

NUMER 18

ISSN 1730—1297

czerwiec 2010

SZLACHETNE ZDROWIE

Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca





**Prace małych Pacjentów
Śląskiego Centrum Chorób Serca**

Szlachetne Zdrowie
Nikt się nie dowie
Jako smakujesz
Aż się zepsujesz

Jan Kochanowski

W końcu nastało słońce, możemy zostawić parasole w domach (ciekawe, na jak długo) i oddać się myślom o wakacyjnym leniuchowaniu. Dla większości z nas zaczyna się okres urlopowy, tak więc:

*Lato, lato, lato czeka ,
Razem z latem czeka rzeka
Razem z rzeką czeka las
A tam ciągle nie ma nas .
Lato, lato, nie płacz czasem ,
czekaj z rzeką , czekaj z lasem
W lesie schowaj dla nas chłodny cień
Przyjedziemy lada dzień .*



W numerze:

Punkt widzenia

Badanie POLMIDES

Co nowego w projektach unijnych?

Ruch jest życiem

Nadciśnienie tętnicze

Dietetyk radzi...

Lawrence Craven

Przyjęcie chorego do szpitala

Gdy odwiedzasz kogoś w szpitalu...

5 lat systemu zarządzania w SCCS

Praca a zdrowie pracowników medycznych.

Wspomnienia

M – jak MARZENIE

Wszystkie dzieci nasze są

Sebastian

Serce Marcelka

Udanego wypoczynku, pięknej opalenizny i nabrania sił do dalszej pracy,

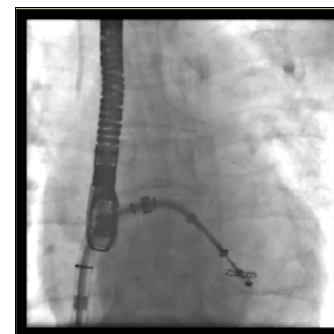
Życzy REDAKCJA

P.S. Jeśli ktoś chciałby podzielić się z nami wakacyjnymi przeżyciami, czekamy na teksty.

WYDARZENIA

- System MitraClip

Niedomykalność zastawki mitralnej jest drugą pod względem częstości występowania wadą zastawkową serca. Szacuje się, że rocznie na całym świecie ponad 100 000 chorych z rozpoznaniem istotnej niedomykalności mitralnej leczonych jest kardiochirurgicznie. Wykonywane są zabiegi naprawcze zastawki lub jej całkowita wymiana. W ostatnich latach wprowadzono do praktyki klinicznej nieoperacyjne leczenie tej wady za pomocą specjalnego klipsa, rodzaju zapinki. Wprowadza się go do ujścia zastawki mitralnej poprzez układ żylny bez konieczności otwarcia klatki piersiowej. Zapinką łączy się centralnie płatki zastawki, zmniejszając stopień jej niedomykalności.



Główną korzyścią ze stosowania tej nowej, nieoperacyjnej metody jest przede wszystkim mniejsze obciążenie zabiegiem dla chorych w porównaniu z leczeniem kardiochirurgicznym. Istnieje ponadto liczna grupa osób z wysokim ryzykiem leczenia operacyjnego i dla nich właśnie leczenie przezskórne wydaje się być dobrą alternatywą. W naszym ośrodku, w dniach 12-13 maja br., wykonano pierwsze w Polsce trzy zabiegi z wykorzystaniem systemu MitraClip. Dokonał tego zespół lekarzy: prof. Zbigniew Kalarus, dr hab. Andrzej Lekston – operatorzy hemodynamišci, dr hab. Tomasz Kukulski, dr Jacek Sikora, dr Witold Streb – echokardiografišci oraz anestezjolog – dr Paweł Nadiakiewicz.

Chorzy mężczyźni z ciężkim pozawałowym uszkodzeniem serca, ze znacznie upośledzoną frakcją wyrzutową lewej komory, licznymi chorobami współistniejącymi, w wieku 61, 64 i 67 lat, będący w grupie wysokiego ryzyka leczenia kardiochirurgicznego, zostali poddani skutecznemu zabiegowi redukcji niedomykalności zastawek, pozwalającej na poprawę wydolności fizycznej. Dzięki zastosowanej metodzie chorzy, według ich relacji, łatwiej wykonują podstawowe czynności życiowe i nie muszą już spać w pozycji pionowej.

- Światowy Dzień Zdrowia, obchodzony pod hasłem "Człowiek i miasto", poświęcony tematowi urbanizacji i zdrowia, 7 kwietnia 2010
- XVII Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna *Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca, płuc i naczyń* oraz XI Warsztaty Kardiologii Inwazyjnej - Zabrze, 21-22.05.2010.
- Kurs Specjalistyczny *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa* dla personelu pielęgniarskiego, czerwiec 2010r
- Kurs Specjalistyczny *Wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego* dla personelu pielęgniarskiego, czerwiec 2010r.
- V Rajd Rowerowy - Po zdrowie na rowerze, Zabrze - Kraków , 12-14 czerwiec

REDAKCJA:

Bożena Smoter
Joanna Zembala-John

Bożena Krymska
Grażyna Szymura
Zofia Urbanik
Alicja Chachaj

WYDAWNICTWO:

SCCS
Ul. Szpitalna 2
41-800 Zabrze
www.sccs.pl
biblioteka@sccs.pl

DRUK:

KOMDRUK
Ul. Pszczyńska 37
44-101 Gliwice



Z mojego obserwatorium, czyli teraźniejszość i przyszłość kardiochirurgii

Prof. dr hab.
Marian Zembala
*Dyrektor Śląskiego Centrum
Chorób Serca*



Do najważniejszych zadań, nie tylko w Polsce, ale i w europejskiej medycynie, w tym także kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej czy torakochirurgii, ale także ortopedii, internie, urologii, okulistyce i pozostałych dziedzinach, należy konieczność podnoszenia - na miarę posiadanych od płatnika środków - poziomu świadczeń w zakresie jednorodnych grup pacjentów, aby realnie odpowiedzieć na rosnące koszty leczenia chorych starszych z wieloma współistniejącymi chorobami. Bardzo silnie popieramy rozwój gerontologii klinicznej, geriatrici, bowiem coraz częściej naszym pacjentem jest 70-80 latek.

W strategii tego rozwoju, w sposób uzasadniony medyczno-ekonomicznie, musimy uwzględnić wprowadzanie - w wybranej ze względu na kryteria medyczne - nowych technologii, niestety bardziej kosztownych, ale niezbędnych, jeżeli chcemy zmniejszyć ryzyko powikłań. Wprowadzenie metod przeznaczeniowych uratowało wielu najtrudniejszych chorych z ciężką stenozą aortalną (Program TAVI). Bardziej skuteczny u chorych z wrodzonymi wadami serca, poddanych wielu operacjom, okazał się program PAVTI (nieoperacyjnego wszczepienia zastawki płucnej). Dobrze rozwija się także program nieoperacyjnej naprawy zastawki mitralnej u chorych trudnych z pozawałową niedomykalnością mitralną (MITRACLIP). Nikt już dzisiaj nie kwestionuje również wartości stengraftów aortalnych w leczeniu trudnych tętniaków aorty. To są świadectwa postępu w naszych specjalnościach, widoczne są one w całej medycynie. Musimy tylko bardzo racjonalnie je wykorzystywać, ale także umieć liczyć, aby nie powstawały dysproporcje albo nadmierne stosowanie metod, które są bardzo drogie, a nie mają jeszcze udokumentowanych, dobrych, nie tylko wczesnych, ale i odległych wyników leczenia.

Multidyscyplinarne spojrzenie na chorego

Kardiochirurdzy czy chirurdzy naczyniowi nie powinni obawiać się konkurencji ze strony kardiologii inwazyjnej, pod warunkiem, że zostaną zachowane i spełnione zasady dobrej współpracy w zespołach multidyscyplinarnych, dotyczące wspólnego leczenia. U chorych planowych powinniśmy się wystrzegać się decyzji podejmowanych często jednoosobowo, z pominięciem doświadczeń zespołu wielospecjali-

stycznego. To jest zadanie dla ekspertów w danym kraju, szczególnie osób odpowiedzialnych za politykę zdrowotną państwa. To także zadanie dla europejskich towarzystw medycznych, konieczność przygotowania przez nich wytycznych postępowania z chorym w danej jednostce chorobowej. Analiza medyczno-ekonomiczna nie może nie być brana pod uwagę przy tych pracach.

Medycyna XXI wieku

Większa integracja naszych specjalności, a zwłaszcza sercowo-naczyniowej, jest konieczna wobec współczesnych, stawianych w medycynie zadań. Naszym pacjentem coraz częściej staje się chory starszy, z licznymi obciążeniami w zakresie chorób serca płuc i naczyń, chory mający cukrzycę i upośledzoną funkcję nerek, chory, który miał przebyte incydenty mózgowce. To wszystko sprawia, że musimy włożyć dużo więcej wysiłku medycznego, ale także organizacyjnego i finansowego, aby tym rosnącym wymaganiom lepiej sprostać. Widzimy, jak mocno proces integracji naszych specjalności przebiega w takich krajach, jak Niemcy, Wielka Brytania, Francja, Holandia czy Austria. Należy dzielić się wspólnym europejskim doświadczeniem z krajami, które są na nieco niższym poziomie rozwoju, także ekonomicznego. To wielkie zadanie dla nas - leczących i organizujących leczenie.

Integracja widoczna jest także w zakresie współpracy kardiologów z kardiochirurgami i anesteziologami, chirurgów naczyniowych z angiologami, radiologami. Podejmując wspólnie nowe programy małoinwazyjnego leczenia chorych, także tych najtrudniejszych wiemy, że tylko wspólne działania dadzą lepszy efekt. Kto jest najważniejszy? Oczywiście, że chory! My tylko służymy naszą wiedzą, doświadczeniem, intuicją, poświęceniem i dobrą organizacją.

Marian Zembala

Badanie

POLMIDES

Temat badania: *Opracowanie algorytmu postępowania u chorych z wielonaczyniową chorobą wieńcową w strategii leczenia hybrydowego: zastosowanie techniki kardiologicznej w połączeniu z przeszkórną rewaskularyzacją wieńcową. Badanie POLMIDES.*

Źródło finansowania badania: Program Rozwojowy finansowany z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Kierownik Projektu - Kardiologia: M. Zembala,

Kierownik Projektu - Kardiologia: M. Gąsior,

Koordynatorzy badania: M. Tajstra, M. Zembala junior

Główni badacze - Kardiologia: L. Poloński, Z. Kalarus

Główni badacze - Kardiologia: K. Filipiak, T. Hrapkiewicz

Sekretarz badania: Lucyna Broja

Nadzór finansowy: B. Duda

Dlaczego podjęliśmy ten temat badawczy

Współczesna kardiologia i kardiologia oferuje choremu z zaawansowaną chorobą wieńcową intensywną farmakoterapię oraz dwa sposoby rewaskularyzacji: przeszkórną oraz chirurgiczną. Postęp, jaki dokonał się w medycynie w ostatnich latach, pozwolił jednocześnie istotnie wydłużyć czas i poprawić komfort życia chorego. Dziś do leczenia kardiologicznego coraz częściej kierowani są chorzy starsi, z wieloma chorobami współistniejącymi, z wielonaczyniową chorobą wieńcową, nierzadko po wcześniejszych zabiegach przeszkórnej angioplastyki z powodu zawału serca. Chociaż obecny poziom kardiologii pozwala na bezpieczne i skuteczne leczenie tychże chorych, to wciąż jednak ryzyko powikłań śród- i pooperacyjnych, w tym zgonu, pozostaje wysokie. Stąd też narodziła się idea hybrydowej, czyli łączonej rewaskularyzacji, w której kardiolog oraz kardiolog inwazyjny wykorzysta najlepszy, najskuteczniejszy i najbardziej bezpieczny sposób terapii przy minimalnym ryzyku.

Zabieg pomostowania tętnic wieńcowych (Coronary Artery Bypass Grafting – CABG) jest uznanym i szeroko stosowanym sposobem leczenia choroby wieńcowej o bardzo silnie udokumentowanej skuteczności i bezpieczeństwie. Pomosty naczyniowe stanowią tętnice lub/i żyły własne chorego, przy czym „złotym standardem”, o doskonałych wynikach odległych jest tętnica piersiowa wewnętrzna. Tętnica promieniowa, której pobranie możliwe jest także metodą endoskopową, cechuje się równie dobrą drożnością odległą. Jednakże najczęściej stosowanym pomostem naczyniowym, prócz tętnicy piersiowej wewnętrznej, pozostaje żyła odpiszczelowa. Współczesna kardiologia rozwinęła wiele technik pomostowania tętnic wieńcowych. Do

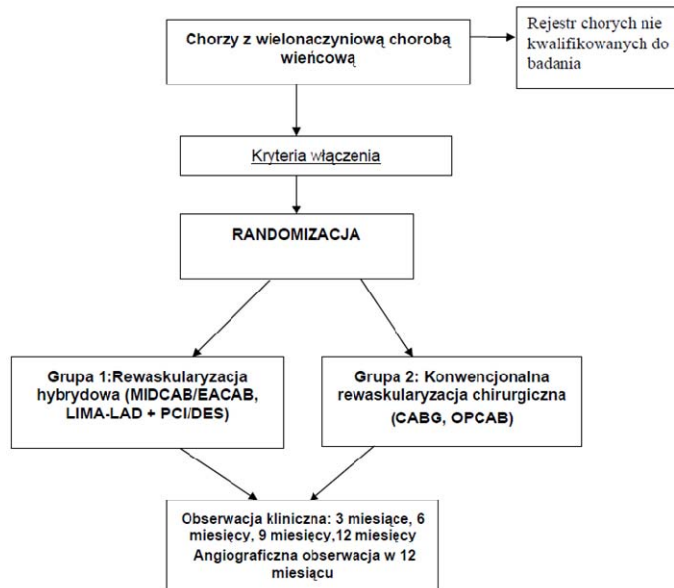
klasycznych należą operacja na sercu zatrzymanym, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Do metod nowszych, mających na celu zmniejszenie inwazyjności zabiegu, należą techniki operacji na bijącym sercu, bez użycia krążenia pozaustrojowego (Off-Pump Coronary Artery Bypass – OPCAB) oraz metody Minimally Invasive Direct Coronary Artery Bypass (MIDCAB) i endoskopowe: Endoscopic Atraumatic Coronary Artery Bypass (EACAB). W klasycznym CABG serce zostaje zatrzymane w rozkurczu za pomocą płynu kardioplegicznego, zawierającego wysokie stężenie jonów potasu. Funkcje serca i płuc w czasie zatrzymania pracy serca pełni urządzenie zwane *plu-cersem* lub *krążeniem pozaustrojowym*. Stabilne pole operacyjne, uzyskane dzięki zatrzymanej akcji serca, pozwala na wysoce precyzyjne wszczepienie pobranych wcześniej naczyń tętniczych i żylnych pomiędzy miejsce chorobowo zmienione a aortę chorego. Po zakończonym pomostowaniu serce samodzielnie podejmuje funkcję skurczową. Metoda OPCAB jest metodą stosowaną najczęściej u chorych, u których ryzyko powikłań wynikających z zatrzymania akcji serca i zastosowania krążenia pozaustrojowego jest wysokie. Stąd też stosowana jest ona najczęściej u pacjentów z rozsianą miażdżycą, obejmującą aortę i tętnice szyjne, w przypadku słabej funkcji lewej komory lub też u pacjentów ze współistniejącą chorobą nowotworową (lub nowotworem w wywiadzie), u których krążenie pozaustrojowe mogłoby przyczynić się do rozsiewu choroby. Stabilizację pola operacyjnego umożliwiają specjalne stabilizatory, które unieruchamiają fragment komory z naczyniem wieńcowym. Zarówno klasyczne CABG, jak i OPCAB wymagają sternotomii pośrodkowej, czyli przecięcia mostka, celem wypreparowania serca i wielkich naczyń. Na przestrzeni lat opracowano techniki, które pozwalają zminimalizować wielkość cięcia, oferując pacjentowi lepszy wynik kosmetyczny oraz szybszy powrót do pełnej aktywności zawodowej. MIDCAB oraz EACAB, choć technicznie trudne i wymagające, oferują wysoką skuteczność rewaskularyzacji przy minimalnym urazie klatki piersiowej, jednak z uwagi na ograniczone pole operacyjne, zabiegi te wykonuje się u chorych ze zwężeniem jednej, maksymalnie dwóch naczyń wieńcowych. W przypadku choroby wielu naczyń wieńcowych możliwe jest wykonanie tzw. zabiegu hybrydowego, czyli połączenia leczenia chirurgicznego (MIDCAB/EACAB) z przeszkórną implantacją stentów wieńcowych.

Założenia badania

Bazując na aktualnym stanie wiedzy sądzimy, że strategia leczenia hybrydowego wraz ze znacznym postępem technologicznym, wzrostem doświadczenia operatorów, u chorych z wielonaczyniową chorobą wieńcową będzie charakteryzowała się podobną skutecznością bezpośrednią przy wyższym bezpieczeństwie zabiegu (np. mniejsza częstość krwawień, okołozabiegowych zawałów serca i udarów mózgu). Co więcej, oczekujemy iż w obserwacji odległej efekt zabiegu będzie lepszy. Dodatkowo, w grupie leczenia hybrydowego spodziewamy się wyższej jakości życia oraz krótszego czasu hospitalizacji i rehabilitacji. Biorąc pod uwagę dynamiczny rozwój kardiologii i kardiologii, należy spodziewać się szerszego zastosowania technik małoinwazyjnych, w tym endoskopowych. Mamy powody sądzić, w oparciu o dotychczasowe doświadczenia, że leczenie hybrydowe będzie mogło stanowić efektywną alternatywę dla klasycznej rewaskularyzacji chirurgicznej. Zakładamy, że dostępność do zintegrowanej, małoinwazyjnej terapii będzie większa, a wykonanie jej możliwe i bezpieczne.

Założeniem proponowanego badania jest porównanie dwóch schematów leczenia chorych z wielonaczyniową chorobą wieńcową: hybrydowego (połączenie małoinwazyjnej techniki chirurgicznej i techniki przezskórnej rewaskularyzacji wieńcowej), z klasyczną rewaskularyzacją chirurgiczną. Proponowany przez nas schemat badania przedstawia rycina 1. i harmonogram badania (Tabela 1). Przystępując do

realizacji badania randomizowanego oceniliśmy w pilotażu możliwość wykonania i bezpieczeństwo procedury u kilkunastu chorych. Łącznie planujemy włączyć w ramach projektu 200 pacjentów z wielonaczyniową chorobą wieńcową.



