

Nr 8 I 2005

ISSN 1730-1297
Nakład 1500 egz.



SZLACHTNE ZDROWIE

Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca



Konferencja prasowa - profesor Marian Zembala, doc. dr Mariusz Gąsior oraz dr Jacek Wojarski— z pacjentami po transplantacji płuca



Konferencja prasowa- Dr Jacek Wojarski odpowiada na pytania dziennikarzy

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

W numerze:

- Pracownia Echokardiografii Dorosłych
- Ważne daty historyczne w kardiologii - od starożytności do 1900 r.
- Zespół Bezdechu Sennego (ZBS)
- To także jest informatyka...
- Świat Ciszzy
- Vademecum podatnika
- Co nowego w prawie pracy
- System zarządzania jakością w Śląskim Centrum Chorób Serca
- Wpływ komunikacji interpersonalnej na skuteczność pracy zespołowej.
- Hyde Park
- Dodatek- „Drugie Serce”

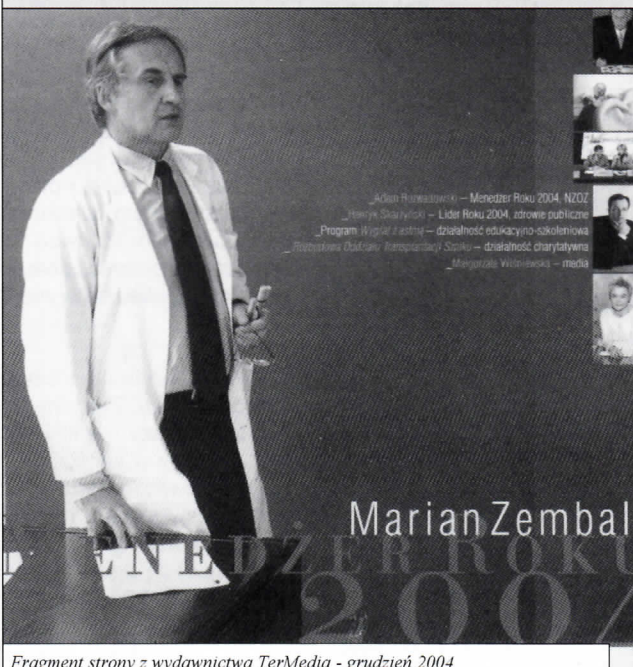
Adres Redakcji:
41-800 Zabrze ulica
Szpitalna 2
Tel/fax 273-23-20

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

Przygotowania do certyfikacji ISO objęły wszystkich pracowników Śląskiego Centrum. Najwięcej pracy włożyły osoby bezpośrednio zaangażowane tj. opracowujące procedury, przygotowujące całą, niezbędną dokumentację, organizujące szkolenia, czy też przeprowadzające audyty wewnętrzne. Jednakże dostosowanie całego systemu do stanu zgodnego z normą ISO 9001:2000 wymagało szeregu zmian dotyczących każdego pracownika-bez względu na zajmowane stanowisko czy pełnioną funkcję.

Dzisiaj wiadomo już, że cały ten wysiłek się opłacił. Otrzymany certyfikat potwierdza, że w tym szpitalu przestrzegane są wszelkie przepisy i procedury zapewniające pacjentom odpowiedni, wysoki poziom usług medycznych i pełne bezpieczeństwo stosowanych metod. Dla nowych kontrahentów, jakimi wcześniej, czy później będą zagraniczne firmy ubezpieczeniowe, certyfikat jest gwarancją, że do tego ośrodka można kierować swoich klientów. (patrz strona 18)

Śląskie Centrum Chorób Serca otrzymało Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością wg międzynarodowej normy ISO 9001:2000



Fragment strony z wydawnictwa TerMedia - grudzień 2004

Aktualności

1. 11 grudnia zakończyła się kolejna, pomyślna transplantacja płuca u 54-letniego chorego, z nieodwracalnym uszkodzeniem płuc- ze zwłóknieniem śródmiąższowym.
2. Pracownia mikrobiologii otrzymała zakupioną komorę laminarną (komora bezpieczeństwa biologicznego klasy II z pionowym przepływem laminarnym powietrza), która zapewnia znaczny poziom ochrony dla personelu w czasie opracowywania materiału zakaźnego, jak również stanowi ochronę przed zewnętrznymi zanieczyszczeniami materiały (aseptyka posiewu).
3. W pracowni HBS/HIV uruchomiono analizator Cobas Core II, umożliwiający szybszą diagnostykę w kierunku obecności p/c anty HBS, p/c anty HCV, p/c anty HIV oraz antygen HBS.
4. W konferencji pt. „Partnerstwo w leczeniu” w Katowicach wzięły udział pielęgniarki: Halina Pisarska i Joanna Barabas.

GDZIE SIĘ LECZYĆ? Rankingi szpitali

Opracowywane, od kilku lat, przez poważne dzienniki i tygodniki, rankingi szpitali potwierdzają wysoką rangę Śląskiego Centrum Chorób Serca. Czy jest to miejsce pierwsze, czy czwarte- zawsze SCCS znajduje się w czołówce. Nie zawsze zrozumiałe są kryteria, dzięki którym ośrodki mające gorsze wyniki medyczne, w którymś z zestawień wyprzedzają Zabrze. Są to najczęściej wyliczenia papierowe. Jednakże tam, gdzie badania przeprowadziły niezależne ośrodki, (np. ranking tygodnika Newsweek) SCCS zajmowało miejsce pierwsze-lub drugie w Polsce. Otrzymany właśnie certyfikat ISO z pewnością pomoże w utrzymaniu tak wysokiej pozycji ośrodka w kraju.

Podręczniki medyczne

W 2004 roku ukazała się w Wydawnictwie Naukowym „Śląsk” pozycja pt. „**Tlen, niektóre inne gazy oddechowe i wolne rodniki tlenowe w medycynie**” pod redakcją: Z.Antoszewskiego, J.H. Skalskiego i A.Skalskiej.

Minister Zdrowia przyznał nagrodę za podręcznik pt. „**Kardiochirurgia Dziecięca**”, wydany pod redakcją J.Skalskiego i Z. Religi przez Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice, 2003.

Od Redakcji

Przygotowywaliśmy ten numer przed świętami—niestety ukazuje się on już po nowym roku. Obiecujemy, że świątecznym będzie numer następny-marcowy. W międzyczasie Śląskie Centrum otrzymało certyfikat ISO—do czego przyczyniła się wyteżona praca zarówno dyrekcji, czy odpowiednich komórek organizacyjnych, jak też wszystkich pracowników. Uznając ten temat za istotny, poświęciliśmy mu kilka pozycji. Przy okazji wyjaśniamy, że pisownię słowa „audit” wprowadziliśmy po obejrzeniu audycji profesora Miodka, który pisownię „audit” uznał za nieortograficzną i niedopuszczalną. Słowo jest spolszczone, tym bardziej, że źródłostów łaciński (np. *auditorium*) był przez polszczyznę przyswojony już wiele lat temu.



Eksperymentalnie wprowadziliśmy w tym numerze strony kolorowe—mamy nadzieję, że efekt będzie korzystny, a zdjęcia będą zbliżone do oryginałów. Kolejnym eksperymentem jest wyprowadzenie tematyki związanej z Stowarzyszeniem Transplantacji Serca i ujęcie jej w dodatku pt. „Drogie Serce”. Ogólna liczba stron nie uległa zmianie.



My się zimy nie boimy....

Szpital otrzymał do dyspozycji ciągnik Husqvarna o mocy 15 KM, który przy pomocy zamontowanej z przodu szczotki może oczyszczać z ubitego śniegu chodniki i ulice. Na większe opady przewidziane jest ręczne urządzenie do odśnieżania grubszych warstw śniegu, także o napędzie spalinowym. Całkiem spory wirnik wciąga puszysty śnieg, wyrzucając go we wskazane miejsce przy pomocy ręcznie kierowanej wyrzutni. To przy zimowych pracach porządkowych bardzo ważny element, którego dotychczas brakowało, ponieważ wszelkie prace wykonywane były ręcznie. Ciągnik posiada również możliwość podłączenia w okresie wiosenno – letnim specjalnych noży do pielęgnacji trawników. Skoszona trawa jest wrzucana do pojemnika umieszczonego z tyłu ciągnika. Całość sprzętu może obsługiwać jedna osoba. Do tego celu został już przydzielony odpowiednio przeszkolony pan Piotr Spisak - pracownik działu technicznego. Miejmy nadzieję, że otrzymany sprzęt pomoże w utrzymaniu czystości wokół szpitala oraz na parkingu, zapewniając jednocześnie bezpieczeństwo wszystkim poruszającym się przy naszym centrum. Hojnym darczyńcom, serdecznie dziękujemy za przychylność oraz szczodrość

Grzegorz Chwojnicki



Dzięki staraniom kierownika działu administracyjno – technicznego inż. Grzegorza Chwojnickiego oraz referenta pana Czesława Potęgi, z początkiem nowego roku nasz szpital otrzymał nieodpłatnie (w celach testowych) sprzęt do odśnieżania marki Husqvarna



Spełniona tęsknota!



Czasami w życiu przychodzi nam zmierzyć się z uczuciem tęsknoty. Różne są jej odcienie, różnie na nas wpływa, raz mobilizując do czegoś, raz wprowadzając jedynie uczucie nerwowości, innym razem zmienia całą rzeczywistość w jeden wielki chaos, pochłaniając całą naszą wewnętrzną energię, krzyżując w dziwny sposób wszystkie nasze założenia i plany. Kościół zna czas tęsknoty Adwent jest jednym, wielkim wołaniem, w którym tęsknota za nadchodzącym Zbawcą jest wielka. Ale ta tęsknota nie wprowadza chaosu, ona buduje, ona wyznacza nowy bieg życia człowieka, bo w niej nadzieja doznaje swojego spełnienia!

Za nami już czas tęsknoty i wołania o nadejście *Księcia pokoju*. Zapowiedziany Jezus – *Odwieczne Słowo*, jest już między nami! Duchowo podążamy dziś do Betlejem, stajemy w wejściu do ubogiej stajni, aby tam włączyć się w śpiew całej ludzkości: *Gloria in excelsis Deo!* Stając przed Jezusem już nie tylko oddaję mu swój pokłon, ale zabieram przesłanie, którego tak gorliwie wyczekiwałem w adwentowych dniach tęsknoty: *a na ziemi pokój ludziom dobrej woli!*

Spotykając w tej pełnej radości i ciepła atmosferze świąt Narodzenia Pańskiego, chciałbym i do Was zanieść to przesłanie miłości i pokoju! Chrystus przyniósł nam te dary, dla naszego osobistego pożytku, naszych najbliższych i tych których spotykamy każdego dnia. Spełnijmy dziś wszystkie nasze osobiste tęsknoty, z odwagą jako ludzie dobrej woli użyczmy każdemu z naszej radości, zanieśmy pokój, rozpalmy światło nadziei. Betlejem, w którym rodzi się Jezus, nie może mieć żadnych granic, nie może być jedynym miastem pełnym blasku. Betlejem ma być tam, gdzie jestem ja, bo ja mam dziś nieść ze sobą te tak wyczekiwane dary: radości, miłości, pokoju! A kiedy znikną piękne choinki, ucichną kolędy, zaczynają się zwykłe dni, ja wciąż mam nieść betlejemskie światło, które każdego dnia jest potrzebne ludzkości, o które pyta mnie każdy, kogo spotykam w moim życiu!




O. Ireneusz Sajewicz OSCam –
Kapelan SCCS

DYPLOM

SUKCES ROKU 2004 – LIDERZY MEDYCyny
W OCHRONIE ZDROWIA

DLA MENEDŻERA ROKU – SPZOZ
MARIANA ZEMBALI
ŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB SERCA W ZABRZU



M. Zembala
MENEDŻER ROKU 2004

H. Kowalski
MENEDŻER ROKU 2004

Wzrost: 1,70 m; Ciężar ciała: 70 kg

terMedia
m
Sukces Roku 2004 – Liderzy Medycyny w Ochronie Zdrowia



Dyrektor SCCS profesor Marian Zembala udziela wywiadu reporterowi Radia Katowice

Sukces Roku 2004 –

Członkowie Kapituły konkursu podjęli następujące decyzje:

W KATEGORII MENEDŻER ROKU 2004 W OCHRONIE ZDROWIA – SPZOZ
Menedżerem Roku 2004 został prof. Marian Zembala ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze.

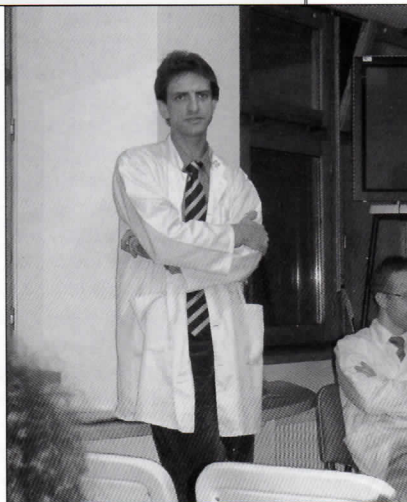
Lekarz i menedżer. W Instytucie Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego skończył studia poddyplomowe z zarządzania w ochronie zdrowia. Za jego kadencji Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze stało się wiodącym w kraju ośrodkiem nowoczesnej diagnostyki i leczenia chorób serca u dorosłych i dzieci. W 1986 r. rozpoczęło w nim pionierski w Europie program inwazyjnego leczenia zawału serca. Ośrodek specjalizuje się także w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych, elektrotterapii oraz inwazyjnym leczeniu zatorów płucnej. Zapoczątkowany w Zabrze rozwój nowoczesnej kardiologii i transplantologii przyczynił się do rozwoju tych dziedzin w całym kraju. W 2003 r. szpital prof. Zembali został nagrodzony wizerunkiem Orła Białego w rankingu przeprowadzonym przez Rzeczpospolitą. Ośrodek w Zabrze jest średnim przedsiębiorstwem o III stopniu referencyjności, zatrudniającym blisko 700 pracowników.

Profesor dr hab. Marian Zembala otrzymał:

1. - październik 2004- Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski
2. - grudzień 2004- Tytuł „Menedżera Roku w Ochronie Zdrowia”,
3. - październik 2004- nagrodę „Białego Kruka” fundacji „Promocja Zdrowia”,
4. - grudzień 2004 - „Srebrne Skrzydła” - wyróżnienie dla osób szczególnie zasłużonych dla miasta Tarnowskie Góry”
5. - styczeń 2005- Krzyż Korpusu Wojska Polskiego,
6. - styczeń 2005- honorowe obywatelstwo gminy Krzepice ,
7. - październik 2004—Dyplom uznania za udzielenie pomocy miejskiemu szpitalowi w Równem (Ukraina),
8. - październik 2004 - Dyplom-wyrzy wdzięczności za uratowanie życia wielu ludzi po przeszczepie serca oraz płuc a także za wybitne zasługi dla rozwoju kardiologii i transplantologii w Polsce (STS).



