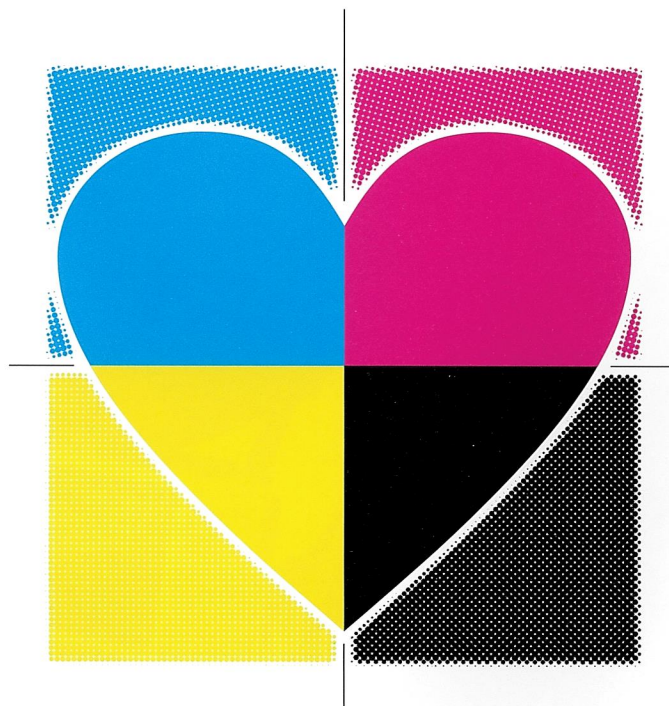




SZLACIETNE ZDROWIE

Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca

Dajemy JAKOŚĆ...



*... bo całe serce
wkładamy w pracę*



Drukarnia:
44-109 Gliwice, ul. Pszenna 2
tel. 0*32 2345-914, fax 0*32 330-15-13

e-mail: info@poligrafia.com.pl

Punkt Obsługi Klienta:
41-800 Zabrze, ul. Wolności 287
tel. 0*32 271-69-37, fax 0*32 278-17-05

www.poligrafia.com.pl

SZLACHETNE ZDROWIE

KWARTALNIK ŚLĄSKIEGO CENTRUM CHOROÓB SERCA

Nr 4
wrzesień
2003

Szlachetne zdrowie

Nikt się nie dowie

Jako smakujesz

Aż się zepsujesz

Jan Kochanowski

W numerze:

- Punkt widzenia – felieton
- „Początki nie były wesołe” - wywiad z prof. Z. Religą
- Pierwsze kroki w chirurgii klatki piersiowej i serca
- Przegląd prasy medycznej
- Fizyczne aspekty technik małoinwazyjnych
- Klinika Wrodzonych Wad Serca i Kardiologii Dziecięcej
- Kardiodiabetologia
- Opieka pielęgniarska w Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego
- Nasi dobroczyńcy
- Warsztaty „od kuchni”
- Pierwsze prace remontowe w WOK
- Od stresu do siły
- Pracownia elektroniki
- Witaminy
- Skąd pieniądze na zdrowie?
- Medycyna przeciw zbrodni
- Grzyby
- Turnus sanatoryjny w Ustroniu
- Hyde Park

Adres Redakcji:

41-800 Zabrze ulica

Szpitalna 2

Tel/fax 273-23-20

Redakcja:

Tadeusz Bujak (redaktor naczelny),

Grażyna Szymura

Iwona Trzcńska

X Zabrzańska Konferencja Kardiologiczna pt. „Postępowanie w ostrych zespołach wieńcowych”, w ramach której odbyły się IV Warsztaty Kardiologii Inwazyjnej zakończyła się pełnym sukcesem organizacyjnym i naukowym. Wybitni prelegenci, poziom przygotowanych wystąpień oraz perfekcyjnie przygotowany przekaz z pracowni hemodynamiki, wpłynęły na wysoką ocenę wystawioną przez licznie zgromadzonych kardiologów z różnych ośrodków kraju. Jednakże na to, aby wszystko przebiegło bez najmniejszych zakłóceń złożyła się wyteżona praca specjalistów ze Śląskiego Centrum Ch.S. Atmosferę tych dni w niewielkim zakresie pokazują zdjęcia zamieszczone w numerze.



Warsztaty kardiologiczne – w oczekiwaniu na rozpoczęcie przekazu..

Od lewej: dr Andrzej Lekston, dr Hubert Krupa, dr Mariusz Gąsior, dr Jarosław Wasilewski, dr Elżbieta Adamowicz-Czoch, dr Krzysztof Wilczek, dr Tadeusz Żebik

zdjęcie Michał Hawranek

Aktualności

1. Śląskie Centrum Chorób Serca zostało przyjęte do Krajowej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie (patrz strona 8).
2. W dniu 16.06.2003 r. profesor dr hab. Jacek Białkowski został przez Wojewodę Śląskiego – Lechosława Jastrzębskiego, powołany do pełnienia funkcji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii dziecięcej.
3. Dr W. Kreis i dr T. Kukulski wzięli udział w szkoleniu z zakresu echokardiografii śródoperacyjnej i oceny sztucznych zastawek serca w Paryżu w dniach 28.06 – 1.07.03 (The Society for Heart Valve Diseases).
4. Dr Teresa Zielińska i dr Jerzy Foremny uczestniczyli w sympozjum nt. „Problemy kardiologiczne w cukrzycy”, w Mikotajkach w dniach 5-7.06.03.
5. Na zaproszenie profesora Mariana Zembali do Śląskiego Centrum Chorób Serca ponownie przyjechał dr Paweł Urbanski z Bad-Neustadt Rhön Klinikum, który wziął udział w seminarium nt. „Tętniaki aorty”.
6. Dr Marcin Świerad wziął udział w warsztatach „Stentowanie tętnic szyjnych – Advanced Endovascular Therapies” w Nowym Jorku w dniu 17-25.06.2003 r.
7. W dniu 26 września 2003 odbędzie się IV Konferencja nt”Postępy w kardiologii i kardiochirurgii dziecięcej” organizowana przez Kliniczny Oddział Wrodzonych Wad Serca i Kardiologii Dziecięcej Śląskiego Centrum Ch.S. Przewidziano wystąpienia profesora A.Juareza (Narodowy Instytut Kardiologiczny w Mexico City), oraz profesora Jacka Białkowskiego, dr Małgorzaty Szkutnik i dr Jarosława Rycaja (Śl.C.Ch.S).
8. Śląskie centrum opuścił kolejny pacjent który przeszedł udaną operację transplantacji płuc.
9. W dniu 29 września, w którym przypada Światowy Dzień Serca, w Poradni Kardiologicznej Śląskiego Centrum będą przeprowadzane bezpłatne konsultacje lekarskie i badania ryzyka wystąpienia choroby wieńcowej i zawału serca.
10. W dniach 30.08 do 3.09 br odbędzie się w Wiedniu Kongres European Society of Cardiology, w którym będą uczestniczyli kardiolodzy ze Śląskiego Centrum Chorób Serca.

Śląskie Centrum Chorób Serca dnia 4.06.2003r gościło przedstawicieli PCN (Staly Komitet Pielęgniarek UE), a mianowicie:

Prezydenta PCN – Rię von Bonninghausen i Sekretarza Generalnego PCN – Paula de Raeve, którzy odwiedzili Polskę na zaproszenie Przewodniczącej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach Marii Brzezińskiej. Wśród gości była też przedstawicielka Royal College of Nursing w Londynie – Małgorzata Brykczyńska oraz Przewodnicząca OIPIP – Maria Brzezińska i Sekretarz OIPIP – Urszula Wolny

Goście zwiedzili ŚCCS i poznali warunki, w jakich pracują tutejsze pielęgniarki, pytali o strukturę zatrudnienia pielęgniarek, kształcenie podyplomowe, dokumentowanie pracy pielęgniarskiej oraz organizację pracy pielęgniarskiej.

Przedmiotem dyskusji było przybliżenie roli pielęgniarki w zjednoczonej Europie, a zwłaszcza konieczności profesjonalnego przygotowania zawodowego pielęgniarek. Poruszano takie zagadnienia, jak:

- wymogi UE co do kształcenia pielęgniarek i statusu zawodu pielęgniarskiego w Europie,
- istota dyrektyw dotyczących pielęgniarstwa w zjednoczonej Europie,
- kierunki rozwoju współczesnego pielęgniarstwa w Europie w wyniku procesu integracji z UE.

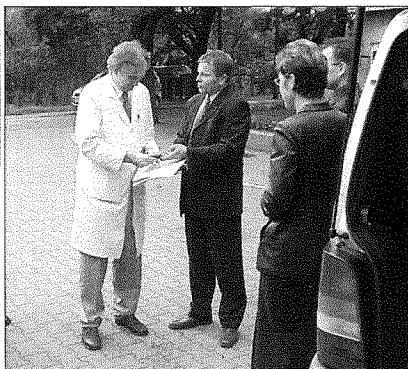
Od Redakcji

Przygotowując pierwszy numer nie byliśmy pewni, czy nie będzie on przypadkiem jednocześnie pierwszym i ostatnim. Na szczęście nasze obawy nie potwierdziły się. Wygląda na to, że „Szlachetne Zdrowie” zdobyło sobie czytelników, którzy czekają na kolejny numer – a w każdym razie mamy chętnych współpracowników dostarczających swoje materiały. Niestety koszty druku zaczynają przerastać nasze możliwości, co wymaga podjęcia bolesnej decyzji. Będziemy zmuszeni za egzemplarze gazety pobierać pieniądze. W przeciwnym przypadku musielibyśmy albo zaprzestać jej wydawania lub wydawać ją w mniejszym nakładzie i na gorszym papierze. Obecnie – przy założeniu, że nasze pismo trafia także do pacjentów, po miesiącu zaczynają się braki i rozdajemy je po kilka egzemplarzy tygodniowo. Czy wobec tego celowe było by dalsze ograniczenie wielkości nakładu? Mamy nadzieję, że Państwo przyjmiecie ze zrozumieniem konieczność opłat o ile taka decyzja zostanie podjęta począwszy od następnego numeru.

W tym numerze, już czwartym z kolei, nieco miejsca poświęcamy ważnym wydarzeniom, jakie miały miejsce w Śląskim Centrum – Wracamy także do wspomnień z okresu początków WOK – u – w wywiadzie, jakiego udzielił nam pan profesor Zbigniew Religa. Mamy nadzieję, że numer jest na tyle ciekawy, że przybędzie nam kolejna grupa nowych czytelników.

Nowa sanitarka

Firma INEX z Kleczy produkująca wodę mineralną Muszyna II Skarb Życia, przekazała Śląskiemu Centrum Chorób Serca w pełni wyposażoną karetkę marki Mercedes. Karetkę będzie służyć do przewozu pacjentów oraz zespołów transplantacyjnych. Na zdjęciu powyżej utrwalono moment symboliczny – pan J.Stuglik wręcza dyrektorowi Śl.C.C.S profesorowi M.Zembali klucze do auta.



Nowa karetka w całej okazałości



Pan J.Stuglik (na pierwszym planie)

Piękno stworzenia

Opis stworzenia w Piśmie świętym, to wspaniały fragment literatury światowej. Bóg stworzył światło, dzień i noc, ziemię i morze, kwiaty i drzewa, zieloną trawę, czyste powietrze i przejrzystą wodę. Bóg stworzył słońce, księżyc i gwiazdy, ryby w morzu, ptaki w powietrzu i zwierzęta na ziemi. Stał się wieczór i nastął znowu poranek. I zobaczył Bóg, że wszystko było dobre. Potem nastął szósty dzień. W tym dniu dokończył Bóg swojego mistrzowskiego dzieła - stworzył człowieka - króla stworzenia. Uczynił go na swój obraz i podobieństwo. Człowiek został stworzony na obraz Boga, który jest Miłością. Cóż za nieprawdopodobna istota! W siódmym dniu Bóg odpoczywał i przekazał całe swoje wspaniałe stworzenie, raj ziemi, człowiekowi. Bóg stworzył z chaosu wspaniały świat.

Podziwiamy ten świat, widzimy jego piękno, choć już tak często naruszone przez samego człowieka. Przez większość dni roku pomijamy w naszym patrzeniu na świat to, co stanowi jego istotny element, a mianowicie wymiar duchowego piękna i harmonii. Brak czasu, brak zachęty, a może wewnętrzny opór przed oceną innych, trzyma nas w pozycji obronnej przed tym co duchowe.

Czas lata, które tak szybko przechodzi w piękną, złotą jesień, budzi w człowieku energię. Piękno otoczenia, patrzenie i przebywanie w nim powinno ożywić naszą wewnętrzną wrażliwość. Harmonia ciała i ducha potrafi naprawić wiele. W każdym z nas jest pragnienie szczęścia, pobudza to naszą wyobraźnię, zachęca do wysiłku. Kiedy nawet osiągamy jakiś cel, czujemy ciągły niedosyt, sięgamy swoimi marzeniami tam gdzie wzrok nie sięga. I tak ciągle trwa w nas dzieło stwórcze Boga: otrzymany w darze świat, my sami wciąż przemieniamy.

Niech nadchodzący czas będzie odnajdywaniem w nas i w naszym otoczeniu głosu Stwórcy. Porządkujmy w sobie ducha, który ma prowadzić nasze ciało, do codziennych radości, do podejmowania nowych wyzwań, do walki z tym co szkodzi naszemu rozwojowi. Stwarzając świat Bóg ze sobą wszystko cudownie powiązał. Nam nie wolno rozrywać tej więzi, ale dla własnego dobra ją jedynie umacniać.

O. Ireneusz Sajewicz OSCam

kapelan

Naczelną Pielęgniarką informuje

Z wielką przyjemnością informuję, że nasza koleżanka **Krystyna Czaja** otrzymała Honorową Odznakę Za Zasługi Dla Rozwoju Pielęgniarstwa. Wyróżnienie to przyznał Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego uchwałą z dnia 12.04.2003. Odznakę w dniu 12.06.2003 wręczyła przewodnicząca ZG PTP Elżbieta Chruścicka. Mam nadzieję, że w przyszłości analogiczne wyróżnienia otrzymają inne nasze koleżanki - pielęgniarki, które tak jak Krystyna - swoją postawą wobec pacjentów i współpracowników oraz zaangażowaniem w codziennej pracy wykazują, iż w pełni na nie zasługują.



Teresa Piątek

Podziękowanie

Wszystkim „Dziewczętom i Chłopakom” z Oddziału Kardiologii - razem i każdemu z osobna oraz innym osobom, które „maczały” palce w niezapomnianej niespodziance jaka sprawiła dużo wzruszeń i radości oraz za wsparcie w tych trudnych chwilach składam serdeczne podziękowanie.

Ilona Tadeusiak

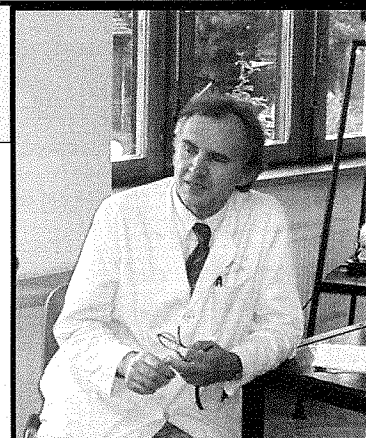


Punkt widzenia.

Wakacyjny felieton w naszej gazecie powinien być krótki i taki mało medyczny ... Łatwo powiedzieć, trudniej zrobić. To prawda, wakacje powinny sprzyjać nie tylko odpoczynkowi ciała, ale także i ducha. No dobrze, ale jak uspokoić ducha, jak przekonać, że razem On i Ja idziemy podobną drogą.

**Prof. dr hab.
Marian Zembala**

*Dyrektor Śląskiego
Centrum Chorób Serca*



Kiedy w rytmie codziennego dnia pochyleni nad chorym, mało pokorni zabiegamy o naszą widoczność, czasami trochę próżni ocieramy się nawet o sławę to znak, że trzeba rozpocząć wakacje dla naszego ducha aby On sam, nie zdecydował i nie wybrał poza nami; nie tyle ładniej opalonego ciała, co mniej gniewnej twarzy.

Marian Zembala

PS. Wybrałem dla Państwa wiersz z tomiku "Chwila" Wisławy Szymborskiej. Ta poezja nie zasługuje, aby ją umieszczano tylko w „post scriptum”. Dlatego ogłaszam, że dzisiejszy dopisek jest na stałe zalecany wszystkim, zdrowym i chorym, dla potrzeb ich ducha i ciała.

„Przyczynek do statystyki”

Na stu ludzi

wiedzących wszystko lepiej
- pięćdziesięciu dwóch;

niepewnych każdego kroku
- prawie cała reszta;

gotowych pomóc,
o ile nie potrwa to długo
- aż czterdziestu dziewięciu;

dobrych zawsze,
bo nie potrafią inaczej
- czterech, no może pięciu;

skłonnych do podziwu bez zawiści
- osiemnastu;

żyjących w stałej trwodze
przed kimś albo czymś
- siedemdziesięciu siedmiu;

uzdolnionych do szczęścia
- dwudziestu kilku najwyżej;

niegroźnych pojedynczo,
dziczejących w tłumie
- ponad połowa na pewno;

okrutnych,
kiedy zmuszą ich okoliczności
- tego lepiej nie wiedzieć
nawet w przybliżeniu;

mądrych po szkodzie
- niewielu więcej
niż mądrych przed szkodą;

niczego nie biorących z życia oprócz rzeczy
- czterdziestu,
choć chciałabym się mylić;

skulonych, obolałych
i bez latarki w ciemności
- osiemdziesięciu trzech
prędzej czy później;

godnych współczucia
- dziewięćdziesięciu dziewięciu;

śmiertelnych
- stu na stu.

Liczba, która jak dotąd nie uległa zmianie.

Wisława Szymborska

Początki nie były wesołe

Rozmowa z profesorem dr hab. Zbigniewem Religą

Rozmawiał Tadeusz Bujak

„Budynek był pusty. Wewnątrz nie było niczego a w dodatku nie było pieniędzy..”

„Zebrali się świetni, ambitni lekarze i znakomite pielęgniarki operacyjne, pooperacyjne i pracujące na oddziałach”

„Lubię Śląsk a przede wszystkim lubię Ślązaków i czuję się jednym z nich. Cenię sumienność tutejszych ludzi i ich stosunek do pracy”



Panie Profesorze !

Stworzona przez Pana Profesora klinika w Zabrze osiągnęła i utrzymuje europejski poziom chociaż powstawała w trudnych czasach . Jak do tego doszło, że Pan Profesor zdecydował się na opuszczenie Warszawy i związanie się ze Śląskiem?

Po uzyskaniu pewnego poziomu warsztatu kardiologicznego uznałem, że nie zadowala mnie już to co osiągnąłem. Stwierdziłem, że muszę uczynić dalszy krok w kierunku rozwoju zawodowego. Otwarcie prezentowałem pogląd, że klinika, w której wówczas pracowałem, powinna mieć możliwość wykonywania pełnego zakresu operacji. Niestety nie zgadzał się z tym mój szef – profesor Sitkowski. Kiedy ujawniłem się z pomysłem rozpoczęcia przygotowań do programu przeszczepów serca, profesor Sitkowski wyraził stanowczy sprzeciw. Więc siłą rzeczy zacząłem się rozglądać za nowym miejscem pracy.

Okazja nadarzyła się wkrótce. Profesor Paśnik, który w tym czasie tworzył Wojewódzki Ośrodek Kardiologiczny zaproponował mi objęcie kliniki kardiologii. Rozważyłem tę propozycję, kiedy zmarł profesor Paliwoda,

który prowadził znaczącą klinikę kardiologii AM w Zabrze. Władze Akademii chciały, abym przejął starą klinikę profesora Paliwody. Zwróciłem się w tej sytuacji do rektora Akademii, profesora Kokota o zgodę na objęcie przeze mnie nie starej, lecz nowo tworzonej kliniki w WOK-u. Rektor wyraził zgodę i w czerwcu 1984 roku przyjechałem do Zabrze.

Jak wyglądały początki pracy w Zabrze - w jaki sposób udało się Panu Profesorowi wyposażyć klinikę w niezbędną aparaturę i sprzęt ?

