

SZLACHTNE ZDROWIE

Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca



Elektrownia "RYBNIK" S.A.

Grupa EDF



ENERGIA
DO
ŻYCIA

Elektrownia "RYBNIK" S.A. jest największą elektrownią na Górnym Śląsku. Moc zainstalowana zakładu wynosi 1775 MW, co pozwala na wytwarzanie ponad 7 % krajowej produkcji energii elektrycznej przy relatywnie niskich kosztach wytwarzania w stosunku do innych producentów energii. Firma dużą wagę przywiązuje do kwestii związanych z ochroną środowiska naturalnego. Za najważniejsze uznaje redukcję emisji tlenków siarki, tlenków azotu, pyłów i redukcję hałasu. Nasze motto brzmi: "czysta energia nie musi być droga", stąd od lat kładziemy nacisk na "równowagę" ekologii i ekonomii.

Nasz zakład został laureatem konkursu "Lider Polskiej Ekologii" i otrzymał nagrodę Ministra Ochrony Środowiska za technologię Instalacji Odsiarczania Spalin. 14.09.2001 r. Elektrownia została skreślona z listy zakładów najbardziej uciążliwych dla środowiska tzw. "Listy 80".

W 2001 roku została sprywatyzowana, a jej właścicielem zostało konsorcjum: EDF Electricite de France International i EnBW Energie Baden Württemberg AG. Dzięki tej transakcji nasza firma stała się członkiem Grupy EDF - jednej z największych grup energetycznych na świecie.

W swojej działalności Elektrownia "Rybnik" S.A. kieruje się Zasadą Zrównoważonego Rozwoju traktując równie wysoko ekonomię i ekologię, jak i działalność socjalną. Efektem tego było wybudowanie Zakładu Odzysku Węgla w Czerwionce-Leszczynach. Zakład ten eksploatuje składowisko odpadów pogórnich, które stało się źródłem tańszego paliwa dla Elektrowni. Realizacja tego projektu pozwoliła również utworzyć nowe miejsca pracy w regionie o bardzo dużym bezrobociu (22%), pobudzić lokalną działalność gospodarczą oraz przekształcić teren zdegradowany ekologicznie w miejsce rekreacyjno-wypoczynkowe. 26.06.2003r. projekt Zakładu Odzysku Węgla jako jedyny projekt z Polski został uhonorowany w pierwszej edycji ogólnopolskiego konkursu "Trofea Zrównoważonego Rozwoju" EDF w kategorii "Solidarność dla przyszłości: środowisko". Finał konkursu odbył się w Paryżu.

Liczne osiągnięcia w dziedzinie ekologii zobowiązują nas jednak do stawiania sobie jeszcze ambitniejszych celów, bowiem stagnacja na tym polu oznaczałaby dla nas regres. W celu skutecznej realizacji tej polityki podjęto decyzję o wdrożeniu i utrzymaniu systemu zarządzania środowiskowego zgodnego z normą PN-EN ISO 14001:1998. Systemem tym objęta jest działalność całego przedsiębiorstwa. W rezultacie prowadzonych działań podczas trwającego europejskiego tygodnia jakości i światowego dnia jakości przypadającego 14.11.2003r. Polskie Centrum Badań i Certyfikacji wręczyło Spółce certyfikat ISO 14001.

Jest oczywistym, iż jako jeden z największych zakładów przemysłowych naszego regionu czujemy się silnie związani z miastem i jego mieszkańcami, wspierając od lat liczne działania związane z kulturą, sportem oraz edukacją. Nie pozostajemy obojętni także na problemy społeczne udzielając wsparcia liczny placówkom służby zdrowia oraz instytucjom oświatowym.



Elektrownia "RYBNIK" S.A.
ul. Podmiejska
44 - 207 Rybnik

tel: (0-prefiks-32) 739 1000
fax: (0-prefiks-32) 42 278 94
ei@elektrownia.rybnik.pl
www.elektrownia.rybnik.pl

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

Jeżeli w mediach poruszany jest temat opieki zdrowotnej w naszym kraju (w dawnym systemie używano określenia „służba zdrowia”, które nadal funkcjonuje, chociaż zupełnie nie przystaje do aktualnego stanu organizacyjno-prawnego), to w zdecydowanej większości w kontekście niedoborów, bałaganu, braku pieniędzy, przerażonych pacjentów itd. Rysuje się obraz totalnej beznadziei, co gorsza stale się pogłębiającej. Przeciętny telewizz, czy czytelnik gazet wie, że jeżeli gdzieś jeszcze się w ogóle leczy, to tylko dzięki społecznym zbiórkom pieniędzy. Tymczasem nie chce się widzieć ogromnego postępu jaki w okresie ostatnich kilku lat zanotowała polska kardiologia, która w czołowych placówkach osiągnęła poziom europejski. Kardiochirurdzy i kardiolodzy z Zabrze wykonują zabiegi z „najwyższej półki”

W numerze:

- Punkt widzenia – felieton
- „Najpierw jeżdżę na nartach” - wywiad z prof. Lechem Polońskim
- Rok z życia Kardiologii II
- Rozmowa z M. Ulatowską
- Minął rok 2003
- Fizyczne i mechaniczne właściwości serca
- Dokumentacja pielęgniarska ale jaka?
- Gospodarka tłuszczowa
- Pracownia Krzepnięcia Krwi
- Rozbudowa Śl.C.Ch.S.
- Wspomnienia Małgosi
- Rozważania przy łóżku chorego
- Początki chirurgii serca
- Od stresu do siły – Przyzwyczajenia
- Seks a schorzenia układu krążenia
- Laboratorium Mikrobiologiczne ŚC-CS
- Rozruszniki serca
- Dzień Serca
- Miś pod szpitalną choinką
- Witaminy

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

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



Zbiorowe zdjęcie bohaterów „Dnia Serca” w Śląskim Centrum

Szpital Promujący Zdrowie nie mógł przejść obojętnie obok Świątowego Dnia Serca. Noblesse oblige. Grupa pracowników Śląskiego Centrum – zainspirowana przez panią dr Gabię Mercik – Łyp, wzorowo zorganizowała świetną imprezę nie tylko promującą zdrowy styl życia, ale także dającą możliwość bezpłatnego przebadania się i sprawdzenia stanu swojego serca i układu krwionośnego.

Aktualności

1. 26 września odbył się XVI Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Katowicach, w wyniku których Iwona Sosnowska została wybrana na Członka Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych; Bożena Krymska na zastępcę Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej;
2. W dniach 22-25 września gościł w ŚCCS Profesor Aleksandro Juareca z Meksyku. Kardiochirurg dziecięcy, specjalizujący się w chirurgicznej plastyce mitralnej.
3. W dniu 26 września odbyła się IV Konferencja nt. Postępów w kardiologii i kardiologii dziecięcej w Zabrzu;
4. W dniach 1-3 października w Krościenku odbyło się szkolenie dla 40 osobowej grupy Kierowników komórek organizacyjnych wraz z Zespołem Zadaniowym ds. Sterowania Jakością. Tematem szkolenia była norma ISO 9001:2000 poszerzona o standardy akredytacyjne.
5. Witold Streb od 01.10.2003 roku jest na rocznym stypendium naukowym w Szpitalu Uniwersyteckim w Leuven w Belgii;
6. Jacek Kowalczyk – udział bierny w 2nd EACTS/ESTS Joint meeting, w Austrii, w Wiedniu, w dniach 12-15.10.2003r.;
7. Marcin Świerad – udział czynny w 3rd International course on Carotid Angioplasty (ICCA III) and other cerebrovascular Interventions, we Frankfurcie, w dniach 22-26.10.2003r.;
8. W dniach 28-29 października gościł w ŚCCS Profesor Enrico Chiappa, kardiolog dziecięcy z Włoch.
9. 16 listopada rozpoczęła się trzecia sesja zajęć teoretycznych specjalizacji kardiologicznej dla pielęgniarek;
10. Prof. Marian Zembala, Dr Tomasz Hrapkowicz, Dr Roman Przybylski, Dr Ireneusz Haponiuk, Dr Marcin Krasoń uczestniczyli czynnie dnia 17 listopada w III Konferencji organizowanej przez Fundację Rozwoju Kardiologii;
11. W dniach 20-22 listopad 2003 roku odbyło się szkolenie w Ustroniu dla 25 osobowej grupy chętnych osób do pełnienia funkcji Aditora wewnętrznego.

Więcej w rozmowie z profesorem Lechem Polońskim – str. 4

APEL

Zarząd Główny Stowarzyszenia Transplantacji Serca zwraca się z apelem do osób, które zetknęły się (bezpośrednio lub pośrednio) z zagadnieniem transplantacji o zapisanie i przekazanie swoich wspomnień. Mogą to być wspomnienia lekarzy, pielęgniarek, osób które żyją z przeszczepionym narządem, członków ich rodzin, rodzin dawców itp.

Prace o objętości do 15 stron maszynopisu prosimy przesać pod adres :
Biurowo ZG STS 41800 Zabrze ul. Szpitalna 2 - do dnia 15 marca 2004 roku.

Najciekawsze prace będą zamieszczone w zbiorowym wydawnictwie.



Profesor Marian Zembala w towarzystwie Przewodniczącej OIPiP mgr Marii Brzezińskiej i naczelnej pielęgniarki Śląskiego Centrum Chorób Serca mgr Teresy Piątek

G.Sz.

Od Redakcji

Oddajemy Państwu piąty numer. Ponieważ „Szlachetne Zdrowie” jest kwartalnikiem, to oznacza to, że rozpoczęliśmy drugi rok naszej działalności. Trzymamy się i w najbliższym czasie udostępniemy w internecie elektroniczną wersję naszego pisma - zblizoną, ale nie tożsamą z wersją drukowaną. W obecnym numerze, poza stałymi pozycjami, radzimy zwrócić uwagę na rozmowę z profesorem Lechem Polońskim. Interesujące jest też opracowanie nt. dokumentacji pielęgniarstwa. Mamy pewną (choć gorzką) satysfakcję po publikacji poruszającej problem braku realnej koncepcji zapewnienia dopływu środków finansowych do systemu opieki medycznej. W ciągu 2 miesięcy życie potwierdziło nasze niewesołe wnioski. W numerze prezentujemy znaczące z punktu widzenia organizacji procesów leczniczych, ale zlokalizowane poza głównym. Cieszymy się też ze zwiększonej liczby autorów – przepraszamy tych, których artykuły nie znalazły się w tym numerze. Znajdą się w następnym.



Komunikat Działu Spraw Pracowniczych

Dział Spraw Pracowniczych ŚCCS informuje, że został ogłoszony konkurs na stanowiska pielęgniarek oddziałowych:

I Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii

- pielęgniarka oddziałowa I Oddziału Kardiologii i Angiologii

III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii

- pielęgniarka oddziałowa II Oddziału Kardiologii i Angiologii

Katedra i Oddział Kliniczny Wrodzonych Wad Serca i Kardiologii Dziecięcej

- pielęgniarka oddziałowa Oddziału Wrodzonych Wad Serca Kardiologii Dziecięcej

Katedra i Oddział Kliniczny Kardiochirurgii i Transplantologii

- pielęgniarka oddziałowa Oddziału Chirurgii Serca i Naczyń

- pielęgniarka oddziałowa Bloku Operacyjnego - instrumentacji

Katedra i Oddział Kliniczny Kardioanestezji

-pielęgniarka oddziałowa I Oddziału Intensywnej Opieki Pooperacyjnej

Kandydaci spełniający wymogi kwalifikacyjne określone w rozporządzeniu MZiOS z dnia 29.03.1999 r. (Dz.U. Nr 30 poz. 300) proszeni są o złożenie dokumentów określonych w rozporządzeniu MZiOS z dnia 19.08.1998 r. (Dz.U. Nr 115 z dnia 4.09.1998 r.) z późniejszymi zmianami, w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia, na adres:

Śląskie Centrum Chorób Serca

ul. Szpitalna 2, 41-800 Zabrze

Dział Spraw Pracowniczych

z dopiskiem na kopercie "Konkurs na stanowisko pielęgniarki oddziałowej".

O terminie konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

1. Kandydaci zgłaszający się do konkursu zgodnie § 11 rozporządzenia z MZiOS z 19.08.1998 r. powinni złożyć:

- podanie o przyjęcie na stanowisko objęte konkursem,
- dokumenty stwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania danego stanowiska, a kandydaci na stanowiska, z którymi wiąże się posiadanie prawa wykonywania zawodu, dokument potwierdzający to prawo,
- opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej,
- świadcstwo pracy z okresu ostatnich 3 lat, w razie gdy stosunek pracy został rozwiązany lub wygasł,
- inne dokumenty, w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata,
- oświadczenie o niekaralności

2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1, kandydaci składają właściwemu podmiotowi, który ogłosił konkurs; na kopercie kandydat umieszcza swoje imię i nazwisko oraz adres.

3. podmiot, który ogłosił konkurs, może członkom komisji konkursowej ujawnić imię i nazwisko kandydata.

Naczelną Pielęgniarką informuje

W dniu 26.09.2003 roku odbył się XVI Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. Śląskie Centrum Chorób Serca reprezentowały na zjeździe: Elżbieta Piekara, Urszula Goebel, Iwona Sosnowska, Bożena Krymska, Magdalena Lukoszczyk i Teresa Piątek.

Z wielką przyjemnością informuję, że Bożena Krymska została wybrana do pełnienia funkcji Zastępcy Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej a Iwona Sosnowska została członkiem Okręgowego Sądu.

W imieniu swoim i grona pielęgniarskiego serdecznie obu koleżankom gratuluję i życzę wiele satysfakcji z pracy społecznej, jakiej się podjęły.

Teresa Piątek



Droży Pacjenci i Pracownicy!

Na adwentowym wieńcu zapłonęła czwarta świeca. To znak, że nadeszła już pełnia czasu. Przez te wszystkie adwentowe dni oczekiwania wsłuchiwaaliśmy się w cichy, pełen delikatności krok nadchodzącego Boga, aby dziś móc zawołać z pasterzami, aniołami i wszystkimi ludźmi Dobrej Woli: Gloria in excelsis Deo!

To wezwanie obiega okrąg ziemi już dwa tysiące lat. Dziękujemy dziś Panu za to, że przyszedł do nas, że wszedł w naszą ludzka historię ze swoimi darami: miłości, dobra i pokoju. Bóg łaski i odkupienia w tę świętą noc jest blisko każdego, tak na wyciągnięcie ręki. Przyszedł do nas raz jeden w historii, a dziś przychodzi do naszych serc, które przygotowane, odnowione i oczyszczone są w stanie udzielić mu o wiele godniejszego zamieszkania, niż te które miał w Betlejem. Niech nasze świętowanie przyjścia Emmanuela – Króla Pokoju, otworzy nas na Boże dary, przemieni i wewnętrznie uzdrowi, umocni, pokrzepi i ożywi ducha, by iść przez świat i nieść wszystkim światło z Betlejem. Świat wciąż rozpaczliwie poszukuje tego światła, trzeba więc byśmy rozpraszali mroki nocy, by Dobra Nowina była wszędzie słyszana i zauważana w naszej postawie. Biorąc do ręki opłatek składam więc moje najserdeczniejsze życzenia: błogosławionych i radosnych świąt, obecności Pana w każdej chwili, wszelkich łask i darów od Bożej Dzieciny. Moi Drodzy! To przesłanie dzisiejszej świętej nocy zanieście do wszystkich bliskich Waszemu sercu, do wszystkich ludzi Dobrej Woli i powiedzcie: Pan jest

O. Ireneusz Sajewicz OSCam

kapelan

Zabrze 25 XII A.D. 2003



Punkt widzenia.

Szanowni Państwo, Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy,

Oceniając mijający rok 2003, mamy prawo mieć poczucie spełnienia i zadowolenia wobec chorego oraz instytucji, w której pracujemy, tj. Śląskiego Centrum Chorób Serca.

Analiza 2003 roku dokonana w kardiologii dorosłych i dzieci, kardiologii i transplantologii pokazała, że miniony rok mimo, iż trudniejszy od poprzedniego, był kolejnym rokiem naszego rozwoju.

Czy musiał to być rok trudniejszy niż 2002, przede wszystkim ze względu na wady w systemie ochrony zdrowia w Polsce? Czy można było uniknąć dodatkowych trudności?

Na te pytania spróbujemy znaleźć odpowiedź w kolejnych wydaniach naszego pisma.

Tymczasem o naszych najważniejszych planach:

1. W dniach 13-16 maja 2004 roku będziemy obchodzić XX-lecie istnienia naszego szpitala. O znaczeniu Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu dla rozwoju nowoczesnej kardiologii dorosłych i dzieci, kardiologii i transplantologii w naszym kraju wiedzą nasi Koledzy lekarze – kardiologowie, kardiochirurdzy z innych ośrodków, wiedzą także nasi pacjenci, którzy przybywają do nas z całego kraju. Podczas organizowanej w Zabrzu już po raz jedenasty Międzynarodowej Konferencji Kardiologicznej, będziemy mogli nie tylko podsumować dwie dekady naszej działalności, ale także podzielić się, w obecności ekspertów z kraju i zagranicy, naszymi znaczącymi osiągnięciami.
2. Rok 2004 to oczekiwane od 11 lat rozpoczęcie modernizacji Zespołu Poradni Specjalistycznych. W istniejących obecnie przychodniach, mimo, iż w roku 2003 przyjęliśmy ponad 30 000 chorych, pracuje się trudno i uciążliwie. Mamy tego świadomość, choć chęć powiedzieć, że nasze wieloletnie starania o przyznanie specjalnych środków finansowych na ten cel były zawsze odrzucane. Dlatego, dzięki wy-

**Prof. dr hab.
Marian Zembala**

**Dyrektor Śląskiego
Centrum Chorób Serca**



pracowanym z wielkim trudem przez Szpital środkom własnym, w roku 2003, rozpoczęliśmy prace projektowe i geodezyjne nad modernizacją. Od władz miasta Zabrze, za symboliczną złotówkę, otrzymaliśmy piękny, zielony teren położony w bezpośrednim sąsiedztwie szpitala, za co pięknie dziękujemy. Rozpoczęcie budowy planujemy na wiosnę br. wierząc, że ukończymy ją już w roku 2006.

Chciałbym w tym miejscu gorąco zachęcić Państwa, tak że przyjaznych nam sponsorów i darczyńców do pomocy, mając na uwadze to, iż w tym szlachetnym przedsięwzięciu liczy się każda złotówka.

Do naszych ambitnych planów pragnę dołączyć życzenia noworoczne:

Naszym Pacjentom, dla których działamy nieprzerwanie od 20 lat, stale przyjmując nowe wyzwania, życzę, aby w zdrowiu i zadowoleniu opuszczali nasz szpital.

Wszystkim pracownikom Szpitala, aby nie ustawali w poszukiwaniu nowoczesnych pomysłów i rozwiązań, a dobro chorego i szpitala zawsze było ich celem nadrzędnym i najważniejszym.

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy, życzę Wam wszystkim dobrego roku w zdrowiu i pomyślności.

Marian Zembala

Wyrazy wdzięczności

Składam serdeczne podziękowania Panu dr n. med. Bogusławowi Ryfińskiemu i całemu zespołowi operacyjnemu za przeprowadzenie operacji oraz personełowi oddziału Kardiologii i Chirurgii Ślaskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu za opiekę pooperacyjną i pomoc w powrocie do zdrowia.

Z wyrazami szacunku
Zenon Krakowski
październik 2003

Profesor dr hab. n. med. Marian Zembala

Wielce Szanowny, Drogi Panie Profesorze – (...)

Po powrocie do Wrocławia raz jeszcze składam Panu moje najgorętsze podziękowanie. Dziękuję więc nie tylko za ratującą życie pomoc lekarską, ale i za wzruszająco życzliwe, przyjacielskie przyjęcie. (...)

Moje podziękowanie kieruję też do całego Zespołu lekarzy i pielęgniarek, którzy tak ofiarnie i skutecznie przywrócili mnie do zdrowia, a którym nie mogłem podziękować osobiście.

Ich życzliwe, przyjazne i wręcz miłe podejście do chorego pozostanie na zawsze w mojej wdzięcznej pamięci. (...)

Lipiec 2003

Prof. dr hab. Adam Masztalerz

Profesor dr hab. n. med. Marian Zembala

Panie Profesorze. W maju br. byłem pacjentem w Pańskim szpitalu na oddziale obserwacyjnym. Chciałem na Pana ręce złożyć podziękowania za bardzo dobrą opiekę, zwłaszcza ze strony pielęgniarek. Leczyłem się w bardzo różnych szpitalach (...). Nigdzie nie miałem tak wspaniałej opieki. Pielęgniarki oddziału obserwacyjnego są wzorem tego o czym marzy każdy, który musi leżeć w szpitalu. Zespół pielęgniarek z pielęgniarką oddziałową panią Krymską zasługuje na najwyższe uznanie. (...) Pragnę Panu jeszcze raz podziękować i pogratulować tak wspaniałego zespołu pielęgniarek.

Były pacjent Krystian Kargul

Zabrze lipiec 2003

Placówka ds. Humanitarno-Opiekuńczych
40-008 Katowice, ul. Graniczna 2

tel./fax 2 598 703
tel. 0 202 921 361
NIP 594-20-34-41, Regon 17729774-0003
e-mail: skrawek@nieba.pl
www.skraweknieba.org
PKO BP i Oddział Katowice
95 1102013 105821024

- Hotelik dla dzieci z dotychczasem prężności
- Świetlica Rodziców
- Klub Dziecięcy - Młodzieżowy "Marek"

Katowice, 08.12.2003 r.

Śląskie Centrum Chorób Serca
ul. Szpitalna 2
41 - 800 Zabrze

Szanowni Państwo,

Składam serdeczne podziękowania za finansowe wsparcie działań Oddziału, który ma za zadanie nieść pomoc dzieciom wychowującym się w niekorzystnych warunkach.

