełomie wieków. Na przykład na francuskim dworze królewskim nie myto rąk nawet przez kilka dni a trzeba wiedzieć, że właśnie ręce myto najczęściej. Lekarze często zalecali dla zdrowia nie myć nóg czy głów co najmniej przez miesiąc.

O poziomie higieny może świadczyć fakt, że dwór królewski przenosił się do innego pałacu wtedy, gdy w dotychczasowym nie dało się wytrzymać smrodu. Po prostu w tamtym okresie potrzeby fizjologiczne załatwiano pod murami, zakładając, że deszcze wszystko zmyją.

Rafał Fabry

Stowarzyszenie Transplantacji Serca

Stowarzyszenie Transplantacji Serca zostało założone w roku 1989 jako organizacja mająca na celu przede wszystkim propagowanie przeszczepu serca jako skutecznej metody leczenia oraz gromadzenie środków finansowych dla potrzeb klinik kardiologicznych. W trakcie zakładania STS znacznej pomocy udzieliły władze i zakłady pracy województwa legnickiego – a przede wszystkim Kombinat Górniczo-Hutniczy Miedzi w Lubinie. Z tego też względu na siedzibę Zarządu Głównego wybrano Lubin, a dyrektorem ds. pracowniczych KGHM - Edward Rippel wszedł w skład ZG STS. Z czasem – wraz ze wzrostem ilości członków – wyodrębniły się koła terenowe.

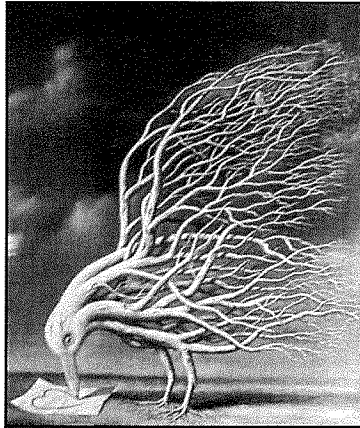
Struktura organizacyjna STS

ZARZĄD GŁÓWNY – Lubin ul. Łokietka 3
Biuro-Sekretariat – Zabrze ul. Szpitalna 2

Koła terenowe

- Koło Zabrze – Zabrze Szpitalna 2
- Koło Kraków – Kraków ul. Prądnicka 80
- Koło Północ - Tczew ul. Nowowiejska 19/4
- Koło Warszawa – Warszawa ul. Wołoska 137

Stowarzyszenie Transplantacji Serca liczy obecnie około 700 członków, z czego ponad 400 stanowią osoby po transplantacji serca. Najliczniejsze jest koło Zabrze (ponad 240 członków).



Fragment plakatu Międzynarodowego Sympozjum nt. Etycznych, Prawnych i ekonomicznych aspektów Transplantacji (Olbiński)

STS jest członkiem Europejskiej Federacji Transplantacji Serca (EHTF), do której należy 16 organizacji europejskich

W czerwcu 2004 roku w stolicy Irlandii – Dublinie odbędą się kolejne (10) europejskie zawody sportowe dla osób po transplantacji serca i płuc. Zarząd STS wystąpił do Departamentu Sportu Powszechnego Ministerstwa Edukacji Narodowej o dotację na zorganizowanie cyklu przygotowań do imprezy (obozów treningowo-szkoleniowych oraz eliminacji krajowych), a także na udział w zawodach (przejazd i koszt uczestnictwa).

Ważną formą działalności STS są organizowane od trzech lat turnusy rehabilitacyjne w Krościenku nad Dunajcem, na których opiekę medyczną zapewniają lekarze i pielęgniarki ze Śląskiego Centrum Chorób Serca, natomiast zajęcia usprawniające prowadzą rehabilitanci z Rept. W roku 2002 odbyły się 3 turnusy, w których łącznie uczestniczyło ponad 100 osób.

Ciekawostki ..

Najlepszy krwiodawca

Jerzy Zieliński z Lubonia koło Poznania pierwszy raz oddał swą krew w 1962 roku w przychodni Zakładów Mięsnych w Grodzisku Wielkopolskim. Od tego czasu oddał największą ilość krwi, bo aż blisko 200 litrów. W tym szlachetnym współzawodnictwie nie ma równego.

