

SZLACHETNE ZDROWIE

Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca

Nr 15 I 2009



ISSN 1730-1297
Nakład 1500 egz.



śpieszmy się kochać ludzi tak szybko odchodzą
zostaną po nich buty i telefon głuchy
tylko to co nieważne jak krowa się wlecze
najważniejsze tak prędkie że nagle się staje
potem cisza normalna więc całkiem nieznośna
jak czystość urodzona najprościej z rozpazy
kiedy myślimy o kimś zostając bez niego

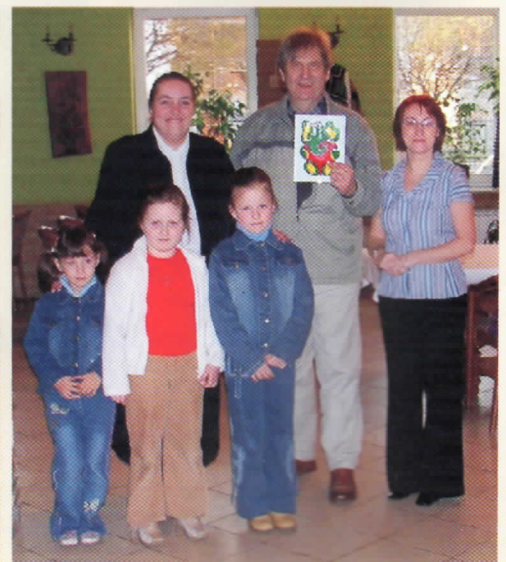


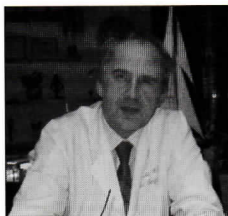
nie bądź pewny że czas masz bo pewność niepewna
zabiera nam wrażliwość tak jak każde szczęście
przychodzi jednocześnie jak patos i humor
jak dwie namiętności wciąż słabsze od jednej
tak szybko stąd odchodzą jak drożdż miłkną w lipcu
jak dźwięk trochę niezgrabny lub jak suchy ukłon
żeby widzieć naprawdę zamykają oczy
choćby większym ryzykiem rodzić się niż umrzeć
kochamy wciąż za mało i stale za późno

nie pisz o tym zbyt często lecz pisz raz na zawsze
a będziesz tak jak delfin łagodny i mocny

śpieszmy się kochać ludzi tak szybko odchodzą
i ci co nie odchodzą nie zawsze powrócą
i nigdy nie wiadomo mówiąc o miłości
czy pierwsza jest ostatnią czy ostatnia pierwszą.

Jan Twardowski





Tadeusz Bujak – zwykły, ale i bardzo niezwykły Człowiek.

Wspomnienie o Przyjacielu.

Profesor dr hab. med.
Marian Zembala
Dyrektor Śląskiego
Centrum Chorób Serca

Właściwie powinienem powiedzieć że znałem Go od zawsze, od chwili kiedy narodziła się zabrzańska transplantologia, ale tak naprawdę to poznanie nastąpiło w 1997 roku, kiedy z powodu nieodwracalnego uszkodzenia serca Tadeusz w wieku 52 lat stał się pacjentem, który otrzymał w Zabrze z moją pomocą nowe zdrowe ludzkie serce.

Szybko poznaliśmy Tadeusza Bujaka, z Jego tysiącem zalet i bardzo nie-licznymi wadami. Wady te okazały się także zaletami, bowiem małomówność, wielki dystans do zdarzeń pozwalała Mu patrzeć na zmieniający się świat i ludzi w wymiarze ludzkim, społecznym, a nawet obyczajowym.

Z wykształcenia utalentowany socjolog, z zamiłowania także psycholog społeczny, z dużą dziennikarską pasją obserwatora, a raczej badacza zdarzeń. Wyjątkowo dokładnie, wręcz analitycznie podchodził do rozwiązywania nowych problemów, niezależnie od tego czego by nie dotyczyły. Szczególną i najbardziej wyróżniającą się zaletą, oprócz rozległej wiedzy, pasji działania, była troska o życie drugiego człowieka. Ten niespotykany altruizm sprawiał, że Tadeusz dostrzegał i rozwiązywał problemy nie swoje, ale przede wszystkim środowiska transplantacyjnego, które z taką dumą, honorem i wielkim zaangażowaniem reprezentował. To dla swoich Koleżanek i Kolegów po transplantacji serca, płuc poświęcił się bez reszty, od kiedy On sam otrzymał nowe przeszczepione serce.

On pierwszy, w latach 1998-1999 zauważył niezadowalającą opiekę nefrologiczną u chorych po transplantacji, dopominając się o jej fachowe wzmocnienie. Ze zdumiewającą odpowiedzialnością i uczciwością reagował, gromiąc Kolegów po transplantacji, kiedy widział u nich nadużywanie alkoholu, tym samym trwonienie podarowanego serca. Wiedział dlaczego Kolega X musi dodatkowo pracować, aby utrzymać dom i dlaczego narasta problem rodzinny u koleżanki D. Rozmawiał, rozmawiał, rozmawiał ... Pomagał, pomagał, pomagał ...

Pomagał stale wszystkim, także i nam – transplantologom – kiedy czarne chmury głupoty i nieodpowiedzialności zatrzęsyły środowiskiem transplantacyjnym w Polsce. On pozostał jak twierdza – niewzruszony i zdolny do wydobywania najcelniejszych argumentów, broniąc transplantacji.

Wielokrotnie towarzyszył mi w spotkaniach z młodzieżą śląskich liceów, aby szerzyć ideę transplantacji. Nigdy nie spotkałem się z Jego odmową, kiedy prosiłem o pomoc, mówiąc że jest potrzebny, aby porozmawiać z chorym pełnym lęku i obaw, czekającym na transplantację. Był pozornie chłodny, ale w jego ciele i duszy była widoczna stale płonąca mocnym strumieniem radość, że transplantologia w Polsce rozwija się, że pacjenci są uratowani, że nie muszą czekać na śmierć.

Opatrzność widząc wszystko co robi dla potrzebujących bliźnich w sposób szczególny czuwała nad nim. Kiedy przed kilku laty w stanie wstrząsu z powodu ostrego zapalenia trzustki wiozłem Tadeusza karetką reanimacyjną po kolejnym zatrzymaniu krążenia myślałem, że już Tadzia nie zdołamy uratować, a jednak wyzdrowiał i po 2 miesiącach ponownie rzucił się w wir pracy społecznej i zawodowej.

Jako wielki autorytet występował w roli rzecznika praw pacjenta w naszym Ośrodku. Bardzo starannie analizował wszelkie uwagi pacjentów kierowane do Niego jako rzecznika. Cieszyły Go liczne listy pochwalne i podziękowania od pacjentów leczonych w Zabrze. Z bardzo wielką determinacją i stanowczością reagował na wszelkie przejawy korupcji, nieliczne na szczęście w naszym zabrzańskim środowisku. Reagował także na wszelkie przejawy lekceważenia chorych wynikające z zawodowej pychy, czasami niezamierzonej.

W 2002 roku stworzył „Szlachetne zdrowie”, kwartalnik naszego Ośrodka, i jako redaktor naczelny rejestrował i skrupulatnie dokumentował w nim wszystko to, co się w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze działo. Widać było jak bardzo wiele miejsca zawsze poświęcał warunkom leczenia chorych, jakości leczenia i jego dostępności. To Jego entuzjazm pomagał nam w trudnym okresie ekonomicznego kryzysu budować odważne wizje rozbudowy Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze. Towarzyszył mi w różnych spotkaniach w kraju, aby wzmocnić moje argumenty, ważne zwłaszcza dla środowiska transplantacyjnego w Polsce.

Po kilkunastu latach bardzo intensywnej pracy, zapominania o odpoczynku, Jego serce także doznało zawalu serca i niestety po 3 kolejnych latach walki i jego ratowania retransplantacja stała się faktem.

Choroba niestety zwyciężyła, pomimo naszej wielkiej troski i pomocy. Nawet wtedy, kiedy brakowało nam nadziei miał „... darowaliście mi tych kilkanaście lat nowego życia. Teraz odchodzę spełniony jako człowiek i jako pacjent, który przed kilkunastoma laty sam otrzymał nowe serce, i który każdego dnia w nowym życiu służył potrzebującym i starał się przekonać innych do wielkiej i słusznej idei transplantacji ...”

Po jednej z takich wieczornych rozmów z Tadeuszem dziennikarzowi „Transplantacji w Polsce będziemy potrzebujący chorzy jak DEKALOGU. Bardzo wiele mojego Przyjaciela Tadeusza Bujaka.



uszem odpowiedziałem wątpięcemu bronić my - transplantolodzy - i nasi w tych słowach zawarty jest myśli

Dzisiaj, tj. 14 czerwca br., kiedy o godzinie 9.00 ników rajdu rowerowego Zabrze-Kraków przywołał rok. Powiedziałem, że do wiecznej pamięci liderzy. Pierwszy to prof. Zbigniew Religa – pionier wspomaganie krążenia w Polsce. Drugi to mgr inż. warszyszenia Transplantacji Serca, tak naprawdę transplantacji i pomocy dla innych potrzebujących nych.

odprowadzałem w Krakowie uczestliśmy ten trudny dla naszej transplan- odeszli niezwykli ludzie, prawdziwi transplantacji serca i mechanicznego Tadeusz Bujak, wieloletni prezes Stoc- człówek instytucja, zakochany w nowego narządu lub nim obdarowa-

Dzisiaj kłaniamy się Wam do ziemi kochani, będą w naszym Zabrzu, ale i w Polsce kontynu- proszę na nas i na to co robimy dla potrzebuja- nowe, lepsze rozwiązania. Liczymy na Was!

duc przekonany, że Wasze dzieła owane i rozwijane. Dlatego patrzcie cych chorych i podpowiadajcie nam

W imieniu społeczności Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu,
Marian Zembala



Jedna z pasji Tadeusza była fotografia



SZLACHETNE ZDROWIE

KWARTALNIK ŚLĄSKIEGO CENTRUM CHORÓB SERCA

Nr 15
czerwiec
2009

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

Jan Kochanowski



20 lat Pracowni Mikrobiologii!

W pierwszych dniach czerwca 1988 r. w ŚCCS rozpoczęła działalność Pracownia Mikrobiologii. Początkowo badanych było około 5 000 materiałów rocznie, a w ostatnich latach liczba ta wzrosła dwu-, a nawet trzykrotnie (liczba procedur mieści się w granicach 50 000 – 70 000).

W ciągu 20 lat w pracowni pracowały łącznie 22 osoby (zatrudnione na czas nieokreślony lub określony – same kobiety). Jedna osoba przeszła na emeryturę, kilka pracownic było zatrudnionych tylko na czas określony, niektóre nie wytrzymały tempa pracy, bardzo trudnych warunków lokality oraz dużych wymagań i zmieniły miejsce zatrudnienia, a cztery osoby wyjechały za granicę. Dwóch diagnostów zrobiło specjalizację I stopnia, a kierownik pracowni II stopnia z mikrobiologii klinicznej. Zaczynałyśmy w zespole pięcio-

(ISO) - International Organization for Standardization

SYSTEM ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO – NORMA ISO 14001

Celem norm serii ISO 14001 jest pomoc organizacjom, niezależnie od charakteru, wielkości i rodzaju, w zarządzaniu wpływem ich działań, wyrobów i usług na środowisko. Wymagania zawarte w normie ISO 14001 określa, jakie wymagania muszą być spełnione, nie określa, w jaki sposób należy to zrobić. Sposób spełnienia wymagań jest dowolny, indywidualny, dostosowany do organizacji wdrażającej system a osiągnięte wyniki zarządzania środowiskowego uzależnione od możliwości organizacji. Spełnienie wymagań zawartych w ISO 14001 niesie ze sobą zawsze zmniejszenie uciążliwości dla środowiska.

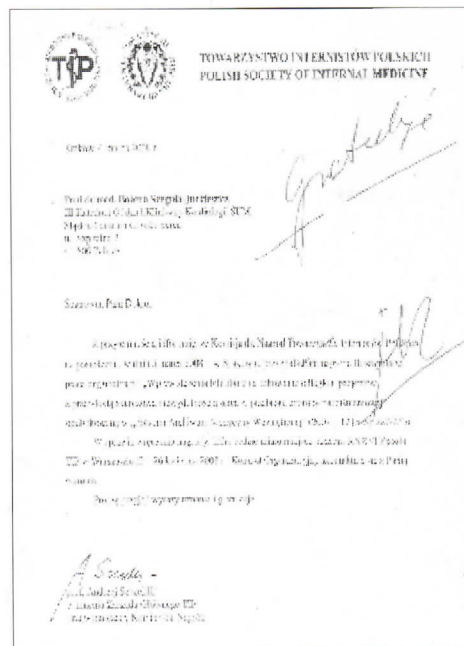
Wdrożony system zarządzania środowiskowego oparty na normie ISO 14001 musi nadzorować usługi, które mają największy wpływ na środowisko. Norma obejmuje swoimi wymaganiami także zagadnienia przepływu informacji oraz identyfikacji potencjalnych sytuacji awaryjnych i zapobiegania im. Przepisy prawne w Polsce wymagają od przedsiębiorstw a więc także od Śląskiego Centrum Chorób Serca nadzorowania procesów związanych np. z produkcją odpadów w celu okresowego sporządzania różnego rodzaju raportów. Toteż wiele aspektów związanych z oddziaływaniem na środowisko już jest nadzorowanych przez Śląskie Centrum Chorób Serca.

pięciosobowym, obecnie jest nas dziewięć.

Pracujemy 7 dni w tygodniu i we wszystkie dni. Wszystkie dni świąteczne. Marzymy o lepszych warunkach pracy i co za tym idzie możliwości większego rozwoju. Mamy nadzieję, że rocznicę 25 lat działalności będziemy obchodzić już w pomieszczeniach nowego budynku szpitala, a dzięki nowocześniejszemu sprzętowi i dobrych rozwiązaniach architektonicznych nowej pracowni stworzymy w SCCS diagnostykę mikrobiologiczną na miarę XXI wieku.

SYSTEM ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENĄ PRACY – NORMA ISO 18001

Celem norm serii ISO 18001 jest umożliwienie organizacji odpowiedniego zaprojektowania i wdrożenia elementów systemu zarządzania w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, z uwzględnieniem wymagań przepisów prawnych i innych wymagań dotyczących tej dziedziny. Norma została opracowana w sposób umożliwiający jej zastosowanie przez każdą organizację, niezależnie od rodzaju działalności i wielkości. Analogicznie jak w normie ISO 14001, model systemu zarządzania bezpieczeństwem higieną pracy oparty jest na spełnieniu norm prawnych oraz na koncepcji ciągłego doskonalenia.



Pomieszczenie Pracowni Mikrobiologii

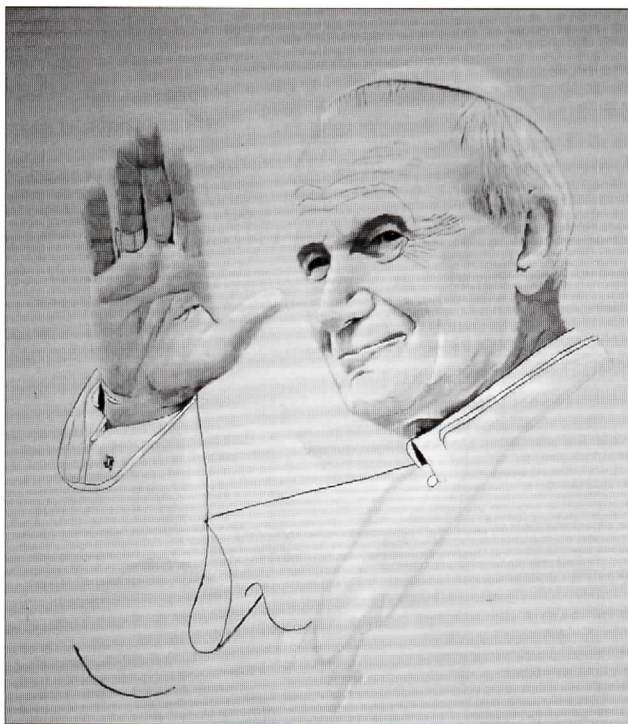
Od Redakcji



Drodzy Czytelnicy

Oddajemy w Wasze ręce kolejny numer Szlachetnego Zdrowia, po raz ostatni przygotowany przez Jego Redaktora Naczelnego Tadeusza Bujaka. Chociaż chwilami nieaktualny, jest dokumentem tworzonym przez wiele miesięcy przez chorującego już ciężko Tadeusza specjalnie dla Was.

Zabrze, czerwiec 2009 r.



Autor inż. Andrzej JAWORSKI

Światowy Dzień Chorego został ustanowiony przez Jana Pawła II w dniu 13 maja 1992 roku w 75. rocznicę objawień fatimskich i w 11. rocznicę zamachu na jego życie. Święto jest obchodzone 11 lutego każdego roku. Ojciec Święty, który sam doznał bólu i cierpienia, wielokrotnie podkreślał jak ważna dla chorych jest wiara i ufność Bogu. Jan Paweł II mówił chorym, że ludzkie cierpienia mają swój sens i cel. Trudny dla nas do zrozumienia, ale przecież Nieogarniony Bóg – Pan Wszechświata wszedł w dzieje człowieka, aby poprzez cierpienie, składając za nas ofiarę na krzyżu, zbawić ludzkość.



Światowy Dzień Serca 28.09.2008 r.
XVIII Biała niedziela przy Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu

W czasie akcji promocji zdrowia można było wykonać bezpłatne badania: pomiaru glukozy we krwi, poziomu cholesterolu, wykonać badanie EKG oraz skorzystać z bezpłatnych konsultacji lekarzy specjalistów.

Adres Redakcji:
Ul. Szpitalna 2
41-800 Zabrze
tel./fax (032) 273 23 20

Redakcja:
Tadeusz Bujak
(redaktor naczelny),
Zdjęcia:
Aleksander Jaworski





Punkt widzenia

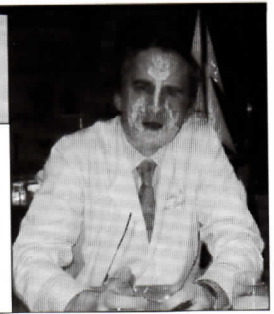
Młoda, 27-letnia kobieta z powodu narastającej ciężkiej niewydolności serca, do jakiej doszło wkrótce po urodzeniu pierwszego dziecka, trafiła przed kilkoma dniami do naszego ośrodka – już po kolejnym zatrzymaniu krążenia. Skuteczna reanimacja i natychmiastowa decyzja o podłączeniu do krótkotrwałego mechanicznego wspomaganie krążenia...