Początki nie były wesołe. Budynek był pusty. Wewnątrz nie było niczego, a nie było pieniędzy na wyposażenie i aparaturę. W dodatku nie było wiadomo, czy w ogóle jakiegokolwiek pieniędzy będą. I nagle pieniądze się znalazły. Istniała w Zabrze koksownia, która decyzją wojewody miała być zamknięta ze względów ekologicznych. Ministerstwo Hutnictwa koksowni nie zamknęło, więc miasto zażądało wysokiego odszkodowania. Złotówki w tym czasie niczego miastu nie dawały, więc jeden z sekretarzy zaproponował, aby Ministerstwo pie-

niądze z tego tytułu wypłaciło w dewizach z przeznaczeniem na wyposażenie WOK. Dali na sprzęt 3,5 miliona dolarów. W latach 1984-85 otrzymaliśmy nowoczesną aparaturę. W tym czasie byliśmy najlepiej wyposażoną kliniką w Polsce.

A jak Pan Profesor dobierał współpracowników ?

Kompletowanie zespołu zaczęło się wcześniej niż było gotowe wyposażenie kliniki. Konieczni byli ludzie potrafiący obsługiwać skomplikowaną aparaturę. Na przykład wraz ze mną przyjechał z Warszawy kolega obsługujący płuco-serce. Przyjechało także dwóch chirurgów: dr Wołczyk i kobieta, która później wyjechała na staż do Paryża. Przyjechały także pielęgniarki.

Dołączyli do nas absolwenci i pracownicy Śląskiej Akademii. Andrzej Bochenek, który był adiunktem w klinice profesora Paliwody, w tym czasie był na stażu w Leicester a Marian Zembala był na stażu w Holandii.

Po kilku miesiącach mieliśmy już gotowy zespół i niezbędną aparaturę, ale nie było wyposażenia szpitalnego. Zastosowaliśmy wtedy ryzykowne rozwiązanie. Otrzymałem zgodę na wykonywanie operacji w dawnej klinice profesora Paliwody, w której w tym czasie szefową była pełniąca obowiązki kierownika kliniki pani docent Dobosz. Uzyskaliśmy dostęp do sali operacyjnej i dwie sale chorych. Technicznie było to tak zorganizowane, że przez kilka miesięcy przewoziliśmy sprzęt między klinikami.

Było to żmudne i skomplikowane, ale okazało się bardzo korzystne. W trakcie pracy skonsolidował się zespół, który w momencie uruchomienia WOK-u był już przygotowany do najbardziej skomplikowanych operacji.

Kiedy zaczęła się normalna działalność kliniki kardiologii w WOK ?

Pierwszą operację w nowej klinice wykonaliśmy 15 sierpnia 1985 roku. Zdecydowałem się wtedy na zabieg bez użycia płuco-serca, co

przez niektórych kolegów (w tym profesora Sitkowskiego) było wtedy mocno krytykowane. Pani, której zoperowaliśmy tego dnia zastawkę mitralną żyje do dzisiaj i ma się dobrze. Od 1 września rozpoczął się normalny tryb wykonywania planowych operacji.

Uczniowie Pana Profesora są dzisiaj wybitnymi, znanymi naukowcami i chirurgami. Jak do tego doszło, że tyłu członków zespołu Pana Profesora zajmuje dzisiaj tak znaczącą pozycję w świecie kardiologii ?

Miałem pełne zaufanie do swojego zespołu. Zebrali się świetni, ambitni lekarze i znakomite pielęgniarki operacyjne, pooperacyjne i pracujące na oddziałach. Łączyła nas chęć pokonywania trudności i realizacji ambitnych, nowatorskich zadań. Nie ograniczałem swoich pracowników a wręcz przeciwnie – zachęcałem do samodzielności. Można powiedzieć, że dałem swoim pracownikom szansę i wielu z nich potrafiło ją znakomicie wykorzystać. Tak jak np. dzisiejsi profesorowie – Andrzej Bochenek i Marian Zembala.

Czy nie żałuje Pan decyzji powrotu do Warszawy ?

Lubię Śląsk a przede wszystkim lubię Ślązaków i czuję się jednym z nich. Cenię sumienność tutejszych ludzi i ich stosunek do pracy. Śląsk mnie przygarnął – tutaj uzyskałem samodzielność i tutaj rozwinęła się moja kariera zawodowa. I jak wszystkim wiadomo jestem zwariowanym kibicem Górnika Zabrze. Ale człowiek musi mieć swój dom i przychodzi taki moment w życiu, kiedy staje się to bardzo ważne. Kiedy ten moment nadszedł, wróciłem do Warszawy. Nie zerwałem jednak więzi ze Śląskiem, a przede wszystkim z Zabrzem. Tutaj działa Fundacja i tutaj jestem raz w tygodniu.

Czego można Panu Profesorowi życzyć ?

Żebym zdążył wszczepić implantowane sztuczne serce skonstruowane i wykonane w Zabrzu – w Fundacji.

W imieniu czytelników oraz swoim życiem Panu Profesorowi realizacji tych zamierzeń i jestem pewny że w niezbyt odległym czasie o nich usłyszymy. Dziękuję bardzo za poświęcenie nam swojego, cennego czasu

Prof. dr hab. Janusz H. Skalski

Pierwsze kroki w chirurgii klatki piersiowej i serca.
(Cz.1)

Chirurgia klatki piersiowej ma nieporównanie krótszą historię niż chirurgia ogólna, która z kolei służyła człowiekowi od niepamiętnych czasów. Jeśli nawet starożytny lekarz podejmował heroiczne próby ratowania rannego z uszkodzeniem powłok klatki piersiowej, jego działania zawsze kończyły się niepowodzeniem z powodu różnicy ciśnień między wnętrzem jamy opłucnej i otoczeniem. Wiedzano o tym, że człowiek dusi się po otwarciu klatki piersiowej, czy to podczas wiwesekcji, których wykonywanie było dozwolone w Aleksandryjskiej Szkole Medycznej (II - III wiek prz. Chr.) czy też w chwili konania ugodzonych śmiertelnie w tę okolice ciała wojowników lub gladiatorów.

Wzrastające po zranieniu klatki piersiowej ciśnienie w jej wnętrzu, zrównujące się z atmosferycznym, skutkowało nieodmiennie zapadnięciem płuca i śmiercią z uduszenia. Przytaczany jest czasem, związany z tą obserwacją *casus* z historii starożytnej, na którym zbudowano legendę - jakoby wódz tebański i bohater grecki Epameinondas podczas wyprawy na Peloponez, w starciu pod Mantineią w 362 roku przed Chr. zraniony śmiertelnie w klatkę piersiową grotem włóczni nie pozwalał jej usunąć do zakończenia bitwy. Wiedział bowiem, że nie przeżyje rozszczelnienia rany. Gdy dowiedział się o wygranej swych wojsk nad Spartanami, rzekł: "dość żyłem" i wyciągnąwszy grot - wyzionął ducha.

Powszechny był lęk dawnych medyków przed dokonywaniem, nawet najprostszymi, cięć chirurgicznych w obrębie klatki piersiowej. Próbując leczyć urazy w tej okolicy działania swoje ograniczali do natychmiastowego zamknięcia otworu w powłokach, ograniczając komunikację świata zewnętrznego z wnętrzem ciała (ryc. 1, 2). Niekiedy, chociaż rzadko, pacjent zostawał uratowany...

Jedynym zabiegiem chirurgicznym odnoszącym się do klatki piersiowej, który dawna medycyna dopuszczała i to już od czasów Hipokratesa (460-377 p. n.e.), było nakłucie lub nacięcie powłok w celu odbarczenia ropniaka opłucnej (niekiedy także i krwiaka jamy opłucnej). W wieku XVIII zabieg taki, przy użyciu odpowiednio w tym celu skonstruowanych trokarów, był już dość powszechnie stosowany przez chirurgów. Doskonały podręcznik chirurgii Lorenza Heistera z 1718 roku opisuje szczegółowo metody takiego odbarczenia zbiorników ropnych w obrębie klatki piersiowej, czy to drogą nakłucia (*paracentesis, toracocentesis*) czy zdlutowania (*trepanatio*) ściany klatki, także mostka (ryc. 3, 4).

Przekonanie o nieuchronnej śmierci po zranieniu ściany klatki piersiowej, płuca lub serca, przetrwało do czasów przełomowych doświadczeń Sauerbrucha w początkach XX wieku. Pojawiały się jednak nieliczne raporty o pomyślnym wyleczeniu ran klatki piersiowej. Do najcenniejszych należą zapewne opisy, które pozostawił Jean Dominique Larrey, lekarz armii napoleońskiej, który w swoim podręczniku chirurgii, w rozdziale "O ranach worka osierdziowego i serca" przedstawia 7 przypadków groźnych ran klatki piersiowej. Wszystkie drażyły do wnętrza worka osierdziowego, a chirurgiczne leczenie przeżyło 4 poszkodowanych. Wbrew powszechnie panującym przekonaniom o nieodwracalnym, fatalnym losie niebezpieczników w ten sposób zranionych, Larrey pisze:

Olbrymia większość autorów sądzi, że rany serca i osierdzia są absolutnie śmiertelne i właśnie dlatego nie mieszczą się w granicach sztuki lekarskiej. Wielu wybitnych lekarzy wątpiło w prawdziwość faktów, które opisałem w pamiętnikach moich dzieł wojennych, a które są wynikiem obserwacji przeprowadzonych operacji za pomocą paracentezy, czyli wypuszczeniem krwi, nagromadzonej w osierdziu, a które zakończyły się pomyślnie...

Larrey jako pierwszy w historii dokonuje odważnej, zamierzonej i świadomej chirurgicznej penetracji do wnętrza klatki piersiowej i osierdzia, w przypadkach

uszkodzeń w tej okolicy. Chociaż ingerencje te były wymuszone urazem (nożem, szablą, szpadą, bagnietem lub kulą z samopału), to jednak zastosowanie poszerzenie rany w celu odprowadzenia zawartości (krwi lub treści ropnej) i kontrola jej wnętrza palcem lub chirurgiczną sondą, była na owe czasy wydarzeniem budzącym podziw, a opis jak przeprowadzono cięcie aby bezpiecznie otworzyć worek osierdziowy mógłby być przydatny do dnia dzisiejszego:

...pozwoliłem sobie pociągnąć skórę przy pomocy asystenta do góry i równoległe z brzegiem 6. żebra, pod lewą brodawką sutkową i na dolnym brzegu mięśnia piersiowego większego wykonać cięcie aż do tkanki komórkowej (...). Po tem rozszerzyłem cięcie przed przecięciem mięśni międzyżebrowych pomiędzy 5. i 6. żebrzem i stopniowo udało mi się dojść do błony wewnętrznej, pod którą wyczuwało się chelobotanie. Błonę przebito i powiększono rozwarciem skalpelem.

Wyplął zaraz żółty, przechodzący w brązowy płyn, zmieszany z krzepnącą krwią. Było tego około litra (2 funty). Płyn z przerwami wyplwał dość szybko, a przerwy miały związek z uderzeniami serca. Gdy wkładało się ostrożnie palec w ranę, to można było wyczuć wyraźnie goły koniuszek serca.

Niewątpliwym postępem w torakochirurgii wiąże się z leczeniem jam gruźliczych. Lekarze zaobserwowali bowiem, że uciśnięcie płuca za pośrednictwem wprowadzenia powietrza do klatki piersiowej, może w konsekwencji doprowadzić do zapadnięcia jamy gruźliczej, dając, przynajmniej czasowe, zaleczenie choroby. W tym celu odmę opłucnową proponował już w roku 1770 Edmond Claud Bourru (1737-1823), po nim w 1821 James Carlson (1772-1843). W 1888 C. Forlani wprowadza tę metodę do praktyki klinicznej. W celu uciśnięcia płuca stosowano również porażenie przepony (przez uszkodzenie nerwu przeponowego) czy też, chętnie stosowane, zniekształcanie ściany klatki z przecięciem żeber i modelowaniem odkształconych powłok w ten sposób, aby ograniczyć zakres rozprężania się płuca. Zabieg ten, zwany torakoplastyką wprowadził po raz pierwszy Jakob August Estlander (1831-1881) w leczeniu ropniaków opłucnej, a do leczenia gruźlicy w 1885 - Edouard de Cereville (1843-1915). Jamę opłucną próbowano także wypełniać cieczą np. olejem parafinowym lub tworzywem o stałej konsystencji. Opisywane techniki odnoszą się najczęściej do leczenia dorosłych, były jednak sporadycznie wykonywane także u starszych dzieci.

Pewną nadzieję, przynajmniej na częściowe rozwiązanie problemu przywrócenia stanu ujemnego ciśnienia w klatce piersiowej, miał wynalazek Gottharda Büla (1835-1900), który w 1875 roku podczas drenażu ropniaka opłucnej umieścił końcówkę drenu pod wodą, uniemożliwiając w ten sposób napływ powietrza. Swoją metodę i obserwacje kliniczne z jej zastosowaniem opisuje dopiero w 1891 roku. Doświadczenia Büla'a przyczyniły się do skonstruowania systemu butli do odprowadzania z jamy opłucnej zarówno powietrza jak i wydzieliny. W Polsce, w 1903 roku Józef Hornowski (1874-1923), lekarz warszawski ze Szpitala na Pradze, opisuje własny pomysł urządzenia do drenażu, który nazywa: "przyrządem do opróżniania jamy opłucnej".

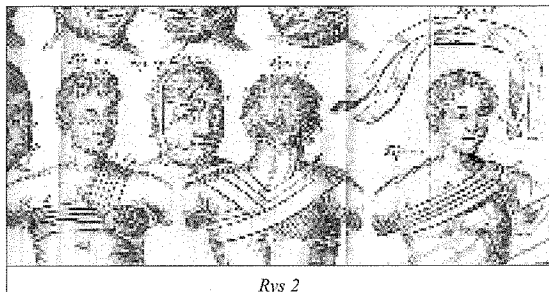
W dziejach światowej torakochirurgii wielokrotnie odnotowujemy udział naszych rodaków, którzy na trwałe zapisali się jako pionierzy, tworzący podwaliny postępu. Należy do nich m.in. lekarz z Gdańska M.H. Block, dokonujący eksperymentalnych resekcji płuca oraz zszywania ran serca u doświadczalnych królików. Po uzyskaniu zachęcających wyników podjął się heroicznej próby resekcji szczytów płuca u chorej na gruźlicę kuzynki. Pacjentka zmarła, a zropaczony chirurg popełnił samobójstwo.

Innym zasłużonym eksperymentatorem okazał się Franciszek Kijewski, dokonujący pneumonektomii u zwierząt (1899). W 1884 roku Franciszek Jawdyński dokonał dwuczasewej, pomyślniej resekcji płata płucnego, jednego z pierwszych w świecie. Nowe doświadczenia związane z celowym otwarciem powłok klatki piersiowej możemy również wiązać z przeprowadzeniem bezpośredniego masażu serca przez polskiego lekarza Jana Prusa - we Lwowie, 19 stycznia 1900 roku.

A jak kształtowały się pierwsze doświadczenia chirurgów, którzy odważyli się operować serce? Wszakże narząd ten wzbudzał, jako obiekt ewentualnych rękoczynów chirurgicznych, najwięcej emocji, już od czasów Galena?

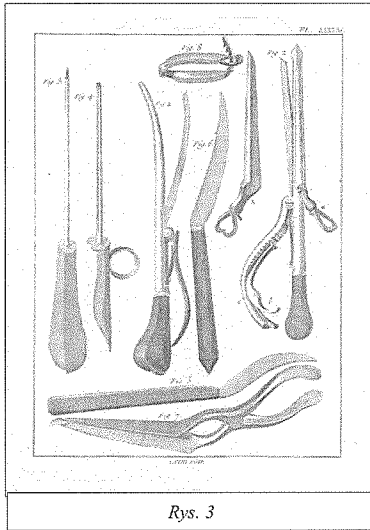


Rys. 1



Rys. 2

Powszechnie znane i często cytowane są słowa genialnego chirurga II połowy XIX wieku Teodora Billrotha, który wedle przekazów, miał oznajmić: *Chirurg, któryby kiedyś próbował zszyć ranę serca, może być pewny, że na zawsze utraci szacunek kolegów.* Deklaracja ta mocno wdarła się w umysły współczesnych i wielu późniejszych lekarzy, Billroth był wszakże autorytetem chirurgów europejskich...



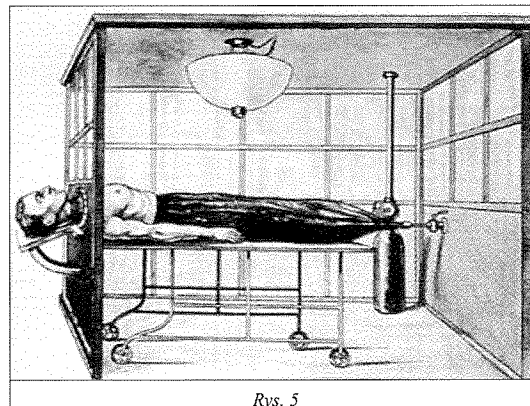
Rys. 3

Nie mamy jednak całkowitej pewności, czy owe słowa wypowiedział Billroth z pełnym przekonaniem, czy nie był to nieprzemyślany żart, skoro w podręczniku wydanym wspólnie z F. Koenigiem w 1875 roku, autorzy nie tylko zdecydowanie opowiadają się za chirurgicznym zaopatrzeniem rany klatki piersiowej drażącej do serca, ale informują ponadto, że *„...rana prawej komórki daje nieco lepsze rokowanie niż rana lewej (...) a w sercu może pozostać i wgoić się część raniącego narzędzia, a nawet kula. Z pomiędzy ciał obcych w sercu najczęściej spotykano igły. Rany klute i cięte zamykać się mogą w pierwszej chwili za pomocą skrzepów krwi, tworzących niby czopek ranę zatykającą...”.* Jak widać, zgodnie z przekonaniem autorów, kontakt z ciałem obcym, metalem (a może i igłą chirurga?) niekoniecznie musi skończyć się źle. Starając się zachować obiektywizm stwierdzają: *„...nie możemy orzec stanowczo, czy w razie gdy serce mocno zostaje uciśnięte przez wylew krwiwy lub ropny, czy w razie takim daje się osiągnąć skutek za pomocą operacji – aż dotąd nie otrzymano pod tym względem pomyślnych rezultatów”.* Autorzy nie mają jednak wątpliwości, że zamknięcie chirurgiczne rany klatki piersiowej drażącej do serca wymaga zaopatrzenia chirurgicznego: *“Wypadek, który niedawno spostrzegalem, przemawia bardzo na korzyść natychmiastowego zamknięcia rany. Pewien młody człowiek wdrzął sobie sztylet w piątą przestwor międzyżebrową o 1 cal na wewnątrz od lewej linii brodawkowej na blisko 10 cm w kierunku na zewnątrz i ku górze. Po wydobyciu sztyletu, z rany trysnęła jasno-czerwona struga, ale po przyciśnięciu ręki do rany krwotok ustał. Ranny palił jeszcze cygaro i przechadzał się przez pół godziny, zanim przyszedł do szpitala (...). Rana została zagoną doraźnie i bez śladu, nawet gorączki, ciężkie to obrażenie rychło się zakończyło zupełnym wyzdrowieniem”.*

Pewnym zwiastunem radykalnego, interwencyjnego udzielenia pomocy lekarskiej w przypadku zranienia serca był, pozornie niewiele znaczący, incydent usunięcia długiej igły, przypadkowo wbitej w serce przez ścianę klatki piersiowej podczas bójki stoczony w burdelu. Iglę tą nieszczęśliwie wpiął sobie w kłapę płaszcza przed kłótnią. Zabieg usunięcia igły miał miejsce w 1872 roku, a lekarzem, który go przeprowadził był G.W. Callender (1830-1878).