Rycina 1. Algorytm badania.

	Okres wewnątrzszpitalny		Wypis	3 miesiąc	6 miesiąc	9 miesiąc	12 miesiąc
	Przed procedurą rewaskularyzacji	Po procedurze rewaskularyzacji					
Świadoma zgoda chorego	X						
Kryteria włączenia/kryteria wykluczenia	X						
Randomizacja	X						
EKG (12 odprowadzeń)	X ¹	X ²					
Ponowna procedura rewaskularyzacji				X ³			
UKG	X		X				X
Badania krwi	X	X	X				X
Test wysiłkowy		X ⁴					
Monitorowanie zdarzeń niepożądanych	X	X	X	X	X	X	X
Ocena punktów końcowych		X	X	X	X	X	X
Ocena jakości życia	X		X				X
Ocena kosztów leczenia	X	X	X				X
Test ciążowy	X						

Tabela 1. Harmonogram badania.

Dotychczasowe wyniki dotyczące rewaskularyzacji hybrydowej

Koncepcja hybrydowej rewaskularyzacji zaistniała po raz pierwszy tuż po wprowadzeniu w 1995 roku operacji minimalnej, bezpośredniej tętniczej rewaskularyzacji wieńcowej – MIDCAB (Minimally Invasive Direct Coronary Artery Bypass). Niestety, z uwagi na wysokie wymagania techniczne wobec chirurga (endoskopia, operacja przez bardzo wąską torakotomię boczną) oraz na brak standaryzacji, dobrze udokumentowanych protokołów, ale przede wszystkim przejrzyście wyników badań randomizowanych, sposób rewaskularyzacji hybrydowej nie został powszechnie zaakceptowany. Dostępne wyniki

rejestrów niewielkich, wyselekcjonowanych grup pacjentów pokazują jednak, że ten sposób terapii może w sposób istotny przyczynić się do redukcji niepożądanych zdarzeń sercowo-naczyniowych, zapewniając pacjentowi powrót do zdrowia. Należy zwrócić uwagę, że praktycznie nie obserwuje się zgonów w grupie chorych leczonych hybrydowo (Tabela 2). Jednakże są to badania pilotażowe na wysoce wyselekcjonowanej grupie chorych.

Autor	Rok publikacji	Miejsce publikacji	Liczba pacjentów	Śmiertelność okołozabiegowa	LIMA zwężenie po 6 mies. (%)	PTCA/Stent restenoza po 6 mies. (%)
Angelini [18]	1996	Lancet	6	0	Brak danych	Brak danych
Friedrich	1997	NEJM	2	0	Brak danych	Brak danych
Wittwer [19]	2000	AnnThorSurg	35	0	0	7
Riess [17]	2002	AnnThorSurg	57	0	3	24
Cisowski [20]	2002	EJCTS	50	0	2	10
Stahl [21]	2002	AnnThorSurg	54	0	Brak danych	Brak danych
Davidavicius	2005	Circulation	20	0	Brak danych	Brak danych
Kon	2008	Thorac Cardiovasc Surg	15	0	Brak danych	Brak danych

Tabela 2. Wybrane prace, publikowane w piśmiennictwie światowym dotyczące leczenie hybrydowego chorych z wielonaczyniową chorobą wieńcową

Ograniczenia rewaskularyzacji hybrydowej

Wśród przyczyn, które ograniczają zastosowanie tej metody terapii w codziennej praktyce, do najczęściej wymienianych należą przede wszystkim: brak szerokiego dostępu do wyspecjalizowanych ośrodków przeprowadzających chirurgiczne procedury małoinwazyjne, jak również logistyczne bariery uniemożliwiające w krótkim czasie połączenie dwóch specjalistycznych metod leczenia (odpowiednie pomieszczenie zabiegowe) oraz niejasny wciąż aspekt ekonomiczny.

Spodziewane korzyści dla chorych

Rozwój technik małoinwazyjnych wychodzi naprzeciw oczekiwaniom pacjenta, który - prócz skutecznej, bezpiecznej i obciążonej minimalnym ryzykiem powikłań operacji pomostowania tętnic wieńcowych, coraz częściej domaga się kosmetycznego efektu zabiegu i szybszego powrotu do pełnej aktywności osobistej i zawodowej. Hybrydowa rewaskularyzacja wieńcowa wydaje się spełniać te oczekiwania. Koncepcja powiązania leczenia kardiochirurgicznego z przezskórną angioplastyką i implantacją stentów powlekanych wydaje się być obiecującym sposobem terapii pacjentów z wielonaczyniową chorobą wieńcową.

Podsumowanie

Randomizowane badane kliniczne pozwolą na rzetelną weryfikację tej hipotezy. Przeprowadzenie niniejszego badania u losowo dobranych chorych z wielonaczyniową chorobą wieńcową, pozwoli na potwierdzenie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia hybrydowego oraz szersze jego zastosowanie. Nasz Ośrodek posiada wieloletnie, odpowiednie przygotowanie merytoryczne i logistyczne. W styczniu 2011 roku w nowopowstającym segmencie B Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze zostanie oddana pierwsza w Polsce operacyjna sala hybrydowa, w której równocześnie zabiegi będą mogli wykonywać kardiochirurdzy, kardiolodzy i chirurdzy naczyniowi.

Obecnie w ramach projektu POLMIDES włączonych zostało już 55 pacjentów. Nie obserwowaliśmy dużych niekorzystnych zdarzeń jak zgon, zawał czy udar mózgu w tej grupie chorych. Jeden chory z grupy leczonych hybrydowo wymagał konwersji do klasycznej rewaskularyzacji chirurgicznej.

Jolanta Głowik, Mateusz Tajstra, Michał Zembala

wysokości 3 000 000 zł. Kierownikami projektu są: prof. Marian Zembala i prof. Mariusz Gąsior.



Opracowanie algorytmu postępowania u chorych z wielonaczyniową chorobą wieńcową w nowej strategii leczenia hybrydowego z zastosowaniem małoinwazyjnej techniki kardiochirurgicznej MIDCAB/TECAB w połączeniu z przezskórną interwencją wieńcową

Działając na podstawie § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 18 lutego 2008 r. w sprawie kryteriów i trybu przyznawania oraz rozliczania środków finansowych na naukę przeznaczonych na finansowanie projektów rozwojowych (Dz.U. nr 38, poz. 216), co najmniej raz w roku Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego ogłasza komunikat o możliwości składania wniosków o przyznanie środków finansowych na naukę przeznaczonych na finansowanie projektów rozwojowych, które kwalifikuje się do finansowania.

W 2009 r. w ramach VI konkursu projektów rozwojowych na podstawie Decyzji Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego nr 0587/R/P01/2009/06 z dnia 30-04-2009 Śląskiemu Centrum Chorób Serca w Zabrzu przyznane zostały środki finansowe na realizację projektu rozwojowego: *Opracowanie algorytmu postępowania u chorych z wielonaczyniową chorobą wieńcową w nowej strategii leczenia hybrydowego z zastosowaniem małoinwazyjnej techniki kardiochirurgicznej MIDCAB/TECAB w połączeniu z przezskórną interwencją wieńcową*. 7 września 2009 r. podpisana została z Narodowym Centrum Badań i Rozwoju z siedzibą w Warszawie, któremu Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego przekazał prowadzenie całości działań związanych z monitorowaniem i finansowaniem realizacji projektu, Umowa Nr N R13 0084 06/2009 przewidująca dofinansowanie w

Realizacja projektu zaplanowana od 1 sierpnia 2009 r. do 31 lipca 2012 r. obejmuje ocenę możliwości i bezpieczeństwa wykonania rewaskularyzacji hybrydowej, w porównaniu z klasyczną rewaskularyzacją chirurgiczną u chorych z wielonaczyniową chorobą wieńcową oraz analizę wpływu zastosowanej techniki leczenia na wystąpienie niekorzystnych zdarzeń sercowych w obserwacji wczesnej i odległej. Pierwszym i zarazem głównym celem badania jest wykazanie możliwości i bezpieczeństwa wykonania rewaskularyzacji hybrydowej u pacjentów z wielonaczyniową chorobą wieńcową. Do badania zostanie włączonych 200 chorych z udokumentowaną angiograficznie wielonaczyniową chorobą wieńcową, w tym istotnym zwężeniem w zakresie tętnicy przedniej zstępującej. Z uwagi, że jest to badanie randomizowane, chorzy będą losowo przydzielani do leczenia klasyczną metodą pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG/OPCAB) lub w schemacie hybrydowym. Leczenie hybrydowe, zgodnie z protokołem badania, będzie wykonywane w dwóch etapach: pierwszym - wszycie pomostu tętniczego z tętnicy piersiowej wewnętrznej do tętnicy zstępującej przedniej techniką małoinwazyjną MIDCAB, bez klasycznej sternotomii, drugim - wykonanie przezskórnej angioplastyki z implantacją stentów powlekanych do pozostałych zwężonych tętnic wieńcowych. Po 12 miesiącach od wykonania zabiegu wszyscy chorzy będą przyjmowani do Śląskiego Centrum Chorób Serca celem wykonania kontrolnej koronarografii.

Założeniem rozpowszechnienia hybrydowego sposobu rewaskularyzacji chorych z zaawansowaną wielonaczyniową chorobą wieńcową jest małoinwazyjność zabiegu oraz uniknięcie powikłań związanych z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego w trakcie klasycznego zabiegu CABG



Co nowego w projektach unijnych?

19 kwietnia 2010 r. w Warszawie zawarta została pomiędzy Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia a Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze Umowa o dofinansowanie projektu **Zakup aparatury obrazowej i wyrobów medycznych na potrzeby Bloku Operacyjnego oraz Oddziału Intensywnej Opieki Sercowo-Naczyniowej SCCS w Zabrzu**, WND-POIS.12.02.00-00-042/08

Wartość projektu: 9 975 340,00 PLN

Wartość dofinansowania z Unii Europejskiej: 8 479 039,00 PLN

Wartość dofinansowania ze środków Ministra Zdrowia: 1 496 301,00 PLN

Realizacja projektu trwa już od kilku miesięcy. Pierwszy przetarg na zakup sprzętu ogłoszony był jeszcze w grudniu 2009 r. Aktualnie rozpoczęte zostały wszystkie procedury przetargowe dotyczące planowanej do zakupu aparatury, a część z nich rozstrzygnięta. Podpisano umowy z firmami:

- Siemens Sp. z o.o., Warszawa na dostawę Lampy rentgenowskiej z zabiegowym stołem pływającym o wartości 1 260 504,36 PLN
- Siemens Sp. z o.o., Warszawa na dostawę aparatu AXIOM Artis dTC, czyli angiografu do sali hybrydowej, o wartości 1 649 831,88 PLN
- Medicom Sp. z o.o., Zabrze na dostawę dwóch stołów i dwóch lamp operacyjnych o łącznej wartości 447 578,86 PLN
- Sorin Group Italia S.R.L, Mirandola na dostawę dwóch separatorów krwi o łącznej wartości 192 600,00 PLN
- Biotronik Polska Sp. z o.o., Poznań na dostawę pompy do chłodzenia elektrody ablacyjnej o wartości 36 380,00 PLN.

Wszystkie urządzenia objęte projektem WND-POIS.12.02.00-00-042/08 stanowią wyposażenie nowego obiektu medyczno-administracyjnego Śląskiego Centrum Chorób Serca. Dostawa ich przewidziana została w okresie od lipca do września 2010 r.

Również część sprzętu objęta Umową zawartą 14 kwietnia 2010 r. pomiędzy Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia a Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu o dofinansowanie projektu pt.: **Zakup aparatury obrazowej oraz wyrobów medycznych na potrzeby Pracowni Hemodynamiki i Diagnostyki Obrazowej SCCS w Zabrzu**, WND-POIS.12.02.00-00-044/08, zainstalowana zostanie w nowym obiekcie.

Wartość projektu: 9 957 340,00 PLN

Wartość dofinansowania z Unii Europejskiej: 8 463 739,00 PLN

Wartość dofinansowania ze środków Ministra Zdrowia: 1 493 601,00 PLN

Aktualnie w ramach projektu ogłoszono wszystkie zaplanowane przetargi, część z nich rozstrzygnięto. Podpisane zostały umowy z firmą Siemens Sp. z o.o., Warszawa na dostawę angiografu do badań naczyniowych o wartości 1 863 272,03 PLN oraz dwóch angiografów wieńcowych o łącznej wartości 3 258 348,63 PLN.

Trwają obecnie niezbędne przygotowania techniczne poprzedzające montaż nowego sprzętu.

Intensywność prac związana z nowym obiektem, jego wyposażeniem i oddaniem do eksploatacji nie wstrzymuje myślenia o przyszłości. W marcu br. do Departamentu Funduszy Europejskich w Ministerstwie Zdrowia złożona została przez Dyрекcję Szpitala wstępna charakterystyka kolejnego projektu pn. **Rozbudowa Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu (moduł C) – utworzenie ogólnopolskiego centrum kliniczno-naukowego transplantacji płuc i serca oraz leczenia mukowiscydozy u dorosłych i dzieci**, z prośbą o ujęcie zadania w wykazie indywidualnych projektów kluczowych w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, Priorytet XII *Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia*, Działanie 12.2 *Investycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym*.

Projekt stanowi kontynuację konsekwentnie prowadzonych w Śląskim Centrum Chorób Serca działań modernizacyjno-inwestycyjnych. Służyć ma poprawie dostępności i skuteczności leczenia wysokospecjalistycznego, włącznie ze stanami ciężkiego zagrożenia życia z powodu ostrej i przewlekłej niewydolności krążeniowo-oddechowej u dorosłych i dzieci.

W ramach projektu przewidziano rozbudowę:

- Oddziału kardiologii,
- Oddziału transplantacji serca i niewydolności krążenia,
- Oddziału intensywnej opieki pooperacyjnej,
- Bloku operacyjnego,
- Banku krwi, sekcji krwiodawstwa i pracowni serologii transfuzjologicznej

oraz utworzenie:

- Pracowni diagnostyki obrazowej i czynnościowej płuc i serca,
- Oddziału transplantacji płuc i niewydolności oddechowej, w ramach którego przewiduje się uruchomienie oddzielnego, specjalnie izolowanego Pododdziału leczenia mukowiscydozy u dorosłych i dzieci,
- Pracowni zaburzeń krzepnięcia i hemostazy oraz monitorowania oporności na leczenie przeciwplatekcyjne,
- Laboratorium medycyny regeneracyjnej i terapii komórkowej,
- Pracowni doskonalenia przeznaczeniowych i endoskopowych technik chirurgicznych,
- Pracowni molekularnej monitorowania funkcji przeszczepionego narządu.

Ponadto zaplanowano powstanie nowoczesnej centralnej sterylizacji dla potrzeb całego szpitala w miejsce istniejącej starego typu, mającej obecnie tylko warunkową zgodę na funkcjonowanie.

Jolanta Głowik

Potęga ruchu

„Ruch jest życiem - życie jest ruchem”
Alfred Senger



Ruch jest nieodłącznym atrybutem życia; lekiem niezwykłym, choć nie do znalezienia na aptekarskiej półce. Ruch ma wpływ na prawidłowy przebieg procesów fizjologicznych i metabolicznych, a jego brak stanowi największe zagrożenie dla zdrowia. Nasz organizm przystosowany jest do poziomu aktywności z okresu paleolitu, kiedy to zaspokojenie podstawowych potrzeb wiązało się z

wysiłkiem. Wzmoczona aktywność, związana z przemieszczaniem się w pogoni za zwierzyzną i poszukiwaniem pożywienia, przedzielana była krótkimi okresami o mniejszej intensywności wysiłku.

Dokonująca się zmiana warunków życia przytępiła naszą świadomość potrzeby ruchu. Rozwój nauki i techniki, który ułatwia człowiekowi życie, eliminuje ruch i pracę fizyczną. Udogodnienia, środki komunikacji, automatyzacja, zmniejszają do minimum wysiłek fizyczny, a telewizja i Internet zabierają coraz więcej wolnego czasu i sprzyjają siedzącemu trybowi życia.

W większości krajów wysoko rozwiniętych od przynajmniej 20 lat można mówić o epidemii „lenistwa ruchowego”. Siedzący tryb życia, upowszechniający się w coraz liczniejszych grupach społecznych, jest czymś zgoła przeciwnym do naturalnej aktywności ruchowej człowieka.

Zagadnieniem wpływu aktywności fizycznej na zdrowie zajmują się specjaliści różnych dziedzin, dlatego stosowana terminologia nie zawsze jest ekwiwalentna i nie zawsze dotyczy tych samych przejawów aktywności ruchowej. Sport, rekreacja, aktywność fizyczna są powszechnie definiowane w dowolny sposób i uważane za zamienniki, choć nimi nie są - mierzą bowiem nieporównywalne formy aktywności fizycznej. Spontaniczny marsz, będący najprostszą postacią ruchu, w przypadku, kiedy jest zaplanowany w czasie, wykonywany z określoną intensywnością i systematycznie powtarzany, staje się specyficzną subkategorią aktywności - ćwiczeniem fizycznym zwiększającym sprawność organizmu i poprawiającym stan

zdrowia.

Według Boucharda (2000) aktywność fizyczna to każda praca wykonywana przez mięśnie szkieletowe, charakteryzująca się ponad spoczynkowym wydatkiem energetycznym. Kozłowski i Nazar (1999) określili wysiłek fizyczny jako pracę mięśni szkieletowych wraz z całym zespołem towarzyszących ruchowi czynnościowych zmian w organizmie.

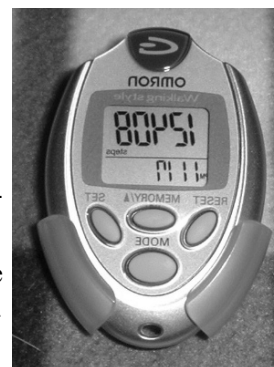
Na aktywność fizyczną składają się czynności związane z zadaniem, prace wykonywane w domu, realizowane celowo i systematycznie ćwiczenia fizyczne oraz wszystkie pozostałe formy spędzania wolnego czasu. Aktywność fizyczna w czasie wolnym może być spontaniczna lub odpowiednio zorganizowana i zaplanowana pod względem rodzaju, obciążenia, czasu trwania i częstotliwości. Rekreacja z założenia jest aktywnością dobrowolną, a jej formy wynikają z typu zainteresowań i możliwości związanych z miejscem pobytu.

W sporcie wysiłek fizyczny ma swoją strukturę, obowiązujące reguły i włączony element współzawodnictwa sportowego.

