

stworzenia skutecznej szczepionki przeciw malarii, nie powstała jeszcze szczepionka zapewniająca stuprocentową ochronę.

### Po przylocie do Nigerii

Wymagane jest szczepienie przeciwko febrze. Na tych terenach występuje znaczne zagrożenie sanitarno-epidemiologiczne, głównie malarią, cholerą, tyfusem, żółtą febrą, wirusowym zapaleniem opon mózgowych, HIV/AIDS i wieloma chorobami tropikalnymi, jednak stopień ryzyka może być bardzo różny, zależnie od miejsca pobytu w Nigerii i warunków higienicznych, w jakich się przebywa. Dostęp do opieki medycznej jest ograniczony, praktycznie możliwy jedynie w dużych miastach. Poziom usług lekarskich, które są kosztowne, znacznie odbiega od standardów światowych. Poważniejsze zabiegi trzeba wykonywać w Europie. Koszt wizyty lekarskiej wynosi ok. 100 USD, łącznie np. z badaniem krwi na malarię. Doba pobytu w szpitalu kosztuje 100–250 USD. Wybierając się do Nigerii, należy zaopatrzyć się w leki przeciwmalaryczne.

Zagrożenie przestępczością w Nigerii jest bardzo wysokie. Na drogach nagminnie są bandyckie napady. Znaczne niebezpieczeństwa czyhają też w dużych miastach, zwłaszcza (choć nie wyłącznie) w okolicach międzynarodowych lotnisk i dzielnic portowych. Europejczyk niezachowujący zasad bezpieczeństwa jest łatwym celem dla przestępców – biały człowiek poruszający się pieszo po ulicy wzbudza zdziwienie. Baza turystyczna jest w Nigerii mniej niż skromna. Hotele zapewniające wysoki standard znajdują się jedynie w dużych miastach. W hotelach i bankach honorowane są najbardziej znane karty kredytowe, ale raczej odradza się posługiwanie się nimi, z uwagi na związane z tym ryzyko. W większych miastach są sklepy z artykułami niezbędnymi Europejczykom, restauracje, hotele. Ceny w sklepach i hotelach są zwykle znacznie wyższe od europejskich. Ceny na bazarach i u ulicznych przekupniów są zazwyczaj niższe, ale asortyment jest dość ubogi, a jakość towarów mierna. Targowanie się jest niemal obowiązkowe, a pierwsza propozycja ceny, oferowana przez sprzedawcę obcokrajowcowi, jest wielokrotnością tej, za którą spodziewa się on rzeczywiście sprzedać towar. Kantory wymiany walut oferują kurs o ok. 5–8 proc. wyższy niż banki.

**Katarzyna**

**Van Damme-Ostapowicz**

*Dr n. med., Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB.*

# Podlaska kardiologia kręci bączka

W czerwcu uczestniczyłem w dorocznym posiedzeniu Krajowego Zespołu Nadzoru Specjalistycznego w zakresie kardiologii, czyli w spotkaniu konsultantów wojewódzkich z konsultantem krajowym. Z Warszawy wracałem w minorowym nastroju. Przed rokiem, podsumowując podobne spotkanie, napisałem, że w dziedzinie kardiologii Podlasie zagania inne województwa! Stwierdziłem też, że w roku 2010 nie oczekuję większych zmian i że województwo podlaskie nadal będzie okupować końcowe miejsca w tabeli. Nie pomyliłem się w przewidywaniach. Działamy bowiem pod silną presją ograniczeń finansowych ze strony NFZ-etu.

Według najnowszych danych, Podlasie zajmuje 3 miejsce od końca, jeśli chodzi o liczbę przeprowadzonych koronarografii, przypadających na 1 mln mieszkańców. Niżej w tej statystyce są tylko województwa warmińsko-mazurskie i podkarpackie. W liczbie wykonanych angioplastyk spadliśmy w roku 2010 na ostatnie, 16 miejsce w kraju (ryc.1, 2).

Na ryc. 1 widać, że w zakresie kardiologii inwazyjnej jedynie w 2006 r. (po instalowaniu w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym drugiego angiografu) znacząco poprawiliśmy swoją pozycję w Polsce (5 miejsce w kraju w zakresie angioplastyk i 11. w koronarografii). Poza tym, wśród 16 wyszczególnionych województw Podlasie zawsze znajdowało się na końcu tabeli, a liczba zabiegów (koronarografii i angioplastyki) na 1 mln mieszkańców była poniżej średniej krajowej (ryc. 2). Wyjątek stanowił wspomniany rok 2006, gdy liczba wykonanych angioplastyk osiągnęła średnią krajową. Niestety, w kolejnych latach było już tylko gorzej.