Odetchnęliśmy, kiedy po 12 godzinach pojawiły się cechy widocznej poprawy wydolności narządowej. Nadal czekaliśmy z lękiem, ale i nadzieją na powrót świadomości. Dobrze i duże doświadczenie w ratowaniu noworodków i dorosłych techniką ECMO podpowiadało nam, że chora wciąż ma szanse, zwłaszcza, że jest bardzo młoda. W 6 dobę leczenia powróciła świadomość, nasza pacjentka rozpoznała męża, uśmiechnęła się do niego i do nas

Jednak kurczliwość serca pomimo intensywnego leczenia kardiomiopatii połogowej nie powracała, a to oznaczało, że musieliśmy zamienić krótkotrwałe wspomaganie na wszczepienie mechanicznej sztucznej lewej komory serca. Wtedy, kiedy ratowaliśmy chorą, byłoby to niemożliwe i niebezpieczne. Teraz możemy. Nasza pacjentka dobrze zniosła kolejny zabieg. Rozpoczęliśmy wraz z nią i jej bliskimi następny etap tej niezwykłej podróży. Zregeneruje uszkodzone serce czy nie... Wtedy pozostanie jedynie transplantacja? Nie znamy dzisiaj tej odpowiedzi. Za wcześnie. Czekamy i walczymy razem.

Odwiedzili nas dzisiaj młodzi rodzice z 2-miesięczną, dobrze rozwijającą się córeczką. Przyjechali z województwa dolnośląskiego, aby po-

Profesor dr hab. med.
Marian Zembala
Dyrektor Śląskiego
Centrum Chorób Serca



kazać uratowanego noworodka, który nieprzystosowany do życia bezpośrednio po urodzeniu, wymagał w naszym ośrodku zastosowania sztucznych płuc przez okres prawie 6 dni już w kilka godzin po urodzeniu. Udało się – po 10 dniach leczenia córeczka powróciła do domu z rodzicami i dobrze się rozwija. Dzisiaj przyjechali, aby nam razem podziękować, tak normalnie: słowem, gestem, uśmiechem podziękować.

Co łączy te oba różne zdarzenia? Na pewno szansa, że pomimo bezpośredniego zagrożenia życia współczesna medycyna, także w Polsce, pozwala coraz częściej na podejmowanie nowych, nieznanych dotąd wyzwań.

Co różni? Na razie etap i wynik leczenia. Pomimo wielu odmienności i istotnych różnic, to radość z oglądania uratowanego niemowlęcia szybko przenosi się na nadzieje wobec obecnie leczonej młodej kobiety. Każdy z nas leczących potrzebuje na co dzień takiej dodatkowej energii, aby jeszcze skuteczniej ratować, nowocześnie leczyć, dawać nadzieję.

Ta 2-miesięczna dziewczynka, jak dobry anioł przyniosła i zostawiła nam w podarunku na zawsze dużo nadziei. Nadziei potrzebnej na codzienne leczenie a może ratowanie coraz większej liczby trudnych chorych.

Boże Narodzenie 2008

mgr Urszula Gąsior
Dyrektor
ds. ekonomiczno—administracyjnych
Śląskiego Centrum Chorób Serca
w Zabrze



Pierwsze pomysły, koncepcje i analizy dotyczące rozbudowy Śląskiego Centrum powstawały już od 2001 roku. Jednak decyzję o przyznaniu dotacji czyli akceptację budowy nowego obiektu i jego współfinansowania Ministerstwo Zdrowia jako organ założycielski SCCS podjęło we wrześniu 2005 roku. Od tego momentu trwają prace związane z realizacją inwestycji.

Potężny, ciekawy i rozweselający swoimi kolorami budynek przy zbiegu ulic Skłodowskiej i Jagiellońskiej to efekt

- projektu zrealizowanego przez firmę Archex z Bielska Białej wraz z uzyskaniem wszelkich uzgodnień i pozwoleń na budowę,
- wykonawstwa pierwszego etapu inwestycji czyli budynku w stanie surowym zamkniętym wraz z elewacją o powierzchni użytkowej 11.200m kw - to, co istnieje dzisiaj - przez warszawską firmę budowlaną Grupa 3J w okresie od połowy sierpnia 2006 do końca września 2008 roku,
- nadzoru budowlanego i branżowego pełnionego przez Inwestora zastępczego, firmę Primex z Częstochowy,
- wielu godzin narad, rozwiązywania problemów, wprowadzania korekt mających na celu uzyskanie w nowym obiekcie rozwiązań jak najbardziej funkcjonalnych, przyjaznych pacjentom i spełniających ciągle zmieniające się warunki formalno-prawne i nowości na rynku medycznym.

Wszyscy wymienieni wykonawcy zostali wybrani w oparciu o przeprowadzone postępowania przetargowe zgodnie z wymogami obowiązującymi podmioty użyteczności publicznej.

Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca pomaga w stworzeniu infrastruktury poprzez przejęcie na siebie zadanie wybudowania profesjonalnego parkingu w bezpośrednim sąsiedztwie nowej części szpitala. Efekty tych działań można zobaczyć przy ulicy Dąbrowskiego. Parking powstaje na przekazanym Fundacji przez Urząd Miasta Zabrze terenie do tej pory nie zagospodarowanym i wymagającym pilnego uporządkowania.

Obecnie rozpoczynamy kolejny, trudny etap prac wykończeniowych nowego obiektu wraz z wszystkimi niezbędnymi instalacjami.

Postępowanie przetargowe na ten zakres prac wygrała firma Kompleks z Jastrzębia Zdrój, która realizuje inwestycję w konsorcjum z firmą Budus. Prace rozpoczynają się już w lutym i będą oddawane do użytku sukcesywnie. Pierwszy etap to część medyczna stacjonarna, czyli nowo powstałe oddziały z salami operacyjnymi i zabiegowymi. Całość wykonana i oddana zostanie w ciągu 20-tu miesięcy.

Równolegle z postępowaniem prac wykończeniowych rozpoczniemy realizację procedur zakupu wyposażenia nowo tworzonej komórki organizacyjnej i uzupełnienia niezbędnego sprzętu i aparatury dla jednostek, które zostaną przeniesione do nowego budynku. Będą nimi przede wszystkim pracownie i apteka znajdujące się obecnie przy ulicy Szpitalnej 17, poradnie z wyłączeniem poradni kardiologicznej dla dzieci, administracja oraz zaplecze i jednostki usługowe znajdujące się w pomieszczeniach poza budynkiem głównym Śląskiego Centrum.

Środki na wybudowanie, wykończenie i wyposażenie nowego obiektu pochodzą z różnych źródeł. Głównymi są dotacja Ministerstwa Zdrowia przekazywana systematycznie przez okres pięciu lat oraz środki szpitala, które przeznaczone są na amortyzację majątku trwałego oraz pochodzące z nierozliczonego zysku gromadzonego od 1999 roku (od przekształcenia szpitala w SPZOZ).

Dużym wysiłkiem Dyrektor SCCS pozyskał na 2009 rok dotację od Urzędu Marszałkowskiego w Katowicach oraz środki na wyposażenie w zakresie kardiologii z programu POLKARD 2009. Ponadto Śląskie Centrum złożyło w styczniu bieżącego roku dwa projekty o dofinansowanie z Funduszy Unii Europejskiej również z przeznaczeniem na zakup lub doposażenie aparatury medycznej.

Tak więc zgodnie z harmonogramem największe prace związane z wykończeniem nowego budynku realizowane będą w ciągu bieżącego roku. Rok przyszedł rozpocznie się uruchomieniem części medycznej stacjonarnej i sukcesywnie kolejno oddawanymi do użytku odcinkami prac.



Tak wyglądał początek budowy

Czeka nas okres intensywnych uzgodnień funkcjonalnych, technicznych, estetycznych oraz tworzenia specyfikacji sprzętu do zakupu (istotnych warunków zamó-

wienia) jako podstawy do przeprowadzania rozlicznych postępowań przetargowych



Listopad 2007 r.



Maj 2008 r.



2009 r.



2009 r.

mgr Dorota Włodarczyk

**Standard postępowania
pielęgniarskiego przy zabiegach
transplantacji płuc.
Rola pielęgniarki anestezjologicznej**

Pierwszą operację przeszczepu płuc dokonał James Hardy w 1963r. w szpitalu uniwersyteckim w Mississipi. Przez kolejne 15 lat prowadzono swoiste badania, które nie przyczyniły się do rozwoju tej formy terapii.

Prawdziwą rewolucję przyniosły lata osiemdziesiąte xx wieku, kiedy do dyspozycji transplantologów oddano cyklosporynę. W 1981 roku wykonano przeszczep serca i płuc (HLT heart-lung transplantation), w 1983 transplantację pojedynczego płuca (SLT- single lung transplantation), a w 1986 roku przeszczepiono dwa płuca jednemu biorcy (en block). Lata 90-te stały się czasem upowszechnienia tej metody leczenia na całym świecie.

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu ma także niemałe osiągnięcia w leczeniu operacyjnym chorób płuc. Od grudnia 2004r. transplantolodzy naszego ośrodka opracowali i wprowadzili rutynowy program przeszczepu płuc. Według modelu zabrzańskiego wykonano dotychczas 24 zabiegi transplantacji płuc. Wskazania do transplantacji płuc oraz serca i płuc stanowią najczęściej zaawansowane stadia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, restrykcyjnych postaci niewydolności oddechowej (zwłóknienie płuc) oraz choroby naczyń płucnych (pierwotne nadciśnienie płucne, zespół Eisenmengera).

Wskazania do transplantacji płuc oraz serca i płuc

szczegółowiej możemy podzielić na dwie grupy klasyfikacji:

OGÓLNE:

- zaawansowana i nieodwracalna niewydolność oddechowa
- przewidywany czas przeżycia 18-24 miesięcy
- bardzo ograniczona jakość życia i aktywność życiowa
- brak poprawy po leczeniu zachowawczym
- wiek < 55 lat, (jeśli jest wskazane przeszczepienie serca i płuc),
< 60 lat (obu płuc) i < 65 lat (jednego płuca)
- konieczność stosowania tlenoterapii w spoczynku

SZCZEGÓŁOWE:

- przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP)
- idiopatyczne zwłóknienie płuc (IPF)
- nieswoiste śródmiąższowe zapalenie płuc (NSIP)

- mukowiscydoza i inne choroby przebiegające z roztrzeniami oskrzeli
- sarkoidoza

Przygotowanie sali operacyjnej do przeszczepu płuc.

Główną zasadą postępowania pielęgniarskiego w przygotowaniu Sali do zabiegu jest zgromadzenie odpowiedniej ilości sprzętu i leków. W sali wymagana jest pokojowa temperatura, ponieważ pacjent operowany jest w normotermii.

Ze sprzętu jednorazowego użytku przygotowujemy:

- wkłucia (TRIO) z chlorcheksydyną
- koszulka i cewnik Swan-Ganza
- wkłucia do tętnicy udowej
- wkłucia do tętnicy promieniowej
- dodatkowy pakiet sterylnych obłożeń.

Dodatkowy sprzęt:

- wąsy do podaży tlenu
- dwuświatłowe rurki dooskrzelowe (KARLENSA)
wszystkie rozmiary, lewe
- ssak do odsysania z drzewa oskrzelowego
- cewniki do odsysania nr 1 MULLY
- bronchoskop z martwą przestrzenią
- dodatkowo elektryczny ssak do bronchoskopii
- butlę z tlenkiem azotu
- pompy strzykawkowe x 3 podwójne
- jednorazowe łyżki do defibrylacji

Obligatoryjnie wymagany aparatem do znieczulenia jest aparat zmiennociśnieniowy i objętościowo zmienny np. PRIMUS firmy DRAGER.(z możliwością monitorowania kapnometrii)

Ze sprzętu wysokospecjalistycznego pomocnymi są:

- aparat do UKG z głowicą przezprętykową TEE (szczególnie u pacjentów z niewydolnością prawej komory)
- bronchofiberoskop intubacyjny
- defibrylator z możliwością monitorowania EKG, saturacji, dwóch ciśnień metodą krwawą

Wymagany standard leków do zabiegu transplantacji płuc, serca i płuc.

Przygotowanie leków immunosupresyjnych:

- Solu-Medrol
- MabCampath 30mg (przygotować w 50 ml strzykawce na pompę infuzyjną).

Profilaktyka antybiotykowa Azactam 2x 1g.,
Biofazolin 3x1g.

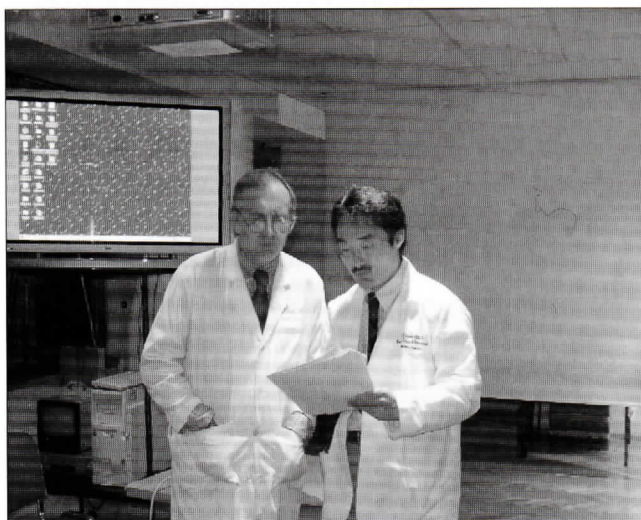
Jeśli u biorcy lub dawcy wyhodowano florę bakteryjną

należy zastosować antybiotyk celowany.

Do wypełnienia łożyska naczyniowego używamy Albumin 5% i 20%.

Stosujemy profilaktykę krwawienia z przewodu pokarmowego Losec 40mg., bądź Quamatel 20mg. (po indukcji znieczulenia, przy stabilizacji hemodynamicznej). Przygotowanie leków o działaniu wazoaktywnym (Dopamina, Dobutamina), leków o działaniu Alfa i Beta mimetycznym (Adrenalina, Levonor) oraz inhibitory fosfodiesterazy 2 amp. po 10mg. COROTROPE.

Do zapobiegania wystąpienia hipokalemii przygotowuje-



Profesor Marian Zembala oraz dr. Yoshiya Toyoda z Centrum Medycznego Uniwersytetu w Pittsburgu (USA)

my wlew z 40 mEq KCL/50ml aqva pro injectone.

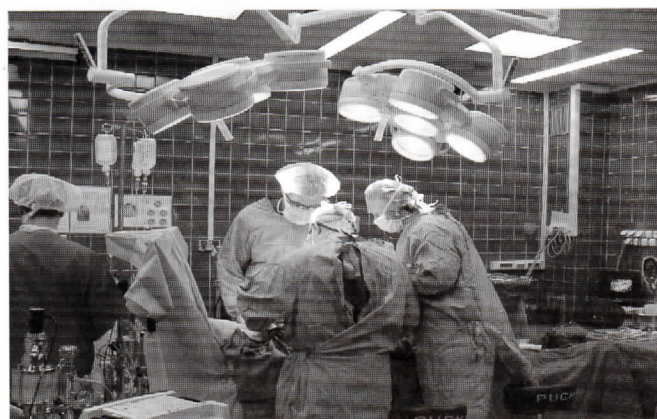
Wszystkie leki i wlewy dożylnie przygotowujemy w AQVA PRO INJECT.

Przygotowanie pacjenta do zabiegu na sali operacyjnej.

Z chwilą wjazdu pacjenta na salę operacyjną (po sprawdzeniu i zapoznaniu się z dokumentacją medyczną) obecne są dwie pielęgniarki i lekarz anestezjolog. Po przełożeniu pacjenta na stół operacyjny, zostaje on zamonitorowany EKG w sekwencji pięciu odprowadzeń. Uzyskanie komfortowego dostępu przez operatora do pola operacyjnego w czasie transplantacji lewego płuca wymusza okresowy ucisk bocznej ściany serca. Obserwacja EKG pozwala rozpoznać niebezpieczeństwo na podstawie uniesień odcinka ST znad ściany bocznej. Kolejne zmiany w EKG mogą się pojawić w pierwszym okresie reperfuzji i są wynikiem zapowietrzenia naczyń wieńcowych powietrzem z żył płucnych. Podobne zmiany w EKG w tym samym czasie może generować hiperkalemia, będąca konsekwencją wyłukiwania *pneumoplegii*.

Dla stworzenia pacjentowi komfortowych warunków i bezpieczeństwa stosujemy bierną terapię tlenową (od 3-6 l/min.). Po kaniulizacji żyły obwodowej, zamonitorowaniu pulsoksymetrii i założeniu (możliwość ciągłego monitorowania RR metodą bezpośrednią z tętnicy promieniowej) przystępujemy do indukcji znieczulenia. W czasie indukcji znieczulenia na obniżone ciśnienie systemowe reagujemy lekami presyjnymi, rezygnując z wypełniania łożyska naczyniowego. W naszym schemacie postępowania na obniżone ciśnienie systemowe reagujemy podawaniem wlewu z 1mg LEVONORU/250ml aqva. Wprowadzenie do znieczulenia ogólnego może wiązać się z destabilizacją układu krążenia. Spowodowana lekami anestetycznymi supresja układu współczulnego jest przyczyną spadku rzutu minutowego serca i obniżenia ciśnienia tętniczego krwi. Zbyt płytkie znieczulenie lub hipoksja są przyczyną wzrostu ciśnienia w tętnicy płucnej z destabilizacją hemodynamiczną. Do wprowadzenia do znieczulenia stosuje się średnie dawki fentanyl, midazolam, propofol, pancuronium lub vecuronium.

W podtrzymaniu znieczulenia stosuje się wlew ciągły z propofolu bądź znajduje zastosowanie postać wziewna Isofluran. Zasadniczo nie stosuje się podtlenku azotu, który dyfunduje do mankietów uszczelniających rurki dooskrzelowej istotnie zwiększając ciśnienie tam panujące. Może także generować wzrost płucnych oporów naczyniowych.



Sala Operacyjna SCCS

Pacjenci kwalifikowani do przeszczepu płuc są bardzo często w skrajnym wyniszczeniu organizmu (kacheksja) oraz w stanie hipoksemii. Przypomnę, że jest ona stwierdzana, gdy wskaźnik oddechowy tzw. „indeks tlenowy” wynosi poniżej 200 PaO₂/FiO₂ poniżej 200; wskaźnik oddechowy jest ilorazem prężności tlenu

we krwi tętniczej i zawartości tlenu w mieszaninie oddechowej.