Busyjąc się aktualnie z wieloma problemami finansowymi, ze względu na przeprowadzenie prawie 100 dzieci na obiół, nie spełniają prawie żadnych warunków do pracy. Państwo dar przyczynił się do zrealizowania części naszych potrzeb.

Korzystając z okazji składam serdecznie życzenia świątecznych Świąt Bożego Narodzenia, aby był to czas spędzony wspólnie z rodziną, wśród najbliższych, w atmosferze przyjaźni, ciepła i radości na lepszy Nowy Rok.



Z wyrazami wdzięczności

Placówka ds. Humanitarno-Opiekuńczych
ul. Graniczna 2
40-008 Katowice

Najpierw jeżdżę na nartach...

Rozmowa z profesorem dr hab. Lechem Polońskim

Rozmawiał Tadeusz Bujak

Polska kardiologia była w ciągu tych czterech, pięciu ostatnich lat najbardziej dynamicznie rozwijającą się kardiologią w świecie

To jest piramida, gdzie ja jestem jedynie jej szczytem, natomiast o efektach decyduje podstawa, czyli decydują wszyscy.

Zdecydowanie nie musimy mieć kompleksów ...

Panie Profesorze! Jest Pan już drugą kadencję dziekanem, członkiem 9 fundacji i stowarzyszeń, konsultantem ds. Kardiologii Województwa Śląskiego, konsultantem Rady Naukowej Instytutu, pełnomocnikiem prezesa zarządu ośrodka, członkiem zespołów redakcyjnych 9 pism naukowych, promotorem 17 doktoratów i opiekunem 3 przewodów habilitacyjnych, autorem 46 recenzji prac doktorskich, 7 rozpraw habilitacyjnych i 300 publikacji. I jeszcze Pan Profesor znajduje czas na jazdę na nartach. Jak to jest możliwe ?

Przede wszystkim – trzeba odwrócić kolejność. Najpierw jeżdżę na nartach, a dopiero potem – jak mam trochę czasu, to robię wszystko inne. Za bardzo kocham narty, żeby z nich łatwo zrezygnować. Staram się znaleźć na wszystko czas i to się mi udaje.

A dodatkowo kieruje Pan oddziałem mającym wg opinii prasowej opinię najlepszego oddziału kardiologicznego w Polsce.

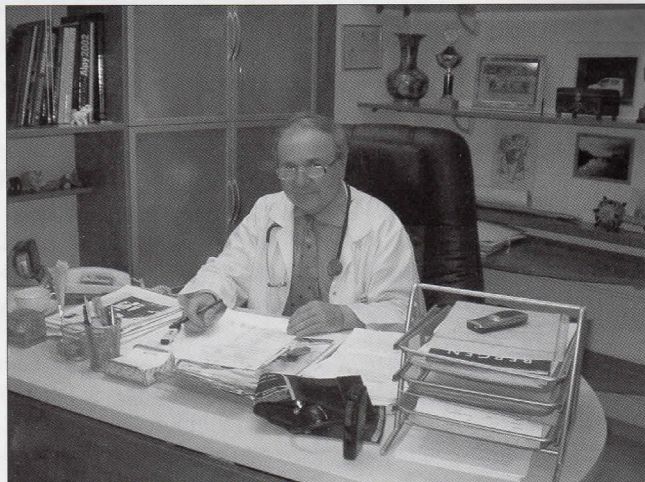
Myślę, że wszystkie te rankingi trzeba traktować i analizować ostrożnie. Na pewno jesteśmy dobrym ośrodkiem - biorąc pod uwagę zarówno liczbę wykonywanych zabiegów, ich zakres jak też przede wszystkim jakość. Ale czy najlepszym? Trudno powiedzieć. Na pewno jednym z najlepszych. A z całą pewnością jest to porządny oddział kardiologiczny.

Jaka jest recepta na to, żeby uzyskać taki poziom oddziału klinicznego?

Moja recepta jest taka: wiem, że na tym oddziale sam nic bym nie znaczył, wobec czego zdecydowaną większość poważnych obowiązków i decyzyjność oddałem ludziom ze mną współpracującym.

Zawsze podstawowym problemem jest właściwy dobór odpowiednich ludzi. Komu oddać kompetencje i prawa wydawania decyzji? Jeżeli się trafi na właściwych ludzi, - kompetentnych i rozważnych, to można być pewnym sukcesu.

Jest to tak dynamiczny oddział, że jeden człowiek nad całością nie zapanuje. Musi nad nim panować kilka



osób, a w zasadzie cały zespół, bo każdy ma jakąś działeczkę do zagospodarowania. To jest piramida, gdzie ja jestem jedynie jej szczytem, natomiast o efektach decyduje podstawa, czyli decydują wszyscy.

Czyli czynnik ludzki jest decydujący?

Zdecydowanie tak! Myślę, że udało mi się osiągnąć to, że każdy wie, co ma robić. Każdy ma pewien zakres obowiązków, a ja się w jego kompetencje nie mieszam. Natomiast sprawdzam. Jeżeli coś idzie dobrze, to nie muszę się w to mieszać. Najwyżej pochwalę na końcu. Ale jak to jest realizowane, to jest to decyzja tego, który dane zadanie wykonuje. On to ma zrobić dobrze, a jakimi metodami? To jest już jego sprawa.

Media przedstawiają naszą służbę zdrowia w stanie zupełnego rozkładu. A tymczasem ze statystyk wynika, że średnia długość życia przedłużyła się o kilka lat, że spadła umieralność na choroby serca itd.. Jaki według Pana Profesora jest stan opieki kardiologicznej w Polsce?

Myślę, że cechą Polaków jest marudzenie. Nigdy w tym kraju nie było jeszcze tak, żeby, chociaż połowa była zadowolonych - zawsze przeważają niezadowoleni. W rzeczywistości, pomimo licznych przeszkód obiektywnych i subiektywnych, postęp w służbie zdrowia a w kardiologii w szczególności był w ostatnich latach olbrzymi – wprost nieprawdopodobny. Myślę, że polska kardiologia była w ciągu tych czterech, pięciu ostatnich lat najbardziej dynamicznie rozwijającą się kardiologią w świecie. Mówię to z całą odpowiedzialnością.

Od momentu, kiedy powstały kasy, kiedy zaczęto płać za pacjenta, wszystkie te nowoczesne procedury dotychczas wykonywane bardzo rzadko, okazjonalnie - zaczęły być wykonywane w dziesiątkach tysięcy. W tym roku liczba koronarografii w Polsce sięgnie prawdopodobnie 100 tysięcy. To jest już bardzo przyzwoity europejski wynik. Wszystko to się stało w ciągu ostatnich czterech lat i uważam, że poziom opieki kardiolo-

Profesor dr hab. n. med. Lech Poloński

Kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii ŚAM,
Dziekan Wydziału Lekarskiego w Zabrze ŚAM,
Konsultant ds. kardiologii woj. Śląskiego,
Członek 16 komisji i zespołów, w tym:

Członek Komisji Kardiologii i Komitetu Patofizjol. PAN
Członek –konsultant Rady Naukowej Instytutu TiAM w Zabrzu,
Członek Rady Naukowej Centrum Inż. Biomed. Politechniki Śląskiej,
Członek Rady Naukowej Instytutu Telemedycyny w Warszawie,
Członek Zesp. Ekspertów powołano go przez Ministra. Zdrowia w celu
opracowania Narod. Progr. Profilaktyki i Lecz. Chorób Serca,
Członek Rady Naukowej Instytutu Kardiologii w Warszawie,
Przewodniczący Rady Społecznej PSK nr 1 w Zabrzu,
Członek Woj. Zespołu ds. promocji zdrowia w woj. śląskim,

Opiekun 3 przewodów habilitacyjnych,

Promotor 17 doktoratów (3 w toku),

Promotor 7 prac dyplomowych na Studiach Podyplomowych ŚAM i PŚ,

Recenzent 46 prac doktorskich, 8 rozpraw habilitacyjnych,

Członek 6 towarzystw naukowych,

Członek 10 zespołów redakcyjnych czasopism naukowych

Autor 2 podręczników i 388 publikacji naukowych.

gicznej jest w tej chwili w Polsce niezły. Problemem jest natomiast jego dalsze utrzymanie, ponieważ istnieje tysiące zagrożeń.... Na przykład Narodowy Fundusz Zdrowia nie wie, jakimi będzie dysponował pieniędzmi. Ale gdyby udało się ten poziom utrzymać, robiąc postęp o kilka procent w ciągu następnych lat, to będzie to świetny wynik..

Czy chory leczony w Szwecji czy w Niemczech jest leczony podobnie jak w klinice Pana Profesora?

Tak – jest leczony podobnie, a może u nas nawet trochę lepiej, ponieważ nie wszystkie oddziały w Niemczech czy w Szwecji dysponują tak kompleksową możliwością diagnozowania. My mamy w zasadzie wszystkie możliwości diagnostyczne – od badań dających informacje o tętnicach obwodowych, szyjnych – poprzez badania inwazyjne, do badań wysiłkowych i izotopowych. Niewiele ośrodków, poza wysoko specjalistycznymi, dysponuje takim spectrum badań.

A jaki jest poziom polskiej kardiologii jako nauki w stosunku do krajów zachodnich?

Miarą poziomu naukowego kardiologii polskiej jest na przykład liczba przyjmowanych prac na duże kongresy międzynarodowe – europejskie czy w Stanach Zjednoczonych. Ta liczba z roku na rok się prawie podwaja, co świadczy o dynamicznym rozwoju. Tam nie przyjmują miernych opracowań. A przecież na dobrą pracę składa się cały szereg elementów – trzeba mieć dobry sprzęt, dobre głowy, dobry pomysł.

Poza tym często mamy gości z całej Europy i ze Stanów. Jeżeli pokazujemy, co robimy, jeżeli mówimy, że leczymy 1000 zawałów rocznie, że robimy 200 ablacji, że wszczepiamy kilkadziesiąt stymulatorów – to oni kiwają głową z zazdrością.. Mieliśmy niedawno bardzo miłych gości z Essen (z profesorem G.Sabinem), którzy chcą nasze wzory leczenia zawałów przenieść na teren Niemiec. To dowodzi, że nie jest z nami tak źle. Ale

oczywiście trzeba zaznaczyć, że z kolei my korzystamy z doświadczeń kliniki w Essen, bo na przykład doktor V. Bonghers uczy naszych lekarzy – doktora J. Piegę i doktora M. Świerada jak naprawiać tętnice szyjne. Jest to autentycznie partnerska współpraca.

Czyli polska kardiologia nie musi mieć kompleksów?

Zdecydowanie nie musimy mieć kompleksów. Myślę, że jest w Polsce 5-6 ośrodków, które są ośrodkami na absolutnie europejskim poziomie.

Co zdaniem Pana Profesora należałoby teraz zrobić z polską służbą zdrowia? Bo coraz głośniejsze są głosy krytyki.

Nie podejmuję się odpowiedzieć na to pytanie w sposób merytoryczny, bo się na tym nie znam – nie zajmuję się polityką. Natomiast uważam, że z jednej strony przeznaczona na służbę zdrowia zbyt mizerne pieniądze, ale z drugiej strony (i mówię to z całym przekonaniem) te niewielkie pieniądze są bardzo mocno marnowane. Czyli prawda leży gdzieś pośrodku. Z jednej strony trzeba trochę tych pieniędzy dołożyć, ale z drugiej strony organizacja naszej służby zdrowia jest ciągle w swojej masie absolutnie niedoskonała. Uważam, że Śląskie Centrum daje tutaj bardzo dobry wzór, ale w innych placówkach leczniczych widać masę niedociągnięć.

Reorganizację służby zdrowia trzeba by zacząć od tego, żeby ustalić kto i jak w tej służbie zdrowia pracuje. Dobrym godziwie zapłacić, a pozostałych – niepotrzebnych przesunąć do innych zajęć.

Czy szpitale, które nie mają pacjentów powinny być likwidowane?

Moim zdaniem – zdecydowanie tak.

Czego by sobie Pan Profesor życzył – tutaj w Śląskim Centrum?

Więcej miejsca. Bo my się dusimy. Mamy za mało łóżek, mamy w ogóle za mało miejsca na pracownię. Podstawowym i jedynym naszym brakiem – jest brak miejsca – brak przestrzeni. I gdyby ten warunek był spełniony, to niczego więcej tutaj nie trzeba poprawiać.

Czy projektowana budowa nowego obiektu w jakiś sposób zadowoli Pana Profesora?

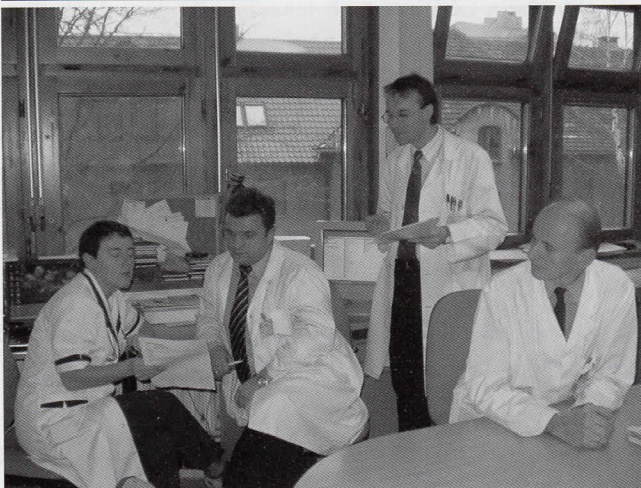
Zdecydowanie tak. Da oddech. Pewne pracownie będą mogły być tam przeniesione. Przejdą też tam pewne działania. Odciążą to nasze pomieszczenia i uzyskamy zdecydowanie lepsze warunki.

Oby stało się to jak najszybciej.

Dziękuję Panu Profesorowi za poświęcenie nam swojego cennego czasu.

rozmawiał Tadeusz Bujak

Rok z życia Kardiologii II



Od lewej: dr E. AdamowiczCzoch, dr Marek Kondys, lek. med. Tomasz Niklewski, dr Krzysztof Wilczek

I znów jeden rok za nami.

Co za rok? – dobry?, zły? Spróbujmy go ocenić.

Wielu z nas podróżuje po świecie prezentując na zjazdach i konferencjach naukowych osiągnięcia własne, zespołowe i nowe techniki lecznicze. Aktywność naukowa zespołu zaowocowała licznymi publikacjami:

32 artykułów w piśmiennictwie krajowym,

40 doniesień zjazdowych, w tym **10** prezentowanych na zjazdach naukowych europejskich i amerykańskich.

1 publikacja w American Heart Journal – autor **Mariusz Gąsior i wsp.**

dr M.Gąsior i dr K.Wilczek wzięli czynny udział w konferencji kardiologów interwencyjnych „PCR” w Paryżu

Gościły nas ponadto **Chicago, Boston, Barcelona, Wiedeń i Gdańsk.**

Niedoścignionym wzorem buntu odkrywcy pozostaje, staczająca boje w międzynarodowych gremiach – nasz nowo nabyty - dr hab.n.med. R.Wojnicz.

Majowe „Warsztaty” poświęcone postępowaniu w ostrych zespołach wieńcowych po raz kolejny przyciągnęły kilkuset lekarzy i raz jeszcze zachęciły nas do kontynuacji i rozwijania pomysłu sprzed lat. Nowością tegorocznych warsztatów była sesja pielęgniarska z wspaniałą atmosferą i gorącą dyskusją. W następnym roku wagę naszego spotkania podkreśli Wiosenna Konferencja PTK, której jesteśmy współorganizatorami.

Nasz niezwykle profesjonalny i przyjazny zespół pielęgniarski pod wodzą Pani Małgorzaty Ulatowskiej umożliwia nam wszystkim pokonywanie nawału codziennych obowiązków w atmosferze dobrego koleżeństwa.

Aktualnie, kilka zespołów lekarsko-pielęgniarskich realizuje międzynarodowe programy naukowo-badawcze:

- „A to Z” oraz „CORONA HF” prowadzi dr Jarosław Wasilewski,
- „DELIVER II”, „SPICE”, „ACTION” – Tomasz Niklewski
- „TAKEDA MCC 135/EC201” i „PEP-CHF” – dr Bożena Szyguła- Jurkiewicz
- „SHAKESPEARE” (rejestr) - dr Krzysztof Wilczek

- „ENCORE” i „FINESE” – dr Marek Gierlotka
- „SYNERGY” – dr A.Wnęk
- „OVITA NUTRICIA” – dr Piotr Rozentryt

- „ATORIS” – Gabriela Mer-cik-Lyp

- „STICH” wytyczający nowe kierunki i techniki operacyjne zapobiegające remodelingowi uszkodzonej lewej komory

skupia zespół kardiologiczno – kardiologiczny,

- „ENDEAVOR” dr Andrzej Lekston wspierany przez dr Krzysztofa Wilczka i Tomasza Niklewskiego

- „TYPHOON” – dr K.Wilczek, dr P.Trzeciak

- „ASSENT” – dr K.Wilczek

- „AMI-Zabrze” – dr Krzysztof Wilczek i dr Elżbieta Adamowicz.

Nowe techniki lecznicze – takie jak **brachyterapia do-wieńcowa** a także nowatorskie sposoby leczenia zatorowości płucnej doskonałą kolejno dr Krzysztof Wilczek i dr Tadeusz Zębik.

Jacek Piegza poświęca się bez reszty hydraulicznym dokonaniom na tętnicach obwodowych.

Ostro napierająca fala tegorocznych specjalistów kardiologów na tłum ubiegłorocznych i przeszłych zmusza wszystkich do permanentnej nauki, co bywa tyleż męczące, co konieczne.

Kroku dzielnie dotrzymują nam wspaniałe rzesze lekarzy – stażystów - w tym roku ponad 60 osób chętnych do wspólnej pracy i nauki. Cieszymy się z ich zapału, dziękując, że także oni chcą dzielić się z nami swoją wiedzą i doświadczeniem.

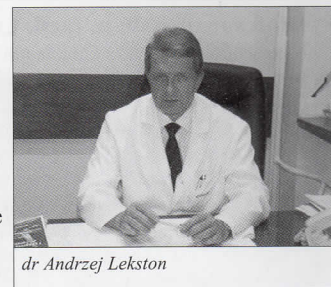
Naszym ostatnim stażowym nabytkiem jest gość z Gruzji – Grigorij Hetmański, który ćwiczy pewność ręki asystując kardiologom interwencyjnym.

Także nasi studenci, rokrocznie przygotowują pod okiem doświadczonych akademików kilkanaście prac naukowych na studenckie zjazdy naukowe, a najlepsi z nich są współautorami publikacji w czasopiśmie medycznych. Żelazną ręką, zarządza nimi kierownik Koła Naukowego – dr Bożena Szyguła-Jurkiewicz.

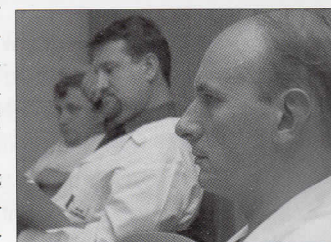
W 2003 roku Marek Kondys, Marek Gierlotka, Mariolla Wrębiak-Trznadel i Alicja Nowowiejska Wiewióra w świetnym stylu obronili prace doktorskie. Czekamy na finał w wyko-naniu pretendentów do tytułu doktora – Krzysztofa Dyrbusia, Ilony Skoczylas i Tomasza Niklewskiego.

Jak więc widać 25 osobowy zespół profesora Lecha Polońskiego może rok 2003 zaliczyć do udanych.

Nadchodzi Nowy Rok 2004, a więc z tej okazji składamy Kolegom i Koleżankom – Wszystkim Pracownikom i Sympatykom Śląskiego Centrum Chorób Serca, Najlepsze Życzenia Wszelkiej Pomyślności



dr Andrzej Lekston



Od lewej: dr M. Gąsior, dr J.Wasilewski, dr Krzysztof Wilczek



dr Jacek Piegza

Rozmowa z Małgorzatą Ulatowską pielęgniarką oddziałową II oddziału Kardiologii i Angiografii

Rozmawiała Grażyna Szymura

Jest Pani doświadczoną pielęgniarką, a od kilku lat zajmuje Pani stanowisko pielęgniarki oddziałowej. Proszę mi powiedzieć z jakimi, najważniejszymi, związanymi ze swoją pracą najczęściej się Pani spotkała?

Jako pielęgniarka oddziałowa pełnię bardzo trudną i ważną rolę w kierowaniu swoim zespołem. Z jednej strony w hierarchii służbowej powinien pogodzić interesy przełożonych z interesami podwładnych i pacjentów leczonych w oddziale. Z drugiej zaś – powinien stworzyć korzystne warunki do wprowadzania zmian jakie niosą nam stale rosnące wymagania zarówno ze strony pacjentów jak i Narodowego Funduszu Zdrowia jako placówki kontraktującej usługi w naszym Centrum.

W swojej kilkunastoletniej pracy zawodowej często spotykam się z sytuacjami trudnymi. Sytuacje trudne wywołują silne pobudzenie emocjonalne, w którym dominują emocje ujemne i dlatego też najważniejszym zadaniem dla mnie jako osoby kierującym pracą zespołem jest niedopuszczenie do takich sytuacji, a jeśli już wystąpią to tak pokierować współpracownikami by zminimalizować jej skutki.

Dlaczego wybrała Pani właśnie oddział kardiologii?

Jako pielęgniarka z pewnym stażem zawodowym (trzy lata pracy w oddziale reanimacji szpitala górniczego) postanowiłam podjąć pracę w oddziale kardiologii nowo otwartej placówki służby zdrowia by swym doświadczeniem dzielić się z koleżankami. Pracowałam kilka lat jako pielęgniarka jednozmianowa. Pobierałam krew do badań, przygotowywałam chorych do zabiegów, pocieszałam w chwilach zwątpienia – po prostu pielęgnowałam ich.