Kierownik I Katedry i Oddz. Klinicznego Kardiologii doc.dr Zbigniew Kalarus



Kierownik pracowni Elektrofizjologii i Stymulacji Serca dr Oskar Kowalski



Dyrektor ds. medycznych SCCS doc.dr Mariusz Gąsior

W grudniu 2004 r. w czasie konferencji prasowej, zorganizowanej w Śląskim Centrum, dyrektor ośrodka prof. Marian Zembala oraz lekarze (dr hab. Zbigniew Kalarus, doc.dr Mariusz Gąsior, dr Oskar Kowalski i dr Jacek Wojarski) przedstawili osiągnięcia ubiegłego roku. Spośród omówionych tematów, na szczególną uwagę zasługują: -opracowanie przez zespół pod kierunkiem prof. dr. hab. Lecha Poloń-

skiego i doc.dr.Mariusza Gąsiora, ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołów Wieńcowych, -Uruchomienie programu transplantacji płuca— kolejne udane operacje transplantacji płuca otworzyły nowe perspektywy przed oczekującymi na zabieg pacjentami (bez konieczności zdobywania środków na wyjazd do Wiednia lub innych ośrodków zachodnich).

Dr Wojciech Kreis

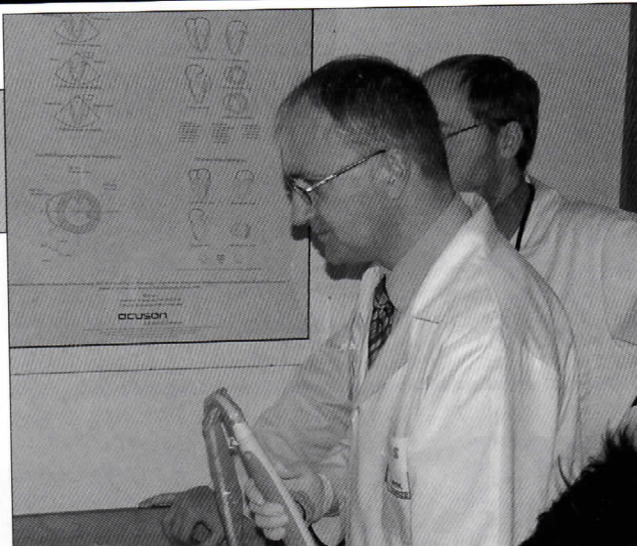
Pracownia Echokardiografii Dorosłych.

Trudno wyobrazić sobie współczesną kardiologię bez echokardiografii. W miarę rozwoju techniki staje się po cewnikowaniu serca drugim co do ważności narzędziem diagnostycznym. Chociaż ideałem kardiologa jest osoba władająca wszystkimi nowoczesnymi zdobyczami technicznymi to jednak czas i zaangażowanie, jakie należy poświęcić, aby osiągnąć niezbędną wiedzę w echokardiografii sprawia, iż zagadnieniami tymi zajmuje się tylko pewna grupa entuzjastów, zwana przez niektórych niepoprawnie zresztą echokardiografistami.

Na samym początku mojej kariery zawodowej wizyta w pomieszczeniach, w których znajdowały się aparaty ultrasonograficzne była nie lada przeżyciem, oto stawałem oko w oko z czymś nieznanym- spojrzanie na poruszające się serce i to jeszcze bez otwierania klatki piersiowej to był prawdziwy przełom w zbliżeniu do rozpoznania choroby. Dziś na pewno nikt nie rozpatruje tej techniki jako cudu, ale w połowie lat osiemdziesiątych było to prawdziwym novum w polskiej kardiologii. Wśród ludzi, którzy uczyli nas echokardiografii był doktor Frycz, doktor Majcher i doktor Przybylski. Przez ich ręce przeszły pierwsze setki a może nawet tysiące chorych. Jak wspomina pan doktor Przybylski, profesor Pasyk po zakupie pierwszego aparatu nakazał lekarzom, by przedstawili w dniu następnym wyniki badania echokardiograficznego. Nikt wtedy jeszcze nie przypuszczał, że liczba badań wykonywanych będzie rosła w takim tempie do kilkunastu tysięcy rocznie w chwili obecnej.

Początkowo wykonywaliśmy tylko badania z przyłożenia głowicy do ściany klatki piersiowej, ale już w roku 1989 otrzymaliśmy nowy typ głowicy- sondę przezprzełykową umożliwiającą ocenę serca z znacznie bliższej odległości i z wielu powodów dokładniejszej. Jednak pytania stawiane nam w trakcie konsultacji kardiologicznych stały się sygnałem do rozszerzenia zakresu badań o badania obciążeniowe z użyciem dobutaminy i adenozy, ocenę ważnych dla życia obszarów tętniczego łożyska naczyniowego- tętnic szyjnych, kręgowych, biodrowych i nerkowych. Jednocześnie rozszerzenie zainteresowań w zakresie problemu zatorowości płucnej stało się impulsem do badań nad łożyskiem żylnym. Rozwój inwazyjnych nieoperacyjnych metod leczenia wad wrodzonych serca sprawił, iż echokardiografia przezprzełykową stała się nieodłącznym elementem tych procedur wykonywanych w Pracowni Hemodynamiki. Dzięki postępowi technicznemu, jaki dokonywał się w zakresie miniaturyzacji sprzętu jak również rosnące potrzeby diagnostyki śródoperacyjnej sprawiły, iż echokardiografia nasierdziowa i przezprzełykowa znalazły się wśród narzędzi bloku operacyjnego. Również w dziedzinie elektrofizjologii znaleźliśmy wspólne obszary zainteresowania.

Wprowadzona w naszym Ośrodku przez docenta Tomasza Kukulskiego metoda oceny odkształcenia mięśnia sercowego tzw. strain, nad której wcieleniem do codziennej praktyki klinicznej spędził parę lat w różnych ośrodkach kardiologicznych w Europie, zaowocowała możliwością oceny asynchronii (nierównomiernego skurczu poszczególnych ścian serca), która jest częstym zjawiskiem pogarszającym pracę serca u chorych z niewydolnością tego narządu. Elektrofizjolodzy znaleźli sposób na poprawę synchronii skurczu serca poprzez wszczepianie specjalnego typu rozruszników, my potrafimy im dać



Dr Wojciech Kreis w pracowni

precyzyjną odpowiedź o prawidłowości ustawienia stymulatora.

Echokardiografia rozwija się w naszym Ośrodku nie tylko w sposób ilościowy, ale także jakościowy- dla planowania najlepszego sposobu leczenia, potwierdzenia jego skuteczności i przewidywania przeżycia.

Jedną z odnóg pracowni jest część ambulatoryjna- narzędzie wspomagające pracę Poradni Kardiologicznej, Kardiochirurgicznej i Transplantacyjnej.

Aktualnie echokardiografią zajmują się w naszym Ośrodku następujący lekarze: Jadwiga Obrębska, Agata Duszańska, Ewa Markowicz-Pawlus, Ewa Uszok-Stencel, Bogusława Dziobek, Jerzy Foremny, Mariusz Kalinowski, Tomasz Niklewski, Witold Streb, Dariusz Puszczewicz, Jan Przybylski, Jacek Sikora, Adam Sokal, Ilona Skoczylas, Tomasz Kukulski, Jolanta Nowak, Bożena Szyguła-Jurkiewicz i Wojciech Kreis,

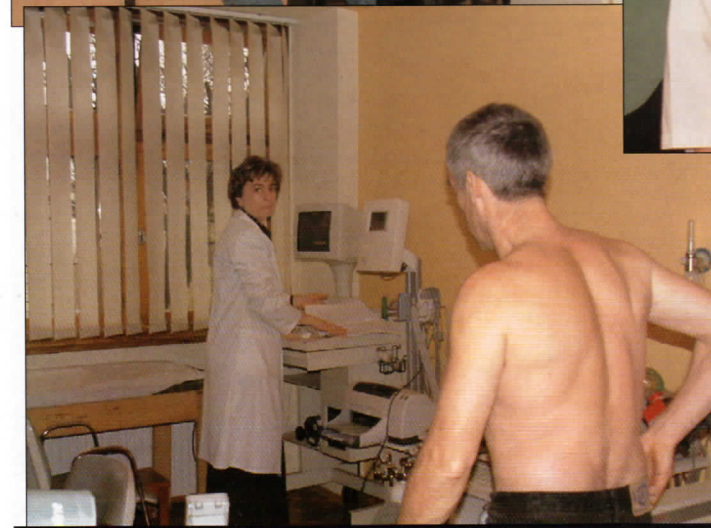
Pracę rozpoczynaliśmy w dużym pomieszczeniu mieszczącym dwa oddzielone parawanem stanowiska robocze. Nieodczynnym elementem dalszego rozwoju Pracowni stała się modernizacja pomieszczeń, zrealizowana według mojego projektu w roku 2001, a w sferze organizacyjnej stworzenie działu archiwizacji badań echokardiograficznych, którego filarem jest pani Natalia Bartoszewicz. Niezbędnej pomocy pielęgniarskiej udziela nam pani Barbara Zajkowska, bez której trudno byłoby dziś wyobrazić sobie jakiegokolwiek badanie przezprzełykowe czy test dobutaminowy. Obie te panie sprawiły, że pracownia zaczęła kręcić się na wyższych obrotach, a my lekarze mogliśmy poświęcić więcej czasu chorym. Nie zapominamy także o naszych koleżankach, które od wielu lat wykonują w naszej pracowni badania elektrokardiograficzne: pani Gabriela Kuta, pani Iwona Grzegorzczak, pani Justyna Gustowska, pani Katarzyna Szembek oraz pani Mirella Rimpler.

Aż trudno uwierzyć, że przez trzy małe pomieszczenia do badań EKG (jedno w szpitalu i dwa w poradni) przewijają się rocznie ponad pięćdziesiąt tysięcy osób!!!
Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku 2005 składam wszystkim pracownikom szpitala najserdeczniejsze życzenia zdrowia i wszelkiej pomyślności.

Wojciech Kreis

Zwyczajny dzień w SCCS





Od góry- lewa strona (od lewej):

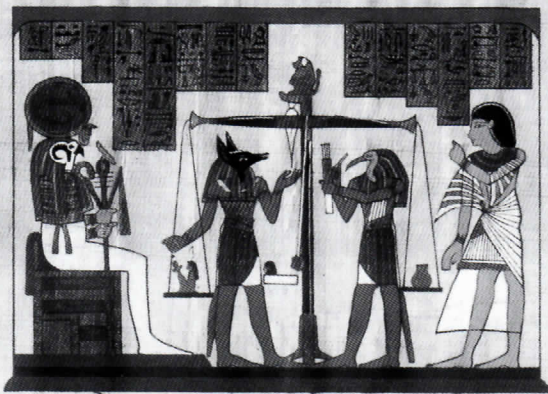
1. dr Jacek Sikora, dr Mariusz Kalinowski
2. dr Marcin Świerad
3. dr Jacek Kowalczyk
4. Mariola Pulnar przygotowuje pacjenta do próby wysiłkowej.

Prawa strona(od lewej):

1. Pielęgniarki z Oddziału Kardiologii - od lewej:
Elżbieta Brajza, Sylwia Gabor, Edyta Czuwara, Iwona Wolanowska,
Elżbieta Ryńska
2. dr Jacek Pięga, dr Krzysztof Dyrbuś,
3. dr Halina Łatasiewicz-Fiutak, dr Małgorzata Knapik

Prof. dr hab. Janusz H. Skalski

WAŻNE DATY HISTORYCZNE W KARDIOLOGII—OD STAROŻYTNOŚCI DO 1900 R.



ok. 300 p.n.e. **Herofilos z Chalkedonu**, lekarz Aleksandryjski, dostrzega różnicę pomiędzy żyłami i tętnicami. Właściwie nazwał tętnię płucną i żyły płucne.

II w. n.e. **Galen z Pergamonu** - podaje własną teorię obiegu krwi, wg której krew miesza się z powietrzem w lewej komorze serca, a miejscem powstawania i początku obiegu krwi jest wątroba. Do czasu odkrycia krążenia przez Harveya (w 1628 roku), była to teoria powszechnie obowiązująca. Galen pierwszy opisuje przewod tętniczy.

XIII wiek - **Ibn an-Nafis**, lekarz arabski, w swoim dziele omawiającym anatomię człowieka (*Człowiek Doskonały*) zamieszcza trafne spostrzeżenia na temat małego obiegu krwi.

ok. 1360 - **Tomasz z Wrocławia, biskup Sarepty**, wydał dzieło *Mihi Competit*, które spełniało rolę encyklopedii lekarskiej, zwracało m.in. uwagę na choroby serca. Biskup Tomasz był pierwszym polskim uczonym medykiem który zajmował się sercem. W jego rozprawie *De syncopi et debilitate cordis* - znajduje się tekst o kołataniu serca i omdleniach sercowych, stanowiący jedno z pierwszych w świecie opracowań zwracających uwagę na powiązanie omdlenia z zaburzeniami rytmu serca.

1513 - **Leonardo da Vinci** dokonuje po raz pierwszy obserwacji wrodzonej wady serca (ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej serca) i obserwację swą uwiecznia na rycinie. Jest to pierwszy graficzny zapis wady serca. Leonardo opisywał zastawki serca i starał się wyjaśnić zasadę ich działania.

1521 - **J. Berengario de Carpi**, prawdopodobnie jako pierwszy badacz w czasach nowożytnych (po Galenie) opisuje przewod tętniczy; późniejszy opis należy do **Gabriele Fallopio** (1562 r.).

ok. 1560 - **Leonardo Botallo**, włoski anatom i chirurg (osiadły w Paryżu), opisuje drożny otwór owalny.

1564 - **Giulio Cesare Aranzio**, włoski anatom, publikuje rozprawę z dziedziny embriologii *De humani fetu*, opisuje w niej krążenie płodowe, przewod żylny, otwór owalny.

1552 - **Bartholomeo Eustachio**, włoski anatom, był autorem doskonałego dzieła anatomicznego - *Tabula anatomica*. Opisuje w nim precyzyjnie szereg szczegółów anatomii serca. Dzieło zostaje wydane drukiem dopiero w 1714 roku (przez **Giovanni M. Lancisi**).

1553 - **Miguel Serveto**, lekarz i teolog włoski, wydaje dzieło o charakterze teologicznym *Christianismi restitutio* - opisuje w nim m.in. mały obieg krwi. W tym samym roku zostaje spalony na stosie (z powodu przekonań religijnych).

1555 - **Józef Struś**, polski lekarz, profesor i prorektor uniwersytetu w Padwie, napisał jeden z najznakomitszych traktatów medycznych w epoce Odrodzenia pt. *Sphymicae artis... libri V*. Dzieło wydane w Bazylei i kilkakrotnie wznawiane. Był lekarzem pięciu władców europejskich.

1558 - **Realdo Colombo**, anatom i lekarz włoski, w dziele *De re anatomica* podał podstawowe założenia obiegu krwi.

