

NUMER 19

ISSN 1730—1297

wrzesień 2010

SZLACHETNE ZDROWIE

Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca



Szlachetne Zdrowie
Nikt się nie dowie
Jako smakujesz
Aż się zepsujesz

Jan Kochanowski

Wędrowną jedną życie jest człowieka;
Idzie wciąż,
Dalej wciąż,
Dokąd? Skąd?
Dokąd! Skąd!
Dokąd! Skąd!

Jak zjawia senna życie jest człowieka;
Zjawia się,
Dotknąć chcesz,
Lecz ucieka?
Lecz ucieka !
Lecz ucieka ! (SDM)



W numerze:

Punkt widzenia

Refleksje z Kongresu

Kardiologicznego

Rejs lekarzy do Sztokholmu

Zawisza Czarny

*Choroba serca w zamierz-
chłych czasach cz.II*

Wspomnienie

Chroń swą świadomość

*Leczenie kardiologiczne
chorych w wieku pode-
szłym*

Wielobarwna jesień życia

*Niechciana pamiątka z
wakacji*

Starszy Pacjent w szpitalu

Higiena jamy ustnej

Dietetyk radzi...

NORDIC WALKING

Nowe twarze SCCS, Goście

Wszystko co dobre przemija, wakacje, lato... ale jesteśmy pełni nowych doświadczeń, siły i zapału.
Będzie nam to wszystko potrzebne do dalszej pracy .

WYDARZENIA

• Biała Niedziela

Jak co roku, w ostatnią niedzielę miesiąca, Śląskie Centrum Chorób Serca organizuje tzw. Białą Niedzielę, akcję poświęconą promocji zdrowia wśród lokalnej społeczności. Tegoroczne XX jubileuszowe spotkanie odbędzie się dnia 26 września 2010 r. od godziny 9.00 na terenie parkingu Śląskiego Centrum w Zabrze, przy ul. Szpitalnej 2.

Biała Niedziela to akcja edukacyjno-zdrowotna, której celem jest zachęcenie społeczeństwa do prowadzenia zdrowego, przyjaznego sercu trybu życia. Tradycyjnie zabrzańskie spotkanie połączone jest z obchodami Światowego Dnia Serca, organizowanymi w tym roku pod hasłem: Pamiętaj o sercu! Miej serce dla serca!

Każdy, kto pojawi się tego dnia w Śląskim Centrum Chorób Serca, będzie mógł wykonać bezpłatne badanie EKG, zmierzyć poziom cukru, stężenie cholesterolu we krwi, ciśnienie tętnicze czy poziom BMI a także uzyskać szczegółowe informacje na temat profilaktyki chorób układu krążenia. Osobom zainteresowanym specjalisti SCCS: kardiolog, rehabilitanci, dietetycy, pielęgniarki, psycholog udzielią bezpłatnych konsultacji.

Dodatkową atrakcją spotkania będą występy zespołów tanecznych oraz koncert muzyczny młodzieży z zabrzańskich szkół. Dietetycy ze Śląskiego Centrum Chorób Serca przygotowują dla wszystkich smaczne i zdrowe posiłki.

Serdecznie zapraszamy do udziału w Białej Niedzieli, do poświęcenia czasu swojemu zdrowiu i sercu.

PAMIĘTAJ O SERCU! MIEJ SERCE DLA SERCA!

(Kornelia Dymowska)

- Po wakacyjnej przerwie rusza kolejny cykl spotkań *Z Muzyką po Zdrowie*
- ESC Congress 2010, 28 sierpień - 1 wrzesień, Sztokholm
- 24th EACTS Annual Meeting, 11-15 września 2010, Genewa
- XIV Międzynarodowy Kongres PTK, 23 - 25 września 2010, Poznań

ŚWIATOWY DZIEŃ SERCA
XX BIAŁA NIEDZIELA PRZY ŚLĄSKIM CENTRUM CHORÓB SERCA
w ZABRZU, ul. Szpitalnej 2

MIEJ SERCE DLA SERCA

PAMIĘTAJ O SERCU

ZAPRASZAMY
26.IX.2010, godz. 9:00-13:00, parking SCCS

Bezpłatne konsultacje:
• kardiologa
• dietetyka
• rehabilitanta
• psychologa

Bezpłatne badania:
• pomiar ciśnienia krwi
• pomiar ciśnienia tętniczego krwi
• badanie EKG
• pomiar masy ciała i BMI

**NA BADANIA NALEŻY PRZYJŚĆ NA CZĘSTO
PO ZAŻYCIU LEKÓW**

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu
Społeczna Promocja Zdrowia

REDAKCJA:

Bożena Smoter
Joanna Zembala-John

Bożena Krymska
Joanna Mąka

Okładka, zdjęcia - rejs
Michał Zembala

WYDAWNICTWO:

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

DRUK:

KOMDRUK
Ul. Pszczyńska 37
44-101 Gliwice



Punkt widzenia

Z mojego obserwatorium, czyli dlaczego musimy się rozwijać. Refleksje z okazji Jubileuszu 25-lecia Szpitala

W trakcie wakacyjnego odpoczynku po raz pierwszy wyciągnąłem z archiwum domowego komputera moje pierwsze „uporządkowane założenia” rozbudowy Szpitala. Pochodziły z lutego 2001 roku. W ciągu kilku następnych lat powstawały kolejne, coraz bardziej „dojrzałe” wersje, wzbogacane o uwagi architektów, inżynierów budowlanych, prawników, a przede wszystkim przyszłych użytkowników, wersje zawierające zapamiętane z kraju i zagranicy nowoczesne, dobre i funkcjonalne rozwiązania.

Czuliśmy pilną potrzebę rozbudowy SCCS, brak miejsca zaczynał przeszkadzać, hamował nasz rozwój.

W roku 2005, wspólnie z Prof. Gąsiorem, dyrektorem ds. medycznych, mgr Urszulą Gąsior, ówczesną dyrektorką ds. finansowych, mgr Bożeną Dudą, główną księgową, mecenas Agnieszką Zajęcką, radcą prawnym i mgr Anną Łapą, architektem, wspierani przez kierowników klinik SCCS i kilkunastoosobowe grono fantastycznych, mądrych i oddanych sprawie Ludzi podjęliśmy nowe, trudne wyzwanie – rozpoczęliśmy rozbudowę Śląskiego Centrum.

Bez tych osób, ich wsparcia, determinacji, ale i profesjonalnej pomocy, nowy budynek Szpitala (budynek B) wraz z wyposażeniem nigdy by nie powstał.

Kartki z kalendarza – z dziennika Śląskiego Centrum Chorób Serca

Zabrze, 15 sierpnia 1985

Zabrze, 15 sierpnia roku 1985. W adaptowanym po przychodni psychiatrycznej budynku nowego szpitala - Wojewódzkim Ośrodku Kardiologii, obok oddziałów kardiologii dorosłych i dzieci rozpoczyna działalność Klinika Kardiologii pod kierunkiem ówczesnego docenta Zbigniewa Religi. Pojawia się szansa, by w tej dużej, śląskiej, 7-milionowej aglomeracji województwa śląskiego i opolskiego powstała nowoczesna kardiologia a wraz z nią - już wkrótce - także bardzo potrzebna transplantologia.



Prof. dr hab.

Marian Zembala

*Dyrektor Śląskiego Centrum
Chorób Serca*



Zapamiętaliśmy dobrze ten dzień i pierwszą operację w nowym budynku (obecny budynek A - przyp.red.), jako tę inauguracyjną działalność Kliniki Kardiologii. Zabieg przeprowadzony został z honorowym udziałem nestora polskich kardiologów, docentem Wacławem Sitkowskim z Warszawy.



Pierwsze rodzinne zdjęcie zabrzańskiego Zespołu, stworzone przez ówczesnego doc. Zbigniewa Religę. W środku szczególnie gość – prof. Wacław Sitkowski. Zabrze, 15 sierpnia 1985 r.



Radość po pierwszej operacji w Zabrzu. Rozpoczęliśmy razem z prof. Wacławem Sitkowskim! Zabrze, 15 sierpnia 1985 r.

Zabrze, maj 1986

Zasługą dyrektora naszego Szpitala, wybitnego kardiologa, prof. Stanisława Pasyka i współpracowników jest rozwój nowoczesnej kardiologii, zwłaszcza kardiologii inwazyjnej u dorosłych. W rezultacie ich działań powstaje w Zabrzu nowy, nieznanym dotąd w Polsce program inwazyjnego leczenia zawału serca angioplastyką wieńcową, dostępny dla chorych przez 24 godziny na dobę.

Ten najbardziej skuteczny i bezpieczny program, zwany później zabrzańskim, wkrótce stanie się naszą specjalnością rozpowszechnianą z powodzeniem w całym kraju.

Zabrze, czerwiec 1986

Ośrodek zabrzański zyskuje bardzo silne wzmocnienie w osobie dr Lilli Goldstein, wybitnego kardiologa dziecięcego, która w atmosferze uznania dla wiedzy i doświadczenia ośrodków zagranicznych pozostawia dobrze zorganizowane życie rodzinne w Łodzi i tworzy nowoczesną zabrzańską szkołę wrodzonych wad serca.

Zabrze, maj 2010

W tym naszym „ciasnym, ale własnym” Ośrodku, systematycznie udoskonalanym i przystosowywanym do wymogów nowoczesnego szpitala, pracowaliśmy nieprzerwanie przez minione 25 lat. Dyrekcja Szpitala, liderzy zespołów kardiologii dorosłych i dzieci, anestezjologii i intensywnej terapii, kardiologii, transplantologii, pracownicy Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu – wszyscy każdego dnia staramy się, by ten postęp był wyraźnie odczuwalny dla leczonych i leczących. O efektach naszej pracy świadczy zaufanie i życzliwość naszych pacjentów, zarówno z województwa śląskiego, Polski południowej jak i całego kraju, a także bardzo liczne nagrody i wyróżnienia dokumentujące nasze osiągnięcia.

Pomysł na rozbudowę naszego szpitala nie opuszczał nas od roku 2000, kiedy to po raz pierwszy, po 15 latach działalności, staliśmy się beneficjentami nowo wprowadzonej reformy w ochronie zdrowia - już wówczas nieco ją wyprzedzając.

Potrzeba rozbudowy SCCS podyktowana była wieloma różnymi czynnikami. Wprowadzony w roku 1999 system ubezpieczeniowy, w odróżnieniu od poprzedniego, budżetowego, wyraźnie sprzyjał szpitalom lepszym, nowocześniejszym, o lepszej organizacji i wyższym standardzie dla pacjenta.



Od pomysłu do realizacji

Wierzmy, że rozbudowa Szpitala i uruchomienie już w grudniu 2010 roku części leczenia ambulatoryjnego, a od stycznia 2011 roku części szpitalnej przyniesie znaczące korzyści w wymiarze medyczno-ekonomicznym. Aby tak się stało, muszą spełnione zostać pewne warunki:

1. Bardzo racjonalnie i rozważnie przeprowadzone zatrudnienie, głównie personelu pielęgniarskiego, rozszerzanego w oparciu o kadry medyczne już wyszkolone i sprawdzone w SCCS.
2. Uzyskanie tzw. bezpiecznego kontraktu na rok 2011 z Oddziału Śląskiego NFZ i Ministerstwa Zdrowia (procedury kardiologiczne). Wielkość i zakres kontraktu na rok 2011 i lata następne determinować będą zakres działalności kardiologicznej i kardiologicznej SCCS.
3. Koszty oddania do użytku i eksploatacji nowego budynku Szpitala, ze względu na dużą kubaturę i wysoki poziom usprzętowania, nie staną się źródłem nieprzewidzianych dodatkowych wydatków (stałych i zmiennych).
4. Optymalizacja wydatków na każdym oddziale/pracowni Szpitala w budynku A i B, z jednoczesnym poszukiwaniem nowych, dodatkowych źródeł przychodu (zabiegi małoinwazyjne, hybrydowe, naczyniowe, endowaskularne)
5. Przygotowanie rozwiązań alternatywnego finansowania w sytuacji zbyt małego kontraktu .
6. Silny w latach 2011-2013 rozwój działalności naukowej i innowacyjnej poprzez aplikacje o granty unijne, KBN, SUM i inne, w odniesieniu do wszystkich zatrudnionych pracowników SCCS, z rezydentami i doktorantami włącznie.

Spodziewane korzyści medyczne:

- Integracja zadaniowa wobec chorych z chorobami serca i naczyń celem stworzenia możliwości jednoczesowego ich rozwiązywania.

Uruchamiany w styczniu 2011 roku, w budynku B, Oddział Kardiologiczno-Angiologiczny wypełni tę istniejącą lukę w śląskiej i polskiej nowoczesnej kardiologii i angiologii i umożliwi jednoczesowe diagnozowanie i przyczynowe leczenie chorób serca, naczyń szyjnych i obwodowych.



- Wzbogacenie SCCS o 3 nowe stanowiska (budynek B) w Pracowni Hemodynamicznej (łącznie 7 stołów w budynku A i B z nowoczesną aparaturą hemodynamiczną, w tym 3 stanowiska dla potrzeb elektrofizjologii) znacząco skróci obecny, roczny czas oczekiwania, poprawi dostępność do diagnostyki inwazyjnej (koronarografia, angioplastyka) i elektrofizjologicznej chorych planowych oczekujących na przyjęcie do SCCS. W chwili obecnej ich liczba (w obu klinikach kardiologii dorosłych) wynosi ponad 1300.
- Pododdział Ciężkiej Niewydolności Serca z wyszkolonym zespołem lekarsko-pielęgniarskim i 14 stanowiskami intensywnej opieki kardiologicznej jest potrzebnym organizacyjnym ułatwieniem dla systematycznego przyjmowania chorych z nieodwracalnym uszkodzeniem serca, płuc z całej Polski, w celu ich kwalifikacji do transplantacji. Pododdział Ciężkiej Niewydolności Serca będzie przyjmował chorych (dorosłych i dzieci) wymagających mechanicznego wspomagania krążenia z powodu ciężkiej niewydolności serca. Nowy oddział i zespół złożony z ekspertów zajmujących się ciężką niewydolnością serca, doświadczonych lekarzy, pielęgniarek i perfuzjonistów to szansa na uratowanie najtrudniejszych chorych.
- Oddział Kardiochirurgii, Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej zapewni możliwość zabiegowego leczenia chorych z jednoczesnymi schorzeniami serca i naczyń oraz umożliwi dalszy dynamiczny rozwój kardiochirurgii małoinwazyjnej. Gwarancją dobrych wyników jest bliska współpraca kardiochirurgów, anestezyjologów, chirurgów naczyniowych z kardiologami, radiologami.
- Powstanie dwóch nowych sal operacyjnych (budynek B), w tym jednej sali hybrydowej, przystosowanej do wykonywania wszelkich zabiegów kardiochirurgicznych i naczyniowych, zabiegów małoinwazyjnych i hybrydowych, takich jak TAVI, PAVTI, ablacje, stentgrafty aortalne i wielu innych.
- Dużo łatwiejszy niż obecnie dostęp chorych po transplantacji serca do biopsji endomiokardialnych, pozwalających na monitorowanie odrzucania przeszczepionego serca, pomiaru stopnia nadciśnienia płucnego i jego odwracalności u chorych kwalifikowanych do transplantacji serca, płuc.

Spodziewane korzyści organizacyjne:

- Korzystne dla chorych, nowoczesne, systemowe rozwiązania w zakresie lecznictwa i poradnictwa ambulatoryjnego dla 45 000-55 000 chorych rocznie. Działający obecnie budynek poradni, nieprzystosowany do pełnienia tej funkcji – tzw. barak, postawiony niegdyś dla robotników budujących szpital, zaadaptowany później na potrzeby pacjentów ambulatoryjnych, był rozwiązaniem tymczasowym.
- Zorganizowanie dla pracowników administracji SCCS dobrych warunków do pracy w wydzielonym sektorze Szpitala.
- Uzyskanie dobrego standardu wyposażenia sal, poprawienie warunków pobytu leczonych chorych (sale 1-2-3-4 osobowe o wysokim standardzie, z łazienkami, wyposażone w urządzenia podnoszące bezpieczeństwo chorego podczas pobytu w szpitalu - tlen, monitory, systemy przywołania).
- Powstanie Śląskiego Centrum Szkoleniowego Ratowników Medycznych jest konkretną odpowiedzią dotyczącą szkoleń

i możliwości odbywania stażu przez ratowników medycznych na oddziałach naszego szpitala - korzystną dla wszystkich zainteresowanych stron.