Dokładny pomiar wydatku energetycznego związanego z aktywnością fizyczną jest stosunkowo trudny. Uznawane za obiektywne dostępne narzędzia pomiarowe opierają się na ocenie ilości energii uzyskiwanej z pożywienia, kalorymetrii bezpośredniej i pośredniej oraz na metodzie podwójnie znakowanej wody. Metody te z uwagi na utrudnienia związane z wykonaniem badania i koszty są wykorzystywane tylko w badaniach klinicznych.

Populacyjne badania poziomu aktywności stanowią nie lada wyzwanie.

Urządzenia bazujące na rejestracji niektórych parametrów fizjologicznych (np. częstość skurczów serca), krokomierze (pedometry), czujniki ruchu (akcelerometry) lub kwestionariusze aktywności fizycznej są powszechniej stosowane, cechuje je jednak mniejsza dokładność pomiarowa.



Dokonując przeglądu wiedzy na temat znaczenia aktywności ruchowej dla stanu zdrowia, należy przede wszystkim przytoczyć wyniki świadczące o tym, że osoby aktywne fizycznie charakteryzują się niższym współczynnikiem umieralności w porównaniu do rówieśników o sedentarnym (siedzącym) stylu życia.

W latach 50-tych ubiegłego wieku systematyczne badania nad rolą wysiłku przeprowadził Jeremy Morris, porównując stan zdrowia kierowców autobusów ze stanem zdrowia kondukto-

rów oraz urzędników pocztowych z listonoszami. Okazało się, że większy wysiłek fizyczny przedłuża życie, badania wykazały, że ruch nie tylko poprawia stan układu krążenia, ale także obniża ciśnienie tętnicze, zapobiega cukrzycy, obniża poziom lipidów we krwi, ułatwia utrzymanie pożądanej wagi. Korzystne zmiany dokonują się w układzie oddechowym i kostnym. Pozytywny wpływ aktywności fizycznej przejawia się ponadto w sferze psychologicznej - polepsza samopoczucie, zmniejsza poczucie lęku, osłabia stany depresyjne, poprawia sen.

Ostatnie dekady z przełomu XX i XXI wieku dostarczają kolejnych dowodów na to, że wzrost aktywności fizycznej wywołuje specyficzne korzyści zdrowotne, rozwija ciało i opóźnia starzenie, zapobiega poważnym chorobom i przedwczesnej śmierci. Z dostępnych badań wynika, że osoby niepalące, utrzymujące prawidłową wagę ciała i wykonujące odpowiednią dawkę ćwiczeń, żyją średnio o 5-7 lat dłużej od rówieśników nie stosujących się do zasad zdrowego stylu życia (Schnohr 2006).

Brak odpowiedniej aktywności fizycznej, zapewniającej dobry stan zdrowia, to zjawisko dotyczące wszystkich społeczeństw w skali światowej.

W Europie na 10 osób 6 uprawia sport. W grupie krajów, których obywatele chętnie podejmują aktywność fizyczną są Irlandia, Szwecja, Finlandia i Dania. Za najbardziej leniwych uważa się Bułgarów, Włochów i Greków, z których zaledwie 3% deklaruje regularne uprawianie sportu. W Polsce 3-10% dorosłych kobiet i mężczyzn (w zależności od grupy wiekowej) wykazuje zadowalającą aktywność fizyczną. Pozostali prowadzą typowo "siedzący" tryb życia, wykonując ćwiczenia fizyczne jedynie okazjonalnie bądź wcale. Za największe przeszkody utrudniające nam regularną aktywność fizyczną podajemy: brak czasu (46% Polaków), chorobę lub niepełnosprawność (dotyczy 15%), brak odpowiedniej infrastruktury (8% społeczeństwa) i brak możliwości uprawiania sportu w najbliższej okolicy.

Nietrudno przewidzieć długofalowe konsekwencje tego zjawiska – coraz częstsze występowanie nadwagi i otyłości, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, chorób narządu ruchu oraz wielu innych chorób i zaburzeń funkcjonalnych.

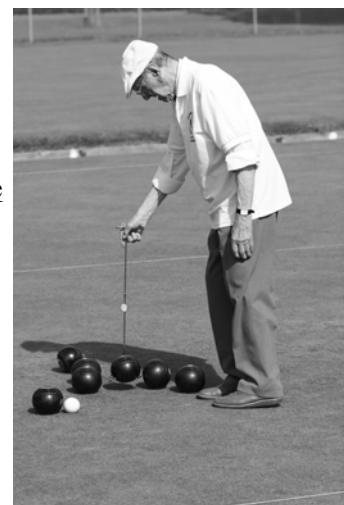


Tymczasem, aby odnieść korzyści z wysiłku, wystarczy trenować średnio intensywnie przez 30 minut dziennie, pięć dni w tygodniu. By wytrwać w postanowieniu dobrze jest wybrać ulubioną dyscyplinę sportu (szybkie marsze, jogging, pływanie, jazdę na rowerze, tańiec, aerobik, wspinaczkę górską, tenis, jazdę na łyżwach, biegi narciarskie) i uprawiać ją wspólnie z kimś. Warunkiem racjonalnego wdrażania wysiłku jest uwzględnienie mechanizmu adaptacyjnego - należy stopniowo podnosić swoją sprawność, zaczynając od niezbyt męczących ćwiczeń (niebezpieczne jest nagłe przechodzenie od bezczynności do maksymalnego wysiłku).

Nie do przecenienia jest pozytywny wpływ wysiłku na funkcjonowanie organizmu w starszym wieku i zjawisko pomyślnego starzenia się (successful aging). Regularna, odpowiednio dobrana aktywność ruchowa pozwala na lepszą samokontrolę i niezależność, poprawia samopoczucie i jakość życia osób w podeszłym wieku.

Nie ulega wątpliwości, że dzisiaj jesteśmy świadomi przesłanek, które określają wysiłek fizyczny lekiem XXI wieku.

Nadal jednak liczne raporty WHO (Światowej Organizacji Zdrowia), międzynarodowe towarzystwa naukowe oraz publikacje wskazują, że siedzący tryb życia jest jednym z najważniejszych problemów zdrowia współczesnego człowieka. Warto zatem znaleźć skuteczne sposoby, aby przekonać miliony dorosłych a także dzieci i młodzież do celowości systematycznej, odpowiednio ukierunkowanej aktywności fizycznej.



NADCIŚNIENIE TĘTNICZE - CO JEST PRAWDĄ A CO FAŁSZEM?



Nadciśnienie tętnicze to stan, w którym utrzymują się wysokie wartości ciśnienia tętniczego. O nadciśnieniu, czyli podwyższonym ciśnieniu tętniczym krwi, mówimy wówczas, gdy ciśnienie tętnicze przynajmniej w trzykrotnym pomiarze dokonywanym w różnych dniach wynosi 140/90 mmHg lub więcej, bez względu na wiek.

Nadciśnienie tętnicze występuje u około 29% dorosłych Polaków. U 30% zaś stwierdza się ciśnienie wysokie prawidłowe, co oznacza, że osoby te są w szczególności narażone na rozwój nadciśnienia w przyszłości.

W związku z tak powszechnym występowaniem tej choroby, wiedza Polaków powinna być na tyle duża, by móc skutecznie jej zapobiegać i odpowiednio postępować w przypadku zachorowania. Proponuję poznanie i ewentualne zweryfikowanie swojej wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi na podstawie poniższych zagadnień.

1. Mam złe geny. W mojej rodzinie na nadciśnienie tętnicze choruje dziadek i ojciec. Z pewnością ja także zachoruję.

FAŁSZ Prawdą jest, że nadciśnienie tętnicze samoistne zależy od nieprawidłowości w wielu genach i można odziedziczyć predyspozycje do jego wystąpienia. Natomiast to, czy nadciśnienie się rozwinie i w jakim wieku, zależy od tzw. czynników ryzyka jego rozwoju. Czynniki te możemy podzielić na dwie grupy: takie, których nie można zmodyfikować (wiek, płeć, czynniki genetyczne) i inne, poddające się modyfikacji. Tych ostatnich jest zdecydowanie więcej, dzięki czemu możliwe jest obniżanie ciśnienia tętniczego, a nawet zapobieganie jego wystąpieniu.

2. Skoro ciśnienie tętnicze rośnie z wiekiem, to nie powinno się go obniżać w wieku starszym.

FAŁSZ Prawdą jest, że ciśnienie tętnicze wykazuje tendencje

do wzrostu wraz z wiekiem, co przyczynia się do zwiększenia zapadalności na nadciśnienie tętnicze i częstości jego występowania wśród osób w podeszłym wieku. Mimo, iż nadciśnienie występuje bardzo często u osób w podeszłym wieku, należy je traktować jako stan patologiczny. Wzrost ciśnienia tętniczego wiąże się ze zwiększonym ryzykiem udaru mózgu, choroby wieńcowej, niewydolności serca i schyłkowej niewydolności nerek. Leczenie przyczynia się do znacznego zmniejszenia częstości występowania tych powikłań.



3. Alkohol obniża ciśnienie, ponieważ zmniejsza poziom stresu.

I TAK I NIE Stwierdzono ścisły związek pomiędzy spożyciem alkoholu a nadciśnieniem tętniczym. Co prawda wykazano, iż rzeczywiście małe ilości alkoholu (mniej niż 30 g etanolu dziennie) mogą obniżać ciśnienie tętnicze, wpływać na zmniejszenie śmiertelności ogólnej, śmiertelności z powodu choroby wieńcowej, częstości zawału serca, udaru niedokrwinnego mózgu, cukrzycy. Inne badania jednak dowodzą, że picie alkoholu, nawet w małych ilościach, może powodować silny wzrost ciśnienia krwi. Ponadto spożywanie alkoholu utrudnia skuteczne leczenie nadciśnienia - w związku z tym Polskie Towarzystwo Nadciśnienie Tętnicze nie zaleca spożywania alkoholu.



4. Od lat palę papierosy. Myślę, że kilka słabych papierosów dziennie nie zaszkodzi mojemu nadciśnieniu.

FAŁSZ Wykazano, że po wypaleniu jednego papierosa zwiększa się zarówno ciśnienie skurczowe, jak i rozkurczowe, a u osób wypalających paczkę dziennie jest ono podwyższone przez większość czasu. U palaczy niektóre leki obniżające ciśnienie, tzw. beta-adrenolityki, są mniej skuteczne niż u osób niepalących. Pacjentom z nadciśnieniem tętniczym, palącym tytoń, jednoznacznie zaleca się zaprzestanie palenia.



5. Odkąd przytyłem kilka kilogramów mam podwyższone wartości ciśnienia.

PRAWDA Zależność między masą ciała a ciśnieniem tętniczym wykazano jednoznacznie w badaniach. Obserwuje się indywidualne różnice skuteczności zmniejszania masy ciała jako metody obniżania ciśnienia tętniczego. U pacjentów przyjmujących leki obniżające ciśnienie przytycie kilku kilogramów jest często powodem nieskuteczności leczenia.



6. Nie mogę uprawiać żadnego sportu, bo choruję na nadciśnienie.

FALSZ Zwiększona aktywność fizyczna wiąże się z niższym ciśnieniem tętniczym. Prawdą jest, że w trakcie wysiłku fizycznego ciśnienie rośnie, ale po odpoczynku stwierdzamy znacznie niższe jego wartości niż przed podjęciem aktywności fizycznej. Ważny jest także rodzaj wysiłku fizycznego.



Zalecane są raczej sporty wytrzymałościowe niż siłowe. Zwiększona aktywność fizyczna związana bądź z wykonywanymi codziennie czynnościami, bądź z zaplanowanymi ćwiczeniami fizycznymi, wpływa na obniżenie ciśnienia tętniczego oraz zapobiega jego rozwojowi.

7. Sen jest dobry na wszystko, również na nadciśnienie

PRAWDA Dobry, zdrowy sen jest jednym z elementów profilaktyki chorób serca. Nie należy lekceważyć problemów z codziennym zasypianiem - mogą być sygnałem poważniejszych dolegliwości. Krótkie sjeny w środku dnia zmniejszają o około 30% ryzyko zgonów z powodu choroby wieńcowej. Zapytaj partnera, czy chrapiesz. Jeśli tak, zmierz sobie ciśnienie. Tak zwany bezdech senny, któremu towarzyszy chrapanie, sprzyja nadciśnieniu tętniczemu.



8. Choruję na nadciśnienie, a więc nie będę mógł pić kawy.

FALSZ U osób regularnie pijących kawę nie obserwowano zwiększonej częstości występowania chorób układu sercowo-naczyniowego. Rozsądne jest zalecenie umiarkowanego spoży-

cia płynów zawierających kofeinę, takich jak kawa, herbata, coca-cola i tym podobne napoje. Spożywanie większych ilości kawy dziennie nie jest wskazane.



9. Mam dzisiaj prawidłowe ciśnienie, a więc nie przyjmę tabletki „na nadciśnienie”, bo za bardzo mi się obniży.

FALSZ Nigdy samowolnie nie należy przerywać leczenia. Dobre samopoczucie i prawidłowe ciśnienie krwi to wynik stosowania leków. Odstawienie leków może spowodować wzrost ciśnienia, czasem bardzo gwałtowny i bardzo niebezpieczny dla życia.

10. Muszę zrobić przerwę w przyjmowaniu tabletek na nadciśnienie, bo uszkodzą mi wątrobę.

FALSZ Należy pamiętać, że nadciśnienie tętnicze to choroba przewlekła, którą należy leczyć bez przerw i przez całe życie. Przemysł farmaceutyczny, świadomy powyższego, wprowadza preparaty, które nie uszkadzają wątroby.

11. Czy to prawda, że leki przeciw nadciśnieniu prowadzą do impotencji?

I TAK i NIE Rzeczywiście tak, ale z zastrzeżeniem, że nie wszystkie leki hipotensyjne i nie zawsze. Informacja, że lek wywołuje impotencję nie oznacza, że każdy, kto przyjmuje lek, spotka się z tym problemem. Informację tę należy interpretować jedynie jako sygnał, że lek u pewnej liczby pacjentów wywołuje ten objaw.



12. Moja dieta ma wpływ na wartości ciśnienia.

PRAWDA Duże spożycie soli kuchennej może wpływać na występowanie nadciśnienia tętniczego krwi. Natomiast spożywanie owoców i warzyw bogatych w potas, np. pomidory, banany prowadzi do obniżenia ciśnienia. Zwykłą sól kuchenną należy zastąpić solą potasową, a potrawy doprawiać czosnkiem, cebulą i ziołami.

Więcej informacji na temat nadciśnienia tętniczego można znaleźć na www.sccs.pl

**Dietetyk prawdę Ci powie...**

Wysokość ciśnienia tętniczego w warunkach fizjologicznych nie jest wartością stałą. Zmienia się pod wpływem czynników zewnętrznych (wysiłek fizyczny, ciśnienie atmosferyczne, pora dnia, temperatura otoczenia) oraz czynników wewnętrznych (opór obwodowy naczyń, objętość krwi krążącej, lepkość krwi, czynniki hormonalne i nerwowe). Nadciśnienie tętnicze jest czynnikiem zwiększającym ryzyko rozwoju chorób serca i udaru mózgu. Jeżeli ciśnienie stale przekracza 160 mm Hg dla ciśnienia skurczowego i 100 mm Hg dla ciśnienia rozkurczowego, mamy do czynienia z nadciśnieniem tętniczym. Konieczne jest rozpoczęcie leczenia, którego celem będzie normalizacja wartości ciśnienia. Szczególnie ważne jest obniżenie ciśnienia rozkurczowego poniżej 90 mm Hg. Im wyższe ciśnienie tętnicze, tym większe ryzyko powikłań narządowych.

Ważnym elementem terapii jest zastosowanie diety z ograniczeniem sodu, będącej zbiorem następujących zaleceń żywieniowych:

- Redukcja masy ciała. Zmniejszeniu masy ciała o 1 kg u osób otyłych towarzyszy spadek ciśnienia skurczowego i rozkurczowego średnio o 2 mm Hg. Chudnięcie powinno odbywać się powoli. Ubytek masy ciała powinien wynosić około 2 kg na miesiąc.
- Należy ograniczyć ilość spożywanych kalorii, zwłaszcza u osób otyłych, do 1000-1200 kcal, u osób pracujących do 1700-2200 kcal.
- Ilość białka nie powinna przekraczać 1 g na 1 kg należnej masy ciała.
- Należy znacznie ograniczyć spożycie tłuszczów zwierzęcych ze względu na zawartość nasyconych kwasów tłuszczowych i cholesterolu. Ograniczyć trzeba również ilość spożywanego mięsa i jego przetworów. Korzystne działanie mają tłuszcze roślinne, szczególnie olej sojowy, słonecznikowy, kukurydziany, oliwa z oliwek. Tłuszcze roślinne nie zawierają cholesterolu, a kwas linolowy, linolenowy i arachidonowy zmniejszają zawartość cholesterolu we krwi i chronią ściany naczyń krwionośnych. Ilość tłuszczu nie

powinna przekraczać 25 % zapotrzebowania energetycznego

- Tłuszcz ryb morskich zawiera wielonienasycone kwasy tłuszczowe, które obniżają ciśnienie tętnicze i zapobiegają rozwojowi miażdżycy. Ryby ponadto są dobrym źródłem jodu i witaminy D. Należy je spożywać co najmniej 3 razy w tygodniu.
- Należy wyraźnie ograniczyć spożycie soli kuchennej (chlorku sodu). Gromadzenie się sodu w komórkach mięśni i naczyń zwiększa ich wrażliwość na bodźce zwężające. Zbyt duża ilość soli kuchennej zwiększa ilość krwi krążącej i sprzyja stanom kurczowym tętnic oraz obrzękom. Dzienna dawka soli wynosi 2-5 g.
- Duża ilość potasu zwiększa wydalanie wody z organizmu, zmniejsza obrzęki.
- Zwiększenie w diecie selenu, wapnia, magnezu przyczynia się do obniżenia ciśnienia tętniczego. Źródłem wapnia są produkty mleczne i sery, selenu - produkty zbożowe z pełnego ziarna, magnez natomiast znaleźć warzywa strączkowe, mięso, płatki zbożowe, kakao.
- Witamina C, E, A, oraz beta-karoteny mają właściwości przeciwutleniające. Witaminy te chronią przed szkodliwym działaniem wolnych rodników tlenowych, które wpływają na powstawanie schorzeń sercowo-naczyniowych, w tym również choroby nadciśnieniowej. Źródłem witaminy C są świeże warzywa i owoce, zwłaszcza spożywane na surowo. Witamina E występuje w olejach, zarodkach i kiełkach zbóż, w produktach zbożowych z całego ziarna, warzywach liściastych, kukurydzy, zielonym groszku oraz mleku, serach, jajach. Źródłem karotenoidów są zielone i żółtopomarańczowe warzywa i owoce.
- Można prowadzić wspomagające leczenie ziołami. Korzystnie działają herbatki ziołowe, szczególnie z ziela jemioli, kwiatu i owocu głogu, korzenia kozłka, liści różanecznika, ziarna owsa. Działanie obniżające ciśnienie ma również czosnek. Zależnie od wskazań lekarza zioła te stosuje się pojedynczo lub w połączeniu z innymi syntetycznymi lekami.
- Konieczne jest wykluczenie alkoholu.