1574 - **Fabrizio Girolamo d'Aquapendente** - anatom i chirurg włoski z uniwersytetu padewskiego, opisał zastawki żyłne (w żyłach obwodowych), w 1603 roku wydał dzieło o funkcji zastawek żylnych - *De varnarum ostiis*. Wyjaśnienie roli zastawek i kierunku przepływu krwi w układzie żył systemowych miało wielkie znaczenie dla ostatecznego wyjaśnienia obiegu krwi i uutorowało **Williamowi Harveyowi** (był on uczniem d'Aquapendente) drogę do odkrycia systemu krążenia (w 1628 r.).

1589 - **Andrea Cesalpino**, lekarz i botanik włoski, ogłasza dzieło *Questiones medicae*, użył w nim po raz pierwszy termin „krążenie”.

1628 - **William Harvey**, angielski lekarz, opisał mechanizmy układu krążenia w organizmie ludzkim, dzieło *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus* wydane we Frankfurcie n/Menem było rewolucją w dotychczasowych poglądach na temat krążenia krwi.

W tym samym roku krakowski uczoney **Gabriel Ochocki** ogłasza swoją rozprawę *Questio de motu cordis*, w której podaje tezy podobne do harvey'owskich

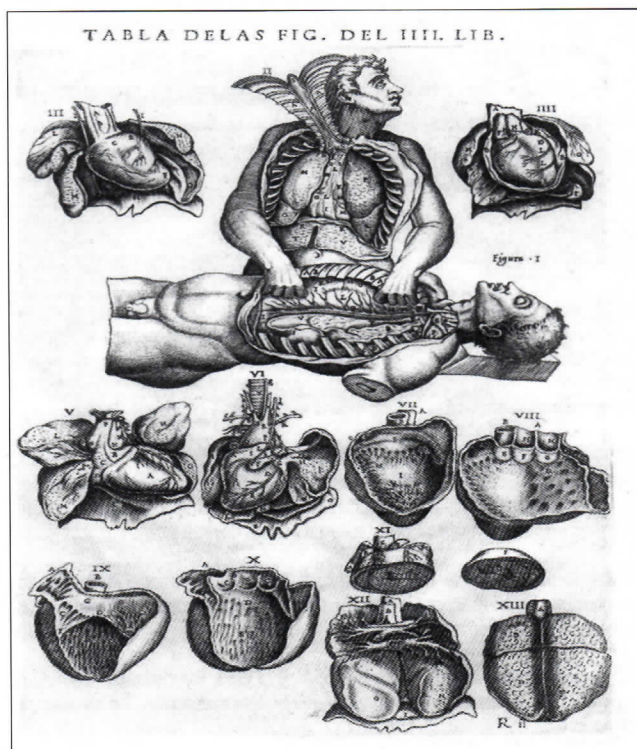
1661 - **Marcello Malpigi**, anatom włoski z Bolonii, w dziele *De pulmonibus* opisał dostrzeżone przez siebie (w preparatach histologicznych) naczynia włosowate. Odkrycie to miało fundamentalne znaczenie dla wyjaśnienia przepływu krwi przez płuca i zjawiska wymiany gazowej.

1671 - **Nikolaus Steno** (v. **Niels Stensen, Stenonius**), przyrodnik duński, opisyje siniczą wadę serca ze zwichnięciem drogi wypływu prawej komory, ubytkiem międzykomorowym i przesuniętą ku prawej stronie aortą (u dziecka z ektopią serca), opisany ponad 3 wieki później (1888) przez **Etienne L. Fallota** („tetralogia Fallota”).

Kolejno „odkrywali” ten zespół **E. Sandiford z Lejdy** (1777), **Farré** (1814) **E. Gintac** (1824), **Thomas B. Peacock** (1858), **Karl von Rokitansky** (1875) oraz **Oskar Widmann** we Lwowie (1881)

N. Steno ustalił mięśniowy charakter budowy serca.

1691 - **Marcus Gerbezius**, lekarz niemiecki, opisuje zespół objawów związanych ze zwolnieniami akcji serca i utratami przytomności (obecnie zw. zespołem M-A-S), dopiero drugi w kolejności uczynił to **J.B. Morgagni** w 1762, a później **T. Spens** (1792), **W. Burnett** (1824), **R. Adams** (1827) i **W. Stokes** (1854).



1705 - **Raymond Vieussens**, anatom francuski, opisuje dokładnie przebieg naczyń wieńcowych, naturalne połączenia między obu tętnicami wieńcowymi (tzw. pierścień Vieussensa wokół stożka tętnicy płucnej) także zastawkę w obrębie otworu owalnego. W 1715 roku wydał traktat na temat fizjologii serca, w którym opisał niektóre wady zastawkowe. Opisał w 1695 r. „puls młota wodnego” dla tętna obserwowanego w niedomykalności aortalnej. Objaw ten opisany później przez Corrigan (1832) nazywany był „pulssem Corriganana”.

1707 - **Giovanni Maria Lancisi** wydał dzieło o nagłej śmierci, w rozprawie *De motu cordis et aneurysmatibus* (wydane pośmiertnie) podał, że kila może być przyczyną powstawania tętniaków, opisywał szczegóły anatomii serca (m.in. „mięsień Lancisi”).

1708 - **Christian Adam Thebesius** - ogłosił w Lejdzie rozprawę *Disputatio medica inauguralis de circuli sanguinis in corde*. Pochodził z Dolnego Śląska, ostatnie 20 lat życia pracował jako „fizyk miejski” w Jeleniej Górze. Był jednym z najznamiętszych badaczy anatomii serca, w szczególności pionierem badań nad krążeniem wieńcowym. Opisał „kostnienie” tętnic wieńcowych, anomalie naczyń wieńcowych (m.in. pojedynczą tętnicę), zastawkę zatoki wieńcowej.

1749 - **Jean Baptiste Sénac** wydał dzieło *Traité de la structure du coeur, de son action et de ses maladies*. Usystematyzował ówczesną wiedzę o chorobach serca, zalecał stosowanie chininy w częstoskurczu, stosował punkcję worka osierdziowego w wysięku zagrażającym tamponadą.

1761 - **Giovanni Battista Morgagni** kończy swe wielkie dzieło *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*. Opisuje kilka wad wrodzonych serca: zwężenie cieśni aorty, przerwany łuk aorty, zwężenie zastawki aortalnej, wady splotu żylnego systemowego, zwężenie zastawki tętnicy płucnej. Spostrzegł „uszkodzenia” zastawki mitralnej, trójdzielnej, aortalnej, zwąpanienie ze zwężeniem zastawki aortalnej, tętniaki aorty, zmiany miażdżycowe tętnic wieńcowych.

1761 **Johann Leopold Auenbrugger**, austriacki lekarz, wydał dzieło *Inventum novum...*, w którym podaje nową metodę badania klatki piersiowej - serca i płuc z wykorzystaniem tzw. perkusji - opukiwania. Praca zostaje przetłumaczona na język francuski (1808) przez **J. N. Corvisarta**, przyczyniając się do rozpropagowania i upowszechniania metody.

1768 - **William Heberden**, angielski lekarz, po raz pierwszy opisał niewydolność wieńcową i nadał jej nazwę angina pectoris. Opis kliniczny choroby wieńcowej został opublikowany w dziele *Commentarii de Morborum Historia et Curatione*, wydanym w Londynie w roku 1772.

1775 - **W. Whithering**, szkocki lekarz, wprowadził do leczenia naparstnicę w niewydolności serca. W 1786 roku naparstnica znalazła się w farmakopei edynburskiej.

1797 - **Matthew Baillie** lekarz szkocki, opisuje całkowite przełożenie wielkich pni naczyniowych.

1788 - **Caleb Hillier Parry**, angielski lekarz, przypisał powstawanie objawów *angina pectoris* zaburzeniom w krążeniu wieńcowym.

1810 - **Jakób Szymkiewicz** przedstawia pierwszy polski opis wrodzonej, siniczej wady serca, w wydanym w Wilnie podręczniku *Nauka o chorobach dzieci*.

1812 - **Jean Dominique Larrey**, lekarz armii napoleońskiej, w swoim podręczniku chirurgii, w rozdziale „O ranach worka osierdziowego i serca” przedstawia 7 przypadków groźnych ran klatki piersiowej (wszystkie penetrowały do worka osierdziowego), które leczył operacyjnie - odbarczając tamponadę, otwierając i zaopatrując ranę drążącą do serca. Leczenie przeżyło 4 poszkodowanych.

1812 - **Józef Chrzczonowicz** przedstawia w Wilnie rozprawę doktorską *De angore pectoris* - pierwsze polskie opracowanie naukowe na temat choroby wieńcowej. W osiem lat później - w 1820 roku, nieco obszerniejszy doktorat na ten sam temat pojawia się w Krakowie, autorstwa **Jana Cennera**.

1816 - **René Théophile Laënnec**, lekarz francuski, zastosował stetoskop do osłuchiwania podczas badania serca i płuc. Wydaje w roku 1819 podręcznik *Traité de l'auscultation mediate*.

1824 - **Jan Oczapowski** (w pracy doktorskiej) i **Feliks Rymkiewicz** - przedstawiają w Wilnie pierwsze polskie opracowania na temat zastosowania stetoskopu w diagnostyce chorób układu krążenia.



1825 - **Florian Sawiczewski** przywozi (z Francji) dla krakowskiej kliniki M Brodowicza stetoskop i pukadło do badań serca.

1829 - **Jan Evangelista Purkyně**, czeski uczyony, profesor fizjologii we Wrocławiu, w latach 1829-1839 wykazał obecność siatki wyspecjalizowanych komórek mięśniowych pod wsierdziem (nazwanych później włóknami Purkinjego), mających znaczenie w przewodnictwie serca. W 1839 roku opis włókien układu przewodzącego ogłosił w języku polskim w Krakowie.

1832 - **Johan Friedrich Dieffenbach**, chirurg niemiecki, przeprowadził po raz pierwszy cewnikowanie serca. W 1828 roku dokonał przetoczenia odwłóknionej krwi.

1835 - **Adam Raciborski** wydaje w Paryżu sławny i rozpowszechniony w Europie podręcznik *Nouveau manuel complet d'auscultation et de percussion*, na temat nowych sposobów badania układu krążenia z wykorzystaniem osłuchiwania serca.

1837 - **Jan B. Bobrzyński**, krakowski lekarz, w swej dysertacji doktorskiej - *De asphyxia in genere* na temat duszności podaje informacje odnoszące się do stanu narządu krążenia, stara się dociec przyczyn duszności w różnych stanach chorobowych - dostrzegając też związek tego stanu m.in. z wadami organicznymi serca, z zaburzeniami krążenia płucnego, czy też z upośledzeniem funkcji prawej komory.

1837 - **Ludwik Przybyłko**, w Krakowie, jest autorem rozprawy doktorskiej *De pravo organorum situ*, traktującej, wśród innych treści, o wadach wrodzonych serca. Autor wymienia anomalie pozycyjne serca (w tym dekstrokardię), przełożenie wielkich pni tętniczych, odwrócenie trzewi, ektopię serca. Jest to jedna z pierwszych w świecie prac omawiających zaburzenia lateralizacji.

1844 - **Robert Remak** w Poznaniu (uczyony z rodziny polsko-niemieckiej) pierwszy opisał swoje nerwe w sercu - w obrębie splotów nerwowych, w okolicy ujęć żył głównych.

1842-46 - **Karl von Rokitansky** w Wiedniu wydaje w 6.ciu tomach *Handbuch der pathologischen Anatomie* - omawiający liczne schorzenia i wady serca. W późniejszych latach (do 1875) przedstawia własną klasyfikację wad wrodzonych serca.

1849 – **Carl Friedrich Ludwig**, słynny fizjolog niemiecki, jako pierwszy rozpoznał i opisał migotanie komór serca.

1856 – **Rudolf Albert von Kölliker**, szwajcarski uczyony, wykazał w badaniu eksperymentalnym, że serce wytwarza impuls elektryczny w czasie każdego skurczu (wraz z **Heinrichem Müllerem**). Kölliker był autorem pierwszego w dziejach (1852 r.) podręcznika na temat komórkowej konstrukcji tkanek *Handbuch der Gewebelehre des Menschen* (w tym także serca). Badał proces kształtowania się układu tętniczego i żylnego w okresie embrionalnym oraz rozdzielanie się zarodka serca na część lewą i prawostronną (ewolucję tworzenia komór). Opisany przez niego rowek lub bruzda międzykomorowa, widoczna na zewnętrznej powierzchni serca, określana bywa „bruzdą międzykomorową Köllikera”

1872 – **G.W. Callender**, włoski chirurg, usuwa igłę wbity w serce przez ścianę klatki piersiowej, zabieg kończy się sukcesem.

1878 – **Adam Hammer**, lekarz austriacki, dokonuje pierwszego przyżyciowego rozpoznania zatoru tętnicy wieńcowej i zawału serca

1878 – **William Murrell**, farmakolog angielski, pierwszy zastosował nitroglicerynę w leczeniu napadów anginy pectoris.

1879 – **Henry Louis Roger**, lekarz francuski, opisuje wadę wrodzoną serca polegającą na obecności ubytku w przegrodzie międzykomorowej serca.

1879 – **Oskar Widmann**, lwowski lekarz, ogłasza w Krakowie pierwszy polski podręcznik kardiologii *Choroby serca i tętnic w zarysie a w 1884 roku obszerniejsze dzieło *Choroby serca i wielkich pni naczyniowych* (wydane w Warszawie).*

1881 – **Luigi M. Concato**, lekarz włoski, opublikował obserwacje dotyczące przewlekłego zapalnego procesu chorobowego (w przebiegu gruźlicy), dotyczącego błon surowiczych (*polyserositis*), przebiegającego z wysiękiem w worku osierdziowym, jamie opłucnej i otrzewnej („choroba Concato”).

1882 – **Albert Wojciech Adamkiewicz**, profesor patologii w Akademii Krakowskiej, publikuje wyniki swych badań na temat zmienności unaczynienia rdzenia kręgowego, opisuje ważne naczynia wspomagające ukrwienie rdzenia kręgowego. Opisana przez niego *arteria radicularis anterior magna* (tętnica Adamkiewicza) ma istotne znaczenie w chirurgii aorty piersiowej.

1882 – **M.H. Block** (w Gdańsku) zszyl ranę serca u doświadczalnego królika.

1883 – **Henryk Pacanowski**, w Warszawie ogłasza pierwsze polskie doniesienie na temat ubytku w przegrodzie międzykomorowej serca pt. *Wrodzone połączenie komórek sercowych* Z adnotacji redakcyjnej dowiadujemy się, że praca była przygotowana już 2 lata wcześniej.

1895 – **Napoleon Cybulski** wraz z **Władysławem Szymonowiczem** w Krakowie ogłosili wyniki swoich badań nad czynnością istoty rdzennej nadnerczy, które doprowadziły do odkrycia adrenaliny (nazwanej przez nich „nadnerczyną”)

1887 – **Augustus Desire Waller**, fizjolog angielski, dokonał pierwszej rejestracji elektrokardiograficznej. Zapis nazwał „kardiogramem”.

1887 – **Edward Korczyński** rozpoznaje przyżyciowo zator tętnicy wieńcowej serca - po raz pierwszy w Polsce i drugi w świecie (pierwszy przed nim uczynił to **A. Hammer** w 1878).