Lepsza jest sytuacja w zakresie elektroterapii (wszczepiania stymulatorów, defibrylatorów serca, układów resynchronizujących), choć i tu znajdujemy się w końcówce tabeli. Nadal fatalnie przedstawia się sytuacja z zabiegami ablacji. Zajmujemy ostatnie miejsce w Polsce, a liczba zabiegów jest czterokrotnie niższa od średniej krajowej. Problemy w zakresie ablacji wyjaśnia-

łem już wcześniej. Przypomnę, że wynikają one z braku specjalistów, gdyż mamy tylko jednego samodzielnego operatora, wykonującego te skomplikowane procedury.

### Wirowanie wokół osi

Przyczyny złej sytuacji w podlaskiej kardiologii tłumaczyłem w roku ubiegłym na łamach „Medyka Białostockiego”. Są one złożone i wynikają zarówno z przeszłości, jak i aktualnych ograniczeń. Przede wszystkim brakuje środków finansowych. Sytuacja nie zmienia się od lat, a stan kardiologii porównać można do kręcącego się bączka, który wiruje wokół osi, stojąc w miejscu. Niby posuwamy się do przodu, ale niezwykle powoli, nie zmniejszając dzielącego dystansu do innych województw. Przeciwnie, dysproporcje między tzw. ścianą wschodnią a resztą kraju wciąż się pogłębiają. Nie widzę też większych szans na poprawę. Sytuacja może ulec korzystnej zmianie, w ciągu roku lub ewentualnie dwóch lat, jedynie w przypadku wykonywania zabiegów ablacji. Już niebawem przybędzie nam drugi samodzielny operator. Obecnie kształci się on jeszcze w Warszawie. Musi tylko wystarczyć funduszy na większą liczbę zabiegów.

### Na tróję z minusem

Moja ocena stanu służby zdrowia nie jest odosobniona. W białostockim dodatku „Gazety Wyborczej” z 31 grudnia 2010 r. red. A. Domanowska, podsumowując mijający rok, pisała: *Nie było spektakularnych strajków, żadnych afer, łapówek kontrolowanych. I tak jak zwykle nie było za dużo pieniędzy, a szpitalne długi rosły i dalej rosną w zastraszającym tempie. Skutecznie pozbyto się kilku oddziałów szpitalnych i nie stworzono jednego, ale jak ważnego dla przewlekłych chorych. Materiał zatytułowała „Podlaska służba zdrowia tylko na 3 z dużym minusem”. Ze swojej strony mogę dodać, że nadal (od 15*

lat!!!) nie mamy też, chyba jako jedyne województwo w Polsce, własnego ośrodka rehabilitacji kardiologicznej.

Aby nie być gołosłownym, dla porównania, na kolejnych rycinach przedstawiam dane dotyczące stanu kardiologii w województwie świętokrzyskim. Jest to obszar mający podobną do Podlasia liczbę mieszkańców, czyli nieco ponad 1, 2 mln. Kielecczyzna nigdy nie należała do regio-

*Podlasie zajmuje 3 miejsce od końca, jeśli chodzi o liczbę przeprowadzonych koronarografii, przypadających na 1 mln mieszkańców*

nów specjalnie zamożnych, ale dziś ma o połowę więcej niż Podlasie specjalistów kardiologów, więcej łóżek intensywnej opieki kardiologicznej (łóżka R) oraz lepszą bazę szpitalną. Na terenie woj. świętokrzyskiego działa 11 oddziałów kardiologii, w tym 6 najwyższego (III) stopnia referencyjności. Na Podlasiu zaś brakuje placówek kardiologicznych, mamy tylko 4 oddziały kardiologii, z tego tylko 1 o najwyższej referencyjności. W roku 2008, z powodu braków kadrowych, zakończył działalność oddział kardiologii w Suwałkach. Nie dziwi więc fakt, że w Świętokrzyskiem aż 6 ośrodków kardiologii inwazyjnej działa w trybie całodobowym, u nas jedynie 2 (tab. 1). Wszystko to odbija się na liczbie wykonywanych procedur, tak w zakresie kardiologii inwazyjnej, jak i elektroterapii (tab. 2). Także liczba ablacji jest w woj. świętokrzyskim znacząco wyższa.