Niemal 20 lat później, dokładnie w dniu 10 lipca 1893 r. Daniel Hale Williams (1858-31) dokonuje w Provident Hospital w Chicago otwartego odbarczenia tamponady po zranieniu serca. Usuwa koniec noża tkwiącego w sercu, kontroluje ranę w tym miejscu, licząc się z koniecznością jej zszycia, wreszcie profesjonalnie zaopatrjuje ranę serca (być może ją tylko ucisnął aż do ustania krwawienia) i osierdza. Według innych źródeł Williams naszył worek osierdziowy na ranę serca. Operację kończy zszycie osierdza, a chory z powodzeniem przeżywa zabieg. O tym, że operacja Williama pozostawała w zapamiętaniu (w pierwszej połowie XX wieku) mógł zdecydować kolor skóry chirurga i pacjenta (o nazwisku James Cornish) – obaj byli mianowicie afroamerykanami. Ten znakomity chirurg w niektórych, acz nielicznych opracowaniach, wymieniany jest jako pierwszy chirurg, który operował serce. Jeśli nawet rany serca nie zszywał, to miał bez wątpienia taki zamiar, bo po to otwierał klatkę piersiową i osierdzie. Pacjent, uznany za całkowicie zdrowego, żył jeszcze 20 lat. Szpital, w którym operację przeprowadzono, był natomiast pierwszym na terenie Stanów Zjednoczonych szpitalem dla czarnych obywateli.

Nie mamy jednak całkowitej pewności, czy owe słowa wypowiedział Billroth z pełnym przekonaniem, czy nie był to nieprzemyślany żart, skoro w podręczniku wydanym wspólnie z F. Koenigiem w 1875 roku, autorzy nie tylko zdecydowanie opowiadają się za chirurgicznym zaopatrzeniem rany klatki piersiowej drażącej do serca, ale informują ponadto, że *„...rana prawej komórki daje nieco lepsze rokowanie niż rana lewej (...) a w sercu może pozostać i wgoić się część raniącego narzędzia, a nawet kula. Z pomiędzy ciał obcych w sercu najczęściej spotykano igły. Rany klute i cięte zamykać się mogą w pierwszej chwili za pomocą skrzepów krwi, tworzących niby czopek ranę zatykającą...”.* Jak widać, zgodnie z przekonaniem autorów, kontakt z ciałem obcym, metalem (a może i igłą chirurga?) niekoniecznie musi skończyć się źle. Starając się zachować obiektywizm stwierdzają: *„...nie możemy orzec stanowczo, czy w razie gdy serce mocno zostaje uciśnięte przez wylew krwiwy lub ropny, czy w razie takim daje się osiągnąć skutek za pomocą operacji – aż dotąd nie otrzymano pod tym względem pomyślnych rezultatów”.* Autorzy nie mają jednak wątpliwości, że zamknięcie chirurgiczne rany klatki piersiowej drażącej do serca wymaga zaopatrzenia chirurgicznego: *“Wypadek, który niedawno spostrzegalem, przemawia bardzo na korzyść natychmiastowego zamknięcia rany. Pewien młody człowiek wdrzął sobie sztylet w piątą przestwor międzyżebrową o 1 cal na wewnątrz od lewej linii brodawkowej na blisko 10 cm w kierunku na zewnątrz i ku górze. Po wydobyciu sztyletu, z rany trysnęła jasno-czerwona struga, ale po przyciśnięciu ręki do rany krwotok ustał. Ranny palił jeszcze cygaro i przechadzał się przez pół godziny, zanim przyszedł do szpitala (...). Rana została zagoną doraźnie i bez śladu, nawet gorączki, ciężkie to obrażenie rychło się zakończyło zupełnym wyzdrowieniem”.*

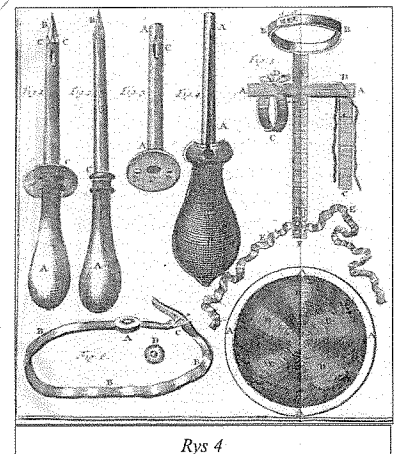


Rys. 5

Williams był inicjatorem i organizatorem szpitala dla czarnoskórych współbraci, w 1899 uzyskał tytuł profesora w Meharry Medical College w Nashville. Kolejnym pionierem zszywania zranionego serca jest S. del Vecchio, który przeprowadza w 1895 roku serię eksperymentów z zszywaniem ran serca u psów. W tym samym roku, 4 września, norweski lekarz Ansel Cappelaen (zm. 1919) przeprowadza w Oslo operację zszycia rany lewej komory serca u 24-letniego mężczyzny. Chirurg zmuszony jest podwiązać uszkodzoną gałązkę tętnicy wieńcowej. Niestety jego pacjent ginie w trzeciej dobie po zabiegu.

Tymczasem rok 1896 przynosi następne raporty o przeprowadzanych operacjach zszywania ran serca. Tym, który ośmielił się po raz kolejny przełamać przesadę zakazującą rękoczynów na sercu, okazał się m.in. włoski chirurg Guido Farina (1868-1959). On to w dniu 8 czerwca 1896 r. dokonał zszycia dość dużej rany prawej komory serca. W pięć dni po operacji pacjent zapadał niestety na ciężkie zapalenie płuc i umiera po następnych 3 dniach.

Po upływie trzech miesięcy od opisanego wydarzenia, 9 września tego samego roku, niemiecki chirurg Ludwik Rehn (1849-1930), ordynator chirurgii we Frankfurcie n/Menam, dokonał drugiego w dziejach chirurgii zakończonego sukcesem, zaopatrzenia rany klutej serca, zadanej nożem w bójce (pacjentem był młody pomocnik ogrodnika – Wilhelm Justus). Pacjent krwawiący obficie z rany był mocno zanemizowany, miał objawy duszności. W celu ekspozycji zranienia, Rehn otworzył 4 lewą przestrzeń międzyżebrową i resekował chrząstkę V żebra, a po zszyciu rany na przedniej ścianie prawej komory serca starał się wyjąłowić jamę worka osierdziowego gąbką nasączoną jodoformem. W przebiegu pooperacyjnym pacjent wymagał jeszcze drenażu ropniaka prawej jamy opłucnowej, ale szybko wracał do zdrowia. Operacja zakończyła się zatem pełnym sukcesem. Jeśli pozostają jednak jakieś wątpliwości, czy wspomniana wcześniej operacja Williama była istotnie zszyciem rany mięśnia sercowego (czy tylko worka osierdziowego), Rehn jawi się jako pierwszy chirurg, który dokonał udanej operacji serca.



Rys. 4

Miała i Polska swoich mistrzów w dziejach pierwszych operacji zszywania zranionego serca. Witold Horodyński przeprowadził 6 grudnia 1898 roku, po raz pierwszy w Polsce, chirurgiczne zaopatrzenie klutej rany serca. Niestety wynik operacji był niepomyślny – operowana przez niego pacjentka zmarła w 22 dniu po operacji. Kilka tygodni później Wacław Maliszewski operował dwóch mężczyzn z ranami klutymi serca, przy czym oni również zmarli wkrótce po zabiegu. Dwaj ostatni chirurdzy publikują w polskim piśmiennictwie pierwszą polską pracę naukową na temat ran serca. Jan Borzymowski przeprowadzał takie operacje w Szpitalu św. Ducha w Warszawie w 1902 roku, w 1904 roku donosił o trzech przypadkach, z których jeden zakończył się pełnym sukcesem. Sukces Borzymowskiego miał miejsce o kilka miesięcy wcześniej, niż w tym samym roku przeprowadzona taka operacja na terenie Stanów Zjednoczonych przez H. Myricka (14.09.1902). W latach 1908-1914 poza Borzymowskim także inni chirurdzy (np. K. Krajczy) przeprowadzali z coraz lepszymi wynikami operacje zaopatrywania ran serca.

Lekarze zachęcenі sukcesami przeprowadzanych rękoczynów chirurgicznych na żywym mięśniu sercowym, naturalną kolejną rzeczą zaczęli rozważać możliwość ingerencji we wnętrze serca. W pierwszym rządzie chirurgów intrygowało pytanie – czy można chirurgicznie poszerzać zwężone zastawki. W dniu 20 maja 1923 roku Elliot Cutler (1888-1947) i Samuel Albert Levine (1891-1966) przeprowadzają z powodzeniem, w bostońskim Brigham Hospital, pierwszą zamkniętą komisurotomię u 11-letniej dziewczynki, wykonaną zagiętym cienkim nożem poprzez ścianę komory. Dziewczynka, pomimo sukcesu operacyjnego, zmarła w 4 lata później z powodu postępującej choroby. W 1925 roku, dwa lata po sukcesie Cutlera i Levina, w

szpitalu londyńskim, Henry Sessions Souttar (1875-1964), przeprowadza poszerzenie ujścia mitralnego nową oryginalną metodą – palcem wprowadzonym poprzez uszko lewego przedsionka. Operacja ta przeprowadzona była również u dziecka, 15-letniej dziewczynki. Dziewczynka dobrze zniosła operację, zmarła po pięciu latach, z powodu zatoru mózgowego.

W okresie dynamicznego rozwoju medycyny operacyjnej w pierwszych latach XX wieku, obfitującego w coraz to odważniejsze poczynania chirurgiczne, lekarze zaczęli także dostrzegać możliwość rozdzielania przetwałego przewodu tętniczego. Zabieg wydawał się teoretycznie prosty, a korzyści z niego wynikające – bardzo zachęcające. Zamyśl taki powstał w 1907 roku, a jego autorem był John Monroe (1858-1910), który podwijał przewód tętniczy na zwłokach noworodków, ze środkowej sternotomii. Jednak operację podwiązania przewodu tętniczego przeprowadzono dopiero po ponad 30 latach (1938), a chirurgiem który zdecydował się tego dokonać (u dziecka siedmioletniego) był Robert E. Gross (1905-1989), pracujący w bostońskim Children's Hospital. W przeciagu 20 lat Gross podwijał przewód tętniczy u ok. 1500 dzieci. Ta właśnie, niezwykle prosta operacja, stała się rzeczywistym początkiem kardiologii pediatrycznej.

Cofnijmy się raz jeszcze do początków wieku XIX – lat, które zapisały się niespotykaną wcześniej ekspansją chirurgii, poszukującej nowych rozwiązań. Z wrocławską kliniką Jana Mikulicza Radeckiego (1850-1905), genialnego polskiego chirurga, łączy się fascynująca historia pionierskich operacji torakochirurgicznych wykonywanych z wykorzystaniem komory podciśnieniowej. Operacje te, podczas których po raz pierwszy zabezpieczano płuca pacjenta przed ich zapadnięciem, stanowią rzeczywisty początek nowoczesnej chirurgii wnętrza klatki piersiowej. Pomysłodawcą skonstruowania komory podciśnieniowej był asystent Mikulicza, dr Ferdynand Sauerbruch (1875-1951). Początkowo przeprowadzał doświadczenia na zwierzętach, a zbudowana przez niego komora do doświadczalnych zabiegów operacyjnych, posłużyła jako pierwowzór dużej komory, zapewniającej warunki do operowania pacjentów. W komorze tej w 1904 roku przeprowadzono we Wrocławiu pierwszą w świecie operację wycięcia guza śródpiersia (ryc. 5).

Zwrócenie uwagi na konieczność utrzymywania płuca w niższym ciśnieniu w stosunku do ciśnienia panującego w tchawicy i oskrzelach, ułatwił wykrystalizowanie zamysłu włączania powietrza do dróg oddechowych pod nieco wyższym ciśnieniem. Na tej niezmiennej zasadzie opiera się współczesna torakoaestezja.

Zasługi Sauerbrucha dla torakochirurgii światowej nie kończą się na skonstruowaniu komory podciśnieniowej. Był on jednym z pierwszych chirurgów, którzy zainicjowali leczenie operacyjne klatki lejkowatej, on również operował szereg pacjentów po zranieniach serca.

Zainteresowania klatką lejkowatą mają także swoją długą historię. Warto dodać, że Hipokratesowi przypisuje się zwrócenie uwagi na wpływ deformacji

klatki piersiowej na stan narządów w niej umiejscowionych, nie wiadomo jednak, czy ten starożytny geniusz medycyny obserwował takie wady jak klatka lejkowata czy kurza. Można przypuszczać, że tak było w istocie, skoro w ogóle o deformacjach pisał.

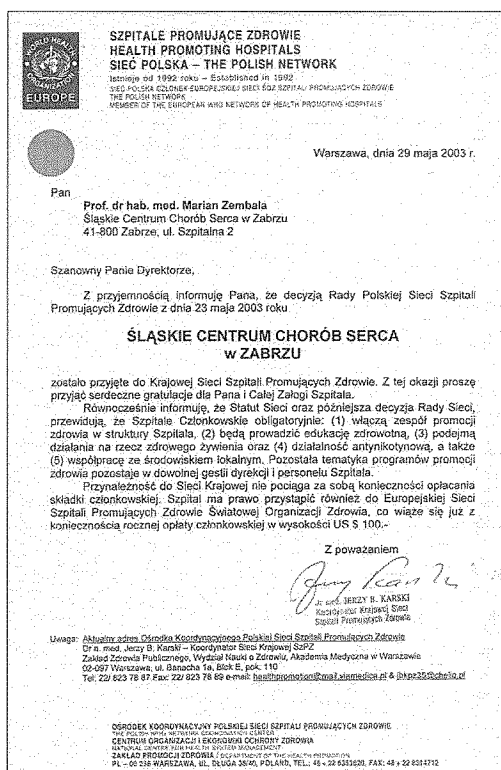
Klatka lejkowata, opisana po raz pierwszy w 1600 roku przez Bauhinusa (Bauhina) w rozprawie naukowej pt. *Sterni cum costis ad interna reflexis spirandi difficultatis causa*, dopiero w 1857 roku doczekała się szczegółowego omówienia - Karla Rokitanskyego, który zauważył tę deformację u swego studenta medycyny. W 1882 roku, kolejny wielki lekarz wrocławski – Wilhelm Ebstein (znany m.in. z opisanego w 1866 roku anomalii zastawki trójdzielnej) opublikował drobiazgowo opracowanie, od którego datuje się nowoczesne i pragmatyczne spojrzenie lekarzy na patologię klatki lejkowatej.

Pierwszą natomiast próbą leczenia klatki lejkowatej był zabieg operacyjny przeprowadzony przez Van Tieze (1899 rok). Z kolei autorami pierwszych udanych i zakończonych pomyślnie zabiegów był Mayer w 1911 roku, a po nim Sauerbruch w 1913 roku. Były to równocześnie pierwsze w świecie operacje wad wrodzonych powłok klatki piersiowej. Dalszy postęp w leczeniu tej wady zawdzięczamy opracowaniom Browna (1939), Lestera (1946) i Ravitcha (1949, 1951). Metoda opracowana przez Ravitcha, polegała na uzupełnieniu resekcji chrząstek żebrowych o wycięcie wyrostka mieczykowatego, poprzeczne przecięcie mostka i jego uniesienie, uzyskiwane poprzez odpowiednie ustawienie i zespolenie odłamów. Technika ta całkowicie zmieniła ówczesne poglądy na możliwości, bezpieczeństwo i wyniki leczenia.

Na całym świecie kontynuowane są próby optymalnego leczenia nie tylko gruźlicy płuc lecz także innych schorzeń klatki piersiowej. W Polsce Maksymilian Rutkowski, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, przeszedł do historii jako rzeczywisty twórca operacyjnego leczenia gruźlicy płuc przy pomocy własnej metody torakoplastyki. W 1928 roku donosił podczas Zjazdu Chirurgów w Krakowie o przeprowadzonych w jego klinice pierwszych operacjach u ośmiu chorych leczonych tą metodą. Niemał w tym samym czasie, w 1928 roku rozpoczęto leczenie gruźlicy płuc za pomocą torakoplastyki w lwowskiej Klinice Chirurgicznej UJK, prowadzonej przez prof. Tadeusza Ostrowskiego. Klinika ta zebrała ogromny materiał chorych leczonych tą metodą.

Ostatnie półwiecze to okres niezwykle burzliwego rozwoju wszystkich dziedzin medycyny – w tym także chirurgii skupionej na narządach klatki piersiowej i sercu. W kolejnym numerze niniejszego czasopisma nawiążemy do tych niezwykłych faktów i zawrotnych osiągnięć.

Janusz H. Skalski



PRZEGLĄD PRASY MEDYCZNEJ

Readagują:
dr Piotr Rozentry
dr Jarosław Wasilewski

1. Alison K et al. Nitrogliceryna upreguluje ekspresję białek metalinoproteinazy u ludzkich makrofagów. *J Am Coll Cardiol* 2002; 39: 1943-50
2. Gori T et al. The puzzle of nitrate tolerance. Pisces smaller than we thought? *Circulation* 2002; 106:2404-2408
3. Wasilewski J. i wsp. Przeciwniażdżycowe właściwości inhibitorów enzymu konwertującego i hipotensyjne inhibitorów reduktazy HMG-Co. *Folia Cardiol* 2003; 10:255-263

Czy przewlekłe leczenie nitratai nasila przebieg miażdżycy?

W celu przerwania bólu wieńcowego nitroglicerynę zastosowano po raz pierwszy przed 120 laty. Właściwości przeciwdławicowe są wynikiem jej działania hemodynamicznego i naczyniorozkurczowego.

W odróżnieniu od inhibitorów enzymu konwertującego i statyn, w stosunku do których wykazano, że stabilizują zmiany miażdżycowe, przewlekłe leczenie nitratai może sprzyjać progresji miażdżycy i destabilizacji blaszek. Nie wykazano, aby nitraty zmniejszały śmiertelność w przewlekłej stabilnej chorobie wieńcowej jak i w ostrych zespołach wieńcowych (badania GISSI-3 oraz IBIS-4). Nie hamują, bowiem postępu miażdżycy. Stawiane jest natomiast coraz częściej pytanie czy ich przewlekłe stosowanie może przyspieszać progresję miażdżycy? Jednoznaczna odpowiedź na nie wydaje się przedwczesna, lecz wiele danych obserwacyjnych i wyników badań doświadczalnych wskazuje na potencjalne uboczne efekty, które można określić jako prozapalne.

Nitrogliceryna zwiększa biodostępność anionu nadtlenowego i wytwarzanie wolnych rodników tlenowych. Anion nadtlenkowy powoduje destrukcję stłetyazy tlenu azotu (NOS) oraz głównego jej kofaktora - tetrahydrobiopteryny. Zmniejszenie aktywności stłetyazy tlenu azotu jest głównym mechanizmem odpowiedzialnym za zjawisko tolerancji nitratów.

Do nasilenia stresu oksydacyjnego i dysfunkcji śródbłonka dochodzi także w wyniku pobudzenia przez nitroglicerynę układu współczulnego w wyniku, czego zwiększają się stężenia adrenaliny, endoteliny-1 oraz angiotensyny II, przez co dodatkowo nasileniu ulega stres oksydacyjny odpowiedzialny za zainicjowanie i postęp procesu miażdżycowego.

Nitrogliceryna w dawkach terapeutycznych aktywuje metalinoproteinazy makrofagów (MMPs) i obniża w nich poziom głównego czynnika hamującego metalinoproteinazy (TEMP-1). Zaburzenie stosunku MMPs do TEMP-1 sprzyja degradacji macierzy pozakomórkowej w zmianach miażdżycowych, zatem przyczynia się do destabilizacji blaszek.

Leki w stosunku, do których wykazano, że zmniejszają częstość ostrych incydentów wieńcowych charakteryzują się przeciwstawnymi do nitrogliceryny właściwościami, a ich wspólną cechą jest hamowanie stresu oksydacyjnego, przywracanie czynności śródbłonka i stabilizacja zmian miażdżycowych (więcej na ten temat można przeczytać w lipcowym numerze *Folia Cardiologica*).

Czy zatem nadszedł czas, aby zweryfikować wskazania do przewlekłego leczenia nitratai a wskazania do ich stosowania ograniczyć do podawania doraźnego?

opracował Jarosław Wasilewski

Marcin Stefanowicz

Fizyczne aspekty technik małoinwazyjnych

Osiągnięcia technik medycznych pozwalają obecnie na diagnozowanie i leczenie chorób wcześniej trudnych do precyzyjnego rozpoznania.

Niezwykły postęp dokonał się między innymi w diagnostyce kardiologicznej, która stała się mniej inwazyjna. Obciążenia organizmu wynikające ze sposobu diagnozowania są coraz mniejsze. Pacjentowi można pomóc w czasie znacznie krótszym niż przed paru laty.