1893 – **Daniel Hale Williams**, lekarz amerykański, dokonuje w Provident Hospital w Chicago otwartego odbarczenia tamponady po zranieniu serca (10 lipca). Usuwa koniec noża tkwiącego w sercu, kontroluje ranę w tym miejscu, licząc się

z koniecznością jej zszycia, wreszcie zaopatruje ranę serca (być może ją tylko ucisnął aż do ustania krwawienia). Według innych źródeł Williams naszył worek osierdziowy na ranę serca. Jest to pierwszy w historii udany zabieg chirurgiczny na sercu.

1893 – **Józef Pawiński** w Warszawie opisuje szmer w nadciśnieniu płucnym przy zwężeniu zastawki mitralnej (4 lata po **Grahamie Steelu**) znany w literaturze zachodniej (niestety nie w Polsce) „szmerem Steela-Pawińskiego”. Pawiński był światowej sławy uczyonym zajmującym się chorobami serca.

1895 – **S Del Veccio**, włoski chirurg, dokonał serii eksperymentów polegających na zszywaniu ran serca u psów.

1895 – **Wilhelm Konrad Roentgen** odkrył promienie X (8 listopada). Rola jego odkryć dla medycyny została uhonorowana Nagrodą Nobla w 1901 roku. W kilka tygodni po odkryciu Roentgena (w lutym 1906) pierwsze zdjęcie z użyciem promieni X wykonał **Alfred Obaliński** w Krakowie.

1894/95 – **Samuel Goldflam**, **Władysław Biegański**, **Henryk Gotard**, polscy lekarze opisują „zeszłość chromania przestankowego” w przebiegu zakrzepowo-zarostowego zapalenia naczyń krwionośnych. Dopiero w 1908 roku podobne obserwacje publikuje **Leo Buerger**.

1896 – **Ludwik Rehn**, niemiecki chirurg wykonał pierwszą udaną operację na ludzkim sercu (9.09.1896 r. we Frankfurcie n/Menem) Było to zszycie 3- centymetrowej rany prawej komory. Demonstracja pacjenta, w rok po operacji, na międzynarodowym zjeździe chirurgów wywołała sensację. Wcześniej w tym samym roku operacja zszycia dosyć dużej rany prawej komory serca, przeprowadzona 8 czerwca przez Włocha **Guido Farinę** kończy się niepomyślnie.

1896 – **Scipione Riva-Rocci**, lekarz włoski, zastosował manometr ręciowy własnego pomysłu, umożliwiający rejestrację wartości ciśnienia skurczowego na ramieniu pacjenta, w chwili zanikania tętna na tętnicy promieniowej, podczas ucisku ramienia.

1896 – **Friedel Pick** (1867-1926), niemiecki lekarz z Pragi, obserwował zapalenie osierdzia ze współistniejącą niewydolnością wątroby i wysiękiem w jamie otrzewnowej. Pick wyrażał opinię, że zmiany w wątrobie są następstwem zaburzeń w krążeniu i w konsekwencji zastój w dorzeczu żyły wrotnej („choroba Picka”).

1896 – **William Ewart** ogłasza, że na podstawie precyzyjnego opukiwania okolicy przedsercowej można dość dokładnie określić pole stłumienia, świadczące o wysięku w osierdziu („objaw Ewarta”)

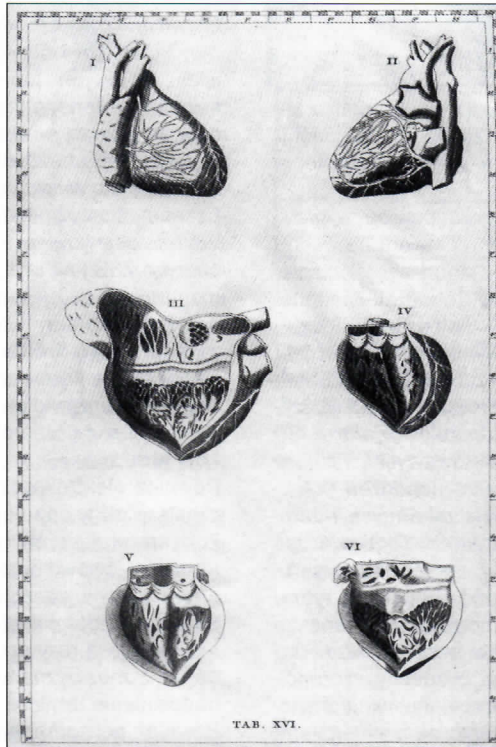
1897 – **Victor Eisenmenger**, lekarz austriacki, w –pracy *Die angeborenen Defekte der Kammerscheidenwand des Herzens* opisał siniczą wadę serca z ubytkiem międzykomorowym, ale bez zwężenia drogi wypływu komory prawej i tętnicy płucnej.

1898 – **Witold Horodyński** przeprowadza 6 grudnia po raz pierwszy w Polsce (w Warszawie) operację polegającą na zaopatrzeniu klutej rany serca. Kilka miesięcy później **Wacław Maliszewski** przeprowadza dwie podobne operacje, również bez powodzenia. Publikują w krajowym piśmiennictwie pierwszą polską pracę naukową na temat ran serca.

1899 – **H. Huchard** oznajmił w swym dziele *Traité clinique des maladies du coeur et l'aorte*, iż powodem choroby wieńcowej, a również nagłego zgonu, może być skurcz tętnicy wieńcowej.

1900 – **Jan Prus** we Lwowie zastosował pierwszy raz w świecie masaż bezpośredni serca u samobójcy.

1900 – **Bohdan Korybut-Daszkiewicz** (Warszawa) jest autorem pierwszego polskiego raportu na temat przełożenia wielkich pni naczyniowych (30 grudnia).



Joanna Foik

ZESPÓŁ BEZDECHU SENNEGO (ZBS)



Od wielu lat, a obecnie w coraz większym stopniu, rośnie zainteresowanie klinicyстів i fizjologów zespołem bezdechu sennego, jako potencjalnym czynnikiem ryzyka wystąpienia schorzeń układu krążenia.

Bezdech definiuje się jako brak przepływu powietrza przez usta i os w ciągu 10 sekund i dłużej. Następstwem bezdechu jest obniżenie się ciśnienia parcjalnego tlenu i wzrost ciśnienia parcjalnego dwutlenku węgla we krwi tętniczej. Niedotlenienie upośledza pracę wielu narządów - najbardziej mózgu i serca. Zaburzone zostają cykle snu w wyniku czego sen jest skrócony i nie przynosi odpoczynku. O około 25-30 % wzrasta ciśnienie tętnicze krwi, a badania holterowskie wykazują niemierność zatokową, gdzie różnice częstości wynoszą 30 uderzeń na minutę. Okresom bezdechu towarzyszą również inne zaburzenia rytmu serca, pod postacią pobudzeń przedwczesnych komorowych, nadkomorowych zahamowań zatokowych i bloków przedsionkowo-komorowych. Głębokie zaś niedotlenienie towarzyszące bezdechowi, ze spadkiem saturacji tlenu poniżej 65 %, wywołuje złożone zaburzenia rytmu (salwy, krótkotrwałe częstoskurcze komorowe) uważane za niebezpieczne dla życia. Jako powikłanie zespołu bezdechu sennego może wystąpić zawał serca, gdyż bezdechy, szczególnie w stadium snu REM sprzyjają występowaniu niedokrwienia serca. Ponadto badania epidemiologiczne potwierdzają, że bezdech senny jest czynnikiem ryzyka wystąpienia udaru mózgu, ponieważ powoduje cykliczne wahania ciśnienia śródczaszkowego, którym towarzyszy spadek przepływu mózgowego. W pewnym zaś stopniu ciężkości ZBS może powodować przedwczesne zgon. Chorzy ci umierają nagle w czasie snu, a przyczyna tych zgonów jest nieznana. Może być nią zawał serca, zaburzenia rytmu serca lub udar mózgu.

Zespół bezdechu sennego dotyczy głównie mężczyzn w średnim i młodym wieku. Choroba rozwija się powoli. Początkowym objawem, który pojawia się około 20 roku życia jest chrapanie, zwykle tylko podczas snania na wznak. Później chrapanie występuje w każdej pozycji. Jednocześnie chorzy zaczynają tyć. Przerwy w oddychaniu, oznaczające pojawienie się bezdechów, występują zwykle między 30 a 40 rokiem życia. Początkowo, tak jak chrapanie, pojawiają się w pozycji na wznak. Dalszy postęp choroby polega na występowaniu bezdechów coraz częściej i w każdej pozycji.

Charakterystyczne chrapanie, na przemian z ciszą bezdechu i niespokojny sen, pozwalają na ustalenie rozpoznania przy łóżku chorego.

Decydujące znaczenie dla rozpoznania ZBS ma polisomnografia (PSG) badająca czynność mózgu, krążenia i oddychania w ciągu co najmniej 6 godzin snu. Czasochłonność i konieczność wykorzystania drogiej aparatury spowodowała poszukiwanie innych metod. Rozpoznanie ZSB, podobnie jak innych chorób, można postawić w oparciu o objawy podmiotowe wywołane przez chorobę oraz objawy przedmiotowe.

Głównym objawem podmiotowym choroby, ujawniającym się w dzień, jest trudna do opanowania senność. Chorzy zasypiają podczas oglądania programu telewizyjnego lub w czasie monotonnej pracy. Niepohamowana senność występuje u nich w czasie jedzenia, rozmowy, prowadzenia samochodu. Poza nadmierną sennością w ciągu dnia, chorzy skarżą się na uczucie zmęczenia, trudności w skupianiu uwagi, zaburzenia pamięci, kojarzenia i opóźnienia czasu reakcji. Chorzy na ZBS są drażliwi i łatwo wchodzą w konflikty z ptoczeniem. Depresja, podwyższone napięcie nerwowe, lęk są charakterystycz-

nymi cechami ich stanu psychicznego. Opisane objawy są spowodowane ogólnym niedoborem snu i brakiem odpowiedniej ilości snu głębokiego i snu REM. Często dolegliwością są poranne bóle głowy, prawdopodobnie związane z nocnym występowaniem hiperkapnii.

Głównym objawem w nocy jest głośne, nieregularne chrapanie, które różni się wyraźnie od chrapania występującego u wielu zdrowych ludzi- szczególnie mężczyzn śpiących na wznak(nasilonego przez alkohol i zmęczenie. Zasadniczą różnicą są przerwy w chrapaniu oraz inny jego charakter. Pierwszy wdech po bezdechu jest bardzo głośny, sen chorego jest niespokojny. Wysychanie jamy ustnej zmusza do picia w nocy. Czasem chorzy budzą się z uczuciem dławienia.

Wśród objawów przedmiotowych charakterystyczną cechą chorych ZSB jest otyłość. Niekiedy przybiera ona monstualne rozmiary, a ciężar ciała może dwukrotnie przekraczać wagę należną. Tkanka tłuszczowa jest równomiernie rozłożona- zwraca uwagę krótka, gruba szyja. Nierzadkim objawem jest nadciśnienie tętnicze. Większość chorych ma mniejsze lub większe nieprawidłowości laryngologiczne, badania laboratoryjne wykazują hipercholesteromię i podwyższony poziom glukozy w surowicy.

Również elektrokardiograficzne cechy choroby wieńcowej są częstsze niż w populacji ogólnej w tym samym wieku.

Podsumowując: otyłość, hipercholesterolemia, nadciśnienie tętnicze- typowe objawy dla ZSB, są jednocześnie czynnikami ryzyka rozwoju choroby wieńcowej.

Badania epidemiologiczne wykazały, że występowanie tej choroby jest dwa razy częstsze u chrapiących mężczyzn w porównaniu z mężczyznami nie chrapiącymi, otyłymi i mającymi nadciśnienie tętnicze.

Również polisomnograficzne badania mężczyzn, którzy przebyli zawał serca wykazały, że liczba stwierdzonych u nich bezdechów jest większa, niż w populacji ogólnej, dobranej wiekiem, wagą, poziomem cholesterolu, nadciśnieniem i nawykami palenia.

Ponieważ choroba sprawia trudności diagnostyczne, a niesie ze sobą wiele zmian spowodowanych niedotlenieniem nocnym, zwiększa ryzyko zawału serca i udaru mózgu, konieczne jest dalsze doskonalenie metod badawczych prowadzących do wychwytywania osób z dużym prawdopodobieństwem występowania choroby. Szczególnie istotne jest to w odniesieniu do osób po przebytych zawałach serca lub z chorobą wieńcową. Występujący u nich bezdech senny może pogorszyć rokowania, gdyż dodatkowo powoduje niedokrwienie serca oraz poważne zaburzenia rytmu serca. Wskazane jest wykonanie u tych chorych szerszych badań, na podstawie których można potwierdzić lub wykluczyć chorobę. Dalszym etapem powinno być wdrożenie leczenia, lub w cięższych przypadkach, np. doprowadzenie do obniżenia masy ciała, co może znacznie złagodzić (lub nawet doprowadzić do ustąpienia) zaburzeń

Pomocą, we wstępnej kwalifikacji pacjentów podejrzanych o występowanie ZSB, służyć może kwestionariusz składający się z 7 pytań:

	Tak	Nie
1. Czy chrapie Pan/Pani w nocy ?	+1	-1
2. Czy występują przerwy w oddychaniu	+1	-1
3. Czy śpi Pan/Pani spokojnie?	0	+1
4. Czy zapada Pan/Pani na krótkotrwałe drzemki niezależnie od woli ?	+1	0
5. Czy odczuwa Pan/Pani nadmierną senność?	+1	-1
6. Czy kiedykolwiek stwierdzono nadciśnienie tętnicze ?	+1	0
7. Czy ma Pan/Pani nadwagę ?	+1)

Na każde pytanie pacjent odpowiada tak lub nie. Nadwagę lub otyłość stwierdza się w oparciu o obliczenie wskaźnika masy ciała (BMI)

Od- do 0 pkt - małe prawdopodobieństwo bezdechu sennego
 Od +1 do +3 pkt - średnie prawdopodobieństwo Bezdechu sennego
 Od +4 do +5 pkt - duże prawdopodobieństwo bezdechu sennego.

Joanna Foik

DODATEK DRUGIE SERCE

KWARTALNIK STOWARZYSZENIA TRANSPLANTACJI SERCA

OD REDAKCJI : *Jak minął rok 2004 w Stowarzyszeniu Transplantacji Serca ?*

W tym numerze przypominamy najważniejsze momenty minionego roku — przede wszystkim w kole Zabrze, ale także w całej organizacji. Rok był trudny— przede wszystkim organizacyjnie. Ubyło nam jedno koło, natomiast sekretariat zarządu głównego przenieśliśmy do Warszawy, gdzie pozyskaliśmy, wyposażone w podstawowe sprzęty biurowe, pomieszczenie (choć brakuje jeszcze kilku niezbędnych urządzeń).

