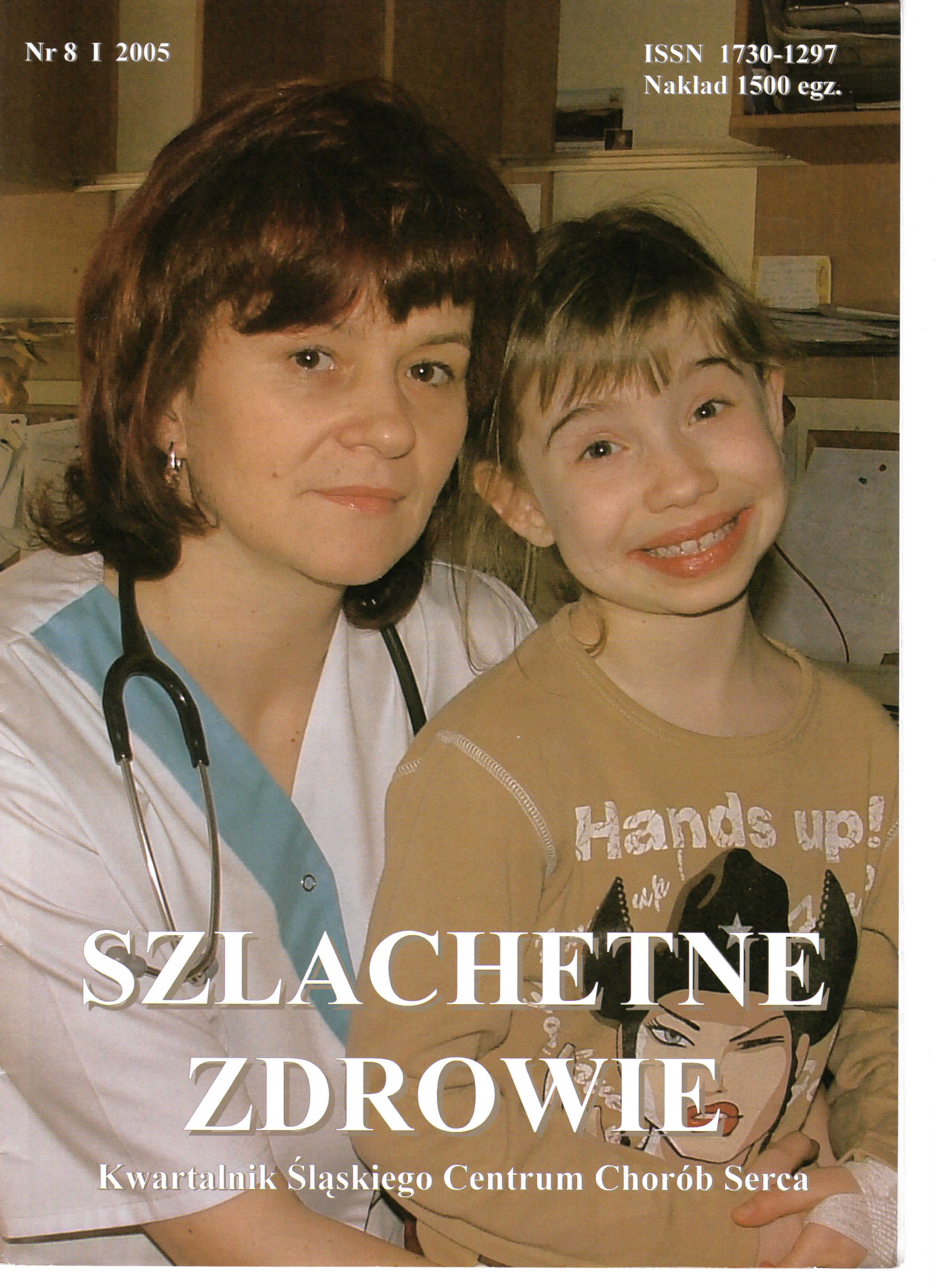


Nr 8 I 2005

ISSN 1730-1297
Nakład 1500 egz.



SZLACHETNE ZDROWIE

Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca



Od lewej—dr Jan Borzymowski i dr Ireneusz Haponiuk



Oddział POP dzieci

SZLACHETNE ZDROWIE

KWARTALNIK ŚLĄSKIEGO CENTRUM CHORÓB SERCA

Nr 9
kwiecień
2005

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

W numerze:

- Punkt widzenia
- Finanse SVCCS w 2004 roku
- Działalność SCCS w 2004 roku
- Ważne daty historyczne w kardiologii w XIX i XX wieku
- Wywiad z dr. Janem Przybylskim
- Mały, ważny oddział
- Wywiad z dr. Marcinem Śiweradem
- Postępy kardiologii interwencyjnej w leczeniu wad układu krążenia
- Jak pracuje Komisja Socjalna ?
- Czas pracy (cd)
- Młot przeszłości.
- Staropolskie zwyczaje wielkanocne
- Przywitanie wiosny
- Słodkie przepisy
- Savoir- vivre przy stole
- Karta praw pacjenta

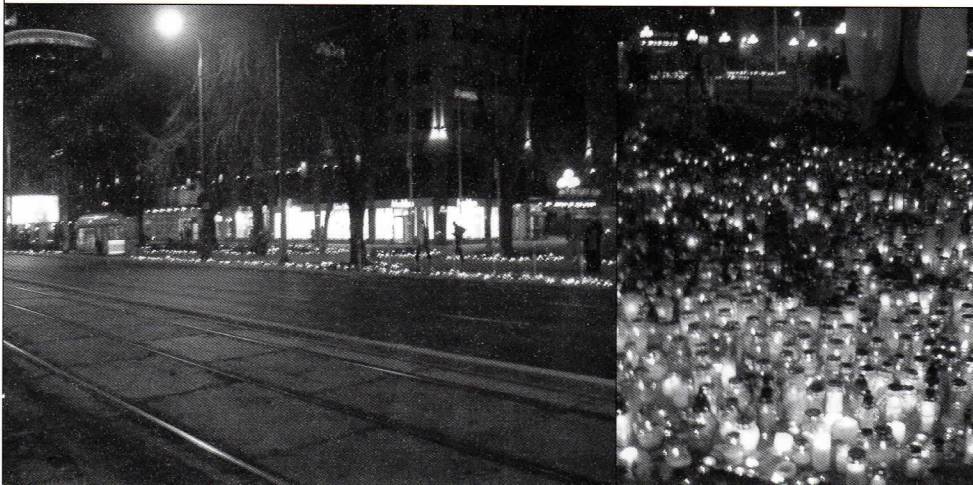
Dodatek:

- Transplantacje serca w SCCS
- Mój przypadek dał nadzieję innym..
- Doczekałem wesela syna

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

Redakcja:
Tadeusz Bujak (redaktor na-
czelny),
Grażyna Szymura
Iwona Trzcńska

Minął rok 2004— kolejny nie najgorszy dla Śląskiego Centrum Chorób Serca. Był korzystny pod względem ilości i jakości świadczeń medycznych dla pacjentów z całej Polski, a także pod względem inwestycyjnym. Niewiele jednostek opieki zdrowotnej może poszczycić się tak zrównoważoną gospodarką finansową, której konsekwencją są możliwości inwestycyjne. Wzrosła liczba pacjentów hospitalizowanych a także liczba porad udzielonych w poradniach. (więcej na str. 4-5)



Ulica Jana Pawła II w Warszawie - w dzień pogrzebu Ojca Świętego.- przez całą noc płonęły znicze ustawione przez mieszkańców wzdłuż ulicy - na całej jej długości

Aktualności

- 14 – 16 luty 2005r. Warsztaty kardiochirurgiczne „Tętniaki aorty piersiowo-brzusznej” Prof. P.P. Zannetti /Cagliari, Włochy/
- 24-25 luty 2005r. I Międzynarodowe sympozjum i kurs pt.: „Operacje naprawcze zastawek serca” dr med. Paweł Urbański – Rhaen Klinikum Herz und Getaess Klinik, Bad Neustadt, Niemcy
dr Patric Perier, Nicea, Francja
dr Krzysztof Kucharski, Paryż, Francja
- 10 marca 2005r. uczniowie z Gimnazjum nr 2 w Żorach przeprowadzili wywiady z dr M. Zakliczyńskim i prof. M.Zembałą na temat codziennej pracy w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu.
- Jesienią 2004 roku lekarz z I Oddziału Klinicznego Kardiologii – dr Adam Sokal uzyskał specjalizację z zakresu kardiologii.
- Zespół Pracowni Elektrofizjologii i Elektrostymulacji Serca ŚCCS w leczeniu zaburzeń rytmu serca stosuje nowy system mapowania elektroanatomicznego LocaLISA. Sprzęt został nieodpłatnie udostępniony przez firmę medyczną.
- 38 pielęgniarek, w tym 9 ze ŚCCS zakończyło specjalizację kardiologiczną. Dnia 26 kwietnia 2005r. przystąpią do egzaminu państwowego w Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie. Życzymy powodzenia.
- Dnia 8 maja 2005 roku odbędzie się kolejna „Biała niedziela”. W tym dniu także nastąpi uroczyste wręczenie Certyfikatu Systemu Zarządzania Jakością.
- Praca badawcza mgr Bożeny Krymskiej pt. „Poziom świadomości kadry pielęgniarskiej w P.O.Z i szpitalach klinicznych na terenie miasta Zabrze na temat promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej” została przyjęta do prezentacji na IV Podlaskiej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej w Białymstoku pt. „Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego” i ukaże się drukiem w monografii konferencyjnej. Konferencja odbędzie się 21 –24 kwietnia br.

ECMO Specialist Certificate
Heart Link ECMO Programme
Gleesfield Hospital, Leicester, England.

This is to certify that

IRENEUSZ HAPONIUK
Has successfully completed the Extra - Corporal Membrane
Oxygenation (ECMO) Training Programme/ Clinical
preceptorship

In Witness Whereof

Dr Richard Sharp, Director of ECMO Services
Gleesfield Hospital, Leicester, England

G.Sz.

Od Redakcji

Już po zamknięciu numeru, nadeszła z Rzymu wiadomość, że Ojciec Święty odszedł do wieczności, pozostawiając na Ziemi ludzi, którzy Go kochali i w nim znajdowali oparcie. Etyczne wskazówki Jana Pawła II były drogowskazem dla całych społeczności, grup zawodowych i poszczególnych jednostek.



Poglądy i nauki Ojca Świętego otworzyły społeczeństwu katolickim drzwi do stosowania i wykorzystywania nowoczesnych badań naukowych – w tym także medycznych. Wystarczy przypomnieć opory, jakie stwarzali przedstawiciele Kościoła wobec transplantacji narządów, jako powszechnie stosowanej metody leczenia nieuleczalnie chorych. Po wypowiedzi Jana Pawła II oponenci ucichli, a przeszczepy weszły do wykazu rutynowych metod leczniczych, stosowanych we wszystkich krajach – także w głęboko katolickich. Wystarczy wspomnieć, że Hiszpania wykazuje najwyższy w Europie wskaźnik transplantacji w stosunku do ilości mieszkańców. Doceniając znaczenie Jana Pawła II dla wszystkich Polaków, wstrzymaliśmy druk pisma, aby przynajmniej symbolicznie podkreślić i zaznaczyć szacunek i poważanie, jakim Polacy go obdarzali. Niech spoczywa w spokoju wiecznym, nadal opiekując się wszystkimi, którzy tej opieki potrzebują i oczekują.



Ojciec Święty, Jan Paweł II nie żyje



Zmarł Jan Paweł II — wielki papież, święty człowiek, wybitny polityk i niekwestionowany autorytet moralny. Człowiek, który zmienił współczesny świat i wytyczył kierunek jego rozwoju w taki sposób, aby pomimo globalizacji ekonomicznej i społecznej nie zapomniano o człowieczeństwie i godności ludzi - zwłaszcza ubogich, opuszczonych i chorych.

Misja szpitala „Jesteśmy aby ratować, leczyć, dawać nadzieję ...”

Drogi i umiłowany Ojcze Święty.

*Odszedłeś od nas,
pozostawiając nas ludzi lepszymi,
bardziej wrażliwymi na losy
i cierpienie drugiego człowieka.*

*Świat z Twojego powodu
stał się wyciszony, spokojniejszy.*

*Pozwól nam Ojcze Święty
codziennie zaświadczać o Twoim miłosierdziu,
korzystać śmielej z głębi Twojej mądrości
i wielkości Twojej pokory.*



Śląskie Centrum Chorób Serca



Punkt widzenia.

*Mój, Twój, Nasz Wielki Tydzień.
Niby taki sam, a jednak inny
niż poprzednie.*

*Może to sprawa zimy, która jakby
zapomniała, że już czas od-
chodzić,*

*Może ptaków, które lękliwe i niepewne trudno namówić do porannego śpie-
wu,*

Może syna, którego rodzic daremnie uczy bycia uczciwym,

Może wnuka, któremu nagle zatrzymał się oddech,

Może chorego, któremu nie potrafimy pomóc,

Może choroby Jana Pawła II, którego cierpienie sięga nieboskłonu.

*Stojąc przed wysokimi murami w naszym życiu,
sami sięgamy do nadziei Paschy,
aby uwierzyć,*

że można uratować chorego,

że można pomóc cierpiącemu papieżowi,

że można nauczyć syna bycia uczciwym,

że można przywrócić oddech wnukowi,

że można namówić ptaki do radosnego śpiewu.

*Może dlatego w tym roku,
prawdziwa wiosna przychodzi do nas - Ludzi*

z takim trudem.

**Prof. dr hab. Ma-
rian Zembala**

*Dyrektor Śląskiego
Centrum Chorób Serca*



Marian Zembala

Wielki Piątek 2005 roku

Mgr Urszula Gąsior

Dyrektor ds. ekonomiczno-adm. SCCS



Finanse SCCS w 2004r

W aspekcie ekonomiczno-finansowym działalności Śląskiego Centrum rok 2004 można zaliczyć do udanych. Zakończyliśmy go bowiem po raz kolejny dodatnim wynikiem finansowym.

Jednak trzeba przyznać że z roku na rok proporcja przychodów do kosztów maleje. Niestety koszty rosną szybko, mimo iż nie ma po temu obiektywnych przesłanek chociażby w postaci wzrostu cen (średnio bowiem ceny utrzymują się na podobnym poziomie. Wzrost kosztów mediów, niektórych leków i materiałów niwelowany jest poprzez spadek cen zużywalnego sprzętu medycznego).

Miniony rok był dla szpitala korzystny szczególnie w zakresie inwestycyjnym. Finansowany przez Ministerstwo Zdrowia trzyletni program POLKARD (2003-2005) umożliwił nam przy udziale środków własnych i sponzorowanych (około 1,5 mln złotych) zakupić aparaturę i sprzęt medyczny dla każdej kliniki. Między innymi "pracują" nowe aparaty do angiografii i elektrofizjologii, przewoźny aparat rentgenowski, respiratory dla dzieci i dorosłych, reanimacja dzieci posiada system monitorujący z centralą do intensywnej terapii, pacjenci oddziału pooperacyjnego mają funkcjonalne i nowoczesne łóżka, niemowlaki otrzymały nowy inkubator.

Żaden podmiot gospodarczy, a takim jest również Śląskie Centrum nie może zapominać o przeznaczeniu części środków finansowych (nawet w postaci kapitału obcego (np. pożyczki) na zakupy majątku trwałego, który jest podstawą działalności i dalszego rozwoju. Winna to być kwota na poziomie minimum rocznego odpisu amortyzacyjnego (czyli tej części kosztu zakupu aparatury i sprzętu którą rocznie dolicza się do kosztów bieżącej działalności np. 20% wartości).

W obecnej sytuacji kryzysowej w jakiej znalazły się szpitale (zobowiązania Samodzielnych Publicznych Zakła-

dów Opieki Zdrowotnej na 31 grudnia 2004r. wynosiły ponad 5,5 mld złotych i wzrosły od 2001 roku o 100%) niewiele z nich może sobie na to pozwolić.

