

NR 7  
IX 2004

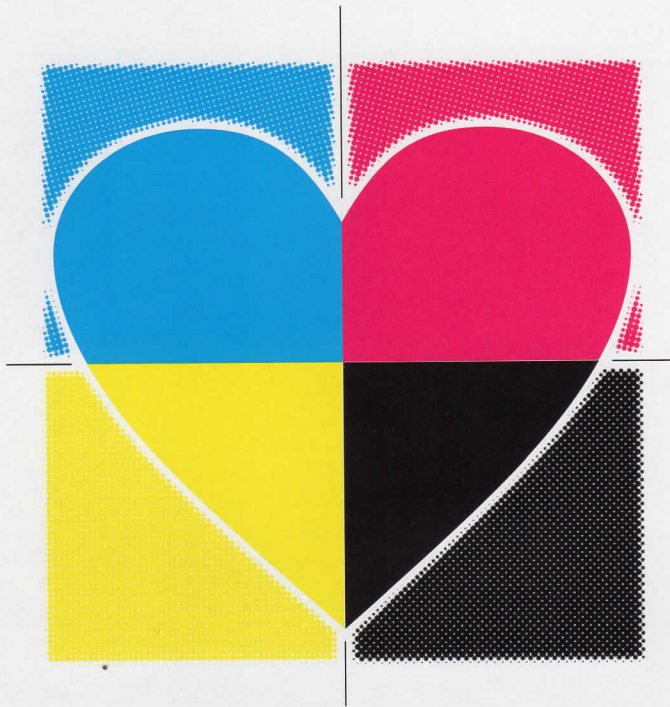
ISSN – 1730-1297  
nakład 1500 egz.



# SZLACHTNE ZDROWIE

Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca

# Dajemy JAKOŚĆ...



*... bo całe serce  
wkładamy w pracę*

NIEZMIENNIE  
NAJWYŻSZA  
JAKOŚĆ  
OD 11 LAT

POTWIERDZONA CERTYFIKATEM



**Drukarnia:**  
44-109 Gliwice, ul. Pszenna 2  
tel. 0\*32 2345-840, fax 0\*32 330-15-13

e-mail: [info@poligrafia.com.pl](mailto:info@poligrafia.com.pl)

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

[www.poligrafia.com.pl](http://www.poligrafia.com.pl)

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

## W numerze:

- Wywiad z dyrektorem ŚICChS prof. Marianem Zembalą.
- Międzynarodowe badnie „CORONA”.
- Pracownia Histopatologii.
- Nefroprotekcja – niedoceniony problem kliniczny.
- A ja lubię zapach narkozy....
- Perfuzjoniści.
- Zakażenia szpitalne a jakość usług medycznych w SCCS.
- Elektrograficzne próby wysiłkowe.
- Choroby serca w okresie ciąży i porodu.
- Reminiscencje delegata.
- Prawo pracy.
- Dieta w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy.
- Maszyna dla kłamaczuchów.
- Uwaga – sekta !
- IX European Heart and Lung Transplant Games
- Pielgrzymka i debata w Licheniu.

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

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

Najbardziej dumny jestem z tego, że chory u nas ma w sali takie same warunki jak w szpitalu holenderskim czy niemieckim. To jest moja największa duma – standard hotelowy w szpitalu. Ponieważ dawniej często było to tak po polsku – brudno i byle jak. Po drugie dumny jestem, że poziom medyczny szpitala jest wysoki. I po trzecie, że szpital - Śląskie Centrum Chorób Serca ma swoją wyrazistość, swoją tożsamość. Nie chciałbym nigdy pracować w anonimowym szpitalu. .. (profesor Marian Zembala) więcej w wywiadzie na stronie 3



Uczestnicy szkolenia ISO w Ustroniu – w dniach 20-22 października 2004 r.

## AKTUALNOŚCI

1. Pracownia Analityki Klinicznej – w kwietniu b.r zgłosiła 2 prace naukowe na temat: „Stężenie N-końcowego fragmentu peptydu natriuretycznego typu B u chorych z idiopatyczną kardiomiopatią rozstrzeniową”; Jedną z tych prac zgłoszona na XV Zjazd Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej, druga do Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Obie prace zostały przyjęte.
2. W dniach 16-19 czerwca br lekarze; dr hab. Z. Kalarus, dr A. Musiałik-Lydzka, dr O. Kowalski, dr P. Pruszkowska-Skrzep, dr R. Lenarczyk oraz dr B. Średniawa wzięli czynny udział w 14 Światowym Kongresie Elektrofizjologicznym w Nicei. Podczas Kongresu zaprezentowano 3 prace pochodzące z I Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii.
3. W maju br dr H. Krupa z I Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii wykonywał zabieg transmitowany z Krakowa na salę obrad w Paryżu, gdzie odbywał się „The Paris Course on Rerascularization EuroPCR”;
4. W dniach 13-15 maja 2004 r. odbyła się w Zabrzu 67 Wiosenna Konferencja Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.
5. W rankingu szpitali „Newsweek Polska” i Towarzystwa promocji Jakości I i III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii SCCS zajęły II miejsce w kategorii „Najlepszy oddział kardiologii”.
6. W miesiącu wrześniu odbyły się w ŚCCS audyty wewnętrzne w każdej komórce organizacyjnej.
7. Dnia 25 września 2004 roku w SCCS z okazji Światowego Dnia Serca zorganizowano w Śląskim Centrum „Białą Sobotę” w trakcie której mieszkańcy Zabrze i okolicznych miast mogli przejść badania i zapoznać się z zasadami zdrowego trybu życia.

W dniu 09-06-2004r. odbyło się spotkanie integracyjno – szkoleniowe grona pielęgniarek, na które został zaproszony Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pan Jarosław Panek. Spotkanie miało na celu przybliżenie problematyki odpowiedzialności zawodowej na podstawie dotychczasowych doświadczeń Rzecznika. Omawiane problemy wywołały ożywioną dyskusję uczestników pomogły wyłowić słabe punkty pracy pielęgniarki pod kątem odpowiedzialności zawodowej, co w przyszłości pomoże nam uniknąć roszczeń ze strony pacjentów. Spotkanie minęło w miłej i wesołej atmosferze.

Delegatki  
na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych

## Od Redakcji

W poprzednim, jubileuszowym numerze, przedstawiliśmy historię powstania i rozwoju Śląskiego Centrum, ze szczególnym podkreśleniem wybitnych osiągnięć ośrodka. Przy tak świetnej okazji, jaką były obchody 20-lecia, numer powinien być i był specjalny. Cały kolorowy, z dużą ilością zdjęć. W tym numerze wracamy do dnia powszedniego – tzn. kolor tylko na okładkach – a w środku czarno-biało. Jednak mamy nadzieję, że „szaro” – pod względem graficznym – nie oznacza „mniej ciekawie”. Mamy nadzieję, że zarówno stali, jak i przygodni czytelnicy znajdą dla siebie coś interesującego. Polecamy wywiad z dyrektorem Śląskiego Centrum Chorób Serca prof. dr. hab. Marianem Zembalą. Do lekarzy i pielęgniarek skierowane są interesujące artykuły dra Jarosława Wasilewskiego oraz dr. Gabrieli Mercik i dra Piotra Rozentryta. Natomiast pacjenci powinni zainteresować się informacjami na temat imprez organizowanych przez Stowarzyszenie Transplantacji Serca, pokazujących jak aktywnie żyją osoby, które dzięki transplantacji serca, wykonanej w Śląskim Centrum, otrzymały szansę dalszego życia. Warto też przeczytać artykuły przybliżające pracownie i oddziały, których praca nie jest z zewnątrz widoczna, a które spełniają bardzo istotną rolę w procesie leczenia.

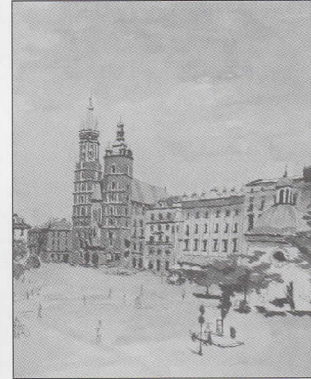
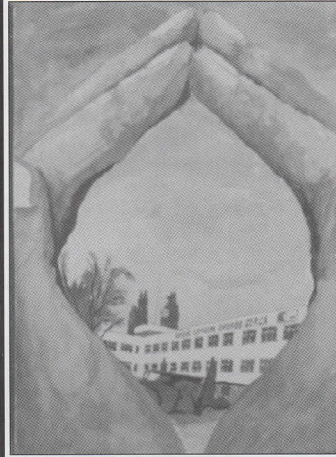


Dobiegają ostatnie przygotowania do pełnego wdrożenia systemu zarządzania jakością zgodnie z normą ISO 9001:2000. Odbyły się już pierwsze audyty wewnętrzne.



Intensywna nauka przed egzaminem uprawniającym do sprawowania funkcji audytora wewnętrznego

## Z twórczości pracowników SCCS



malował Andrzej Jaworski



Audytorzy u prof. dr hab. Jacka Białkowskiego

W dniu 25 września 2004 roku, z okazji Światowego Dnia Serca, w Śląskim Centrum można było wykonać bezpłatne badania i uzyskać poradę lekarską. Badano i mierzono: poziom cholesterolu, cukier we krwi, ciśnienie tętnicze, ilość tlenu w wydechnym powietrzu, ciężar ciała, tkankę tłuszczową, EKG. Konsultacji udzielali – kardiolodzy, dietetyczki, rehabilitanci i psycholog. W ramach demonstracji zorganizowano: pokazy ćwiczeń fizycznych, kuchni dietetycznej (z degustacją) oraz szkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy ofiarom wypadków komunikacyjnych. Zajęciom i prelekcjom towarzyszyły występy artystyczne.

## Doktor medycyny Jacek Juszczyk (1955-2004)

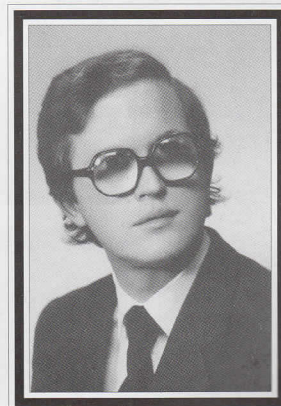
Odszedł od nas doktor Jacek Juszczyk – lekarz, kolega i przyjaciel. W Śląskim Centrum Chorób Serca pracował od początku istnienia ośrodka, czyli od 1984 roku. 20 lat to długi okres na poznanie drugiego człowieka. Doktor Jacek Juszczyk był osobą z ogromnym poczuciem sprawiedliwości, człowiekiem prawym, godnym zaufania, wrażliwym na chorobę i cierpienie ludzkie. W pracy wykazywał się dużą wiedzą i dbałością o chorego.

Od 1986 roku zajmował się medycyną nuklearną, a w szczególności izotopowymi metodami diagnostycznymi u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca. Przez kilka lat pełnił funkcję Lekarza Naczelnego ośrodka. Niósł także pomoc najbardziej potrzebującym, pracując długie lata jako lekarz karetki kardiologicznej Pogotowia Ratunkowego.

Młodych, którzy z nim pracowali uczył szacunku do drugiego człowieka i rzetelności w wykonywanym zawodzie. Ratowanie życia ludzkiego było dla niego powinnością, nie poświęceniem.

Żył zbyt krótko, odszedł zbyt nagle, ale długo pozostanie w naszej pamięci.

Koleżanki i Koledzy



## Wywiad z dyrektorem Śląskiego Centrum Chorób Serca prof. dr. hab. Marianem Zembalą

rozmawiał Tadeusz Bujak

*Panie Profesorze! Jakie były główne czynniki powodujące, że wybrał Pan studia medyczne? Czy była to kwestia tradycji rodzinnych?*

Nie – u mnie w domu nie było tradycji tego typu. Decyzję o studiowaniu medycyny podjąłem dopiero w XI klasie, a więc w klasie maturalnej. Pamiętam, że duże wrażenie wywarł na mnie bardzo dobry wywiad z profesorem Wiktorem Brossem, który ukazał się w Trybunie Robotniczej. Po przeczytaniu wywiadu podjąłem decyzję, że muszę być blisko tego człowieka, że chcę się od niego uczyć i na nim wzorować. I tak zdecydowałem się na studia medyczne we Wrocławiu. W tamtych czasach obowiązywała rejonizacja, więc chcąc studiować we Wrocławiu, musiałem się w tym mieście zameldować.

Istniał jeszcze drugi powód mojego wyjazdu poza województwo katowickie. W sierpniu 67 roku, wraz z kolegami, dołączyłem w Krzepicach, gdzie mieszkałem, do pielgrzymki młodzieży, która szła na Jasną Górę. Pielgrzymka nie miała pozwolenia, więc władze uznały ją za nielegalną. Po wakacjach, po powrocie do szkoły, zaczęto nas wzywać na przesłuchania do komend MO. Prokurator w Kłobucku oświadczył nam wprost: „panowie – będziecie mieli kłopoty przy zdawaniu na studia”.

Wolałem więc starać się na studia w innym województwie. Jednak sprawa pielgrzymki dotarła także do Wrocławia. Egzamin wstępny zdałem bardzo dobrze, ale w czasie rozmowy z Komisją Egzaminacyjną doszło do sporu między rektorem, który zarzucił mi antypaństwową postawę, a (paradoksalnie) I sekretarzem partii (docentem Cisko), który stanął w mojej obronie.

*A co zadecydowało o wyborze kardiologii?*

Przede wszystkim fascynacja osobą profesora Wiktora Brossa. Wcześniej, w czasie studiów, od drugiego roku przyciągał mnie szef chirurgii naczyniowej, profesor Klemens Skóra, który zaproponował mi rolę zastępcy asystenta. Oznaczało to, że w każdy wtorek, kiedy w klinice chirurgii naczyń, na Poniatowskiego we Wrocławiu, był ostry dyżur, musiałem (bez względu na pogodę, zajęcia na uczelni czy inne utrudnienia) przyjść i pracować do końca dyżuru. Nie było to łatwe, ale była to znakomita szkoła życia i obowiązkowości.

Na zakończenie studiów otrzymałem nagrodę kopernikowską, dającą tytuł „Primus Inter Pares”, z czym związana była możliwość wybrania dowolnego miejsca pracy w kraju. Wybrałem II Klinikę Chirurgii profesora Wiktora Brossa i miałem wielką przyjemność pracowania z Profesorem przez cały rok. Bross przyjął mnie bardzo serdecznie, co dla mnie, wtedy młodego chirurga, było niesłychanie mobilizujące. Do dzisiaj pamiętam operację przepukliny pachwinowej, przy której Bross mi asystował. Niestety Profesor odszedł na emeryturę, a jego następcą nie potrafił utrzymać poziomu kliniki. Zniknął element analizy wyników leczenia, poszukiwania nowych metod i kontaktowania się z przodującymi ośrodkami europejskimi i światowymi. Był to okres mojego rozczarowania ośrodkiem wrocławskim.

*Czy wtedy Pan Profesor wyjechał do Holandii?*



Nie. Po zrobieniu doktoratu i specjalizacji z chirurgii ogólnej II stopnia, sam sobie załatwiłem staż i wyjechałem w roku 197-9 do Belgii. W Klinice Kardiologii Katolickiego Uniwersytetu w Leuven, kierowanej przez profesora Stalperta, zobaczyłem wielką kardiologię. Wywarło to na mnie tak wielkie wrażenie, że pomimo faktu, iż nie otrzymywałem żadnego wynagrodzenia i musiałem sam się utrzymywać, postanowiłem sobie, że ponownie wyjadę na Zachód.

Kolejny wyjazd bardzo ułatwiła mi opinia, jaką otrzymałem na koniec stażu w Belgii. Tym razem wyjechałem do Kliniki Kardiologii St. Antonius w Utrechcie – w Holandii, gdzie pracowałem przez kilka lat. To była bardzo mocna klinika – 2600 operacji serca rocznie (ilość wtedy dla nas niewyobrażalna) – ze świetną organizacją i znakomitym modelem pracy.

W czasie późniejszej pracy w Niemczech, Anglii czy w Stanach mogłem obserwować różne układy organizacyjne.

Na przykład – w Wielkiej Brytanii, do dzisiaj konsultant ma zupełnie niezależną pozycję – nie odpowiada przed nikim, poza dyrektorem i wokół niego skupia się grupa rezydentów. Czyli model kompletnie zdecentralizowany.

Model niemiecki, szwajcarski (ale i wtedy także polski) był niesłychanie hierarchiczny. Miał pewne zalety ale także niestety wiele wad – przede wszystkim hamował inicjatywy i ograniczał rozwój.

Natomiast model holenderski łączył w sobie zalety obydwu tych systemów a jednocześnie eliminował wady. Szef odpowiadał za całość, ale dzięki analizie dostrzegano indywidualności, tworzono warunki do konkurencji i doceniano talenty. Ten model bardzo mi przypadł do gustu, bo stwarza szansę rozwoju wszystkim – nie tylko szefowi.

*Czy Pan Profesor był inicjatorem akcji leczenia polskich dzieci w Holandii?*

To był przypadek. Przez większość pobytu w Holandii byłem sam, więc oczywiście w weekendy chętnie dyżurowałem w szpitalu. Za to otrzymywałem wolne poniedziałki, w które chodziłem do szpitala uniwersyteckiego na wykonywane przez doktora Hitchcocka (ucznia Barnarda) operacje dzieci. Któregoś dnia zauważyłem wielkie poruszenie – odwołano operacje, ponieważ nie dojechały dzieci z Indonezji, planowane na ten dzień. Słuchając uwag Holendrów, którym w głowach się nie mieściło, że ustalony harmonogram nie może być realizowany powiedziałem: „Słuchajcie, a może byście zaczęli operować dzieci z Polski, gdzie też są duże potrzeby”.

Nie przypuszczałem, że będą jakieś konsekwencje mojej wypowiedzi. Tymczasem trzy tygodnie później zaproszono

mnie na poważną dyskusję, w której uczestniczyło 6 osób – w tym między innymi przewodniczący holenderskiej organizacji “dzieciom w potrzebie”, profesor Hitchcock, dyrektor szpitala oraz Polka Krystyna Elmer. Dowiedziałem się, że zespół postanowił operować polskie dzieci. Zadali mi pytanie – “Ile dzieci powinniśmy przyjąć”. Chciałem być delikatny i powiedziałem: “około 30”, chociaż w duchu oczekiwałem, że usłyszę “tylko dwoje, troje”. Na to powiedzieli “Wie Pan, myśmy przeanalizowali, że powinno być około 300 – 400”. Nie mogłem uwierzyć w to co usłyszałem. Na tym zebraniu ustalono niezbędne szczegóły. Ze swojej strony zgłosiłem życzenie, żeby na szkolenia mogli z dziećmi przyjeżdżać lekarze i pielęgniarki.

Wkrótce zaangażowały się kanały telewizyjne – katolicki i protestancki, które przygotowały programy promocyjne z udziałem znakomitych aktorów.

Początkowo myślałem, że współpraca będzie nawiązana z ośrodkiem wrocławskim, ale ówczesny rektor i prorektor oświadczyli, że nie życzą sobie żadnej współpracy.

Dwa miesiące później doszło w Polsce do spotkania z wiceministrem zdrowia profesorem Mlekojadem, oraz panią profesor Marią Hofman- dyrektorem Instytutu Kardiologii i panią profesor Kubicką z Centrum Zdrowia Dziecka.

Ustalono, że zespoły profesora Rużyły oraz profesor Kubickiej będą pełniły rolę ekspertów po stronie polskiej. I z satysfakcją muszę powiedzieć, że pod względem medycznym, te zespoły znakomicie się wywiązały ze swoich zadań.

Akcja trwała przez 7 lat i w tym czasie bezpłatnie zoperowano 520 dzieci z całej Polski – w tym 11 z domów dziecka. Ministerstwo Zdrowia płaciło tylko za transport.

Jednocześnie doświadczenie zdobyło ponad 70 osób personelu – lekarzy, pielęgniarek i perfuzjonistów.