Polecam: Pstrągi z koperkiem**Przepis dla:** 4 osób**Porcja:** 300 kcal**Przygotowanie:** 30 minut**Stopień trudności:** ***Składniki:**

4 średniej wielkości sprawione pstrągi

1 duży pęczek koperku

2 cytryny

4 ząbki czosnku

3 łyżki oliwy z oliwek

sól, pieprz do smaku

Pstrągi umyj, osusz. Natrzyj solą i pieprzem, skrop w środku i na zewnątrz sokiem z 1 cytryny. Drugą cytrynę obierz i pokrój w plasterki. Nafaszeruj rybę cytryną, czosnkiem i koperkiem. Skórkę natłuszc odrobiną oliwy z oliwek. Włóż faszzerowane pstrągi do metalowych koszyczków do grillowania ryb albo owiń je folią aluminiową. Piecz na średnim ruszcie po 10-12 minut z każdej strony. Podawaj z sałatą.

SMACZNEGO!!!!



Tajemnicze działanie aspiryny

Pierwszym, który zaobserwował działanie kardioprotekcyjne aspiryny był amerykański lekarz rodzinny, Lawrence Craven (1883-1957) [1-3]. Craven, dwukrotnie zażywając dużą dawkę aspiryny, sprowokował u siebie krwotok z nosa. W ten sposób przekonał się, że zmniejsza ona krzepliwość krwi, co podejrzewał na podstawie obserwacji. - bowiem częstym powikłaniem po tonsillektomii było krwawienie z łoży u pacjentów, którym zalecał ją jako lek przeciwbólowy. Na tej podstawie wysunął hipotezę, że skoro przyczyną powikłań miażdżycy jest zakrzep, to leczeniem profilaktycznym może być kwas acetylosalicylowy i zaczął go ordynować osobom, które dzisiaj określilibyśmy jako grupę wysokiego ryzyka. Postępowanie takie spowodowało, że prawie żaden z jego licznych pacjentów w okresie kilkuletniej obserwacji nie doznał zawału lub udaru mózgu! Prace, w których to opisał, zostały odrzucone przez renomowane czasopisma medyczne i zapomniane na wiele lat. Dopiero lata siedemdziesiąte i osiemdziesiąte ubiegłego stulecia przyniosły dane dotyczące antyagregacyjnego działania kwasu acetylosalicylowego. Podjęte na tej podstawie badania kliniczne poskutkowały tym, że dzisiaj kwas acetylosalicylowy jest kanonem zarówno profilaktyki pierwotnej jak i wtórnej, choć jego działanie być może nie sprowadza się wyłącznie do hamowania agregacji płytek, ponieważ leki znacznie silniej hamujące agregację lub połączenie kwasu acetylosalicylowego z innymi lekami przeciwplateletkowymi (klopidogrel) nie przekłada się na oczekiwany efekt kliniczny.



Dr Lawrence Craven (1883-1957). Jako pierwszy zalecał swoim pacjentom zażywanie aspiryny raz dziennie jako leku, który może chronić przed zawałem serca.

Mimo, że kwas acetylosalicylowy w dawce 75-150 mg/dobę redukuje ryzyko powikłań zakrzepowych, to jego działanie nadal jest przedmiotem badań. Argumentem niech będą wyniki prób klinicznych, w których sprawdzono działanie środków znacznie silniej niż kwas acetylosalicylowy powstrzymujących agregację płytek. Doustne blokery receptorów płytkowych GP IIb/IIIa (xemilofiban, ortofiban, sibrafiban), stosowane w prewencji wtórnej, pomimo że prawie całkowicie blokują zlepność płytek, nie spowodowały zmniejszenia częstości incydentów wieńcowych, lecz co gorsza, zwiększyły ryzyko ich występowania [4,5]. W prewencji pierwotnej leczenie przeciwplatetowe, polegające na połączeniu kwasu acetylosalicylowego z klopidogrelem, nie przyniosło spodziewanej korzyści, a nawet chorzy otrzymujący oba leki łącznie, pomimo silniejszego hamowania agregacji płytek, odnieśli szkodę [6-8]. Bezpośrednio po chirurgicznej rewaskularyzacji mięśnia sercowego, dołączenie do kwasu acetylosalicylowego klopidogrelu nie przyniosło oczekiwanego skutku, jakim być miało zwiększenie odsetka drożnych pomostów wieńcowych (badanie CA – *Clopidogrel After Surgery for Coronary Artery Disease*) [9]. Nie dowiedziono również, aby skojarzone leczenie przeciwplatetowe kwasem acetylosalicylowego w połączeniu z klopidogrelem, stosowane dłużej niż 12 miesięcy po implantacji stentu uwalniającego lek antymitotyczny, miało mieć przewagę nad lecze-

niem wyłącznie za pomocą kwasu acetylosalicylowego. Nawet w łącznej analizie dwóch randomizowanych badań REDL-LATE (Correlation of Clopidogrel Therapy Discontinuation in Real-World Patients Treated with Drug-Eluting Stent Implantation and Late Coronary Arterial Thrombotic Events) i ZEST-LATE (Evaluation of the Long-Term Safety after Zotarolimus-Eluting Stent, Sirolimus-Eluting Stent, or Paclitaxel-Eluting Stent Implantation for Coronary Lesions-Late Coronary Arterial Thrombotic Events), przy leczeniu skojarzonym zauważono tendencję do wzrostu ryzyka zawału serca, udaru lub zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych [10,11]. Zatem właściwość kwasu acetylosalicylowego, polegająca na słabym hamowaniu agregacji płytek, niekoniecznie musi być zasadniczym punktem uchwytu działania tego leku tym bardziej, że wrodzona skaza płytkowa, jaką jest trombostenia Glanzmana (brak lub defektywne receptory płytkowe GP IIb/IIIa) nie chroni przed miażdżycą i zawałem serca, pomimo, że w tym przypadku trombocyty pozbawione są możliwości agregacji lub jest ona znacznie ograniczona [12-14].

Piśmiennictwo:

1. Craven LL. Coronary thrombosis can be prevented. *J Insur Med.* 1950;5:47-8
2. Craven LL. Experiences with aspirin (acetylsalicylic acid) in the nonspecific prophylaxis of coronary thrombosis. *Miss Valley Med J.* 1953;75:38-44
3. Craven LL. Prevention of coronary and cerebral thrombosis. *Miss Valley Med J.* 1956;78:213-5
4. Chew DP, Bhatt DL, Sapp S, Topol EJ. Increased mortality with oral platelet glycoprotein IIb/IIIa antagonists: a meta-analysis of phase III multicenter randomized trials. *Circulation.* 2001;103:201-6
5. Cannon CP. Learning from the recently completed oral glycoprotein IIb/IIIa receptor antagonist trials. *Clin Cardiol.* 2000;23 Suppl 6:VI-14-7
6. Bhatt DL, Fox KA, Hacke W, Berger PB, Black HR, Boden WE, Cacoub P, Cohen EA, Creager MA, Easton JD, Flather MD, Haffner SM, Hamm CW, Hankey GJ, Johnston SC, Mak KH, Mas JL, Montalescot G, Pearson TA, Steg PG, Steinhubl SR, Weber MA, Brennan DM, Fabry-Ribaud L, Booth J, Topol EJ; CHARISMA Investigators. Clopidogrel and aspirin versus aspirin alone for the prevention of atherothrombotic events. *N Engl J Med.* 2006;354:1706-17
7. Wang TH, Bhatt DL, Fox KA, Steinhubl SR, Brennan DM, Hacke W, Mak KH, Pearson TA, Boden WE, Steg PG, Flather MD, Montalescot G, Topol EJ; CHARISMA Investigators. An analysis of mortality rates with dual-antiplatelet therapy in the primary prevention population of the CHARISMA trial. *Eur Heart J.* 2007;28:2200-7
8. Bakhru MR, Bhatt DL. Interpreting the CHARISMA study. What is the role of dual antiplatelet therapy with clopidogrel and aspirin? *Cleve Clin J Med.* 2008;75:289-95
9. American Heart Association scientific session, Orlando, Floryda październik 2009 – doniesienie ustne
10. Park SJ, Park DW, Kim YH, Kang SJ, Lee SW, Lee CW, Han KH, Park SW, Yun SC, Lee SG, Rha SW, Seong IW, Jeong MH, Hur SH, Lee NH, Yoon J, Yang JY, Lee BK, Choi YJ, Chung WS, Lim DS, Cheong SS, Kim KS, Chae JK, Nah DY, Jeon DS, Seung KB, Jang JS, Park HS, Lee K. Duration of Dual Antiplatelet Therapy after Implantation of Drug-Eluting Stents. *N Engl J Med.* 2010 Mar 15. [Epub ahead of print]
11. Shin DH, Chae IH, Youn TJ, Cho SI, Kwon DA, Suh JW, Chang HJ, Cho YS, Chung WY, Choi YJ, Gwon HC, Han KR, Choi DJ. Reasonable duration of Clopidogrel use after drug-eluting stent implantation in Korean patients. *Am J Cardiol.* 2009;104:1668-73
12. Shpilberg O, Rabi I, Schiller K, Walden R, Harats D, Tyrrell KS, Collier B, Seligsohn U. Patients with Glanzmann thrombasthenia lacking platelet glycoprotein alpha(IIb)beta(3) (GPIIb/IIIa) and alpha(v)beta(3) receptors are not protected from atherosclerosis. *Circulation.* 2002;105:1044-8
13. Ryckman JG, Hall S, Serra J. Coronary artery bypass grafting in a patient with Glanzmann's thrombasthenia. *J Card Surg.* 2005;20:555-6
14. Ghosh K, Kulkarni B, Nair S, Shetty S, Mohanty D. Human platelet alloantigen polymorphism in Glanzmann's thrombasthenia and its impact on the severity of the disease. *Br J Haematol.* 2002;119:348-53



Marek Kamiński

*Dotykanie świata to nie tylko dalekie,
niebezpieczne podróże, to także podróż duchowa
i intelektualna w głąb siebie, zdobywanie wiedzy,
życie zgodne ze swoimi pragnieniami.*

www.marekkaminski.com

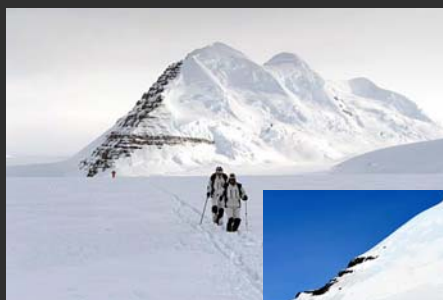
Zawsze pociągały mnie dziewicze tereny ziemi. Niedostępne i słabo poznane. Takie jak najwyższy szczyt Grenlandii - Gunnbjørn Fjeld, zwany Lodową Górą. Zdobyty po raz pierwszy w 1936 r. przez Wagera i Coultarsa, członków brytyjsko-duńskiej ekspedycji. Poznany lepiej dopiero w 2004 r., gdy norweska wyprawa dokonała pomiarów pozostałych dziesięciu szczytów znajdujących się, tak jak Lodowa Góra, w paśmie Gór Watkinsa.



Na szczycie mającej 3694 m n.p.m. góry stało zaledwie około 40 osób, w tym jedna

Polka, dr Marzena Kaczmarska, glaciolog związana z Norweskim Instytutem Polarnym w Tromsø. Najwyższego szczytu Grenlandii nie zdobyła jednak żadna polska wyprawa polarna. Dlatego wraz z moimi towarzyszami, podróżnikami i wspinaczami - Leszkiem Cichym, Tomaszem Walkiewiczem, Mirosławem Polowcem oraz Ryszardem Rusinkiem – uznaliśmy, że zdobycie Gunnbjørn Fjeld byłoby ważnym punktem w historii polskiej eksploracji.

Całą ekspedycję podzieliliśmy na cztery etapy: transport rejsowymi liniami na Islandię, przelot na Grenlandię wynajętym samolotem przystosowanym do lądowania na polu lodowym, kilkudniową wędrowkę do podnóża góry oraz atak na szczyt.



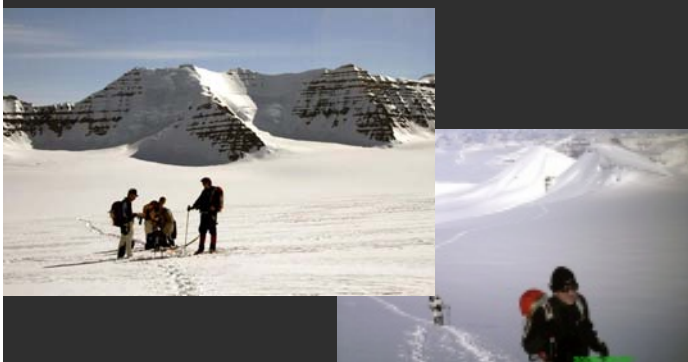
Sama góra nie jest specjalnie wysoka, ale jej zdobycie utrudniają warunki pogodowe – skrajne temperatury, sięgające od kilkudziesięciostopniowego mrozu do temperatury dodatniej, topnienie lodowca i śniegu, wiatr, słaba widoczność. Wiedzieliśmy, że aura może okazać się naszym największym przeciwnikiem. Obawialiśmy się jej tym bardziej, że nie mieliśmy przecież na nią żadnego wpływu.



Szybko okazało się, że nasze obawy były uzasadnione. Gdy przybyliśmy na Grenlandię warunki były idealne – słońce, brak



wiatru. Prognozy nie pozostawiały jednak wątpliwości – zbliżało się zdecydowane załamanie pogody. Musieliśmy rozpocząć wyścig z czasem i jak najszybciej podjąć próbę ataku na szczyt. Mieliśmy na to tylko kilkanaście godzin.



Ruszyliśmy. Wspinaczka szła dobrze, ale na niebie pojawiało się coraz więcej chmur, a wiatr przybierał na sile. Na jakieś 150 m przed celem zrobiła się zamieć i mgła. Nie mogliśmy iść dalej. Zabrakło nam około godziny. Zaczęliśmy odwrót. Widoczność była fatalna, świeży śnieg zasypywał nasze ślady sprzed kilku godzin, którymi staraliśmy się kierować. W tych warunkach odnalezienie drogi do bazy graniczyło z cudem. Po kilku godzinach kluczenia i męczącego marszu w kopynym śniegu i przeraźliwym zimnie zobaczyliśmy w końcu namioty. Wszyscy odetchnęli z ulgą.



W namiotach musieliśmy spędzić następne trzy dni. Dopiero czwartego dnia burza ucichła i pogoda umożliwiła kolejną próbę zdobycia szczytu. Tym razem wybraliśmy inną trasę.



Pogoda dopisywała, ale gruba warstwa mokrego śniegu skutecznie spowalniał nasz marsz. Po 12 godzinach wyczerpującej wspinaczki udało nam się jednak wieczorem zdobyć szczyt! Odwrót zajął nam całą noc. Świtem kolejnego dnia byliśmy już w bazie. Gdy dotarliśmy do namiotów pogoda znów się pogorszyła. Mieliśmy niesamowite szczęście.



Wyprawa

do świata kiwi



Nowa Zelandia – kraj położony na południowej półkuli, oddalony 22 godziny lotu samolotem od naszego kraju. Listopadowo-grudniowa szaruga w Polsce to początek lata w kraju kiwi. Dwie zielone wyspy, oblewane wodami Oceanu Spokojnego i Morza Tasmana, zachwycają cudami królującej, majestatycznej przyrody. Położenie na styku ciągle ścierających się dwóch płyt tektonicznych powoduje liczne trzęsienia ziemi i wybuchy wulkanów, dając niesamowite ukształtowanie terenu.

Już pierwsze chwile po opuszczeniu jedyne dużego i pełnego turystów – ponad milion mieszkańców z 4,3-milionowej populacji Nowozelanczyków – miasta Auckland, przynoszą



ukojenie w roztaczających się dookoła zielonych wzgórzach upstrzonych pasącymi stadami bydła, owiec czy jeleni. A dalej piaszczysta plaża *Ninety Mile Beach*, ciągnąca się nieprzerwanie przez 56 kilo-



metrów, z niesamowitymi wydmihami i totalną pustką od ludzi. To tutaj można poczuć potęgę oceanu, bez skrupułów wsysającego w swe otchłanie wszystko spotkane na drodze.



Na początku osobliwe było przemieszczanie się dziesiątkami kilometrów bez spotkań z innym samochodem czy domem. A kiedy nawigacja samochodowa przekazywała komunikat: na wytyczonej drodze do celu znajdują się drogi szutrowe, czuło się niepewność i podekscytowanie. Jednak zawsze udawało się znaleźć miejsce do spania i przyjaznych ludzi.

Z Cape Reinga, według maoryskiej legendy, duchy umarłych odchodzą do mitycznej krainy. To miejsce niesamowite, gdzie gołym okiem widać punkt styku wód Pacyfiku i Morza Tasma-



Wieczór kultury maoryskiej w Rotorua okazał się, wbrew obawom

o kicz, doskonałym sposobem poznania sposobu życia, tradycji, wierzeń oraz smakołyków rodowitych mieszkańców wysp – Maorysów. Kiedy wsłuchasz się w opowieści, czujesz, że dla tych ludzi natura pozostała nadal najważniejszym elementem życia, o który należy dbać. Dzięki specjalnym programom udaje się zwiększać populację ptaka kiwi – symbolu Nowej Zelandii. Tego zabawnego w sposobie poruszania się ptaka-nielota nie można raczej zobaczyć na wolności, gdyż żeruje tylko w nocy. Charakterystyczny długi i twardy dziób służy mu do zdobywania pokarmu i obrony.