Śląskie Centrum mając zrównoważoną gospodarkę finansową i dobrą płynność przeznaczając od roku 1999, tj. usamodzielnienia się szpitala, środki na zakupy inwestycyjne głównie w celu odtworzenia (wymiany) posiadanego majątku.

Budżet na rok 2005 kształtuje się o kilka procent powyżej roku ubiegłego co daje nadzieje na możliwości dalszego inwestowania zarówno w majątek (przed nami rozbudowa szpitala) oraz w zatrudnionych pracowników. Zależy to jednak od dwóch czynników na który wszyscy mamy wpływ :

1. na jakim poziomie będą kształtowały się koszty. Rok poprzedni to bowiem w wielu przypadkach wzrost kosztów niczym nie uzasadniony,

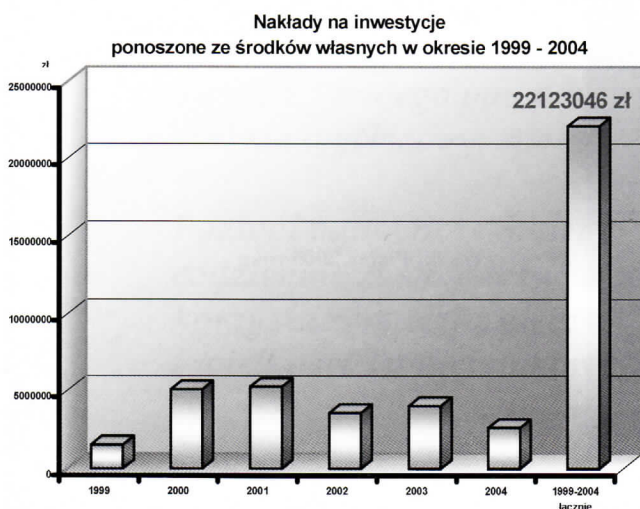
2. czy budżet tj. zakontraktowana z Ministerstwem Zdrowia ilość zabiegów oraz liczba punktów zawarta w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia zostanie wykonany w 100%.

Przyznane limity umowne mogą zostać przekroczone i na to już personel Śląskiego Centrum nie ma wpływu. Problem tzw. nadwykonań czyli świadczenie usług powyżej liczby zawartej w umowie na dany rok pojawił się w Śląskim Centrum wraz z powstaniem Narodowego Funduszu Zdrowia. Mając możliwość kontraktowania świadczeń z wieloma Kasami Chorych budżet szpitala przez wszystkie lata działania Regionalnych Kas Chorych gwarantował, że liczba usług które wykonaliśmy w ciągu roku była mniejsza niż zakontraktowana w umowach. Po utworzeniu Narodowego Funduszu Zdrowia umowy na świadczenie usług zdrowotnych możemy podpisać tylko z macierzystym oddziałem śląskim, stąd wartość umowy jest mniejsza niż możliwości jakie szpital posiada. Od 2003 roku borykamy się więc z problemem nadwykonań przyjmując pacjentów w ostatnich miesiącach roku powyżej limitów umownych. W zakresie świadczonych przez Śląskie Centrum usług szpital nie ma możliwości ograniczenia przyjęć pacjentów, dlatego powstaje ryzyko wykonywania świadczeń po wyczerpaniu umowy na własny koszt.

Rok 2004 jak na początku zazaczyłam zakończyliśmy dodatnim wynikiem finansowym głównie dlatego że większość świadczeń ponadlimitowych (jednak nie wszystkie) została zapłacona przez NFZ w 2005 roku.

Niepewność co do wielkości rzeczywistego budżetu rocznego który ostatecznie otrzyma szpital powoduje utrudnienie w planowaniu i zmusza do podejmowania decyzji doraźnych, wynikających z bieżącej sytuacji, natomiast utrudnia znacznie podejmowanie decyzji strategicznych pociągających za sobą konsekwencje finansowe w kolejnych latach.

Urszula Gąsior



Dorota Młodzianowska

Działalność SCCS w roku 2004

W roku 2004 odnotowano wzrost liczby przyjętych pacjentów. Ogólna liczba 9010 przyjętych obejmuje 1147 pacjentów przyjętych na leczenie jednodniowe. Porównując liczbę pacjentów leczonych dłużej niż jeden dzień obserwowany jest, wprawdzie niewielki, wzrost z 7676 w roku 2003 do 7863 w roku 2004 tj. o 187 pacjentów.

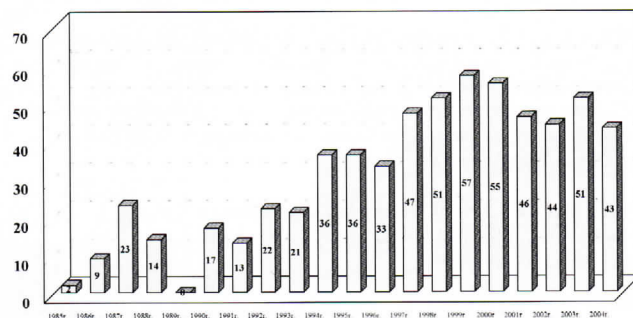
Podobnie zwiększeniu uległa liczba porad udzielonych w Poradniach i w roku 2004 wyniosła 40479 porad. Wzrost liczby porad w roku 2004 stosunku do roku 2001 wynosi 35 %.

W roku 2004 liczba zabiegów w krążeniu pozaustrojowym i kardiologii inwazyjnej wykonanych w SCCS wyniosła 9907 i jest podobna do roku 2003, w którym wykonano ich 9908. Zauważalne są przesunięcia w poszczególnych grupach zabiegów kardiologii inwazyjnej, co związane być może z np.: remontem

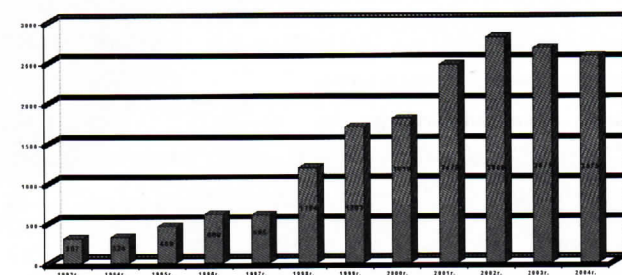
Pracowni Hemodynamiki i z chwilowym wyłączeniem jej z normalnej działalności. Dający się zauważyć stały wzrost liczby wykonywanych zbiegów kardiologii inwazyjnej w latach 1999 – 2002 należy wiązać z korzystnym sposobem kontraktowania procedur przez ówczesne Kasy Chorych oraz mniejszą liczbą działających Pracowni Hemodynamiki.

Dorota Młodzianowska

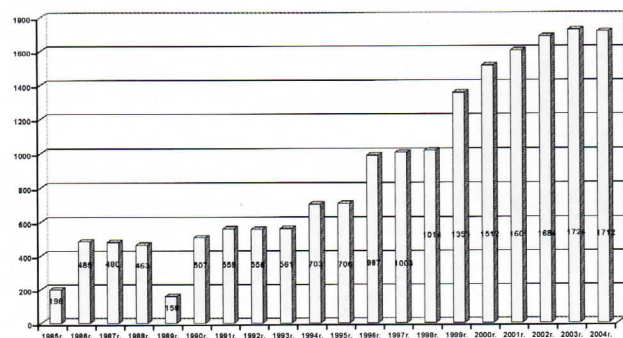
Transplantacje serca wykonane w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze w latach 1985 - 2004



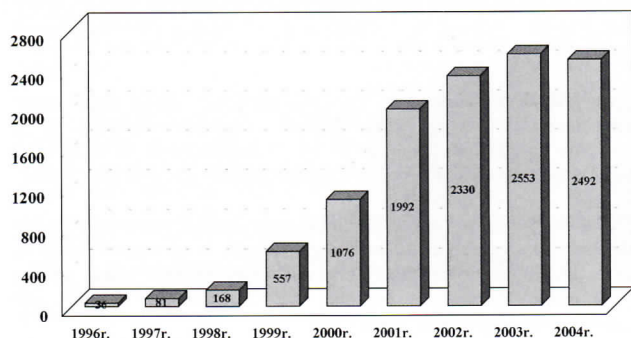
Ilość wykonanej przeszłonej koronaroplastyki w Pracowni Hemodynamiki w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze w latach 1993 - 2004



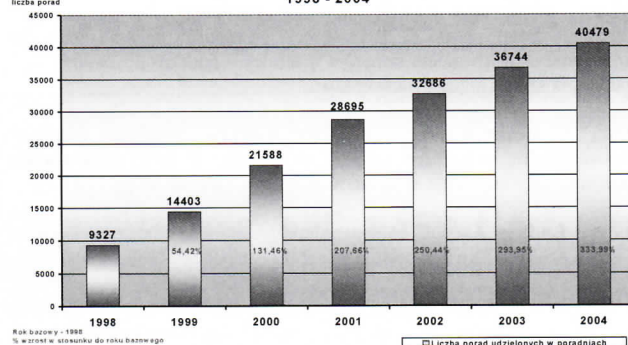
Operacje serca w krążeniu pozaustrojowym wykonane w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze w latach 1985 - 2004



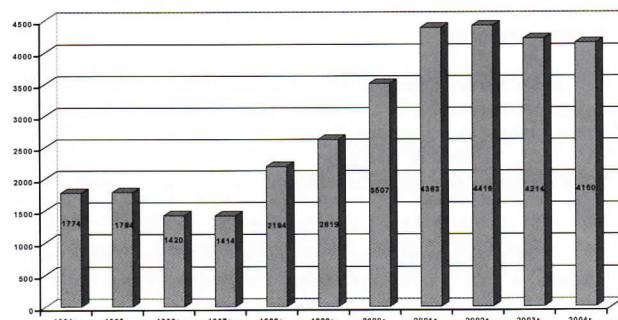
Ilość wykonanych stentów wieńcowych w Pracowni Hemodynamiki Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze w latach 1996 - 2004



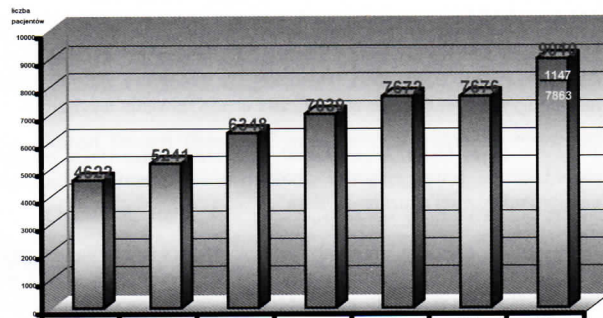
Liczba porad udzielonych w poradniach przyszpitalnych w latach 1998 - 2004



Ilość wykonanych zabiegów koronarografii w Pracowni Hemodynamiki Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze w latach 1994 - 2004

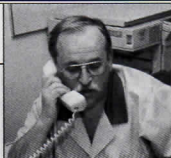


Liczba pacjentów leczonych w SCCS w latach 1998 - 2004



1147 to osoby
jednodniowe

prof. dr hab. Janusz H. Skalski

WAŻNE DATY HISTORYCZNE
W KARDIOLOGII - WIEK XX

1902 - **Sir Thomas Lauder Brunton**, lekarz i farmakolog angielski, wykonuje komisurotomię mitralną na zwierzętach. oznajmia o tym w liście do czasopisma *The Lancet* w liście *A Preliminary Note on the Possibility of Treating Mitral stenosis by Surgical Methods*.

1903 - **Jan Borzymowski** przeprowadza 28 lutego operację zszycia rany serca (w Szpitalu św. Ducha w Warszawie), z pomyślnym przebiegiem.

1903 - **Karel F. Wenckebach**, kardiolog holenderski, ogłasza swoje spostrzeżenia przedwczesnych skurczów serca z następującą kompensacyjną przerwą. Nieco później, w roku 1906, przy użyciu poligrafu zaopatrzonego w pisak atramentowy, rejestruje on okresowe zwolnienia, związane z ujawnianiem się opóźnienia przewodnictwa („periodyka Wenckebacha”).

1903 - **Heinrich Ewald Hering** fizjolog austriacki, przedstawia pierwsze doniesienie na temat migotania przedsionków.

1903 - **Willem Einthoven**, fizjolog holenderski, profesor w Lejdzie, skonstruował pierwszy elektrokardiograf na podstawie galwanometru strunowego. W roku 1924 został laureatem Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii za prace nad elektrokardiografią kliniczną i doświadczalną.

1904 - **Ernst Ferdinand Sauerbruch** asystent **Jana Mikulicz-Radeckiego** we Wrocławiu, skonstruował w jego klinice komorę podciśnieniową do przeprowadzania operacji torakochirurgicznych. W komorze przeprowadzono pierwszą w świecie operację na otwartej klatce piersiowej, polegającą na wycięciu guza śródpierścia, z przeżyciem chorego.

1905 - **Nikołaj Siergiejewicz Korotkow**, rosyjski lekarz, udoskonalił metodę pomiaru ciśnienia proponowanego przez **S. Riva-Rocci**, zastępując badanie tętna na kończynie osłuchiowaniem szmerów w tętnicy – podczas pojawiania się i zanikania szumu przepływającej krwi.

1905 - **Alexis Carrel** i **Charles Guthrie** wykonali pierwszy doświadczalny przeszczep serca u zwierzęcia. W 1912 roku **Carrel** otrzymał nagrodę Nobla za opracowanie szwu naczyniowego.

1906 - **Ludwig Aschoff** anatomopatolog niemiecki oraz jego uczeń z Japonii - **Sunao Tawara** opisują węzeł przedsionkowo-komorowy.

1907 - **Arthur Keith**, anatom szkocki i **Martin W. Flack** (1882-1931) z Anglii donoszą o odkryciu węzła zatokowo-predsionkowo (zatokowego).

1907 - **John Monroe** podwiązywał przewód tętniczy na zwłokach noworodków, że środkowej sternotomii.

1908 - **Leo Buerger** publikuje szczegółowe opracowanie dotyczące zakrzepowo-zarostowego zapalenia naczyń krwionośnych (*thromboangiitis obliterans*). Dostrzegł, że nałogowe palenie tytoniu może odgrywać ważną rolę etiologiczną w powstawaniu tej choroby.

1909 - **William Osler**, lekarz kanadyjski, opisuje przewlekłe zapalenie wsierdzia z towarzyszącymi bolesnymi guzkami podskórnymi, nazwanymi później „guzkami Oslera”.

1909-1910 - **Alexis Carrel** przeprowadza doświadczenia na psach, polegające na wprowadzaniu palca do wnętrza lewego przedsionka serca i poszerzaniu ujścia mitralnego, przecinał ścianę komory serca i zszywał ją. Dokonywał także eksperymentalnego wytwarzania anastomozy (z wolnego odcinka tętnicy szyjnej) łączącej aortę zstępującą z dystalnym

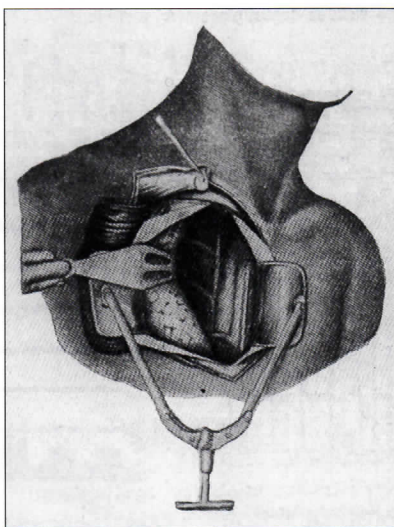
odcinkiem tętnicy wieńcowej.

1910 - **Napoleon Cybulski** w Krakowie ogłasza pracę *Kilka uwag o elektrokardiogramie na podstawie własnych doświadczeń*, jest pierwszym w Polsce naukowcem zajmującym się elektrokardiografią.

1912 - **F. Bleichroeder** wprowadza przezżylnie cewnik do wnętrza serca, jednak umiejscowienie cewnika nie zostaje potwierdzone badaniem rentgenowskim.

1912 - **Marceli Gromski** w Łodzi publikuje swoje spostrzeżenie złożonej sinicznej wady serca u dziecka z *situs inversus* i *levocardia isolata*. Jest to pierwszy tego typu opis w literaturze (wg dzisiejszego nazewnictwa – IDL).