*Co wpłynęło na podjęcie przez Pana Profesora decyzji o podjęciu pracy w Zabrze?*

Kiedy jeszcze pracowałem we Wrocławiu, w Polanicy odbyła się znakomita konferencja, na którą przyjechał Mariusz Barnard – brat Christana. Nagle zobaczyłem, że świat przeszczepów i transplantologii nie jest tak bardzo odległy. Zresztą Bross, u którego pracowałem, ciągle marzył o transplantacji serca. Na kolejnym spotkaniu, w Szczecinie osobą, która bardzo dobrze się zaprezentowała był profesor Religa – ówczesny docent, z którym notabene mieszkałem w jednym pokoju. Zbigniew Religa był wtedy młody, rzutki, energiczny – bezpośrednio po pobycie w Ameryce!

W czasie mojej pracy w Holandii otrzymałem list podpisany przez ówczesnego dyrektora docenta Pasyka, który napisał, że pani dr Goldstein słyszała o mojej pracy w Holandii, o akcji operowaniu polskich dzieci i moim udziale w jej organizowaniu.

W tym liście doc. Pasyk zaproponował mi, żebym przyjechał do Zabrze, gdzie szefem będzie docent Religa. Uznałem, że praca w Zabrze będzie dla mnie szansą i odpisałem, że się zgadzam. Zdecydowałem się na powrót. Nie wracałem jednak do Wrocławia, tylko od razu zrobiłem przeprowadzkę do Zabrze.

Docent Religa zaprosił wtedy do współpracy: ze starszej grupy Andrzeja Bochenka, Jurka Wołczyka i mnie oraz wielu obiecujących młodych lekarzy, którzy dzisiaj są samodzielnymi chirurgami jak: Przybylskiego, Pacholewicza, Ryfińskiego, Bachowskiego itd. Tak się zaczęła kardiocirurgia w Zabrze.

*Dlaczego przez jakiś czas pracował Pan w Ochojcu?*

Odejście do Ochojca było bardzo klarowne – wpłynęły na to dwa zdarzenia. Otwarcie nowego szpitala, w którym już był zaangażowany docent Bochenek oraz fakt, że nasz szpital wymagał remontu. Szpital był na granicy wytrzymałości i wymagał naprawdę dużego remontu.

Sale operacyjne były coraz bardziej zaniedbane i docent Religa podjął decyzję – „zamykamy Zabrze”! Na 9 miesięcy zamknięto ten szpital, a Zbigniew Religa również przez jakiś czas operował w Ochojcu. Natomiast moim zadaniem była pomoc Bochenkowi – on uruchamiał jeden oddział, a ja drugi. Zoperowałem tam około 160 chorych. Myślę, że to był dla mnie dobry czas – poznałem tych ludzi, mam tam wielu przyjaciół, nie czułem się intruzem. Myślę, że oni też mnie pamiętają z dobrej strony.

*Jak doszło do tego, że Pan Profesor został dyrektorem WOK?*

Człowiek nigdy nie wie co go czeka. W szpitalu narastały dziwne konflikty. Wydawało mi się, że trzeba coś zrobić. Szpital bardzo biedniał – ten mocny ośrodek, który był tak obecny w mediach, w którym działały takie programy, jak np. transplantacyjny. Jednocześnie czuliśmy, że jest coraz trudniej. W latach 1990 - 91 – zrobiono remont, ale klimatyzacja nie działała nawet po remoncie.

O sprzęt było coraz trudniej. W 1991 roku prawie otarliśmy się o brak szwów. W 1992 roku nagle chirurdzy nie mieli prawa korzystania ze stołówki. Takie jakieś absurdalne sprawy, do których nie chciałem wracać. Uznałem, że mając wieloletnie doświadczenie holenderskie, mogę doprowadzić do tego, że ośrodek będzie pracować lepiej.

Kiedy ogłoszono konkurs na stanowisko dyrektora miałem poparcie 2 osób. Pierwszą był profesor Religa. Gdy go pierwszy raz zapytałem - powiedział: „poczekaj jeszcze pół roku”. Ale przy drugim zapytaniu mocno mnie poparł. A miałem także poparcie Sośnierza, który był wówczas kierownikiem wydziału zdrowia i który twierdził, że przyszedł czas, aby ten szpital poprowadzić lepiej.

Jak się patrzę z perspektywy 11 lat swojego dyrektorowania, to mogę stwierdzić, że każdego roku zaczynaliśmy coś nowego. Kolejno remontujemy i unowocześniamy ośrodek, który osiągnął poziom odpowiadający standardom zachodnim.

*Śląskie Centrum zajmuje czołowe miejsca w rankingach szpitali opracowywanych przez redakcje poważnych pism.*

*Jakie są źródła sukcesu? Co wpłynęło na to, że szpital ma opinię jednego z najlepszych w Polsce?*

Decydującą rolę odegrało przyjęcie przez nas (tzn. przeze mnie i współpracujących ze mną osób ze ścisłego kierownictwa) nowej koncepcji pracy.

Można ją zawrzeć w czterech punktach:

1. Podział decyzyjności – ufając zespołowi, ale przy wysokich wymaganiach wobec jednostek i całego zespołu,
- 2 – pokonanie schematu (często w polskich szpitalach pokutującego) przeciwstawiającego dyrektora lekarzom („ja” dyrektor – „oni” personel medyczny). U nas tego nie ma.
3. Pokonanie schematu, że problemy szpitala są wyłącznym zmartwieniem dyrektora (czy dyrekcji). Przyjęliśmy, że są to także problemy ordynatorów.
4. Przyjęcie zasady, że pieniądze od sponsorów muszą służyć szpitalowi a nie prywatnym fundacjom.

Duży wpływ na naszą sytuację miał śmiały minister zdrowia, profesor Jacek Żochowski, który w 1996 roku dał zielone

światło na wprowadzenie u nas reform – na zasadzie pilotażu. Wiadomo, że w małym szpitalu można było łatwo sprawdzić zalety i wady systemu. Ministerstwo bardzo skorzystało z naszych doświadczeń.

W naszych warunkach system się sprawdził – jedynym rokiem, kiedy mieliśmy dług był 1999 – przy czym gdyby nam zapłacono za wszystkie wykonane zabiegi, to i wtedy długu by nie było.

Siłą naszego szpitala jest umiejętna praca zespołowa. Na przykład na uzgodnienia kontraktów jeździliśmy po Polsce w zespole 7 – 8 osobowym. Z nas się wtedy śmiano, bo na ogół, z innych ośrodków, przyjeżdżał sam dyrektor – lub najwyżej w dwie osoby – razem z księgową. Ale my byliśmy przygotowani – wiedzieliśmy na co możemy się zgodzić, a co jest niewykonalne. Mogliśmy w każdej chwili przedstawić symulację ekonomiczną. I tym wygrywalismy – na ogół wychodziliśmy zadowoleni z kontraktów.

*Dyrektor – ordynator – czy można równocześnie sprawować obydwie funkcje?*

Jestem przeciwny przeciwstawianiu sobie tych dwóch stanowisk. Znam wiele dyrektorów, którzy byli wybitnymi leczącymi lekarzami. Na przykład: Columbian Presbyterian Hospital – jeden z najlepszych i największych szpitali w Nowym Jorku, kiedy miał potężny krach spowodowany przez pięciu kolejnych menadżerów, wyprowadził z biedy znakomity lekarz, torakochirurg – Saviston. Przy podejmowaniu decyzji znakomicie przydaje się znajomość analizy medycznej, której przeciętny menadżer nie jest w stanie przeprowadzić.

Poza tym – trudno przyjąć z całkowitą pewnością, że ktoś po pośpiesznie robionych kursach (nawet w szacownych uniwersytetach) sprawdzi się na stanowisku dyrektora szpitala. Sam na taki kurs jeździłem i z całą odpowiedzialnością mogę stwierdzić, że tylko 10 % wykładów prezentowało bardzo dobry poziom. Pozostałe były średnie, słabe lub bardzo słabe.

Krótko mówiąc – uważam, że przygotowanie medyczne i doświadczenie na stanowisku ordynatora nie przeszkadza i znam w Polsce wielu dobrych dyrektorów szpitali, którzy równocześnie są ordynatorami.

Dyrektor powinien mieć koncepcję prowadzenia szpitala –

choć w warunkach polskich jest to trudne, bo wystarczy zmiana ministra, żeby wszystkie założenia stały się nieaktualne; musi konsekwentnie działać w kierunku rozwoju tych form i oddziałów, które stanowią o sile szpitala; być nieustępliwy i wymagający wobec siebie i zespołu i otwarty na poglądy innych ludzi – nie może żyć w przekonaniu, że jest nieomylny.

*Czy operacje serca wykonuje się w Zabrze na poziomie ośrodków zachodnich?*

Bez próżności – bez patosu odpowiem tak: właściwie wszystkie ważniejsze operacje serca wykonywane na świecie – są wykonywane w Zabrze. Zaczynając od operacji noworodków z wrodzonymi wadami serca, poprzez wszelkiego typu zabiegi małoinwazyjne w chorobie wieńcowej, poprzez rekonstrukcje w wadach wszelkiego typu a kończąc na zabiegach w zatorowości płucnej, na zabiegach przeszczepu serca, serca i płuc czy samych płuc. A najlepiej świadczą o nas wyniki i mała ilość powikłań. I w tym tkwi nasza siła.

*Czy Pan Profesor osiągnął cele, jakie Pan sobie założył rozpoczynając kierowanie szpitalem?*

Najbardziej dumny jestem z tego, że chory u nas ma w sali takie same warunki jak w szpitalu holenderskim czy niemieckim. To jest moja największa duma – standard hotelowy w szpitalu. Ponieważ dawniej często było to tak po polsku – brudno i byle jak.

Po drugie dumny jestem, że poziom medyczny szpitala jest wysoki.

I po trzecie, że szpital – Śląskie Centrum Chorób Serca ma swoją wyrazistość, swoją tożsamość. Nie chciałbym nigdy pracować w anonimowym szpitalu.

Natomiast nie wszystko mi się udało. Myślę jednak, że coraz więcej tych zaległych rzeczy uda się nam załatwić w najbliższym czasie.

*Bardzo dziękuję za poświęcenie nam czasu i życzę spełnienia wszystkich założonych celów – co z pewnością będzie korzystne przede wszystkim dla pacjentów.*

rozmawiał Tadeusz Bujak

## Dziękujemy za dobrą pracę:

Pani **Danusi Magner**, która w Śląskim Centrum Chorób Serca pracowała od 1.10.1984 roku na stanowisku starszego technika klinicznego.

Zajmowała się przygotowaniem wycinka mięśnia sercowego do oceny histopatologicznej. Praca ta wymagała precyzji i dokładności, ponieważ wynik każdego badania decydował o procesie dalszego leczenia pacjentów – przede wszystkim po przeszczepie serca.

Rzetelność, dyspozycyjność, fachowość i sumiennosc – to cechy osobowe Pani Danuty Magner.

Jeżeli stan pacjenta po transplantacji pogarszał się – zawsze, bez względu na dzień :święteczny czy roboczy i porę dnia, była dyspozycyjna i śpieszyła z pomocą, na ratunek choremu.

Pogodna i uśmiechnięta, zarażała innych pogodą ducha i optymizmem. Gdy trzeba było przyjść do pracy, nie szczydziła swojego prywatnego czasu

Pani **Bogusławie Spatuszko**, która w Śląskim Centrum rozpoczęła pracę, na stanowisku sterylizatorce w Centralnej Sterylizatorni, od 2. 08. 1994 roku . Pracowała sumiennie i z dużym zaangażowaniem.

Pani Spatuszko doskonaliła umiejętności i wzbogacała wiedzę poprzez udział w szkoleniach z nowoczesnych metod i systemów kontroli procesów sterylizacji i dezynfekcji. Używała uprawnienia do pracy na stanowisku operatora sterylizatora. Składamy Pani Spatuszko podziękowania za wkład pracy i zaangażowanie.

Pani **Jadwidze Czapor**, która w Śląskim Centrum Chorób Serca pracowała od 11.06.1990 roku – na stanowisku starszej salowej w Oddziale Chirurgii Serca i Naczyń oraz I Oddziale Intensywnej Opieki Pooperacyjnej Dorosłych. Pracowała zawsze sumiennie, rzetelnie i z dużym zaangażowaniem. Nie szczydziła czasu własnego, jeśli zachodziła konieczność przyjścia do pracy w szczególnych przypadkach. Cieszyła się sympatią wśród chorych i współpracowników. Składamy Pani Czapor podziękowania za włożony trud i sumienną pracę

Anna Badnarczyk kierownik Działu Spraw Pracowniczych

dr Jarosław Wasilewski

### Wydaje się, że statyny wywierają korzystny efekt w leczeniu niewydolności krążenia, gdyby tak jeszcze nie obniżyły poziomu cholesterolu?

Tytuł sugeruje pewną sprzeczność, być może pozorną, lecz wytłumaczenie, nie jest ani proste ani oczywiste. Sugestia zawarta w tytule wydaje się odbiegać od tego, co uważamy za wiedzę opartą na faktach, że statyny po zawale serca powinny być stosowane u chorych w ramach profilaktyki wtórnej choroby wieńcowej. Żadne standardy postępowania nie uwzględniają jednak, we wskazaniach do stosowania statyn, stopnia uszkodzenia funkcji skurczowej lewej komory. Rauchhaus i wsp. [1] oraz Horwich i wsp. [2] z ośrodków w Londynie i Kalifornii wykazali, że w niewydolności krążenia (bez względu na jej etiologię) niski poziom cholesterolu jest niezależnym czynnikiem ryzyka zgonu, uwzględniając takie parametry jak: wiek, frakcja wyrzutowa, czy tolerancja wysiłku. Wysokie stężenie cholesterolu poprawia szanse przeżycia. Statystycznie, zwiększają się one o 25% na każdy 1 mmol/l poziomu cholesterolu.

Czy zatem uzasadnione jest stosowanie leków obniżających cholesterol u chorych z niską frakcją wyrzutową lewej komory? Być może wskazania należy ograniczyć np. do osób z zachowaną czynnością skurczową lewej komory? Stosować, zatem statyny, jako kolejny lek u chorych z niewydolnością krążenia, czy unikać polipragmatyzacji? Do jakich wartości należy obniżyć poziom cholesterolu u chorych z niewydolnością krążenia? Nasuwa się wiele pytań, a następnie można mnożyć tym bardziej, że inna obserwacja autorstwa tej samej grupy badaczy z Los Angeles (Kalifornia), która wykazała związek pomiędzy wysokim stężeniem cholesterolu a dobrym rokowaniem [2] sugeruje zgoła coś innego [3]. W kohorcie 551 chorych ocenianych pod kontem wskazań do transplantacji serca leczenie statynami, bez względu na etiologię niewydolności krążenia, wiązało się z zmniejszeniem ryzyka zgonu lub kwalifikacją do przeszczepu [3]. Wkrótce po rozpoczęciu podawania statyn u chorych z kardiomiopatią inną niż niedokrwienność obserwuje się poprawę klasy czynnościowej według skali NYHA a także frakcji wyrzutowej [4]. W niewydolności krążenia tradycyjne czynniki ryzyka określa się jako "odwrócona epidemiologia - reverse epidemiology". W badaniach populacyjnych podwyższony indeks masy ciała (BMI), wysoki poziom cholesterolu i podwyższone wartości ciśnienia tętniczego wiążą się ze złym rokowaniem. U chorych z niewydolnością krążenia jest inaczej.

Wysoki poziom cholesterolu odpowiada wysokim stężeniom lipoprotein, które odpowiedzialne są za usuwanie endotoksyn i ograniczenie procesów zapalnych. W najbliższych latach należy spodziewać się określenia odmiennych celów i strategii leczenia tradycyjnych czynników ryzyka u chorych z niewydolnością krążenia. W kwietniowym numerze *Journal of American College of Cardiology* ukazała się praca poglądowa omawiająca znaczenie czynników ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych w przewlekłej niewydolności serca. Jak zatem pogodzić i racjonalnie wytłumaczyć wyniki przytoczonych obserwacji? Można wysunąć hipotezę, że plejotropowe działanie statyn przewyższa ich działanie hypolipemizujące lub jest od nich niezależne. Poprzez regulację w dół gęstości receptorów AT-1 statyny wywierają efekt podobny dla leków o udo-

kumentowanym działaniu w niewydolności krążenia, to jest tych wpływających na aktywność układu renina-angiotensyna-aldosteron [5,6].

Przytoczonym doniesieniom zarzuca się, ich obserwacyjny i retrospektywny charakter. Brakuje natomiast prospektywnych, randomizowanych badań z podwójnie ślepa próbą.

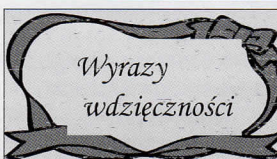
Jednym z nich jest międzynarodowe badanie "CORONA", do którego rekrutacja prowadzona jest między innymi w Śląskim Centrum Chorób Serca. Do badania kwalifikowani są chorzy powyżej 60 roku życia z kardiomiopatią niedokrwiennością i frakcją wyrzutową poniżej 40% nie przyjmujący (lub przyjmujący tylko sporadycznie) leków obniżających cholesterol. Badanie zaplanowane jest na okres około 4 lat a chorzy bez względu na poziom cholesterolu randomizowani będą do rosuvastatyny lub placebo. W celu sprawnej rekrutacji proszę o zgłaszanie ewentualnych chorych celem ostatecznej kwalifikacji autorowi artykułu lub Pani Dr Bogusi Dzióbek. Wyniki tego badania mogą istotnie przybliżyć nas do prawdy dotyczącej celowości leczenia statynami niedokrwiennej niewydolności krążenia.

Jarosław Wasilewski

#### Piśmiennictwo:

1. Rauchhaus M. i wsp. The relationship between cholesterol and survival in patients with chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2003;42:1933-40
2. Horwich T.B. i wsp. Low serum total cholesterol associated with marked increase in mortality in advanced heart failure. *J Card Fail* 2002;8:216-24
3. Horwich T.B. i wsp. Statin therapy is associated with improved survival in ischemic and non-ischemic heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2004; 43:642-8
4. Node K. i wsp. Short-term statin therapy improves cardiac function and symptoms in patients with idiopathic dilated cardiomyopathy. *Circulation* 2003;108:839-43
5. Nickenig G, Sachinidis A, Michaelson F et al. Upregulation of vascular angiotensin II receptor gene expression by low-density lipoprotein in vascular smooth muscle cells. *Circulation* 1997;95:473-478
6. Wassmann S, Nickenig G, Böhm M. HMG-Co reductase inhibitor atorvastatin downregulates AT-1 receptor gene expression and cell proliferation in vascular smooth muscle cells. *Kidney Blood Press Res* 1999;21:392-393

Opracowano na podstawie materiałów ze spotkania badaczy badania "CORONA" w marcu 2004 roku.



Szanowny Pan Profesor  
Marian Zembała

Chciałbym serdecznie podziękować za opiekę nad moją Ciocią, operowaną w Państwa Ośrodku (OPCAB) Dzięki profesjonalizmowi całego zespołu oraz troskliwej opiece, od samego przyjęcia do dnia wypisu, pobyt w Państwa Klinice był u mojej Cioci w dużym stopniu pozbawiony lęku oraz dawał nadzieję na szybki powrót do zdrowia.