Największa epidemia

Wg. Prof. J. Magdzika z Państwowego Instytutu Higieny w Warszawie, epidemią o największej liczbie zachorowań była grypa w 1971 roku, na którą zapadło 6 milionów osób. Najbardziej zagadkową natomiast była epidemia ospy naturalnej we Wrocławiu w roku 1966, kiedy zachorowało 99

Pierwsza operacja żołądka

Profesor UJ, lekarz chirurg Ludwigi Rydygier wykonał jako pierwszy na świecie operację resekcji żołądka. Było to w 1880 roku

Najstarsze pogotowie ratunkowe

Zostało uruchomione w 1891 roku w siedzibie zawodowej straży pożarnej w Krakowie. Jego wyposażenie stanowił 1 kufer i 2 skrzynie „katastrofowe”. Inicjatorem Krakowskiego Ochotniczego Towarzystwa Ratunkowego był hr. Wilczek, który ofiarował sprzęt wartości 4 tys. Guldenów. Jednym z pierwszych członków Towarzystwa był lekarz Tade-

Społeczna aprobata

Społeczeństwo polskie w pełni aprobuje transplantację, jako skuteczną metodę leczenia. Według badań ankietowych przeprowadzonych przez zespół socjologów z Uniwersytetu Śląskiego i Wyższej Szkoły Zarządzania i Nauk Społecznych w Tychach, 80% respondentów wyraziło potencjalną zgodę na oddanie własnych narządów

Operacja mózgu.. bez operacji przeprowadzono bez otwierania czaszki, jedynie wprowadzając cewnik poprzez tętnicę udową

W czerwcu 2001 roku niezwykle zabieg przeprowadzili lekarze AM w Gdańsku. Jako jedyni w Polsce i nie liczeni na świecie udrożnili tętnicę

Pierwszy przeszczep serca i płuc

Profesor Zbigniew Religa wykonał w Zabrzu w dniu 5.11.1985 roku pierwszą w Polsce udaną operację transplantacji serca. Pierwszy udany przeszczep serca i płuc przeprowadził w dniu 24 października 2001 r. profesor Marian

Cytowane za wydawnictwem „Polskie rekordy i osobliwości” numer drugi, wydawnictwo D.H. VITA na zlecenie Towarzystwa Kontroli Rekordów Niecodziennych w Rabce Zdroju.

Dagmara Przybylska

Wakacyjne impresje

Turnus Rehabilitacyjny STS – Krościenko 2002

Podczas mojego pobytu w Krościenku częstokroć doznawałam uczucia, że jestem osobą wybraną i przeżywam coś niezwykłego. Już dziś idee i znajomości, które zawarłam, zaowocowały, czego najlepszym dowodem jest ten właśnie artykuł. Jako osobę mającą praktycznie od dziecka styczność ze środowiskiem medycznym (ojciec - internista, kuzyn - kardiochirurg, ciocia dermatolog), nie szokowała mnie myśl, że spędzę wakacje z ludźmi po transplantacji serca i płuc. Jednak muszę przyznać, że rzeczywistość przerosła moje mętne wyobrażenia. A wszystko zaczęło się od... pogody, która

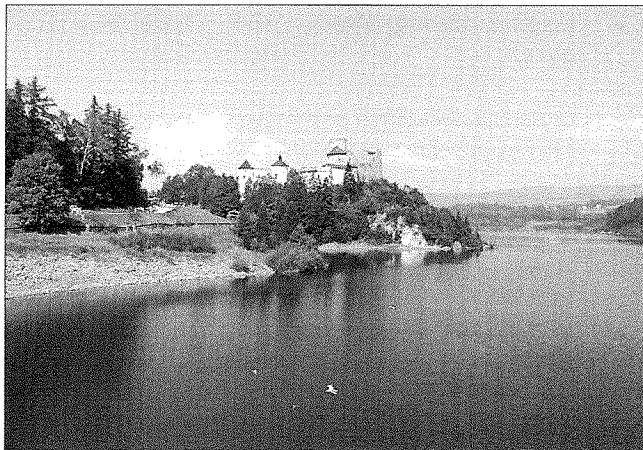


pod koniec czerwca i na początku lipca była wzorcowa, temperatura nie spadała poniżej dwudziestu pięciu stopni, a jeden deszczowy dzień przyjęto wręcz z ulgą.

Pogoda sprzyjała wycieczkom, wypadom, wyjazdom i wszelkiego typu imprezom scalającym turnus. Skutkiem czego, gdy nadszedł czas pożegnania polały się łzy smutku i wzruszenia, bo stworzyliśmy małą rodzinę. Dobrą kondycję nie trudno było sobie wyrobić. Poczynając od porannej gimnastyki, która czasami była zbyt poranna, pod czujnym okiem rehabilitantki odbywały się również ćwiczenia usprawniające. W połączeniu z za-