Stowarzyszenie Transplantacji Serca koło Zabrze
ul. Szpitalna 2 41-800 Zabrze

Konto: BPH 85 1060 0076 0000 4112 9000 1055

Tel/fax (32) 273-23-20 tel. (32) 373-37-33

Dyżury : poniedziałek, środa godz. 10.00— 13.00

Stowarzyszenie Transplantacji Serca

Zarząd Główny- sekretariat

ul. Niemożlińska 33 04-645 Warszawa

Konto: BPH 23 1060 0076 0000 3200 0099 4550

Tel. (22) 812 78-95 Dyżury: poniedziałek 10.00-12.00,
czwartek 14.00-16.00

XV Zjazd STS

Stowarzyszenie Transplantacji Serca każdego roku organizuje ogólnopolskie zjazdy swoich członków. W październiku 2004 kolejny, jubileuszowy XV Zjazd, odbył się w ośrodku „Trzy Korony” w Krościenku nad Dunajcem. Kulminacyjnym punktem było spotkanie jubileuszowe, które, swoją obecnością, zaszczytili profesorowie: Marian Zembala, Jerzy Sadowski i Mirosław Garlicki. Obecni byli także lekarze i pielęgniarki z ośrodków transplantacyjnych. Poza uroczystym spotkaniem oficjalnym, program przewidywał tradycyjne ognisko z muzyką góralską, rejs statkiem po zalewie czorsztyńskim, spacer wzdłuż Dunajca do schroniska po słowackiej stronie oraz serdeczną biesiadę (czyli uroczystą kolację do której przygrywał zespół muzyczny).



Gośćmi XV Zjazdu STS byli (od lewej): prof. Marian Zembala, prof. Jerzy Sadowski, doc. Mirosław Garlicki



Przywitanie wiosny



Tradycja stały się spotkania koła Zabrze w pierwszy weekend wiosny, którą w w ubiegłym roku „witaliśmy” w Jarnołówku koło Głuchołazów. Pierwszego wieczora grzaliśmy się przy ognisku, natomiast w kolejnych dniach zwiedziliśmy Paczków i Otmuchów, a wieczorem bawiliśmy się przy muzyce mechanicznej.



Turnusy rehabilitacyjne

Zorganizowaliśmy 2 turnusy rehabilitacyjne, w których uczestniczyło: 16 osób w 1 terminie (w lipcu) oraz 34 osoby (na przełomie sierpnia i września). Poza zajęciami rehabilitacyjnymi uczestnicy brali udział w wycieczkach— do Mosznej, Nysy, rezerwatu Rejviz w Czechach czy na rejs po zalewie otmuchowskim. Każdy dzień rozpoczynał się gimnastyką poranną, a dopiero potem następował pierwszy posiłek. A dalej dzień był dokładnie rozplanowany —zgodnie z zaleceniami lekarza.



Spotkanie oplatkowe - 2004 r.

Dnia 10-12-2004 o godz. 15:00 odbyła się w Grzybowicach, zorganizowana przez koło Zabrze, wigilia dla osób po przeszczepie organów.

Spotkanie oplatkowe rozpoczął p. Zenon Frydrychowicz, który podziękował wszystkim za przybycie, podsumował mijający rok oraz złożył życzenia od nieobecnych, którzy z różnych względów nie mogli z nami być w tym dniu. Następnie zabrał głos kapelan Śląskiego Centrum, ksiądz Ireneusz Sajewicz, który poprowadził modlitwę za żywych i zmarłych. Po wstępnych uroczystościach wszyscy zaczęli dzielić się oplatkiem i składać sobie życzenia. Spotkanie odbyło się w bardzo serdecznej rodzinnej atmosferze. Przy każdym stole było słychać serdeczną rozmowę. Pomimo obaw frekwencja była duża, liczyła 70 osób. Byli to ludzie po przeszczepie jak i zaproszeni goście. Dzięki sponsorom każdy opuszczający nasze spotkanie otrzymał mały upominek w postaci kartki z życzeniami,



owoców i kwiatka „Gwiazdy betlejemskiej”, którą – jestem o tym przekonana, miał na stole wigilijny w swoim własnym domu.

Iwona t.



Pielgrzymka i debata w Licheniu

W październiku zorganizowaliśmy pielgrzymkę do Lichenia, w której wzięło udział ponad 200 uczestników. Z Zabrze i Warszawy członkowie STS przyjechali autobusami (*autobus zabrzański – zdjęcie powyżej*) a także samochodami osobowymi. Wieczorem, pierwszego dnia, kapelan STS ksiądz infułat Edward Majcher odprawił mszę przed cudownym obrazem (w starym kościele) a w niedzielę wzięliśmy udział w mszy odprawionej w nowej świątyni przez biskupa C. Lewandowskiego. Homilię wygłosił ksiądz infułat E. Majcher. Szczególna atmosfera sanktuarium sprzyjała zadumie i skupionej modlitwie dziękczynnej za darowane życie oraz za lekarzy i pielęgniarki oraz spójność duszy dawców i kolegów, którzy odeszli do wieczności.

Rano odbyła się publiczna debata (z udziałem mediów), poświę-



cona zagadnieniu stosunku Kościoła Katolickiego do transplantacji narządów. Udział wzięli naukowcy: socjolog, lekarze i księża - etycy. Szczególnie istotny był głos księży-profesorów, którzy wykazali, że przy uwzględnieniu niezbędnych zaleceń etycznych, stanowisko Kościoła jest zbliżone z poglądem lekarzy.



W lutym zorganizowaliśmy w Nowym

Warsztaty psychologiczne

Targu trzydniowe zajęcia, których zasadniczym elementem była terapia psychologiczna, prowadzona w grupach przez dwie wykwalifikowane pracownice naukowe ze Śląskiej Akademii Medycznej. Terapia była przeplatana zajęciami rozluźniającymi (*patrz zdjęcie po prawej*). Były to już kolejne warsztaty, które przez uczestników są oceniane niezwykle wysoko, pomimo wyczerpującego programu, pozostawiającego niewiele czasu na odpoczynek.



Szkolenie komputerowe

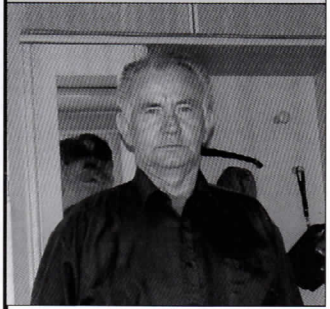
Nie wszyscy członkowie Zarządu koła Zabrze, pełniący dyżury w sekretariacie, mogli na bieżąco uzupełniać bazy danych, czy też prowadzić korespondencję. Nie pozwalała na to zbyt słaba znajomość komputerów. Na po-



czątku stycznia zorganizowaliśmy przeszkolenie i teraz mamy nadzieję, że wszyscy dyżurni dadzą sobie radę z myszką i klawiaturą.



Poznajmy się...



Bernarda Dużego— (13 lat po transplantacji), znają wszyscy pacjenci leżący po operacji przeszczepu w Zabrze. Bernard z nimi rozmawia, przedstawiając cele i zadania naszego stowarzyszenia.

Weekend w Sandomierzu

Wycieczkę do Sandomierza zaproponował i w zasadniczej części zorganizował członek koła Zabrze po przeszczepie, mieszkaniec Sandomierza Jan Statuch, który do pomocy zaangażował członków swojej rodziny, a dodatkowo uzyskał wsparcie licznej grupy przedsiębiorców sandomierskich. Urok sandomierskie starówki i serdeczność mieszkańców tego grodu, na długo pozostaną w pamięci uczestników majowej imprezy.



Od 2002 roku Stowarzyszenie

Ruch sportowy - Dublin

Transplantacji Serca jest członkiem EHTF—Europejskiej Federacji Transplantacji Serca, organizującej co dwa lata międzynarodowe zawody dla osób żyjących po przeszczepie serca i płuc. W czerwcu 2004 roku X zawody odbyły się w Dublinie— z udziałem około 700 zawodników. Nasza 13 osobowa reprezentacja zdobyła złoty medal i puchar dla najlepszej drużyny piłki siatkowej, a w konkurencjach indywidualnych łącznie zdobyliśmy 18 medali (w tym 9 złotych).



Federacja Organizacji Transplantacyjnych

W czasie konferencji zorganizowanej przez stowarzyszenie „Życie po przeszczepie” z okazji dnia Transplantacji (26.01.2005) podpisaliśmy porozumienie o utworzeniu federacji zrzeszającej organizacje (przede wszystkim pacjentów) zajmujące się problematyką przeszczepów. Umowę założycielską podpisały: Stowarzyszenie Transplantacji Serca, Życie po przeszczepie (przeszczepy wątroby) i Zjednoczeni dla transplantacji (przeszczepy nerek). Komitet Założycielski ma za zadanie przeprowadzenie rejestracji federacji oraz rozszerzenie składu członkowskiego— o inne stowarzyszenia, o podobnym profilu zainteresowań i działalności. Prezesem komitetu został Tadeusz Bujak, natomiast wiceprezesem Krzysztof Pijarowski.



W czasie konferencji zorganizowanej



Świadcami podpisania umowy byli profesorowie (od prawej): Magdalena Durlik, Marek Krawczyk, Janusz Walszewski i Witold Rowiński

Zenon Frydrychowicz

Stopień niepełnosprawności Co to jest ? Jak uzyskać orzeczenie?

Osoby o ograniczonej z różnego powodu zdolności do wykonywanej pracy są na ogół przekonane, że jedyną instytucją określającą ich stan zdrowia jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych.. Czy to jest jedyna droga do zabezpieczenia swojej (skromnej zazwyczaj) egzystencji? Otóż nie!!

Osoby po przeszczepie serca oraz pacjenci o ograniczonym z innego powodu stanie zdrowia mają prawo ubiegania się o ustalenie ich **stopnia niepełnosprawności** i w tej sprawie mogą zwrócić się do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności.

Orzecznictwo w tym zakresie jest niezależne od orzecznictwa rentowego prowadzonego przez ZUS.

Powiatowe Zespoły do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności obejmują swoim zasięgiem jeden lub kilka powiatów (miast na prawach powiatów). Adres właściwego Zespołu można uzyskać w urzędzie gminy, Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie lub w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej (MOPS).

W sekretariacie Powiatowego Zespołu należy pobrać druki:

- wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności
- informacja o stanie zdrowia (wypełnia lekarz prowadzący).

Przy składaniu wniosku kierowcy mają obowiązek powiadomienia o posiadaniu prawa jazdy, co rodzi określone konsekwencje wynikające z obowiązku powiadamiania Wydziału Komunikacji o podjętej decyzji przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności, co powoduje skierowanie kierowcy do badania stanu zdrowia na koszt zainteresowanego przez lekarza posiadającego uprawnienia do badania kierowców. Dla starszych wiekiem kierowców może oznaczać konieczność wymiany prawa jazdy z bezterminowego na terminowe.

Po złożeniu wniosku wraz z posiadaną, możliwie obszerną, dokumentacją lekarską (oryginały, kserokopie) należy czekać na pisemne powiadomienie o wyznaczonym terminie posiedzenia Komisji. W przypadku nawału wniosków oczekiwanie może wynieść nawet do kilku tygodni. Na posiedzenie komisji należy przynieść ze sobą wyniki badań z ostatnich tygodni oraz „świeże” EKG.

Komisja orzeka o przyznaniu (lub nie) odpowiedniego stopnia niepełnosprawności:

- stopień lekki,
- stopień umiarkowany,
- stopień znaczny.

Oprócz pisemnej decyzji Powiatowy Zespół wystawia legitymację osoby niepełnosprawnej (po dostarczeniu fotografii), która pozwala udokumentować swój stan instytucjom i organom kontrolnym w sposób jednoznaczny.

Uprawnienia

Przepisy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz inne przepisy przewidują szereg uprawnień, z których wymienię tylko najważniejsze.

Osoby niepełnosprawne w stopniu lekkim mają prawo do starania się o pomoc w gminnych ośrodkach pomocy i PFRON na zasadach określonych przez te instytucje. Chodzi tutaj o dofi-

nansowanie do turnusów rehabilitacyjnych, zakup sprzętu lub usług rehabilitacyjnych. Zakres pomocy jest ustalany lokalnie – w zależności od posiadanych środków.

Osoby te mają również prawo do ulgi podatkowej przy wydatkach na cele rehabilitacyjne i przy zakupie lekarstw określonych przez lekarza specjalistę i udokumentowanym fakturą po przekroczeniu w konkretnym miesiącu kwoty 100,00 zł (korzystne przy kupowaniu lekarstw na okresy trzymiesięczne, co dopuszczają przepisy o wystawianiu recept) oraz odliczenia od podstawy opodatkowania wydatków poniesionych na przejazd pociągiem lub autobusem do zakładu leczniczego i rehabilitacyjnego.

Osoby niepełnosprawne w stopniu umiarkowanym mają oprócz powyższych uprawnień prawo do odliczania od podstawy opodatkowania kosztów używania samochodu osobowego na dojazdy związane z zabiegami leczniczo-rehabilitacyjnymi do wysokości 2280 zł (w 2004 r.) oraz do dodatkowego urlopu wypoczynkowego w wymiarze 10 dni roboczych na przepracowaniu roku po dniu ustalenia tego stopnia niepełnosprawności.

Osoby niepełnosprawne w stopniu znacznym oprócz uprawnień wymienionych przy poprzednich stopniach mają prawo do dodatku pielęgnacyjnego w wysokości 144,00 zł wypłacanego przez ZUS z mocy prawa tj. na podstawie udokumentowanego corocznie składanego wniosku na specjalnym druku ZUS, bezpłatnego abonamentu radiowo – telewizyjnego, dofinansowania opiekuna na turnusach rehabilitacyjnych, bezpłatnych przejazdów tramwajami, autobusami, trolejbusami i metrem (ulga ustalona przez praktycznie wszystkie gminy) oraz do ulgowych przejazdów na PKP i w autobusach PKS. Szczegółowo temat ulg przejazdowych był omawiany w nr 2/2003 naszego kwartalnika. Ponadto osoby posiadające prawo jazdy mogą ubiegać się w Wydziale Komunikacji o „Kartę parkingową osoby niepełnosprawnej” ważnej w całej Unii Europejskiej (karta ta pozwala na bezpłatne parkowanie oraz na wjazd na odcinki ulic i placów z zakazem wjazdu). Przydatność tej karty dla osób prowadzących samochód lub przewożonych samochodem prowadzonym przez innego kierowcę łagodzi kłopoty związane z dodatkowymi badaniami lekarskimi.

Osoby po przeszczepie serca uzyskują w praktyce prawie zawsze orzeczenie o znacznym stopniu sprawności bezterminowo. Należy we wniosku podkreślić fakt dokonanej transplantacji oraz nieodwracalność zabiegu (miały miejsce pojedyncze przypadki decyzji o terminowym okresie ważności orzeczenia).