W szczególności chciałbym podziękować operatorom – dr. Romanowi Przybylskiemu i dr. B. Zychowi. Jeszcze raz serdecznie dziękuję całemu zespołowi

z wyrazami szacunku

Andrzej Kazała

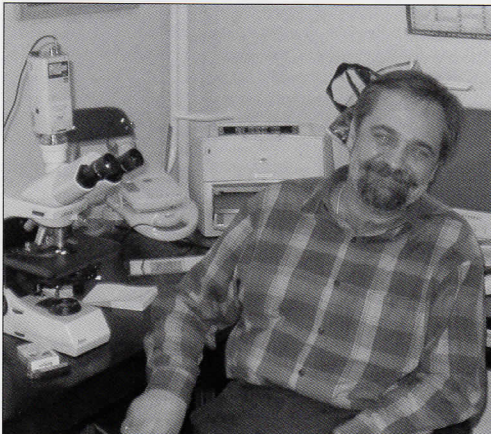
Oddział Kardiologii i Kardiologii Interwencyjnej  
Szpitala Wojewódzkiego w Jeleniej Górze



## Dr Jerzy Nożyński

# Pracownia Histopatologii

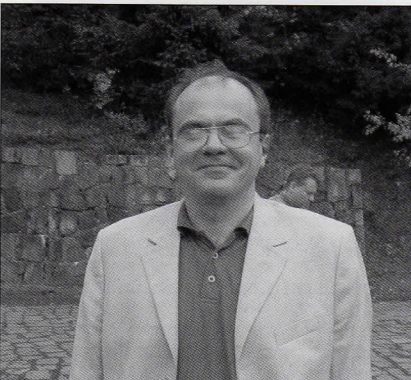
Rozpoczynając pracę w WOKu w 1985 r. zostałem przyjęty przez profesora Stanisława Pasyka. Pan Profesor pokazał mi pracownię Mikroskopii Elektronowej, wyposażoną jak na tamte czasy w rewelacyjny sprzęt, jednocześnie informując o planowanych biopsjach serca. Ponieważ patologia jest nauką porównawczą i interpretacyjną, w której uczeń szkoli oko pod



Kierownik pracowni dr Jerzy Nożyński

kierunkiem mistrza, stałem przed nie lada problemem. Nie miałem ani z czego, ani u kogo w Polsce zapoznać się z przyżyciowymi badaniami biopsji serca. Pierwsze miesiące spędziłem więc na poszukiwaniu i gromadzeniu literatury, co było o tyle łatwiejsze, że WOK posiadał dostępną kserokopiarkę, podówczas sprzęt traktowany na równi z posiadaniem niebezpiecznego czy wywrotowego narzędzia.

Pracownia znajdowała się w przedwojennej willi, położonej naprzeciw „starego” Szpitala Specjalistycznego, w sąsiedztwie poradni naczyniowej i kardiologicznej. Załogę stanowiili pracownicy techniczni, technicy analityki Helena Zawisza i Danuta Magner zajmujące się histologią, oraz Andrzej Fabry i mgr Witold Bartosik opracowujący materiał do mikroskopii elektronowej, współpracujący z zajmującym się wówczas ultrastrukturą serca dr hab. Romualdem Wojniczmem. Początkowo badania przyżyciowe wycinków serca dotyczyły zapalenia mięśnia sercowego i kardiomiopatii. Po wykonaniu przeszczepu serca przez Profesora Religę doszło do kolejnego wyzwania – ocena ostrego odrzucenia



Mariusz Piwowarczyk

serca przeszczepionego, stanowiące dziś zasadniczy przedmiot badań naszej pracowni.

Wraz z upływem czasu narastała liczba badań, zmieniał się też ich zakres. Zainicjowanie przeszczepiania płuc w Śląskim Centrum Chorób Serca spowodowało konieczność zajęcia się

tym materiałem, zaś opieka nad chorymi z przeszczepioną nerką w Klinice Nefrologii Profesora Grzeszczaka zwiększyła spektrum badań transplantologicznych. W bieżącym roku 20-2004 przekroczyliśmy liczbę 10 000 badań, co nie wydaje się być niczym niezwykłym, aczkolwiek specyfika pracowni wymuszająca wydawanie wyników do 2 godzin czyni naszą pracownię unikalną. Poza badaniami świadczonymi dla naszego ośrodka wykonujemy badania konsultacyjne dla klinik warszawskich, krakowskich, katowickich. Wraz z rozwojem badań doświadczalnych na zwierzętach pojawiła się konieczność histologicznej oceny materiału doświadczalnego.

Doszło do zmian lokalizacji pracowni jak i składu osobowego. Pracownia

wzmocniona została przed podówczas magistra, obecnie dr Dominikę Konecką-Mrówkę. Po opuszczeniu willi pracownia przeniosła się w bezpośrednie sąsiedztwo Śląskiego Centrum Chorób Serca, a pracownia mikroskopii elektronowej uzyskała



Technik medycyny - pani Urszula Kampa

własne pomieszczenia, do których przeniosła się wraz z obsadą kadrową. W bieżącym roku pożegnaliśmy Panią Danutę Magner przechodzącą na emeryturę, witając techniczkę Panią Urszulę Kampę oraz Pana Mariusza Piwowarczyka.

Jerzy Nożyński

Wyrazy  
wdzięczności

Prof. dr hab. n med. Marian Zembala (...)

Z ogromną wdzięcznością wspominam tych wszystkich, którzy w Oddziale klinicznym kierowanym przez profesora **Lecha Polońskiego** zajęli się ratowaniem mojego życia. Dzięki skutecznemu zabiegowi angioplastyki z implantacją stenta umożliwili mi spokojne i bezstresowe oczekiwanie na zabieg pomostowania wieńcowego. Ten zabieg wykonano w kierowanym przez Pana Oddziale klinicznym Kardiochirurgii. Ten kontakt z zespołem Pana współpracowników, a w szczególności z pielęgniarkami i lekarzami wspominam ze szczególną radością. Przed oczyma ciągle widzę miłe i uśmiechnięte twarze pochylających się nade mną lekarzy i pielęgniarek. Gdy opowiadałem moim bliskim, kolegom i innym osobom o tej niecodziennej atmosferze, która panuje w Śląskim Centrum, o przychylnym i przyjaźniem usposobionym stosunku do pacjenta a jednocześnie o niecodziennej fachowości i znajomości współczesnych osiągnięć medycyny, to niedowierzano mi. Dziękuję Panie profesorze. Życzę Wam wszystkim radości i zadowolenia z wykonywanej pracy, którą bezpośrednio służycie nam, ludziom.

nazwisko i adres znane redakcji

**Dr Piotr Rozentryt, dr Gabriela Mercik**

**Nefroprotekcja - niedoceniony problem kliniczny**

Nerki są najważniejszym organem utrzymującym homeostazę wodną, elektrolitową i kwasowo – zasadową ustroju, są niezwykle istotnym narządem endokrynnym oraz uczestniczą w czynności autonomicznego układu nerwowego. Ze względu na tak szerokie zaangażowanie nerek w funkcje regulacyjne ustroju, nie budzi zdziwienia fakt, że nawet niewielkie upośledzenie ich czynności przekłada się na efekt o doniosłym znaczeniu klinicznym.

W praktyce medycznej ostatniego półwiecza przyjętym sposobem określania prawidłowej czynności nerek jest oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi. W ostatnich latach stwierdzono jednak, że postępowanie takie w niedostatecznym stopniu separuje prawidłową czynność nerek od stanu patologii. Podstawową czynnością nerek jest wytwarzanie filtratu kłębuszkowego, z którego w toku licznych modyfikacji w dalszych częściach nefronu powstaje mocznik. Stężenie kreatyniny we krwi zależy od 4 zasadniczych czynników:

- produkcji kreatyniny w mięśniach (prawie wyłączny producent),
- wielkości filtracji kłębuszkowej,
- wydalania kreatyniny drogą cewkową (co może być antagonizowane przez niektóre leki wiodące do zwiększenia stężenia we krwi),
- wydalania przez przewód pokarmowy.

Biorąc pod uwagę bardzo duże zróżnicowanie ludzi względem zawartości tkanki mięśniowej, łatwo przewidzieć, iż przy tym samym potencjale filtracyjnym nerek, osoby z dużą masą mięśniową i bardzo małą ich masą (np. wyniszczeni), będą mieć różne stężenia kreatyniny we krwi. Może się zdarzyć, że znaczące upośledzenie filtracji kłębuszkowej nie przełoży się na podwyższenie stężenia kreatyniny we krwi u osoby wyniszczonej. Z tych powodów towarzysząca nefrologiczne zalecają charakteryzowanie czynności nerek za pomocą podania stężenia kreatyniny we krwi i wielkości filtracji kłębuszkowej (1). Nowością tych zaleceń jest odstępnie od pomiaru wielkości filtracji za pomocą badań klirensowych (z wyjątkiem pewnych szczególnych sytuacji) i zastąpienie ich szacowaniem na podstawie empirycznych wzorów. Najczęściej wykorzystywane wzory podano na końcu artykułu.

Nawet w warunkach pełnego zdrowia filtracja kłębuszkowa zmniejsza się z wiekiem. Jej prawidłowa wielkość wynosząca w przybliżeniu 125 ml\*min<sup>-1</sup>\*1.73m<sup>2</sup> powierzchni ciała, zmniejsza się począwszy od 20 roku życia z szybkością około 1 ml/minutę rocznie. Zdrowy 70 latek powinien mieć filtrację kłębuszkową około 50 – 55 ml\*min<sup>-1</sup>\*1.73m<sup>2</sup>. Wiele procesów patologicznych może bardzo przyspieszyć szybkość ubywania nefronów, przyczyniając się także do rozwoju zaawansowanych etapów niewydolności nerek. Proces ten może, lecz nie musi przebiegać z obecnością nieprawidłowości w osadzie moczu (albuminuria, białkomoc, etc.) oraz obecnością nieprawidłowości w wynikach badań obrazowych nerek. W ubiegłym roku amerykańska Narodowa Fundacja ds. Nerek (National Kidney Foundation) przedstawiła sposób klasyfikowania różnych etapów upośledzenia czynności nerek (1). Fundacja ta zaproponowała definicję przewlekłej choroby nerek. Jest nią trwająca ponad 3 miesiące obecność markerów uszkodzenia nerek (np. albuminuria) z upośledzeniem lub bez zmniejszenia filtracji kłębuszkowej lub upośledzenie czynności nerek z przeszacowaniem poniżej 60 ml\*min<sup>-1</sup>\*1.73m<sup>2</sup>. Szczegóły podziału przedstawiono w tabeli 1. W dalszej części artykułu skupimy się na tych okresach choroby nerek, w których niezależnie od obecności markerów uszkodzenia błony filtracyjnej, filtracja kłębuszkowa jest zmniejszona (okresy 1 – 4).

Całkowita filtracja kłębuszkowa jest sumą filtracji poszczególnych nefronów. Na poziomie pojedynczego nefronu, jej wielkość determinowana jest wielkością powierzchni filtracyjnej tego kłębuszka oraz wysokością ciśnienia krwi znajdującej się jego wnętrzu. O ciśnieniu wewnątrz kłębuszka decyduje różnica oporów naczyniowych w tętnicze doprowadzającej krew do kłębuszka oraz na odpływie z niego. Opory te podlegają bardzo precyzyjnej regulacji neurogennej i hormonalnej, szczególnie przez układ reninowy nerk. Zmniejszenie liczby nefronów w następstwie aktywności jakiegoś procesu chorobowego lub z powodu wrodzonej niskiej liczby nefronów, prowadzi do zwiększenia przepływu krwi przez pojedynczy nefron. Jest to możliwe przez zmniejszenie oporu tętniczki doprowadzającej. Utrzymanie filtracji kłębuszkowej wymaga w tych warunkach utrudnionego odpływu krwi z kłębuszka, co staje się możliwe przez skurcz tętniczki odprowadzającej. W ten sposób w kłębuszku powstaje nadciśnienie, a obciążenie filtracją jego błony półprzepuszczalnej zwiększa się. Jest ono wyrazem kompensacji zmniejszonej liczby nefronów i przez długi okres umożliwia utrzymanie właściwej filtracji kłębuszkowej. Ta sytuacja sprzyja jednak przesączeniu albumin, których obecność w przesączu wywiera toksyczny efekt na nabłonki cewek nerkowych i wiedzie do stopniowego wypadania czynności nefronu. Nadciśnienie w kłębuszku nerkowym z jego hiperfiltracją uruchamia mechanizm stałego postępującego niszczenia nefronów, pozostających w niezależności od aktywności procesu chorobowego, który zmniejszył liczbę czynnych nefronów (2).

W ostatnich latach bardzo zwiększyła się nasza wiedza o patofizjologii przewlekłych chorób nerek i związku tych chorób z nieprawidłową czynnością układu krążenia. Ewolucja przewlekłej choroby nerek jest zwykle dość powolna i mimo, iż jej ostatecznym wynikiem jest mocznica z koniecznością leczenia nerko - zastępczego, etap ten osiągnąć jest przez mały odsetek chorych (okres 5, tabela 1). Jak wynika z tej tabeli częstość przewlekłej choroby nerek z mniejszym upośledzeniem filtracji kłębuszkowej jest bardzo duża i w odniesieniu do okresów 1 – 3, przekracza 10% populacji w USA (1). Zasadniczym problemem klinicznym tych okresów przewlekłej choroby nerek są powikłania sercowo naczyniowe i ich następstwa. Oprócz tradycyjnych czynników ryzyka, w przewlekłej chorobie nerek pojawiają się dodatkowe czynniki przyspieszające rozwój patologii sercowo – naczyniowych. Zostały one wymienione w tabeli 2. Nasilenie tych czynników jest oczywiście zależne od okresu przewlekłej choroby nerek, największe dotyczy etapu 5. Nie może dziwić fakt, iż podstawową przyczyną śmiertelności w przebiegu zaawansowanej niewydolności nerek są powikłania sercowo – naczyniowe. Ryzyko ich wystąpienia w tym etapie przewlekłej choroby nerek jest 10 – 30 -krotnie większe u dializowanych niż w populacji ogólnej (3). W odniesieniu do wcześniejszych etapów przewlekłej choroby nerek, związek pomiędzy jej istnieniem a zwiększonym ryzykiem sercowo – naczyniowym został dowiedzony stosunkowo niedawno. Jedne z

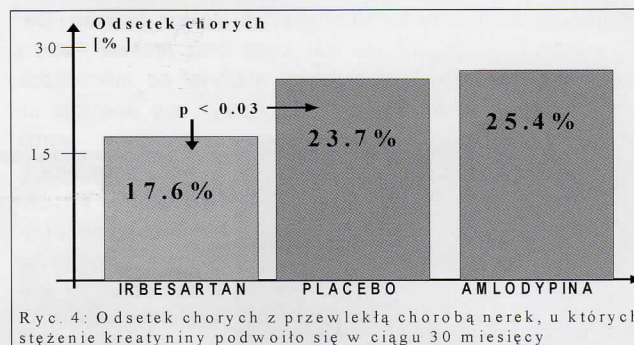
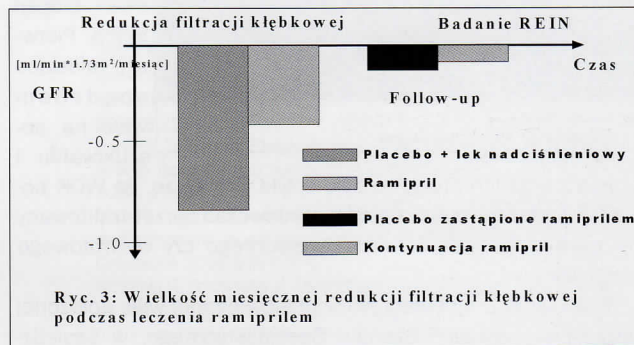
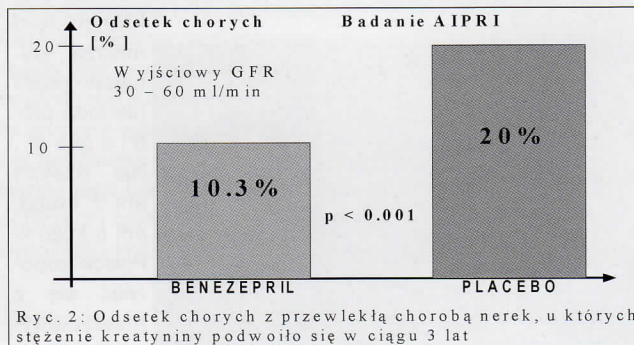
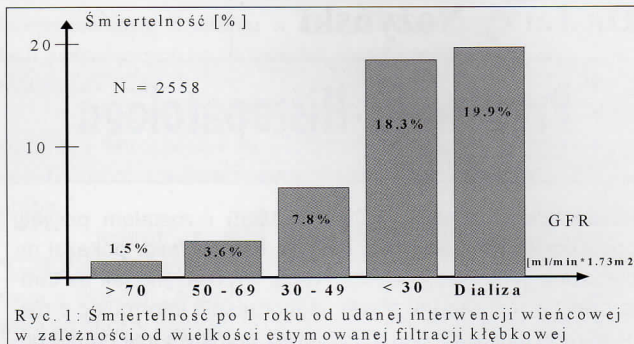


Tabela1. Klasyfikacja czynności nerek zaproponowana przez Narodową Fundację ds. Nerek

Okres	Nazwa okresu	GFR ml*min <sup>-1</sup> *1.73m <sup>2</sup>	Odsetek populacji USA [%]
1	Uszkodzenie nerek z normalnym lub zwiększonym GFR (konieczna obecność markerów uszkodzenia)	> 90	3.3
2	Uszkodzenie nerek z łagodnie zmniejszonym GFR (konieczna obecność markerów uszkodzenia)	60 – 89	3.0
3	Umiarkowanie zmniejszony GFR (bez lub z obecnością markerów uszkodzenia)	30 – 59	4.3
4	Ciężkie upośledzenie GFR (bez lub z obecnością markerów uszkodzenia)	15 – 29	0.2
5	Mocznica (bez lub z obecnością markerów uszkodzenia)	< 15	0.1

bardziej spektakularnych danych pochodzą z obserwacji losów chorych po udanej interwencji wieńcowej. Rycina 1 pokazuje wzrost ryzyka zgonu po takiej interwencji w obserwacji 1-roczonej w zależności od wielkości filtracji kłębuszkowej. Zwraca uwagę bardzo duży wzrost śmiertelności nawet w zakresie filtracji, które szczególnie u osób z małą masą mięśniową, mogą mieć prawidłowe lub nieznacznie podwyższone stężenie kreatyniny. Znaczenie tego faktu można docenić konfrontując dane dotyczące filtracji kłębuszkowej i stężenia kreatyniny uzyskane w grupie 134 kolejnych chorych przyjmowanych do naszej Kliniki w celu inwazyjnej diagnostyki choroby wieńcowej. Spośród nich 36% miało filtrację kłębuszkową poniżej 70 ml<sup>3</sup>min<sup>-1</sup>1.73m<sup>2</sup>, a u 19% filtracji takiej towarzyszyło prawidłowe stężenie kreatyniny we krwi (dane niepublikowane). Bez badania filtracji kłębuszkowej w wymienionych 19% chorych przewlekła choroba nerek nie została by rozpoznana.

Jak powiedziano powyżej, ubytek filtracji kłębuszkowej jest elementem fizjologicznego starzenia się, co sprawia, że powyżej 70 roku życia większość chorych ma czynność filtracyjną nerek na tyle zredukowaną, że czynnik ten staje się istotny z punktu widzenia ryzyka sercowo – naczyniowego. Obecność dodatkowych chorób przyspiesza utratę nefronów i przesuwa na młodsze roczniki obszar, w którym istotną rolę odgrywają czynniki zależne od przewlekłej choroby nerek. Roczniki te mają zwiększone ryzyko rozwoju i progresji chorób sercowo – naczyniowych. W tym kontekście łatwo zrozumieć, iż ważnym składnikiem kardioprotekcji jest nefroprotekcja, rozumiana jako zespół zachowań, czynności diagnostycznych i leczniczych dotyczących chorych ze zwiększonym ryzykiem utraty nefronów, które pozwalają maksymalnie zmniejszyć tempo ich utraty.