Jedną z metod, której można diagnozować drożność naczyń jest angiografia. W zależności od tego, które naczynie jest badane może to być grafia tętnic wieńcowych, lub tętnic nerkowych. Metoda opiera się na wykorzystaniu promieniowania rentgenowskiego i właściwości absorbcyjnych różnych substancji.

Dzięki odkryciu promieniowania X przez Wilhelma Roentgena od 1895 roku w szybkim tempie rozwijały się możliwości obrazowania struktur. Pierwszą zobrazowaną strukturą z wykorzystaniem promieniowania X, później zwanego od nazwiska uczonego promieniami Roentgena, była dłoń jego żony.

Od strony medycznej wszystko zaczęło się 1929, kiedy Forssmann – na samym sobie przeprowadził cewnikowanie, wykorzystując do tego cewnik urologiczny. Z odpowiednio wprowadzonym cewnikiem udał się do pomieszczenia, gdzie znajdowała się aparatura RTG gdzie mógł obserwować jego rozmieszczenie. Po latach technika ta została doprowadzona do perfekcji, tak, że obecnie jest rutynową techniką diagnostyki i terapii w kardiologii.

Promienie X wykorzystywano początkowo tylko do obrazowania struktur kostnych. Wynikało to z właściwości pochłaniania promieniowania X, które jest zależne od długości fali, liczby atomowej pierwiastka, gęstości materii i grubości warstwy. Kości charakteryzują się bardzo wysokim współczynnikiem względnej gęstości – 1,9. Fakt ten jest bezpośrednio widoczny na zdjęciu RTG w postaci wyraźnie zobrazowanych zarysów. Tkanki miękkie charakteryzują się mniejszą gęstością i absorpcją pochłaniania promieniowania X. W związku z powyższym są mało dostrzegalne na kliszy rentgenowskiej.

Wykorzystując do tego celu specyficzne substancje podawane do organizmu naukowcy nauczyli się później obrazować za pomocą promieni X również miękkie struktury naszego ciała. W wyniku zwiększonych własności pochłaniania, na obrazie ukazują się struktura wypełniona

kontrastem.

W metodzie tej pacjentowi po podaniu odpowiedniego środka kontrastującego, kieruje się docelowo wiązkę promieniowania X. Dzięki takiemu postępowaniu możliwe jest ukazanie naczyń krwionośnych, które są niewidoczne podczas wykonywania normalnego zdjęcia RTG.

Aby cała procedura przebiegała prawidłowo środek kontrastowy musi być podany w odpowiednim stężeniu i z odpowiednią szybkością. Szybkość przepływu środka kontrastującego zależy od szybkości przepływu krwi.

Ilość przechodzącego promieniowania decyduje odpowiednio o zaczerpieniu kliszy – często sprzężonej torem wizyjnym, który pozwala na bieżącą obserwację obrazu w trakcie wykonywania zabiegu, co daje możliwość ingerowania i wykonywania odpowiednich czynności w chwili wyświetlania obrazu. W czasie naświetlania zarówno pacjent jak i lekarz są narażeni na niewielkie dawki promieniowania X. Aby temu zapobiec dodatkowo stosuje się filtry ochronne usuwające zbędne promieniowanie.

Po wykonaniu zabiegu, pacjent zobowiązany jest do wypicia dużej ilości płynów celem usunięcia kontrastu z organizmu.

Od strony fizycznej wykorzystane jest tu kilka podstawowych zjawisk którymi rządzi się cała procedura zabiegu. Do tych najważniejszych należą: powstawanie promieniowania X (a co jest z tym związane powstawanie również promieniowania rozproszonego), zjawisko luminescencji oraz absorpcja promieniowania przez różne substancje. Dwa pierwsze mają miejsce poza ciałem pacjenta i dotyczą bezpośrednio aparatury rentgenowskiej. Z pacjentem związane jest zjawisko absorpcji. Nośnikiem informacji, wykorzystywanej przez lekarza jest wiązka promieniowania przechodzącego przez pacjenta. To właśnie ta wiązka pozwala na ukazanie lekarzowi tego co istotne w tym badaniu.

Dzięki zjawiskom, o których powyżej była mowa, możliwe jest w dzisiejszych czasach stosowanie metod diagnostycznych i terapeutycznych w kardiologii inwazyjnej. Aby się o tym przekonać wystarczy od początku do końca towarzyszyć pacjentowi, który trafia na teren Pracowni Hemodynamiki z niedrożnością naczyń, a pozytywne efekty interwencji widoczne są już po kilkunastu minutach. Najlepszym dowodem potwierdzającym jej dobrodziejstwa jest uśmiech na twarzy pacjenta po udanym zabiegu.

Marcin Stefanowicz

Prof. dr hab. Jacek Białkowski

Klinika Wrodzonych Wad Serca i Kardiologii Dziecięcej

Do roku 1986 kardiologia dziecięca na Śląsku ograniczała się głównie do szczebla poradniczego, a specjalistyczny zespół lekarzy tworzyli w różnych miastach: doc. B. Karolczak, H. Baczyńska-Szymocha, A. Bratek, D. Wojczuk, K. Romańska, A. Zys-Rusiecka i inni. Zaczątek ośrodka klinicznego kardiologii dziecięcej stanowił oddział utworzony przy Klinice Chirurgii w Zabrze, kierowanej początkowo przez profesora T. Paliwodę, a później prof. K. Dobosza.

Prawdziwym przełomem było jednak utworzenie w roku 1986 kierowanej przez dr. Lili Goldstein Katedry i Kliniki Kardiologii Dziecięcej, zlokalizowanej w obrębie Wojewódzkiego Ośrodka Kardiologii w Zabrze. Od tego też czasu rozpoczyna się era pełno profilowej działalności kardiologii dziecięcej na Śląsku. Kardiochirurgiczne zabiegi u dzieci były początkowo wykonywane przez profesora Zbigniewa Religę i Mariana Zembalę, później przez J. Mollę, M. Wojtalikę i R. Przybylskiego oraz aktualnie przez zespół kierowany przez profesora J. Skalskiego. Szczególną rolę w rozwoju nowoczesnej kardiologii dziecięcej w naszym rejonie odegrała dr Lili Goldstein – wybitny nauczyciel akademicki i lekarz. To ona stworzyła zespół o najwyższych kwalifikacjach, który w późniejszym okresie mógł podejmować coraz poważniejsze wyzwania. W roku 1993, po przejściu dr Goldstein na emeryturę, kierownictwo Kliniki w Zabrzu przejęła dr M. Kowalska, a po jej tragicznej śmierci w roku 1998 – profesor J. Białkowski.

Ośrodek w Zabrzu specjalizuje się w przeszczepach serca u dzieci. Wyróżnia go też dynamicznie rozwijająca się kardiologia inwazyjna, realizowana przez zespół hemodynamiki dziecięcej pod kierownictwem dr. M. Szkutnika.

W roku 2002 – w związku z rozszerzeniem profilu kliniki o diagnostykę i leczenie pacjentów dorosłych, zmieniła ona nazwę na Katedrę i Oddział Kliniczny Wrodzonych Wad Serca i Kardiologii Dziecięcej. Zabrzeński zespół po raz pierwszy w kraju wprowadził do praktyki klinicznej parasolkę Rashkinda, Amplatzer (do zamykania ODA i ASD), stenty w poszerzaniu zwężeń po chirurgicznych, a w oddziale intensywnej terapii przewlekłe natlenianie pozaustrojowe (ECMO).

Działalność naukowa Ośrodka to realizacja szeregu prac statutowych i własnych uczelni (Śląskiej Akademii Medycznej). Dotyczyły one m.in. problematyki zaburzeń metabolicznych węglowodanów i tłuszczów u dzieci podczas stosowania krążenia pozaustrojowego; zastosowania trójiodotyroniny i tyroksyny jako nowego leku inotropowego we wczesnym okresie pooperacyjnym; licznych zagadnień związanych z diagnostyką inwazyjną i cewnikowaniem interwencyjnym w przypadkach wrodzonych wad serca. W Klinice były realizowane dwa granty KBN: w latach 1992-1995 („Odległe losy dzieci po operacjach kardiochirurgicznych przeprowadzonych w okresie noworodkowym” - kierownik dr Jacek Białkowski) oraz w latach 2000-2001 („Wdrożenie ECMO do praktyki

klinicznej” - kierownik dr A. Grzybowski).

Opublikowano ponad 100 artykułów w tym około 30 w czasopiśmie zagranicznych, a na zjazdach przedstawiono ponad 250 doniesień w tym ponad 100 na ważnych kongresach międzynarodowych).

W klinice opracowano rozdziały do 3 książek (w tym do podręcznika prof. Kubickiej i prof. Kawalec).

W roku 1999 dr Jacek Białkowski obronił pracę habilitacyjną pod tytułem „Wybrane zaburzenia metaboliczne u dzieci operowanych w krążeniu pozaustrojowym”, a następnie w lutym 2003 roku otrzymał stanowisko profesora Śląskiej Akademii Medycznej.

Zrealizowane w klinice doktoraty dotyczyły szerokiego kręgu zagadnień. I tak: dr Frycz obroniła pracę na temat echokardiograficznej oceny ASDII (porównanie z wynikami śródopercyjnymi), dr M. Szkutnik pracę na temat przyczyny powstawania szmerów niewiarygodnych w świetle badań echograficznych, dr J. Rycaj na temat stężenia erytropoetyny u dzieci z sinicznymi wadami serca, dr A. Baranowska na temat czynności płuc u pacjentów z hemodynamicznie wspólną komorą, dr A. Olszanowski na temat diagnostyki echograficznej wrodzonych wad serca w województwie opolskim, dr J. Kusa na temat balonowej walwuloplastyki aortalnej, dr B. Karwot na temat porównania wyników zamykania ubytku międzyprzedsionkowego za pomocą korka Amplatzer i kardiochirurgii, dr E. Śmiłowska-Dzielińska na temat parametrów echokardiograficznych przed i po operacji lejkowatej klatki piersiowej,



Działalność ośrodka to także aktywna rola w kształceniu lekarzy – szkolenia specjalizacyjne i w regionalnych towarzystwach naukowych. Od 1999 r. praktycznie co roku organizowane są z udziałem międzynarodowych luminarzy, warsztaty cewnikowań interwencyjnych. Brali w nich udział m.in. dr Ch. Mullins (Houston), prof. J. Masura (Bratysława), dr L. Ballerini (Rzym), dr R. Bermudez Canete (Madryt), dr N. Sreeram (Utrecht).

W latach 2000-2002 trzykrotnie zrealizowano nieodpłatne lokalne konferencje dla lekarzy kardiologów dziecięcych z południowej Polski (w Głuchołazach i Szczyrku). Na spotkania te byli zawsze zapraszani także prelegenci z zagranicy (prof. J. Masura, dr M. Quero-Jimenez, dr M. Maitre Azcarate, dr R. Bermudez Canete, prof. B. Alekian i inni).

Ważnym punktem jest stała współpraca kliniki z licznymi ośrodkami zagranicznymi.

W latach 1998-2002 realizowany był polsko-hispański program współpracy międzynarodowej (w ramach KBN) pt. „Rozwój nowych metod cewnikowania interwencyjnego we wrodzonych wadach serca. Koordynatorem tego programu był ze strony hiszpańskiej dr M. Quero-Jimenez, a ze strony polskiej doc. J. Białkowski.

W aktualnie w Ośrodku przeprowadza się 200 operacji kardiochirurgicznych rocznie, oraz około 170 cewnikowań terapeutycznych w przypadkach wrodzonych wad serca.

Dr Jerzy Foremny

Kardiodiabetologia

KARDIODIABETOLOGIA - słowo powstałe z połączenia dwóch terminów nie jest przypadkowe. Kardiologowie i diabetologowie bardzo często mają wspólnych pacjentów, bo chorzy na cukrzycę często chorują na chorobę wieńcową, a chorzy z chorobami układu krążenia często mają cukrzycę. Ważne jest więc, aby lekarze tych dwóch pozornie odległych specjalności mówili wspólnym językiem - żeby podobnie traktowali problemy tych pacjentów. A skala problemu jest przeogromna, bo dotyczy około 2 milionów Polaków z rozpoznaną cukrzycą, a drugie tyle ma upośledzenie tolerancji glukozy. Spośród nich 36% ma objawy choroby wieńcowej.

21% trafiających do naszego Szpitala z świeżym zawałem serca ma cukrzycę!

Temu zagadnieniu była poświęcona wizyta w środę 30.07. w Śląskim Centrum Chorób Serca autorytetów w zakresie diabetologii, w osobach Pana Profesora Jana Tatonia oraz Pani Profesor Anny Czech, pracowników Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Akademii Medycznej w Warszawie. Pani Profesor pełni też obowiązki krajowego konsultanta ds. diabetologii. Spotkanie to było inspirowane wcześniejszymi kontaktami naukowymi Profesora Mariana Zembala i lekarzy naszego Szpitala ze środowiskiem diabetologów i stanowiło pewnego stopnia uznanie dla wkładu we wzajemne łączenie i zrozumienie problemów kardiologii i diabetologii.

Spotkanie otworzył Pan Profesor Marian Zembała podkreślając znaczenie podejścia interdyscyplinarnego do leczenia w kardiologii. Niedostrzeżenie odrębności chorych z cukrzycą leczonych kardiologicznie powoduje znacznie gorsze wyniki uzyskiwane w tej grupie. Ciężar leczenia tych chorych musi spoczywać nie tylko na lekarzach, ale także na dietetykach, analitykach laboratoryjnych i pielęgniarkach.

Pan Dr med. Mariusz Gąsior przedstawił wyniki leczenia ostrego zawału serca w Śląskim Centrum Chorób Serca w grupie chorych z cukrzycą. I tak zgodnie z danymi z literatury naukowej potwierdzają się gorsze efekty koronaroplastyki w przywracaniu przepływu wieńcowego do strefy zawału, a co za tym idzie większe uszkodzenie serca zawałem, częstsze zgony a w późniejszej obserwacji większy odsetek ponownych zwężeń tętnic wieńcowych.

Pan Dr hab. Zbigniew Kalarus zaprezentował trwający do początku roku w kierowanej przez niego I Klinice Kardiologii

projekt intensywnego leczenia cukrzycy u pacjentów w ostrej fazie zawału serca za pomocą ciągłego wlewu dożylnego insuliny. Wyniki po pół roku są aktualnie oceniane.

O problemach terapii cukrzycy w kardiologii mówili też doktorzy Paweł Tomaszewski i Jerzy Foremny oraz w transplantologii Michał Zakliczyński. Wszystkiemu przysłuchiwał się Profesor Lech Poloński, kierownik III Kliniki Kardiologii.

Wygłoszone tematy spotkały się z dużym zainteresowaniem zaproszonych gości a także lekarzy naszego Szpitala.

Zaowocowało to konkretnymi propozycjami ze strony Profesorów Jana Tatonia i Anny Czech ścisłej współpracy skierowanymi do grupy lekarzy kardiologów i kardiochirurgów zainteresowanych problemami cukrzycy.

Ustalono podjęcie wspólnych badań naukowych leczenia cukrzycy u pacjentów z chorobami serca, a szczególnie poddawanych procedurom koronaroplastyki przezskórnej (PTCA) oraz operacjom wszczepiania pomostów wieńcowych („by-passów”). Docelowo ma to służyć stworze-

niu jednolitego standardu postępowania w ostrych stanach kardiologicznych u chorych na cukrzycę, zaakceptowanego zarówno przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne jak i Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. Badania te mają szansę uzyskania statusu grantów naukowych.

Wielkim wyróżnieniem dla osiągnięć na polu leczenia chorób układu krążenia i cukrzycy w Śląskim Centrum Chorób Serca jest zaproszenie przez Pana Profesora Tatonia naszego zespołu lekarzy do współredagowania drugiego wydania podręcznika „Kardiodiabetologia”. Pierwsze wydanie spotkało się z dużym zainteresowaniem środowisk kardiologicznych i diabetologicznych, ale po trzech latach od napisania wobec błyskawicznego postępu nauki książka wymaga uaktualnienia.

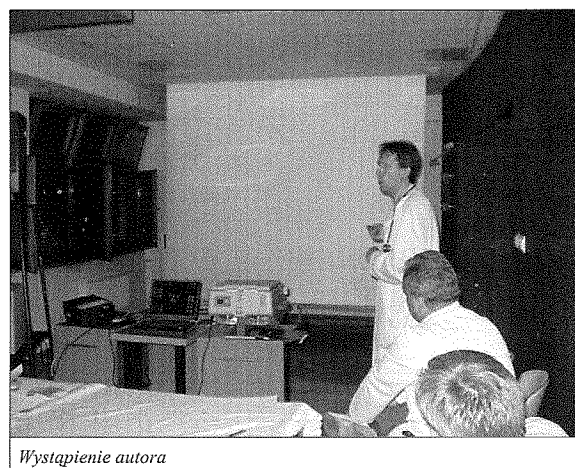
Rozmawiano też o możliwości wymiany doświadczeń pomiędzy działającymi przy Klinice Chorób Wewnętrznych i Diabetologii w Warszawie i przy Śląskim Centrum Chorób Serca poradnikami zajmującymi się leczeniem zaburzeń metabolicznych.

Nasi goście opuszczali Zabrze wyraźnie zadowoleni z powagi z jaką podchodzi się w naszym Szpitalu do problemów cukrzycy.

Jerzy Foremny



Pani Profesor Anna Czech i Pan Profesor Jan Tatoń w gronie lekarzy i pielęgniarek SCCS



Wystąpienie autora

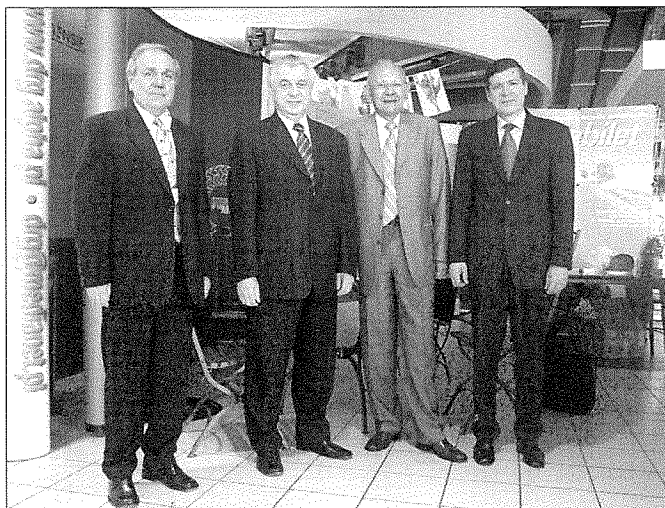
Zainteresowanym problematyką kardiodiabetologii polecam książkę pt. „KARDIODIABETOLOGIA”, którą napisali: Jan Tatoń, Anna Czech i Małgorzata Bernas - wydaną przez Wydawnictwo Medyczne VIA MEDICA w roku 2002.

Warsztaty „od kuchni”

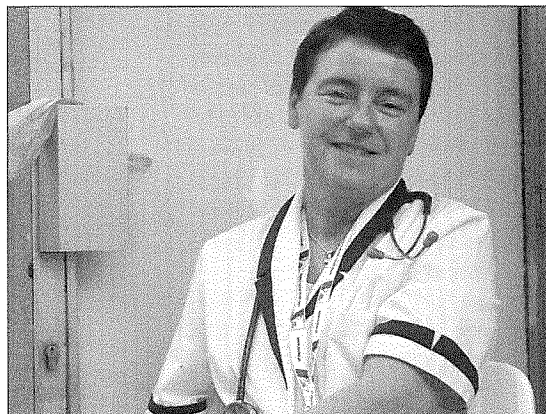
Zdjęcia: Michał Hawranek, Grażyna Szymura



Chwila na kawę w przerwie obrad - od lewej prof. Tadeusz Wilczok, prof. Lech Poloński, prof. Marian Zembala, Prof. Jerzy Sadowski,, prof. Grzegorz Opolski



od lewej: prof. Lech Poloński, prof. Tadeusz Wilczok, prof. Jerzy Sadowski, prof. Grzegorz Opolski



Od góry: wykonywany zabieg uczestnicy na żywo obserwowali na ekranie w Multikinie
- pani dr Elżbieta Adamowicz-Czoch,
- dr Krzysztof Wilczek i dr Andrzej Lekston

W dniach 30-31 maja 2003 roku odbyła się X Zabrzeńska Konferencja Kardiologiczna nt. „Postępowanie w ostrych zespołach wieńcowych”. Uczestniczący w konferencji kardiologowie z całej Polski mieli do wyboru wykłady i prezentacje zabiegów z zakresu elektrofizjologii, kardiochirurgii i kardiologii inwazyjnej. Dzięki przekazowi z pracowni hemodynamiki licznie zebrani uczestnicy obserwowali przebieg zabiegów w Multikinie – na dużym ekranie. Zajęcia prowadzili najwybitniejsi kardiologowie i kardiochirurdzy z czołowych ośrodków krajowych, a także wybitni przedstawiciele z krajów zachodnich.

