

Nr 13 XII 2006

ISSN 1730-1297  
Nakład 1500 egz.



# SZLACHETNE ZDROWIE

Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca



*Prof. Jacek Białkowski i dr Ramirez Menacho-Delgadillo po wykładach*



*Podczas zabiegu przezcewnikowego leczenia wady serca*

**Szlachetne zdrowie  
Nikt się nie dowie  
Jako smakujesz  
Aż się zepsujesz**

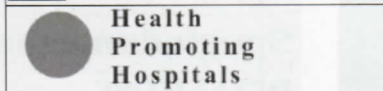
Jan Kochanowski

## W numerze:

- Punkt widzenia
- Współpraca wojsk lotniczych z kliniką kardiologii w Zabrze
- Chlubne początki polskiej kardiologii - Jan Borzymowski (cd)
- Szkolenie kardiologów dziecięcych w Boliwii
- Czy serce ma płeć?
- Co nowego w prawie pracy
- Zabrze - ze zbiorów Eugeniusza Wróbla
- Światowy Dzień Serca w Śląskim Centrum Chorób Serca
- Rodzina Śląska

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

Redakcja:  
Tadeusz Bujak (redaktor naczelny),  
Grażyna Szymura  
Iwona Trzcńska  
Zdjęcia:  
Aleksander Jaworski



## Nasi Przyjaciele

Klub Honorowych Dawców Krwi przy KWK Makoszowy powstał w 1970 roku i obecnie liczy 85 członków. Obecnie prezesem Klubu jest pan Zbigniew Antonczenko, sekretarzem pan Mirosław Piz a członkiem zarządu pan Jan Rutkowski. Pan Antonczenko zajmuje to stanowisko od 1997 roku. Od trzech lat jest on po przeszczepie serca i to z jego inicjatywy członkowie klubu zaczęli oddawać krew na rzecz ŚCCS w Zabrze. Honorowi dawcy krwi zrzeszeni w klubie organizują akcje krwiodawstwa 6 razy w roku. Na rzecz ŚCCS oddali już 92 700 ml. krwi.

W imieniu wszystkich obdarowanych na łamach naszego pisma chcieliśmy wszystkim członkom klubu podziękować za ten cenny dar płynący z głębi dużych serc. Doceniamy szczerą intencję i hojny gest. Jeszcze raz dziękujemy i życzymy dużo zdrowia, satysfakcji i uśmiechu.

I.T



23 stycznia 2007 w budynku Wyższej Szkoły Zarządzania i Nauk Społecznych w Tychach odbyło się z okazji Ogólnopolskiego Dnia Transplantacji spotkanie poświęcone problemom transplantacji narządów w Polsce. Osiągnięcia polskich ośrodków przedstawił i omówił profesor Marian Zembala, który zwrócił uwagę na postęp, przejawiający się np. Rozwojem programu transplantacji płuc. W swoim wystąpieniu profesor Marek Szczepański zauważył spadek poziomu społecznej akceptacji, który zaznaczył się ostatnio – w porównaniu z wynikami badań sprzed kilku lat.



Rozpoczęła się budowa nowego budynku Śląskiego Centrum Chorób Serca

## Od Redakcji



Transplantacje serca rozwinęły się w Polsce również dzięki łańcuchowi zaangażowanych ludzi, wśród których niebagatelną rolę odegrali lotnicy, którzy transportowali do szpitala chorych, czy też zespoły pobierające i przewożące organy. Czasami były to loty w warunkach zagrażających życiu załóg, kiedy lotnicy mogli odmówić ich wykonania. Ale nie odmawiali. Historią współpracy lotników z chirurgami opisał pułkownik Mieczysław Czechowski, który organizował i nadzorował przeloty. Ciekawe fakty zawiera druga część biografii Jana Borzymowskiego, jednego z pionierów polskiej kardiologii. Kardiolog dziecięcy z Zabrze – profesor Jacek Bialkowski i docent Małgorzata Szkutnik szkolili kardiologów dziecięcych w Boliwii – na wysokości znacznie przekraczającej najwyższe pasmo polskich Tatr.

Warto przeczytać ciekawą relację z tej ekspedycji.



Spotkanie opłatkowe STS artystycznie ubarwili uczniowie ze szkoły specjalnej w Zabrzu

### Podziękowanie

Nazywam się Marzena Bałdys. Z kliniką jestem związana od początku jej utworzenia. Przepracowałam w SCCS 22 lata i myślałam, że będę pracować do emerytury. Niestety w moje życie bardzo drastycznie wkroczyła choroba z którą cały czas toczę walkę. Jest mi tym łatwiej, że otaczają mnie wspaniali ludzie z którymi pracowałam i którzy cały czas mnie wspierają, służą radą i pomocą. Chciałam bardzo gorąco podziękować za okazaną mi pomoc panu prof. Marianowi Zembałi, przełożonym, lekarzom, kolegom i koleżankom z kardiologii i POPu, oraz wszystkim którzy mi dobrze życzą. Szczególnie chciałabym podziękować mojej wspaniałej oddziałowej pani Iwonie Wolanowskiej za ogromne serce i ciepło którym mnie otoczyła. Jestem szczęśliwa, że mogłam z wami wszystkimi pracować i głęboko wierzę, że nadal będę.

Marzena B.

### Podziękowanie

„Piękno, które pomaga żyć, pomaga również umierać”

**Składam serdeczne wyrazy wdzięczności i podziękowania całemu zespołowi lekarskiemu i pielęgnarskiemu za okazane serce i troskliwą opiekę nad moim bratem Romanem Niziołkiem.**

wdzięczna siostra Grażyna Szczygieł z rodziną

## kapelan O. Ireneusz Sajewicz

### Spoglądam z nadzieją w przyszłość



#### Drodzy Czytelnicy

Na adwentowym wieńcu zapłonęła czwarta świeca. To znak, że nadeszła już pełnia czasu. Przez te wszystkie adwentowe dni oczekiwania wsłuchiwalismy się w cichy, pełen delikatności krok nadchodzącego Boga, aby dziś móc zawołać z pasterzami, aniołami i wszystkimi ludźmi dobrej woli:

**Gloria In excelsis Deo!**

To wezwanie obiega okrag ziemi juz dwa tysiące lat. Dziękujemy dziś Panu za to, że przyszedł do nas, że wszedł w naszą ludzka historię ze swoimi darami: miłości, dobra i pokoju. Bóg łaski i odkupienia w tę święta noc jest blisko każdego, tak na wyciągnięcie ręki. Przyszedł do nas raz jeden w historii, a dziś przychodzi do naszych serc, które przygotowane, odnowione i oczyszczone są w wstanie udzielić mu o wiele godniejszego zamieszkania, niż te które miał w Betlejem. Niech nasze świętowanie przyścia Emmanuela – Księcia Pokoju, otworzy nas na Boże dary, przemieni i wewnętrznie uzdrowi, umocni i ożywi ducha, by iść przez świat i nieść wszystkim światło z Betlejem. Świat wciąż potrzebuje tego światła, trzeba więc byśmy rozpraszali mroki nocy, by Dobra Nowina była wszędzie słyszana i zauważana w naszej postawie. Biorąc do ręki opłatek składamy nasze najserdeczniejsze życzenia: błogostawionych i radosnych świąt, obecności Pana w każdej chwili, wszelkich łask i darów od Bożej Dzieciny. Zanieście ten biały opłatek do najbliższych Waszemu sercu i powiedzcie: Pan jest wśród nas!



# Punkt widzenia.

Refleksje roku 2006 czyli dlaczego kontynuacja reformy w ochronie zdrowia w Polsce jest koniecznością i zadaniem nas wszystkich - leczących, leczonych i organizujących leczenie.

W ochronie zdrowia w Polsce są powody do zadowolenia, ale jednocześnie na Śląsku są i narastają na nierozwiązane problemy oraz pojawiają się nowe zagrożenia.

Z perspektywy grudnia 2006 roku widać jak na dłoni, jak trudny był to rok dla ochrony zdrowia w Polsce. Niepokojąco duża fala strajków w okresie wiosny i wyraźne pogłębienie zadłużenia większości szpitali, najbardziej tych uprzednio już mocno zadłużonych. Dzięki Bogu i ludziom, że tego typu działania nie dotknęły naszego ośrodka, ponieważ odczulibyśmy jeszcze dotkliwiej w sferze nie tylko medycznej, ale i ekonomicznej tego konsekwencje.

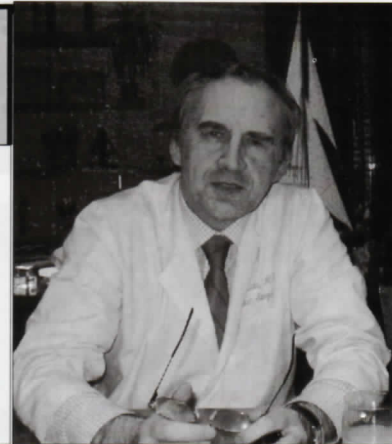
Bardzo niekorzystnie dla transplantacji serca, płuc zakończyła się pierwsza połowa roku 2006, co oznacza, że nie udało się uratować poprzez zabieg transplantacji wielu chorych z nieodwracalnym uszkodzeniem serca i płuc. Niekorzystnie także dlatego, że nasz szpitalny budżet wyraźnie odczuł tego negatywne skutki.

Wrzesień i październik przyczyniły się do poprawy sytuacji finansowej w ochronie zdrowia poprzez odczuwalne zwiększenie środków przeznaczonych na płace dla personelu medycznego w Polsce. Chociaż znacznie korzystniejsze w punkcie widzenia ekonomicznego byłoby wyraźniejsze powiązanie wzrostu wynagrodzenia z wydajnością mierzoną nie tylko liczbą świadczeń medycznych, ale i jakością i dostępnością do świadczeń medycznych, to jednak przynajmniej, że wobec bardzo dużej ilości zadłużonych szpitali, rozwiązanie wprowadzone przez Ministra Zbigniewa Religę i Współpracowników sprawiło, że płace pracowników, w tym lekarzy i pielęgniarek wzrosły na tyle, że widmo pozbawionych personelu medycznego oddziałów przestało nam zagrażać. Myślmy także, że taka sytuacja wymusi większą skuteczność w reformowaniu szpitali, pomoże nam leczyć efektywniej i będzie sprzyjać zdecydowanemu i oczekiwanemu zwiększeniu wymagań wobec stale zadłużających się szpitali.

W Śląskim Centrum Chorób Serca nie mamy długów walczyliśmy o to przez kilka minionych lat kosztem wielkiego wysiłku medycznego, organizacyjnego, ekonomicznego bardzo wielu Osób na wszystkich stanowiskach szpitala. To zasługa także tych z Państwa naszych pracowników, którzy dobrze rozumieją, że nowoczesność w myśleniu i działaniu lekarza, pracownika medycznego na każdym stanowisku polega na umiejętności dogłębnej analizy medyczno-ekonomicznej, aby zdiagnozować problem i najwcześniej rozpocząć mocną i zdecydowaną kurację zapobiegającą i leczącą wystą-

**Prof. dr hab.  
Marian Zembala**

**Dyrektor Śląskiego  
Centrum Chorób Serca**



pieniu „choroby zadłużeniowej”.

Z niepokojem śledzimy jednak słabszą niż w poprzednim roku reakcję na liczne pisma, ponaglenia, monity do Oddziału Śląskiego NFZ, aby wobec obecnych przekroczeń i nadwykonań u chorych z zawałem serca i innymi stanami ratującymi życie, można było przystąpić do renegocjacji liczby wykonanych świadczeń i opłaty za te świadczenia. Cisza jest niedobrym zwiastunem, oznaczać może, że na Śląsku niezapłacone zostaną nadwykonania w roku 2006 i widmo jeszcze trudniejszego roku 2007 jest faktem.

Te zagrożenia najostrej pojawiły się w rozliczeniach z terenu trzech województw – śląskiego, mazowieckiego i dolnośląskiego, co oznacza, że w powstałych regionach kraju było trudno, ale rozwiązanie końcowe było znacznie korzystniejsze dla chorego, szpitala i zespołu leczącego. Dlatego w trosce o dobro chorych, pracujących w szpitalu ludzi, powinniśmy bardzo zdecydowanie popierać wszystkie te działania Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, które są proreformatorskie i sprzyjają nowym, odważnym i skutecznym rozwiązaniom. Jednocześnie należy nie uciekać od krytykowania rozwiązań pozornych i pozbawionych medyczno-ekonomicznej argumentacji.

Dziękując Państwu za cały miniony rok 2006 proszę o jeszcze większą wolę współdziałania i konkretnej współpracy. Przed nami jeden z najtrudniejszych okresów w rozwoju ochrony zdrowia w okresie realizowanej od roku 1999 reformy – bardzo trudny, nazywany często przejściowy z punktu widzenia finansowania rok 2007.

Mam głębokie przekonanie, że ciężką dobrze zorganizowaną pracą, zaangażowaniem całego 728-osobowego Zespołu, wiedzą medyczną i ekonomiczną będziemy potrafili zminimalizować skutki tych ekonomicznych huraganów, które z wyjątkową siłą występują coraz częściej na Śląsku. Na tym Śląsku, który dla każdego Polaka kojarzy się z najlepszą medycyną, solidnością, nowoczesnością, nie akceptowaniem korupcji, i co najważniejsze, z wielką życzliwością wobec chorego człowieka.

Z najlepszymi życzeniami dobrego roku dla leczonych i leczących

Marian Zembala

**Ppłk rez. nawigator inż. Mieczysław Czechowski****Współpraca Wojsk Lotniczych z Kliniką Kardiochirurgii ŚLAM w Zabrze**

Rys 1 Podpisanie porozumienia o pomocy Wojsk Lotniczych na rzecz Kliniki Kardiochirurgicznej ŚLAM w Zabrze

W roku 1985 profesor (wówczas docent dr) Zbigniew Religa zwrócił się do Sztabu Generalnego Wojska Polskiego z prośbą o pomoc w dostarczeniu serca, dla chorego, który oczekiwał na transplantację w Zabrze.