Płaskowyż Centralny to miejsce niesamowite, w licznych punktach doskonale widać drżące we wnętrzu ziemi siły, wszędzie unosi się sycząca para i zapach siarki. Maorysi wykorzystywali tę silną aktywność geotermiczną do gotowania jedzenia i kąpieli w leczniczych źródłach, dostępnych również teraz w polinezyjskich uzdrowi-



skach. Obszary gorących źródeł zachwycają osobliwościami, w Te Puia najwyższy, strzelający w górę na 30 metrów gej-

zer *Pohutu* (Wielki Plusk), w Wai-o-tapu niezmiernie piękne o licznych barwach *Champagne Pool* (Jezioro Szampańskie) i gejzer *Lady Knox*, który wyrzuca wodę na dużą wysokość z niewielką pomocą wrzuconego do środka... mydła.



W *Hell's Gate* (Wrota Piekiel) zobaczysz wulkan błotny oraz prawdziwe jezioro pełne ciepłego błotka o właściwościach leczniczych.



W Waitamo można zagłębić się w jaskinie i doświadczyć niesamowitego przeżycia z *glormwormsami*, czyli świecącymi owadami. Kiedy łódka znajdzie się w całkowitych ciemnościach, ty będziesz miał wrażenie, że

właśnie znalazłeś się pod kopułą nieba rozświetloną tysiącem gwiazd.

Zabawnym momentem podczas naszej podróży była próba zobaczenia w środowisku naturalnym na Półwyspie Otago pingwinów. Kiedy, po okrutnie trudnej podróży udało się dotrzeć na plażę z wylęgającymi się beztrudnie lwami morskimi, po pingwinach nie było ani śladu. Oczekiwanie w domku na palach na powrót rzeszy pingwinów z morza okazał się kłęską. Po dwóch godzinach, a były to najzimniejsze dwie godziny poby-

tu, pojawił się jeden osobnik zmierzający stromym zboczem w dół. Radość była wielka. Seria zdjęć odprowadzająca go do wody i znowu nic... Po kolejnej godzinie jeden wynurzył się z morza i wolnym, pingwin krokiem wspinał się po zboczu. Następnej godziny nie wytrzymałam. Mówię, że widziałam dwa pingwiny, choć obawiam się, że w obydwu przypadkach był to ten sam osobnik.

Osobliwością Nowej Zelandii jest niewątpliwie *Hot Water Beach*, czyli plaża, na której wystarczy wykopać w odpowiednim miejscu dołek w piasku i można rozkoszować się ciepłą, a nawet gorącą kąpielą.



Hasłem naszej podróży stało się powiedzenie: dzień bez ostrych zakrętów, to dzień stracony. Nawet kiedy wydawało się, że po horyzont rozciąga się równina, ni stąd, ni zowąd pojawiała się trudna do pokonania góra.

Wszystkie wyprawy w morze owocowały spotkaniami z delfinami, beztrąskowo skaczącymi w górę, czy podpływającymi pod łódź. Majestatyczny w rozmiarach i spokoju dryfowania na powierzchni okazał się wieloryb, a najprzyjemniejszy moment to chwila, kiedy ogromny ogon wybija się nad powierzchnię i, rozchlapując wodę, znikną w głębinach.

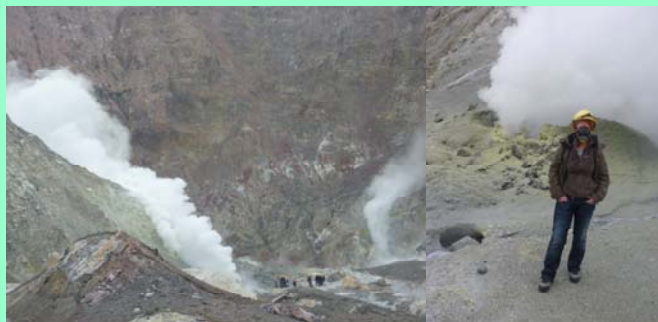


Niesamowita jest też roślinność wysp. Największe skupiska tysiącletnich drzew *kaurii*, o dziwnie brzmiących nazwach w języku maoryskim: *Te Matua Ngahere* (Ojciec Lasu), drzewo herbaciane *manuka*, z którego kwiatów powstaje niesamowicie pachnący, pyszny i leczniczy miód, drzewo bożonarodzeniowe *pohutukawa*, z pięknie zakwitającymi na czerwono kwiatami. Moim ulubionym natomiast był



widok lasów deszczowych.

Jednym w ważniejszych wydarzeń była wyprawa na White Island – złowrogo dymiącą wyspę położoną na otwartym oceanie z wciąż czynnym



wulkanem (ostatni wybuch w 1914 r.).

Możliwość chodzenia po kraterze i podziwiania zielonych od siarkowego osadu skał i szczelin, to dość osobliwe przeżycie.

Różnorodne ukształtowanie terenu Nowej Zelandii powoduje, że to doskonale miejsce do uprawiania wszelkiego rodzaju sportów ekstremalnych: nurkowania, pływania z delfinami, zorbingu w wodzie, raftingu na rwącej rzece Shotover, skoków z samolotu czy skoków na bungee. 30% terytorium kraju to parki narodowe, dziewicze krajobrazy Fjordlandu posłużyły za scenę do filmu *Władca pierścieni*. Krainą cudów jest Milford Sound, nietknięte cywilizacją rozległe tereny, nad



którymi góruje wyniosła sylwetka *Mitre Peak*. Wyprawa statkiem czy kajakiem w krainę fiordów, jakby zamykających się za tobą, to prawdziwe spotkanie z dziewiczą naturą.



I choć wbrew logice w Nowej Zelandii, położonej na przeciwnej półkuli Ziemi, nie chodzi się na rękach, a domy nie stoją na dachach, to od nadmiaru wrażeń związanych z cudami natury i tak może zakręcić się nam w głowie.

Z. U.

PRZYJĘCIE CHOREGO DO SZPITALA, OPIEKA PRZED i PO OPERACJI

Drogi Pacjencie!

Jesteś chory na serce? Boisz się operacji? Nie wiesz, co będzie się z Tobą działo w dniu zabiegu? Jak będziesz się czuł bezpośrednio po zabiegu? Nie martw się - lekarze, pielęgniarki i cały personel Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze pomoże Ci przygotować się i przejść ten trudny dla Ciebie czas. Jesteśmy, aby ratować, leczyć i dawać nadzieję.

Zabieg kardiochirurgiczny wymaga wcześniejszego przygotowania. Przyjęcie do szpitala zostanie więc zaplanowane najpewniej w przeddzień Twojej operacji. W dniu przyjęcia zgłoś się do sekretariatu kardiochirurgii (I piętro), gdzie pani Teresa Wolny zaznaczy Twoją obecność. Zostaniesz następnie poproszony do pokoju konsultacyjnego, gdzie dr Mira Herdyńska lub inny kardiolog przebadają Cię i zdecydują o przyjęciu. Twoim pierwszym miejscem pobytu będzie sala przedoperacyjna. Tam też rozpoczną się przygotowania do zabiegu: zostanie pobrana Ci krew do badań, wykonane zostanie również EKG i UKG. Dokładnie przyjrzymy się Twojemu sercu i pozostałym układom organizmu. Odbędziesz rozmowy z lekarzami odpowiedzialnymi za Twój zabieg: kardiochirurgiem, kardiologiem, anestezjologiem ale także ze specjalistami w zakresie psychologii i rehabilitacji. Dotyczyć one będą wielu aspektów Twojego życia, obecnego samopoczucia, historii medycznej, zażywanych leków i ewentualnych uczuleń. Nasi specjaliści opowiedzą Ci także o wskazaniach do zabiegu, korzyściach płynących z jego wykonania, o przebiegu samej operacji i znieczuleniu oraz związanym z nimi ryzykiem. Zanotuj istotne dla Ciebie pytania wcześniej, nie bój się pytać – rozmowa z lekarzami to dobra okazja, by uzyskać odpowiedzi na nurtujące Cię pytania i rozwiązać Cię wątpliwości.

Rano, przed zabiegiem, poproszony zostaniesz o wzięcie kąpieli. To ważne, ponieważ mycie usunie ze skóry część bakterii i ułatwi zachowanie czystości w trakcie operacji. Przebierzesz się także w specjalną szpitalną koszulę. Koniecznie zdejmij biżuterię i protezy zębowe! Twoje rzeczy zostaną zapieczętowane i oddane do depozytu. Po operacji otrzymasz je z powrotem, kiedy tylko będziesz ich potrzebować. Niezwykle istotne jest, byś na 12 godzin przed zabiegiem nie jadł i 6 h przed zabiegiem nie pił. Mniej więcej godzinę przed zabiegiem zostanie Ci podany lek, który pomoże się uspokoić i opanować stres. Dodatkowo ułatwi on anestezjologowi wprowadzenie Cię do znieczulenia (narkozy).

Na blok operacyjny przewieziony będziesz na specjalnym łóżku. Tam pielęgniarki przekażą opiekę nad Tobą zespołowi anestezjologicznemu. Składa się on z lekarza anestezjologa oraz pielęgniarki anestezjologicznej. Zapytają cię oni o tożsamość, samopoczucie i uczulenia. To oni będą się Tobą opiekować przez cały czas trwania zabiegu.

Na sali operacyjnej zaprosimy Cię na wygodny (choć nieco wąski) stół operacyjny. Jest on podgrzewany, dlatego nie martw się o temperaturę i wychłodzenie. Do skóry klatki piersiowej przyklejone zostaną elektrody do EKG, a na palec założone urządzenie mierzące wysycenie tlenem Twojej krwi.

Konieczne będzie także dwukrotne nakłucie naczyń krwionośnych: najpierw żyły a później tętnicy. Oba na przedramieniu lub w okolicy nadgarstka. Wprowadza się do naczyń tak zwane kaniule (wenflony), które są swego rodzaju miękkimi rurkami, służącymi do podawania leków, płynów lub preparatów krwi, jeśli będzie to konieczne. Za ich pomocą mierzone będzie także ciśnienie tętnicze krwi.

Następnie do Twojej twarzy przyłożona zostanie maska, która dostarczać Ci będzie tlen do oddychania. W tym samym czasie, dożylnie, zostaną podane leki, dzięki którym spokojnie i bezpiecznie zaśniesz.

Co składa się na znieczulenie?

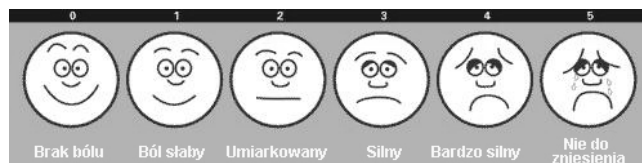
Na znieczulenie składa się mieszanina leków przeciwbólowych, nasennych oraz zwiotczających. Te ostatnie potrzebne są, by ułatwić pracę chirurgowi, a także by znieść odruchy. Leki te powodują zwiotczenie wszystkich mięśni szkieletowych, a więc także przepony i mięśni międzyżebrowych, pełniących funkcję mięśni oddechowych. Z tego powodu do Twojej tchawicy założona zostanie rurka podłączona do respiratora, który umożliwi oddychanie podczas zabiegu i bezpośrednio po nim.

Po zakończonym zabiegu zostaniesz przewieziony na Oddział Intensywnej Opieki Pooperacyjnej. Opiekę nad Tobą sprawować będą lekarze anestezjolog i świetnie wyszkolone pielęgniarki.

Kiedy się obudzisz, w ustach wciąż będziesz miał rurkę podłączoną do respiratora - maszyny, która wspomagała Twoje płuca podczas Twojego snu. Postaraj się zgrać częstość własnych oddechów z jego pracą, wtedy takie oddychanie stanie się mniej nieprzyjemne. Rurka zostanie usunięta tak szybko, jak tylko będziesz w stanie w pełni samodzielnie oddychać. Pod żadnym pozorem nie próbuj usuwać jej sam!

Na rękach i w okolicy szyi umieszczone będą specjalne cienkie wkłucia, przez które pobiera się krew do badań, a także mierzy parametry oddechowe i te związane z pracą serca. W klatce piersiowej będą umieszczone dreny, którymi spływać będzie krew pozostała poza naczyniami po zabiegu. Do pęcherza moczowego podłączony zostanie cewnik.

Cały czas podawane będą leki przeciwbólne, dlatego nie bój się bólu pooperacyjnego. Odczuwane przykre dolegliwości możesz opisać w skali od 1 do 10, pomoże to ustalić odpowiednią dla Ciebie dawkę leku.



Skala Wong-Baker'a

Już w trakcie pobytu na Oddziale Pooperacyjnym rozpocznie się Twoja rehabilitacja. Pomoże ci to nie tylko szybko wrócić do formy, ale i zapobiegnie ewentualnym powikłaniom związanym z długotrwałym unieruchomieniem. Ważne więc, byś wykazywał się dużą aktywnością we współpracy z rehabilitantami i ćwiczył dużo, także samodzielnie! Pomoże to w jeszcze szybszym powrocie do pełnej wydolności i zdrowia!

Gdy Twoja kondycja będzie na tyle dobra, że nie będzie potrzebny Ci oddech zastępczy ani tak dokładna obserwacja, zostaniesz przekazany na Oddział Kardiochirurgii, pod opiekę lekarzy kardiochirurgów i kardiologów, gdzie nastąpi dalsza rehabilitacja.

Każdego roku, drogę którą i Ty przechodzisz, drogi Pacjencie, przechodzi ponad 1800 chorych. Jedni są bardziej schorowani, inni mniej - ale każdy z nich, bez wyjątku, ufa w powodzenie zabiegu, w szybki powrót do zdrowia, do pracy, do bliskich.

Drogi Pacjencie,

Cieszymy się, że wybrałeś nasz Szpital i dziękujemy za okazane nam zaufanie. Życzymy Ci dobrego pobytu w naszej klinice. Pamiętaj, że my, lekarze, pielęgniarki, cały personel Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, jesteśmy po to, by ratować, leczyć i dawać nadzieję. Twoje dobro jest dla nas najważniejsze.

Powodzenia.



GDY ODWIEDZASZ KOGOŚ W SZPITALU...

Większość z nas miała kogoś bliskiego - przyjaciela, krewnego - w szpitalu. Wielu z nas może dopiero stanąć przed tym faktem. Wbrew pozorom, odwiedziny w szpitalu nie są zwykłą wizytą towarzyską.



Szpital to złożony ekosystem, na który składają się ludzie, drobnoustroje i sprzęty. Elementy te są ze sobą ściśle i dynamicznie powiązane. Jest to szczególnie środowisko, ponieważ w szpitalu przebywają:

- szczególnie ludzie - pacjenci, często zakażeni - bezobjawowo lub objawowo, czasem z zaburzeniami odporności, poddawani licznym inwazyjnym zabiegom diagnostycznym i leczniczym
- szczególne drobnoustroje - pochodzące z innych szpitali, które zmieniają się pod wpływem stosowanych licznych antybiotyków i preparatów dezynfekcyjnych.

Szpital ponadto wyposażony jest w skomplikowaną aparaturę, używaną do diagnostyki i leczenia, trudną do sterylizacji czy dezynfekcji.

Odwołując się do najbliższych w szpitalu musimy przestrzegać pewnych reguł, aby nie zwiększać zagrożenia zdrowia i życia osób hospitalizowanych oraz by zapewnić bezpieczeństwo również sobie. Zwykle reguły te są spisane w Regulaminie odwiedzin, który - w zależności od specyfiki szpitala - może się nieco różnić. Niemniej są pewne niezmiennie zasady uniwersalne dla każdego Regulaminu wizyt. Ich znajomość bardzo pomoże nam dokonać odwiedzin w sposób bezpieczny dla nas i pacjenta, niepowodujący naruszenia zwyczajów panujących w szpitalu.

Odwiedziny stanowią ważną część dnia każdego pacjenta. Niemniej jednak na pierwszym miejscu zawsze stawiane jest jego dobro. Czasami w szpitalach narzucają pewne ograniczenia, np. ściśle określone pory odwiedzin, aby zapewnić pacjentowi najlepszą opiekę. W Śląskim Centrum

Chorób Serca nie ma wyznaczonych godzin wizyt. Należy również pamiętać o współpacjentach z jednej sali i starać się, aby odwiedziny nie odbywały się zbyt wcześnie lub zbyt późno. Pacjenci także potrzebują chwili odpoczynku. Należy wziąć pod uwagę potrzeby wszystkich chorych, zredukować hałas do minimum oraz uszanować prywatność innych. Jeśli odwiedzana osoba może chodzić należy przejść do świetlicy, mając na uwadze dobro innych pacjentów z tej samej sali, którym może przeszkadzać obecność odwiedzających. Ze względu na ograniczoną powierzchnię sal i świetlic należy liczbę odwiedzających ograniczyć do maksymalnie dwóch jednocześnie.

Wchodząc na oddziały intensywnego nadzoru, takie jak oddział pooperacyjny czy oddział reanimacji, wierzchnie ubranie należy zostawić w pomieszczeniu przed oddziałem i nałożyć fartuch ochronny. W niektórych przypadkach odwiedzający mogą dodatkowo zostać poproszeni o założenie maseczki lub ochraniaczy na buty. Przed wejściem i przed opuszczeniem oddziału należy umyć i zdezynfekować ręce. Zmniejszamy to zarówno liczbę tych drobnoustrojów, które ze sobą przynosimy, jak i tych, które ze sobą zabieramy. Aby fartuch spełniał swoje zadanie, musi być zapięty. Nie wolno kłaść żadnych swoich rzeczy na łóżku chorego ani na nim siadać.

Ze względów bezpieczeństwa odwiedzający i odwiedzani nie powinni dotykać ran, opatrunków, kroplówek, drenów, cewników ani sprzętu medycznego.

Należy powstrzymać się od wizyt w szpitalu, gdy ma się biegunkę, wymioty, jest się przeziębionym czy cierpi się na inną infekcję. Odwiedzać chorych w szpitalu nie powinny także osoby z osłabioną odpornością i małe dzieci.

W szpitalu należy korzystać z toalet przeznaczonych dla osób odwiedzających.

Należy pamiętać o wyłączeniu telefonu komórkowego przed wejściem na oddział. Jego używanie zakłóca pracę aparatury medycznej!

Odwołanych osób na oddziałach intensywnego nadzoru, oddziałach pooperacyjnych nie obdarowujemy kwiatami, gdyż mogą być one siedliskiem potencjalnie chorobotwórczych bakterii. Pacjent może mieć też przepisaną szczególną dietę, należy więc zapytać personel szpitala, co można choremu przynieść do jedzenia i picia. Pod żadnym pozorem nie wolno przynosić alkoholu i papierosów. Palenie tytoniu na terenie Śląskiego Centrum Chorób Serca jest zabronione.

Stosowanie się do przytoczonych tu zasad niewątpliwie przyczyni się do bezpiecznych, miłych i satysfakcjonujących dla wszystkich odwiedzin w szpitalu.