1912 - **Józef Latkowski** w Krakowie podaje pierwszą obserwację elektrokardiogramu w dekstrokardii. Jego zasługą było rozpowszechnienie EKG w klinikach krakowskich. W 1932 opublikował pionierskie prace na temat obrazu EKG w zarostowym zapaleniu osierdzia.



1913-14 - **A.F. Stanley Kent** odkrył dodatkową drogę przewodzenia między przedsionkiem i komorą - „pęczek Kenta”, związany z powstawaniem zespołu WPW. Badania prowadził przez wiele lat na doświadczalnym materiale zwierzęcym (publikacje z lat 1893-1914), zaś na sercu ludzkim w latach 1913-14. Prace Kenta były przyczynkiem do wyjaśnienia preekscytacji i jej związku z tachykardią.

1914 - **Otto Frank** określa podstawową zasadę skurczu mięśnia serca opartą na związku napięcia mięśnia i krzywej kurczliwości, po czym **Ernest H. Starling** (fizjolog angielski) ogłasza serię prac określających zależność efektywności pracy serca od wydłużenia włókien mięśniowych („prawo serca” lub „prawo Franka-Starlinga”).

1916 - **William H. Howell** (fizjolog) i **Jay McLean** (chirurg), uczeni amerykańscy, wyizolowali z wątroby substancję zmniejszającą krzepliwość krwi – heparynę, opracowali także

metodę określania czasu krzepnięcia. Odkrycie heparyny było jednym z kluczowych warunków powstania i rozwoju nowoczesnej kardiologii.

1916 - **René Lutembacher**, francuski kardiolog, opisał wadę serca, polegającą na występowaniu otworu międzyprzedsionkowego i zwężeniu lewego ujścia żylnego (zespół Lutembachera). W 1926 roku zademonstrował film dźwiękowy z odtworzeniem odgłosów pracy serca.

1920 - **Harold E.B. Pardee**, kardiolog amerykański, przedstawił po raz pierwszy obraz zmian elektrokardiograficznych, związanych z zawałem serca. Prezentuje on przykłady chorych, który przeżyli zawał serca i wyzdrowieli. Wcześniej sądzono, że rozpoznanie zawału jest jednoznaczne z wyrokiem śmierci.

1922 - **Romuald Węglowski** doniósł o leczeniu 193 chorych z urazami dużych naczyń krwionośnych, w tym 54 z przeszczepami żylnymi. Były to pierwsze w świecie pomosty żyłne w urazach tętnic. Usuwał też zatory tętnic obwodowych. Jako chirurg wojskowy pracował w Zamościu, a od 1921 r. we Lwowie. Był jednym z pionierów światowej chirurgii naczyniowej.

1923 - **Elliot Cutler** i **Samuel Albert Levine**, amerykańscy chirurdzy, 20 maja przeprowadzają z powodzeniem w bostońskim Brigham Hospital, pierwszą zamkniętą komisurotomię mitralną u 11-letniej dziewczynki, wykonaną zagiętym cienkim nożem poprzez ścianę komory. Dziewczynka, pomimo sukcesu operacyjnego, zmarła 4 lata później.

1923 - **Victor Schmieden** we Frankfurcie n/Menem a **Edward D. Churchill** w USA byli pierwszymi chirurgami, którzy wykonali pericardiektomię w zarostowym zapaleniu osierdzia.

1923 – **Tadeusz Tempka** w Krakowie wykazał, że chlorek wapnia jest swoistym lekiem nasercowym, działającym silnie wzmacniająco na mięsień sercowy.

1923 – **Marian Eiger** w Wilnie publikuje pionierskie w skali światowej prace na temat automatyzmu serca. W latach 1911-14 pracował nad obrazem EKG w różnych stanach chorobowych. Krzywą EKG rozpatrywał jako wyraz sumy algebraicznej prądów czynnościowych serca.

1924 – **Emanuel Libman** i **Bernard P. Sacks**, lekarze amerykańscy, opisują zapalenie wsierdzia przebiegające z zastawkowymi i ściennymi węzłami, wolnymi od bakterii. Chorobę tę nazwano atypowym zapaleniem wsierdzia lub na cześć badaczy „chorobą Libmana-Sacksa”.

1925 – **Henry Sessions Souttar**, chirurg angielski, przeprowadza poszerzenie ujścia mitralnego palcem wprowadzonym poprzez uszko lewego przedsionka u 15-letniej dziewczynki. Operacja zakończyła się pomyślnie.

1927 – **Antonio Moniz**, neurolog z Lizbony, wykonał pierwszy angiogram tętnic szyjnych z użyciem kontrastu donaczyniowego.

1928 – **Andrzej Klisiecki**, ogłasza swoje prace dotyczące przepływów krwi w układzie naczyniowym. Pierwsze jego osiągnięcia naukowe dotyczyły badań nad szybkością przepływu w układzie tętniczym. Liczne późniejsze badania dotyczące fizjologii krążenia, o międzynarodowym znaczeniu, prowadził we Lwowie w okresie międzywojennym. Po wojnie pracował we Wrocławiu.

1929 – **Reynaldo Dos Santos**, chirurg portugalski, w Lizbonie wykonał pierwszy aortogram przez wprowadzenie kontrastu bezpośrednio do aorty. Jego syn – **Joao Sid Dos Santos** (również w Lizbonie) wykonał pierwszą endarterektomię tętnicy udowej w 1946 roku.

1929 – **Werner Forssmann**, fizjolog niemiecki z Eberswaldu, własnoręcznie wprowadza cewnik do swojej żyły łokciowej i przeprowadza go do prawej strony serca. Pozycja cewnika została potwierdzona radiologicznie. Forssmann należy do grona lekarzy - noblistów, zasłużonych dla rozwoju badań nad układem krążenia (nagroda Nobla w 1956 r.). Przez współczesnych uznany był za pomyłkę.

1930 – **Louis Wolff**, **John Parkinson Paul Dudley White**, trzej uczeni amerykańscy, opisują swoje spostrzeżenia: bloku odnogi pęczka Hisa, skrócenia odcinka P-R i napadowej tachykardii - zespół preekscytacji, powszechnie znany jako zespół WPW – zawdzięczający swą nazwę od początkowych liter nazwisk tych kardiologów.

1931 – **Ernst Ferdinand Sauerbruch**, niemiecki chirurg, wykonał pierwszą operację tętniaka serca.

1933 – **E.F. Bland**, **P.D. White** i **J. Garland**, opisują odejście lewej tętnicy wieńcowej od tętnicy płucnej (wcześniej w 1911, podobnej obserwacji dokonał A. Abrikosoff).

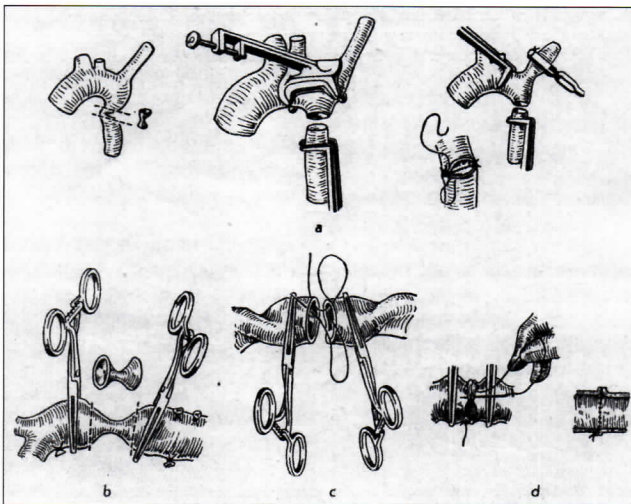
1934 – **Harry Goldblatt**, biochemik angielski, zaobserwował nadciśnienie tętnicze w efekcie eksperymentalnego niedokrwienia nerki.

1935 – **Claude Schaeffer Beck**, chirurg amerykański z Cleveland, zainicjował rewaskularyzację niedokrwionego mięśnia sercowego drogą arterializacji żył. [W roku 1972 **Jan W. Moll** zmodyfikował w Łodzi operację Becka: ponieważ wymuszony chirurgicznie napływ do żył serca „uciekał” do prawego przedsionka, Moll podwiązał zatokę wieńcową, likwidując przetokę.] Również w 1935 roku Beck przeprowadza operację doszycia do serca uszypułowanego płata z

mięśnia piersiowego większego. Powierzchnia serca przed przysyciem płata została obnażona z nasierdzia. Stan chorego po przeprowadzonym zabiegu wyraźnie poprawił się a bóle na pewien czas ustąpiły.

1936 – **B. Kommerell**, lekarz amerykański, wprowadza prostą diagnostykę wad naczyniowych śródpiercia, opartą na badaniu rentgenowskim z barytową esofagografią, co umożliwiło nieinwazyjne i przyżyciowe rozpoznawanie pierścienia naczyniowego oraz ułatwiło określanie przybliżonej wielkości lewego przedsionka serca.

1936 – **Maude E. Abbott**, uczona amerykańska, przedstawia propozycję klasyfikacji wad wrodzonych na podstawie analizy własnej kolekcji 1000 preparatów wrodzonych anomalii serca.



1938 – **Robert Edward Gross** w bostońskim Children's Hospital podwiązuje z powodzeniem przewód tętnicy u 7-letniej dziewczynki, a jako dostęp operacyjny stosuje boczną - lewą torakotomię.

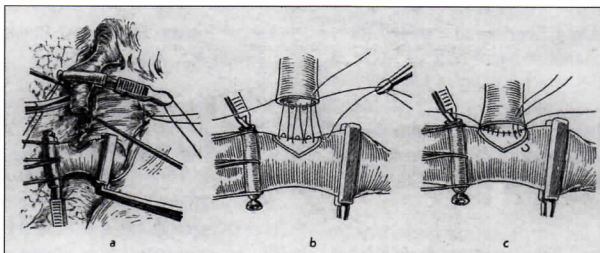
1941 – **Claude S. Beck** z Cleveland, w celu poprawienia ukrwienia powierzchni mięśnia sercowego w chorobie wieńcowej, wprowadza miejscowo drażniące sproszkowane substancje (azbest, talk, proszek karborundowy) mające spowodować zrosty worka osierdziowego z powierzchnią serca i wytworzenie obocznego krążenia.

1944 – **Clarence Crafoord** w Sztokholmie i **Robert Edward Gross** w Bostonie (niezależnie) przeprowadzają resekcję zwężenia cieśni aorty i zespalają

brzegi w miejscu wycięcia koniec do końca.

1944 – **Alfred Blalock**, z inspiracji **Heleny Brook Taussig**, przeprowadza (29 listopada) w Johns Hopkins Hospital w Baltimore, operację paliatywną mającą na celu poprawienie utlenowania krwi w siniczej wadzie serca (zespołe Fallota), u dziecka 15. miesięcznego. Operacja polegająca na połączeniu tętnicy podobojczykowej z tętnicą płucną, kończy się pełnym sukcesem; członkami zespołu leczącego byli ponadto: **Vivien Thomas**, **William Longmire** i **Denton Cooley**.

1946 – **Willis J. Potts** w Chicago wykonał operację paliatywną w tetralogii Fallota, polegającą na bezpośrednim zespoleniu aorty z lewą tętnicą płucną.



1946 – **Wilfred Bigelow** wprowadził w Toronto General Hospital hipotermię ustrojową, jako metodę zapewniającą ochronę narządów podczas operacji.

1947 – **Claude S. Beck**, chirurg amerykański z Cleveland przeprowadza pierwszą skuteczną defibrylację u chirurgicznego pacjenta, polegającą na bezpośredniej aplikacji impulsu elektrycznego przy pomocy elektrod. Użył wówczas określenia: „serce, które jest zbyt

zdrowe na to, aby umrzeć”.

1947 – **Thomas Holmes Sellors** ze szpitala Middlesex w Anglii przeciął stenotyczną zastawkę tętnicy płucnej w zespole Fallota, u 20 letniego chorego. Nóż wprowadzony był przez ścianę stożka prawej komory. Kilka miesięcy później (1948 r.), niezależnie, **Russel Brock** z Guy's Hospital w Londynie, użył w tym samym celu rozszerzacz własnej konstrukcji (dilatator Brocka).

1948 – **Robert Edward Gross** w Bostonie wykonał homogeny przeszczep naczyniowy.

1949 – **Charles A. Hufnagel** z waszyngtońskiego uniwersytetu Georgetown, dokonał bez użycia krążenia pozaustrojowego wszczepienia kulkowej zastawki swojego pomysłu do aorty zstępującej, z pozostawieniem zastawki własnej. W 1952 roku donosił o 23 przeprowadzonych takich operacjach, wśród których 17 miało przebieg pomyślny.

1950 - **Arthur Vineberg** w Montrealu wszczepia pęczek naczyniowy wraz z tętnicą piersiową wewnętrzną bezpośrednio do mięśnia sercowego dla poprawy ukrwienia serca. O pomyślnym wyniku leczenia tym sposobem doniósł w 1951 roku. W 1964 roku procedurę tę uzupełnił dodatkowo nasyceniem na serce sieci większej przebiegniętej przez przeponę (omentopexia).

1952 - **John Lewis**, chirurg amerykański z Northwestern University przeprowadza w dniu 2 września operację zszycia ubytku międzyprzedsionkowego u pięcioletniej dziewczynki, stosując obniżenie temperatury ciała dziecka do 26°C.

1953 - **John H. Gibbon** i **Clarence Lillihei** w Jefferson Medical College w Filadelfii przeprowadzają 6 maja pierwszą udaną operację z zastosowaniem sztucznej aparatury podtrzymującej krążenie u 18 letniej pacjentki. Przedmiotem operacji było również zszycie ubytku międzyprzedsionkowego.

1953 - **G. Murray**, kardiochirurg kanadyjski z Toronto, przeprowadził eksperymentalną rewaskularyzację wieńcową z użyciem tętnicy piersiowej wewnętrznej. O wynikach swych prac doniósł w 1954 roku.

1953 - **Leon Manteuffel** i **Jan W. Moll** przeprowadzają pierwszą w Polsce komisurotomię mitralną.

1954 - **Clarence Crafoord** i **Lke Senning** w Sztokholmie zastosowali swojego pomysłu aparat do krążenia pozaustrojowego firmy AGA.

1954 - **Leon Manteuffel** i **Jan Kossakowski** przeprowadzają w Warszawie, po raz pierwszy w Polsce, podwiązanie drożnego przewodu tętniczego.

1954/55 - **C. Walton Lillehei** i **Richard L. Varco** w Minneapolis wprowadzają metodę tzw. „skrzyżowanego krążenia” (*cross circulation*), polegającą na podłączeniu krwioobiegu dziecka do systemu krążenia któregoś z rodziców. Metodę zastosowano u 45 pacjentów: z ubytkami międzykomorowymi, zespołem Fallota i całkowitym wspólnym kanałem przedsionkowo-komorowym.

1955 - **William Kouwenhoven**, amerykański inżynier, skonstruował i zastosował w celach reanimacyjnych elektryczny defibrylator sercowy.

1956 - **Charles P. Bailey** przeprowadza w Hahnemann Hospital w Filadelfii, pomyślną endarterektomię tętnicy wieńcowej bez krążenia pozaustrojowego.

1956 - **Werner Forssmann**, fizjolog niemiecki z Eberswaldu i amerykański lekarze **Andre Courmand** i **Dickinson W. Richards** otrzymali nagrodę Nobla za prace nad cewnikowaniem serca.

1956 - **Tomasz Cieszyński**, lekarz z Wrocławia, ogłasza swoje badania nad wykorzystaniem echosondy ultradźwiękowej do badania struktur serca. Jego oryginalny pomysł zostaje opatentowany w Polsce 19 października (jest to pierwsze w świecie zgłoszenie takiego patentu).

1957 - **D.B. Effler** w raz z zespołem z Cleveland (Ohio) wprowadza do praktyki chirurgicznej cytrynian potasu (podawany wewnątrzsercowo) w celu zatrzymania czynności serca.

1958 - **Wiktor Bross** przeprowadza pierwszą w Polsce operację na otwartym sercu - w hipotermii powierzchownej - było to zszycie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej serca.