Zgodnie z wytycznymi, nefroprotekcja jest postępowaniem złożonym, a jej pierwszym elementem winno być zidentyfikowanie chorych zagrożonych szybszą niż fizjologiczną utratą filtracji kłębuszkowej. Rozpoznano wiele takich czynników i okoliczności. Poniżej podano najważniejsze spośród nich (3):

- Niska masa urodzeniowa,
- Występowanie rodzinne chorób nerek,
- Starszy wiek > 60 roku życia,
- Cukrzyca,
- Nadciśnienie tętnicze,
- Przebyta ostra niewydolność nerek,
- Pojedyncza czynna nerka,
- Stosowanie leków nefrotoksycznych, np. niesterydowych leków przeciwzapalnych,
- Stan po przeszczepie narządowym, włączając przeszczep nerki,
- Kamica nerkowa i nawracające infekcje dróg moczowych,
- Nieprawidłowości strukturalne nerek.

Wymieniona populacja powinna być poddawana okresowej kontroli pod kątem występowania markerów uszkodzenia nerek (np. albuminuria) oraz mieć oznaczaną wielkość przesączania kłębuszkowego. Pacjenci ci powinni być także poinformowani o zaistniałej sytuacji zwiększonego ryzyka przewlekłej choroby, o potencjalnych konsekwencjach oraz winni wiedzieć jak minimalizować to ryzyko. W tym okresie kluczową rolę odgrywa bardzo skrupulatna kontrola ciśnienia tętniczego u chorych z nadciśnieniem tętniczym. Docelową wartością ciśnienia, do której należy dążyć w jego terapii jest wartość poniżej 130/80 mmHg (4). Poza docelową wartością ciśnienia tętniczego ważny jest sposób farmakoterapii, o czym będziemy mówić w dalszej części. Bardzo istotne jest prowadzenie ścisłej kontroli glikemii u chorych z cukrzycą. Pożądanym poziomem wyrównania metabolicznego jest stężenie hemoglobiny glikozylowanej w zakresie wartości poniżej 6.5%. Zasadnicze znaczenie ma unikanie stosowania leków nefrotoksycznych, a w razie konieczności ich użycia, skrupulatne monitorowanie czynności nerek i unikanie stosowania leków synergistycznie nefrotoksycznych (5).

W przypadku rozwinięcia się przewlekłej choroby nerek, dokumentowanej poprzez obecność markerów uszkodzenia i/lub obniżonej filtracji kłębuszkowej, podstawowym elementem nefroprotekcji staje się prawidłowe leczenie choroby etiologicznie związanej z uszkodzeniem nerek. Niezależnie jednak od takiego postępowania, współczesne znanych jest kilka sposobów spowalniania procesu przewlekłej utraty nefronów.

Już na początku lat 90-tych zauważono, że leczenie kaptopriłem zmniejszało nasilenie białkomoczu. Wielkość białkomoczu kojarzyła się zaś z progresją niewydolności nerek. W następnych latach przeprowadzono szereg prób klinicznych, których celem było ustalenie, czy blokowanie układu renina – angiotenzyna przekłada się na zmniejszenie białkomoczu i spowolnienie postępu choroby. Podstawowe dane pochodzą z badań z zastosowaniem benazeprilu (badanie AIPRI)(6) i ramiprilu (badania REIN)(7). W próbach tych udało się wykazać, że stosowanie tych leków we wczesnych okresach przewlekłej choroby nerek, niezależnie od wpływu na wysokość ciśnienia tętniczego, doprowadzało do dużego zmniejszenia białkomoczu oraz spowolnienia postępu przewlekłej choroby nerek. Wykładnikiem postępu choroby nerek było tempo podwajania się stężenia kreatyniny we krwi w badaniu AIPRI oraz wielkość białkomoczu i tempo utraty filtracji kłębuszkowej w badaniu REIN. Na rycinie 2 przedstawiono podstawowy wynik badania AIPRI, który dowodzi, iż 3 letnie stosowanie benazeprilu istotnie zmniejszyło odsetek chorych, u których stężenie kreatyniny powoilo się. Należy dodać, że u stosujących ten lek doszło do znaczącej redukcji białkomoczu i efekt ten nie zależał od zmian ciśnienia tętniczego. Później wynik ten zweryfikowano między innymi w badaniu REIN. W próbie tej mierzono tempo miesięcznej utraty filtracji kłębuszkowej u chorych z białkomoczem powyżej 3 g/24h, który zostali poddani leczeniu ramipriłem lub placebo z dodatkami konwencjonalnego leczenia hipotenzyjnego. U tych ostatnich tempo utraty filtracji było znacznie większe niż u leczonych ramipriłem. (lewa część ryciny 3) Ochronne działanie ramiprilu kojarzyło się także ze zmniejszeniem białkomoczu. Po opublikowaniu tych danych chorych dotąd leczonych za pomocą placebo poddano terapii ramipriłem. W dalszej obserwacji okazało się, że u pacjentów tych także doszło do znacznej redukcji tempa utraty filtracji kłębuszkowej (prawa część ryciny 3), co dostarczyło kolejnych argumentów na rzecz tezy o ochronnym wpływie blokady układu renina – angiotenzyna na czynność nerek. Innych ciekawych danych dostarczyło badanie wykonane u chorych bezpośrednio po zawale serca. Okazało się, iż włączenie u tych chorych kaptoprilu pozwoliło w okresie 1-roczonej terapii znacznie zmniejszyć stopień utraty filtracji kłębuszkowej obserwowany u chorych po zawale otrzymujących placebo (8).

Kolejne dowody na możliwości ochrony czynności wydalniczej nerek poprzez blokadę układu renina – angiotenzyna uzyskano z badań nad blokerami angiotenzyny II. W toku kiluletnich prób klinicznych obejmujących chorych z przewlekłą chorobą nerek głównie

spowodowaną cukrzycą wykazano, że zarówno losatran (9) jak i irbesartan (10) zmniejszają istotnie tempo utraty filtracji kłębuszkowej. W tym ostatnim przypadku 30 miesięczne prospektywne porównania prowadzone były pomiędzy grupą placebo, irbesartanu i amlodypiny. We wszystkich tych grupach ciśnienie tętnicze było porównywalne jednakże, jak widać na rycinie 4, tylko pacjenci leczeni irbesartanem znacząco rzadziej podwajali stężenie kreatyniny we krwi. Obserwacja ta stanowi kolejny dowód na ochronne działanie blokady układu renina – angiotenzyna na czynność wydalniczą nerek. Wskazuje także, iż nie tylko wielkość ciśnienia tętniczego uzyskana podczas terapii ma znaczenie dla skuteczności nefroprotekcji, ale także arsenal lekowy odgrywa poważną rolę.

Poza nefroprotekcją farmakologiczną, ważnym czynnikiem spowalniającym szybkość utraty nefronów jest dieta. Badania na zwierzętach dostarczają informacji, że ograniczenie zawartości białka w diecie zmniejsza ciśnienie wewnątrz kłębka i hiperfiltrację kłębuszkową. U ludzi wyniki badań nie są jednoznaczne, jednak przyjmuje się, iż ograniczenie białka w diecie do około 0.8 g/kg. masy ciała na dobę (około 10% dobowego zapotrzebowania kalorycznego) jest korzystne dla chorych pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. U wybranych pacjentów postuluje się nawet dalsze ograniczenie do wartości 0.6 g/kg. masy ciała w przypadku zmniejszania się filtracji. Postępowanie takie może jednak prowadzić do niedoborów białkowych i zmniejszyć masę mięśniową.

Na koniec tego krótkiego przeglądu warto zwrócić uwagę na odkrycia ostatnich lat dotyczące nadciśnienia tętniczego samoistnego. Spektakularne badania morfometryczne sugerują związek pomiędzy liczbą nefronów (uwarunkowaną najprawdopodobniej genetycznie) znajdujących się w obu ludzkich nerkach, a występowaniem nadciśnienia tętniczego samoistnego. W świetle tego odkrycia, nadciśnienie tętnicze samoistne – będące jak wiadomo poważnym czynnikiem ryzyka miażdżycy i jej powikłań – jawi się jako konsekwencja zmniejszonej liczby nefronów i sprawności wydalniczej nerek (11). Mniej nefronów oznacza kompensacyjną przerost i hiperfiltrację pozostałych. W tym kontekście nadciśnienie tętnicze powinno być traktowane jako sytuacja kliniczna wymagająca pełnego postępowania nefroprotekcijnego.

Klasyczne czynniki ryzyka	Czynniki specyficzne dla przewlekłej choroby nerek
Płeć męska	Albuminuria / białkomocz
Rasa czarna	Hiperhomocysteinemia
Starszy wiek	Zwiększone stężenie Lp(a)
Nadciśnienie tętnicze	Niedokrwistość
LDL cholesterol	Zwiększony stres oksydacyjny
Obniżone stężenia HDL cholesterolu	Hipoalbuminemia
Zespół metaboliczny i cukrzyca	Hiperwolemlia
Palenie tytoniu	Obecność endogennych antagonistów tlenu azotu (ADMA)
Przekwitanie	Neuropatia autonomiczna
Obciążenia rodzinne	Zaburzenia snu
	Przewlekła aktywacja zapalna
	Niedożywienie
	Zaburzenia wapniowo - fosforanowe

## Bibliografia

1. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. Am J Kidney Dis. 2002;39(2 suppl 1):S1-S266.
2. Remuzzi G, Bertani T.: Pathophysiology of progressive nephropathies. N Eng J Med 1998, 339:1448-1456.
3. Sarnak M.J., Levey A.S., Schoolwerth A.C., Coresh J., Culleton B., Hamm L.L., McCullough P.A., Kasiske B.L., Kelepouris E., Klag M.J., Parfrey P., Pfeffer M., Raji L., Spinosa D.J., Wilson P.W. Kidney Disease as a Risk Factor for Development of Cardiovascular Disease: A Statement from the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention. Circulation. 2003;108:2154-2169.
4. Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.C., Green, L.A., Izzo, J. L. Jr, Jones, D.W., Materson, B.J., Oparil, S., Wright, J.T. Jr, Rocella, E.J., the National High Blood Pressure Education Program. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension 2003, 42: 1206-1252.
5. Levey A.S., Coresh J., Balk E., Kausz A.T., Levin A., Steffes M.W., Hogg R.J., Perrone R.D., Lau J., Eknoyan G.: National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. Ann Intern Med. 2003;139:137-147.
6. Maschio G, Alberti D, Janin G, Locatelli G, Mann J.F.E, Motolese M, Ponticelli C, Ritz E, Zucchelli P and The Angiotensin-Converting-Enzyme Inhibition in Progressive Renal Insufficiency Study Group. Effect of the angiotensin-converting-enzyme inhibitor benazepril on the progression of chronic renal insufficiency. N Engl J Med 1996, 334:940-945.
7. Ruggenti P, Perna A, Gherardi G, Gaspari F, Benini R, Remuzzi G, on behalf of Gruppo Italiano di Studi Epidemiologici in Nefrologia (GISEN) Renal function and requirement for dialysis in chronic nephropathy patients on long-term ramipril: REIN follow-up trial. Lancet 1998, 352: 1252-56.
8. Hillege H.L., van Gilst W.H., van Veldhuisen D.J., Navis G, Grobbee D.E., de Graeff P.A., de Zeeuw D.: Accelerated decline and prognostic impact of renal function after myocardial infarction and the benefits of ACE inhibition: the CATS randomized trial. Eur. Heart J 2003, 24:412-420.
9. Brenner B.M., Cooper M.E., de Zeeuw D., Keane W.F., Mitch W.E., Parving H.H., Remuzzi G, Snapinn S.M., Zhang Z, Shahinfar S for the RENAAL Study Investigators. Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type-2 diabetes and nephropathy. N Engl J Med 2001, 345:861-9.
10. Lewis E.J., Hunsicker L.G., Clarke W.R., Berl T., Pohl M.A., Lewis J.B., Ritz E, Atkins R.C., Rohde R, Raz I, for the Collaborative Study Group. Renoprotective effect of the angiotensin-receptor antagonist irbesartan in patients with nephropathy due to type 2 diabetes. N Engl J Med 2001, 345:851-60.
11. Keller G., Zimmer G., Mall G., Ritz E., Amann K.: Nephron number in patients with primary hypertension. N Engl J Med 2003;348:101-108.

Krystyna Czaja, Longina Nocoń,  
Krzysztof Tkocz

## A Ja lubię zapach narkozy..

Pielęgniarski zespół anestezyjologiczny Śląskiego Centrum Chorób Serca – to przede wszystkim kobiety – jest ich 14 oraz jeden mężczyzna, ale za to, jaki!

I to chyba prawda, że „lubimy zapach narkozy”, bo każdy, kto trafił do tego zespołu został na długie, długie lata.....

Średni staż pracy w zespole pielęgniarek anestezyjologicznych to 20 lat. Przez te wszystkie lata nasza praca nie stała się monotonna, wciąż zmienia się sprzęt, na którym pracujemy, stosujemy nowe, lepsze leki, zmienia się sposób prowadzenia znieczulenia – w miarę jak zmieniają się techniki operacyjne.

Opiekujemy się pacjentami od momentu przekroczenia magicznej „czerwonej linii” wjazdu na blok operacyjny aż do bezpiecznego przekazania na oddział pooperacyjny. A nasi pacjenci są bardzo różnorodni – od maleńkich noworodków przez kilku i kilkunastoletki po osoby dorosłe. Wymaga to specjalnych przygotowań – odpowiednich dla „małych” i „dużych” pacjentów, a także specyficznych – dla określonego rodzaju zabiegu operacyjnego.

Przygotowanie sali operacyjnej na przyjęcie pacjenta obejmuje szereg rutynowych czynności – wykonywanych przed każdym znieczuleniem ogólnym.

Specyficzna dla operacji kardiochirurgicznych jest konieczność kompleksowego monitorowania czynności układu krążenia. Nasz kontakt z przytomnym pacjentem na sali operacyjnej jest krótki i trwa zaledwie kilkanaście minut. Jest on tym krótszy, im sprawniej przebiegają wszystkie czynności, im lepiej jesteśmy przygotowani na przyjęcie chorego.

Kontakt z pacjentem zależy od rodzaju premedykacji i jego stanu ogólnego. Rozmawiając z pacjentem, odpowiadając na jego pytania, wyjaśniając wątpliwości musimy jednocześnie sprawnie wykonać wszystkie czynności przygotowujące chorego do wprowadzenia do znieczulenia.

Nie możemy przedłużać niepokoju pacjenta przed tym, co go czeka i niedogodności związanych z pobytem na sali operacyjnej.

Pacjent ma prawo do strachu i niepewności. Swoją największą skarb – życie – powierza osobom ubranym w maski, czapki – widzi tylko nasze oczy. I w tych oczach musi znaleźć troskę, ciepło i oparcie, potwierdzenie, że podjął słuszną decyzję.

Kiedy pacjent już bezpiecznie „śpi” – wtedy dopiero możemy ujawnić swoje emocje.

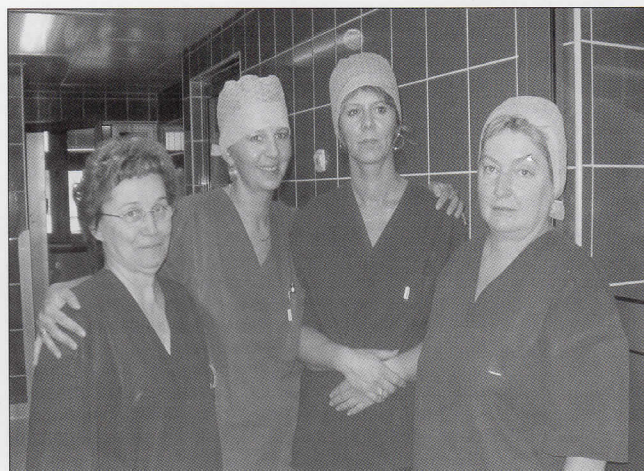
W trakcie zabiegu operacyjnego obserwujemy parametry życiowe - EKG częstość akcji serca, ciśnienie systemowe, ciśnienie w tętnicy płucnej, saturację krwi a także wiele innych.

Na bloku operacyjnym, na bieżąco wykonujemy również niektóre badania laboratoryjne. Nad tym, aby nasza praca przebiegała sprawnie, żeby niczego nie zabrakło od lat czuwa ta sama osoba – nasza Pielęgniarka Oddziałowa Krystyna Czaja.

Mimo, że wykonuje, na co dzień odpowiedzialną, sterującą pracę jest bardzo ciepłą i skromną osobą. Bardzo dba o nasz pielęgniarski zespół anestezyjologiczny i nie tylko. Każdy członek zespołu operacyjnego może liczyć na jej pomoc.



Od lewej: Aleksandra Kos, Marzanna Piejko, Grzegorz Włoczka (perfuzjonista)



Od lewej: Krystyna Czaja, Beata Borowiec, Klaudia Lasota-Stożek, Małgorzata Sikorska-Horak



Od lewej: Małgorzata Kiedos, Renata Wojdyło, Beata Szymaniak, Zofia Kierat

## PERFUZJONIŚCI

Perfuzjoniści, są jedną z najmłodszych, ale jednocześnie prężnie i szybko rozwijających się grup zawodowych, korzystających z najnowszych osiągnięć i rozwiązań technicznych. Obecnie w Polsce jest to grupa ok. 120 osób, składająca się z absolwentów medycznych studiów zawodowych oraz innych szkół o profilu medycznym.

Brak oficjalnego zawodu perfuzjonisty i umocowania prawnego, spowodował zamiar utworzenia Polskiego Stowarzyszenia Perfuzjonistów. W 1991r. powstaje stowarzyszenie, a w 1992r. ukazuje się zarządzenie MZIOS, uwzględniające zawód perfuzjonisty w taryfikatorskiej kwalifikacyjnym. Pierwszy egzamin dla perfuzjonistów, dający tytuł "Dyplomowanego Perfuzjonisty w Kardiochirurgii" odbył się w 1993r. egzaminy odbywają się raz w roku. Każda osoba ubiegająca się o dopuszczenie do egzaminu, musi odbyć min. dwuletnie szkolenie w zespole perfuzjonistów oraz wykonać min. 200 krażeń pod nadzorem dyplomowanego perfuzjonisty, uczestniczyć w szkoleniach i zjazdach organizowanych przez Polskie Stowarzyszenie Perfuzjonistów i Fundację Rozwoju Kardiochirurgii. W 1995r. PSI zostało przyjęte do Europejskiego Stowarzyszenia Perfuzjonistów.

Koncepcja wspomaganie krążenia krwi poza organizmem pojawiła się około dwustu lat temu. W połowie XIX wieku Brown-Sequard (1858) wykonał perfuzję odciętej kończyny zwierzęcej własną krwią i udało mu się uzyskać w niej czynność oddechową.

Koncepcja pozaustrojowego natleniania krwi pojawiła się nieco później. Kilku badaczy wykazało, że przepuszczenie przez krew pęcherzyków powietrza "arterializuje" ją. Wkrótce potem Frey i Gruber (1885) skonstruowali pierwsze "płuco-serce". Następnie w 1895r. Jacob użył zwierzęcych płuc jako oksygenuatora (tzn. urządzenia do zwiększania wysycenia krwi tlenem). Już w połowie XIX w. wiedziano, że aby krew płynęła w układzie wymuszającym perfuzję poza ustrojem, należy wyeliminować powstawanie skrzepów. Początkowo osiągnano to wytrącaniem z krwi włókniaka, ale dopiero w roku 1916, kiedy McLean odkrył heparynę, nastąpił prawdziwy postęp w sztucznej perfuzji narządów.

Skonstruowanie odpowiedniej pompy sprawiło naukowcom

znacznie więcej trudności niż wynalezienie oksygenuatora. Początkowo używano gumowych balonów i różnych mechanizmów, ale dopiero wynalezienie przez DeBakey'a pompy rolkowej umożliwiły prawdziwy rozwój perfuzji pozaustrojowej. Wielu naukowców z całego świata pracowało nad doskonaleniem technik krążenia pozaustrojowego, ale wprowadzeniem perfuzji pozaustrojowej do praktyki klinicznej zawdzięczamy dwóm badaczom- Kolfl'owi i Gibbonowi. Kolfl' (1944) prowadził pierwsze hemodializy przy użyciu sztucznej nerki, a Gibbon jako pierwszy w 1953r. z powodzeniem zamknął ubytek w przegrodzie międzyprzedsionkowej u młodej kobiety przy pomocy techniki całkowitego pozaustrojowego obiegu krwi.

