

NUMER 37

ISSN 1730 - 1297

SZLACHETNE ZDROWIE

Czasopismo Śląskiego Centrum Chorób Serca



10-LECIE BUDYNKU „B”



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

Jan Kochanowski

Oddajemy w Państwa ręce kolejny numer *Szlachetnego Zdrowia*, który prezentuje działalność naszej Placówki w tak trudnym dla nas wszystkim okresie.



REDAKCJA

W numerze:

- Punkt widzenia – 10-lecie budynku „B”
- Wywiad z p. prof. Marianem Zembalą
- Zespół post COVID 19 badania w III Katedrze i Oddziale Klinicznym Kardiologii
- Raport z badań pracowników SCCS po infekcji COVID-19
- Odmienności diagnostyczno-terapeutyczne w leczeniu chorego starszego podczas infekcji Covid-19
- Przebieg audytów wewnętrznych zintegrowanego systemu zarządzania w okresie pandemii
- Sekcja ds. jakości i szkoleń w Świecie COVID-19
- Transplantacje w SCCS w czasie pandemii okiem Koordynatora
- Kilka uwag dotyczących wystąpienia całkowitego bloku przedsionkowo - komorowego
- Fundacyjne wieści
- Wspomnienie - dr Teresa Zielińska
- Podarować czas...
- Miejsce Dziennego Oddziału w leczeniu chorych z ciężką niewydolnością serca
- In memoriam - dr Lili Maria Goldstein
- Aktualny dorobek SCCS

WYDARZENIA

- 11.02.2012 - Światowy Dzień Chorego
- 12.02.2021 - Prof. Piotr Przybyłowski członkiem Rady do spraw Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP
- 25.03.2021 - podpisanie listu intencyjnego dotyczącego współpracy SCCS z Polskim Komitetem Paraolimpijskim
- 7.04.2021 - Światowy Dzień Zdrowia
- 16.04.2021 - zespół kardiochirurgów SCCS przy współpracy z kardiologami III Kliniki Kardiologii przeprowadził zabieg usunięcia specjalnym urządzeniem zalegających u pacjenta vegetacji, czyli bakterii. Znajdowały się one w elektrodach wewnątrzsercowych oraz w zastawce trójdzielnej.
- zespół elektrofizjologów z I Oddziału Kardiologii i Angiologii SCCS przeprowadził po raz pierwszy w aglomeracji śląskiej implantację układu resynchronizującego serce z funkcją defibrylacji oraz z algorytmem Heart Logic (Charisma CRT-D Boston Scientific).

Zabieg został wykonano u 69-letniej pacjentki z Zabrze, z ciężką nieischemiczną niewydolnością serca (LVEF 30%). Algorytm Heart Logic jest innowacyjną technologią opartą na multisensorycznej analizie takich czynników, jak: tony serca S3 i S1, impedancja transtorakalna, częstość i płytkość oddechów, częstość akcji serca oraz aktywność pacjenta. Analiza tych 5 parametrów pozwala na wyliczenie indeksu niewydolności serca (Heart Logic Index), który po przekroczeniu wartości 16 przewiduje z dużym prawdopodobieństwem dekomensację układu krążenia w okresie do 30 dni. Urządzeń z algorytmem Heart Logic aktualnie implantowano w SCCS u 6 pacjentów. U pacjenta lat 61, u którego implantacja urządzenia z algorytmem Heart Logic odbyła się w październiku 2020, obserwowano alert Indexu Heart Logic po kilku miesiącach od implantacji. Taki alert odnotowano po raz pierwszy w Polsce. Wdrożenie odpowiedniej farmakoterapii pozwoliło na powrót Indexu Heart Logic poniżej wartości granicznej. Zastosowanie technologii Heart Logic ma udokumentowany wpływ na redukcję liczby hospitalizacji z powodu zaostrzenia niewydolności serca u pacjentów z implantowanym ICD/CRT. Dzięki tej technologii, opieka nad pacjentem z niewydolnością serca staje się bardziej kompleksowa i umożliwia optymalizację leczenia jeszcze przed wystąpieniem objawów zaostrzenia niewydolności serca.

REDAKCJA:**Bożena Smoter**

Śląskie Centrum Chorób Serca
Ul. M. Skłodowskiej 9
41-800 Zabrze
www.sccs.pl
biblioteka@sccs.pl

WYDAWCA:

Fundacja SCCS
ul. Wolności 182
41-800 Zabrze

WYDARZENIA



Szanowni Państwo,

mamy przyjemność serdecznie Państwa zaprosić na organizowaną w dniach 24-28 maja 2021 r. XXVIII Międzynarodową Konferencję Kardiologiczną „Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca, płuc i naczyń” oraz towarzyszące jej XXII Warsztaty Kardiologii Interwencyjnej i Elektroterapii.

Tegoroczne spotkanie będzie przebiegało pod hasłem „HEART-TEAM” gwarancją nowoczesności, bezpieczeństwa i skuteczności w leczeniu. Trwająca pandemia COVID-19 powoduje, że kolejny raz zapraszamy Państwa na spotkanie z najlepszymi ekspertami w formule on-line. Od wielu lat program Konferencji staramy się układać tak, by obejmował zagadnienia i problemy, z jakimi spotykacie się Państwo w codziennej pracy klinicznej na oddziale czy w poradni. W tym roku poruszymy także tematy związane z odbudową zdrowia (nie tylko w dziedzinie kardiologii) Polaków po pandemii.

Jak co roku zapraszamy na Warsztaty Kardiologii Interwencyjnej, które cieszą się Państwa dużym zainteresowaniem. W związku ze starzeniem się populacji obserwujemy u naszych pacjentów zwiększenie liczby współwystępowania choroby wieńcowej z migotaniem przedsionków, wadami strukturalnymi serca, zaburzeniami rytmu i przewodzenia. Ta duża liczba problemów zdrowotnych pacjentów skutkuje koniecznością znacznego zwiększenia częstości wykonywania zabiegów hemodynamicznych razem z zabiegami z zakresu elektroterapii. Dlatego też od tego roku postanowiliśmy rozszerzyć formułę naszych Warsztatów o elektroterapię, pozwalając bardziej interdyscyplinarnie podejść do pacjenta, gwarantując Mu jeszcze większą skuteczność i bezpieczeństwo leczenia. Stąd też wyniknęła nasza decyzja, aby od tego roku Warsztaty nosiły nazwę Warsztatów Kardiologii Interwencyjnej i Elektroterapii.

Po rocznej przerwie wracamy do organizacji Warsztatów Echokardiografii. Tegoroczna, czwarta ich edycja, będzie wydarzeniem towarzyszącym Konferencji w jej pierwszym dniu. Liczymy, że podobnie jak w latach poprzednich będą się one cieszyły dużym zainteresowaniem zarówno fachowców, jak i początkujących echokardiografistów.

Szanowni Państwo, siłą, ale i tradycją naszych zabrzańskich spotkań jest z jednej strony gwarantowany przez ekspertów wysoki poziom kliniczny i naukowy, z drugiej zaś jej edukacyjny charakter. Zdobyta wiedza przełożona na praktykę nie tylko poprawia jakość leczenia, ale także jego skuteczność. Mamy nadzieję, że jak co roku będziecie Państwo chcieli spędzić z nami czas. Bardzo na to liczymy.

Z koleżeńskimi pozdrowieniami,



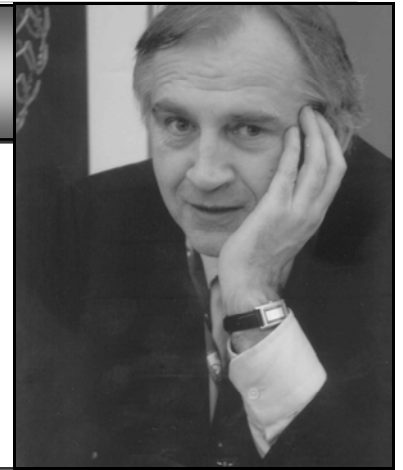
prof. dr hab. n. med. Mariusz Gąsior



prof. dr hab. n. med. Marian Zembala



Punkt widzenia



Radosny jubileusz budynku „B” Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze czyli przeprowadzka w XXI wiek

Szanowni Państwo, Drodzy Przyjaciele Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, mieszkańcy miasta Zabrze i województwa śląskiego oraz nasi pacjenci w całym kraju

Dzień 26 kwietnia 2021 r. jest dla społeczności Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze dniem szczególnie zapamiętanym i radosnym. Otóż przed 10 laty wychodząc naprzeciw potrzebom mieszkańców woj. śląskiego w zakresie ochrony zdrowia, a szczególnie w trudnym i wymagającym obszarze medycyny sercowo-naczyniowej u dorosłych i dzieci, oddaliśmy na potrzeby chorych tzw. budynek „B”.

Prof. dr hab.

Marian Zembala

Dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca

przed- i po transplantacji serca, płuc z terenu całego kraju. Pacjenci uratowani dzięki kardiologom i kardiochirurgom z Zabrze pozostają pod naszą opieką ambulatoryjną w tejże poradni. Nowością tego budynku była możliwość wykonania nawet biopsji endomiokardialnej w trybie ambulatoryjnym, co było wcześniej niemożliwe i niedostępne w Polsce.



Drodzy Państwo, dzięki powstaniu tego budynku Śląskie Centrum Chorób Serca odzyskało nową jakość w organizacji leczenia chorób serca, płuc i naczyń u dorosłych i dzieci.

Przypomnijmy, co znalazło się w tym nowym budynku:

– Nowoczesny zespół wielospecjalistycznych poradni wzorowany na kanadyjskim modelu Vancouver.

Wreszcie udało się zrealizować marzenia i stary „barak”, w którym latem było gorąco, a zimą zimno, został zastąpiony nowymi pomieszczeniami w budynku „B”. Powstałe poradnie specjalistyczne umożliwiły realizację porad przez Zespół lekarsko-pielęgniarski w sposób najnowocześniejszy w owym okresie, z dostępnością telekonsultacji kardiologicznej i kardiochirurgicznej.

Powstała z prawdziwego zdarzenia Poradnia Transplantacyjna, która prowadzi opiekę pacjentów

Znacząco rozwinęła się zabrzańska kardiologia, do której dyspozycji oddano nowoczesny oddział kardiologii z pracownią hemodynamiczną i elektrofizjologiczną, istotnie wzmacniając potencjał i poprawiając dostępność pacjentów do nowoczesnego leczenia w trybie 24-godzinny. Pionierem i twórcą zabrzańskiego nowoczesnego programu leczenia zawału serca z dostępnością pracowni hemodynamicznych w trybie 24-godzinny był prof. Stanisław Pasyk.





Powstał nowoczesny oddział kardiologii, dzięki któremu dziedzictwo prof. Zbigniewa Religi i prof. Mariana Zembali było dalej rozwijane w obszarze nowoczesnej kardiologii, która wzbogacona o istniejącą w tym budynku nowoczesną salę hybrydową umożliwiła wykonywanie przez eksperckie zespoły zabrzańskich lekarzy nowatorskich zabiegów z wykorzystaniem nowych technologii.

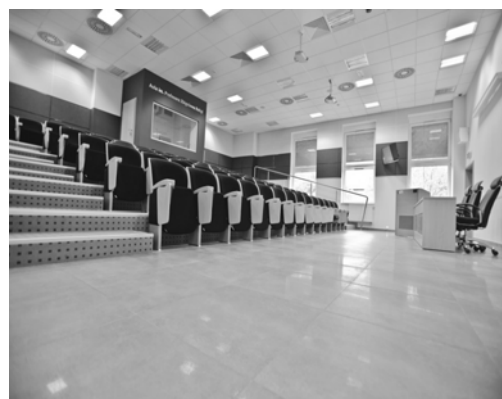
– Postęp w medycynie wymagał podjęcia nowych wyzwań, które zapoczątkował prof. Zbigniew Religa, pionier mechanicznego wspomaganie krążenia w Polsce, które dynamicznie rozwijali jego następcy we współpracy z kardiologami, elektrofizjologami, anestezjologami, fizjoterapeutami i pielęgniarkami. Dynamicznie rozwinął się w Polsce program mechanicznego wspomaganie krążenia implantowanymi komorami. Powstałe w tym zespole rozwiązania, takie jak małoinwazyjna implantacja sztucznej lewej komory wspomaganie serca są oryginalnymi osiągnięciami Zabrze, które wysoko zostały ocenione w Europie i na świecie. Istniejąca w tym budynku ultranowoczesna sala hybrydowa, jedna z pierwszych w Polsce, otworzyła nowe możliwości dla kardiologów, chirurgów naczyniowych, endowaskularnych, angiologów, radiologów i kardiologów pracujących wspólnie dla dobra chorego.

– Powstał nowoczesny Oddział Kardiologii, Transplantacji Serca i Mechanicznego Wspomaganie Krążenia u Dzieci kierowany przez znakomitych ekspertów, tj. dra Szymona Pawlaka i dr Joannę Śliwkę we współpracy z kardiologami dziecięcymi, tj. dr. Arkadiuszem Wierzykiem, dr. Jarosławem Rycajem, dr Anną Obersztyn-Zawiślan i dr. Adamem Grzybowskiem i innymi, którzy w znaczący sposób wzmocnili polską kardiologię wrodzonych wad serca nie tylko u dzieci, ale także szczególnie trudną grupę noworodków z ciężkimi wadami serca.



Powstał nowoczesny Ośrodek Naukowo-Dydaktyczny i Nowych Technologii Medycznych wzbogacony o znakomite sale dydaktyczne i symulatory medyczne (w zakresie interwencyjnej kardiologii, kardiologii, echokardiografii, resuscytacji włącznie z ECMO) dla potrzeb dydaktyki przed- i podyplomowej. Ośrodek jest znanym już miejscem w Polsce, gdzie odbywają się ciekawe warsztaty, szkolenia, webinaria i sympozja, a nawet egzaminy ogólnopolskie dla personelu medycznego.

– Szczególnym osiągnięciem było powstanie nowoczesnych pomieszczeń dydaktycznych dla lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych, ponieważ dotychczasowe zaplecze dydaktyczne w tym względzie było wyjątkowo niewystarczające. Aula im. Prof. Z. Religi oraz kilkanaście sal seminaryjnych stanowią filar nowoczesnej dydaktyki dla potrzeb kształcenia studentów Wydziału Nauk Medycznych w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ale także kursów specjalistycznych, które są realizowane w SCCS.



Chciałbym przy tej szczególnej okazji jako Gospodarz i Dyrektor SCCS przywołać Państwu szczególnie bliskie miejsce jakim jest kaplica, dzięki której chorzy mogą mieć możliwość uczestniczenia online we mszy świętej prowadzonej przez Ojców Kamilianów, których działalność służącą chorym bardzo wysoko oceniamy.



Zwróćcie Państwo uwagę na żaglowiec s/y Batavia, który jest symbolem wielkiego wysiłku i olbrzymiej pracy zabrzańskiego zespołu. Ten słynny holenderski żaglowiec, symbol jedności i przeciwdziałania konfliktom, stał się silnym przekazem i wizytówką naszego szpitala.



Historia tego słynnego żaglowca S/y BATAVIA najlepiej dokumentuje znaną i nieprzemijającą prawdę, że zgoda buduje, a niezgoda rujnuje. Zbudowany w Amsterdamie w roku 1628 roku słynny żaglowiec s/y Batavia pomimo iż został zaprojektowany i zbudowany przez najlepszych szutników już w swoim pierwszym rejsie do Indonezji z powodu konfliktów załogi rozbił się u wybrzeży Australii i zatonął.

Dzisiaj znakomita replika tego słynnego żaglowca, pomaga nam w codziennej pracy z chorymi pokonywać trudności choroby i przestrzega nas wszystkich przed konfliktami, których rezultaty mogą być podobne do tragedii Batavii.

Niechaj "Batavia" przypomina nam wszystkim, że nowoczesny sprzęt nie wystarczy, jeżeli jego gospodarzami nie będą uczciwi, zdolni i kreatywni ludzie dla których chory człowiek zawsze pozostanie najważniejszy.

Prof. M. Zembala

Zabrze, dn. 2 czerwca 2011

Drodzy Państwo,

Zapraszam do Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze. Zobaczycie jak powstała nowoczesna infrastruktura w minionych latach, aby coraz lepiej służyć Bliźnim w chorobie, w obszarze medycyny sercowo-naczyniowej u dorosłych i dzieci.

Dzisiaj, kiedy powstaje nowe SCCS (budynek „A bis”) i kiedy wspólnie tworzymy nowe wizje rozwoju, zapewniam Państwa w imieniu całej społeczności SCCS w Zabrze, że podaliśmy nowym trudnym wyzwaniom. Od początku pandemii, we współpracy z Gospodarzami woj. śląskiego, Samorządami miast i Śląskim Oddziałem NFZ, zaangażowaliśmy się w pomoc dla ofiar COVID-19, będąc na pierwszej linii frontu i podobnie jak wiele innych ambitnych szpitali na Śląsku i w kraju, uratowaliśmy wielu chorych. Niezależnie od istniejących ograniczeń i utrudnień pandemii utrzymaliśmy ciągłość i dostępność przyjęć i konsultacji dla chorych non covid, dorosłych i dzieci, aby służyć specjalistyczną pomocą.



Misja SCCS „Ratować, nowoczesnie leczyć i dawać nadzieję” była, jest i będzie realizowana z naszym maksymalnym zaangażowaniem i ofiarnością, a żaglowiec Batavia będzie nas przestrzegał przed sporami i konfliktami, skądkolwiek by nie pochodziły i będzie nas wzmacniał, strzegł i bronił jak tarcza.

Pozdrawiam Państwa w imieniu Własnym i Współpracowników w poczuciu dumy i radości z tego wszystkiego, co wspólnie już stworzyliśmy dzięki wielkim pionierom Zabrze tj. prof. Z. Religi, prof. S. Pasyka, dr L. Goldstein i ambitnym następcom.

Z wiosennymi pozdrowieniami, życzeniami zdrowia i nadzieją,

prof. Marian Zembala Dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze Honorowy profesor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach



obywatela naszego kraju spełniającego kryteria medyczne jest nie tylko oczekiwane, ale będzie stanowić zasadnicze przyspieszenie czasu uzyskania tzw. odporności populacyjnej, i wytrąci argumenty wciąż niestety obecnym, „internetowo-wykształconym” przeciwnikom szczepień.

Pozytywne przykłady szczepień, które oglądaliśmy u Ministra Zdrowia Andrzeja Niedzielskiego i jego bliskich budują i wzmacniają zaufanie i usuwają niemający nic wspólnego z nauką i medycyną hejt wiecznych kontestatorów, z których wielu kwestionuje nawet teorię Kopernika i Newtona, a których często może niepotrzebnie nazywamy „płaskoziemcami”, a ja nazwałbym ciepłej - wyalienowanymi od świata i życia rewolucjonistów. Dlatego cieszę się, jako lekarz i obywatel tego kraju, obserwując działania rządu. Często rozmawiam z moimi kolegami lekarzami z Berlina, Mediolanu, Barcelony i Nowego Jorku, Izraela, którzy mówią mi: "Jeżeli wyszczepicie 70% społeczeństwa, wygracie z pandemią". Kolega kardiochirurg z akademickiego Drezna, z Saksonii, powiedział mi niedawno, że Polska oglądana z jego perspektywy w czasie pandemii wygląda naprawdę nieźle na tle innych państw Europy, z wyjątkiem zbyt niskiego w jego ocenie poziomu społecznej odpowiedzi i akceptacji obowiązujących restrykcji społecznych. Na szczęście już nie wstydzimy się tych zapamiętanych obrazów zatłoczonego Zakopanego, Sopotu, bałtyckich plaż, czy uroczystości. Zmądrzeliśmy wszyscy walcząc o życie i chroniąc się przed tym zabójczym wirusem. Tych faktów i wspólnych dokonań nie wolno nie zauważać. Wolno natomiast i należy podejmować kolejne wspólne wysiłki rządu samorządów i nas wszystkich bez wyjątku aby w walce z pandemią wygrać medycznie, ekonomicznie i społecznie. Jest szansa, że ten oczekiwany poziom wyszczepienia uzyskamy jeszcze w tym roku. Wtedy tarcza, którą stanowią szczepienia plus izolacja i stosowanie innych restrykcji sanitarnych pozwoli znacząco zredukować liczbę zgonów. Kolejna rzecz to dobra współpraca medyków, władz samorządowych i rządowych z uwzględnieniem potencjału akademickiego danego województwa. Skuteczna walka z COVID i redukcja śmiertelności wobec chorych covid i non-covid jest niemożliwa bez sprawnego i dobrze zorganizowanego systemu ratownictwa medycznego, zarówno drogowego jak i lotniczego (LPR) w danym mieście, województwie, regionie, kraju. Pogotowia w Polsce mają różnych właścicieli: starosta, wojewoda, marszałek, prezydent miasta. Koordynacja tych służb musi być spójna i perfekcyjna, a wciąż nie jest – uczymy się tego. Na szczęście jest nieco lepiej. Jeżeli chcemy zredukować liczbę zgonów - dla chorego covid i non-covid, który wymaga pilnej operacji nie może nie być miejsca w jednym, czy drugim szpitalu który pełni 24-godzinny dyżur. Nie może być sytuacji, która się wydarzyła niedawno w jednym z dużych miast, że chory z objawami ostrego brzucha i podejrzeniem zapalenia otrzewnej „odbijał się” od przyjęcia w kilku oddziałach chirurgicznych, tłumaczących że są wyłącznie oddziałami chirurgicznymi covid. Na szczęście nie odmówił pomocy oddział chirurgiczny w szpitalu powiatowym który dzięki właściwemu podejściu

Z profesorem Marianem Zembalą rozmawia Agnieszka Zielińska

- Panie profesorze mamy trzecią falę pandemii, na jakim jesteśmy jej etapie?