Serce miało być pobrane od zmarłego w Szczecinie i tylko drogą lotniczą można je było przetransportować w taki sposób, aby nie uległo nieodwracalnym zmianom, uniemożliwiającym wykorzystanie do przeszczepu. Ryzyko niepowodzenia było bardzo poważne, ponieważ nieudana operacja mogła odsunąć rozwój polskiej transplantologii na szereg kolejnych lat. Wojsko przyszło w tym momencie z pomocą.

Sztab Generalny WP wydał wojskom lotniczym polecenie jak najszybszego transportu serca z lotniska w Goleniowie (koło Szczecina) do Katowic.

W tym czasie byłem w Dowództwie Wojsk Lotniczych (z siedzibą w Poznaniu) Koordynatorem Transportu Lotniczego i na mnie spadł obowiązek organizacji przelotu. Dla ustalenia bliższych szczegółów nawiązałem kontakt z doc. doktorem Zbigniewem Religą oraz doktorem Romanem Cichonim, którzy określili warunki jakie muszą być spełnione, aby uzyskać pozytywny rezultat.

Dowództwo Wojsk Lotniczych postawiło do dyspozycji kliniki (do wyboru) samolot odrzutowy TS-11 lub transportowy Jak-40, An-2, An 12, lub An 26. Po wstępnej analizie, wspólnie z doktorem Cichonim wybraliśmy samolot An-26. DWL wyraziło zgodę na rejs po czym transportowy An wyruszył na trasę z Krakowa przez Katowice do Szczecina, zabierając ze sobą zespół lekarzy (z docentem Religą na czele). Samolot wystartował

z Krakowa o godzinie 20.50, a o 1.30 powrócił do bazy. W międzyczasie — po 45 minutach lotu wylądował w Goleniowie. Tam medycy udali się do szpitala, natomiast załoga oczekiwała na lotnisku na powrót ekipy medycznej- gotowa do natychmiastowego powrotu. Po jej przybyciu natychmiast wystartowano z powrotem.

Był to pierwszy lot transportowy dla potrzeb transplantacji serca, od którego zaczęła się współpraca lotnictwa z Kliniką w Zabrze — a następnie z Kliniką Kardiochirurgii profesora Działkowiaka w Krakowie. Współpraca ta przyjęła formalne ramy w 1988 roku, kiedy podpisano umowę na nieodpłatne świadczenia lotnicze dla potrzeb ośrodków transplantacyjnych na terenie Polski — z wykorzystaniem wojskowych samolotów transportowych. Umowę ze strony Kliniki w Zabrze podpisali: profesor Pasyk oraz docent dr Zbigniew Religa, natomiast ze strony Dowództwa Wojsk Lotniczych gen. dyw. Tytus Krawczyk. W umowie przyjęto nazwę „Akcja Serce”.

W roku 1990 umowa została znowelizowana poprzez wprowadzenie częściowej odpłatności za loty oraz włączenie do akcji lotów dla potrzeb Centrum Zdrowia Dziecka w Międzyzlesiu.

W akcji brały udział 2 jednostki:

-36 specjalny pułk lotnictwa transportowego z Warszawy- Okęcia, (na samolotach Jak-40 oraz transportowych śmigłowcach Mi-8) oraz

-13 pułk lotnictwa transportowego z Krakowa-Balic (na samolotach An-26, An-12, IŁ-14, An-2. Od roku 2003 jednostka wzbogaciła się o samolot transportowy CASA-C-295, spełniający znacznie lepsze warunki techniczne i przelotowe)



Rys 2. Dowództwo Wojsk Lotniczych zostało w 1989 roku nagrodzone Oskarem Serca za pomoc dla kliniki kardiologicznej w Zabrze. Na zdjęciu nagrodę odebrał z rąk docenta Zbigniewa Religi dowódca WL — gen. dyw. pilot Jerzy Gotowala

TAB.1	36 pułk lotnictwa transportowego WARSZAWA - OKĘCIE	13 pułk lotnictwa transportowego KRAKÓW—BALICE
Rok	nalot (ilość godzin lotu)	nalot (ilość godzin lotu)
1985-1990	155 godz.	198 godz. 35 minut
1990	89 godz. 25 minut	98 godz. 45 minut
1991	78 godz. 30 minut	70 godz. 45 minut
1992	76 godz. 30 minut	86 godz. 00 minut
1993	82 godz. 40 minut	98 godz. 48 minut
1994	79 godz. 55 minut	76 godz. 43 minut
1995	58 godz. 00 minut	88 godz. 20 minut
1996	74 godz. 20 minut	47 godz. 23 minut
1997	82 godz. 30 minut	102 godz. 28 minut
1998	76 godz. 50 minut	74 godz. 02 minut
1999	64 godz. 40 minut	77 godz. 01 minuta
2000	62 godz. 20 minut	68 godz. 00 minut
2001	35 godz. 40 minut	23 godz. 55 minut
2002	26 godz. 40 minut	47 godz. 15 minut
2003	21 godz. 14 minut	34 godz. 16 minut
2004	26 godz. 15 minut	28 godz. 48 minut
2005	31 godz. 10 minut	47 godz. 15 minut
2006	19 godz. 10 minut	21 godz. 10 minut

Wykaz członków załóg, którzy najczęściej nalatali samolotami w ramach Akcji Serce

36 pułk lotnictwa transportowego		13 pułk lotnictwa transportowego	
1. plk pilot Tomasz Pietrzak		1. plk pilot Zbigniew Herc	
2. ppłk pilot Waldemar Targalski		2. ppłk pilot Stanisław Florek	
3. mjr pilot Marek Branderburski		3. ppłk pilot Jan Soroka	
4. kpt. pilot Gerard Głuch		4. ppłk pilot Wiesław Kijak	
5. kpt. nawig. Robert Maciejewski		5. ppłk pilot Stanisław Wojdyła	
6. kpt. pilot Krzysztof Podskarbi		6. mjr pilot Stanisław Wiśniewski	
7. st. chor. sztab. Krzysztof Jawoszek		7. mjr nawigator Zbigniew Dudziński	
8. st. chor. sztab. Zbigniew Radlak		8. kpt. nawigator Zdzisław Mruk	
9. chor. sztab mech. Wojciech Mućka		9. kpt. nawigator Wiesław Frańczak	



Rys 3. Autor w rozmowie z docentem Zbigniewem Religą



Rys 4. Płk Mirosław Czechowicz udziela wywiadu wraz z docentem Zbigniewem

Loty odbywały się w ramach lotów ratowniczych, zazwyczaj w godzinach nocnych—trwających do późnych godzin porannych.

Podczas postoju na lotniskach docelowych załogom nie wolno było opuszczać samolotów. Kiedy lekarze udawali się do szpitali celem pobrania narządów—załogi oczekiwały w kabinach. Loty odbywały się często w trudnych warunkach atmosferycznych, w nocy, przy niskiej podstawie chmur, w opadach deszczu czy przy oblodzeniu samolotu.

W ramach umowy wykonano także przeloty poza granice kraju, między innymi do Austrii, Niemiec, Czech i Rosji—po specjalistyczny sprzęt dla klinik lub po lekarzy na konsultacje związane z przeszczepami serca. Przewożono także polskich lekarzy wykonujących operacje kardiologiczne w państwach ościennych.

Loty ratownicze wykonywane są w dalszym ciągu, ale ze znacznie mniejszym (niż dawniej) natężeniem. Piloci sądzą, że przyczyną jest mniejsza ilość dawców.

Zdarzają się przypadki, (szczególnie w 13 plt Kraków), że w momencie ogłoszenia sygnału do startu na lot ratowniczy dla Zabrze lub innego szpitala, zgłaszają się załogi po zakończonych lotach szkoleniowych lub po pełnionym całodobowo dyżurze lotniczym.

Wiedząc o trudnej sytuacji finansowej klinik, załogi dla zminimalizowania kosztów zabierają ze sobą sprzęt techniczny np. do odladzania samolotów, suchy prowiant, śpiwory itp.

*plk rez nawig. onż Mirosław Czechowski*

*Pułkownik Mirosław Czechowski był ze strony Wojsk Lotniczych odpowiedzialny za realizację umowy pomiędzy klinikami a lotnictwem w ramach Akcji Serce—aż do przejścia na emeryturę w roku 1998.*

prof. dr hab. Janusz H. Skalski  
dr Jan Borzymowski

Chlubne początki polskiej kardiologii  
**Jan Borzymowski (1869-1941)**

Ciąg dalszy artykułu z nr 12

W następnych latach (1908-1914) nie tylko Borzymowski, ale także jego koledzy przeprowadzili kilka podobnych operacji zszycia uszkodzonego serca.

Borzymowski sformułował nawet swoją oryginalną koncepcję postępowania w przypadku zranienia serca, której wyrazem był zaproponowany nowy standard postępowania. Przedstawił go w formie 8 zasad:

1) *Przy cięciu skórnym należy omijać ranę pierwotną i nie dotykać jej, od czego można zabezpieczyć się, zaklejając ją kolodjum.*

2) *Cięciem wzdłuż 5 lewej chrząstki należy wyrezekować część jej przy mostku, dla wprowadzenia wskaziciela do jamy klatki piersiowej, niepokrytej opłucną, zbadać palcem osierdzie i w razie stwierdzenia w ten sposób swego przypuszczenia co do rany serca, zaraz tymże wskazicielem odłuszczyć opłucną od okolicy projektowanego płata.*

3) *Pierwsze cięcie wzdłuż 5 lewej chrząstki lewej przedłużyć w poprzek przez mostek i półkolem obejść część mostka odpowiadającą przyczepom 3,4 i 5 chrząstki, kończąc cięcie na 3 lewej chrząstce. Po tej samej linii wyciąć kostny płat i odchylić go na lewo, łamiąc 4 lewą chrząstkę.*

4) *Uruchomić tj. odłuszczyć z przodu osierdzie; rozciąć je ukośnie z prawa na lewo i z góry na dół; ująć brzegi Kocher'owskimi szczypcami i zbliżyć razem z sercem, tamponując palcem ranę i w temże wybierając skrzepy.*

5) *Ująć wierzchołek serca cremailleur'ą i zaszyć ranę szwem ciągłym, unosząc serca w czasie wkłucia cremailleur'ą a pozostawiając mu swobodę ruchów w innych momentach szycia.*

6) *Po zeszytciu serca przemyć osierdzie solą, zrobić poza sercem otwór w osierdziu do lewej opłucny (pericardiotomia post v. pleuropericardioanastomosis) i zaszyć osierdzie z przodu, ujmując szwem i okolicę rany na sercu (cardiopexia).*

7) *Wytamponować przestrzeń pomiędzy mostkiem i odłuszczonym osierdziem i przyszyć kostno-mięśniowy płat, pozostawiając dla sączków otwór na miejscu wyrezekowanej 5-tej chrząstki.*

8) *Jeżeli zaś nie udało się podczas operacji nie otworzyć opłucny, lub rana pierwotna sama szeroko ją otworzyła, wówczas nie zmieniając w niczem powyższego postępowania, lepiej nie bawić się w zeszywanie opłucny, tylko szerzej ją otworzyć, po skończeniu powyższej operacji i wypełnić ją sterylizowaną gazą. Jeżeliby kto nie chciał zaszywać osierdzia, to w każdym razie paski gazy należy wprowadzać poza serce resp.*



Jan Borzymowski

*pod serce, a nie kłaść ich na przedniej powierzchni tegoż.*

Najważniejsze elementy, które można wyluskać z przedstawionych „zasad” – to omijanie rany pierwotnej przy przeprowadzaniu cięcia skórnego, przepłukanie jamy osierdziowej solą fizjologiczną, obszycie okolicy rany serca osierdziem i pozostawienie sączków. Zdawałoby się, że zasady oczywiste, nie budzące emocji i mało odkrywcze. Ale nie w owym czasie, kiedy chirurg dysponował aseptyką i sprawną ręką, ale nie dysponował antybiotykiem!

Rozpoczynając rozdział „Teoria zszywania ran serca” Borzymowski podaje:

*Ogromna śmiertelność po zeszytciu ran serca gwałtownie domaga się od chirurgii zmiany na lepsze. Nie ulega wątpliwości, że przyczyna złych wyników tej operacji jest infekcja osierdzia i opłucny, następująca przed i w czasie operacji, obok upośledzonej odporności organizmu, osłabionego olbrzymią utratą krwi; we wszystkich niemal przypadkach z sekcyją figuruje pericarditis et pleuritis purulenta, jako przyczyna zgonu. Uniknięcie infekcji opłucny i osierdzia podczas operacji oraz ograniczenie tej infekcji, która już nastąpiła przed operacją – oto cel konkretny teorii zszywania ran serca, którą mam za-*



szczyt Szanownym Panom do oceny przedstawić. Teoria ta, oparta na obserwacji sześciu przypadków, trzech własnych i trzech – kol. Horodyńskiego i Maliszewskiego (Medycyna 1999 r., przy których operowaniu czynny udział brałem), dotyczy wszystkich warstw topograficznych okolicy serca.

Cztery lata później, 6 czerwca 1908 roku Borzymowski ponownie wykazał się swoim talentem chirurgicznym. Zszył 2 głębokie rany drażące do prawej komory serca u 17. letniego chłopca. Raport dotyczący tego zdarzenia zamieścił na łamach Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Operacja wykonana została bez znieczulenia chloroformowego. Po wycięciu chrząstki 5 żebra po stronie lewej, wycięciu lewego obrysu mostka od 3-5 żebra i chrząstki 3 i 4 żebra, rany serca zszył pięcioma szwami jedwabnymi, obszył osierdziem obie rany serca. Część osierdzia została zszyta ze skórą, pod sercem pozostawiono 2 paski gazy jodoformowej. Przebieg pooperacyjny powikłany był wystąpieniem niegroźnej odmy podskórnej na twarzy i szyi, jednak przebieg był bezgorączkowy, bez powikłań płucnych. Chory w trzy tygodnie po operacji zaczął chodzić, rehabilitował się sprawnie, po 6 tygodniach od operacji usunęto spod serca setony.