Kolejną, aktualną współcześnie, przesłanką badań jest potrzeba okresowego lub permanentnego przejęcia części pracy hemodynamicznej ostro lub przewlekle niewydolnego serca w przebiegu procesu chorobowego. W tej dziedzinie przełomem stało się pierwsze skuteczne zastosowanie balonu wewnątrzortralnego, wykonane przez Kantrowitza w 1967r. najszerszej stosowanego obecnie klinicznie urządzenia mechanicznego wspomaganie serca nie zaliczane oficjalnie do kategorii pomp wspomaganie serca, ze względu na całkowicie odmienną koncepcję działania i ograniczony do 25% maksymalny poziom hemodynamicznego wsparcia serca. W 1984r., kiedy Wojewódzki Ośrodek Kardiologii rozpoczął swoją "działalność" posiadał dwa tego rodzaju urządzenia. Obecnie po dwudziestu latach, w Śląskim Centrum Chorób Serca posiadamy siedem najnowszej generacji balonów do kontrpulsacji wewnątrzortralnej i zdecydowanie częściej kardiologów i kardiochirurgów sięgają po ten rodzaj wspomaganie. Dzisiaj mamy także do dyspozycji najnowszy sposób wspomaganie krótkoterminowego z zastosowaniem pompy centryfugalnej (BIOPUMP) oraz wspomaganie długoterminowego sztucznych komór serca (POLVAD/POLTAH). Nowoczesne oddziały Intensywnej Terapii nie funkcjonują obecnie bez stosowania hemodiafiltracji. Tu także znaleźliśmy swoje miejsce i współpracujemy w tej dziedzinie z oddziałami: POP, OIOT, R, POP dzieci oraz czasami poza naszym ośrodkiem. Aktualnie w Śl.C.Ch.S. Pracuje 9 dyplomowanych perfuzjonistów o wysokich kwalifikacjach zawodowych. W tym roku po raz pierwszy odchodzi na emeryturę perfuzjonista. Jest nią pani Aleksandra Kos z naszego ośrodka.

GW

### SŁOWO

*Co to jest słowo? – czy tylko zwykłe wypowie dziane zdanie, wyraz.*

*Czy słowo to może my sami.*

*Może nasze słowa świadczą o nas.*

*O czym my mówimy – czy są to sprawy istotne, ważne – czy świadczą o naszej dojrzałości?*

*Czy gadamy aby gadać.*

*O czym mówimy?*

*Jak często trąkoczymy bez znaczenia?*

*Jak często obgadujemy?*

*A może nawet częściej niż w sprawach ważnych.*

*Jak łatwo jest kogoś obgadać,*

*a jak trudno odezwać się w czyjeś obronie.*

*Czy mamy swoje zdanie – czy mówimy to co łatwo powiedzieć.*

*Ciesz się nas gdy ktoś mówi o nas dobrze,  
a nie lubimy tego kto powie źle, zwróci uwagę.  
Czy ma to znaczenie – jakże znaczenie?*

*Pomyśl o czym mówisz?! co chcesz przekazać, powiedzieć,  
bo może się okazać, że choć dużo wypowiadasz słów – to mało mówisz.*

*Czy jesteśmy tacy mądrzy jak nasze słowa.  
Pomyśl – co mówisz i jak bardzo jesteś mądry.*

*Jak ważne jest słowo w moim życiu –  
czy coś znaczy?  
ile znaczy?*

JANINA SOBCZAK

## Jadwiga Wysocka

### Zakażenia szpitalne a jakość usług medycznych w S.C.Ch.S.



Zakażenia szpitalne stanowią istotny problem wszystkich współczesnych szpitali. Całkowite wyeliminowanie tych zakażeń nie jest możliwe, ale ograniczenie ich do minimum powinno być celem wszystkich osób odpowiedzialnych za opiekę medyczną. Jakość opieki medycznej postrzegana jest między innymi poprzez zmniejszenie do minimum występowania zakażeń szpitalnych w danej placówce.

Ś.C.Ch.S. podjęło to wyzwanie. Został powołany Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Zespół Terapii i Leków oraz Zespół ds. Monitorowania i Zapobiegania Odleżynom. Przyjęto definicję zakażenia szpitalnego:

Zakażenie szpitalne to każde zakażenie, które nie występowało w formie jawnej, bądź w okresie inkubacji, w czasie przyjęcia chorego do szpitala, czyli każde zakażenie nabyte w szpitalu.

Wdrożono szereg procedur i instrukcji mających na celu niedopuszczenie do zakażenia szpitalnego:

- Rozpoznawanie zakażeń szpitalnych
- Zapobieganie wprowadzeniu MRSA do szpitala
- Izolacja pacjenta
- Podstawowe zasady profilaktyki okołoperacyjnej oraz antybiotykoterapii
- Rejestracja zakażeń szpitalnych metodą czynną
- Podstawowe zasady obowiązujące w Bloku operacyjnym i Pracowni hemodynamiki
- Ekspozycja na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał
- Zapobieganie wprowadzeniu VRE do szpitala
- Podstawowe instrukcje zapobiegania zakażeniom szpitalnym
- Postępowanie z wybranym sprzętem medycznym

Pracownik medyczny powinien znać warunki umożliwiające zapobieganie zakażeniom szpitalnym. Systematycznie podnosi się świadomość całego personelu medycznego poprzez prowadzenie szkoleń wewnętrznych i ocenę wiedzy personelu w zakresie szkoleń.

Bardzo ważną rolę w kontroli zakażeń szpitalnych spełnia pielęgniarka epidemiologiczna.

Do jej obowiązków należy:

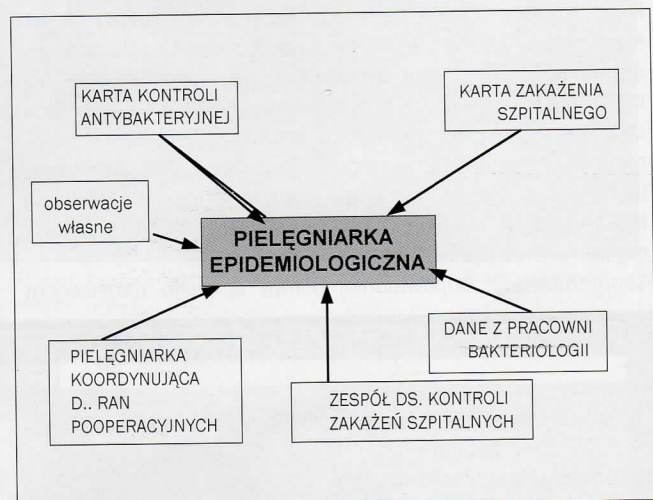
- aktywno- biernie monitorowanie zakażeń
- gromadzenie danych i badań niezbędnych do kontroli epidemiologicznej
- nadzór nad pacjentami z zakażeniem w zakresie pielęgnacji, zasad i sposobu izolacji
- nadzór nad postępowaniem pielęgnacyjnym z chorymi szczególnie narażonymi na zakażenia szpitalne (z czynnikami ryzyka takimi jak cewnikowanie pęcherza moczowego, kaniulacja naczyń głębokich, intubacja, sztuczna wentylacja płuc, tracheostomia, drenaż, endoskopia, immunosupresja, rana pooperacyjna itd.)

- nadzór nad procedurami i zabiegami związanymi z zapobieganiem zakażeniom szpitalnym w całym szpitalu, w szczególności takimi jak:
  - metody i techniki pracy personelu
  - procesy dezynfekcji, dezynsekcji, i deratyzacji
  - system transportu wewnętrznego
  - sposób gromadzenia odpadów
  - praca w kuchni i pralni
  - nadzór i monitorowanie stanu sanitarno- epidemiologicznego szpitala
- przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych
- opiniowanie w sprawach zakupu sprzętu mającego znaczenie w realizowaniu programu zapobiegania zakażeń szpitalnych
- aktywny udział w pracach i posiedzeniach Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych
- organizowanie regularnych szkoleń personelu z zakresu zakażeń szpitalnych

Istotnym elementem jej pracy jest gromadzenie informacji na temat występowania zakażeń, które stanowią podstawę do pełnej ich analizy i lepszych decyzji interwencyjnych np.: poprawy sprzątnania, izolacji zakażonych chorych, przerywanie szerzenia się wieloopornych szczepów.

Informacje zbierane są w oparciu o:

- obserwację pielęgniarki epidemiologicznej
- karta kontroli antybiotykoterapii
- dane z Pracowni bakteriologii
- karta zakażenia szpitalnego
- konsultacje z pielęgniarką koordynującą ds. ran pooperacyjnych
- Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych



Rys. Źródła informacji o zakażeniu i podejrzeniu zakażenia docierających do pielęgniarki epidemiologicznej.

Dzięki skutecznej działalności organizacji kontroli zakażeń szpitalnych sukcesywnie maleje ilość zakażeń w naszym szpitalu. Niewątpliwie przyczynia się to do poprawy jakości opieki medycznej.

Wysoka jakość usług medycznych zwiększa szanse na uzyskanie certyfikatu ISO i akredytacji.

Mgr Wojciech Urbańczyk

## Elektrograficzne próby wysiłkowe

Wysiłkowe EKG uważane jest dzisiaj za jedną z najważniejszych i najbardziej wartościowych nieinwazyjnych metod badań w kardiologii u chorych ze znaną lub też podejrzaną chorobą wieńcową serca. Ma ona na celu szybkie zdiagnozowanie niedokrwienia mięśnia sercowego, którego ujawnienie może się wiązać z istotnymi zmianami elektrokardiograficznymi, których nie stwierdza się u chorego w spoczynku.

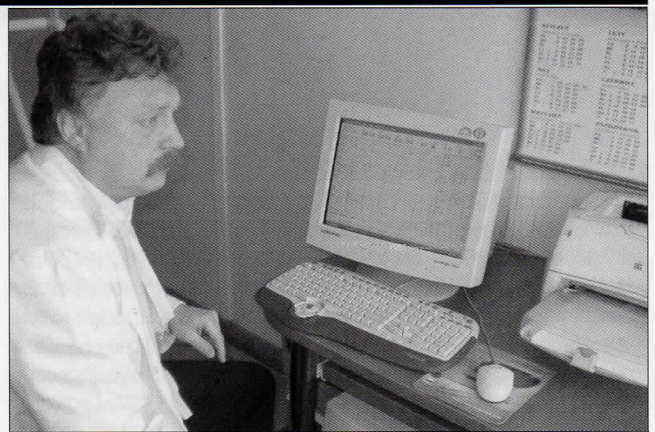
Zakwalifikowanie pacjenta z chorobą wieńcową serca do leczenia kardiochirurgicznego lub koronaroplastyki, musi być poprzedzone właśnie takimi badaniami, wskazującymi na upośledzenie pracy mięśnia sercowego jako pompy. U chorych z istotnymi zmianami w tętnicach wieńcowych zwiększone zapotrzebowanie na tlen może przewyższyć pojemność rezerwy wieńcowej.

Próba wysiłkowa to dynamiczna ocena sprawności ustroju w tym układzie krążenia, obrazująca jego możliwości czynnościowe, stopień ewentualnego upośledzenia oraz jego wpływ na funkcjonowanie ustroju. Wykonujemy ją najczęściej na ruchomej bieżni czy ergometrze rowerowym połączonym z elektrokardiograficznymi urządzeniami rejestrującymi w celu obserwacji reakcji chorego na wysiłek fizyczny oraz oceny jego wydolności fizycznej.

Badania te pozwalają na określenie: wielkości, czasu trwania i rodzaju maksymalnego obciążenia możliwego do osiągnięcia przez badanego, stosunku między wielkością obciążenia, a odpowiedzią organizmu na takie obciążenia, szybkości cofania się objawów będących odpowiedzią układu płucno-sercowego na zastosowane obciążenia, stopnia zmęczenia przy wykonywanej pracy, wykrycia lub ujawnienia cech uszkodzenia układu wieńcowego krążenia.

Na podstawie otrzymanych wyników z próby wysiłkowej lekarz uzyskuje informacje o ogólnej wydolności ustroju, a szczególnie o rezerwie wydolności wieńcowej chorego, co pozwala na precyzyjne określenie obciążeń w czasie późniejszych ćwiczeń rehabilitacji fizycznej, oraz dostosowania pracy zawodowej i zajęć rekreacyjnych, lub też decyduje o podjęciu ewentualnego leczenia inwazyjnego. Służy ona również do oceny efektów prowadzonego treningu oraz skuteczności dalszego leczenia.

iiW ubiegłym roku dzięki staraniom Dyrekcji Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze udało się zakupić dla potrzeb Poradni Kardiologicznej nowoczesny SYSTEM Cardio-TEST ASPELA, który jest 12 kanałowym urządzeniem przeznaczonym do prowadzenia elektrokardiograficznych prób wysiłkowych oraz klasycznych badań w



Autor w czasie wykonywania badania

tym również i spoczynkowych.

Konstrukcja aparatu oparta jest o specjalistyczny komputer klasy PC kompatybilny z IBM, pracujący w środowisku MS Windows, moduł przetwarzania sygnału EKG oraz ruchomą bieżnię. Zainstalowane w komputerze oprogramowanie dostosowane do potrzeb Pracowni Prób Wysiłkowych, daje w ręce użytkownika potężne narzędzie diagnostyczne.

Podstawowe zalety i cechy tego SYSTEMU to:

możliwość ciągłej rejestracji wysokiej jakości przebiegów z 12 odprowadzeń EKG;

stałą współpracą z bieżnią lub cykloergometrem

pełna archiwizacja wykonanych badań (zapis na płycie "CD");

rzeczywisty, szybki wydruk zapisu EKG na drukarce laserowej;

ciągły monitorning i pomiar:

- częstości rytmu,
- poziomu i nachylenia odcinka ST w 12 odprowadzeniach,
- arytmii komorowych
- detekcja arytmii, zmiana kanałów do detekcji i jej klasyfikacja;
- prezentacja zapisu EKG w kilku różnych trybach (3, 6 lub 12 odprowadzeń);
- dźwiękowa sygnalizacja przekroczenia zadanych parametrów (rytmu, poziomu ST);
- sygnalizacja wykrycia arytmii komorowych;
- szybka i łatwa zmiana parametrów prezentacji zapisu EKG (przesuw i wzmocnienie);
- kilka rodzajów filtrów umożliwiających eliminację zakłóceń (filtry cyfrowe);
- możliwość konfiguracji systemu w zależności od wymagań użytkownika;
- możliwość porównania zmian w kształcie krzywej EKG (podgląd zapisu);
- definiowanie próby i protokołów: wg. Bruca, Balka, Cornella, Naughtona, Ellesteda, lub według własnych potrzeb i uznania (np. Bruce- szybki, stosowany w naszej pracowni);
- możliwość rejestracji spoczynkowych zapisów EKG na dłuższym odcinku czasu;
- językiem komunikacji z użytkownikiem jest język polski.

Stała współpraca naszej Pracowni z programistami i serwisem Firmy ASPEL pozwala nam na bieżąco uaktualniać przedstawiane zmiany i wymogi programowe zgodne z wynikłymi potrzebami. Jak dotąd sprzęt ten pomimo zabezpieczeń gwarancyjnych funkcjonuje bez usterek, gdzie wykonaliśmy już dzięki niemu ponad 3000 badań wysiłkowych.

dr Danuta Czekałowska - Cekańska

## Choroby serca w okresie ciąży i porodu

Choroby serca występują u około 1% ciężarnych. Kiedyś były to głównie wady nabyte związane z chorobą reumatyczną. Jednak od około 20 lat, wobec możliwości zapobiegania i leczenia jej (antybiotyki), zachorowalność znacznie zmalała; nadal natomiast utrzymuje się poziom wrodzonych wad serca. Ich liczba też ulega zmniejszeniu dzięki rozwiniętej kardiologii. W okresie ciąży może też wystąpić choroba wieńcowa, stany przedzawałowe i inne. Wymaga to specjalnego diagnozowania przed ciążą a także odpowiedniego prowadzenia ciąży i porodu. W przebiegu ciąży prawidłowej w pierwszym trymestrze przyspiesza się tętno pacjentki ciężarnej o 10-15 uderzeń na minutę (z 70-85 uderzeń/min). Wzrasta systematycznie pojemność minutowa serca, aż do 30 tyg. ciąży o 30-80% (z 3,5 l/min - 6,0 l/min). Do macicy trafia 17% tej pojemności. Zwiększa się też całkowita objętość krwi o 40-50%, a szczególnie osocza, w mniejszym stopniu krwinek czerwonych, stąd też spadek hematokrytu. Pojemność minutowa serca rośnie szczególnie w trakcie porodu oraz po porodzie w związku z powrotem do krążenia tej krwi, która przedtem była kierowana do macicy, teraz obkurczonoj. Ból porodowy powoduje tachykardię. Wzrasta też objętość wyrzutowa a spada częstość pracy serca. U matek ze zmianami w sercu tolerancja tych wahań jest dużo gorsza.

Nawet u zdrowych ciężarnych obserwuje się objawy typowe dla niewydolności krążenia, jak duszność, łatwe męczenie się, obrzęki kończyn dolnych. Często stwierdza się też szmer skurczowy. Jednakże dodatkowej (poza rutynową) oceny przez kardiologa wymagają takie objawy duszności ograniczająca wysiłek fizyczny, omdlenia po wysiłku, napadowa duszność nocna, krwioplucie, tętno powyżej 100 uderzeń/min lub poniżej 40-60 uderzeń/min, zaburzenia rytmu serca, szmer skurczowy, sinica, palce pałeczkowate.

W diagnozowaniu, oprócz badania fizykalnego, wykonuje się EKG, rtg klatki piersiowej (z ochroną macicy), badania gazometryczne, echokardiografię i monitorowanie przez 24 godziny zaburzeń rytmu serca (metoda Holtera).

Najbardziej przydatna w rokowaniu i diagnostyce jest klasyfikacja kliniczna według New York Heart Association (NYHA). I stopień - choroba serca występująca bez objawów - ciężarna wykazuje normalną aktywność fizyczną, lekarz podczas badania wykrywa zmiany w krążeniu.

II stopień - choroba serca z niewielkim ograniczeniem aktywności fizycznej - ciężarna nieco łatwiej się męczy, ma przyspieszone tętno i duszność przy zwykłej aktywności fizycznej.

III stopień - choroba serca ze średnim i znaczącym ograniczeniem aktywności fizycznej - kobieta wyraźnie męczy się nawet przy lżejszej pracy. Podaje silne zmęczenie i przyspieszenie tętna, duszność, bóle anginowe (angina pectoris) przy mniejszej niż zwykle aktywności fizycznej.

IV stopień - choroba serca, podczas której nawet drobny wysiłek sprawia trudności i wywołuje objawy nawet w pozycji leżącej, bez jakiegokolwiek aktywności fizycznej.

Uważa się, że rokowania w czasie ciąży i porodu w stopniach I i II są dobre, natomiast w III i IV ciąża jest przeciwwskazaniem. Ewentualnie w III stopniu ciąży i poród może się skończyć pomyślnie, jeśli ciąża będzie szczególnie dokładnie prowadzona.