- Wzbogacenie bazy dydaktycznej studentów Wydziału Lekarskiego, Stomatologii, Ratownictwa Śląskiego Uniwersytetu Medycznego – istniejące obecnie zaplecze dydaktyczne w budynku A jest niewystarczające, nie zapewnia odpowiednich warunków do prowadzenia zajęć dydaktycznych dla studentów i szkolenia podyplomowego lekarzy.
- Powstanie audytorium umożliwiającego nowoczesne szkolenie przed- i podyplomowe dla 85 lekarzy, studentów, pielęgniarek, ratowników i pozostałych pracowników medycznych. Zintegrowany system audiowizualny pozwoli na bezpośredni przekaz zabiegów szkoleniowych z sal operacyjnych, hemodynamicznych i pracowni diagnostycznych.
- Utworzenie nowoczesnej Pracowni Mikrobiologicznej SCCS wraz z nowoczesnym zapleczem.
- Powstanie apteki szpitalnej przystosowanej do obecnych zadań i wymogów.
- Powstanie biblioteki naukowej wraz z zapleczem informacyjnym dla pracowników SCCS i studentów.
- Stworzenie baru-stołówki, z wydzielonymi pomieszczeniami dla personelu oraz osób odwiedzających chorych.
- Ekumeniczna kaplica
- Rekreacyjny ogród - patio wraz z infrastrukturą i zielenią wokół szpitala.
- Utworzenie zespołu pomieszczeń magazynowych i technicznych ułatwiających pobyt chorego w Szpitalu, zapewniających nowoczesne i bezpieczne funkcjonowanie Ośrodka.

Kosztom wielkiego wysiłku wielu ludzi, dyrekcji SCCS, liderów poszczególnych Klinik i wielu zaangażowanych pracowników naszego Ośrodka powstaje budynek B. Dobiegamy do mety z pracami kończącymi rozbudowę i wyposażenie nowego Szpitala. Przygotowujemy kadrę medyczną, techniczną i administracyjną do wielkiego finału, jakim będzie trudna logistycznie przeprowadzka.



Wierzmy, że podobne jak w roku 1985, kiedy ciężko pracowaliśmy nad tym, by zarówno leczeni, jak i leczący znaleźli w Śląskim Centrum dobre warunki, tak i na tym ważnym etapie rozwoju naszego Szpitala będziemy obecni i bardzo aktywni.

Podjęliśmy duży wysiłek by móc się dalej rozwijać. Sprostaliśmy wyzwaniu - po 25 latach mamy nowy Szpital, doświadczony, świetnie wyszkolony zespół, warunki, by jeszcze lepiej wypełniać misję Śląskiego Centrum: „Jesteśmy, aby ratować, nowoczesnie leczyc, dawać nadzieję”. Musimy tylko, w oparciu o najlepsze, sprawdzone wzorce, nie ustawać w działaniu.

Wierz, że tak będzie.

Refleksje z Europejskiego Kongresu Kardiologicznego w Sztokholmie 28.08 – 1.09.2010.

Szanowni Państwo,

Tegoroczny Kongres Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC Sztokholm 2010) zakończył się sukcesem. To najważniejsze w Europie spotkanie kardiologów i kardiochirurgów oraz badaczy zajmujących się profilaktyką i leczeniem chorób serca, płuc i naczyń, skupiło w tym roku prawie 30 tysięcy uczestników, kilkusetosobową grupę stanowiła reprezentacja naszego kraju.

Lekarze z całego świata przyjeżdżają na ESC, aby dyskutować o trudnych problemach współczesnej kardiologii i kardiologii, ale także po to, by usłyszeć nowe obowiązujące wytyczne, będące rezultatem pracy zespołu ekspertów, opracowane na podstawie wyników wielośrodkowych perspektyw-nych badań i rejestrów.

Po raz pierwszy w tym roku w programie Kongresu ESC znalazły się sesje szkoleniowe dla lekarzy rodzinnych, pielęgniarek, personelu medycznego. Wyjątkowo dużo miejsca poświęcono zagadnieniom nowoczesnej promocji zdrowia w chorobach serca i naczyń. Na Europejski Kongres Kardiologiczny bardzo wielu z nas, uczestników, przyjeżdża także po to, aby zetknąć się z badaniami doświadczalnymi, nowatorskimi, innowacyjnymi technologiami, dzięki którym nasza diagnostyka i leczenie staje się jeszcze skuteczniejsze a obciążenia dla chorych – mniejsze. Tworzenie nowoczesnej nauki to wielkie zadanie nie tylko medycyny akademickiej, ale wszystkich ambitnych osób i instytucji. Bez nowoczesnej nauki nie ma postępu w medycynie i farmacji.

Przekazujemy państwu nasze świeże refleksje po powrocie ze Sztokholmu. Tym ważniejsze, że SCCS zaprezentowało na tym kongresie 32 prace naukowe i pod tym względem zaliczone było do wiodących w rankingu międzynarodowych ośrodków kardiologiczno- kardiochirurgicznych.

Na Kongres Kardiologiczny silna zabrzańską delegacja kardiologów, kardi-ochirurgów, ale i zdolnych studentów, ambitnych pielęgniarek wyruszyła na pokładzie legendarnego żaglowca s/y „Zawisza Czarny”. Zamieszczamy liczne zdjęcia z tej wyprawy wierząc, że pozwoliła ona uczestnikom nie tylko w sposób najtańszy, ale i najprzyjemniejszy dotrzeć do Sztokholmu, ale także pomogła rozwinąć takie cechy jak kreatywność, solidność, umiejętność pracy w zespole. Wszystkie te cechy, wyniesione z dobrego żeglarstwa, bardzo przy-dają się w służbie choremu człowiekowi. Uczą rozważni, podejmowania decy-zji, solidności w działaniu, ale i wielkiej pokory.

Z wyrazami szacunku,

Prof. Marian Zembala

Dyrektor SCCS

PS. Odpowiadając na liczne pytania naszych Czytelników i Gości strony internetowej Śląskiego Centrum odpowiadamy, że w Zabrze, w tym roku, wykona-liśmy 26 transplantacji serca u dorosłych i dzieci oraz 8 transplantacji płuc. To prawda, że Śląskie Centrum jest największym, najbardziej doświadczonym Ośrodkiem w Polsce, ale chcielibyśmy wykonać przynajmniej jeszcze 20 trans-plantacji w tym roku, zwłaszcza, że jeden z naszych młodych pacjentów żyje dzięki mechanicznemu wspomaganiu krążenia i transplantacja serca jest dla niego jedyną szansą.

Opinie liderów SCCS na temat Kongresu ESC:

**Prof. Marian Zembala, kierownik Katedry i Oddziału Klinicznego Kar-
diologii i Kardiologii I Transplantologii SUM, dyrektor SCCS**

Powodem do dumy jest dla nas widoczna, silna reprezentacja polskiej kardiolo-gii i kardiologii na tym Kongresie, mocna promocja polskiej medycyny, kultury, aktywności – także poprzez rejs lekarzy „Zawiszą Czarnym”, zgodnie

z hasłem przewodnim „**Na polskich kardiologach i kardiologach mo-
żesz polegać jak na Zawiszy**”.

Z mojej perspektywy mieliśmy wiele ważnych powodów do zadowolenia z udziału w tym kongresie:

1. Z naszego Ośrodka przyjęto 32 prace naukowe (!!!), jedną z nich – wyróżniono. Nasza zdolna, młoda rezydentka, pani dr Anna Frycz-Kurek otrzymała II nagrodę dla najciekawszych badaczy.
2. Widać rosnącą siłę polskiej kardiologii, kardiologii – także na tym Kon-gresie, co jest dobrym świadectwem nowoczesności tych specjalności w Polsce
3. Liczna, bo aż 35 osobowa grupa, złożona z młodych lekarzy i studentów medycyny, głównie ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, ale także z Warszawy, Poznania, Katowic przybyła na Kongres ESC pięknym, starym żaglowcem „Zawisza Czarny”, łącząc piękno żeglarstwa, chęć młodzięcej przygody, marzenie z pasją zawodową, pragnieniem naukowego i klinicznego rozwoju.
- Zapiski z podróży, zdjęcia zamieszczone są na stronie internetowej Śląskiego Centrum.
4. Na tegorocznym Kongresie ESC przedstawione zostały nowe zasady postę-powania diagnostycznego i leczniczego w zakresie choroby niedokrwiennej serca, migotania przedsionków, wrodzonych wad u dorosłych. Zaprezentowano nowy i zasadniczo różny od dotychczasowego zbiór zasad leczenia choroby wieńcowej. Wprowadzono pojęcie HEART TEAM, czyli zespołu ekspertów od chorób serca, który - działając w oparciu o duże doświadczenie - w spokoju i rozwadze podejmuje **wspólnie** decyzje dotyczące wyboru dalszego leczenia. Decydem w tej grupie jest kardiolog, ale także kardiolog nieinwazyjny i anestezjolog.

Powróciłem do Zabrze zadowolony i jednocześnie wzbogacony o doświadcze-nia znakomitych, światowych i europejskich ekspertów w zakresie bardzo szerokiej, ale i bardzo szczegółowej problematyki kardiologicznej i kardioli-rurgicznej.

To dobre uczucie – poczucie spełnienia, a raczej wypełnienia bardzo ambitne-go planu. To dobry znak dla leczonych i leczących, ale także dla śląskiej i polskiej medycyny.

**Prof. Zbigniew Kalarus, kierownik Katedry Kardiologii, Wrodzonych
Wad Serca i Elektroterapii, Oddział Kliniczny Kardiologii SUM**

**Istotne problemy omawiane podczas Kongresu Europejskiego Towarzy-
stwa Kardiologicznego w Sztokholmie, 28.08-01.09.2010**

Nowe standardy leczenia chorych z migotaniem przedsionków

Migotanie przedsionków to najczęściej występująca arytmia. W Polsce cierpi na nią kilkaset tysięcy osób. Jednym z groźniejszych jej powikłań jest niedo-krwienność udaru mózgu. Nowe zalecenia, w porównaniu do poprzednich, bar-dziej precyzyjnie określają zasady profilaktyki przeciwzakrzepowej w popula-cji chorych z migotaniem przedsionków. Ich wdrożenie, bez wątplenia przy-czyni się do poprawy wyników leczenia.

Elektroterapia u chorych z zaawansowaną niewydolnością serca

Przedstawiono zmodyfikowane zalecenia dotyczące stymulacji resynchronizu-jącej serca. Opublikowane ostatnio wyniki badań wykazały, że zastosowanie tej formy terapii u chorych z mniej zaawansowanymi postaciami niewydolno-ści serca działa protekcyjnie, chroni i hamuje progresję choroby. Rozszerzenie wskazań doprowadzi do wzrostu liczby chorych, u których zostanie zastosowa-na ta terapia.

**Prof. Lech Poloński, kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego Kar-
diologii SUM**

Dobre wiadomości ze Sztokholmu

W czasie kolejnego Kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, który odbył się w Sztokholmie w dniach 28 sierpnia-1września 2010 roku, lekarze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze zaprezentowali 32 prace. Wspólnym sukcesem Zespołu było wyróżnienie drugą nagrodą pracy przedsta-wionej przez dr Annę Marię Frycz-Kurek, w ocenianej przez 3 jurorów sesji State of the Art. And Featured Research of Coronary Artery Disease.

Uważam, że ważne i dobre wiadomości ze Sztokholmu dotyczą przede wszystkim niewydolności serca. Po pierwsze, w badaniu SHIFT (Systolic Heart Failure Treatment with the If inhibitor Ivabradine) zredukowano istotnie śmiertelność sercowo-naczyniową i hospitalizacje z powodu niewydolności

serca stosując Ivabradynę, lek wybiórczo zwalniający rytm serca. Po drugie, zespoły z Polski udokumentowały rolę żelaza w leczeniu i rokowaniu chorych z niewydolnością.

W Śląskim Centrum Chorób Serca od lat interesujemy się kardiologią inwazyjną i ostrymi zespołami wieńcowymi. Z tych obszarów tematycznych opublikowano pracę dokumentującą większe korzyści z zastosowania heparyny drobnocząsteczkowej (enoxaparyny) niż heparyny niefrakcjonowanej podczas zabiegów pierwotnej angioplastyki w zawale serca (badanie ATOLL). Zmienia to istotnie nasze dotychczasowe poglądy na ten temat.

Wreszcie, interesujące doniesienie z Austrii. 56% zawałów mięśnia sercowego zdarza się w czasie pierwszych dwóch dni narciarskich urlopów. Autorzy zwracają uwagę, że zasadniczą przyczyną jest słabe przygotowanie kondycyjne „urlopowiczów”, którzy prosto z biura jadą w góry. Czynnikiem dodatkowymi są wysokość i niska temperatura. Zdaniem autorów zalecane jest co najmniej kilkutygodniowe przygotowanie do nart.

Spotkanie w Sztokholmie było kolejną okazją do wymiany poglądów, poznania wyników nowych badań. Cieszy, że dzieje się to z coraz większym udziałem ośrodków polskich, w tym także Śląskiego Centrum Chorób Serca. Wielkim sukcesem Polski jest także wybór prof. Adama Torbickiego na viceprezesa Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Prof. Jacek Białkowski, kierownik Katedry Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii z Oddziałem Kardiologii Dziecięcej ŚUM

Nowości zaprezentowane podczas Kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Sztokholmie.

Postępy w leczeniu wrodzonych wad serca (prof. Jacek Białkowski, doc. Małgorzata Szkutnik):

Przedstawione zostały nowe wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, dotyczące postępowania leczniczego u pacjentów dorosłych z wrodzonymi wadami serca (tzw. z ang. Grown Up Congenital Heart – GUCH). To trudne zagadnienie zostało w naszym Ośrodku uporządkowane w roku 2002, kiedy to kardiolog z Kliniki Wrodzonych Wad Serca, oprócz opieki nad dziećmi, zainicjował również leczenie pacjentów dorosłych. To nowatorskie rozwiązanie zostało potem przejęte przez inne ośrodki w kraju (np. w Gdańsku).

W Sztokholmie zaprezentowaliśmy bardzo ciekawe wyniki badań wieloośrodkowych, dotyczące przeskórnego zamykania przetrwałych przewodów tętniczych (najlicniejsza seria na świecie) oraz te z naszego Ośrodka dotyczące poszerzania koarktacji aorty – również u pacjentów dorosłych (największy materiał w kraju).

Marian Zembala

REJS LEKARZY

DO SZTOKHOLMU

Na polskich kardiologach i kardiologach możesz polegać jak na Zawiszy – wyprawa polskich lekarzy na kongres Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology) do Sztokholmu.



Dnia 26 sierpnia br. o godzinie 9 rano wyruszył z Nabrzeża Kościuszeki w Gdyni żaglowiec „Zawisza Czarny”, na pokładzie którego 30 młodych i zdolnych kardiologów i kardiologów udaje się na Kongres Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC Congress 2010) do Sztokholmu.

Celem przedsięwzięcia jest ułatwienie utalentowanym kardiologom i kardiologom a także studentom Śląskiego Uniwersytetu Medycznego dotarcia w ciągu 2-3 dni do Sztokholmu na najbardziej prestiżowy kongres w Europie, poświęcony chorobom serca naczyń i płuc a także badaniom podstawowym i klinicznym w tym zakresie. To największe spotkanie kardiologiczne w Europie odbędzie się w dniach 28 sierpnia-1września br.

Wyróżnienie i zaproszenie do udziału najzdolniejszych studentów Uniwersytetu Medycznego, zainteresowanych kardiologią, to podziękowanie za ich wielką pracę w okresie minionego roku i udział w projektach badawczych.

Ta integracyjna inicjatywa ma na celu:

1. dać realną szansę młodym ludziom dotarcia w najtańszy, ale i niezwykle atrakcyjny sposób do Sztokholmu (tańsze niż samolot czy prom koszty transportu do Sztokholmu, zakwaterowanie i wyżywienie na żaglowcu). Start rejsu: 25.08.2010, zakładany termin dotarcia do Sztokholmu: 29.08.2010, przewidywany powrót do kraju: 4 września,
2. pokazać silną polską medycynę w zakresie kardiologii, kardiologii, angiologii - z samego tylko Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu przedstawionych zostanie ponad 20 prac na tym kon-

gresie,

3. integrować polskie środowisko kardiologiczne i kardiologiczne - dlatego do udziału w rejsie zaproszeni zostali obok, lekarzy z Zabrza, także lekarze z Wrocławia, Katowic, Warszawy,
4. pokazać podczas pobytu w Sztokholmie zamiłowanie Polaków do żeglarstwa – „Zawisza Czarny”, szkuner sztakslowy, należący do związku Harcerstwa Polskiego, będzie cumować przez 4 dni w bardzo prestiżowym miejscu, w starym porcie w centrum Sztokholmu, stanowiąc dobrą wizytówką Polski i Polaków,
5. warto dodać, że dla uczestników kongresu będzie to okazją do pogłębienia doświadczeń żeglarskich, uczenia się wytrwałości, solidności, pokory wobec żywiołu, nieprzewidywalności sytuacji, chorego człowieka, znoszenia trudu i niewygody (Zawisza znany jest z bardzo surowych warunków dla żeglarzy). Wśród uczestników rejsu jest młody kardiolog z Zabrza, znany żeglarz kapitan Jacek Waclawski, który przed kilkoma laty poprowadził zakończoną sukcesem wyprawę dookoła Ameryki Południowej wokół Przylądka Horn (Cape Horn Antartctica), a na przełomie 2006/2007 roku był inicjatorem słynnej wyprawy przejścia żaglowcem S/y „Stary” (zbudowanym także przez medyków) jednej z najtrudniejszych żeglarskich tras, z Grenlandii do Vancouver śladami Amundsena (nagroda żeglarska roku, nagroda National Geographics).