W tym miejscu przytoczę interesujący ciąg dalszy z wiązany z tą, na owe czasy, niecodzienną operacją, opisany przez Zbigniewa Woźniewskiego (torakochirurga, ucznia Manteuffela,) w 1970 roku. Otóż autor przywołanego przeze mnie artykułu opowiada, że w styczniu 1961 roku do Akademii Medycznej w Warszawie wpłynął list, który przykazano do Zakładu Historii Medycyny. List przetłumaczony przez doktora Brunona Neumana, cytuję *in extenso* za Woźniewskim:

*Akademia Nauk Medycznych  
Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej  
w Warszawie*

*Szanowni Towarzysze!*

*Pozwalam sobie zwrócić do Was w następującej sprawie, która, być może, Was zainteresuje. Piszę po rosyjsku i przypuszczam, że przetłumaczenie na język polski, który znalazłem, lecz zapomniałem, nie nastęrczy żadnych trudności. 26 czerwca 1958 r. napisałem do prezydenta Akademii Nauk Medycznych ZSRR, A. N. Bakulewa list, który przytaczam niemal dosłownie:*

*Szanowny Aleksandrze Nikolajewiczu!*

*Niejednokrotnie czytałem i słyszałem o wykonywanych w ostatnich czasach operacjach serca, w których Wy sami posiadacie duże zasługi. W związku z tym przyszło mi na myśl, aby podzielić się z Wami niektórymi wiadomościami, które być może, uzupełnią historię operacji serca i zainteresują naukowców pracujących w tej dziedzinie. Informacje dotyczą mej osoby.*

*Ostatnio, 6 czerwca 1958 r. upłynęło 50 lat od dnia, w którym wykonano mi podobną operację. W dniu tym zabrała mnie karetka Pogotowia Ratunkowego w Warszawie i przewiozła do Szpitala św. Ducha (na ul. Elektoralfnej) z ranami serca zadany-*

*mi nożem (na karcie przy łóżku wypisano *Vulnera cordis*). Operację wykonano natychmiast bez narkozy, wycięto żebra, nałożono szwy itp. Operację wykonał starszy wiekiem chirurg Jan Borzymowski (Niech będzie błogosławione jego imię!)\*. W szpitalu leżałem 3 miesiące, przy opatrunkach wyciągali spod serca powoli tampon. Do wyjazdu z Warszawy w r. 1909 komunikowałem się ze swym zbawcą; referował on tę operację pokazując chorego w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim (ul. Niecała 7). Po moim wyjeździe do Rosji kontakt ten został przerwany.*

*Od tego czasu minęło ponad 50 lat. Chociaż z resekcją żeber i prawie otwartym tętniącym sercem żyje się trochę nieporęcznie i bojaźliwie, nie mogę twierdzić, żeby ta okoliczność bardzo mi przeszkadzała w życiu. W pierwszym roku po operacji, mieszkając już w Odessie, chorowałem przez pewien czas (serce jakby się usadawiało w nowej pozycji – pół leżącej). Potem wszystko się ułożyło, chociaż życie moje nie było łatwe: długi staż roboczy, odpowiedzialna praca partyjna, również w konspiracji, wytężona praca podczas Wielkiej Wojny Ojczyźnianej w zakresie ewakuacji, częste przemówienia, wykłady. W swoim czasie założyłem rodzinę, uczyłem się śpiewu i często śpiewałem (do ostatnich czasów). Chorowałem oczywiście też w swoim życiu, jednak lekarze nie znajdowali poważniejszej choroby serca. Obecnie cierpię oczywiście na choroby związane z wiekiem, ale jak na swoje lata (67) czuję się zadowolająco. Chodzę dość swobodnie, prosto i po schodach. Tylko pisanie nastęrcza mi trudności, dlatego też używam maszyny do pisania, na której piszę bardzo biegle.*

*Urodziłem się w Moskwie, od pierwszych lat rewolucji należą do partii (KPZR), obecnie jestem emerytem. Informacje te nie mają niczego więcej na celu, jak tylko chęć dodania szczegółu naukowego. Jeśli to posiada jakieś znaczenie naukowe, to mógłbym przedstawić dane uzupełniające, jakieś dawne potwierdzenia, wreszcie – samego siebie.*

*Początkowo chciałem napisać do Warszawy – być może informacje te zainteresowałyby polskich przyjaciół ze względu na jakieś pierwszeństwo w zakresie operacji serca, jednak doszedłem do wniosku, że nasza Akademia Nauk Medycznych ZSRR sama zadecyduje w interesie nauki, co i gdzie należy.*

*Mój moskiewski adres: Moskwa D 40 Leningradzki Prospekt n. 14 m. 116, Kantor Josif Charitonowicz.*

*Od wysłania cytowanego listu upłynęło dużo czasu. Żadnej odpowiedzi z Akademii Nauk Medycznych ZSRR nie otrzymałem. Być może, że list mój w ogóle nie doszedł do akademika A. N. Bakulewa, lecz dostał się do rąk kancelisty, który nie nadal opisanemu przeze mnie faktowi żadnego znaczenia.*

*Być może, że fakt ten posiada znaczenie tylko dla lekarzy polskich; nie jest wyłączone, że fakt ten nie ma w ogóle żadnego znaczenia naukowo-historycznego, nie chcą się tą sprawą zajmować.*

*W każdym bądź razie proszę o odpowiedź, może za pośrednictwem ambasady, czy list ten doszedł i jaka instytucja go otrzymała; czy jest coś wiadomo o losie chirurga Jana Borzymowskiego lub jego rodzinie i uczniach. W Szpitalu św. Ducha pracowali wtedy jeszcze chirurdzy Kalinowski i Skabowski.*

*Borzymowski mieszkał wtedy przy ul. Złotej 14. Czego jeszcze mógłbym się w tej sprawie dowiedzieć? Ponieważ Polska Ludowa jest państwem zaprzyjaźnionym i socjalistycznym, to nie będę tego ukrywał, chętnie bym skorzystał z możliwości odwiedzenia Warszawy. Jeżeli byłoby to potrzebne i jeżeli bym uzyskał pomoc w tej sprawie, chciałbym obejrzeć te miejsca, gdzie spędziłem swą młodość i gdzie przeszedłem tak duży wstrząs. Obecnie mam już 70 lat. Zjawiły się związane z wiekiem objawy sklerotyczne, ale serce działa. Niezapomniany Jan Borzymowski i jego asystenci i tutaj dali dówód godności medycyny polskiej. Zeszli po mistrzowsku serce przed 50 laty, kiedy o operacjach takich prawie się nie słyszało...*

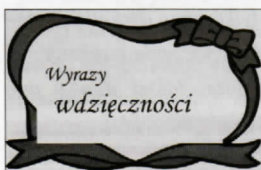
*Kantor Josif Charitonowicz*

Autor listu zmarł w 1967 roku, nie doczekawszy się odpowiedzi od medycznych instytucji naukowych zarówno sowieckich jak i polskich. Zacytowany list jest chyba najlepszym komentarzem niezwykłości sukcesu chirurgicznego naszego rodaka, a nie był to jego pierwszy sukces, acz kolejny!. Udana operacja Borzymowskiego wykonana w 1903 roku była najprawdopodobniej czwartym w świecie pomyślnie przeprowadzonym zszyciem serca. Ludwig

Rehn doczekał się laurów całego świata medycznego i nie tylko medycznego. Operacja Borzymowskiego skryła się w cieniu dziejów medycyny polskiej, ba, nie wspominając o światowej. Niewiele chyba brakło, aby pacjent Borzymowskiego, młody rosyjski Żyd, później dygnitarz Rosji Sowieckiej, znany zapewne władzom centralnym KPZR, jeszcze do tego dość znany sowiecki śpiewak operowy, mógł przyczynić się do rozślawienia imienia skromnego chirurga z Warszawy. Łatwo się domyśleć, że patriotyczna przeszłość Borzymowskiego uniemożliwiała, aby władze sowieckie dopuściły do upublicznienia historii Kantora Josifa. Przykre, że nawet dla prof. Bakuliewa, jak wynika z listu, ważniejsze były względy polityczne i niechęć dla Polski i Polaków, niż pokusa ujawnienia na forum szerszych kręgów medycznych oczywistego sukcesu chirurgicznego i naukowego Polaka.

W tym samym duchu, najgorszych czasów zakłamania i zafałszowywania losów Polski i Polaków, odczytuję brak reakcji adresatów na list Kantora Josifa Charitonowicza z 1958 roku.

*Janusz H. Skalski  
Jan Borzymowski*



Pan profesor dr hab. n .med.  
Marian Zembala

Szanowny Panie Profesorze

"Mała dziesięcioletnia" dziewczynka z "dużą wadą" serca ze Świnoujścia operowana w 1984 r. w Klinice Kardiochirurgii w Utrechcie będąca obecnie trzydziestotrzyletnią, chciała serdecznie podziękować Panu Profesorowi za "objęcie swoją opieką" i przeprowadzenie specjalistycznych badań kardiologicznych w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze w lipcu br. Moje wyrazy podziękowania chciałabym skierować również za Pana pośrednictwem do wszystkich lekarzy i personelu medycznego, którzy byli zaangażowani w badania podczas mojego pobytu w Zabrze.

Muszę się Panu przyznać, że pisząc do Pana list w czerwcu tego roku nie spodziewałam się, że tak szybko skontaktuje się Pan ze mną i przyjmie w poczet swoich pacjentów, jakimi są dzieci z wrodzonymi wadami serca.

Jadąc na spotkanie i badania byłam pełna obaw co

*do dalszej swojej przyszłości, zwłaszcza że cały czas słyszałam diagnozę mówiącą, że przy braku zabiegu operacyjnego czeka mnie zaledwie kilka lat życia. Byłam bardzo przestraszona i niepewna swoich dalszych losów. Potrzebowałam wsparcia, zrozumienia i pomocy.*

*Te wszystkie rzeczy uzyskałam już na pierwszym, jakże wzruszającym spotkaniu z Panem Profesorem, który tak jak dwadzieścia dwa lata temu w Utrechcie otoczył troskliwą opieką "przerażone dziecko" i wniósł wtedy jak i dzisiaj do jego serca "nową nadzieję" i pozwolił normalnie "stąpić przez dalsze życie".*

*Tak jak wcześniej mówiłam jest Pan dla mnie jedyną osobą ze "świata medycyny", do której miałam i mam zaufanie oraz, która dała mi wiarę, nadzieję i nie sprawiła mi zawodu.*

*Panie Profesorze jestem bardzo, bardzo wdzięczna za przyjęcie mnie do swojej kliniki, otoczenie troskliwą opieką i pozwolenie na coroczne kontakty z Panem Profesorem, które oprócz badań medycznych dadzą mi "wiarę w życie dane przez Boga".*

*Szczerze oddana pacjentka*

Nazwisko i adres znane redakcji

**Dr hab. Jacek Białkowski**  
**Dr hab. Małgorzata Szkutnik**

## Szkolenie kardiologów dziecięcych w Boliwii

W dniach 30-31.10. br mieliśmy przyjemność zorganizować i przeprowadzić kolejne już trzecie warsztaty i kurs dotyczące postępów w nieoperacyjnym leczeniu wrodzonych wad serca w La Paz. Wszystkie odbyły się w Hospital Obrero – największym publicznym szpitalu Boliwii (poprzednie miały miejsce w latach 2004 i 5). Miasto to przepięknie usytuowane w rozpadlinie górskiej znajduje się w Andach (Altiplano) na wysokości ok. 3800 m n.p.m. i jest najwyżej na świecie położoną stolicą świata. Boliwia należy do najbiedniejszych krajów w Ameryce Łacińskiej. Tylko 20% populacji objęta jest ubezpieczeniem społecznym. Choć dzieci do 5 roku życia mają zapewnioną opiekę medyczną, to nie obejmuje ona pełnego zakresu metod leczniczych stosowanych obecnie w kardiologii dziecięcej.

Gospodarzem spotkania był dr Ramiro Menacho Delgadillo, a udział w każdym warsztatach i kursie brało 10-30 kardiologów z całego kraju. Byliśmy pierwszą zagraniczną ekipą medyczną w tym Ośrodku, która zdecydowała się na realizację takiego programu edukacyjno-terapeutyczno-naukowego. W warunkach wysokogórskich (takich jak w La Paz) stężenie tlenu i



Ryc. Podczas zabiegu przezcewnikowego leczenia wady serca.

ciśnienie atmosferyczne są niższe o ok. 40% niż odpowiednie wartości na poziomie morza. Wynika stąd hipoksja i inne zwią-



Ryc. Doc. Szkutnik po zabiegu

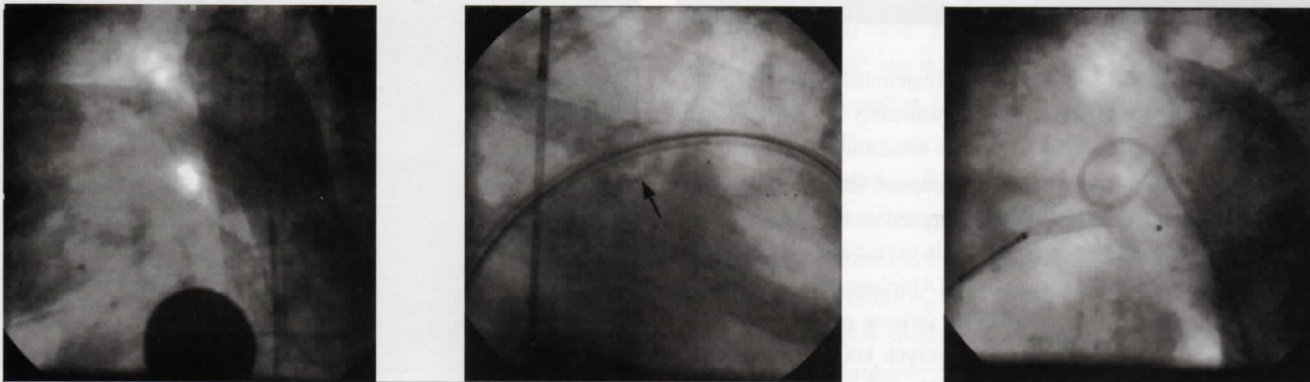
zane z tym konsekwencje fizjopatologiczne. Pierwszy opis dolegliwości związanych z pobytem na wysokościach (tzw. soroche) manifestujący się u mieszkańców nizin był przedstawiony przez hiszpańskiego kronikarza Jose de Acosta w 1590 r i dotyczył właśnie andyjskich obszarów dzisiejszego Peru i Boliwii. Stres związany z wysokogórkimi warunkami wynika z kilku czynników m.in. - wspomnianej już hipoksji, nadmiernej ekspozycji na słońce, chłodu, zaburzonej wentylacji płuc (alkalozji oddechowej) itd.