Na czym polega Pani praca jako pielęgniarki oddziałowej?

Myślę, że jak w każdym innym oddziale jako pielęgniarka oddziałowa, pełnię rolę menedżera. To ja jestem odpowiedzialna za zagwarantowanie kompleksowej i ciągłej opieki pielęgniarskiej pacjentom hospitalizowanym w oddziale. To ja muszę zorganizować tak pracę podległemu personelowi by ten z kolei był zdolny zrealizować opiekę na jak najwyższym poziomie. Muszę stworzyć jak najlepsze warunki organizacyjno – techniczne do realizacji zadań przez podległy mi zespół. Aby współpracownicy wypełniali swoje obowiązki prawidłowo nadzoruję poziom wykonywania zadań i kontroluję ich pracę. Staram się utrzymać i rozwijać dobrą atmosferę oraz współdziałanie w oddziale.

Pielęgniarka oddziałowa musi myśleć przede wszystkim o dobru pacjentów, ale nie może zapominać o podległych pracownikach.. W jaki sposób dba Pani o podległy Pani personel?

Moi pracownicy to moje ręce czym bym była bez nich, jak mogła bym pomagać chorym, To dzięki pracy wspianego zespołu jaki tworzą pielęgniarki, dietetyczka, sanitariusz Adam i salowe mogę wypełniać swoje obowiązki jako pielęgniarka oddziałowa tego oddziału. Muszę o nie dbać by zawsze były sprawne i gotowe do ciężkiej pracy. To również dzięki nim leczeni w oddziale pacjenci są zadowoleni, pogodni pomimo swojej choroby. To pielęgniarki czuwają nad ich stanem zdrowia w dzień i w



Małgorzata Ulatowska (po prawej) - obok pielęgniarka Renata Jasielum

nocy, dietetyczka stara się by nie tylko mieli odpowiednią dietę w trakcie leczenia, ale by wiedzieli jak odżywiać się prawidłowo po wyjściu do domu. Panie salowe codziennie sprzątają oddział by „żadna bakteria nie pozostała z dnia poprzedniego” a chorzy żeby mieli czysto na salach i czuli się bezpiecznie.

W jaki sposób Pani wypoczywa po skończonej pracy?

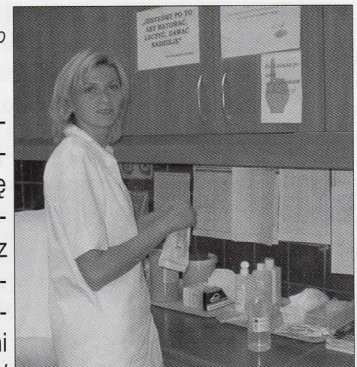
Po skończonej pracy wracam do domu i tak jak większość z kobiet zajmuję się rodziną. Muszę wygospodarować czas na rozmowy z dorastającymi dziećmi i mężem wysłuchać ich problemów, doradzić im czy też nie pójść z nimi na basen. W wolnych chwilach czytam, oglądam telewizję, lubię też coś zrobić na drutach czy szydełku. Aby dobrze wypełniać obowiązki oddziałowej podnoszę swoje kwalifikacje na magisterskich studiach uzupełniających.

Co chciałaby Pani powiedzieć na koniec naszej rozmowy?

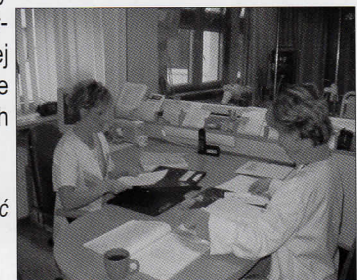
Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia oraz Nowego Roku życzę wszystkim współpracownikom dużo zdrowia, spełnienia wszystkich marzeń, pogody ducha i samych szczęśliwych dni w 2004 roku.

Dziękuję za rozmowę

Grażyna Szymura



Pielęgniarka Irena Ropelewska



Zofia Bator (pielęgniarka) - po prawej Ilona Skoczylas (lek.med.)



Olszok Iwona i Bujalska Janina

mgr Urszula Gąsior

Minął rok 2003



Co można napisać o finansach Śląskiego Centrum na zakończenie 2003 roku !?

O tym, dlaczego było niedobrze a jest lepiej mówiłam już na niejednym spotkaniu.

Dla niektórych czytelników zatem będę się w części powtarzać.

Pierwsza połowa roku finansowo upłynęła nam w nienajlepszej kondycji finansowej. Powody były co najmniej trzy:

- * obniżenie cen jednostkowych świadczeń, które zakontraktowaliśmy w I kwartale w Kasach Chorych a później w Narodowym Funduszu Zdrowia,
- * mniejsza liczba zadań do wykonania,
- * rosnące koszty działalności.

Mniej więcej z końcem I-go kwartału okazało się, że nasz wynik finansowy zaczyna schodzić poniżej poziomu zero tzn. zaczynamy generować długi. Postanowiliśmy - (chcę wierzyć, że większość z nas) oszczędzać.

Eliminowanie zbędnych wydatków, czasem pozornie nieznaczne obniżenie kosztów ale wszędzie gdzie to możliwe i na wszystkich szczeblach zarządzania na pewno ma sens.

Wiadomo, że często sukces finansowy osiąga się małymi krokami, od drobnych oszczędności i zysków właściwie zainwestowanych. Akcja Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy zbiera plony wielu milionów złotych dzięki temu, że miliony ludzi przekazują drobne datki na wspólny cel.

Brzmi trochę górnolotnie ale i w Śląskim Centrum program oszczędzania zadziałał. Mieliśmy ambitne plany zaoszczędzić na różnych wydatkach (między innymi rozmowy telefoniczne, materiały zużywalne, ceny leków, niepotrzebnie powtarzane badania) 6 milionów. Tyle bowiem w pierwotnym planie finansowym brakowało pieniędzy. Udało nam się zaoszczędzić 2mln zł.

Ktoś powie, że to niemało. Ja powiem, obserwując jak w czasie kształtowało się to „szpitalne oszczędzanie” że mogło być znacznie więcej. Mam bowiem wrażenie, że większość z nas już po paru miesiącach poczuła się spokojnie, bo przestało się mówić, że kasa jest pusta. Po co więc dalej oszczędzać? Takie wnioski można wyciągnąć analizując koszty poszczególnych komórek organizacyjnych w kolejnych miesiącach.

Ostatnie pięć lat, czas od wejścia w życie reformy służby zdrowia to dla Śląskiego Centrum Chorób Serca mimo wszystko czas prosperity (dlaczego? – wyjaśniałam w majowym numerze).

Jednak z całą pewnością sytuacja - na co wskazuje 2003 rok i prognozy oparte na wycenie punktowej świadczeń medycznych zawarte w katalogu świadczeń szpitalnych na 2004 rok będzie zmuszała nas do oszczędzania. Oczywiście, eliminować można tylko zbędne wydatki takie, które nie powodują obniżenia jakości udzielanych świadczeń. To z kolei jest możliwe pod warunkiem, że Narodowy Fundusz Zdrowia wyceniając w inny sposób niż do tej pory wszystkie świadczenia medyczne uwzględni realne koszty ich wykonania.

Osobiście cieszy mnie bardzo grudniowa wypłata nagrody rocznej. Jeżeli ktoś uważa, że tak musi być bo dodatkowa premia mu się należy jest w błędzie.

Pojęcie „13-tej” pensji i prawa do niej mieliśmy wszyscy łącznie do czasu działania szpitala w strukturze jednostki budżetowej.

Obecnie można wypłacać nagrody ale tylko wtedy, gdy jednostka wykazuje dodatni wynik finansowy czyli mówiąc prosto wy-

pracuje zysk, który pozwoli na wypłatę nagród w Śląskim Centrum.

W grudniu było to możliwe dzięki:

- zakontraktowaniu większej liczby świadczeń na II półrocze,
- umiejętnościom negocjacyjnym Dyrektora, który przekonał Narodowy Fundusz Zdrowia do zapłacenia szpitalowi wszystkich wykonanych ponad limit usług za I i II kwartał oraz Ministerstwo Zdrowia do zwiększenia liczby procedur kardiologicznych zabezpieczających w pełni nasze potrzeby w tym zakresie,
- możliwości rozliczenia usług wykonanych na rzecz pacjentów wielu województw dodatkowo poza tzw. umową agregacyjną,
- wspomnianym wypracowanym oszczędnościom.

Przed nami kolejny rok - również finansowy. Wiemy już, że częściowym płatnikiem - czyli źródłem dość znacznej części budżetu na rok 2004 będzie nadal Minister Zdrowia w zakresie niektórych procedur kardiologicznych, hemodynamicznych dla dzieci i transplantacyjnych. Negocjacje z Narodowym Funduszem Zdrowia zostały zakończone na poziomie 98% budżetu roku 2003.

Zakładając, że ilość przyznanych punktów (wg nowego systemu rozliczeń) przy porównywalnym budżecie, zostanie wykorzystana do wykonania podobnej jak w ostatnim roku liczby usług medycznych, a wszyscy, którzy utożsamiają się z miejscem, w którym pracują będą ograniczać zbędne wydatki, to można przyjąć, że kolejny rok pozwoli dodatkowo wynagrodzić wysiłek i dobrą pracę ludzi.

Tego Państwu i sobie życzę

Urszula Gąsior

mgr Marcin Stefanowicz

Fizyczne i mechaniczne właściwości serca.

Przyroda stanowi dla nas najlepsze źródło pomysłów. Obserwując ją inspiruje nas do naśladowania w realizacji wielu, czasami bardzo prostych rozwiązań technicznych. Człowiek potrafi stworzyć niesamowite maszyny, które pomogły mu w życiu codziennym. Osiągnięcie takich rozwiązań jakie spotykamy w przyrodzie, stwarza duże problemy. Wiele spośród zaprojektowanych urządzeń architektki i inżynierowie kreślili na deskach wzorując się na przyrodzie.

Serce - doskonały i precyzyjnie ukształtowany narząd do pełnienia swojej funkcji, jest trudny do „podrobienia” a wyścig naukowców w osiągnięciu parametrów właściwych sercu człowieka trwa. Jednakże dotychczas serce ciągle ten wyścig wygrywa.

Jednym z wielu udogodnień ludzkości jest samochód. Dziś poruszamy się pojazdami, które przerastają nasz najśmielsze oczekiwania. Inżynierowie nie spoczęli na laurach i ciągle pracują nad udoskonaleniem kolejnych wersji. Dzięki samochodom w bardzo komfortowych warunkach możemy się przemieszczać w dowolne miejsce w bardzo krótkim czasie. Czas podróży zależy od wielu czynników, ale przede wszystkim od osiągnięć silnika.

Człowiek również może pokonywać setki kilometrów. W każdej chwili możemy przejść w dowolne miejsce. Naszym „silnikiem” jest serce. To ono zapewnia dostawę „paliwa” do komórek naszego ciała. Umożliwia prawidłowe funkcjonowanie wielu narządów. Zasadnicza różnica między silnikiem samochodowym a sercem to fakt, że jest ono bardziej wytrzymałe, służy nam przez całe życie - kilkadziesiąt lat (czego nie można powiedzieć o silniku). Mimo skomplikowanej budowy anatomicznej oraz korelacji między sercem a innymi narządami i układami - jest proste w swej budowie ogólnej.

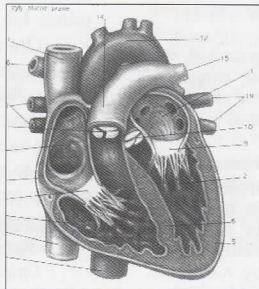
To nietypowe porównanie pomiędzy sercem a silnikiem samochodu, uzmysławia nam jak wspaniale natura je ukształtowała. Silnik samo-

chodowy, mimo że staje się coraz mniej awaryjny, powinien być kontrolowany co jakiś czas. Niekiedy dochodzi do poważniejszej uszkodzenia, wówczas odstawiamy samochód do mechanika.

Również nasze serce, najczęściej z naszego powodu, może nieprawidłowo pracować. Dlatego już od wczesnych lat powinniśmy o nie dbać. W silniku kontrolujemy poziom oleju, w sercu powinniśmy kontrolować poziom ciśnienia skurczowego i rozkurczowego. Odpowiednie oleje i benzyna gwarantują długą żywotność silnika samochodowego. Analogicznie odpowiednio spożywane pokarmy decydują o prawidłowym funkcjonowaniu serca. Rodzaj dostarczanego pokarmu pośrednio wpływa na pracę serca. Odpowiednia dieta i ćwiczenia fizyczne mogą zapewnić prawidłowe funkcjonowanie przez wiele lat.

Widać więc, że o serce i nasze zdrowie należy dbać, aby wszystkie parametry charakteryzujące pracę naszego serca utrzymały się w normie. O "awarię" serca nie trudno. Wykonuje ono ciężką pracę około 72 na minutę (1,2 Hz) – gdzie jeden cykl trwa około 800 ms. Co średnio daje 100 000 uderzeń każdego dnia, a to daje 2,5 miliarda przez całe życie, przepompowuje około 4 – 6 litrów krwi na minutę, około 8000 – 12000 litrów dziennie. Olbrzymie liczby opisują narząd wielkości zaciśniętej pięści.

Serce dostosowuje swą pracę do potrzeb organizmu dzięki trzem odmiennym mechanizmom. Pierwszy mechanizm opiera się na fizjologii narządu, drugi na biochemii komórki a trzeci na procesach najbardziej skomplikowanych poprzez dostosowanie warunków hemodynamicznych przez modyfikację ekspresji genów. Pierwszy mechanizm, który charakteryzuje serce pod względem wielu parametrów fizycznych, po-



zwala na dostosowanie pracy serca przez: regulację mechanizmu siły skurczu mięśnia sercowego w zależności od długości włókien (zjawisko Franka-Starlinga), obciążenia wstępnego (powrotu żylnego), a także zmiany obciążenia następczego (impedancja tętnicza). Odpowiednia regulacja wszystkich parametrów pracującego serca z cyklu na cykl. Szereg interakcji wpływa więc na regulację krążenia w warunkach fizjologicznych. Bez wahania stanowią charakterystykę fizyczno-mechaniczną serca. Objętość wyrzutowa serca kształtuje złożone reakcje pomiędzy obciążeniem wstępnym, kurczliwością a obciążeniem następczym. Objętość wyrzutowa i częstotliwość serca determinują pojemność minutową a ta zaś – w raz z naczyniowym oporem obwodowym – decyduje o tętniczym ciśnieniu perfuzji tkankowej.

Krótką charakterystyką fizjologii serca wskazuje na aspekty fizyczne, które są niezbędne to opisanie pracy serca, to: objętość, pojemność, obciążenie – w fizyce rozumiane jako wytrzymałość materiału na zadaną siłę lub ciśnienie, itp.

Podsumowując widać, że serce wykonuje bardzo ciężką pracę, narażone jest na olbrzymie ciśnienia na wewnętrzne ściany serca. Przygotowanie serca do takich obciążeń może być zapewnione od najmłodszych lat przez uprawianie ćwiczeń fizycznych, dostosowaną dietę. Użytki typu tytoń, czy alkohol powinny być wyeliminowane z naszego życia. Ekstremalna jazda w nieodpowiednich warunkach również nie służy samochodom a jednak dziwny jest fakt, że często o nasze samochody dbamy bardziej niż o siebie.

Marcin Stefanowicz

Mgr Bożena Krymska

Dokumentacja pielęgniarska - ale jaka ?

We współczesnym systemie opieki zdrowotnej pielęgniarka staje się członkiem zespołu terapeutycznego, w ramach którego współpracuje z różnymi profesjonalistami na partnerskich zasadach w sposób samodzielny i całościowy. Konsekwencją tego jest prowadzenie przez nią dokumentacji medycznej wspólnej dla różnych członków zespołu terapeutycznego (np. karta gorączkowa) oraz dokumentacji pielęgniarskiej.

Dokumentacja pielęgniarska powinna odzwierciedlać rzeczywistość pracę pielęgniarki. W Śląskim Centrum Chorób Serca dokumentacja pielęgniarska ponadto powinna być zgodna z:

- osiągnięciami pielęgniarstwa jako nauki,
- wymogami prawnymi,
- normą ISO 9001: 2000,
- standardem akredytacyjnym.

Dokumentacja pielęgniarska zgodna z osiągnięciami pielęgniarstwa jako nauki.

Wraz z rozwojem pielęgniarstwa zmieniło się podejście do samego pielęgnowania. Pielęgnowanie postrzega się jako wieloetapowy, ciągły i dynamiczny proces. Proces pielęgnowania składa się z :

1. rozpoznania stanu pacjenta w świetle podejścia holistycznego (tj. stanu bio-psycho-społecznego, a nawet kulturowego i duchowego),
2. planowania działania pielęgniarskiego,
3. podejmowania zaplanowanego działania,
4. oceniania uzyskanych wyników, a co za tym idzie kontrolowania i korygowania.

ROZPOZNAWANIE

PLANOWANIE

PROCES
PIELĘGNO-
WANIA

REALIZOWANIE

SPRAWDZANIE
KORYGOWANIE
OCENIANIE

Każdy etap procesu pielęgnowania powinien być odpowiednio udokumentowany. W dokumentacji powinno być miejsce na rozpoznanie stanu bio-psycho-społecznego jednostki a nawet jego środowiska (wywiad i diagnoza pielęgniarska), na zaplanowanie celowych działań pielęgniarskich wynikających z diagnozy pielęgniarskiej, które stają się wytycznymi pracy własnej pielęgniarki i koleżanek następczej zmiany dyżurnej i wreszcie na ocenę tych działań. Ocena pozwoli na udokumentowanie osiągniętych, wcześniej założonych celów, bądź skorygowanie planu, gdy te cele nie zostały osiągnięte.

Taka dokumentacja daje czytelny dla każdego członka zespołu terapeutycznego obraz tego, co i dlaczego w zakresie opieki jest aktualnie zrobione lub będzie realizowane na następnej zmianie dyżurnej w stosunku do pacjenta. Jest również jedną ze skutecznych metod komunikowania się personelu w sprawach opieki.

To współczesne podejście do pielęgnowania i takie dokumentowanie uświadamia pielęgniarkom, że ich opieka jaką sprawują oparta jest nie tylko na diagnozie lekarskiej, ale przede wszystkim na diagnozie pielęgniarskiej. Główną troską pielęgniarki jest w tym przypadku opieka nad pacjentem jako całością, lecz nie wyklucza jej udziału w procesie leczenia.

Samodzielną pracę pielęgniarek prowadzących dokumentację procesu pielęgnowania oparta jest na planie pielęgnowania. Towarzyszą jej merytoryczne dyskusje na temat planowania i samego pielęgnowania. Tak zresztą było podczas niespełna rocznej próbie wprowadzenia tego rodzaju dokumentacji na Oddziale Obserwacyjnym. Dokumentacja procesu pielęgnowania gwarantowała wzrost zrozumienia aktualnego stanu pacjenta i jego środowiska oraz wzrost wiedzy zawodowej pielęgniarki (pisałam o tym w biuletynie "Szlachetne Zdrowie" 3/2003). Poprawność i aktualność formy dokumentowania opieki pielęgniarskiej w postaci procesu pielęgnowania była zauważona również przez unijnych gości – przedstawicieli PCN, którzy odwiedzili nasz ośrodek w czerwcu bieżącego roku. Była wizytówką naszych pielęgniarek i postępów w pielęgnowaniu. Jak łatwo i przyjemnie było taką dokumentacją wtedy pochwalić się.



Bożena Krymska

Jest jeszcze jedna kwestia, o której chciałam napisać. Renoma naszej placówki wymusza na pielęgniarkach wdrażanie współczesnych osiągnięć pielęgniarstwa, rozwój zawodowy pielęgniarek oraz wkładanie wysiłku w podnoszenie jakości pielęgnowania, czego wyrazem jest dokumentacja procesu pielęgnowania.

Dokumentacja pielęgniarstwa zgodna z wymogami prawnymi.

Rodzaj i zasady prowadzenia dokumentacji medycznej, a tym samym pielęgniarstwa reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 roku w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania.

Powyższe rozporządzenie wskazuje na rodzaj dokumentacji pielęgniarstwa oraz wyszczególnia: zeszyt raportów pielęgniarstwa i kartę indywidualnej pielęgnacji. Rozporządzenie nie nakreśla formy oraz zawartości karty indywidualnej pielęgnacji. Leży to raczej w gestii osób odpowiedzialnych za jej formę bezpośrednio w placówce, której ona dotyczy.

Wyrażenie "indywidualna pielęgnacja" wskazuje, że dokumentacja powinna uwzględniać indywidualizm pacjenta, jego stan bio-psycho-społeczny, jego potrzeby, jego postawę pro- lub antyzdrowotną, jego zaistnienie jako zdarzenie w konkretnym czasie, itp. Przytaczając za "Słownikiem języka polskiego" pod red. M. Szymczaka: "indywidualny to – 1) właściwy tylko danej jednostce; osobisty, jednostkowy, osobniczy, odrębny, swoisty; 2) oddzielny, osobny, pojedynczy, niezespołowy". Natomiast "indywidualność to zespół cech psychicznych, odrębność właściwa każdemu indywidualnemu bytowi; oryginalność, swoistość, jednostkowość". Logika więc podpowiada, że stwarzanie takiej dokumentacji pielęgniarstwa, która by zmuszała do klasyfikowania pacjentów w jakieś grupy, które miałyby warunkować opiekę pielęgniarstwa, jest błędem. Kategoryzacja pacjentów pozwala bowiem tylko na orientacyjne planowanie obsady pielęgniarstwa na dany dyżur.

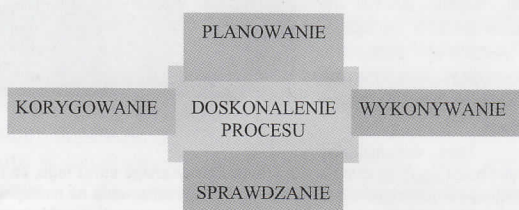
Poza tym dokumentacja pielęgniarstwa ma odzwierciedlać rzeczywistą opiekę pielęgniarstwa, a więc powinna odzwierciedlać ją jako proces rozpoznawania, planowania, realizowania, oceniania działań (kontrolowania i korygowania).