1960 - **Albert Starr** z Portland, Oregon, wszczepił człowiekowi sztuczną zastawkę serca. Konstrukтором zastawki był **M. Lowell Edwards**.

1960 - uczeni amerykańscy: **Paul M. Zoll** - kardiolog, **William Chardack** - torakochirurg i **Wilson Greatbatch** - elektronik, skonstruowali i po raz pierwszy zastosowali kardiostymulator.

1962 - **David Sabiston** używa po raz pierwszy żyły pacjenta do wykonania pomostu wieńcowego. Jego pacjent umiera 3 dni później. Operacja taka kończy się sukcesem dopiero dwa lata później, a jej autorem jest **Michael E. De Bakey**

z Baylor University w Huston, Texas.

1963 - **Michael E. De Bakey**, chirurg amerykański wszczepił pacjentowi po raz pierwszy w świecie sztuczne urządzenie wspomagające pracę serca. Pacjent zmarł po 4 dniach.

1963 - **Dwight Harken** z Brigham Hospital w Bostonie, wszczepia sztuczną zastawkę aortalną w pozycji anatomicznej (poniżej ujść wieńcowych).

1966 - **William J. Rashkind** w Filadelfii przeprowadza zabieg przerwania balonem przegrody międzyprzedsionkowej (*atrioseptostomi*), w ramach paliatywnego leczenia dziecka z całkowitym przełożeniem wielkich pni naczyniowych.

1967 - **Vasilij Kolesov** w Leningradzie dokonuje po raz pierwszy pomyślnego wszczepienia tętnicy piersiowej wewnętrznej jako bezpośredniego pomostu wieńcowego do gałęzi okalającej (bez krążenia pozaustrojowego). W następnym roku operację taką przeprowadza **Charles P. Bailey** w Stanach Zjednoczonych.

1967 - **D.B. Effler** i **Rene G. Favaloro** - wykonują po raz pierwszy pomost aortalno-wieńcowy z zastosowaniem wstawki żyłnej w celu leczenia operacyjnego choroby wieńcowej.

1967 - **Christian Barnard** dokonał w szpitalu Groote Schuur w Republice Południowej Afryki pierwszego przeszczepienia serca (3 grudnia). Pacjent, 53. letni Louis Washkansky umiera po 18. tu dniach. W kilka dni po operacji Ch. Barnarda, **Adrian Kantrowitz** w Nowym Jorku dokonuje pierwszej transplantacji serca u dziecka.



1969 - **Denton Cooley** z Huston wykonał pierwszą operację wszczepienia czasowego sztucznego serca 37.letniemu pacjentowi, któremu po 65 godzinach wszczepiono serce ludzkie. Pacjent zmarł 36 godzin po drugiej operacji.

1969 - **Jan W. Moll** w Łodzi przeprowadza pierwszą transplantację serca w Polsce (4 stycznia), jednak bez powodzenia.

1977 - **Christian Barnard** przeszczepił serce pawiana pacjentowi, który zmarł po kilku godzinach, a następnie innemu pacjentowi serce szympansa - ten zmarł po 3 dniach.

1977 - **Andreas Gruentzig**, szwajcarski lekarz z Zurychu wykonał pierwszą przeszkożną wewnątrznaczyniową koronaroplastykę.

1980 - **Hector Trabucco** z Buenos Aires wszczepił sztuczne serce i utrzymał pacjenta przy życiu 15 godzin.

1982 - **Barney Clark** był pierwszym pacjentem, któremu na stałe wszczepiono sztuczne serce. Zabieg wykonał zespół kardiochirurgów z kliniki uniwersyteckiej w stanie Utah. Pacjent żył 3,5 miesiąca (2.12.1982-23.03.1983).

1985 - **Zbigniew Religa** przeprowadza w Zabrze pierwszą udaną operację przeszczepienia serca w Polsce (5 listopada). Pacjent przeżył 6 dni. Wkrótce potem przeprowadzono szereg pomyślnie zakończonych przeszczepów z wieloletnim przeżyciem. Kilku z nich żyje do dnia dzisiejszego.

1998 - zespół pod kierunkiem prof. **Z. Religi** (R. Przybylski, M. Zembala, Z. Religa) przeszczepia serce u najmłodszego w Polsce dziecka (w wieku 2,5 lat). Kolejnym najmłodszym dzieckiem, u którego przeszczepiono serce (w 1999 r.) jest dziewczynka w wieku 21 miesięcy.

1990 - **Zbigniew Religa** przeszczepia z powodzeniem sztuczne serce, które umożliwia przeżycie chorego i przygotowanie do transplantacji (jako „pomost” do przeszczepu).

2002 - **Marian Zembala** wraz z zespołem przeprowadza w Zabrze udany przeszczep serca i płuc oraz równoczesny przeszczep serca i nerki (obaj chorzy żyją do dziś), a w 2003 roku przeszczep płuc (chory też żyje do dziś).

Janusz H Skalski

Zadecydował przypadek.....

Wywiad z doktorem Janem Przybylskim

Rozmawiał Tadeusz Bujak

Panie doktorze! Jest Pan jednym z najstarszych stażem pracowników Śląskiego Centrum. Czy może nam Pan opowiedzieć jak wyglądały początki Ośrodka?

Główną przyczyną podjęcia pracy w WOK-u był fakt, że bardzo blisko mieszkam.. Wcześniej dojeżdżałem do Katowic gdzie pracowałem na kardiologii na Warszawskiej a od 1 kwietnia przeniosłem się tutaj. Nie było jeszcze pacjentów, nie było łóżek- tylko puste ściany.. Przede mną była już pani Małgosia Straż, potem doszedł jeszcze jeden lekarz – dr Michałowski a po nim inżynier Piguła, który zajmował się laboratorium. Siedzieliśmy w pustych pokojach i planowaliśmy – co w którym pomieszczeniu będzie, na jaki sprzęt trzeba złożyć zapotrzebowanie.

W maju zaczął dojeżdżać z Profesor Religa – wraz ze swoim zespołem. Bardzo nas to cieszyło, bo nie znaliśmy się na kardiologii, a trzeba było planować zakupy sprzętu i narzędzi chirurgicznych. Musieliśmy przewidywać jaką powierzchnię zajmą aparaty, a także jaki będzie pobór mocy, czy też jakie w poszczególnych pokojach będzie obciążenie energetyczne.

W tamtych czasach nie było to proste – nie mieliśmy katalogów, czy tak jak dzisiaj, informacji dostępnych w internecie. Dane techniczne i ceny zbieraliśmy na targach w Poznaniu – przedstawiciele firm traktowali nas najpierw lekceważąco, ale kiedy zaczęły się zakupy zmienili swój stosunek.

Zależało nam na tym, żeby zdobyć jak najlepszy sprzęt, a właściwą jakość gwarantowały wtedy tylko firmy zachodnie. Przy zakupach stosowało się przeliczniki złotych na złote dewizowe co pozwalało na takie manewrowanie wartościami, że władzom przedstawiano koszty, z których wynikało, że aparaty amerykańskie są niewiele droższe od polskich. Zaopatrzenie kardiologii nadzorował profesor Religa, natomiast kardiologię prowadził profesor Pasyk. Obydwaj byli zwolennikami zakupów w renomowanych firmach zachodnich.

Czy oznacza to, że tamtych latach wyposażenie śląskiego Centrum różniło się innych szpitali?

O tak. Później inne ośrodki wzorowały się na nas i korzystały z załączników doświadczeń. Dodatkowo musieliśmy omijać sankcje reganowskie. Część aparatury dostarczano nam przez Szwecję – a to oznacza, że zdobywaliśmy najnowsze rozwiązania techniczne – bo tylko takie były objęte sankcjami.

Kiedy rozpoczęto wykonywać badania UKG?

Rok po uruchomieniu ośrodka otrzymaliśmy aparat Hewlett-Packard'a. Sprzęt przyszedł w czwartek, a decyzja dyrektora, profesora Pasyka była krótka – od poniedziałku badania muszą już być wykonywane. Siedzieliśmy nad instrukcjami i uczyliśmy się – nie było żadnych szkoleń, nie było podręczników. W Polsce nie było tak nowoczesnych aparatów. Uczyliśmy się „z marszu”. Wcześniejsze doświadczenia miał dr Frycz, który wykonywał badania aparatem, jaki posiadała stara klinika. Ale był to aparat starej generacji.

Czy brak doświadczenia dawał o sobie znać w czasie badań?

Szczególnie w przypadku transplantologii. Pamiętam jak z doktorem Fryczem badaliśmy pacjenta i stwierdziliśmy skrzeplinę w przedsionku. Zawołaliśmy chirurga, doktora Wołczyka i od niego dowiedzieliśmy się, że serce jest przyszyte do sta-



rych przedsionków a więc to co braliśmy za skrzeplinę było po prostu szwem.

Czy w czasie studiów pana doktora wspomniano o możliwości transplantacji serca?

Nie, o takich zabiegach w ogóle nie było mowy. W dodatku kiedy kończyłem akademię, dominowała diagnostyka radiologiczna. Ultrasonografii nie było – ona się pokazała w międzyczasie, ale najpierw były to obrazy złej jakości, sprawiające poważne trudności interpretacyjne. Początkowo była to projekcja jednowymiarowa, naświetlało się zdjęcia, wywoływało w ciemni – część wychodziła, część nie.

Co uzyskujemy dzięki badaniu UKG?

Daje bardzo dużo informacji – widzimy grubość ścian, czy jest przerost mięśnia, kurczliwość regionalną, można wnioskować o niedokrwieniu, można mierzyć prędkości przepływów, oceniamy zastawki – możemy kardiologom przekazać czy zastawki nadają się do plastyki, czy też do wymiany. Nowością jest echo śródoperacyjne – w naszym ośrodku stosuje się je na co dzień, kiedy ocenia się pracę mięśnia bezpośrednio po zabiegu.

Czy w razie stwierdzenia nieprawidłowości można poprawić zabieg?

Po to się to robi.

Czy aparat do badania serca bardzo się różni od typowych USG?

Przede wszystkim inne są specjalistyczne głowice.. Szczególnym przypadkiem są badania przezprzełykowe, kiedy ma się blisko serce i wszystkie struktury są bardzo wyraźnie widoczne.

Ale sam aparat technicznie też się różni, bo ma specjalistyczne programy –jak np. do badania przepływów, czy też do badań naczyń, zwłaszcza z programami Dopplerowskimi.

Przez Pana ręce przeszli i nadal przechodzą niemal wszyscy pacjenci po transplantacji. Czy Pan się specjalizował, czy był to świadomy wybór?

Nie – to kwestia współpracy dwóch lekarzy – Prowadzący pacjentów po przeszczepach dr Zakliczyński zna mój sposób badania i interpretacji a w razie wątpliwości potrafimy wspólnie przeanalizować wyniki. Ale o tym, że zająłem się tą grupą pacjentów zadecydował przypadek.

Mały, ważny oddział



Mgr Bożena Krymska

Na parterze, blisko głównego wejścia i vis-a-vis Izby Przyjęć, a ściślej Sekcji Ruchu Chorych, mieści się Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej – O (czyt. obserwacyjny). Jest mały, niepozorny, czterołożkowy, jeszcze przed remontem. Ale w zależności od potrzeby staje się izbą przyjęć, ambulatorium kardiologicznym, pokojem konsultacyjnym, punktem pierwszej pomocy czy wreszcie oddziałem intensywnego nadzoru.

Taka mnogość zadań jest konsekwencją różnorodności pacjentów otaczanych opieką. Są to pacjenci o szerokiej gamie diagnoz kardiologicznych, a w szczególności:

- * w stanach zagrożenia życia z rozpoznaniem zawału mięśnia sercowego i niestabilnej choroby wieńcowej, wymagający leczenia inwazyjnego,
- * z zaburzeniami rytmu i przewodnictwa, kwalifikowani do założenia elektrody endokawitarnej lub wszczepienia rozrusznika serca,



Barbara Masek

- * z zaburzeniami rytmu kwalifikowani do umiarowania,
 - * do diagnostyki w kierunku ostrego zespołu wieńcowego,
 - * pacjenci przywożeni na noszach do konsultacji.
- Tu również udzielane są wszelkie porady w sytuacjach nagłych ludziom zgłaszającym się prosto z ulicy.

Średnio z opieki na Oddziale Obserwacyjnym korzysta około 200 osób miesięcznie. Jest to możliwe dzięki zespołowi dwunastu pielęgniarek i sześciu osób personelu pomocniczego. Personel pielęgniarski oddziału jest wykwalifikowany, odpowiedzialny, cechuje go samodzielność i szybkie podejmowanie trafnych decyzji.

Pielęgniarki zawsze uważały, że oddział ten powinien być

wizytówką Śląskiego Centrum, a zasadniczym dowodem, że tak jest, nie jest wygląd oddziału, sprzęt czy aparatura, choć niewątpliwie jest to bardzo ważne, ale atmosfera życzliwości, z jaką spotyka się pacjent zaraz po przekroczeniu progu szpitala. Właśnie na to ma bezpośredni wpływ pielęgniarka. Sposób przyjęcia w oddział i panujący w nim klimat ma decydujący wpływ na opinię chorego o szpitalu. Dlatego jedną z mocniejszych stron tego personelu pielęgniarskiego jest stosunek do pacjenta. Pielęgniarki Oddziału Obserwacyjnego zawsze dochodzą do pacjentów z dużą wyrozumiałością i cierpliwością. Starają się, żeby chorzy zawsze miło wspominali pobyt na tym oddziale, pomimo zdecydowanie gorszych warunków hotelowych.

Pielęgniarki tego oddziału kochają swoją pracę i wykonują ją z pasją, czego dowodem są nadsyłane opinie pacjentów tu hospitalizowanych bądź ich rodzin.

Pytałam pielęgniarki o to, co najbardziej im przeszkadza w pracy. Prawie jednogłośnie wskazały na ciasnotę, brak prze-



Od lewej—Anna Larysz, dr Jacek Kowalczyk, Iwona Pach

strzeni i miejsca socjalnego, gdzie mogłyby spokojnie zjeść śniadanie. Żadna z nich nie narzekała na rodzaj pracy.

Kluczem sukcesu pielęgniarek Oddziału Obserwacyjnego jest niewątpliwie satysfakcja pacjenta, którą osiągają profesjonalną opieką i miłą atmosferą, przyczyniając się w ten sposób do realizacji polityki jakości Śląskiego Centrum Chorób Serca.

B.K.



Pielęgniarki – Anna Larysz i Iwona Pach

Jest to mój świadomy wybór...

Wywiad z dr. Marcinem Świeradem

Rozmawiała Iwona Trzcińska

Od ilu lat pracuje Pan w ŚCCS?

W ŚCCS pracuję od roku 1996 od dnia skończenia studiów medycznych łącznie ze stażem, który odbywałem w tutejszym ośrodku. Obecnie jestem pracownikiem I Oddziału Klinicznego Kardiologii i Angiologii pod kierownictwem dr hab. n. med. Zbigniewa Kalarusa.

Czy praca na hemodynamice to świadomy wybór czy przypadek?

Praca w pracowni hemodynamiki jest to mój świadomy wybór gdyż właściwie tylko to najbardziej interesowało mnie w kardiologii. Wykonywanie różnych zabiegów a hemodynamika daje mi możliwość obserwowania w bardzo krótkim czasie ich efektów.

Wiem że lubi pan wszystkie nowości badań hemodynamicznych i wprowadza je Pan wprowadzać w życie np.: angioplastykę tętnic szyjnych itp.

Rzeczywiście, z wielką przyjemnością, po wielu latach szkoleń w zakresie podstawowym czyli koronarografii, angioplastyki znalazłem taką możliwość i razem z kolegą dr Jackiem Piegzą postanowiliśmy wyszkolić się w diagnostyce i leczeniu nie tylko chorób tętnic wieńcowych ale również tętnic obwodowych. Początkowo w 2001r. wprowadziliśmy angioplastykę kończyn dolnych i górnych a następnie angioplastykę w obrębie tętnic dogłowych : kręgowych, szyjnych. Na chwilę obecną ŚCCS jest w stanie zdiagnozować a następnie wykonać zabiegi, oczywiście przy określonych wskazaniach, właściwie w obrębie wszystkich naczyń wewnątrz organizmu człowieka.