Do intubacji do oskrzelowej stosujemy rurki dwuświatłowe. Najdogodniejszymi warunkami do przeprowadzenia sprawnej intubacji byłoby zastosowanie bronchofiberoskopu intubacyjnego. Bardzo istotne znaczenie ma dobór właściwego rozmiaru rurki. Uważa się, że najbardziej odpowiednim postępowaniem jest założenie rurki jak najlepiej dopasowanej. Należy pamiętać, że zbyt duża rurka może uszkodzić oskrzele, a zbyt mała łatwo przesuwana się w głąb oskrzela i zamyka wejście do oskrzela płata górnego. Dodatkowo większa rurka pozwala na skuteczne odsysanie wydzieliny i stanowi mniejszy opór dla przepływu powietrza w czasie wentylacji. Profesor SLINGER proponuje prosty sposób dopasowania rozmiaru rurki na podstawie płci i wzrostu. U pacjentek o wzroście ≤ 160 cm zaleca on zakładanie rurki o rozmiarze 35F, kobiety wyższe niż 160 cm intubowane są rurką 37F. Mężczyznom o wzroście ≤ 170 cm zaleca się rozmiar rurki 39F, natomiast wyższym niż 170 cm rurkę 41F. Rozmiar rurki powinien uwzględniać wiele czynników, w tym także objętość balonów uszczelniających. Należy pamiętać, że wypełniając balonik oskrzelowy objętością powietrza powyżej 3 ml układ niskociśnieniowy zostaje przekształcony w wysokociśnieniowy. Jeżeli natomiast mimo wypełnienia balonu 3 ml powietrza pojawia się przeciek należy przypuszczać, że balon znajduje się w tchawicy i przywrócenie prawidłowego położenia wymaga przesunięcia rurki głębiej.

Regułą matematyczną stosuje się także do oceny głębokości wprowadzenia rurki. U pacjentów o wzroście 170 cm powinna być ona umieszczona na 28-29 centymetrze. Głębokość należy korygować o 1 cm na każde 10 cm wzrostu. Pozycję rurki należy sprawdzać po każdej zmianie pozycji pacjenta. Przesunięcie rurki może sugerować zmiana ciśnień wdechowych. Według SZEGEDI położenie rurki jest prawidłowe, jeżeli ciśnienie szczytowe podczas wentylacji jednego płuca nie przekracza 150% ciśnienia obserwowanego w czasie wentylacji obu płuc. Po założeniu

rurki do oskrzelowej wentylację mechaniczną płuc prowadzi się objętością 10-12 ml/kg, z częstością 8-12 oddechów na minutę i FiO₂ równym 1. Ciśnienie plateau w czasie wdechu nie powinno przekraczać 25 cmH₂O.

Po przejściu do oddychania jednym płucem parametry wentylacji pozostają niezmienione. Reakcją na hipoksemię przy wentylacji mechanicznej jest zastosowanie PEEP do 10 cm H₂O, który pozwala na rozprężenie zapadniętych pęcherzyków płucnych. Monitorowanie układu oddechowego obejmuje oprócz badania gazometrycznego, pulsoksymetrię i kapnometrię. W niektórych ośrodkach prowadzi się ciągły pomiar gazometrii krwi tętniczej, co jest dużym ułatwieniem, szczególnie w czasie wentylacji jednego płuca, ale technika ta generuje duże koszty. Po zabiegu transplantacji (na sali operacyjnej) reintubujemy chorego rurką dotchawiczą.



Monitorowanie układu krążenia w czasie operacji płuc obejmuje oprócz wspomnianej przeze mnie sekwencji EKG 5-cio odprowadzenie, monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi metodą bezpośrednią z tętnicy promieniowej, co umożliwi

monitorowanie pracy serca z każdego uderzenia i pozwala na pobieranie krwi do badań gazometrycznych. Bezwzględnie wskazane jest monitorowanie ciśnienia w tętnicy płucnej. W tym celu lekarz anestezjolog zakłada do żyły prawej głównej cewnik Swana-Ganza. Jeżeli cewnik S-G znajduje się w gałęzi tętnicy płucnej płuca przeszczepianego należy go wycofać przed klemowaniem naczyń i reponować do naczyń gałęzi po stronie przeciwnej. Obecność cewnika Swana-Ganza pozwala mierzyć rzut minutowy serca i oceniać saturację mieszanej krwi żyłnej (SvO₂). Obniżenie saturacji mieszanej krwi żyłnej informuje pośrednio o spadku rzutu minutowego serca, zmniejszeniu zawartości tlenu we krwi tętniczej, czy wzroście konsumpcji tlenu. Ciągłe monitorowanie ośrodkowego ciśnienia żylnego (CVP) obowiązuje w czasie zabiegu transplantacji prawego

płuca, kiedy chirurg w celu odsłonięcia pola operacyjnego jest zmuszony uciskać żyłę główną górną.

Terapia płynowa.

W czasie transplantacji płuc stosuje się bardzo restrykcyjną terapię płynową. Dotyczy ona ograniczenia podaży krystaloidów i w zamian podawania koloidów. Do wypełnienia łożyska naczyniowego w naszym ośrodku stosuje 5% i 20% Albuminy. Takie postępowanie ma na celu utrzymanie wysokiego ciśnienia koloido-osmotycznego krwi. Dla zapewnienia prawidłowej diurezy w czasie zabiegu (minimum 0,5 ml/kg/h) konieczna jest podaż diuretyków. Lekiem z wyboru jest Furosemid. W celu poprawy funkcji hemodynamicznej (niski rzut serca, hipotensja) korzystniejsze jest zastosowanie małych dawek katecholaminowych niż wypełnienie łożyska naczyniowego płynami. Udowodniono, że dowolna podaż krystaloidów powoduje akumulację płynu w natywnym płucu i pogorszeniu dyfuzji gazów. Nadmierna podaż płynów może prowadzić do nasilenia się urazu niedokrwiennie - reperfuzyjnego przeszczepionego płuca. Należy podkreślić, że drenaż limfatyczny płuc po pneumektomii zostaje poważnie uszkodzony, co przyczynia się do akumulacji płynu w płucach. Nadmierne rozdęcie płuc w czasie wentylacji dodatkowo upośledza odpływ chłonki. Drenaż limfatyczny utrudnia także wysokie ciśnienie żyłne, które jest charakterystyczne dla niewydolności prawej komory. Pojawienie się dysfunkcji prawej komory (w zapisie EKG nadkomorowe zaburzenia rytmu) w czasie zabiegu nasila akumulację płynów w płucach.

Zastosowanie tlenu azotu.

Potrzeba zastosowania tlenu azotu (NO) u chorych przy przeszczepie płuc ma doniosłe znaczenie. Zaburzenia funkcji śródbłonna grają główną rolę w powstawaniu nadciśnienia płucnego (skurcz naczyń, zamknięcie naczyń, przerost błony wewnętrznej). U chorych z niedostatecznym utlenowaniem krwi, tlenek azotu poprawia stosunek PO₂/FiO₂ i obniża ciśnienie w tętnicy płucnej bez wpływu na hemodynamikę dużego krążenia. Jest to możliwe dzięki bardzo szybkiej inaktywacji gazu przez hemoglobinę krwinek czerwonych. Tlenek azotu jest dostarczany przez drogi oddechowe, rozszerza naczynia płucne wokół wentylowanych pęcherzyków, redystrybuując krew z obszarów nie wentylowanych do wentylowanych. Dzięki temu ulega poprawie stosunek wentylacji do perfuzji i obniża się śródplucny przeciek żylny. Protekcyjne działanie NO pozwala unik-

nąć urazu niedokrwiennie-reperfuzyjnego lub złagodzić jego objawy.

Wspomaganie hemodynamiczne – przydatność krążenia pozaustrojowego.

Zastosowania krążenia pozaustrojowego pomagają chorzy z pierwotnym nadciśnieniem płucnym, duża grupa pacjentów z ciężkim wtórnym nadciśnieniem i część operowanych ze średnim ciśnieniem w tętnicy płucnej nie przekraczającym 40 mm Hg. Czynniki predysponującymi do zastosowania krążenia są, oprócz nadciśnienia płucnego, desaturacja w czasie oddychania powietrzem, przewlekła tlenoterapia, dysfunkcja prawej komory i maksymalnie ograniczona zdolność do wykonywania wysiłku. Także część chorych poddawana sekwencyjnemu zabiegowi transplantacji płuc wymaga użycia krążenia do implantacji drugiego płuca. Perfuzja pozaustrojowa gwarantuje prawidłową wymianę gazową, stabilność hemodynamiczną w czasie zabiegu i pozwala uniknąć nadmiernemu przepływu krwi przez płuco implantowane. Czynnikiem technicznym jako wskazanie do użycia krążenia pozaustrojowego bywa trudność dostępu w polu operacyjnym. Kaniule do krążenia pozaustrojowego zakładane są do przez naczynia udowe. W naszym ośrodku wypreparowanie naczyń w pachwinie wykonywane jest jednocześnie z torakotomią.

Zakończony powodzeniem zabieg transplantacji płuc jest przepustką i olbrzymią szansą dla poprawy jakości życia, możliwością powrotu do aktywnego często zawodowego życia. Ale nadaje także nową treść temu życiu, nabraniu pokory i szacunku dla daru „drugiego” życia.

Dorota Włodarczyk



Szanowny Pan
prof.dr hab. Marien Zembala
Dyrektor
Śląskie Centrum Chorób Serca
ul. Szpitalna 2
41-800 Zabrze

Zabrze, dnia 12 listopada 2008 r.

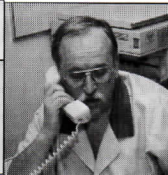
Wielce Szanowny Panie Profesorze i Dyrektorze,
dzień 12 listopada przywołuje pamięć wydarzenia sprzed czterech lat. Wpisało się ono w moje długie już życie /mam 78 lat/. Byłem wówczas pacjentem Śląskiego Centrum Chorób Serca. Wszczęto mi powstę /nr historii choroby 8138/04 ID:22973/. Składałem jeszcze raz Szanownemu Panu Dyrektorowi i Szanownym Członkom Zespołu Lekarskiego oraz Pięknym i wyrozumiałym siostrzenkom wyrazy wielkiej wdzięczności za przywrócenie mi sprawności fizycznej i troskę łączącą je z życzeniem wszelkiego dobra i powodzenia w jakiejś szlachetnej służbie człowiekowi.

Z wyrazami szacunku

Andrzej Jędrzejko

prof. dr hab. Janusz H. Skalski

Zawał serca w dziejach człowieka. Część II



Czas „wielkiego odkrycia” duszniczy bolesnej – wiek XVII-XVIII

W XVI. wieku Guillaume de Baillou v. Ballonius (1538-1616), lekarz francuski w pracy *De doloribus ad sternum* podał opis ataków bólu zamostkowego, mocno przypominający bóle wieńcowe. W swym dziele (opublikowanym pośmiertnie w 1640 r.) opisał m.in. objaw kołatania serca jako reakcję na wysięk płynu w worku osierdziowym. Baillou zapisał się również jako jeden z pionierów pediatrii, jako pierwszy opisał kołusz, interesował się leczeniem suchot.

Bóle w obrębie klatki piersiowej wciąż pozostawały w sferze „terra incognita”. Nie umiano zlokalizować bólu, czy pochodzi dokładnie z dróg oddechowych, płuc, serca, naczyń, przełyku, wpustu żołądka. A chory – swoimi relacjami też niezbyt wprawnie mógł naprowadzić zakłopotanego medyka, skoro panował powszechny brak zrozumienia istoty takich dolegliwości. *Cardia* – to przecież łacińskie określenie wpustu żołądka, w której to nazwie pobrzmiewa *cor* – „serce”. W starych słownikach XVIII. i XIX. wiecznych odnajdujemy, że *cardiacus* – to serdeczny, albo remedium na sprawy serca i żołądka. Toteż nic dziwnego, że w XVII. i XVIII. wieczne rozprawach naukowych odnoszących się, wspólnie, do górnego odcinka przewodu pokarmowego i, jakby na marginesie, bólów serca – stosowany jest termin *cardialgia*.

Dla niejednego z Czytelników podana poniżej informacja, iżby na polskiej ziemi, bodaj pierwszy raz w dziejach medycyny zaobserwowano miażdżycowe zmiany naczyń wieńcowych (a niewykluczone, że były bezpośrednią przyczyną zgonu sekcjonowanego chorego), wyda się mało wiarygodna. Lekarzem, który dokonał takiej obserwacji był Adam Christian Thebesiusz, który opisał, jeśli nie pierwszy – to bez wątpienia jako jeden z pierwszych, „kostnienie” tętnic wieńcowych. Takiego bowiem określenia dla stwardnienia tętnic wieńcowych wówczas użył. Jeśli jednak ktoś wcześniej, podczas autopsji, podobnego spostrzeżenia dokonał, to nie przysługiwał do niego większego znaczenia i tego faktu nie odnotował.



Thebesiusz był jednym z najznamienitszych badaczy anatomii serca, w szczególności pionierem badań nad krążeniem wieńcowym, znawcą anatomii naczyń wieńcowych, pierwszy opisywał ich anomalie. Powszechnie znane w nazewnictwie anatomicznym serca i uznawane w całym współczesnym świecie medycznym są takie określenia jak „żyły Thebesiusza” oraz „zastawka Thebesiusza”.

Dla nas ciekawa jest biografia tego wielkiego uczonego. Urodził się we wsi Sądowel na Dolnym Śląsku. Studiował w Lipsku, Halle i Lejdzie. W wieku 22 lat doktoryzował się na uniwersytecie w Lejdzie, na podstawie odkrywczą rozprawy o krążeniu wieńcowym. Świetnie zapowiadającą się karierę naukową pokrzyżowała śmierć ojca. Po świadomej rezygnacji ze stanowisk i godności uniwersyteckich, osiadł w Jeleniej Górze. W sześć lat później, w 1714 roku powierzono mu zaszczytny urząd „fizyka miejskiego” (naczelnego lekarza miasta Jelenia Góra), który pełnił przez okres 20 lat. Został mianowany członkiem zwyczajnym Leopoldyńsko-Karolińskiej Akademii Badaczy Przyrody we Wrocławiu. Zmarł w wieku 47 lat.

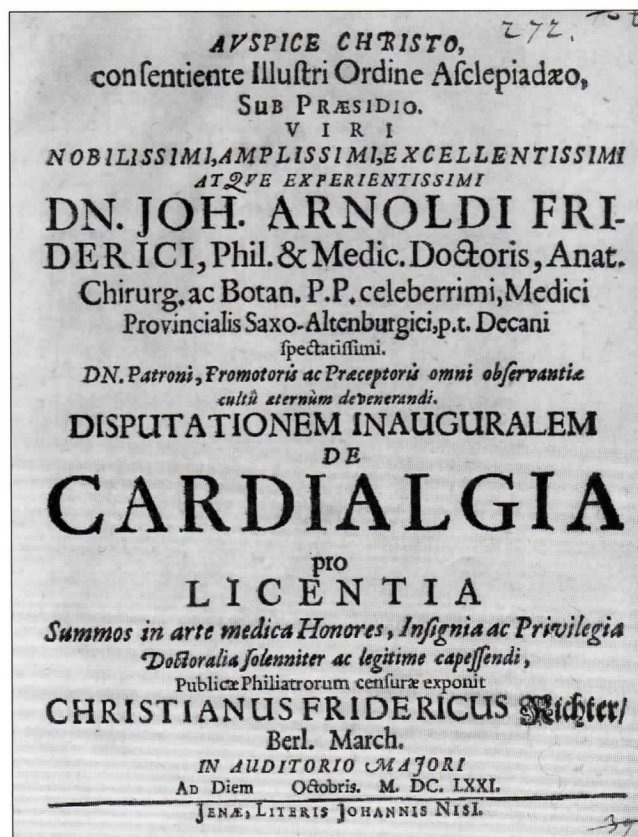
Znajomość anatomii naczyń wieńcowych serca, a w nich nawet przypadkowo napotykanymi zmianami pato-

logiczne, w naturalny sposób inspirowały do poszukiwań sedna patologii. I to patologii mogącej mieć związek z niedomogą serca u chorych cierpiących na bóle w piersiach.

A w wieku XVIII wieku znajomość anatomii naczyń wieńcowych osiągnęła już poziom względnie wysoki, a publikowane wówczas opisy niewiele różnią się od dzisiejszych. Znakomity lekarz francuski, zasłużony w dziejach kardiologii J. B. Sénac, po Thebesiuszu był jednym z pierwszych, którzy zwrócili uwagę na miażdżycę naczyń wieńcowych. Podczas sekcji zauważył kiedyś, że tętnice wieńcowe były „...twarde jak gałązki koralu. Serce pokryte jak grubą skorupą, że tylko siłą można je ścisnąć”.

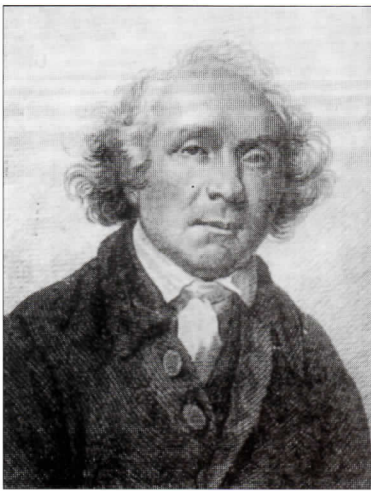
Sénac – był na skalę europejską autorytetem lekarskim, autorem dzieła o chorobach serca – *Sur la structure du coeur, son sanation et ses maladies* (1794), toteż mocno zapadły w umysły lekarzy XVIII wieku jego słowa o bezsilności i wręcz bezużyteczności diagnostyki chorób serca, skoro: „Badanie chorób sercowych daje często bezużyteczne zadowolenie poznania niemożliwości wyleczenia ich”. Ta bezsilność lekarzy w kwestii leczenia chorób serca, w szczególności dławicy piersiowej, choroby która przygniata piersi i zabija, będzie dominować w medycynie jeszcze przez prawie 100 lat od czasów Sénaca, może do wprowadzenia nitratów przez W. Murrela w 1879 roku? O tym powiemy później.