Po prawej: Zespół pielęgniarско-techniczny pracowni hemodynamiki Śląskiego Centrum Chorób Serca – miał niemały udział w wysokich ocenach wystawionych warsztatom przez uczestników konferencji



Mgr Andrzej Stachurski

Pierwsze prace remontowe w WOK

Do pracy w Wojewódzkim Ośrodku Kardiologicznym (bo tak się wtedy Śląskie Centrum nazywało) przyszedłem z Komagu w dniu 1 sierpnia 1991 roku. Jeszcze nie zdążyłem się dobrze rozejrzeć dookoła kiedy zdarzyła się poważna awaria stacji uzdatniania wody. Brak wody oznacza, że staje sterylizatornia a wtedy nie działała sala operacyjna i hemodynamika. Czyli, że szpital musiałby częściowo zawiesić działalność. Rzecz nie do pomyślenia.

Żeby zrozumieć skalę problemu trzeba wrócić pamięcią do tamtych czasów.

Wtedy nie kupowało się części do aparatury w serwisie, czy u dostawcy, nie dzwoniło się po firmę usługową, ani też nie czekano na zakończenie przetargu – bo takich po prostu nie było. Wtedy trzeba było umieć sobie radzić, tzn. wykorzystując znajomości bliższe i dalsze – jakoś to załatwić.

Na szczęście udało mi się znaleźć rozwiązanie. 2 pracowników Biura Aparatury Precyzyjnej (do dzisiaj pamiętam nazwisko jednego – inżynier Breguła), wzięło 2 tygodniowy urlop w swoim zakładzie pracy i zajęło się naszą stacją.

Inżynier Breguła wiedział gdzie należy się zwrócić o pomoc i tylko nam wskazywał miejsca, gdzie można było załatwić (tzn. wyprosić) właściwe części i komponenty. Ja kontaktowałem się z dyrekcjami tych przedsiębiorstw (była to między innymi elektrownia Skawina) i prosiłem o pomoc. Muszę jednak przyznać, że hasłem, które otwierało wtedy wszystkie drzwi było nazwisko profesora Religi.

Od czerwca 1993 roku, kiedy na miejsce profesora Pasyka dyrektorem został profesor Zembala, rozpoczął się nowy etap. Nie tylko reagowaliśmy na awarie, ale rozpoczęła się systematyczna modernizacja budynku szpitalnego oraz wymiana aparatury medycznej i wyposażenia szpitalnego na nowoczesny.

W pierwszym etapie przeprowadzono remont parturu – na początek została wymieniona wykładzina podłogowa – na posadzkę antypoślizgową. Wkrótce potem nastąpiła nowa poważna awaria. Stanęły sterylizatory. Przez dwa miesiące korzystaliśmy z pomocy szpitala na ulicy 3 Maja, Fundacji Rozwoju Kardiologii i szpitala w Ochojcu.

Na szczęście profesorowi Zembali udało się porozumieć z lekarzem wojewódzkim dr Sośnierzem ... i w trybie pilnym znalazło się 7 milionów na nowe sterylizatory.

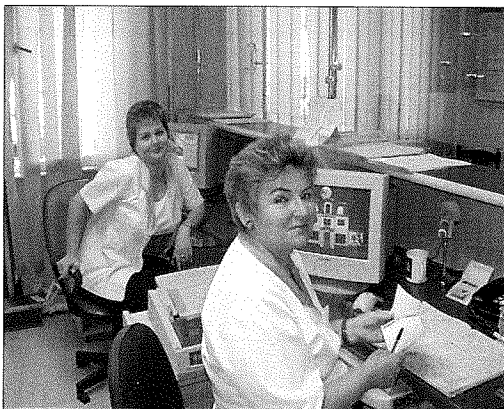
Kolejny przypadek zdarzył się po otrzymaniu (dzięki staraniom profesora Religi) bieźni. Nie wytrzymały stropy i załamała się podłoga pod bieźnią. Znowu pomogły znajomości. Przedsiębiorstwo „Chłodnie Komino-we” przysłały 2 ludzi, którzy zerwali starą podłogę, a następnie zalali betonem całe pomieszczenie.

Budynek zaprojektowano bez uwzględnienia wymogów szpitala wyposażonego w ciężki sprzęt specjalistyczny. Psychiatria, która miała się tu mieścić, nie wymaga specjalnych konstrukcji. W efekcie kilkakrotnie musieliśmy prowadzić prace budowlane dostosowujące pomieszczenia i konstrukcję nośną do aktualnych potrzeb. A były to często prace o znacznym zakresie robót. Na przykład na wykonanie podłogi pomiędzy salą operacyjną A i salą B zużyto ponad 5 ton piasku. I tym razem gliwickie przedsiębiorstwo przysłało ludzi, którzy za darmo wykonali nowe stropy i podłogę.

Dużą pomoc uzyskaliśmy także ze strony organizacji polonijnych ze Stanów Zjednoczonych, z którymi nadal utrzymujemy kontakt. Szczególnie dużo zrobili dla nas Państwo Patrasiowie z Chicago, którzy reagowali na nasze kłopoty organizowanymi wśród Polonii amerykańskiej zbiórkami – zwłaszcza na organizację leczenia dzieci chorych na serce.

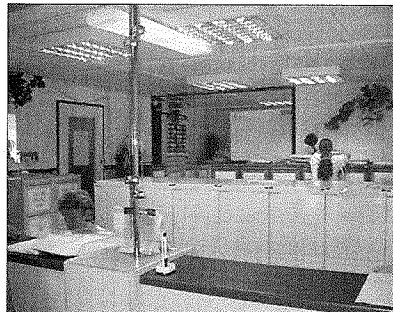
Patrząc na dzisiejszy wygląd budynku i pomieszczeń Śląskiego Centrum trudno uwierzyć, że kiedyś był to obiekt nie odpowiadający wymogom szpitala kardiologiczno-kardiologicznego.

Andrzej Stachurski



Rejestracja Poradni Kardiologicznej – miejsce pierwszego kontaktu pacjenta ze Śląskim Centrum Chorób Serca
Od lewej – Mariola Piontek i Maria Kernert

Poradnia Kardiologiczna przy Śl.C.Ch.S. mieści się w baraku, który dawno powinien być już wyburzony, więc warunki są tam takie jakie są. Ale dzięki ostatnio przeprowadzonemu remontowi okazało się, że nawet w tak złej sytuacji można wydatnie poprawić warunki oczekiwania pacjentów na badania.



Rejestracja – widok od strony pacjentów



Poczekalnia w „baraku”

Magdalena Lukoszczyk

Opieka pielęgniarska w Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego

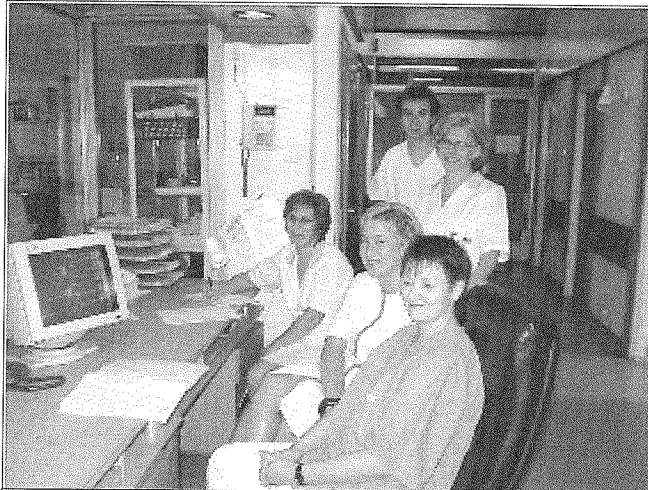
Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego funkcjonuje od początku działalności szpitala. Istota intensywnego nadzoru kardiologicznego polega na leczeniu chorych w stanie zagrożenia życia dzięki zespołowej pracy lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów,

Dobrze zorganizowany i fachowo przygotowany nadzór ma bardzo istotne znaczenie dla bezpieczeństwa chorego.

Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego dysponuje 10 stanowiskami intensywnymi. Każde stanowisko jest wyposażone w aparaturę i sprzęt niezbędny do ratowania życia. Profesjonalna opieka na oddziale wymaga specjalistycznego sprzętu, ale także dobrze wyszkolonego personelu, co motywuje do stałego poszerzania posiadanej wiedzy, a możliwość tę dają organizowane przez ŚCCS dla personelu kursy doszkalające, specjalistyczne i szkolenia specjalizacyjne. W oddziale tym jest zatrudnionych 18 pielęgniarek oraz 1 pielęgniarz. Zespół pielęgniarski pracuje w systemie 12 godzinnym.

W pojęciu intensywnej terapii mieści się intensywne le-

czenie, intensywny nadzór i intensywna opieka pielęgniarska. W pracy pielęgniarek znaczenie ma nadzór i



Siedzą (od lewej): Krystyna Czapla, Ewa Aleksa, Klaudia Jareńko
stoją: Jonatan Zerbe oraz pielęgniarka oddziałowa – Magdalena Lukoszczyk

pielęgnacja. W oddziale intensywnym postępowanie pielęgniarskie ukierunkowane jest na;

- zabezpieczenie podstawowych funkcji życiowych,
- stałą ich obserwację i wstępną ocenę,
- pielęgnację dostosowaną do aktualnego stanu pacjenta,
- realizację zleceń lekarskich, przeciwdziałanie wystąpieniu powikłań (krwiaki, odleżyny itp.).

Zadaniem zespołu pielęgniarskiego, oprócz wykonywanych czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych, jest prowadzenie szeroko zakrojonej profilaktyki zdrowotnej. Ważnym elementem w działaniach pielęgniarskich jest zapewnienie pacjentom maksymalnego poczucia bezpieczeństwa, stworzenie atmosfery, która sprzyja przystosowaniu się chorych do nowych warunków. Opiekę tą należy sprawować spokojnie, sprawnie w atmosferze życzliwego zainteresowania. Należy unikać anonimowości osób leczących. Pacjent powinien wiedzieć kto nim się opiekuje i do kogo ma zwracać się ze swoimi problemami.

Magdalena Lukoszczyk



Dr Maria Galecka

Pracę rozpoczęłam w Śl.C.Ch.S w 1985 roku. Nowa praca wiązała się z nowymi zadaniami zawodowymi. Po kilku latach pracy na oddziale wewnętrznym szpitala w Katowicach zdecydowałam o specjalizowaniu się w radiologii.

Do moich obowiązków należy opisywanie badań radiologicznych wykonywanych w naszej pracowni, a także dostarczonych przez pacjentów. Wykonuję badania ultrasonograficzne – m.in. monitoruję obecność płynu w jamach opłucnowych, najczęściej po zabiegach kardiochirurgicznych. Współpracuję z kolegami kardiologami w Pracowni Izotopowej, gdzie przeprowadzam badania scyntygraficzne mięśnia sercowego. Mam nadzieję, że w związku z rozwojem metod obrazowania nasza pracownia wzbogaci się o nową aparaturę diagnostyczną.

Zespół personelu pomocniczego oddz. Kardiologii II

Praca naszego zespołu polega na utrzymaniu czystości, możliwie na jak najwyższym poziomie. Teraz jest to łatwiejsze bo oddział przeszedł generalny remont. Jesteśmy zespołem zgranym, dobrze dobranym i rozumiemy się bez słów. Naszą pielęgniarką oddziałową jest pani Małgorzata Ulatowska, która jest wymagająca ale zarazem jest pogodna i wyrozumiała. Można się do niej zwrócić z każdym problemem. Staramy się aby każdy z pacjentów mógł zapomnieć o swojej chorobie i czuł się w naszej klinice jak w domu, gdyż panuje tu rodzinna atmosfera. Bardzo pomocny jest nasz wojak – Adam Nikodemski, człowiek do wszystkiego, zawsze uśmiechnięty.

Zespół tworzą:

- Janina Bujalska
- Irena Foit
- Iwona Olszok
- Ewa Kędziarska
- Stanisława Mościńska
- Magdalena Borkert
- Monika Cieplik
- Zenona Baryś
- Joanna Wyciszkiwicz (dietytk oddziału)

oraz
- Adam Nikodemski (odrabiający służbę wojskową)



Od lewej – Joana Wyciszkiwicz, Stanisława Mościńska, Ewa Kędziarska, Monika Cieplik, Zenona Baryś, Magdalena Borkert

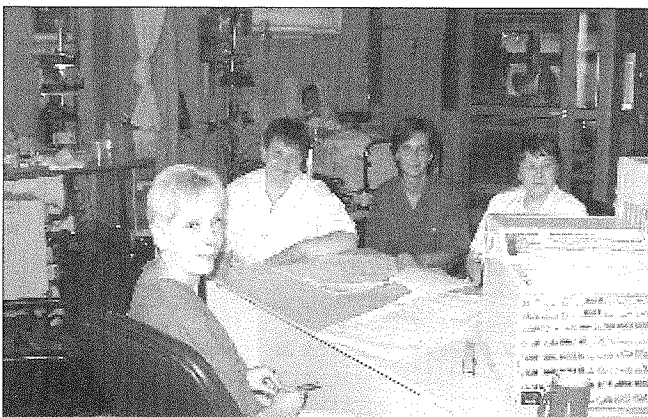
Nasi dobroczyńcy

W dniu 18 lipca br pani Barbara Ilnicka – właścicielka firmy reprezentującej w Polsce przedsiębiorstwo FIRST-Austria, przekazała Śląskiemu Centrum 60 radiobudzików. Zostały one rozmieszczone w pokojach chorych, w których nie było dotychczas radia, a także w dyżurkach lekarskich.

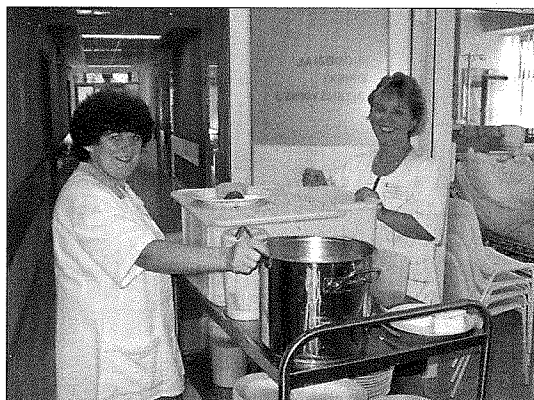
Dyrektor Okręgowego Oddziału Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń w Katowicach zaakceptował wniosek Tomasza Lewińskiego dyrektora Inspektoratu w Jaworznie w sprawie przyznania dofinansowania do zakupu stymulatora. Inspektorat PZU S.A. przekazał dyrekcji Śląskiego Centrum na ten cel kwotę 4.500 złotych

Pan Karol Prętnicki, współwłaściciel wydawnictwa G&P przekazał ponad 30 książek, z przeznaczeniem na nagrody dla zwycięzców w Biegu Serc, jaki odbędzie się w Bocheńcu koło Chęcin w dniu 13 września 2003 r

W dniu 15.05.2003 roku wysłaliśmy do Komisji Europejskiej z siedzibą w Luxemburgu wniosek o dofinansowanie projektu przygotowanego przez nas w ramach Wspólnotowego Programu Zdrowia Publicznego. Tematem projektu oznaczonym jako HI/2003 jest „Utworzenie systemu baz danych, umożliwiający wymianę informacji pomiędzy Śląskim Centrum Chorób Serca i innymi ośrodkami w Unii Europejskiej”. Przewidywany koszt projektu – 110 349.00 EUR.



Oddział POP I - od lewej: Anna Hudeczek, Beata Kochanowicz, Ewa Czerny, Joanna Makowska



Wydawanie posiłków, to dla pacjentów bardzo ważny punkt rozkładu dnia. Na zdjęciu: Zenona Baryś i Joanna Wyciszkievic

Dyrektor oddziału zabrzańskiego przedsiębiorstwa handlowego „Media Markt”, pan Krzysztof Kobek, przekazał nam w ubiegłym roku telewizory, dla świetlicy w oddziale kardiologii dziecięcej oraz pokoiów hotelowych Stowarzyszenia Transplantacji Serca – (gdzie nocują pacjenci przyjeżdżający na badania z całej Polski)



Dyrektor Krzysztof Kobek – na zdjęciu z Andrzejem Jaworskim.

Archiwum Śląskiego Centrum

Każda instytucja, niezależnie od charakteru działalności, wytwarza obszerną dokumentację, utrwalaną na różnego rodzaju nośnikach. „Produkcja” takiej ilości papierów, zdjęć czy dyskieciek nie jest na ogół zasadniczym celem danej organizacji, jednakże trwałe zachowanie dokumentacji ma poważne znaczenie w każdym przedsiębiorstwie – bez względu na charakter jego działalności. Dokumenty rejestrują przebieg procesów decyzyjnych oraz sposób realizacji zadań administracyjnych, społecznych, oświatowych czy zawodowych – stanowią zatem niezbędny czynnik sprawnego zarządzania.

W przypadku placówki medycznej, poza czynnikami wymienionymi powyżej, szczególne znaczenie ma dokumentacja medyczna, która musi być archiwizowana, ponieważ dokumentuje działania mające często decydujący wpływ na ludzkie życie. Dokumenty medyczne są także ważnym materiałem źródłowym dla celów naukowo-badawczych.



Beata Mryka
obok: Anna Kozdraś



Sposób zbierania i zabezpieczania dokumentów określają szczegółowe przepisy państwowe.

Archiwum Śląskiego Centrum znajduje się w wyremontowanych i dostosowanych do potrzeb pomieszczeniach i jest wyposażone w komputery i odpowiednie, nowoczesne szafy i regały, zezwalające na szybkie odnajdywanie poszukiwanych akt. Nadzór nad archiwum SCCS sprawuje Archiwum Państwowe w Katowicach.

Mgr Alicja Michalak

Od Stresu do Siły

część druga

Każdy sukces ma swój początek w umyśle



Nasz umysł wciąż pełen jest myśli: zamierzeń, planów, wspomnień; opinii o zdarzeniach, o sobie, o innych... Możemy porównać go do ogrodu, w którym każda nowa myśl to kielkujący kwiat lub chwast a nasze utrwalone zamierzenia czy opinie to mocno zakorzenione krzewy. Każdy ogród potrzebuje opiekującego się nim ogrodnika. Tylko od nas zależy czy nasz Umysł będzie zaniedbanym, ciemnym gąszczem czy pięknym, harmonijnie rozkwitającym, barwnym Ogrodem. Możemy nauczyć się być Dobrym Ogrodnikiem.

Pamiętamy o tym, że stres nie jest spowodowany czynnikami zewnętrznymi. Wiele napięć psychicznych jest spowodowanych przez nasze myśli, niewłaściwą interpretację sytuacji, w których się znajdujemy lub które mogą nas spotkać. To właśnie one bardzo mocno decydują o naszym zachowaniu, czy odczuwanych emocjach. Przybierają czasem formę rozmowy z samym sobą, w prowadzonym tzw. dialogu wewnętrznym. Jest on naturalny, nieustanny i trudno go zatrzymać. Ważne aby umiejętnie nim kierować. Często próbujemy siebie przekonać o czymś, uspokoić, zmobilizować, szukać rozwiązania – wtedy jest bardzo pomocny i twórczy, poprawia samopoczucie i dodaje sił do pokonywania trudności. Nasz Ogród barwnie rozkwita.

Czasami jednak skutki dialogu wewnętrznego są wręcz katastrofalne. Ma to miejsce wówczas, gdy w naszym umyśle pojawiają się - zaczynają „kielkować” - negatywne przekonania na swój temat, zniechęcenie, brak wiary we własne siły, samooskarżanie i wiele innych „chwastów”.