Panie doktorze często słyszę pytanie o możliwość wykonania koronarografii z tętnicy promieniowej ręki, proszę czytelnikom wyjaśnić dlaczego tak mały odsetek koronarografii jest wykonywany w ten sposób?

Jest to nowa metoda wprowadzona do naszego ośrodka. Metoda ta może być zastosowana w określonych przypadkach. Jej zaletą jest brak konieczności unieruchomienia chorego. W najbliższej przyszłości będzie ona stosowana prawdopodobniej coraz częściej.

Współpracując z Panem zaobserwowałam że wykonuje Pan najwięcej zabiegów hemodynamicznych u pacjentów po OHT - biopsji mięśnia sercowego, koronarografii i plastyki tętnic wieńcowych. Czy zainteresował się Pan tym dlatego że są to badania trudniejsze czy łatwiejsze?

Myszę że jest to dla mnie kolejne wielkie wyzwanie. Jeszcze nie będąc lekarzem tylko studentem, z wielkim podziwem obserwowałem przeszczepy serca, nie sądziłem wtedy że będę tu pracował ale tak się losy szczęśliwie potoczyły. Ta grupa chorych, szczególnie trudnych chorych, bardzo mnie zawsze interesowała i z wielką przyjemnością jeśli tylko mogę to wykonuję u nich wszystkie te zabiegi, nie tylko zabiegi diagnostyczne ale i lecznicze. Jest to na pewno bardzo trudna grupa chorych której trzeba poświęcić więcej czasu i może przez to, też jest dla mnie wyzwaniem. Cieszy mnie to że dokładam niewielką cegiełkę w pomocy, diagnostyce i leczeniu tej grupy chorych.

Czy wie Pan jakie pytanie zadaje mi pacjent po przeszczepie serca który zgłosił się na kontrolną biopsję lub koronarografię?

Nie mam pojęcia



Czy jest dr Świerad i czy będzie wykonywał u mnie to badanie.

Bardzo mi miło ale trzeba jasno powiedzieć, że przecież po tylu latach bardzo wielu lekarzy, doskonałych lekarzy wykonuje te zabiegi też perfekcyjnie. Fizyczną niemożliwością byłoby abym ja te wszystkie zbiegi wykonał. Na pewno z wielu pacjentami łączą nas nie tylko więzy czysto medyczne, ponieważ znamy się wiele lat niejednokrotnie jeszcze z przed zabiegu OHT, gdyż wielu chorych prowadziłem na kardiologii i kwalifikowałem razem z kolegami kardiochirurgami do przeszczepu serca. Na dzień dzisiejszy jest miło obserwować jak po latach oni wszyscy w dobrym zdrowiu przychodzą do nas na kontrolne badania.

Zgadzam się z Panem, ale pacjenci po OHT są bardzo specyficzną grupą chorych, którzy są związani z nami do końca życia, przeszli już wiele badań, niejednokrotnie są nimi zmęczeni. Ważne jest więc dla nich aby zrobić to ktoś bezboleśnie i szybko. Na co dzień spotykam się z prośbami pacjentów, aby Panu podziękować za profesjonalne i bezbolesne przeprowadzanie zabiegów. Składam na Pana ręce ich serdeczne podziękowania.

Bardzo mi miło i nie przyjemniejszego nie mogłem usłyszeć jak taką właśnie opinie z ust pacjentów. Dziękuję bardzo, również dziękuję tym pacjentom, którzy zawsze są też cierpliwi i znoszą te wszystkie niewygodę i stres w trakcie zabiegu. Myszę że to współdziałanie nas – pacjenta z lekarzem, całym personelem jest najważniejsze. Przebieg zabiegu jest łatwiejszy i mniej bolesny, gdy chorzy podchodzą do tego spokojnie, z zaufaniem do lekarza.

Dziękuję za rozmowę

Dziękuję bardzo

rozmawiała Iwona Trzcińska

Prof. dr hab. n. med. Jacek Białkowski

Postępy kardiologii interwencyjnej w leczeniu wad układu krążenia

Interwencyjne zabiegi kardiologiczne wykonywane u pacjentów z wrodzonymi wadami serca, najczęściej dzieci, mogą być ostatecznym leczeniem bądź leczeniem zabiegowym. W przeciągu ostatnich lat dokonał się istotny przełom w nieoperacyjnym leczeniu tych wad. Związane to jest niewątpliwie z postępem technologicznym, ale również diagnostycznym i logistycznym. Kardiologowie interwencyjni zajmujący się problematyką wrodzonych wad serca byli prekursorami tak szeroko stosowanych dziś zabiegów inwazyjnych u dorosłych z chorobą wieńcową. Pierwszy zabieg terapeutyczny cewnikowania serca został opublikowany przez Rubio-Alvareza i wsp. w 1953 roku i dotyczył on walwulotomii zwężonej zastawki tętnicy płucnej za pomocą zagiętego cewnika i przewodnika. Dwa lata później, a więc w roku 1955 ten sam zespół z Narodowego Instytutu Kardiologii w Meksyku opisał pierwszą próbę przecewnikowej komisurotomii zastawki trójdzielnej. Zabiegi te jednak nie zdobyły powszechnej akceptacji jako metoda leczenia.

Kolejnym milowym krokiem było wprowadzenie do praktyki klinicznej przez Williama Rashkinda w roku 1966 balonowej atrioseptomii (BAS). Zabieg ten polega na mechanicznym rozerwaniu przegrody międzyprzedsionkowej w miejscu zastawki otworu owalnego przez cewnik zaopatrzony w balonik. BAS stosowana jest do dnia dzisiejszego. Jest często zabiegiem ratującym życie noworodków z przełożeniem wielkich pni tętniczych oraz z innymi wadami serca, w których konieczna jest swobodna komunikacja międzyprzedsionkowa (tzw. wady „owalozależne”). Warto tu przypomnieć, że pierwsze doniesienie Gruentzig'a dotyczące zastosowania balonowej koronaroplastyki miało miejsce w roku 1975.

U pacjentów, u których nie jest możliwe efektywne przeprowadzenie zabiegu Rashkinda (np. z powodu grubszej przegrody międzyprzedsionkowej), zabieg atrioseptomii można wykonać przy użyciu cewnika zaopatrzonych w ostrze (tzw. cewnik Parka). Statyczne poszerzenie (umieszczenie cewników balonowych o dużej średnicy w przegrodzie międzyprzedsionkowej) może być uzupełnieniem przecięcia przegrody metodą Parka, może też być samodzielnym zabiegiem. BAS znajduje również zastosowanie w przypadkach z nasiloną, skrajną postacią pierwotnego nadciśnienia płucnego, kiedy dominują objawy niewydolności krążenia, znacznej niedomykalności zastawki trójdzielnej i rozstrzeni jam prawego serca. Wytworzenie wtedy prawo-lewej komunikacji międzyprzedsionkowej pozwala odbarczyć przeciążenie prawej komory i prawego przedsionka.

Oprócz omówionej pokrótce na wstępie atrioseptomii, współczesne techniki kardiologii interwencyjnej stosowane w leczeniu wrodzonych wad serca obejmują następujące grupy zabiegów:

1. Poszerzanie cewnikami balonowymi zwężonych zastawek i naczyń.
2. Implantacja stentów do dużych naczyń
3. Zamykanie nieprawidłowych połączeń w układzie krążenia.
4. Usuwanie ciał obcych z układu krążenia.

Poszerzanie cewnikami balonowymi zwężonych zastawek i naczyń.

Zabiegi poszerzania cewnikami balonowymi obejmują w skrócie: walwuloplastykę płucną, aortalną, angioplastykę koarktacji aorty oraz innych naczyń.

Pierwsze doświadczenia dotyczące przezskórnej walwuloplastyki płucnej zostały opublikowane na początku lat osiemdziesiątych przez Kana. W Polsce zabiegi te po raz pierwszy zastosował prof. Rużyłło. Wykonywane w izolowanym zastawkowym zwężeniu pnia płucnego są leczeniem z wyboru. Problem stanowią chorzy z dysplastyczną zastawką płucną, u których wyniki walwuloplastyki płucnej nie są w pełni zadowalające. W przypadkach pacjentów z umiarkowaną dużą średnicą pierścienia płucnego wystarczającą jest technika z zastosowaniem jednego balonu, w przypadkach z dużym pierścieniem (pacjenci dorośli), konieczne staje się zastosowanie techniki dwubalonowej (znacznie trudniejszej). Do trudnych zabiegów zaliczyć należy również przypadki krytycznego zwężenia zastawki tętnicy płucnej u noworodków. Jest to ścinca przewodozależna wada serca, a szczególnie problem stanowi tu zwykle mała, przerośnięta prawa komora o obniżonej podatności.

Balonowa walwuloplastyka aortalna (BWA) została po raz pierwszy opisana przez Labadiego w roku 1984 i w niedługim czasie później zastosowana w po raz pierwszy w Instytucie Kardiologii w Warszawie (W. Rużyłło). Jest metodą leczenia kontrowersyjną, zarzuconą u dorosłych z zastawkowym zwężeniem zastawki aortalnej, choć znajduje zastosowanie u osób w podeszłym wieku z objawami skrajnej niewydolności krążenia, u których istnieją przeciwwskazania do operacji wymiany zastawki z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. W odniesieniu do krytycznego zwężenia zastawki aortalnej u noworodków generalnie panuje powszechna zgoda, iż jest to metoda leczenia z wyboru, bowiem wyniki zabiegów chirurgicznych są w tych przypadkach nie najlepsze. W odniesieniu do



Profesor Białkowski (w środku) wraz ze swoim zespołem lekarskim

dzieci starszych BWA stosuje się alternatywnie do leczenia chirurgicznego. Wyniki badań własnych (dotyczące już ponad 100 osobowej grupy chorych) oraz innych autorów wskazują, że obniżenie gradientu skurczowego uzyskuje się tu u 85% pacjentów, a konieczność reinterwencji z powodu nawrotu zwężenia i/lub niedomykalności zastawki aortalnej pojawia się u 20% przypadków. Niedomykalność aortalna, która stanowiła bardzo istotny problem we wcześniej wykonywanych zabiegach, po zmianach w jego technice występuje u ok. 15% dzieci.

Angioplastyka balonowa (APB) zwężenia cieśni aorty została opisana po raz pierwszy przez Singera w roku 1981. W Polsce po raz pierwszy została zastosowana przez nestora kardiologii interwencyjnej prof. Rużyłło. W roku 1990 opublikowano wyniki badań wieloośrodkowych (VACA Registry) dotyczące zastosowania tej techniki w przypadkach wrodzonej, nieleczonej uprzednio koarktacji (natywnej CoA) oraz pacjentów z pooperacyjnym zwężeniem cieśni aorty (reCoA). Wnioski z obu opracowań wykazywały efektywność i bezpieczeństwo metody, ale większą możliwość wystąpienia tętniaków aorty po zabiegach APB w obu grupach. Potwierdzają to również wyniki badań własnych uzyskane u 93 pacjentów ze zwężeniem cieśni aorty leczonych interwencyjnie (45 z natywną CoA i 48 z reCoA). Najlepsze wyniki w przypadkach natywnej CoA dotyczą ograniczonej, pierścieniowatej CoA bez hipoplazji łuku aorty. Ograniczenia APB dotyczą występowania koarktacji o wybitnie sztywnej strukturze (tzw. zmiany niepodatnej), lub przeciwnie elastycznej (powodującej powstanie zjawiska "elastic recoil"). Przeciwwskazaniem do wykonania tego zabiegu stanowią zmiany o charakterze tubularnym. W przypadkach balonowej angioplastyki koarktacji aorty należy się też liczyć z powstaniem późniejszej restenozy. Udokumentowano, że proces ten jest zależny od wieku. Wykazano, że u noworodków i niemowląt do 7 miesiąca życia odsetek nawrotu zwężenia i konieczność ponownej reinterwencji dotyczy 50-70% przypadków, stąd w tej grupie wiekowej nadal preferowana jest metoda chirurgiczna leczenia tej wady. Częstość występowania tętniaków aorty (małych, bez progresji w follow-up) występowała u badaniach własnych u 10% pacjentów z CoA natywną oraz 7,5% z reCoA.

APB innych naczyń dotyczy przede wszystkim angioplastyki tętnic płucnych, żył systemowych (np. po operacji Mustarda), zwężonych zespołów chirurgicznych itp. W przypadkach dotyczących wrodzonych zwężeń tętnicy płucnej efektywność zabiegu jest niska i sięga zaledwie 35%. Lepsze wyniki uzyskuje się przy zastosowaniu APB w przypadkach pooperacyjnych zwężeń tętnicy płucnej (powstałych np. po zespoleniu Blalock - Taussig). Inne zastosowanie APB dotyczą poszerzania zwężeń tętnic nerkowych i innych naczyń np. żył głównych (te ostatnie najczęściej to zwężenia jatrogenne po poprzednich cewnikowaniach serca). W przypadkach nieefektywnej APB należy rozważyć zastosowanie stentów.

Implantacja stentów do dużych naczyń.

Poszerzanie zwężeń naczyniowych za pomocą stentów zostało opisane po raz pierwszy u dzieci na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych i stanowi jeden z trudniejszych zabiegów w katalogu kardiologii interwencyjnej stosowanej we wrodzonych wadach serca. Zabiegi te zostały uznane za szczególnie przydatne w przypadkach, w których leczenie operacyjne jest trudne, lub wiąże się z dużym ryzykiem. W praktyce klinicznej stosuje się szereg różnych stentów jak typu Palmaz, Cheetam, czy też ostatnio wprowadzony stenty pokryte (tzw. covered stent). Ich mnogość świadczy o braku idealnej protezy. Przeważnie stosowane są stenty umieszczone na cewnikach balonowych. Ostatnio

wprowadzono cewniki balonowe typu „balon w balonie” (tzw cewniki BIB), które istotnie zwiększyły bezpieczeństwo zabiegu, umożliwiając lepszą kontrolę położenia stentu.

Zabiegi te stosuje się w obwodowych zwężeniach tętnicy płucnej (wrodzonych) czy też pooperacyjnych. Inne ważne zastosowanie stentów to przypadki natywnej koarktacji aorty u osób starszych z niepodatnym zwężeniem. Są one również bardzo przydatne w leczeniu rekoarktacji aorty zwłaszcza u dzieci starszych i dorosłych. Implantacja stentów do aorty w leczeniu jej wybranych zwężeń stała się pełnoprawną metodą leczenia. Wskazują na to również polskie wieloośrodkowe badania przeprowadzone w Warszawie, Gdańsku i Zabrzu prezentowane ostatnio na kilku europejskich zjazdach kardiologicznych.

W indywidualnych przypadkach (jak wskazuje na to również własne doświadczenia) stenty implantuje się w celu poszerzenia pooperacyjnych zwężeń kanału żylnego po fizjologicznej korekcie przełożenia wielkich naczyń. Stenty znalazły również zastosowanie w poszerzaniu zwężonych zespołów typu Blalocka Taussig, ale również w poszerzaniu zwężeń aorty piersiowo-brzuszej (mid aortic syndrom), kolateralii aortalno-płucnych, czy też utrzymania drożności przetrwałego przewodu tętniczego. We wszystkich tych przypadkach zabrzański zespół kardiologów interwencyjnych posiada znaczące doświadczenie własne.

Do powikłań związanych z implantacją stentów należy wymienić jego migrację, powstanie tętniaka (choć covered stenty są stosowane właśnie w leczeniu tego powikłania występującego po balonowej angioplastyce koarktacji aorty), wykrzepianie wewnątrz światła stentu, restenozę (związana np. z proliferacją śródbłonki wewnątrz stentu), jego pęknięcie (np. w wyniku zmęczenia materiału), jak to ma miejsce w przypadkach koarktacji aorty itp.

Ogromne nadzieje budzi implantowanie zastawek zamontowanych na stencie. Badania te zainicjował Bonhoffer, który posiada największe doświadczenie we wszczepianiu zastawki w pozycję płucnej (kilkadziesiąt przypadków). Istotną niedogodność tej metody stanowi konieczność zastosowania szerokich koszulek naczyniowych (22 F), co w praktyce ogranicza tą technikę do dzieci starszych i dorosłych. W kazuistce światowej w szczególnych przypadkach opisywano też wszczepianie zastawki w pozycję aortalną, na etapie eksperymentalnym znajdują się badania dotyczące wszczepiania zastawki w pozycję mitralną.