- W mojej ocenie obserwujemy w Polsce, podobnie jak w Europie i na świecie, oczekiwane przez wszystkich zjawisko jej opadania, ku radości nas wszystkich, leczonych, leczących i odpowiedzialnych za leczenie w danym kraju. Dowodem tego pozytywnego zjawiska opadania pandemii Covid-19 jest kilka obiektywnych wskaźników, najbardziej wymierny z nich to spadająca liczba zakażeń COVID-19, i co ważniejsze, malejąca liczba zgonów. Np., w czwartek 29 kwietnia mieliśmy 8427 nowych zakażeń i 547 zgonów, każdy odpowiedzialny człowiek - zwłaszcza lekarz - musi powiedzieć, że to wciąż o wiele za dużo. I to wyznaczyć musi priorytet i strategię naszych połączonych działań aż do ustania pandemii.

- Co powinniśmy robić, aby te liczby zmniejszyć?

- Musimy sobie uświadomić, i obiektywnie ocenić co dokładnie jest przyczyną zgonu tych chorych, pamiętając, że COVID niszczy płuca, (wywołuje krwotoczne zapalenie płuc), ale w wyniku działania koronawirusa zniszczeniu ulegają też inne narządy: serce, trzustka, mózg, a chorym nie wystarcza już respirator. Jeszcze bardziej istotny, a wciąż niedoceniany, jest problem dostępności chorych do specjalistycznego leczenia w oddziałach szpitalnych z chorobami serca (zawał), z wadami nabytymi serca, których szczególnie dużo jest u chorych starszych, i ta liczba wciąż rośnie, ale także dostępności w całym kraju do zabiegów ogólnochirurgicznych, urazowych, ortopedycznych i onkologicznych.

Żeby zredukować liczbę umieralności nadmiarowej (excess mortality) musimy stale maksymalizować poziom szczepień. To jest sprawa fundamentalna, najważniejsza. Cieszymy się, że jest to widoczne, i działania rządu, zarówno premiera, ministra zdrowia jak i ministra Dworczyńska w powiązaniu z coraz sprawniejszą koordynacją w wojewodami, dyrektorami oddziałów NFZ, samorządami miast, gmin, i powiatów, już przynoszą dobre efekty. Owoce tych rozwiązań w mojej ocenie będą widoczne i będą rosły w kolejnych miesiącach pod warunkiem dostępności szczepionek i dobrze zorganizowanej logistyki szczepień, co się obecnie dzieje.

Otwarcie władz państwa na możliwość szczepienia każdego

i doświadczeniu zespołu chirurgicznego i anestezjologicznego uratował chorego i dał przykład innym do naśladowania

Musi być wiadomo jakie szpitale w całym województwie i w danym mieście pełnią ostre dyżury zawałowe, udarowe, urazowe i chirurgiczne, wtedy uratujemy więcej chorych i zredukujemy śmiertelność. Jeśli mówimy o pewnej nadziei wychodzenia z pandemii, daje ją to, że premier, minister zdrowia, NFZ, wojewodowie i marszałkowie, dobrze ze sobą współpracują przy tworzeniu ogólnopolskich sieci: onkologicznej i kardiologicznej, a ściśle medycyny sercowo-naczyniowej. (Ja osobiście lekarz, nauczyciel akademicki, były minister zdrowia bardzo za to dziękuję). Takie sieci to nie fanaberie, to konieczność i wyraz troski o poprawienie dostępności i jakości w najważniejszych obszarach ochrony zdrowia. Na przykład powstający najpierw w województwie mazowieckim, a wkrótce w pozostałych województwach w kraju, pilotaż sieci kardiologicznej będzie stanowił istotne wsparcie dla chorych oraz poprawienie dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń, od lekarzy POZ aż po specjalistyczne ośrodki w każdym województwie. Zwróciłem uwagę podczas Sejmowej Komisji Zdrowia, bardzo merytorycznie prowadzonej, że w dobrze przygotowanym projekcie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego, dotyczącego sieci kardiologicznej, być może, w mojej ocenie, winny znaleźć się uzupełnienia, które obniżą atmosferę toczonych w niektórych województwach swarów i niepotrzebnych kłótni. W mojej ocenie kardiochirurga i transplantologa, nie musi być spełniony warunek obecności ośrodka transplantacyjnego serca w danym województwie, bo po pierwsze taki warunek jest nierealny, i powiedzmy sobie szczerze - niepotrzebny. Wystarczy, że dany ośrodek podpisze i wypracuje formę współpracy z najbliższym i najbardziej rozpoznawalnym ośrodkiem transplantacji serca, płuc, i mechanicznego wspomaganie krążenia, żeby we współpracy tych zespołów dokonać nie tylko kwalifikacji, ale i pilnego przekazania do specjalistycznego leczenia, jeżeli będzie taka konieczność. Cieszy mnie, że Minister Zdrowia, ale i posłowie z Komisji Zdrowia Sejmu, w tym także lekarze, pozytywnie odnieśli się do moich propozycji, aby w niektórych województwach, przy powstaniu tej sieci, ośrodek referencyjny doprosił na zasadzie partnerskiej inne dobre szpitale z eksperckimi zespołami, zwłaszcza, że tak się już dzieje od lat. Powstająca sieć ma tę integrację i organizację wzmocnić, i wierzę że tak się stanie. Mamy dobre doświadczenie w woj. śląskim, kiedy to Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze, we współpracy z Górnośląskim Centrum Medycznym w Katowicach w Ochojcu, będzie taki projekt tworzyło. Wszystko dla dobra i sprawnej organizacji specjalistycznego leczenia. Korzystając z możliwości dzisiejszej rozmowy chciałbym z radością i zadowoleniem powiedzieć, że Ministerstwo Zdrowia i NFZ z dużym zainteresowaniem przyjęło zabrzańską propozycję powstania kolejnej sieci koordynującej specjalistyczną pomoc i opiekę dla chorych, ofiar COVID, ozdrowieńców, których stan zdrowia w ocenie samych chorych wciąż nie jest

zadowolający aby wrócić do aktywności zawodowej i społecznej. Z myślą o tych chorych i licznej polskiej populacji zaproponowaliśmy Ministerstwu Zdrowia i prezesowi NFZ powstanie ogólnopolskiej sieci pod roboczym tytułem „COVID and Post-COVID Recovery Centers” także dla dzieci, w każdym województwie.

- Porozmawiajmy o tej sieci szerzej.

- Takie centra „COVID and post-COVID Recovery Centers” będą zajmowały się przez kolejnych 10 lat, (czy nam się to podoba, czy nie) chorymi, którzy przebyli COVID-19 i niestety nie czują się wciąż najlepiej. Tym pacjentom nie będzie w stanie pomóc lekarz rodzinny, internista, bo to wymaga pogłębionej wiedzy specjalistycznej i uzupełniającej diagnostyki z wielu dziedzin. Powstanie nowych ośrodków nie wiąże się z wielką inwestycją i wysokimi kosztami (do wykorzystania środki EU, w tym także KFO, innych) ponieważ specjaliści są w każdym województwie.

Wielu lekarzy pracuje na pierwszym froncie walki z COVID i zdobyło doświadczenie w ratowaniu chorych i wsparciu ich powrotu do aktywnego życia w oddziałach zakaźnych. Na Śląsku już opracowaliśmy założenia projektu "Zabrze Silesian Recovery Center". Placówka będzie miała oddziały specjalistyczne, nastawione na powikłania post-covidowe: kardiologiczne, pulmonologiczne, pediatryczne, internistyczno-diabetologiczne (od roku obserwujemy przypadki ciężkiej cukrzycy zwłaszcza u młodych kobiet, które wcześniej nie chorowały, badania prowadzimy pod kierunkiem wybitnego diabetologa prof. Krzysztofa Strojka, konsultanta krajowego w tej dziedzinie). Będzie też oddział rehabilitacji kardiologicznej i pulmonologicznej wzbogacony o system poradni prowadzących telekonferencje. Taki model został już sprawdzony np. w Vancouver w Kanadzie. Lekarz rodzinny odbywa z chorym i specjalistami z poszczególnych ośrodków telekonferencje. Pacjent nie musi jechać kilkuset kilometrów na konsultacje. Idzie do lekarza rodzinnego, do którego ma 5 kilometrów i rozmawia ze specjalistami z całej Polski, którzy go wspierają.

- Zmieńmy temat rozmowy. Co pan panie profeszorze odczuwa słuchając fake newsów dotyczących szczepień?

- Myślę, że to, co wszyscy! Denerwują mnie. Dziś rano wjeżdżając do szpitala (zawsze wjeżdżam od strony zespołu poradni nie tylko po to, żeby zobaczyć jak się rozwija i buduje szpital, ale by zobaczyć, ilu czeka chorych), zapytałem (od dwóch miesięcy zadają to samo pytanie, czy się państwo zaszczepiliście? Mówię: "Proszę państwa witam w naszym domu, (szpital jest naszym domem!) nazywam się Marian Zembala i czuję się odpowiedzialny za ten szpital, jako lekarz i dyrektor placówki; dlatego o to pytam. Starsze osoby podniosły rękę. Ku mojej radości. Jednak trzech młodych mężczyzn nie zrobiło tego, więc chcę dowiedzieć się dlaczego. Pierwszy z nich mówi: - "Mam to wszystko gdzieś! Nie wierzę w te głupoty". Drugi: - "To wszystko jest bzdurą, nie wolno mam zabierać wolności". Mówię panowie drodzy,

kilka dni temu w nocy zmarł w Zabrze młody człowiek (choć w Zabrzu mało osób umiera, nawet ofiar COVID, i mówię to z dumą). Żona tego mężczyzny powiedziała mi potem, że to był dramat, bo od zachorowania męża przez 12 dni nie poszedł do szpitala. Zakazał całą rodzinę, żonę, dzieci i teściową. Starsza kobieta, która opiekowała się jego dziećmi teraz w ciężkim stanie jest w szpitalu na południu województwa, ma niewydolność nerek i płuc. Ten mężczyzna na szczepienie nie wyraził zgody, nawet gdy żona zagroziła mu, że jeśli się nie zaszczepi, ona wystąpi o rozwód. Odpowiadając na hejt związany ze szczepieniami powiem tylko, że człowiek homo sapiens nie jest w stanie tego kontestować. Aby przekonać niedowiarków potrzebne są pozytywne przykłady. Cieszę się, że premier Morawiecki wraz z żoną zaszczepili się szczepionką "AstraZeneką", którą niektórzy stygmatyzowali. To jest przykład bardzo budujący. Tak trzeba. Podobnie postąpił Emmanuel Macron.

Mówimy wszystkim pacjentom, że szczepienia są najlepszą tarczą ochronną. W naszym szpitalu wprowadziliśmy punkt szczepień i wszyscy pracownicy są zaszczepieni. Nie ma absencji chorobowej wśród personelu. Możemy pomagać chorym. Obecnie w Śląskim Centrum mamy 97 chorych, (28 chorych jest pod respiratorem, w tym 18 osób jest podłączonych do ECMO, tzw. sztucznego płuca. Mamy doświadczenie, że ten system pozwala uratować chorych, których nie ocalilibyśmy w inny sposób. Osobom, których nie da się ocalić w inny sposób przeszczepiamy płuca (i z czego jestem dumny) ośrodek zabrzański jest liderem w transplantacji płuc w Polsce. Ośrodki w Gdańsku i Szczecinie, to moi wychowankowie.

- Co nas czeka w pandemii jesienią?

- Jestem umiarkowanym optymistą! Należy sądzić, że proces opadania pandemii będzie postępował. Potrzebne jest rozważne „luzowanie” obostrzeń i uwalnianie gospodarki, ale w sposób kontrolowany i prowadzony z udziałem polskich ekspertów. Nawiążę tutaj do doświadczenia barcelońskiego, gdzie niedawno otwarto możliwość większych spotkań, nawet koncertów, ale warunkiem było wprowadzenie tzw. paszportów szczepień. Przecież to nic trudnego i do zrealizowania także u nas, w Polsce. Tak jest w Izraelu, Nowej Zelandii, Szwecji, tak będzie np. w Dreźnie. Być może wprowadzimy system paszportów bezpieczeństwa i w Polsce. Będzie to dodatkowy silny argument dla tych kontestatorów którzy nie chcą się szczepić i przez to narażają innych. Jestem za otwarciem rynku dla wszystkich szczepionek, które przeszły testy EMA i są w Polsce dostępne. Absolutnie dla wszystkich! W Polsce monitorujemy zdarzenia niepożądane i robimy to bardzo solidnie, potrafimy wyłowić realne zagrożenie. Widać troskę rządu o pozyskanie jak największej liczby szczepionek.

- Czy w pana opinii, któraś ze szczepionek jest lepsza od innych?

- Nie, nie mam, nie tylko ja, ale mądrzejsi ode mnie eksperci, żadnych preferencji wobec zastosowań określonej szczepionki. Absolutnie żadnych. Wspieram się tu opinią jednego z wybitnych polskich i zagranicznych ekspertów - lekarzy i naukowców najwybitniejszych polskich internistów, Musimy pamiętać, że tylko ok. 30 proc. odporności człowieka, to odporność związana z własnym organizmem. Pozostała część zależy od nabytych przeciwciał, które powstają tylko w wyniku szczepienia. Musimy to monitorować, bo pandemia nagle nie zniknie. W małej skali będzie trwać dalej. Musimy się do niej przyzwyczaić i to mądrze, rozważnie z nią żyć, trochę tak jak np. do cukrzycy, która oczywiście nie jest chorobą groźną tylko metaboliczną, i nie rozprzestrzenia się jak wirus, ale gdy się jej nie lekceważy można z nią długo żyć, w przeciwnym wypadku jest niebezpieczna i czasami śmiertelna. To samo jest z COVID-19. Jeżeli przestrzegasz zasad bezpieczeństwa i jesteśmy zaszczepieni jest i będzie dobrze, jeśli lekceważymy te podstawowe zasady - zagrożasz sobie i innym. Mamy czas Komunii Świętych, ślubów i wesel - można się spotykać i biesiadować, ale zawsze w wąskim gronie. Nie trzeba też urządzać hucznych tańców, można rozmawiać, śpiewać, cieszyć się wspólnym spotkaniem i stanowczo reagować wobec wszystkich bez wyjątku biesiadników którzy nie przestrzegają zasad, wypraszaniem ich od rodzinnego stołu stanowczo i nieodwołanie, aby nie dopuścić niespodziewanej wizyty policji wśród uczestników wesela czy komunii, która ma dostatecznie dużo pracy i zaangażowania w inne ważne sprawy – szanujmy te służby one stoją na straży naszego bezpieczeństwa. Zachęca do takiej wstrzeźliwości i rozsądku też Kościół i katolicki, i ewangelicki, i prawosławny. Nie gaście ducha, ale działajcie z rozumem! Słuchajmy naszych mentorów. Także sam papież Franciszek bardzo racjonalnie podchodzi do tematu pandemii. Może dlatego, że jako dziecko stracił jedno płuco i teraz koronawirus byłby dla niego niezwykle groźny. Jak nigdy wcześniej potrzeba nam teraz rozważności, odpowiedzialności, a także empatii i jedności, tylko wtedy wygramy z pandemią. Jeżeli chcemy wygrać z pandemią nie mamy wyboru.

Agnieszka Zielińska



Co się okazało

Nasze badanie przeprowadziliśmy w grupie chorych średnio po 15 tygodniach od zakażenia. Jeżeli chodzi o występowanie objawów klinicznych to przynajmniej jeden objaw występował u co trzeciego chorego. Najczęściej były to zaburzenia węchu, kołatania serca, zaburzenia smaku, duszność, dyskomfort i ból w klatce piersiowej oraz zmęczenie i kaszel. Podobnie duży niepokój wzbudzają objawy z zakresu zdrowia psychicznego. Przy dokładnym badaniu okazało się, że co 4/5 chory cierpi na bezsenność, w podobnym odsetku występują stany lękowe a u co dziesiątego chorego rozwijają się objawy depresji. Co niezwykle ważne, osoby te przed COVID-19 nie miały tego typu problemów. Objawy te obserwowaliśmy zdecydowanie częściej u pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu COVID-19 i mieli bardziej nasilone objawy zakażenia. Nie oznacza to, że chorzy, którzy przeszli zakażenie nie wymagające hospitalizacji byli wolni od potencjalnych powikłań. Przykładowo w badaniach obrazowych płuc w całej analizowanej grupie 200 chorych, zmiany pozapalne w tkance płucnej stwierdziliśmy u co 5 badanego. W grupie pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 problem ten dotyczył prawie 30 proc. badanych, a w grupie, która przeszła COVID-19 w domu – 9-10 proc.

Powikłania w układzie sercowo-naczyniowym

Dotychczasowe doniesienia dotyczyły głównie fazy ostrej zakażenia, gdzie pojawienie się powikłań kardiologicznych znacznie pogarszało rokowanie chorych. Mechanizmy tych powikłań wiążą się aktywacją zapalną i burzą cytokinową, zapaleniem mięśnia sercowego, uszkodzeniem serca, dysfunkcją śródbrzońki czy destabilizacją blaszek miażdżycowych. Konsekwencją może być wystąpienie niewydolności serca, zaburzeń rytmu czy ostrych zespołów wieńcowych. Nierzadko obserwuje się aktywację prozakrzepową z mikro i makro zatorowością. W skrajnych przypadkach uszkodzenia mięśnia sercowego np. w przebiegu zapalenia mogą wystąpić objawy zaawansowanej niewydolności serca i złośliwych zaburzeń rytmu, która wymaga transplantacji tego narządu. W przypadku zapalenia mięśnia sercowego i uszkodzenia serca opisywane w literaturze dane miały dotyczyć od kilku do nawet kilkudziesięciu proc. pacjentów z COVID-19. Odsetki te były najwyższe w grupach chorych z bardzo ciężkim przebiegiem COVID-19. Wyniki naszych badań pokazały, że powikłania kardiologiczne stanowią również istotny problem w grupie ozdrowieńców. Uczestnicy badania mieli oznaczone stężenie NT-proBNP we krwi w celu oceny potencjalnych powikłań związanych z niewydolnością serca. Aż u 17 proc. pacjentów ten marker był podwyższony w czwartym miesiącu po ostrej fazie zakażenia i w tym obszarze prowadzimy dalsze analizy. Podwyższony poziom troponiny T (znany marker uszkodzenia serca) stwierdziliśmy u 4 procent chorych a 15% występował podwyższony poziom kinazy krwotocznej. Ocenialiśmy także potencjalną poinfekcyjną gotowość pro-zakrzepową organizmu w oparciu o poziom d-dimerów. Ten parametr był

Zespół post COVID 19 badania w III Katedrze i Oddziale Klinicznym Kardiologii

Mariusz Gąsior - Kierownik projektu

Faktyczna liczba Polaków, którzy przeszli zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 jest kilka razy wyższa. Szacuje się, że do chwili obecnej to może być ponad 10 mln osób. Do tej pory nie ma dokładnych danych epidemiologicznych obejmujących duże populacje chorych, które mówiłyby jaki procent osób zakażonych może odczuwać dolegliwości po przechorowaniu COVID-19. Dotyczy to zarówno pacjentów, którzy z powodu znacznego nasilenia objawów wymagali hospitalizacji, jak i osób, które zakażenie przeszły łagodnie czy nawet bezobjawowo. Wiedzę czerpiemy głównie z pojedynczych badań obserwacyjnych. Dziewięć miesięcy temu zainicjowaliśmy z prof. Jerzym Jaroszewiczem na Śląsku badanie SILCOV (The Silesian Complication of COVID 19) finansowane ze środków Agencji Badań Medycznych. Celem badania była ocena potencjalnych powikłań COVID 19 w okresie kilkunastu tygodni po fazie ostrej infekcji. Specjalistycznymi badaniami w ramach konsorcjum Śląskiego Centrum Chorób Serca i Śląskiego Uniwersytetu Medycznego (kliniki: psychiatrii, neurologii, chorób zakaźnych) objęliśmy zarówno pacjentów wymagających hospitalizacji w ostrej fazie, jak i tych leczonych w warunkach domowych. Łącznie przebadaliśmy grupę 200 osób. Były to szczegółowe badania i obejmowały między innymi z zakresu kardiologii EKG z późnymi potencjałami komorowymi, badanie holterowskie, ocenę echokardiograficzną z odształceniem podłużnym lewej komory i analizą trójwymiarową. W celu zobiektywizowania tolerancji wysiłku i ewentualnej duszności, wykonywano test 6-minutowego marszu oraz u wybranych chorych badanie rezonansu magnetycznego serca. Jeżeli chodzi o ocenę pulmonologiczną, to chorzy mieli wykonaną tomografię komputerową płuc wysokiej rozdzielczości (HRCT) oraz specjalistyczne badania czynnościowe – spirometria, budypletyzmozografia i analiza dyfuzji gazów w płucach. Byli badani także neurologicznie oraz oceniano ich zdrowie psychiczne (w oparciu o badania ankietowe diagnozujące niepokój i depresję, analizujące zaburzenia lękowe, a także skale analizujące bezsenność i jakość życia). Dodatkowo wzięliśmy pod lupę szeroki panel badań laboratoryjnych dotyczący potencjalnych uszkodzeń narządowych. Dla potrzeb przyszłych badań zamroziliśmy odpowiednią ilość (1500 próbek) krwi pełnej, surowicy i moczu.

powyżej normy u 12-13 proc. chorych. Przedstawione wcześniej wyniki wpisują się w spektrum powikłań sercowo-naczyniowych u ozdowieńców i mogą występować w ramach zespołu post-Covidowego. Gdy uświadomimy sobie, że objawowe zakażenie SARS-CoV-2 jest udziałem ogromnej rzeszy Polaków, to te kilka, czy kilkanaście procent stwierdzanych nieprawidłowości w badaniu podmiotowym, badaniach laboratoryjnych czy obrazowych przekłada się na znaczną liczbę chorych. Chorych, których po pierwsze należałoby wytypować, a po drugie – otoczyć opieką, co dla przeciążonego systemu ochrony zdrowia będzie ogromnym wyzwaniem.