Wpływ wysokości na system krążenia jest wieloraki- zwiększa się częstość akcji serca, zmniejsza wyrzut serca, zwiększa się liczba erytrocytów, ich objętość oraz zawartość hemoglobiny i lepkość krwi. Z punktu widzenia kardiologa bardzo istotne wydają się dwa aspekty związane z pobytem na dużych wysokościach. Pierwszy z nich to płucne nadeiśnienie (PH) spowodowane u autochtonów przewlekłym niedotlenieniem. Wartości średniego ciśnienia w tętnicy płucnej (MPAP) u dorosłych w spoczynku wynosiły 28 mm Hg (1), a u młodszych dzieci - 45 mm Hg (2). Mechanizm odpowiedzialny za to zjawisko jest związany z przerostem mięśniowej błony środkowej tętniczek płucnych. Dla wyjaśnienia tych trudnych zagadnień i w konsekwencji zrozumienia podstawowych mechanizmów nadeiśnienia płucnego kluczowe okazały się badania przeprowadzone w Peru przez Dante Penaloza i jego zespół badawczy (3). Jesteśmy w stałym kontakcie z tym naukowcem, jako że problemy fizjopatologiczne, z którymi spotkaliśmy się podczas naszego pobytu są przez nasz aktualnie opracowywane.

Drugim ważnym problemem najpewniej również związanym z przewlekłą hypoksją jest częstsze niż na nizinach występowanie przetrwałego przewodu tętniczego (PDA) (4). Temu ostatniemu zagadnieniu poświęcono mniej uwagi, a wydaje się ono szczególnie istotne wobec burzliwego rozwoju kardiologii interwencyjnej i możliwości nieoperacyjnego zamykania PDA. Roz-

mieszczenie obszarów wysokogórskich (powyżej 3000 m npm) zamieszkałych przez większe populacje ludzi na Ziemi obejmuje obszary andyjskie w Południowej Ameryce, Tybetu w Azji oraz wyżyny Etiopii i Lesotho (Afryka). Są to więc kraje rozwijające się, o słabym zapleczu pracowni hemodynamicznych i niewielkim rozwoju kardiologii interwencyjnej. Stąd nasze do-

kania PDA u dorosłych udokumentowaliśmy już dawno (9). Chirurgiczne zamknięcie takiego, zwykle zwapniałego PDA, to prawdziwe wyzwanie dla kardiochirurga, ze względu na kruchość tkanek przewodu. Operację trzeba przeprowadzić w krążeniu pozaustrojowym. Preferowana więc powinna metoda interwencyjna. W tym ostatnim, wspomnianym powyżej przypad-



Rys. Zwapniały przewód tętniczy u 50-letniej kobiety zamykany przezcewnikowo za pomocą korka Amplatzer Duct Occluder

a. Aortografia obrazująca przewód

b. Długa koszulka naczyniowa przechodząca przez zwapniały przewód po rusztowaniu wytworzonej pętli tętniczo-żylniej

c. Dysk Amplatzer Duct Occluder otwarty w bańce przewodu

świadczenia uzyskane w przezcewnikowym zamykaniu 10 PDA w La Paz mają unikatowy charakter (5). I tak przeprowadzone przez nas cewnikowania serca potwierdziły opisywane wcześniej zjawisko występowania nadciśnienia płucnego. Najczęściej miało ono charakter umiarkowany, choć w dwóch przypadkach wartości MPAP były wyraźnie podwyższone. W pierwszym przypadku 2,5 letniego dziecka MPAP było podobne do wartości ciśnienia systemowego, w drugim u 50 letniej kobiety wynosiły 75% wartości ciśnienia systemowego. W obu przypadkach okluzyjny test balonowy (czasowe zamknięcie PDA), spowodowało wyraźny (ok. 50% zmniejszenie MPAP) co umożliwiło podjęcie decyzji o bezpiecznym przeznaczyniowym zamknięciu PDA.

Najważniejszą obserwacją było stwierdzenie występowania u 90% pts szerokich przewodów tętniczych (o średnicy przekraczającej 2,5 mm) o typie A – stożkowym (wg Kirchenko) (6). Miało to istotne implikacje terapeutyczne jako że najlepszą opcją leczniczą było tu zastosowanie Amplatzer Duct Occluderów (ADO firmy AGA Med. Corp). Inną możliwością, szczególnie w przypadkach PDA ze współistniejącym nadciśnieniem płucnym stanowi zastosowanie Amplatzerza przeznaczonego wyjściowo do zamykania mięśniowych ubytków międzykomorowych (a więc z dwoma szerszymi dyskami retencyjnymi) (7). Wyjątkiem okazało się niemowlę o masie ciała 9 kg, u którego stwierdzono obecność PDA typu A o średnicy 1,5 mm, u którego z powodzeniem zastosowano odczepianego coila 5PDA5 (Cook Europe). Warto tu wspomnieć, że w materiale własnym PDA o dużej średnicy (wymagający zastosowania ADO) stwierdzono jedynie u 18,6% (68/365) pacjentów (8). Najtrudniejszym przypadkiem okazał się zwapniały PDA u wspomnianej już 50 letniej kobiety z PH (ryc 1a). Zabieg ten przeprowadzono podczas ostatnich warsztatów. Rolę przezskórnego zamy-

ku napotkaliśmy na następujące trudności – obie najpewniej związane z istotnym zwapnieniem PDA. Pierwsza polegała na trudności przejścia długiej koszulki naczyniowej z rozszerzaczem przez sztywny PDA. Problem ten rozwiązano poprzez wytworzenie pętli tętniczo-żylniej i w ten sposób wytworzeniu wystarczającego rusztowania dla przejścia całego układu (ryc 1, b). Drugą przeszkodę napotkano po otwarciu dysku ADO (rozmiar 14/12). Dysk ten otwarty w świetle aorty i nie dawał się wsunąć do zwapniałego PDA. Wycofanie dysku do koszulki i jego ponowne otwarcie w bańce PDA pozwoliło na bezpieczne umiejscowienie całego implantu (ryc 1c). Dysk przybrał wówczas formę tubularną odzwierciedlającą anatomie zwapnianego PDA (zwykle dystalny koniec ADO przyjmuje tu kształt „kapelusza grzybka”), trzon implantu prawidłowo umiejscowił się w świetle PDA szczelnie go zamykając.

W Boliwii podczas trzech naszych kursów przeprowadziliśmy w sumie 21 zabiegów kardiologii interwencyjnej. Poza zamykaniem PDA, wykonaliśmy również balonowe walwuloplastyki aortalne i płucne oraz przezskórne zamknięcia ubytków między przedsionkowych (te ostatnie podczas drugich i trzecich warsztatów, kiedy dostępna już była głowica przezprzełykowa). Plan pobytu był każdorazowo podobny – pokazowe zabiegi w godzinach przed i popołudniowych, wieczorem wykłady na tematy dotyczące postępów w kardiologii interwencyjnej i problematyki wrodzonych wad serca. Warto podkreślić tu, żywe dyskusje z uczestnikami, ich zainteresowanie i dobre przygotowanie teoretyczne, jak również kliniczne, co odzwierciedlał dobry dobór pacjentów do zabiegów.

Duże znaczenie praktyczne miało zainteresowanie naszą działalnością mediów, co przełożyło się później na zaakceptowanie tych nowych metod przez miejscowy system ubezpieczeń

# DODATEK DRUGIE SERCE

KWARTALNIK STOWARZYSZENIA TRANSPLANTACJI SERCA

**OD REDAKCJI :** W tym numerze żegnamy dwóch członków STS— smutny to obo-  
wiązek. Bernard był w świadomości wszystkich członków stowarzyszenia, nieroz-  
walnie z nim związany. Był zawsze. Na wszystkich imprezach, spotkaniach, zjaz-  
dach itp. nie mogło Go zabraknąć. January zawsze imponował sprawnością fizycz-  
ną (6 medali na europejskich zawodach EHTF w Neapolu), humorem i niesłychanie  
życzliwym stosunkiem do kolegów, koleżanek, znajomych a nawet do zupełnie  
obcych osób. Stowarzyszenie bez nich już nie będzie takie jak przedtem

## Stowarzyszenie Transplantacji Serca

Zarząd Główny- ul. Niemodlińska 33 04-635 Warszawa

sekretariat - 41800 Zabrze ul. Szpitalna 2

Konto: BPH 23 1060 0076 0000 3200 0099 4550

Tel. (32) 273-23-20 w Zabrzu (22) 812 78-95 w Warszawie;

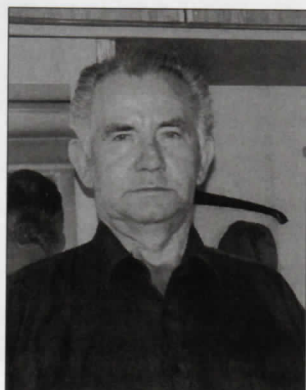
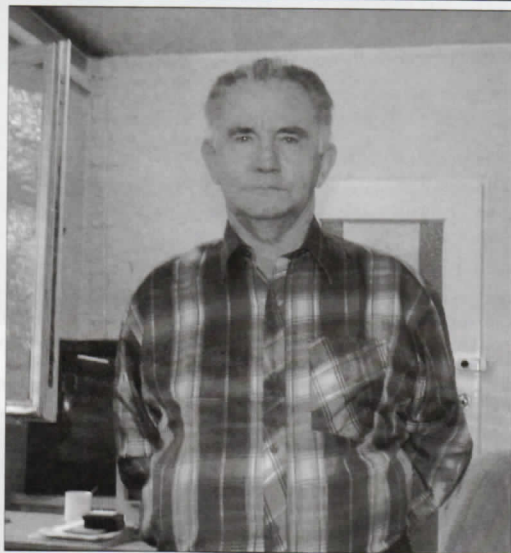
## Bernard Duży - Bercik

„Bercika” znali wszyscy pacjenci, którzy w Zabrzu przeszli opera-  
cję transplantacji serca (lub płuc). Kilka dni po operacji, u każde-  
go „przeszczepieńca” zjawiał się Bernard, który starał się podtrzy-  
mać go na duchu w bolesnym okresie pooperacyjnym, przekazu-  
jąc zarazem informacje o stowarzyszeniu, jego roli i zadaniach.  
Stowarzyszenie transplantacji było dla Niego drugim domem. Jeże-  
li tylko pozwalało na to zdrowie— uczestniczył we wszystkich spo-  
tkaniach, imprezach czy zjazdach— zawsze chętnie służąc pomocą  
przy ich organizacji. Na Bernarda zawsze można było liczyć— na  
każde wezwanie przyjeżdżał do Zabrza z Katowic, gdzie mieszkał  
w domu zbudowanym własnymi rękami.

Od zjazdu krajowego STS w Kozubniku (w 1992 roku) nie opuścił  
żadnej imprezy— chyba, że jej termin kolidował z okresowymi ba-  
daniami. Był ze stowarzyszeniem w Austrii, Hiszpanii, we Włoszech  
a także w Czechach i na Słowacji, na obozach sportowych, turnu-  
sach rehabilitacyjnych, wycieczkach itp. Przez 13 lat po operacji  
nie odczuwał żadnych komplikacji i w tym czasie był bardzo aktyw-  
ny. W roku 2005 zaczęły się problemy, które starał się z humorem  
i bez narzekań pokonywać.

Przez dwie kadencje działał w zarządzie koła Zabrza— odpowiada-  
jąc za kontakty z pacjentami leżącymi w Śląskim Centrum— bezpo-  
średnio po operacji, w czasie okresowych badań lub z powodu  
komplikacji (powikłań).

Będzie Go nam wszystkim bardzo brakowało !!.



## Józefa i Adrian Toborowie

Kłopoty Adriana z sercem zaczęły się od grypy, po której nastąpiło zapalenie mięśnia sercowego prowadzące do powiększenia lewej komory. W lipcu 1999 roku zapadł wyrok: jedynym ratunkiem jest przeszczep serca. Do operacji „



Od lewej: Adrian i Józefa Toborowie oraz Wojciech Skubiszak w czasie turnusu rehabilitacyjnego w w Dźwirzynie



Od lewej: Jerzy Szoltysek, Józefa Tobor, Janusz Chmurczyk w biurze STS.



Od lewej: Miroslawa Sierpińska, Bernard Duży oraz Jerzy Szoltysek

podcho-dził” cztery razy. Przy pierwszym wezwaniu do Zabrze— we wrześniu 1999 roku na przeszkodzie stało przeziębienie.

Za drugim razem - w grudniu, był wezwany do Śląskiego Centrum jako rezerwowo (gdyby na czas nie dojechał planowany biorca). W drugi dzień Świąt Bożego Narodzenia przyjechał samochód z Zabrze, ale ledwo ruszył z pacjentem, kierowca otrzymał wiadomość, że serce nie nadaje się do przeszczepu. Kolejne wezwanie— tym razem zakończone pozytywnie - nadeszło 13 stycznia 2000 roku. Następnego dnia było już po operacji.