Zamykanie nieprawidłowych połączeń w układzie krążenia.

Odrębnym bardzo szerokim działem kardiologii interwencyjnej jest zamykanie nieprawidłowych połączeń w układzie krążenia. Dotyczy to zamykania przetrwałego przewodu tętniczego (PDA), ubytku międzyprzedsinkowego typu II (ASD), drożnego otworu owalnego (PFO) u pacjentów z kryptogennymi udarami niedokrwiennymi OUN, ubytku międzykomorowego (VSD) i innych nieprawidłowych połączeń w układzie krążenia (np. przetok naczyniowych).

Przezskórne zamykanie PDA po raz pierwszy opisał w 1967 r. Portsmann. Stosował on do tego celu specjalny korek. Technika zabiegu wymagała wykonania pętli tętniczo-żylnej, oraz stosunkowo szerokich koszulek naczyniowych. Od tego czasu pojawiło się bardzo wiele różnych technik umożliwiających niechirurgiczne zamknięcie PDA. Szersze uznanie zdobyła jedynie podwójna parasolka Rashkinda. Jednak i ta technika została zarzucona ze względu na występowanie rezidualnego przecieku w znacznym odsetku przypadków. Aktualnie największe uznanie zdobyły sprężynki wewnątrz naczyniowe (coile) oraz korki Amplatzer.

W celu doboru właściwego implantu konieczne jest określenie typu anatomicznego PDA oraz wykonanie jego pomiarów. Najistotniejsze jest określenie średnicy światła PDA w jego najwęższym miejscu (zwykle końcu płucnym przewodu) oraz kształtu brzośki aortalnej.

Interwencyjne zamykanie PDA jest możliwe we wszystkich przypadkach z wyjątkiem wcześniaków i niemowląt <5 kg, kiedy barierą stają się techniczne ograniczenia stosowanych urządzeń (ich wielkość). W przypadkach małych PDA – o średnicy poniżej 2,5 mm najlepsze wyniki uzyskuje się stosując coile. Skuteczność zabiegów szacuje się w tych wypadkach na 98%.

W przypadkach zamykania większych PDA najbardziej przydatne są korki Amplatzer dobre wyniki (szczelne zamknięcie) uzyskuje się tu praktycznie u wszystkich pacjentów.

Ubytek międzyprzedsionkowy stanowi najczęstszą wadę wrodzoną serca rozpoznawaną u osób dorosłych. Pierwszą skuteczną próbę zamknięcia nieoperacyjnego ASD opisał po raz pierwszy King w roku 1974. Od tego czasu stosowano w tym celu cały szereg implantów. W dniu dzisiejszym zyskały powszechną aprobatę kliniczną jedynie: korek Amplatzer Atrial Septal Occluder (najczęściej stosowany ze względu na swe liczne zalety) oraz zestaw podwójnych parasolek – Starflex i zestaw Hellex. Wyniki przezskórnego zamykania ASD są bardzo dobre – udokumentowano tu w obserwacji krótko i średnioterminowej mniejszą liczbę powikłań niż po leczeniu kardiologicznym. Do tego

typu zabiegów kwalifikuje ok. 60-70% pacjentów z tą wadą. Przeciwwskazania do zastosowania kardiologii interwencyjnej obejmują w tym przypadku zbyt duże ubytki oraz te ze zbyt małymi rąbkami.

Osobny problem kliniczny stanowi przeszskórne zamykanie drożnego otworu owalnego u pacjentów z kryptogennymi udarami OUN. Jest to złożony problem, do dziś nie do końca rozstrzygnięty. Przy kwalifikowaniu do tego typu zabiegów muszą być spełnione podstawowe warunki tzn. młody wiek pacjenta (< 55 rż), wywiad z istotnymi incydentami neurologicznymi o niewyjaśnionej etiologii oraz wykazanie prawo-lewego przecieku poprzez PFO po zaprzestaniu próby Valsalvy (udokumentowane w echokardiograficznym badaniu przezprętkowym). Dp tego typu omenterwencji stosowane są podobne implanty do tych stosowanych do zamykania ASD.

Prawdopodobnie największe wyzwanie współczesnej kardiologii interwencyjnej w wadach serca stanowi przeszskórne zamykanie ubytków międzykomorowych. Jest to najczęstsza wrodzona wada serca. Zabieg ten po raz pierwszy przeprowadził Lock w roku 1987. Droga do zastosowania tego typu zabiegów wiodła paradoksalnie (przynajmniej w naszym zespole) od ratujących życie zabiegów zamykania pozawałowych VSD (najtrudniejszych) do ich aplikacji we wrodzonych ubytkach mięśniowych i na końcu okołobłoniastych. Ze względu na niewielką liczbę pacjentów leczonych tą metodą i stosunkowo krótki okres obserwacji nie są to jeszcze zabiegi standardowe. Do zamykania wrodzonych VSD najczęściej stosowane są korki Amplatzer. Produkowane są dwa ich typy – pierwszy stosowany do zamykania ubytków okołobłoniastych ma asymetryczny kształt (ze względu na eliminację możliwości wytworzenia jatrogennej niedomykalności aortalnej), drugi o szerszej tali służy

do zamykania ubytków mięśniowych. Zabiegi przeszskórnego zamykania mięśniowych VSD nadal znajdują się w fazie badań klinicznych, choć generalnie dominuje opinia, którą potwierdzają również nasze obserwacje o ich wysokiej skuteczności. Jest to tym ważniejsze, że ubytki te są szczególnie trudno dostępne dla kardiochirurga. Według opublikowanych ostatnio wyników badań wieloośrodkowych przeprowadzonych w USA leczono w ten sposób 75 pacjentów. Również wynik zastosowania nowych asymetrycznych implantów Amplatzer są zachęcające. Trzeba zaznaczyć, że w tych przypadkach doświadczenia światowe są ograniczone (wyniki badań wieloośrodkowych opublikowane ostatnio w USA obejmują jedynie 27 pacjentów). W naszym materiale leczono w ten sposób 11 dzieci, u kilku obserwowano zaburzenia rytmu serca, co nakazuje szczególną ostrożność w tych przypadkach. Jeszcze rzadziej opisywane były zabiegi zamykania pozawałowych VSD. Stanowią one prawdziwe wyzwanie dla kardiologów interwencyjnych wobec ciężkiego stanu klinicznego większości tych pacjentów. W literaturze światowej opisano ostatnio doświadczenia wieloośrodkowe ze Stanów Zjednoczonych dotyczące 18 chorych. Potwierdzają one liczne trudności techniczne, które spotyka się podczas wykonywania tego typu zabiegów. Seria 11 podobnych chorych z tym powikłaniem zawału zostanie opublikowana w najbliższym numerze Kardiologii Polskiej.

Usuwanie ciał obcych z układu krążenia.

Ostatnią grupą zabiegów interwencyjnych jest usuwanie ciał obcych z układu krążenia. Służą do tego celu specjalne pętles, lassa, biopomy, koszyczki Dottera itp. Wiele z tych technik (np. lassa) jest stosowanych podczas innych technik np. wykonanie pętli tętniczo-żylnej w przypadku zamykania okołobłoniastego ubytku międzykomorowego. Najczęściej z układu krążenia są wyciągane były embolizowane implanty (jak sprężynki wewnątrz naczyniowe), ale również urwane fragmenty przewodników, cewników, czy też elektrody rozruszników.

Kardiologia interwencyjna stosowana we wrodzonych wadach serca jest dynamicznie rozwijającą się dyscypliną kliniczną. Podstawą jej dalszego rozwoju wydaje się ścisła współpraca kardiologa z kardiochirurgiem rozwój tzw zabiegów hybrydowych. W przyszłości należy się spodziewać coraz szerszego zastosowania metod fluoroskopowego obrazowania (angiograf na sali operacyjnej). Umożliwi to śródoperacyjną implantację stentów np. do obwodowych zwężeń tętnicy płucnej podczas różnoczasowej korekty kardiologicznej złożonych wad wewnątrzsercowych. Inną ciekawą opcją stanowi zamykanie ubytków międzykomorowych z dostępu przezskłatkowego (tzn po odsłonięciu serca przez kardiochirurga, bez jego otwierania). Inną bardzo obiecującą opcją (wspomnianą uprzednio) będzie zapewne wszczepianie zastawek sercowych na stencie, co pozwoli uniknąć powszechnie stosowanych dzisiaj operacji kardiologicznych.

Kardiologia wrodzonych wad serca zmieniła swoje oblicze ze specjalizacji diagnostycznej na terapeutyczną. Cewnikowania interwencyjne są stosowane aktualnie w leczeniu około 50% wrodzonych wad serca w naszym oddziale i dominują nad cewnikowaniami diagnostycznymi.

Jacek Białkowski

Mgr Bożena Krymska

Jak pracuje Komisja Socjalna?

Komisja Socjalna prowadzi działalność w oparciu o Ustawę z dnia 4 marca 1994 roku o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych, według której zasady przyznawania świadczeń socjalnych muszą opierać się na ocenie indywidualnej, osobistej sytuacji pracownika, jego warunków życiowych i materialnych. Zakwalifikowanie do otrzymania takich świadczeń nie może natomiast być w żaden sposób uzależnione od oceny zawodowej zatrudnionej osoby, jej pozycji w strukturze firmy, stażu pracy itp.

Wszelkie decyzje Komisja Socjalna podejmuje w porozumieniu z Zakładowymi Związkami Zawodowymi i zgodnie z Regulaminem Funduszu Świadczeń Socjalnych, który powstał na podstawie ww. ustawy. Regulamin dostępny jest w Dziale Kadr i u przewodniczącej Komisji Socjalnej.

W związku z koniecznością oszczędzania w 2003 roku wysokość zakładowego funduszu socjalnego została zmniejszona do wysokości 15% odpisu naliczonego w sposób określony aktualnie obowiązującymi przepisami. W budżecie funduszu pozostawiono więc niezbędne, zdaniem Komisji, świadczenia: zapomogi i pożyczki na remont i modernizację mieszkania, a zrezygnowano z wszelkich świadczeń w postaci talonów i „wczasów pod gruszą”.

W ubiegłym roku podniesiono kwotę pożyczki na remont i modernizację mieszkania do wysokości 4 000 zł, a obniżono jej oprocentowanie na 2%.

Poniżej przedstawiono wydatkowanie funduszu świadczeń socjalnych 2003 i 2004 roku oraz I kwartału roku 2005.

2003 rok

- * Odpis w wysokości 15%; część funduszu została z roku 2002.
- * Kulig w Ośrodku Jeździeckim w Zbrosławicach dla pracowników i ich dzieci – 12 155 zł.
- * Bilety do kina dla dzieci pracowników – 1 530 zł.
- * Bony towarowe z okazji Świąt Wielkanocnych – ostatnie tego typu świadczenia, możliwe do zrealizowania tylko dlatego, że część funduszu została z poprzedniego roku – 128 426 zł.
- * Zrezygnowano z wigilijnego spotkania integracyjnego załogi na rzecz pracowników najniżej uposażonych; z tego tytułu wypłacono świadczenia na ➤ 46 095 zł.

2004 rok

Odpis w wysokości 15%

- * Poza zapomogami i pożyczkami na remont i modernizację mieszkania, (co przedstawia poniższa tabela) fundusz wydatkowany na:
- * Zakup 30 podwójnych biletów na imprezę świąteczno- noworoczną dla dzieci pracowników.

dla załogi.

- * Zakup 30 podwójnych biletów na imprezę świąteczno- noworoczną dla dzieci pracowników.
- * Dofinansowanie wigilijnego spotkania integracyjnego dla załogi.

MIESIĄC	ZAPOMOGI	POŻYCZKI
Styczeń	6 osób = 1 700 zł.	9 pożyczek
Luty	8 osób = 4 300 zł.	6 pożyczek
Marzec	13 osób = 7 750 zł.	12 pożyczek
Kwiecień	<i>Komisja Socjalna nie spotykała się z powodu braku odpisu na zakładowy fundusz socjalny</i>	
Maj		
Czerwiec	20 osób = 9 300 zł.	15 pożyczek
Lipiec	12 osób = 6 700 zł.	8 pożyczek
Sierpień	11 osób = 5 200 zł.	8 pożyczek
Wrzesień	22 osoby = 13 800 zł.	17 pożyczek
Październik	21 osób = 13 700 zł.	13 pożyczek
Listopad	11 osób = 8 900 zł.	5 pożyczek
Grudzień	8 osób = 5 750 zł.	3 pożyczki
RAZEM	132 osoby na kwotę 87 100 zł.	96 pożyczek na kwotę 182 700 zł.

MIESIĄC	ZAPOMOGI	POŻYCZKI ²
Styczeń	9 osób = 6 600 zł.	23 pożyczki = 85 000 zł.
Luty	12 osób = 7 200 zł.	11 pożyczek = 42 000 zł.
Marzec	16 osób = 5 900 zł.	15 pożyczek = 57 000 zł.
Kwiecień	18 osób = 7 450 zł.	5 pożyczek = 20 000 zł.
Maj	16 osób = 5 450 zł.	6 pożyczek = 20 000 zł.
Czerwiec	13 osób = 5 300 zł.	5 pożyczek = 20 000 zł.
Lipiec	7 osób = 2 800 zł.	5 pożyczek = 20 000 zł.
Sierpień	18 osób = 7 250 zł.	6 pożyczek = 23 000 zł.
Wrzesień	18 osób = 7 000 zł.	12 pożyczek = 43 000 zł.
Październik	22 osoby = 8 850 zł.	13 pożyczek = 38 700 zł.
Listopad	24 osoby = 11 300 zł.	17 pożyczek = 65 000 zł.
Grudzień	5 osób = 2 200 zł.	9 pożyczek = 33 000 zł.
RAZEM	178 osób na kwotę 77 300 zł.	127 pożyczek na kwotę 466 700 zł.

I kwartał 2005 roku

W momencie pisania tego sprawozdania wysokość funduszu była jeszcze nieznana.

MIESIĄC	ZAPOMOGI	POŻYCZKI ²
Styczeń	10 osób = 5 600 zł.	9 pożyczek = 32 000 zł.
Luty	14 osób = 5 550 zł.	7 pożyczek = 27 000 zł.
Marzec	22 osoby = 8 700 zł.	9 pożyczek = 29 200 zł.
RAZEM	46 zapomóg na kwotę 19 850 zł.	25 pożyczek na kwotę 88 200 zł.


Anna Bednarczyk

 Kierownik Działu Spraw Pracowniczych
 Śląskiego Centrum Chorób Serca

**Co nowego
w prawie pracy?**


Czas pracy – ciąg dalszy

Czas pracy, praca zmianowa, praca w porze nocnej – pojęcie i definicja

Czasem pracy jest czas, w którym pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy.

Przez pracę zmianową należy rozumieć wykonywanie pracy według ustalonego rozkładu czasu pracy przewidującego zmianę pory wykonywania pracy przez poszczególnych pracowników po upływie określonej liczby godzin, dni lub tygodni.

Pracownik, którego rozkład czasu pracy obejmuje w każdej dobie co najmniej 3 godziny pracy w porze nocnej lub którego co najmniej 1/3 czasu pracy w okresie rozliczeniowym przypada na porę nocną, jest pracującym w nocy. Pora nocna obejmuje 8 godzin między godzinami 22.00 a 6.00.

Pracownikowi wykonującemu pracę w porze nocnej przysługuje dodatek do wynagrodzenia za każdą godzinę pracy w porze nocnej w wysokości 20% stawki godzinowej wynikającej z minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w zakładach opieki zdrowotnej

przeznaczonych dla osób, których stan zdrowia wymaga całodobowych świadczeń zdrowotnych, przysługuje dodatkowe wynagrodzenie w wysokości:

- 1) co najmniej 65% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej,
- 2) co najmniej 45% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta.