Ustalono również ryzyko dla poszczególnych wad serca, które niekiedy okazują się bardzo duże do 55% śmiertelności matek. Przeciwwskaza-

niem do zajścia w ciążę jest zwężenie zastawki dwudzielnej poniżej 1,5 cm z zaburzeniami rytmu. Niedomykalność zastawki dwudzielnej z komorą powyżej 5 cm średnicy i migotaniem, pierwotne nadciśnienie płucne, tętniak rozwarstwiający aorty, sinicza wady serca nawet po operacji, jeśli hematokryt jest poniżej 60%, a nasycenie tlenem poniżej 60%, niewydolność hemodynamiczna III lub IV stopnia wg NYHA, ciężkie zaburzenia rytmu serca połączone z chorobą organiczną serca, ostre stany zapalne mięśnia sercowego, osierdzia i wsierdzia, blok przedsionkowo-komorowy bez rozrusznika, świeżo przebyte zatory naczyń, ostra gorączka reumatyczna, tętniak aorty, kardiomyopatia, świeży zawał mięśnia sercowego, czy serce u kobiet garbatych. Dużą grupę stanowią ciężarne z protezą zastawkową nawet jeśli wada jest skompensowana, a także niekiedy z przeszczepionym sercem. Z dużym ryzykiem śmierci należy liczyć się u ciężarnych z nadciśnieniem płucnym, z zespołem Eisenmengera, zespołem Morfana, zastoinową niedomykalnością zastawki dwudzielnej oraz rozszerzeniem pnia aorty. We wszystkich ciężkich wadach należy liczyć się z progresją procesu chorobowego i znacznym pogorszeniem stanu zdrowia.

Przy tych schorzeniach wzrasta się częstość występowania nadciśnienia spowodowanego ciążą, daje to do 15% poronień, porodów przedwczesnych, wad rozwojowych oraz niskiej wagi urodzeniowej.

Wszystkie te schorzenia wymagają wnikliwej analizy kardiologicznej lub leczenia przed planowaną ciążą, poradnictwa antykoncepcyjnego oraz dokładnego leczenia w trakcie ciąży, porodu i pogoju. Zespół leczący to kardiolog, położnik, genetyk i dietetyk. Lekarz powinien objaśnić niebezpieczeństwo związane z ciążą grożące zarówno matce jak i płodowi.

Należy wyeliminować zbędny wysiłek fizyczny i napięcie psychiczne. Obowiązuje profilaktyka wszelkich zakażeń również w jamie ustnej. Jeśli infekcja nastąpiła musi być natychmiast leczona.

Obowiązuje dieta z ograniczeniem płynów i soli. W przypadku zągęszczenia krwi podaje się heparynę. Ciężarna powinna być chroniona przed stresem, potrzebuje 10-cio godzinowego snu, polegiwania, zmiany i ograniczenia zajęć domowych.

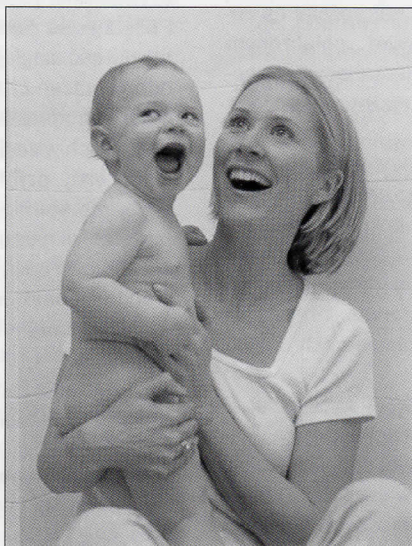
W diecie 2200 kalorii bardzo ważne jest białko i żelazo. W pożywieniu, oprócz soli, nie wolno pić kawy, a w przypadku stosowania heparyny,

należy unikać witaminy K. Ciężarna z chorobą serca zgłasza się do lekarza co 2 tygodnie w I połowie ciąży i co tydzień w II połowie. Często wykonuje się USG oceniające stan płodu. Ciężarną należy przyjąć do porodu przed wyznaczonym terminem porodu. Należy ograniczyć ból porodowy, często stosuje się znieczulenie nadoponowe, aby obniżyć stres bólowy. Konieczne jest stałe natlenienie, stałe EKG w trakcie porodu albo monitorowanie hemodynamiczne.

Przy wszczepionych zastawkach zaprzestaje się stosowanie heparyny na okres porodu i 6-12 tygodni po porodzie. Ryzyko krwotoku po porodzie jest większe. W czasie porodu podaje się antybiotyki w celu uniknięcia infekcji bakteryjnych. Nie podaje się środków obkurczających w celu obkurczenia mięśnia macicy podczas krwawienia po porodzie z dróg rodnych. Wzrasta ryzyko obrzęku płuc. W pogoju może wystąpić kardiomyopatia pogoju. W pogoju zaleca się Antykoncepcję (metody naturalne, doustne środki progesteronowe lub kształtki zakładane zawsze w osłonie antybiotykowej). Nie stosuje się antykoagulantów. Cerazette - (nowy, bardzo dobry środek antykoncepcyjny), podaje się podczas laktacji oraz w okresie pogoju.

Danuta Czekałowska - Cekańska

Dr D. Czekałowska-Cekańska jest lekarzem-ginekologiem





## Iwona Sosnowska

## Reminiscencje delegata



Rozmawiałam z czytelnikami na łamach naszego kwartalnika półtora roku temu, przybliżając pokrótce zakres mojej działalności społecznej. Byliśmy w tym czasie krótko przed wyborami delegatów naszego szpitala na Zjazd Okręgowej Izby. W wyborach, które się wtedy odbyły wybrano delegatów naszego ośrodka. Ponownie w demokratycznych wyborach zostałam przez pielęgniarki wybrana na reprezentanta naszej grupy pielęgniarskiej. Podjęłam się tego trudu nie bez ogromnej satysfakcji. Rozpoczęłam następną już IV kadencję, jako delegat na Zjazd Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, a wolą delegatów Zjazdu zostałam ponownie powołana w skład Okręgowego Sądu Pielęgniarek Położnych.

Przed nami trudny okres przemian, mozolnej pracy jak i wdrażanie w życie nowych wyzwań. W natłoku nowości warto przez chwilę zwolnić i zastanowić się nad sensem naszego zawodu. Bo na prestiż i rangę zawodu musimy stale pracować. Nasz wizerunek jako pielęgniarek codziennie poddawany jest weryfikacji przede wszystkim przez pacjenta. Jako członek Okręgowego Sądu Pielęgniarek Położnych życzyłabym sobie abym jak najmniej musiała się angażować w prace tego organu rozstrzygając o przewinieniach zawodowych, dlatego pokrótce przypomnę koleżankom cel jakiemu służy utworzony dokument na którym powinnyśmy się wspierać w swojej pracy. Jest nim Kodeks Etyki Zawodowej.

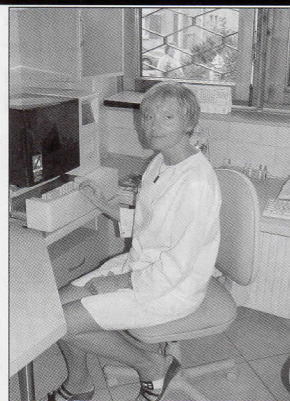
Tworzenie kodeksów etycznych, dla pielęgniarek służy bezpieczeństwu pacjentów, jak i również samych pielęgniarek,

bezpieczeństwu współpracowników, jak i rodzin pacjentów. Etyka nie jest dodatkiem do pielęgniarstwa, lecz jest integralnie z nim związana, stojąc na "straży" jakości, która oceniana jest nie tylko w kategoriach skuteczności podejmowanych działań, ale musi uwzględniać także holistyczny wymiar człowieka, któremu przypisana jest niezbywalna godność. Istotą pracy pielęgniarek są najcenniejsze dla człowieka wartości jego **zdrowie i życie**. Stanowi to sedno Etyki Zawodowej Pielęgniarek. Formą tej etyki jest Kodeks, który jako zbiór norm właściwych dla profesji pielęgniarstwa powinien się stać podstawą podejmowanych w procesie opieki decyzji. Wybrałyśmy kiedyś ten zawód, który jest piękny, ale i trudny i odpowiedzialny i niebezpieczny. Zawsze istnieje możliwość popełnienia błędu, czy wykroczenia, ale: **"Błędów nie popełnia tylko ten, kto nic nie robi"** W polskim piśmiennictwie mało jest rzetelnych danych na temat błędów i zaniedbań w wykonywaniu zawodów medycznych. Dziennikarze skupiają się na problemie, na sensacji. Od nas pielęgniarek wymaga się taktu w postępowaniu, staranności w działaniach, wiedzy i odpowiednich umiejętności zawodowych. Dawne czasy nie wrócą. Nigdy już pacjenci nie będą pokornymi i wdzięcznymi nam za wszystko. To oni różnicują pielęgniarki na te "dobre" i na te "złe" sprawdzając na każdym kroku aktualny stan naszej wiedzy medycznej, ponieważ ich wiedza i świadomość praw jako pacjentów jest coraz wyższa. Stawiają wyższe wymagania i coraz większe roszczenia, a my jeżeli chcemy pracować w tym zawodzie musimy im sprostać darząc szacunkiem nasz zawód, nasze koleżanki, naszych pacjentów i same siebie.

I niech nam w pracy przyświeca ta krótka sentencja:

**"Kto ludzi szanuje, sam jest szanowany".**

Iwona Sosnowska



Mgr Hanna Pietraszek – pracownia analityki klinicznej



Od lewej: Mariana Wojnarowska, Małgorzata Minkina, mgr Hanna Pietraszek, (pracownia analityki klinicznej)

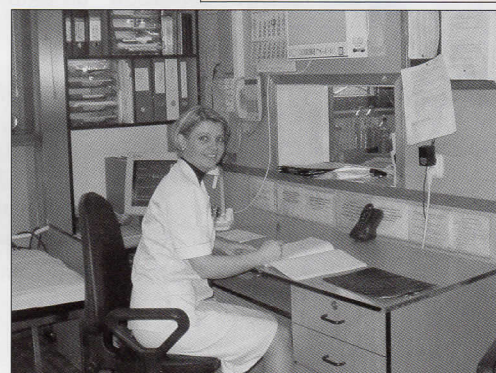


Agnieszka Walaszczyk – magazyn czystej pościeli (pralnia)



zdjęcie po lewej:  
Mieczysława Pawłowska  
Pracownia zaburzeń rytmu serca

Zdjęcie po prawej:  
mgr Bożena Krymska  
Oddział obserwacyjny



**Anna Bednarczyk**

Kierownik Działu Spraw Pracowniczych Śląskiego Centrum Chorób Serca

**Co nowego w prawie pracy ?**

Otwieramy w „Szlachetnym Zdrowiu” dział poświęcony zagadnieniom prawnym, ze szczególnym uwzględnieniem prawa pracy – zwłaszcza w kontekście następującym zmian w przepisach.

Największe zmiany w znowelizowanym od 1 stycznia 2004 r. kodeksie pracy dotyczą czasu pracy. Dział szósty, poświęcony tej tematyce, otrzymał zupełnie nowe brzmienie. Nowości dotyczą na przykład systemów i rozkładów czasu pracy oraz okresów odpoczynku.

Na początek warto zapoznać się z pewnymi modyfikacjami niektórych istniejących systemów czasu pracy. Modyfikacje dotyczą m.in.. Równoważnego systemu czasu pracy, a mianowicie dopuszczalności jego wprowadzenia, okresów rozliczeniowych i okresów odpoczynku. Obecnie są one uregulowane w art. 135-137 k.p. (poprzednio art.129 k.p.).

**Równoważny system czasu pracy**

Tam, gdzie rodzaj pracy lub jej organizacja wymuszają wydłużenie dobowego wymiaru czasu pracy, kodeks pracy na to zezwala, ale nie więcej niż do 12 godzin. Ten przedłużony wymiar dobowy musi być pracownikom rekompensowany krótszym dobowym wymiarem czasu pracy w niektóre dni lub dniami wolnymi od pracy. Nie oznacza to jednak, że wszystkich pracowników można w tym systemie zatrudniać.

Zakaz zatrudnienia obejmuje:

- kobiety w ciąży,
- młodocianych,
- zatrudnionych na stanowisku pracy, na którym występują przekroczenia dopuszczalnych stężeń lub natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia.

Pracownika opiekującego się dzieckiem w wieku do 4 lat można zatrudnić wyłącznie za jego zgodą.

Z zasady jednomiesięczny okres rozliczeniowy, może zostać przedłużony ( w szczególnie uzasadnionych przypadkach) - jednak nie dłużej niż do 3 miesięcy.

Z uwagi na specyfikę pracy w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze, grupa pielęgniarek i częściowo diagnostów medycznych zatrudniona jest w równoważnym systemie czasu pracy.

Po raz pierwszy Kodeks Pracy podał definicję doby pracowniczej i tygodnia pracy.

Art.. 128 § 3 ust. 3 K.P. brzmi: „Przez dobę należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której pracownik rozpoczyna pracę zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy.”

Art.. 128 § 3 ust. 2 K.P. brzmi: „ Przez tydzień należy rozumieć 7 kolejnych dni kalendarzowych, poczynając od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego”.

W związku z powyższym praca powinna być tak zaplanowana, abyśmy mieli co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku na dobę oraz 35 godzin na tydzień.

Anna Bednarczyk

**Informacja Działu Spraw Pracowniczych**

Nowe regulacje prawne, wynikające z dostosowania polskich przepisów do standardów Unii Europejskiej, wiążą się ze zmianami w przepisach ogólnych i szczególnych dotyczących opieki zdrowotnej, Kodeksu Pracy i innych obowiązujących ustaw.

W związku z powyższym zaistniała konieczność utworzenia nowych stanowisk:

1. Specjaliści do spraw organizacji pracy, którego zadaniem będzie obserwowanie zmian zachodzących w prawie i ustawodawstwie i bieżące wdrażanie ich w naszym Ośrodku poprzez dostosowanie wewnętrznych przepisów do aktualnego stanu prawnego.



Na tym stanowisku został zatrudniony Pan mgr Jarosław Majchrzak

Nowemu koledze nie są obce przepisy z zakresu opieki zdrowotnej, ponieważ przez okres od 14.11.2000 do 11.09.2002 pracował w samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu.

2. Specjaliści do spraw analiz ekonomiczno-medycznych, na którym zatrudniona została Pani mgr Dorota Młodzianowska.



Pani Młodzianowska zna zagadnienia opieki zdrowotnej, ponieważ w okresie od 1984 do 2000 r. pracowała w Zespole Opieki Zdrowotnej oraz Rejonowym Pogotowiu Ratunkowym w Sosnowcu.

Liczymy, że nowi pracownicy zaadaptują się w nowym środowisku i będą służyć naszej jednostce wiedzą i fachowością.

W okresie od stycznia do lipca br. w Ośrodku podjęto prace 30 osób. Uzupelnione zostały miejsca pracowników nieobecnych z powodów zdrowotnych, urlopów macierzyńskich i urlopów bezpłatnych.

Nowe osoby zostały zatrudnione w Pracowni Mikrobiologii, Pracowni RTG, Sekcji Ruchu Chorych, Poradni Kardiologicznej Dorosłych, Oddziale Klinicznym Kardioanestezji, I Oddziale Intensywnej Opieki Pooperacyjnej, Oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej R, Oddziale Chirurgii Serca i Naczyń, Oddziale Kardiochirurgii i Intensywnej Opieki Pooperacyjnej Dzieci i Oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej Dziecięcej

Anna Bednarczyk – kierownik działu

## I Turniej Piłkarski o Puchar Śl.C.Ch.S

W dniu 26 czerwca (sobota) na boisku Zespołu Szkolno – Przedszkolnego w Zabrze – Makoszowach przy ulicy Dalekiej odbył się I Turniej piłkarski o Puchar Śląskiego Centrum Chorób Serca, zorganizowany z okazji 20 – lecia naszego ośrodka. W turnieju uczestniczyło 9 drużyn (około 100 zawodników) podzielonych na dwie grupy.

**Grupa A** to zespoły Administracji I, Administracji II, Kardiologów ŚCCS i AA Oceanic.

**Grupa B** to drużyny: UKS Makoszowy, Messer Polska, Medyk, Ford oraz Przyszowice.

Na wstępie przyjęto założenie że dwie najlepsze drużyny z każdej grupy awansują do półfinałów. Po fazie grupowej do następnej rundy zakwalifikowały się drużyny Medyk, UKS Makoszowy, Administracji I oraz drużyna Kardiologów ŚCCS.

Z turniejem na tym etapie pożegnała się Administracja II.

W półfinale Administracja I spotkała się z zwycięzcą grupy B zespołem UKS Makoszowy i po zaciętym pojedynku okazała się lepsza dopiero w rzutach karnych.

W drugim półfinale drużyna Medyka rozgromiła reprezentację Kardiologów 5 – 1.

W finale spotkały się więc drużyny Medyka złożonej z pracowników Śląskiej Akademii Medycznej i Administracji I. Z wynikiem 2 – 1 zwycięsko z tej potyczki wyszła Administracja I. To ona zdobyła Puchar ŚCCS który ufundował profesor dr. Lech Poloński.

Turniej zaplanowany jako niewielka impreza rozrósł się do wielkiego pikniku, w którym wzięło udział około 500 osób.

Było to możliwe dzięki hojności Sponsorów: SEAT Hatlapa Auto – Partne, Browarów Górnośląskich. AA Oceanic zasponsorowała nagrodę dla najlepszego strzelca jak i dla najlepszego bramkarza, którym został golkipier Administracji I Tomek Lasota oraz Firma Messer Polska która zakupiła piękne stroje piłkarskie dla ŚCCS.

Atrakcją była możliwość zobaczenia z bliska nowego modelu Seata ALTEA i innych modeli Seata jak również samochodów Skoda oraz Ford. A że turniej trwał 6 godzin musiało też coś być dla żołądka. Zadbano o restaurację "U Rzepichy", która serwowała dania z grilla oraz napoje.

Podziękowania należą się Dyrektorowi Zespołu Szkolno – Przedszkolnego za dobrą organizację turnieju oraz Dyrekcji naszego ośrodka i docentowi dr. Kalarusowi, którzy wsparli nasz turniej. Myślmy, że turniej stanie się tradycją naszego szpitala i spotkamy się za rok w jeszcze liczniejszym gronie.



M.M

### Wyrazy wdzięczności

Jako pacjent przebywający w Waszej Klinice w celu wszczepienia pomostów żylnych i zastawki aortalnej, niniejszym pismem pragnę gorąco podziękować za otrzymane zdrowie. Jednocześnie wyrażam podziw i zachwyt co do fachowców w tej dziedzinie medycyny, dla wspaniałych chirurgów i kardiologów. Nadmieniam również, że spotkałem się z wyjątkową, bardzo miłą i rzetelną obsługą pielęgniarską(..)

z wielkim szacunkiem

Tadeusz Kawalek

Składam najserdeczniejsze podziękowania całemu zespołowi lekarzy i Paniom pielęgniarkom, a w szczególności Panu doktorowi Ryfińskiemu, Panu doktorowi Stynowi, Panu doktorowi Farmasowi oraz Panu doktorowi Foremnemu.

No i całemu gronu pielęgniarek na wszystkich oddziałach za ich trud, uśmiech, życzliwość i zrozumienie. Także najserdeczniejsze podziękowanie Paniom pielęgniarkom z opatrunkowego – Pani Basi i Pani Bożenie – za cierpliwość.

A przede wszystkim chciałbym podziękować Panu Profesorowi Marianowi Zembali, za uratowanie mi życia i umożliwienie szczęśliwego powrotu do rodziny i społeczeństwa. Do moich podziękowań dołączają się moje dzieci, które życzą Profesorowi sto lat!!

Przepraszam, jeżeli kogoś pominąłem

Wdzięczny pacjent

H. Woźniczka

### Profesor Marian Zembala

Gorącym matczynym sercem dziękuję za uratowanie mojego syna(...)

Mój syn, synowa, mimo ogromnego stresu, łez, niepewności, bardzo ciepło wspominają pobyt w Zabrze, mówią o ciepłej atmosferze, zainteresowaniu człowiekiem, nawet takim, który nie był pacjentem. Oni doświadczyli na sobie to wielkie oddanie, pomoc chorym i ich bliskim. Szkoda, że nie wszędzie tak jest(..)

Wiele bardzo ciepłych słów usłyszałam pod Pana adresem, Profesorów, Pań Pielęgniarek i całego personelu.

Panie Profesorze, proszę przyjąć serdeczne podziękowania płynące z głębi serca.....