Są takie myśli, które zbyt często zagłuszają naszą siłę i racjonalną ocenę siebie, innych, wydarzeń – to myśli irracjonalne. Choć nie są ani wartościowe ani prawdziwe – przyzwyczajamy się do nich i pozwalamy aby nami kierowały:

- „... jestem do niczego...”
- „...jestem po prostu beznadziejny(a)...”
- „...nigdy niczego nie potrafię doprowadzić do końca...”
- „...jak mogł(e)a(m) zachować się w taki sposób...”

Kiedy zastanowimy się nad każdą z tych opinii - jeśli pojawią się w naszym umyśle - okaże się, że często ich podłożem jest jedno wydarzenie lub pojedynczy błąd. Dlaczego na ich podstawie tak surowo siebie oceniamy? Dlaczego zapomnieliśmy o wszystkich skutecznie rozwiązanych przez nas w życiu problemach? Czy naprawdę utraciliśmy wszystkie swoje umiejętności, dzięki którym poradziliśmy sobie z niejedną już trudną sytuacją?

Na ogół mamy skłonność do przywoływania w pamięci raczej doświadczeń negatywnych, niż pozytywnych. Przyzwyczajamy się do skupiania uwagi na swoich słabościach, błędach i wadach. Tracimy wiarę w to, że możemy kształtować siebie. Czasem słyszymy z głębi siebie:

- „...nie jestem nikomu potrzebny(a)...”
- „...nie jestem atrakcyjną osobą...”
- „...na pewno mi się nie uda...”
- „...i tak nikogo nie przekonam...”
- „...jestem tchórzliwy(a), jestem nieśmiały...”
- „...moja opinia nikogo nie interesuje...”

Warto uczyć się kierowania własnymi myślami, ponieważ jesteście autorami samego siebie.

Tacy w życiu jesteśmy i tak się zachowujemy, jaki mamy obraz siebie – jak siebie traktujemy. Jeżeli wciąż będziemy surowo oceniać siebie, jako osobę nieatrakcyjną czy nieśmiałą - staniemy się taką osobą. Zauważmy, że jeśli będą nam towarzyszyć takie myśli, jak np.: „...moja opinia nikogo nie interesuje...” zaniechamy wyrażania własnego zdania i nie damy sobie nawet szansy na to aby ktoś nas wysłuchał. **Nasze myśli o sobie mogą programować nasze zachowanie.** Ciągłe myśli o naszych słabościach przywiązują nas do nich.

Jeśli nie akceptujemy jakiejś cechy w sobie to zastanówmy się co możemy zrobić, czego lub czyjej pomocy potrzebujemy aby ją zmienić. Zaczniemy z sobą rozmawiać, zaczniemy **s z u k a ć r o z w i ą z a n i a . Ustalmy realny cel i dążmy do niego małymi krokami.**

Kiedy zorientujemy się że nasz wewnętrzny głos nie służy porządkowaniu rzeczywistości i szukaniu korzystnych rozwiązań - zaczyna funkcjonować nie jak dobry doradca, ale jak wróg odbierający siłę i mobilizację - każdy z nas może rozpocząć z nim dyskusję.

Powinniśmy wtedy rozegrać w swoim umyśle prawdziwą „bitwę na argumenty”, która ma na celu obronić realistyczną ocenę sytuacji i odnalezienie właściwego rozwiązania. Często rozmawiamy z innymi, pomagamy im podjąć decyzję, spojrzeć bardziej trafnie, realnie na sytuację – pomagamy innym poprzez rozmowę. Spróbujmy czasem porozmawiać w taki sposób sami ze sobą we własnym umyśle – rezultat będzie wspaniały.

Jak możemy uczyć się wzmacniającego dialogu wewnętrznego?

Nie mamy wpływu na to jakie myśli pojawiają się w naszym umyśle. Od nas jednak zależy co z nimi zrobimy. Zauważmy jak często pielęgnujemy „chwasty” w Ogrodzie swojego umysłu! Zawsze zadajmy sobie pytanie: Czy ta myśl wzmacnia mnie, mobilizuje, prowadzi do właściwego rozwiązania? Jeśli tak – pielęgnujmy ją jak piękny kwiat. A jeśli nas osłabia, tworzy zamęt w umyśle? – próbujmy tę myśl zastąpić taką, która nas wzmocni:

- „Jeśli zechcę mogę mieć wpływ na bieg wydarzeń.”
- „Wiele razy udawało mi się zrobić to, co zamierzałam.”
- „Chcę zamieniać marzenia na programy działania.”
- „Dokonałam wiele małymi krokami.”
- „Jeśli zechcę mogę zmienić swoje zachowanie.”
- „Jestem odpowiedzialna za swoje zachowanie.”
- „Wolno mi wyrażać swoje myśli, uczucia i pragnienia o ile nie krzywdzę innych.”
- „Wolno mi prosić innych o pomoc.”
- „Wolno mi pytać.”
- „Moja opinia jest tak samo istotna, jak innych.”
- „Mam prawo do własnego zdania.”
- „Moje zdanie może wzbogacić przemyślenia innych.”
- „Jestem ciekawa opinii innych.”
- „Wolno mi nie zgadzać się z oceną innych.”
- „Dobrze jest mówić ludziom to co w nich lubię.”
- „Mam prawo odmawiać o ile nie krzywdzę innych.”
- „Zasługuję na szacunek innych.”
- „Mam prawo do radości.”
- „Mam prawo dbać o siebie. Chcę dbać o siebie.”
- „Jestem w stanie osiągnąć to, czego pragnę.”

Uczmy się tych myśli – pozwólmy „zakorzenić się im” w Ogrodzie naszego umysłu.

Jak każdy dobry ogrodnik wyrывajmy chwasty aby piękne kwiaty były zdrowe i mogły barwnie rozkwitać

Andrzej Jaworski

Pracownia elektroniki

Dzisiejsza technika naszpikowana jest elektroniką do tego stopnia, że trudno znaleźć nowoczesne urządzenia czy aparaty, w których nie byłyby wykorzystane zespoły elektroniczne. Szczególnie wyraźnie odnosi się to do aparatury medycznej. Śląskie Centrum Chorób Serca pracuje 24 godziny na dobę z wykorzystaniem dużej ilości specjalistycznej aparatury. Każde urządzenie może ulec awarii – także urządzenie medyczne, od którego sprawności może zależeć zdrowie lub nawet życie pacjenta. W związku z tym konieczne jest zapewnienie w przypadku awarii, możliwości natychmiastowej interwencji osoby kompetentnej w zakresie elektroniki medycznej. Podczas niektórych zabiegów przeprowadzanych z użyciem skomplikowanej aparatury medycznej nieodzowna jest współpraca personelu z elektronikiem w celu pełnego wykorzystania możliwości aparatury. W przypadku awarii sprzętu czas oczekiwania na serwis firmowy jest dość długi. Obecność elektronika medycznego pozwala natychmiast usunąć wiele usterek bez konieczności przestoju aparatury – redukując koszty jej eksploatacji. W niektórych przypadkach jesteśmy w stanie zastąpić zepsute urządzenie innym, sprawnym umożliwiając kontynuację zabiegu.

Pod naszą opieką jest ponad 1500 urządzeń takich jak: systemy angiografii, analizatory biochemiczne, sterylizatory parowe i gazowe, stacje uzdatniania wody, respiratory, systemy monitoringu, sieci telewizyjne i komputerowe. Wymaga to szerokiej wiedzy ogólnotechnicznej: elektronika, mechanika, pneumatyka, automatyka, optyka, elektrochemia. Doświadczenie zdobywane przy serwisowaniu tak szerokiego asortymentu aparatury pozwala nam na aktywne wspieranie działalności naukowej naszego Szpitala (konferencje, warsztaty, szkolenia, prace naukowo-badawcze). Do naszych obowiązków należy również prowadzenie Magazynu Depozytów, statystyki i ewidencji aparatury oraz proce-



Patrz na nas z góry:
(od lewej) Andrzej Jaworski, Krzysztof Łukowski, Sławomir Groszek, Jacek Piłny, Gabriela Górecka. Brakuje Krzysztofa Kubeckiego, który był na urlopie.

dur związanych z zakupami i naprawami wykonywanymi w firmach specjalistycznych.

Wszystkim tym zadaniom jesteśmy w stanie sprostać dzięki posiadanemu wykształceniu i kwalifikacjom o charakterze techniczno-medycznym. Nasza kadra to technicy i inżynierowie o specjalnościach Elektronika Medyczna i Inżynieria Biomedyczna. Część pracowników uzupełnia wykształcenie na studiach wyższych.

Posiadamy wszystkie wymagane badania dopuszczające do bezpośredniego kontaktu z chorym, w tym także w polu operacyjnym. Ze względu na kontakt z materiałem biologicznym (krew, mocz, itp.), tak jak inni pracownicy medyczni musimy korzystać ze środków zabezpieczających przed infekcją: szczepienia, rękawiczki, okulary, ubiór ochrony. Trudno wyobrazić sobie nowoczesny szpital bez elektronicznej aparatury medycznej i osób czuwających nad prawidłowym jej funkcjonowaniem.

Andrzej Jaworski

Administracja



Główna Księgowa Śląskiego Centrum Chorób Serca, pani Bożena Duda, odpowiada za pion finansowy, który pomimo szczupłego liczebnie składu, pracuje bez zarzutu, dotrzymując wszelkich terminów wynikających z przepisów i rozporządzeń.



Panie z Działu Kadr

Powyżej Danuta Grabska
Poniżej Joanna Skowron



Dział statystyki medycznej należy do tych, których pracy osoby postronne nie zauważają. A jest to dział bardzo znaczący w strukturze administracji szpitala.

Stoją od lewej: Renata Pieszczyk, Patrycja Ressel, Aneta Duda, Iwona Marok

Witaminy

W okresie Odrodzenia, kiedy rozpoczęła się epoka wielkich odkryć geograficznych, dokonano istotnej obserwacji medycznej. Otóż marynarze przebywający przez długie miesiące na statkach oddalonych od lądu, zaczęli po pewnym czasie zapadać na choroby, które nie mieli na lądzie. Szybko zaczęto te objawy kojarzyć z wyżywieniem, starając się uzupełniać po każdym przybiciu do lądu, zapasy świeżych jarzyn i owoców.

Przyczyną tych schorzeń była awitaminoza – niedobór witamin (w tym przypadku przede wszystkim witaminy C).

Termin witaminy wprowadził polski biochemik Kazimierz Funk, który w 1911 roku wydzielił związek, którego brak w organizmie powodował chorobę Beri-Beri i nazwał go witaminą

B₁. Witaminy to związki organiczne, nie będące źródłem energii ani strukturalnymi składnikami tkanek, niezbędne jednak dla wzrostu i rozwoju organizmu oraz prawidłowego przebiegu procesów metabolicznych. Związki te nie są produkowane przez organizm człowieka i muszą być dostarczane wraz z żywnością lub w postaci leków.

Obecnie wyróżnia się dwie podstawowe grupy witamin, w zależności od rozpuszczalnika:

1. Witaminy rozpuszczalne w tłuszczach, które mogą być magazynowane przez co organizm może w większym stopniu tolerować ich niedobory: A, D, E, K

2. Witaminy rozpuszczalne w wodzie. Witaminy te są gromadzone w organizmie w niewielkim stopniu, stąd dawka pokarmowa powinna zawierać ich optymalną ilość: B₁, B₂, B₃, B₅, B₆, B₁₂, PP, C, H, Kwas Foliowy.

Witamina A zapobiega kurzej ślepotcie, osłabieniu wzroku, pomaga w leczeniu wielu chorób oczu, zapewnia również prawidłowy wygląd skóry i, utrzymuje w zdrowiu błonę śluzową jamy ustnej, nosa, gardła, płuc, przewodu pokarmowego oraz zwiększa oporność na zakażenia.

Występuje:

w wątrobie, tranie z rybiej wątroby, żółtku jaja, mleku, maśle, margarynach w czerwonych i żółtych owocach oraz warzywach (marchewce, dyni, morelach, brzoskwińiach), szpinak, brokuły, jarmuż, sałata

Witamina E

chroni komórki przed utleniaczami. Bierze udział w dostarczaniu składników odżywczych do komórek. Wzmacnia ścianę naczyń krwionośnych oraz chroni czerwone krwinki przed przedwczesnym rozpadem

Występuje:

w olejach roślinnych (sojowym, kukurydzianym, słonecznikowym), migdałach, margarynie, jajach, orzechach włoskich i ziemnych, kiełkach pszenicy, mące pełnoziarnistej, mleku, brukselce i innych zielonolistnych warzywach.

Witamina D

pełni istotną funkcję w regulowaniu przemiany wapnia i fosforu oraz tworzeniu kości. Witamina ta wzmaga wchłanianie wapnia i fosforu z jelit, a także hamuje ilość wapnia wydalanego z organizmu. Jest także niezbędna do optymalnego formowania układu szkieletowego, pośrednio wpływa na prawidłowe przewodzenie nerwowe oraz prawidłową pracę serca.

Występuje:

Syntetyzowana przez organizm pod wpływem światła słonecznego, występuje w tranie z wątroby ryby, sardynkach, makrelach, śledziach, łosiosiu, tuńczyku, żółtku jaja, wątrobie, mleku i jego przetworach.

Witamina K

pełni kluczową rolę w tworzeniu protrombiny, ważnego czynnika procesu krzepnięcia krwi. Najlepiej poznaną jej funkcją jest działanie przeciwkrwotoczne. Uczestniczy również w procesie formowania tkanki kostnej. Posiada właściwości przeciwbakteryjne oraz przeciwgrzybicze.

Występuje:

jarmuż, szpinak, brukselka, sałata, kalafior, rzeżucha, brokuły, mleko, jogurty, olej sojowy, tran rybi, mięso, jaja, produkowana przez bakterie żyjące w jelicie grubym człowieka.

Witamina C

uczestniczy w produkcji kolagenu i podstawowych białek w całym organizmie (kości, chrząstki, ścięgna, więzadła), jeden z najważniejszych przeciwutleniaczy- pełni istotną funkcję w reakcjach odtruwania i odporności organizmu chroniąc go przed procesami utleniania, uczestniczy w metabolizmie tłuszczów, cholesterolu i kwasów żółciowych, uczestniczy w regeneracji witaminy E, jest czynnikiem stabilizującym układ odpornościowy i immunologiczny, hamuje powstawanie w żołądku rakotwórczych nitrozoamin, Ma właściwości bakteriostatyczne i bakteriobójcze w stosunku do niektórych drobnoustrojów chorobotwórczych, bierze udział w biosyntezie hormonów kory nadnerczy, podnosi odporność organizmu.

Występuje

w czarnej i czerwonej porzeczce, czerwonej i zielonej papryce, brukselce, czarnym bzie, kalafiorze, truskawkach, szpinaku, kiwi, pomarańczach, cytrynach, malinach, grejfrutach, pomidorach, ziemniakach, kapuście, cebuli, brokułach, kalarepie, szparagach, poziomkach, wątrobie, jeżynach.

TB

kolejne witaminy przedstawimy w następnym numerze

Tadeusz Bujak

Skąd pieniądze na zdrowie ?

Nie jestem lekarzem, nie jestem ekonomistą – jestem pacjentem. I oczami pacjenta patrzę na problemy służby zdrowia. Ostatnio coraz częściej mam trudności ze zrozumieniem stanowiska osób decydujących w naszym kraju o kondycji systemu opieki zdrowotnej. Bo jak zrozumieć fakt, że ci sami politycy, którzy kilka lat temu przekonywali, że 10 % odpisu od dochodów to niezbędne minimum dla zapewnienia sprawnej opieki medycznej, dzisiaj twierdzą, że wystarczy 8 %? Jak zrozumieć panią profesor ekonomii, czołową przedstawicielkę partii głoszącej hasła pełnego urynkowania wszelkich procesów społeczno-gospodarczych, która wypowiada pogląd, że „w naszym systemie opieki zdrowotnej jest wystarczająco dużo pieniędzy tylko, że są one źle wydawane”?

Trudno nawet porównać stan zamożności społeczeństwa polskiego i amerykańskiego. Parę tygodni temu gościłem bratanka mieszkającego w San Francisco. Rozmawiając o tym i owym, wypytałem go o warunki umowy i świadczenia jakie daje mu jego ubezpieczenie zdrowotne. Młody człowiek – nigdy do tej pory nie chorował i nie pamiętał szczegółów umowy. Ale wiedział, że dopiero rachunki powyżej 5 tysięcy dolarów przejmuje w całości firma ubezpieczeniowa. Do tej kwoty będzie pokrywać udział własny – zmniejszający się wraz ze wzrostem należności. Mógł wprawdzie wybrać wariant prawie bezpłatny, ale wtedy mógłby się leczyć tylko w jednym – wskazanym przez ubezpieczyciela – szpitalu.

Pamiętam rozmowy z Polakami mieszkającymi w Stanach – „ten ma dobrą pracę, tamten gorszą”. Ale np. mówiono – „ma dobrą pracę – wprawdzie mało zarabia ale ma bardzo dobre ubezpieczenie”.

Znajomy mieszkający w Passau mówił mi że płaci określoną kwotę za każdą wizytę u lekarza i pierwsze trzy dni pobytu w szpitalu. A jednocześnie z doniesień agencji wynika, że wszystkie bogate kraje zaczynają zauważać, że koszty nowoczesnego leczenia są dla nich zbyt drogie, - że powoli przekraczają możliwości nawet tych bardzo bogatych społeczeństw.

Jak więc można twierdzić, że w Polsce wystarczy lepiej gospodarować, aby wystarczyło na wszystko? !

Z pewnością bardzo dużo pieniędzy się marnuje, bo marnuje się je we wszystkich dziedzinach. Dlaczego więc służba zdrowia miała by być wyjątkiem?

Ale oczywiście jest, że sama tylko racjonalizacja wydatków nie wystarczy. I nadal będą takie paradoksy, że będzie się ograniczać najwybitniejsze szpitale i kliniki, żeby zaoszczędzone kwoty wydać na ratowanie placówek, w których z własnej woli nikt się nie chce leczyć.

Budżet ledwo dyszy, więc nie ma mowy o zwiększonych wy-

datkach z państwowej kasy. Ale dlaczego nie można zwiększyć odpisu od dochodów o 2 % ? Politycy mówią – „nie można bo emeryci i renciści nie mają pieniędzy, - zbyt wielu nie stać na dodatkowy wydatek”.

Zgoda – emeryci i renciści nie mają pieniędzy. Ale 2% od 500 złotych, to 10 zł, a od 1000 złotych to 20 złotych. Czy ci ludzie, którzy najczęściej korzystają z usług medycznych nie zgodzą się na taki wydatek, jeżeli w zamian poprawi się dostępność i jakość usług ? Myślę, że trzeba by tylko ich przekonać rzetelnymi wyliczeniami.

Ale główny opór pochodzi skądinąd. Przy 5 tysiącach – 2 %



Tak wyposażony oddział musi kosztować.
Zofia Bator i Jolanta Białas – Kardiologia II

to już 100 złotych, a przy 10 tysiącach – 200 złotych. A przecież, ci którzy tyle zarabiają są pewni, że i tak uzyskają w taki, czy inny sposób opiekę medyczną na dobrym poziomie. A ci którzy mają po 50 i więcej tysięcy miesięcznie w ogóle nie są zainteresowani wpłatami na system, z którego w ogóle nie mają zamiaru korzystać.

Rozważa się wariant uwzględniający dodatkowe ubezpieczenia. Oczywiście jest jednak, że ci, którzy się dodatkowo ubezpieczą, będą żądać warunków lepszych niż przeciętne. I

będą je musieli otrzymać, bo w przeciwnym wypadku ubezpieczenia takie w ogóle stracą swój sens. Już tylko to w naszym społeczeństwie, w którym egalitaryzm jest powszechnie uważany (słusznie czy niesłusznie) za nienaruszalną wartość, będzie budzić niezdrowe napięcia.

Poza tym – kto będzie się ubezpieczał ? Z pewnością nie ci, w imieniu których nie można rzekomo podwyższyć składki – nie dość, że są zbyt biedni, to jeszcze zbyt często chorują. A takich klientów firmy ubezpieczeniowe nie lubią. Czyli że cały wysiłek legislacyjny idzie w kierunku zapewnienia dobrej opieki medycznej osobom zarabiającym znacznie powyżej średniej krajowej. A co z resztą ?