Józefa Tobor (osoba stale aktywna i o niespożytej energii) — w tym czasie przeszła na emeryturę (ze stanowiska dyrektora szkoły) i postanowiła przeznaczyć część wolnego czasu na pracę społeczną w stowarzyszeniu.

Przez cały ten czas (do października 2006 roku) pełniła dyżury w biurze STS i uczestniczyła w organizacji imprez (wycieczek, wczasów, turnusów) dla członków koła Zabrze Stowarzyszenia Transplantacji Serca.

Była współorganizatorką spotkań lekarzy Śląskiego Centrum Chorób Serca z uczniami śląskich szkół ponad podstawowych. Do tradycji koła przeszły pikniki organizowane przez Józefę i Adriana w Ich ogrodzie w Radzionkowie.

Przez cały okres pracy w STS - zawsze, chętnie służyła pomocą —o ile tylko nie miała w tym czasie innych obowiązków.

## Jerzy Szoltysek

Pierwszy zawał zaskoczył Jurka w listopadzie 1988 roku— wkrótce po rozpoczęciu nowej pracy w Bielsku. W 1992 serce ponownie dało znać o sobie (drugi zawał) i wtedy musiał już przejść na rentę. Nadal jednak pracował jako ławnik w sądzie dla nieletnich w Katowicach (przez 3 kadencje), a z czasem jako kurator w wydziale rodzinnym sądu dla nieletnich w Katowicach.

W 1996 roku— po czwartym zawale serca w klinice w Ochojcu stwierdzono, że jedyną szansą na dalszą egzystencję jest przeszczep i skierowano Go do Zabrze na badania oporów płucnych. W 1997 roku został skierowany do ośrodka w Rep-tach— w ramach programu usprawniającego osoby oczekujące na przeszczep serca.

Tak doczekał Świąt Wielkanocnych 1998 roku. W Wielką Sobotę został wezwany do Zabrze, a w pierwszy dzień świąt przeszedł udaną operację.

W stowarzyszeniu zaczął działać pod wpływem Bernarda



Józefa i Adrian Toborowie



Jerzy Szoltysek w czasie dyżuru w biurze STS

Dużego, który namawiał członków STS do pracy społecznej. Jurek systematycznie pełnił dyżury w biurze stowarzyszenia. Nigdy nie odmówił pomocy przy organizacji imprez, wysyłaniu Informacji czy zawiadomień do wszystkich członków itp. Kolejdy często korzystali (i nadal korzystają) z Jego gościnności.

Mieszkanie w centrum Katowic (nieдалeko dworca głównego) niejednym raz służyło jako punkt noclegowy dla przyjezdnych zgłaszających się do Śląskiego Centrum Chorób Serca na badania lub uczestniczących w wycieczkach STS.

Jako kurator dla nieletnich ma pod stałą opieką dziesięciu podopiecznych w wieku 12-14 lat, których nie tylko trzeba nadzorować, ale czasami konieczne staje się zapewnienie im pomocy czy opieki.

Opiekował się (i nadal opiekuje) nie tylko nieletnimi. Pomógł bezdomnemu starcowi, tułającemu się po klatkach schodowych. Znalazł mu mieszkanie, załatwił wszystkie dokumenty (łącznie z dowodem osobistym i zameldowaniem) oraz rentę zapewniającą w miarę przyzwoite warunki przeżycia schyłku życia



Start do Biegu Serca (J. Szoltysek z nr. 25)

## Janusz Chmurczyk

Kiedy (już po odbyciu służby wojskowej) Janusz spadł z drabiny (pracował jako elektryk), stwierdzono, że przyczyną była poważna (wrodzona, ale wcześniej nie wykryta) wada serca. W 1979 roku komisja lekarska uznała Go za niezdolnego do pracy i skierowała na rentę. W 1999 roku przeszedł grype, po której wystąpiło zapalenie mięśnia sercowego. Wtedy zaczęto już rozważać przeszczep serca, jako operację, która w przyszłości może być jedyną metodą ratowania życia. W 2001 roku został zakwalifikowany do transplantacji i już po dwóch tygodniach przeszedł operację. Półtora roku po transplantacji zatrudnił się w zakładzie pracy chronionej, gdzie pracuje do dnia dzisiejszego. Kontakt ze Stowarzyszeniem Transplantacji Serca po raz pierwszy nawiązał poprzez udział w warsztatach psychologicznych w Nowym Targu - w roku 2003. Potem coraz częściej uczestniczył w spotkaniach i wciągał się w pracę w STS. W ostatniej kadencji brał czynny udział w organizacji imprez, utrzymywał stały kontakt z członkami koła i systematycznie pełnił dyżury w biurze koła. Chętnie uczestniczył w zajęciach sportowych, a w roku 2006 zdobył 3 medale na zawodach w Neapolu.



Obóz sportowy w Juracie (1995)

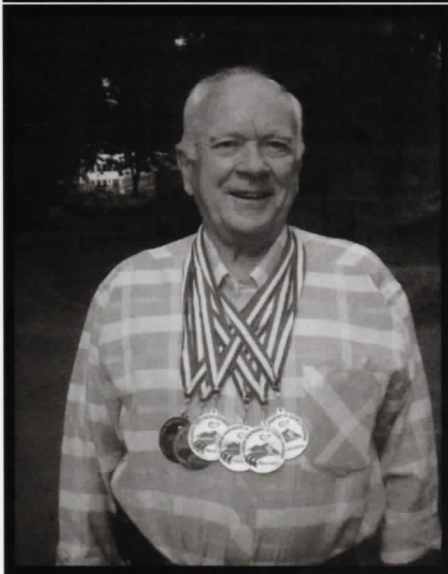


Wycieczka w czasie obozu sportowego dla osób po transplantacji w Polanicy (od lewej) Janusz Chmurczyk, Anna Prusinowska, Halina Pisarska (pielęgniarka) oraz Janusz Szandar.



Janusz Chmurczyk prezentuje medale zdobyte na zawodach w Neapolu (1996)

## January Mura



Odejście Januarego zaskoczyło i zasmuciło wszystkich, którzy Go znali ze Stowarzyszenia Transplantacji Serca. Dowcipny i zawsze uśmiechnięty, chętnie dzielący się swoim doświadczeniem, prezentował znakomitą formę fizyczną, pomimo przebytej transplantacji serca i innych komplikacji zdrowotnych. Emerytowany pułkownik - lotnik, który do zawału serca wykonywał loty bojowe i zarazem szkolił młodych żołnierzy, jeszcze w ubiegłym roku zdobył 6 medali na międzynarodowych zawodach w Neapolu. Był powszechnie lubiany i chętnie słuchany przez licznych przyjaciół i znajomych, których stale rozbawiał opowiadaniem anegdot, dowcipów i dykteryjek. Spotkania, zjazdy czy turnusy już nie będą miały tej atmosfery, jaką zyskiwały dzięki Niemu. **Bądźmy Go zawsze pamiętać!**



## Zenon Frydrychowicz

### Odliczenie od dochodu kosztów dojazdu samochodem osobowym na rehabilitację lub leczenie

Prawo do korzystania z ulgi (odliczenie od dochodu) posiadają wyłącznie osoby uznane jako niepełnosprawne:

- zaliczone przez ZUS do I lub II grupy inwalidzkiej,
- zaliczone przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności jako niepełnosprawne w stopniu znacznym lub umiarkowanym

Ulgę stosuje się w przypadku używania samochodu osobowego stanowiącego **własność lub współwłasność** osoby niepełnosprawnej w stopniu wyżej opisanym – wyłącznie związanych z koniecznym przewozem na niezbędne zabiegi leczniczo – rehabilitacyjne. Mogą ją również stosować właściciele lub współwłaściciele samochodu mający na utrzymaniu osobę niepełnosprawną w stopniu wyżej opisanym albo dziecko niesprawne do lat 16.

Powyższe wydatki nie mogą przekroczyć **limitu 2 280 zł** w roku 2007 (w ub. r. limit był taki sam). Nie trzeba ich udokumentować (art. 26 ust. 7a pkt 14 i ust. 7c ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych). W celu ułatwienia odliczeń oraz przy ewentualnym składaniu wyjaśnień przed inspektorem Urzędu Skarbowego radzę prowadzić podręczną ewidencję wyjazdów na cele leczniczo – rehabilitacyjne (data, miejscowość zakładu, odległość) Nie wydaje się słuszne żądanie wystawiania zaświadczeń od personelu medycznego, który i tak już jest obciążony nadmiarem prac w zakresie dokumentacji medycznej.

Brak jest urzędowych zasad obliczania kosztów użycia własnego samochodu przy przejazdach związanych z leczeniem lub rehabilitacją. Uważam, że należy ujmować **rzeczywiste koszty** poniesione przy tych przejazdach. Koszty te nie powinny jednak przekraczać poziomu przyjętego do rozliczania pracowników używających swój samochód do celów służbowych. Opierając się na podobnych wyliczeniach proponuję przyjąć następujące limity

Pojemność skokowa silnika

do 900 cm <sup>3</sup>	powyżej 900 cm <sup>3</sup>
0,4894 zł/km	0,7846 zł/km

Ośrodki lecznicze i rehabilitacyjne prowadzą dokładną ewidencję przyjęć pacjentów (wymogi określone m.in. przez NFZ), stąd nie istnieje żadna obawa o możliwość jakichkolwiek nadużyć ze strony pacjentów. Dla nas jest to bardzo duże ułatwienie, gdyż prace przy dokumentowaniu kosztów są minimalne. Oby tak się zostało!

Powyższe informacje dotyczą tych, którzy mają własne samochody. A co pozostali?

**Bez limitu**, tj. w wysokości faktycznie poniesionych kosztów (w tym przypadku należy zbierać rachunki dokumentujące wydatek) odlicza się od dochodu wydatki poniesione na odpłatny, konieczny przewóz osoby niepełnosprawnej na niezbędne zabiegi leczniczo – rehabilitacyjne:

- środkami transportu publicznego (bez względu na stopień niepełnosprawności),
- karetką transportu sanitarnego (bez względu na stopień niepełnosprawności),
- innymi środkami transportu (np. taksówką) – dotyczy wyłącznie inwalidów zaliczonych do I i II grupy inwalidzkiej, niepełnosprawnych w stopniu znacznym i umiarkowanym oraz dzieci niepełnosprawne do lat 16.

Osoby **nabywające** potrzebny sprzęt rehabilitacyjny taki jak wózki inwalidzkie, motorowery, motocykle, **samochody osobowe** posiadające aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (znacznym lub umiarkowanym względnie inwalidztwo I lub II grupy) są zwolnione podmiotowo od uiszczania podatku od nabycia środków transportu.

Np. pan Jan Kowalski jest osobą niepełnosprawną i posiada orzeczonego stopień znaczny niepełnosprawności wydany przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności. Z ogłoszenia prasowego nabył samochód osobowy od Adama Nowaka, co potwierdził wymaganą umową kupna- sprzedaży. W świetle niżej wymienionych przepisów Jan Kowalski jest zwolniony z opłaty wynikającej z nabycia samochodu.

Dla Urzędu Skarbowego wystarczającym dokumentem jest umowa kupna oraz posiadanie aktualnie ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Nie jest wymagane zgłaszanie się do Urzędu Skarbowego a dalsze sprawy należy załatwiać z wydziałem komunikacji. Ponieważ w różnych urzędach te same przepisy są inaczej interpretowane - wskazane jest jednak skontaktowanie się z właściwym Urzędem Skarbowym, przedstawienie umowy oraz orzeczenia o stopniu niepełnosprawności celem odnotowania nabycia pojazdu.

Podobnie postępuje się w przypadku zakupienia samochodu osobowego za granicą.

#### Przepisy prawne:

1. Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych
2. Ustawa o podatku od czynności cywilno - prawnych:  
Dziennik Ustaw nr 41 pozycja 399 z 2005 roku z późniejszymi zmianami.  
Dziennik Ustaw nr 222 pozycja 1629 z 2005 roku z późniejszymi zmianami.

**„Drugie Serce”** dodatek do kwartalnika Śląskiego Centrum Chorób Serca „Szlachetne Zdrowie”  
Redakcja: 41902 Zabrze ul. Szpitalna 2  
Telefon/fax 273-23-20 tel. 373-37-33



społecznych do „koszyka” świadczeń. Ostatnie informacje z Boliwii potwierdzają fakt, że w kraju tym samodzielnie są już przeprowadzane przez miejscowych lekarzy zabiegi kardiologii interwencyjnej, co daje piszącym te słowa największą satysfakcję i rekompensuje nam trudy związane z pobytem w warunkach wysokogórskich. W przyszłości spodziewamy się wizyty dr. Menacho w naszym Ośrodku. Planujemy przeprowadzenie szeregu zabiegów. Współpraca ze Szpitalem w La Paz znalazła również odzwierciedlenie w zakończonym właśnie rocznym stażu dra Rolando Sancheza w zakresie elektrofizjologii w tut. Ośrodku. Stypendium na pokrycie kosztów pobytu ufundował Watykan.

*Dr hab. Jacek Białkowski*  
*Dr hab. Małgorzata Szkutnik*

#### Piśmiennictwo.

- 1)Penaloza D, Sime F, Banchemo N, Gambia R, Gruz J Marticorena E. Pulmonary hypertension in healthy man born and living in high altitudes. *Am J Cardiol* 1963,11,150-7
- 2)Sime F, Banchemo N, Penaloza D, Gamboa R, Cruz J, Marticorena.