Rekompensowanie pracy w godzinach nadliczbowych przez udzielenie czasu wolnego

W zamian za czas przepracowany w godzinach nadliczbowych pracodawca, na pisemny wniosek pracownika, może udzielić mu w tym samym wymiarze czasu wolnego od pracy.

Udzielenie czasu wolnego w zamian za czas przepracowany w godzinach nadliczbowych może nastąpić także bez wniosku pracownika. W takim przypadku pracodawca udziela czasu wolnego od pracy, najpóźniej do zakończenia okresu rozliczeniowego, rozliczeniowego w wymiarze o połowę wyższym niż liczba przepracowanych godzin nadliczbowych, jednakże nie może to spowodować obniżenia wynagrodzenia należnego pracownikowi za pełny miesięczny wymiar czasu pracy.

W przypadkach wyżej określonych pracownikowi nie przysługuje dodatek za pracę w godzinach nadliczbowych.

Rekompensowanie pracy wykonywanej w dniu wolnym wynikającym z zasady pięciodniowego tygodnia pracy

Praca w dniu wolnym wynikającym z zasady 5-dniowego tygodnia pracy jest dopuszczalna w sytuacjach, w których dopuszczalne jest wykonywanie pracy w godzinach nadliczbowych. W zamian za pracę w takim dniu należy pracownikowi udzielić innego dnia wolnego do końca okresu rozliczeniowego w terminie uzgodnionym z pracownikiem.

Anna Bednarczyk

Tadeusz Bujak

Mit przeszłości

W starożytności istniał mit złotego wieku, tzn. uważano, że dawniej było lepiej, ludzie byli szczęśliwsi, lepiej się im powodziło. Znaczna część literatury starożytnej – greckiej i rzymskiej, odnosiła się do tych wspomnień i do tradycyjnie przekazywanych legend o złotym wieku. Coś z tego pozostało nam do dnia dzisiejszego. Popatrzmy na reklamy. „Wędliny takie jak kiedyś”, „tradycyjna polska szynka”, „Preparat wykonany na podstawie średniowiecznej receptury”, „Tak swoje dolegliwości leczyły nasze babcie”... itp.

Fakt, że w reklamach wykorzystuje się takie hasła świadczy o tym, że powszechne jest przekonanie, że to co było kiedyś, było lepsze niż dzisiaj. Można usłyszeć, że dawniej (kiedyś): powietrze było lepsze, czystsze; żywność była smaczniejsza, bez dodatków chemicznych, które dzisiaj nas zatrują, wody nie zanieczyszczono, a ogólnie biorąc ludzie byli zdrowsi i żyli dłużej niż obecnie.

A jak było naprawdę?

w roku 2001 przeciętna długość życia wynosiła w Polsce – dla mężczyzn 70,2 lat, a dla kobiet 78,4 lat. Tymczasem sto lat temu przeciętny Polak żył lat około 30, tzn., że 2,5 razy krócej niż dzisiaj.

Ciekawe dane przytacza w swoim felietonie, wydrukowanym 22 maja 1898 roku, Bolesław Prus. Pisz on, że (na podstawie aktualnych mu współcześnie) danych statystycznych):

„Przeciętna długość ludzkiego życia wynosi

W Norwegii	około	50 lat
W Szwecji		50
W Szkocji		45
W Anglii		43
We Francji		43
W Prusach		37
W Hiszpanii		33
We Włoszech		33
W Galicji		30

W państwie rosyjskim w guberniach

cesarstwa 27

W państwie rosyjskim w guberniach

Królestwa Polskiego 33”.

Prus zauważa, jakim marnotrawstwem potencjału społecznego jest fakt, że Polacy tak wcześnie umierają, a przecież: – „trzeba wiedzieć, że w zdrowym społeczeństwie dzielni starcy są nieocenionym skarbem. Rzecz naturalna. Albowiem sześćdziesięcioletni (...) starzec, jeżeli ma jasny umysł, przedstawia życiową mądrość.”

Jak dzisiejsi sześćdziesięciolatek zareagowali by na takie stwierdzenie?! Przy okazji możemy wnioskować, że wielu w tym wieku nie miało już „jasnego umysłu”.

W XIX wieku ocena stopnia zaawansowania wieku znacznie odbiegała od dzisiejszych poglądów. „Kobieta w wieku balzakowskim” – to pani trzydziestoletnia. Balzac dostrzegł i pokazał, że kobiety trzydziestoletnie to osoby, które mogą kochać i być kochane, bawić się i prowadzić intensywne życie. Uważano wtedy, że są to dojrzałe matrony, które powinny prowadzić stateczne życie i broń Boże, nie zachowywać się w sposób nieodpowiedni dla tak zaawansowanego wieku. Trudno było by dzisiejszej trzydziślatce powiedzieć, że jej obowiązkiem jest przesiadywanie na kanapach i obserwowanie jak się bawią młode panny. Młode – tzn. w wieku 18-23 lat. Powyżej – to już były panie, które powinny były wychowywać dzieci i dbać o dom.

Jak mylące jest przekonanie, że dawniej ludzie byli zdrowsi. Na przykład: Jak jeszcze kilkanaście lat temu wyglądało użębienie przeciętnego Polaka, zwłaszcza mieszkającego na prowincji? Tylko nieliczni mieli użębienie zadbane.

W dawnych latach ludzi dziesiątkowały liczne choroby – zakaźne i wrodzone; kobiety nagminnie umierały przy porodach; rodzone po kilku – czasem kilkunastu potomków, z których dojrzałego wieku dożywała część (dobrze gdy była to większa część). Przy tak ostrej, naturalnej selekcji, pozostawały tylko jednostki najsilniejsze. Takie, które przeżywszy kilka chorób zakaźnych miały wysoki poziom odporności, a więc mogły dożywać późnego wieku.

Kolejnym mitem jest przekonanie o zdrowej żywności w dawnych czasach. Trudno mówić o zdrowym odżywianiu, gdy więcej niż połowa społeczności głodowała czy też odżywała się np. samymi ziemniakami. Stary dowcip: „kiedy chłop je kurę? Kiedy chłop jest chory albo kura jest chora” oparty był na realnych obserwacjach.

Nikomu nie przychodzi do głowy twierdzić, że plemiona z delty Amazonki odżywiają się zdrowo – bo naturalnie- gdzie raz w roku zabija się świnię i raz w roku wszyscy się mogą najeść do syta. W dodatku ta żywność, nie tylko, że nie była w wystarczającej ilości dostępna ale w też nie była tak zdrowa, jak się powszechnie uważa. Wprawdzie nie dodawano środków chemicznych, których się tak bardzo boimy, ale za to brudu, bakterii i innych mikroorganizmów nie brakowało. Wystarczy przypomnieć sobie, jakim problemem było dla rolników doprowadzenie do standardów czystości mleka.

Żywność podawana w naturalnych warunkach, w krajach rozwijających się, jest dla Europejczyków niebezpieczna, o ile nie zostanie specjalnie przygotowana. Turyści przebywający np. w Indiach otrzymują zalecenia, żeby nie pić wody nie butelkowanej, nie jeść posiłków ani owoców kupowanych od ulicznych sprzedawców, ponieważ nie ma tam wprawdzie chemii, ale są dziesiątki bakterii, na które nie jesteśmy uodpornieni.

Szynka taka jak dawniej, kielbasa taka jak dawniej - tzn. szynka taka, jaką dawniej jadało się dwa razy w roku (choć niekoniecznie), czy kielbasa jaką jadano kilka razy w roku (choć niekoniecznie). Produkcja naturalnie wędzonych wędlin jest bardzo droga. Dzisiaj te wędliny są też dostępne, ale w cenach trudnych do zaakceptowania przez przeciętnego konsumenta.

Niesłychany postęp technologii produkcji rolnej doprowadził do powszechnej dostępności produktów dawniej dla większości niedostępnych, ale kosztem jakości.

Rolnictwo ekologiczne, tak ostatnio modne – oznacza wytwarzanie środkami naturalnymi, przy zachowaniu dzisiejszych norm higienicznych. Ale coś za coś. Produkcja ekologiczna jest znacznie droższa od produkcji przemysłowej. Albo więc wysoko się dofinansowuje rolników, albo też produkty ekologiczne są dostępne tylko dla ludzi najlepiej zarabiających.

Można usłyszeć, czy przeczytać, że nawozy sztuczne powinny być wycofane z produkcji. Jeżeli jednak tak by uczyniono, to światu zagroziłby głód. Nie ma bowiem możliwości zapewnienia potrzeb całej ludzkości bez sztucznego nawożenia roślin.

Albo więc zapewni się żywność naturalną najbardziej bogatą, albo jednak przy stosowaniu nowoczesnych środków produkcji można nakarmić większość.

Od połowy XX wieku ludzkość ma po raz pierwszy w swojej historii problem nadmiernej ilości pożywienia i przejadania się. Problemem stała się otyłość. Przez tysiąclecia otyłość była oznaką bogactwa – przeciętny był wychudzony. Całe wieki niedojadano – syci byli tylko wybrani.

Mówienie o tym, że dawniej żyło się lepiej, zdrowiej i dłużej przypomina opowiadania o starożytności - jak się wspaniale żyło, jaki był poziom kultury i sztuki, poziom i jakość życia. Zapomina się jednak przy tym, że te twierdzenia dotyczyły 10 % społeczeństw. Resztę stanowili niewolnicy – traktowani jak żywy inwentarz. Wątpliwe jest czy ktoś z apologetów starożytności chciałby oglądać ten świat oczami niewolnika.

Czyste wody i powietrze. W miastach średniowiecza nieczystości wylewano przez okno na ulice – żyło się w potwornym smrodzie i brudzie – dla dzisiejszych ludzi wprost niewyobrażalnym. Władcy i magnaci przenosili się do innych pałaców w momencie, gdy smród stał się trudny do wytrzymania. Jeszcze 40 lat temu część ulic w Łodzi nie miała kanalizacji – brudna woda (i nie tylko) płynęła rynsztokami. W okresie międzywojennym sukcesem było rozpowszechnienie sławek (nazwanych tak od nazwiska Sławoja-Składkowskiego, który propagował budowę drewnianych ubikacji). Wcześniej załatwiano potrzeby „za stodołą”. Jak w tych warunkach mówić o „zdrowym trybie życia”?

O higienie osobistej XIX i pierwszej połowy XX wieku też trudno powiedzieć coś dobrego. Jeszcze dwadzieścia lat temu przejazd autobusem czy zatłoczonym tramwajem dostarczał wielu wrażeń, świadczących o niezbyt częstym kontakcie z wodą i mydłem. A co dopiero mówić o latach wcześniejszych?

Skąd więc biorą się poglądy o dawnych, zdrowych czasach? Chyba z tych samych uwarunkowań społecznych, które w okresie nieprawdopodobnego postępu nauk medycznych, wytworzyły przekonanie o skuteczności metod leczenia środkami nie mającymi żadnego racjonalnego uzasadnienia. To interesujący problem dla psychologii społecznej

Tadeusz Bujak

Staropolskie zwyczaje wielkanocne

Uroczystości wielkanocne w XVII wieku rozpoczynały się w Niedzielę Palmową, kiedy to pożykano baze i uderzano się młodymi gałązkami wierzb. Odnoszono ten zwyczaj do palm, którymi witano Chrystusa przy wjeździe do Jerozolimy, chociaż praktykowano go już w czasach pogańskich, kiedy uderzenia rozkwitającymi gałęziami uważano za środek zapewniający młodość i siłę. W tym samym dniu wprowadzano do miasta drewnianą figurę Jezusa na osiołku. Zwyczaj ten przedostał się do Polski z Niemiec, gdzie był powszechnie praktykowany. Jak pisze obserwator z 1608 roku: „...przed tym tedy lipowym Jezuskiem dziaćki, pięknie i kosztownie ubrawszy się, tuwał nie albo ręczniki i palmy bagnowe albo wierzbowe miecą przed nim kołem, rzucając w górę kwiatki, chodzą, nań palcy ukazują, mówiąc: Ten ci jest, który miał przyjść dla zbawienia ludzkiego”.

W Wielką Środę odbywało się „topienie Judasza”, wywozzące się z dawnego obrzędu pogańskiego. Wykonywano kukłę ze słomy i gałąńców, którą po przeniesieniu przez młodzież szkolną przez całe miasto (lub wieś) topiono w wodzie lub zrzucano z wieży kościelnej.

Po ciemnej jutrzni, przy której gasi się po jednej świecy po każdym odśpiewanym psalmie, księża psalterzami i brewiarzami uderzali kilka razy w ławki, co często dawało początek powszechnemu hałasowaniu.

W Wielki Czwartek niektórzy biskupi i magnaci, na znak

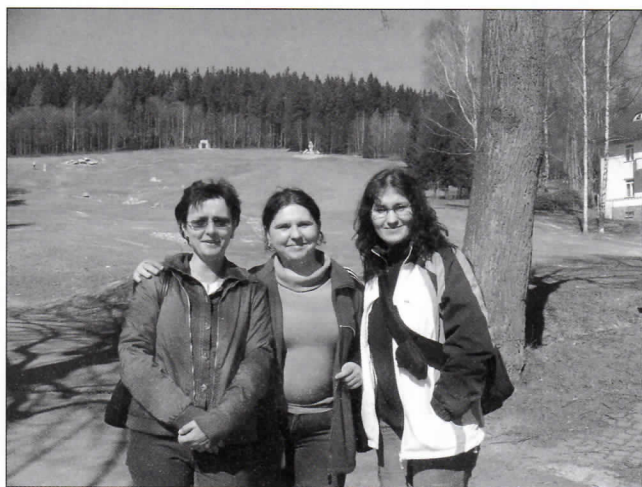
pokory umywali nogi dwunastu wybranym starcom, których następnie suto obdarzano.

W Wielki Piątek i Sobotę zwiedzano „groby Chrystusowe” w kościołach. Zwyczaj wystawiania grobów zapożyczono z Włoch i początkowo stosowano tylko w klasztorach. Z czasem stał się powszechny. Groby budziły podziw cudzoziemców zaskoczonych ich przepychem i bogactwem. Jeden z francuskich podróżników tak je opisuje: „we wszystkich prawi grobach leżał Pan Jezus umarły, przy nim Matka Najświętsza; widać było rozpadającą się ziemię i niebios różne obroty; wszystko to nader okazałe dla nieprzeliczonej liczby lamp i świec jarzących. Grób w kościele jezuitów był cały złożony z pałaszów, szyszaków i broni prawdziwej, wszędzie muzyka słyszeć się dawała”.

W Wielki Piątek odbywały się procesje kapników, ukrytych w wielkich kapturach. Pochody te z czasem zmieniały się w przedstawienia ukazujące zebrany etapy męki Pańskiej. Czasami procesje były ascetycznie okrutne - biczownicy bili się dyscyplinami po gołych plecach aż do krwi, krzycząc przerażliwie. W sobotę wieczorem lub niedzielę rano odbywała się uroczysta rezurekcja, przy asyście tłumu, z zapalonymi świecami. Miejscowi dygnitarze prowadzili księdza pod baldachimem. Rezurekcja oznaczała początek wesołości i ucztowania. Po nabożeństwie proboszcz przyjmował życzenia od miejscowych dostojników, a lud znosił do dworu zwyczajowe podarki, (najczęściej pisanki) przy których składano życzenia. Często dziedzić zapraszał włościan na zabawę z poczęstunkiem

Punktem kulminacyjnym było święcenie jada, po którym

„Przywitanie wiosny” -Jarnołówek



1-3 kwietnia 2005 r

zaczynała się uczta. Księża święcili potrawy w domach, co spotykało się z zastrzeżeniami władz kościelnych. Np. biskup płocki J.A. Załuski w 1733 roku pisał, że: „proboszczowie w dniu tym po złożeniu Chrystusa Pana w grobie zamiast poświęcić ogień i wodę, słuchać spowiedzi itp. wszystko to opuściwszy, biegają po wsiach i domach i często ledwie zdążą na jutrznię, a niekiedy niezdolni są nawet do odprawienia mszy św., ze zgorzeniem ludu i zniewagą stanu duchownego. Dlatego też niech wyłożą wiernym, iż nie jest koniecznością wszystkie pokarmy święcić, lecz dosyć niektóre z nich, choćby

sam chleb, a ten z łatwością może być przyniesiony do drzwi kościelnych i tam błogosławiony”.