Grażyna Szymura

Pełnomocnik ds. Zintegrowanego Systemu
Zarządzania Jakością



5 LAT SYSTEMU ZARZĄDZANIA W ŚLĄSKIM CENTRUM CHOROÓB SERCA W ZABRZU

Jubileusze pokazują upływ czasu, są powodem do refleksji nad mijającym okresem, ale także okazją do podsumowania osiągnięć i dzielenia się doświadczeniami.

Śląskie Centrum Chorób Serca obchodzi właśnie 5 jubileusz systemu zarządzania.

W dniach 7-8 kwietnia br. przeprowadzony przez Jednostkę Certyfikującą audyt kontrolny zakończył prace wdrożeniowe nowej normy ISO 9001:2008 i potwierdził jego zgodność z jej wymaganiami.

Patrząc dzisiaj z perspektywy tych 5-ciu lat widzimy, jak zmienił się i dojrzał system ISO w Śląskim Centrum Chorób Serca, nie tylko w wyniku aktualizacji norm ISO, ale przede wszystkim w związku z jego dopasowywaniem do specyfiki i kierunków rozwoju szpitala. Potwierdzeniem doskonalenia systemu w Śląskim Centrum jest między innymi fakt, iż większość stosowanych obecnie dokumentów/procedur/instrukcji doczekała się kolejnych wydań. Choć wprowadzane zmiany nie zawsze były łatwe, należy podkreślić, iż w miarę upływu czasu towarzyszył im wzrost świadomości w zakresie istoty oraz korzyści posiadania zintegrowanego systemu zarządzania,

zarówno wśród kadry kierowniczej, jak i pracowników. Zdaniem dyrekcji SCCS większość czynności, wymagających większego nakładu pracy ma swoje logiczne wytłumaczenie, gdyż konieczność dokumentowania wykonywania czynności, co jest czasami przez pracowników uznawane za utrudnienia, powoduje z drugiej strony wymuszenie realizacji tych czynności i pewność poprawnego ich wykonania. Ponadto, są to dowody potwierdzające naszą staranność i wiarygodność w przypadku kontroli instytucji zewnętrznych. Dostrzeganie przez Dyrekcję zalet i korzyści płynących z posiadanego przez Śląskie Centrum zintegrowanego systemu zarządzania potwierdza decyzja Zarządu o wdrożeniu go w nowym budynku szpitala.

mgr Grażyna Szymura
Pełnomocnik ds. ZSZJ



Droży Pacjenci!

Jesteśmy wdzięczni za wszystkie Wasze opinie. Dziękujemy za ciepłe słowa i uwagi, które jeszcze bardziej mobilizują nas do pracy.

Sz. PDYREKTOR
ŚLĄSKIEGO CENTRUM
CHOROÓB SERCA
W ZABRZU
ul. Szpitalna 2

Na rece PDYREKTORA składam serdeczne
podziękowanie
LEKARZOM I CAŁEJ ZAŁOŻE MEDYCZNEJ
ZA NOWE ŻYCIE

B. dobre do zabiegu przygotował mnie
Dr. MARCIN SIERAD
z całego serca DZIĘKUJĘ

Dzisiaj mija rok, jak trafiłam do Kliniki z rozpoznaniem
choroba niedokrwiennej serca kl. II/III wg
Wielonaczyniowej choroby wieńcowej CCS (125)
Medokrwistość zastawki mitralnej niedokrwiennej (134)
Stan po zawale serca (STEMI) SC. dotychczas leczonej PCI
z implantacją dwóch stentów do RCA - 04.10.2008r.
Należność w okresie subtyrocy (E 04).

26.01.2009r w kierunku pozaruszającym wszczepiono pomost
tętniowy LIMA → LAD
oraz wykonano plastik zastawki mitralnej ze stabiliza-
cją pełnym pierścieniem Edwards lipescence 26

Ja czuję się coraz lepiej.

Jestem bardzo dumna z tego że mamy w Polsce tak
dobre i profesjonalne, doświadczonych lekarzy, którzy leczą nas
profesjonalnie, za co jeszcze raz serdecznie dziękuję.

Wdzięczna pacjentka
pielęgniarka na emeryturze
Anna Weselak

Szanowny Pan

Prof. dr n. med. Marian Zembala

Szanowny Panie Profesorze

W imieniu własnym i całej mojej rodziny pragnę podziękować Panu i całemu zespołowi pracowników Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze za ogromne zaangażowanie i wkład pracy wniesiony w uratowanie mojego życia poprzez dokonanie przeszczepu serca.

W czasie pobytu w Centrum Chorób Serca w Zabrze spotkałem się z wielką życzliwością ze strony całego personelu szpitala, który okazał mi wiele wyrozumiałości, cierpliwości i taktu. Ogromnym wkładem pracy i profesjonalizmem wykazał się także cały personel pielęgniarski, któremu również jestem wdzięczny i składam słowa podziękowania.

Z całą pewnością mogę stwierdzić, że jakość świadczonych przez Państwa usług zasługuje na najwyższe wyróżnienie i uznanie.

Szanowny Panie Profesorze pragnę podziękować i pogratulować Panu stworzenia tak wspaniałego, profesjonalnie przygotowanego do wykonania swoich zadań, zespołu pracowników. Przekazuje Panu oraz całemu zespołowi pracowników życzenia wszelkiej pomyślności, wielu sukcesów w osobistych i zawodowych.

Z wyrazami szacunku

Pacjent – Józef Osos wraz z rodziną.

Praca a zdrowie pracowników medycznych.



„Promocja zdrowia to nauka i sztuka pomagania ludziom, by zmienili swój styl życia na sprzyjający ich zdrowiu”.

M.P.O' Donnell

Wśród życzeń, które składamy sobie przy różnych okazjach, na pierwszym miejscu znajdują się te dotyczące zdrowia i długiego życia w pełnym zdrowiu. Istotną cechą tego aspektu jest fakt, iż życzymy innym tego, czego sami oczekujemy, pragniemy.

Czym jest dla nas zdrowie? Według współczesnej definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie definiowane jest jako wielopłaszczyznowe zjawisko natury społecznej. Definicja ta określa zdrowie jako *stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak występowania choroby czy ułomności*. Zdrowy człowiek ma możliwość samorealizacji, satysfakcjonującego pełnienia ról życiowych, posiada dobrą adaptację do zmian środowiska i kierowania tymi zmianami. Dokumenty WHO mówią nam, iż zdrowie jest:

- **wartością dla jednostki**. Dobre zdrowie to kapitał inwestycyjny, pozwalający na samorealizację i rozwój osobowości. Niełatwo jednak zachować pełną sprawność i poczucie radości życia przez długie lata, ponieważ ulegają one deprecjacji i mogą być odnawiane i wzbogacane przez odpowiednie nakłady.

- **podstawowym prawem każdego człowieka**

- **bogactwem dla społeczeństwa**. Zdrowe społeczeństwo traktowane jest jako kapitał ludzki.

Zdrowie jest niezwykle istotne dla prawidłowego funkcjonowania każdego człowieka. Korzyści płynące ze zdrowia i problemy z powodu choroby odczuwa nie tylko zainteresowana jednostka, ale również jej otoczenie (rodzina, zakład pracy oraz inne środowiska, z którymi jednostka obcuje, a w szerszej perspektywie również i całe społeczeństwo - pod względem ekonomicznym i epidemiologicznym). Zdrowie nie jest stanem statycznym - nie jest dane nam raz na zawsze. Nie wystarczy samo życzenie - zdrowie należy zdobywać, tak jak wiedzę, zawód czy dobra materialne; itp. W nowoczesnym podejściu

biopsychospołecznym zdrowie i choroba są dwoma elementami tego samego kontinuum. Każdy z nas znajduje się pomiędzy „absolutnym zdrowiem” a „chorobą”. Aby zbliżyć się do pełnego zdrowia, powinniśmy we wszystkich swoich okresach życia dbać o swoje zdrowie, tj.: chronić je i utrzymywać (zapobiegać chorobom poprzez **profilaktykę**), doskonalić (dążyć do jego umacniania i poprawiania, zwiększenia jego potencjału za pomocą **promocji zdrowia**), przywracać (w przypadku choroby **zastosować leczenie i rehabilitację**).

Wielu z nas zapomina o tym, jak tworzy się nasze zdrowie. Niewątpliwie istotny wpływ na stan zdrowia ma gdzie i w jakich warunkach żyjemy, pracujemy i odpoczywamy. Zdrowie człowieka zależy od wielu różnorodnych, wzajemnie powiązanych elementów. Zgodnie ze znaną koncepcją pól zdrowia wg Lalonda wyróżnia się cztery główne grupy tych czynników:

- **styl życia (53%)**. Na ów styl składają się takie czynniki jak: aktywność fizyczna, odżywianie, umiejętne radzenie sobie ze stresem, stosowanie używek (nikotyna, alkohol czy środki psychoaktywne) oraz zachowania seksualne. Styl życia zależy od każdego człowieka.

- **środowisko fizyczne (21%)**. Na zdrowie ma wpływ czyste powietrze, woda, a także otoczenie w którym funkcjonujemy - zdrowa i bezpieczna szkoła czy zakład pracy. Negatywne oddziaływanie środowiska na nasze zdrowie wynika w dużym stopniu z degradacji środowiska naturalnego, promieniowania jonizującego, hałasu, szkodliwych czynników chemicznych i biologicznych.

- **czynniki genetyczne (16%)**. Geny są naszym dziedzictwem, dzięki nim otrzymujemy pewne predyspozycje zdrowotne. Dzięki wiedzy na ten temat możemy wpływać na nasze zdrowie i lepiej o nie dbać.

- **opieka zdrowotna (10%)**. Poprzez strukturę, organizację, funkcjonowanie czy też dostępność do świadczeń zdrowotnych i ich jakość, służba zdrowia przyczynia się do rozwiązywania problemów zdrowotnych społeczeństwa.

Powyższa koncepcja przyczyniła się do powstania fundamentów nowej filozofii i rozwoju nowej strategii zdrowia w ostatnim ćwierćwieczu. Według tej koncepcji, punkt ciężkości przeniósł się ze służby zdrowia na wiele innych podmiotów tworzących i realizujących politykę społeczną i zdrowotną. Zdrowie jest taką *wartością* dla człowieka, dzięki której może on realizować swoje aspiracje, jest *zasobem*, gwarantującym mu rozwój społeczny i ekonomiczny, *środkiem* do osiągnięcia lepszej jakości jego życia. Każdy człowiek powinien mieć świadomość i wiedzę na temat czynników warunkujących zachowanie zdrowia oraz takich, które je niszczą. Warto kształtować postawę prozdrowotną od początku naszego życia.

„Twoje zdrowie w Twoich rękach” – hasło to coraz czę-

ściej pojawia się w naszym życiu. Jednak nawet najbardziej świadomi ludzie nie są w stanie, w warunkach współczesnego świata, w pełni chronić, utrzymywać i doskonalić swoje zdrowie - stąd konieczność podjęcia działań ułatwiających podejmowanie zdrowych wyborów. Przeprowadzona na początku lat 90 analiza dokumentów WHO ujawniła, że świadomość i wiedza społeczeństwa wielu krajów na temat zdrowia i jego promocji jest niewystarczająca. Wielu naukowców próbowało zmienić zaistniałą sytuację, poprzez podjęcie badań nad postawami ludzkimi w zakresie kształtowania zdrowia. W ten sposób zrodziła się idea promocji zdrowia. Pierwsze próby definiowania promocji zdrowia podjęto w Alma-Acie w 1974 roku, a następnie w 1986 na Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie, gdzie powstał dokument zwany Kartą Ottawską Promocji Zdrowia. Według karty tej **promocja zdrowia to proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie, w sensie jego poprawy i utrzymania**. Promocja zdrowia jest procesem, który umożliwia jednostce lub grupie społecznej zwiększenie kontroli nad warunkowaniami zdrowia oraz sprzyja rozwijaniu zdrowego stylu życia. Promocja zdrowia dowodzi zatem, że zdrowy styl życia, zachowania zdrowotne jednostki i społeczności uzależnione są od szeroko rozumianych warunków życia – środowiska fizycznego, społecznego, ekonomicznego i politycznego. Promocja zdrowia koncentruje się na zdrowiu, a nie na chorobie. Odpowiedzialność za leczenie spoczywa na służbie zdrowia, odpowiedzialność za zdrowie przenosi się na każdego człowieka. Promocja zdrowia jest systemem pewnych określonych działań, mających na celu kształtowanie u ludzi zachowań zdrowotnych, zachęcanie do pozytywnych zmian trybu i warunków życia – działań prowadzących do dobrego samopoczucia i poprawy zdrowia. Głównym celem promocji zdrowia jest wspieranie osobistego i społecznego zaangażowania ludzi w troskę o swoje zdrowie, stymulowanie u nich prozdrowotnego stylu życia, edukacja zdrowotna i doskonalenie umiejętności życiowych wpływających na zdrowie.

Zdrowie populacji osób pracujących

W obliczu zmieniających się czynników w miejscu pracy tj. problemu starzenia się siły roboczej, zagrożenia bezrobociem, zmian w strukturze zatrudnienia, klasyczne formy opieki stały się niewystarczające. W 1997 roku państwa należące do Unii Europejskiej i Europejskiego Okręgu Gospodarczego podpisały Deklarację Luksemburską - dokument, który akcentował konieczność wspólnego podejmowania przez pracodawców, pracowników oraz społeczeństwo odpowiedniego wysiłku na rzecz umacniania zdrowia i dobrostanu ludzi w pracy za pomocą doskonalenia organizacji i środowiska pracy, popularyzowanie aktywnego uczestnictwa oraz pobudzanie pracowników do rozwoju osobistego. Działania te stanowią element nowoczesnego zarządzania firmą, w myśl hasła „Zdrowy pracownik w zdrowej organizacji”.

Na gruncie polskim pojęcie promocji zdrowia w środowisku pracy ewaluowało. Pod koniec lat 90 zdefiniowano je jako **zespół działań realizowanych na rzecz i wspólnie z pracownikami**

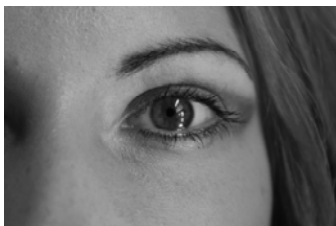
zakładów pracy, które potencjalnie służą umacnianiu i rozwojowi ich zdrowia. Idea promowania zdrowia wśród populacji pracującej dotarła do naszego kraju z zewnątrz, inspiracją były koncepcje tworzone przez WHO oraz kraje wysokorozwinięte. Ośrodkiem, który zaangażował się w upowszechnienie promocji zdrowia w środowisku zawodowym w Polsce był Instytut Medycyny Pracy w Łodzi.

Środowisko pracy jest miejscem, w którym promocja zdrowia odgrywa niezwykle istotną rolę. Występują tu czynniki o charakterze fizycznym i psychospołecznym, które mają wpływ pośredni lub bezpośredni na stan zdrowotny pracujących. Przyjmuje się, iż organizacja miejsca pracy jest najsilniejszą społeczną determinantą zdrowia. Potrzeba promocji zdrowia szczególnie istotna jest w zawodach i zakładach pracy związanych z pomaganiem innym ludziom. Rola zawodowa w tym przypadku wiąże się nie tylko z wykonywaniem pracy przez pracowników, ale również z emocjonalnym zaangażowaniem się w relacje z innymi ludźmi. Do takich grup zawodowych zalicza się: nauczycieli, psychologów, pedagogów, lekarzy, pielęgniarki. Osoby zatrudnione w zawodach medycznych można więc uznać za grupę ryzyka szczególnie narażoną na stres zawodowy. Świat pracy w zawodach medycznych przechodzi i będzie przechodził wiele przeobrażeń. W ostatnich latach staliśmy się świadkami radykalnych zmian w polskiej gospodarce, z którymi sektor ten będzie się musiał zmierzyć: dywersyfikacja sektora zatrudnienia (szybko postępujący rozwój sektora usług zdrowotnych), zmiana statusu osoby zatrudnionej do wykonywania określonych prac (coraz więcej pracodawców zatrudnia pracowników na podstawie umowy cywilnoprawnej tzn. umowa o dzieło, umowa zlecona lub samozatrudnienie), zmiana organizacja pracy (ruchome godziny pracy, praca nocna w zmniejszonym składzie pracowników), gwałtowny rozwój technologii. Mamy do czynienia z ewaluacją charakteru osoby pracującej (emigracja zarobkowa, starzenie się populacji osób pracujących, braki kadrowe). Z powyższymi zmianami wiążą się nowe zagrożenia i zjawiska nigdy przedtem nie odnotowywane lub pomijane w publikacjach i statystykach w naszym kraju, a znane w wielu krajach UE. Zaliczyć do nich można: obciążenie psychiczne z racji wykonywanego zawodu (choroba, śmierć, presja środowiska, trudności z wykonaniem zadania, gorsze stosunki międzyludzkie, jak również ciągłe dostosowanie się do nowych warunków i zadań), nękanie, słowną i fizyczną przemoc w pracy (mobbing), pracę w narzuconej lub wymuszonej postawie ciała (pojawiające się zaburzenia mięśniowo-szkieletowe), wzrastające wymagania stawiane przez pracodawcę, nieodpowiednie zarządzanie placówkami zdrowotnymi, zła organizacja pracy, niepewność zatrudnienia, orientacja na klienta i zarządzanie jakością.

Przedstawiciele zawodów medycznych narażeni są na codzienny kontakt z drobnoustrojami chorobotwórczymi, związkami toksycznymi czy promieniami jonizującymi. Stały kontakt z chorobami i ludzkim cierpieniem wywołuje silne napięcie i stres. Pracownicy zawodów medycznych najczęściej narażeni są na ekspozycję na drobnoustroje chorobotwórcze.

Do najczęściej spotykanych zakażeń w tych zawodach należą zakażenia krwiopochodne, do najbardziej niebezpiecznych czynników chorobotwórczych transmitowanych tą drogą zalicza się wirusy HBV, HCV, HIV. Do zakażeń dochodzi na skutek ukłucia zakażoną igłą, niewielkich zranień naskórka, poprzez błonę śluzową jamy ustnej, nosa czy spojówki ocznej. Wskazane w tym przypadku są odpowiednie szkolenia, przeprowadzone przez zakład pracy bądź inne instytucje, na temat zapobiegania powyższym szkodliwym czynnikom oraz stosowania odpowiednich środków ochronnych, minimalizujących ekspozycję na krew.