Interdyscyplinarny przypadek pacjenta zmagającego się z zespołem post-Covid

To przypadek 34-letniej pacjentki do października 2020 zupełnie zdrowej, bez chorób przewlekłych, bez leczenia. W październiku przeżyła COVID19 – wśród objawów dominowały bóle mięśni, silna przeczulica powłok skórnych, trwająca 2 tygodnie z wylewami krwawymi w twardówkach, które występowały przy prawidłowym ciśnieniu tętniczym krwi. W styczniu 2021 pacjentka trafiła do oddziału chorób wewnętrznych z powodu duszności wysiłkowej (NYHA II), niespecyficznych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej i masywnych rozlanych krwiaków podskórnych w obrębie całych kończyn dolnych. Przeprowadzona diagnostyka nie wykazała nieprawidłowości w zakresie parametrów krzepnięcia – w trakcie przyjęcia do oddziału krwiaki znajdowały się w fazie gojenia. W RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej nie stwierdzono patologii. W UKG uwidoczniło obniżoną frakcję wyrzutową lewej komory (EF 40%) z zaburzeniami kurczliwości regionalnej, bez istotnych wad zastawkowych, bez przeciążenia prawej komory. Do terapii włączono leczenie farmakologiczne niewydolności serca. W trakcie kolejnej hospitalizacji w SCCS na przełomie marca i kwietnia 2021 stwierdzono normalizację EF (EF 55%) i wycofanie się regionalnych zaburzeń kurczliwości, co potwierdzono prawidłowym wynikiem badania NT-proBNP i rezonansu magnetycznego serca (wykluczono przebyte i aktywne zapalenie mięśnia sercowego). Obraz tomografii komputerowej w granicach normy. Zarówno parametry krzepnięcia, jak i stężenie D-dimerów były prawidłowe. Dystans testu 6-minutowego marszy wyniósł 525m. ale poziom nasilenia duszności na koniec testy wg zmodyfikowanej skali Borga był znaczny: 3/10. Przypadek ten pokazuje, że objawy występujące po ostrej fazie i mogą być nietypowe, przebieg kliniczny może być bardzo różnicowany, a wdrożone leczenie skuteczne.

Którzy chorzy mają wysokie ryzyko rozwoju zespołu post-Covid?

To dość trudne zadanie, ponieważ zaburzenia mogą występować również u chorych, którzy zakażenie wirusem SARS-CoV-2 przeszli skąpo lub bezobjawowo. Zwiększona częstość występowania zespołu post – COVID 19 dotyczy przykładowo osób starszych, związana jest również z ciężkim

przebiegiem w ostrej fazie oraz wielochorobowością. Częściej dotyczy osób ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi, oddechowymi z cukrzycą czy otyłością. Powinniśmy edukować chorych w zakresie potencjalnych powikłań i związanych z tym dolegliwościami. Należy zwrócić uwagę czy objawy utrzymujące się po COVID-19 występowały przed infekcją, czy nie? Jeżeli nie, to jest to mocny sygnał ostrzegawczy, że w organizmie może dziać się coś złego. Przykładowo: jeżeli pacjent miał rozpoznaną wcześniej chorobę układu oddechowego, odczuwał duszność a charakter i natężenie dolegliwości nie zmieniło się po COVID-19, to można założyć, że przyczyną kłopotów jest choroba podstawowa, a nie powikłania poinfekcyjne. Jeżeli jednak duszność wcześniej nie występowała, a pojawiła i utrzymuje się po zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, to jest to poważny sygnał alarmowy. Niepokojące są także inne dolegliwości nie występujące wcześniej na przykład bóle w klatce piersiowej, nietolerancja wysiłku, kołatania serca, kaszel, bóle i zawroty głowy, bóle i obrzęki kończyn dolnych czy zmiany troficzne skóry. Wszystkie one powinny być sygnałem do konsultacji specjalistycznej

Model opieki nad pacjentem po COVID-19

Problem może dotyczyć bardzo dużej grupy chorych. Objęcie ich opieką specjalistyczną dla przeciążonego systemu ochrony zdrowia będzie ogromnym wyzwaniem. To pacjenci, którzy będą stosunkowo często potrzebować opieki wielu specjalistów. W grupie szczególnego ryzyka są bez wątpienia chorzy z przeszłością kardiologiczną. Szczegółowo analizujemy dane ze Śląska. Przykładowa analiza obejmuje ponad 4 tysiące chorych (średni wiek to 72 lata) obciążonych kardiologicznie i wymagających hospitalizacji z powodu infekcji COVID-19 w okresie pierwszej i drugiej fali pandemii. W okresie wewnątrzszpitalnym śmiertelność wśród tych chorych wynosiła ponad 20 procent. Jednak śledząc losy już po opuszczeniu szpitala, okazało się, że w okresie kilku miesięcy dodatkowo umierało kilkanaście procent z nich! Dane te są niepokojące i pokazują niekorzystny trend dotyczący rokowania chorych obciążonych chorobą układu sercowo-naczyniowego i występującą infekcją COVID-19 wymagającą hospitalizacji. Są to chorzy, którzy po wypisie ze szpitala powinni być objęci szczegółową specjalistyczną opieką kardiologiczną, ponieważ infekcja może pozostawić trwałe ślady w organizmie i niekorzystnie wpłynąć na dalsze rokowanie. Wydaje się, że dobrym rozwiązaniem mogłyby być badania przesiewowe w wytypowanych grupach ryzyka. Na pewno nasze kliniki kardiologiczne są dobrze przygotowane merytorycznie aby podjąć temu zadaniu.

W tym miejscu chciałem podziękować moim współpracownikom – personelowi medycznemu i administracyjnemu naszej kliniki, z którymi zrealizowaliśmy ten projekt oraz wszystkim innym osobom zaangażowanym w ten projekt. Szczególnie chcę podziękować dr Jackowi Niedzieli, dr Alicji Nowowiejskiej-Wiewióra, dr Zofii Kułaczkowskiej, mgr Krystynie Czapli oraz Agacie Pecel.

Jestem głęboko przekonany, że przeprowadzone badanie oraz zamieszczone poniżej liczne udokumentowane publikacje dotyczące COVID-19 będą miały dodatkowy pozytywny wpływ w pozyskiwaniu przez Śląskie Centrum środków finansowych.

Redakcja: Jerzy Jaroszewicz, Mariusz Gąsior

1. Kompleksowa opieka nad chorym z zespołem Post-COVID-19 (PC19). Opinie ekspertów. Warszawa: i-Medica; Sp. z o.o., 2021; Praca afiliowana przez SUM Katowice
2. Tajstra M, Jaroszewicz J, Gąsior M. Acute Coronary Tree Thrombosis After Vaccination for COVID-19. *JACC*. 2021 May 10;14(9):e103-e104. doi: 10.1016/j.jcin.2021.03.003. PMID: 33958175.
3. Gąsior M, Gierlotka M, Tycińska A, Wojtaszczyk A, Skrzypek M, Nadolny K, Ładny JR, Dobrzycki S, Hausner A, Wita K, Wojakowski W, Hawranek M. Effects of the coronavirus disease 2019 pandemic on the number of hospitalizations for myocardial infarction: regional differences. Population analysis of 7 million people. *Kardiol Pol*. 2020 Oct 23;78(10):1039-1042.
4. Myrda K, Błachut A, Buchta P, Skrzypek M, Wnuk-Wojnar AM, Hoffmann A, Nowak S, Kowalski O, Pruszkowska P, Sokal A, Wita K, Mizia-Stec K, Gąsior M, Kalarus Z. Clinical characteristics of patients with atrial fibrillation or atrial flutter hospitalized during the COVID-19 pandemic. The population analysis of nearly 5 million people. *Pol Arch Intern Med* 05. 2021 accepted
5. Tajstra M, Kurek A, Pyka Ł, Gąsior M. The increased rate of life-threatening interventions in remotely monitored patients with heart failure during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Pol Arch Intern Med*. 2020 Oct 29;130(10):913-914.
6. Myrda K, Błachut A, Buchta P, Skrzypek M, Wnuk-Wojnar AM, Hoffmann A, Nowak S, Kowalski O, Pruszkowska P, Sokal A, Wita K, Mizia-Stec K, Gąsior M, Kalarus Z. Impact of the COVID-19 pandemic on atrial fibrillation and atrial flutter ablation rates. The analysis of nearly 5 million Polish population. *Kardiol Pol*. 2021 Apr 29. doi: 10.33963/KP.15988.
7. Tajstra M, Wojtaszczyk A, Sterliński M, Świerzyńska E, Szumowski Ł, Tomasiuk M, Grabowski M, Januszkiewicz ŁJ, Romanek J, Przybylski A, Mitkowski P, Klotzka A, Szafranek A, Gąsior M, Kalarus Z, Kowalski O. Patients with heart failure and an implanted cardioverter-defibrillator during the COVID-19 pandemic: insights from a multicentre registry in Poland. *Kardiol Pol*. 2021 Mar 30.
8. Świerad M, Dyrbuś K, Szkodziński J, Zembala MO, Kalarus Z, Gąsior M. Telehealth visits in a tertiary cardiovascular center as a response of the healthcare system to the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 pandemic in Poland. *Pol Arch Intern Med*. 2020 Aug 27;130(7-8):700-703.
9. Bujak K, Kazik A, Wróbel M, Piegza J, Lekston A, Gąsior M. COVID-19 mimicking ST-elevation myocardial infarction. *Postepy Kardiol Interwencyjnej*. 2020 Jun;16(2):213-215.
10. Hawranek M, Grygier M, Bujak K, Bartuś S, Gierlotka M, Wojakowski W, Legutko J, Lesiak M, Pączek P, Kleinrok A, Milewski K, Kubica J, Tajstra M, Dudek D, Witkowski A, Gąsior M. Characteristics of patients from the Polish Registry of Acute Coronary Syndromes during the COVID-19 pandemic: the first report. *Kardiol Pol*. 2021 Feb 25;79(2):192-195.
11. Lelonek M, Książczyk M, Pawlak A, Gąsior M, Rozentryt P, Nessler J. Heart failure management in Polish medical centers during the coronavirus disease 2019 pandemic: results of a survey. *Kardiol Pol*. 2020 Oct 23;78(10):1035-1038.
12. Siudak Z, Grygier M, Wojakowski W, Malinowski KP, Witkowski A, Gąsior M, Dudek D, Bartuś S. Clinical and procedural characteristics of COVID-19 patients treated with percutaneous coronary interventions. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2020 Nov;96(6):E568-E575.
13. Legutko J, Niewiara Ł, Bartuś S, Dobrzycki S, Gąsior M, Gierlotka M, Kochman J, Lesiak M, Matysek J, Ochała A, Pawłowski T, Gil R, Witkowski A. Decline in the number of coronary angiography and percutaneous coronary intervention procedures in patients with acute myocardial infarction in Poland during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Kardiol Pol*. 2020 Jun 25;78(6):574-576.
14. Kucap M, Nadolny K, Ładny JR, Zyśko D, Gałązkowski R, Gąsior M, Kraska W. Retrospective analysis of interventions performed by emergency medical teams in Poland before and during the SARS-CoV-2 pandemic. *Wiad Lek*. 2020;73(8):1659-1662.
15. Gąsior M, Jaroszewicz J, Ciesła D, Wita K, Hudzik B. High post-discharge mortality in hospitalized COVID-19 patients with cardiovascular comorbidities/w recenzji
16. Artur Filipecki, Michał Orszulak, Mateusz Tajstra, Oskar Kowalski, Michał Skrzypek, Zbigniew Kalarus, Mariusz Gąsior, Katarzyna Mizia-Stec. Cardiac implantable electronic devices procedures and their recipients characteristic during Covid-19 pandemic: 3,8 million population analysis/ w recenzji
17. Jacek T. Niedziela, Jan Głowacki, Marek Ochman, Robert Pudło, Monika Adamczyk-Sowa, Alicja Nowowiejska-Wiewióra, Zofia Kułaczowska, Barbara Sobala-Szczygieł, Krzysztof Myrda, Maciej Wiewióra, Izabela Jaworska, Krystyna Czaplą, Alicja Grzanka, Mariusz Gąsior, Jerzy Jaroszewicz. Short-term complications in patients with and without the need for hospital admission due to COVID-19. W recenzji
18. Jacek T. Niedziela, Jerzy Jaroszewicz, Krystian Wita, Daniel Cieśla, Mariusz Gąsior High post-discharge mortality in hospitalized COVID-19 patients with prior diagnosis of heart failure / w recenzji
19. Łukasz Pyka, Piotr Rozentryt, Krzysztof S. Gołba, Katarzyna Mizia-Stec, Zbigniew Kalarus, Krystian Wita, Mariusz Gąsior. The impact of COVID-19 pandemic on heart failure hospitalizations, patient characteristics and outcomes. A preliminary report from the SILCARD registry/ w recenzji
20. Łukasz Pyka, Aneta Ociessa, Anna Maria Frycz-Kurek, Tadeusz Osadnik, Mateusz Witek, Radosław Liszka, Mariusz Gąsior. COVID-19 infection in hospitalized advanced heart failure patients/w recenzji

*Mariusz Gąsior,
Alicja Nowowiejska-Wiewióra,
Krystyna Czaplą*

Raport z badań pracowników SCCS po infekcji COVID-19

Szanowni Państwo,

kilka miesięcy temu zadeklarowaliśmy jako zespół III Katedry i Oddziału Klinicznego pomoc medyczną naszym pracownikom, którzy przeszli infekcję COVID 19. Warto przypomnieć, że była to odpowiedź na zapytanie o tą możliwość Pani Agnieszki Klim.

Zgodnie z obietnicą poddaliśmy badaniom kontrolnym pracowników SCCS, którzy przeszli infekcję zarówno pełnoobjawowo jak i skąpoobjawowo. W grupie tej znajduje się personel „biały” jak i pozostali pracownicy - przecież wszyscy jesteśmy potrzebni w procesie leczniczym a wirus nie wybiera. Badania mają formę skriningu w zakresie potencjalnych powikłań po COVID 19. Oczywiście diagnozowane są wszystkie inne problemy zgłaszane przez pracowników.

Do tej pory przebadaliśmy 70 osób a dodatkowo oczekuje ponad 100 (liczba ta ciągle rośnie). Nie mamy wątpliwości, że badania te są potrzebne. Nasi pracownicy, podobnie jak pacjenci z przeprowadzonego przez nas badania finansowanego przez Agencję Badań Medycznych nie są wolni od zespołu post-COVID19. Już teraz możemy powiedzieć, że niezależnie od ciężkości przebiegu COVID-19 szczególna opieka nad pracownikami jest konieczna, którą jako zespół naszej kliniki będziemy kontynuować. Dodatkowo będziemy apelować do bezpośrednich przełożonych osób po infekcji COVID 19 o „wyrozumiałość” w codziennej ich pracy w Śląskim Centrum.

Wydaje się nam, że na temat infekcji SARS-CoV-2 wiemy już wiele, ale na pewno jeszcze nie wszystko. Jesteśmy świadomi, że wirus ten ma powinowactwo do różnego rodzaju tkanek organizmu ludzkiego. Głównie kojarzy się nam z zajęciem płuc, jednak nie wolno zapominać, że nie tylko tkanka płucna, ale i sercowo-naczyniowa czy nerwowa mogą być miejscem „ataku” wirusa. Zajęcie różnych narządów może powodować zaburzenia dyfuzji, czy zmiany w płucach, u części pojawić się mogą objawy neurologiczne, a dodatkowo mogą występować zaburzenia snu, niepokój czy depresja.

Wszystko to utwierdza nas to w przekonaniu, że istnieje konieczność szczepień przeciw Sars-Cov-2 naszych pracowników (oczywiście jeśli nie ma bezwzględnych p/wskazań) po to, aby zabezpieczyć ich przed ciężkim przebiegiem choroby i ewentualnym nawrotem.

Zapewniamy wszystkich pracowników SCCS, że dokończymy te badania i przebadamy wszystkich potrzebujących niezależnie od konieczności „nadrabiania kontraktu” i bieżącej walki z koronawirusem.

Jednocześnie chcielibyśmy podziękować za wszystkie miłe słowa kierowane pod adresem naszego personelu. Jest to dla nas najważniejsza nagroda za wykonywaną pracę, szczególnie gdy doceniają ją pracownicy naszego Szpitala.



- *Cały zespół pielęgniarski OIT B jest wdzięczny za możliwość wykonania badań po przebyciu zakażenia COVID 19. Jako pracownicy czujemy się „zaopiekowani”. Bardzo dobra inicjatywa, dziękujemy.*

***W imieniu zespołu,
piel oddz. Alicja Krzysicka-Kowalska***

- *Bardzo dziękuję za możliwość wykonania badań po COVID-19. Jestem zadowolona i wdzięczna, tym bardziej, że opiekował się mną znany mi zespół.*

***Dziękuję,
C. Cybulska***

Odmienności diagnostyczno- terapeutyczne w leczeniu chorego starszego podczas infekcji Covid-19



Koronawirus (SARS-CoV-2), określany jako wirus ciężkiego ostrego zespołu oddechowego, pojawił się pod koniec 2019r. w regionie Wuhan w Chinach i rozprzestrzenił się na całym świecie, wobec czego Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła globalną pandemię.

Doniesienia epidemiologiczne dotyczące pandemii SARS-CoV-2 wskazują, że osoby starsze są populacją szczególnie narażoną na ciężkie postacie tej choroby i wymagają często leczenia na oddziale intensywnej terapii. Postawiono również hipotezę, że u osób starszych czas inkubacji SARS-CoV-2 jest krótszy, a progresja choroby bardziej agresywna niż u populacji młodszej.

Narzędzia oceny stanu funkcjonalnego chorych starszych z COVID-19

Wiedząc, że pandemia COVID-19 w istotny sposób dotyka osoby starsze, istnieje potrzeba opracowania strategii identyfikacji osób starszych ze zwiększonym ryzykiem powikłań związanych z chorobą. Ze szczególną troską należy podejść do seniorów z zespołem kruchości (frailty), zdefiniowanym jako zespół biologiczny ze zmniejszoną rezerwą homeostatyczną oraz obniżoną odpornością, co z kolei zwiększa podatność jednostki na infekcje i koreluje z większym korzystaniem z usług opieki zdrowotnej, ryzykiem unieruchomienia, niepełnosprawności i zgonu.

Ciężkie objawy COVID-19 można zaobserwować nie tylko u chorych z zespołem frailty, ale także u seniorów z szeregiem chorób współistniejących, takich jak: choroby układu sercowo-naczyniowego, oddechowego czy zespół metaboliczny. Zatem u chorego z zespołem kruchości oraz chorobami współistniejącymi rokowanie jest najpoważniejsze. Podstawowym narzędziem oceny stanu funkcjonalnego u seniorów jest Kompleksowa Ocena Geriatryczna. Jest to wprawdzie bardzo dokładna metoda prognostyczna, ale z uwagi na czasochłonność, trudna do wprowadzenia na przykład na oddziałach intensywnej terapii. Aktualnie sugerowanym przez geriatrów, mniej czasochłonnym, narzędziem oceny chorego starszego jest Indeks Barthela, który pozwala na ocenę indywidualnej zdolności do wykonywania podstawowych czynności życia codziennego, takich jak: karmienie, kąpiel, pielęgnacja, ubieranie się, kontrola wypróżnień oraz oddawania moczu, przesuwanie krzesła, wchodzenie po schodach. Indeks Barthela jest

oceniany od 0 (całkowicie zależny) do 100 (całkowicie niezależny). Wynik 0-20 oznacza „całkowitą zależność”, 21-60 oznacza „poważną zależność”, 61-90 oznacza „umiarkowaną zależność”, a 91-99 oznacza „niewielką zależność”. Biorąc pod uwagę możliwość powtarzalności i łatwość implementacji w różnych warunkach klinicznych, jest to przydatne narzędzie do sprawnej oceny stanu funkcjonalnego.

