



Cyfrowy szpital

Rozmowa z dr. Mieczysławem Pasowiczem,
dyrektorem krakowskiego Szpitala im. Jana Pawła II

Jak pan łączy wprowadzanie nowych technologii i aktywność medyczną z zarządzaniem nowoczesnym szpitalem?

Moją pasją jest wprowadzanie nowych rozwiązań organizacyjnych i medycznych. Jestem ekspertem *European Association of Cardiac Radiology*, *European Congress of Radiology*, pełnię funkcję wiceprezydenta *European Association of Hospital Managers* w Brukseli, a ostatnio zostałem wybrany do zarządu prestiżowego *International Forum Gastein* w Austrii. W Krakowie zarządzam szpitalem już od 14 lat. W tym czasie zorganizowałem Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji Chorób Serca i Płuc z oddziałem szybkiej diagnostyki.

Czy dzięki 64-warstwowemu tomografowi zabieracie pracę kardiologom inwazyjnym?

Tak się nie stanie. Należy jednak podkreślić, że podstawowa różnica między koronarografią klasyczną a obrazowaniem tomograficznym tętnic wieńcowych polega na możliwości oceny zaawansowania zmian miażdżycowych zlokalizowanych w ścianie tętnicy wieńcowej.

Jak udało wam się pozyskać taki sprzęt?

Od wielu lat Szpital im. Jana Pawła II w Krakowie ma umowę z Siemensem na funkcjonowanie Ośrodka Naukowo-Szkoleniowo-Referencyjnego Top w Europie. Dzięki temu mamy możliwość dostępu do najnowszych technologii i na specjalnych zasadach pozyskujemy urządzenia, które są innowacyjne w skali Europy i świata. Często odbywa się to tak, że oddaję starsze urządzenie, a w zamian otrzymuję nowe. Dopłata za 64-warstwowy tomograf wyniosła ok. 2,5 mln zł. W ten sposób staliśmy się jednym z najbardziej innowacyjnych ośrodków w Europie.

W 1999 r. szpital uzyskał tytuł Lidera Informatyki – co to oznacza w praktyce?

W naszym szpitalu codziennie, rutynowo, wykonujemy telekonsultacje koronarograficzne z kilkoma szpitalami w Polsce. W ten sposób w ciągu 3 lat wykonano blisko 3 tysięcy konsultacji kardiologiczno-kardiologicznych zakończonych interwencją. Nie będę wymieniał sprzętu, jaki posiada szpital, ale od początku założyłem, że musi to być najnow-

szą technologia cyfrowa, dzięki czemu szpital udostępnia obrazy i wyniki wszystkim oddziałom i uprawnionym lekarzom za pośrednictwem intranetu, wykorzystując 450 komputerów działających w sieci szpitalnej. Obecnie instalowana jest cyfrowa sieć holterowska i echokardiograficzna.

Jakie możliwości daje najnowszy tomograf Siemens?

Urządzenie otwiera nowe perspektywy w diagnostyce radiologicznej i kardiologicznej. Szczegółne zastosowanie wynika z możliwości nieinwazyjnej oceny i wykrywania blaszek miażdżycowych w tętnicach wieńcowych. Stosowana, dzięki tomografowi, metoda pozwala zaobserwować u pacjentów blaszki miażdżycowe oraz ich morfologię, czyli określić indywidualne ryzyko u pacjentów, którzy nie mają dolegliwości.

Jakich pacjentów kardiologicznych kwalifikujecie do badań tomograficznych?

Najczęściej są to pacjenci z niecharakterystycznymi dolegliwościami bólowymi w klatce piersiowej, mający liczne czynniki ryzyka zawału serca i ci, którzy osiągnęli pewien wiek. Korzyść z badania osiągają chorzy po wszczepieniu pomostów aortalno-wieńcowych i stentów. Wykonujemy ponadto całkowicie nieinwazyjną angiograficzną ocenę zmian miażdżycowych i zwężeń w tętnicach obwodowych, np. szyjnych, nerkowych i biodrowych. Skanowanie trwa w tych przypadkach kilkanaście sekund i jest całkowicie nieinwazyjne, a kontrast radiologiczny jest podawany do żyły odtokowej.

Jaką korzyść z badania może mieć pacjent, który nie odczuwa dolegliwości?

Wielu pacjentów uniknęło udaru mózgu po stwierdzeniu istotnych zwężeń w tętnicach szyjnych. Oczywiście, gdy pacjent ma charakterystyczne dolegliwości stenokardialne lub przeżył zawał serca, kierujemy go do badania inwazyjnego, celem wykonania równoczesnej terapii. Tendencja jest taka, żeby diagnostykę inwazyjną, zwłaszcza tętnic obwodowych, zastępować badaniem tomograficznym. Trwają też intensywne badania nad zastosowaniem tej metody w globalnej ocenie ryzyka zawału serca.

Rozmawiał Janusz Michalak