Jesteśmy przekonani, że nasza inicjatywa, będąca połączeniem nauki, medycyny z pasją, dobrze służy rozwojowi człowieka, w byciu lepszym dla chorego i współczesnej medycyny.

Inicjator wyprawy: prof. Marian Zembala, transplantolog i dyrektor SCCS, żeglarz

Rejs odbywał się pod honorowym patronatem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.



Jacek Waclawski

Rejs „Zawiszy Czarnego” na Kongres Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) w Sztokholmie



Dla większości naszej załogi wejście na pokład „Zawiszy Czarnego” było pierwszym spotkaniem z morskim żeglarstwem. Inicjatorem i pomysłodawcą wyprawy był Profesor Marian Zembala, który niemal rok wcześniej zaproponował zorganizowanie tak nietypowego rejsu. Tegoroczny Kongres Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego miał odbyć się w Sztokholmie, w dniach 28.08-01.09. W tym największym europejskim spotkaniu kardiologicznym swój udział zgłosiło blisko 30 tysięcy lekarzy z całego świata. Przyjęto ponad 30 prac autorstwa lekarzy ze Śląskiego Centrum Chorób Serca.

Naszą ideą było zebrać załogę, która na pokładzie żaglowca dopłynie z Gdyni do Sztokholmu i w trakcie postoju będzie brała udział w Kongresie.

„Zawisza Czarny”, którym mieliśmy dotrzeć do Szwecji, to jeden z najstarszych polskich żaglowców, w przyszłym roku będzie obchodził swoje 50-lecie. Właścicielem statku jest Związek Harcerstwa Polskiego. „Zawisza” posiada trzy maszty, ponad 600 metrów kwadratowych żagla, mogą na nim żeglować 32 osoby. W swojej długiej historii wielokrotnie przeżył ciężkie sztormy, odbył wiele długich wypraw, żeglował dookoła świata, wokół Przylądka Horn, na Antarktydę. Żeglowanie na nim odbywa się w tradycyjny sposób, żagle obsługiwane są siłami załogi. Stałą załogę jachtu stanowią kapitan, bosman, mechanik i kucharz, którzy doskonale znają żaglowiec.

Naszą załogę stanowiło: 3 kardiologów, 6 kardiologów, 4 lekarzy w trakcie specjalizacji, 3 pielęgniarki, 7 studentów medycyny. Na pokładzie mieliśmy stać się jednym zespołem, który obsługuje żaglowca, nawiguje, prowadzi wachty 24 godziny na dobę.

Droga do Sztokholmu

Trasa z Gdyni do Sztokholmu liczy 330 mil morskich. Mając ograniczony czas, aby dotrzeć na rozpoczęcie Kongresu, musieliśmy pokonać ją płynąc non-stop, bez postojów po drodze. Kiedy przyjechaliśmy do Gdyni na morzu panował sztorm, 7-8 stopni w skali Beauforta, z porywami wiatru do 10B. W takich warunkach wyjście z portu byłoby bardzo niebezpieczne, dlatego zdecydowaliśmy się poczekać aż wiatr osłabnie. Pierwsze godziny upłynęły nam na przeszkoleniu załogi w obsłudze żagli, zapoznaniu z zasadami bezpieczeństwa, podstawami prowadzenia wachty na morzu. Kiedy wypłynęliśmy z Gdyni wiatr był wciąż dość silny - 6B, z dużym zafalowaniem. Postawiliśmy żagle, powoli zaczęliśmy oswajać się z dziesiątkami lin, które służą do ich obsługi. Załoga została podzielona na 4 wachty – zespoły, które zmieniają się co 4 godziny, odpowiedzialne za prowadzenie żaglowca. Pierwszym problemem, z którym musieliśmy się zmierzyć, była choroba morska. Na szczęście, po kilkunastu godzinach zaczęliśmy przyzwyczajając się do rozfalowania, a nastroje załogi szybko się poprawiły. Wiatr był z korzystnego kierunku, żeglowaliśmy więc dosyć szybko. Po pierwszej dobie zobaczyliśmy brzeg największej szwedzkiej wyspy - Gotlandii. Musieliśmy uważać na duży ruch statków w tym rejonie, szczególnie uciążliwy w ciągu nocnej żeglugi. Kilkadziesiąt mil przed Sztokholmem wpłynęliśmy w szkiery – labirynt małych wysp i wąskich kanałów. Była to bez wątpienia najpiękniejsza, choć trudna nawigacyjnie część trasy. Prowadząc żaglowca trzeba było bardzo uważać, by wśród wąskich kanałów między wyspami nie zejść z kursu - kilkanaście metrów od burt jachtu znajdowały się skały. Zaczumowaliśmy w samym centrum Sztokholmu, na wyspie Gamla Stan – starym mieście. Na żaglowcu postawiona została flaga Śląskiego Centrum Chorób Serca, przy wejściu na jacht umieściliśmy informacje dotyczące celu naszego rejsu.

Nasza wyprawa spotkała się z wielkim zainteresowaniem – żaglowiec, podczas pierwszych dwóch dni postoju, odwiedziło kilkaset osób – w dużej części uczestników Kongresu.

Załoga tymczasem zamieniła sztormiaki na marynarki i zeszła na ląd, by wziąć aktywny udział w Kongresie.

Z dziennika pokładowego - Zawisza wraca do kraju

Dziennik pokładowy, 27 sierpnia 2010:

Nasza aktualna pozycja: 10 mil od północnego cypla Gotlandii (57°50'N, 019°24'E). Prędkość: 6 węzłów, wiatr: 5B z kierunku NE. Żagle postawione: bomkliwer, sztafok, grotsztaksel, bezansztaksel. Załoga w coraz lepszej formie po wczorajszej, niemal sztormowej lekcji na morzu. Jutro powinniśmy wpływać w szkiery Sztokholmu. Pozdrowienia od załogi!

Jacek Waclawski, kapitan, kardiolog SCCS

Dziennik pokładowy, 28 sierpnia 2010:

Płyniemy już przez szkiery - do Sztokholmu powinniśmy dotrzeć dziś około godziny 16.00. Załoga Zawiszy pozdrawia.

Jacek Waclawski

godz. 12:19

Za pół godziny cumujemy przy nabrzeżu Gamla Stan (starówka), jednej z wysp Sztokholmu.

Jacek Waclawski

Dziennik pokładowy, Sztokholm, 31 sierpnia 2010, godz. 12.40

Zaraz wypływamy, by jeszcze w ciągu dnia przepłynąć przez szkiery. Mamy nadzieję wejść na kilka godzin do Visby na Gotlandii w drodze powrotnej. Według prognozy mamy silne wiatry (6-7B) z północy - a zatem korzystne. Załoga pozdrawia!

Jacek Waclawski

godz.14.07

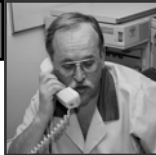
Właśnie oddaliśmy cumy. Płyniemy w kierunku Visby.

Dziennik pokładowy, 2 września 2010, godz. 9.10

Wypłynęliśmy z Visby. Wieje dziś mocno (6B), postawiliśmy żagle, płyniemy bardzo szybko. Kierunek: Hel. Pozdrowienia!

Jacek Waclawski





Choroba serca w zamierzchłych

czasach część II

W poprzednim tekście dotyczącym początków zainteresowań chorobami serca w najdawniejszych czasach, swoje opowiadanie zakończyłem stwierdzeniem, iż mroczny czas średniowiecza, z jego stagnacją w niemal wszystkich dziedzinach nauki niewiele wniósł do światowych dziejów kardiologii. Ale zdarzały się wyjątki. Należy do nich rozprawa dotycząca chorób serca zawarta w dość znanym w Europie średniowiecznej dziele

Practica Medicinalis a powstałym na polskiej ziemi, bez wątpienia warta odnotowania, jako pewien wyłom w medycynie średniowiecznej. Autorem był Tomasz z Wrocławia, tytularny biskup Sarepty (1297- ok.1378). Pochodził prawdopodobnie ze Śląska, studiował nauki lekarskie w Montpellier, Salerno, Padwie, Bolonii, wiele podróżował. Później, jako uznany już uczonej zapraszano go do wykładów w uniwersytetach w Paryżu, Montpellier i Oxfordzie. Leczył m.in.: papieża Jana XXII, ks. Henryka IV, królów czeskich: Jana Luxemburczyka, Karola IV. Z dziejami kardiologii wiąże dorobek biskupa Tomasza rozdział wymienionego dzieła (jeden z 202 rozdziałów) pt. *De syncope et debilitate cordis* – tekst o „ułamności”⁵ serca, kołataniu i związanych z nim omdleniach. Było to jedno z pierwszych opracowań odnoszących się do serca, a być może pierwsze w świecie dostrzegające związek utraty świadomości z zaburzeniami akcji serca. Nie wiemy na pewno co kryje się w niektórych zdaniach, dla przykładu: „...pojawia się zły przymiot zimna, dla serca straszliwy (...). Za tym przemawia osłabienie serca, a ruch jego staje się cierpieniem. Tak w krótkim czasie powstaje jego niemoc. A gdy w istocie dłużej trwa omdlenie i odjęte są ruch i czucie w ciele, najczęściej następuje śmierć”.

Wiele zależy od wyobraźni dzisiejszego czytelnika, także sposobu tłumaczenia zawilego i mocno scholastycznego tekstu, najeżonego upiększeniami filozoficznymi. W wolnym tłumaczeniu i interpretacji zacytowany fragment niejedną potraktowałby jak opis ciężkiej choroby serca...

Wiele zależy od wyobraźni dzisiejszego czytelnika, także sposobu tłumaczenia zawilego i mocno scholastycznego tekstu, najeżonego upiększeniami filozoficznymi. W wolnym tłumaczeniu i interpretacji zacytowany fragment niejedną potraktowałby jak opis ciężkiej choroby serca...

⁵ „debilitas” można tłumaczyć jako słabość, osłabienie, niedomoga, ułamność, albo w całkiem wolnym tłumaczeniu – choroba

W wieku XVI w Polsce obserwuje się relatywnie słaby poziom nauk lekarskich, reprezentowanych w Krakowie. W dalszym ciągu hołduje się interpretacji fizjologicznej Hipokratesa, Galena i Avicenny. Pomimo to możemy już mówić o polskich początkach realnych zainteresowań anatomią i fizjologią. Powstały liczne dzieła rodzimych autorów, w których wykazuje się związki serca z układem naczyniowym. Wśród nich należałoby przytoczyć pracę z dziedziny położnictwa Piotra Cziachowskiego (XVI wiek), a w niej rozdział *O biciu serca y omdlewaniu brzemiennych*. W rozdziale tym pojawia się tekst, w którym autor nieco nieudolnie usiłuje wyjaśnić przyczynę utraty sił i omdlenie zaburzeniami pracy serca.

Minęło wiele stuleci od czasu kiedy wspomniany w poprzednim artykule A.C. Celsus zwrócił uwagę na rokownicze znaczenie obrzęków, stając się jednocześnie odkrywcą zaburzeń gospodarki wodnej. Dopiero w XVI i XVII wieku medycy znów zainteresowali się obrzękami i puchliną wodną, a musiały upłynąć kolejne dziesiątki lat, zanim w wieku XVIII zaczęto z wolna dostrzegać ich związek także z niedomogą serca, chociaż przyczyna wodobrzusza mogła być przecież rozmaita. I w tej kwestii warto przypomnieć pracę polskiego autora, Jana Innocentego Petrycego - *De hydropo*, na podstawie której autor starał się o inkorporację do Akademii Krakowskiej, przeprowadzoną 2 kwietnia 1620 roku. Owa ciekawa dysertacja wpisuje się do światowej literatury jako jedno z pierwszych opracowań z tej dziedziny.



Zgodnie z prawidłami medycyny ówczesnej zalecano, jako sposób eliminowania obrzęków, nakłuwanie powłok i drenaż jamy brzusznej. Była to przez trzy kolejne stulecia powszechnie stosowana metoda, jak byśmy to dziś mogli rzec – objawowego leczenia skutków niewydolności krążeniowej. Metoda nieco straciła na aktualności po wprowadzeniu naparstnicy z końcem XVIII wieku, ale przetrwała w wieku XIX, a w uwowocześnionej formie i do czasów współczesnych.



**Eyn Ichone Artstedyge boeck
van allerleye ghebreck vande
kranckheyden der wyspischen.**



Były to jedynie zwiastuny rzeczywistego i pragmatycznego zainteresowania medyków chorobą serca, zaburzeniami krążenia, bólów piersiowych, które długo jeszcze nie umiano racjonalnie „umiejscowić” w sercu, niejasne było także pochodzenie obrzęków i pu-

chliny wodnej. Nie umiano zlokalizować miejsca pochodzenia bólu, czy pochodzi z dróg oddechowych, płuc, serca, naczyń, przełyku, czy wpustu żołądka. A chory – swoimi relacjami też niezbyt wprawnie mógł naprowadzić zakłopotanego medyka, skoro panował powszechny brak zrozumienia istoty takich dolegliwości. *Cardia* – to przecież łacińskie określenie wpustu żołądka, w której to nazwie po-brzmiewa *cor* - „serce”. W starych słownikach XVIII i XIX wiecznych odnajdujemy, że *cardiacus* – to serdeczny, albo remedium na sprawy serca i żołądka. Toteż nic dziwnego, że w XVII i XVIII-wiecznych rozprawach naukowych odnoszących się - wspólnie: do górnego odcinka przewodu pokarmowego i, jakby na marginesie, bólów serca – stosowany jest termin *cardialgia*.



chliny wodnej. Nie umiano zlokalizować miejsca pochodzenia bólu, czy pochodzi z dróg oddechowych, płuc, serca, naczyń, przełyku, czy wpustu żołądka. A chory – swoimi relacjami też niezbyt wprawnie mógł naprowadzić zakłopotanego medyka, skoro panował powszechny brak zrozumienia istoty takich dolegliwości. *Cardia* – to przecież łacińskie określenie wpustu żołądka, w której to nazwie po-brzmiewa *cor* - „serce”. W starych słownikach XVIII i XIX wiecznych odnajdujemy, że *cardiacus* – to serdeczny, albo remedium na sprawy serca i żołądka. Toteż nic dziwnego, że w XVII i XVIII-wiecznych rozprawach naukowych odnoszących się - wspólnie: do górnego odcinka przewodu pokarmowego i, jakby na marginesie, bólów serca – stosowany jest termin *cardialgia*.



Janusz H. Skalski

c.d.n.



Wspomnienie o Edwardzie Rippelu

Pamiętamy go wszyscy, kiedy na początku transplantacyjnej drogi tak mocno wspierał, jako jeden z Dyrektorów KGHM Polskiej Miedzi w Lubinie, chorych po transplantacji. To On pierwszy zorganizował spotkania na terenie Ziemi Lubuskiej dla naszej rodziny transplantacyjnej.

Był zawsze z nami i chorymi po transplantacji.

Pozostał człowiekiem uczciwym i sumiennym. Nigdy z Jego Osobą nie kojarzono jakichkolwiek konfliktów. On łączył a nie dzielił - i to w tych bardzo trudnych czasach, kiedy wśród chorych po transplantacji zaczął się niebezpiecznie szerzyć alkoholizm. On pomagał nam walczyć z tym nałogiem, podobnie jak i z korupcją - ostrzegał przed tymi, którzy sprzyjali takim postawom.

Zapamiętamy Go jako człowieka uczciwego, ambitnego i pracowitego, ale jednocześnie bardzo skromnego. Pozostanie na zawsze w naszej pamięci jako człowiek bez reszty oddany idei transplantacji.

Drogi Dyrektorze Rippelu,
Drogi Edwardzie,

spoczywaj w pokoju, ale i w poczuciu spełnienia. Teraz Bóg otacza Ciebie takim wielkim darem wsparcia i troski, jaką Ty otaczałeś ludzi potrzebujących przez minione kilkanaście lat.

Pozostaniesz w naszej pamięci.

Marian Zembala
Dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca





CHROŃ SWĄ ŚWIADOMOŚĆ

Próba napisania artykułu o zaburzeniach pracy mózgu dla chorych kardiologicznie jest trudna, bo jak przekonać chorych na serce, że zagrożona jest też ich psychika? Jak wytłumaczyć, że natura zaburzeń psychicznych jest taka sama jak natura zaburzeń krążeniowych, płucnych czy nerkowych, a choroba serca ma wpływ na pracę mózgu? Nasuwają się dwa argumenty, jeden statystyczny i jeden logiczny.

Pierwszy mówi o radykalnie wyższej częstotliwości zaburzeń psychicznych wśród pacjentów oddziałów kardiologicznych i kardiochirurgicznych w stosunku do osób zdrowych. Drugi jest prosty – człowiek jest całością i nie sposób oddzielić pracy serca od funkcji nerek, wątroby, płuc czy mózgu. Organizm jest połączony siecią powiązań a układ nerwowy i układ krążenia odpowiadają za ich utrzymanie. Jest więc oczywiste, że powiązanie układu nerwowego z układem krążenia musi być wyjątkowo silne.