Nietypowe objawy koronawirusa u osób starszych

Naukowcy opracowali listę objawów infekcji Covid-19 u osób w podeszłym wieku (Tab.1).

Tabela1. Objawy infekcji Covid-19 z zależności od wieku

<i>objawy</i>	<i><60 lat</i>	<i>>60 lat</i>
<i>gorączka (≥ 38 C)</i>	<i>tak</i>	<i>nie</i>
<i>stan podgorączkowy (37-38 C)</i>	<i>tak/nie</i>	<i>tak</i>
<i>kaszel – suchy/mokry</i>	<i>tak</i>	<i>sporadycznie</i>
<i>duszność</i>	<i>tak</i>	<i>sporadycznie</i>
<i>utrata węchu i/ lub smaku, która może utrzymywać się nawet kilka miesięcy po infekcji</i>	<i>tak</i>	<i>tak/nie</i>
<i>zmęczenie, uczucie rozbitcia</i>	<i>tak</i>	<i>tak</i>
<i>zawroty głowy, upadki majaczenie</i>	<i>nie</i>	<i>tak</i>
<i>hipoaktywne dezorientacja z zaburzeniami mowy</i>	<i>nie</i>	<i>tak</i>

Dużym problemem wynikającym z nietypowego przebiegu infekcji u seniorów jest ryzyko przeoczenia pierwszych symptomów Covid-19. Wraz z wiekiem u seniorów pojawiają się różne dolegliwości, na które wpływa również styl życia. Mieszkańcy domów opieki stają się mniej aktywni, a brak ruchu wpływa na ich ogólną kondycję zdrowotną. Osoby starsze mieszkające samotnie mogą za to nie radzić sobie z prawidłową dystrybucją leków na różne schorzenia lub popadać w apatię i depresję.

Infekcja COVID-19 u chorego starszego z cukrzycą

Eksperti podkreślają, że dobrze kontrolowana cukrzyca, niezależnie od typu, nie zwiększa ryzyka zakażenia koronawirusem – zapadalność na COVID-19 jest u diabetyków podobna do tej wśród populacji ogólnej. Jednak jeśli w przebiegu choroby poziom glukozy we krwi nie jest odpowiednio monitorowany i doszło do rozwoju powikłań narządowych, które dodatkowo obciążają organizm, ryzyko infekcji COVID-19 znacząco wzrasta. Cukrzyca i związane z nią powikłania mogą zwiększać ryzyko zachorowalności i śmiertelności podczas ostrych zakażeń z powodu osłabienia wrodzonych i humoralnych funkcji odpornościowych. Poziomy hemoglobiny glikowanej (HbA1c) > 9% powiązano z 60% zwiększonym ryzykiem hospitalizacji i ciężkością związaną z zapaleniem płuc podczas infekcji bakteryjnej.

Wpływ SARS CoV-2 na poziom glukozy we krwi

Zakażenie SARS CoV-1 indukuje hiperglikemię u osób bez wcześniejszej cukrzycy. Obserwowano, że hiperglikemia utrzymuje się przez 3 lata po wyzdrowieniu z SARS, co wskazuje na przemijające uszkodzenie komórek beta. Chociaż podobnego efektu nie odnotowano w przypadku COVID-19, może być ważne monitorowanie poziomu glukozy we krwi w ostrej fazie i podczas obserwacji.

Zasady postępowania w cukrzycy z COVID-19 u chorego starszego

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne w 2020 opublikowało rekomendacje postępowania dla lekarzy i pacjentów. Powinno ono polegać przede wszystkim na jak najlepszym leczeniu cukrzycy, częstej samokontroli glikemii i przestrzeganiu ogólnych zaleceń co do zachowywania się w czasie epidemii (izolacja, dystans społeczny, noszenie maseczki).

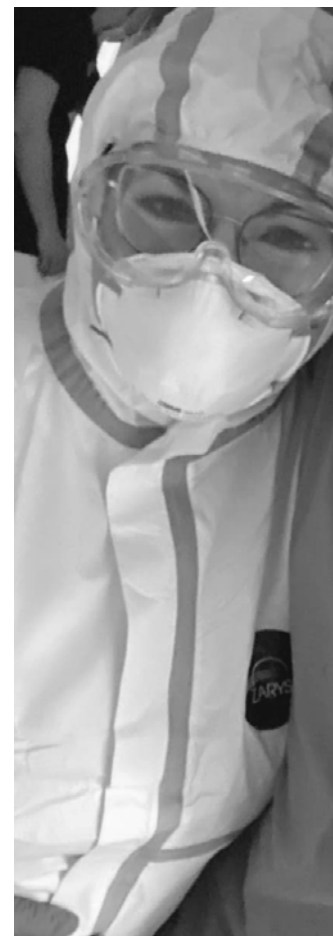
Większość pacjentów z łagodną infekcją może kontynuować doustne leki przeciwhiperglikemiczne. Może być konieczne przerwanie leczenia metforminą w przypadku wymiotów. Dawki pochodnych sulfonilomocznika oraz insulina, mogą wymagać korekty dawkowania w zależności od poziomu glukozy we krwi.

Większość hospitalizowanych pacjentów z cukrzycą podczas infekcji Covid-19 wymaga insulinoterapii.

Podsumowanie

1. Chorzy na cukrzycę bezwzględnie powinni przestrzegać diety cukrzycowej bogatej w białko i błonnik z ograniczeniem tłuszczów nasyconych i nie przekraczać znacząco ilości spożytych kalorii.
2. Wskazana kontynuacja ćwiczeń fizycznych w warunkach domowych, takich jak: jazda na rowerze stacjonarnym, bieżnia i ćwiczenia oporowe z niewielkimi ciężarami.
3. Regularne przyjmowanie leków przeciwcukrzycowych i insuliny według zaleceń lekarza.
4. W przypadku wysokich wartości glikemii wymagany jest pilny kontakt z lekarzem, który może skonsultować pacjenta za pośrednictwem telemedycyny.

U chorych na cukrzycę nie występuje większe prawdopodobieństwo zachorowania na COVID-19 niż u osób z populacji ogólnej, a gdy dojdzie do infekcji koronawirusem, na większe ryzyko cięższego przebiegu zakażenia narażone są osoby ze źle kontrolowaną metabolicznie cukrzycą, dlatego tak ważne jest prawidłowe leczenie choroby podstawowej. Pacjenci nie powinni obawiać się przyjmowania leków, terapię należy kontynuować niezależnie od typu cukrzycy. Należy też kontynuować stosowanie inhibitorów konwertazy angiotensyny i sartanów.



Przebieg audytów wewnętrznych zintegrowanego systemu zarządzania w okresie pandemii

2020 rok upłynął pod znakiem COVID-19. Epidemia pokazała, jak ważna jest współpraca w szerokim tego słowa znaczeniu. Pandemia zmusiła kadrę do elastycznego dostosowania się do nowej rzeczywistości. Doskonalenie zintegrowanego systemu zarządzania ukierunkowane było do poszukania kierunku, który pozwoliłoby na kontynuację zaplanowanych celów. Pandemia pokazała nowe możliwości (ale wiele możliwości również nam zabrała). Perspektywa przedłużania się pandemii oznaczała, że w Śląskim Centrum nie będą mogły w najbliższym czasie być przeprowadzane audyty wewnętrzne w dotychczasowej formie, czyli na miejscu w audytowanej komórce organizacyjnej Szpitala. W roku 2020 zaplanowanych było w harmonogramie audytów wewnętrznych 66 spotkań, które mogły być realizowane tylko w formie zdalnej. W związku z audytami, które zostały zawieszono w drugim kwartale, a które jednak powinny być przeprowadzane, rozpoczęłam dyskusję drogą elektroniczną z Auditorami na temat planowania przeprowadzenia audytów zdalnie. Auditorzy wewnętrzni pod moim kierunkiem opracowali projekt nowych zasad przeprowadzania audytów oraz projekt list audytowych z istotnymi pytaniami. Dyrektor wprowadził nowe zasady przeprowadzania audytów, tzw. audyty zdalne. Wydano 4 wydanie procedury pt.: „Audyty wewnętrzne” – nr PS/PSJ/05, która opisuje sposób planowania i przeprowadzania audytów wewnętrznych zintegrowanego systemu zarządzania. Rozpoczęłam spotkania indywidualne z zachowaniem reżimu sanitarnego z Pielęgniarkami Oddziałowymi oraz Kierownikami komórek organizacyjnych. Celem spotkań było wyjaśnienie, jak ma wyglądać współpraca podczas audytu zdalnego. Zaplanowanie i przeprowadzenie audytu w formie zdalnej wymagało dłuższego przygotowania się audytorów do przeprowadzenia audytu. Wymagało także wstępnych rozmów i przygotowania kierownika audytowanej komórki organizacyjnej lub osoby upoważnionej do przeprowadzenia audytu tą „drogą”. Audyt musiał być zaplanowany w czasie dłuższym niż dotychczas. Mógł być przeprowadzony w rozbiciu na kilka dni i w dłuższym przedziale czasowym, zawsze zgodnie z opisem w planie audytu zdalnego. Plan audytu zdalnego obejmował precyzyjnie określone stanowiska osób, z którymi audytor przeprowadzi wywiad. W planie koniecznie było zapisanie dokładnej godziny telefonicznego połączenia się audytora z osobami wymienionymi w planie audytu. W powyższym planie zawarta była informacja, który audytor wstawi się osobiście do audytowanej komórki organizacyjnej z zachowaniem odpowiedniego reżimu epidemiologicznego, jeżeli będzie taka konieczność.

Nikt nie miał doświadczenia, a jednak profesjonalizm i chęć współpracy pracowników SCCS pokazała, jak bardzo personel jest wrażliwy i oddany zadaniom, które są im wyznaczone.

Sekcja ds. jakości i szkoleń w świetle COVID-19

Ogłoszony na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w marcu 2020 roku stan pandemii wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2 jest trudnym okresem nie tylko dla polskiej ochrony zdrowia. Swoje odzwierciedlenie oraz negatywne, jak i paradoksalnie, pozytywne skutki zauważyć można niemal w każdej branży, od biznesu po rolę.

Sekcja ds. Jakości i Szkoleń SCCS w Zabrze również stanęła przed wyzwaniem, jakim finalnie było przeniesienie dotychczasowych zadań i obowiązków do cyberprzestrzeni, co pozwoliło na sukcesywne oraz efektywne kontynuowanie celów postawionych jej personelowi.

Organizacja szkoleń określonych standardami akredytacyjnymi, wymaganiami prawnymi czy też ukierunkowanymi na podnoszenie kompetencji i kwalifikacji pracowników zostały zredukowane do minimum pod ścisłym reżimem sanitarnym. Wydzielono odpowiednie sale szkoleniowe, udostępniono pracownikom środki ochrony indywidualnej, opracowano schematy postępowania personelu uczestniczącego w szkoleniu.

U schyłku ubiegłego roku, wychodząc naprzeciw personelowi szpitala, szkolenia znalazły swoje odzwierciedlenie w cyberprzestrzeni na platformie szkoleniowej Moodle. Dotychczasowy schemat szkoleń przerodził się w swoistego rodzaju webinary, prezentacje online czy filmy, z których personel SCCS może korzystać z każdego miejsca na ziemi pod warunkiem dostępu do Internetu, co okazało się milowym krokiem nie tylko dla kierowników komórek szpitala pod względem organizacyjnym, zarządzania, ale także dla administratora (w tym przypadku personel Sekcji) platformy. Wskaźnik uczestnictwa w szkoleniach kieruje się ku górze, z kolei wskaźnik efektywności personelu nie spada, co stanowiło swojego rodzaju obawy przedwdrożeniowe.

Kolejnym przedsięwzięciem, które swoje odzwierciedlenie również odnalazło w cyberprzestrzeni były audyty wewnętrzne.

Podstawowym zagadnieniem, z którym zmagał się personel Sekcji stanowiło, czy audyt wewnętrzny pozwoli na ocenę zgodności i skuteczności systemów zarządzania pod kątem zgodności z wymaganiami normatywnymi, prawnymi, akredytacyjnymi pomimo braku obecności audytora w audytowanej komórce?

Specjalista ds. jakości i szkoleń rozpoczęła żmudną pracę nad opracowaniem schematów audytu zdalnego dla komórek medycznych, administracyjnych oraz technicznych. Opracowano listy audytowe, wdrożono zespół audytorów wewnętrznych w nowe schematy postępowania, przeszkolono kierowników komórek, w których audyt miał zostać przeprowadzany.

Finalnie podjęte działania przez Sekcję ds. Jakości i Szkoleń odnalazły swoje odzwierciedlenie w codziennym życiu, w dużym stopniu działając na wspólną korzyść Szpitala.

Transplantacje w SCCS w czasie pandemii okiem Koordynatora

Biorąc pod uwagę, że w roku 2020 panująca na świecie epidemia koronawirusa nie sprzyjała rozwojowi ilości wykonanych przeszczepów serca i płuc w Polsce, w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu program transplantacyjny nie stanął w miejscu. Spadek w stosunku do 2019 roku jest zaledwie kilkunastoprocentowy. W 2020 roku Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu wykonało 83 przeszczepy serca oraz 28 przeszczepów płuc.

Ilość wykonanych przeszczepów serca i płuc			
Rok	Serce	Płuca	Razem
2020	83	28	111
2021	27	14	41

Największą barierą w zwiększeniu wykonywanych transplantacji jest tylko i wyłącznie liczba zgłoszonych dawców. W 2020 roku zarejestrowanych w Biurze Koordynacji Przeszczepów SCCS odnotowano 157 zgłoszeń potencjalnych dawców z czego udało nam się wykonać 111 transplantacji. W obecnej sytuacji kiedy panuje światowa pandemia zaczęliśmy inaczej analizować każdego potencjalnego dawcę i kwalifikować również tych dawców, którzy mają 50 lat i więcej, oczywiście po wywiadzie epidemiologicznym i wirusologicznym oraz skrupulatnej ocenie funkcji kwalifikowanych narządów do pobrania. Rozszerzyliśmy kryteria kwalifikacji narządów do przeszczepu dla biorców powyżej 50 rż.

Wszystko zależy od ludzi i ich zaangażowania zarówno w szpitalach zgłaszających dawców jak również w ośrodkach transplantacyjnych. W proces koordynacji zaangażowany jest sztab ludzi: lekarze kardiochirurdzy, anestezjolodzy, kardiolog, transplantolog, pielęgniarki, perfuzjoniści zespołu wyjazdowego i przeszczepiającego, technicy medyczni, laboranci, kierowcy i koordynatorzy transplantacyjni. Aby wszystko zadziało, nie wystarczy praca na etacie, potrzebni są ludzie z pasją, zgrany zespół i ogromny wysiłek każdego z nich. To są osoby kluczowe w procesie pobierania i przeszczepiania narządów, którzy muszą ze sobą ściśle współpracować. Poza pracownikami Śląskiego Centrum Chorób Serca procesie tym udział biorą podmioty współpracujące z naszym szpitalem: 8 Baza Lotnictwa Transportowego Wojska Polskiego bez udziału których niemożliwa by była realizacja akcji transplantacyjnej.



Samolot Lotnictwa Transportowego Wojska Polskiego



Lotnicze Pogotowie Ratunkowe

Dzięki współpracy z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym pomimo pandemii koronawirusa w zeszłym roku korzystaliśmy 5 razy z ich pomocy. Natomiast Wojsko Polskie aż 8 razy transportowało narządy do przeszczepienia do Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

W bieżącym roku z jego pomocy skorzystaliśmy już 5 razy a z pomocy LPR-u udało się skorzystać 1 raz.

Ilość wykonanych lotów w ramach akcji transplantacyjnej		
Rok	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Wojsko Polskie
2020	5	8
2021	1	5

W ubiegłym roku do Biura Koordynacji Transplantacji Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu wpłynęło 218 zgłoszonych potencjalnych biorców serca i płuc z całej Polski. Do kwalifikacji transplantacji serca wpłynęło 147 ankiet potencjalnych biorców, 71 do kwalifikacji do transplantacji płuc, w tym 9 pacjentów z ostrą niewydolnością oddechową spowodowaną przebytym wirusem covid-19. Natomiast w roku 2021 na dzień 30 kwietnia takich zgłoszeń jest już 21! Liczba wszystkich zgłoszeń potencjalnych biorców narządów to nieco ponad 80 chorych.

Ilość zgłoszeń potencjalnych biorców			
Rok	Serce	Płuca	Razem
2020	147	71	218
2021 na dz. 30.04.2021	49	37	86



Bracia: Alan (po przeszczepie serca) i Olaf (oczekujący na przeszczep serca)

Na aktywnej liście biorców na dzień dzisiejszy znajduje się w sumie 198 biorców, w tym 26 dzieci, 88 chorych oczekujących na przeszczep serca, 80 chorych na przeszczep płuca oraz 4 pacjentów czekających na jednoczesną transplantację serca i płuca. Dzięki rozbudowanej liście biorców będzie możliwość wykonania Transplantacji za każdym razem kiedy zaistnieje dawca. Zabrzeński ośrodek planuje nadal rozwijać program transplantacyjny i przede wszystkim dążyć do tego, by przeszczepienie serca i płuca było jak najwięcej. Kluczowym elementem rozwoju programu, jest to aby program transplantacyjny działał w sposób ciągły oraz musi być aktywny jako ośrodek, który wykonuje przeszczepienia.



Wielkanoc 2021, praca w każdej chwili, w każdym miejscu i o każdej porze

Ilość pacjentów oczekujących na przeszczepienie w SCCS				
Serce	Płuca	Serce i	Dzieci	Razem
88	80	4	26	198

Jednocześnie należy kłaść nacisk na sprawny i ciągły proces kwalifikacji biorców tak, aby Ośrodek transplantacyjny miał jak największą grupę biorców aktywnych w każdej grupie krwi. Dzięki rozbudowanej liście biorców będzie możliwość wykonania transplantacji za każdym razem kiedy pojawi się dawca. Nasz ośrodek planuje nadal rozwijać program transplantacyjny i przede wszystkim, dążyć do tego, by przeszczepienie serca i płuca było jak najwięcej.



Ścisła współpraca LPR ze Śląskim Centrum Chorób Serca

Kilka uwag dotyczących wystąpienia całkowitego bloku przedsionkowo - komorowego po przecewnikowym, przeskórnym zamykaniu ubytków międzykomorowych na bazie własnych doświadczeń.

Ostatnio na łamach Kardiologii Polskiej ukazał się artykuł Piotra Weryńskiego i wsp. "Recent achievements in transcatheter closure of ventricular septal defects: a systemic review of literature and meta-analysis"[1]. Z wielkim zainteresowaniem go przeczytaliśmy i odnieśli do zawartych tam danych własne doświadczenia[2]. Autorzy przeanalizowali 44 publikacje, w których (w latach 2014-2020) omawiano zagadnienia przecewnikowego zamykania ubytków międzykomorowych (VSD) - dotyczyło to 4050 pacjentów (głównie dzieci). Dwadzieścia artykułów dotyczyło zastosowania różnorodnych chińskich okluderów (13 prac pochodziło z Chin, kolejnych 7 z innych krajów). Znakomitą większość zabiegów (3812) wykonano w przypadkach zamykania okołobłoniastych VSD (pmVSD), a tylko 66 w przypadkach mięśniowych VSD (MVSD). Skuteczność zabiegów (prawidłowa implantacja) była wysoka i wynosiła blisko 98%, natomiast bezpośrednio po zamknięciu VSD resztkowy przeciek obserwowano u 22,5% pacjentów, który w późniejszym okresie zmniejszył się do 2,11% (obserwowano go u 92 pacjentów). Najpoważniejszym powikłaniem było wystąpienie całkowitego bloku przedsionkowo komorowego (CAVB) po interwencji. Przejściowy (transient) CAVB wystąpił (as pooled estimated rate) u 0,64% i jako trwały (permanent) CAVB u 0,32%. W odniesieniu do chińskich publikacji przejściowy CAVB wystąpił u 13/1437 pacjentów a całkowity u 3/1437 pacjentów co stanowi odpowiednio 0,009% i 0,002%. W rejestrze Europejskim częstość CAVB po zamykaniu przeskórnym pmVSD wynosiła 5%[3]. W naszej praktyce chińskie implanty stosowaliśmy kilkakrotnie do zamykania przecewnikowego VSD, ale zarzuciliśmy ich użycie po wystąpieniu całkowitego bloku 3 miesiące po hybrydowym zamknięciu pmVSD u niemowlęcia za pomocą symetrycznego zmodyfikowanego okludera typu MemoPart (firmy LEPU Medical Inc, Beijing China)[4]. Nasze doświadczenia z zastosowaniem 2 typów Amplatzerów – asymetrycznych (pmVSDO1) oraz mięśniowych (MVSDO) w celu zamykania pmVSD opublikowaliśmy uprzednio na łamach Kardiologii Polskiej[5]. Różnica między tymi implantami m.in. dotyczyła długości talii (odpowiednio 1,5 mm i 7 mm). Badana grupa obejmowała 18 pacjentów, u 9 (grupa I) zastosowano pmVSDO1 i u 9 - grupa II (z pmVSD i obecnym 4 mm rąbkim od strony zastawki aortalnej) MVSDO. W grupie I u 2 pacjentów w pierwszym tygodniu po zabiegu wystąpił CAVB (u jednego ustąpił po sterydoterapii, u drugiego wymagał wszczepienia stałego rozrusznika). W grupie II nie obserwowaliśmy zaburzeń rytmu

i przewodzenia. Spostrzeżenie to[6] zostało uznane przez Grahama w prestiżowym Journal American College Cardiology (JACC) za najciekawszą obserwację dotyczącą kardiologii interwencyjnej we wrodzonych wadach serca w roku 2007[7]. Prof. Amplatz[8], jak również prof. Qin i jego zespół z Shanghaju[9] bazując na tym fakcie skonstruowali nowe typy implantów do zamykania okołobłoniastych VSD (z dłuższą talią) odpowiednio nazwane pmVSDO2 i modified double disc occluder (MDO).