W początkach wieku XVIII. Friedrich Hoffmann (1660-1742) podaje spostrzeżenia kliniczne typowych bólów stenokardialnych, nie potwierdzonych jednak badaniem autopsyjnym, chociaż lekarz ten był współtwórcą anatomopatologii jakby nowej dziedziny wiedzy medycznej, a nawet pomysłodawcą terminu „anatomia patologiczna”. Jako najbardziej odkrywcze w dziele medycznym Hoffmana możnaby odnotować spostrzeżenie pojawiania się bólów stenokardialnych podczas wysiłku fizycznego i ustępowaniu ich po zaprzestaniu aktywności. W takich oto słowach pisze o dolegliwościach swojego pacjenta, 70. letniego mężczyzny: „...uskarżał się od kilku lat na ból w rodzaju rozciągania i uciskania, idący od dołka podsercowego ku górze wzdłuż mostka. Bólowi temu towarzyszyła trwoga i trudność w oddychaniu. Dolegliwości powyższe wzmagają się przede wszystkim przy wszelkim ruchu ciała, np. jeśli tylko zaczynał chodzić lub wstępować na schody, a nawet nakładać na siebie odzienie”.



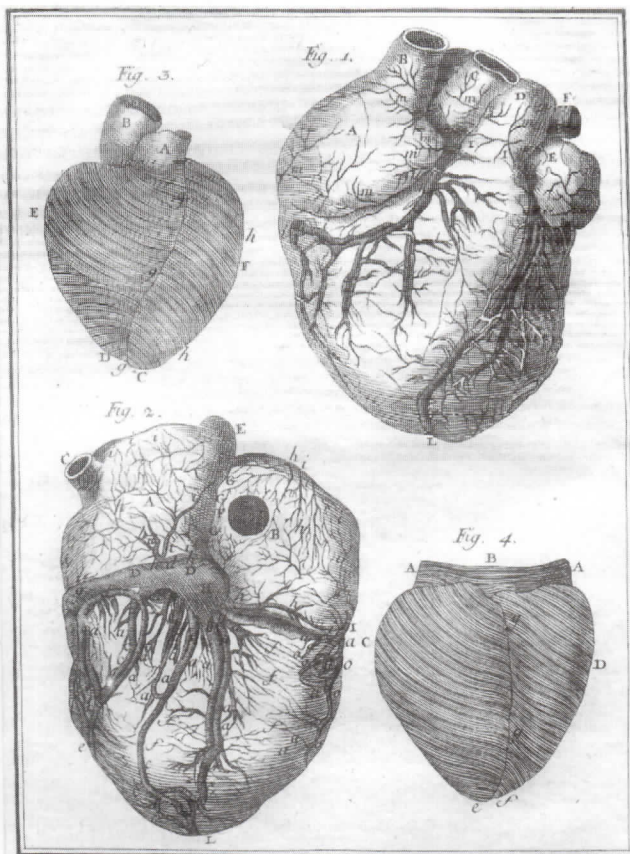
Kolejnym badaczem, który zapisał się jako pionier pośmiertnego odnajdywania znamion dławicy piersiowej i zgonu związanego z tą przypadłością był Friedrich Crell (1701-1747). U starszego chorego zauważył podczas sekcji, że „lewa zstępująca tętnica wieńcowa jest twarda jak kość”.

Wybitne miejsce w kształtowaniu historii choroby niedokrwiennej serca przynależy Giovanniemu B. Morgagniemu (1682-1771), genialnemu uczonemu, faktycznemu twórcy anatomopatologii klinicznej. Morgagni poszukiwał i znajdował zmiany w narządach, które zgodnie z jego syntetyczną przenikliwością i intuicją genialnego badacza były przyczyną choroby czy śmierci. W roku 1761, a więc w 80 roku życia, opublikował doskonałe dzieło z zakresu anatomopatologii klinicznej składające się z listów-artykułów, głównie kazuistycznych, o siedlisku i domniemanej przyczynie choroby. Księgę tą zaliczono do najwybitniejszych prac naukowych w historii światowej medycyny, mających wpływ na losy i postęp w tej dziedzinie. Pierwszy raz w dziejach medycyny podano protokoły zmian morfologicznych całego ludzkiego organizmu, z jednoczesnym odniesieniem ich do zmian spostrzeganych za życia chorego. Szkoda tylko, że tak wartościowe dzieło nie wzbogacono ilustracjami. Jakże głęboki jest w swej treści



aforyzm autora *optimi consiliarii mortui* (najlepsi doradcy to zmarli). Stłusznie podkreślał wielki polski uczyony zainteresowany chorobami serca (przy tym biegły w historii medycyny) Józef Pawiński, że w niektórych kazuistycznych „listach” Morgagniego nie trudno znaleźć „cenne opisy przypadłości, wchodzących

ciała odczuwała bardzo silny niepokój (angor) w górnej części klatki piersiowej z lewej strony, połączony z trudnością w oddychaniu i ze zdrętwieniem lewego ramienia. Objawy te szybko ustępowały, gdy tylko zaprzestawała się poruszać. Pewnego dnia będąc w dobrym nastroju dostała ataku podobnego do dawnych, który ją o nagłą śmierć przyprawił”. Po śmierci chorej Morgagni osobiście dokonał sekcji i w protokole jej stwierdził co następuje: „Podejrzewając istnienie tętniaka aorty rozpocząłem sekcję od otwarcia klatki piersiowej. W obu jamach znaleziono równą ilość wysięku surowiczego, dość obfitego, zabarwionego krwią. Płuca zdrowe, tylko na przekroju widać, że są znacznie przepelnione pniastą cieczą. Serce raczej duże niż małe, niezwykle twarde i jędrne. Aorta w miejscu swego rozgałęzienia mocno rozszerzona, gdy tymczasem sam pień i duże odchodzące od niej gałęzie miały zwykłe rozmiary. Wewnątrz aorty wszędzie gdzie ją rozcięto znajdowano nierówności, tu i ówdzie skostniałe. Widząc to, rozciąłem aortę w całym jej przebiegu, jak również i większe jej gałęzie. W aorticie, począwszy od jej wyjścia z serca, nawet pod zastawkami półksiężycowatymi, które były stwardniałe z początkiem kostnienia, aż do tętnic biodrowych, zauważyłem zmiany powyżej opisane. Jednak nie rozprzestrzeniały się one na te ostatnie ani na inne gałęzie górne, mianowicie na tętnicę podobojczykową, wyjąwszy górną część tego naczynia, które daje początek tętnicy szyjnej i podobojczykowej prawej”.



Anatomie, Le Cœur.

w zakres anginy piersiowej”. W jednym z jego listów-opisów czytamy następujący opis anatomii patologicznej: „...kobieta lat 43 podlegała od dawnego czasu następującym napadom. Po silniejszych poruszeniach

W tym znakomitym raporcie anatomopatologicznym brakuje jednak istotnej części – opisu tętnic wieńcowych. Jednakże w zwięzłym opisie klinicznym zmarłej: względnie młody wiek chorej, cierpienia wybitnie wskazujące na zaawansowaną chorobę wieńcową i nagły zgon (bez wątplenia sercowy) wskazują dobitnie, że Morgagni przedstawił opis kliniczny zawału serca

uzupełniony (wszakże niepełnym) raportem z autopsji.

Tomasz Villiers hrabia Clarendon i kanclerz króla Karola II, angielski arystokrata i mąż stanu, w pamiętnikach wydanych w 1772 roku opisał z kolei cierpienia swego ojca, który od 60. roku życia odczuwał nieznosny ból w lewym ramieniu, trwający kilkanaście minut z poczuciem rychłej śmierci. Podał jeszcze związek takich objawów bólowych z częstym oddawaniem moczu. Ponieważ po śmierci lekarze nie stwierdzili ewidentnych symptomów apopleksji - nie potrafili określić przyczyny zgonu. Dopiero w kilka lat później śmierć wśród objawów bólów zamostkowych stała się dla lekarzy bardziej oczywistym zgonem z przyczyn sercowych.

Przechodzimy przeto do czasu odkrycia choroby niedokrwiennej serca i zawału, a było to właśnie w drugiej połowie XVIII wieku. Krystalizuje się odkrycie, jak określono, „nowej lub dotychczas nieznannej choroby” - przez dwóch lekarzy, którzy niezależnie od siebie swe spostrzeżenia ogłosili w 1768 roku: Nicolas Rougnon de Magny (1727-1799) lekarz francuski z Besançon i William Heberden (1710-1801) - angielski. Odkrycie to, chociaż poprzedzone przywołanymi powyżej wyrażeniami zwiastunami, było doniosłej wagi. Chociaż to Rougnon użył w swoim raporcie mocnego określenia „dotychczas nieznaną chorobą” dla choroby wieńcowej, to jednak nie on, ale Heberden kojarzony był i jest z „odkryciem”, a przez długie lata, jeszcze w XIX wieku, choroba ta nosiła nazwę „choroby Heberdena”.

Dochodzimy teraz do tych wydarzeń, które stały się tłem owego odkrycia. Rougnon w swej książce opisuje nagłą śmierć oficera kawalerii, wśród objawów bólów w klatce piersiowej i duszności. Nie ma pewności, czy przyczyną śmierci był zawał serca, tym bardziej, że przeprowadzona autopsja nie była dokładna. Niemniej sugestywność opisu wskazuje zawał jako przyczynę wysoce prawdopodobną.

W pamiętnym roku 1768, 21 lipca Heberden wygłasza odczyt na posiedzeniu Royal College of Physicians w Londynie. Tekst pracy pt. *Some account of a disorder of the breast* został opublikowany 4 lata później w *Medical Transactions*. A oto jego fragment:

„Istnieje zaburzenie chorobowe w piersiach, cechujące się objawami gwałtownymi i znamienymi, godne uwagi ze względu na właściwy charakter towarzyszącego mu niebezpieczeństwa, a niezbyt rzadko przytrafiające się, o którym to zaburzeniu nie znalazłem

żadnej wzmianki w piśmiennictwie lekarskim. Wobec siedliska tego zaburzenia i wobec jego objawów uczucia ściskania (dławienia) i trwogi, nie byłoby może niewłaściwym nazwać je *angina pectoris*. Chorzy nim dotknięci, podczas chodzenia, a zwłaszcza, skoro ruch następuje wkrótce po jedzeniu, doznają bolesnego i bardzo nieprzyjemnego uczucia w piersiach, jak im się zdaje, pozbawiłoby ich życia, gdyby się wzmogło lub gdyby dłużej trwało; z tą chwilą, gdy przystaną, wszelkie dolegliwości znikają. Pod każdym innym względem chorzy tacy w początkach tego zaburzenia chorobowego czują się zupełnie dobrze, a w szczególności nie odczuwają żadnej duszności, z którą ono nie ma nic wspólnego. Po kilku miesiącach dolegliwości te już nie mijają z chwilą, gdy chory się zatrzyma, występują nie tylko podczas chodzenia, lecz także w trakcie leżenia, zmuszając chorego do wstawania co noc, przez całe miesiące. W jednym czy dwóch zadawnionych przypadkach atak wywoływały: konna jazda, ruch powozu, łykanie, kaszlenie, oddawanie stolca, mówienie lub wzruszenie moralne. Raz jeden tylko zdarzyło mi się słyszeć od chorego, iż doznaje on napadów w czasie stania lub siedzenia. W przeważającej jednak liczbie przypadków chorzy nie doznawali żadnych przypadłości podczas jakiegokolwiek jazdy, podczas mówienia, łykania, śmiechu, kichania lub wymiotowania. Jeden spośród chorych twierdził, że dolegliwości wzmagały się w zimie, jeden zaś, że pogorszenie następowało przy ciepłym powietrzu, w pozostałych przypadkach nie zauważono wpływu pór roku na tę chorobę. (...) Jeżeli napad tego rodzaju występuje wskutek chodzenia, czas jego trwania bywa bardzo krótki, ponieważ przemija prawie bezpośrednio po wstrzymaniu ruchu. Gdy w nocy się zjawia, trwa jedną do dwóch godzin, a nawet, jak raz widziałem, trwał kilka dni, a przez cały ten czas choremu zdawało się, że życie kończy. Jakkolwiek właściwością tej choroby jest spowodowanie nagłej śmierci, jednakże łatwo pojąć, że niektórzy dotknięci nią umierają w inny sposób. Albowiem choroba ta nie wyłącza bynajmniej możliwości jednoczesnego istnienia innych cierpień, tym bardziej, że *angina pectoris* trwać może, jak o tym niejednokrotnie przekonałem się i lat dwadzieścia, i że występuje po większej części u ludzi w wieku starszym. Mostek bywa zwykle wskazywany jako siedlisko tych dolegliwości, lecz niekiedy zdaje się, jakoby sadowiły się one pod dolną jego częścią, a w innych razach pod środkową lub górną częścią, zawsze jednak skłaniając się bardziej ku lewej stronie. Co wywołuje właściwe cierpienie, w różnych częściach mostka odczuwane, nie łatwo odgadnąć

(niekiedy tym zaburzeniom towarzyszy ból pośrodku lewego ramienia), nie miałem też sposobności powzięcia w tym względzie pewnego przekonania. Być może jest to silny kurcz, być może wrzód, zresztą może jedno i drugie jednocześnie...

Z przedstawionych powyżej fragmentów tekstu wnioskujemy, że symptomatyka objawów choroby znana była autorowi, chociaż nieco w niej upiększeń i przykładów faktograficznych o wątpliwym powiązaniu. Równocześnie dominuje bezradność lekarza co do możliwości leczenia, pesymizm i rezygnacja. Ale przecież wiedza ówczesna o patomechanizmie dławicy piersiowej była prawie żadna. Nie wiedząc więc z jakim problemem się zmagają, lekarz niewiele miał do zaoferowania w ramach terapii. Łatwo się domyśleć, że zalecenia lekarskie zmniejszonej aktywności fizycznej, częstego wypoczynku i higienicznego trybu życia nie mogły zadawałać pacjentów. Stosowanie leków uspakajających – to zbyt mało dla śmiertelnie chorych pacjentów. Chociaż w kwestii terapii i stosowanych wówczas niektórych leków pochodzenia roślinnego, warto zweryfikować utarte opinie o dawnej medycynie, przynajmniej tej w początkach wieku XIX.

Odczyt Heberdena doczekał się wydania drukiem w cztery lata później. Wkrótce po publikacji autor otrzymał list od lekarza, którego nazwiska nie ujawniono. Prawdopodobnie pragnął zachować anonimowość. Lekarz oznajmił, że od kilku miesięcy miewa podobne dolegliwości i zapisuje własne doznania. Bóle w czasie wieczornego spaceru zaczynają się u niego od lewej kończyny górnej, poniżej łokcia, dochodzą do przedniej części klatki piersiowej zmuszając do zatrzymywania się podczas marszu, ale jeśli obecność towarzystwa krępuje go przed zatrzymaniem, to bóle po chwili słabną, aż do chwili gdy może iść swobodnie. Informuje też, że miewa odczucia jakoby przerw w czynności serca, a po nich coś w rodzaju uderzeń lub kołatania. Objawy te doprowadziły autora listu do przekonania, że grozi mu rychła śmierć i wyraził wolę, aby dla dobra nauki, po śmierci przeprowadzono u niego sekcję. Zmarł trzy tygodnie później, o czym zawiadomiono Heberdena. Sekcję przeprowadził John Hunter (1728-93), powszechnie szanowany chirurg londyński, anatom i eksperymentator, twórca „patologii chirurgicznej”, pierwszy chirurg armii brytyjskiej w randze generała. Był młodszym bratem Williama, również znakomitego lekarza. Podczas sekcji zwłok zmarłego lekarza-nieszczęśnika (zapisanej

niejako w jego testamencie), w obecności innej znakomości brytyjskiej medycyny, odkrywcy szczepienia przeciw ospie – Edwarda Jennera (1749-1823), Hunter stwierdził „skostnienie” aorty. Tak wówczas bowiem określano opisowo zwapnienia naczyń krwionośnych. W raporcie znowu brak wzmianki o naczyniach wieńcowych. Jenner wspominał później, że asystując podczas badania sekcyjnego nie przypomniał celowo Hunterowi, swemu przyjacielowi i nauczycielowi, o potrzebie sprawdzenia naczyń wieńcowych. Wiedział, że ten cierpi na dławicę piersiową i dociekliwość mogłaby zostać personalnie odniesiona do choroby przyjaciela i sprawić mu przykrość. W pismach Johna Forthergilla znajdujemy wzmiankę, że śmierć zaskoczyła Huntera nagle, kilka lat później od opisanych zdarzeń (1793), a sekcja jego serca przeprowadzona przez konsylium lekarzy wykazała: „...dwie tętnice wieńcowe od ich początku aż do licznych ujęć odgałęzień przemienione były w prawdziwe fragmenty kostne”. Opis sekcji zawdzięczamy naoczniemu świadkowi sekcji Everardowi Home (1756-1832), również znanemu chirurgowi, szwagrowi Huntera.

Jenner zainteresowany „nową chorobą” wkrótce potem wykorzystał okazję aby przeprowadzić kolejną autopsję u osobnika cierpiącego przed śmiercią na podobne dolegliwości. O swoich obserwacjach powiadomił listownie Caleba H. Parryego (1755-1822), który również (w 1788 roku) donosił o dostrzegalnym związku pomiędzy dławicą piersiową i zaburzeniami w krążeniu wieńcowym). List opublikowany został w jego książce wydanej w roku 1799. A oto fragment listu: Wykonałem cięcie poprzeczne przez serce, tuż przy podstawie, aż nóż natrafił na coś twardego o spoistości kamienia, tak, że ostrze zostało wyszczerbione. Spojrzałem więc w tym momencie, podnosząc głowę w kierunku sufitu sali sekcyjnej, który był podniszczony i kruszył się. Pomyślałem, że odrobina gipsu spadła, ale w czasie bardziej dogłębnego badania spostrzegłem, że ten kamienisty fragment nie jest niczym innym, jak naczyniem wieńcowym przekształconym w prawdziwą skostniałą rurkę. Jenner domyślił się przyczyny objawów klinicznych omawianej choroby, dostrzegł możliwość związku przyczynowego między bólami w klatce piersiowej i zmianami organicznymi naczyń wieńcowych. Nie wykluczał przy tym czynnika skurczowego.

Jak widać największe zasługi w wyjaśnieniu tajemnicy „angina pectoris” należą się lekarzom brytyjskim – W. Heberdenowi i E. Jennerowi. Pewien udział w odkryciu miał J. Hunter i wspomniani tutaj C.H. Parry i może jeszcze J. Forthergill.

mgr Katarzyna Florczyk**Kardiowersja jako jedna z metod leczenia migotania przedsionków**

Kardiowersja elektryczna jest bezpieczną i skuteczną metodą pozwalającą na przywrócenie rytmu zatokowego u pacjentów z migotaniem przedsionków. Jest formą leczenia objawowego.