Z tab. 2 wynika jednak, że rok 2010 był dla obu województw rokiem stagnacji. Ogólna liczba wykonywanych procedur pozostawała na podobnym poziomie, choć były wyjątki, zarówno na plus (liczba ostrych zespołów wieńcowych OZW, leczonych inwazyjnie w woj. świętokrzyskim) i minus (zmniejszenie liczby wszczepionych na Podlasiu stymulatorów).

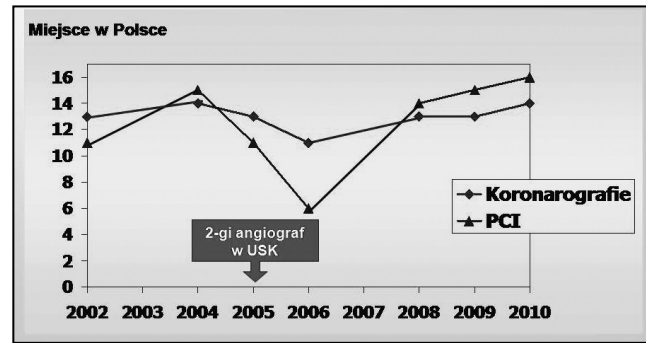
Zamiast podsumowania przytoczonych faktów, chciałbym zaapelować do Państwa, szanownych decydentów, parlamentarzystów, władz miasta i województwa - nie dajcie zginąć podlaskiej kardiologii. Na pewno nie będzie to łatwe, ale pamiętajcie, że choroby układu sercowo-naczyniowego stano-

wią główną przyczynę zgonów. Umiera na nie co drugi Polak. Wydaje się, że kardiologia miała już swoje pięć minut. Obecnie priorytetem są inne problemy medyczne. Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, w którym działa ośrodek III stopnia referencyjności, zapewniał, że rok 2011 jest ostatnim, w którym aneksuje się, bez większych zmian, stary, trzyletni kontrakt z NFZ-etem. W 2012 r. mają się odbyć negocjacje w sprawie ustalenia nowych warunków na kolejne lata. Oby przyniosły one kardiologii, i nie tylko, zdecydowaną poprawę. Bez niej Podlasie będzie dalej zaganiać.

**Włodzimierz Musiał**

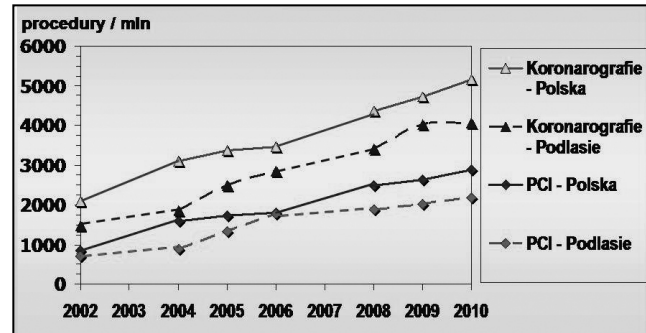
*Prof. dr hab., kierownik Kliniki Kardiologii UMB, konsultant wojewódzki ds. kardiologii.*

Kardiologia Inwazyjna: Podlasie a Polska



Ryc. 1

Kardiologia Inwazyjna: Podlasie a Polska



Ryc. 2

Tab. 1 Województwo podlaskie a świętokrzyskie – ośrodki kardiologiczne

2010 r.	podlaskie 2010 r. (Δ)	świętokrzyskie* 2010 r. (Δ)
Liczba kardiologów	50	81
Liczba łóżek R w oddziałach kardiologii	44	86
Ilość oddziałów kardiologii I/II/III stopnia referencyjności	1/2/1	4/1/6
Ilość ośrodków wykonujących koronarografie	4	6
Ilość ośrodków kardiologii inwazyjnej 24 h	2	6
Ilość ośrodków wszczepiających stymulatory	5	4
Ilość ośrodków wykonujących ablacje	1	2
Ilość ośrodków wszczepiających ICD	2	2
Ilość ośrodków kardiochirurgicznych	1	1

Tab. 2 Województwo podlaskie a świętokrzyskie – liczba procedur/zmiany 2009-2010 r.

	podlaskie 2010 r. (Δ)	świętokrzyskie* 2010 r. (Δ)
Koronarografie	4892 (+54)	6830 (-76)
PCI ogółem	2614 (+14)	3940 (+156)
OZW leczone inwazyjnie	1487 (+81)	3378 (+815)
Stymulatory ogółem	730 (-131)	1002 (-11)
CRT	40 (-4)	36 (+9)
Ablacje	58 (+27)	269 (-18)
ICD	198 (+74)	127 (-38)

\* Dane przedstawione dzięki uprzejmości konsultanta wojewódzkiego, prof. M. Janion