Aktualnie zasadność zamykania interwencyjnego MVSD nie budzi wątpliwości (choć większość z nich zamyka się samoistnie we wczesnym okresie życia dziecka). W ich przypadku ze względu na oddalenie od układu przewodzącego ryzyko CAVB jest niewielkie. Własne doświadczenia wskazują jednak na ostrożność w kwalifikowaniu do tego typu zabiegów MVSD o lokalizacji w napływie, ze względu na ryzyko przecięcia przez implant nici ścięgniętych zastawki trójdzielnej, jak to się zdarzyło u jednego z naszych pacjentów (ciekawy komentarz na ten temat przedstawił pod koniec tego artykułu proszony o opinię prof. Amplatz)[10]. Z drugiej strony przy kwalifikacji do zamykania pmVSD należy uwzględnić szereg detali anatomicznych, szczególnie przydatna wydaje się tu obecność tętniaka przegrody okołobłoniastej, co powoduje, że zaimplantowany okluder pozostaje w oddaleniu od układu przewodzącego. Pokazują na to również nasze doświadczenia w zamykaniu przeskórnym VSD u 6 pacjentów z zastosowaniem ADOIIAS (niestety możliwe tylko w przypadkach VSD o niedużych średnicach) [11]. Podobnie zamykanie pmVSD z obecnym tętniakiem przegrody międzykomorowej z zastosowaniem coila Le Nit Occlude wskazują na brak zaburzeń przewodzenia w obserwacji odległej[12].

- 1 Weryński P, Skorek P, Wójcik A, et al. Recent achievements in transcatheter closure of ventricular septal defects: a systematic review of literature and a meta-analysis. *Kardiol Pol.* 2021; 79: 161-169.
- 2 Carminati M, Butera G, Chessa M, et al. Transcatheter closure of congenital ventricular septal defects: results of the European Registry. *Eur Heart J.* 2007; 28:2361-2368.
- 3 Gałeczka M, Knop M, Fiszer R, et al. Late complete atrioventricular block after hybrid perimembranous ventricular septal defect closure in a neonate. *Kardiol Pol.* 2018; 76: 1494.
- 4 Szkutnik M, Kusa J, Białkowski J. Percutaneous closure of perimembranous ventricular septal defects with Amplatzer occluders – a single centre experience. *Kardiol Pol.* 2008; 66: 941-949.
- 5 Szkutnik M, Qureshi SA, Kusa J, et al. Use of the Amplatzer muscular ventricular septal defect occluder for closure of perimembranous ventricular septal defects. *Heart.* 2007; 93: 355-358.
- 6 Graham TP. The year in congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol.* 2007; 50:368-377.
- 7 Szkutnik M, Białkowski J, Dymitrow L, et al. Problems that occurred during and after transcatheter closure of muscular ventricular septal defects in two patients. *Postepy Kardiologii Interwencyjnej.* 2009; 5: 58-61.
- 8 Knop MT, Litwin L, Szkutnik M, et al. Percutaneous closure of perimembranous and postsurgical ventricular septal defects with Amplatzer Duct Occluder II Additional Sizes in paediatric patients – case series. *Postepy Kardiologii Interwencyjnej.* 2018; 14: 429-432.



Witam serdecznie Kochani,

w obliczu światowej pandemii, wprowadzenia gruntownych zmian wymagały nie tylko projekty Fundacji SCCS, ale przede wszystkim cały sposób naszego działania. Dzięki sprawnym, elastycznym i dostosowywanym do sytuacji krokom Fundacja może realizować swoje cele statutowe i bez problemu kontynuować wspieranie Kliniki Śląskiego Centrum Chorób Serca.

Tak więc program Fundacji SCCS w 2021 realizujemy w trzech trybach: Klinika SCCS, e-wolontariat i Pacjenci. To odpowiedź na potrzeby sytuacji w jakiej się znaleźliśmy i nasze nowe działania związane z pandemią COVID-19.

Mija kolejny miesiąc, trudny... ale pełen nadziei, zaangażowania i wysiłku podczas realizacji fundacyjnego grafiku.

Ze względu nową rzeczywistość, a więc duże obostrzenia nie możemy w pełni realizować naszych pomysłów. Jednak nie poddajemy się i organizujemy spotkania on-line, prowadzimy e-wolontariat.

Wolontariusze Fundacji odwiedzili najmłodszych Pacjentów Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze. Zdając sobie sprawę, że w tym nawałnym czasie to szpital potrzebował i nadal potrzebuje największego wsparcia, większość zebranych środków rzeczowych i finansowych przekazaliśmy na zakup płynów dezynfekcyjnych, maseczek i rękawiczek chirurgicznych, odzieży jednorazowego użytku,

tak by maksymalnie ochronić pacjentów i personel przed zakażeniem koronawirusem.

W marcu i kwietniu, nasza Organizacja została zaproszona przez Kierowników Katedr i Klinik Kardiologii SUM do pomocy w organizacji cyklu webinarów SCCS. W maju, będziemy brali udział w XXVIII Międzynarodowej Konferencji Kardiologicznej.

Również w kwietniu, na zaproszenie ZUS Oddział w Zabrze zorganizowaliśmy konsultacje medyczne on-line w ramach akcji Tydzień dla SERCA.

Przed nami 1 czerwca, warsztaty Bliżej transplantacji cz. 3, wycieczki do zabrzańskiej sztolni dla najmłodszych pacjentów po transplantacji serca i płuc.

Nie zapomnieliśmy o Osobach, które od lat wspierają nas w działaniu na rzecz programu „TAK dla Transplantacji”. W tym roku Ambasadorkami programu zostaną: Katarzyna Bilka i Edyta Bączkowska-Skiba.

Nominacja i uhonorowanie odbędzie się podczas obchodów Dnia Donacji i Transplantacji w październiku.

Na ten okrojony program pracuje wielu Wolontariuszy oraz firm zaprzyjaźnionych z Fundacją SCCS.

Dziękuję za DOBRO jakiego doświadczamy i jestem pełna nadziei, że dzięki naszemu wspólnemu zaangażowaniu zyskamy jeszcze większe poparcie społeczne.

Licząc na dalszą pomoc i doping w działaniu pozostaję z wyrazami szacunku,

Alicja Chachaj – Prezes Fundacji SCCS

Grafiki, które zajęły I i II miejsce w konkursie walentynkowym "Pokaż, jak SERCEM kochasz".



Kaja z Zabrze I miejsce



Aleksandra z Zabrze II miejsce

Zespół I Oddziału Kardiologii i Angiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze



7 kwietnia 2021 roku odeszła dr nauk medycznych Teresa Zielińska. Od zawsze była z nami. Zaczęła pracę w Wojewódzkim Ośrodku Kardiologii jako jedna z pierwszych, w 1985 roku. Zorganizowała od podstaw Pracownię Badań Czynnościowych i Układu Krążenia i Oddychania, brała czynny udział w tworzeniu Poradni Kardiologicznej Dorosłych, której przez wiele lat sprawowała funkcję Kierownik. Zorganizowała i prowadziła Zespół Terapii i Leków, mający na celu ustalenie kosztów leczenia, wdrażanie programów oszczędnościowych oraz standardów leczenia farmakologicznego i dietetycznego w SCCS.

Była wzorem „prawdziwego lekarza”, zawsze wierna zasadom etyki lekarskiej, całym sercem zaangażowana w pracę w szpitalu. Nauczyła nas, że zawsze, niezależnie od poziomu stresu czy braku czasu, choremu należy się szacunek i empatia.

Wiele dla nas znaczyła, często nazywaliśmy Panią Doktor Matką Teresą, bo rzeczywiście miało się uczucie, że opiekuje się nami jak dziećmi. Pełna ciepła, troskliwa, z ogromną wiedzą i profesjonalnym podejściem do pacjenta. Wśród Jej wychowanków są wybitni kardiolodzy, pełniący funkcje ordynatorów oddziałów, jak również profesorowie.

Pomimo licznych obowiązków służyła pomocą i doświadczeniem, wykazując dużą cierpliwość i zrozumienie. Obserwowała, korygowała, dociekała w odpowiedziach, dzięki czemu uczyła samodzielnego myślenia i podejmowania decyzji medycznych. Zwracała się do nas po imieniu, ale kiedy używała sformułowania Koleżanko/Kolego, coś miałeś „za uszami”.

Dr Teresa Zielińska była nie tylko wspaniałym kardiologiem, ale również praktykiem diabetologiem, służąc wsparciem w prowadzeniu chorych z chorobami serca i współistniejącymi ciężkimi postaciami cukrzycy typu I i II, w tym chorych po przeszczepie serca. Publikowała prace naukowe z obydwu dziedzin medycyny.

W latach 1984-2006, jako adiunkt I Kliniki Kardiologii ŚAM prowadziła zajęcia dla studentów Wydziału Lekarskiego SUM w Zabrze. Była kierownikiem specjalizacji w dziedzinie kardiologii. Motywowała do rozwoju, uczyła, zadając wnikliwe pytania i obdarzała zaufaniem. Prowadziła także wykłady na kursach specjalizacyjnych CMKP dla lekarzy realizujących specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych i kardiologii.

W 1998 roku została wyróżniona odznaką honorową Ministra Zdrowia Za wzorową pracę w służbie zdrowia. W 1999 roku otrzymała nagrodę zespołową I stopnia Rektora ŚAM w Katowicach w zakresie działalności naukowej w roku akademickim 1998/1999 za prace dotyczące badań waskulopatii naczyń przeszczepionego serca. W roku 2001 otrzymała dyplom uznania i złotą odznakę Zasłużony dla Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków. W roku 2016 wyróżnienie Śląskiej Izby Lekarskiej Zasłużony nauczyciel lekarzy.

Była Wzorem. I takim pozostanie....

Za wszystko Jej serdecznie dziękujemy.

Zespół I Oddziału Kardiologii i Angiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze





Podarować czas...

Podobno najcenniejszą rzeczą jaką możemy podarować drugiej osobie jest czas. Myślę, że ile osób tyle pomysłów na taki podarunek. Pewna formą podarowania czasu stała się transplantacja narządów.

Rozwój medycyny transplantacyjnej przyniósł nadzieję i szansę chorym, będącym przed wysoką stromą życiową ścianą z powodu nieodwracalnego uszkodzenia narządów. Transplantacja od lat jest uznaną metodą leczenia schyłkowej niewydolności wielu narządów. Jest szansą na nowe życie dla wielu młodych i nieco starszych osób, którym choroba odebrała nadzieję na normalne życie.

Czas pokazał, że nie zawsze walka z chorobą kończy się transplantacją narządów, że czasami konieczne jest wykonanie retransplantacji.

Klaudia dwa miesiące temu przeszła retransplantację płuc. Od urodzenia choruje na mukowiscydozę, chorobę, która sukcesywnie zabiera dzieciństwo, młodość i marzenia o dorosłym życiu.

Z Klaudią poznałyśmy się kiedy leżała na oddziale po pierwszym przeszczepieniu płuc - zawsze uśmiechnięta, radosna, pozytywnie nastawiona do życia. Chorowała od dziecka, ale to nie przeszkadzało jej podążać za marzeniami i mieć pasje. Jedną z nich były konie.

„Wszystko zaczęło się od wypadów do dziadków, którzy mają działkę na wsi pod Warszawą. W drodze do nich, mijaliśmy małą stajnię. Patrzyłam przez okno samochodu na te piękne, majestatyczne zwierzęta i wyobrażałam sobie, jakby to było usiąść na ich grzbiecie, pogalopować, poczuć wiatr we włosach, poczuć wolność... Niestety, obraz ten, długo pozostawał w sferze marzeń. Albo nie było okazji, albo zwyczajnie źle się czułam i nie byłabym w stanie podjąć wyzwania. Jednak w pewne wakacje stwierdziłam, że dosyć odkładania marzeń na półkę! Nie chciałam, żeby to się „zakurzyło”, nie mogłam pozwolić chorobie kierować swoim życiem w każdej jego dziedzinie! Nadszedł ten dzień, w którym stanęłam z koniem oko w oko i nie tylko. Początki były trudne i samo wsiadanie stanowiło nie lada wyzwaniem, a co dopiero mówić o naklonieniu go do tego, żeby łaskawie zechciał ruszyć swoje, szanowne, cztery litery. Ale, kiedy położyłam się na jego grzbiecie i mocno przytuliłam, wiedziałam, że nie odpuszczę za nic w świecie! Nie odpuściłam, chociaż nie było dla mnie taryfy ulgowej. Koń to nie taksówka, którą Ci podstawiają i jedziesz, z koniem buduje się relacje tak, jak z człowiekiem. Musiałam iść na

padok po konia, oczywiście z marchewką, bo inaczej nici z polowania. Potem było czyszczenie konia, zakładanie siodła, które ważyło niemało, ogłowie i można było przejść do najprzyjemniejszej czynności, czyli jazdy. Raz zdarzył mi się upadek, ale jak to mówią „prawdziwy jeździec chociaż raz musi spaść z konia”. A ja chciałam być prawdziwym jeźdźcem, a nie turystą na grzbiecie konia. Wstałam, otrzępałam się z piachu, ponownie usadowiłam się na grzbiecie Hardej i ruszyliśmy dalej. Po wielu treningach, co na początku wydawało się kompletnym szaleństwem, udało mi się nawet trochę pogalopować. Ale zdarzało się to rzadko, gdyż w tamtym czasie miewałam niewiele dobrych dni, często czułam się źle, czasami bardzo źle. Jazda konna to duży wysiłek fizyczny, nie tylko dla konia, ale z drugiej strony to także doskonała rehabilitacja. Czasami myślę, że to właśnie dzięki niej, tak długo jakoś się trzymałam. Jednak wszystko co dobre, kiedyś się kończy. Ta przygoda skończyła się bardzo szybko... Nadszedł rok 2013, byłam coraz słabsza, coraz krócej mogłam jeździć konno, marzenie odjeżdżało pozostawiając we mnie ogromną tęsknotę. Kiedy nie byłam już w stanie cieszyć się prawdziwą jazdą, moja trenerka prowadziła mnie na spacer po padoku po to, żebym mogła przynajmniej przytulić się do mojego ukochanego Herba. Nigdy tego nie zapomnę...”

Choroba nie zwalniała... Chciałoby się powiedzieć -o ironio, że zaczęła galopować. Klaudii coraz trudniej było "utrzymać ją w cuglach"

„Mukowiscydoza jest jak cień, który towarzyszył mi na każdym kroku. Jej obecność stawała się coraz bardziej uciążliwa z każdym rokiem mojego życia. Kiedy moi rówieśnicy bawili się na kolejnych „osiemnastkach”, cieszyli się z otrzymania dowodu osobistego i z pierwszego legalnie zakupionego piwa, ja toczyłam swoją walkę z niewidzialnym wrogiem. W wieku 18 lat zaczęłam coraz częściej mieć zaostżenia choroby i trafiać co chwila do szpitala. Przebywając na oddziale, w grudniu 2013 roku, zachorowałam na tzw. „świńską” grypę, która dokonała niezłego spustoszenia w moim organizmie i spowodowała drastyczny spadek wydolności płuc. Dla niektórych może brzmieć to, jak termin z encyklopedii, dla mnie była to prawdziwa udręka. Już wtedy wiedziałam, że chcę, że muszę doprowadzić do końca kwalifikację do przeszczepu płuc. Że nie chcę życia „na pół gwizdka”, że chcę realizować swoje pasje, oddychać pełną piersią, brać z życia to, co najlepsze. Zawsze miałam wielki apetyt na życie, większy niż na słodycze, dlatego informację o kwalifikacji do przeszczepu przyjąłam z ogromną radością. To była moja jedyna szansa na nowe, lepsze życie.

Początki po przeszczepie były wspaniałe. Czułam się tak, jakbym narodziła się ponownie, ale miałam jednocześnie w pamięci poprzednie życie i ograniczenia, które mi w nim towarzyszyły. Dzięki temu jeszcze bardziej doceniałam proste czynności, które wcześniej sprawiały mi wiele trudności,

a z czasem znalazły się poza moim zasięgiem - jazda na rowerze, spacer, swobodne rozmowy, śmiech, który nie męczy. Euforia nie trwała jednak długo - zaledwie dwa i pół roku od transplantacji. W wyniku wielu komplikacji, które nastąpiły po przeszczepie, wydolność płuc bardzo spadła i zostałam zakwalifikowana do retransplantacji. Na początku czułam się trochę oszukana, rozczarowana. Po przeszczepie miałam żyć długo i szczęśliwie, a przynajmniej tak to sobie wyobrażałam. Jednak obrażanie się na los, odwracanie się do świata plecami i taplanie się w smutku pomieszanym z żalem do niczego nie prowadzi. Wiedziałam, że bezczynne czekanie na ponowny dźwięk telefonu, to najgorsze, co mogę sobie zaserwować. Musiałam mieć zajęcie, które zajęłoby moją głowę i ręce. Wówczas rozpoczęła się moja przygoda z szyciem. Na początku obsługa maszyny do szycia wydawała się równie skomplikowana, co praca kontrolera lotów, jeden niewłaściwy ruch i katastrofa gotowa. Zaczynałam od najprostszyc rzeczy - były to kocyki i poduszki. Z czasem podejmowałam się coraz bardziej skomplikowanych wyzwań i koncentrowałam się na najdrobniejszych szczegółach, jak oczy króliczka, czy wąsy kotka. Zaczęłam szyc poduszki w kształcie postaci z bajek, maskotki, bożonarodzeniowe renifery i urocze skrzaty, wielkanocne zające, wyprawki dla dzieci i... I mogłabym wymieniać długo, bo pozycji na liście nadal przybywa. Nowa pasja sprawiła, że nie miałam czasu na myślenie o sobie, o swoich problemach i na zamartwianie się tym, że telefon tak uparcie milczał."

Podczas jednej z wizyt kontrolnych w oddziale, Klaudia zapytała mnie czy mogłaby coś uszyć dla dzieci, które przebywają w oddziałach SCCS i czy w ramach odwiedzin organizowanych dla dzieci przez Fundację SCCS mogłabym podarować te rzeczy dzieciom?

Nie wiedziałam co powiedzieć... Byłam zaskoczona i jednocześnie zawstydzona... Ile trzeba mieć w sobie wrażliwości... jakie pokłady empatii żeby samemu borykając się z chorobą, czekając na kolejne przeszczepienie płuc myśleć o innych... Za kilka dni kurier dostarczył ogromną paczkę, a w niej same cudetka. Miśki, króliczki, postaci z bajek, chmurki i całe mnóstwo kolorowych, pięknych przytulank. Łzy stanęły mi w oczach, już wiedziałam, że to będzie najpiękniejszy Dzień Dziecka dla „szpitalnych” dzieci.

„Moim celem było niesienie radości innym. Swoimi pracami kolorowałam świat innych ludzi, przede wszystkim dzieci. Do dziś największą satysfakcję przynosi mi szycie niespodzianek dla dzieci, których życie toczy się w szpitalnych salach. Niespodzianek, które prawdopodobnie są coraz częściej „spodziewankami”, bo staram się uświetniać nimi każdą okazję, wszystkie ważniejsze święta, w tym Dzień Dziecka.”

Klaudia na upragniony telefon czekała 4 lata. Przez cały ten czas uszyła tysiące maskotek, przytulanego, którymi zostały obdarowane dzieci z naszych oddziałów.