Jako pierwsi metodę tą na początku lat 60-tych zastosowali i opisali Lown i wsp. [1]

Atrakcyjność i wysoka skuteczność tej formy postępowania z uniknięciem działań niepożądanych przyczyniła się do jej rozpowszechnienia.

Wskazania do kardiowersji elektrycznej

Zabieg ten może zostać wykonany u wszystkich pacjentów z migotaniem przedsionków. Z tego względu wskazania do zastosowania kardiowersji elektrycznej dzielimy na nagłe i planowe.

Wskazania nagłe – migotanie przedsionków przebiegające z: [1]

- * zespołem małego rzutu
- * objawową hipotonią
- * ostrą niewydolnością lewokomorową
- * wstrząsem
- * zaburzeniami przepływu mózgowego lub zespołami MAS
- * ostrą niewydolnością wieńcową

Wskazania planowe: [1]

- * migotanie przedsionków utrzymujące się powyżej 48h, które nie było dotychczas umiarkowane lub podjęte próby leczenia farmakologicznego okazały się nieskuteczne
- * objawowe migotanie przedsionków pod postacią nieprzyjemnie, subiektywnie odczuwanej nieregularnej pracy serca lub/i umiarkowanej niewydolności krążenia (I i II stopień wg NYHA)

Zalecenia ACC/AHA/ESC dotyczące kardiowersji elektrycznej u pacjentów z AF: [2]**Klasa I**

(1) W przypadku szybkiej czynności komór, której nie udaje się szybko opanować leczeniem farmakologicznym, u chorych z AF i niedokrwieniem mięśnia sercowego, objawową hipotonią, bólem dławicowym lub HF wskazane jest natychmiastowe wykonanie kardiowersji

2) Natychmiastowe wykonanie kardiowersji elektrycznej jest wskazane u chorych z AF i preekscytacją, jeżeli dochodzi u nich do bardzo szybkiej czynności serca lub zaburzeń hemodynamicznych.

(3) Kardiowersja elektryczna wskazana jest u chorych bez zaburzeń hemodynamicznych, którzy nie akceptują objawów związanych z AF. W sytuacji szybkiego nawrotu AF po kardiowersji można ponowić próby jej wykonania po podaniu leku antyarytmicznego.

Klasa IIa

(1) U chorych z AF kardiowersja elektryczna może być przydatnym elementem długofalowej strategii leczenia.

(2) W przypadkach objawowego lub napadowego AF można powtarzać, choć nieczęsto, kardiowersje elektryczne uwzględniając preferencje chorych.

Klasa III

(1) Nie zaleca się częstych kardiowersji elektrycznych u chorych, u których rytm zatokowy utrzymuje się stosunkowo krótko po takich zabiegach mimo profilaktycznego stosowania leków antyarytmicznych.

(2) Kardiowersja elektryczna jest przeciwwskazana u chorych z zatruciem digoksyną oraz z hipokalemią.

Sposób wykonania kardiowersji elektrycznej [3]

Zabieg kardiowersji elektrycznej powinien być przeprowadzony w warunkach oddziału R, przy współudziale anestezjologa i możliwością pełnego monitorowania funkcji układu krążenia.

Zabieg ten wykonywany jest w krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym celem uniknięcia przykrych doznań bólowych i stresu, prowadzącego do wzrostu stężenia krążących katecholamin, które mogą spowodować wzrost oporności na prąd i zmniejszać szansę uzyskania powrotu rytmu zatokowego.

Pacjent powinien pozostać na czczo na co najmniej 5 h przed planowaną kardiowersją elektryczną. W przypadku wskazań nagłych u pacjenta, który jadł lub czas spożycia ostatniego posiłku jest trudny do ustalenia – wymagane jest odessanie treści żołądkowej lub/i intubacja dotchawicza.

Przed przystąpieniem do wprowadzenia pacjenta w znieczulenie ogólne należy zapewnić dostęp do żyły, wyrównać ewentualne zaburzenia gospodarki kwasowo-zasadowej i wodno-elektrolitowej i przygotować zestaw do reanimacji.

Po znieczuleniu pacjenta przechodzimy do zabiegu kar-

diowersji. Wymagane jest uzyskanie dobrego zapisu EKG z kardiowertera, co zapewnia dobrą synchronizację wyładowania z zespołem QRS. Brak tego efektu może doprowadzić do zablokowania wyładowania lub zainicjować migotanie komór.

Elektrody stosowane do kardiowersji mają powierzchnię ok. 10 cm².

Przykładamy je w okolicy przedsercowej – jedną w okolicy podobojczykowej prawej, drugą w okolicy koniuszka serca (V międzyżebrze w linii środkowoobojczykowej lewej). Nigdy nie należy elektrod przykładać na sutku – może powodować trudno gojące się oparzenia. W niektórych przypadkach (u osób ze wszczepionym układem stymulującym serca w prawej okolicy podobojczykowej) elektrody układamy w położeniu tzw. przednio-tylnym: jedną elektrodę w okolicy uderzenia koniuszkowego, a drugą w okolicy podłopatkowej lewej. Ten typ ułożenia zabezpiecza stymulator przed ewentualnym uszkodzeniem.

Opór elektryczny między łyżkami elektrod a skórą można zmniejszyć stosując specjalne podkładki nasączone elektrolitem. Ze względu na obecność tkanki płucnej między elektrodami a sercem (zmniejszoną ilość dostarczonej energii) impuls należy wyzwalać na wydechu.

W trakcie wykonywania kardiowersji metodą klasyczną początkowy impuls prądu konwertującego powinien wynosić 2 J/kg m.c., a przy braku skuteczności wykonujemy dwa kolejne wyładowania o max. energii 350 lub 360 J, starając się nie przekraczać łącznej energii 1080 J.

W latach 80-tych wprowadzono kardiowersję wewnątrzsercową, jako alternatywną formę wykorzystania impulsu elektrycznego do przerywania migotania przedsionków. W tym przypadku elektrody wprowadza się drogą przeżylną. Podczas pierwszych prób jedną z elektrod lokalizowano w okolicy pęczka Hisa, a drugą na zewnętrznej powierzchni ciała w okolicy międzyłopatkowej i podłopatkowej prawej, dzięki czemu uzyskano powrót rytmu zatokowego u pacjentów po nieskutecznej kardiowersji metodą konwencjonalną.

Podczas dalszych prób umiejscowiono jedną z elektrod w świetle prawego przedsionka a drugą w zatoce wieńcowej lub tętnicy płucnej lewej, co pozwoliło na powrót rytmu zatokowego u ok. 90% pacjentów, u których kardiowersja konwencjonalna okazała się nieskuteczna. Taka konfiguracja elektrod umożliwiła także zastosowanie dawki energii nieprzekraczającą 8 - 10 J.

Ta metoda kardiowersji okazała się lepsza także u osób

otyłych i chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

Kardiowersja przeżylna prądem o niskiej wartości nie wymaga znieczulenia, lecz podania leków sedatywnych. Wykonanie tego rodzaju kardiowersji wymaga od lekarza dużego doświadczenia w wykonywaniu procedur diagnostycznych o charakterze inwazyjnym, wymaganych do prawidłowej lokalizacji elektrod oraz stwarza większe ryzyko powikłań związanych z cewnikowaniem prawego serca. Dlatego też metoda ta jest stosowana tylko w wybranych przypadkach.

Pewną odmianą kardiowersji elektrycznej jest kardiowersja przezprzełykowa. Wykorzystuje one bezpośrednio sąsiedztwo przełyku ze ścianą lewego przedsionka. W tej metodzie prąd przemieszcza się z elektrody umieszczonej w przełyku do elektrod umiejscowionych na klatce piersiowej po obu stronach mostka w rzucie podstawy serca.

Kardiowersja przezprzełykowa nie jest zabiegiem stosowanym powszechnie, głównie ze względu na jej półinwazyjny charakter i poprawę skuteczności zabiegów klasycznych.

Jest metodą alternatywną u pacjentów, u których kardiowersja przezklatkowa nie przyniosła efektu.

Wykonanie kardiowersji elektrycznej jest możliwe także u pacjentów ze wszczepionym stymulatorem lub AICD. Wymaga jednak zastosowania odpowiednich środków ostrożności. Należy zacząć od skontrolowania działania wszczepionego urządzenia przed kardiowersją i natychmiast po niej. Bardzo ważne jest także odpowiednie ustawienie łyżek kardiowertera – możliwie najdalej od wszczepionego urządzenia.

Kardiowersja wewnętrzna, która wykorzystuje niską energię impulsu nie ma wpływu na funkcję stymulatora u pacjentów z elektrodami umieszczonymi w prawym przedsionku i zatoce wieńcowej.

Przeciwwskazania do wykonania kardiowersji elektrycznej: [1]

Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu jest zatrucie preparatami glikozydów naporstnicy.

Do przeciwwskazań względnych zaliczamy:

- * przewidywalny brak skuteczności zabiegu
- * niemożność utrzymania rytmu zatokowego w obserwacji odległej

Konsekwencje kliniczne wynikające z przeprowadzenia kardiowersji znacznie przewyższają ryzyko utrzymywania

nia się zaburzeń rytmu:

- AF z zaawansowanym blokiem p-k
- zespół chorej zatoki
- planowany zabieg kardiochirurgiczny w niedalekiej przyszłości
- nietolerancja leków antyarytmicznych
- znacznie powiększony lewy przedsionek stwierdzony w badaniu ECHO

Powikłania kardiowersji elektrycznej [1]

Kardiowersja elektryczna jest zabiegiem bezpiecznym. Występowanie działań niepożądanych jest niezwykle rzadkie i nie przekracza 1,5 % u pacjentów prawidłowo przygotowanych.

Ryzyko wiąże się przede wszystkim z zaburzeniami rytmu serca i incydentami zatorowymi.

Powszechnie występującym zjawiskiem po zabiegu kardiowersji są oparzenia skóry związane z działaniem prądu na tkankę. Zwykle nie wymagają one leczenia i goją się w ciągu kilku dni.

Sporadycznie obserwowane są:

- * hipotonia
- * nasilenie objawów niewydolności krążenia

- * komorowe zaburzenia rytmu
- * bradykardia zatokowa
- * obrzęk płuc
- * przejściowe uniesienia odcinka ST-T w EKG
- * przejściowy wzrost aktywności enzymów sercowych we krwi.

Skuteczność kardiowersji elektrycznej waha się od 70 - 90%.

Powodzenie kardiowersji zależy od charakteru współistniejącej choroby serca i ładunku elektrycznego dostarczonego do mięśni przedsionków.

1/Opolski G, Torbicki A (red.). *Migotanie przedsionków*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner. Wrocław 2000.

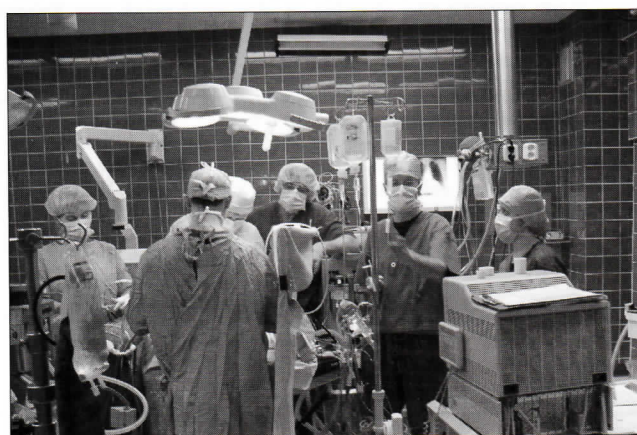
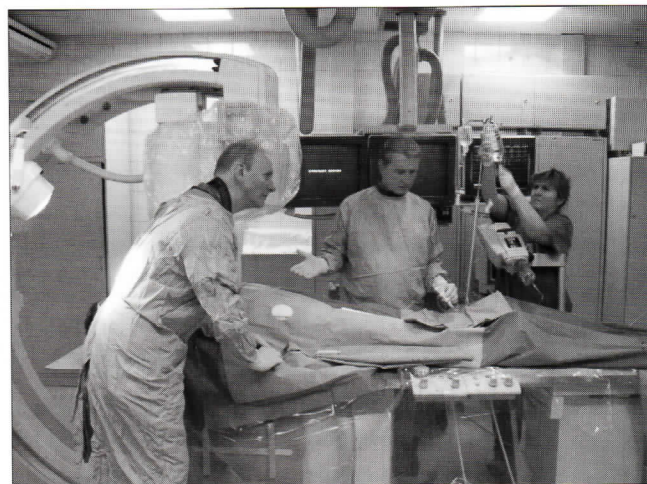
2/Wytyczne ACC/AHA/ESC dotyczące leczenia chorych z migotaniem przedsionków. *Kardiologia Polska* 2006

3/Berent D, Ptaszyński P i inni. *Kardiowersja elektryczna migotania przedsionków – 40 lat od wprowadzenia metody do praktyki klinicznej*. *Forum Kardiologów* 2006, t.11; nr 8-13

ACC -American College of Cardiology

AHA -American Heart Association

ESC -European Society of Cardiology



*Jarek Orkiszewski
Poustańców Śl. 6/10
42-600 Tary. Ciep.*

T. E. dn. 10.10.2008.

*WPROS 2008-10-16
220794/08
KAG-III-P*

*WSS
17.10.2008*

*14.10.08
21.10.08*

*Deputator
Śląskiego Centrum Wojewódzkiego
Narodowego Fundusza Zdrowia
ul. St. Kossutha 13
41-844 Zyrardowice*

Szanowny Panie Deputatorze!

*Taka niedawno pacjent Oddziału Kardiologii i Jele-
teary Śl. A.M., Śląskiego Centrum Chorób Serca
w Zabrze, nieposiadający się nlembie z zabiegu, a to
z powodu sposobu podrażnienia moim przez tamty-
szy personel (przed, w trakcie i po zabiegu), powołały
sobie przesłać Panu kserokopie listu otwartego z po-
chwytami pod adresem kierownika i pozostałego
personelu w/w oddziału w w/w centrum
Chciałoby się, aby spowodował Pan, by inne placówki
Śluzby Zdrowia naszego regionu parły, w ślady Śl.
Centrum Chorób Serca, Chętnie by wówczas było
Leczą a i pacjenci byłiby lecceni miast być ekolo-
użycy, oraz traktowani z godnością i szacunkiem
Kierownik*

WPROS 17.10.2008

*WPROS 22.10.2008
078-1015
2490*

17.10.2008

14.11.2008

- 2 -

*Mimo wszystko wierzę, że przy każdej okazji, on to
wystawiający inną, placówkę, zjedną konferencję,
czy też inną, będzie Pan podkreślał, że Centrum
Kardiologii i Katedry jak i Śl. Centrum Chorób
Serca, to placówka wiedząca w naszym regionie i
w kraju, pod każdym względem, jeżeli nie pisać
to jedna z najlepszych.
Proszę o szczególne ugrzeczenie biurownika oddziału
i placówki. Proszę również w zamian za ich i pozosta-
tą część personelu zastąpić dla choroby, u miarę moż-
liwości pamiętać o ich potrzebach.
Nie zapominać o konieczności doposażeniu oddziału
i placówki u niezobowiązująco sprzęt z tre-
tować Centrum Serca przygotowane pod każdym ur-
głędem. Proszę Panu, iż pacjent, który został tak
bardzo wrednie postępowany jak ja, piszący pod-
wisy pod adresem Śl. oddziału, to o uderzenie!
Bardzo trudno było mi patrzeć przykroję i trudniej
u skłócać doznaniem usterkę nie powodując
uśmiechu. Zarządzeniem i znowu usterką i jak usterką
z treści mojego listu otwartego, warto było czego
Panu Deputatorze i całej Panie Zarządzie również
z podziękowaniami*

Z poważaniem

K. Orkiszewski

NFZ Narodowy Fundusz Zdrowia
Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach

14.11.2008

znak WSS-II-078-1015/...-W-mz08 Katowice, dnia 14.11.2008 r.

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

Upewniam informuję, że dnia 16 października 2008 r. do Śląskiego Oddziału Funduszu
wysłano pismo ubezpieczeniowe – Pana Karola Orkiszewskiego, stanowiące podziękowanie dla
personelu medycznego I Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii ŚUM.

W związku z powyższym w załączeniu przesyłam kserokopie ww. pisma.

Z poważaniem

James Markiewicz

Załącznik: 1
Kserokopia pisma Pana Karola Orkiszewskiego

W. N. M. O. B.

Śląski Oddział Wojewódzki, ul. Szpitalna 13, 40-044 Katowice
tel. 032 736 17 00, fax: 032 254 18 94, e-mail: sekretariat@nfz-slaskie.pl

Szanowny Pan
Prof. dr hab. n. med. Marian Zembala

Szanowny Panie Profesorze w imieniu własnym i całej mojej rodziny pragnę
podziękować Panu i całemu zespołowi pracowników Śląskiego Centrum Chorób
Serca w Zabrze za ogromne zaangażowanie i wkład pracy wniesiony w urato-
wanie mojego życia poprzez dokonanie przeszczepu płuca.

W czasie pobytu w Centrum Chorób Serca w Zabrze spotkałem się z wielką
życzliwością ze strony całego personelu szpitala, który okazał mi wiele wyrozum-
miałości, cierpliwości i taktu.

Pragnę szczególne podziękowania i słowa uznania skierować do Pana dr. n.
med. Jacka Wojarskiego, który dokonał przeszczepu, Pana dr. n. med. Sławomira
Żeglenia, Pani doc. dr hab. med. Ewy Kucewicz-Czech. Wyrażam dla Państwa
słowa wdzięczności za okazanie zaangażowanie w ratowanie mojego życia oraz
fachowość w działaniu

Ogromnym wkładem pracy i profesjonalizmem wykazał się także cały personel
pielęgniarski, któremu również jestem wdzięczny i składam słowa podziękowa-
nia.

Z całą pewnością mogę stwierdzić, że jakość świadczonych przez Państwa
usług na najwyższe wyróżnienia i uznanie.

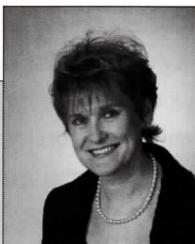
Szanowny Panie Profesorze pragnę podziękować i pogratulować Panu stwo-
rzenia tak wspaniałego, profesjonalnie przygotowanego do wykonywania swoich
zadań, zespołu pracowników.