Dokumentacja pielęgniarstwa zgodna z wymogami normy ISO 9001 : 2000

Norma ISO 9001 : 2000 zakłada procesowe podejście do zarządzania jakością. W materiałach szkoleniowych czytamy: "Opieka nad pacjentem jest planowym procesem, zmierzającym do zapewnienia pacjentowi właściwej opieki, odpowiedniej do jego stanu zdrowia. Opieka obejmuje całość działań, zmierzających do poprawy stanu zdrowotnego pacjenta i zawiera działania diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne. Indywidualny plan opieki powinien być opracowany przez multidyscyplinarny zespół. Celem takiego zespołu powinno być utworzenie wieloaspektowego podejścia do leczenia i zharmonizowanie poszczególnych działań. Indywidualne cele opieki powinny być zidentyfikowane i opracowane na podstawie wywiadu, badania fizykalnego i wyników badań diagnostycznych oraz stwierdzonych potrzeb i preferencji pacjenta i zapisane w dokumentacji".

Skoro opieka nad pacjentem jest procesem, a opieka pielęgniarstwa jest jego częścią, to i ona powinna być procesem. Model PDCA (planuj, wykonuj, sprawdzaj, działaj), odnoszący się zarówno do pojedynczego procesu jak również do sieci procesów, do złudzenia przypomina etapy procesu pielęgnowania.

Model PDCA



Skoro opieka pielęgniarstwa jest procesem, to powinna być dokumentowana jako proces.

Dokumentacja pielęgniarstwa zgodna ze standardem akredytacyjnym.

Zaden z piętnastu standardów akredytacyjnych nie opisuje w szczególności jaka powinna być dokumentacja pielęgniarstwa. Niemniej niektóre standardy rzucają nieco światła na tę kwestię. Oto kilka przykładów:

Zarządzanie informacją (ZI):

ZI 4.5 W dokumentacji medycznej powinny znaleźć się zarówno informacje dotyczące leczenia i pielęgnowania.

ZI 4.6 Dokumentacja medyczna powinna zawierać wnioski i zalecenia końcowe. Skoro dokumentacja pielęgniarstwa jest częścią dokumentacji medycznej, tworzonej przez zespół multidyscyplinarny, to wnioski i zalecenia powinny dotyczyć też sfery dalszego pielęgnowania. Tak jest w założeniach dokumentacji

procesu pielęgnowania.

ZI 5. Dokumentacja medyczna musi być czytelna, kompletna i autoryzowana. W związku z powyższym właśnie dokumentacja procesu pielęgnowania zmusza pielęgniarki do systematycznego prowadzenia jej. W każdej chwili możliwe jest uzyskanie pełnej i aktualnej informacji o pacjencie i zawsze każdy wpis jest autoryzowany.

Prawa pacjenta (PP):

PP 3 Plan opieki musi być pacjentowi wyjaśniany. W dokumentacji procesu pielęgnowania pielęgniarka tworzy indywidualny plan opieki pielęgniarstwa na piśmie. Nie ma żadnych przeszkód, aby taki plan przedstawiła pacjentowi.

Ocena stanu pacjenta (OS):

OS 7 Kolejne oceny pielęgniarstwa muszą być dokonywane na koniec każdego dyżuru. Właśnie ten standard spełnia dokumentacja procesu pielęgnowania. Te systematyczne oceny pielęgniarstwa stanowią istotne źródło informacji o pacjencie. Są narzędziem komunikowania się w zespole. Pozwalają również na systematyczne modyfikowanie planu opieki pielęgniarstwa. Standard ten mówi również, że ocena działań pielęgniarstwa powinna być dołączona do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

Opieka nad pacjentem (OP):

OP 1.1 Indywidualne cele opieki muszą być zidentyfikowane. W dokumentacji procesu pielęgnowania cele opieki pielęgniarstwa są zapisywane.


OP 2 Pacjent musi mieć opracowany indywidualny plan opieki. W dokumentacji procesu pielęgnowania pielęgniarka opracowuje swój plan opieki na podstawie oceny stanu bio-psycho-społecznego w bardzo szerokim zakresie. Już po pierwszej ocenie (wywiad pielęgniarstwa), wyznacza pierwsze podstawowe działania i je realizuje sama, a następnie pielęgniarki na kolejnych dyżurach.

OP 2.1 Indywidualny plan opieki musi być opracowywany przez cały zespół terapeutyczny. Pielęgniarka jest częścią takiego zespołu. Poprzez opracowywanie planu opieki pielęgniarstwa przyczynia się do utworzenia wieloaspektowego podejścia do leczenia i zharmonizowania poszczególnych działań na rzecz pacjenta.

OP 2.3 Plan musi być modyfikowany w zależności od potrzeb. W dokumentacji procesu pielęgnowania plan opieki pielęgniarstwa nieustannie ewaluje. Jest modyfikowany zależnie od zmieniającego się stanu pacjenta, jego potrzeb, czy osiągniętych bądź nie celów opieki. Modyfikacja planu jest systematycznie, na bieżąco zapisywana w dokumentacji.

W moich rozważaniach zamierzałam podkreślić, że wprowadzenie dokumentacji pielęgniarstwa jest niezbędne. Bez tego przedsięwzięcia nie można mówić o podnoszeniu jakości pielęgnowania, tym bardziej, że do wprowadzenia jej obliguje nas prawo. Jeśli chcemy otrzymać akredytację, to powinniśmy uwzględnić minimum wymagane przez standardy akredytacyjne. Ale jeśli chcemy iść z duchem czasu i z postępem nauki oraz podnosić rangę naszej placówki, to powinna to być dokumentacja procesu pielęgnowania.

Bożena Krymska

Wyrazy wdzięczności	
<p>Składam najserdeczniejsze podziękowanie Panu Profesorowi Marianowi Zembali za uratowanie mojego życia.</p> <p>Podziękowanie również składam pracującemu pod Pana kierunkiem całemu zespołowi operacyjnemu i wszystkim lekarzom leczącym mnie po operacji.</p> <p>Paniom pielęgniarkom oraz pracownikom administracji dziękuję za codzienne zaspokajanie moich potrzeb związanych z leczeniem i opieką.</p> <p>Wszystkim Państwu dziękuję za stałe i pozytywne wzmocnienia, które były mi tak bardzo potrzebne w czasie mojej choroby. Czula się bezpieczna. (...)</p> <p>Do tej pory czuję i pamiętam Waszą pozytywną motywację i jej siłę związaną z niesieniem mi pomocy i ratowaniem mojego życia. Pamięć o tym sprawia, że w coraz większym stopniu towarzyszy mi optymizm i nadzieja.</p> <p>Dziękuję Panu, Panie Profesorze za to wszystko!..)</p> <p>wdzięczna pacjentka Helena Piotrowska</p>	
<p>Codziennie dziękuję Opatrzności za to, że trafiłam do Zabrza, a Państwu całemu Personelowi Śląskiego Centrum dziękuję za nadzieję, że także w Polsce mogą być szpitale na światowym poziomie, w których pacjent czuje, że jest najważniejszy. Modlę się za Was (...)</p> <p>AK</p>	<p>Wspaniałemu personelowi pielęgniarek składam pełne radości podziękowania za otaczanie mnie wyjątkową opieką, za ogromną cierpliwość i troskę oraz za okazywaną w każdej chwili wielką życzliwość. Ofiaruję Paniom w bukietcie najpiękniejsze słowa wdzięczności, a wdzięczność to przecież pamięć serca.</p> <p>Jacek z mamą</p>

Mgr Elżbieta Gałązka-Herczakowska

GOSPODARKA TŁUSZCZOWA**Strategia diagnostyczna****1. Diagnostyka podstawowa:**

- Triglicerydy
- Cholesterol całkowity.

Zalecenie oznaczania u osób powyżej 20 r.ż. co 5 lat tak długo jak wyniki są w granicach wartości prawidłowych.

2. Diagnostyka dalsza

Frakcje lipoproteinowe- oznaczać należy wtedy, gdy stężenie cholesterolu całkowitego sięga wartości powyżej 240 mg/dl lub mieści się w granicach 200-240 mg/dl przy innym czynniku ryzyka dla układu sercowo-naczyniowego.

Lipoproteina(a)-służy do oceny ryzyka choroby wieńcowej jako dodatkowy czynnik ryzyka.

Badanie rodzin (w celu stwierdzenia postaci rodzinnych)-oznaczać należy: triglicerydy, cholesterol, frakcje lipoproteinowe LDL i HDL

3. Diagnostyka specjalistyczna (przeprowadzana tylko w ośrodkach specjalistycznych).

- Diagnostyka enzymatyczna, np. lipaza lipoproteinowa.
- Molekularna analiza defektów za pomocą PCR np. ApoB-100, ApoE.
- Oznaczanie apolipoprotein.

Omówię ogólnie główne parametry gospodarki lipidowej wszystkim dobrze znane chociażby z własnych wyników badań krwi.

Triglicerydy i Cholesterol tworzą podstawę oceny gospodarki tłuszczowej. Hiperlipidemie (podwyższone wartości tłuszczów w krwi) są związane z podwyższonym ryzykiem miażdżycy, jednak wpływ triglicerydów jest sporny.

Triglicerydy

Inaczej Trójglicerydy (tłuszcze obojętne). Zawarte w spożywanym tłuszczu wchłaniane są w jelicie i dostają się jako chylomikrony do krwi.

Syntetyzowane endogennie w wątrobie triglicerydy dostają się jako VLDL do krwi.

Materiał do badania:

Najczęściej surowica. Badany przed pobraniem krwi nie spożywa posiłku przez 12-14 godzin, a 24 godziny pozostaje bez nadmiernego spożycia kalorii, alkoholu oraz bez dużego wysiłku fizycznego.

Wartości prawidłowe:

Jednostka tradycyjna	Jednostka SI
< 200 mg/dl	< 2,3 mmol/l

przeliczenie jednostek: mg/dl X 0,0114 = mmol/l
mmol/l X 88,55 = mg/dl

Wartości podwyższone:

- Pierwotne hipertriglicydemie (o podłożu genetycznym)
- Wtórne hipertriglicydemie (o podłożu innych chorób)
- Choroby podstawowe: cukrzyca, przewlekła niewydolność nerek, zespół nerczycowy, dna moczanowa, zapalenie trzustki, niedoczynność tarczycy
- Ciąża
- Skłonność: otyłość, nadużywanie alkoholu, odżywianie się węglowodanami
- Leki: blokery receptorów beta, tiazydy, glikokortykoidy, doustne środki antykoncepcyjne

Cholesterol całkowity

Cholesterol jest nie tylko dostarczany z pożywieniem, ale również syntetyzowany endogennie w ścianach jelita i wątrobie. Stanowi najważniejszy składnik do syntezy błon komórkowych i hormonów steroidowych.

Podwyższony poziom cholesterolu w krwi (hipercholesterolemia) jest uważana za ważny czynnik ryzyka choroby wieńcowej.

Materiał do badania:

Najczęściej surowica. Badany pozostaje 12-14 godzin na czczo przed badaniem. I podobnie jak w przypadku triglicerydów 24 godziny przed pobraniem krwi nie powinien wykonywać ciężkiej pracy fizycznej, nie powinien spożywać posiłków nadmiernie kalorycznych oraz pić alkoholu.

Wartości prawidłowe:

Wiek	Jednostki tradycyjne	Jednostki SI
> 40 r.ż.	< 240 mg/dl	< 6,2 mmol/l
30-40 r.ż.	< 220 mg/dl	< 5,7 mmol/l
< 20 r.ż.	< 200 mg/dl	< 5,2 mmol/l

przeliczenie jednostek: mg/dl X 0,026 = mmol/l
mmol/l X 38,7 = mg/dl

Interpretacja wyników:

Wartości podwyższone

- Pierwotna hipercholesterolemia
- Wtórne hipercholesterolemie
- Choroby podstawowe: przewlekła niewydolność nerek, zespół nerczycowy, przewlekłe choroby wątroby i dróg żółciowych, niedoczynność tarczycy, cukrzyca (złe wyrównana)
- Leki: doustne środki antykoncepcyjne, glikokortykoidy, leki moczopędne
- Złe nawyki żywieniowe: nadmierna podaż tłuszczów zwierzęcych, mięsa, jaj (również w makaronach).

Frakcje lipoprotein

Lipoproteiny to cząsteczki zawierające tłuszcze i białka i służą do transportu triglicerydów i cholesterolu we krwi.

Zwykle wyróżnia się następujące frakcje:

- Chylomikrony : bogate w triglicerydy. Zawierają wchłonięte w jelicie triglicerydy z pokarmu. Chylomikrony mogą być stwierdzone jedynie wzrokowo (mleczne zmętnienie surowicy krwi)
- Lipoproteiny o bardzo niskiej gęstości (**VLDL**). Bogate w triglicerydy. Zawierają triglicerydy endogenne-syntetyzowane w wątrobie.
- Lipoproteiny o niskiej gęstości (**LDL**). Bogate w cholesterol. Ta frakcja jest szczególnie miażdżycorodna (aterogenna).
- Lipoproteiny o wysokiej gęstości (**HDL**). Bogate w białko. Ta frakcja działa ochronnie na serce bo przeciwdziała miażdżycy.

Z punktu widzenia praktyki diagnostycznej najważniejsze do oceny ryzyka choroby wieńcowej i kontroli jej leczenia są frakcje cholesterolu LDL i HDL.

Bogate w triglicerydy chylomikrony i VLDL są oznaczane pośrednio przy ocenie triglicerydów.

Cholesterol LDL i HDL

Kiedy są wskazania do oznaczania tych frakcji?

Wskazania są zawsze przy:

Ocenie ryzyka miażdżycy

- przy cholesterolu całkowitym > 240 mg/dl
 - przy cholesterolu całkowitym > 200 mg/dl i co najmniej jednym z innych czynników ryzyka (takich jak: nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, cukrzyca, zawał serca w młodym wieku w rodzinie, nadwaga, niedobór aktywności fizycznej, mężczyźni po 45 r.ż., kobiety po menopauzie).
- Kontrola leczenia hipolipemicznego (dietetycznego, farmakologicznego).

Materiał do badania

Taki sam jak w przypadku cholesterolu całkowitego.

Wartości prawidłowe:

Ryzyko choroby wieńcowej	Cholesterol LDL		Cholesterol HDL		
	jednostka tradycyjna	jedn. SI	Jednostka tradycyjna	Jedn.SI	
Kobiety	normalne	<160 mg/dl	<4,2 mmol/l	>65 mg/dl	>1,7 mmol/l
	podwyższone	>180 mg/dl	>4,7 mmol/l	<45 mg/dl	<1,2 mmol/l
Mężczyźni	normalne	<160 mg/dl	<4,2 mmol/l	>55 mg/dl	>1,5 mmol/l
	podwyższone	>180 mg/dl	>4,7 mmol/l	<35 mg/dl	<0,9 mmol/l

Elżbieta Gałązka-Herczakowska

Mgr Elżbieta Gałązka-Herczakowska jest kierownikiem Laboratorium Analitycznego Śląskiego Centrum Chorób Serca

Mgr Jacek Kaczmarek

Pracownia Krzepnięcia Krwi

Pracownia Krzepnięcia Krwi a następnie Pracownia Krzepnięcia Krwi i HBs/HIV powstała w 1988 roku, zatrudniając początkowo 2 osoby. W związku z ciągłym wzrostem ilości wykonywanych oznaczeń oraz rozszerzeniem się panelu badań, zaistniała konieczność zatrudnienia dodatkowych pracowników. Obecnie zespół Pracowni składa się z 3 osób zatrudnionych na pełnym etacie oraz 2 tzw. "półetatowców". Czym się zajmujemy? Badamy procesy związane z hemostazą czyli czynniki aktywujące i hamujące krzepnięcie, a w szczególności aktywność krwinek płytkowych, białka układu krzepnięcia, białka układu fibrynolitycznego, inhibitory i aktywatory obu tych układów. Oznaczenia te są niezbędne dla pacjentów przygotowywanych do zabiegów hemodynamicznych, kardiochirurgicznych jak i dla osób u których stosowane jest leczenie doustnymi antykoagulantami. W 2003 roku na prośbę konsultanta wojewódzkiego d/s diagnostyki laboratoryjnej, po wyrażeniu zgody przez Dyрекcję Ośrodka, w naszej Pracowni powstała możliwość wykonywania badań specjalistycznych, dla pa-



Stoją od lewej: Bogusława Szymanik, Joanna Wiecheć, Sabina Czaja, Danuta Zasada
Siedzi mgr Jacek Kaczmarek

cjentów z terenu województwa śląskiego, które umożliwiają dokładniejsze diagnozowanie:

- zakrzepicy, czyli żyłowego, ograniczonego skrzepnięcia krwi, spowodowanego m.in. wrodzonym niedoborem antytrombiny III, białka C i S oraz genetycznie uwarunkowaną opornością czynnika V na aktywne białko C (APC-R)
- wrodzonych lub nabytych osoczowych skaz krwotocznych, wśród których najczęściej występujące to hemofilia A, B i C, choroba von Willebranda oraz zespół rozlanego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC)
- wrodzonych lub nabytych dysfunkcji aktywności płytek krwi, spowodowanych m.in. stosowaniem leków antyagregacyjnych.

Ponadto bierzemy aktywny udział w badaniach wykorzystywanych w programach naukowych.

Drugim członem działalności Pracowni jest diagnostyka serologiczna wirusowych zapaleń wątroby, do której zaliczyć możemy: oznaczenie obecności antygenu HBs, przeciwciał anti-HBs, przeciwciał anti-HCV. Wykonujemy również wstępny monitoring obecności przeciwciał anti-HIV.

Jacek Kaczmarek

Mgr Jacek Kaczmarek jest kierownikiem Pracowni Krzepnięcia Krwi Śl.C.Ch.S

Mgr Andrzej Stachurski

Rozbudowa Śląskiego Centrum Ch. S.

Pacjenci, którzy trafiają na konsultację do Poradni Specjalistycznych Śląskiego Centrum Chorób Serca, przeżywają nie mały stres, kiedy widzą w jakich warunkach muszą najpierw oczekiwać, a następnie przejść badania.

Istniejący obecnie barak, w którym mieszczą się gabinety lekarskie, pracownie i pomieszczenia administracyjne pierwotnie miał służyć robotnikom budującym szpital, po czym powinien zostać rozebrany. Niestety okazało się, że w budynku głównym nie ma miejsca na pomieszczenia poradni i dla administracji, wobec czego prowizorycznie umieszczono je w baraku. Ta prowizorka trwa już 20 lat.

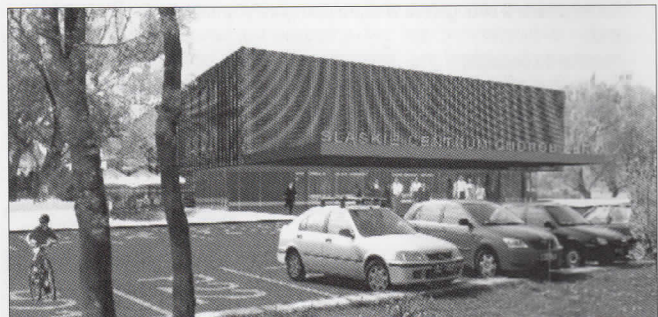
Starania o poprawę tej sytuacji rozpoczęto w 1993 roku, kiedy Dyrektorem Wojewódzkiego Ośrodka Kardiologii (dawna nazwa Śląskiego Centrum) został profesor dr hab. med. Marian Zembala. Niestety, wysyłane przez lata wnioski i prośby do władz zwierzchnich tj. Lekarza Wojewódzkiego, a następnie do Ministra Zdrowia, pozostały bez odpowiedzi.

Wyraźny postęp nastąpił w 2001 roku, kiedy to prezydent miasta Zabrze przekazał Śląskiemu Centrum 1,5 hektarową działkę z przeznaczeniem na rozbudowę szpitala.

Ogólnopolski konkurs na opracowanie koncepcji architektoniczno-urbanistycznej został już rozstrzygnięty i w dniu 24 listopada 2003 roku Urząd Zamówień Publicznych wydał zgodę na podjęcie przez zwycięzców – Biuro Projektowe „M-Projekt” z



Tak jest dzisiaj....



Czy tak będzie za dwa lata? Mamy nadzieję, że tak

Bytomia. W nowym obiekcie będą się mieścić:

1. Poradnie - kardiologii dzieci, kardiologii dorosłych, kardiologii i lipidowa
2. Pracownie diagnostyczne
3. Apteki (ogólnodostępna i szpitalna)
4. Oddział kardiologii dziecięcej (z pokojami dla matki z dzieckiem)
5. Administracja,
6. Hotelik dla pacjentów po przeszczepie, lekarzy z kraju i zagranicy oraz zaproszonych specjalistów.

W części przeznaczony na poradnie przewidziano pomieszczenia dla szatni i bufetu.

Ogółem powierzchnia nowego obiektu wyniesie 8 tysięcy metrów kwadratowych (obecny barak ma 900 metrów). Przewiduje się, że prace budowlane ruszą na przełomie kwietnia i maja 2004 roku, a pierwsi pacjenci powinni zgłosić się już do nowej placówki w styczniu 2006 roku.

Andrzej Stachurski

Wspomnienia Małgosi

Od dziesiątego roku życia wiedziałam, że moim jedynym ratunkiem jest przeszczep płuc i serca. Czekalam sześć lat, aby spełniło się moje marzenie. Ufałam, że życie to bajka, która musi mieć szczęśliwe zakończenie.