*Pulmonary hypertension in children born and living at high altitudes. Am J Cardiol* 1963,11,143-9

3)Reeves JT, Grover RF. Pulmonary circulation and hypoxia. Insights by Peruvian scientist into the pathogenesis of human chronic hypoxic pulmonary hypertension. *J Appl Physiol* 2005,98,3849

4)Alzamora-Castro V, Battilana G, Abugattas R, Sialer S. Patent Ductus Arteriosus and high altitude. *Am J Cardiol* 1960,5,761-3

5)Białkowski J, Szkutnik M, Menacho-Delgado R, Palmero- Zilveti E. Nieoperacyjne zamykanie przetrwałych przewodów tętniczych u mieszkańców terenów wysokogórskich. *Postępy w Kardiologii Interwencyjnej* 2007 (w druku)

6)Kirchenko A, Benson LN, Burrows P. Angiographic classification of the isolated, persistently patent ductus arteriosus and implication for percutaneous catheter occlusion. *Am J Cardiol* 1994,74, 836-9

7)Demkow M, Rużilo W, Siudalska H, Kepka C. Transcatheter closure of a 16 mm hypertensive patent ductus arteriosus with Amplatzer VSD Occluder. *Cathet Cardiovasc Interv* 2001,52,359-62

8)Obersztyn A "Ocena wyników nieoperacyjnego zamykania przetrwałego przewodu tętniczego". Praca doktorska Śląska Akademia Medyczna 2006

9)Białkowski J, Bermudez Canete R, Ballerini L, Casado J, Herraiz I, Herranz B I wsp. Przeznaczyniowe zamknięcie przetrwałego przewodu tętniczego u dorosłych. *Kardiologia Pol* 1994,61,474-8



*Pielęgniarki z Oddziału Kardiochirurgii SCCS (d lewej):  
Elżbieta Brajza, Sylwia Gabor, Edyta Czuczvara,  
Iwona Wolanowska (pielęgniarka oddziałowa), Elżbieta Ryńska*



*Pielęgniarka z oddziału Kardiochirurgii— Małgorzata Ciarka*



*Pracownia EKG— stoją (od lewej) Justyna Gustowska, Mirela Rimpel*



*Pracownia  
(siedzi) mgr Marta Szewczyk, (stoją) - Ewa Sztochryn, Jonna Frydrycka*

## Irena Młynarczyk

### Czy serce ma płęć ?



W pewnym sensie tak. U kobiety leży trochę wyżej i bardziej poprzecznie z powodu innego ułożenia przepony. Mniejszy obwód ma ujście przedsionkowo-komorowe, a także ujście tętnicze. Za to zastawka dwudzielna jest odrobinę grubsza a tętnice wieńcowe mają mniejszą średnicę, proporcjonalnie do masy całego serca. W okresie ciąży zwiększa się objętość krwi krążącej o 40-50%, a czynność serca przyspiesza o 10-20 uderzeń na minutę przed porodem. Kobiety także nieco inaczej chorują na serce, a z uwagi na występujące niecharakterystyczne objawy postawienie u nich diagnozy bywa czasem trudniejsze.

Statystyczna kobieta żyje około 10 lat dłużej, przyjmuje więcej leków i częściej odwiedza lekarza. Ta różnica czasowa jest rezultatem ochronnego wpływu estrogenów, które działają korzystnie na profil lipidowy, krzepliwość krwi i śródbłonek



*Kobiety mogą prowadzić normalne życie nawet po transplantacji serca*

naczyń krwionośnych.

Do czasu przekwitania panie są uprzywilejowane; rzadziej zapadają na schorzenia układu krążenia i chorobę niedokrwinną.

Jeszcze do niedawna panowało przeświadczenie, że na niebezpieczeństwo zawału serca narażeni są tylko mężczyźni. Pół wieku temu rzadkością były kobiety z zawałem, które miały mniej niż 40 lat. Obserwowany od dwudziestu lat wzrost zachorowań na serce wciąż się utrzymuje. Szczególnie w krajach uprzemysłowionych daje się zauważyć narastającą liczbę zawałów serca u młodych kobiet.

Gdybyśmy żyli przed Williamem Harveyem, angielskim lekarzem, który w 1628 roku jako pierwszy nazwał serce wypełnio-

ną krwią pompą ssąco-tłoczącą i nie doszukał się w nim niczego więcej – zapewne na karb zniszczenia kobiecych serc złożylibyśmy nadmierną skłonność do wzruszeń i przeżywania miłości.

Kobiecemu sercu poświęcony był ubiegłoroczny kongres Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Sztokholmie. Przedstawione na nim wyniki potwierdziły konieczność poszerzenia wiedzy i świadomości w zakresie sytuacji zdrowotnej kobiet. Przytoczone przez ETK dane wskazują, że z powodu powikłań sercowo-naczyniowych umiera aż 55% mieszkanki Europy i „tylko” 43% mężczyzn. Na tak wysoką śmiertelność niewątpliwym wpływ ma zmiana trybu życia.

Różnice w środowisku społecznym, relacjach w rodzinie, przesadne poczucie sprostania wielu obowiązków, jak również nadmierne obciążenie pracą, u co drugiej kobiety prowadzą, do śmierci z powodu choroby serca lub udaru mózgu.

O wielu różnicach w funkcjonowaniu i leczeniu kobiet decydują żeńskie hormony, głównie estrogeny. Cząsteczki tych hormonów są obecne w ścianach naczyń krwionośnych – uwalniają tlenek azotu, który razem z prostacykliną, hamuje zlepianie się płytek krwi i zapobiega tworzeniu się zakrzepów. Estrogeny przyspieszają metabolizm lipidów obniżając poziom tłuszczów budujących blaszki miażdżycowe, zmniejszają cholesterol całkowity a podwyższają frakcję HDL korzystną dla organizmu.

W okresie menopauzalnym, kiedy poziom estrogenów się obniża, następuje gwałtowny wzrost choroby niedokrwiennej, a zapadalność na zawał serca w stosunku do mężczyzn wyrównuje się.

Wiedza jest siłą, dzięki której możemy chronić swoje zdrowie, orężem- znajomość czynników ryzyka ułatwiająca walkę ze złymi nawykami.

#### 1. Palenie

Niepokojący jest fakt sięgania po papierosy kobiet w coraz młodszym wieku. Palą kobiety w dużych miastach, ze średnim lub wyższym wykształceniem. Liczba kobiet palących zwiększa się wraz z rosnącym statusem zawodowym. Jedynie w przypadku wysokich stanowisk kierowniczych częstotliwość palenia spada. Ma na to wpływ świadomość konsekwencji zdrowotnych w odniesieniu do kariery zawodowej. Kobiety palą tym częściej, im silniej odczuwają obciążenie spowodowane pracą zawodową lub presją ze strony rodziny. Psychiczne i społeczno-emocjonalne czynniki stresu prowadzą do zwiększonego wydzielania adrenaliny, noradrenaliny i kortyzonu wzmacniając tym samym czynniki ryzyka. W efekcie palenia wzrasta podatność na tworzenie się skrzepów, zwiększa się poziom fibrynogenu, przez co krew staje się bardziej gęsta, dochodzi do redukcji cholesterolu HDL chroniącego naczynia, zwiększa się tkanka tłuszczowa w okolicy talii i pogarsza przemiana cukrowa.

Przeprowadzone badania dowodzą, że mężczyźni częściej rzucają palenie niż kobiety.

Ryzyko zawału serca zwiększa się już u palących kilka papie-

rosów dziennie. U zagorzałych, długoletnich palaczy występuje o 20 lat wcześniej. U kobiet palących powyżej 25 papierosów dziennie możliwość zawału serca wzrasta 10. krotnie.

## 2. Antykoncepcja

Palenie w połączeniu z antykoncepcją hormonalną nie może być traktowane osobno.

Syntetyczne estrogeny przyspieszają miażdżycę naczyń, ponieważ zakłócają metabolizm, zmniejszają tolerancję glukozy, podwyższają ciśnienie krwi i sprzyjają nadmiernej krzepliwości. Są szczególnie niebezpieczne dla palących kobiet po 35. roku życia

## 3. Otyłość

Aż o 60-75% zwiększa niebezpieczeństwo choroby niedokrwiennej i wpływa na skrócenie długości życia. Nadmierne kilogramy gromadzimy systematycznie w ciągu dni, tygodni, lat. Przyjmujemy więcej energii niż jesteśmy w stanie spożytkować. Rzadko pamiętamy, że ludzie starsi potrzebują znacznie mniej kalorii niż młodzi, kobiety nieco mniej niż mężczyźni, małow ruchliwi mniej niż aktywni. Nie bez znaczenia są również wrażenia natury estetycznej powodujące u kobiet otyłych obniżoną samoocenę.

Zgodnie z najnowszymi badaniami naukowymi wskaźnik masy ciała (BMI) wyjątkowo dobrze określa zagrożenie nadwagą. Wskaźnik ten oblicza się dzieląc masę ciała w kilogramach przez wzrost w metrach i ponownie przez wzrost w metrach np.

$75 \text{ kg} : 1.68 \text{ m} : 1.68 \text{ m} = \text{BMI } 26.5$  Przy wartości BMI 25 pojawia się czynnik zagrożenia. Osoby z nadwagą powinny dążyć do osiągnięcia BMI między 18.5 a 24.9  $\text{kg}/\text{m}^2 = 110\%$  normalnej masy ciała.

Otyli cierpią również na nadciśnienie, cukrzycę i zaburzenia metabolizmu tłuszczowego. Kumulację tych schorzeń określa się mianem „zespołu metabolicznego”. Nadwaga oddziałuje również negatywnie na kości, więzadła, poziom hormonów i seksualność człowieka. Towarzystwo ds. Odżywiania dopuszcza wskaźnik BMI 24-29 u kobiet starszych, u młodych za prawidłowy przyjmuje się BMI 19- 24.

Aby zauważalnie stracić na wadze, konieczne jest przynajmniej 20 minut ruchu dziennie. Kto spaceruje przez godzinę, traci ok. 180 kcal, godzinna jazda na rowerze pomaga spalić 210 kcal. Towarzyszyć temu musi redukcja spożywanych kalorii.

Wrogiem numer 1 walczących z nadwagą jest alkohol, który wyjątkowo szybko przekształca się w organizmie w tłuszcz.

## 4. Cukrzyca

Coraz więcej ludzi choruje na cukrzycę. Poza przyczynami o podłożu hormonalnym lub genetycznym jako główną przyczynę podaje się nadwagę i zbyt małą ilość ruchu. Dużo częściej cukrzyca dotyka kobiet niż mężczyzn. Ulepszone strategie leczenia insuliną, nowe odkrycia i leki dają diabetykom szan-

se prowadzenia aktywnego, w dużej mierze wolnego od dolegliwości, normalnego życia. Jeżeli cukrzyca nie zostanie rozpoznana lub leczona, pojawić się mogą powikłania w pracy nerek, zmiany dna oka prowadzące do ślepoty, jak również uszkodzenie zakończeń nerwowych tzw. neuropatia cukrzycowa.

## 5. Przeciążenie pracą, stres

Stres wydaje się być wiodącym syndromem naszej epoki, jest wszechobecny.

Szybsze tempo życia, presja osiągnięć i niepewność egzystencjalna wciąż wzbudzają niepokój psychiczny i zdenerwowanie. Stres jest przyczyną życia twierdził Hans Selye -twórca badań nad stresem, ale to co dla jednej osoby jest ożywiającym napięciem, u drugiej może doprowadzić do choroby. Codzienne obciążenia w pracy, życiu rodzinnym i w czasie wolnym mają podobne znaczenie, jak krytyczne wydarzenia życiowe np. utrata pracy lub rozstanie z partnerem. Kobiety z reguły są bardziej podatne na zdenerwowanie i znacznie intensywniej odczuwają stres. Nie jesteśmy w stanie się skoncentrować, uciekamy od rzeczywistości, stajemy się agresywne, niepewne, niezadowolone, skłonne do depresji. Ciągłe napięcie prowadzi do nieprawidłowej postawy, bólów pleców czy głowy. Pojawiają się dolegliwości psychosomatyczne: zaburzenia snu, rytmu serca, nadciśnienie. Stresem może być niski status społeczny, niski poziom wykształcenia, niskie dochody w rodzinie. Ważną strategią antystresową dla kobiet może okazać się umiejętność mówienia „nie”. My częściej niż mężczyźni skłonne jesteśmy brać na siebie zbyt wiele zobowiązań. Badania przeprowadzone w Szwecji udowodniły, że problemy domowe i rodzinne są w przypadku kobiet między 60. a 65. rokiem życia ważniejszym czynnikiem ryzyka choroby wieńcowej niż stres w pracy.

## 6. Podwyższony poziom cholesterolu

Występuje u około 40% kobiet powyżej 55. roku życia. Udowodniono, że istotniejszym zagrożeniem jest dla kobiet niski poziom cholesterolu HDL ( $< 45 \text{ mg}/\text{dl}$ ), a nie jak to jest u mężczyzn, wysoki poziom frakcji LDL.

## 7. Wysokie ciśnienie tętnicze krwi

Po 65. roku życia występuje aż u 75% kobiet. Umiarkowane i ciężkie nadciśnienie (160-180 / 100-110 mmHg) wymaga systematycznej kontroli 1-2 razy dziennie. Zbyt wysokie ciśnienie podobnie jak podwyższony poziom cholesterolu i kwasu moczowego jest czynnikiem zagrażającym zawałem serca czy udarem mózgu.

## 8. Obciążenia rodzinne

(na które nie mamy wpływu) – za takie przyjmuje się występowanie zawału serca i udaru mózgu u mężczyzn przed 50 rokiem życia i u kobiet przed 60 rokiem życia (dotyczy dziadków, rodziców, rodzeństwa).

Bóle w klatce piersiowej występują częściej u kobiet niż u mężczyzn, ale zawał jako pierwszy objaw choroby niedokrwiennej - rzadziej. Bywają to zwykle bóle nietypowe raczej

nie związane z istotnymi zmianami w tętnicach nasierdziejowych. Kobiety w podeszłym wieku cierpią bardzo często na silną osteoporozę i trudno z całą pewnością stwierdzić, czy występujący przy tym ból w klatce piersiowej pochodzi od serca czy kręgosłupa. Częściej też spoczynkowe, nocne dolegliwości ze strony serca łączą się z emocjami. Kobiety z występującą dławicą to zwykle panie, które miewają bóle serca w czasie wysiłku, ale współistnieje z nimi nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca.