Oczy mogą być wrotami infekcji. Zazwyczaj ochrona oczu jest bagatelizowana przez pracowników medycznych. Do najczęściej spotykanych zalicza się przezspojówkowe infekcje, dotyczące



wirusowych zakażeń krwiopochodnych i innych patogenów np. *Staphylococcus aureus*. Pracodawcy zakładów powinni edukować i prowadzić promocję zdrowotną wśród swoich pracowników (zakup ochronnych okularów).

Odzież ochronna spełnia rolę zabezpieczenia przed przenikaniem szkodliwych czynników chorobotwórczych, na które narażony jest pracownik medyczny w swojej pracy. To niezwykle ważne, zarówno dla pacjenta, jak i personelu.

Promieniowanie jonizujące występuje przede wszystkim w radiologii. Promocja zdrowia wśród pracowników w tym przypadku polega na stosowaniu odpowiednich środków ochronnych przez osoby wykonujące diagnostykę oraz zakupie przez zakład pracy nowoczesnych aparatów rentgenowskich, minimalizujących ryzyko nadmiernego napromieniowania. Innym szkodliwym czynnikiem w tej grupie zawodowej są związki chemiczne, występujące w środkach dezynfekcyjnych i gazach anestetyjnych. Przy próbie oceny zagrożeń chemicznych warto wspomnieć również zaliczają się *cytostatyki*. Stała ekspozycja na powyższe czynniki wpłynąć może na występowanie alergii, chorób skórnych i innych objawów chorobowych. Istotną rolę odgrywa w tym przypadku, oprócz szkoleń, stosowania odzieży ochronnej czy odpowiednich procedur, przestrzeganie przez pracowników zaleceń pracodawcy. Zastosowanie odpowiednich środków ochronnych, tj. fartuch, rękawiczki ochronne, maseczki wpływa na zminimalizowanie ryzyka zachorowania.



Innym czynnikiem wpływającym na zdrowie jest stres - nieodczony towarzysz w pracy. Stały kontakt z pacjentem, jego chorobą, cierpieniem, ogromna odpowiedzialność przy podejmowaniu decyzji, od których zależy zdrowie i niejednokrotnie życie pacjenta sprawia, iż pracownicy medyczni narażeni są na czynniki emocjonalne i stresogenne. Niektórzy nie wytrzymują owego napięcia i wpadają w różne choroby, uzależnienia, cierpią na rozmaite problemy zdrowotne. Stres ma również istotny wpływ na efektywność pracy personelu medycznego. Do najczęściej spotykanych przyczyn występowania stresu w miejscu pracy zaliczyć można złą organizację pracy tj. przeciążenie obowiązkami (nałożenie dużej ilości obowiązków na jedną osobę), praca pod presją czasu (może wystąpić przy nagromadzeniu obowiązków), niskie wynagrodzenie za pracę, brak szans na rozwój (zła polityka szkoleniowa), nadmierna biurokracja, obawa przed utratą pracy (źródło utrzymania). Istotny wpływ na pojawianie się stresu w miejscu pracy mogą mieć również czynniki zewnętrzne, takie jak: hałas, nieodpowiednie oświetlenie (zbyt mała lub zbyt duża ilość światła, bardzo rażące światło), źle zaprojektowana przestrzeń (pokoje zabiegowe, dyżurki lekarskie czy pielęgniarskie zbytnio oddalone od sal chorych), wahania temperatury (niska lub wysoka). Promocją zdrowia w tym wypadku będzie pomoc psychologiczna, jak również próba reorganizacyjna warunków pracy. Zminimalizowanie stresu w pracy wpłynie nie tylko na jej efektywność, ale również, poprzez zmniejszenie konfliktowości, na prawidłowe funkcjonowanie wśród pracowników. Stworzenie dobrych warunków w pracy jest sukcesem zakładu i może wpłynąć na pozytywny jego wizerunek.



W swojej pracy pracownicy medyczni spotykają się na co dzień z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia. Niezwykle ważnym aspektem dotyczącym promocji zdrowia w tym środowisku jest zapobieganie chorobom zawodowym, zmniejszenie lub ograniczenie czynników szkodliwych. Refleksja nad zdrowiem, a także - a może w szczególności, nad zdrowiem w miejscu pracy, powinna stać się priorytetem dla każdego człowieka. Ważne jest, aby środowisko pracy nie pozostawało obojętne na wymienione wyżej szkodliwe czynniki, a programy promocji zdrowia dostosowane zostały do potrzeb danego zakładu. Sukces zakładu pracy w przyszłości zależy bowiem od wysokokwalifikowanych, zmotywowanych i zdrowych pracowników.



Kochana,

Piszę do Ciebie list. Nietypowo. Spędzałyśmy ze sobą codziennie kilka godzin, załatwiałyśmy tyle spraw, ale rzadko miałyśmy czas, żeby porozmawiać o Tobie, o mnie.... Wydawało się, że to może poczekać, zawsze było coś pilnego do zrobienia. Dziś chcę do tego wrócić, ale najpierw powiem Ci o czymś, co z pewnością wywoła uśmiech radości – przetarg na monitorowanie hemodynamiczne do naszego nowego oddziału został rozstrzygnięty, dokładnie zgodnie z Twoimi oczekiwaniami. Mamy wymarzone respiratory i monitory. Na dobry początek. Kaśka radzi sobie z prowadzeniem oddziału, ale w tej zaradności jest tyle smutku. Pracujemy tak samo, jak przed drugim kwietnia, ale czasami za dużo mówimy, żeby zagłuszyć tę strasliwą pustkę, kiedy indziej milczymy, żeby spróbować poczuć Twoją obecność. Instynktownie wiem, jak bardzo osierocone czują się i dziewczyny i chłopaki. Niestety nie potrafimy znaleźć na to lekarstwa. Codziennie rano wchodziłam na POP i rytualnie zaczynałam pracę zdaniem: gdzie jest Oddziałowa? Teraz wchodzę, mówię dzień dobry i czekam.... Cud się nie zdarzy!



Ale wracam do tych niewypowiedzianych emocji. Z lubością (staromodne słowo, ale tak bardzo pasuje) myślę o naszych wspólnych śniadaniach. Wiesz, że Ty nigdy nie siadałaś z nami przy stole. Siedziałaś przy biurku, nad talerzem parujących parówek i sporadycznie uczestniczyłaś w rozmowie, której przysłuchiwałaś się z zainteresowaniem. Pamiętam, jak pewnego dnia opowiedziałaś nam o pierwszej sympatii Karoliny. Podejrzałaś, że chłopak objął Twoją córeczkę. Byłaś zła, a my nie umiałyśmy opanować rozbawienia. Po miesiącu z triumfem oznajmiłaś, że związek się rozsypał a Karolina ze zdwojoną energią wróciła do nauki. Rozpierała Cię duma na wspomnienie szkolnych osiągnięć córki, ale i te informacje musiałyśmy z Ciebie wyciągać.

Nie umiem sobie wybaczyć, że nigdy nie zapytałam, jak się czujesz? Zawsze o 7⁰⁰ w pracy, wszystko na czas przygotowane, żadnych zaległości. Dziś myślę, że nie pytałam Cię o zdrowie, bo byłam pewna, że jesteś wieczna, niezniszczalna, nierozzerwalnie związana z oddziałem. Perfekcjonistka i profesjonalistka. Odważałam się tylko na jeden rodzaj komplementów. Mówiłam Ci często, że świetnie wyglądasz, że jestem pod wrażeniem stylu, w jakim się ubierasz. Teraz dopiero myślę o tym, jaka byłaś szczupła, może za bardzo? Pamiętam Ewę Łubek, jaką byłaś ponad dwadzieścia lat temu. Prywatnie wesoła warszawianka. W pracy zasadnicza, wymagająca oddziałowa. Ale miałaś jedną jedyną słabość. Chodziłaś na palcach, przemykałaś drzwi do pokoju socjalnego, jeśli drzemał tam, po jakimś makabrycznym dyżurze, uroczy anestezjolog Adaś Bochenek. Jak ja mu zazdrościłam, nigdy nie myślałam, że doczekam się takiej tkliwości z Twojej strony. Zdarzyło się. Bardzo niedawno, po całonocnym dyżurowym czuwaniu bez zmruczenia oka, poprosiłaś mnie do pokoju socjalnego i powiedziałaś: „natychmiast idź do domu, okropnie wyglądasz”. Warto było poczekać!

Jeszcze jeden mężczyzna w naszym zawodowym życiu był dla Ciebie szczególny, Jacek Puzio. Ciągłe mi powtarzałaś, że po tym, jak nas opuścił, muszę starać się go zastąpić. Obie wiedziałyśmy, że to niemożliwe. Pamiętam, z jaką energią organizowałaś bal na jego pożegnanie. Dziewczyny wspominają, że było to jedyne spotkanie, na którym, po nieustających toastach, i Twoja głowa odczuła pewien zawrót. Opowiadały o tym z radością i triumfem. Tak żegnałaś przyjaciela, który tylko zmieniał miejsce pracy. A my musimy pożegnać przyjaciółkę, przelożoną, współpracownika. Na zawsze. Bardzo to trudne. Będziemy kontynuować Twoją pracę. Jesteś naszą Oddziałową i nic tego nie zmieni. Profesor codziennie pisze na popowej tablicy jedno zdanie: „Ewa jest z nami”!

Żałuję, że nie byłaś dzisiaj na odprawie. Czwartek, 7¹⁵. Omawialiśmy nasze wyniki operacyjne za rok 2009 na tle wszystkich ośrodków kardiologii w Polsce. Absolutna czołówka peletonu. Masz w tym swój udział. Gratuluję sukcesu. Udał się życie. Wczoraj rozmawiałam z Karoliną, daje sobie radę. Baśka sprawdziła się w trudnej przyjaźni, z Januszem stworzyli Karolinie ciepły dom. Udał się życie w każdym wymiarze. Nie pytam, dlaczego tak krótkie? Bardzo mi Ciebie brakuje, ale uczyć się z tym żyć i pracować.

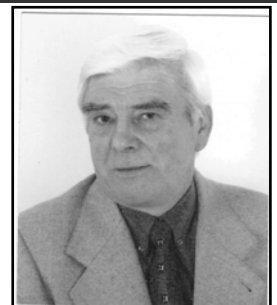
Ewa Kucewicz



WSPOMNIENIE

W dniu 4 czerwca br., po ciężkiej chorobie, odszedł od nas nasz kolega elektryk, **Czesław Zieliński**. Przepracował z nami prawie 24 lata.

Był jednym z najstarszych pracowników Działu Technicznego, pomimo tego pozwalał, aby najmłodsi koledzy zwracali się do niego po imieniu. To był po prostu Czesiek. Chętnie pomagał, szczególnie młodym elektrykom zgłębiać praktyczne tajniki zawodu. Utożsamiał się z młodymi. Służył swą wiedzą i doświadczeniem. Miałem ogromne szczęście, że pierwsze kroki w naszym Centrum stawiałem pod czujnym okiem właśnie Cześka. Pokazał mi wiele i nauczył, że elektryk w szpitalu to bardzo ważna osoba. Do każdego problemu podchodził indywidualnie i z przemyśleniem. W późniejszych latach, już jako kierownik wiedziałem, że gdy Czesiek jest na dyżurze, to mogę być spokojny. Dziś wiem, że będzie nam go brakowało, lecz pozostanie w naszej pamięci na długo.



1949 - 2010

Żegnaj Cześku.

Grzegorz Chwojncki

M – jak MARZENIE

*Więc pozwólcie dzieciom marzyć,
bo cóż złego jest w marzeniach?
Wszystko może się przydarzyć,
A gdy marzysz, świat się zmienia*



Fundacja Mam Marzenie powstała w Krakowie 14 czerwca 2003 roku jako samodzielna, niezależna organizacja, skupiająca wyłącznie wolontariuszy. Swą działalność rozpoczęła w lutym 2004 roku, początkowo w trzech miastach Polski: Krakowie, Warszawie i Poznaniu. Od 2007 roku Fundacja działa na terenie całego kraju.

Marzeniem jej fundatora, Piotra Piwowarczyka, było stworzenie organizacji udzielającej pomocy polskim dzieciom i rodzicom w trudnej sytuacji życiowej a także – a może przede wszystkim – pomagającej spełniać marzenia ciężko chorych dzieci, bez względu na miejsce zamieszkania, pochodzenie społeczne czy status majątkowy. Główną ideą Fundacji Mam marzenie stało się niesienie radości i nadziei choremu dziecku.

Chcę zrobić w życiu coś dobrego

Czym jest satysfakcja, jaką daje spełnienie dziecięcego marzenia, radość na widok uśmiechu w oczach malucha, dobrze wiedzą wolontariusze Fundacji Mam Marzenie. Gosia i Michał zostali wolontariuszami, bo chcieli w życiu czegoś więcej, chcieli pomagać innym. Michał, tryskający energią student z Wrocławia, przedstawiciel tamtejszego oddziału Fundacji, przyznaje, że zawsze chciał robić w życiu coś dobrego. *Studiuje, mam dużo wolnego czasu. Zamiast spędzać czas na kanapie przed telewizorem, wolalem robić coś pożytecznego* – mówi Michał, który w Fundacji pracuje już kilka lat. *Realizacja marzenia – od samego początku, od rozmów z dzieckiem, poszukiwań sponsorów, przygotowań to niesamowite przeżycie, radość.*

Często spotykamy się z pytaniem: dlaczego zostaliśmy wolontariuszami? Nie ma jednoznacznej odpowiedzi - mówi Gosia, krucha brunetka, studentka, od kilku lat związana z wrocławskim oddziałem Fundacji. Niektórzy zostają wolontariuszami, bo chcą się wykazać, inni – zrobić w życiu coś dobrego, pomóc, jeszcze inni - spłacić dług wdzięczności. Czasami przychodzą do Fundacji osoby, które jeszcze kilka lat temu same borykały się ze śmiertelną chorobą. Wyzdrowiały, ale dobrze pamiętają, co to cierpienie, strach a także ile znaczy chwila radości, odmiany w życiu wypełnionym chorobą, szpitalem. Kiedyś im podano dłoń, ktoś zadbał o ich uśmiech. Dziś oni chcą nieść radość innym chorym dzieciom.

Marzenia do spełnienia

Zapytany, czym jest marzenie, Michał odpowiada: *Marzenie nie jest potrzebą. Jest wszystkim tym, co dziecko chciałoby dostać, chciałoby zrobić, a co nie wynika z jego potrzeb.* Marzenia bywają różne. Wiele należy do kategorii: chciałbym mieć. Dzieci marzą o laptopie, dobrym aparacie cyfrowym. Wiele marzeń dotyczy spotkań ze znanymi osobistościami, celebrytami. Są także marzenia z kategorii: Chcę zobaczyć. Legoland, Disneyland. Pojawiają się także wyjątkowe życzenia: Jednym z oryginalnych, ostatnio zrealizowanych projektów był tuning samochodu. Michał, dziesięcioletek, który zgłosił to marzenie, chciał sprawić radość swojej mamie. Pewna dziewczynka marzyła o wizycie w szkole magii Harry'ego Pottera. Wśród Marzycieli znalazł się również chłopiec, który chciał przejechać się limuzyną do zajezdni autobusów przegubowych, popijając po drodze schłodzonego szampana truskawkowego.

Statut Fundacji wyraźnie określa zakres realizowanych marzeń. W myśl regulaminu, Fundacja nie spełnia marzeń, które nie odpowiadają wiekowi i rozwojowi psychicznemu dziecka. Nie realizuje też projektów, które zagrażają życiu lub zdrowiu, wiążą się z leczeniem (pokryciem kosztów leczenia, rehabilitacji, zakupu sprzętu medycznego). Marzenia są starannie weryfikowane. *Musimy mieć pewność, że jest to rzeczywiście marzenie dziecka, że nikt z członków rodziny nie wpłynął na decyzję Marzyciela – tłumaczy Gosia - Nie zdarzyło nam się jeszcze, by marzenie przedstawione przez dziecko nie było jego własnym. Rodzice zgłaszają dziecko do programu, im też najbardziej zależy na szczęściu dziecka.*

Podczas realizacji marzenia spotykamy się z dzieckiem kilkakrotnie. Rozmawiamy, poznajemy się nawzajem. Staramy się dotrzeć do dziecka, poznać jego prawdziwe marzenia – wyjaśnia Gosia. Dzieci, z którymi kontakt werbalny, z powodu wieku czy też choroby, jest utrudniony, mogą przedstawić swoje marzenie przy pomocy kredek.

Czasami marzenia dziecka spełnić się nie da. *Zdarza się, że zmuszeni jesteśmy zaproponować dziecku zmianę marzenia* – mówi Michał. *Jeżeli stan zdrowia nie pozwala na realizację danego życzenia, brak możliwości wynika z przyczyn obiektywnych bądź też marzenie nie kwalifikuje się do tych, które spełnić możemy, staramy się dziecko nakłonić do wybrania innego, „rezerwowego”. Lepiej spełnić mniejsze marzenie niż żadne – dodaje Wrocławianin.*

Często choroba utrudnia realizację marzenia. *Miałam marzenie, które ciągnęło się od stycznia 2009 roku. Było to marzenie o zaczarowanym zamku. Gdy już wszystko było przygotowane, w ostatnim momencie trzeba było wszystko odwołać, bo dziewczynka trafiła do szpitala* – opowiada Gosia. *Było też marzenie, którego realizacja ciągnęła się przez dwa lata od chwili pierwszego spotkania.*

Czas próby

Gosia i Michał z pasją opowiadają o swoich podopiecznych. Nie sposób nie zauważyć tego błysku w oku, energii, radości, z jaką mówią o swoich Marzycielach, o kolejnych spełnionych marzeniach.

Siła i optymizm bijący od tych młodych ludzi jest niezwykły. Myli się jednak ten, kto sądzi że działalność w Fundacji Mam Marzenie to wyłącznie pasmo radości, niegasnące źródło satysfakcji.

Do Fundacji zgłaszane są dzieci śmiertelnie chore, walczące o życie. Dzieci z problemami onkologicznymi, chorobami serca, nerek. Wolontariusze wkraczają w ich życie, wypełnione chorobą, bólem, szpitalem. Nieprzygotowani psychicznie – bo czy można przygotować się na widok cierpienia dziecka? Jedyne co mają - to dobre chęci oraz wsparcie bardziej doświadczonych kolegów. Spotkanie z chorymi dziećmi, ich cierpieniem bywa trudne, przyznają wolontariusze. Czasami choroba zwycięża. Ich dziecko, ich Marzyciel odchodzi. *Najgorszym momentem jest odejście pierwszego Marzyciela. To moment, kiedy człowiek waha się, czy nie odejść z Fundacji* – mówi Michał - *Bardzo potrzebne jest wówczas wsparcie innych wolontariuszy. Zdarza się, że dziecko umiera, nie doczekawszy realizacji swojego marzenia. Pewien chłopczyk marzył o tym, by zostać spidermanem. Na początku nie wiedział, jakie ma marzenie, potem pojawiły się problemy w jego realizacji. Kiedy już wszystko było ustalone, przygotowane - chłopczyk odszedł* – wspomina ze smutkiem Gosia.