Spacerując ulicami Berlina dwudziestego drugiego sierpnia 1996 roku nie sądziłam, że ten dzień zapisze się tak bardzo w mojej pamięci i bliskich mi osób. W to sierpniowe popołudnie otrzymałam długo wyczekiwany telefon z kliniki. Dowiedziały się, że moje nowe serduszko jest w drodze i muszę natychmiast pojechać do szpitala karetką, która została już po mnie wysłana.

W pokoju, gdzie przygotowywano pacjentów do operacji, nagle opuściła mnie cała odwaga, która gromadziła się we mnie od kilku już lat. Na pytania zebranych redaktorów gazety i telewizji " ...czy jesteś szczęśliwa i co chciałaby przekazać ludziom którzy Tobie pomogli...?" potrafiłam tylko przez łzy szczerze podziękować, ale nie umiałam powiedzieć " ...jestem szczęśliwa... " bo wygrał ze mną strach. Przez głowę przemknęła mi myśl, że wspaniale byłoby, gdyby to był kolejny trzeci już fałszywy alarm. Ciocia doprowadziła mnie do białej linii przed salą operacyjną trzymając za rękę musiała chyba podarować mi dużo dobrej energii, bo spojrzałam z optymizmem w przyszłość. Myślałam o spotkaniu z rodzicami i bratem, których przy mnie nie było. Nie znałam języka niemieckiego. W takiej trudnej chwili zapomniałam też o możliwości porozumiewania się w języku angielskim. Dlatego sprowadzono anestezjologa polskiego pochodzenia. Pamiętam, że poprosiłam go o kilka poduszek pod głowę, ponieważ leżąc na płaskim nie mogłam oddychać i zasnąłam...

Po przebudzeniu obok łóżka stała moja cała rodzina ubrana w fartuchy, czepki, rękawiczki i maseczki. Widziałam tylko zapłakane, ale jak bardzo szczęśliwe oczy moich najbliższych. Nie czułam żadnego bólu, więc złapałam się za klatkę piersiową, aby sprawdzić czy bije w nim nowe serduszko. Potem długo podziwiałam moje różowe paznokcie, które przed operacją były zawsze sino fioletowe. Po kilku dniach opieki na intensywnej terapii przewieziono mnie do pokoju na oddziale transplantologii. Tu dopiero zaczęła się walka o normalne życie. Przed przeszczepem widziałam to zupełnie inaczej. Myślałam, że po paru dniach wstanę z łóżka o własnych siłach i za miesiąc opuszczę szpital. Moje pierwsze kroki nie były jednak samodzielne. Stawiałam je z pomocą dwóch siostr, trzymając się mocno balkonika. Trudno było mi zrozumieć, że od nowa muszę uczyć się chodzić. W tym momencie kiedy dreptałam szpitalnym holem wlokąc za sobą zestaw kroplówek postanowiłam, że zrealizuję moje plany i tak jak w marzeniach będę biegła, jeździła na rowerze.

W szesnaste urodziny miałam przeżyć pierwszą biopsję. Lekarze pozwolili mi jednak uczcić moje święto i choć nie mogłam jeść słodczy, otrzymałam małe ciasteczko ze świeczką, a od rodziców pierwsze rolki. To są urodziny, które zapamiętam do końca, bo podarowano mi szansę na nowe życie.

Pobyt w szpitalu nie wiąże się tylko z pięknymi i miłymi chwilami, więc i dla mnie musiały nadejść momenty ciężkiej próby. Kiedy obudziłam się następnego dnia rano, zaczęłam mieć problemy z oddychaniem. Moje serduszko biło jak oszalałe, a ja nie wiedziałam co się ze mną dzieje. Wezwałam na pomoc pielęgniarkę i zadzwoniłam do mamy. Przez łzy, nie mogąc złapać oddechu, prosiłam, aby szybko przyjechała bo wydawało mi się, że umieram. Bardzo denerwował mnie spokój opiekujących się mną siostr, powtarzających ciągle po niemiecku " ...wszystko będzie dobrze, wszystko będzie dobrze... ". Krzyczałam w moim ojczyznym języku: " nie mogę oddychać!! " Wiedziałam, że mnie nie rozumieją i w dalszym ciągu powtarzały mi, że wszystko będzie dobrze. Nie wiem o której tego dnia przyjechała moja mama, nie wiem też jak długo spałam, ale gdy się obudziłam w ustach miałam rurkę, która

wspomagała oddychanie, a w szyi jeszcze więcej wenflonów niż przed zaśnieciem. Po przebudzeniu znowu ujrzałam uśmiechniętą mamusię, która siedziała przy mnie trzymając za rękę.

Po odrzuceniu i zaserwowaniu mi ogromnej dawki leków, zupełnie zmienił się mój wygląd. Przez długi czas nie chciałam na siebie patrzeć. Oddałam wszystkie lusterka i z chęcią zakładałam maseczkę. Poświęciłam się zupełnie ćwiczeniom oddechowym i pracy nad swoją kondycją. Chodziłam z mamą na schody i sprawdzałam każdego dnia wyniki badań płuc. Bardzo chciałam już biegać, być zupełnie sprawna i niezależna. Dlatego też lekarze nazywali mnie młodą kózką z Polski. Serduszko jednak przez długi czas nie chciało być chyba moje, bo wyniki badań wciąż były niezadowolające. Cały czas widoczne były skutki ostatniego odrzutu. Zdarzały się dni, że zabraniano mi chodzić, ćwiczyć, a ja traciłam wtedy nadzieje i wiarę w lepsze jutro. Prowadzący mnie lekarze ostatnią szansę ratunku widzieli w naświetleniach promieniami rentgenowskimi. Po momentach zwątpienia trzymałam się kurczowo swoich marzeń i wspierając również rodzinę opowiadałam im jak będzie cudownie kiedy wyjdę z kliniki. Nadszedł w końcu ten dzień kiedy stwierdzono, że najtrudniejsze chwile są już za mną i otrzymałam zdjęcie mojego zdrowego serduszka, które przechowuję do dzisiaj. To pozwoliło mi myśleć o wyjeździe do sanatorium, które było kolejnym etapem leczenia - rehabilitacji, gdzie zebrałam siły na nowe życie.

Dziś kiedy zakładam łyżwy żeby szaleć na bytomskim lodowisku z moim narzeczonym, planujemy kolejną wyprawę w góry i jazdę na nartach trudno mi uwierzyć, że to co napisałam to też fragment mojego życia.

Autorka przeszła transplantację serca i płuc w Berlinie w 1997 roku, kiedy w Polsce jeszcze tych operacji nie wykonywano

Lek.med.. Helena Zakliczyńska

Rozważania przy łóżku chorego

Zanim uda nam się uratować życie jednej osobie – inna musi odejść. Ten zasadniczy wymiar transplantacji jest bodaj najtrudniejszym do zaakceptowania. Dla biorcy narządu, dla rodziny i dla lekarza. Zatrzymajmy się w skupieniu przy łóżku zmarłego. W tym miejscu medycyna poniosła porażkę. Jednocześnie rodzi się nadzieja na uratowanie innego życia.

Aby nie pozostała tylko nadzieją potrzebna jest akceptacja tych, którzy w najbardziej nieoczekiwanym momencie stają wobec wielkiej tragedii, bólu i samotności. Odchodzi osoba bliska, kochana, niezastąpiona, jedyna. Jak w takiej chwili mamy wyjść poza swoje cierpienie i rozpacz? Tu wyłania się prawdziwy wymiar człowieczeństwa, w którym nie tylko my jesteśmy ważni, ale powinniśmy poczuć się członkami ogólnoludzkiej wspólnoty. Zostawić swój ból i posłuchać lekarza, który nie może już pomóc naszemu bliskiemu, ale, dzięki któremu będziemy mogli odnaleźć jego cząstkę w przypadkowo spotkanej na ulicy osobie.

Posłuchamy i może znajdziemy w tym spokój. Pomyślimy o tym, o czym myślałby nasz bliski – czy chciałby pomóc choremu człowiekowi? Innemu, potrzebującemu, bliźniemu. Wsłuchajmy się w siebie. Wykrzykujemy swój ból i samotność, a za chwilę popatrzymy z nadzieją w przyszłość.

Podejdźmy do łóżka tego, który z nadzieją czeka na nowe życie. Spójrzmy na świat jego oczami. Porozmawiajmy z nim, z jego rodziną. I bądźmy spokojni, że nasz bliski tego właśnie by chciał, a my o tym powiemy lekarzowi. Temu, który nam pomógł zobaczyć nasze nowe oblicze.

Helena Zakliczyńska

Prof. dr hab. Janusz H. Skalski

Początki chirurgii serca

Część I – Zranienie serca...

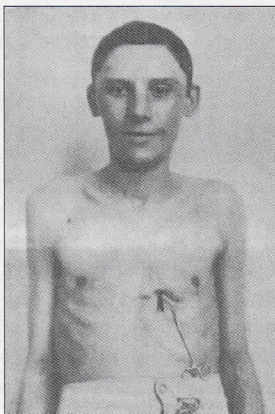


Daniel Hale Williams

reya przeżyło...

O nieufności chirurgów do rękoczynów w okolicy serca miały niejako świadczyć słowa wypowiedziane przez słynnego XIX wiecznego chirurga z Wiednia, Teodora Billrotha (1829-1894), który wedle przekazów miał powiedzieć: *“chirurg, któryby kiedyś próbował zszyć ranę serca, może być pewny, że na zawsze utraci szacunek kolegów...”*

Nie mamy jednak całkowitej pewności, czy to powszechnie znane i cytowane stwierdzenie wypowiedział Billroth z pełnym przekonaniem, czy nie był to nieprzemysłany żart, skoro w podręczniku wydanym wspólnie z F. Koenigiem w 1875 roku, autorzy nie tylko zdecydowanie opowiadają się za chirurgicznym zaopatrzeniem rany klatki piersiowej drążącej do serca, ale informują ponadto, że: *“...rana prawej*



Pierwszy kardiologiczny pacjent w Polsce

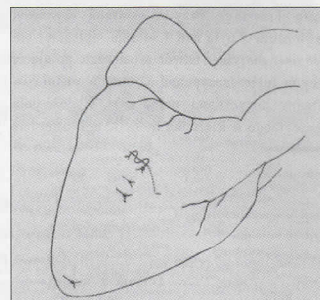
komory daje nieco lepsze rokowanie niż rana lewej (...) a w sercu może pozostać i wgoić się część raniącego narzędzia, a nawet kula. Z pomiędzy ciał obcych w sercu najczęściej spotykano igły. Rany kłute i cięte zamykać się mogą w pierwszej chwili za pomocą skrzepów krwi, tworzących niby czopek ranę zatykający...”. Jak widać, zgodnie z przekonaniem autorów, kontakt z ciałem obcym -metalem (a może i igłą chirurga?) - niekoniernie musi skończyć się źle. Starając się zachować obiektywizm stwierdzają: *“...nie możemy orzec stanowczo, czy w razie gdy*

serce mocno zostaje uciśnięte przez wylew krwawy 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 za-

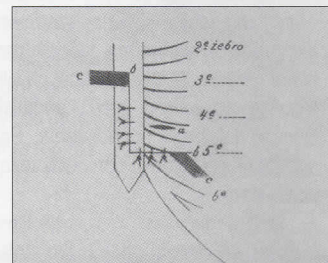
mknięcie chirurgiczne rany klatki piersiowej drążącej do serca wymaga zaopatrzenia chirurgicznego: *“Wypadek, który niedawno spostrzegalem, przemawia bardzo na korzyść natychmiastowego zamknięcia rany. Pewien młody człowiek wdrążył sobie sztylet w piątą przestwór międzyżebrowy o 1 cal na wewnątrz od 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 zagojona 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 stoczonej w przybytku rozpusty. Igłę tę nieszczęśnik wpiął sobie w klapę płaszcza przed kłotnią. Zabieg usunięcia igły miał miejsce w 1872 roku, a lekarzem, który go przeprowadził był G.W. Callender (1830-1878).

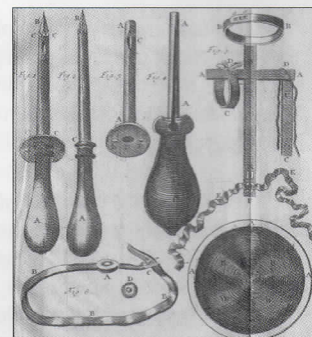
Niemal 20 lat później, dokładnie w dniu 10 lipca 1893 r. Daniel Hale Williams (1858-31) dokonuje w Provident Hospital w Chicago otwartego odbarczenia tamponady po zranieniu serca. Usuwa koniec noża tkwiącego w sercu, kontroluje ranę w tym miejscu, licząc się z koniecznością jej zszycia, wreszcie zaopatruje ranę serca (być może ją tylko uciśnął aż do ustania krwawienia). Według innych źródeł Williams naszył worek osierdziowy na ranę serca. Operację kończy zszycie osierdza, a chory z powodzeniem przeżywa zabieg. O tym, że operacja Williamsa pozostawała w zapomnieniu (przez okres pierwszej połowy XX wieku) mógł zdecydować kolor skóry chirurga i pacjenta (o nazwisku James Cornish) – obaj byli mianowicie afroamerykanami. Pacjent uznany za całkowicie zdrowego żył jeszcze 20 lat. Szpital, w którym operację przeprowadzono, był natomiast pierwszym

Rys. II.
Sawy nałożone na serce.
I. Rany serca.

Rana serca zszyta 100 lat temu

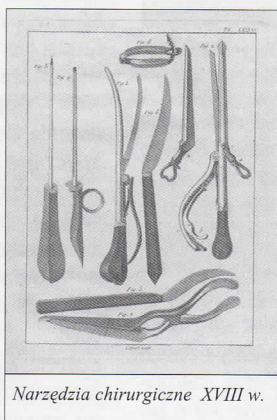
Rys. III.
1. Rana pierwotna na skórze.
2-3 Gama.
4 Sawy skórne.

Dojście operacyjne 100 lat temu



Narzędzia chirurgiczne XVII wiek

na terenie Stanów Zjednoczonych szpitalem dla czarnych obywateli. 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. Williams był inicjatorem i organizatorem szpitala dla czarnoskórych współbraci, w 1899 uzyskał tytuł profesora w Meharry Medical College w Nashville. Kolejnym pionierem kardiologii był S. del Vecchio, który dokonał w 1895 roku serii eksperymentów polegających na zszywaniu 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.



Narzędzia chirurgiczne XVIII w.

Tymczasem rok 1896 przynosi następne raporty o przeprowadzanych operacjach zszywania ran serca. Tym, który ośmielił się po raz kolejny przełamać przesąd zakazujący rękoczynów na sercu, okazał się m.in. włoski chirurg Guido Farina (1868-1959). On to w dniu 8 czerwca 1896 r. dokonał próby zszycia dość dużej rany prawej komory serca. Niestety w 5 dni po pomyślnie przeprowadzonym zabiegu wywiązało się ciężkie zapalenie płuc i 3 dni później chory zmarł.

Po upływie trzech miesięcy od opisanego wydarzenia, 9 września 1896 roku, niemiecki chirurg Ludwik Rehn (1849-1930), ordynator chirurgii we Frankfurcie n/Menem, dokonał drugiego w dziejach chirurgii zakończzonego sukcesem zaopatrzenia rany kłutej serca, zadanej nożem w bójce (pacjentem był młody pomocnik ogrodnika – Wilhelm Justus). Pacjent krwawiąc obficie z rany był mocno zanemizowany, miał objawy duszności. W celu oceny zakresu zranienia Rehn odsonił 4 lewą przestrzeń międzyżebrową, resekował chrząstkę V żebra, odsonił serce, a po zszyciu rany na przedniej ścianie prawej komory starał się wyjąć worka osierdzio-

wego 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 jednak pozostają nadal wątpliwości, czy wspomniana wcześniej operacja Williamsa była istotnie zszyciem rany mięśnia sercowego (czy tylko worka osierdzio-

wego), Rehn jawi się jako pierwszy chirurg, który dokonał w pełni udokumentowanej, udanej operacji serca.

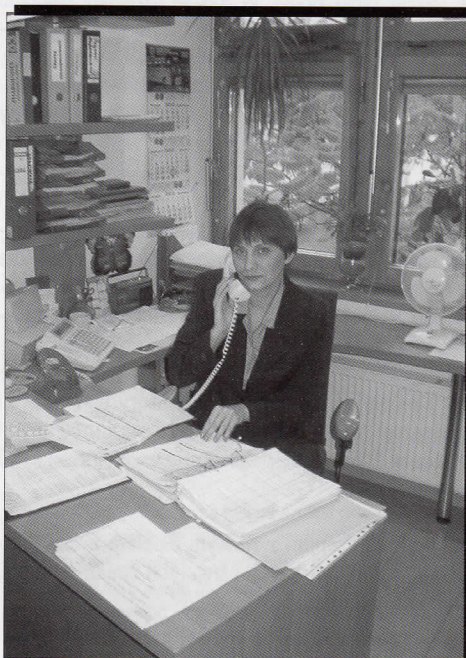
Miała i Polska swoich mistrzów w dziejach pierwszych operacji zszywania zranionego serca. Witold Horodyński przeprowadził 6 grudnia 1898 roku po raz pierwszy w Polsce operację polegającą na zaopatrzeniu kłutej rany serca. Niestety wynik był niepomyślny – operowana przez niego pacjentka zmarła w 22 dniu po zabiegu. Kilka miesięcy później Wacław Maliszewski operował dwóch mężczyzn z ranami kłutymi serca, również bez powodzenia. Dwaj ostatni chirurdzy publikują w krajowym piśmiennictwie pierwszą polską pracę naukową na temat ran serca. Jan Borzymowski przeprowadził kolejną

taką operację w Szpitalu św. Ducha w Warszawie 23 kwietnia 1902 roku, zaś w 1904 roku donosił już o trzech przypadkach, z których jeden (operacja przeprowadzona 28.02.1903) zakończył się pełnym sukcesem. Operacje polskich chirurgów wyprzedziły więc zszycie serca przeprowadzone na terenie Stanów Zjednoczonych przez H. Myricka (14.09.1902). Wcześniejsza natomiast była bez wątpienia operacja D.H. Williamsa z Chicago, ale jak pisaliśmy powyżej – trochę dyskusyjna co do zakresu zszycia samego mięśnia sercowego.

W latach 1908-1914 poza Borzymowskim także inni chirurdzy (np. K. Krajczy) przeprowadzali z coraz lepszymi wynikami operacje zaopatrywania ran serca.

c.d.n.

Janusz H. Skalski



Sekretariat Dyrektora Śląskiego Centrum – Pani Teresa Wolny – czyli kompetencja, uprzejmość i urok osobisty

Pani **Barbara Król** pracowała w Śląskim Centrum Chorób Serca na stanowisku starszej salowej od 1988 roku. Zatrudniona była w Pracowni Doświadczalnej w Zabrze-Rokitnicy, w której pracowała od czasu jej zorganizowania. Pracowała zawsze sumiennie, rzetelnie i z dużym zaangażowaniem. Jeżeli zachodziła konieczność pozostania w Pracowni, to nie szczędziła własnego czasu. Dbała o czystość, a szczególnie o kwiaty, które były ozdobą pracowni. Panował tam zawsze ład i porządek.

W uznaniu za wkład pracy i zaangażowanie na rzecz Śląskiego Centrum Chorób Serca składamy serdeczne podziękowania za włożony trud i sumienną pracę, z życzeniami spokojnych lat w zdrowiu i radości

Kierownik Działu Spraw Pracowniczych
Anna Bednarczyk



Pan **Ludwik Grychtolik**, emerytowany górnik, był najstarszym wiekiem i stażem zawodowym pracownikiem Śląskiego Centrum Chorób Serca. Rozpoczął pracę w Ośrodku w roku 1987 na stanowisku portiera. Pracował z dużym zaangażowaniem. Następnie jako brygadzysta nadzorował pracę personelu pomocniczego w Dziale Administracji – Obsłudze. Pan Ludwik Grychtolik jest osobą o dużej kulturze osobistej, z zasadami dobrego wychowania. Dla młodszych pracowników był przykładem sumiennosci i solidności. Chętnie dzielił się swoim doświadczeniem i wiedzą. Dbał o estetykę, ład i porządek wokół otoczenia naszego Ośrodka.

Tą drogą składamy Panu Ludwikowi Grychtolikowi serdeczne podziękowania za długoletni wkład pracy i zaangażowanie.

Życzymy spokojnych, dalszych lat w zdrowiu i radości codziennego dnia.

Kierownik Działu Spraw Pracowniczych
Anna Bednarczyk

Mgr Alicja Michalak

Od Stresu do Siły

część trzecia

Przyzwyczajenia...



.. Nie można ich po prostu wyrzucić przez okno. Trzeba je nakłonić, aby zeszyły na dół – schodek po schodku” (Mark Twain).

O czym najczęściej myślisz z końcem roku? Co staje się dla Ciebie najważniejsze z początkiem kolejnego?... Dla wielu z nas Święta Bożego Narodzenia, Nowy Rok to czas podsumowania tego co za nami, zaplanowania tego co przed nami i postanowienia udoskonalania tego co w nas. Czy znasz to uczucie, kiedy pojawia się silne pragnienie dokonania dobrych i twórczych zmian w swoim życiu - wokół siebie i w sobie samym? Zamierzamy zatroszczyć się o zdrowie: zadbać o swoją kondycję fizyczną, zmienić dietę i styl życia, niektórzy pragną rozstać się z nałogiem. Często deklarujemy gotowość poszerzenia swojej wiedzy i zdobycia nowych umiejętności; chcemy przeczytać zaległe książki, czasopiśmie. Pragniemy zmienić swoje relacje z ludźmi: zatroszczyć się o bliższych, odnowić przyjaźnie, chcemy być bardziej otwarci, wyrozumiali, przyjaźni, asertywni. Chcielibyśmy też zmienić stosunek do siebie: zyskać większą pewność siebie, zaakceptować i polubić siebie; zamierzamy być bardziej wytrwali, konsekwentni i systematyczni; planujemy bardziej panować nad gniewem, nadmiernym lękiem. Chcielibyśmy zyskać większy dystans do siebie i otoczenia. Chyba każdy kto próbował dokonać tych i wielu innych korzystnych zmian w sobie, odczuł wtedy trud zmiany.