Pisząc powyższa informację świadomie skoncentrowałem się na sprawach praktycznych oraz unikałem stylu prawniczego. Dla osób, które pragną zapoznać się z przepisami prawnymi podaję źródła:

- ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Z 1997 r. nr 123 poz. 776 z późn. zm.)
- rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. Z 2003 r. nr 139 poz. 1328).
- Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych – tekst ujednolicony

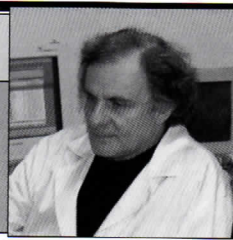
Zenon Frydrychowicz

„Drugie Serce” dodatek do kwartalnika Śląskiego Centrum Chorób Serca „Szlachetne Zdrowie”

Redakcja: 41902 Zabrze ul. Szpitalna 2
Telefon/fax 273-23-20 tel. 373-37-33

Andrzej Szafranek

To także jest Informatyka....



Poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o przyszłość, przyszłość rozumianą w dowolnym wymiarze stanowiło zawsze problem dociekania ludzi. To zarówno pytanie dla gracza analizującego wyniki poprzednich losowań w celu znalezienia przesłanek do obstawiania przyszłych numerów, jak też dla technologa o sposób sterowania złożonym obiektem, często w sytuacjach krytycznych, pytanie o prognozę pogody, czy wreszcie element wnioskowania diagnostycznego decydujący o zastosowanym sposobie leczenia.

W każdym z tych tak odległych tematycznie przypadków, mamy zawsze na celu uzyskanie odpowiedzi na pytanie, jak w oparciu o istniejącą wiedzę i doświadczenie prognozować przyszłe zachowanie się procesu? Jakiej transformacji należy poddać tę wiedzę, żeby otrzymana odpowiedź w jak najmniejszym stopniu odbiegała od mającej nastąpić rzeczywistości?

Udzielenie odpowiedzi na tak postawione pytanie wiąże się z poszukiwaniem w miarę prostego a zarazem dokładnego opisu zachodzących w procesie zjawisk, czyli mówiąc językiem matematycznym, z poszukiwaniem modelu matematycznego procesu. W zasadzie każda forma opisu stanowi jego model, przy czym w zależności od jego przeznaczenia może być różnie sformułowany.

Model matematyczny w swojej czystej postaci to zarówno zbiór równań fizyko-chemicznych opisujących istotę zachodzących w procesie przemian, jak i zestaw równań różniczkowych opisujących np. ruch spadającej ze stołu kartki papieru. Posiadając taki dobrze „dopasowany” opis zjawiska w postaci zależności matematycznych zapisanych w algorytmie komputerowym, można bez żadnych konsekwencji poddać go różnego rodzaju eksperymentom pozwalającym na badanie jego własności.

Możemy sobie wyobrazić jak ciekawym eksperymentem byłoby symulowanie na modelu matematycznym w komputerze, opisującym podstawowe funkcje serca, zjawiska zawału w zależności np. od miejsca i wielkości przewężenia, analizowanie wielkości martwicy, i szukanie w ten sposób odpowiedzi dla podjęcia „optymalnego sterowania” czyli zastosowania najlepszego w danym momencie sposobu oddziaływania medycznego, bez konsekwencji eksperymentowania na żywym organizmie. To są właśnie dobrodziejstwa posiadania dokładnego modelu matematycznego opisującego badany proces.

Oczywiście, musimy sobie zdać sprawę, że formułowanie modelu w postaci kilkudziesięciu równań różniczkowych będzie z całą pewnością precyzyjnym opisem zjawiska, jednak jego wartość użytkowa będzie znikoma, ponieważ otrzymanie odpowiedzi modelu na zadane pytanie, nie będzie realizowana w trybie on-line. Dlatego też, szukając stosownego kompromisu, stosowaną przez badaczy metodą formułowania modelu matematycznego jest tzw. **identyfikacja procesu**. Istotą takiego podejścia jest potraktowanie procesu jak „czarnej skrzynki”, jedynymi informacjami jest stan wektora parametrów wejściowych i odpowiadająca mu (w celu uproszczenia) jedna wartość wyjściowa

rys. 1.



Obserwacja procesu daje tabelę, w której dla danej konfiguracji wektora zmiennych wejściowych, „n - elementowych” x, otrzymujemy wartość wyjściową Y tab1.

Oczywiście, poprawność metody identyfikacji wymaga żeby ilość serii pomiarowych „k” co najmniej dwukrotnie przewyższała ilość zmiennych wejściowych wyrażonych w wektorze x, czyli $k \gg n$.

Tab. 1

	X ₁	X ₂	X ₃	X _{n-2}	X _{n-1}	X _n
y ₁						
y ₂						
y ₃						
y ₄						
.....
y _k						

Osobnym zagadnieniem jest sposób otrzymywania serii pomiarowych odzwierciedlających opis procesu realizującego swoje funkcje. Najczęściej mamy do czynienia z tzw. **eksperymentem biernym**, to znaczy wszystko na co możemy sobie pozwolić, to skrzętne zbieranie informacji o zachowaniu procesu podczas jego normalnego funkcjonowania, bez ingerencji w jego pracę. Alternatywnym, dużo ciekawszym podejściem, jest przeprowadzenie **eksperymentu czynnego**, pozwalającego wymusić pewne sytuacje ekstremalne i tym samym otrzymać pełną „charakterystykę pracy”. Jednak jak to wynika z doświadczenia, ani w zagadnieniach medycznych, ani podczas sterowania procesem technologicznym, z różnych powodów, nie ma możliwości prowadzenia eksperymentu czynnego.

Problem szukania modelu matematycznego procesu sprowadza się teraz do założenia parametrycznej postaci modelu, a następnie do obliczenia na podstawie obserwacji procesu ujętych w tabeli 1 parametrów wektora współczynników **A** równania.

Zatem model matematyczny w postaci uogólnionej można sprowadzić do zależności:

$$Y_{obl} = F(x, A)$$

gdzie : Y_{obl} - obliczona zmienna wyjściowa,
 x - wektor zmiennych wejściowych,
 A - wektor współczynników

Rozwiązanie zagadnienia dopasowania modelu do rzeczywistości polega na identyfikacji nieznanych współczynników wektora **A** dla przyjętej analitycznej formy modelu.

Jak już wspomniano wyżej, identyfikacja ma na celu znalezienie w oparciu o posiadaną wcześniej wiedzę, czyli w oparciu o serie pomiarowe opisujące dane wejściowe i wyjściowe, (tab1) optymalnych wartości wsp. wektora **A**, optymalnych w sensie spełniających kryterium:

$$\text{Min } D \{ E(Y), E(A * x) \}$$

czyli, $\text{Min } D \{ Y, Y_{obl} \}$

gdzie : D – dobrana funkcja odległości

W literaturze, proponowane są następujące miary D(x, y) odległości :

- Euklidesa $D(x, y) = \text{sqrt} (\sum (x_i - y_i)^2)$
- Chebysheva $D(x, y) = \max | x_i - y_i |$
- Manhattan $D(x, y) = \sum | x_i - y_i |$

Innymi słowy, celem jest znalezienie takiego zestawu wsp. wektora **A**, żeby suma błędów pomiędzy odpowiedzią rzeczywistego procesu (Y) a aproksymującym go jedynie modelem,

($E(A \cdot x) = Y_{obl}$) była jak najmniejsza.

Tak określony model nazywamy modelem parametrycznym tzn. zdefiniowanym z dokładnością do parametrów – wsp. wektora **A**. Opisuje on istniejące w procesie powiązania przyczynowo-skutkowe stanowiąc podstawę do wnioskowania o przyszłości. W zależności od charakteru procesu, różna będzie jego wstępnie założona postać analityczna. Na ogół przyjmuje się postać wielomianu tzn.:

$$Y_{obl} = a_0 + a_1 \cdot x_1 + a_{11} \cdot (x_1)^2 + a_2 \cdot x_2 + a_3 \cdot x_3 + \dots + a_n \cdot x_n$$

gdzie : $x_1, x_2, x_3, \dots, x_n$ - zmienne wejściowe
 Y_{obl} – obliczona zmienna wyjściowa
 $a_0, a_1, a_{11}, a_2, a_3, \dots, a_n$ - parametry modelu

W wielomianie tym przykładowo x_1 występuje w postaci kwadratowej, co jest podyktowane przyjętą „wrażliwością” Y na zmiany x_1 . Postać liniowa zmiennej x_1 byłaby niewystarczającą do wyrażenia wpływu jaki na zmienną Y wywiera fluktuacja x_1 . Poprawnie przyjęta postać analityczna modelu, będzie stanowiła o przyszłym sukcesie, dlatego też należy z dużą starannością dobierać jej formę.

W sytuacji kiedy proces charakteryzuje się jedynie dwoma stanami wyjściowymi Y , (np. przeżył, zgon), czyli ma charakter binarny, tak proponowana forma analityczna jest nie do przyjęcia. Wtedy należy posłużyć się taką formułą matematyczną, której wartość Y będzie oscylowała pomiędzy umownym „0” i umowną „1” oznaczając prawdopodobieństwo. Z taką sytuacją mamy do czynienia np. przy prognozowaniu wsp. Euroscore w zdefiniowanej wcześniej przestrzeni obserwacji pacjenta.

W celu zilustrowania przedstawionej metody posłużymy się przykładem opisanym w tabeli 2 obrazującym proces zależności pomiędzy poziomem glikemii a ustawieniem przepływu pompy (zmodyfikowany protokół Portland).

Poziom glikemii (mmol/l)	Przepływ pompy (ml/h)	Wyliczony przepływ (Y_{obl})
4	0	0.07
5	0.5	0.33
7	1	0.94
11	2	2.47
14	4	3.91
17	6	5.59
21	8	8.20

Tab 2

Wejście procesu x stanowi jedna zmienna (poziom glikemii w mmol/l), na wyjściu określono zmienną Y (ustawienie przepływu pompy ml/h). Zakładając jako wystarczającą kwadratową postać zależności przyjmujemy:

$$Y_{obl} = a_0 + a_1 \cdot x + a_{11} \cdot x^2$$

Przy takim założeniu, w oparciu o przedstawione serie pomiarowe oraz Euklidesową miarę odległości, na podstawie programu komputerowego wykorzystującego metodę eliminacji Gaussa w rozwiązywaniu macierzowej postaci układu równań normalnych, znaleziono parametry a_0, a_1, a_{11} pozwalające „w najlepszym” stopniu dopasować postać analityczną do przedstawionych w tabeli 2

danych :

$$a_0 = -0.719$$

$$a_1 = 0.143$$

$$a_{11} = 0.013$$

czyli

$$Y_{obl} = -0.719 + 0.143 \cdot x + 0.013 \cdot x^2$$

Rozszerzając tabelę 2 o Y_{obl} otrzymamy:

Poziom glikemii (mmol/l)	Przepływ pompy (ml/h)
4	0
5	0.5
7	1
11	2
14	4
17	6
21	8

Tab 3

Jak widać z tabeli 3 pomimo tego, że są pewne różnice w wartościach Y_{obl} współczynnik korelacji pomiędzy $Y - Y_{obl}$ $r = 0.99$ więc dopasowanie można uznać za wystarczające.

Na podstawie wyprowadzonego równania można teraz dla każdej wartości poziomu glikemii obliczyć odpowiednią wartość ustawienia przepływu pompy. Przedstawiony przykład jest w istocie trywialny, opiera się jedynie na jednowymiarowej przestrzeni obserwacji x i miał na celu jedynie zilustrowanie proponowanego podejścia. Dla porównania, logistyczny model matematyczny dający podstawę do obliczania Euroscore jest rozpatrywany w 18 wymiarowej przestrzeni obserwacji, a jego postać parametryczna jest bardziej złożona.

Reasumując należy podkreślić, że coraz częściej bardzo istotnym momentem w interpretacji danych medycznych jest wykorzystanie metod wielowymiarowej analizy matematycznej, a przedstawione rozważanie stanowi jedynie dotknięcie tematu. Metody te, to nie tylko sprawne posługiwanie się znanymi testami statystycznymi celem potwierdzenia zaobserwowanych tendencji. Algorytm komputerowy potrafi zarówno znajdować parametry modelu matematycznego, jak i realizować złożone procedury obliczeniowe jak np. w przypadku numerycznego całkowania krzywej enzymu kreatyno-fosfokinazy w celu określenia rozległości martwicy.

Na koniec należałoby jeszcze wspomnieć, że również zastosowanie jednej z metod Teorii Sztucznej Inteligencji (algorytmu Perceptronu Rosenblatta) dało podstawę do znalezienia równań dyskryminacyjnych wykorzystujących kompleksową analizę Ekg w celu nieinwazyjnej oceny skuteczności leczenia fibronolitycznego, co w sumie pozwoliło na prawie bezbłędne (dokładność diagnostyczna w zawale ściany przedniej – 100%, w zawale ściany dolnej i bocznej – 98%) rozdzielenie chorych z i bez perfuzji. Powyższe zostało przedstawione w artykule przyjętym na *American College of Cardiology*.

Andrzej Szafranek

Świat ciszy

Uszkodzenie słuchu może powstać w różnym wieku i z różnych przyczyn. Bez względu na rodzaj, przyczynę oraz moment powstania tej niepełnosprawności po pewnym czasie osoba ta zostaje w pewnym stopniu wyizolowana ze środowiska co utrudnia i ogranicza jego kontakty społeczne.

Najbardziej dotkliwe konsekwencje występują wówczas, gdy są to uszkodzenia słuchu w stopniu znacznym lub głębokim i istnieją od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa. Niemal dla wszystkich osób z takim uszkodzeniem podstawowym jedynym środkiem porozumiewania się z otoczeniem staje się język migowy. Osoby te nazywamy także niesłyszącymi kulturowo.

Język migowy ma charakterystyczne słownictwo-migowe znaki ideograficzne, które określają poszczególne słowa, czasem krótkie zwroty. Stanowią one podstawę komunikacji językowej. Uzupełnieniem znaków ideograficznych są znaki daktylograficzne na które składa się alfabet palcowy, znaki liczebników głównych i porządkowych, znaki interpunkcyjne.

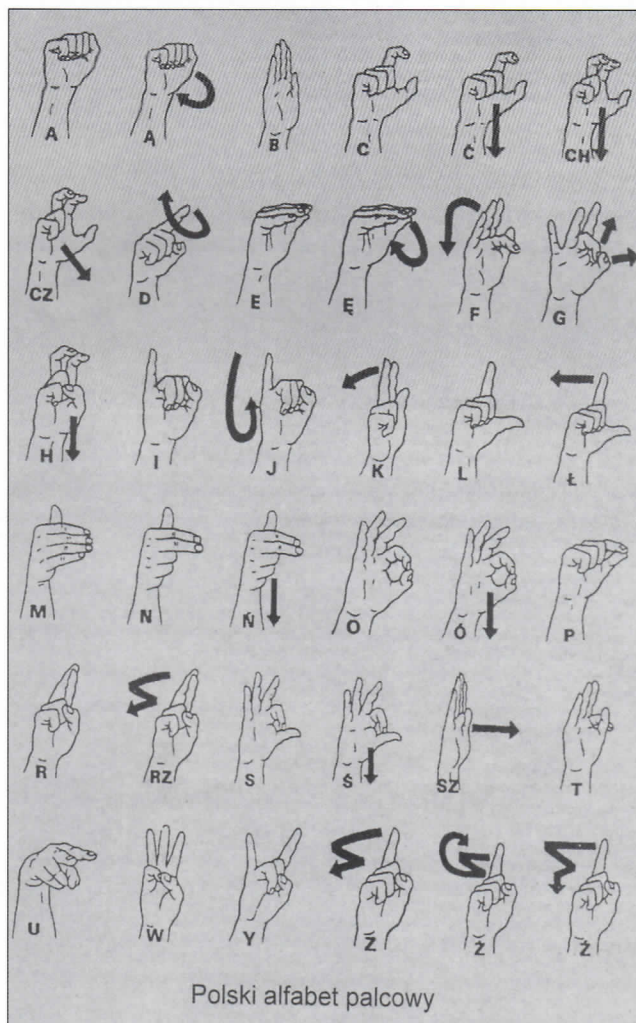
Język migowy posiada również własną specyficzną gramatykę pozycyjną, w której o sensie zdania decyduje kolejność wyrazów.