Nie możemy myśleć o tym w kategorii: to nasza porażka. Dzięki pomocy Fundacji dziecko mogło spędzić te kilka miesięcy radośniej, uczestniczyć w przygotowaniach do spełnienia tego marzenia – mówi Michał.

Fundacja Mam Marzenie spełniła już 2794 dziecięcych marzeń.



Wszystkie dzieci nasze są ...

Uśmiech dziecka i radość w jego oczach to z pewnością najpiękniejszy prezent, najlepsza nagroda dla każdego z nas.

Odwiedzając Oddział Kardiologii Dziecięcej Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, kierowany przez profesora Jacka Białkowskiego, widziałam nieraz na twarzach naszych najmłodszych pacjentów smutek i łzy. Dlatego też, z myślą właśnie o nich, zdecydowaliśmy się, we współpracy ze Stowarzyszeniem Transplantacji Serca Koło Zabrze, stworzyć program SKŁADAKI DZIECIOM. Inicjatywa ta szybko uzyskała poparcie kierownictwa Szpitala, a my, nie tracąc czasu, zabraliśmy się do pracy.

Początki nie były łatwe

Pierwsze kroki poczyniliśmy do Stowarzyszenia Rodziców, Opiekunów, Przyjaciół na Rzecz Osób Niepełnosprawnych Intelakualnie „KONTAKT” przy Zespole Szkół Specjalnych Nr 41 w Zabrze, celem zaproszenia ich do uczestnictwa w naszych spotkaniach integracyjnych. Dodatkowo poszukiwaliśmy różnych firm a także osób prywatnych, które mogłyby wesprzeć nas i nasz program. Zaoferowano nam ogromną pomoc w postaci zabawek, gadżetów, książek, materiałów szkolnych, słodyczy oraz owoców i warzyw.



Chwilom, w których wchodzimy na oddział z koszami owoców i słodyczy, niosąc uśmiech, rozmowy oraz skromne, kolorowe zabawki, zawsze towarzyszy wzruszenie. Łzy szczęścia widać w oczach dzieci, rodziców, odwiedzających a nawet personelu. Nigdy nie zapomnę momentu, kiedy dwuletni wychowanek Domu Dziecka w Opolu płacząc, nie pozwalał nam odejść – te dzieci tak bardzo potrzebują ciepła. Takie podziękowania są dla nas najpiękniejsze i utwierdzają nas w słuszności kontynuowania misji **WSZYSTKIE DZIECI SĄ NASZE**.

Składaki dzieciom – kalendarium

Zima 2009 - 2010



Nadchodzi czas przygotowań do dnia Świętego Mikołaja i Wigilii. Dwa ważne spotkania integracyjne, które wymagają czasu oraz środków: produktów, prezentów a także środków finansowych.

Tutaj również wspierają nas przyjaciele i ludzie o wielkich sercach, którym los chorych dzieci nie jest obojętny. Wszyscy chętnie pomagają i współpracują. Janusz Sztandar z Łodzi (kolega z drugim sercem) przyjeżdża pociągiem z dwoma wielkimi kartonami zabawek. Dzieci ze Szkoły Podstawowej im. G. Kownackiej z Warszawy przysyłają paczki wypełnione zabawkami i książkami. Marek z Piaseczna przekazuje kilkadziesiąt kilogramów słodyczy, a ogrodnicy z województwa świętokrzyskiego - owoce. Kilkunastoosobowa grupa wolontariuszy, w tym rodziny dawców, pakuje podarunki do kilkuset paczek. Czteroletni Bartek (z drugim serduszkem) zostaje Wielkim Mikołajem, wraz z Kasią, Jankiem i Pawłem odwiedza sale chorych, by obdarować nie tylko dzieci i dorosłych, ale także rodziców, odwiedzających i pracowników Śląskiego Centrum Chorób Serca.

Spotkanie oplatkowe za kilka dni, więc znów czeka nas ciężka praca. Jednak dla mnie oraz kilku Składaków to wielka radość dawać innym choć odrobinę ciepła i radości.

Oprócz zorganizowania Wigilii dla Składaków i gości musimy pamiętać o dzieciach, które biorą udział w tym wydarzeniu: kilkunastoosobowa grupa dzieci niepełnosprawnych intelektualnie, która przygotowała jasełka, chór młodzieżowy z Szkoły Muzycznej w Zabrze, najmłodsze Składaki, a także dzieci pracowników szpitala i gości zaproszonych.

Mamy się czym dzielić, więc kilkadziesiąt paczek trafia do rąk naszych dzieci...

Pamiętając o dzieciach i młodzieży z Ośrodka Wychowawczego prowadzonego przez Zakon Sióstr Boromeuszek składamy im, wraz ze Składakami, noworoczną wizytę. Przywozimy słodycze, zabawki i gadżety. Jest to nasze pierwsze, lecz nie ostatnie spotkanie ...



Wiosna 2010

Realizując kolejne punkty programu zaczynamy planować udział Działu Marketingu Śląskiego Centrum Chorób Serca i STS Koło Zabrze w VI Zjeździe Dzieci i Młodzieży po Przyszeczu w Zduńskiej Woli.

W kwietniu, na targach medycznych REHMED-EXPO 2010, dzieci i młodzież licznie odwiedzała nasze stoisko. Młode pokolenie mocno wspiera ideę transplantacji.

Połowa maja: organizujemy Światowy Dzień Dziecka, który wzbogaci występ Europejskiego Centrum Bajki z Pacanowa.

Lato 2010

Lipiec, względnie sierpień, zawsze poświęcamy bieszczadzkiemu dzieciom. Dzięki naszej akcji mogą one uczyć się w lepszej szkole, w miejscu zamieszkania - uroczej POLANIE. Przywozimy ze sobą gadżety, słodczyce oraz oferujemy swą pracę, by wspomóc zbiórkę pieniędzy na remont budynku szkolnego i przedszkola.

Podczas licznych kampanii promujących transplantacje wspierają nas najmłodszy pacjenci wraz z rodzicami: w Rzeszowie, podczas Biegu SOLIDARNOŚCI przyjechała Paulinka z mamusią, do Tomaszowa Lubelskiego przybył Łukasz z babcią i Paulinka z siostrą i rodzicami, w Krośnie, na ubiegłorocznych Mistrzostwach Balonowych odwiedziła nas Agata...

Współpraca Składaków z Anną Dymną na rzecz osób niepełnosprawnych utwierdza nas w przekonaniu, że warto kochać i cieszyć się ich radością podczas festiwalu „Zaczarowanej Piosenki”. Jednak nie tylko swoją obecnością dzieci okazują nam serce. Opisują swoje uczucia, relacje, które zamieszczane są na stronie internetowej Śląskiego Centrum Chorób Serca w zakładce KAMPANIA NA RZECZ TRANSPLANTACJI oraz na stronie Stowarzyszenia Transplantacji Serca. Ponadto otrzymujemy od nich podziękowania, obdarowują nas swoimi rysunkami, wycinankami i dzielą się swoimi małymi problemami.

Od roku Stowarzyszenie Transplantacji Serca Koło Zabrze współpracuje z Fundacją „Mimo wszystko”, wspiera laureatów festiwalu „Zaczarowanej Piosenki”, dlatego też postanowiliśmy, aby również na wspólnie zorganizowanych akcjach młodzieży wykonawcy (osoby niepełnosprawne) wspierali śpiewem naszą misję. Dzięki temu miałam możliwość okłaskiwać wykonawców Koncertu Półfinałowego VI Festiwalu „Zaczarowanej Piosenki” w Warszawskich Łazienkach.

To tylko niektóre z realizowanych w ramach programu Składki Dzieciom akcji. Prawdziwe, piękne uśmiechy dzieci i ich bliskich, mocne uściski kochanych Składaków są najpiękniejszym podziękowaniem za nasz trud.

-alicja chachaj





***Sebastian Grajdek,
po transplantacji serca***

Nazywam się Sebastian i mam 16 lat. 13 września 2010 skończę 17.

Opowiem Wam fragment historii, która mnie spotkała. Żyłem sobie jak każdy nastolatek. Szkoła, przyjaciele, moja pasja - czyli siłownia i sztuka walki ju-jitsu oraz inne rzeczy, które robią chłopcy w moim wieku. Byłem zdrowy i cieszyłem się życiem.

Pewnego dnia mój kuzyn zaprosił mnie na 18-ste urodziny. Jego mama zorganizowała mu imprezę urodzinową. Nie odmówiłem, w końcu to moja bliska rodzina. Bawiłem się świetnie, aż do momentu gdy nagle bardzo źle się poczułem. Zrobiło mi się słabo, czułem dziwne kołatanie serca. Postanowiłem więc wrócić do domu, zdrzemnąć się. Myślałem, że to zwykłe przemęczenie i że gdy odpocznę, poczuję się lepiej. Niestety, następnego dnia było coraz gorzej. Plułem krwią. Moi rodzice zaniepokoiли się i zawieźli mnie do najbliższego szpitala w Zawierciu - miejscowości, w której mieszkam. Początkowo stwierdzono „ostre zapalenie płuc”. Ale gdy zrobiono mi badanie echokardiograficzne, lekarze od razu zmienili zdanie na temat diagnozy mojej choroby.

Wkrótce z Zawiercia trafiłem do Zabrze, do Śląskiego Centrum Chorób Serca. Tydzień później, gdy mój stan się zaczął się coraz bardziej pogarszać, wszczepiono mi balon do kontrapulsacji wewnątrzortalnej, z którym spędziłem większość mojego pobytu w szpitalu - czyli aż do transplantacji serca. Czekałem na przeszczep leżąc, bez możliwości wstania z łóżka, dwa miesiące. Wiadomość o przeszczepie o tym, że znalaziono dawcę, była dla mnie czymś cudownym. To, że wytrzymałem psychicznie zawdzięczam sobie, lekarzom, pielęgniarkom, ale przede wszystkim działaczom ze Stowarzyszenia Transplantacji Serca Zabrze.

Podczas mojego pobytu w szpitalu, gdy miałem jeszcze wszczepiony balon, odwiedzili mnie Kasia i Michał z STS-u. Kasia przyniosła mi komputer – laptop. Bardzo się ucieszyłem, ponieważ poza telewizorem, nudnym widokiem za oknem i swoimi myślami - martwiłem się i myślałem o tym, co będzie dalej - nie miałem po prostu nic. Laptop bardzo dobrze mi służył. Dzięki niemu mogłem się uspokoić i nie myśleć o najgorszym. Przez laptop i Internet, który jest na wyposażeniu niektórych sal chorych Śląskiego Centrum Chorób Serca, mogłem utrzymywać kontakt ze swoimi znajomymi, czego bardzo mi brakowało przez te wszystkie dni w szpitalu. Przez cały czas członkowie STS-u bardzo mi pomagali.

Jestem po transplantacji serca już miesiąc. Myślę, że przenośny komputer pomógłby także innym ludziom, oczekującym na transplantację czy innym chorym, przebywającym w SCCS. Postanowiłem pożyczyć laptop, który dostałem od Kasi na czas mojego pobytu w szpitalu, pewnemu bardzo choremu koledze, który z wszczepioną sztuczną komorą serca czeka na dawcę i modli się o zdrowie ... o życie, które ma tak wielkie znaczenie. Ja dostałem drugą szansę od Boga.

Dziękuję więc Jemu i wszystkim, którzy mi pomogli i wspierali w tych trudnych chwilach. Życie jest piękne - z nowym wnętrzem już czuję, że jest jeszcze lepsze, choć dopiero co je zacząłem.

W przyszłości też chciałbym pomagać innym, tak jak to robią członkowie STS-u. Niedawno spotkałem pewnego Pana, który prowadzi to Stowarzyszenie. Opowiedział mi, jak wielką radość sprawia im pomaganie dzieciom.

Według mnie ci ludzie mają wielkie serca i Bóg powinien im to wynagrodzić.



Serce Marcelka

W dniu 9 maja 2008 roku zostaliśmy po raz drugi rodzicami. Nasza córeczka Maja miała wówczas cztery latka. Czas oczekiwania na narodziny naszego synka był okresem, jak to zwykle bywa, bardzo nerwowym. Marcel ek przyszedł na świat po trudnym i ciężkim porodzie. Mężczyzna zawsze stoi z boku. Nie wiem, co przeżywała moja żona, nie wiem, co czuła - mogę się tylko domyślać, skoro akcja porodowa trwała tak długo. Wiem na pewno, że towarzyszył temu ból.

Kiedy po raz pierwszy zobaczyłem mojego małego synka wydawał się naprawdę bezbronny, jakby nie z tego świata, mały przybysz zagubiony na naszej planecie, który jest tutaj tylko gościem. Taki Mały Książę. Z perspektywy czasu nawet nie wyobrażałem sobie, ile w tym było i jest prawdy...

U Marcela, pomimo tego, że urodził się z dziewięcioma punktami w skali Apgar, co przecież nie zapowiada takiej ilości schorzeń, następnego dnia po porodzie został zdiagnozowany „problem sercowy”. Lekarze usłyszeli szmery w sercu. To, co przeżyła mama Marcelka, kiedy zabrali jej dziecko w celu dalszej diagnostyki do Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, było najprawdopodobniej jednym z najgorszych doznań w jej życiu. Znowu, jako ojciec, stałem z boku. Życie toczyło się swoim torem. Obowiązki domowe i zawodowe wyłączyły mnie po części z tego dramatu. Przyjechałem do szpitala, widziałem łzy w jej oczach. Uśmiech i szczęście innych kobiet mieszało się z naszą tragedią. Jesteśmy tylko ludźmi i chyba z żoną czuliśmy to samo: wściekłość i zazdrość, że nam takie szczęście nie było dane. Zawsze w ciszy są pytania i żale do Boga. Dlaczego? Ale nie było odpowiedzi. Kto zawinił? Dlaczego problem nie został zdiagnozowany w okresie ciąży? Dziś już tak nie mówimy, nie pytamy, nie myślimy, chyba? Wiemy, że inne myślenie zabijałoby nadzieję.

Po badaniach Marcel został nam zwrócony cały i trochę mniej zdrowy – okazało się, że ma tzw. Tetralogię Fallota. Internet poszedł w ruch. Nasz synek był chory. Z chorobą tak to już jest, że jeśli jej nie widzisz, to tak jakby jej nie było. Wiemy, że to myślenie głupiego, ale czy rozum ma rację bytu, gdy zderzasz brutalną rzeczywistość z wcześniejszym doświadczeniem? Gdy twoje pierwsze dziecko rodzi się zdrowe. Gdy siada, wtedy kiedy ma siadać, gdy mówi pierwsze słowo, wtedy kiedy powinno. A co człowiek ma myśleć, gdy jego pierwsze dziecko robi to wszystko dwa razy szybciej, lepiej, bystrzej od innych dzieci? Dziś już wiemy, że Maja to najważniejszy filar naszej codziennej prozy. Nasza RADOŚĆ, której nie można zaniedbać.

Trochę matematyki. W chorobie środek ciężkości rozmija się z miłością na niekorzyść zdrowego potomstwa. Ciężar obowią-

ków wzrasta niewspółmiernie do wyrażanego uczucia, co prowadzi do wypalenia emocjonalnego i zaniku takich wartości jak miłość, zrozumienie, wrażliwość pomiędzy dzieckiem a rodzicami. Jeżeli waszemu sercu drogi jest dekalog to dopiszcie sobie, Kochani Rodzice, jeszcze jedno przykazanie. Każde z dzieci swoich kochaj tak samo - zawsze!

Marcel był chory, ale z czasem staliśmy się spokojni o jego stan zdrowia. Bez ironii tłumaczyliśmy sobie, że jeżeli musiało go to spotkać, to w najlepszym miejscu na świecie. Śląskie Centrum Chorób Serca to „mekka” dla wszystkich sercowców. *Profesor Religa jest stąd, tu są specjaliści, tu jest najwyższy standard leczenia* - tak to sobie tłumaczyliśmy. Za tych specjalistów, z perspektywy późniejszych wydarzeń, mogłem potem tylko Bogu dziękować i samemu Profesorowi, co u Pana Boga za piecem chyba dalej samych Anieli leczy.

Marcel trafił pod opiekę dr Bożeny Zeifert. Urzekła nas swoją otwartością i bezpośredniością. Jest bardzo dobrym specjalistą, ale jak się później dowiedzieliśmy - także matką. To zupełnie utwierdziło nas w myśleniu, że wszystko będzie dobrze. Serce matki wie zawsze lepiej. Barometrem emocjonalnym w naszym związku jest moja żona, jestem spokojny, kiedy ona jest spokojna. W tym momencie była spokojna.

Kolejne spotkania i terminy. Jako rodzice dowiadaliśmy się o konieczności operacyjnego leczenia wady Marcelka, o prognozach, konsekwencjach. Mój „barometr” raz był smutny, raz trochę mniej, czasem może nawet pogodny, ale serce matki wiedziało lepiej. Coś wisiało w powietrzu.

Kalendarz i cykl naszego życia został podporządkowany codziennym rehabilitacjom i spotkaniom ze specjalistami: logopedą, neurologopedą, gastrologiem, genetykiem, ortopedą, itd, itp. Czułość lekarzy i upór mamy Marcelka „położył” nas, dzięki Bogu, w trybie przyspieszonym, na szpitalny oddział Śląskiego Centrum Chorób Serca.

Dni upływały na dziwnym wrażeniu czegoś, co czują bezsilni rodzice, kiedy widzą jak z dnia na dzień odchodzi drobna cząstka ich Maleństwa. Karmiliśmy się nadzieją, że wszystko będzie lepiej. „Męczyliśmy” ciągłymi pytaniami lekarzy o sens, przyczynę i przebieg operacji. Setki pytań pojawiało się na ustach, o to wszystko co przed i to co po...

Nigdy, Kochani Rodzice chorych Dzieci, nie pozwólcie sobie na takie słowa, jak zmagania, walka z chorobą, irytacja, brzemień. Jesteśmy gośćmi w ich pięknym świecie!

Tato Marcelka



Marcel z siostrą