„W końcu zadzwonił długo wyczekiwany telefon. Takie

rzeczy dzieją się zawsze wtedy, kiedy się tego najmniej spodziewamy. Była już noc, a ja sobie smacznie spałam i do tego bardzo głęboko, dlatego nie od razu udało się do mnie dodzwonić. Dobudzić mnie nie było łatwo, ale kiedy usłyszałam te, tak długo wyczekiwane słowa, obudziłam się szybciej niż po podwójnym espresso pitym podczas kąpieli w lodowatej wodzie. W pierwszej chwili poczułam stres, ale taki, który czujemy wtedy, gdy w naszym życiu następuje jakiś przełom. Taki stres połączony z jednoczesnym wyczekiwaniem. Kilka niezupełnie głębokich wdechów – wtedy wciąż było to w sferze marzeń – ale po chwili rozluźnienie. Razem z rodzicami spakowaliśmy walizkę i cierpliwie czekaliśmy na przyjazd karetki. Czekałam 4 lata, mogłam poczekać jeszcze chwilę. Nie czułam strachu, w każdym razie nie z powodu zbliżającej się retransplantacji. Chociaż przyznaję, że przez chwilę miałam pewne obawy, kiedy kierowca karetki poinformował mnie, że nie spał już od wielu, wielu godzin i jest bardzo zmęczony. Zastanawiałam się, czy to rozsądne, aby z nim podróżować? W końcu, w każdej chwili mógł wpaść w ramiona Morfeusza. Szczęśliwie dotarliśmy na miejsce cali, a ja mogę powiedzieć, że brałam udział w rajdzie i to ulicznym. Mielibyśmy spore szanse na pierwsze miejsce. W szpitalu powitały mnie, jak swoją dawno niewidzianą krewną, wspaniałe pielęgniarki. Najpierw badania, później kąpiel, a następnie oczekiwanie na wjazd na blok operacyjny. Nie potrafię powiedzieć dlaczego, ale zarówno przed pierwszym, jak i przed drugim przeszczepem nie czułam strachu. Czułam radość, że dostaję szansę na nowe, lepsze życie. Czułam wiarę, że będzie dobrze. Czułam wdzięczność, ogromną wdzięczność dla dawcy i jego rodziny, która rozstając się z bliską sobie osobą, potrafiła zdobyć się na taki gest, który pomógł uratować życie innych osób – w tym moje. To najpiękniejszy i najcenniejszy dar, a ja każdego dnia staram się go nie zmarnować.

Od przeszczepu minęły już prawie dwa miesiące. Nie będę opowiadała bajek, że na drugi dzień po przeszczepie obudziłam się bez bólu, wstałam i poszłam na pizzę. W szpitalu byłam prawie miesiąc, a pizza musiała przyjść do mnie sama, o co postarała się pewna Dobra Wróżka. Badania, rehabilitacja, ustawienie leczenia – to wszystko trwa, ale czas spędzony w szpitalu nie dłużył mi się. No może trochę przez kilka ostatnich dni, kiedy czułam, że to już jest ten moment, że jestem gotowa na powrót do domu i na rozpoczęcie nowego życia. Do dziś pamiętam radość, jaką przyniósł mi pierwszy, samodzielnie wzięty prysznic. Nareszcie. Pierwszy raz od ponad dwóch lat. Tylko ja i strugi spływającej po mnie wody. Już wtedy wiedziałam, że było warto! Teraz czuję się bardzo dobrze. Chodzę na spacer, a każdy kolejny jest trochę dłuższy od poprzedniego, mam za sobą przejażdżki rowerowe, uczę się języka włoskiego, wróciłam do pieczenia ciast. Jeśli wierzyć opiniom rodziny i znajomych, a także obserwując tempo, w jakim wypieki znikają z ich talerzyków, wychodzi mi to równie dobrze, jak szycie. Pojawiają się pierwsze głosy, że powinnam rozpocząć sprzedaż ciast, ale wówczas

musiałabym zrezygnować ze snu, który przecież jest bardzo potrzebny i który zwyczajnie lubię. Jednym słowem – doba trwa dla mnie zbyt krótko, gdyż mam tak wiele do zrobienia. Transplantacja to nie wyrok. Transplantacja to wykorzystanie daru od tych, których życia nie udało się uratować. Transplantacja to szansa, którą warto wykorzystać, aby móc naprawę zacząć żyć.”

„Gdyby ktoś zadał mi pytanie – życie z muko czy bez – to odpowiedzią nikogo nie zaskoczę. Oczywiście bez! Nikt jednak tego ze mną nie konsultował. Podobnie, jak koloru

oczu, czy włosów. Ot taki prezent od losu. Trochę się na niego gniewam, a jednocześnie jestem mu wdzięczna. Bo tenże sam przewrotny los podarował mi Was – ludzi, którzy walczą ze mną, którzy walczą o mnie.

W tej najtrudniejszej z walk, którą prowadzę, towarzyszy mi drużyna, której nie powstydział by się sam Hobbit.”

„...najbardziej dziękuję Wam za podarowany mi czas – obiecuję, że go nie zmarnuję.”



Konie - pasja i miłość



Normalnie żyć



W oczekiwaniu na retransplantację



Dla najmłodszych



Już prawie w domu

Miejsce Dziennego Oddziału w leczeniu chorych z ciężką niewydolnością serca

Niewydolność Serca, zwana jest także epidemią 21 wieku. W populacji światowej stanowi bardzo istotny i kosztowny problem zdrowotny. Z powodu ciągłej tendencji wzrostu zachorowań w naszym kraju, jest to duży kłopot zarówno dla pacjentów jak również dla osób sprawujących opiekę nad tą grupą chorych.

Biorąc pod uwagę ilość zachorowań, skrócenie życia chorego, śmiertelność oraz częste długotrwałe hospitalizacje z powodu dekompensacji układu krążenia, należy dołożyć wszelkich starań w celu poprawy jakości życia oraz przedłużenia czasu jego trwania. Każdego dnia, naukowcy szukają nowych metod i rozwiązań leczenia chorych z niewydolnością serca. Zdarza się że pacjent wypisywany ze szpitala, po epizodzie ostrej niewydolności serca nie uzyskuje optymalnej terapii w warunkach ambulatoryjnych, co staje się główną przyczyną zaostrenia choroby oraz ponownej hospitalizacji. Już dawno udowodniono iż najlepsze efekty leczenia przynosi holistyczny model opieki nad pacjentem.

W listopadzie 2015 roku z inicjatywy Pana Profesora Mariusza Gąsiora powstał Oddział Dzienny Niewydolności Serca. Niewielki, tak niepozorny, a jakże Ważny dla chorych. Pomimo trudnych warunków lokalowych bardzo ceniony przez pacjentów.

Mieści on dwa monitorowane stanowiska z możliwością ułożenia pacjentów w pozycji wysokiej siedzącej, a w określonych przypadkach także pozycji leżącej, wyposażony w kilka pomp, kozetkę aparat EKG, wózek reanimacyjny oraz Kardiodfibrylator.

Opieką lekarsko-pielęgniarską objęci są chorzy z ciężką niewydolnością krążenia, u których zostały wyczerpane wszystkie zabiegowe i farmakologiczne metody leczenia oraz pacjenci zakwalifikowani do przeszczepu serca.

Zajmujemy się chorymi będącymi po co najmniej dwukrotnej hospitalizacji z powodu dekompensacji układu krążenia w klasie NYHA od II do IV, wymagający okresowego podawania diuretyków dożylnych bądź amin presyjnych (katecholamin). Oddział pozostaje w ścisłej współpracy z Oddziałami kardiologii ŚCCS oraz Panią koordynator przeszczepów z poradnią kontroli rozruszników czy Oddziałem Transplantacyjnym. Pozostajemy w ścisłej współpracy z wieloma specjalistami: lekarzem diabetologiem, dietetykiem, a także psychologiem. Podstawą jest edukacja chorego która daje możliwość efektownej współpracy z pacjentem.

Trzonem zespołu Oddziału Dziennego CHF jest pielęgniarka, to Ona jest osobą która ma pierwszy kontakt z pacjentem. Na pierwszorazowym spotkaniu, rozpoznajemy potrzeby chorego, jego braki w wiedzy czy nastawienie. Ogromną rolę ma właściwy odbiór przekazanych informacji. Jest wsparciem, służy radą i pomocą, jest tym pomostem który łączy pacjenta z lekarzem. Rozpoznaje aktualne potrzeby pacjenta, przeprowadza wstępne badanie fizykalne. Na każdej wizycie między innymi, chory jest ważony, mierzony w obwodzie brzucha. Kontroluje się wygląd kończyn dolnych pod kątem obrzęków, zabarwienie powłok skórnych, parametry ciśnienia, tętna, SPO₂, wykonuje EKG. Pod pretekstem swobodnej rozmowy zbiera się wywiad, uzyskując niezbędne informacje. W porozumieniu z lekarzem ustala terminy wizyt, dobierając go indywidualnie w zależności od stanu ogólnego pacjenta oraz jego potrzeb.

To właśnie pielęgniarka pozostaje w stałym kontakcie telefonicznym z chorym. Przeprowadzając edukację, nie tylko uczy chorego prawidłowych zachowań prozdrowotnych, ale także daje wsparcie, służy radą, zdobywa jego zaufanie. Nie bez znaczenia jest atmosfera oddziału, poczucie bezpieczeństwa, uzyskanie domowej atmosfery, oczywiście z zachowaniem wszystkich procedur. Daje to choremu przekonanie, iż nie przychodzi tylko na leczenie, ale zaspokaja również potrzebę kontaktu z ludźmi znajdującymi się w podobnej sytuacji zdrowotnej i życiowej.

Ze względu na ciągle rosnącą liczbę chorych oraz towarzyszącą niewydolności serca wielochorobowość, największą grupę pacjentów stanowią osoby w wieku podeszłym, proponowany model opieki pozwala na zmniejszenie częstości ich hospitalizacji, poprawę jakości życia i w efekcie przełoży się na wydłużenie życia chorych z NS. Natomiast panująca w nim domowa aura wpływa pozytywnie na poprawę samopoczucia pacjentów, pozwala utrzymać relacje społeczne oraz działa jak grupa wsparcia zarówno dla pacjentów jak też ich rodzin.



W dniu 18 grudnia zeszłego roku na cmentarzu ewangelickim w Łodzi, pomimo trudnego czasu pandemii i istniejących restrykcji, spora grupa polskich lekarzy, kardiologów, pediatrów, odprowadziła na wieczną drogę swojego mistrza i nauczyciela, okazując nieprzemijającą pamięć i wielki szacunek.

Dr med Lili Maria Goldstein to jedna z najwybitniejszych po wojnie polskich lekarzy, pediatra, kardiolog, urodzona 24.10.1925 w Łodzi, jej ojciec był cenionym i szanowanym księgowym, matka Maria, słynną pianistką.

Po wybuchu II Wojny Światowej, Lili Goldstein była zmuszona przerwać naukę szkolną i uczyła się sama w domu. W roku 1941 została skierowana przez okupanta do pracy początkowo w biurze, a następnie w fabryce butów.

Po wojnie wznowiła naukę w liceum Marii Konopnickiej w Łodzi, które ukończyła w 1946. Odważnie, z wielkim trudem podjęła studia na wydziale lekarskim Uniwersytetu Łódzkiego i 31 grudnia 1952 roku, otrzymała dyplom lekarza medycyny ze szczególnym odznaczeniem, była najlepszą absolwentką tego rocznika. Od czerwca 1953 roku do września 1954 roku pracowała z własnego wyboru w Klinice Pediatrycznej Akademii Medycznej w Warszawie, jako stypendystka Instytutu Doskonalenia Kadr Lekarskich. Na osobistą prośbę jej bliskiego przyjaciela, kolegi, z czasów wojny, dr Marka Edelmana, zajęła się szkoleniem pediatrów w warszawskiej Uczelni Medycznej, gdzie powojenne niedobory kadry specjalistów były dramatyczne. Ze względu na nieprzeciętne zdolności i nieprawdopodobną pracowitość, zauważył ją, pionier kardiologii dziecięcej w Polsce prof. Antoni Chrościcki i zaproponował aby kierowała oddziałem Kliniki Pediatrycznej w Łodzi. Ona jako pierwsza zorganizowała szczególną opiekę dla dzieci w powojennej Łodzi, gdzie bieda, niedożywienie, gruźlica, a także wyjątkowo duża liczba "dzieci wojennych", rodzących się z ciężkimi wrodzonymi wadami serca była szczególnym wyzwaniem dla ówczesnych lekarzy pediatrów. Dr Goldstein przyjęła to jako wyraz szczególnego obowiązku i podporządkowała temu celowi wierna zasadom dr Korczaka swoje zawodowe życie.

W roku 1956 prowadziła wykłady szkoleniowe i seminaria w zakresie kardiologii dziecięcej w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie. To ona kształciła pierwsze pokolenie pediatrów, kardiologów w Warszawie i Łodzi. W uznaniu szczególnych zdolności i wyróżniającej się pracy jako lekarza, nauczyciela akademickiego, otrzymała w drodze konkursu 10 - miesięczne stypendium British Council, w ramach którego pracowała i rozwijała się zawodowo w oddziale kardiologicznym szpitala uniwersyteckiego St Georges w Londynie, jednego z najbardziej nowoczesnych wówczas szpitali w powojennej Europie, gdzie młodą zdolną Polkę nie

tylko szybko zauważono, ale wyróżniono awansowaniem jej na stanowisko Registrara, co oznaczało, że to jej powierzono nadzór nad szkoleniem młodych Brytyjczyków.

Rozgłos jaki uzyskała w Londynie i Wielkiej Brytanii sprawił, że zaprosił ją jako wykładowcę jeden z największych ówczesnych brytyjskich kardiologów dziecięcych, prof. Aubrey Leaham, twórca nowoczesnej szkoły diagnostyki wrodzonych wad serca. W tej klinice, którą kierował powierzył dr Goldstein szczególnie wyróżniające zadanie prowadzenia 2 razy w tygodniu seminariów edukacyjnych, na które przyjeżdżali kardiolodzy nie tylko z Londynu, ale całej Wielkiej Brytanii. Przyjeżdżali, aby jak się powszechnie mówiło, wysłuchać i uczyć się kardiologii wrodzonych wad serca od nieprzeciętnej Polki, famous Lili. Tamże powierzono jej rolę niespotykaną w ówczesnym czasie konsultanta, która uczestniczyła wspólnie z brytyjskimi lekarzami w kwalifikacji dzieci z wrodzonymi wadami serca do leczenia operacyjnego. Odbywało się to w czasie zniszczonej powojennej Wielkiej Brytanii gdzie kardiochirurgia dziecięca i operacyjne leczenie wrodzonych wad serca dopiero się zaczynało. Owocem tych kilku lat pobytu w Akademickich ośrodkach Londynu, było nawiązanie współpracy i bliskiej przyjaźni z najwybitniejszymi wówczas kardiochirurgami z Niemiec, Holandii, Szwecji i Stanów Zjednoczonych. Nie było tajemnicą, że to oni przyjeżdżali z ośrodków zagranicznych aby słuchać wykładów Lili Goldstein z jej cudownym językiem angielskim z oksfordzkim akcentem, a przede wszystkim z nieprawdopodobną umiejętnością wydobywania z badania fizykalnego, które osobiście przeprowadzała, informacji medycznych określających rodzaj wrodzonej wady serca, jej złożoność. Ten fenomen sprawił, że otrzymała propozycję pracy jako wykładowca w najważniejszych Uniwersytetach Medycznych ówczesnej powojennej Europy.

Zabiegali o jej pozyskanie wiedząc, że ta fenomenalna Polka z żydowskim rodowodem, która zawsze podkreślała publicznie swoją polskość i była, jak mawiali publicznie świadkiem i jednocześnie zwycięstwem nad Holocaustem, stała się symbolem odradzającej się po wojnie z ruin Polski, polskiej nauki i medycyny.

Ukochanie ojczyzny zdecydowały jednak, że pomimo bardzo atrakcyjnych zaproszeń, zdecydowała się powrócić do Polski, aby służyć doświadczeniem i budować przyszłość kardiologii dziecięcej w Polsce. W roku 1965 w Łodzi obroniła pracę doktorską pod tytułem „Rozszczepienie drugiego tonu serca u dzieci zdrowych, oraz u dzieci z ciężkimi, sinicznymi wadami serca”, za które otrzymała w roku 1966 nagrodę Ministra Zdrowia.

Rezultat tej pracy spowodował, że upomniał się o nią i po raz drugi zaprosił do wykładów i pracy w Londynie British Council, uznając, że powojenna Europa pilnie potrzebuje takich ekspertów. Wyjechała ponownie do Londynu do szpitala akademickiego Św. Grzegorza, otrzymując pozycję konsultanta, co dla obcokrajowca w owym czasie było niespotykanym wyróżnieniem. Interesujące jest i godne podkreślenia, że w jej gabinecie, w tymże szpitalu, było

zdjęcie dr Marka Edelmana oraz liczne zdjęcia z Polski i duży widoczny orzeł z polską flagą narodową.

Ten dwuletni pobyt w Londynie zaowocował tak bogatym dorobkiem naukowym, że w pełni spełniał wymogi ówczesnej pracy habilitacyjnej. Dr Goldstein zakochana w Polsce zdecydowała się pomimo propozycji objęcia kierownictwa tej kliniki w Londynie powrócić do Polski, aby służyć swoim doświadczeniem klinicznym i naukowym polskiej medycynie. Niestety jej nieprawdopodobnie wysoki dorobek naukowy został w sposób podły i oszczerczy odrzucony przez polską uczelnię, jako niegodny Polaka w czasie toczących się burzliwie w Łodzi wydarzeń marcowych.

Zarzut wobec dr Goldstein był podwójny, po pierwsze była obca klasowo, ponieważ ubiegało się o nią tak wiele najlepszych uniwersytetów medycznych Europy, a po drugie jej żydowskie pochodzenie, ówczesnej homofobicznej Polsce, ogarniętej oszczerstwami wydarzeń marcowych wyrzuciło ją poza nawias akademickiej Łodzi i z konieczności musiała opuścić Akademię Medyczną w Łodzi, z której ją wyrzucono. A cały dorobek naukowy zaliczono, za pochodzący od wroga klasowego.

Sama wybrała ordynaturę oddziału dziecięcego w Łodzi i prowadziła go od roku 1974, tworząc tak bardzo potrzebny dziecięcy profil kardiologiczny i kształtując jako pierwsza w Polsce pracownię polikardiograficzną i pierwszą poradnię kardiologiczną dla dzieci.

W roku 1976 uzyskała w Polsce z wynikiem celującym tytuł specjalista pediatra, kardiolog.

Jej zagraniczni przyjaciele, upomnieli się o nią i ponownie wróciła do Londynu, a następnie w Szpitalu Uniwersyteckim w Rotterdamie zawsze na stanowiskach ordynatora oddziału.

Miałem przyjemność jako stypendysta Uniwersytetu w Utrechcie któregoś dnia roku 1974 być zaproszony przez ówczesnego profesora Andrea Moularta do udziału w wykładzie dr Lili Goldstein na Uniwersytecie w Leiden poświęconym nowym możliwościom leczenia jednej z najcięższych wrodzonych wad serca u noworodków, a mianowicie przełożenia wielkich pni tętniczych. Pamiętam jak prof. Moulert powiedział mi rano, Marian, dzisiaj o godzinie 18 musisz pojechać ze mną na ten wykład, zobaczysz wśród najtęższych kardiologów Europy Polkę, która zachwyciła nas wszystkich.

Pojechałem wraz z nim na ten wykład i pamiętam tłumy, około 600 osób kłębiących się w Auli tego słynnego Uniwersytetu. Jej wykład był poprzedzony krótkim wystąpieniem nestora holenderskich, europejskich kardiologów, prof. Bromy, który we wprowadzeniu powiedział w obecności polskiego ambasadora oraz kardynała Prymasa Utrechtu Wilebramsa, że za chwilę Państwo będziecie mieli okazję wysłuchać wykładu dr Lili Goldstein dzięki której zdiagnozowaliśmy precyzyjnie wady wrodzone serca u ośmiorga małych dzieci z ciężką siniczą wadą serca i korzystając z pierwszych amerykańskich doświadczeń pochodzących z Mineapolis, wypracować nową metodę operacyjnego leczenia, dzięki której uratowaliśmy dziecko,

pierwsze w historii dziecko uratowane tą metodą. Chcę, żebyście wszyscy wiedzieli, że bez talentu i doświadczenia Lili Goldstein, tej charyzmatycznej Polki byłoby to niemożliwe.

Wykład był fascynujący i trwał 2 godziny, a sposób przekazu tak niezwykle, że Rektor Uniwersytetu w Leiden publicznie powiedział po wykładzie, że byłoby marzeniem Władz Uczelni aby przyjęła propozycję kierownika Kliniki i stałego wykładowcy.

Pamiętam wtedy niezwykle wzruszający moment, ponieważ tuż przed wykładem zostałem przedstawiony dr Lili Goldstein, jako młody kardiochirurg z Wrocławia, ze szkoły prof Brosa, który przebywa na stażu w Utrechcie, Lili Goldstein z rozbijającą szczerością powiedziała mi wówczas, że musimy jak najszybciej budować nowoczesną kardiologię w Polsce. Byłem zachwycony wykładem, a miesiąc później otrzymałem od dr Goldstein piękny list, przeczytałem tam, że otrzymała niezwykle serdeczne zaproszenie do powrotu do Polski i pracy w Zabrze od prof. Bożeny Hager-Małeckiej, która napisała, że sytuacja dzieci z wrodzonymi wadami serca na Śląsku jest szczególnie dramatyczna, nie ma bowiem kadr lekarskich umiejących diagnozować wrodzone wady serca i jej pomoc jest na wagę złota. Lili Goldstein w liście napisała, że słyszała od Zbyszka Religi, że poważnie rozważa aby z Warszawy gdzie operował także dzieci przyjechać do Zabrze bo taką propozycję złożył mu prof. Pasyk i napisała mi abym i ja pojechał do Zabrze, wzbogacony o holenderskie doświadczenie, ponieważ w życiu trzeba jeszcze dużo dobrego zrobić. Wkrótce potem dr Lili Goldstein objęła kierownictwo Kliniki Kardiologii Dzieci w Wojewódzkim Ośrodku Kardiologii w Zabrze, stając się obok prof. Zbigniewa Religi, prof. Pasyka, pionierem nowoczesnej kardiologii, rozpoczynając cykl szkoleń śląskich, polskich kardiologów, pediatrów dziecięcych. To z jej inicjatywy i ze wsparciem prof. Pasyka oraz kopalń śląskich pojawiły się nowe urządzenia przeznaczone do diagnostyki wrodzonych wad serca. To ona rozpoczęła szkolenia pierwszej grupy śląskich kardiologów dziecięcych dr Magdę Kowalską, Marię Frycz, Dr Jacka Białkowskiego, Małgorzatę Szkutnik.

