

Wywiad z prof. dr. hab. n. med. Stefanem Grajkiem



*prof. dr. hab. n. med.
Stefan Grajek
konsultant wojewódzki
w dziedzinie kardiologii –
województwo lubuskie
Kierownik I Katedry
i Kliniki Kardiologii
Uniwersytetu Medycznego
im. K. Marcinkowskiego
w Poznaniu*

KJF: Szanowny Panie Profesorze, Stefanie, dziękujemy za szybką odpowiedź na zaproszenie do wywiadu. Nad-

zorujesz jako konsultant do spraw kardiologii zachodnie rubieżę kraju (województwo lubuskie). Jak to możliwe, że są – przy funkcjonowaniu 3 ośrodków – srebrnym medalistą pod względem liczby wszczepionych ICD na milion mieszkańców – prawie dwukrotnie przewyższyli średnią ogólnopolską (ryc. 5). Czy to bliskość Niemiec wpływa na szybsze wyrównywanie różnic w zakresie liczby wszczepionych ICD w Polsce w stosunku do Europy Zachodniej?

Prof. Stefan Grajek (SG): Średnia wszczepień ICD na milion mieszkańców wzrosła w tym województwie ze 121 w 2007 roku do 178 w roku ubiegłym. Masz rację, że jest to liczba imponująca jak na trzy ośrodki kardiologiczne (Gorzów Wielkopolski, Nowa Sól, Zielona Góra). Jest pomiędzy nimi wewnętrzna konkurencja, zaś szkolenia

RYCINA 5

Liczba wszczepionych kardiowerterów-defibrylatorów (ICD) ogółem i w przeliczeniu na milion mieszkańców w 16 polskich województwach w 2008 roku. Podano również liczbę ośrodków wszczepiania ICD w poszczególnych województwach. Średni wskaźnik dla Polski – 93 ICD na milion mieszkańców w 2008 roku; źródło: raporty konsultantów wojewódzkich za 2008 rok.

Województwo	Liczba wszczepionych ICD (po raz pierwszy)	Liczba wszczepionych ICD na milion mieszkańców	Ośrodki wszczepiające ICD
Pomorskie	412	188	4
Lubuskie	180	178	3
Opolskie	166	158	2
Dolnośląskie	377	130	6
Mazowieckie	628	122	10
Lubelskie	240	110	3
Łącznie	3559	93	62
Wielkopolskie	277	82	5
Podlaskie	91	76	2
Śląskie	354	75	6
Małopolskie	235	72	5
Świętokrzyskie	90	70	2
Zachodniopomorskie	119	70	3
Kujawsko-pomorskie	136	66	3
Łódzkie	136	52	3
Podkarpackie	96	46	2
Warmińsko-mazurskie	22	15	3

w tym zakresie są ułatwiane. Moja klinika opiekuje się ośrodkami w Nowej Soli i Gorzowie Wielkopolskim, ponadto ordynatorzy tych oddziałów kardiologicznych są bardzo zainteresowani wdrażaniem nowych technik diagnostyczno-terapeutycznych, nie wspominając o tym, że to się po prostu opłaca.

KJF: Lubuscy kardiologowie nie próżnują też w zakresie inwazyjnej kardiologii. Tu też bardzo dobra pozycja – po województwach kujawsko-pomorskim, mazowieckim i wielkopolskim – największa liczba wykonanych koronarografii na milion mieszkańców. Czy sądzisz, że w województwie lubuskim osiągnięto już optimum nasycenia ośrodkami hemodynamicznymi? Czy jest sens otwierać nowe, czy raczej zadbać (kadrowo, sprzętowo, kontraktowo) o te już działające?

SG: Trzy ośrodki są wystarczające dla tego regionu. Mogą zwiększyć liczbę wykonywanych zabiegów, zaś oddziały kardiologiczne mogą zwiększyć liczbę niezbędnych hospitalizacji. Wszystkie trzy ośrodki prowadzą 24-godzinne dyżury zawałowe. Nie widzę rzeczywistej potrzeby otwierania dodatkowych ośrodków.

KJF: Czy dramatyczna sytuacja – znana nam z mediów – takich placówek szpitalnych jak szpital wo-

wódzki w Gorzowie Wielkopolskim może wpłynąć niekorzystnie na zabezpieczenie kardiologiczne regionu?

SG: Szpital w Gorzowie Wielkopolskim powoli, ale zdaje się wychodzić na prostą. Oddział kardiologii pracuje normalnie, prowadzi 24-godzinny dyżur zawałowy. Nie umiem się wypowiedzieć na temat ogólnej kondycji finansowej szpitala, ale w pracy oddziału kardiologicznego nie ma zagrożeń.

KJF: Jakie są najważniejsze problemy i wyzwania na przyszłość w kardiologii w regionie, który nadzorujesz z ramienia Krajowego Zespołu Specjalistycznego?

SG: Problemem jest opieka ambulatoryjna. Wspomniane trzy ośrodki kardiologiczne województwa lubuskiego po zakończeniu leczenia i wykonaniu wyspecjalistycznych procedur wysyłają chorych do domu, a tam nie ma kto ich leczyć. Narodowy Fundusz Zdrowia nie podpisuje kontraktów z lekarzami bez specjalizacji z kardiologii, więc chorzy z małych miasteczek czekają w kolejce do poradni kardiologicznych w tych trzech miastach: Gorzowie Wielkopolskim, Nowej Soli, Zielonej Górze.

KJF: Stefanie, dziękuję za wywiad.

Ciąg dalszy piśmiennictwa ze str. 54

- Hughson RL: Exploring cardiorespiratory control mechanisms through gas exchange dynamics. *Med Sci Sports Exercise* 1990, 22: 72-79.
- Hughson RL, Cochrane JE, Butler GC: Faster O₂ uptake kinetics at onset of supine exercise with than without lower body negative pressure. *J Appl Physiol* 1993, 75: 1962-1967.
- Barstow TJ, Casaburi R, Wasserman K: O₂ uptake kinetics

- and the O₂ deficit as related to exercise intensity and blood lactate. *J Appl Physiol* 1993, 75: 755-762.
- Casaburi R, Barstow TJ, Robinson T, Wasserman K: Influence of work rate on ventilatory and gas exchange kinetics. *J Appl Physiol* 1989, 67: 547-555.
- Holloszy JO, Coyle EF: Adaptations of skeletal muscle to endurance exercise and their metabolic consequences. *J Appl Physiol* 1984, 56: 831-838.