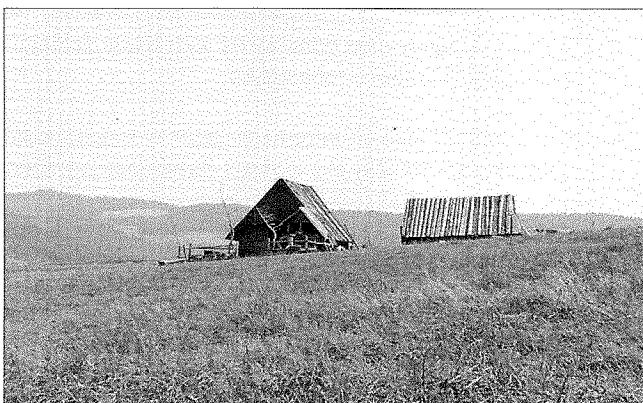


biegami leczniczymi, basenem oraz ilością schodów w ośrodku, które trzeba było pokonać by dostać się do



pokoju, okazały się panaceum na zakwasy i zadyszkę.

Nikt głodny nie chodził. Aż ślinka mi cieknie na wspomnienie tych wszystkich frykasów. Warto przytoczyć przykład drożdżówek z cynamonem, którym nikt nie potrafił się oprzeć (a jeśli nawet to nic mi o tym nie wiadomo). Odkładając żarty na bok, trzeba wymienić liczne atrakcje, o które zadbali organizatorzy. Plan zająć był perfekcyjnie ułożony, trudno było się nudzić. Nie wliczając spływu Dunajcem, niezapomnianych wrażeń dostarczyły wyjazdy do i , gdzie mieliśmy okazję-



podziwiać

Wszystkich miłych chwil nie sposób wymienić. Odchodząc od trywialnych opowieści, muszę stwierdzić jedną, zasadniczą rzecz. Już dawno nie miałam tak udanych wakacji, w tak wyborowym towarzystwie i wspanialej atmosferze. I tak jak powiedział mój przyjaciel, to co jest niezwykle, to fakt, że ci ludzie mają, w sobie tyle zapału. To, że mają tyle energii i chęci do życia. Potrafią się cieszyć chwilą, i czerpać garściami radość z otaczającego ich świata. Pomimo wszystkich przeciwności jakie napotkali na swej drodze, trudności i losu, który ich nie oszczędzał.

Dagmara Przybylska

Zdjęcia autorki

KARTA PRAW PACJENTA

W roku 1998 Minister Zdrowia ogłosił dokument stanowiący wyciąg z 5 wcześniej uchwalonych ustaw i nazwał go Kartą Praw Pacjenta. Na podstawie tego dokumentu Pacjent ma prawo do:

- Natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, niezależnie od okoliczności,
- Udzielenia świadczeń zdrowotnych przez osoby uprawnione, w pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym,
- Udzielenia świadczeń zdrowotnych przez lekarza, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należyłą starannością,
- Dostatecznie wcześniejszego uprzedzenia przez lekarza o zamiarze odstąpienia od leczenia i wskazania realnych możliwości uzyskania określonego świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej,
- Uzyskania przystępnych informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, rokowaniu, oraz wynikach leczenia,
- Wyrażenia zgody lub odmowy na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu odpowiedniej informacji,
- Intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
- Udostępnienia dokumentacji medycznej lub wskazania innej osoby której ta dokumentacja może być udostępniona,
- Zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej,
- Decydowania o osobach, którym lekarz może udzielać informacji o stanie zdrowia
- Nie wyrażenia zgody na przeprowadzenie przez lekarza badania, lub udzielenia innego świadczenia zdrowotnego,
- Wyrażenia zgody albo odmowy na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko,
- Uzyskania od lekarza informacji, jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu lub stosowania określonej metody leczenia bądź diagnostyki, wystąpiły okoliczności stanowiące zagrożenie dla zdrowia lub życia.
- Wyrażenia zgody albo odmowy na uczestniczenie osób innych niż personel medyczny niezbędny ze względu na rodzaj świadczeń przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
- Zachowania w tajemnicy informacji związanych ze stanem zdrowia, a uzyskanych przez lekarza w związku z wykonywaniem zawodu,
- Wyrażenia zgody lub odmowy na podawanie przez lekarza do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację,
- Wyrażenia zgody lub odmowy na udział w eksperymencie medycznym, oraz cofnięcia zgody i odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium,
- Odwołania się w przypadku złego traktowania lub pobierania nienależnych opłat w placówce lub przez lekarza do kierownika placówki, Okręgowej Izby Lekarskiej oraz Kasy Chorych.

(na podst. opracowania Rafała Fabry)

W Śląskim Centrum Chorób Serca pacjent napotykający na problemy związane z pobytem w szpitalu może zwrócić się o pomoc do rzecznika praw pacjenta – [tel. 273-23-20](tel:273-23-20) lub wykorzystując skrzynkę na listy (obok portierni na parterze)