Proces nawiązywania kontaktów z osobą z uszkodzonym słuchem jest trudny i wymaga poprzez próby dokonania wyboru najbardziej odpowiedniej formy kontaktu. Dla tych osób ważną rolę odgrywają informacje i wrażenia wizualne (czytelne informacje np. na drzwiach oraz identyfikator u rozmówcy). Oświetlenie pomieszczenia tak aby twarz rozmówcy była wyraźnie widoczna przez niesłyszącego. Konieczny jest też możliwie stały kontakt wzrokowy ponieważ osoba z uszkodzonym słuchem z reguły patrzy na usta swojego rozmówcy. Naturalne zachowanie oraz indywidualne podejście sprzyja wymianie informacji.

Pytania powinny być stawiane wolno jedno po drugim, a nie kilka pytań na raz. Poznawanie języka polskiego dla osoby głuchej czy głuchoniemej jest bardzo trudne, zatem osoba z głębokim niedosłuchem może mieć mniejszy zasób czynnego słownictwa w języku polskim. Wymaga to od nas osób słyszących dużej wyrozumiałości i zrozumienia dla tych osób.

Na podstawie dostępnych danych można przyjąć, że osób z uszkodzeniami słuchu w stopniu znacznym i głębokim (głuchych i głuchoniemych) żyje aktualnie w Polsce ok. 50 tysięcy, a osób z uszkodzeniem słuchu w stopniu umiarkowanym (słabosłyszących) ok. 800-900 tysięcy a w stopniu lekkim w przybliżeniu ok. 3 miliony.

Osoby te zrzeszają się w organizacjach pozarządowych,



głównie jest to Polski Związek Głuchych działający od 1946r. - posiadający swój oddział w każdym mieście wojewódzkim a ponadto koła terenowe w większych miastach powiatowych

BSZ



Nie jest łatwo nawiązać kontakt z pacjentami nie mającymi problemów ze słuchem. O ile trudniejsza jest praca pielęgniarki w przypadku osób z uszkodzonym słuchem. (pacjenci na zdjęciu należą do grupy normalnie słyszących)

§ **VADEMECUM PODATNIKA** § €
Ilona Chmielnicka
 PLN



Sprawy związane z odliczeniem wydatków od dochodu i podatku podatnika reguluje Ustawa z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.

W 2004 roku obowiązują następujące odliczenia od podatku:

- remont i modernizacja budynku mieszkalnego lub lokalu mieszkalnego
- wpłaty na fundusz remontowy spółdzielni mieszkaniowej lub wspólnoty mieszkaniowej
- wpłaty na rzecz organizacji pożytku publicznego działającej na podstawie ustawy gdzie limit odliczenia to 1% podatku należnego wykazanego w zeznaniu o wysokości osiągniętego dochodu w roku podatkowym. Odliczeniu podlegają będą również wpłaty dokonane przez podatnika w terminie od 01.01.2005r do dnia złożenia zeznania za 2004r.

Ulgi remontowe są ulgą trzyletnią obejmującą lata 2003-2005.

Limit odliczenia od podatku wynosi 19% faktycznie poniesionych wydatków, nie więcej niż 5.670 zł co odpowiada wydatkom w wysokości 29.842 zł na budynek i 4.725 zł na lokal mieszkalny co odpowiada wydatkowi 24.868zł.

Za wydatki na remont i modernizację budynku mieszkalnego lub lokalu mieszkalnego uważa się wydatki poniesione na:

- 1/ zakup materiałów i urządzeń
- 2/ zakup usług obejmujących:
 - a/ wykonanie ekspertyzy, opinii lub projektu
 - b/ transport materiałów i urządzeń
 - c/ wykonawstwo robót
- 3/ najem sprzętu budowlanego

Nie ma przy tym znaczenia, czy podatnik jakiegokolwiek wydatki uprawniające do odliczenia poniósł w 2003r. z ulgi można skorzystać niezależnie od tego, czy wydatki są ponoszone w każdym z trzech lat 2003-2005 nawet jeżeli pierwszy i zarazem jedyny wydatek będzie miał miejsce w 2005r.

Natomiast minimalna kwota wydatków uprawniająca do skorzystania z odliczenia wynosi 567zł.

Nadal obowiązuje zasada, że przysługująca podatnikowi kwota odliczenia, która nie znajduje pokrycia w podatku za dany rok odlicza się od podatku w latach następnych, aż do całkowitego odliczenia.

Do odliczeń w 2004r. od dochodu zaliczamy:

- wydatki poniesione przez podatnika na budowę budynku mieszkalnego gdzie limit wynosi 18-

9.000zł.

- wydatki na cele rehabilitacyjne tj.:
 - a) opłacenie przewodników osób niewidomych I lub II grupy inwalidztwa
 - b) utrzymanie przez osoby niewidome psa przewodnika
 - c) używanie samochodu osobowego, stanowiącego własność osoby niepełnosprawnej lub podatnika mającego na utrzymaniu osobę niepełnosprawną dla potrzeb związanych z przewozem na zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne i tu limit wynosi 2.280zł.
- wydatki na zakup leków dla osób niepełnosprawnych -z odliczenia można skorzystać-jeśli lekarz specjalista stwierdzi, że osoba niepełnosprawna powinna stosować-określone leki stale lub czasowo i tu limit wydatku na ten cel musi przekroczyć- 100 zł miesięcznie/.

Znikła ulga od dochodu na odliczanie składek na rzecz organizacji, do których przynależność podatnika jest obowiązkowa np. do izb lekarskich i pielęgniarских.

Natomiast z odliczeń od podatku znikły następujące ulgi:

- dojazd dzieci do szkół podstawowych, gimnazjów, szkół ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych położonych poza miejscem zamieszkania dziecka
- odpłatne kształcenie i doskonalenie zawodowe podatnika
- odpłatne kształcenie w szkołach wyższych
- zakup przyrządów i pomocy naukowych

W 2004 roku obowiązuje taka sama skala podatkowa jak w roku ubiegłym:

- do 37.024 zł – 19% podstawa odliczenia
- od 37.024 zł – 74.048 zł – 30% nadwyżki ponad 37.024zł
- od 74.048 zł – 40% nadwyżki 74.048zł.

Roczna ulga podatkowa w 2004 roku wynosi 530.08

Kwota wolna od podatku w 2004 roku to 2.789,89.

Ilona Chmielnicka



Spotkanie oplatkowe 2004 r. -od góry:

- 1 – uczestników spotkania przywitali : (od lewej) prof. Lech Poloński, dyrektor Urszula Gąstor, doc. dr hab. Zbigniew Kalarus
2. Dyrektor SCCS profesor Marian Zembala złożył życzenia pracownikom szpitala.
3. Pani dyrektor Urszula Gąstor w towarzystwie przedstawicieli administracji i księdza kapelana SCCS– O. Ireneusza Sajewicza(OSCam).

Spotkanie noworoczne- od góry (od lewej):

1. Dyrektor SCCS prof.dr.hab. Marian Zembala w rozmowie z dyrektorem ds. Finansowych Elektrowni Rybnik, Laurentem Guillermin
2. Prof.dr hab. Jacek Bialkowski, prof. dr hab. Lech Poloński
3. - Prezes Zarządu Spółki Polski Koks S.A.—Anna Bula
- Zastępca Prezesa Zarządu , Dyrektor Biura Ekonomiki Finansów Jastrzębskiej Spółki Węglowej— Ewa Małek-Piotrowska
- Wiceprezes Elektrowni Bełchatów—Eugeniusz Bilkowski



Wigilia 2004 - dr Bogusław Ryfiński (z prawej)
z pielęgniarkami z Oddziału Kardiologii



Zbiorowe zdjęcie uczestników szkolenia ISO



Anna Bednarczyk
Kierownik Działu Spraw Pracowniczych
Śląskiego Centrum Chorób Serca

Co nowego
w prawie pracy?



Czas pracy – ciąg dalszy

1. Czas pracy, który obowiązuje pracowników Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze jest obliczany na podstawie normy tygodniowej podanej w umowie o pracę i jest różny dla zatrudnionych pracowników w zależności od charakteru wykonywanej pracy.
Święto występujące w okresie rozliczeniowym i przypadające w innym dniu, niż niedziela obniża wymiar czasu pracy o normę dobową dla danego pracownika, to jest 8 h lub 7 h 35 min, lub 5 h.. Jeżeli jednak w tygodniu, obejmującym 7 dni od poniedziałku do niedzieli, wystąpią 2 święta w inne dni niż niedziela, obniżenie wymiaru czasu pracy o normę dobową następuje tylko z tytułu jednego z tych świąt.
2. W każdym systemie czasu pracy, jeżeli przewiduje on rozkład czasu pracy obejmujący pracę w niedzielę i święta, np. przy pracy zmianowej, pracownikom należy zapewnić łączną liczbę dni wolnych od pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym, odpowiadającą co najmniej liczbie niedziel, świąt oraz dni wolnych od pracy w przeciętnie 5-dniowym tygodniu pracy przypadających w tym okresie.
3. Pracodawca ma obowiązek udzielić dnia wolnego zarówno za pracę w niedzielę, jak i w święto. Dzień ten powinien być

udzielony w okresie 6-ciu dni kalendarzowych, lub jeżeli nie jest to możliwe, do końca okresu rozliczeniowego. Do pracy w święto przypadające w niedzielę stosuje się przepisy dotyczące pracy w niedzielę. W przypadku nie wykorzystania dnia wolnego, o którym mowa powyżej pracownikowi przysługuje dodatek do wynagrodzenia w wysokości 100% wynagrodzenia.

Za pracę w dniu wolnym od pracy wynikającym z przeciętnie 5-cio dniowego tygodnia pracy przysługuje dodatek w wysokości 50 % wynagrodzenia. Pracownikowi, który wykonywał pracę w dniu wolnym od pracy wynikającym z rozkładu czasu pracy w przeciętnie 5-dniowym tygodniu pracy, przysługuje w zamian inny dzień wolny od pracy udzielony do końca okresu rozliczeniowego, w terminie uzgodnionym z pracownikiem.

Pracownikom zarządzającym za pracę w godzinach nadliczbowych nie przysługuje ani dodatek ani normalne wynagrodzenie. Prawo do rekompensaty za pracę w godzinach nadliczbowych przypadających w niedzielę i święto przysługuje jedynie kierownikom wyodrębnionych komórek organizacyjnych.

4. Pracownik ma prawo do wolnej niedzieli raz na 4 tygodnie.
5. Zrezygnowano z 4-godzinnej limitu dobowego godzin nadliczbowych. W przypadku pracownika zatrudnionego w niepełnym wymiarze czasu pracy, w umowie o pracę ustala się dopuszczalną liczbę godzin pracy ponad określony w umowie wymiar czasu pracy, których przekroczenie uprawnia pracownika, oprócz normalnego wynagrodzenia, do dodatku za pracę w godzinach nadliczbowych. Wniosek pracownika o udzielenie czasu wolnego za pracę w godzinach nadliczbowych musi mieć formę pisemną.

Koleżanka **Ola Kos** pracę w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze rozpoczęła 1.03.1984r. jako pielęgniarka na Oddziale Kardiologii, a od 1.01.1990r. do chwili obecnej pracuje w zespole perfuzjonistów na Bloku Operacyjnym.

Koleżanka Ola asystowała jako instrumentariuszka podczas pierwszych zabiegów i od tej pory nierozdzielnie łączy się z historią kardiologii w Zabrze. To **Ola** instrumentowała przy pionierskich zabiegach, np. podczas pierwszych przeszczepów serca. Po odbyciu trzech lat szkolenia i samodzielnego prowadzenia krążenia pozaustrojowego w operacjach na otwartym sercu pod kierunkiem prof. Zbigniewa Religi w Klinice Kardiologii Śląskiej AM i po pomyślnym zdaniu egzaminu, uzyskała tytuł dyplomowanego perfuzjonisty w kardiologii. W odpowiedzi na wyzwania, które stawiał jej nowy zawód okazała się niezawodna.

Dla nas wszystkich, a szczególnie dla stawiających pierwsze kroki w pracy na Bloku Operacyjnym, **Ola** stała się przykładem solidności i pracowitości. Jest osobą, na której pomoc zawsze można liczyć.

Przejście Oli na emeryturę nie staje się końcem przygody z kardiologią. Dziękujemy za wszystko.

Pani **Zdzisława Sikora** pracę w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze rozpoczęła od dnia 10.03.1988 r. na stanowisku pomocy laboratoryjnej w Pracowni Analityki Klinicznej. Pani **Zdzisława Sikora** pracuje sumiennie, z wielką dokładnością.

Odpowiedzialna jest za wykonywanie prac dezynfekcyjnych we wszystkich pomieszczeniach Pracowni Analityki Klinicznej oraz Pracowniach: Banku Krwi i Serologii. Odpowiedzialna jest za pobieranie i wydawanie na oddziały szpitalne sprzętu do zamkniętego systemu pobierania krwi.

Pani **Zdzisława Sikora** jest niezwykle skromną osobą, cicho i bez rozgłosu wykonuje swoje obowiązki. Bardzo lubiana i ceniona przez cały zespół Pracowni Analityki Klinicznej. Dziękujemy jej za razem dzielony czas zawodowy.

Życzymy, aby lata które spędzi na emeryturze upływały w spokoju z możliwością realizacji wszystkiego, na co do tej pory brakowało czasu.

Pani **Marianna Wojnarowska** pracę w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze rozpoczęła 1.04.1992 r. na stanowisku starszego technika analityki medycznej.

Koleżanka **Marianna Wojnarowska** to pracownica przygotowana zawodowo i merytorycznie do wykonywanej pracy. Od wielu lat związana była wyłącznie z Pracownią Hematologii, w której wyróżniała się doświadczeniem i fachowością. W każdym przypadku, kiedy zaistniała potrzeba przyścia z pomocą nie szczędziła własnego czasu.

Po wielu latach wspólnej pracy zawodowej, wyrażamy słowa podziękowania za oddanie i zaangażowanie dla Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze.