Tymczasem zmiany dokonują się stale, również bez naszego udziału i kontroli. Zachodzą w bardzo szybkim tempie i nie zawsze mamy na nie wpływ. Obserwujemy, że zmiana jest jedyną niezmienną rzeczą w świecie - że jest wszechobecna, naturalna i wpisana w życie.

Gdy uważnie przyjrzymy się sobie zauważymy, że my również stale się zmieniamy: Z każdym rokiem zmienia się nasz wygląd zewnętrzny, zainteresowania, umiejętności. Zmienia się nastawienie do innych osób i sytuacji. Zmienia się nie tylko świat zewnętrzny ale również nasze patrzyenie na niego, nasze oczekiwania od siebie i innych. Teraz też ciągle dokonują się w Tobie zmiany. Nawet o nich nie myślisz może nawet ich nie dostrzegasz. Każdy kto próbował kiedyś zmienić swoje myśli, nastawienie, zachowanie mógłby teraz zapytać: „**Jeśli zmiana jest tak naturalna, dlaczego nieraz tak trudno zmienić w sobie to, co zmienić chcemy?**”. Co może nam pomóc w dokonywaniu trwałych, korzystnych i twórczych zmian w naszym życiu?

Być może pamiętasz z poprzedniej części jak wielką siłę mają nasze myśli i nastawienie - że każdy sukces ma swój początek w umyśle. Nasze uczucia i zachowanie jest owocem naszych myśli - dialogu wewnętrznego. **Jeżeli chcemy zmienić swoje uczucia i zachowanie, musimy zmienić swoje myśli.** To jest podstawowa zasada i podstawowa zmiana, od której powinniśmy rozpocząć. W jaki sposób? Przypomnij sobie jak myślałeś o swoich ostatnich postanowieniach...: „Nie zrobię tego nigdy więcej”, „Nie będę o tym myśleć”, „Nie będę się więcej spóźniać”, „Nie poddam się stresowi”, „Nie będę palić papierosów”... - to tzw. język negacji, który jest jedną z największych przeszkód w dokonywaniu w sobie zmian. **Zamiast powtarzać sobie i myśleć o tym, czego nie chcemy, powinniśmy mówić i myśleć o tym, czego chcemy:** „Chcę być punktualny”, „Chcę radzić sobie ze stresem”, „Chcę rzucić nałóg palenia papierosów”...

Kiedy już wiemy, czego pragniemy koniecznie musimy zastanowić się czy zamierzony cel jest korzystny - czy jego konsekwencje będą pomyślne oraz czy osiągnięcie tego celu jest realne. Pozytywna odpowiedź wzmocni naszą motywację i siłę wewnętrzną, natomiast

dążenie do celu nierealnego jest stratą czasu i powoduje poczucie winy, niespełnienia i frustracji.

Innym czynnikiem przeszkadzającym nam w dokonywaniu zmian jest nadmierne generalizowanie i uogólnianie celu bez ustalenia strategii działania - planu dotarcia do niego. „Postanawiam być osobą odpowiedzialną”, „Zamierzam dbać o własne zdrowie”, „Zaczynam bardziej panować nad emocjami”, „Postanawiam być osobą bardziej otwartą” - niezwykle trudno **stać się** lepszym z dnia na dzień. Łatwiej i efektywniej jest skierować uwagę na to co możemy zrobić dziś, żeby **stać się** lepszym - krok po kroku.

Popatrzmy na dokonywanie zmian w swoim życiu jak na uczenie się nowych umiejętności - zastępowanie aktualnych przyzwyczajeni i nawyków - bardziej dla nas korzystnymi.

Punktualność, prawidłowe odżywianie się, radzenie sobie ze stresem, spędzanie czasu bez papierosa, kierowanie własnymi emocjami, rozwiązywanie konfliktów zawodowych i rodzinnych, wytrwałość, konsekwencja i systematyczność itp. - to umiejętności, nawyki, przyzwyczajenia. Jeśli chcemy, możemy je zdobyć tak jak każdą umiejętność.

Pamiętasz kiedy postanowiłeś nauczyć się czegoś nowego? - może prowadzenia samochodu, pływania, obcego języka, gry na instrumencie, czynności zawodowych? Jeśli udało Ci się zdobyć potrzebną umiejętność, to stało się to z pewnością dlatego, że bardzo tego chciałeś i mocno nad nią pracowałeś - krok po kroku, lekcja po lekcji, ćwiczenie za ćwiczeniem uzyskiwałeś coraz lepsze rezultaty. Pomimo popełniania początkowo błędów, wciąż trenowałeś. Zdołałeś te umiejętności - **dokonałeś w sobie zmiany** dzięki swojej motywacji, wytrwałości i właściwej strategii działania. Z pewnością była też osoba, która wskazywała Ci drogę. A jeśli nie udało Ci się zdobyć zamierzonej umiejętności? Może zabrakło wytrwałości, może właściwej strategii działania a może motywacji? Czy naprawdę i mocno pragnąłeś zdobyć tę umiejętność? Czy byłeś przekonany, że jest Ci potrzebna i korzystna? Może ktoś inny bardziej od Ciebie pragnął, żebyś ją zdobył? **Jeśli zabrakło Ci pewności, że cel wart jest tego aby o niego walczyć - zabrakło najistotniejszego elementu.**

Siłę motywacji, jako podstawowego warunku skuteczności w dokonywaniu zmian w sobie pięknie obrazuje krótka anegdota filozofii Zen:

Młody człowiek udał się do Mędrca i błagał go aby ten nauczył go jak być dobrym i mądrym człowiekiem. Był żarliwy i długo mówił, jak bardzo pragnie dokonać w swoim życiu zmian. W trakcie rozmowy Mędrzec zaproponował aby udali się na przechadzkę. Poszli więc a młody człowiek cały czas opowiadał jak bardzo pragnie być dobrym i mądrym. Tymczasem doszli do brzegu jeziora i Mędrzec zaproponował aby kontynuowali przechadzkę w wodzie. Młody człowiek był nieco zdziwiony lecz pełen zaufania zgodził się i weszli do jeziora. Gdy woda sięgła im już po szyję, Mędrzec nagle zanurzył Młodego Człowieka pod powierzchnię. Ten zaczął chwytać powietrze, machać rękami, dławić się i rozpaczliwie usiłował uwolnić się. Wreszcie ostatnim desperackim ruchem szarpnął się i wy dostał się na powierzchnię, zaczerpnął powietrza i spojrzął ze zgrozą na Mędrca, który spokojnie powiedział: „**Kiedy zaczniesz pragnąć zmian w sobie tak jak chciałeś zaczerpnąć powietrza, wtedy wróc.**”

Jeśli mocno chcemy osiągnąć zamierzony cel, który jest dobry i realny, możemy osiągnąć wiele małych, dobrze zaplanowanymi krokami. Wtedy zmiana w Tobie może dokonać się w ciągu 5 lat lub 5 minut - to zależy tylko od Ciebie.

Z okazji Świąt Bożego Narodzenia i z Nowym Rokiem życzę Państwu i Waszym Bliskim wielu twórczych i trwałych zmian w sobie, Szczęścia i wszelkiej Pomyślności.

Alicja Michalak

Irena Młynarczyk

TRUDNY TEMAT - Seks i schorzenia układu krążenia

Współżycie seksualne jest wewnętrzną potrzebą każdego człowieka. Proste, zrozumiałe, pozbawione emocji stwierdzenie. Jakże jednak dalekie od nacechowanej onieśmieleniem i skrupowaniem rozmowy pomiędzy lekarzem a pacjentem. O ileż łatwiej mówić nam na temat diety, aktywności fizycznej, sposobów odzwyczajania się od palenia papierosów, aniżeli odnieść się do jednej z podstawowych płaszczyzn, w jakich rozgrywa się nasze życie.

Seks stanowi wrodzoną naturalną potrzebę i funkcję naszego organizmu, podobnie jak oddychanie, czy trawienie. Rodzimy się wyposażeni w potencjał fizjologiczny, który ulega kształtowaniu przez doświadczenia życiowe (biologiczne, psychiczne i społeczno-kulturowe).

Ewolucja, jaka dokonana się w ostatnich latach w rozwoju seksuologii spowodowała, że stała się ona bardziej nauką o więziach międzyludzkich, niż wiedzą o fizjologii i patologii funkcji seksualnych. Więzy te nadają sens życiu człowieka, wzbogacają jego wnętrze i przeżycia. Pozwalają zdobyć uczucia drugiej osoby, dają przyjemność, zaspokajają nasze pragnienia, eliminują odczucie izolacji i samotnienia, sprawiają, że wspólnie cieszymy się sukcesami, martwimy porażkami i zapewniają nam poczucie bezpieczeństwa.

Kontakt seksualny odbywany na podłożu miłości erotycznej, z partnerem, którego się kocha i który tę miłość odwzajemnia, dostarcza nam najwięcej satysfakcji. Ale znane są sytuacje, w których sam fakt bliskości ukochanego człowieka i związek z nim jest tak uszczęśliwiający, że redukcja potrzeby seksualnej ma znaczenie drugorzędne.

Niewielu z nas gotowych jest poruszyć ten temat a i nie każdy pacjent jest w stanie go podjąć. Według raportu Polityki dla połowy Polaków życie płciowe to najtrudniejszy ze wszystkich tematów do rozmowy.

Stan fizjologiczny organizmu ma zasadnicze znaczenie dla reakcji emocjonalno-seksualnych. Inaczej na bodziec seksualny reaguje osoba młoda o dużym libido inaczej człowiek w wieku starszym, którego popęd płciowy jest przeważnie obniżony. Inna jest reakcja człowieka o bogatym doświadczeniu erotycznym, inna tego, który współżyje rzadko i nieregularnie.

Jak wiele rzeczy w naszym życiu to czego nie wiemy / nie znamy / nie rozumiemy, budzi nasze obawy i prowadzi do nieracjonalnych zachowań.

Zdarza się, że pacjent wiedziony lękiem i niewiedzą ogranicza swoją aktywność seksualną niekiedy aż do pełnej abstynencji. Może to prowadzić do emocjonalnej frustracji i konfliktów małżeńskich, a w konsekwencji przyczynić się do nasilenia dolegliwości sercowych.

Żeby udzielić właściwej rady pacjentowi z ryzykiem zawału lub choremu na serce należy odnieść się do zmian, jakie występują w układzie krążenia w czasie stosunku i form współżycia, które mogą być dla niego niebezpieczne.

Według przeprowadzonych przez lekarzy badań żonaty od dłuższego czasu mężczyzna w średnim wieku narażony jest w czasie stosunku tylko na umiarkowany wysiłek. Analiza zapisów telemetrycznych podczas aktu zbliżenia wykazała wzrost częstości tętna od prawidłowych wartości wyjściowych do 90 i maksymalnie 140 uderzeń /min (średnio 117 /min). Obserwowane ciśnienie skurczowe osiągało wartości wyższe od spoczynkowego o 30-50 mmHg.

U tych samych osób zauważono zbliżoną wielkość tętna i ciśnienia podczas wykonywania zwykłych codziennych czynności. Bardziej obrazowe jest porównanie stosunku płciowego do wysiłku związanego z krótkim, szybkim spacerem lub wbiegnięciem na 2. piętro. Zakłada się, że chorzy, którzy bez dolegliwości znoszą takie obciążenie mogą prowadzić normalne życie płciowe.

Osobom chorym na serce zaleca się współżycie w pozycjach, które nie wywołują przedłużającego się skurczu izometrycznego, powoduje on bowiem wzrost ciśnienia krwi i pojemności minutowej, a co za tym idzie większa zapotrzebowanie mięśnia sercowego na tlen i może spowodować stenokardię lub zaburzenia rytmu. W typowej pozycji stosunku płciowego u mężczyzny, występuje izometryczny skurcz mięśni ramion i barków, odwrotne usytuowanie partnerów lub ułożenie się na boku pozwala go uniknąć. U kobiety, w żadnej z wymienionych pozycji, nie dochodzi do izometrycznego skurczu mięśni, dlatego jej pozycja ciała

nie ma tak dużego znaczenia, jak mężczyzny.

Potencja seksualna jest czułym wskaźnikiem samoświadomości oraz pewności siebie u większości mężczyzn. Na ogół to oni właśnie odznaczają się silniejszą potencją i większą częstotliwością dążeń do kontaktów seksualnych.

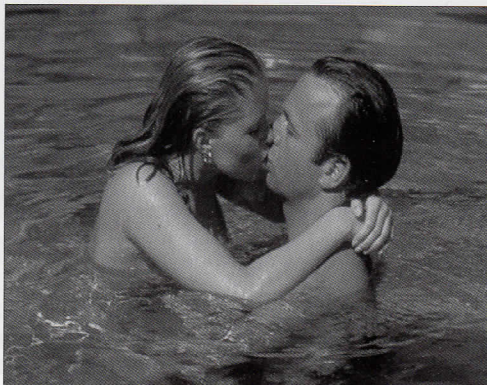
Okoliczności, w których żona z obawy o zdrowie męża okazuje przesadną troskliwość i próbuje ograniczyć stosunki płciowe, mogą wywołać u niego poczucie zmniejszonej wartości, a także obawę rzeczywistej utraty potencji.

Poprawa jakości życia jest coraz powszechniej brana pod uwagę jako wskaźnik oceny odległych wyników leczenia. Jednym z opiniowanych przez pacjentów elementów powrotu do codziennej aktywności pozazawodowej jest normalne życie płciowe. O jego randze świadczą także, choćby krótkie informacje, które można znaleźć w publikacjach / książkach / piśmiennictwie poświęconym pacjentom z chorobami układu krążenia. Ramowy program rehabilitacji kardiologicznej powinien uwzględniać nie tylko postępowanie w ostrej fazie choroby, czy tryb leczenia zachowawczego, ale także wskazówki dotyczące aktywności seksualnej.

W dużej mierze pomocne w tym zakresie są wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AHA), które pozwalają nam odpowiedzieć: czy seks jest bezpieczny dla osób z chorobami serca?, czy zżywane leki mogą wpływać na życie seksualne?, czy istnieje medyczne uzasadnienie występującej czasami niechęci do dalszego współżycia?

Podobnie jak inni, także osoby z chorobą wieńcową, po zawale serca lub zabiegu kardiologicznym mogą nadal cieszyć się seksem. Chciałabym, żeby ten artykuł choć w pewnej mierze pozwolił zaspokoić niedosyt wiadomości, rozwiał utarte mity i pozwolił nam przygotować się do takiej rozmowy.

Większość ludzi poprzez aktywność seksualną rozumie tylko współżycie płciowe. Pojęcie to mieści w sobie jednak coś więcej, czasem potrzebę bliskości drugiej osoby, czasem chęć dotyku, przytulenia się. Psychofizjologia seksualna zajmuje się reakcjami zachodzącymi nie tylko w obrębie narządów i układów człowieka, ale również sferą doznań. Reakcje i odczucia bywają różnorodne, od bardzo prostych jak zaczerwienienie twarzy, aż do złożonych występujących w czasie przeżywania orgazmu. Ich intensywność zależy od siły i rodzaju działającego bodźca. To one stopniowo przyspieszają tętno i podnoszą ciśnienie, powodują wzrost napięcia mięśni zależnych mimowolnych, są przyczyną hyperwentylacji. W fazie ustępowania podniecenia zarówno rytm serca, oddech, jak i ciśnienie tętnicze krwi wracają do normy.



Odpowiedni moment podjęcia na nowo współżycia seksualnego pacjent często potrafi określić

sam. Jednak by lepiej zrozumieć mogące pojawić się reakcje lub objawy i dla zwykłego bezpieczeństwa, uzasadniona jest wcześniejsza rozmowa z lekarzem lub innym przygotowanym do tego pracownikiem.

W przypadku chorych kardiologicznych taka decyzja powinna uwzględniać także czynnik wieku, okres znajomości partnerów czy poprzednie upodobania.

Zwykle kilka tygodni wystarcza by kobieta lub mężczyzna mogli powrócić do normalnych stosunków płciowych. Większość pacjentów podejmuje seks ze zbliżoną do okresu przed chorobą częstotliwością, niektórzy jednak stają się mniej aktywni. Przyczyna tego tkwić może w lęku, depresji lub braku pożądania i być wynikiem przejść zdrowotnych lub efektem zżytych leków.

Niezaspokojony popęd płciowy jednego lub drugiego partnera bywa źródłem napięć psychicznych. Często jednak ma on charakter przejściowy. Opisując to zagadnienie nie można nie wspomnieć o szeregu innych przyczyn mających wpływ na zainteresowanie i zdolność seksualną. Należą do nich, poza wymienionymi już przeze mnie lękiem i depresją, także trudności w zasypianiu lub przeciwnie senność (głównie w ciągu dnia), zbyt duży apetyt lub brak łaknienia, zwiększenie lub utrata wagi ciała, mała ciekawość świata zewnętrznego czy też utrzymujące się, stałe zmęczenie nawet po niewielkim wysiłku.

Mimo tak wielu różnorodnych czynników w większości przypadków są one powszechne i ustępują w okresie 3 miesięcy po zawale serca lub operacji.

Wzajemne zrozumienie, dotyk, uścisk, czułość i życzliwość mogą okresowo stanowić formę zastępczą miłości fizycznej. Wszelkie przejawy wzajemnego szacunku i przywiązania umocnią pewność siebie i przywrócą choremu satysfakcjonujące go życie.

Irena Młynarczyk

Mgr Irena Młynarczyk jest kierownikiem działu rehabilitacji w Śl.C.Ch.S

Mgr Mirosława Siola

Laboratorium Mikrobiologiczne ŚCCS



Mikrobiologia jest nauką o drobnoustrojach, czyli mikroorganizmach takich jak bakterie, grzyby, wirusy, pierwotniaki. Wykorzystuje się ją do różnych celów praktycznych, dlatego rozwinęła się mikrobiologia przemysłowa, rolnicza, weterynaryjna, spożywcza, sanitarna, medyczna. Ta ostatnia zajmuje się badaniem zależności między człowiekiem a drobnoustrojami, z którymi on współistnieje. Są wśród nich drobnoustroje zdolne do wywołania procesów chorobowych w organizmie człowieka, czyli do zakażenia. Nazywamy je drobnoustrojami chorobotwórczymi.

Badaniem drobnoustrojów zajmuje się laboratorium mikrobiologiczne. Jednym z podstawowych i najbardziej oczywistych zadań medycznego laboratorium mikrobiologicznego jest prowadzenie diagnostyki zakażeń. Ta część pracy składa się z trzech podstawowych części:

- wykrycia drobnoustroju, który wywołał zakażenie u chorego,
- identyfikacji czynnika etiologicznego zakażenia do poziomu gatunku,
- oznaczenia lekowności zidentyfikowanego patogenu.

Zakażenie jest chorobą, która nie leczona lub nieprawidłowo leczona może spowodować poważny uszczerbek na zdrowiu pacjenta, a nawet doprowadzić do jego śmierci. Dlatego niezmiernie ważne jest szybkie włączenie przez lekarza celowanej terapii. Służy temu szybka i prawidłowa diagnostyka mikrobiologiczna, która możliwa jest tylko w nowoczesnym wyposażonym laboratorium.

Mikrobiolog nie tylko wydaje wynik, ale musi go zinterpretować i udzielić konsultacji lekarzowi lecącemu chorego. Odpowiedzialny jest również za opracowanie i dostarczenie do każdego oddziału pisemnych instrukcji dotyczących pobrania i przesłania materiałów diagnostycznych do badań mikrobiologicznych oraz za przeszkolenie personelu w tym zakresie. Zatem jest to następne zadanie laboratorium polegające na współpracy z personelem lekarskim i pielęgniarskim w zakresie antybiotykoterapii oraz pobierania i przesyłania materiałów do badań mikrobiologicznych.

Laboratorium mikrobiologiczne nabrało dodatkowego znaczenia z chwilą powstania problemu zakażeń szpitalnych. Faktem jest bowiem, że nie ma na świecie szpitala, w którym nie byłoby zakażeń szpitalnych, a więc zakażeń nabytych w szpitalu. Nie wynika to, jak się powszechnie uważa, z zaniedbań ze strony pracowników służby zdrowia, co w wielu szpitalach może oczywiście mieć miejsce.

Paradoksalnie na wzrost liczby zakażeń szpitalnych wpłynął rozwój medycyny, która stosując coraz nowocześniejsze techniki diagnostyczne i terapeutyczne o charakterze inwazyjnym, ratujące zdrowie i życie chorych, coraz bardziej ingeruje w organizm ludzki niejednokrotnie obciążony wieloma chorobami. To stwarza dogodną sytuację do pokonania przez drobnoustroje barier i mechanizmów odpornościowych i tym samym wywołania zakażenia. Szpital jest złożonym ekosystemem, którego podstawowe elementy stanowią ludzie, mikroorganizmy i środowisko, będące w dynamicznych związkach umożliwiających przenoszenie drobnoustrojów chorobotwórczych i względnie chorobotwórczych (oportunistycznych).

Sytuację pogarsza fakt narastania oporności mikroorganizmów, głównie bakterii, na leki. Zjawisko to w ostatnich latach przyjęło wymiar globalny i zagraża przyszłości skutecznego leczenia zakażeń na całym świecie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Centrum Kontroli Zakażeń w USA (CDC) oraz Komisja Europejska, za jedne z najważniejszych, uznały działania zmierzające do ograniczenia szerzenia się lekoopornych drobnoustrojów. Dlatego istnieje obowiązek nadzoru i kontroli zakażeń we wszystkich krajach – zarówno na poziomie centralnym, jak i lokalnym, co nie jest możliwe bez diagnostyki mikrobiologicznej.