Przekazuję Panu oraz całemu zespołowi pracowników życzenia wszelkiej
pomyślności, wielu sukcesów osobistych i zawodowych, osiągnięcia obranego
celu oraz tego, by podejmowany trud był źródłem satysfakcji dla Pana oraz
całego zespołu.

Z poważaniem
Pacjent – Jerzy Banys
uraz z rodziną

mgr Irena Młynarczyk

Edukacja zdrowotna- utopia czy niewykorzysta- ne możliwości ?



zatytułowana publikacja podsunęła mi temat artykułu i myśl podzielenia się z państwem informacjami i doświadczeniem w tym zakresie.

Powszechnie uważa się, że właściwie prowadzona edukacja zdrowotna pacjentów może znacznie złagodzić przebieg chorób przewlekłych, spowolnić ich postęp i zmniejszyć częstość powikłań. Może obniżyć koszty opieki zdrowotnej poprzez mniejszą liczbę porad lekarskich lub skrócić czas hospitalizacji. Jednocześnie może dać poprawę stanu zdrowia i jakości życia.

Edukacja zdrowotna zawsze była integralnym elementem zdrowia publicznego, jej znaczenie dostrzegała już medycyna starożytnej Grecji. Medycyna ta nastawiona była w pierwszym rzędzie na prewencję, lekarz był przede wszystkim „stróżem zdrowia” dostarczał wskazówek, jak należy postępować, by jak najdłużej zachować zdrowie.

Ten dział medycyny nazywał się „higieną” (patronowała jej bogini Higieja), a jej przedmiotem była „dieta”, co u Greków znaczyło służący zdrowiu tryb życia człowieka. Zakres i formy edukacji zdrowotnej ewoluowały dyktowane nowymi problemami i wyzwaniem zdrowotnymi. W miarę uświadamiania sobie jej niebagatelnej znaczenia zwrócono uwagę na czynniki decydujące o skuteczności podejmowanych działań; wywołanie określonej zmiany w ludziach, głównie- choć nie wyłącznie- w ich świadomości.

Kształtowanie prozdrowotnych zachowań polega na przekazywaniu informacji (dotyczącej zdrowia) popartej zwykle odpowiednią argumentacją; odwoływaniem się do cenionych przez jednostkę wartości i możliwością zrealizowania ważnych życiowo celów: kariery zawodowej, rodzinnego szczęścia.

Oddziaływanie motywacyjne może też polegać na operowaniu strachem. Wskazuje się wtedy na szkody zdrowotne oraz idące w ślad za nimi ewentualne inne straty życiowe, które może za sobą pociągnąć zły stan zdrowia, spowodowany własnym zachowaniem.

Przekaz edukacyjny może mieć formę indywidualnej rozmowy pomiędzy chorym a personelem medycznym lub zapisu pośredniego: książki, broszury, ulotki, plaka-

ty, materiały audiowizualne itd.

Osoby, do których adresowana jest edukacja zdrowotna, zróżnicowane są ze względu na pewne cechy: stan zdrowia, (osoby zdrowe, z grupy wysokiego ryzyka, chore i osoby wyleczone), płeć, wiek, poziom wykształcenia, a także zmienne kulturowe, na które składają się właściwie określonym grupom społecznym wzory zachowań i normy.

Warto zauważyć, że tradycyjna edukacja zdrowotna była zorientowana przede wszystkim na prewencję. Współcześnie akcentuje się promocję i coraz bardziej docenia edukację związaną z terapią i rehabilitacją.

Począwszy od lat 70. ubiegłego wieku w USA następuje szybki rozwój edukacji pacjentów; powstają sformalizowane szkolenia dla chorych i ich rodzin.

Stwierdzono wówczas, że programy, które odbywają się według określonego wcześniej harmonogramu odnoszą większy skutek niż spontaniczne i niesystematycznie prowadzone.

W latach 80. skupiono się na ekonomicznym aspekcie opieki zdrowotnej, na szacowaniu i kontroli kosztów świadczeń medycznych. Wprowadzono także w szpitalach przygotowywanie pacjentów do wypisu do domu.

Polski system opieki zdrowotnej przeżywa od pewnego czasu podobną ewolucję, a w dobie akredytacji szpitali edukacja pacjentów budzi coraz większe zainteresowanie.

Istotnym elementem dla wdrażania programów zdrowotnych jest mechanizm koordynacji. Tam, gdzie edukacja odbywa się na kilku oddziałach i obejmuje różne działania wymaga nie tylko sprawnego przebiegu informacji, ale również rozdziału odpowiedzialności za ich realizację.

Uwzględnienie edukacji chorych w szpitalu powinno łączyć się z umieszczeniem jej w planie strategicznym placówki. i wspieraniem odpowiednich działań.

American Hospital Association (Stowarzyszenie Szpitali Amerykańskich) proponuje kilka, spośród wielu, możliwości koordynacji i zarządzania edukacją w strukturze szpitala.

Oto niektóre:

1. Zarząd szpitala może nałożyć obowiązek prowadzenia szkoleń dla pacjentów na istniejącą już w szpitalu jednostkę organizacyjną, która zajmie się opracowaniem programu szkoleń i organizacją zajęć;
2. Może powołać nową komórkę, która będzie całkowicie odpowiadać za prowadzone w tym zakresie

działania;

3. Może stworzyć stanowisko koordynatora ds. edukacji pacjentów na oddziałach klinicznych i powołać odpowiedni zespół z nałożeniem na niego obowiązku wdrażania i kontynuacji programów.

Zakres czynności koordynatora lub kierownika edukacji zdrowotnej będzie różny w zależności od polityki szpitala, a on sam przyjmować wyodrębnione funkcje np.:

- koordynowania ogólnoszpitalnego programu edukacji, analizowania potrzeb chorych w tym zakresie, stworzenia ośrodka informacyjnego;
- nawiązywania współpracy z osobami i oddziałami w szpitalu, opracowania programu szkoleń dla pacjentów oraz personelu medycznego i konsultowania ich z innymi kierownikami lub pracownikami medycznymi;
- zajmowania się zbieraniem już istniejących materiałów (publikacji, pomocy dydaktycznych) i rozpowszechniania ich wśród chorych, informowania personelu o planowanych szkoleniach i dostępnych materiałach;
- prowadzenia lub organizowania szkoleń podyplomowych personelu medycznego w umiejętności aktywnych metod nauczania pacjentów, instruktaży indywidualnych i grupowych;
- bezpośredniej edukacji chorych wg wcześniej ustalonego harmonogramu w ramach realizowanej opieki zdrowotnej;
- prowadzenia szkoleń grupowych dla pacjentów przebywających w szpitalu oraz wypisanych do domu (jako kontynuacja edukacji rozpoczętej w czasie pobytu na oddziale);
- planowania wypisu chorego i nawiązywania kontaktu z placówką podstawowej opieki zdrowotnej (z lekarzem rodzinnym, przychodnią rejonową lub specjalistyczną) dla zapewnienia ciągłości zachowań zdrowotnych.

Oczywiście nie jest możliwe pełnienie wszystkich wymienionych funkcji jednocześnie. Próby obarczenia tym obowiązkiem osoby pracującej na oddziale grozi zwykle nieskutecznością jej działań z powodu przeciążenia zbyt dużą ilością pracy.

Na formę i treść szkoleń wpływają potrzeby edukacyjne pacjentów i ich rodzin. W dużym stopniu zależą one od wieku, typu schorzenia, przebiegu klinicznego, częstości hospitalizacji, złożoności samokontroli choroby, niesprawności fizycznej i ograniczeń zdolności

do uczenia się chorego.

Wydaje się, że zasadniczym kierunkiem edukacji zdrowotnej w Polsce powinno być poszerzanie wiedzy pracowników medycznych na temat sposobów uczenia oraz ujednoczenie informacji uzyskiwanych przez pacjentów i posiadanych przez personel.

Jesteśmy świadkami niebywałego rozwoju medycyny, szczególnie kardiologii. Coraz więcej wiemy o przyczynach chorób układu krążenia. Osiągnięcia w zakresie diagnostyki, terapii i profilaktyki powinny być sukcesywnie wdrażane w programy edukacyjne.

Żeby uzmysłwić sobie jak różne i często rozbieżne są oczekiwania i wiedza pacjentów nt. czynników ryzyka, istotnie wpływających na poprawę rokowania w chorobie wieńcowej, posłużę się przykładami.

W ankietowanej 189. osobowej grupie chorych przyjętych do szpitala w celu wykonania koronarografii, stwierdzono m.in. że tylko co 5. badany wie jakie ma stężenie cholesterolu, 25,9% z tej grupy nie znało prawidłowej wartości ciśnienia tętniczego krwi, a niektórzy z aktualnie palących papierosy nie zamierzali zerwać z nałogiem pomimo świadomości jego szkodliwego działania. Większość chorych potrafiła powiedzieć, na czym polega koronarografia, ale tylko, co 3. osoba wiedziała, że jest to badanie diagnostyczne.

Inny przykład dotyczy braku wystarczającej wiedzy nt. przyjmowanych leków.

Pierwszy uwidacznia wyraźne braki w zakresie zasad bezpiecznego stosowania acenokumarolu i stopnia znajomości zakresu terapeutycznego INR (Międzynarodowy Znormalizowany Współczynnik), jego interakcji z innymi lekami i pożywieniem.

Drugi przyjmowania nitrogliceryny. W związku z brakiem edukacji dotyczącej właściwego i bezpiecznego stosowania nitrogliceryny mnożą się incydenty przedawkowania, zwiększa się ryzyko częstszych hospitalizacji z powodu hipotonii, nagłych utrat przytomności, zasłabnięć. Szacuje się, że średnio 32% chorych zażywa nitroglicerynę z innych wskazań niż ból w klatce piersiowej np. w przypadku kołatania serca, zaburzeń rytmu, duszności, stresu emocjonalnego, omdlenia.

Tylko nieliczni dokonują pomiaru ciśnienia tętniczego przed zażyciem leku.

Badaniu poddano nie tylko postawy pacjentów wobec edukacji zdrowotnej.

W 2001 roku w Zakładzie Promocji Zdrowia Państwo-

wego Zakładu Higieny poddano analizie czynniki determinujące chęć podejmowania edukacji pacjentów u 415 lekarzy specjalności podstawowych. Badanie to potwierdziło istnienie różnorodnych przeszkód dla działalności tego rodzaju, m.in. niska ich ranga i zbytnia trudność.

Stwierdzono, że płeć, wiek i miejsce pracy nie miały związku z żadnym z badanych czynników.

Wszyscy respondenci stwierdzili, że w swojej pracy zawodowej edukują pacjentów, przy czym 44,3% czyni to zawsze, a 51,0% - czasami. Niemal połowa badanych lekarzy była zdecydowanie przekonana o potrzebie edukacji: jest „konieczna”, „niezbędna, nierozdzielnie związana z procesem leczenia”. Co dziesiąty wyraził zastrzeżenia i opinie negatywne, np.: „nie zawsze możliwa do realizacji”, „nie wszyscy pacjenci się nadają”.

Wśród dodatnich stron tego procesu wymieniano przede wszystkim skutki poznawcze dla pacjenta, takie, jak: „wzrost świadomości”, „wzrost wiedzy”, „lepszą orientację”.

Jedna czwarta wskazywała na poprawę współpracy z pacjentem, „aktywne uczestnictwo w leczeniu”, „lepsze porozumienie”, „zaufanie do lekarza”.

Przeciętnie, co piąty badany zwrócił uwagę na profilaktykę zachorowań i skutki behawioralne co artykułowano jako: „zapobieganie chorobom”, „mniejsza umieralność”, „poprawa stanu zdrowia społeczeństwa”, a także jako „rozwój promocji zdrowia”.

Kolejna grupa uznała, za plus zmianę zachowań pacjenta: „samokontrola”, „przyjmowanie odpowiedzialności za swoje zdrowie”, „dostosowanie się do wskazówek”, „dbanie o siebie.” Podobna liczba badanych lekarzy stwierdziła ułatwienie procesu leczenia, czyli: „lepsze wyniki terapii”, „skuteczniejsze leczenie”, „ułatwienie pracy” itp.

Trzech lekarzy z grupy przed szkoleniem stwierdziło, że edukacja chorego nie przynosi żadnych korzyści.

Respondenci, którzy wskazali ujemne strony, najczęściej podnosili kwestię czasochłonności tego procesu oraz zwracali uwagę, że wzrost świadomości pacjentów może prowadzić do samoleczenia, konfliktów z lekarzem i rozwoju postaw roszczeniowych: „będą chcieli leczyć się sami”, „będą sami podejmować często ryzy-

kowe decyzje”, „przeedukowany pacjent jest trudny do prowadzenia”.

Niemal co dziesiąty badany wskazywał, że minusem są trudności w kontakcie z pacjentem: „pacjenci nie rozumieją”, „niskie jest zainteresowanie pacjentów”, „niechęć do współpracy”, „niektórych nie da się edukować”.

Co dwudziesty lekarz w grupie „przed” zwrócił uwagę na potencjalnie jatrogenne skutki edukacji: „często, zwłaszcza przy chorobach ciężkich - depresje”, „dezorientacja”, „nadmiar informacji przytłacza pacjenta”, „zniechęcenie do leczenia”, „przesadne traktowanie pewnych zagadnień”.

Wśród czynników, które stanowiły przeszkodę, niemal połowa badanych wymieniła brak czasu, biurokrację oraz nadmiar pacjentów; co dziesiąty podał niewłaściwą reakcję pacjenta, co wyrażało się opiniami takimi jak: „brak współpracy z pacjentem”, „brak zaufania pacjenta”, „zły układ z pacjentem” „brak widocznego porozumienia”, a także „niski poziom wykształcenia pacjentów”, „utarte nawyki pacjentów”.



Spośród elementów ułatwiających edukowanie na pierwszym miejscu znalazły się materiały informacyjne, które można rozdawać chorym, następnie - potrzeba profilaktyki i promocji zdrowia.

Z całą pewnością wartością efektywnej współpracy z pacjentem jest pewien minimalny poziom wiedzy zdrowotnej pozwalający mu zrozumieć celowość proponowanych

działań.

Przykłady, jakimi się posłużyłam wskazują, że wiele w tym zakresie jest jeszcze do zrobienia.

Układ partnerski edukowany świadomy pacjent- odpowiednio przygotowany pracownik medyczny, to warunek efektywnego funkcjonowania nowoczesnej medycyny praktycznej.

Dwudziesty pierwszy wiek to nie tylko era zapewnienia ludziom lepszej opieki zdrowotnej, ale również niepomniernie większa indywidualna odpowiedzialność.

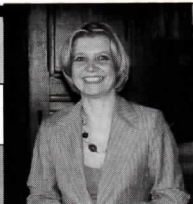
Piśmiennictwo:

1. Szczecińska Katarzyna: Organizacja edukacji zdrowotnej pacjentów...; 2. Kubica Aldona i in. Skuteczna edukacja zdrowotna- utopia czy niewykorzystane możliwości kardiologii, *Cardiovasc. Forum*, 2007; 12(1/2): s.13-17; 3. Bachórzewska-Gajewska Hanna i in. Znajomość czynników ryzyka choroby wieńcowej wśród pacjentów hospitalizowanych celem wykonania koronarografii oraz ich oczekiwania po badaniu. *Prz.Kardiadiabetol.*, 2007; 2 (1): s.35-40; 4. Rawicka-Powierza Jolanta i in.: *Wiedza o*

mgr Bożena Krymska

Przewodnicząca Zespołu ds. Promocji Zdrowia
Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze

Wyprzedź cukrzycę



Pogram edukacyjno- zdrowotny wczesnego wykrywania cukrzycy i innych hiperglikemii jako prewencji chorób układu sercowo- naczyniowego

Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że w 1985 roku było na świecie 30 mln ludzi chorujących na cukrzycę, 10 lat później 135 mln, a w roku 2000 - 17-1 mln. Przewiduje się, że w roku 2030 będzie około 366 mln ludzi chorych na cukrzycę. Na świecie każdego roku z powodu powikłań, które powoduje cukrzyca umiera około 3,2 mln ludzi. Cukrzyca stała się jedną z głównych chorób cywilizacyjnych

W Polsce wykryto cukrzycę u ponad 1,5 miliona osób. Chorych jest jednak znacznie więcej (ponad 2 mln). Szacuje się, że połowa cukrzyków nie wie o swojej chorobie. Chorzy zgłaszają się do lekarza, po kilku latach od zachorowania, gdy cukrzyca jest zaawansowana a jej objawy nasilone. U 25% pacjentów stwierdza się powikłania cukrzycowe.

Cukrzyca (*diabetes mellitus*) to, zgodnie z definicją WHO, grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się podwyższonym poziomem cukru we krwi wynikającą z defektu wydzielania lub działania insuliny.

Insulina to hormon o działaniu ogólnoustrojowym, odgrywający zasadniczą rolę przede wszystkim w metabolizmie węglowodanów, lecz także białek i tłuszczów. Nazwa **insulina** z łac. *insula* - wyspa, pochodzi od wysepek Langerhansa trzustki, gdzie insulina jest produkowana. Insulina produkowana jest przez komórki β (komórki B) wysp trzustki. Najważniejszym bodźcem do produkcji insuliny jest poposiłkowe zwiększenie stężenia glukozy we krwi.

Cukrzyca nie jest chorobą jednolitą. Wyróżnia się kilka postaci choroby, z których najpowszechniejsze to:

- typ 1
- typ 2

Cukrzyca typu 1

Dawniej nazywana insulinozależną, IDDM (Insulin Dependent Diabetes Mellitus) lub typu dziecięcego) – jest spowodowana rzeczywistym brakiem insuliny na skutek uszkodzenia komórek Beta wysp Langerhansa trzustki. Jedynie te komórki mogą wytwarzać insulinę. Choroba pojawia się najczęściej u dzieci i osób młodych, choć może się rozpocząć nawet po 80. roku życia. Leczenie wymaga stałego podawania insuliny. Zwykle

przyczyną choroby jest uszkodzenie komórek β przez własny **układ odpornościowy** (autoagresja, stąd również nazwa: cukrzyca autoimmunologiczna). Tempo niszczenia komórek może być szybkie lub wolne. Postać szybko postępująca zwykle występuje u dzieci. Wolno postępująca postać cukrzycy występująca u dorosłych, nosi nazwę utajonej cukrzycy autoimmunologicznej dorosłych (**LADA** -Latent Autoimmune Diabetes in Adults)).