#### Badania dodatkowe

Elektrokardiograficzna próba wysiłkowa u kobiet ma nieco mniejszą wartość diagnostyczną. Ilość prawidłowych rozpoznawanych zaburzeń dopływu krwi oraz jej wiarygodność jest mniejsza niż u mężczyzn. Wpływ hormonów, ale nierzadko również brak wytrenowania i duża częstotliwość uderzeń serca są za to odpowiedzialne



Aktywność fizyczna po operacji serca pomaga w powrocie do normalnego życia

Analiza częstości wykonywanych badań inwazyjnych: koronarografii, czy zabiegów rewaskularyzacyjnych ujawniła, że u kobiet wykonuje się je istotnie rzadziej uznając zgłaszane dolegliwości jako objawy innych schorzeń.

Skurcze naczyń wieńcowych zdarzają się częściej u kobiet. Bóle pojawiają się w spoczynku, w nocy lub nad ranem, wyzwała je emocja, rzadziej wysiłek fizyczny. Uważa się, że starszy wiek, samotność, bieda i współistnienie innych schorzeń czyni u kobiet zawał bardziej niebezpieczny.

Po zawale kobiety szybciej niż mężczyźni odzyskują poziom aktywności fizycznej, przede wszystkim z powodu powrotu do zajęć domowych na wczesnym etapie rekonwalescencji.

Korzyści wynikające z regularnego stosowania wysiłku fizycznego uwidaczniają się wyraźnie w okresie pomenopauzalnym. Dotyczą one zarówno sfery fizycznej jak i emocjonalnej kobiet. Szybko stają się aktywne, ale mniej solidnie i wytrwale uczestniczą w zajęciach rehabilitacyjnych. Częściej także popadają w depresję.

U kobiet starszych, zwłaszcza z osteoporozą, ćwiczenia należy dobierać ostrożnie. Musi je poprzedzać rozgrzewka i powinny przebiegać z umiarkowaną intensywnością. W warunkach

domowych korzystnie jest stosować krótkie ćwiczenia 2-3 razy dziennie.

Zespół X występuje głównie u pań w 5. dekadzie życia i objawia się typowymi bólami wieńcowymi, choć w naczyniach nie stwierdza się zwężeń. Przypuszcza się, że u podłoża tej choroby leży otyłość, wysoki poziom cholesterolu, trójglicerydów, kwasu moczowego i zaburzenia metabolizmu glukozy. Pojawiające się bóle w klatce piersiowej, nie zawsze są związane z wysiłkiem, czasem występują w nocy i trwają 15-30 minut.

Dostrzeżono, że osoby cierpiące na ten zespół mają obniżoną rezerwę wieńcową, czyli zdolność do zwiększenia przepływu wieńcowego w czasie wysiłku. Nie ma pewności, czy objawy zespołu X są związane z niedokrwieniem serca, potwierdzono natomiast, że kobiety z tymi dolegliwościami miewają zaburzoną percepcję bólu. Na szczęście rokowania u tych chorych nie są złe, cierpią jednak i to niekiedy bardzo dotkliwie., co zmusza je do pójścia do szpitala i przerwania pracy.

Odmienności w przebiegu choroby wieńcowej u kobiet:

- Zasadnicza różnica polega na pojawieniu się pierwszych dolegliwości, z reguły 10 lat później niż u mężczyzn, i jest efektem ochronnego wpływu estrogenów.
- Okres życia mężczyzn jest krótszy o ok. 7-10 lat, dlatego choroba niedokrwienna u kobiet powyżej 80 roku życia występuje częściej.
- U kobiet dolegliwości bólowe występują przez wiele lat podczas gdy u mężczyzn zawał jest pierwszym objawem choroby.
- Częściej niż u mężczyzn występują nietypowe bóle w klatce piersiowej o charakterze kłującym, przeszywającym, trwające od kilku godzin do kilku dni. Nie zawsze jednak są to bóle związane z chorobą wieńcową wymagające podejmowania szerszej diagnostyki kardiologicznej.
- Istotniejszym zagrożeniem jest niski poziom cholesterolu HDL (<45mg/dl), a nie jak to jest u mężczyzn wysoki poziom LDL.
- Echokardiograficzna próba obciążeniowa i scyntygrafia wysiłkowa są bardziej miarodajne.

Płeć człowieka zakodowana jest w materiale genetycznym chromosomach X i Y. Odmienność kobiet i mężczyzn jest sprawą oczywistą, widoczną od momentu dojrzewania.

Różni się nie tylko budową, kształtem sylwetki, ale także psychiką i przypisaną nam rolą w społeczeństwie.

Kiedy zapytano dr Halhuber, kardiologa, w jakich warunkach kobieta mogłaby utrzymać ryzyko chorób serca na możliwie niskim poziomie, ta odpowiedziała z przymrużeniem oka: "Powinna być szczupła i rozsądnie się odżywiać. Powinna być wysportowana, nie palić papierosów i mieć zawód, w którym zyska uznanie, będzie ceniona przez swego szefa i kochana przez swego partnera". Tego, już bez przymrużenia oka, życzył wszystkim paniom.

Irena Młynarczyk

**Anna Bednarczyk**  
Kierownik Działu Spraw Pracowniczych  
Śląskiego Centrum Chorób Serca



Co nowego  
w prawie pracy?



## Z dziećmi - 2 tygodnie dłużej

Dla pracownic będących matkami urlopy macierzyńskie i okres pobierania zasiłku macierzyńskiego wydłużył się o dwa tygodnie.

Dnia 19 grudnia 2006 r. Weszła w życie nowelizacja kodeksu pracy wydłużająca o dwa tygodnie urlopy macierzyńskie.

Zatem matce przysługuje:

- 18 tygodni przy pierwszym porodzie,
- 20 tygodni przy każdym następnym porodzie,
- 28 tygodni w razie urodzenia więcej niż jednego dziecka.

Także pracownicy, która wychowuje dziecko przysposobione lub która przyjęła dziecko na wychowanie (poza rodziną za-

stępczą pełniącą zadania pogotowia rodzinnego) należy się urlop macierzyński w wymiarze 20 tygodni również przy pierwszym porodzie.

Nie zmieniła się zasada podziału urlopu macierzyńskiego między matkę i ojca dziecka. Nadal oboje będą mogli korzystać z tego przywileju, a reguluje to art. 180 § 5 kodeksu pracy.

Zgodnie z nim pracownica, która wykorzystwała po porodzie co najmniej 14 tygodni urlopu macierzyńskiego, ma prawo zrezygnować z pozostałej jego części.

W takim przypadku niewykorzystaną część urlopu macierzyńskiego udziela się ojcu wychowującemu dziecko —na jego pisemny wniosek.

W ślad za wydłużonymi urlopami macierzyńskimi przedłużony został okres pobierania zasiłku macierzyńskiego. Przysługuje on przez cały czas urlopu macierzyńskiego.

### Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 16 listopada 2006 r o zmianie ustawy—Kodeks pracy oraz ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. Nr 221, poz.1615)

## Zabrze -

(ze zbiorów Eugeniusza Wróbla)

### Między diecezjami

W 1202 roku papież Innocenty III zatwierdził przebieg granicy pomiędzy biskupstwem wrocławskim a krakowskim z podaniem spisu miejscowości przynależnych do wspomnianych diecezji. Biskup Rzymu zagroził klątwą każdemu, kto by chciał się sprzeciwić woli związanej z podziałem.

Poprowadzona ówczesnie granica przecinała obszar dzisiejszego miasta Zabrze i znacznym odcinkiem biegła środkiem Potoku Rokitnickiego. Następnie po opuszczeniu nurtu rzeki, niedaleko za Mikulczycami, na południe od ówczesnej wioski, granica kierowała się w kierunku południowo wschodnim, w stronę pobliskich Paniów.

Po krakowskiej stronie pozostawały tereny dzisiejszych dzielnic miasta: Mikulczyce, Biskupice, Zaborze. Do diecezji wrocławskiej przynależały: Grzybowice, Zabrze i Makoszowy. Te ostatnie przynależały do parafii w Przyszowicach.

W większości - miejscowości, które podległy były jurysdykcji biskupów krakowskich, wchodziły w skład księstwa bytomskiego. Zaś te podległe diecezji wrocławskiej (z wyjątkiem Makoszwów) wchodziły w skład ziemi toszecko-gliwickiej.

Swoistym ewenementem była Rokitnica— rozdzielona Potokiem Rokitnickim, przepływającym środkiem osady. Lewo-brzeżna część, w której znajdował się stożkowy gródek obronny, przynależała do parafii w Miechowicach, a tym samym do księstwa bytomskiego i biskupstwa krakowskiego. Natomiast Rokitnica prawobrzeżna należała do parafii w Wieszowie, do biskupstwa wrocławskiego i ziemi toszeckiej.

Ustalona wówczas granica pomiędzy biskupstwami, przechodząca przez obszar dzisiejszego Zabrza, obowiązywał aż do roku 1821.

### Kościół pw. św. Kamila

Kościół pw. św Kamila w Zabrzu prowadzony jest przez ojców kamilianów. Zaprojektowany został przez Henryka Gerlaha, inżyniera z Gliwic w roku 1927— rok po sprowadzeniu zakonu do Zabrza.

Kościół został poświęcony 7 października 1928 roku przez kardynała Adolfa Bertrama, biskupa wrocławskiego.. Początkowo miał to być kościół tymczasowy i tak też był nazywany. Przewidywano, że właściwa świątynia powstanie na placu Traugutta— według projekty Dominikusa Böhma. Do realizacji tych planów nigdy jednak nie doszło.

(na podst. art. Moniki Fołtyn)



# ŚWIATOWY DZIEŃ SERCA w ŚLĄSKIM CENTRUM CHORÓB

Health Promoting Hospitals  
**SERCA**

Zespół ds. promocji zdrowia przy Śląskim Centrum Chorób Serca

Jednym z obszarów działania Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu wynikającym z misji szpitala jest promowanie zdrowia, nie tylko wśród pacjentów, ale też ich rodzin oraz mieszkańców Zabrze i okolic. Ponadto do tego typu działań motywuje okoliczność włączenia Śląskiego Centrum Chorób Serca do Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie.

Akcje edukacyjne i promujące zdrowie wpisały się już w tradycję placówki, ponieważ w tym roku było to XV spotkanie. Okazją ku temu był Światowy Dzień Serca pod hasłem: „Jak młode jest twoje serce”, który obchodziliśmy **24 września 2006 roku**. Udział wzięło 520 osób.

Zgłaszający się uczestniczyli w takich badaniach profilaktycznych jak: pomiar poziomu cholesterolu całkowitego i glikemii we krwi włośniczkowej, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, ocenę BMI, pomiar tkanki tłuszczowej, pomiar pojemności płuc i wykonanie zapisu krzywej ekg.

Uczestnicy motywowani byli do prowadzenia zdrowego stylu życia poprzez prelekcje edukacyjne kierowane do ogółu zgromadzonych na tematy: *Palenie tytoniu szkodzi Twojemu sercu, Przez żołądek do serca, Cukrzyca-czynnik ry-*



Profesor Marian Zembala otwiera spotkanie w towarzystwie organizatorek. Z prawej dr Gabriela Mercik, w środku mgr Bożena Krymska

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu - Szpital Promujący Zdrowie  
Jesteśmy. Aby ratować, leczyć, dawać nadzieję...

## Światowy Dzień Serca - 24 IX

XV Biała Niedziela przy Śląskim Centrum Chorób Serca

**Śląskie Centrum Chorób Serca**  
Zabrze, ul. Szpitalna 2  
Zapraszamy od godziny 9:00 do 13:00

**Bezpłatne badania:**

- Badanie poziomu cholesterolu (na czczo)
- Pomiar cukru we krwi (na czczo)
- Pomiar ciśnienia tętniczego
- Pomiar tkanki tłuszczowej
- Badanie pojemności ciała
- Badanie EKG
- Obliczanie prawidłowego wskaźnika masy ciała BMI
- Badanie szerokości tętna w powrocie wydechu (wzrost i płci)
- Spirometria (zabójczy porażenie lewej)

**Bezpłatne konsultacje:**

- Kardiologia
- Dietetyka
- Rehabilitacja
- Psychologia

**Szkolenie z pierwszej pomocy • Pokazy ćwiczeń fizycznych • Zajęcia dla dzieci**  
Pokazy kuchni dietetycznej z degustacją • Występy artystyczne

*Alkohol – czy zawsze krzepi Twoje serce.*

Indywidualnie zaś mogli skorzystać z porad lekarzy i innych specjalistów psychologia, dietetyka, rehabilitantów, pielęgniarki. Zmotywowani do zmiany stylu życia mogli swoje decyzje uroczycie zapisać w Księgach deklaracji „*Rzucam palenie*”, „*Rzucam kilogramy*”. Obecni mogli również zapoznać się ze sposobem oceny zapisu ekg przez telefon.

W dniu tym Śląskie Centrum Chorób Serca odwiedziła także młodzież licealna, do której były kierowane ćwiczenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Akcją obchodów Światowego Dnia Serca wspierały pokazy zdrowej kuchni połączonej z degustacją.



Instrukcji udziela sanitariusz Rafał Księżyk

*zyka chorób serca, Cholesterol i jego znaczenie dla serca, Nadciśnienie tętnicze – cichy zabójca, Ruch – eliksir młodości serca,*

Oczekiwanie na badania uprzyjemniały występy zespołów artystycznych, ludzi estrady, pokazy gimnastyki i aerobiku. A wszystko to odbywało w miłej, przyjaznej atmosferze i aurze pięknej polskiej złotej jesieni.