Kolejnym zatem zadaniem laboratorium mikrobiologicznego jest udział w kontroli i zwalczaniu zakażeń szpitalnych poprzez:

- analizę czynników etiologicznych zakażeń
- analizę wrażliwości drobnoustrojów na leki oraz mechanizmów oporności

- pomoc w ustaleniu źródeł i dróg szerzenia się zakażeń
- przekazywanie wskazań do izolacji chorych
- wykonywanie badań na nosicielstwo szczególnie groźnych drobnoustrojów
- pomoc w kontroli higieny szpitalnej
- szkolenia personelu w zakresie zwalczania zakażeń szpitalnych
- udział mikrobiologa w pracach Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Zespołu Terapeutycznego.

Aby wydawane wyniki były wiarygodne, laboratorium mikrobiologiczne zobowiązane jest do prowadzenia wewnętrznej kontroli jakości i poddawania się kontroli zewnętrznej prowadzonej przez specjalistyczny ośrodek referencyjny.

Pomimo udowodnionego i niepodważalnego znaczenia badań mikrobiologicznych, polska mikrobiologia (jak wynika z opublikowanego niedawno raportu Krajowego Konsultanta ds. Mikrobiologii) przez wiele lat niedoceniana, jest w dalszym ciągu nie dofinansowana. Brakuje pomieszczeń, sprzętu, wykwalifikowanego personelu, a ilość zleczanych badań jest żenująco niska. Wiele laboratoriów pracuje tylko do godziny 15 przez 5 lub 6 dni w tygodniu, podczas gdy w krajach rozwiniętych diagnostyka mikrobiologiczna dostępna jest codziennie całodobowo. Równocześnie w wyniku nadużywania i nieracjonalnego stosowania antybiotyków koszty antybiotykoterapii są coraz wyższe, a narastanie oporności wśród drobnoustrojów doprowadziło już do pojawiania się sytuacji klinicznych, w których brak jest możliwości terapeutycznych.



Pracownice Pracowni Mikrobiologicznej - od lewej: Elżbieta Chwistek, Mirosława Siola, Grażyna Stingl, Barbara Pasięka, Beata Wandas, Iwona Błazkiewicz i Anna Dudek.

W Śląskim Centrum Chorób Serca Pracownia Mikrobiologiczna działa od czerwca 1988 r. W pracowni zatrudnionych jest 8 osób, w tym 2 osoby z wykształceniem wyższym:

mgr Mirosława Siola – kierownik pracowni ze specjalizacją I^o z mikrobiologii
mgr Magdalena Krawczyńska – asystent ze specjalizacją I^o z mikrobiologii
 4 techników analityki medycznej: **Iwona Błazkiewicz, Elżbieta Chwistek, Anna Dudek, Barbara Pasięka**
 oraz 2 pomoce laboratoryjne: **Grażyna Stingl i Beata Wandas**.

Pracownia wyposażona jest w dwa systemy automatyczne: jeden do hodowli bakterii i grzybów z krwi i innych płynów ustrojowych oraz drugi do identyfikacji bakterii i grzybów drożdżopodobnych.

Niestety poważnym utrudnieniem w normalnej pracy pracowni są skromne powierzchniowo warunki lokalowe – znacznie odbiegające od obowiązujących norm.

Pracownia uczestniczy od 1995 r. w kontroli zewnętrznej prowadzonej przez Centralny Ośrodek Badania Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej POLMICRO, a od 2003 r. w międzynarodowej kontroli jakości NEQAS.

Pracownia jest w trakcie wdrażania systemu jakości prowadzącego do akredytacji zgodnie z wymogami normy PN-EN ISO/EC 17025:2001.

Pracownia bierze aktywny udział w pracach Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych - kierownik pracowni pełni od 1994 r. funkcję przewodniczącego Zespołu oraz wchodzi w skład Komitetu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Zespołu Terapii i Leków oraz uczestniczy w seminariach transplantacyjnych.

Mirosława Siola

Mgr Mirosława Siola jest kierownikiem Pracowni Mikrobiologicznej Ś.C.Ch.S

Wyrazy wdzięczności

Prof. dr hab. Marian Zembala
 Podziękowanie dla Pana
 doc. dr hab. Zbigniewa Kalarusa i Jego Zespołu

Chorowałem 41 lat. (...) W łódzkich szpitalach leczylem się siedmiokrotnie, bez rezultatu. (...) W dniu 17 czerwca br. doc. Dr Zbigniew Kalarus, wraz z dr Radosławem Lenarczykiem i Ewelina Gostomską dokonali udanego zabiegu ablacji drogi dodatkowego przewodzenia o lokalizacji lewostronnej bożnej. Tą drogą pragnę wyrazić najgłębsze podziękowanie (...)

- za trud wykonania specjalistycznego zabiegu,
- za poświęcenie drogiego czasu pacjentowi z Łodzi,
- za wysoką wiedzę medyczną i duże doświadczenie,
- za dobrą organizację pracy całego Oddziału,
- za wspieranie i sprawne zarządzanie zespołem pracowników.

(...) Jednocześnie przekazuję życzenia wszelkiej pomyślności w pracy i w życiu osobistym dla Pana Dyrektora i całego zespołu pracowników Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze.

Kazimierz Górecki

Ewelina Gostomska**Rozruszniki serca**

Kiedy używamy określenia **rozrusznik serca**, mamy na myśli stymulujący system, złożony z rozrusznika oraz jednej lub dwóch elektrod, które łączą go z sercem. Produkowane obecnie rozruszniki, mogą być dostosowane do indywidualnych potrzeb każdego pacjenta. Sam stymulator jest generatorem impulsów elektrycznych zasilanym przez baterię. Wytworzony przez rozrusznik impuls elektryczny przewodzony jest do serca przez cienki, izolowany drut, z którego zbudowana jest elektroda - wprowadzona do prawego przedsionka lub komory.

Zależnie od stwierdzonych zaburzeń rytmu serca, można stosować rozruszniki jednojamowe, gdzie elektrodę umieszcza się w prawym przedsionku lub prawej komorze, rozruszniki dwujamowe, w przypadku których jedną elektrodę umieszcza się w prawym przedsionku, a drugą w prawej komorze. Niektóre z firm mają w swej ofercie także stymulatory trójjamowe, gdzie elektrody umieszcza się w prawym przedsionku, w prawej i lewej komorze. Umożliwiają one jednoczesny skurcz obu komór (resynchronizacja skurcz). Ten ostatni jest zabiegiem wysoce specjalistycznym, wymagającym dużej wiedzy i fachowości ze strony lekarza operującego. Bogata oferta takich firm jak MEDTRONIK, ST. JUDE, BIOTRONIK umożliwia lekarzowi podjęcie decyzji w doborze najlepszego trybu stymulacji dla danego pacjenta.

Dzięki długoletnim intensywnym badaniom, stymulatory osiągnęły nie tylko wysoki poziom techniczny, ale są mniejsze, lżejsze, bezpieczne oraz mają bardziej opływowy kształt. Stało się to dzięki miniaturyzacji komponentów elektronicznych i baterii. Niektóre rozruszniki mogą automatycznie zmieniać częstotliwość stymulacji w zależności od potrzeb organizmu np. w czasie biegu czy pływania. Lekarz powinien poinformować pacjenta, który i rozruszników jest najlepiej dostosowany do jego potrzeb.

Kilka słów o technice zabiegu

Dzięki nowoczesnej technice, wszczepienie rozrusznika jest obecnie proste i bezpieczne. Zabieg z reguły nie trwa dłużej niż dwie godziny. Lekarz znieczula miejscowo okolicę podobojczykową i po nacięciu skóry wprowadza do żyły jedną lub dwie elektrody. Ich położenie kontrolowane jest za pomocą aparatu Rtg. Po sprawdzeniu, czy elektroda funkcjonuje prawidłowo, podłącza się do nich rozrusznik, który umieszcza się pod skórą. Następnie lekarz zaszywa ranę. Po wykonaniu jałowego opatrunku pacjent wraca do swojego oddziału. W początkowym okresie po za-

biegu może wystąpić ból spowodowany gojeniem się rany, co można złagodzić podaniem leków przeciwbólowych. Pacjent może wstać na drugi dzień po zabiegu i wrócić do codziennych czynności, unikając jednak gwałtownych ruchów ramieniem po którego stronie wszczepiono rozrusznik.

Kilka słów do pacjenta

Zwykle powrót do pełnej sprawności nie jest długi. Mogą pojawić się bóle w okolicy wszczepienia rozrusznika, a nawet obrzęk ręki. Jednak objawy te powinny ustąpić po pewnym czasie. Potrzebny jest czas do przyzwyczajenia się do posiadania rozrusznika.

Należy zwrócić się do lekarza w przypadku wystąpienia następujących objawów:

- Rana i jej okolice ulegną zaczerwienieniu, obrzmieniu lub ropieniu
- Silny ból rany
- Gorączka
- Duszności
- Zawroty głowy
- Utraty przytomności
- Odczuwanie impulsów elektrycznych w okolicy ramienia

Opieka nad pacjentem w Poradni Kardiologicznej

Pierwsze badanie kontrolne odbywa się w siódmej dobie po zabiegu. Podczas spotkania kontroluje się ranę pooperacyjną. Przy pomocy programatora, lekarz sprawdza pracę stymulatora, i dostosowuje jego parametry do indywidualnych potrzeb pacjenta. Następne wizyty z reguły odbywają się co pół roku.

Codziennie życie z rozrusznikiem

Można wykonywać codzienne zajęcia takie jak:

- Praca w domu i w ogrodzie
- Jazda rowerem
- Prowadzenie samochodu
- Kąpiel, pływanie
- Hobby i sport (po konsultacji z lekarzem)
- Być aktywnym seksualnie
- Powrócić do pracy zawodowej o ile nie ma przeciwwskazań

Nie należy posługiwać się urządzeniami wytwarzającymi silne pole elektromagnetyczne takimi jak :

- Wiertarka
- Urządzenia pneumatyczne
- Spawarka
- Kosiarka elektryczna

pielęgniarka koordynująca Ewelina Gostomska



Od lewej: mgr Urszula Stantke, mgr Małgorzata Chojecka-Dyrdaś (kierownik) Dorota Gątnicka, Barbara Łabaj, Jadwiga Głowacka, Agnieszka Cyptor - Apteka Śląskiego Centrum Chorób Serca



Wspólne wycieczki pozostawiają wiele wspomnień - zwłaszcza gdy są to wyjazdy w tak piękne okolice jak Pieniny - na zdjęciu zakończenie spływu przelosem Durnajca



Oficjalnie imprezę otworzył profesor Marian Zembala

Dzień ten cieszył się ogromnym zainteresowaniem pacjentów, nie tylko z Zabrze. Promocja zdrowia była, jest i będzie zawsze ważnym elementem działalności ŚCCS. Dlatego też "białe" soboty i niedziele stały się częścią działalności Śląskiego Centrum.

Dzięki sponsorom i ogromnemu zaangażowaniu

Sponsorzy

1. LuxPol
2. Messer POLSKA
3. Jednostka Wojskowa - GLIWICE
4. Dar Natury
5. P.H.U. "Medex"
6. GlaxoSmithKline Pharmaceuticals S.A.
7. Instr. Zespół Muzyki Dawnej "Allegro"
8. AMB-Gastro Serwis
9. TPUH-GREPOL
10. "Roker"
11. DUTCHMED
12. Stacja Pogotowia Ratunkowego w Zabrzu
13. Przedszkole "Skrzat"
14. Zepher International POLAND
15. Estrada Rybnicka
16. MSD Oddział w Polsce
17. KRKA POLSKA
18. Pfizer Polska
19. Polfarmia Biuro Handlowe
20. Servier POLSKA
21. Zespół Szkół Sportowych

personelu, odbyły się pokazy ćwiczeń fizycznych, szkolenie z zakresu pierwszej pomocy, zajęcia dla dzieci i pokazy kuchni dietetycznej wraz z degustacją. Zależało nam, aby pacjentom, którzy oczekiwali na badania i porady kardiologa, stworzyć przychylną atmosferę.

Pielęgniarki wykonały 425 badań poziomu cholesterolu, 545 pomiarów cukru we krwi, skontrolowały ciśnienie tętnicze u 462 pacjentów.

Wykonano 190 zapisów elektrokardiograficznych, 316 badań ciężaru ciała i wyliczono dla tych pacjentów prawidłowy wskaźnik masy ciała (BMI). Lekarze udzielili 406 porad, rehabilitanci 221, a dietetycy około 200. Duże zainteresowanie wzbudziło badanie tlenu węgla w powietrzu wydychanym z płuc.

Można stwierdzić, iż akcje promocji i profilaktyki tego typu są bardzo potrzebne.

MIĘDZA ŚLĄSKIEGO CENTRUM CHOROBY SERCA
„JESTEMY WYKONAWCĄ, ALECCY I POMIAROWCZĄ...”

ŚLĄSKIE CENTRUM CHOROBY SERCA
W ZABRZU UL. SZPITALNA 2

Zaprasza
28 września 2003 roku
w godzinach od 9.00 do 12.30
na
ŚWIATOWY DZIEŃ SERCA

Badania wykonywane bezpłatnie:
Badanie poziomu cholesterolu (na czczo)
Pomiar cukru we krwi (na czczo)
Pomiar ciśnienia tętniczego
Pomiar tkanki tłuszczowej
Badanie ciężaru ciała
Wykonanie ekg
Obliczanie prawidłowego wskaźnika masy ciała (BMI)
Badanie tlenu węgla w powietrzu wydychanym z płuc

Konsultacje:
Kardiologa
Dietetyka
Rehabilitanta

Szkolenie z pierwszej pomocy
Pokazy ćwiczeń fizycznych
Zajęcia dla dzieci
Pokazy kuchni dietetycznej - degustacja

Śląskie Centrum Chorób Serca - Szpital Promujący Zdrowie



Główna organizatorka - pani dr G. Mercik-Lyp



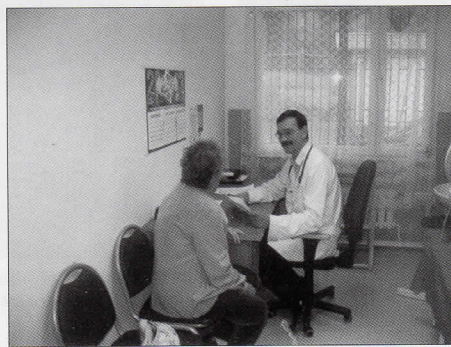
Czyżby pacjenci się bali?



Urodziwe stoisko Pracowni Rehabilitacji



Mama z synkiem przyjechali z Gliwic



Lekarze udzielili 406 porad



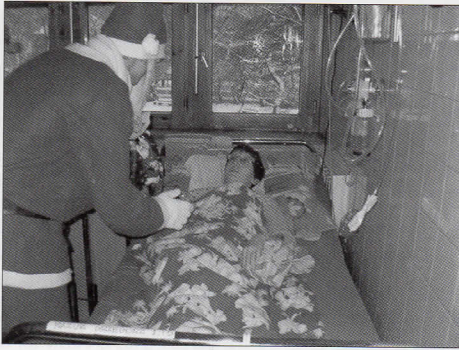
Instrukcja przed pomiarem

Dominik Pawliński

MIŚ POD SZPITALNĄ CHOINKĄ

Z inicjatywy Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA- POLAND, Oddziału Lokalnego w Katowicach w dniu 16.12.2003 r. na terenie Śląskiego Centrum Chorób Serca została zorganizowana akcja charytatywna „Miś pod szpitalną choinkę”.

Patronem i autorem honorowym akcji był Dziekan Wydziału Lekarskiego w Zabrzu ŚAM prof. dr hab. n. med. LECH POŁOŃSKI. Studenci w ten także zwyczajny wtorek przygotowali dla dzieci z Kliniki Wrodzonych Wad Serca i Kardiologii Dziecięcej Świąteczne spotkanie z Mikołajem oraz przedstawienie integrujące.



Całość imprezy była wpleciona w opowieść pani Zimy i jej pomocników-skrzatów. Dzieci zebrały się by wspólnie pośpiewać piosenki, zabawić się - co umiliło czas oczekiwania na najmiłszą chwilę: rozmowa ze Mikołajem i rozdawanie prezentów. Tych nie zabrakło dla nikogo, nawet dla dzieci które w tym dniu tylko odwiedziły Poradnię. Na każdej buźce ry-

sował się uśmiech i szczęście w oczach, o które każdy z Nas zabiega jak tylko potrafi...

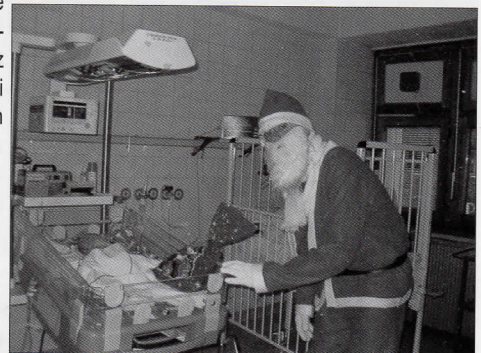
W tym samym czasie w świetlicy Oddziału Kardiologii Chirurgii odbyło się spotkanie z darczyńcami i osobami które pomagały w zorganizowaniu akcji. Dzięki ich pomocy materialnej akcja doszła do skutku.



Mamy nadzieję, że tego typu akcje będą się odbywać częściej w Śląskim Centrum, obejmować będą inne Oddziały, a „Miś pod szpitalną choinkę” wpisze się na stałe w kalendarz imprez charytatywnych i znajdzie nowych ofiarodawców.

Dominik Pawliński

Autor jest wiceprezidentem lokalnego Oddziału IFMSA Poland



Witaminy

W poprzednim numerze przedstawiliśmy witaminy rozpuszczalne w tłuszczach. Kontynuując temat omawiamy

Witaminy rozpuszczalne w wodzie. Witaminy te są gromadzone w organizmie w niewielkim stopniu, stąd dawka pokarmowa powinna zawierać ich optymalną ilość.**WITAMINA B₁**

Funkcje: Tiamina, czyli witamina B₁ stanowi istotny czynnik w reakcjach spalania węglowodanów w komórkach. Szczególnie ważną rolę pełni witamina B₁ w czynnościach i regeneracji systemu nerwowego. Składnik tkankowych układów enzymatycznych. Wspomaga proces wzrostu.

występuje: w nasionach zbóż i produktach pełnoziarnistych, otrębach, grubych kaszach, wzbogaconych płatkach śniadaniowych, drożdżach piwnych, chudej wieprzowinie, większości jarzyn, mleku, orzechach.

WITAMINA B₂

Funkcje: Ryboflawina, czyli witamina B₂ bierze udział w procesach utleniania i redukcji, współdziała w prawidłowym funkcjonowaniu układu nerwowego, współuczestniczy z witaminą A w prawidłowym funkcjonowaniu błon śluzowych, odgrywa ważną rolę w funkcjonowaniu narządu wzroku.

występuje: w wątrobie, chude sery, migdałach, grzybach, dziczyźnie, jajach, zielonych częściach warzyw, łososiu, pstrągu, makreli, pełnoziarnistym pieczywie, małżach, fasoli, grochu, soi, mleku, jogurcie, orzechach włoskich.

WITAMINA B₅ (Kwas pantotenowy)

Funkcje: Kwas pantotenowy uczestniczy w syntezie hemoglobiny, bierze udział w syntezie i rozkładzie kwasów tłuszczowych, syntezie cholesterolu i hormonów steroidowych. Bierze udział w regeneracji komórek skóry i błon śluzowych, uczestniczy w wytwarzaniu przeciwciał. Wspomaga proces pigmentacji włosów.

Występuje: w wątrobie, pełnym ziarnie zbóż, pestkach słonecznika, kielkach pszenicy, mięsie, pstrągu, śledziu, makreli, drożdżach piwnych, żółtku jaja, zielonych warzywach, orzechach włoskich, mleku, krabach, serze Camembert.

WITAMINA B₆

Funkcje: uczestniczy w przemianie aminokwasów, syntezie białek oraz metabolizmie kwasów tłuszczowych. Podnosi odporność immunologiczną organizmu i uczestniczy w tworzeniu przeciwciał.

Źródła: Występuje w rybach, wieprzowinie, kielkach pszenicy, orzechach włoskich, jajach, wątrobie, brązowym (naturalnym) ryżu, soi, pszenicy, bananach, awokado, szpinaku, drobiu,

WITAMINA B₁₂

Funkcje: uczestniczy w tworzeniu czerwonych komórek krwi, tworzeniu materiału genetycznego (synteza DNA i RNA), uczestniczy w przemianach metabolicznych kwasów tłuszczowych i węglowodanów, prawidłowym funkcjonowaniu układu nerwowego, zapobiega anemii złośliwej.

Źródła: Występuje w wątrobie, mięsie wołowym, wieprzowym i drobiowym, ostrygach, szczupaku, łososiu, śledziu, makreli, pstrągu, żółtku jaj, serach żółtych, mleku.

WITAMINA PP

Funkcje: uczestniczy w regulacji poziomu cukru we krwi, regulacji poziomu cholesterolu, uczestniczy w procesach utleniania i redukcji w organizmie, uczestniczy w utrzymaniu odpowiedniego stanu skóry, uczestniczy w regulacji przepływu krwi w naczyń, współdziała w syntezie hormonów płciowych.

Źródła: Występuje w drożdżach piwnych, orzeszkach ziemnych, wątrobie, turkiczku, mięsie drobiowym, łososiu, jajach, chudym mięsie wieprzowym i wołowym, migdałach, grzybach.