Od kilkunastu lat akcentuje się zwłaszcza dwa zaburzenia psychiczne typowe dla pacjentów z chorobami układu krążenia: depresję i zaburzenia świadomości. Depresja jest zwykle zaburzeniem przewlekłym, natomiast zaburzenia świadomości są stanem ostrym. Co więcej, pacjent i jego bliscy mają szereg możliwości, by zminimalizować ryzyko zaburzeń świadomości. Z tego powodu to opracowanie zostanie poświęcone w całości temu zagadnieniu.

Świadomość i jej zaburzenia

Świadomość można opisać jako poczucie rozeznania własnych procesów psychicznych. Zaburzenie świadomości oznacza, że człowiek nie potrafi uporządkować swojego odczuwania, myślenia i emocji. Innymi słowy, psychika wchodzi w stan chaosu, skupienie uwagi staje się trudne lub niemożliwe, problemem jest określenie bieżącego czasu, zidentyfikowanie miejsca i rozpoznanie osób.

Na ogół w celu opisanego zaburzenia świadomości używa się porównania ze strumieniem światła. W jasnym strumieniu świadomości, tak jak w jasnym strumieniu światła, wszystko jest dobrze widoczne i zrozumiałe. Jeśli światło przygasa, widać coraz mniej, najpierw znikają tylko najdrobniejsze szczegóły, potem zacierają się ogólne obrazy, by w końcu – w całkowitych ciemnościach – zniknęła w ogóle możliwość dostrzeżenia czegokolwiek. Ta krótka przenośnia pozwala wyobrazić sobie, czym są tak zwane ilościowe zaburzenia świadomości, od przymglenia do śpiączki.

A jeśli – wracając do porównania ze światłem – światło będzie niedostateczne i zniekształcające? Jeśli będzie to np. słaba lampka migająca na przemian czerwienią i zielenią lub jeśli przyjdzie nam oglądać świat przez nierówne, soczewkowe i barwione szkło? Wtedy oczywiście obraz będzie nie tylko nieostry, ale i zniekształcony. To porównanie próbuje oddać stan odczuwania świata w jakościowych zaburzeniach świadomości. Ten rodzaj zaburzeń jest znacznie większym problemem diagnostycznym i terapeutycznym. Obowiązująca dzisiaj międzynarodowa klasyfikacja chorób: ICD-10 nazywa ten stan majaczeniem i wśród objawów wymienia:

- przymglenie świadomości, czyli zmniejszenie jasności rozpoznawania

wania otoczenia, upośledzenie zdolności skupiania, podtrzymywania i przenoszenia uwagi

- upośledzenie pamięci świeżej i odtwarzania bezpośredniego z dezorientacją co do czasu, miejsca lub osób
- co najmniej jedno z poniższych:
 - szybkie, nieprzewidywalne zmiany aktywności
 - wydłużony czas reakcji
 - zmieniona szybkość wypowiedzi lub wzmoczona reakcja zaskoczenia
- co najmniej jedno z zaburzeń rytmu dobowego:
 - nocna bezsenność z sennością w ciągu dnia
 - nasilanie objawów w nocy lub koszmary senne utrzymujące się po przebudzeniu jako omamy lub złudzenia
 - nagły początek i zmienność w ciągu doby.

Jak widać, majaczenie należy do tych zaburzeń, które dostrzega raczej otoczenie niż sam pacjent, stąd ogromna rola osób odwiedzających.

Może ono przebiegać z pobudzeniem – wówczas zwykle bywa szybko rozpoznane lub ze spowolnieniem – niestety, wtedy pacjent może być uznany za „zmęczonego”, „śpiącego” i choroba może pozostać nierozpoznana.

W tym miejscu trzeba dotknąć jednego z najważniejszych problemów psychiatrii, mianowicie wstydu chorych i ich rodzin w przypadku rozpoznania zaburzeń psychicznych. Wstydu – co należy z całą mocą podkreślić – zupełnie nieracjonalnego i nieuzasadnionego. Mózg jest takim samym narządem jak serce, nerka czy wątroba. Jest tylko znacznie bardziej skomplikowany. Zaburzenia psychiczne są takimi samymi problemami medycznymi jak np. choroby serca i dotyczą ich te same zasady postępowania: jak najszybciej wykrzyć i jak najszybciej rozpocząć leczenie! Każdy dzień zwłoki jest dla chorego niekorzystny! Zaburzenia psychiczne trzeba dostrzegać, rozpoznawać i leczyć, bo choroba leczona zwykle kończy się lepiej niż nieleczona. Zaburzenia świadomości są częstym i poważnym powikłaniem chorób serca i naczyń, ich ryzyko wzrasta wraz z wiekiem oraz ilością i ciężkością przebiegu przebytych chorób.

Lista czynników ryzyka majaczenia jest długa i obejmuje między innymi:

- stany zapalne, zwłaszcza układu oddechowego i moczowego
- niedobór tlenu (niewydolność krążenia mózgowego, niewydolność krążenia, niedostateczne utlenowanie krwi w płucach)
- niedokrwistość, niedożywienie
- odwodnienie
- zaburzenia metaboliczne (np. niewydolność nerek, cukrzyca)
- zaburzenia hormonalne (np. choroby tarczycy)
- urazy somatyczne
- sytuacje stresowe (np. strata bliskiej osoby, zmiana miejsca pobytu)
- stesy biologiczne (zabieg operacyjny, nawadnianie pozajelitowe)
- deprivację zmysłową (brak kontaktów z ludźmi, brak rozmów, brak lektury, niedosłuch)
- zaburzenia snu, niedobór snu, nocne budzenie
- poważny dyskomfort
- bezruch
- choroby układu nerwowego (np. guzy mózgu, padaczka)

- zatrucia (w tym alkoholem, lekami)
- hipotermie
- gwałtowny ból (np. w pępku, jaskrze)
- zespoły abstynencyjne (odstawienie alkoholu, leków)
- przyjmowanie niektórych leków.

Listę można by wydłużać, ale chyba lepiej podać pewną ogólną prawidłowość. Otóż mózg jest bardzo wrażliwy na uszkodzenia (niedotlenienie, niedożywienie, wahania poziomu elektrolitów, zatrucia, urazy), ale ma też duże możliwości adaptacyjne. Do prawidłowego funkcjonowania potrzebuje pewnego minimum biologicznego, względnego komfortu psychicznego i odpowiedniej ilości bodźców. Każdy czynnik, który wpływa na jedną z tych sfer może mieć pozytywne lub negatywne znaczenie w patogenezie majaczenia. Jeśli działa tylko jeden z czynników to wywołania majaczenia jest bardzo mało prawdopodobne, ale sumowanie się szkodliwości znacznie zwiększa ich patogenne znaczenie. Na przykład operacja usunięcia wyrostka robaczkowego u młodej zdrowej osoby raczej nie wywoła majaczenia, ale już operacja kardiochirurgiczna prowadzona w hipotermii, u starszej osoby z wieloletnim przebiegiem nadciśnienia i miażdżycy, przyjmującej znaczną ilość leków jest pod tym względem znacznie bardziej ryzykowna. Operacje kardiochirurgiczne są na tyle często powodem majaczenia, że w latach sześćdziesiątych XX w. stworzono nawet termin „*postcardiotomy delirium*”.

Przegląd piśmiennictwa przekonuje, że skutki majaczenia są poważne. Znaczna liczba autorów wymienia następujące skutki:

- pogorszenie współpracy z chorym
- przedłużenie pobytu w szpitalu
- pogorszenie jakości rehabilitacji
- pogorszenie kontaktu chorego z rodziną
- pogorszenie rokowania choroby podstawowej
- zwiększenie ryzyka inwalidyzacji
- zwiększenie ryzyka zgonu.

Sprawa jest niebagatelna, warto więc przemyśleć możliwości profilaktyki i wczesnego wykrywania zaburzenia, tym bardziej, że obydwa zagadnienia doczekały się bogatej literatury.

Profilaktyka zaburzeń świadomości

Znaczna część czynników ryzyka majaczenia nie poddaje się żadnym oddziaływaniom, bo nie da się wpłynąć na wiek pacjenta czy liczbę przebytych chorób lub przyjmowanych w przeszłości leków. Tym bardziej należy zwrócić uwagę na te elementy patogenezy, które można modyfikować. Jedno z badań zaburzeń świadomości wykazało, że prawidłowe postępowanie chorego, rodziny i personelu może zredukować częstość majaczenia o 30%. Konkretnie, w cytowanej pracy badacze uzyskali zmniejszenie występowania majaczenia z 15 do 9,9%. Wymagało to zwrócenia uwagi na następujące elementy:

- uzupełnianie deficytów intelektualnych
- zapewnienie prawidłowego snu
- wyrównanie zaburzeń wzroku i słuchu
- zapobieganie odwodnieniu
- utrzymanie aktywności fizycznej

- unikanie stosowania środków uspokajających bez wyraźnej potrzeby. Ponieważ wymienione działania są bardzo proste, warto przywrócić się im dokładniej.

Uzupełnianie deficytów intelektualnych

Człowiek ciężko chory jest słabszy nie tylko fizycznie, ale i psychicznie. Adaptacja do warunków szpitalnych, konieczność zapamiętania nowych twarzy, zasad życia na oddziale, rozkładu pomieszczeń, zaleceń lekarzy, pielęgniarek i terapeutów może okazać dla chorego zbyt trudna. Oczywiście, przede wszystkim od personelu medycznego oczekuje się informowania pacjenta o wszystkim, co niezbędne. Trzeba jednak pamiętać, że dla personelu chory jest człowiekiem „nowym”, nieznanym. Ani lekarz ani pielęgniarka nie dostrzegą zmiany, jaka zaszła w pacjencie po przyjęciu do szpitala, bo nie widzieli chorego w ostatnich dniach. Personel nie wie, jak zmieniły się możliwości intelektualne pacjenta, bo nie ma skali porównawczej. Dlatego niezastąpiona jest rola osób bliskich, rodziny, która najłatwiej dostrzeże trudności chorego w zapamiętaniu nowych informacji i - przede wszystkim - zmianę, jaka w nim zaszła od czasu wyjazdu z domu. Rodzina musi być gotowa do uzupełniania braków jego wiedzy, czasem wielokrotnego wyjaśniania i powtarzania tych samych informacji. Takie postępowanie po pierwsze zwiększa szanse ich zapamiętania - nie darmo Rzymianie mówili: „*repetitio mater studiorum est*” - oraz redukuje lęk chorego przed nowym, obcym otoczeniem.

Zapewnienie prawidłowego snu

Zaburzenia snu pojawiają się niezwykle często w sytuacjach stresowych, ale też brak snu jest ważnym czynnikiem stresorodnym. Tak więc stres i brak snu tworzą rodzaj błędnego koła: im więcej stresu, tym gorszy sen a im gorszy sen, tym więcej stresu. Tym, co może zrobić sam pacjent, jest zachowanie higieny snu, która - co trzeba uczciwie przyznać - w warunkach szpitalnych jest wyjątkowo trudna do utrzymania. Opisując rzecz w skrócie można powiedzieć, że najważniejsze jest wyraźne odgraniczenie dnia od nocy, z zachowaniem maksymalnej dostępnej aktywności w dzień i bezwzględny unikaniem drzemek w ciągu dnia. Zasada jest prosta do zapisania, ale trudna do zrealizowania i brzmi: im gorszy był sen ostatniej nocy, tym bardziej należy unikać „odsypiania” w dzień. Badacze snu podkreślają, że na dzienne drzemki mogą sobie pozwolić tylko ci, którzy idealnie śpią w nocy. Nawet kilkuminutowa drzemka nazywana często przez chorych „odpoczynkiem z zamkniętymi oczami” radykalnie zmniejsza szanse na dobry sen w nocy.

Ci sami badacze piszą też, że wiele jest do zrobienia po stronie personelu, bo czym na przykład uzasadnić budzenie chorych błędym światłem dla zmierzenia temperatury czy pojawiające się jeszcze w niektórych szpitalach, niemiłosiernie stukające - i budzące cały oddział - drewniane chodaki pracowników.

Poważnym problemem jest stosowanie środków nasennych. Z jednej strony brak snu jest szkodliwy, z drugiej zaś, popularne leki nasenne jak Estazolam, Nitrazepam itp. poza wszelką wątpliwością zwiększają ryzyko wystąpienia majaczenia. Leki nasenne trzeba więc traktować nie jak regułę, tylko jako ostateczność.

Wyrównanie zaburzeń wzroku i słuchu

Do prawidłowego funkcjonowania mózg potrzebuje prawidłowego dopływu bodźców. Deprywacja sensoryczna, czyli pozbawienie dopływu bodźców, jest jednym z najlepiej poznanych czynników wywołujących zaburzenia psychiczne. Jeśli, jak wykazano, czynnik ten – w skrajnym nasileniu – działa nawet na młodych i zdrowych, to na starszych i schorowanych będzie działał znacznie szybciej i silniej. Trzeba więc zadbać, by pacjent używający okularów lub aparatu słuchowego miał go zawsze przy sobie – również, a może zwłaszcza w szpitalu, gdzie powinien wszystko dokładnie widzieć i słyszeć. Jak pacjent niedosłyszący ma się zastosować do zaleceń terapeutycznych, jeśli nie ma aparatu? Jak ma przeczytać informację, jeśli nie ma okularów? Sprawy proste są często tak samo ważne, jak wyrafinowane leczenie farmakologiczne.

Zapobieganie odwodnieniu

Zmniejszenie ilości płynów, zwłaszcza osocza, oznacza zachwianie równowagi elektrolitowej, na które mózg jest szczególnie wrażliwy. Co więcej, ryzyko majaczenia wzrasta nie tylko w przypadku nieprawidłowego stężenia elektrolitów w osoczu, ale też w przypadku zbyt gwałtownego ich wyrównania. Z tego względu najbardziej korzystna droga podania płynów to droga doustna - droga dożylna, czyli wlew kroplowy jest znacznie mniej bezpieczny. Zdecydowanie najlepiej jest nie dopuścić do odwodnienia, czyli zapewnić przez cały czas odpowiednią ilość zróżnicowanych płynów.

Utrzymanie aktywności fizycznej

Wykazano, że praca mięśni stymuluje produkcję jednego z najważniejszych czynników ochronnych dla mózgu – BDNF, a osoby uprawiające sport łatwiej się uczą. Chory przebywający (leżący!) w szpitalu jest bierny. Nie ma zbyt wielu okazji do aktywności fizycznej. Tym bardziej trzeba wykorzystać te formy aktywności, które są dostępne. Obowiązująca w tym zakresie zasada brzmi: co jest dozwolone – jest zalecane. Jeśli więc, ze strony lekarzy czy pielęgniarek nie pada zakaz chodzenia – trzeba chodzić, jeśli nie wolno chodzić – można próbować delikatnej gimnastyki w łóżku. Szczegółowe informacje na temat tego, jaki zakres aktywności jest właściwy dla danego pacjenta można uzyskać od fizjoterapeutów, którzy potrafią precyzyjnie określić, jaki rodzaj i jaka intensywność wysiłku jest właściwa na danym etapie leczenia. Z tej wiedzy można i trzeba korzystać.

Unikanie stosowania środków uspokajających bez wyraźnej potrzeby

W jednym z opracowań dotyczących zaburzeń świadomości znalazło się ciekawe zdanie: w skrajnej sytuacji podanie o jedną tabletkę za dużo może wywołać majaczenie, więc każda niepotrzebna podana tabletkę zwiększa ryzyko majaczenia w przyszłości. Uwaga ta dotyczy jednej z grup leków uspokajająco-nasennych, pochodnych benzodwiazepiny. Do tej grupy należą często używane (i nadużywane) leki jak Relanium, Signopam, Lorafen, czy Estazolam. W każdym przypadku używania – zwłaszcza długotrwałego - tych leków warto

omówić z lekarzem celowość ich dalszego stosowania i możliwość stopniowego i powolnego zmniejszenia dawki czy odstawienia leku. Działań tych nie należy przeprowadzać samodzielnie, bo zbyt szybkie i zbyt radykalne zmiany dawki mogą być niebezpieczne.

Wczesne rozpoznanie zaburzeń świadomości

Rozpoznanie zaburzeń świadomości opiera się na rozmowie z chorym i jest tym łatwiejsze, im lepiej znało się chorego wcześniej. Istotne są przede wszystkim zmiany funkcji poznawczych, zwłaszcza takie, które wykazują fluktuacje dobowe. Majaczenie staje się wyraźniejsze w godzinach wieczornych i nocnych i zwykle błędnie w dzień.

Rodzina chorego powinna zaalarmować lekarza jeśli dostrzeże trudności w następujących sferach:

- znaczne zwolnienie szybkości myślenia i kojarzenia
- rozpoznawanie osób bliskich
- trudności w określeniu miejsca i czasu
- wypowiedzi świadczące o nieprawidłowych doznaniach zmysłowych, zwłaszcza gdy pacjent widział nieistniejące postacie lub słyszał dziwne głosy.

Jest szczególnie istotne, by odróżnić stany ostre od zaburzeń przewlekłych, trwających od kilku miesięcy lub lat - w drugim przypadku leczenie jest inne.