Nadchodzi czas, kiedy aktywność zawodowa zmniejsza się na korzyść realizacji planów życiowych, na które pracując, nie zawsze był czas.

W uznaniu za zaangażowanie i wkład pracy składamy serdeczne podziękowania za trud i sumienną pracę. Mamy nadzieję, że osoby spotkane i przyjaźnie zawarte w Ośrodku, nie pozwolą zapomnieć wielu wspólnych lat.

mgr Grażyna Szymura

System Zarządzania Jakością w Śląskim Centrum Chorób Serca

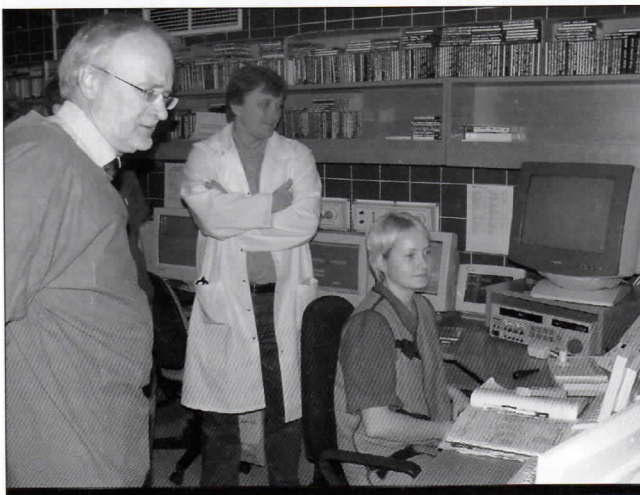


Dnia 11 i 12 stycznia bieżącego roku gościliśmy w Śląskim Centrum Chorób Serca dwóch audytorów zewnętrznych z niezależnej jednostki certyfikującej Polskiego Rejestru Statków, oraz dwóch lekarzy - ekspertów powołanych przez



wyżej wymienioną jednostkę. Audytorzy wraz z ekspertami przeprowadzili w Śląskim Centrum Audyt Certyfikujący, którego efektem jest otrzymanie Certyfikatu Systemu Zarządzania Jakością zgodnego z międzynarodową normą ISO 9001:2000 przyznanego na 3 lata (z corocznym przeprowadzaniem audytu nadzoru przez jednostkę certyfikującą). Otrzymany certyfikat obejmuje swoim zakresem: **Stacjonarne i ambulatoryjne świadczenie usług medycznych; badania naukowo-kliniczne z zakresu kardiologii dorosłych i dzieci, kardiologii, transplantologii, angiologii; badania podstawowe dotyczące chorób serca, płuc i naczyń oraz efektywności medyczno-ekonomicznej.**

System Zarządzania Jakością jest konkretnym, uporządkowanym zbiorem przepisów, zasad i procedur oraz reguł o charakterze organizacyjnym, administracyjnym, technicznym i personalnym, stanowiącym gwarancję sprawnego działania. System ten umożliwia skuteczne zarządzanie organizacją, poprawę sprawności jej działania, zaspokojenie potrzeb i wymagań pacjentów. Celem systemu jest taka organizacja, w wyniku której każde działanie trafia we właściwym czasie do odpowiedniej osoby, a wszyscy wykonawcy wiedzą co, jak, kiedy i gdzie mają robić.



GŁÓWNE ETAPY REALIZACYJNE WDRAŻANIA SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ:

Przygotowania do wdrożenia systemu zarządzania jakością według norm ISO 9001:2000 rozpoczęto w Śląskim Centrum Chorób Serca w maju 2002 roku. Odbyło się wówczas pierwsze posiedzenie Dyrekcji poświęcone problematyce zarządzania jakością w jednostkach służby zdrowia oraz możliwości i zasadność wdrożenia Systemu Zarządzania Jakością zgodnego z normą ISO 9001:2000 i poszerzone o Standardy Akredytacyjne Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Rozpoczęły się spotkania informacyjne o sposobie przygotowania szpitala do kolejnych punktów normy oraz standardów akredytacyjnych. Uruchomiono informacyjny serwis Internetowy dla pracowników. Powołano Zespół ds. Sterowania Jakością i zorganizowano szkolenie wewnętrzne członków Zespołu Zadaniowego ds. Sterowania Jakością.

Zespół wraz z konsultantem ds. ISO ustalił niezbędne do opracowania dokumenty /zarządzenia, procedury, instrukcje itp./ i wyznaczył z pośród członków zespołu autorów do ich opracowania i konsultacji. Określono Misję i Politykę Jakości. Dostosowano Schemat organizacyjny dla potrzeb Systemu Jakości. Zorganizowano szkolenie poza Śląskim Centrum Chorób Serca dla Zespołu Zadaniowego ds. Sterowania Jakością, pielęgniarek oddziałowych, kierowników komórek organizacyjnych, a także pracowników którzy deklarowali chęć uczest-



nictwa w Zespole. Celem Szkoleń było zapoznanie się z: Systemem Zarządzania Jakością; standardami akredytacyjnymi; opracowanymi procedurami i instrukcjami oraz Księgą Jakości.

W drugim etapie odbyło się szkolenie pracowników Śląskiego Centrum Chorób Serca dotyczące stosowania procedur, których celem jest poprawa jakości w Szpitalu. Szkolenie głównie ukierunkowane na zapoznanie pracowników z procedurami, instrukcjami oraz nauczenie ich, w jaki sposób i w jakich sytuacjach mają z nich korzystać. W tym etapie opracowano i wydano Zarządzenie Dyrektora powołującego Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością oraz 36 audytorów wewnętrznych (wybranych z różnych komórek organizacyjnych). Przeprowadzono audyty wewnętrzne, przegląd zarządzania, „audyt zerowy” przez firmę konsultingową oraz przegląd dokumentacji przez mgr Magdalenę Ledwoń z Polskiego Rejestru Statków.

Jakie korzyści będzie miał szpital po otrzymaniu certyfikatu? Należą do nich:

poprawa opieki nad pacjentem i bezpieczeństwem podczas hospitalizacji, udoskonalenie dokumentacji medycznej, ciągłe doskonalenie – całej organizacji we wszystkich obszarach, popularyzacja dobrych wzorów organizacyjnych, poprawa organizacji pracy, wzrost aktywności personelu do wprowadzania zmian, atmosfera wspólnej pracy dla wspólnego celu, ułatwienie pozyskiwania pożyczek (kredytów), zawierania kontraktów, zwiększenie zaufania społecznego do szpitala, pomoc w uzupełnieniu źródeł finansowania, dodatkowe punkty w konkursie ofert, redukcja kosztów, zwiększenie efektywności, ogromna satysfakcja bycia szpitalem, który posiada potwierdzoną wysoką jakość świadczonych usług.

Certyfikacja nie jest celem samym w sobie, lecz początkiem drogi rozwoju i dalszego doskonalenia.

Grażyna Szymta



Izabela Fabian

Wpływ komunikacji interpersonalnej na skuteczność pracy zespołowej.



Podwaliną prawidłowego funkcjonowania zespołu pracowników – szczególnie takiego, jaki funkcjonuje w organizacji tak specyficznej jak szpital – jest świadomość znaczenia komunikacji interpersonalnej. Aby poszczególne osoby mogły skutecznie działać jako członkowie zespołu, muszą mieć zdolności: otwartego i uczciwego komunikowania się między sobą; zajmowania się różnicami i rozstrzygania konfliktów; sublimowania celów osobistych dla dobra zespołu. Komunikacja to jedyne narzędzie, które umożliwia porozumiewanie się. Bez tej umiejętności niemożliwe jest realizowanie podstawowych potrzeb, rozwój i zdobywanie nowej wiedzy (co w naszej pracy ma szczególne znaczenie, a o czym nikogo nie musimy przekonywać), osiąganie sukcesów, a co najważniejsze szczęście, zadowolenie i zdrowie Naszych pacjentów. To komunikacja właśnie nadaje barwy życiu.

O tym jak wielkie ma znaczenie, świadczy fakt, że zajmuje aż 70% czasu poza snem i jest to proces trwający całe życie. Niezwykle ważna jest zatem świadomość, iż komunikowanie się to nie tylko umiejętność wypowiadania słów. Efektywna i skuteczna komunikacja to przekazywanie informacji z korzyścią i zrozumieniem dla wszystkich uczestników. To transakcja, w której wszystkie zaangażowane strony muszą wziąć aktywny udział, by doszło do prawidłowego porozumienia. Zatem komunikacja interpersonalna to proces polegający na słownym lub bezsłownym przekazywaniu informacji, który kształtuje relacje i stosunki międzyludzkie. Proces ten może odbywać się w sposób jednokierunkowy, polega on wtedy na przesyłaniu informacji od jednej osoby do drugiej bez sprzężenia zwrotnego.

Druga możliwość czyli komunikacja dwukierunkowa występuje wtedy gdy pojawia się sprzężenie zwrotne, które jest możliwe dzięki zadawaniu pytań, parafrazowaniu czyli formułowaniu czyjejś myśli własnymi słowa-

mi i zgadzaniu się. Komunikacja interpersonalna, rozumiana zarówno jako zachowania werbalne jak i niewerbalne zachodzi nieustannie – każda sytuacja społeczna implikuje proces nadawania i odbierania różnych informacji. Komunikacja werbalna to sposób, w jaki ludzie się porozumiewają (wysyłają i odbierają komunikaty) za pomocą słów i jest ona działaniem intencjonalnym. Komunikaty werbalne wspomagane są przez proces komunikacji niewerbalnej nazywanej „mową ciała”, która nadaje im czytelności i wyrazistości, a jej ekspresja jest trudniej kontrolowana świadomościowo i jedynie w niewielkim stopniu można sprawować kontrolę nad tym procesem, szczególnie w sytuacjach wielkiej radości, zdenerwowania czy strachu. W skutecznej komunikacji od umiejętności mówienia ważniejsza jest umiejętność i wiedza dotycząca aktywnego słuchania.

Markiza de Sevigne napisała: „Fakt, że ludzie rodzą się z dwójgłębym oczu i uszu, a tylko jednym językiem, sugeruje, że powinni patrzeć i słuchać dwa razy tyle co mówić”. Zauważmy, że słuch i słyszenie to nie to samo co słuchanie. Skuteczne słuchanie warunkują: posiadanie cech dobrego słuchacza, przestrzeganie zasad i przejawianie umiejętności słuchania, znajomość negatywnych skutków nieefektywnego słuchania oraz uskutecznianie czynnego słuchania dzięki opanowaniu sztuki zadawania pytań. System komunikacji wewnętrznej w organizacji – szczególnie tak specyficznej jak szpital – odgrywa kluczową rolę, jest co prawda aktywnością powszechną, ale i skomplikowaną, w której nie wystarczy polegać na utartych schematach oraz przyzwyczajeniach, lecz dążyć do ciągłego doskonalenia. Trudno nie zgodzić się z autorami książki pt. „Kierowanie” J. Stonera, E. Freemana, D. Gilberta, którzy na powyższy temat mieli takie oto zdanie: „Komunikacja jest krwioobiegiem organizacji. Zła komunikacja w niejednej organizacji doprowadziła do stanu analogicznego do niewydolności krążenia. Bez skutecznego komunikowania się rozmaitych stron, układ stosunków, który nazywa się organizacją, nie będzie nikomu dobrze służyć”. No cóż, czy istnieje inny tak specyficzny zespół pracowników, dla którego ten cytat będzie bardziej zrozumiały?

Prawa pacjenta

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

Pacjent ma prawo do:

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

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

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

HYDE PARK

Janusz STRONIAWSKI – pacjent po OHT

Dziś 14-03-2004r. w nocy nie spałem
Bo o swoim życiu myślałem
Ciężko żyć samemu w takiej chwili
Jest tylko jedna kobieta co dodaje mi siły
Myślę o tym wszystkim
Co wokół mnie się dzieje
Ciężko jest gdy o tym myślę
Tego nikt nie zrozumie i nie poczuje
Gdy niepewność i oczekiwanie
W człowieku dominuje
To psychikę mocno dołuje
Bo na dzień dzisiejszy
Tego magicznego telefonu oczekuję
Myślę, że ten postawi mnie na nogi
Skończą się moje smutki
I niedokończone marzenia
Bo mówią, że po takim telefonie
Życie się zmienia

Gdy u składaka aorta się zatyka
To wie, że życie wolnym krokiem mu znika
Zaczyna się denerwować i panikować

Bo chce to naszą nędzną radość życia zachować
Wtedy dostajemy silnego bólu głowy
I przychodzą nam głupie pomysły do głowy
A gdy serce przestaje kołatać
I tracimy przytomność
Uciekamy w inny świat płomieni, jasności,
Obrečky i tuneli radości
Lecz to są chwile
Bo chcemy wrócić do tego
Złego świata pełnego problemów
Nienawiści i złości
Braku miłości i rozczarowania
Bo to jest życie i my chcemy żyć
A dlaczego?

Myślę, że Twoje życie było niesprawiedliwe
Nie zasłużyłeś na to, a czemu
Tak to się stało, że do mnie
Twoje serce przywędrowało
Było to chyba przeznaczenie
Ale ja tego na pewno nie zmienię
Teraz jesteś w moim ciele
I z tego powodu trochę się wesele
Ale chcę byśmy razem dogadywali się stale
Chcę abyśmy się zrozumieli
I razem byli bardzo weseli
Żyli razem bardzo szczęśliwie

przeżywali dużo miłości i radości
Przyjmowali wspólnie naszych bliskich i gości
Chcę poznać Twoje hobby i przyzwyczajenia
Myślę że będą przeze mnie
Dla Ciebie do spełnienia
Chcę byśmy byli jedną rodziną
Do ostatnich dni
Nie zawiodę ja, nie zawiedziesz Ty
To będą dla nas szczęśliwe tygodnie
Lata, miesiące i dni
Wiem wytrzymasz Ty wytrzymam ja
Bo takie już życie jest nam pisane

Patrzę przez okno na ten szary, smutny i nędzny świat
Który nic nie jest wart
Bo winni są tylko ludzie gorsi niż zwierzęta
Żyjący w ciągłej nienawiści, zemście i obłudzie
Zapomnieliśmy o prostych zasadach życia
My jesteśmy tylko gośćmi na tym padole
Nie znamy prostych słów przepraszam
Nie potrafimy wybaczać
Uleciały nam gdzieś uczucia
Miłości, przyjaźni i przyzwyczajenia
Został nam smutek i żal
Żyjemy teraz w strachu, bólu i samotności

Janusz Stroniewski – pacjent po OHT



*Certyfikacja IS - Ostatni podpis
Dyrektor SCCS prof. M.Zembala podpisuje końcowy protokół audytu certyfikacyjnego*



*Certyfikacja ISO
Audytorzy z uwagą zapoznają się z pracownią kierowaną przez panią dr Teresę Zielińską*



Energia do życia

Elektrownia „RYBNIK” S.A.
Grupa EdF

**ul. Podmiejska
44-207 Rybnik
Tel (32) 739 10 00
Fax (32) 422 78 94
Email:
[ei@elektrownia.rybnik.](mailto:ei@elektrownia.rybnik.pl)**