Jadło świąteczne było różne, w różnych okolicach i różnych sferach, jednakże powinno być obfite. Przeważały mięsna i wędliny, przy czym w niektórych domach w ogóle nie rozpalano pieców, podając zimne posiłki.

Niezbędne były jaja, najczęściej malowane i czasem dodatkowo ozdobione wzorami. Życzenia składano sobie święconymi jajkami. Na stole najczęściej stawiano baranka wiel-

cd na stronie 20

Technika wykonania

Jaja umyć. Mąkę przesiać z sodą na stolnicę, posiekać z masłem, dodać jaja, cukier, miód, przyprawę do pierników, zarobić ciasto. Wątkować, wykrawać kieliszkiemdo wina małe krążki, układać na blasze posmarowanej masłem, upiec. Można polukrować lukrem z białka (na 1 białko 100g cukru pudru).

PIERNICZKI

Składniki:

- mąka 350g
- jaja 100g (2 szt.)
- cukier 200g
- miód 70g
- masło lub margaryna 50g
- przyprawa do pierników 1 szt.
- soda 5g
- masło do formy

Słodkie przepisy

Łasuchy wiedzą, że na dobre ciasto zawsze jest dobry czas. Toteż mamy nadzieję, że czytelniczki (a może i czytelnicy) z uznaniem przyjmą sprawdzone przepisy na ciasta smaczne i proste w wykonaniu. Przepisy oznaczone symbolem (jak w prawym dolnym rogu) podała Babcia Mrykowa. Pozostałe sprawdziły i proponują dietetyczki SCCS



Składniki:

1. ciasto

- masło 15 dkg
- cukier 15 dkg
- żółtka jajek 2 szt
- mąka 25 dkg
- mleko 4 łyżki
- proszek do pieczenia
- 2 płaskie łyżeczki
- dżem lub marmolada

2. Masa orzechowa

- masło 25 dkg
- orzechy włoskie 25 dkg
- mleko 6 łyżek
- białko jajek 2 szt
- cukier 1 łyżeczka

CIASTO Z ORZECHAMI

Technika wykonania

ciasto –

Utrzeć masło z cukrem na jednolitą masę i dalej ucierając dodać kolejno żółtka, mąkę, mleko i proszek do pieczenia.

Gotowe ciasto wyłożyć na blachę posmarowaną tłuszczem a następnie posmarować cienką warstwą dżemu lub marmolady.



masa orzechowa-

Posiekane orzechy smażyć z masłem i mlekiem przez 10 minut – ciągle mieszając. Ubić białka jajek z cukrem i ostrożnie wymieszać je z ostudzonymi orzechami

Gotową masę wyłożyć na ciasto i piec przez 30 minut w gorącym piecu.

PIERNIK Z ORZECHAMI

Technika wykonania

Miód rozpuścić w rondlu i ostudzić. Jajka umyć i oddzielić żółtka od białek. Żółtka utrzeć z cukrem, dodać miód, orzechy, przyprawę do pierników i dalej ucierać. Następnie dodać sodę rozpuszczoną w 1 łyżce zimnej wody. Ciągłe ucierając, stopniowo wypywać mąkę. Wyrabiać ciasto tak długo, aż pokażą się pęcherzyki powietrza. Z białek ubić pianę, dodać ją do ciasta pod koniec ubijania i lekko wymieszać.

Okrągłą lub podłużną formę do pieczenia wysmarować tłuszczem i wysypać bułką tartą. Wlać ciasto do formy, wstawić do piekarnika nagrzanego do temp. 180 °C i piec 40 – 60 minut.

Wystudzony piernik polać polewą przygotowaną według przepisu podanego na opakowaniu i posypać orzechami.

Składniki:

- mąka pszenna 500g
 - miód 250g
 - cukier 150g
 - jajka 3 szt.
 - soda oczyszczona 1 łyżeczka
 - przyprawa do pierników 1 łyżeczka
 - zmielone orzechy włoskie 100g
- Do przygotowania formy:**
- masło lub margaryna 2 łyżki
 - bułka tarta 2 łyżki
- Do przybrania ciasta:**
- gotowa polewa czekoladowa 1 szt.
 - zmielone lub posiekane orzechy 20g

SERNIK Z MANDARYNKAMI

CIASTO-

Składniki zmieszać, wyrobić i wyłożyć na wcześniej posmarowaną tłuszczem blachę z pergaminem

SER

Mandarynki wyjąć z puszek (bez soku) i wymieszać z pozostałymi składnikami, dodając szczyptę soli. Po wyrobieniu wyłożyć na ciasto.

Kruszonka

Składniki wyrobić.

Posypać całe ciasto i piec w piekarniku około 1 godziny

Składniki

1. Ciasto

- margaryna 20 dkg
- cukier 10 dkg
- jajka 5 szt
- mąka 30 dkg
- proszek do piecz. 2 łyżeczki
- cukier waniliowy

2. Ser

- zmielony ser 1kg
- cukier 20 dkg
- mandarynki 3 puszki
- rodzynki 10 dkg
- jajka 3 szt

- budyń w proszku – waniliowy lub śmietankowy

3. Kruszonka

- kokos 20 dkg
- masło (miękkie) 1 kostka
- cukier 15 dkg



Ciasto

Składniki połączyć, dodając pojedynczo jajka.. Gotowe wyłożyć na blachę posmarowaną tłuszczem i wyłożoną posmarowanym pergaminem. Piec przez 30 minut w gorącym piecu.

Wkład

brzoskwinie wyjąć, pokroić w kostkę i ponownie połączyć z sokiem. Galaretki zagotować w 2 szklankach wody. Ostudzić i kiedy zacznie się ścinać dodać do brzoskwiń. Wymieszać i dodać ubitą wcześniej, dobrze schłodzoną śmietanę. Po wymieszaniu włożyć do lodówki - do lekkiego ścięcia (tak, aby masa nadawała się do przełożenia ciasta)

Ostudzone ciasto wyłożyć, przewracając na czysty papier, zdjęć pergamin. Następnie przeciąć i przełożyć ścinając się masą. Całość posypać cukrem pudrem.

Składniki

1. Ciasto

- margaryna Kasia 25 dkg
- jajka 5 szt
- mąka poznańska 30 dkg
- cukier waniliowy mały
- proszek do pieczenia mały

2. Wkład

- brzoskwinie 1 puszka
- galaretka pomarańczowa – 2 szt
- śmietana kremówka „30” - 0,5 litra
- cukier puder

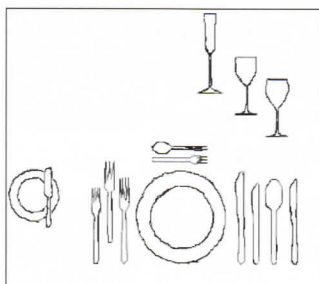
PIERNIK WYLEWANY**Technika wykonania**

Margarynę, jajka i cukier utrzeć. Mąkę, przyprawę do pierników, sodę i kakao wymieszać. Do utartej margaryny, jaj i cukru stopniowo dodawać sypane składniki i mieszając, stopniowo dolewać mleko i wkladać dżem. Ciasto dobrze utrzeć i wylać na blachę. Gdy się upiecze, można poleać polewą i posypać wiórkami.

Składniki:

- mąka 3 szkl.
- margaryna ½ kostki
- cukier 1 szkl.
- jaja 2 szt.
- dżem 1 słoiczek
- (o dowolnym smaku)
- przyprawa do pierników (duże opakowanie)
- soda 3 łyżeczki
- kakao 2 łyżeczki
- mleko 1 szkl.

Z coraz większym prawdopodobieństwem można znaleźć się na oficjalnym przyjęciu lub w drogiej restauracji gdzie trzeba umieć się zachować w sposób nie zwracający uwagi współbiesiadników. Może się też zdarzyć, że musimy zrobić eleganckie przyjęcie w domu. Poniżej podane uwagi mogą nam w tym pomóc.

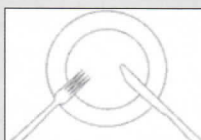


Sztuczki ułożone są w taki sposób, że korzysta się z nich kolejno - w miarę podawania potraw. W niektórych przypadkach (na przyjęciu) może być podana mniejsza liczba od liczby dań i wtedy kolejne są donoszone przez kelnerów. Pokazany obok zestaw nakryć obejmuje rzadko spotykany (po lewej stronie) talerzyk z nożem do pieczywa.

Informacja dla kelnera podającego potrawy na przyjęciu lub w dobrej restauracji



Proszę o ponowne nałożenie



Jeszcze nie skończyłem



Skończyłem jedzenie. Proszę sprzątnąć nakrycie

Świece stojące na stole zapala gospodarz lub kelner przed wejściem gości do jadalni, lub w momencie gdy goście zasiadają do stołu

Dania na przyjęciu są podawane w nast. kolejności:

- przystawki zimne
- przystawki gorące
- zupy
- dania rybne lub mięsne
- sery
- deser
- owoce
- kawa lub herbata

Sery najczęściej podaje się na wzór francuski - na drewnianej desce, na której układa się duże kawałki różnych gatunków, z których każdy odkrawa sobie po kawałku ulubionych gatunków. Do serów podaje się odpowiedni noż. Czasami w restauracji kelner podaje niewielkie, pokrajane kawałki do spróbowania a następnie donosi większe ilości wybranych gatunków.

Można też podawać pokrajane w plastry ułożone w kolejności od najbardziej pikantnych do łagodnych.

Każdy może spożywać tylko te gatunki, które lubi - nawet gdy jest to 1 gatunek



Wina czerwone



wina deserowe



koniak i brandy



wódka



likieri



whisky



wina musujące



long drinki

Savoir vivre przy stole

Kieliszki - konieczne z jednego kompletu - ustawiamy po prawej stronie nakrycia, nad sztuciami w kolejności podawania trunków (bliżej ręki ten który będzie użyty pierwszy), oraz w zależności od wysokości szkła (niższe z przodu). Zwykle są to kieliszki do wódki, do wina białego i wina czerwonego. W pobliżu powinien stać duży kielich do wody lub szklanka. W przypadku gdy zachodzi potrzeba użycia dodatkowych kieliszków (np. do szampana) są one dostawiane w trakcie. W sytuacji, gdy szampan jest jedynym podawanym alkoholem kieliszek stawiamy na początku. Nie stawia się na stole kieliszków do likieru, brandy i whisky (podaje się je do deseru).

do szampana lub wina musującego do niedawna była stosowana tradycyjna płaska czarka na stosunkowo wysokiej nóżce, lecz w ostatnich latach ten kształt kieliszka jest rzadziej stosowany, ponieważ zawarty w winie dwutlenek węgla zbyt szybko się ulatniał; modniejsze są obecnie tzw. kielichy szampańskie, wąskie, lekko rozszerzające się ku górze, na bardzo niskich nóżkach lub duże kieliszki białe, jak do win bordoskich białych. Wysokie i smukłe kieliszki najlepiej harmonizują z unoszącymi się w płynie perlistymi pęcherzykami gazu.

- przed posiłkiem podaje się wina pobudzające apetyt, czyli aperitify, jak np. różnego rodzaju wermuty, oraz wina południowe, jak porto;
- do przekąsek - wina białe wytrawne,
- do ryb i białego mięsa lub drobiu - wina stołowe białe półwytrawne lub półsłodkie,
- do pieczystego lub dziczyzny - wina czerwone
- do serów - wina czerwone pełne w smaku;
- do owoców, orzechów, ciast i deserów - wina słodkie,
- do sałat i potraw z octem - wina się nie podaje !.
- Oddzielną pozycję stanowi szampan, który pasuje prawie do wszystkich dań, jednak zwykle podaje się go przed posiłkiem albo do deserów.

Litery R.S.V.P. na zaproszeniu oznaczają, że gospodarze (organizatorzy) oczekują na potwierdzenie czy przyjdziemy (przyjedziemy) na uroczystość (imprezę).

Salatki z owoców morza podaje się w szklanych naczyniach - w kieliszkach lub miseczkach. Gdy przeważa sos a kawałki mięsa są nieduże, je się łyżeczką deserową. Gdy kawałki mięsa są większe a sosu jest mało, je się widelczykiem deserowym. Duże krewetki czy kawałki krabów podaje się na talerzu i wtedy je się widelcem i nożem deserowym

Prawa pacjenta

Od 1998 roku obowiązuje w Karta Praw Pacjenta, w której Mini-

ster 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.

kanocnego wypieczonego z ciasta, lub wyrobionego z masła.

W poniedziałek wielkanocny oblewano się wzajemnie wodą - pierwszego dnia (poniedziałek) młodzieńcy polewali panny, a one rewanżowały się dnia następnego. Formy dyngusu bywały różne - od dyskretnego kropienia pachnącą wodą do wylewania całych wiader na głowę, aż do wrzucania do stawu czy rzeki. Jak pisze Kitowicz(XVII w): „A gdy się rozswawoliła kompania, panowie i dworzanie, panie, panny, nie czekając dnia swojego, lali jedni drugich wszelkimi statkami, jakich dopaść mogli; hajducy i lokaje donosili cebra-mi wodę, a kompania dystyngwowana, czerpając od nich, goniła się i oblewała od stóp do głów, tak iż wszyscy zmoczeni byli, jakby wyszli z jakiego potopu. Stoły, stołki, kanapy, krzesła, łóżka, wszystko to było zmoczone, a podłogi jak stawy zalane.(...) Największa była rozkosz przydybać jakąś damę w łóżku, to już nieboga pływać musiała między poduszkami i pierzynami, jak między bałwanami, przytrzymywana bowiem od silnych mężczyzn, nie mogła się wyrwać z tego potopu; którego unikając, miały w pamięci damy w ten dzień wstawać jak najraniej albo też dobrze zatarasować pokoje sypialne”.

Z innych zwyczajów znane były odwiedziny domów przez przebierańców, obnoszących zieloną gałąź przystrojoną wstążkami i świecidełkami. Znana też była krakowska Rękawka, w czasie której pisanki z góry zrzucano gawiedzi, która się o nie biła.

na podst. Jana S. Bystronia „Dzieje obyczajów w dawnej Polsce—wiek XVI—XVII

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

Uwaga! Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów.



Oddział POP dorosłych



Od lewej—dr Beata Chodór, dr Michał Zakliczyński, dr Marcin Świerad



FUNDACJA ŚLĄSKIEGO CENTRUM CHOROÓB SERCA

Konto:

Bank Zachodni WBK S.A. 1 Oddział w Zabrze

Nr: 08 1090 2037 0000 0001 0321 0905

Szanowni Państwo

Nasze Centrum działa już ponad 20 lat. W chwili obecnej stoimy przed dużym wyzwaniem związanym z budową nowego obiektu, w którym znajdą swoje lokum m.in. Zespół Poradni Specjalistycznych, Oddział Kardiologiczny Dorosłych i Dzieci, Pracownia Hemodynamiki, Apteka, Administracja oraz inne pracownie. Zarówno planowana inwestycja jak i bieżące oraz przyszłe przedsięwzięcia związane z działalnością naukową, promocją zdrowia i podstawową działalnością szpitala obligują do poszukiwania wsparcia dla ich realizacji.

Z myślą i w trosce o naszą przyszłość podjęta została inicjatywa utworzenia Fundacji, która w założeniach Fundatorów podejmie działania mające na celu pozyskanie środków służących wsparciu działalności bieżącej i realizacji planowanych przedsięwzięć.

Z przyjemnością pragnę poinformować o fakcie ustanowienia Fundacji Śląskiego Centrum Chorób Serca, który miał miejsce jeszcze w roku 2004.

Celem Fundacji będzie wspieranie działań na rzecz podnoszenia jakości, unowocześniania i kompleksowości metod leczenia oraz prowadzenia prac rozwojowych i badań naukowych wchodzących w zakres działalności Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

Każdy może pomóc fundacji – nie tylko poprzez wpłatę pieniędzy, ale i poprzez propagowanie jej idei oraz informowanie innych o jej istnieniu.

*Prezes Zarządu
mgr Andrzej Delebiński*