Leczenie i rokowanie

Najważniejszym postępowaniem jest leczenie farmakologiczne, które powinno zostać wdrożone jak najwcześniej. Ponadto, korzystnie w leczeniu działają wszystkie te elementy, które zostały wymienione przy omawianiu profilaktyki.

Majaczenie trwa zwykle od kilku do kilkunastu dni, ale w przypadkach opornych może się przedłużać. Zaburzenia trwające dłużej występują zwykle u chorych z licznymi i poważnymi czynnikami obciążającymi.

Podsumowanie

Majaczenie jest częstym i poważnym powikłaniem chorób układu krążenia.

Istnieje szereg czynników poddających się oddziaływaniom nefarmakologicznym, które mogą zminimalizować ryzyko wystąpienia majaczenia.

W przypadku wystąpienia majaczenia istotne jest jak najwcześniejsze rozpoznanie i wdrożenie leczenia.



Beata Pawlikowska

Pisarka, podróżniczka,
dziennikarka.

Z pasją pisze i opowiada o podróżach, spełnianiu marzeń i odnalezieniu się w „dżungli życia”. Organizuje wyprawy do dżungli amazońskiej i w inne egzotyczne miejsca. Pisze książki, felietony i reportaże. Fotografuje.

W Radiu ZET prowadzi audycję „Świat według Blondynki”.

W TVP 2 prowadzi program „Zagadkowa blondynka” – talk show zagadkowo-podróżniczy (sobota o 19.00)

Autorka kilkunastu książek, w tym pierwszej polskiej książki opublikowanej przez National Geographic.

Silna, samodzielna i odważna. Twierdzi, że te cechy pozwalają spełnić wszystkie marzenia, a jej recepta na osiągnięcie sukcesu to pasja poparta ciężką pracą, która pozwala osiągnąć mistrzostwo w dowolnej dziedzinie.

Autorka następujących książek:

„Blondynka w dżungli” (wyd. Twój Styl, 2001, wznowienie National Geographic 2007)

„Blondynka wśród łowców tęczy” (wyd. „Rosner & Wspólnicy, 2002; wznowienie National Geographic 2008)

„Blondynka śpiewa w Ukajali” (wyd. National Geographic, maj 2003) - pierwsza książka polskiego autora wydana przez National Geographic.

„Blondynka u szamana” (wyd. National Geographic, maj 2004)

„Blondynka Tao” (wyd. National Geographic, kwiecień 2005)

„Blondynka na Kubie” (wyd. National Geographic, kwiecień 2006)

„Poradnik globtrotera czyli Blondynka w podróży” (wyd. National Geographic, maj 2008)

„Blondynka na Czarnym Łądzie” (wyd. National Geographic 2009)

„Blondynka na safari” (autorski przewodnik), wyd. National Geographic 2009

„Blondynka, jaguar i tajemnica Majów” – wyd. National Geographic (maj 2010)

„Książka o prezentach” (wyd. Zibi, 2001)

„Księga dobrych życzeń” (wyd. Wiedza i Życie, luty 2003)

„Nasze przysmaki” (wyd. Wiedza i Życie, czerwiec 2003)

„W dżungli życia. Poradnik dla dziewczyn i chłopców (oraz niektórych dorosłych)”, wyd. Latarnik 2005

„W dżungli miłości” (wyd. Latarnik 2008)

„Agnes w Wenecji” (wyd. Latarnik 2009)

„W dżungli niepewności” (wyd. Latarnik 2009)

„W dżungli samotności” (wyd. Latarnik maj 2010)

Swoje książki ilustruje własnymi fotografiami i rysunkami.

www.beatapawlikowska.com

Wąż z Zanzibaru

Przy wejściu do sklepu tłoczyły się maski z wylupiastymi oczami, przeżyły hebanowe lwy i żyrafy. Poczulałam jak po plecach pod koszulą spływa mi strumyk potu. Było gorąco. Czterdzieści stopni w cieniu. Nawet drewniana



zebra na wystawie zdawała się dyszeć z upału. Wyciągnęłam głowę, żeby jej się lepiej przyjrzeć. Naprawdę wydawała się poruszać. Paski na jej drewnianej skórze tańczyły w rytm promyków światła. A może to cień stojących za nią ram do obrazów?



Dziwne... Przynęłam się jeszcze bliżej i nagle zamarłam. Spomiędzy obrazów wypelzł wąż. Ogromny, czujny, napięty. Gruby jak męskie ramię, jasnobrązowy, z wielkimi ślepiami.

Wszyscy zaczęli uciekać. Ja też, ale im szybciej biegłam, tym mocniej czułam, że prawie mnie dotyka rozwidlonym, głodnym językiem.

- On ciebie wybrał! – usłyszałam nagle głos. - Nie uciekaj! Zatrzymaj się! Pozwól mu podejść!

Posłusznie stanęłam. Wąż natychmiast wślizgnął się na moje stopy, a potem zaczął się okręcać i wspinać po moim ciele coraz wyżej i wyżej. Czulałam na szyi dotyk jego miękkiej, gładkiej skóry. Przesuwała się po moim ramieniu, sięgała policzka. Próbowałam się od niego uwolnić, ale nie byłam w stanie zdjąć z siebie potężnych, pulsujących mięśniami splotów.

- Nie musisz z nim walczyć! – odezwał się znów ktoś. – Poddaj mu się, wtedy odzyskasz spokój!

Głowa węża znalazła się właśnie na wysokości mojej twarzy. Spojrzałam mu prosto w żółte ślepia. I wtedy się obudziłam.

Noc była ciepła i pełna śpiewających cykad. W oddali szumiał ocean, uderzając od niechcenia falami o brzeg, tak jakby prowadził perkusyjną próbę orkiestry rozpisanej na wodę i piasek. Zamknęłam znów w oczy i zapadłam w sen.

Zanzibar to niewielka wyspa na oceanie Indyjskim, kilkadziesiąt kilometrów od wybrzeży wschodniej Afryki. W przeszłości życie toczyło się tam spokojnie. Najpierw przybyli ludzie z plemion Bantu, potem Arabowie z Jemenu. Uprawiali ziemię, zbierali owoce i nie mieli potrzeby organizowania się w jednolite państwo. Dlatego gdy z Europy przybyli Portugalczycy, szybko przejęli władzę na wyspie



i ogłosili się jej królami.

Pewnego dnia do portu przybyły śmigłe arabskie łodzie o trójkątnych żaglach. Były to czasy, kiedy podróżowano wyłącznie tak, jak chciała natura. Żeglarze wyruszali na ocean z trwogą wpatrując się w horyzont, a monsunowy wiatr pchał ich w tylko sobie znanym kierunku. Tak właśnie na wyspie pojawili się poddani sułtana Omanu.

Nie była to wyspa ogromnie ważna czy bogata, miała jednak jedną bardzo poważną zaletę. Posiadała fajny port, w którym można było się schronić i urządzić w nim bazę do wypadów na stały ląd.

Arabowie szybko więc wypędzili Portugalczyków i zajęli się niezwykle dochodowym handlem egzotycznymi przyprawami, kością słoniową i niewolnikami.

Gdziekolwiek to było możliwe, zakładano plantacje goździków, cynamonu, wanilii, pieprzu i gałki muszkatołowej. Duża część wyspy jest jednak nieurodzajna, bo cienka warstwa gleby leży na skamieniałej rafie koralowej. Świat jeszcze nie znał plastiku, w ogromnej cenie były więc słoniowe ciosy, z których robiono klawisze do fortepianów, kule bilardowe i wiele innych pożytecznych i pięknych przedmiotów.

W Kamiennym Mieście jest gorąco. Żar leje się z nieba i odbija od murów. Nie pomaga nawet ciepły słony wiatr wiejący od oceanu, bo kiedy człowiek wejdzie w labirynt ciasnych zaułków, ciemnych podwórek i niebotycznych ścian kamiennych domów, traci poczucie rzeczywistości.

Po raz pierwszy przyleciałam na Zanzibar samolotem z Mombasy. Tego samego dnia po południu przeszedłam obok Domu Cudów, kierując się w stronę tajemniczej bramy. Wydawała się tak samo pełna magii, jak drzwi stojące na granicy między rzeczywistością a światem snu.

Po raz drugi przyplłynęłam na Zanzibar statkiem z Dar Es-Salaam. Już w porcie natychmiast dostrzegłam znajomą bramę i ruszyłam w jej kierunku.



Teraz byłam na Zanzibarze trzeci raz. Przyleciałam spod Kilimanżaro. O świcie dotarłam na puste nabrzeże, minęłam po lewej stronie Dom Cudów i znów zanurzyłam się w chłodny cień bramy, oddzielającej szeroką ulicę zalaną słońcem od wąskich zaułków miasta przeszłości.



Uliczek nie projektował żaden architekt. Powstały przypadkiem, przy okazji rozdzielania od siebie murów ciasno stłoczonych domów. Dlatego biegą czasem ukosem, gwałtownie zakręcają, zwięzają się albo kończą na ścianie. Są nieprzewidywalne i nigdy nie wiadomo dokąd cię doprowadzą. Lubię się zgubić w tym labiryncie, wędrując bez pośpiechu, odnajdując znajome murki, gdzie w wąskim pasku słońca przeciskającego się między murami leży rudy kot. Naprzeciwko dziewczyna w czarnej muzułmańskiej burce gra w bao z koleżanką.

Bao to jedna z najstarszych gier planszowych świata. Na pewno grali w nią starożytni Egipcjanie, bo znaleziono kamienne plansze do bao w Luksorze, Tebach i w Memfis. Specjalnie zaprojektowana plansza zresztą nie jest konieczna – i dlatego pewnie gra stała się niezwykle popularna najpierw w całej Afryce, a potem także poza nią. Najważniejszy jest czas, który można grze poświęcić, bo rek wizyty do rozgrywki same się znajdują. Wystarczy zrobić cztery rzędy dołków w piasku i znaleźć 48 muszli, ziaren fasoli albo kamyczków.

Na początku do prawie wszystkich dołków wsypuje się po dwa kamyczki. Gra polega na tym, żeby zgodnie z zasadami przesypywać kamyczki do kolejnych dołków, tak aby ostatecznie zbierać ich najwięcej albo uniemożliwić przeciwnikowi zrobienie następnego ruchu. Każda rozgrywka jest niezwykle wciągająca, a im lepiej się ją zna, tym większe budzi emocje.



Muzułmanka w czarnej burce nie zwracała uwagi na to co dzieje się dookoła. To zupełnie typowe dla gracza w bao. Była tak pochłonięta kamyczkami trzymanymi w garści, że nawet kiedy podeszłam z aparatem do jej zasłoniętej twarzy, nie oderwała oczu od planszy. Dopiero wtedy uświadomiłam sobie z zaskoczeniem, że ubrana na czarno Muzułmanka siedzi nad planszą w kształcie chrześcijańskiej ryby, a jej młodsza koleżanka ma na sobie różowe hinduskie sari. Islam, chrześcijaństwo i hinduizm zjednoczone nad jedną drewnianą planszą z dołkami.

Bao na Zanzibarze to także dzieła sztuki, pięknie rzeźbione w hebanowe słonie i baobaby, składane i zamykane jak pudełko, żeby zawsze i wszędzie można było mieć je ze sobą. Wtedy wystarczy w wolnej chwili usiąść na murku, wsypać kamyczki do dołków w hebanowej planszy i grać.

Zatrzymałam się przy wózku sprzedawcy plastrów świeżego



ananasa. Wydawał się tak samo dziwnie nierealny jak sułtan w Domu Cudów. I na przekór wszystkim rozsądnym radom o unikaniu surowych owoców i ulicznych budek z przekąskami, zjadłam dwa pyszne kawałki słodkiego ananasa. Egzotyczne owoce dojrzałe w tropikalnym słońcu i pełne aromatycznego soku to jedna z największych przyjemności podróży. Nigdy ich sobie nie odmawiam.

Za następnym zakrętem tubylec w poplamionej koszuli i białej mużmańskiej czapce na głowie sprzedawał pieczone kawałki manioku z rusztu, pakując je w kartki wyrwane z używanego zeszytu. Jak pysznie smakowały w gorącej zanzibarski dzień!...

Wtopiłam się w Kamienne Miasto jak jaszczurka, która przystaje w bezpiecznej szczelinie między murami przeszłości i przyszłości, wystawiając plecy do ciepłych promieni słońca. Nie myślałam o niczym, zapomniałam o reszcie świata. Szłam przed siebie, fotografowałam, patrzyłam, chłonięłam zapach cienia i dźwięk muzyki.

Nagle stanęłam.



Na murku leżały fragmenty rzeźb. Niedokończone szkatuły i skrzynki, chuda zebra bez pasków, zakurzone maski. To miejsce wydało mi się znajome. Zanim zdążyłam sobie uświadomić z czym mi się kojarzy, na ulicę wyszedł rzeźbiarz. Widać było, że właśnie wstał od pracy. Na rękach i ubraniu miał drewniane wiórki, a na twarzy wyraz skupienia.

Spojrzelśmy sobie w oczy i znów odniosłam dziwne wrażenie, że gdzieś go już wcześniej spotkałam.

- To jeszcze niegotowe – odezwał się, wskazując na fragmenty rzeźb.

Pokiwałam głową, usiłując sobie przypomnieć skąd go znam.

- Ale jeśli chcesz coś kupić, to zapraszam tutaj – przesunął się kilka kroków do następnych drzwi, za którymi tłoczyły się kufty i skrzynie, dziesiątki ram do obrazów i drewniane zwierzęta. Natychmiast dostrzegłam czarną błyszczącą ramę z hebanu.



Heban to dziwne drzewo. Na zewnątrz jasnobrązowe, dopiero dwa centymetry pod wierzchnią warstwą ukrywa się czarny, twardy, ciężki rdzeń,

który po wydobyciu na światło dzienne, oczyszczeniu i wypolerowaniu zaczyna błyszczeć jak klejnot.

- *Ebony* – potwierdził rzeźbiarz. – Heban.

Wzięłam ramę do rąk. Była ciężka, rzeźbiona w baobaby, słonie i nosorożce. Przepiękna.

- Tak bardzo mi się podoba, że muszę ją mieć – powiedziałam bez namysłu.

I prawie od razu uzmysłowiłam sobie, że przecież jestem w Tanzanii, gdzie niczego nie kupuje się po pierwszej cenie, bo ogólnie przyjętym zwyczajem dla obu stron jest to, że cenę ustala się na drodze długiej negocjacji.

- Naturalnie po stargowaniu ceny – dodałam więc jak najszybciej.

- Nie u mnie – odrzekł równie szybko rzeźbiarz. – U mnie nie ma targowania. Taniej i tak nie kupisz. A jeśli znajdziesz gdzieś to samo po niższej cenie, to oddam ci pieniądze.

Mówił rzeczowym tonem, z błyskiem humoru w oczach. Widać było, że lubi swoją pracę i cieszy się zarówno zapachem świeżego drewna, jak i naszą rozmową.

- A to? – zapytałam, biorąc do rąk ciężką, ciemnopomarańczową ramę rzeźbioną w charakterystyczne zanzibarskie motywy stylizowanych palm daktylowych, okrętowych sznurów i winogron.

- Drewno tekowe – wyjaśnił rzeźbiarz, smakując z przyjemnością te słowa. – Surowe, nie malowane. Bo jeśli pokryje się je warstwą specjalnego oleju, będzie ciemne, w kolorze orzecha, jak to – dotknął bogato zdobionej skrzynki na przyprawę.

Podobało mi się. Miałam ochotę nie wypuszczać już tej rzeźbionej ramy z rąk. Widziałam ją w myślach na ścianie mojego domu. Wybrałam jeszcze trzy ramy z hebanu, bardzo afrykańskie, z obrazkami z sawanny.

- I jaka jest ta twoja najlepsza cena? – zapytałam rzeźbiarza mrużąc oczy.

- W dolarach czy szylingach?

- W dolarach.

- Czterdzieści pięć dolarów – odrzekł bez wahania.

Skinęłam głową i wsunęłam rękę do plecaka, gdy nagle wszystko sobie przypomniałam, a dziwnie znajomy głos, wyraz twarzy i uśmiech błakający się po ustach rzeźbiarza zostały zidentyfikowane i przypisane do bardzo szczególnego miejsca i czasu.

To ten sklep widziałam kilka dni wcześniej we śnie. To stąd wynurzył się niespodziewanie ogromny wąż i zaczął sunąć wprost na mnie, a kiedy uciekałam, czując wciąż na sobie jego gorący oddech, to rzeźbiarz zawołał, że wąż wybrał właśnie mnie, więc żebym mu się poddała. A kiedy stanęłam, czując jak gładkie, zwinne ciało okręca się wokół mnie i dotyka mojej szyi, to rzeźbiarz znów powiedział, żebym się bała, tylko poddała wężowi, a dzięki temu odzyskam spokój.

Byłam pewna, że to był on. Miał na twarzy ten sam dziwny wyraz pomieszania powagi z kpina, tak jak opowiadał najbardziej poważny dowcip świata, sam nie wiedząc czy służy on do śmiechu, czy wprost przeciwnie.