Wiek badanych	Nadciśnienie łagodne (n=103)	Nadciśnienie umiarkowane (n=61)	Nadciśnienie ciężkie (n=34)
do 18	9	1	0
19-30	10	0	1
31-40	6	1	0
41-50	17	11	3
51-60	27	16	12
61-70	24	13	14
<70	10	19	4

Tabela 1 - Liczba osób z nadciśnieniem tętniczym w poszczególnych przedziałach wiekowych

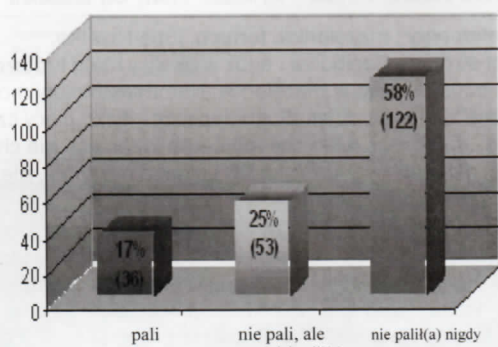


Z okazji postanowilo skorzysta wielu mieszkancow Zabrze



Wykres 2

### Palenie tytoniu (211 badanych)



Wykres 1

### Czy badany choruje na cukrzycę? (400 badanych)



W wyniku akcji przebadano populację 520 osób z czego większość 64% stanowiły kobiety. Prawie połowa 45% to pacjenci w przedziale wiekowym 51-70 lat i emeryci 40%. 14% przebadanych to uczniowie szkół licealnych.

U 339 osób oznaczono poziom cholesterolu całkowitego, z czego 215 (55%) przebadanych miało poziom cholesterolu całkowitego powyżej zalecanej normy (43% badanych w przedziale 5,0 – 6,5 mmol/l i 12% w przedziale >6,5 mmol/l).

Poziom glukozy zbadano u 400 ankietowanych, wynik prawidłowy tj. poniżej 5,6mmol/l uzyskano u 308 osób 77%. 376 (94%) przebadanych deklarowało, że nie choruje na cukrzycę, z tego 22 osoby (6%) miało podwyższony poziom glukozy i nie było nigdy konsultowanych przez lekarza.

Oznaczeniu wskaźnika BMI poddało się 205 osób. 79 osób (39%) miała nadwagę, a 23 osoby (10%) otyłość.

211 osób uczestniczących w badaniach zapytano o palenie tytoniu. Wśród 36 palących (17%) najwięcej, bo 11 osób było w przedziale wiekowym 51-60 lat.

Wśród młodzieży licealnej, to jest do 18 roku życia do palenia papierosów przyznała się 1 osoba.

Przebadano populację 351 osób pod kątem wartości ciśnienia tętniczego krwi. Wartości prawidłowe to jest 140/90mmHg miało tylko 153 osoby (44%). Wartości na poziomie nadciśnienia umiarkowanego i ciężkiego miało aż 95 osób tj. 27%.

Na uwagę zasługuje fakt, iż w przedziale nadciśnienia łagodnego było aż 9 osób z przedziału wiekowego do 18 lat i 10 osób od 19-30 lat.

#### Wnioski:

- Akcje promujące zdrowie cieszą się szerokim zainteresowaniem społeczeństwa, a tym samym utwierdzają organizatorów o konieczności ich przeprowadzania.
- Światowy Dzień Serca uświadomił wielu badanym zagrożenie wystąpieniem miażdżycy, cukrzycy, nadciśnienia i konieczność wizyty u lekarza.
- Wydarzenie to zmotywowało wielu uczestników do prowadzenia zdrowego stylu życia, czego odzwierciedleniem były składane deklaracje.



### Trzy pokolenia Ślązaków

(zdjęcia powyżej) z prawej— Pani Gacka z mężem, w środku— Jej rodzice, z lewej -Jej dziadkowie

Pani Teresa Gacka z Raciborza wzięła udział w konkursie organizowanym przez Polskie Radio Katowice, gdzie w finale zajęła 4 miejsce (jako najlepsza z uczestniczących w tym roku kobiet). Wygłosiła śląską gwarą 5-minutowy monolog, w którym wspominała dawne czasy. Pamięta jak to było jeszcze 50 lat temu, kiedy na ulicach widziało się kobiety w regionalnych strojach. „Dzisiaj młodzi w ogóle się tym nie interesują - jak umrę to nawet nie wiem, czy któraś synowa chociaż zachowa go na pamiątkę” - mówi ze smutkiem.

W każdej chałupie— w tych starych domach— to jeszcze godają po śląsku. „My w domu tylko po śląsku godamy „Ten strój ma już ponad 100 lat” - dodaje . „Moja starka brała w nim ślub. Ona strasznie pielęgnowała śląskie stroje. Kiedyś —jeszcze po wojnie— wszyscy tak chodzili. A teraz tylko jedna co ma ponad 80 lat, przychodzi tak do kościoła”. Gospodyni pokazuje strój i tłumaczy jak się nazywają poszczególne

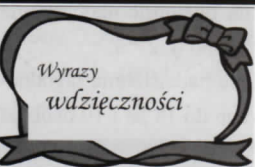
gólne elementy : mazelonka, fortuch, jupa i szatka.

„To jest strój zza Raciborza , a już w okolicy mają krótsze fartuchy i mniej fałdów w mazelonce. Natomiast kolory mogą być różne”. Zdrowie dzięki Bogu dopisuje— tylko plecy czasami bolą. „Ja zawsze lubię coś robić— po lekarzach nie chodzimy. Mój dziadek żył 94, ciotka 90 Lekarza nie znała, nie miała siwych włosów aż do śmierci.”

Ma dwóch synów, z których jeden mieszka z żoną i córką w Niemczech a drugi na miejscu— w Raciborzu. Dzięki temu ma stały kontakt z wnukiem, bo z wnuczką widuje się rzadko.

„Tu w każdej chałupie jest ktoś na robotach albo w Niemczech albo w Holandii”. Ale Racibórz przegrał konkurencję z Rybnikiem, który coraz bardziej się rozwija i ściąga zakłady pracy”.

Wizyta w Śląskim Centrum Chorób Serca i zwiedzenie szpitala była nagrodą za zajęcie czwartego miejsca w konkursie



Wyrazy  
wdzięczności

Chciałabym złożyć serdeczne podziękowanie całemu zespołowi lekarskiemu i pielęgniarskiemu Szpitala za niezwykle ludzkie potraktowanie mojego męża, który w ciężkim stanie został przyjęty na Wasz Oddział. Szybkie i sprawne wykonanie niezwykle ciężkiej operacji uratowało mu życie.

Moja dozgonna wdzięczność skierowana jest przede wszystkim do dra Ryfińskiego, który jako jedyny ofiarne i niezwykle skutecznie wykonał ten trudny i bardzo ryzykowny zabieg.

Dziękuję również bardzo Panu doktorowi za ogromne wsparcie psychiczne, którego szczególnie potrzebowałam w tych bardzo trudnych dla mnie chwilach.

Z wyrazami głębokiego szacunku i wdzięczności  
Stanisława Czujkowska – Bytom

Prof. dr hab. n. med. M.Zembala

#### Podziękowanie

W dniu 29.07.2006 została przeprowadzona operacja z której jestem niezmiernie zadowolony i w związku z tym pragnę na Pana ręce złożyć najserdeczniejsze podziękowania całemu zespołowi lekarskiemu łącznie z pielęgniarkami i osobami, które miały bezpośredni wpływ na wynik końcowy mojego stanu zdrowia i pobytu w Waszej Klinice.

Pragnę zaznaczyć, że bardzo mile jestem zaskoczony panującą atmosferą w Waszej Klinice, podczas mojego pobytu byłem otaczany staranną, serdeczną opieką z pełnym zrozumieniem mnie i mojego stanu zdrowia personelu medycznego, który wnikliwie mnie informował o moim stanie zdrowia i dalszym leczeniu.

Dziękuję serdecznie z całego serca za przeprowadzoną operację, która mi pozwoliła na dalsze wykonywanie czynności zawodowych...

Z wyrazami szacunku dla całego zespołu

Roman Kulik





*Stanisław Kardynał Dziwisz*  
Arceybiskup Metropolita Krakowski

Kraków, 16 września 2006 r.

Szanowny Panie Dyrektorze,

Dziękuję za list informujący o uroczystym spotkaniu dawców i biorców narządów, w dniu 28 września 2006 roku, po zakończeniu Rajdu Rowerowego „Serce dla serca” w klasztorze na Jasnej Górze, gdzie zostanie także odprawiona przez Ks. Arcybiskupa Stanisława Nowaka Msza św. w ich intencji.

Będę się duchowo łączył w modlitwach o potrzebne dla nich łaski.  
Serdecznie pozdrawiam

*Stanisław Kardynał Dziwisz*  
Stanisław Kardynał Dziwisz

Szanowny Pan Dyrektor  
Prof. dr hab. n.med. Marian Zembala  
Śląskie Centrum Chorób Serca  
ul. Szpitalna 2  
41-800 Zabrze

Pan  
Prof. dr hab. n. med. Marian Zembala  
Dyrektor  
Śląskiego Centrum Chorób Serca  
W Zabrzu

Szanowny Panie Profesorze

Uprzejmie dziękuję za zaproszenie na spotkanie zorganizowane na zakończenie Rajdu Rowerowego „Serce dla serca” oraz na Mszę Świętą odprawianą w intencji pacjentów po transplantacji, dawców i ich rodzin, które to uroczystości odbędą się w klasztorze na Jasnej Górze.

Jest mi niezmiernie przykro, że powodu wcześniej zaplanowanego spotkania służbowego nie mogę wziąć udziału w uroczystościach.

Jestem pełen podziwu dla uczestników Rajdu Rowerowego „Serce dla Serca”, którzy mimo ograniczeń zdrowotnych postanowili w ten szczególnie sposób złożyć podziękowanie dawcom i ich bliskim za podjęcie decyzji ratującej życie potrzebującym.

Przesyłam serdeczne pozdrowienia uczestnikom uroczystości.  
Życzę Państwu miłego spotkania.

Z wyrazami szacunku

*Zbigniew Rafaj*  
Zbigniew Rafaj



Zbiorowe zdjęcie w czasie postoju (1 dzień)



Przygotowania do startu



Uczestnicy rajdu na trasie

Stowarzyszenie Transplantacji Serca  
Organizacja Pożytku Publicznego  
04-645 Warszawa ul Niemodlińska 33

**Sekretariat —Zabrze ul. Szpitalna 2**

Konto: BPH

**23 1060 0076 0000 3200 0099 4550**

**Przekaż nam**



**swojego podatku**

**Każdy grosz przekazany na nasze konto będzie wydany na potrzeby SCCS lub pomoc dla osób po transplantacji serca, zakup leków, rehabilitację, dojazd do szpitala itp.**

**Jak to zrobić !**

1. Oblicz podatek należny za rok 2005 i od tej kwoty wylicz 1 %
2. Wyślij na konto Stowarzyszenia Transplantacji Serca (przelewem lub przekazem pocztowym) wpłatę w wysokości obliczonego 1 % podatku za rok 2005.  
Na blankiecie podaj nazwę stowarzyszenia oraz swoje imię i nazwisko a także adres. Blankiet wpłaty zachowaj.
3. Wypełniając PIT 36 lub PIT 37 (za cały rok) i wpisz wyliczoną kwotę (1%) w odpowiedniej rubryce.
4. Jeżeli wpłacasz do Urzędu Skarbowego wyrównanie za ubiegły rok — pomniejsz wpłatę o wyliczony 1 %.
5. Jeżeli nie masz wobec US żadnych zobowiązań, czekaj na zwrot w wysokości dokonanej przez Ciebie wpłaty na konto STS, ale nie więcej niż 1 % podatku.

## **Prawa pacjenta**

Od 1998 roku obowiązuje w Karta Praw Pacjenta, w której Minister Zdrowia zebrał przepisy określające

prawa, jakie przysługują pacjentom w czasie korzystania z usług szeroko pojętej służby zdrowia. Przedstawione poniżej punkty dotyczą kilku zagadnień – wybranych pod kątem warunków pobytu w szpitalu.

**Pacjent ma prawo do:**

- Udzielenia świadczeń zdrowotnych przez lekarza, zgodnie ze **wskazania miami aktualnej wiedzy medycznej**, dostępnymi lekarzowi **metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia** chorób, zgodnie z **zasadami etyki zawodowej** oraz **należytą starannością**,
  - = 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,
  - = **udostępnienia dokumentacji medycznej** lub wskazania innej osoby, której ta dokumentacja może być udostępniona,
  - = **intymności** i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - = wyrażenia zgody albo **odmowy** na uczestnictwo innych osób niż personel medyczny **niezbędny** przy udzielaniu świadczeń,
  - = **nie wyrażenia zgody** na przeprowadzenie przez lekarza badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego,
  - = **wyrażenia zgody lub odmowy** na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych, **po uzyskaniu odpowiedniej informacji**,
  - = **wyrażenia zgody albo odmowy** na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowania **metody leczenia bądź 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.

**Każdy pacjent napotykający w Śląskim Centrum Chorób Serca na problemy związane z pobytem w szpitalu, albo obserwujący w szpitalu fakty i zjawiska negatywne – wymagające zmiany lub poprawy, może zwrócić się o pomoc do rzecznika praw pacjenta – osobiście, telefonicznie lub wykorzystując skrzynkę na listy obok portierni (pod skrzynką pocztową). Po zgłoszeniu telefonicznym (nr. 273-23-20) oraz podaniu nazwy oddziału i numeru pokoju, rzecznik skontaktuje się z Państwem w celu przyjęcie wniosku, skargi lub uwagi – czy nawet tylko opinii o personelu, warunkach pobytu, organizacji badań, lub też stosunku do pacjentów.**



Pacjenci:

z lewej Waldemar Ułamek - po transplantacji serca  
w środku Marian Karczewski - po transplantacji serca  
z prawej Adam Pawlak - po transplantacji płuc