Anna Dragon, Dorota Walczyk

ŚNIADANIE

Śniadanie jest pierwszym posiłkiem, który człowiek spożywa po kilku, a nawet kilkunastogodzinnej przerwie nocnej i jednocześnie przed rozpoczęciem codziennych zajęć. W czasie snu organizm człowieka wykorzystuje znaczną część zapasów węglowodanowych. Objawia się to hipoglikemią czego następstwem jest uczucie zmęczenia, często także zdenerwowanie, brak humoru, niezdolność do intensywnego wysiłku. Przystąpienie do pracy fizycznej czy umysłowej na czczo, powoduje (niezależnie od wieku) obniżenie wydajności pracy. Praca umysłowa nie powoduje poważnych wydatków energetycznych, jednak wymaga zdolności do skupienia się, a tego nie można osiągnąć, jeśli nie dostarczymy organizmowi odpowiedniej porcji energii w postaci pożywienia.

Śniadanie powinno być posiłkiem pełnowartościowym zarówno pod względem energetycznym jak i odżywczym. Powinno dostarczyć 25-30 procent dziennej wartości energetycznej zależnej od wieku, płci, stanu fizjologicznego a przede wszystkim od aktywności fizycznej.

Śniadanie musi zawierać różnorodne składniki odżywcze. Jest to możliwe dzięki zestawieniu śniadania z maksymalnie wszystkich 12 grup produktów spożywczych.

Grupy produktów spożywczych:

1. Produkty zbożowe
2. Mleko i produkty mleczne
3. Jaja
4. Mięso i ryby
5. Masło
6. Inne tłuszcze
7. Ziemniaki
8. Warzywa i owoce dostarczające wit. C (pomidory, kapusta, brukselka, kalafior, kalarepa, papryka, porzeczki, truskawki, poziomki, maliny, cytryny, pomarańcze, agrest, jagody czarne)
9. Warzywa dostarczające karotenu (marchew, fasola szparagowa, sałata, groszek zielony, szpinak, szczypior, dynia)
10. Inne warzywa i owoce (ogórek, por, buraki, brukiew, selery, cebula, pietruszka- korzeń, rzodkiewka, rzodkiew, jabłka, gruszki, śliwki, wiśnie, czereśnie, winogrona)
11. Strączkowe suche
12. Cukier i słodycze

W skład śniadania powinny wchodzić :

- mleko pod różną postacią w formie naturalnej, w postaci kawy (zbożowej) kakao, herbaty (bawarki), jogurtu czy też zupy mlecznej, pieczywo mieszane

-Masło lub wysokogatunkowe margaryny,

-produkty zawierające białko zwierzęce czyli sery , jaja, wędliny najlepiej chude, pieczone mięsa, pasty z ryb.

Do pieczywa można dodatkowo dodać dżem, powidła lub miód (można go używać zamiast cukru do słodzenia potraw i napojów, nie więcej jednak niż 30-40g/dziennie).

Stałym nieodzownym składnikiem prawidłowo zestawionego śniadania powinny być warzywa i owoce, będące źródłem witamin i soli mineralnych, niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania organizmu.

PRODUKTY ZBOŻOWE

Należą do nich przetwory powszechnie znanych zbóż: pszenicy, żyta, jęczmienia, owsa, ryżu, kukurydzy, gryki. Produkty zbożowe są jednym z podstawowych źródeł energii i źródłem wielu składników pokarmowych. Zawierają około 70% węglowodanów, około 10-13% białka. Zwłaszcza w produktach pochodzących z przemiału całego ziarna, znajdują się znaczne ilości fosforu, wapnia, witamin z grupy B. **Przynajmniej połowa spożywanego przez nas pieczywa powinna być w postaci chleba pełnoziarnistego.**

Na śniadanie warto przygotować muesli – mieszankę różnych płatków,

głównie owsianych z nasionami innych zbóż, orzechami i suszonymi owocami. Najlepsze muesli to mieszanka zbóż ze świeżymi owocami. Muesli jest łatwe w przygotowaniu i bardzo pożywne, doskonale smakuje z mlekiem, jogurtem, kefirem, oraz sokiem owocowym.

MLEKO

Norma mleka, czyli ilość, która zaspokaja potrzeby organizmu wynosi dla dzieci 0,75-1 l dziennie a dla dorosłych 0,5 l dziennie. Spożywane w takiej ilości mleko pokrywa większą część zapotrzebowania na wapń i witaminę B. Większą wartość ma mleko częściowo pozbawione tłuszczu. Bardzo zdrowe są fermentowane przetwory z mleka: kefir, jogurt, kwaśne mleko, maślanka. Poprawią one stan higieniczny przewodu pokarmowego co ma duże znaczenie w przypadkach zmniejszonej lub zaburzonej flory bakteryjnej np.: na skutek powszechnego stosowania antybiotyków w leczeniu. Przy zakupie jogurtu należy zwracać uwagę na napis na opakowaniu: " zawiera żywe kultury bakterii". Ten jest najzdrowszy.

SERY

Sery twarogowe są bogatym źródłem białka, lecz uboższe są w wapń oraz w witaminy z grupy B ponieważ przechodzą w czasie produkcji sera do serwatki. Sery dojrzewające, zwane żółtymi, mają większą wartość odżywczą niż sery twarogowe, gdyż wapń zawarty w mleku prawie całkowicie zostaje w masie serowej. Są jednak ciężko strawne, zawierają dużo tłuszczu i cholesterolu, należy więc jadać je sporadycznie.

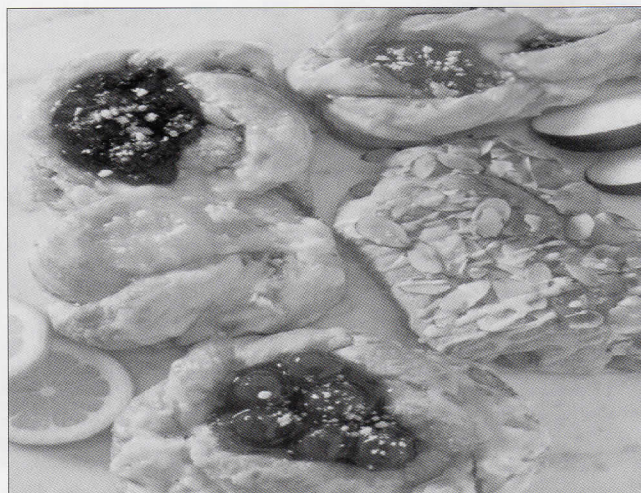
Tofu to ser sojowy. Dzięki dużej zawartości białka , żelaza, wapnia, witamin z grupy B, o bardzo małej kaloryczności i małej zawartości nasyconego tłuszczu i cholesterolu jest zalecany przez dietetyków.

Coraz większe tempo życia codziennego oraz liczne obowiązki , którymi musimy sprostować, nie sprzyjają zjedaniu porannego posiłku, a szkoda! Zazwyczaj tłumaczymy się brakiem czasu, a przecież przygotowanie śniadania potrwa krótko, jeżeli częściowo przygotujemy je poprzedniego dnia

. Możemy pokroić pieczywo (i przechowywać w woreczkach foliowych), zrobić pastę, umyć warzywa i owoce.

Dołóżmy więc wszelkich starań , aby śniadanie zjeść w domu, a do pracy zabrać drugie, które pozwoli nam wytrwać w dobrej kondycji do końca dnia pracy. Jest to bardzo istotne ponieważ czasem pracujemy do późnych godzin popołudniowych, a obiad najczęściej połączony w kolację zjadamy dość późno. Gdy przez znaczną część dnia nie jemy nic, a potem zjadamy bardzo dużo, nasz organizm, nie będąc w stanie przerobić od razu tak dużej porcji kalorii, męczy się, a nadmiar odkłada w postaci tkanki tłuszczowej, co prowadzi do nadwagi, a następnie do otyłości.

Anna Dragon, Dorota Walczyk



Aktualności STS

XIV Zjazd i Walne Zebranie STS

Doroczny zjazd STS odbył się w dniach 12-14 września 2003 roku w ośrodku „Wierna” w Bocheńcu koło Chęcina (województwo Świętokrzyskie).

Pierwszego dnia – zaraz po kolacji – tradycyjnie rozpalono ognisko, przy którym przygrywała miejscowa kapela regionalna. Zabawa przy ognisku była na tyle udana, że kilkoro uczestników skorzystało – pomimo późnej pory z kąpeli w podświetlonym (i podgrzewanym) odkrytym basenie.



Następnego dnia 42 uczestników wzięło udział w „Biegu Serc”, a pozostali kibicowali i zagrzewali biegnących do wzmoczonego wysiłku. Po obiedzie rozpoczęło się zebranie zjazdowe w czasie którego wybrano nowy zarząd, zatwierdzono zmiany w statucie i podjęto decyzję o przeniesieniu siedziby Zarządu Głównego z Lubina do Warszawy.

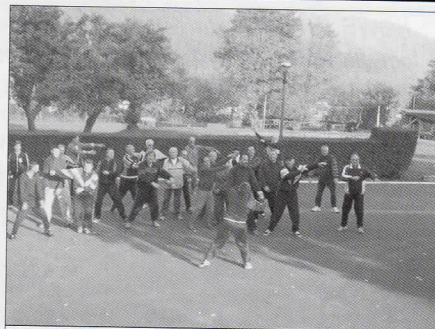
Wieczorem, tradycyjnie odbyła się „Serdeczna biesiada” w czasie której, jak zwykle bawiono się wyśmienicie.

W niedzielę po śniadaniu zebrano się na mszy świętej (do ośrodka dojechał proboszcz z parafii w Małogoszczy).

Kolejnym punktem programu było spotkanie z profesorem dr hab. med. Marią Zembalą.

W międzyczasie kolejne grupy zwiedzały jaskinię „Raj” – położoną w odległości kilkunastu kilometrów od Bocheńca (autobus kursował wahadłowo).

Niedzielną imprezę zakończył obiad.



Obóz w Krościenku – gimnastyka poranna



Obóz w Krościenku – krakowsko-zabrzeńska drużyna siatkówki



Obóz w Krościenku spacer wzdłuż Dunajca



Obóz w Krościenku – pamiątkowe zdjęcie nad Dunajcem – po słowackiej stronie

Ruch sportowy

Osoby żyjące z przeszczepionym sercem mogą w pewnym zakresie uczestniczyć w zajęciach sportowych i szereg osób to czyni. W czasie zjazdu w Bocheńcu zorganizowano dla

osób po transplantacji serca „Bieg Serc”, w którym uczestniczyło ponad 40 osób po transplantacji serca.

Najszybciej pokonał trasę Roman Błażejczak (z koła Zabrze), natomiast w poszczególnych kategoriach zwyciężyli: Anna Julewicz (Warszawa), Bogumiła Nitychoruk (Kraków), Zenon Frydrychowicz (Zabrze) i Bogusław Zasadny (Zabrze). Kolejną imprezą sportową był tygodniowy obóz przygotowawczy zorganizowany w Krościenku nad Dunajcem. W trakcie obozu przeprowadzono eliminacje w konkurencjach pływackich i lekkoatletycznych, tenisie stołowym i piłce siatkowej.

Obóz zorganizowano w ramach przygotowań do zawodów w Dublinie, mających się odbyć w czerwcu 2004 r



Działacze Zarządu koła w Zabrzu STS (od lewej) Joachim Jatta, Bernard Diły, Joachim Kania, Jerzy Szołtyk, Józefa Tobor, Dariusz Wędzel, Janusz Grund

Warsztaty psychologiczne i Przywitanie Wiosny

W ostatni weekend lutego odbędą się w Nowym Targu warsztaty psychologiczne dla osób po transplantacji serca. Będzie to kontynuacja programu zapoczątkowanego w 2002 roku – opisanego w 2 numerze naszego pisma.

Natomiast w ostatni weekend marca organizujemy spotkanie w Jarnołówku koło Głuchołazów pod nazwą „Przywitanie wiosny”. Na tę imprezę **zapraszamy wszystkich chętnych** – nie tylko członków STS. W programie jest ognisko, wycieczka do Czech, spotkanie przy muzyce. Zgłoszenia przyjmuje biuro STS.



„Bieg Serc” w Bocheńcu ukończyło 41 zawodników

„**NOWE ATENY** – albo Akademia wszelkiej Scyencyi pełna. Na różne tytuły jak na Classes podzielona, Mądrym dla memoryału, Idiotom dla Nauki, Politykom dla Praktyki, Melancholikom dla rozrywki erygowana” to encyklopedyczne dzieło księdza Benedykta Chmielowskiego odegrało w swoich czasach (wydana w roku 1745)a także i później) znaczącą rolę w rozpowszechnianiu, wśród niewykształconych kręgów szlachty polskiej (zwłaszcza kresowej) poglądów i informacji które już wtedy ludzie światli uważali za zbiór głupstw i idiotyzmów. Nie można jednak księdzu Chmielowskiemu odmówić rzetelności w powoływaniu się na autorów (z pełną wiarą w słowo pisane, choćby rozsądek i doświadczenie mówily co innego) a także zmysłu obserwacji i celnych sformułowań.

Z Nowych Aten pochodzi słynna definicja „**Koń jaki jest, każdy widzi**”. No i trudno coś zarzucić poglądom nt. chronicznych niedomogów ojczystego kraju. (cytat po lewej). Poniżej przykładowe hasła:

Co w Polsce jest złego ?

Złe są Rządy i złe drogi w Polsce, złe i mosty....

Przedstawione poniżej zdjęcia wybrano ze zbioru prac pani A.Bibik instrumentariuszki z Bloku Operacyjnego Śl. C. Ch.S



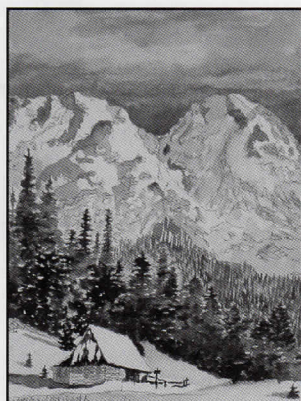
Zachód



Doliny we mgle



Zima



Zima w Tatrach

mal. Andrzej Jaworski

Jak z ołowiu zrobić żywe srebro ?

Fallopious Autor każe wziąć ołowiu, ukuć z niego młotkiem na obuchu cienkie blaszki bardzo, przesypać je solą pospolitą, włożyć oboje w naczynie szklane; dobrze zaszpuntować i zakopać w ziemię na całe dni dziewięć, tedy się ta materya zamieni w żywe srebro; jakoż w Olkuszu z ołowiu go wyprowadzają. Próbowałem ja tego, ale bez efektu, znać w ziemię niesposobną zakopałem, albo nie zaszpuntowałem dobrze słoika, albo grube blaszki były z ołowiu

Sekret dziwny o węgorzach.

Napisał Szentywani z Autorów, że Węgorza uwędziwszy i na kawałki porąbawszy, te kawałki toby w sadzawkę, w jezioro powrzucił, miałyby z tych kawałków nowe węgorze żywe

Czy pomagamy innym?

Co to znaczy pomagać innym?

Czy jesteśmy dobrzy dla innych?

Czy potrafimy słuchać i patrzeć?

Gdy ktoś zapuka do naszych drzwi i prosi o pomoc czy mu pomagamy, czy mówimy, że znowu ktoś chodzi i zakłóca nasz spokój.

Nasz cenny czas = a ktoś może nie jadt.

Jak ważne jest otwarcie na drugiego człowieka,

Czy pytamy kogoś : „ CZY TRZEBA CI POMÓC?”

Dobrze i wygodnie jest powiedzieć : „on nic nie mówił, że potrzebuje pomocy, jest inny, zmienił się”

A jak trudno samemu zapytać: „może potrzebujesz pomocy?”

Co to jest pomoc?

To nie mówienie o tym, że jesteśmy dobrzy, zawsze pomagamy,

Mówienie: „ jak on ma ciężko”, „podziwiam go, jak on może

To wszystko wytrzymać” –

I W CZYM FAKTYCZNIE POMAGAMY?!

Gdy jest nam ciężko – kto poda pomocną dłoń.

Porozmawia, pocieszy, pomoże nieść ciężar, pomoże w pracy czy chorobie.

Na mojej drodze po ciężkiej chorobie spotkałam wielu LUDZI

Którzy mi POMOGLI , nigdy nie ogarną tego co przeszłam

Ale nie wcale o to chodzi, chodzi o to że BYLI TAM,

Nie pytając dali konkretną pomoc.

Czy masz czas dla siebie?

Czy masz czas aby komuś pomóc?

To nie takiego – ale jak trudno to zrobić.

Pomóżmy komuś w chwili gdy pomocy potrzebuje,

A nie wtedy gdy będziemy mieć czas (którego zwykle nie mamy)

DAJMY KOMUŚ KROMKĘ CHLEBA

SŁOWO OTUCHY

CIEŃ NADZIEI

Dziękuję wszystkim za pomoc, dobre słowo, nadzieję, pracę, uśmiech, za ludzi których spotykam.

POZDRAWIAM

Janina Sobczak

Pomoc

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 personelu, warunkach pobytu, organizacji badań, lub też stosunku do pacjentów.

Małe co nieco dla ducha

Informacje kulturalne

Pełnia "szlachetnego zdrowia" to zarówno zdrowie ciała jak i zdrowie duszy, nierozdzielnie ze sobą związanych, przepłatających się sfer człowieka. Każdy z nas powinien się starać, aby te dwie szale znajdowały się w niezachwianej równowadze. Nie możemy dbając o sprawność fizyczną, prawidłowe odżywianie, zapominać o strawie duchowej. Jakże często mając zły humor czy chandrę zaczyna nas boleć głowa i ciśnienie robi się jakiegoś niewyraźne. Wtedy nic tak nie pomaga jak spotkanie z przyjaciółmi, ciekawa rozmowa, wyjście do kina lub na spacer, czyli tzw. "medycyna niekonwencjonalna". Niestety pogoda coraz rzadziej sprzyja przechadzkom po skwerkach, parkach lub innych terenach zielonych, za to swoje podwoje po wakacjach otwierają instytucje kulturalne, inicjujące we wrześniu i październiku sezon kulturalny 2003/2004. Obserwując wszelkie afisze interesujących propozycji nie brakuje.

Nie tak dawno zakończyły się imprezy letnie: Teatry Ogrodkowe w katowickim Teatrze Korez, w bytomskim kinie Gloria przegląd pt. "Stare Horyzonty" prezentujący filmy dystrybuowane przez Gutka, które oprócz wrażeń wizualnych gwarantowały także kilka refleksji natury psychologicznej. Zabrzeński Teatr Nowy w październiku zaprosił śląskich teatromanów na odbywający się już po raz trzeci Festiwal

Dramaturgii Współczesnej "Rzeczywistość przedstawiona".

Inauguracja sezonu kulturalnego w Bytomiu to "Impulsy" - cykl imprez trwających przez wrzesień i październik, stanowiących nie lada gratkę zarówno dla miłośników teatru, jak i malarstwa, poezji czy jazzu.

Na wieczór galowy zaproszono Macieja Maleńczuka z krakowskim Teatrem 38. W sali widowiskowej Bytomskiego Centrum Kultury zaprezentował muzyczny spektakl *Cantigas de Santa Maria* według pieśni Alfonsa X el Sabio, króla Kastylji. Choć teksty pochodzą z XIII wieku! (wzbogacono je o niezwykle, nowoczesne aranżacje muzyczne), są nadal bardzo intrygujące. Opowiadają o cudownej ingerencji sił boskich w losy bohaterów, o możliwości odwracania pozornie nieuniknionego losu, o uleczonych kalectwach i ukaranych niegodziwościach, o tym jak świat potrafi być nieprzewidywalny. Wniosek nasuwający się po tym metaforycznym widowisku brzmi: "nie wolno poddawać się fatum". Jakże jest on ważny dla osób zmagających się z chorobą - podstępny wrogiem, atakującym niespodziewanie. Nawet oglądanie, zupełnie nie związane z medycyną, teatralnego przedstawienia może wzbudzić chęć podjęcia walki, stawienia czoła trudnej sytuacji.

Przysłowie mówi: "w zdrowym ciele zdrowy duch", ale myślę, że optymistyczne nastawienie, pogoda ducha, wrażliwość, patrzyenie na świat w jasnych barwach skutecznie wspomaga i uzupełnia leczenie tradycyjnymi metodami.

Pamiętajmy, aby w naszym życiu zawsze było coś dla ciała i dla ducha.

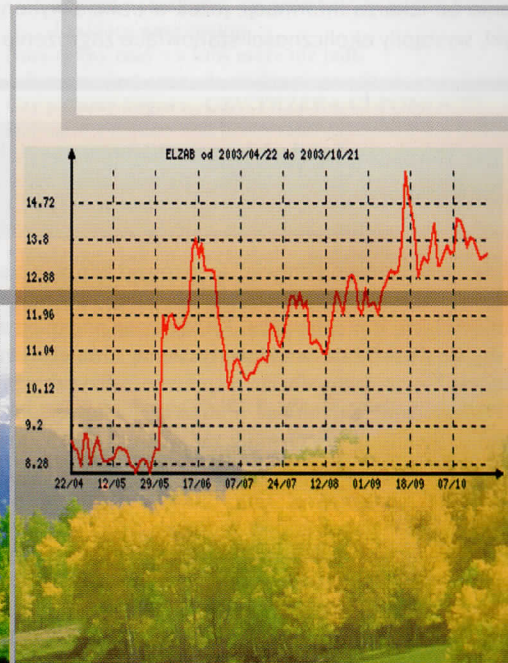
An-Ja

ELZAB - nie tylko kasy fiskalne ...



... Wspieramy Mistrza Polski Juniorów w Szachach Dariusza Świerca

Chronimy środowisko naturalne



Dbamy o wysoką jakość

A naszym akcjonariuszom przynosimy godziwy zysk



Bezpłatna infolinia: 0800 163 084

www.elzab.com.pl



ELZAB S.A. 41-813 Zabrze, ul. Kruczkowskiego 39
tel.: +48 (032) 272 20 21, fax: +48 (032) 272 25 83

e-mail: marketing@elzab.com.pl