## Dorota Walczyk

### Dieta w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy

Dla chorych cierpiących na wrzód żołądka i dwunastnicy przeznaczona jest dieta łatwo strawna z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego.

#### Charakterystyka diety i jej zadania

W celu lepszego zrozumienia istoty diety trzeba wymienić potrawy, które mają działanie pobudzające na wydzielanie soku żołądkowego.

Do potraw silnie pobudzających wydzielniczość należą:

- mocne buliony, rosoly (mięsne, grzybowe, rybne),
- potrawy słone i pikantne,
- potrawy wędzone, smażone, pieczone,
- napoje kwaśne,
- używki, alkohol, wino, piwo, wody mineralne gazowane.

Dieta łatwo strawna z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego ma za zadanie przede wszystkim:

- dostarczenie organizmowi odpowiednich ilości składników odżywczych i potrzebną ilość energii aby pacjent utrzymał należną masę ciała;
- rozcieńczać lub neutralizować sok żołądkowy bądź też zredukować jego wydzielanie;
- nie drażnić mechanicznie, chemicznie i termicznie błony śluzowej żołądka.

Bardzo ważnymi składnikami odżywczymi, których dostarczenie szczególnie jest ważne to białko, witaminy (głównie wit. C), oraz składniki mineralne. Na skutek często stosowanych ograniczeń żywieniowych w chorobie wrzodowej, mogą wystąpić niedobory wymienionych składników. Pożywienie bogate w białko powoduje większe wydzielanie kwasu niż pożywienie zawierające jego mniejsze ilości, to jednak ma ono

równocześnie nieco większą zdolność do neutralizowania kwasu. W diecie tej szczególną wartość posiada mleko jako produkt neutralizujący kwas solny soku żołądkowego.

Zaleca się również delikatne twarogi, jaja, mięso, drób, ryby.

Pewną zdolność hamowania wydzielania kwasu wykazują również tłuszcze. Opóźniają także opróżnianie żołądka co jest zjawiskiem korzystnym w przypadku omawianej diety. Łatwo strawne tłuszcze, jak tłuszcze mleka (śmietanka, masło),

znajdują zastosowanie w diecie z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego. Jednak produkty te należy stosować z umiarem, gdyż mogą one wpływać na poziom cholesterolu w surowicy krwi. Z tego powodu zaleca się zastąpienie części wymienionych tłuszczów zwierzęcych na tłuszcze roślinne.

W przypadku omawianej diety występują pewne trudności z dostarczeniem organizmowi odpowiedniej ilości witaminy C, ponieważ w diecie tej ogranicza się spożycie surowych warzyw i owoców. Przez umiejętny dobór produktów bogatych w tę witaminę oraz przetworów z tych produktów można uzyskać pożądany poziom wit. C w dziennym jadłospisie. Należy pamiętać, że w stanach ostrych choroby wrzodowej, przy dużych ograniczeniach szeregu produktów, dieta prawie nie zawiera tej witaminy.

W diecie z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego znacznemu ograniczeniu podlega błonnik. Istnieją przeciwwskazania co do stosowania pieczywa razowego, grubych kasz, surowych warzyw i owoców.

Ponadto dieta ta ma charakter łatwo strawny, dlatego nie zawiera produktów ciężko strawnych i wzdymających.

W jadłospisach pomijane są alkohol, kawa i mocna herbata, zupy i sosy na wywarach mięsnych, ponieważ wzmagają wydzielanie soku żołądkowego.

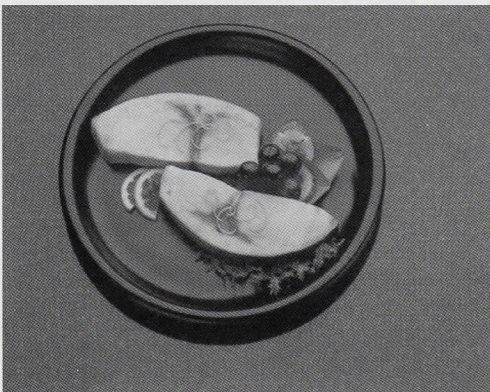
Przy stosowaniu omawianej diety podkreśla się konieczność zmniejszenia objętości poszczególnych posiłków, zwiększenia ich ilości z 3 do 5, a nawet 6, regularnego spożywania posiłków w spokoju i w stanie odprężenia. Posiłki o dużej objętości pobudzają czynność wydzielniczą żołądka co jest zjawiskiem niekorzystnym. Małe i częste posiłki powodują mieszanie soku żołądkowego z dostarczonym pożywieniem w sposób bardziej ciągły co sprzyja gojeniu się wrzodu. Spożywanie posiłków co 2 godziny powoduje mniejsze wahania średniej kwasowości treści żołądkowej aniżeli posiłki spożywane co 4 godziny.

Bardzo ważną rolę odgrywa również temperatura podawanych pokarmów. Potrawy nie powinny być zbyt zimne ani zbyt gorące, aby w ten sposób zapobiegać przekrwieniu błony śluzowej żołądka.

Spożywane pokarmy powinny być dokładnie przeżuwane, dlatego należy dbać o należyte uzębienie.

#### Całodzienna racja pokarmowa

W przypadku diety łatwo strawnej z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego, jej podstawową rację pokarmową poprzedzają 3 warianty diety stosowane w ostrych stanach choroby. W niektórych bowiem przy-



Nazwa produktu lub potrawy	Dozwolone	Przeciwwskazane
Produkty zbożowe	pieczywo pszenne jasne, czerstwe; mąka pszenna jasna, kasza manna, krakowska, ryż, sago; płatki owsiane i kasza jęczmienna łamana; drobny delikatny makaron;	pieczywo świeże, żytnie, razowe; mąki razowe, mąki żytnie; grube kasze: pęczak, gryczana.; grube makarony; z potraw- kluski kładzione, potrawy mączne;
Mleko i produkty mleczne	mleko słodkie, mleko zsiadłe nie przekwaszone, świeży ser twarogowy, ser śmietankowy	mleko zsiadłe przekwaszone, kefir jogurt, sery żółte, sery topione;
Jaja	gotowane na miękko, jaja w koszulkach, żółtka do zaprawiania zup; jaja sadzone lub jajecznica przygotowana na parze;	gotowane na twardo, w majonezie, jaja sadzone, jajecznica
Mięso, wędliny, ryby	chude mięsa i chudy drób: cielęcina, wołowina, króliki, indyk, kurczę; chude ryby: dorsz, leszcz, sola, płastuga, szczupak, sandacz; chuda szynka, polędwica;	tłuste gatunki mięs i drobiu: wieprzowina, baranina, gęsi, kaczki, dziczyzna; wędzone wędliny; tłuste ryby: węgorz, makrela, łosoś, śledź; mięsa peklowane, ryby wędzone, konserwy rybne i mięsne;
Tłuszcze	świeże masło; słodka śmietanka; olej sojowy, rzepakowy, margaryna w ograniczonej ilości;	kwaśna śmietana, smalec, słonina, boczek, lój wołowy i barani, niedozwolone margaryny;
Ziemniaki	gotowane, gotowane tłuczone, w postaci puree;	frytki, ziemniaki w postaci smażonej, pyzy;
Warzywa	gotowane: marchew, buraki, szpinak, kabaczek, dynia, kalafior; surowe; sałata zielona, pomidory bez skórki;	wszystkie odmiany kapusty, ogórki, rzodkiewki, rzepa, papryka, szczaw, cebula; potrawy z warzyw zaprawiane zasmażkami lub smażone; grzyby;
Owoce	dojrzałe bez skórki i pestek gotowane, ewentualnie przetarte: jabłka, truskawki, morele; rozcieńczone gotowane soki z owoców jagodowych (maliny, jeżyny, porzeczki czarne i czerwone) lub cytrusowe;	wszystkie owoce surowe, owoce suszone; gruszki, agrest, czereśnie, śliwki; orzechy;
Suche strączkowe		wszystkie są zabronione; groch, fasola, bób, soczewica;
Cukier i słodczyce	cukier, miód, dżem (bez pestek) w ograniczonych ilościach;	chałwa, czekolada, słodczyce zawierające tłuszcz, kakao, orzechy;
Przyprawy	łagodne w ograniczonych ilościach: sól, cukier, wanilia, sok z cytryny, koper zielony;	ocet, pieprz, musztarda, papryka, chrzan, maggi, kostki bulionowe;
Zupy	kleiki, krupniki z dozwolonych kasz, zupy mleczne, zupy warzywne z dozwolonych warzyw; zupy zaprawiane mąką z masłem (bez zasmażania), słodką śmietanką lub żółtkiem jaja; zupy z dodatkiem świeżego masła;	rosoły, zupy na wywarach z kości lub mięsa; zupy rybne; zupy z niedozwolonych warzyw i owoców; zupy zaprawiane zasmażkami lub kwaśną śmietaną;
Potrawy mięsne i rybne	gotowane, duszone bez uprzedniego obsmażania, pieczone w folii lub pergaminie, potrawki, pulpety, budynie;	smażone, duszone, pieczone – w sposób konwencjonalny;
Desery	kompoty z dozwolonych owoców; galaretki i kisiele; musy owocowe; budynie i kisiele mleczne; wszystkie desery mało słodzone;	z niedozwolonych owoców, z czekoladą, z orzechami, z dużą ilością cukru;
Napoje	słaba herbata, słaba herbata z mlekiem, słaba kawa zbożowa z mlekiem, mleko;	mocna herbata, kawa naturalna, napoje alkoholowe, napoje gazowane;
Ciasta	czerstwe drożdżowe, mało słodki biszkopt;	wszystkie inne ciasta: kruszce, keksy, makowiec, pączki, torty.

padkach wymagane są duże ograniczenia dietetyczne, wówczas dieta staje się niepełnowartościowa i dlatego powinna być stosowana możliwie krótko. Następnie, dietę należy stopniowo rozszerzać tak, aby zachowując charakterystyczne jej cechy stała się ona pełnowartościową pod względem energetycznym i odżywczym. Stopniowo należy również wprowadzać zmiany w technice kulinarnej. Potrawy mielone lub przecierane stosowane w początkowym stadium leczenia stanów ostrych, należy stopniowo zastępować potrawami sporządzanymi w sposób atrakcyjny i zbliżony do potraw stosowanych w żywieniu podstawowym tej diety.

W każdym indywidualnym przypadku lekarz ustala, która dieta z trzech wariantów jest najodpowiedniejsza.

WARIANT I przedstawia dietę z bardzo dużymi ograniczeniami. Jest to dieta niedoborowa pod względem energetycznym i zawartości składników pokarmowych. Z tego powodu dieta ta może być stosowana tylko kilka dni.

WARIANT II i III są również niepełnowartościowe, stanowią diety kolejno uzupełniane. Po WARIANCIE III przewiduje się zastosowanie podstawowej diety z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego.

Dorota Walczyk

Bogdan Daleszak

## Maszyna dla kłamczuchów

“Tyle jest prawdy w sądzie, ile nakłamią świadkowie” – stwierdził sędzia Sądu Wojewódzkiego we Wrocławiu Aleksander Ostrowski, do niedawna rzecznik prasowy tej instytucji. Ten bulwersujący żart umiarkowanie śmieszny zważywszy, jaką rolę na sali sądowej przywiązuje się do procedur, kodeksów, pisanych i niepisanych norm postępowania. O prawdę nikt przesadnie nie zabiega.. Nie zganiajmy więc wszystkiego na świadków – w procesie biorą udział także prokuratorzy, obrońcy i oskarżeni. Ci ostatni mogą zresztą łączyć do woli. Z przyzwoleniem prawa! No i sędziowie... Nie, nie, Wysoki Sąd na ogół nie kłamie. Czasem co najwyżej mija się z prawdą..

### Wariograf dobry na wszystko

A w ogóle kwestia prawdomówności w sądzie wydaje się wydumana zważywszy, iż od 1921 roku możemy posługiwać się wariografem, zwanym też – nie do końca słusznie - wykrywaczem kłamstwa. Zadał o to student medycyny John A. Larson z kalifornijskiego uniwersytetu Berkeley, który udoskonalił pomysł włoskiego kryminologa. Cezare Lombroso. Włoch pierwszy zaczął mierzyć stres poprzez obserwację zmian fizjologicznych zachodzących w organizmie człowieka.

Wariograf (inna nazwa to lie – detector) jest zestawem trzech odrębnych instrumentów, które niezależnie od siebie badają oddech, tętno, ruchy mięśni, ciśnienie krwi oraz zmiany elektrycznej oporności skóry. Już dawno zauważono, że człowiek nie jest w stanie zapanować nad naturalnymi odruchami ciała, organizmu. Każdy z tych instrumentów drobniaczko rejestruje wszystkie zmiany fizjologicznych zachowań. Oczywiście nawet najdokładniejszy zapis niczego sam nie rozstrzyga – wyniki są interpretowane przez fachowców. To oni, a nie maszyna, oceniają prawdomówność delikwenta.

### Trudne łamane przez skomplikowane

Rejestrujące instrumenty połączone są z ciałem za pomocą kabli, przyssawek, opasek, elektrod i mankietów. Jest to skomplikowane i niewygodne. Delikwent siada tyłem do maszyny, bo nic nie powinno go rozpraszać. Rzeczywiście nie rozprasza go nic, ale cała sytuacja jest sama w sobie stresująca.

Do tego badania nie można podejść z marszu, z ulicy. Najpierw odbywa się rozmowa wprowadzająca. Badany zapoznany jest z techniczną stroną zagadnienia. Wie też, że potrzebna jest jego zgoda na badanie. Wie również, iż w każdej chwili może z badania zrezygnować. Przesłuchanie przeprowadza się w pomieszczeniu wyciszonym, do którego nie docierają żadne dźwięki, wszelkie telefony i sygnały są wyłączone, temperatura powietrza jest umiarkowana, nastrój rozmów pogodny, nie stresujący... Słowem pełny luz i relaks.

Przesłuchiwany musi być zdrowy, wypoczęty, w psychicznej formie. Nawet przeziębienie eliminuje go z badań. Także stan nietrzeźwości.

Praktycznie biorąc, badanie jest proste. Poligrafer (tak się uczenie nazywa osoba prowadząca badanie) zadaje delikwentowi nieskomplikowane pytania: czy dzisiaj jest czwartek? Czy pan ma na imię Wierńczyśław? Czy Wrocław leży nad morzem? Czy czołg może fruwać samodzielnie ?

Między te niewinne pytania wplata się pytania merytoryczne najważniejsze: czy ukradł pan ponad trzy miliony złotych? Czy podzielił się pan pieniędzmi ze współnikami? Czy zdradził pan komukolwiek miejsce ukrycia łupu? Czy wydał pan już część skradzionych pieniędzy?

Delikwent odpowiada “prawda” lub “fałsz”, piórka umoczone w tuszu rejestrują fizjologiczne zmiany organizmu “przesłuchiwanego”, a później poligrafer dokładnie analizuje zapisy urządzeń. Margines ewentualnego błędnego odczytania uzyskanych danych jest po prostu minimalny. Prawie niemożliwy. Ryzyko błędu zbliżone jest do zera.

### Polowanie na czarna owcę

Łatwo sobie wyobrazić, z jakim entuzjazmem rzucili się na wariograf pracodawcy. Tym bardziej, że mocno przedatowany kodeks pracy nie zabrania korzystania z wariografu. Wprawdzie obrońcy praw człowieka wypowiadali się wiele razy przeciw tym praktykom, życie jest jednak życiem i często to właśnie pracownicy, uwikłani w jakieś matactwa urzędników, domagali się desperacko szansy na oczyszczenie z zarzutów. To przechyliło szalę na rzecz sprytnego urządzenia, które zaczęło pełnić rolę rozjemcy w sporach pracodawca – pracobiorca. Nawiasem mówiąc rozjemcy może nie doskonałego, ale przynajmniej obiektywnego. I nie biorącego łapówek.

### Zamiast sukcesu wielka figa

Tak więc biznes lekko zwariował na temat wariografu, ale my wracamy do kryminalistyki, bowiem od tego zaczęliśmy temat. I tu należałoby się spodziewać długiej listy smakowitych (kryminologicznie) spraw, w których sprawiedliwość zatriumfowała dzięki wykrywaczowi kłamstwa... Taka lista jednak nie istnieje i pewnie prędko nie powstanie.

W polskim prawie do początku lipca ubiegłego roku wariograf w ogóle nie istniał. Nigdzie nie było o nim nawet wzmianki. Ustawa z 10 stycznia 2003 roku (obowiązująca właśnie od lipca) dopuszcza wprawdzie wykorzystanie badań poligraficznych w procesie karnym, ale zaledwie dopuszcza, co praktycznie czyni ustawę martwą. Przeciw poligrafowi jest cała reszta: tradycja i nawyki sądowe, interesy partykularne różnych korporacji prawników, procedury wreszcie.

Wariografu w naszym sądownictwie po prostu się nie stosuje. Pretekst: badania te są drogie. Rzeczywiście zbadanie jednej osoby to kwota około tysiąca złotych. Ale cóż to za koszty w aferach sięgających wielu milionów złotych...? I w rozstrzygnięciu w sprawach życia i śmierci?

Przyczyn lekceważenia wariografu szukać więc należy gdzie indziej. Gdybym był złośliwy, przyczyny swoistego bojkotu dążenia do prawdy szukałbym u samego ustawodawcy. Niewykluczone, że w naszym Sejmie działa potężne lobby kłamczuchów. Tak jak lobby złodziejskie\*, czy lobby fanatycznych obrońców pokretności naszego prawa.

Nie zauważyłem, aby w Sejmie komukolwiek i kiedykolwiek zależało przesadnie na prawdomówności. Na mówieniu prawdy, samej prawdy i tylko prawdy. Podobnie jest w ogóle w całym naszym życiu politycznym. A rząd? Ile godzin utrzymałby się rząd, który postawiłby na uczciwość...?

Bogdan Daleszak

## Uwaga - sekta!

Podejmując rozważania o metodach stosowanych przez sekty należy na początku zaznaczyć, że nie można nazywać sektami mniejszości religijnych, które należą do oficjalnie uznawanych grup wyznaniowych (kościół). Nie są członkami sekt hinduiści, buddyści czy świadkowie Jehowy. Sektami nazywamy organizacje w których stosowane są psychotechniki, zmierzające do zniewolenia, podporządkowania rygorom sekty, wyzbycia się własnych celów: rodziny, domu, przyjaciół.

Wakacje, które niedawno minęły, to okres zwiększonej aktywności wszelkich sekt działających w wielu krajach europejskich – w tym także w naszym kraju. Samotne podróże młodzieży – bez opieki rodziców, sprzyjają kontaktom z grupami, które pod przykrywką głoszonych poglądów religijnych, realizują swoje cele – najczęściej o bardzo przyjemnym, finansowym charakterze.

Pozyskiwanie przez sekty nowych wyznawców dokonywane jest przy zastosowaniu wypróbowanych metod postępowania, wielokrotnie sprawdzonych w praktycznym działaniu.

Wbrew powszechnemu pogładowi sekty nie stosują techniki „prania mózgu”. Określenie „pranie mózgu” odnosi się do sposobu oddziaływania na psychikę jaki był np. stosowany w czasie wojny koreańskiej. Amerykańscy żołnierze, wzięci do niewoli podczas wojny w Korei, gwałtownie zmieniali swój system wartości i poczucie lojalności w wyniku czego stawali się posłusznymi rogom. Oddziaływanie na umysł było połączone z poniżaniem, torturami i różnymi ograniczeniami. Jednakże po wyjściu z niewoli jeńcy natychmiast wracali do poprzedniego sposobu myślenia, co oznacza, że „pranie mózgu” nie dawało trwałych rezultatów.

Sekty manipulują w sposób bardziej wyrafinowany – ludzie są oszukiwani, ale nie są zastraszeni i nie stosuje się wobec nich (przynajmniej w początkowym okresie) przymusu fizycznego.