Z kolei wariant zakładający udział własny pacjentów będzie miał sens, gdy ten będzie znaczący. Ale jeżeli będzie znaczący, to ludzi ubogich nie będzie stać na leczenie. Czy więc nie lepiej rozłożyć koszty na całe społeczeństwo – wyjaśniając, że wszyscy muszą się zdobyć na dodatkowy wydatek, aby zapewnić opiekę medyczną na poziomie odpowiednim dla naszych europejskich aspiracji ?

Niestety nie można liczyć na poparcie takiego rozwiązania przez media. Tam też pracują ludzie, których zarobki są znacznie wyższe od przeciętnej. A to oznacza, że obciążająca budżet domowy składka na system zdrowotny miała by dla nich wartość znaczącą. A tego nikt nie lubi – zwłaszcza, gdy pracuje w zawodzie umożliwiającym dotarcie do właściwych placówek i lekarzy – bez konieczności dodatkowego wydawania pieniędzy.

Nasuwa się więc dramatyczne pytanieJakie więc mamy wyjście z sytuacji ? Czy ktoś to wie ?

Tadeusz Bujak

Bogdan Daleszak

Medycyna przeciw zbrodni *

Jurgen Thorwald w "Stuleciu detektywów" nie rozstrzyga jednoznacznie, kto wymyślił daktyloskopię – metodę identyfikacji osób na podstawie odcisków palców. Przywołajmy jednak, dla potrzeb tej publikacji, za Thorwaldem, dwa istotne momenty w dziejach kryminalistyki. Pierwszy to list Williama J. Herschela, napisany w Hooghly, stolicy rejenji w Indiach, noszący datę 5 sierpnia 1877 roku, adresowany do naczelnego inspektora więzień w Bengalu.

Wysoki urzędnik brytyjskiej administracji imperialnej informuje adresata, iż opracował niezawodną metodę identyfikacji ludzi posługując się odciskami prawego palca wskazującego i środkowego. Ślady tych palców łatwo uzyskać, posługując się papierem i tuszem do pieczętek. Podpatrzył to u kupców chińskich. Herschel informuje, że ma za sobą badania dwudziestoletnie...

Światło poznania pewnie rzeczywiście pochodzi ze Wschodu, skoro na początku roku 1880 doktor Henry Faulds, szkocki lekarz pracujący w szpitalu Tsukiji w Tokio, w liście do brytyjskiego czasopisma "Nature" w Londynie pisał: "W roku 1879 obejrzałem kilka znalezionych w Japonii prehistorycznych naczyń glinianych i uwagę moją zwróciły na nich odciski palców, które musiały powstać jeszcze wtedy, kiedy glina była miękka. Porównanie tych odcisków z nowo sporządzonymi sprawiło, że zacząłem ogólnie studiować ów problem... Rysunek linii skóry palców nie ulega zmianie przez całe życie, może zatem lepiej aniżeli fotografia służyć identyfikacji".

Faulds raz wspominał, że Chińczycy znali odciski palców. Doktor nigdy nie zetknął się z Herschlem i prawdopodobnie nic nie wiedział o jego eksperymentach w Indiach.

Daktyloskopia zaczęła wprawdzie wygrywać z fotografią, która jeszcze do niedawna była cudem techniki, ale nie od razu zyskała powszechną akceptację. Po drodze była jeszcze metoda identyfikacji osób Alfonsa Bertillona, polegająca na wykonywaniu dokładnych pomiarów antropologicznych przestępców i inne interesujące pomysły, a idea ogólnej daktyloskopijnej rejestracji ludności napotykała na silny opór w wielu krajach jeszcze po drugiej wojnie światowej! W Wielkiej Brytanii traktowano to jako oczywisty i niedopuszczalny zamach na wolność obywateli.

Wstrząsające morderstwo

W nocy z 14 na 15 maja 1948 roku w Blackburn, w hrabstwie Lancashire została zamordowana w wyjątkowo bestialski sposób niepełna czteroletnia June Anna Devanay. Dziecko po wyleczeniu lekkiego zapalenia płuc miało wkrótce opuścić szpital. June porwana została w nocy z sali dziecięcej. Zginęła w przyszpitalnym ogrodzie.

Tragedia June wyjątkowo poruszyła opinię publiczną także dlatego, że w krótkim czasie było to już trzecie zabójstwo dziecka. Pięcioletnia dziewczynka została udużona w piwnicy zbombardowanego domu w Londynie, a jedenastoletniego chłopca zakluto sztyłem w Farworth, leżącym niedaleko Blackburn. Sprawców tych dwóch zbrodni nie schwymano.

Policja wiedziała, że musi przerwać łańcuch tych nieszczęść, że musi wyjaśnić tragedię June. Zaangażowano wielkie siły, zamknięto teren szpitala, a w sali dziecięcej zdjęto setki odcisków palców ze wszystkich przedmiotów. Okazało się, że ślady te pochodzą od lekarzy, sióstr, małych pacjentów i od osób odwiedzających dzieci. Nie zidentyfikowano jedynie odcisków pozostawionych na dużej butelce wody destylowanej. Butelka, która stała zazwyczaj w drugim końcu sali, po odkryciu zbrodni znaleziona została pod łóżeczkiem June.

Ślady palców należące najprawdopodobniej do mordercy przesłano

do Scotland Yardu (kartoteka liczyła tam już ponad 1 250 000 kart) oraz do wszystkich lokalnych zbiorów daktyloskopijnych w Wielkiej Brytanii. A także w wielu innych krajach, bo przecież sprawcą zbrodni mógł być marynarz lub cudzoziemiec. Efektów nie było. I właśnie wtedy zrozpaczony inspektor Campbell wysunął ryzykowną i niewykonalną na pozór propozycję: trzeba zdaktyloskopować wszystkich mężczyzn w Blackburn, którzy ukończyli 16 lat oraz wszystkich robotników przyjeżdżających tu do pracy. Bagatela – miasto liczyło wówczas 110 tys. mieszkańców.

Czegoś takiego nikt nigdy nie próbował, a na dodatek przez najdrobniejsze przeoczenie cały ogromny wysiłek mógł pójść na marne. Stał się jednak cud – wzburzenie opinii publicznej było tak ogromne i powszechne, że oponenci nie odważyli się nawet pisać. Ekipy policyjne rozpoczęły odwiedzanie 35 tys. gospodarstw domowych w mieście. Po sześciu tygodniach akcji – 20 tys. kart z odciskami. Koniec lipca 40 tys. kart. Początek sierpnia – 45 tys. kart, żadnych efektów i... nie było już kogo daktyloskopować. Po prostu sprawdzono już wszystkich dorosłych mężczyzn.

I wtedy ktoś zorientował się, że jest jeszcze najnowsza lista posiadaczy kartek żywnościowych. Takich, jak u nas za czasów PRL. A ta lista to jeszcze 800 mężczyzn do zbadania. I w taki sposób zapakano między innymi do drzwi 20-letniego zbrodźca, syna chorego umysłowo

Piotra Griffitha. Odciski pasowały. Sprawca zbrodni przyznał się do winy.

Przez ponad sto lat daktyloskopia była najskuteczniejszym orężem kryminalistyki. Była aż do czasu odkrycia kodu genetycznego DNA. Kod, znajdujący się w każdym organizmie żywym, zawiera wszystkie informacje o budowie i funkcjonowaniu organizmu. DNA każdego z nas tworzą cząsteczki o tak różnych układach, iż każdy organizm jest niepowtarzalny. Do zbadania kodu wystarczy jakikolwiek ślad biologiczny. Nawet włos lub kropelka śliny. Kod nie zmienia się przez całe życie. Stwarza to możliwości identyfikacyjne człowieka niewyobrażalnie większe niż daktyloskopia...

Wszyscy w okolicy płakali

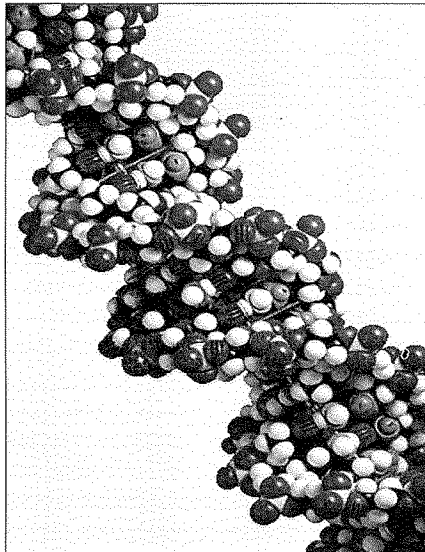
W poniedziałek 16 marca 1998 roku w senym i malowniczym zakątku Dolnej Saksonii (Niemcy) przy holenderskiej granicy, ze Struecklingen do oddalonego o kilkanaście kilometrów Ramsloh, wyruszyła na rowerze 11-letnia Christina Nytsch, przez przyjaciół zwana Nelly. Jechała popływać na basenie. Nie wróciła do domu. Słuch o niej zaginął.

To kraina jak z bajki – wokół lasy, polany, łąki i kanały. To błogosławiona ziemia, życzliwa ludziom, którzy potrafią to docenić. Tu nie zamyka się drzwi na klucz, a dla sąsiadów ma się tylko dobre słowo. Nawet zegary chodzą inaczej – wskazują tylko dobre godziny, a słońce szczyt drzewie dokarmia swoim ciepłem żyjących tu ludzi...

Nelly, smukła szóstoklasistka z długimi, jasnymi jak słoma włosami i zawsze uśmiechnięta, życzliwą wszystkim i wszystkimu buzią, była wręcz nieodrodną córką tej bajkowej krainy, jej symbolem i maskotką. To dlatego, kiedy zaginęła, w całej okolicy serca ludzkie zmarły. Nie jest to banalna figura retoryczna – na poszukiwania słodkiej Nelly wyruszyły setki ludzi. Pieszko, konno, łodziami, samochodami, samolotami i... satelitami. Satelitami amerykańskimi (rządowymi) i komercyjnymi. W knieje wystawiali sąsiedzi i znajomi, myśliwi i ekolodzy, leśnicy i kłusownicy, wojskowi i policjanci. Bez przesady było to pospolite ruszenie.

I nic.

Kiedy 18 marca tam i z powrotem samoloty patrolowe Tornado z 51. Eskadry Rozpoznawczej przeczesywały przestrzeń nad dwoma okręgami, robiąc dziesiątki tysięcy zdjęć, a satelity fotografowały wszystkie obiekty poczynając od pudełka zapalek (chodzi o precyzję używanego sprzętu) i kopczyków świeżo naruszonej przez krety ziemi, zdetermino-



wani mieszkańcy tej krainy opatrywali wielkimi zdjęciami zaginionej Nelly małe domki z czerwonej cegły, wtulone w wypielegnowane ogródki.

Po pięciu dniach zupełnie wariackich poszukiwań zwłoki dziecka odkryli w lesie Hassberg myśliwi. Policja stwierdziła, że dziewczynka została zgwałcona, że była torturowana (nożem), a w końcu uduszona. Nóż (Sekret Agent), z wygrawerowaną na ostrzu głową diabła, znaleziono niecałe 500 metrów od zwłok. Na ostrzu były ślady – jak się później okazało – śliny mordercy i był to jedyny, jakże skromny, punkt zaczepienia dla prowadzonego śledztwa.

Rozpacz ludzi zamieniła się w przerażenie. Plakały wszystkie kobiety, płakali mężczyźni, płakał pastor Ulrich Bahlmann, a burmistrz modlił się żarliwie, by zbrojcem – mordercą nie okazał się nikt ze swoich. Za pomoc w schwytaniu sprawcy wyznaczono 240 tys. marek nagrody, a indywidualni darczyńcy (między innymi znany pieściarz Henry Maske) dorzucali do puli okrągłe sumy. Aż 90 doświadczonych policjantów utworzyło sztab.

Ale to nie wysokość nagrody i bezgraniczny żal tysięcy ludzi wprowadziły historię zabójstwa Nelly do annałów kryminalistyki i kryminologii światowej. Dokonali tego genetycy. Odrobina śliny zabójcy była jedynym punktem zaczepienia w śledztwie i genetycy postanowili to mądrze wykorzystać. Badaniom DNA poddano... 15 tys. młodych mężczyzn mieszkających w tym rejonie. 12 tys. z nich zgłosiło się dobrowolnie. Tak ogromna była presja opinii publicznej.

Jako ochotnik (!), z numerem 3 889, zgłosił się do badania śliny 32-letni bezrobotny mechanik, Ronny R. z Elizabethfehn. Mieszkał niepełna 6 kilometrów od domu ofiary. Kolesie z którymi pił piwo, dość stanowczo nakłaniali go do poddania się badaniu. Był przekonany zresztą, że dobrowolne zgłoszenie się to tak jak połowa alibi. O DNA nie słyszał nigdy...

Największe w historii światowej "genetyczne śledztwo" zaangażowało 35 laboratoriów, trwało 75 pracowitych dni, ale za to weszło do historii. A jednocześnie kolejny raz potwierdziło oczywistą prawdę, że zbrodnia doskonała nie istnieje. Zdarzają się tylko nieudane, pechowe, "oszczędnościowe" lub po prostu źle prowadzone śledztwa.

Niemal panaceum

W czasach, w których nawet co bardziej rozcignięte dzieci z podstawówki wiedzą, że złodziej bez rękawiczek to indywidualium wyjątkowo rozmieszczone, znaczenie daktyloskopii mocno zbladło. Badania kodu DNA nie tylko wypierają w kryminalistyce odciski palców, ale zupełnie nieoczekiwanie okazują się przydatne nie tylko do identyfikacji przestępców.



Urszula Kuś

Pracę w WOK-u rozpoczęłam w sierpniu 1984 roku. Trudno to było wtedy nazwać laboratorium, bo nie było sprzętu, aparatury i odczynników.

Wszystko organizowaliśmy od podstaw. Pomieszczenia laboratoryjne były rozmieszczone na różnych piętrach, a niektóre badania wykonywaliśmy również na bloku operacyjnym podczas zabiegów. W 1986 roku wyodrębniła się jako samodzielna jednostka Pracownia Serologii, do której zostałam przyjęta i w której pracuję do dzisiaj.

Obecnie dysponujemy nowoczesnym sprzętem diagnostycznym. Między innymi wykonujemy próby krzyżowe metodą Micro Typing, która zdecydowani skraca czas badania a jednocześnie wymaga minimalnej ilości krwi.

Kilka lat temu ogromną sensacją nie tylko kryminalną, ale także medyczną i obyczajową było urodzenie we Wrocławiu dziecka przez 13-letnią dziewczynkę. Okoliczności jej zajścia w ciążę były na tyle niejasne, że bez badania kodu DNA być może nigdy nie udało się ustalić tożsamości "tatusia" – zbrojca. Okazał się nim pewien 18-latek, a zarówno prawo jak i obyczaj jednoznacznie potępiają współzycie z osobą małoletnią. Przestępca zresztą nie przyznawał się do winy, a w jakieś tam DNA po prostu nie wierzył.

W dwa tygodnie później uniewinniony przez krakowski sąd Andrzej K., oskarżony o zabójstwo Romana O. w grudniu 1998 roku, ponownie musi stanąć przed sądem. W pierwszej instancji uznano, że ślady krwi na klamkach drzwi prowadzących do mieszkania Romana O., przypisywane oskarżonemu, nie są wystarczającym dowodem winy. O tym, że proces miał się odbyć od nowa, zadecydowały wyniki badań kodu genetycznego.

W końcu lutego 2001 roku dziennikarze "Super Expressu" podnieśli wrzawę stając w obronie Kazimierza U. z Hrubieszowa, rencisty, który swego czasu podejrzewany był o to, że jest krwawym "wampirem" – sprawcą serii brutalnych morderstw na tle seksualnym. Ofiarami działającego w połowie lat 90-tych zbrodniarza były samotnie mieszkające kobiety. Po śmierci kolejnej ofiary zatrzymano Kazimierza U. Dowody zapachowe wskazywały, że miał on kontakt z ubraniami zamordowanej kobiety. Dopiero po czasie okazało się, że tresowane na takie okazje psy po prostu się pomyliły.

W niecały miesiąc po aresztowaniu badania kodu genetycznego wykluczyły rencistę z grona podejrzanych, a mimo to, nie wiadomo dlaczego, przesiedział on w areszcie jeszcze kilka miesięcy. Podejrzania i aresztowanie zrujnowały mu życie i nic dziwnego, że domagał się on sądowo odszkodowania.

Sąd w Zamościu odrzucił jego roszczenia, sąd apelacyjny zalecił ponowne rozpatrzenie sprawy. Sprawa przez dwa lata była ciągle odraczana, bo Wysoki Sąd nie wiedząc czemu uznał, że niezbędne są zeznania ostatniego świadka, policjanta zresztą. A policjant nie reagował na wielokrotne wezwania...

DNA nie jest jednak panaceum na wszystko. Na chore urzędy i na indywidualną głupotę nie ma żadnego lekarstwa...

Bogdan Daleszak

*tytuł od redakcji

Autor jest znanym publicystą współpracującym z prasą ogólnopolską i dolnośląską

XIV Zjazd Stowarzyszenia Transplantacji Serca

12 września rozpocznie się w Bocheńcu koło Chęciny (województwo świętokrzyskie) kolejny – już tym razem czternasty ogólnopolski zjazd członków STS. W Czasie zjazdu odbędzie się walne zebranie sprawozdawczo-wyborcze, w czasie którego odbędą się wybory nowych władz, a także rozpatrzone zostaną proponowane zmiany statutu. Rozpatrzone zostaną także wnioski w sprawie przeniesienia siedziby Zarządu Głównego z Lubina do Warszawy.

13 września będzie zorganizowany „Bieg serc” - zawody sportowe dla osób po transplantacji serca. Uczestnicy będą mieli do pokonania 1000 metrów w terenie leśnym.

Zwycięzcy w poszczególnych kategoriach będą w pierwszej kolejności brani pod uwagę przy ustalaniu ekipy STS na międzynarodowe zawody organizowane przez europejską federację transplantacji w czerwcu 2003 roku w Dublinie.

Szybkimi krokami zbliża się jesień – najsmutniejsza pora roku, która ma jednak poważną atrakcję. **Grzybobranie**.
Przeczytajmy więc, co na temat grzybów mówi nauka o żywieniu

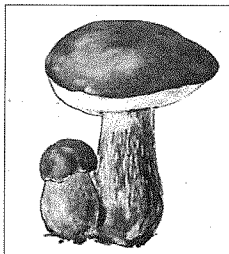
Dorota Walczyk – dietetyczka

GRZYBY

Skład chemiczny i walory smakowe grzybów

O dużej popularności grzybów decydują walory smakowe i aromatyczne. Natomiast ich wartość odżywcza jest niewielka – zawierają przeciętnie ok. 90% wody, 3 – 6 % białka, 5 – 8 % węglowodanów oraz ok. 0,5 % tłuszczu. Zawierają również pewne ilości witamin z grupy B oraz składniki mineralne (fosfor, potas, żelazo, kobalt, fluor, mangan, cynk i jod). Białko zawarte w grzybach posiada jednak małą wartość, ponieważ jest niepełnowartościowe, podobnie jak białko znajdujące się w warzywach i owocach. Skład chemiczny zależy od gatunku, jak również od warunków glebowych i atmosferycznych.

Ścianki komórek grzybów są zbudowane z błonnika, pektyn i tzw. grzybnika, który mięknie pod wpływem ogrzewania, lecz nie jest trawiony przez organizm ludzki. Z tego powodu potrawy z grzybów są ciężko strawne i nie należy stosować ich w żywieniu dzieci, ludzi starszych i cierpiących na schorzenia przewodu pokarmowego.



Obróbka wstępna i ciepła grzybów

Grzyby świeże należy dokładnie przebrać, usuwając sztuki zepsute, robaczywe i zbyt stare. Oczyszczanie grzybów należy przeprowadzać na sucho, usuwając liście, igliwie, patyki (za pomocą noża do jarzyn i ściereczki).

Nadające się do konsumpcji trzony grzybów należy oskrobać i ścinać dolną część zanieczyszczoną ziemią. Z kapeluszy maślaków należy zdjąć pokrywającą je śliską błonę. Tak oczyszczone grzyby należy płukać w dużej ilości zimnej wody w naczyniach.