Wspólnie z profesorem Religą, który operował wrodzone wady serca u starszych dzieci i dr Marianem Zembalą, który wzbogacony o doświadczenie z Utrechtu operował młodsze dzieci z wrodzonymi wadami serca, stworzyła i rozwijała zabrzańską kardiologię dziecięcą i kardiochirurgię.

Z jej inicjatywy poszerzono diagnostykę wad serca u noworodków w Zabrze z cewnikowaniem interwencyjnym włącznie. Znajomości dr Goldstein z czołowymi europejskimi kardiologami procentowały, dzięki czemu jej zabrzańscy wychowankowie, szkolili się i rozwijali w słynnych ośrodkach zagranicznych. Wszędzie tam przepustką było nie tylko znakomite wyszkolenie w Zabrze, ale także powszechnie szanowane nazwisko ich szefa. Na emeryturę w Śląskim Uniwersytecie Medycznym przeszła decyzją Władz Uczelni 30 września 1993 roku. Wcześniej bardzo przeżyła dramatyczną śmierć jej potencjalnej następczyni dr Magdaleny Kowalskiej. Podjęła wówczas decyzję, że jej

następcą będzie jeden z najzdolniejszych uczniów dr Jacek Białkowski, obecnie profesor i Kierownik Kliniki.

Po przejściu na emeryturę wyjechała na stałe do Szwecji, od maja 1997 roku i stale utrzymywała bliską więź ze swoimi uczniami, którzy ją tamże odwiedzali.

Zmarła jednak w Warszawie, gdzie powróciła do syna, wybitnego matematyka wychowanego jak pozostałe dzieci w wielkiej miłości do własnej ojczyzny.

Dla mnie i dla nas uczniów, licznej grupy polskich lekarzy, kardiologów i kardiochirurgów, z Łodzi, Zabrze, Katowic, Krakowa i Warszawy, dr Lili Goldstein była i na zawsze pozostanie wielkim Mentorem, Nauczycielem i Przewodnikiem, uczyła nas nie tylko nowoczesnej medycyny, ale przede wszystkim umiłowania pacjenta i rozumienia jego potrzeb.

Dzisiaj kiedy odeszła, pozostaje w nas i w naszych uczniach pamięć o tej niezwyklej osobie, która na trwałe weszła do historii medycyny miasta Zabrze i Śląska, dzięki której zostało uratowanych setki dzieci śląskich, polskich, z wrodzonymi wadami serca. Ta pamięć jest na tyle trwała i niezniszczalna, że nowopowstający Akademicki Szpital Kardiologiczno – Kardiochirurgiczny w Zabrzu będzie nie tylko spełnieniem marzeń prof. Zbigniewa Religi, aby Śląski Uniwersytet Medyczny miał nowoczesny szpital akademicki, ale także aby zachować pamięć o wielkich Pionierach Zabrze (Zbigniewa Religi, Stanisława Pasyka, Lili Goldstein).

Z tego względu, w powstającym szpitalu Oddział Kardiologii Dziecięcej będzie nosił jej imię, a decyzją Dyrektora Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu i współpracowników, a od tego roku zostaje ustanowiona nagroda specjalna Dyrektora SCCS za najwybitniejsze osiągnięcia w dziedzinie kardiologii dziecięcej w Polsce, zwanej nagrodą dr Lili Goldstein, będzie przyznawana ona najlepszym, wśród najlepszych polskich lekarzy.

Odeszła od nas osoba, która w szczególny sposób pokochała Śląsk i dzieci Śląska, które pilnie potrzebowały jej pomocy. To dzieci, które dzięki niej przeżyły i zostały uratowane oraz ich lekarze i opiekunowie, dzisiaj odwzajemniają tą wielką miłość, trwałą pamięć i szacunek.

Prof. Marian Zembala,
Dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu,
Kardiochirurg, Transplantolog
Honorowy Profesor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego



Dr med. Lili Maria Goldstein, mistrz, przewodnik, Mentor, dzięki której uratowano setki śląskich, polskich dzieci z wrodzonymi wadami serca. Założyciel, Lider i wieloletni Kierownik Kliniki Kardiologii Dzieci Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu.



Zabrzeński zespół kardiologów dziecięcych sprzed lat razem z gruzińskim pacjentem po operacji serca. Od prawej w pierwszym szeregu dr L. Goldstein, M. Kowalska, M. Szkutnik, B. Wronecka, B. Chodór, B. Szalecka (pielęgniarka oddziałowa). Drugi szereg: B. Zeifert, A. Skiba, J. Białkowski, A. Grzybowski, S. Regiec, J. Rycaj i kolejne osoby W. Lekka (sekretarka) M. Wojtalik (kardiochirurg), P. Banaszak, M. Żyła-Frycz, M. Pawelec, B. Karwot, J. Kusa

1. Out-of-hospital cardiac arrest in dialysis patients.

Obremska M, Madziarska K, Zyśko D, Ładny JR, Gałązkowski R, Gąsior M, Nadolny K. *Int Urol Nephrol.* 2021 Mar;53(3):563-569.

Impact Factor: 1.843; Punktacja MNiSW: 70.000

2. The CTGF gene -945 G/C polymorphism is associated with target lesion revascularization for in-stent restenosis.

Bujak K, Lejawa M, Gąsior M, Osadnik T. *Exp Mol Pathol.* 2021 Feb;118:104598. doi: 10.1016/j.yexmp.2020.104598

Impact Factor: 2.280; Punktacja MNiSW: 70.000

3. Long term outcome of heart failure patients disqualified from heart transplantation.

Polaska P, Jerzak-Wodzinska G, Smigielski W, Gajda J, Rozentryt P, Korewicki J, Sobieszczanska-Malek M, Zielinski T, Rywik TM. *Acta Cardiol.* 2021 Jan 12:1-9.

Impact Factor: 1.208; Punktacja MNiSW: 40.000

4. The influence of tricuspid annuloplasty prostheses on ovine annular geometry and kinematics.

Malinowski M, Jazwiec T, Quay N, Goehler M, Rausch MK, Timek TA. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2021 Feb;161(2):e191-e207

Impact Factor: 4.451; Punktacja MNiSW: 140.000

5. Combined epicardial and endocardial ablation for atrial fibrillation: Best practices and guide to hybrid convergent procedures.

Makati KJ, Sood N, Lee LS, Yang F, Shults CC, DeLurgio DB, Melichercik J, Gill JS, Kaba RA, Ahsan S, Weerasooriya R, Joshi P, Lellouche N, Blaauw Y, Zannis K, Sebag FA, Gauri A, Zembala MO, Tondo C, Steinberg JS. *Heart Rhythm.* 2021 Feb;18(2):303-312.

Impact Factor: 5.731; Punktacja MNiSW: 140.000

6. Paramedic versus physician-staffed ambulances and prehospital delays in the management of patients with ST-segment elevation myocardial infarction.

Borowicz A, Nadolny K, Bujak K, Cieśla D, Gąsior M, Hudzik B. *Cardiol J.* 2021;28(1):110-117. doi: 10.5603/CJ.a2019.0072

IF: 1.669; MNiSW: 40.000

7. Relation of outcomes to ABC (Atrial Fibrillation Better Care) pathway adherent care in European patients with atrial fibrillation: an analysis from the ESC-EHRA EORP Atrial Fibrillation General Long-Term (AFGen LT) Registry.

Proietti M, Lip GYH, Laroche C, Fauchier L, Marin F, Nabauer M, Potpara T, Dan GA, Kalarus Z, Tavazzi L, Maggioni AP, Boriani G; ESC-EORP Atrial Fibrillation General Long-Term Registry Investigators Group. *Europace.* 2021 Feb 5;23(2):174-183.

Impact Factor: 4.045; Punktacja MNiSW: 140.000

8. Predicting survival in out-of-hospital cardiac arrest patients undergoing targeted temperature management: The Polish Hypothermia Registry Risk Score.

Kohtowski Ł, Średniawa B, Tycińska A, Czajkowska M, Niedziela M, Puchalski W, Szczerba E, Kowalik R, Ryczek R, Zawiański B, Kremis E, Koza K, Nazaruk A, Wolska J, Ordak M, Opolski G, Stępińska J. *Cardiol J.* 2021;28(1):95-100. doi: 10.5603/CJ.a2019.0035

IF: 1.669; MNiSW: 40.000

9. Impact of multimorbidity and polypharmacy on the management of patients with atrial fibrillation: insights from

the BALKAN-AF survey. *Coziel M, Simovic S, Pavlovic N, Kocijancic A, Paparisto V, Music L, Trendafilova E, Dan AR, Kusljugic Z, Dan GA, Lip GYH, Potpara TS. Ann Med.* 2021;53(1):17-25.

IF: 3.243; MNiSW: 100.000

10. Right ventricular myocardial mechanics: Multi-modal deformation, microstructure, modeling, and comparison to the left ventricle.

Kakaletsis S, Meador WD, Mathur M, Sugerman GP, Jazwiec T, Malinowski M, Lejeune E, Timek TA, Rausch MK. *Acta Biomater.* 2021 Mar 15;123:154-166.

Impact Factor: 7.242; Punktacja MNiSW: 140.000

11. Compliance of atrial fibrillation treatment with the ABC pathway in patients with concomitant diabetes mellitus in the Middle East based on the Gulf SAFE registry.

Domek M, Gumprecht J, Li YG, Proietti M, Rashed W, Al Qudaimi A, Gumprecht J, Zubaid M, Lip GYH. *Eur J Clin Invest.* 2021 Mar;51(3):e13385

Impact Factor: 3.316; Punktacja MNiSW: 100.000

12. HTCC as a Polymeric Inhibitor of SARS-CoV-2 and MERS-CoV.

Milewska A, Chi Y, Szczepanski A, Barreto-Duran E, Dabrowska A, Botwina P, Obloza M, Liu K, Liu D, Guo X, Ge Y, Li J, Cui L, Ochman M, Urlik M, Rodziejewicz-Motowidlo S, Zhu F, Szczubialka K, Nowakowska M, Pyrc K. *J Virol.* 2021 Jan 28;95(4):e01622-20.

Impact Factor: 4.501; Punktacja MNiSW: 140.000

13. Upgrade from implantable cardioverter-defibrillator vs. de novo implantation of cardiac resynchronization therapy: long-term outcomes.

Jędrzejczyk-Patej E, Mazurek M, Kotalczyk A, Kowalska W, Konieczny-Kozielska A, Kozielski J, Podolecki T, Szulik M, Sokal A, Kowalski O, Kalarus Z, Średniawa B, Lenarczyk R. *Europace.* 2021 Jan 27;23(1):113-122.

Impact Factor: 4.045; Punktacja MNiSW: 140.000

14. Quality indicators in the management of atrial fibrillation: the BALKAN-AF survey.

Koziel M, Mihajlovic M, Nedeljkovic M, Pavlovic N, Paparisto V, Music L, Trendafilova E, Dan AR, Kusljugic Z, Dan GA, Lip GYH, Potpara TS; BALKAN-AF Investigators. *Int J Cardiol.* 2021 Feb 20:S0167-5273(21)00294-1.

Impact Factor: 3.229; Punktacja MNiSW: 100.000

15. The evaluation of annuloplasty in bicuspid aortic valve repair using cardiac magnetic resonance.

Jasinski MJ, Miszalski-Jamka K, Kosiorowska K, Gocol R, Wenzel-Jasinska I, Bielicki G, Berezowski M, Lukaszewski M, Kansy A, Deja MA. *BMC Cardiovasc Disord.* 2021 Jan 6;21(1):13.

Impact Factor: 2.078; Punktacja MNiSW: 70.000

16. Heart Transplantation From an Hepatitis B Core Antibody (Anti-HBcore)-Positive Donor: A Case Report.

Kuczaj A, Warwas S, Przybyłowski P, Zembala M. *Transplant Proc.* 2021 Feb 4:S0041-1345(21)00007-5.

IF: 0.784; MNiSW: 40.000

17. Optimal medical therapy with or without surgical revascularization and long-term outcomes in ischemic cardiomyopathy.

Farsky PS, White J, Al-Khalidi HR, Sueta CA, Rouleau JL, Panza JA, Velazquez EJ, O'Connor CM; Rafal Dabrowski, Ljubomir Djokovic, Mark Drazner, Haissam Haddad 11 ,

Imtiaz S Ali 12, Matyas Keltai 13, Ajay Naik 14, George Sopko, Krzysztof Golba, Bert Andersson, Peter Carson 18, Tomasz Kukulski.

J Thorac Cardiovasc Surg. 2021 Jan 7;S0022-5223(20)33449-8. doi: 10.1016/j.jtcvs.2020.12.094.

Impact Factor: 4.451; Punkcja MNiSW: 140.000

18. Association of Metabolically Healthy and Unhealthy Obesity Phenotypes with Oxidative Stress Parameters and Telomere Length in Healthy Young Adult Men. Analysis of the MAGNETIC Study.

Lejawa M, Osadnik K, Osadnik T, Pawlas N.

Antioxidants (Basel). 2021 Jan 11;10(1):93.

Impact Factor: 5.014; Punkcja MNiSW: 100.000

19. An aetiology-based subanalysis of the Telerehabilitation in Heart Failure Patients (TELEREH-HF) trial.

Szalewska D, Głowczyńska R, Piotrowicz R, Kowalik I, Pencina MJ, Opolski G, Zaręba W, Banach M, Orzechowski P, Pluta S, Irzmański R, Kalarus Z, Piotrowicz E.

ESC Heart Fail. 2021 Feb 1. doi: 10.1002/ehf2.13189.

Impact Factor: 3.902; Punkcja MNiSW: 40.000

20. Current trends in the use of anticoagulant pharmacotherapy in the United Kingdom are changes on the horizon?

Kotalczyk A, Gue YX, Potpara TS, Lip GYH.

Expert Opin Pharmacother. 2021 Jan 29;1-10.

Impact Factor: 2.878; Punkcja MNiSW: 100.000

21. VDR Gene Polymorphisms in Healthy Individuals with Family History of Premature Coronary Artery Disease.

Fronczek M, Strzelczyk JK, Osadnik T, Biernacki K, Ostrowska Z.

Dis Markers. 2021 Jan 29;2021:8832478.

Impact Factor: 2.738; Punkcja MNiSW: 70.000

22. Repair or Replacement for Secondary Mitral Regurgitation: Results from Polish National Registry.

Deja MA, Malinowski M, Widenka K, Stożński N, Bartuś K, Kapelak B, Kuśmierczyk M, Hrapkiewicz T, Suwalski P, Jasiński M, Cisowski M, Tobota Z, Davis AT, Maruszewski BJ.

Ann Thorac Surg. 2021 Feb 2;S0003-4975(21)00173-9.

Impact Factor: 3.639; Punkcja MNiSW: 100.000

23. The interpretation of CHA2DS2-VASc score components in clinical practice: a joint survey by the European Heart Rhythm Association (EHRA) Scientific Initiatives Committee, the EHRA Young Electrophysiologists, the Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professionals, and the European Society of Cardiology Council on Stroke.

Zhang J, Lenarczyk R, Marin F, Malaczynska-Rajpold K, Kosiuk J, Doehner W, Van Gelder IC, Lee G, Hendriks JM, Lip GYH, Potpara TS.

Europace. 2021 Feb 5;23(2):314-322.

Impact Factor: 4.045; Punkcja MNiSW: 140.000

24. Small hiatal hernia as a risk factor of atrial fibrillation.

Głowacki J, Florek S, Suchodolski A, Wasilewski J.

Pol J Radiol. 2021 Jan 8;86:e1-e3.

Punkcja MNiSW: 40.000

25. Lack of Seasonal Variations in Vitamin D Concentrations among Hospitalized Elderly Patients.

Nowak J, Hudzik B, Jagielski P, Kulik-Kupka K, Danikiewicz A, Zubelewicz-Szkodzińska B.

Int J Environ Res Public Health. 2021 Feb 9;18(4):1676.

Impact Factor: 2.849; Punkcja MNiSW: 70.000

26. Glasgow Coma Scale score of more than four on admission predicts in-hospital survival in patients after out-of-hospital cardiac arrest.

Nadolny K, Bujak K, Obremaska M, Zysko D, Sterlinski M, Szarpak L, Kubica J, Ladny JR, Gasior M.

Am J Emerg Med. 2021 Jan 15;42:90-94.

Impact Factor: 1.911; Punkcja MNiSW: 70.000

27. Midterm outcomes with a sutureless aortic bioprosthesis in a prospective multicenter cohort study.

Fischlein T, Meuris B, Folliguet T, Hakim-Meibodi K, Misfeld M, Carrel T, Zembala M, Cerutti E, Asch FM, Haverich A; CAVALIER Trial Investigators.

J Thorac Cardiovasc Surg. 2021 Jan 13;S0022-5223(21)00001-5. doi: 10.1016/j.jtcvs.2020.12.109.

Impact Factor: 4.451; Punkcja MNiSW: 140.000

28. Symptom management strategies: Rhythm vs rate control in patients with atrial fibrillation in the Balkan region: Data from the BALKAN-AF survey.

Koziel M, Mihajlovic M, Nedeljkovic M, Pavlovic N, Paparisto V, Music L, Trendafilova E, Rodica Dan A, Kusljagic Z, Dan GA, Lip GYH, Potpara TS; BALKAN-AF Investigators.

Int J Clin Pract. 2021 Feb 6:e14080. doi: 10.1111/ijcp.14080.

Impact Factor: 2.444; Punkcja MNiSW: 70.000

29. Clinical outcomes following rhythm control for atrial fibrillation: Is early better?

Kotalczyk A, Ding WY, Gupta D, Wright DJ, Lip GYH.

Expert Rev Cardiovasc Ther. 2021 Mar 10. doi: 10.1080/14779072.2021.1902307.

Punkcja MNiSW: 70.000

30. Utilization and perception of same-day discharge in electrophysiological procedures and device implantations: an EHRA survey.

König S, Svetlosak M, Grabowski M, Duncker D, Nagy VK, Bogdan S, Vanduyndhoven P, Sohaib SMA, Malaczynska-Rajpold K, Lane DA, Lenarczyk R, Bollmann A, Hindricks G, Potpara TS, Kosiuk J.

Europace. 2021 Jan 27;23(1):149-156. doi: 10.1093/europace/euaa301.

Impact Factor: 4.045; Punkcja MNiSW: 140.000

31. Number of Bronchoscopic Interventions in Lung Transplant Recipients Correlates with Respiratory Function Assessed by Pulmonary Function Tests.

Necki M, Latos M, Urlik M, Antończyk R, Gawęda M, Pandel A, Staćel T, Przybyłowski P, Zembala M, Ochman M.

Ann Transplant. 2021 Jan 26;26:e927025. doi: 10.12659/AOT.927025.

Impact Factor: 0.990; Punkcja MNiSW: 40.000

32. Survival rate after acute myocardial infarction in patients treated with percutaneous coronary intervention within the left main coronary artery according to time of admission.

Januszek R, Bujak K, Gasior M, Legutko J, Bartuś S.

Medicine (Baltimore). 2021 Jan 29;100(4):e24360. doi: 10.1097/MD.00000000000024360.

Impact Factor: 1.552; Punkcja MNiSW: 70.000

33. Tricuspid leaflet kinematics after annular size reduction in ovine functional tricuspid regurgitation.

Malinowski M, Jazwiec T, Ferguson H, Bush J, Rausch MK, Timek TA.

J Thorac Cardiovasc Surg. 2021 Feb 4;S0022-5223(21)00203-8. doi: 10.1016/j.jtcvs.2021.01.104.

AKTUALNY DOROBEK SCCS - 2021

Impact Factor: 4.451; Punkcja MNiSW: 140.000

34. Percutaneous Occlusion of the Left Atrial Appendage with Thrombus Irrespective to Antithrombotic Therapy.

Kaczmarek K, Cygankiewicz I, Streb W, Plaksej R, Jakubowski P, Kalarus Z, Ptaszynski P, Wranczyk JK, Babicz-Sadowska A, Markiewicz A, Grygier M.

J Clin Med. 2021 Feb 12;10(4):726. doi: 10.3390/jcm10040726. PMID: 33673147

Impact Factor: 3.303; Punkcja MNiSW: 140.000

35. Emphysema as a possible complication of infant respiratory distress syndrome leading to lung transplantation.

Zawadzki F, Wajda-Pokrontka M, Stęcel T, Urlik M, Nęcki M, Antończyk R, Latos M, Królikowska M, Maruszak D, Łazaj M, Kowacka M, Kliczka A, Zembala M, Ochman M.

Adv Respir Med. 2021 Feb 9. doi: 10.5603/ARM.a2020.0174.