Spojrzałam na niego ukradkiem. Czy on wie, że ja wiem? Czy w ogóle ma świadomość tego, że stał się bohaterem mojego snu? Czy jest możliwe, żeby zrobił to specjalnie?... I co właściwie znaczył ten sen? Niezwykle sugestywny, żywy, pełen kolorów i zapachów, emocji i dźwięków.

Rzeźbiarz z pochyloną głową szukał dla mnie reszty. Nagle wyprostował się, spojrzał mi prosto w oczy i podał pieniądze z białą wizytówką.

- Żebyś wiedziała jak mnie znaleźć gdy znów tu przyjedziesz – powiedział takim tonem, jakby było oczywiste, że byłam na Zanzibarze wcześniej i znów tu przyjadę.

- Dziękuję – odrzekłam, odruchowo spoglądając na wizytówkę i dech mi zaparło.

- Masz na imię Miłość??? – zapytałam, nie wierząc własnym oczom.

Na wizytówce było napisane: Amour Aziz, Zanzibar Souvenir Shop. Amour to „miłość” po francusku.

- Yes – odparł.

- Miłość??? – powiedziałam jeszcze raz jak automat.

- Yes – powtórzył. – Mam na imię Miłość.

Spojrzałam jeszcze raz na moje ramy, na cały jego sklep, na wąską uliczkę Hamamni w Kamiennym Mieście.

- Odrzuć strach, poddaj mu się – usłyszałam znów w myślach. – Wtedy odzyskasz spokój.

Tak mówił Amour w moim śnie, a ja pomyślałam, że ogromny obejmujący mnie wtedy wąż był jak miłość, która czasem niespodziewanie ogarnia człowieka, który ze strachu przed zranieniem broni się przed nią i ucieka, choć w gruncie rzeczy gdyby umiał się jej poddać i zaufać, odzyskałby spokój duszy i doznał szczęścia.

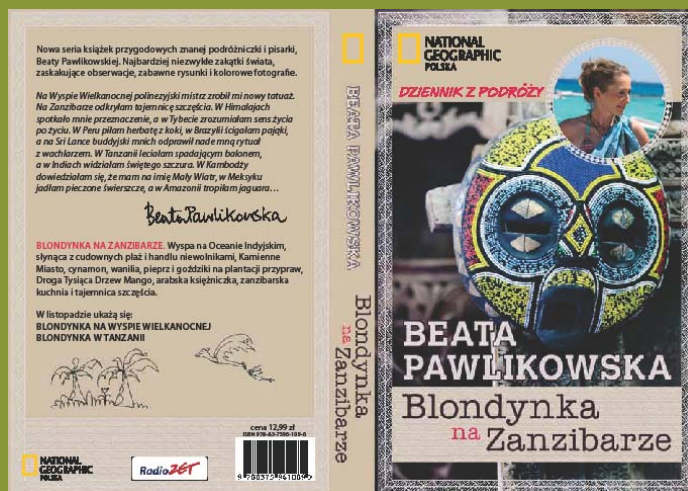
- Dziękuję – powiedziałam do rzeźbiarza, podnosząc moje pakunki.

- Zawsze do usług – odrzekł z uśmiechem.

- Asante sana – powiedziałam w języku suahili i odeszłam, zabierając ze sobą to, co zostało wyrzeźbione przez Miłość.

Fragment książki “Blondynka na Zanzibarze”, wyd. National Geographic wrzesień 2010

Beata Pawlikowska



www.beatapawlikowska.com

beata@beatapawlikowska.com



"Zanzibar to wielce słodhetna mypa..." -
nmpisał Marco Polo w 1295r.

15



lala salama
dobranoc

10



Uwielbiam tropikalne
poranki, kiedy jest +28°
i śpiewają ptaki

21



Leczenie kardiologiczne chorych w wieku podeszłym - wyzwanie, ale i sprawdzian dla leczących.

Z powodu istotnych schorzeń serca i naczyń starzejące się społeczeństwo coraz częściej oczekuje pomocy kardiologa i kardiochirurga. Powstaje wobec tego trudne pytanie: jaką taktykę operacyjną przyjąć u chorych najstarszych z grupy *oldest old*, tj. > 75. roku życia lub z grupy dużego ryzyka?

Odpowiedź jest zawsze jedna – skuteczną, rozważną i bezpieczną dla chorego!

Zmiany epidemiologiczne i demograficzne, w tym wydłużanie się życia, powodują istotne zwiększenie liczby osób w starszym wieku ze wskazaniami do operacyjnego leczenia schorzeń układu krążenia, a zwłaszcza choroby wieńcowej.

Starszy wiek nie jest przeciwwskazaniem do leczenia kardiologicznego, chociaż po 70. roku życia ryzyko wystąpienia zgonu i powikłań pooperacyjnych zwiększa się 2-krotnie, a po 80. roku życia – 3-krotnie w porównaniu z młodszymi grupami wiekowymi. Kwalifikacja do operacji powinna być więc zindywidualizowana, z uwzględnieniem wszystkich czynników obciążających oraz potencjalnych korzyści, które pacjent może odnieść.

Przedoperacyjna obiektywna ocena ryzyka zabiegu (klasyfikacja wg EuroScore, STS) jest najsilniejszym czynnikiem indywidualnego wyboru strategii leczenia i gwarancją mniejszej liczby powikłań. Jako pomoc w ocenie ryzyka i kwalifikacji do leczenia operacyjnego służą odpowiednie skale, opracowane na podstawie wyników uzyskanych w dużych grupach. Do najpopularniejszych europejskich skal należą EuroScore oraz logistic EuroScore, w których wiek stanowi istotny, niezależny czynnik ryzyka wystąpienia zgonów i powikłań pooperacyjnych, a każde przeżyte 5 lat powyżej 60. roku życia wiąże się z dodatkowym punktem ryzyka, na skutek czego chorzy w starszym wieku automatycznie trafiają do grupy co najmniej średniego lub dużego ryzyka.

EuroSCORE bierze pod uwagę takie schorzenia, jak: przewlekła obturacyjna choroba płuc leczona steroidami, choroby neurologiczne upośledzające codzienne funkcjonowanie, pozasercowe zmiany naczyniowe, bakteryjne zapalenie wsierdza, niestabilna dławica, zawał mięśnia sercowego, nadciśnienie płucne, tętniaki aorty, wcześniej wykonane operacje serca, w tym pomostowanie aortalno-wieńcowe (*coronary artery bypass graft* – CABG), upośledzona funkcja lewej komory serca [1]. Niezależnie od ww., coraz częściej mamy do czynienia z innymi, także ciężkimi obciążeniami u chorych starszych, które w ocenie ryzyka skali EuroSCORE nie są uwzględnione. Zalicza się do nich: „porcelanową” aortę, zespół mielodysplastyczny, przebyte leczenie radioterapią nowotworów w obrębie klatki piersiowej, znaczną deformację klatki piersiowej oraz współistniejącą chorobę nowotworową, nielimitującą czasu przeżycia do 12 miesięcy.

U chorych starszych wraz z wiekiem zwiększa się ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych, takich jak: niewydolność oddechowa, niewydolność nerek, zespół majaczeniowy oraz zespół małego rzutu i niedokrwienie mięśnia sercowego wymagające zastosowania kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej. Powikłania te występują 2-krotnie częściej u osób 70-letnich niż u pacjentów młodszych. Odległe wyniki operacji

kardiologicznych w starszym wieku zależą od rozwoju i zaawansowania wyjściowej patologii, towarzyszących schorzeń, a także wieku, w którym przeprowadza się operację, i związanej z nim perspektywy przeżycia.

Dobry wynik zabiegu kardiologicznego to nie tylko pomyślnie zakończona operacja serca, ale możliwość powrotu chorego do aktywnego życia w domu, rodzinie i grupie społecznej.

Leczenie chirurgiczne stabilnej i niestabilnej choroby wieńcowej chorych starszych

Wskazania do leczenia chirurgicznego z powodu choroby wieńcowej u chorych starszych nie odbiegają od przyjętych standardów.

U starszych osób mogą jednak wystąpić problemy z pozyskaniem materiału na pomosty, np. z powodu żyłaków lub wcześniejszego wykorzystania żył kończyn dolnych. Zastosowanie tętnicy piersiowej wewnętrznej – najlepszego pomostu – może być ograniczone u starszych osób z niewydolnością oddechową, zniekształceniami ściany klatki piersiowej, względnie po miejscowej radioterapii powodującej zbliznowacenia. Trudności technicznych mogą dostarczać także zwądnienia blaszek miażdżycowych, ściany tętnic wieńcowych, a także aorty wstępującej. Ta ostatnia patologia może nawet uniemożliwić podłączenie linii tętniczej krążenia pozaustrojowego do aorty wstępującej oraz zakleszczenie aorty w celu wykonania doortalnych zespołów pomostów. Należy wtedy posłużyć się techniką chirurgicznej re-waskularyzacji mięśnia sercowego bez użycia krążenia pozaustrojowego (*off-pump coronary artery bypass surgery* – OPCAB). Poza tym operowanie na bijącym sercu, bez krążenia pozaustrojowego oraz hipotermii, pozwala uniknąć wystąpieniu wielu powikłań pooperacyjnych u chorych starszych, obciążonych niewydolnością oddechową, nefropatią czy miażdżycą obwodową [2].

W trosce o dobry wynik leczenia u chorych starszych z licznymi obciążeniami kardiologicznymi, kardiologowie i anestezjologowie rozwijają nowe, skuteczne i bezpieczne metody alternatywnej terapii, takie jak przezecwnikowe wszczepienie zastawki aortalnej (*transcatheter aortic valve implantation* – TAVI), nieoperacyjne wszczepienie biologicznej zastawki płucnej (*pulmonary artery valve transcatheter implantation* – PAVTI), stentgrafty aortalne, małoinwazyjne zabiegi zastawkowe, zabiegi wieńcowe i hybrydowe (ryc. 1.).

W latach 2008–2009 w Klinice Kardiologii i Transplantologii Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze zoperowano 3157 chorych o średniej wieku 62 lata. Pomostowanie tętnic nasicerzowych wykonano u ponad połowy hospitalizowanych pacjentów ($n = 1799$), w tym u 21 chorych > 75 lat. Ponad 50% chorych wieńcowych zoperowano techniką OPCAB.

Coraz częściej chorzy starsi są poddawani też operacjom hybrydowym, polegającym na połączeniu technik chirurgicznych z cewnikowymi.

Według Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wieńcowego PL-ACS, który objął 260 616 pacjentów, najliczniejszą grupę (65%) stanowili chorzy w wieku 50–74 lat. Co piąty ukończył 75 lat. We wszystkich grupach wiekowych najczęściej występował zawał bez uniesienia odcinka ST (*non-ST segment myocardial infarction* – NSTEMI), w tym prawie w 80% u 80-latków. Zawał serca z uniesieniem odcinka ST (*ST segment myocardial infarction* – STEMI) oraz niestabilną dławicą piersiową przeżyło ponad 60% chorych > 60. roku życia. U co trzeciego 70-latka zastosowano strategię inwazyjnego leczenia ostrego zespołu wieńcowego (OZW) w przebiegu STEMI oraz

piątego w przebiegu NSTEMI i niestabilnej choroby wieńcowej. Podjęcie decyzji w grupie o dekadę starszą ograniczono do 30% w przypadku STEMI oraz do 15% w pozostałych zdarzeniach OZW. Ryzyko wystąpienia zgonu oraz powikłań okołoperacyjnych u 90-latków ograniczyło leczenie inwazyjne do 5–15%. Bez względu na rodzaj OZW oraz rozległość uszkodzenia lewej komory, frakcja wyrzutowa zmniejszyła się progresywnie wraz z wiekiem i wynosiła średnio 49% w grupie osób w wieku 60–69 lat, natomiast u 80-latków ok. 40%.

Do CABG zakwalifikowano zaledwie 15% chorych z OZW z niską frakcją wyrzutową $EF < 40\%$ w przedziale wiekowym 65–75 lat oraz 5–10% w przedziale 80–89 lat. Decyzję o leczeniu operacyjnym w stanie obrzęku płuc lub wstrząsu kardiogenego w ostrym niedokrwieniu mięśnia sercowego podejmowano natomiast u co trzeciego 80-latka i zaledwie u co dziesiątego 90-latka.

Zabiegi zastawkowe u chorych starszych

Wraz ze starzeniem się populacji obserwuje się stale zwiększenie liczby zabiegów zastawkowych, wykonywanych najczęściej z powodu ciężkiej stenozы aortalnej lub istotnej niedomykalności mitralnej. W latach 2008–2009 w Śląskim Centrum Chorób Serca wykonano 338 implantacji zastawki aortalnej oraz 260 zabiegów na zastawce mitralnej.

Największą śmiertelność okołoperacyjną obserwowano w grupie najstarszych chorych > 76 lat (6–8%), co wynikało najpewniej z wielu chorób współistniejących, takich jak: przewlekła obturacyjna choroba płuc (15–25%), przewlekła niewydolność nerek (5–10%), miażdżyca obwodowa (2–10%), choroby neurologiczne (5–25%), nadciśnienie tętnicze (20–50%) oraz cukrzyca (10–20%).

Należy pamiętać, że klasyczna technika wymiany zastawki aortalnej czy mitralnej jest metodą wymagającą zawsze zastosowania krążenia pozaustrojowego, zatrzymania serca i otwarcia aorty. U chorych w starszym wieku (> 75 lat), z wieloma towarzyszącymi obciążeniami ryzyko zastosowania metody klasycznej jest niemałe. Największe zainteresowanie wzbudza obecnie przeszskórna i przezkoniuszkowa technika implantacji sztucznej zastawki aortalnej. Metoda TAVI, którą można zastosować w stenozie aortalnej, zarezerwowana jest właśnie dla chorych dużego ryzyka operacyjnego (logistic EuroSCORE $> 20\%$ lub STS $> 10\%$), z ciasnym, objawowym zwężeniem zastawki, obarczonych wieloma chorobami współistniejącymi [3, 4].

W Śląskim Centrum Chorób Serca do techniki przezkoniuszkowej zakwalifikowano dotychczas 15 chorych, a do techniki przez tętnicę udową – 4 osoby. Przeważały kobiety (74%), o średniej wieku $78 \pm 4,8$ roku.

U wszystkich chorych rozpoznano ciasną stenozę zastawki aortalnej, z polem powierzchni ujścia $< 1 \text{ cm}^2$ i wskaźnikiem pola $< 0,5 \text{ cm}^2/\text{m}^2$. Wszyscy chorzy mieli kliniczne objawy stenozы aortalnej. Średnia klasa wg NYHA wynosiła $3,2 \pm 0,5$. Aż u 16 chorych (84%) współistniała choroba wieńcowa, 3 z nich przeżyło wcześniej operację kardiologiczną.

Objawy niewydolności wieńcowej (stenokardii) zgłaszało 15 chorych (79%), a średnia klasa CCS wyniosła $2,42 \pm 1,1$. Sześcioro chorych było otyłych, natomiast 8 miało nadwagę. Średni wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI) wyniósł $29,2 \pm 5,8$. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na rokowanie i ryzyko przeprowadzenia zabiegu była także funkcja lewej komory. Średnio frakcja wyrzutowa lewej komory wynosiła $53 \pm 11,3\%$. Logistic EuroSCORE było bardzo wysokie, bo $25 \pm 7,6\%$. W okresie szpitalnym zmarły 2 pacjentki – jedna z powodu pęknięcia opuszki aorty ze wstrząsem w czasie przezko-

nuszkowej implantacji zastawki, druga wśród objawów ciężkiej niewydolności wielonarządowej.

U trojga chorych implantowano kardiostymulator na skutek ujawnienia się zaburzeń automatyzmu i/lub przewodzenia. Ogółem bezpośrednia skuteczność zabiegu (techniczny sukces wszczepienia) wyniosła 84% (16 chorych).

Osoba starsza ze schorzeniami serca i obciążeniami jest chorym najtrudniejszym, wymagającym wielkiego doświadczenia, sumiennosci i solidności w opiece przedoperacyjnej, okołoperacyjnej i pooperacyjnej. Tylko wielospecjalistyczny zespół złożony z lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, psychologów, dietetyków i pracowników socjalnych jest w stanie nie tylko skutecznie leczyć, ale przywrócić równowagę ducha i ciała zaburzoną przez chorobę.

Podsumowanie

W niektórych krajach europejskich co drugi operowany na serce jest po siedemdziesiątce, a liczba operowanych po 80. roku życia przekracza 10% [6, 7]. Mimo to wyniki operacyjne z roku na rok poprawiają się m.in. dzięki rygorystycznemu przestrzeganiu zasad kwalifikacji do operacji, szczególnie w przypadku chorego starszego, często o znikomych rezerwach czynnościowych i zaawansowanej patologii. Należy pamiętać, aby do operacji kierować tylko tych chorych, u których stopień ryzyka jest do zaakceptowania i którzy rokują poprawę kliniczną oraz przeżycie. W przeciwnym razie kwalifikacja okaże się nieuzasadniona i nieetyczna. W skrajnych przypadkach lepiej jest postępować zachowawczo, mimo braku perspektyw uzyskania poprawy, i zapewnić choremu maksymalny komfort.