Cukrzyca typu 2

Dawniej nazywana insulinoniezależną, NIDDM (Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus) – to najczęstsza postać cukrzycy. U chorych zaburzone jest zarówno działanie, jak i wydzielanie insuliny, przy czym dominującą rolę może odgrywać jedna lub druga nieprawidłowość. Chorzy są mało wrażliwi na działanie insuliny (insulino oporność). Zwykle w początkowej fazie choroby insulina jest wydzielana w większej ilości – ale niewystarczająco do zwiększonych insulinoopornością potrzeb organizmu. Po pewnym czasie jej wydzielanie spada wskutek zniszczenia nadmiernie obciążonych komórek β wysepek Langerhansa. Dokładne przyczyny rozwoju tych zaburzeń nie są jeszcze poznane. Leczenie polega zazwyczaj na redukcji masy ciała, stosowaniu diety, wysiłku fizycznego oraz doustnych leków przeciwcukrzycowych, u części chorych po pewnym czasie trwania choroby konieczna jest insulinoterapia. Ta postać cukrzycy niejednokrotnie umyka przez wiele lat rozpoznaniu, gdyż hiperglikemia nie jest na tyle wysoka, by wywołać klasyczne objawy cukrzycy. Tym niemniej u chorych w tym czasie mogą już powstawać powikłania cukrzycy. Cukrzyca typu 2 występuje najczęściej u osób starszych, z otyłością lub innymi zaburzeniami metabolicznymi. Otyłość, zwłaszcza nadmiar tkanki tłuszczowej u okolicy brzusznej, powoduje oporność na insulinę.

Powikłania cukrzycy

Nieleczona lub źle kontrolowana cukrzyca może prowadzić do występowania poważnych powikłań, takich jak:

- choroba wieńcowa
- choroba niedokrwienna ośrodkowego układu nerwowego
- neuropatia cukrzycowa
- retinopatia cukrzycowa
- nefropatia cukrzycowa
- zespół stopy cukrzycowej

Cukrzyca znacząco zwiększa ryzyko zawału serca, zwłaszcza u ludzi: z wysokim ciśnieniem tętni-

czym, z dużym poziomem cholesterolu, z nadwagą, palących. U chorych na cukrzycę może ulegać podwyższeniu poziomu cholesterolu oraz tłuszczów we krwi, co prowadzi do rozwoju miażdżycy. Tworzące się w naczyniach blaszki miażdżycowe powodować mogą między innymi wystąpienie objawów niedokrwienia serca a nawet zawału

U pacjentów z cukrzycą może dojść do występowania podwyższonego ciśnienia tętniczego. Należy regularnie sprawdzać u tych chorych wartości ciśnienia tętniczego, powinni oni także regularnie przyjmować leki przepisane przez lekarza. Niekontrolowane nadciśnienie może prowadzić do rozwoju chorób nerek, oczu i układu sercowo naczyniowego.

Cukrzyca zwiększa ryzyko uszkodzeń mózgu i uszkodzenia układu nerwowego. Badania wskazują, że około 50% cukrzyków cierpi na nią w różnym stopniu. Największym ryzykiem wystąpienia tego powikłania jest często utrzymujący się wysoki poziom glukozy we krwi. Neuropatia dzieli się na:

- **polineuropatię** - następuje uszkodzenie nerwów w kończynach. Objawia się zaburzeniami lub utratą czucia w kończynach.
- **neuropatię autonomiczną** - uszkodzeniu ulega autonomiczny układ nerwowy zawiadujący nieświadomymi procesami zachodzącymi w organizmie. Objawy są bardzo różne w zależności od lokalizacji uszkodzeń. Do najczęstszych należą:
 - ◆ zaburzenia pracy serca
 - ◆ nieprawidłowości ciśnienia tętniczego
 - ◆ zaburzenia pracy przewodu pokarmowego
 - ◆ zaburzenia w oddawaniu moczu

Neuropatia może być także przyczyną impotencji u mężczyzn chorych na cukrzycę.

Cukrzyca zwiększa ryzyko wystąpienia chorób oczu: uszkodzeń siatkówki oraz zaćmy, czyli zmian w soczewce prowadzących do jej zmętnienia. W skrajnej postaci powikłania mogą prowadzić do utraty wzroku. Badania wykazały, że po 15 latach trwania cukrzycy retinopatia występuje u 10% chorych

Cukrzyca zwiększa ryzyko uszkodzenia funkcji nerek. Leczenie polega na dializowaniu lub przeszczepie nerki.

Cukrzyca zwiększa ryzyko powstania zmian chorobowych w naczyniach krwionośnych i układzie nerwowym. Może to prowadzić do owrzodzeń i zakażeń a w konsekwencji do amputacji palca, stopy lub całej nogi. Cukrzyca jest najczęstszym, obok wypadków, powodem amputacji kończyn dolnych.

Cukrzyca typu 2 może nie dawać żadnych objawów.

1. Najlepszą metodą wczesnego wykrywania cukrzycy jest oznaczenie poziomu glukozy we krwi.
2. Badanie cukru we krwi należy wykonywać regularnie co najmniej raz na trzy lata u wszystkich osób po 45 roku życia.
3. U niektórych osób należy to badanie wykonywać niezależnie od wieku raz na rok. Należą do nich osoby:
 - z nadwagą (BMI \geq 25kg/m²),
 - z cukrzycą występującą w rodzinie (rodzeństwo lub rodzice),
 - mało aktywne fizycznie,
 - u których w poprzednim badaniu stwierdzono nieprawidłową glikemię na czczo ($>$ 100mg/dl, $>$ 5,6mmol/l) lub nietolerancję glukozy,
 - z przebytą cukrzycą ciężarnych,
 - kobiety, które urodziły dziecko o masie ciała $>$ 4kg,
 - z nadciśnieniem tętniczym (\geq 140/90mmHg),
 - z hiperlipidemią (HDL $<$ 40mg/dl, $<$ 1,0 mmol/l i/lub TG $>$ 250mg/dl, $>$ 2,85mmol/l),
 - z zespołem policystycznych jajników,
 - z chorobą układu sercowo- naczyniowego.

O cukrzycy mogą świadczyć następujące objawy:

- zwiększone pragnienie,
- apatia, osłabienie, nadmierna senność,
- zwiększona ilość wydalanego moczu,
- nawracające zakażenia grzybicze, np. narządów płciowych,
- zapach acetonu z ust.

Prawidłowe stężenie glukozy we krwi na czczo wynosi: poniżej 100 mg/dl (5,6 mmol/l)

Badanie poziomu glukozy we krwi wykonuje się na czczo, czyli po upływie co najmniej 6 godzin od spożycia ostatniego posiłku.

Prawidłowe stężenie	Stan przedcukrzycowy	Cukrzyca
poziom glukozy we krwi	poniżej 100mg/dl (5,6 mmol/l)	100-125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l) od 126 mg/dl od 7,0mmol/l)

Stan przedcukrzycowy to stan dużego ryzyka rozwoju cukrzycy. Rozpoznanie stanu przedcukrzycowego oznacza konieczność zmiany stylu życia.

JAK ZAPOBIEGAĆ CUKRZYCY?

Należy prowadzić zdrowy styl życia, który polega na:

- utrzymaniu prawidłowej wagi ciała,
- zwiększeniu aktywności fizycznej,
- prawidłowym odżywianiu,

- okresowym kontrolowaniu stężenia glukozy we krwi.

Czy mam nadwagę?

Do oceny nadwagi i otyłości można posłużyć się wskaźnikiem BMI.

$$BMI = \frac{kg}{m^2}$$

Aby obliczyć BMI należy podzielić masę ciała w kilogramach przez wzrost w metrach podniesiony do kwadratu

BMI (kg/m ²)	Interpretacja wskaźnika
poniżej 18,5	niedowaga
18,5 – 24,9	prawidłowa masa ciała
25 – 29,9	nadwaga
30 – 34,9	otyłość
powyżej 35	otyłość olbrzymia

Nie tylko ilość, ale i rozmieszczenie tkanki tłuszczowej w organizmie ma wpływ na ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia. Szczególnie niekorzystna jest otyłość brzuszna, polegająca na gromadzeniu dużej ilości tłuszczu w okolicy brzucha. Aby ocenić otyłość brzuszną, należy dokonać pomiaru obwodu pasa na wysokości 2,5 cm powyżej pępka.

Otyłość brzuszną rozpoznaje się, gdy obwód pasa wynosi:

u kobiety ponad 88cm

u mężczyzny ponad 102 cm

Otyłość sprzyja występowaniu cukrzycy typu 2, zaburzeń lipidowych, nadciśnieniu tętniczemu, chorobie niedokrwiennej serca; prowadzi do rozwoju zespołu metabolicznego i zwiększa ryzyko powstawania zakrzepów w naczyniach krwionośnych.

Jak zmniejszyć masę ciała?

W celu zmniejszenia wagi ciała należy:

- ograniczyć spożycie kalorii poprzez zmniejszenie spożycia tłuszczów, cukru i słodczy, a zwiększenie spożycia warzyw i owoców oraz błonnika pokarmowego.
- zwiększyć aktywność fizyczną poprzez ćwiczenia fizyczne – szybki marsz, pływanie, jazda rowerem przez co najmniej 30-45 min 3-4 razy w tygodniu.

Prawidłowo się odżywiaj !

Prawidłowa dieta to taka, która utrzymuje wagę ciała na prawidłowym poziomie (BMI =18,5 – 24,9) i dostarcza w wszystkich składnikach pokarmowych (tłuszczów, węglowodanów i białka) w odpowiednich proporcjach:

białko z niezbędnymi aminokwasami 1 g/kg m. c.

węglowodany 4 g/ kg m. c.

tłuszcze 1 g/ kg m. c.

Najważniejsze zasady dietetyczne

1. Należy kontrolować swoją masę ciała i dążyć do utrzymania jej na odpowiednim poziomie.
2. Warto włączyć do diety tłuste ryby morskie co najmniej 2 razy w tygodniu.
3. Codziennie należy zjeść kilka porcji warzyw i owoców.
4. Tłuszcze nasycone (zwierzęce) należy zastąpić tłuszczami jednonienasyconymi i wielonienasyconymi (roślinnymi).
5. Należy kontrolować ogólną ilość tłuszczów w codziennej diecie.
6. Korzystnym składnikiem jest błonnik, który znajduje się w fasoli, grochu, płatkach owsianych i soczewicy.
7. Do przyprawiania potraw zamiast soli należy stosować zioła.
8. Należy unikać potraw słodkich: ciast, ciasteczek i słodkich napojów.
9. Należy pamiętać, że do utrzymania lub zmniejszenia masy ciała oprócz prawidłowej diety potrzeba również zwiększonej aktywności fizycznej.

Dieta niskokaloryczna

Główna zasada to przewaga wydatkowania energii nad jej podażą.

- > Zjadaj małe porcje, wstawaj od stołu z uczuciem nie dosytu,
- > Unikaj podjadania między posiłkami, jeśli musisz to jedz surowe owoce i warzywa,
- > Odżywianie powinno być oparte na świeżych, nie przetworzonych i urozmaiconych środkach odżywczych,
- > Produkty pełnoziarniste z dużą zawartością włókien, kleje, owoce, jarzyny wspierają czynność przewodu pokarmowego i tym samym ogólne działanie odtruwające organizmu,
- > Mięso i jaja powinno się spożywać tylko 1-3 razy w tygodniu, wybieraj mięso chude i białe,
- > Innymi nośnikami białka są produkty z soi, produkty pełnoziarniste i mleczne, ryby, owoce morza, rośliny strączkowe i grzyby,
- > Ogranicz spożycie produktów obfitujących w tłuszcze,
- > Cukru, szczególnie rafinowanego, należy spożywać jak najmniej (należy uważać na słodczy, napoje)
- > Wypijaj przynajmniej 2 litry wody mineralnej i niesłodzonych soków owocowych lub warzywnych.

KALORYCZNOŚĆ ALKOHOLU

- likier 25 g (1 kieliszek) – 75 kcal

- szampan 100 g (1 kieliszek) – 86 kcal
- wino wytrawne 100 g (1 kieliszek) – 95 kcal

Wzbogac dietę w:

- > ryby morskie: (tłuste ryby morskie to: makrela, sardynka, sardela, łosoś, śledź, tuńczyk) należy spożywać ryby morskie 2-3 razy w tygodniu 100 g
- niekorzystne jest smażenie ryb w głębokim tłuszczu
- owoce i warzywa, które są niskokaloryczne, o małej zawartości tłuszczów, i bogatym źródłem błonnika i składników mineralnych oraz witamin:
- należy spożywać co najmniej 400-500g warzyw i owoców dziennie w 5 porcjach,
- jedna porcja to około 80-100g
- owoce najlepiej spożywać surowe,
- warzywa należy spożywać surowe, gotowane w wodzie i na parze,
- suszone owoce są bogate w kalorie, należy kontrolować ich spożycie.
- > błonnik pokarmowy:
- zaleca się spożywanie 25 g błonnika dziennie, w większych ilościach błonnik znajduje się w produktach zbożowych z pełnego przemiału, płatkach śniadaniowych, owocach i warzywach,

pokarmy bogate w błonnik są zazwyczaj sycące i niskokaloryczne,
-przy spożywaniu większej ilości błonnika należy pić dużo płynów.

Zalecana aktywność fizyczna:

Ćwiczyć należy systematycznie , co najmniej 4-5 razy w tygodniu, a nawet codziennie. Codziennie należy ćwiczyć nie krócej niż 30-45min (5-10 min rozgrzewka, 20-30 min ćwiczenia właściwe, 5-10 min spokojne ćwiczenia). Najkorzystniejszy dla organizmu jest wysiłek od „dość lekkiego” do „trochę wyczerpującego”.

Formy wypoczynku:

Zalecane są następujące formy wypoczynku:

- spacer, jazda na rowerze, gimnastyka, taniec, pływanie, bieganie,
- codzienne czynności, np. wchodzenie po schodach.

Poziom aktywności fizycznej skonsultuj z lekarzem lub fizjoterapeutą

mgr Halina Pisarska

Nadciśnienie tętnicze



Nadciśnieniem tętniczym nazywamy chorobę, która objawia się zbyt silnym biciem serca - serce pracuje z większym wysiłkiem, niż jest to potrzebne, wobec czego ciśnienie skurczowe jest za wysokie. Objawem jest utrwalone podwyższenie ciśnienia tętniczego (skurczowego i rozkurczowego) powyżej normy określonej przez WHO (Światową Organizację Zdrowia) wynoszącej 139 mm Hg (dla ciśnienia skurczowego „górnego”) oraz 89 mm Hg (dla ciśnienia rozkurczowego „dolnego”)

Nadciśnieniem tętniczym — nazywamy utrwalone podwyższenie ciśnienia tętniczego powyżej normy .

Nadciśnienie rozpoznaje się po uzyskaniu wyników wielokrotnych pomiarów, wykonywanych najczęściej powszechnie znaną metodą Riva-Rocci z użyciem uciskowego mankietu gumowego. Kilkakrotne wyniki pomiaru ciśnienia powyżej 140/90 mm Hg wskazują na rozwój

choroby

Nadciśnienie tętnicze samoistne jest chorobą:

-Przewlekłą, postępującą, o charakterze zmiennym, chwiejnym, o różnym okresie trwania, powodującą zmiany w ścianach naczyń krwionośnych.

U dorosłych w wieku 18 roku życia wyróżnia się następujące klasy ciśnienia tętniczego;

- Ciśnienie prawidłowe < 120 i < 80
- Stan przednadciśnieniowy 120-139 lub 80-89
- Nadciśnienie stopnia 1 140-159 lub 90-99
- Nadciśnienie stopnia 2 > 160 lub >100

Ze względu na przyczyny choroby można wyróżnić nadciśnienie:

- idiopatyczne (pierwotne) - o nieustalonej ,
- wtórne - nerkowo pochodne, naczyniowo nerkowe
- chwiejne— wywołane przez stres (np. Wizyta u lekarza) lub wysiłek fizyczny).

Nieleczone nadciśnienie grozi poważnymi następstwami a przede wszystkim uszkodzeniem narządów wewnętrznych, takich jak:

Serce - zawał, choroba niedokrwienna, przerost lewej komory, arytmia,
 Mózg - udary, niedokrwienia, wylewy, encefalopatia,
 Nerki - nefropatia, niewydolność
 Oczy - sklerotyzacja (pogrubienie ścian naczyń),
 retinopatia, obrzęk tarczy nerwu wzrokowego

Nadciśnienie w początkowym okresie działa podstępnie, nie wykazując, żadnych objawów. Symptomy choroby zauważa się dopiero w momencie pojawienia się powikłań, kiedy nasilają się:

- Poranne bóle z tyłu głowy,
- zawroty głowy, szum w uszach,
- gorsza tolerancja wysiłku fizycznego,
- uczucie duszności i kołatania serca pojawiające się przy większym wysiłku.
- uczucie ucisku w klatce piersiowej, niepokój, nudności,
- objawy neurologiczne :zaburzenie widzenia, zaburzenia mowy.

Światowa Organizacja Zdrowia wyróżniła następujące stadia rozwojowe nadciśnienia tętniczego:

1. Stadium I : nadciśnienie bez zmian narządowych,
2. Stadium II: nadciśnienie z niewielkimi zmianami narządowymi takimi jak białkomocz, przerost lewej komory, retinopatia (zmiany w siatkówce) nadciśnieniowa I-II stopnia.
3. Stadium III: nadciśnienie z ciężkimi uszkodzeniami narządowymi takimi jak niewydolność lewokomorowa, retinopatia nadciśnieniowa III-IV st, powikłania mózgowe, niewydolność nerek.