W przypadku, gdy grzyby są mocno zanieczyszczone (np. gąski), należy pozostawić je w zimnej wodzie na 20 – 30 minut w celu odmoczenia przyschniętych zanieczyszczeń.

Grzyby można pozostawić w całości lub krajać w paski w zależności od ich przeznaczenia.

Grzyby suszone należy przebrać, w celu usunięcia sztuk robaczywych i spalonych. Przebrane, suszone grzyby wymyć kilka razy w letniej wodzie, następnie zalać zimną wodą i pozostawić na godzinę do napęcznienia.

Grzyby solone należy wyjąć z roztworu, wymyć, a jeżeli są zbyt słone, wzmoczyć w zimnej wodzie.

Grzyby kiszone, jeśli są za kwaśne, należy przepłukać w zimnej wodzie.

W produkcji kulinarnej stosuje się gotowanie, smażenie, duszenie i pieczenie grzybów.

Gotowaniu poddaje się najczęściej grzyby suszone. Uzyskane z grzybów wywary mają zastosowanie do produkcji zup i sosów. Ugotowane grzyby posiekane lub zmielone stosuje się też jako nadzienie lub składniki dodatkowe do różnych potraw (np. zapiekanki, kotletów, pierogów, uszek). Umyte i namoczone grzyby należy gotować w tej samej wodzie, w której się moczyły.

Smażeniu najczęściej poddaje się pieczarki, rydze lub gąski. Grzyby mogą być smażone w całości (trzony powinny być przycięte), podzielone na części lub pokrajane w paski. Smażone grzyby mogą być naturalne (posolone i posypane pieprzem), panierowane lub w cieście.

Duszeniu poddaje się grzyby pokrajane w paski z dodatkiem cebuli i tłuszczu (masło, margaryna). Grzyby dusi się powoli we własnym soku.

Do miękkich grzybów najczęściej dodaje się podprawę z mąki i śmietany a następnie doprawia do smaku solą i pieprzem.

Jako gorące zakąski podaje się grzyby **pieczone** na ruszcie lub zapiekane, np. pieczarki lub rydze nadziewane.

Przykładowe receptury potraw:

1. Grzyby w śmietanie (ilość na 1 porcję):

- grzyby (borowiki, gąski, koźlaki lub pieczarki)	120g
- cebula	5g
- olej	6g
- śmietana	25g
- mąka	2g
- zielenina do smaku	
- pieprz do smaku	
- sól do smaku	

Sposób wykonania:

Grzyby oczyścić, odciąć kapelusze, dokładnie umyć, pokrajać w paski. Rozgrzać tłuszcz, wrzucić cebulę pokrajaną w kostkę, dodać pokrajane grzyby, dusić na wolnym ogniu. Gdy będą miękkie, podprawić zawiesiną z mąki i śmietany i zagotować.

2. Pieczarki nadziewane (na 1 porcję)

- pieczarki	180g
- masło	12g
- cebula	8g
- olej	15g
- jajka (1/5 szt.)	10g
- zielona pietruszka	2g
- pieprz do smaku	
- sól do smaku	

Sposób wykonania

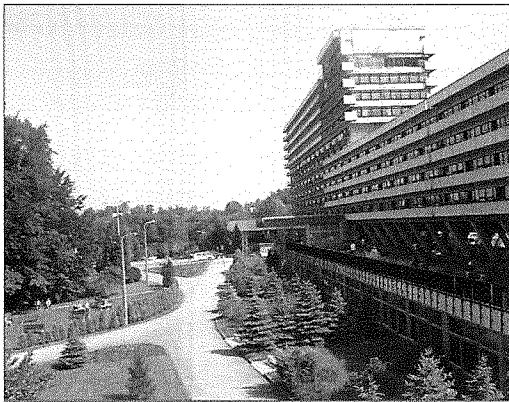
Wybrać pieczarki większe z głębokimi kapeluszeniami, umyć, oczyścić, oddzielić trzony, kapelusze lekko wydrążyć, osączyć z wody. Trzony i wydrążone części pieczarek drobno posiekać i udusić wraz z drobno posiekaną cebulą. Gdy będą miękkie, dodać surowe jajko, sól, pieprz i siekaną zieloną pietruszkę, wymieszać dokładnie.

Kapelusze pieczarek posolić, nappełnić nadzieniem, ułożyć w naczyniu do zapiekania z dodatkiem tłuszczu i odrobiny wody i upiec w piekarniku lub udusić.

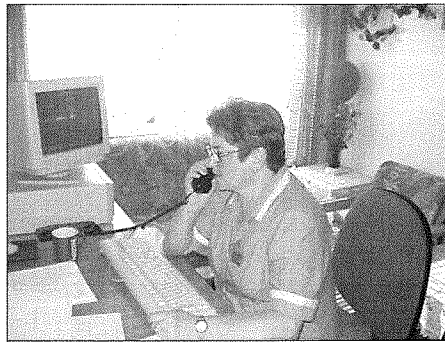
Dorota Walczyk



Dietetyczki Śl.C.Ch.S. (od lewej): Karina Łysakowska, Joanna Wiciszkiewicz, Anna Dragon, Dorota Walczyk



Sanatorium „Równica” w Ustroniu-Zawodziu



Irena Wojtas – pielęgniarka oddziałowa kardiologii



Pielęgniarka Mariola Duda



Zbiorowe zdjęcie przed budynkiem sanatorium (brakuje 5 osób)

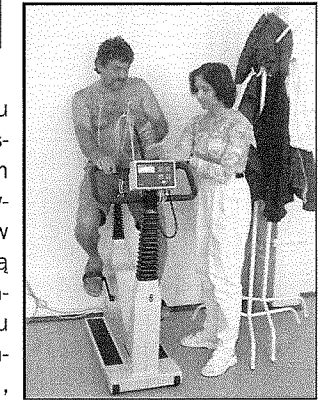
Turnus sanatoryjny w Ustroniu

Od 16 maja do 4 czerwca 2003 roku 16 osób o ponad rocznym „stażu” po transplantacji serca przebywało w sanatorium „Równica” w Ustroniu-Zawodziu. Był to pierwszy grupowy wyjazd do sanatorium pacjentów prowadzonych przez poradnię transplantacyjną Śląskiego Centrum Chorób Serca zorganizowany dzięki przychylniej decyzji Departamentu Lecznictwa Uzdrawiskowego Śląskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Pierwszy, ale nie ostatni... kolejna grupa (14 osób skierowanych przez Oddział Śląski i 1 przez Oddział Małopolski) rozpocznie pobyt w Ustroniu w dniu 14 września.

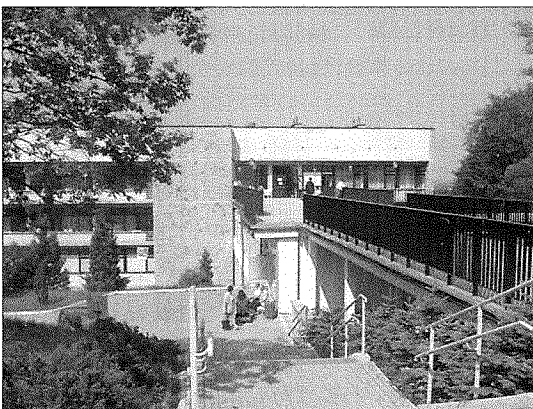
„Równica” zapewnia bardzo dobre warunki – wygodne jedno- i dwuosobowe pokoje z własnymi węzłami sanitarnymi, smaczne posiłki, znakomicie wyposażone zaplecze zabiegowe oraz sprawny i życzliwy personel. Zajęcia rehabilitacyjne i lecznicze były dostosowane indywidualnie do potrzeb i możliwości każdego z uczestników. Poza zabiegami zaleconymi przez lekarza uzdrawiskowego ze względu na schorzenie podstawowe, większość korzystała także z wodolecznictwa i zajęć w pracowniach poprawiających sprawność ruchową.

Wspólny pobyt w sanatorium wpłynął korzystnie na samopoczucie pacjentów, którzy wspólnie spędzali czas wolny na spacerach, wycieczkach czy też w kawiarni. Kontakt z osobami prowadzącymi aktywny tryb życia przy zbliżonych problemach zdrowotnych był krępujący dla tych, którzy z trudem pokonują problemy dnia codziennego, coraz bardziej wycofują się ze środowiska społecznego i zamykają w czterech ścianach.

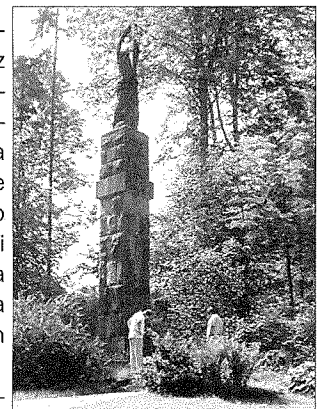
W dodatku położenie Ustronia otwiera znakomite możliwości do krajoznawczych wycieczek – nie tylko w obrębie Beskidu Polskiego, ale także w Czechach (do granicy jest tylko 12 kilometrów)



Janusz Grund w rękach pani mgr Małgorzaty Skowron



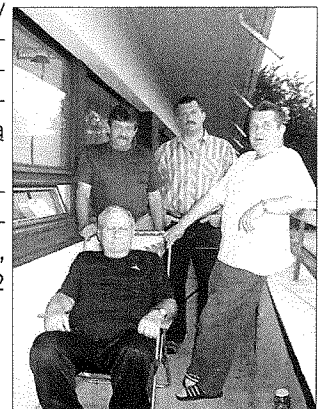
Zakład przyrodolecznicy (wejście od strony budynku głównego)



Pod pomnikiem Żwirki i Wigury w Terlicku na Zaozniu



Rynek w Příborze – w czasie wycieczki do Czech.



Stoją od lewej – Janusz Grund, Marek Breguła, Jerzy Szoltysek. Siedzi – Andrzej Kontrimowicz

TB

Teksty w tej rubryce zamieszczane są bez ingerencji redakcyjnej.

Mieć w życiu pasję

Terapeuta masażu na oddziale kardiochirurgii i transplantacji w Śląskim Centrum Chorób Serca...?

- Słyszę takie pytanie zadawane wśród osób nie znających mojej osoby.

Odpowiedź jest zawsze jedna;

- tak, właśnie terapeuta masażu jest osobą, która leczy nie tylko ciało, ale i "dusze".

Stosowane techniki mają zadanie rewitalizujące po zabiegach, a także tzw. odnowę psychosomatyczną.

Jestem skromną osobą, choć z dużym багаżem do-

świadczeń życiowych.

Rozpoczynając naukę w szkole średniej ciężko zachorowałem. Mój wzrok był coraz słabszy, a perspektyw co dalej żadnych.

Moje życie legło w gruzach. Leczenie było coraz dłuższe i wciąż ryzykowne, czy stan widzenia nie pogorszy się, choć wydawało się, że gorzej już być nie może.

Jednak pokora i wytrwałość opłaciły się i los uśmiechnął się dając mi szansę. Długie i często bolesne leczenie dawało efekty. Stan wzroku w końcu pomалу lecz systematycznie poprawiał się.

Ktoś z "góry" podał przyjazną dłoń a wraz z nią receptę na życie z wadą wzroku.

...Kończąc Krakowską Szkołę Masażu czułem się dumny. Zdobyta wiedza, umiejętnościami i predyspozycjami drze miącymi głęboko we mnie, mogłem spłacić dług.

Dzięki wspaniałym osobom o "dużym sercu" jakimi są: Prof. Marian Zembala, dyr. mgr Urszula Gąsior, a także Kierownik Działu Spraw Pracowniczych Anna Bednarczyk oraz innym życzliwym, dano szansę spełnienia się w tym, w czym jestem najlepszy, dołączając do grona osób którzy ratują, leczą, dają nadzieje...

Dziękuję...

Tomasz Zygmunt

Przemyślenia -

Napotykać na problem zadawałem sobie pytanie: czy mam to zrobić?

Odpowiedź jest prosta: -

TAK, lecz nie czy to zrobić a, jak to zrobić by dość do wyznaczonego celu.

Słowa te pragnę skierować do osób, które w życiu przeszły wiele, do osób po przeszczepie serca; - nie dajmy się i walczmy, bo tyle jest jeszcze w życiu do zrobienia. Wyjdźmy do ludzi, śmiejmy się i ciesmy z każdego dnia który nam dano. Weźmy los w swoje ręce i korzystajmy na tyle ile możemy z życia, bo życie jest piękne

W życiu nauczyłem się jednego: człowiek człowiekowi jest potrzebny. Mamy takie piękne „wnętrze”, dobre serca a czasami nie umiemy wykorzystać swego piękna i bogactwa. Zostaliśmy obdarowani czymś co nazywa się niesieniem pomocy, wyrozumiałością, uprzejmością czy miłością, a w dzisiejszych czasach często zapominamy o tych wartościach.

A kto wie, czy my sami nie będziemy potrzebować pomocnej dłoni..?

Tomasz Zygmunt



Tossa de Mar

mal. Andrzej Jaworski - akwarela

NADZIEJA

Obyte hasło : „nadzieja matką głupich”
Kto tak powiedział?

Pewnie nikt.

Nie wiem kto mógł to wymyślić.

Zawsze mamy nadzieję.

Zdajemy egzamin i mimo tego, że nie byliśmy tak dobrze przygotowani, czekamy niecierpliwie na wyniki.

Dlaczego? - ponieważ mamy nadzieję - może zdamy, może się uda.

Jeżeli jesteśmy chorzy i czekamy na wyniki badań.

Jest coś takiego jak nadzieja - może wynik będzie dobry, może badania okażą się poprawne.

Nadzieja.

Rodzice gdy oczekują dziecka - kobieta jest przy nadziei - może urodzi dziecko.

Składamy podanie o pracę.

Jest dużo chętnych, nie wiemy czy nas przyjmą - jednak czekamy, może ktoś nas zawiadomi: „TAK” - OTRZYMAŁ PAN PRACĘ.

NADZIEJA.....

MOŻE.....

DOBRZE.....

SZANSA.....

TAK.....

Nadzieja na szczęście, dobroć, fajną pracę, na przyjaźń, Zrozumienie, na zdrowie, życie.

Nadzieja jest czymś bardzo wartościowym,

Nadzieja jest zawsze w nas.

Dobrze nam bo mamy NADZIEJĘ...

...NA WSZYSTKO...

...LUB NA COKOLWIEK.

Janina Sobczak

Prawa pacjenta

Od 1998 roku obowiązuje w Karta Praw Pacjenta, w której Minister Zdrowia zebrał przepisy określające prawa, jakie przysługują pacjentom w czasie korzystania z usług szeroko pojętej służby zdrowia. Przedstawione poniżej punkty dotyczą kilku zagadnień – wybranych pod kątem warunków pobytu w szpitalu.

Pacjent ma prawo do:

- Udzielenia świadczeń zdrowotnych przez lekarza, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należytą starannością,
- uzyskania przystępnych informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, rokowaniu oraz wynikach leczenia,
- udostępnienia dokumentacji medycznej lub wskazania innej osoby, której ta dokumentacja może być udostępniona,
- intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
- wyrażenia zgody albo odmowy na uczestnictwo innych osób niż personel medyczny niezbędny przy udzielaniu świadczeń,
- nie wyrażenia zgody na przeprowadzenie przez lekarza badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego,
- wyrażenia zgody lub odmowy na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu odpowiedniej informacji,
- wyrażenia zgody albo odmowy na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia bądź diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko,
- Uzyskania od lekarza informacji, jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu lub stosowania określonej metody leczenia bądź diagnostyki, wystąpiły okoliczności stanowiące zagrożenie dla zdrowia lub życia.

Każdy pacjent napotykający w Śląskim Centrum Chorób Serca na problemy związane z pobytem w szpitalu, albo obserwujący w szpitalu fakty i zjawiska negatywne – wymagające zmiany lub poprawy, może zwrócić się o pomoc do rzecznika praw pacjenta – osobiście, telefonicznie lub wykorzystując skrzynkę na listy obok portierni (pod skrzynką pocztową).

Po zgłoszeniu telefonicznym (nr. 273-23-20) oraz podaniu nazwy oddziału i numeru pokoju, rzecznik skontaktuje się z Państwem w celu przyjęcie wniosku, skargi lub uwagi – czy nawet tylko opinii o personalu, warunkach pobytu, organizacji badań, lub też stosunku do pacjentów.

Nasz ekspert radzi..

Co warto kupić – sprzęt fotograficzny

Firma OLYMPUS wprowadziła na polski rynek modele C-750 Ultra Zoom i C-740 Ultra Zoom -nowe aparaty cyfrowe, które zadowolą wszystkich, nawet wybrednych zaawansowanych amatorów. Niezwykle korzystna jest w tych modelach relacja ceny do ich parametrów i możliwości



Dane techniczne (C-750).

- Rozdzielczość CCD – 4,22 mln

- Pamięć – xD-Picture Card (3 do 331 zdjęć na karcie 16 MB)
- zasilanie – 4 bat. R6 lub 2 bat CR-V3)
- Obiektyw 38 – 380

- USB

- Funkcja makro w zakresie 7-60 cm

- Super makro 3 cm

- W zestawie

Karta pamięci xD-Picture Card 16 MB, przewód USB i video, 4 baterie, sterowniki, program Camedia Master 4,1, instrukcja w języku polskim.

C-750 jest pierwszym w świecie 4-

megapikselowym aparatem z 10-krotnym zoomem optycznym. Obydwa aparaty zapewniają zarówno tryby pełnej automatki, jak również opcje manualne, tak że można wybrać bezproblemową, prostą obsługę, lub możliwość samodzielnego doboru parametrów.

Aparaty posiadają funkcję zdjęć panoramicznych, tryby zdjęć czarno-białych oraz sepia a także pozwalają na rejestrowanie sekwencji wideo. Można też wykonywać zdjęcia seryjne.

Andrzej Jaworski

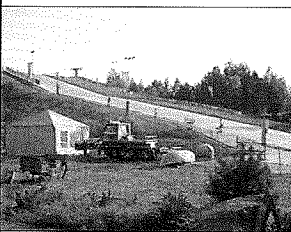
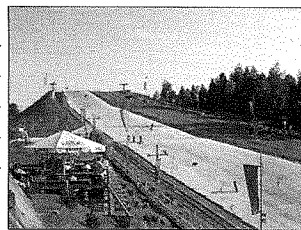
Ciekawostki z Górnego Śląska

Na narty tramwajem – w lecie....

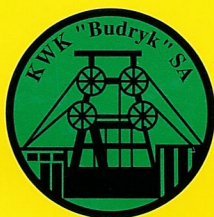
Proszę spojrzeć na zdjęcia... Stok narciarski z wyciągiem, oświetlony, obok zaplecze gastronomiczne. Na polance stoi nieczynny ratriak (nie ma śniegu, więc bezczynnie czeka na zimę). Ale wyciąg pracuje pomimo prawie 30 stopniowych upałów a na stoku uwija się kilku narciarzy. Oczywiście jest to możliwe dzięki sztucznej nawierzchni z igelitu, podobnej do tej, na jakiej skaczą w letnich konkursach skoczkowie narciarscy. Jak Państwo myślicie – czy to Tatry, czy też może Beskidy? Otóż nie...

To zupełnie nowy ośrodek na narciarskiej mapie Polski. Taki sztuczny obiekt znajduje się w Bytomiu – w wyrobisku po odkrywkowej kopalni dolomitu. Mieszkańcy przemysłowych miast Śląska zyskali możliwość czynnego wypoczynku na „deskach” w trakcie zwykłego dnia – nawet po pracy – bez konieczności podróżowania na odległość ponad 100 kilometrów.

Od końcowego przystanku linii tramwajowej nr 19 idzie się około 15 minut. A więc można na narty wybrać się tramwajem.



Dajemy Ci ciepło prosto z serca ziemi



KWK „BUDRYK” SA

ADRES :

ul. Zamkowa 10
43-178 Ornantowice

TELEFONY I FAXY :

centrala : tel. (032) 221 36 31 do 4, 235 51 11

dyrekcja: fax : (032) 235 51 17

e-mail : kwk.budryk.sa@pro.onet.pl

dział marketingu i zbytu : tel. (032) 239 55 88,
239 55 62, 239 55 84, fax : (032) 235 51 10

e-mail : marketing@budryk.pl

www.budryk.pl