Piśmiennictwo

1. Giec L. Leczenie choroby niedokrwiennej serca. Via Medica, Gdańsk 2000.
2. Poloński L. O diagnostyce i terapii stabilnej choroby wieńcowej i ostrych zespołów wieńcowych u osób starszych. Kardiol Pol 2003; 58: 244-8.
3. Schenk S, Fritzsche D, Eitz T, et al. EuroSCORE-predicted mortality and surgical judgment for interventional aortic valve replacement. J Heart Valve Dis 2010; 19: 5-15.
4. Gammie J, Krowsoski L, Brown J, et al. Aortic valve bypass surgery: mid term clinical outcomes in a high-risk aortic stenosis population. Circulation 2008; 118: 1460-6.
5. Zembala M, Wilczek K, Przybylski R, et al. POL-TAVI First Polish report on transcatheter aortic valve implantation (TAVI) of Edwards-Sapien prosthesis in the first 19 high risk patients with severe aortic stenosis and comorbidities. Kardiol Pol 2009; 67: 936-40.
6. Rosengren A, Wallentin L, Simoons M, et al. Age, clinical presentation, and outcome of acute coronary syndromes in the Euroheart acute coronary syndrome survey. Eur Heart J 2006; 27: 789-95.
7. Gummert JF, Funkat A, Beckmann A, et al. Cardiac surgery in Germany during 2008. A report on behalf of the German Society for Thoracic and Cardiovascular Surgery. Thorac Cardiovasc Surg 2009; 57: 315-23.

Wielobarwna jesień życia

Lata szybko przemijają, a dar życia, mimo towarzyszących mu trudów i cierpień, jest zbyt piękny i cenny, abyśmy mogli się nim znużyć

Jan Paweł II



Jesień to czas melancholii, zamyślenia, krótszych dni, spadających lub szeleszczących już pod nogami, ale i różnobarwnych liści, bogatych plonów... Czym jest więc jesień życia? Jak mądrze w nią wkroczyć? Na czym polega tajemnica udanej starości?

Bardzo często jesienią życia nazywamy starość, stawiając ją w opozycji do młodości, utożsamianej z wiosną czy latem. Porównania takie mają miejsce, ponieważ życie człowieka, analogicznie do następujących po sobie kolejnych pór roku, składa się z przemijających etapów. Otaczający nas świat zmienia się z każdym dniem. W dzieciństwie i młodości człowiek kreśli szkic swojego życia, realizowany w późniejszym okresie, starość natomiast jest czasem nacechowanym mądrością, którą nabywamy przez lata doświadczeń. Już rzymski mówca i filozof Ciceron, chwalać jesień życia, pisał: *Cóż może być piękniejszej niż starzec otoczony młodzieżą spragnioną jego wiedzy i doświadczenia*. [1,2].

(...) tajemniczy proces starzenia się nie jest równoznaczny ze schodzeniem w ciemną dolinę; o wiele bardziej przypomina wspinanie się na ostatni szczyt, przed którym trzeba odłożyć każdy zbędny bagaż. Ocywwiście, wspinaczka na szczyt jest męcząca. Jednak szczyt wiele również obiecuje: szeroki widok, który uzyskuje się tylko tam; inną perspektywę; spojrzenie na przebytą drogę; dystans do tego, co się za sobą pozostawiło; oddech, nowe widzenie; wolność od tego, co przyniata; być może nowe nastawienie do codzienności.

Theresia Hauser, *Zeit inneren Wachstums*

Lata przemijają szybko i bezpowrotnie, a to jak przeżyjemy jesień życia zależy wyłącznie od nas samych. Akceptacja swojego wieku to również wynik mądrości życiowej, dlatego wkraczając w wiek trzeci możemy przyjąć różne postawy i przeżywać ten czas na wiele wyjątkowych sposobów. Jedni, podobnie do przedstawionego przez Henryka Sienkiewicza latarnika (*Latarnik*), dążą do spokoju, szukają swojego portu, traktują starość jako czas zasłużonego odpoczynku, są szczęśliwi w swojej samotności. Inni, jak hemingwayowski rybak Santiago (*Stary człowiek i morze*), dowodzą nam swym zachowaniem, że zawsze jest szansa na odniesienie zwycięstwa i pokonanie swoich słabości. Wypowiedziane przez Santiago słynne słowa: *Człowiek nie jest stworzony do klęski. Człowieka można zniszczyć, ale nie pokonać* najlepiej świadczą o sile, mądrości i doświadczeniu starszego człowieka. Jeszcze inni, śladem ukazanej przez Zofię Nałkowską Cecylii Koliczowskiej (*Granica*), postrzegają starość jako koniec wszystkiego, utratę złudzeń, czas budzący lęk a nawet gniew wynikający z niemożności pogodzenia się z osamotnieniem i starzeniem się.

Jesień życia może mieć zatem różnorakie oblicza. Mówiąc o starości często myślimy o chorobie, pogarszającym się stanie zdrowia i co się z tym wiąże - braku siły, niedołężnością, niemożnością wykonania niektórych czynności dnia codziennego. Jednak jest także drugie oblicze starości, widzianej jako okres żniw, złote lata, czas odpoczynku, spokoju ducha, czas na to, by wyznaczać sobie nowe cele i wprowadzać w życie nowe działania, by korzystać z życia. Niezwykle istotne jest, by zaakceptować starość z wszelkimi jej konsekwencjami, blaskami i cieniami - jest ona nieodłącznym następstwem młodości: młodość zawsze skazana jest na starość. Musimy pamiętać, że starość to proces samoczynny, natomiast wiedza, mądrość życiowa związana z wiekiem już nim nie jest - zależy od nas, od naszych poczynań, podjętego trudu. Jedno jest pewne - możemy sprawić, że jesień życia będzie wyjątkowym okresem, bogatym w nowe doświadczenia, przeżycia, znajomości, żyć tak, by móc powtórzyć za Marie Luise Kaschnitz:

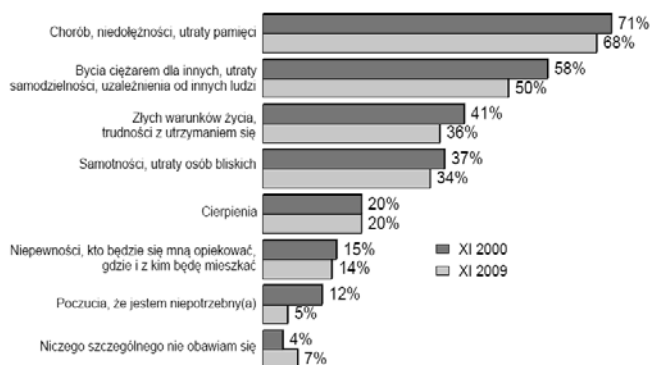
Starość nie jest dla mnie więzieniem, w którym siedzi się w odosobnieniu, lecz balkonem, z którego widać dalej.

Postawy Polaków wobec ludzi starszych i własnej starości[3]

Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) przeprowadziło badania, których celem było uzyskanie odpowiedzi na pytania dotyczące postaw Polaków wobec ludzi starszych i własnej starości. Ukały one, że najwięcej z nas (97%) szanuje i docenia ludzi starszych za ich pomoc w opiece nad dziećmi, zwłaszcza, gdy oboje rodzice pracują. Nieznacznie mniej - 95% - uważa, że należy korzystać z mądrości życiowej ludzi starszych, ponieważ mają oni istotne doświadczenie i wiedzę, której brakuje ludziom młodym. Wśród pozostałych odpowiedzi pojawiły się: 92% - ludzie starsi są dobrymi sąsiadami i zwracają uwagę na to, co się dzieje w ich najbliższym otoczeniu; 90% - doceniamy pomoc finansową ze strony osób starszych niesioną dzieciom i wnukom; 88% - szanujemy osoby starsze za ich działalność społeczną.

Badania pomogły również sprecyzować obawy związane ze starością. Przede wszystkim odczuwamy strach przed chorobami i niedołężnością. W następnej kolejności boimy się utraty samodzielności, uzależnienia od innych oraz bycia ciężarem dla innych. Niemal w równym stopniu obawiamy się trudności związanych z utrzymaniem się, złych warunków życiowych, samotności oraz utraty osób bliskich. Rzadziej pojawia się lęk przez cierpieniem czy niepokój związany z niepewnością w kwestii opieki i miejsca zamieszkania na starość. Najmniej jest osób, które boją się, że staną się niepotrzebne oraz tych, które niczego się nie obawiają.

Niezależnie od tego, w jakim jest Pan/i obecnie wieku i jaka jest Pana/i sytuacja życiowa, czego najbardziej obawia się Pan/i myśląc o swojej starości?



Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ respondent mógł wskazać trzy najważniejsze powody do obaw

Powyższe wyniki dowodzą, że mimo upływu czasu, ludzie w podobnym stopniu obawiają się obciążeń związanych ze starością.

Analiza obaw respondentów z podziałem na cechy społeczno-demograficzne dowiodła, że ludzie młodzi, dobrze wykształceni oraz osoby źle oceniające swoją sytuację finansową najbardziej martwią się o środki materialne. Osoby młode i wykształcone częściej mówią również o lęku przed samotnością. Podobne obawy mają osoby mieszkające w dużych miastach, dobrze oceniające swoje warunki finansowe. Ludzie starsi stosunkowo częściej obawiają się chorób i niedołężności, a także cierpienia oraz bycia ciężarem dla innych. Być może wynika to z ich doświadczeń oraz priorytetów specyficznych dla danego okresu życia.

Sposoby spędzania czasu w jesieni życia – plany a rzeczywistość[4]

CBOS podjęło również próbę określenia sytuacji ludzi starszych w społeczeństwie – porównania planów, wyobrażeń dotyczących jesieni życia z rzeczywistością. Wyniki tej analizy przedstawiają się interesująco.

Rzeczywistość - sposoby spędzania jesieni życia (respondenci pobierają świadczenia emerytalne)

Jak na ogół spędza Pan(i) czas? Czy:	Odpowiedzi badanych, którzy pobierają świadczenia emerytalne (N=297)	
	Tak	Nie
	w procentach	
- ogląda Pan(i) telewizję	92	8
- słucha Pan(i) radia, muzyki	79	21
- czyta Pan(i) książki, czasopisma, gazety	75	25
- uprawia Pan(i) działkę, ogród	49	51
- pomaga Pan(i) dzieciom/rodzinie w prowadzeniu domu	47	53
- opiekuje się Pan(i) wnukami	40	60
- uprawia Pan(i) sport: gimnastykę, chodzi Pan(i) na spacer, na basen	32	68
- korzysta Pan(i) z komputera, internetu	18	82
- podróżuje Pan(i) po kraju	15	85
- pracuje Pan(i) społecznie na rzecz ludzi potrzebujących, społeczności lokalnej, sąsiadów, parafii	12	88
- chodzi Pan(i) do kina	12	88
- chodzi Pan(i) do muzeów, galerii, na wystawy	12	88
- chodzi Pan(i) do teatru, opery, na koncerty	10	90
- podróżuje Pan(i) po Europie i świecie	7	93
- uczy się Pan(i) języków obcych	4	96
- kontynuuje Pan(i) kształcenie, uzupełnia kwalifikacje	3	97
- zapisał(a) się Pan(i) na ciekawe zajęcia: ćwiczenia pamięci, warsztaty z informatyki, uniwersytet trzeciego wieku	2	98
- robi Pan(i) coś innego	8	92

Wyobrażenia dotyczące spędzania jesieni życia (respondenci nie pobierają świadczeń emerytalnych)

Jak Pan(i) myśli, czym zajmie się Pan(i) po przejściu na emeryturę? Czy będzie Pan(i):	Odpowiedzi badanych, którzy nie pobierają świadczeń emerytalnych (N=725)	
	Tak	Nie
	w procentach	
- słuchać radia, muzyki	93	7
- czytać książki, czasopisma, gazety	89	11
- oglądać telewizję	87	13
- opiekować się wnukami	83	17
- pomagać dzieciom/rodzinie w prowadzeniu domu	80	20
- korzystać z komputera, internetu	72	28
- uprawiać sport: gimnastykę, chodzić na spacer, na basen	67	33
- podróżować po kraju	67	33
- uprawiać działkę, ogród	63	37
- chodzić do kina	60	40
- podróżować po Europie i świecie	57	43
- pracować społecznie na rzecz ludzi potrzebujących, społeczności lokalnej, sąsiadów, parafii	46	54
- chodzić do teatru, opery, na koncerty	46	54
- chodzić do muzeów, galerii, na wystawy	46	54
- uczestniczyć w ciekawych zajęciach: warsztatach z informatyki, ćwiczeniach pamięci, na uniwersytecie trzeciego wieku	31	69
- uczyć się języków obcych	24	76
- kontynuować kształcenie, uzupełniać kwalifikacje	17	83
- robić coś innego	11	89

W zdecydowanej większości wśród wymienionych form spędzania jesieni życia zauważamy rozbieżność między zamierzeniami a rzeczywistością. Tylko oglądanie telewizji częściej pojawia się w rzeczywistości niż w planach respondentów. Biernie spędzanie czasu, czyli: słuchanie radia, muzyki, czytanie książek, gazet i czasopism, częściej pojawia się w planach niż w życiu codziennym. Również w innych dziedzinach, takich jak pomoc najbliższym, praca społeczna, rozwój kulturalny, aktywność fizyczna, podróżowanie oraz rozwijanie zainteresowań, plany Polaków na jesień życia zdecydowanie odbiegają od deklaracji osób przebywających już na emeryturze. Aspiracje Polaków ukazują wyraźną potrzebę aktywności bez względu na wiek, natomiast u większości osób w wieku emerytalnym dostrzegamy stopniową rezygnację z życia społecznego.

Jak widać jesień życia może mieć różne oblicza. Różne są sposoby jej spędzania - tylko od nas zależy, który z nich wybierzemy. Należy pamiętać, że czas ten może być wyjątkowym okresem, trzeba tylko go zaakceptować i właściwie wykorzystać.

Spróbujmy pokochać jesień.

Ważne dni:

- **Międzynarodowy Dzień Osób Starszych** -1 października
- **Dzień Seniora** -14 listopada

c.d.n.

Piśmiennictwo:

1. <http://www.gazetacz.com.pl/arttykul.php?id=6052&idm=3>
2. <http://voxdomini.com.pl/inne/list.htm>
3. *www.cbos.pl Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (234) przeprowadzono w dniach 4–9 listopada 2009 roku na liczącej 1022 osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych Polaków.*
4. *www.cbos.pl Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (234), 4–9 listopada 2009 roku, reprezentatywna próba losowa dorosłych mieszkańców Polski (N=1022).*

Bożena Krymska

Pielęgniarka epidemiologiczna radzi...

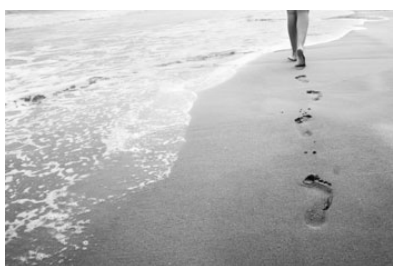


NIECHCIANA PAMIĄTKA Z WAKACJI

Lato, lato i już po lecie, po wakacjach, po urloпах. Miesiące letnie to czas oderwania się od codzienności, przyjemny okres wypoczynku, ładnej pogody, leniuchowania i spędzania większej ilości czasu z naszymi pupilami.

Najczęściej po lecie pozostaje nam wiele fantastycznych wspomnień, zdjęć, bardziej i mniej udanych zakupów. Ale z wakacji możemy też przywieźć całkiem niechcianą pamiątkę - grzybicę.

Grzybicą można się zarazić nie tylko latem, jednak ta pora roku wyjątkowo sprzyja rozwojowi tego nieprzyjemnego i trudnego w leczeniu schorzenia.



czwarty Polak.

Zwykle zaczyna się zupełnie niewinnie. Stopy swędzą, czasem pieką, ale składamy to na karb nadmiernie wysuszonej skóry. Tymczasem mogą to być pierwsze oznaki grzybicy.



Zmiany na stopach mogą mieć wygląd białawych wykwitów, które z czasem boleśnie pękają, pęcherzyków czy ognisk rumienia nadmiernie rogowiejącego i pękającego. Pojawiają się one najpierw w przestrzeniach międzypalcowych, aby wkrótce objąć całą skórę palców, wierzch i podeszwę stopy oraz paznokcie. Towarzyszy im świąd i czasem zmiana zapachu potu na bardziej nieprzyjemny. Paznokcie zmieniają barwę, stają się kruche i łamliwe. Wszystkie te zmiany, nie leczone, mogą powodować ból uniemożliwiający chodzenie.

Jedna osoba z grzybicą może być źródłem zakażenia pokażnej grupy osób. Choroba ta roznosi się, ponieważ chory rozsiewa wokół siebie odpadające ze skóry mikroskopijne łuski. Zostają one na podłodze, w wykładzinie, dywanie, ukrywają się między włoskami ręczników. Chętnie gnieźdzą się w deskach, np. pomostów nad jeziorami, podestów w łódkach, basenach, pod prysznicami. Trwają tam w gotowości, czekając na okazję, aby się przenieść.