Punkcja MNiSW: 40.000

36. Correction to: The evaluation of annuloplasty in bicuspid aortic valve repair using cardiac magnetic resonance.

Jasinski MJ, Miszański-Jamka K, Kosiorowska K, Gocol R, Wenzel-Jasinska I, Bielicki G, Berezowski M, Lukaszewski M, Kansy A, Deja MA.

BMC Cardiovasc Disord. 2021 Feb 15;21(1):89. doi: 10.1186/s12872-021-01912-y.

37. Rationale for cerebral protection in patients with left atrial appendage thrombus during percutaneous left atrial appendage closure: a single-center initial experience.

Streb W, Mitreęa K, Podolecki T, Kowalska W, Sawicka M, Kalarus Z.

Pol Arch Intern Med. 2021 Feb 26;131(2):202-204. doi: 10.20452/pamw.15711.

Impact Factor: 3.007; Punkcja MNiSW: 100.000

38. Professor Stanisław Pasyk (1931-2020).

Lekston A, Kalarus Z, Gąsior M, Poloński L.

Kardiologia Pol. 2021 Jan 25;79(1):106-108. doi: 10.33963/KP.15774.

39. Optimized Implementation of cardiac resynchronization therapy - a call for action for referral and optimization of care.

Mullens W, Auricchio A, Martens P, Witte K, Cowie MR, Delgado V, Dickstein K, Linde C, Vernooij K, Leyva F, Bauersachs J, Israel CW, Lund L, Donal E, Boriani G, Jaarsma T, Berruezo A, Traykov V, Yousef Z, Kalarus Z, Cosedis Nielsen J, Steffel J, Vardas P, Coats A, Seferovic P, Edvardsen T, Heidbuchel H, Ruschitzka F, Leclercq Europace. 2021 Feb 5;euab035. doi: 10.1093/europace/euab035.

Impact Factor: 4.045; Punkcja MNiSW: 140.000

40. Radiation therapy in patients with cardiac implantable electronic devices.

Niedziela JT, Blamek S, Gadula-Gacek E, Gorol J, Kurek A, Witek M, Wojtaszczyk A, Plaza P, Miszczyk L, Gąsior M, Tajstra M.

Kardiologia Pol. 2021 Feb 25;79(2):156-160. doi: 10.33963/KP.15705

Impact Factor: 1.874; Punkcja MNiSW: 70.000

41. Interventions of emergency medical teams in Poland during the SARS-CoV-2 pandemic.

Nadolny K, Ładny JR, Zyśko D, Gałązkowski R, Gąsior M, Kraska W.

Kardiologia Pol. 2021 Jan 25;79(1):72-75

Impact Factor: 1.874; Punkcja MNiSW: 70.000

42. Differences in Symptomatology and Clinical Course of

Acute Coronary Syndromes in Women <45 Years of Age Compared to Older Women.

Bęćkowski M, Kowalik I, Jaworski K, Dąbrowski R, Gierlotka M, Gąsior M, Poloński L, Zdrojewski T, Karwowski J, Drygas W, Szwed H.

Curr Probl Cardiol. 2021 Mar;46(3):100508. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2019.100508.

Impact Factor: 2.966; Punkcja MNiSW: 100.000

43. Factors Affecting Early Mortality and 1-Year Outcomes in Young Women With ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction Aged Less Than or Equal to 45 Years.

Bęćkowski M, Gierlotka M, Gąsior M, Poloński L, Zdrojewski T, Dąbrowski R, Kowalik I, Karwowski J, Drygas W, Szwed H.

Curr Probl Cardiol. 2021 Mar;46(3):100419. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2019.03.008.

Impact Factor: 2.966; Punkcja MNiSW: 100.000

44. Two professions against two killer diseases: the rationale, organization, and initial experience of a cardio-oncology service.

Tajstra M, Blamek S, Skoczylas I, Majsnerowska A, Niedziela JT, Gadula-Gacek E, Bobek-Billewicz B, Gąsior M, Jarząb M. Kardiologia Pol. 2021 Feb 25;79(2):139-146.

Impact Factor: 1.874; Punkcja MNiSW: 70.000

45. Characteristics of patients from the Polish Registry of Acute Coronary Syndromes during the COVID-19 pandemic: the first report.

Hawranek M, Grygier M, Bujak K, Bartuś S, Gierlotka M, Wojakowski W, Legutko J, Lesiak M, Pączek P, Kleinrok A, Milewski K, Kubica J, Tajstra M, Dudek D, Witkowski A, Gąsior M.

Kardiologia Pol. 2021 Feb 25;79(2):192-195.

Impact Factor: 1.874; Punkcja MNiSW: 70.000

46. A comparison of clinical characteristics, the in-hospital course, and 12-month prognosis in women and men with chronic coronary syndromes.

Duda-Pyszny D, Trzeciak P, Desperak P, Zembala M, Gąsior M.

Kardiologia Pol. 2021 Apr 23;79(4):393-400

Impact Factor: 1.874; Punkcja MNiSW: 70.000

47. ANalgesic Efficacy and safety of MORphiNe versus methoxyflurane in patients with acute myocardial infarction: the rationale and design of the ANEMON-SIRIO 3 study: a multicentre, open-label, phase II, randomised clinical trial.

Kubica A, Kosobucka A, Niezgoda P, Adamski P, Buszko K, Lesiak M, Wojakowski W, Gąsior M, Gorący J, Kleinrok A, Nadolny K, Navarese E, Kubica J.

BMJ Open. 2021 Mar 1;11(3):e043330. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043330.

Impact Factor: 2.496; Punkcja MNiSW: 100.000

48. Polymorphisms of genes coding for telomerase reverse transcriptase and telomerase RNA component and the need for target lesion revascularization after percutaneous coronary intervention.

Bujak K, Lejawa M, Fronczek M, Lekston A, Gąsior M, Osadnik T.

Pol Arch Intern Med. 2021 Feb 11. doi: 10.20452/pamw.15810.

Impact Factor: 3.007; Punkcja MNiSW: 100.000

49. Transcatheter patent ductus arteriosus closure: what have we learned after over 25 years? A single-center experience

with 1036 patients.

Gałeczka M, Szkutnik M, Białkowski J, Litwin L, Smerdziński S, Knop M, Głowacki J, Fiszler R.

Kardiol Pol. 2021 Feb 16. doi: 10.33963/KP.15812.

Impact Factor: 1.874; Punktacja MNiSW: 70.000

50. Efficacy and Safety of Ertugliflozin in Patients With Diabetes Mellitus Inadequately Controlled by Sulfonylurea Monotherapy: a Substudy of VERTIS CV.

Strojek K, Pandey AS, Dell V, Sisson M, Wang S, Huyck S, Liu J, Gantz I.

Diabetes Ther. 2021Mar10.doi:10.1007/s13300-021-01018-w.

IF: 3.179; MNiSW: 100.000

51. Odmienności diagnostyczno-terapeutyczne w leczeniu chorego starszego z cukrzycą podczas infekcji COVID-19.

Kowalczyk-Wieteska Anetta, Zembala Marian, Wróbel Marta, Rokicka Dominika, Strojek Krzysztof, Zembala Michał O.

Chor.Cywil.Prakt.Lek.-Kardiol.Diabetol. 2021, nr 25

MNiSW: 5.000

52. Prewencja udaru mózgu u pacjentów z migotaniem przedsionków i przewlekłą chorobą nerek.

Michlicka Wirginia, Streb Witold, Kłyś Jan, Kalarus Zbigniew.

Kardiol.Dypl. 2021 : T.20, nr 1, s.37-47

MNiSW: 5.000

53. Rozpoznawanie i leczenie otyłości. Omówienie zasad postępowania zgodnie z aktualnymi wytycznymi.

Płaczkiewicz-Jankowska Ewa, Czupryniak Leszek, Strojek Krzysztof, Jankowski Piotr, Gajos Grzegorz, Ruchała Marek, Szczepanek-Parulska Ewelina, Stasiak M, Lewiński A.

Med.Praktyczna 2021, nr 2, s.49-82

MNiSW: 5.000

54. Risk factors of complications during noninvasive mechanical ventilation-assisted flexible bronchoscopy.

Skoczyński Szymon, Ogonowski Maciej, Tobczyk Ewelina, Krzyżak Damian, Brożek Grzegorz, Wierzbicka Anna, Trzaska-Sobczak Marzena, Trejnowska Ewa, Studnicka Aleksandra, Swinarew Andrzej, Kuczewicz-Czech Ewa, Gierek Danuta, Rychlik Wojciech, Barczyk Adam.

Adv.Med.Sci. 2021 : Vol.66, No.2, p.246-253

IF: 2.570; MEiN: 100.000

55. Implantation of a leadless pacemaker in a patient after Senning procedure - a case report.

Kowalska Wiktoria, Jędrzejczyk-Patej Ewa, Jagosz Marta, Kalarus Zbigniew, Średniawa Beata.

Anatol.J.Cardiol. 2021 : Vol.25, No.4, p.278-279

IF: 1.223; MEiN: 20.000

56. Clinical manifestations of device-related infective endocarditis in cardiac resynchronization therapy recipients.

Jędrzejczyk-Patej Ewa, Mazurek Michał, Kowalski Oskar, Sokal Adam, Liberska Agnieszka, Szulik Mariola, Podolecki Tomasz, Kalarus Zbigniew, Lenarczyk Radosław.

Arch.Med.Sci. 2021 : Vol.17, No.3, p.1-8

IF: 2.380; MEiN: 70.000

57. Biodegradable polymer-coated thin strut sirolimus-eluting stent versus durable polymer-coated everolimus-eluting stent in the diabetic population.

Gąsior Paweł, Gierlotka Marek, Szczurek-Katański Krzysztof, Osuch Marcin, Roleder Magda, Hawranek Michał, Wojakowski Wojciech, Poloński Lech.

Cardiol.J. 2021 : Vol.28, No.2, p.235-243

IF: 1.669; MEiN: 100.000

58. Impact of cellular myocardial infiltration on clinical outcome in non-ischaemic heart failure.

Reichman-Warmusz Edyta, Nowak Jolanta, Kaczmarek Krzysztof, Nowalany-Kozielska Ewa, Wojnicz Romuald.

J.Clin.Pathol. 2021, p.1-4

IF: 2.460; MEiN: 100.000

59. Zastosowanie dapagliflozyny w leczeniu niewydolności serca ze zmniejszoną frakcją wyrzutową lewej komory. : Opinia ekspertów Asocjacji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Nessler Jadwiga, Siniarski Aleksander, Leszek Przemysław, Gumprecht Janusz, Dróżdź Jarosław, Kaźmierczak Jarosław, Witkowski Adam, Gackowski Andrzej, Jankowska Ewa A., Kukulski Tomasz, Lelonek Małgorzata, Rozentryt Piotr, Rubiś Paweł, Ponikowski Piotr.

Kardiol.Pol. 2021, zesz.eduk. nr 2, s.143-151

IF: 1.874; MEiN: 70.000

60. Expert opinion of the Heart Failure Working Group of the Polish Cardiac Society on the use of dapagliflozin in the treatment of heart failure with reduced ejection fraction

Nessler Jadwiga, Siniarski Aleksander, Leszek Przemysław, Gumprecht Janusz, Drożdź Jarosław, Kaźmierczak Jarosław, Witkowski Adam, Gackowski Andrzej, Jankowska Ewa A., Kukulski Tomasz, Lelonek Małgorzata, Rozentryt Piotr, Rubiś Paweł, Ponikowski Piotr.

Kardiol.Pol. 2021 : Vol.79, No.3, p.363-370

IF: 1.874; MEiN: 70.000

61. Stroke prevention strategies in high-risk patients with atrial fibrillation.

Kotalczyk Agnieszka, Mazurek Michał, Kalarus Zbigniew, Potpara Tatjana S., Lip Gregory Y.H.

Nat.Rev.Cardiol. 2021 : Vol.18, No.4, p.276-290

IF: 20.260; MEiN: 200.000

62. Serum Sulfhydryl Groups, Malondialdehyde, Uric Acid, and Bilirubin as predictors of adverse outcome in heart failure patients due to ischemic or nonischemic cardiomyopathy.

Wojciechowska Celina, Jacheć Wojciech, Romuk Ewa, Ciszek Anna, Bodnar Patryk, Chwalba Tomasz, Waliczek Martyna, Gąsior Mariusz, Rozentryt Piotr.

Oxid.Med.Cell.Longev. 2021 : Vol.2021, p.1-14,

IF: 5.076; MEiN: 100.000

63. Idarucizumab for dabigatran reversal in cardiac tamponade complicating percutaneous intervention in ST elevation myocardial infarction.

Kurdziel Marta, Hudzik Bartosz, Kazik Anna, Piegza Jacek, Szkodziński Janusz, Gąsior Mariusz.

Post.Kardiol.Interw./Adv.Interv.Cardiol. 2021 : Vol.17, No.1, p.129-130

IF: 1.347; MEiN: 40.000

64. Comparison of the results of transcatheter aortic valve implantation in patients with bicuspid and tricuspid aortic valve.

Chodór Piotr, Wilczek Krzysztof, Chodór-Rozwadowska Karolina, Przybylski Roman, Głowacki Jan, Niklewski Tomasz, Włoch Łukasz, Gąsior Mariusz, Zembala Marian, Kalarus Zbigniew.

Post.Kardiol.Interw./Adv.Interv.Cardiol. 2021 : Vol.17, No.1, p.82-92

IF: 1.347; MEiN: 40.000

65. Patients with heart failure and an implanted cardioverter-defibrillator during the COVID-19 pandemic: insights from a

multicentre registry in Poland.

Tajstra M, Wojtaszczyk A, Sterliński M, Świerzyńska E, Szumowski Ł, Tomasiuk M, Grabowski M, Januszkiewicz ŁJ, Romanek J, Przybylski A, Mitkowski P, Klotzka A, Szafranek A, Gąsior M, Kalarus Z, Kowalski O. *Kardiol Pol.* 2021 Mar 30. doi: 10.33963/KP.15918.

IF: 1.874; MEiN: 70.000

66. Impact of the COVID-19 pandemic on atrial fibrillation and atrial flutter ablation rates. The analysis of nearly 5 million Polish population.

Myrda K, Blachut A, Buchta P, Skrzypek M, Wnuk-Wojnar AM, Hoffmann A, Nowak S, Kowalski O, Pruszkowska P, Sokal A, Wita K, Mizia-Stec K, Gąsior M, Kalarus Z. *Kardiol Pol.* 2021 Apr 29. doi: 10.33963/KP.15988.

IF: 1.874; MEiN: 70.000

67. An implantable cardioverter-defibrillator for primary prevention in non-ischemic cardiomyopathy: A systematic review and meta-analysis.

Wasiak M, Tajstra M, Kosior D, Gąsior M. *Cardiol J.* 2021 Apr 12. doi: 10.5603/CJ.a2021.0041. Online ahead of print. PMID: 33843044

IF: 1.669; MNiSW: 40.000

68. Multivessel Intervention in Myocardial Infarction with Cardiogenic Shock: CULPRIT-SHOCK Trial Outcomes in the PL-ACS Registry.

Gąsior M, Desperak P, Dudek D, Witkowski A, Buszman PE, Trzeciak P, Hawranek M, Gierlotka M, Bartuś S, Grygier M, Zembala M, Stepińska J, Legutko J, Wojakowski W. *J Clin Med.* 2021 Apr 22;10(9):1832. doi: 10.3390/jcm10091832. PMID: 33922373

Impact Factor: 3.303; Punktacja MNiSW: 140.000

69. Complete atrioventricular block after transcatheter closure of perimembranous ventricular septal defect: a few comments based on our own experience.

Białkowski J, Szkutnik M. *Kardiol Pol.* 2021 Apr 23;79(4):484-485. doi: 10.33963/KP.15953. Epub 2021 Apr 23. PMID: 33896162 Free article. No abstract available.

IF: 1.874; MEiN: 70.000

70. Propensity score-based analysis of long-term follow-up in patients supported with durable centrifugal left ventricular assist devices: the EUROMACS analysis.

Potapov EV, Nersesian G, Lewin D, Özbaran M, de By TMMH, Stein J, Pya Y, Gummert J, Ramjankhan F, Zembala MO, Damman K, Carrel T, Meyns B, Zimpfer D, Netuka I. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2021 Apr 19;ezab144. doi: 10.1093/ejcts/ezab144.

Impact Factor: 3.486; Punktacja MEiN: 100.000

71. Quality indicators for the care and outcomes of adults with atrial fibrillation.

Arbelo E; (Chair), Aktaa S, Bollmann A, D'Avila A, Drossart I, Dwight J, Hills MT, Hindricks G, Kusumoto FM, Lane DA, Lau DH, Lettino M, Lip GYH, Lobban T, Pak HN, Potpara T, Saenz LC, Van Gelder IC, Varosy P, Gale CP, Dages N; (Co-chair); Reviewers, Boveda S; (review coordinator), Deneke T, Defaye P, Conte G, Lenarczyk R, Providencia R, Guerra JM, Takahashi Y, Pisani C, Nava S, Sarkozy A, Glotzer TV, Martins Oliveira M. *Europace.* 2021 Apr 6;23(4):494-495

Impact Factor: 4.045; Punktacja MNiSW: 140.000

72. Effect of variable annular reduction on functional tricuspid regurgitation and right ventricular dynamics in an

ovine model of tachycardia-induced cardiomyopathy.

Jazwiec T, Malinowski M, Ferguson H, Wodarek J, Quay N, Bush J, Goehler M, Parker J, Rausch M, Timek TA. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2021 Apr;161(4):e277-e286.

Impact Factor: 4.451; Punktacja MEiN: 140.000

73. Current perspectives on wearable rhythm recordings for clinical decision-making: the WEHRables 2 survey.

Manninger M, Zweiker D, Svennberg E, Chatzikyriakou S, Pavlovic N, Zaman JAB, Kircanski B, Lenarczyk R, Vanduyhoven P, Kosiuk J, Potpara T, Duncker D. *Europace.* 2021 Apr 11;euab064. doi: 10.1093/eurpace/ euab064.

Impact Factor: 4.045; Punktacja MNiSW: 140.000

74. Cohort profile: the ESC EURObservational Research Programme Atrial Fibrillation III (AF III) Registry.

Potpara TS, Lip GYH, Dages N, Crijns HJMG, Boriani G, Kirchhof P, Arbelo E, Savelieva I, Lenarczyk R, Fauchier L, Maggioni AP, Gale CP; EORP-AF III Investigators Group. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes.* 2021 May 3;7(3):229-237. doi: 10.1093/ehjqcc/qcaa050. PMID: 32514547

Punktacja MNiSW: 20.000

75. Discordance between Body-Mass Index and Body Adiposity Index in the Classification of Weight Status of Elderly Patients with Stable Coronary Artery Disease.

Hudzik B, Nowak J, Szkodziński J, Danikiewicz A, Korzonek -Szlacheta I, Zubelewicz-Szkodzińska B. *J Clin Med.* 2021 Mar 1;10(5):943. doi: 10.3390/jcm10050943.

Impact Factor: 3.303; Punktacja MNiSW: 140.000

76. The Impact of COVID-19 Pandemic on Children with Pulmonary Arterial Hypertension. Parental Anxiety and Attitudes. Follow-Up Data from the Polish Registry of Pulmonary Hypertension (BNP-PL).

Kwiatkowska J, Meyer-Szary J, Mazurek-Kula A, Zuk M, Migdal A, Kusa J, Skiba E, Zygielo K, Przetocka K, Kordon Z, Banaszak P, Michalczyk A, Rzeznik-Bieniaszewska A, Surmacz R, Bobkowski W, Wojcicka-Urbanska B, Werner B, Pluzanska J, Ostrowska K, Bazgier M, Kopec G. *J Clin Med.* 2021 Apr 12;10(8):1640. **Impact Factor: 3.303; Punktacja MNiSW: 140.000**

77. The effects of a simple optical clearing protocol on the mechanics of collagenous soft tissue.

Meador WD, Zhou J, Malinowski M, Jazwiec T, Calve S, Timek TA, Rausch MK. *J Biomech.* 2021 Apr 5;122:110413. doi: 10.1016/j.jbiomech.2021.110413.

Impact Factor: 2.320; Punktacja MNiSW: 100.000

78. Importance of Dedicated Units for the Management of Patients With Inherited Arrhythmia Syndromes.

Conte G, Wilde A, Behr ER, Scherr D, Lenarczyk R, Gandjbachkh E, Crotti L, Brugada-Sarquella G, Potpara T. *Circ Genom Precis Med.* 2021 Apr;14(2):e003313. doi: 10.1161/CIRCGEN.120.003313.

Punktacja MNiSW: 20.000

79. Atrial fibrillation and comorbidities: Clinical characteristics and antithrombotic treatment in GLORIA-AF.

Kozieł M, Teutsch C, Halperin JL, Rothman KJ, Diener HC, Ma CS, Marler S, Lu S, Gurusamy VK, Huisman MV, Lip GYH; GLORIA-AF Investigators. *PLoS One.* 2021 Apr 14;16(4):e0249524. doi: 10.1371/journal.pone.0249524.

Impact Factor: 2.740; Punktacja MNiSW: 100.000



PODARUJ **ŻYCIE**



POWIEDZ **TAK**
DLA TRANSPLANTACJI