Do czynników zwiększających ryzyko zachorowania na nadciśnienie tętnicze zaliczyć można:

1. Wiek powyżej 65 lat,
2. Płeć męska.
3. Obciążenie rodzinne,
4. Cukrzycę typu 2.
5. Użytki (alkohol, papierosy)
6. Otyłość.
7. Zmniejszoną aktywność fizyczną,
8. niski status społeczno-ekonomiczny.
9. Nieprawidłową dietę

Diagnostyka nadciśnienia tętniczego

1. Wielokrotny pomiar ciśnienia tętniczego (interpretacja wyników),
2. Holter ciśnieniowy,

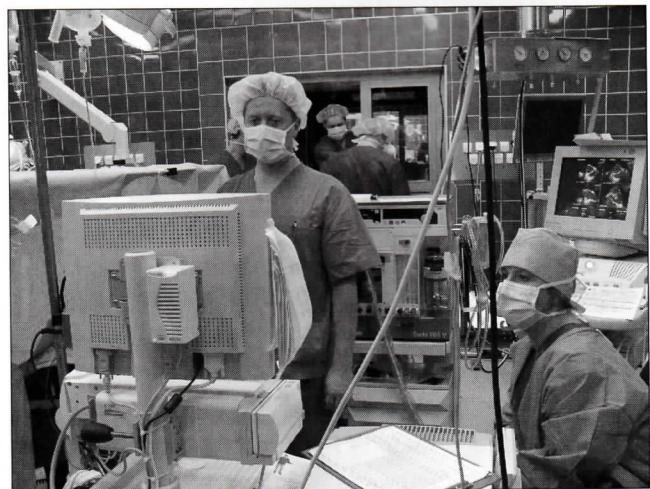
3. badanie EKG,
4. badanie UKG,
5. monitorowanie wydolności nerek - badania laboratoryjne,
6. badanie dna oka,
7. kardiologiczne badania inwazyjne,
8. badanie przepływów w tętnicach szyjnych i tętnicach kończyn dolnych,
9. test wysiłkowy na bieżni.

Leczenie nadciśnienia tętniczego— w pierwszej kolejności należy wyeliminować czynniki wpływające na rozwój choroby, w związku z czym należy:

1. redukować wagę ciała,
2. ograniczyć spożycie soli kuchennej do 6,0 g na dobę,
3. zwiększyć spożycie potasu i magnezu,
4. rzucić palenia,
5. zwiększyć aktywność fizyczną,
6. wyeliminować używki (oraz alkohol).

Jeżeli nadal występują objawy nadciśnienia, wprowadzane są leki, Takie jak:

1. beta-blokery (atenolol, metoprolol)
2. leki moczopędne (tiazdy)
3. inhibitory konwertazy angiotensyny (kaptopryl, enalapryl, prindopryl, cilazapryl)
4. blokery kanału wapniowego (werapamil, nitrendypina,
5. leki alfa-1 adrenergiczne (prazosyna, terazosyna)



Kornelia Dymowska

I ŚLĄSKA KONFERENCJA SZPITALI PROMUJĄCYCH ZDROWIE

Dnia 21.04.2008 w Teatrze Nowym w Zabrze odbyła się I Śląska Konferencja Szpitali Promujących Zdrowie zorganizowana przez Zespół ds. Promocji Zdrowia przy Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze przy współpracy Urzędu Miejskiego w Zabrze. Honorowy Patronat objęła Prezydent Miasta Zabrze pani Małgorzata Mańka -Szulik.

Wśród zaproszonych gości przybyli : Pani Prezydent miasta Zabrze Małgorzata Mańka -Szulik, Krajowy Konsultant ds.Pielęgniarstwa -dr Grażyna Kruk-Kupiec, Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych- dr Mariola Bartusek, Przewodniczący Małopolskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie - dr Stanisław Rumian, Naczelnik Wydziału Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej przy U.M w Zabrze- Czesława Winecka, Przewodnicząca Zespołu ds. Promocji Zdrowia przy Urzędzie Miejskim w Zabrze -dr Bogumiła Szymczyk oraz reprezentująca Wydział Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej przy U.M w Zabrze - dr Halina Rawińska.

W skład komitetu naukowego wchodził : Profesor Marian Zembala, dr hab. Mariusz Gąsior, dr hab. Jerzy Karski (Krajowy Koordynator Polskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie) oraz dr hab. Stanisław Rumian.

O godzinie 9.00 pani Dyrektor ds.Ekonomiczno-Administracyjnych mgr Urszula Gąsior przywitała gości a następnie poprosiła profesora Lecha Polońskiego oraz mgr Bożenę Krymską (Przewodnicząca Zespołu ds. Promocji Zdrowia przy Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze) o oficjalne otwarcie.

Konferencja składała się z trzech sesji . Pierwszą sesję „ Edukacja Zdrowotna pacjenta i jego rodziny jako integralna część procesu terapeutycznego” prowadziły

mgr Alicja Michalak i mgr Irena Młynarczyk .

Poruszane były następujące zagadnienia: „Promocja zdrowia oczami pacjentów GCR Repty”; „Tele-Ekg nowe możliwości bezpiecznej rehabilitacji kardiologicznej w warunkach domowych”; „Prawidłowy pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą nieinwazyjną”; „ Stan jamy ustnej a schorzenia Ogólnoustrojowe”; „Nadciśnienie Tętnicze , co o nim wiesz?”.

Po pierwszej sesji odbyła się półgodzinna przerwa w czasie której uczestnicy konferencji mogli napić się gorącej herbaty lub kawy.

O godzinie 11.30 rozpoczęła się druga sesja *„Działania edukacyjno-zdrowotne podejmowane na rzecz pracowników służby zdrowia”* którą prowadził dr n. med. Stanisław Rumian wraz z mgr Bożeną Krymską. Na tej sesji poruszana była taka tematyka jak: „Opór indywidualny i zbiorowy w edukacji i promocji zdrowia między teorią a praktyką” ; „Promocja zdrowia w miejscu pracy jako wspólny cel i aktualne wyzwanie”, „ Projekt jakości: Profilaktyka wypalenia zawodowego”; „Bezpieczne przemieszczanie i podnoszenie i podnoszenie chorych” oraz „ Problem alergii na lateks gumy naturalnej u pracowników służby zdrowia”

O godzinie 13.00 odbyła się przerwa na lunch , gdzie goście mieli czas na konwersację oraz wymianę swoich spostrzeżeń.

Trzecia sesja prowadzona była przez dr Bogumiłę Szymczyk oraz przez dr Mariolę Bartusek. Przedmiotem rozważań były programy edukacyjno-zdrowotne na temat cukrzycy oraz ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu. Podkreślono znaczenie epidemiologii chorób sercowo-naczyniowych u kobiet i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc jako problemu niedocenionego.

Podsumowując obrady, pani dr Bogumiła Szymczyk oceniła konferencję bardzo pozytywnie, po czym całość uwieńczył spektakl teatralny pt. „Wszystko o mężczyznach” w reżyserii B. Wyszomirskiego.

Organizatorzy mają nadzieję , że konferencja ta zapoczątkuje tradycję organizowania Śląskich Konferencji Szpitali Promujących Zdrowie .



Wojtek, który ponad dwadzieścia parę lat temu, przeszedł zawał w Niemczech, opowiada, że lekarze kierujący go na dalsze (chirurgiczne) leczenie w Polsce, zaakceptowali tylko jedno nazwisko: „Religa”. Na inne propozycje (mieszka w Warszawie więc wolałby być pod opieką pobliskiej kliniki) tylko przecząco kręcili głowami.

Zamieszczony w Gazecie Wyborczej wywiad* z doktorem Durlikiem czytałem ze zdumieniem. Czy to ten sam dr Durlik, który kilka lat temu, kiedy organizowaliśmy spotkania Zarządu STS z dyrekcją i kierownictwem ośrodków transplantacyjnych, stwierdził, że (mowa o doktorze G.) „bardzo przeprasza, ale z tym panem nie może przebywać w jednym pokoju” ?!!

W tym samym wywiadzie jest mowa o zazdrości. Najbardziej znany w kraju i w Europie polski kardiochirurg, rozpoznawalny przez 100% mieszkańców kraju, uważany przez wielu za najwybitniejszego lekarza polskiego, rektor Śląskiej Akademii Medycznej, były Minister Zdrowia, który wychował wielu wybitnych kardiochirurgów— miał wg prasy „zazdrościć osiągnięć doktorowi G.” ? Niedorzeczne prawda? Niewyobrażalne, prostackie i głupie pomówienie !.

Jak pokrętnie trzeba myśleć, aby bez wstydu takie brednie opowiadać czy wypisywać? Czy ktokolwiek może twierdzić, że dr G. ma większe osiągnięcia i jest lepszym chirurgiem od Profesora i Jego uczniów do których zaliczyć można;

Mariana Zembalę -dyrektora Śląskiego Centrum Chorób Serca, Andrzeja Bochenka— kierownika Kliniki Kardiologii w Katowicach; Romana Cichonia - ordynatora odcinka kardiologii w Dreźnie, czy też wykonujących w Zabrze operacje : Romana Przybylskiego, Bogusława Ryfińskiego, Jerzego Pacholewicz, Jacka Wojskiego, Jacka Kaperczaka (ordynatora w Opolu) itd.

Od szeregu lat liczba przeszczepów zależy wyłącznie od (coraz gorszej) dostępności organów. Zamiast podkreślenia, że dr G. wykonał któregoś roku więcej transplantacji (o 1) niż w Zabrze, należało by się zastanowić, jak to się stało, że szpital mający jednego chirurga przeszczepiającego serca, „otrzymał” więcej narządów, niż klinika, gdzie takie operacje wykonuje (z najwyższym stopniem powodzenia) wielu lekarzy ?

*/

„Zemsta ministrów PIS na doktorze G”
Gazeta Wyborcza Świąteczna 8.12.2007

Jak to się stało, że Profesor - rzekomo „zazdrosny o osiągnięcia zawodowe”, doprowadził całą rzeszę chirurgów do najwyższego poziomu zawodowego i nie „stłamsił” wybitnych indywidualności (jak to się działo i niestety jeszcze się zdarza w ośrodkach naukowych, gdzie szef decyduje kto, kiedy i jak ma się rozwijać zawodowo ?).

Owszem - w tej historii jest wątek zazdrości i urażonej dumy. W środowisku medycznym od ponad dwudziestu lat wiadomo, że profesor A. Dziadkowiak przygotowywał się do przeprowadzenia transplantacji i nigdy nie wybaczył profesorowi Zbigniewowi Relidze, że Ten Go ubiegł. Wzajemna niechęć obu Profesorów była zbyt widoczna, aby nie była powszechnie wiadoma.

Tak jak znana była (i jest) ponadprzeciętna współpraca profesora Dziadkowiaka z dr.G. Kiedy Profesor przeszedł na emeryturę, dr G. nie pozostał w Krakowie, lecz objął oddział w CSK w Warszawie, w którym profesor Dziadkowiak niezwłocznie został konsultantem.

A prasa powołuje się na Jego opinie, jako „niezależnego” eksperta. Podobnie „niezależny” mógłby być tylko ktoś z najbliższej rodziny.

O doktorze G. wiele słyszałem od kolegów z krakowskiego koła STS (kiedy jeszcze pracował w szpitalu im. Jana Pawła II). Na każdym spotkaniu wybuchała awantura na Jego temat. Nikt nigdy nie kwestionował kwalifikacji medycznych, ale stale powracała sprawa traktowania niektórych pacjentów zgłaszających się na badania kontrolne i po leki (lekarstwa immunosupresyjne przez szereg lat nie były dostępne w aptekach - wydawały je tylko macierzyste ośrodki transplantacyjne).

To samo powtarzało się w CSK w Warszawie - do czasu kiedy opiekę nad pacjentami po transplantacji przejęła inna klinika CSG. Od tego momentu dr G robił to co zawsze robić powinien, i co robił najlepiej (tzn. operował) .

Profesor Z. Religa „naraził się” licznym kręgom opiniotwórczym, wstępując do PIS-u. Krok nieszczyśliwy i trudno zrozumiały. Ale nie można całej działalności medycznej oceniać przez pryzmat nieszczęsnej działalności politycznej. A Ministerstwo Zdrowia jest resortem, którego sternik długo jeszcze nie będzie miał szans na pozyskanie przychylności opinii społecznej.

Tadeusz Bujak-
Prezes STS - 12 lat po transplantacji serca

mgr inż. Tadeusz Bujak

Prezes Stowarzyszenia
Transplantacji Serca

Wspomnienie ...



Był to dotychczas

najlepiej przygotowany i zorganizowany zjazd krajowy Stowarzyszenia. Zgłosiło się tylu chętnych, że musieliśmy dodatkowo zamówić miejsca noclegowe w drugim ośrodku wypoczynkowym. Ponieważ obydwie były zlokalizowane na Jarzębatej w Wiśle, komunikację z dworcem i centrum zapewniały wypożyczone przez sponsorów, kursujące w wyznaczonych godzinach dwa mikrobusy. Dopisali nam zarówno sponsorzy, jak też zaproszeni goście - ze wszystkich ośrodków transplantacji serca. Pierwszego dnia wieczorem, na szczycie pobliskiej góry, na polanie z przepięknym widokiem odbył się piknik, z pieczonymi prosiakami, karczkiem i kiełbaskami. Do tego tradycyjnie (na naszych zjazdach) piwo z beczki.

W sobotę rano chętni wyjechali autobusami na Słowację, gdzie główną atrakcją była możliwość kupna taniego alkoholu - co zwłaszcza dla osób z centralnej i północnej Polski, było (w tamtych czasach - 9 lat temu) szczególną atrakcją. **Realizowano zamówienia dla całej rodziny, sąsiadów i znajomych.** Wyjazdy po alkohol do Czech, Słowacji czy Niemiec były wtedy praktykowane powszechnie, zwłaszcza przez rodziny przygotowujące się do wesel, komunii, chrzcin czy innych uroczystości.

W czasie serdecznej biesiady przygrywał i bawił nas zespół „dorabiających” muzyków z filharmonii. Byli świetni ale w następnych latach nie mieliśmy już z nimi kontaktu (nie było nas stać na oprawę muzyczną tej klasy i ceny). W niedzielę po mszy autobusy zawiozły uczestników do Ustronia, gdzie był załatwiony darmowy wyjazd kolejką krzeselkową na Czantorię

Dlaczego wspominam tamten zjazd?

Przyjechała do nas wtedy młoda dziennikarka z Gazy Wyborczej (po mojej rozmowie z zastępcą naczelnego). Najpierw wyraziła dezaprobatę odnośnie warunków noclegowych (pobyt darmowy, ale w pokoju bez łazienki), a następnie brała udział w imprezach, rozmawiała z uczestnikami i wyjeżdżając obiecała, że gotowy tekst przyśle przed oddaniem do druku.

Tekst ukazał się parę miesięcy później - bez naszej autoryzacji. Pomijając wypowiedzi kolegów, z których część najwyraźniej konfabulowała (a co można było

sprostować, gdybyśmy go ujrzeli przed drukiem), zaskakujący był wstęp, z którego wyłaniał się obraz z lekka przerażającej imprezy pijackiej. Autorka, dla taniej sensacji, przedstawiła zdarzenia marginalne jako dominujące w przebiegu całego spotkania.

„**Piwo leje się strumieniami**” - w rzeczywistości kufle napełniano z jednego tylko rolbaru, co przy ponad 200 uczestnikach, doprowadziło do zamieszania i denerwujących kolejek. W następnych latach zmieniliśmy system, wystawiając piwo w dzbanach. Zapomniano przy tym dodać, że piwo było tradycyjnie podawane na naszych imprezach, ponieważ w pierwszych latach programu transplantacyjnego, był to napój wręcz zalecany (ze względu na właściwości diuretyczne). Przewidziano po jednym kufle dla uczestnika zabawy).

„**Siedzą w oparach dymu papierosowego**” - **nieprawda!** W sąsiedniej sali wyznaczono palarnię, z której zresztą w większości korzystali nie członkowie po transplantacji lecz zaproszeni goście. Tam faktycznie było nadymione.

„**Do kieliszków leje się wódka**” - oficjalnie na naszych imprezach dozwolone było i jest tylko piwo. Jeżeli gdzieś pito wódkę, to tylko ukradkiem, tak żeby nie zwracać uwagi organizatorów. Chyba, że byli to zaproszeni goście, których trudno było ograniczać.

„**Ktoś zasypia z papierosem w ustach**” - faktycznie - pacjent ten sprawiał organizatorom ciągłe kłopoty - zbierał ze stołów upominki (pozostawione chwilowo przez tańczących uczestników biesiady), chodził dookoła stołów i dopijał czyjeś kufle, „sprzątnął” (nie zabezpieczone przez chwilę) upominki przygotowane przez organizatorów itd. Ale był to członek do którego trudno było mieć pretensję, z racji ograniczonej (po komplikacjach mózgowych) możliwości rozumienia swoich czynów.

Dla wielu zjazdy były **jedyną (raz w roku) okazją do spotkania z kolegami poznanymi w szpitalu**, mającymi podobne kłopoty i było to dla nich bardzo ważne. Jeden z uczestników imprezy w Krościenku opowiadał, że przez cały rok gromadził złom, aby po sprzedaży mieć pieniądze na przyjazd swój i żony.

Nieistotne, co artykuł (zresztą - zrecznie napisany) zawierał w dalszej części. (Chociaż ciekawostką jest, że np. cytowane wypowiedzi profesora A. Działkowiaka

o kwalifikowaniu do operacji były rażąco sprzeczne z zaleceniami Jana Pawła II— skierowanymi do transplantologów dwa miesiące wcześniej).

Ten wstęp „załatwił” nas na kilka lat. Odsunęli się sponsorzy (trudno wspierać pijackie imprezy) i nigdy już „nie powrócili”. Zapraszani goście (lekarze czy pielęgniarki) przestali przyjeżdżać na nasze spotkania. Część członków (nie uczestniczących w spotkaniu a tylko wyrabiających sobie opinię na podstawie tego artykułu) wypisało się ze stowarzyszenia .

Staliśmy się ofiarą ambitnej, młodej dziennikarki, która zmanipulowała fakty aby zaistnieć (co się jej zresztą udało) a w czym pomógł jej, nie mający żadnych skrupłów, przełożony.

Sprawa przycichła, a tymczasem autorka artykułu

stała się orędowniczką transplantacji i w swoich publikacjach wytrwale poruszała (i porusza) zagadnienia medyczne— w tym problemy przeszczepów. Trudno przecenić Jej zasługi na tym polu.

Dlaczego o tym piszę ? Niedawno ukazał się zbiór reportaży, który otwiera artykuł zaczynający się słowami „Pensjonat Sosna w Wiśle. Spotykają się po raz jedenaśty...”

Tego nie mogłem tym razem pozostawić bez komentarza.

ps.

W kościele w Zabrze jeden z księży poświęcił znaczną część kazania celowości oddawania narządów, ponieważ „obdarowani nowym życiem, tego daru nie szanują”. Cytował fragmenty ww. „dziela”. Nie wiem, czy kolejne artykuły w śląskim wydaniu Gazety zrównoważą efekty tego kazania, wygłoszonego w pełnym po brzegi kościele.







Śląskie Centrum Chorób Serca
Z SERCA WAM DZIĘKUJE