Do sekt wstępują często jednostki zagubione, nie mające oparcia wśród swojego otoczenia, a w nowym środowisku spotykają się z żywym zainteresowaniem i życzliwością (tzw. bombardowanie miłością – love-bombing). Aby podtrzymać sympatie otoczenia nowo wstępujący dostosowują się do grupy i zachowują się tak jak otoczenie. Tym samym nieświadomie podporządkowują się i współpracują z ludźmi, którzy chcą nad nimi przejąć kontrolę. Wprowadzają ich w swoje sprawy dostarczając w ten sposób informacji, która mogą być w przyszłości wykorzystane przeciwko nim. Efekty psychomanipulacji są o wiele bardziej długofalowe niż pranie mózgu i działają nawet po ustąpieniu wywierania nacisku.

### Kontrola umysłu

Psycholodzy stwierdzili, że jeśli uda się zmienić wzorzec czyichś zachowań, to pociągnie to za sobą zmiany w sferze myśli i uczuć, ponieważ człowiek tylko w niewielkim stopniu toleruje rozbieżności istniejące między jego myśleniem, emocjami i działaniem. Sekty w pierwszej kolejności dążą do zmiany zachowań jednostki.

### Kontrola zachowań

Polega na poddaniu całej sfery życia codziennego jednostki określonym regułom. Dotyczy to zarówno jego otoczenia - tego gdzie mieszka, jak się ubiera, ilości snu i sposobu odżywiania - jak i wykonywanych obowiązków, obrzędów, w których uczestniczy, i wszelkich podejmowanych działań.

W większości sekt o charakterze destrukcyjnym ich członkowie nie-

ustannie są czymś zajęci. Zobowiązani są również do zdawania sprawy z tego, jak spędzają prawie każdą godzinę dnia. Często są też rozliczani z godzin poświęconych „głoszeniu” z których muszą zdawać raport.

W celu skutecznego kontrolowania zachowań wymaga się od ludzi, aby wszystkie działania podejmowali wspólnie. Członkowie sekt wspólnie jadają posiłki, razem pracują, spotykają się w grupach, niekiedy śpią w wieloosobowych pokojach. Wszelkie przejawy indywidualizmu są tępiące. W takich warunkach nacisk grupy w kierunku ujednoczenia zachowań jest niezwykle silny.

### Kontrola myśli

Polega na intensywnym wpajaniu członkom nowego systemu przekonań. Dokonuje się tego poprzez postępowaniem się „nowomową” oraz stosowaniem technik „wyciszania myśli” oraz „koncentracji” umysłu. By okazać się wartościowym członkiem grupy, trzeba nauczyć się manipulować własnymi procesami myślowymi.

Niektóre sekty posługują się słownictwem, w którym „prawda” jest synonimem samej organizacji. A więc. „należeć do Organizacji” jest równoznaczne ze stwierdzeniem „być w prawdzie”. W efekcie szeregowi członkowie mają przez to problemy z *pomyśleniem*, że tkwią w błędzie, gdyż „należą do Organizacji”, co w ich umyśle jest synonimem „bycia w prawdzie”.

Technika wyciszania myśli polega na tłumieniu w sobie wszelkich wątpliwości (tzw. negatywnych myśli) na temat grupy lub jej przywódcy. W efekcie próba bezpośredniej krytyki ich organizacji lub przywódców powoduje automatyczne zamknięcie umysłu. Osoba taka po prostu nie chce słuchać takich rzeczy. W niektórych sektach wyciszanie myślenia wspierane jest dodatkowymi technikami: modleniem się innymi językami czy intensywną modlitwą.

### Kontrola uczuć

Polega na kontrolowaniu i manipulowaniu emocji poprzez strach i poczucie winy. Poczucie winy jest najistotniejszym czynnikiem sprzyjającym wyrabianiu postawy konformistycznej i wymuszaniu uległości. Osoba, która ma sobie ciągle coś do zarzucenia, nie będzie miała odwagi aby się buntować, stąd destrukcyjne sekty dbają o to, aby człowiek żył w ciągłym poczuciu winy. Jeśli chodzi o strach, to jest on używany w celu wzmocnienia więzi z grupą. Kreuje się wizerunek zewnętrznego wroga, który zagraża członkom sekty.

### Kontrola informacji

W wielu sektach o charakterze totalitarnym główne źródło informacji stanowią publikacje sekty. Kontrolę podlegają także rozmowy członków sekty. Nie wolno im dzielić się krytycznymi uwagami na temat przywódcy, doktryny czy metod działania organizacji. Muszą natomiast szpiegować się nawzajem; pożądane jest także donosicielstwo. Nowicjusze mogą ze sobą rozmawiać tylko w towarzystwie starszego członka sekty, występującego w roli przywoitki. Co najważniejsze jednak, nakazuje się wyznawcom, aby unikali kontaktów z byłymi członkami sekty i ludźmi nastawionymi do niej krytycznie. Informacje poddawane są na ogół ścisłej selekcji, co sprawia, że członkowie sekty są wciąż niedoinformowani. W większych grupach mówi się im najczęściej tylko tyle, ile „powinni wiedzieć”, by dobrze wykonywać swoje obowiązki.

Czytanie gazet i czasopism, oglądanie telewizji i słuchanie radia są zakazane. We wspólnotach środki masowego przekazu są przedstawiane jako np. narzędzia w rękach szatana, w wyniku czego wyznawcy sami rezygnują z dostępu do nich.

Informacje poddawane są na ogół ścisłej selekcji, co sprawia, że człon-

kowe sekty są wciąż niedoinformowani. W większych grupach mówi się im najczęściej tylko tyle, ile "powinni wiedzieć", by dobrze wykonywać swoje obowiązki. Tym samym wyznawcy w jednym miejscu nie mogą wiedzieć o ważnych decyzjach, publicznych wystąpieniach czy dyskusjach, które gdzie indziej wywołały zamieszanie w życiu sekty.

Kontrola informacji w destrukcyjnych sektach oznacza także istnienie różnych poziomów "prawdy". Inna jest doktryna "oficjalna", inna na "wewnętrzny użytek". Np. Rodzina Miłości posiada oznaczenia na swoich publikacjach, które określają, kto może czytać daną broszurę.

W wielu sektach stosuje się pewne formy hipnozy – stałe monotonne śpiewanie i medytacje wprawiają ludzi w trans, w trakcie którego słowa przywódcy grupy trafiają do umysłów.

#### Etap zdobywania kontroli nad umysłem

**Etap I.** Przekazanie umysłem, nad którymi chce się zapanować wymaga usunięcia poglądów, czy systemów wartości istniejących dotychczas. Osiąga się to poprzez zachwianie wiary członków grupy we własny umysł.

Jedną z najskuteczniejszych metod jest wywołanie załamania nerwowe-

go. Najczęściej osiąga się to pozbawiając ludzi snu. Podobne rezultaty można osiągnąć wprowadzając odpowiednią dietę (np. o niskiej zawartości białka lecz bogatą w węglowodany) lub zmieniając pory posiłków.

Następnym etapem jest przekazywanie nadmiaru informacji, co także sprzyja zakłócaniu równowagi psychicznej i czyni członka sekty bardziej podatnym na sugestie. Umysł zubożniejnie wobec potoku zalewających go informacji i zrezygnuje z ich oceniania.

Na tym etapie rozmrażania, gdy ludzie zaczynają mięknąć, w większości sekt wbija im się do głowy, że są niekompetentni, chorzy umysłowo lub nie dość silni duchem.

**Etap II** polega na narzucaniu nowej tożsamości - innego modelu zachowań, sposobu myślenia i odczuwania - która ma zastąpić dotychczasową. Jest to etap indoktrynacji. W fazie przekształcania, wszystko kręci się wokół jednej sprawy. Ciągłe powtórzenia, monotonia, jednostajny rytm usypia czujność członków sekty. Określone treści powtarzane są bez końca.

**Etap III** osoba, która się załamała, a następnie pod wpływem indoktrynacji zmieniła przekonania, jest ponownie kształtowana jako zupełnie "nowy człowiek" - w pełni akceptujący cele i sody działania sekty. AB

## XV Jubileuszowy Zjazd Stowarzyszenia Transplantacji Serca



Prof. Marian Zembala, Honorowy Członek STS – życzył organizacji dalszych lat owocnej działalności.



Profesor Jerzy Sadowski na XV Zjeździe STS otrzymał tytuł Honorowego Członka Stowarzyszenia Transplantacji Serc



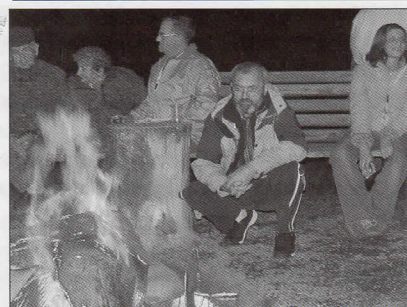
Docent Mirosław Garlicki tytuł Honorowego Członka STS otrzymał w 1997 roku



R. Bandachowski odebrał gratulacje z okazji 10-lecia operacji przeszczepu serca



Na pierwszym planie Jan Statuch z małżonką – członek STS po transplantacji. - sponsor i współorganizator zjazdu



Andrzej Jaworski z uwagą obserwuje ognisko ..



Przy góralskiej muzyce też można tańczyć..



Ale lepiej to wychodzi w sali tanecznej.



Uroczysta kolacja, tradycyjnie nazywana „Serdeczną biesiadą



## IX European Heart and Lung Transplant Games

Europejska Federacja Transplantacji Serca (EHTF) co dwa lata organizuje międzynarodowe zawody sportowe dla osób po transplantacji serca i płuc. Nasze Stowarzyszenie Transplantacji Serca jest członkiem EHTF od 2002 roku i od tego czasu reprezentacja STS bierze udział w zawodach – w 2002 roku w Klagenfurcie, a w 2004 roku w Dublinie. Reprezentacja została wyłoniona w drodze eliminacji organizowanych w Bocheńcu koło Chęciny (bieg) oraz w Krościenku (pływanie, tenis stołowy, konkurencje lekkoatletyczne). Do Irlandii pojechało 10 zawodników (w tym 2 kobiety) - 5 z koła Zabrze, 3 z Krakowa i 2 z Warszawy.

Nasza reprezentacja zdobyła w Dublinie 19 medali, w tym 9 złotych, 5 srebrnych i 5 brązowych. Dodatkowo do Polski przyjechał puchar przechodni za zwycięstwo w turnieju siatkówki. Medale zdobyli:

1. Złote: Beata Grądek, Mieczysław Babral i Roman Błażejczak w tenisie stołowym (razem 4 – w różnych kategoriach wieku indywidualnie i w deblu),

Adam Strzebiecki (skok wzwyż)

Anna Prusinowska i Bogdan Zasadny (bieg na 400 m)

Przemysław Wagner – 100 m stylem dowolnym (pływanie) drużyna siatkówki

2. Srebrne: Beata Grądek (tenis stołowy)

Anna Prusinowska (100 m stylem klasycznym – pływanie)

Adam Strzebiecki – skok w dal

Przemysław Wagner (2 medale – 50 m stylem dowolnym oraz rzut piłeczką palantową)

3. Brązowe: sztafeta 4 X 100 m (bieg)-1. Roman Błażejczak, Dariusz Kozerewicz, Przemysław Wagner i Bogusław Zasadny.

Beata Grądek – rzut piłeczką palantową

Adam Strzebiecki (pchnięcie kulą)

Bogdan Sztaba (2 medale w pływaniu – 50 m stylem klasycznym i 100 m stylem dowolnym).

Ogółem startowało około 700 zawodników, ze wszystkich krajów europejskich oraz z Izraela. Kolejne zawody odbędą się w roku 2006 w Neapolu i mamy nadzieję, że tam nasza reprezentacja będzie liczniejsza i przywiezie jeszcze więcej medali.



Puchar za 1 miejsce w turnieju piłki siatkowej



Na stadionie lekkoatletycznym



Reprezentacja STS – z medalami w lekkiej atletyce

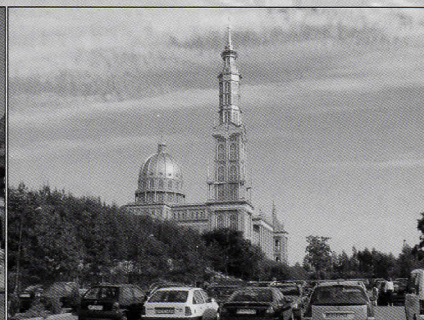
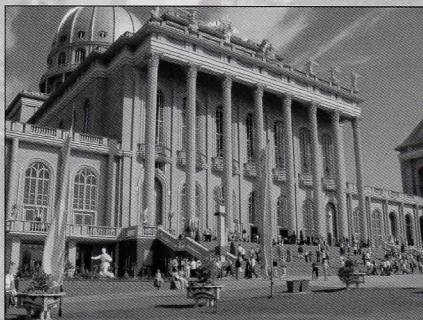


Bieg na 4 000 m.



Wspólne zdjęcie z Finami (srebrny medal) – po zwycięskim finale w piłce siatkowej





## Pielgrzymka i debata w Licheniu

W dniu 18 września 2004 roku, pacjenci po transplantacji serca, członkowie ich rodzin, przyjaciele a także pracownicy zakładów ochrony zdrowia, przybyli do Lichenia z pielgrzymką do sanktuarium maryjnego. Autokarami, samochodami osobowymi i środkami transportu publicznego przyjechało ponad 250 osób. Po zakwaterowaniu, w bardzo dobrze wyposażonym Domu Pielgrzyma „Arka”, uczestnicy pielgrzymki udali się na zwiedzanie sanktuarium – ze szczególnym uwzględnieniem nowej świątyni, która swoimi rozmiarami i wystrojem zrobiła na wszystkich olbrzymie wrażenie.

Wieczorem, o godzinie 21.15, kiedy ze „starego” kościoła, w którego ołtarzu znajduje się cudowny obraz Matki Boskiej, wyszła procesja ze świecami, świątynię zajęli pielgrzymi po transplantacji. W atmosferze ciszy i skupienia, zebrani uczestniczyli we mszy, odprawionej przez kapelana STS, księdza infułata Edwarda Majchera. Uroczysta msza, wzruszająca homilia księdza infułata oraz modlitwy dziękczynne za uratowanie życia, za dusze dawców i zmarłych kolegów, za zdrowie i pomyślność lekarzy, pielęgniarek i wszystkich pracowników ochrony zdrowia oraz za dobrodziejów wspierających środowisko osób po transplantacji, nasze stowarzyszenie i kliniki – wszystko to wprawiło zebranych w podniosły nastrój, pełen zadumy, wdzięczności i pokory wobec Opatrzności. Pod wpływem tej atmosfery, część pielgrzymów udała się po mszy, do nowej świątyni – na nocne czuwanie modlitewne.

Następnego dnia (19.09.04) w sali konferencyjnej Domu Pielgrzyma odbyła się publiczna konferencja, na temat „Transplantacja narządów w świetle nauki Kościoła Katolickiego i wypowiedzi Jana Pawła II. Referaty wygłosili przedstawiciele nauki (prof. M.Zembala, prof. D. Patrzalek, dr B.Pawlica i mgr W. Czapiewski, a także profesorowie teologów – ks. B.Wójcik i A.Sikora). Konferencję zaszczylił swoją obecnością ksiądz biskup Czesław Lewandowski.

Fragmety wystąpień nagrały ekipy telewizyjne i radiowe, natomiast wywiady z referentami i uczestnikami przeprowadziło kilku przedstawicieli prasy. Istotnym wnioskiem wynikającym z debaty było stwierdzenie, że poglądy etyków katolickich oraz lekarzy transplantologów, w zasadniczych kwestiach się pokrywają. Kościół w pełni aprobuje transplantacje, pod warunkiem zachowania niezbędnych wymogów etycznych.

Na zdjęciach obok (od góry) - debata :

4. Ks.prof. Bogusław Wójcik z Papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie
5. (od prawej) profesor Marian Zembala, mgr Wojciech Czapiewski
6. (od prawej) ks.prof. B.Wójcik, Ks biskup Czesław Lewandowski, Ks infułata Edward Majche



Sanktuarium w Licheniu – zdjęcia 1,2,3 - nowa świątynia  
4 - starsza część sanktuarium



Dom Pielgrzyma „Arka” w Licheniu  
19 września 2004 r

Transplantacja narządów w świetle nauki Kościoła Katolickiego i wypowiedzi Jana Pawła II

Część 1.

Referaty wprowadzające:

1. dr **Beata Pawlica** - Transplantacje narządów w świadomości społecznej
2. mgr **Wojciech Czapiewski**  
- Transplantacje narządów w Polsce
3. prof. dr hab. **Marian Zembala** - Transplantacja serca
4. prof. dr hab. **Dariusz Patrzalek** - „Odmowa - i co dalej...?”
5. ksiądz prof. **Bogusław Wójcik** - Etyczne aspekty transplantacji
6. ksiądz prof. Adam Sikora - Transplantacja w świetle nauki Kościoła

— 10 minut przerwy —

Część 2.

Publiczna debata

prowadzenie profesor dr hab. n med. Marian Zembala

Sala konferencyjna - godz 9.00

## 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 lekarskimi 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 liście 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 przyjęcia wniosku, skargi lub uwagi – czy nawet tylko opinii o personelu, warunkach pobytu, organizacji badań, lub też stosunku do pacjentów.**

### Wyrazy wdzięczności

I dniem i nocą  
Cichutko jak duchy  
Snują się po salach  
Białe fartuchy

A w pierwszej sali  
Leżą ich „ofiary”  
Kobiety, mężczyźni  
I młodzik i stary

Pocięto im mostki,  
Z nóg wyrwano żyły,  
Leżą bajpassowcy,  
Bez czucia, bez siły

A w drugiej sali  
Sami obudzeni.  
Patrzają i nie wierzą -  
Świat jakby się zmienił

A i serce puka-  
Dostojnie, miarowo...  
Płyną łzy radości-  
Tu już zbędne słowa.

A w trzeciej sali  
To prawdziwa heca:  
Machanie rączkami, kla-  
skanie po plecach

Jedna nóżka w lewo,  
Druga nóżka w prawo,  
To już nie leczenie,  
To fajna zabawa.

Duch pełen wigoru  
Serce znówu młode!  
(Może gdzieś nas czeka  
Miłośna przygoda?) A  
kysz!

*Wyrazy wdzięczności oraz podziękowania dla Pana doc. dra hab. Zbigniewa Kalarusa i Jego Zespołu za wykonanie zabiegu oaz wysoką wiedzę medyczną i duże doświadczenie. Dziękuję także za opiekę całemu zespołowi pielęgniarek.*

*Wdzięczny pacjent Antoni Kocur*

Kochani DOKTORZY  
SIOSTRZYCZKI przemile,  
Dziękuję za zdrowie,  
Odzyskane siły.

Od dziś będę głosić  
po całutkim świecie,  
Że lepszego CENTRUM  
Nigdzie nie znajdziecie

**Podziękowanie całemu  
Zespołowi Śląskiego  
Centrum Chorób Serca  
w Zabrze składa**

**Odnowiona 80-latka –  
prababcia**

**Anna Upirów  
z Jeleniej Góry**

*Pacjenci, którzy chcą w Szlachetnym Zdrowiu zamieścić wyrazy wdzięczności dla lekarzy, pielęgniarek i personelu Śląskiego Centrum Chorób Serca powinni przygotowany tekst przesłać na adres redakcji lub wrzucić do skrzynki z napisem „korespondencja dla rzecznika praw pacjenta”. Skrzynka znajduje się obok portierni – pod skrzynką pocztową.*

*Uwaga! Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów.*

GÓRNOŚLĄSKA SPÓŁKA GAZOWNICTWA

**KOMFORT**  
od ręki



Górnośląska Spółka Gazownictwa

Sp. z o.o. w Zabrzu

41-800 Zabrze

ul. Szczęść Boże 11

tel. +48 32/373 5000

[www.gaz.zabrze.pl](http://www.gaz.zabrze.pl)