Grzybica może dotyczyć:

pachwin - drobnoustroje przenoszą się tu z zakażonej skóry lub paznokci stóp. Atakowi grzybów sprzyja pocenie się. Objawem choroby jest swędzenie, zaróżowienie skóry lub pęcherzyki w pachwinie.

stóp - najczęstsze zakażenie. Naskórek między palcami łuszczy się i pęka. Skóra pod palcami może być zaczerwieniona, swędzi,

zwłaszcza w nocy. Czasem pojawiają się białe pęcherze. Zmiany skórne mogą zniknąć i pojawiać się znowu.

skóry głowy - do zakażeń dochodzi często zwłaszcza u osób ze skłonnością do pocenia się. Zakażenia nie leczone prowadzą do osłabienia mieszków włosowych. Objawem zakażenia jest łupież, czyli łuszczenie się naskórka głowy (małe białe płatki opadające na ubranie). Do wizyty u lekarza powinno też skłonić wypadanie większej niż zwykle ilości włosów.

dłoni - zarazić się można nawet przez podanie ręki zakażonej osobie. Najczęściej choroba przenosi się z zakażonych stóp lub innych części ciała. Sprzyja jej częste używanie rękawic gumowych, w których ręce się pocą i nagrzewają. Między dwoma palcami (lub kilkoma sąsiadującymi) pojawia się zaczerwienienie lub ranka. Niekiedy, zwłaszcza w nocy, dokuczają swędzenie.

paznokci - na początku choroba atakuje jeden, dwa paznokcie u stopy, potem przenosi się na następne, nawet na paznokcie dłoni. Typowa jest zmiana barwy paznokci na żółtawą. Stają się też grubsze, matowe, zaczynają wrastać.

dróg rodnych - grzyby, a zwłaszcza drożdżaki, są stale obecne w wielu miejscach na skórze, w pochwie, odbytnicy, przewodzie pokarmowym. Kobiety zwykle nie zdają sobie sprawy, że w ich organizmie znajdują się te mikroorganizmy, gdyż są one niegroźne dla zdrowia pod warunkiem, że system odpornościowy jest w pełni sprawny, zaś mikroflora pochwy i jej wysocy kwaśne środowisko stanowią barierę nie do przebycia. Do zakażenia często dochodzi po zażywaniu antybiotyków, które niszczą bakterie chorobotwórcze, likwidują też pożyteczne bakterie kwasu mlekowego bytujące w pochwie kobiety. Zakażeniu sprzyja również osłabienie, depresja, zakażona woda w kąpieliskach, złe warunki higieniczne w domach wczasowych, na polach namiotowych, przygodne stosunki płciowe. Do tego dochodzi ciepło, wilgoć i drożdżaki mnożą się bez opamiętania wywołując zakażenie narządów rodnych. Sygnałem zakażenia są białawe upławy, swędzenie lub piekący ból okolic intymnych. Zgłaszając się do lekarza z takimi objawami nie dajmy się namówić na antybiotyk, który jedynie pogorszy całą sytuację. Najważniejsze to dostarczyć żywych kultur bakterii *Lactobacillus Acidophilus*, np. w postaci globulek, które przywracając będą środowisko kwaśne nie dopuszczając do rozwoju drożdżaków.

Czynniki rozwoju grzybicy

Rozwojowi grzybów sprzyja przede wszystkim wilgoć, ciepło i brak światła. Dlatego na grzybicę szczególnie narażone są osoby przebywające w ciepłych i wilgotnych pomieszczeniach, osoby, które korzystają z ogólnodostępnych pryszniców w hotelach, akademikach, sanatoriach (zwłaszcza, jeśli podłogi są tam zabezpieczone drewnianymi podestami). Zagrożenie pojawia się także w saunach, na basenach i w ośrodkach fitness. Niebezpieczne są nawet wykładziny hotelowe - jeśli ktoś chodzi po nich boso.

Obuwie

Ważne jest także, jakie obuwie nosimy - mało przewiewne buty i skarpety ze sztucznych włókien sprzyjają powstaniu choroby. Również osoby noszące przez wiele godzin to samo obuwie, zwłaszcza, gdy stopa w nim się poci, narażone są na rozwój grzybicy - np. sportowcy, żołnierze, policjanci, a także górnicy, murarze (istnieje nawet specjalne określenie - „stopa atlety”). Także kobiety, którym biurowa etykieta nawet w upalne lato zabrania pokazywania odkrytych nóg i palców swoich stóp w półodkrytych butach, narażone są na grzybicę. Podobnie panowie, nosząc zakryte obuwie (jak przystało na wymagany w biznesie formalny styl) spędzając w biurze nawet do kilkanaście godzin dziennie, zapominają o swoich stopach. Nogi pocą się, powodując wilgotnienie skarpetek i w ten sposób powstaje doskonałe podłoże do rozwoju grzybów.

Grzybica jest bardzo zakaźna, a leczenie długotrwałe

Wystarczy, że w domu jest jedna osoba, która cierpi na grzybicę, a ryzyko pojawienia się tej choroby u pozostałych domowników jest bardzo duże. Zarazić można się korzystając ze wspólnej wanny czy ręcznika.

Leczeniem grzybicy powinien zająć się dermatolog – samodzielne kuracje często kończą się nawrotem choroby. Początkowo zwykle stosuje się leczenie miejscowe. Polega ono na smarowaniu zakażonego miejsca lekiem w kremie lub maści (np. Daktarin, Mycosolon, Lamisilatt 1). Natomiast na chore paznokcie można naklejać lecznicze miniplasterki lub stosować specjalne lakiery. Jeżeli grzybica nie ustępuje, konieczne jest leczenie doustne. Służą temu preparaty, które przyjmuje się codziennie, ale są też takie (np. Orungal), które zażywa się nowoczesną metodą pulsową. Jeden puls oznacza stosowanie leku przez jeden tydzień w miesiącu, a potem następują trzy tygodnie przerwy. Leczenie trwa 2–3 miesiące i jest w pełni skuteczne, również w grzybicy paznokci. Przyjmowane leki gromadzą się w płytce paznokcia i zabijają grzyby, co pozwala na odrastanie zdrowego paznokcia.

Kuracja antygrzybicza wymaga cierpliwości – nie można jej przerwać zbyt wcześnie. Choć objawy choroby ustępują dość szybko, grzyby długo pozostają na skórze i po odstawieniu leków znów zaczynają się mnożyć. Bardzo istotne jest też uniemożliwienie ponownego zakażenia się grzybami. Dlatego po zakończeniu kuracji należy odkazić narzędzia do manikiuru, wyrzucić stare gąbki, pumeksy, szczotki do stóp. Używane w czasie choroby ręczniki i skarpetki trzeba zaś dobrze wygotować, buty zdezynfekować lub po prostu wyrzucić. Do dezynfekcji obuwia można użyć chinoksyzolu (do kupienia bez recepty). Jedną tabletkę należy rozpuścić w szklance wody, następnie waciki nasączone roztworem włożyć do każdego buta.

Lepiej zapobiegać niż leczyć.

Wszyscy specjaliści podkreślają, że ogromne znaczenie w leczeniu grzybicy i zapobieganiu jej nawrotom ma także samodyscyplina pacjenta, jego podejście do choroby. Przede wszystkim należy unikać zakażeń. A jeśli już stwierdzimy pojawiające się zmiany – należy sięgnąć od razu po preparaty lecznicze. Zaniedbania mogą doprowadzić do rozprzestrzenienia się grzybicy np. na paznokcie, a wtedy konieczne będzie zasięgnięcie porady specjalisty, zaś kuracja będzie dłuższa i bardziej uciążliwa.

Pora wakacji szczególnie sprzyja zakażeniom. Odpoczywamy w różnych ogólnodostępnych miejscach zagrożonych obecnością grzybów chorobotwórczych – korzystamy z basenów, natrysków, mieszkamy w

hotelach, prywatnych kwaterach, na campingach, uprawiamy sporty – lato stwarza wiele takich sytuacji. Dlatego warto zaopatrzyć domową apteczkę w krem przeciw grzybicy i zabrać go ze sobą także na waka-cje.

Nie należy pożyczać ani nosić cudzego obuwia, kapci, butów, skarpet, rajstop, nakryć głowy itd. Nie należy używać cudzych ręczników, bielizny osobistej, nożyczek, cążków i pilniczków do paznokci, grzebieni. Jeśli korzystamy z urządzeń ogólnodostępnych – takich jak prysznic, łazienki, sauna, basen – koniecznie należy używać obuwia, które ogranicza nasz bezpośredni kontakt z podłożem – np. klapki, sandały.

Po kąpeli należy starannie się wycierać, zwracając szczególną uwagę na okolice fałdów skórnych i przestrzenie między palcami nóg. Zawilgocone skarpetki należy koniecznie zmieniać na suche. Unikajmy przy tym obuwia i skarpet z tworzyw sztucznych, które zatrzymują wilgoć. Zresztą nawet buty ze skóry nie powinny być noszone dzień po dniu. Jak podają producenci obuwia - but potrzebuje „odetchnąć” 24 godziny. Warto też stosować specjalistyczne pudry, zasyпки utrzymujące suchość stóp – powinny o tym pamiętać zwłaszcza osoby o skłonnościach do nadmiernej potliwości stóp. Jeśli tylko jest to możliwe – nośmy latem obuwie przewiewne - sandały, klapki.

W upalne dni nie należy nosić zbyt obcisłych spodni i bielizny ze sztucznych włókien. Aby zapobiec lub zminimalizować ryzyko drożdżycy pochwy, należy stosować do mycia specjalne płyny do higieny intymnej, które nie zaburzą naturalnego pH panującego w pochwie. Najczęściej nie zawierają one mydła. Ważne jest także uzupełnianie naturalnej flory bakteryjnej preparatem Laktovaginal. Dotyczy to przede wszystkim kobiet w ciąży, ale również wszystkich innych w drugiej fazie cyklu miesięcznego. Oprócz wysokiego stężenia cukru rozwojowi grzybów sprzyja również środowisko kwaśne, w odróżnieniu od zakażeń bakteryjnych, dlatego należy zwracać uwagę na dietę także pod tym kątem. Nie należy przesadzać ze słodyczami. Nadmiar węglowodanów sprzyja zakażeniom. Należy pić jogurt naturalny z żywymi kulturami bakterii, który zwiększy się odporność na zakażenia grzybami.

Jeśli uświadomimy sobie, że grzybica to ciągle spory problem w dzisiejszych czasach, a także jak niebezpieczna, uciążliwa i trudna do leczenia jest to choroba, że grzybicą można zarazić się nie tylko latem, ponieważ rekreacyjnie korzystamy z basenów przez cały rok, to stosując się do kilku profilaktycznych rad, możemy uniknąć wizyty u lekarza i długotrwałej kuracji.

Dział Techniczny Śląskiego Centrum Chorób Serca z radością informuje, że po dłuższej przerwie na dachu Szpitala ponownie zamontowano baner reklamowy SCCS w postaci „kostki świetlnej”.

Baner został zdjęty przy okazji remontu dachu, był już mocno zniszczony i skorodowany. Nowy został wykonany własnym nakładem sił, zakupiono jedynie stosowny materiał. Kostka jest podświetlana, stanowi dobrą i mocno widoczną reklamę naszego Szpitala.

Grzegorz Chwojncki

Kierownik Działu Technicznego





STARSZY PACJENT W SZPITALU

W wieku XX na świecie, także w Polsce, nastąpił zauważalny wzrost populacji seniorów. Prognozy demograficzne przewidują, że stosunek liczby osób w wieku emerytalnym nad liczbą dzieci i młodzieży będzie nadal wzrastać. Przyrost taki wiąże się z coraz większym udziałem osób starszych w świadczeniach pomocy społecznej oraz usługach medycznych. Chcąc wyjść naprzeciw zaistniałej sytuacji, współczesna medycyna koncentruje się przede wszystkim na jak najszybszym diagnozowaniu. Śląskie Centrum Chorób Serca, dzięki szybkiej diagnostyce, uzyskuje czas na podjęcie odpowiedniego leczenia we właściwym czasie. Wzrost liczby hospitalizowanych starszych osób (nawet po 70. roku życia) w naszym Ośrodku potwierdzają analizy danych, które przeprowadziłam w tym roku przed konferencją „Szpitali promujących zdrowie”.

Adresatami zabiegów takich jak ablacja przezskórna lub metoda TAVI (przecewnikowa implantacja zastawki aortalnej) w dużej mierze są ludzie starsi. Zdaniem kardiologa, profesora Zbigniewa Kalarusa, migotanie przedsionków to arytmia złośliwa, która skraca życie i powoduje inwalidztwo. To duży problem, dotyczy bowiem średnio około 1% całej populacji. Im pacjenci są starsi, tym odsetek tej arytmii większy - powyżej 70. roku życia wynosi już ok. 7-8%. Zastosowanie ablacji przezskórnej, czyli wykonanie za pomocą wprowadzonej do serca elektrody lokalnych uszkodzeń, blokujących rozchodzenie się niepożądanego fali elektrycznej, czy też metody TAVI jest bardziej komfortowe dla pacjenta niż wykonanie zabiegu w sposób tradycyjny – zarówno ablacja jak i TAVI przeprowadzane są bez dodatkowych, istotnych obciążeń dla chorego (otwierania mostka, zastosowania krążenia pozaustrojowego).

Coraz starsi pacjenci to również nowe wyzwania stawiane przed personelem pielęgniarskim i terapeutycznym.

Pobyt w szpitalu zawsze i dla każdego, dla osoby starszej w szczególności, jest dużym przeżyciem. Związany jest z oderwaniem od codzienności, niepewnością co do istoty choroby, nierzadko cierpieniem oraz obawą przed tym, co nastąpi. Utrata samodzielności, uzależnienie od nieznanymi ludzi, ból wywołany schorzeniem, mogą wywoływać przygnębienie, a u niektórych - nawet depresję. W takiej sytuacji często, poza objawami chorobowymi, występuje poczucie zagrożenia. Dlatego tak niezbędnym do budowania zaufania w relacji między odbiorcami i świadczeniodawcami usług medycznych jest zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa, zarówno psychicznego, jak i fizycznego. Nowe sytuacje, nieznanymi ludźmi, obce pomieszczenia, specyficzne zasady funkcjonowania szpitala, posługiwanie się przez personel nieznanymi przez pacjenta żargonem medycznym oraz specjalistycznym nazewnictwem – wszystkie te czynniki często przyczyniają się do powstania ogromnego stresu, a tym samym do trudniejszej adaptacji chorego w nowym środowisku. Niezwykle ważne staje się wówczas zapewnienie pacjentowi poczucia intymności, prywatności, poszanowania godności osobistej oraz wsparcia podczas rozłąki z rodziną.

Przybywając do szpitala pacjent wkracza w nowe środowisko. Nagle przestaje pełnić dotychczasowe role życiowe i zawodowe. Otaczają go nieznanymi mu osoby, z którymi musi spędzać czas we wspólnej sali – bywa, że sposób bycia współlokatorów jest dla niego niezrozumiały i trudny. Ludzie są bardzo zróżnicowani, różne też są ich potrzeby -

jedni pragną ciszy, inni rozmów, nierzadko bywa też i tak, że ktoś się zamartwia, podczas gdy pozostali mają uśmiech na twarzy.

Wraz ze wzrostem średniej długości życia w Polsce, konieczne staje się krzewienie kultury współżycia społecznego, która akceptuje i ceni starość. Wzrost tempa pracy niesie ze sobą dobrodziejstwo pod postacią sprawnie zrealizowanych procedur zakontraktowanych z NFZ. Jednak w parze z merytorycznym przygotowaniem personelu medycznego, w każdym ośrodku powinno występować uwrażliwienie na problemy ludzi starszych, ich akceptacja.

Pogodzenie się ze starością, przystosowanie się do niej zależy - w dużej mierze - od cech psychicznych człowieka, jego temperamentu oraz postawy życiowej. Akceptacja choroby, utraty dotychczasowej sprawności jest zawsze trudna – ogromną rolę odgrywa w tym przypadku, oprócz lekarza, pielęgniarka/rz czy rehabilitantka/t - ich wiedza, właściwe przygotowanie oraz umiejętność postępowania z osobą starszą.

Psycholodzy wymieniają trzy formy traktowania pacjenta, które mogą mieć negatywny wpływ na jego stan psychiczny.

- Pierwszą z nich jest „**traktowanie pacjenta jako natręta**”. Chorzy czują się niepotrzebni. Takie postępowanie niektórych pracowników wywołuje u pacjentów „stan poczucia zbędności.” U jednych chorych wywołuje to tendencje do wycofania się, u innych zachowania agresywne i roszczeniowe.
- Drugą formą traktowania jest „**bezduszne podejście do pacjenta**”. Takie zachowanie wobec chorego przejawia się przedmiotowym traktowaniem człowieka i niedostrzeganiem jego uczuć.
- Trzecia forma traktowania pacjentów przez personel szpitala to „**niedostateczne liczenie się z indywidualnymi skłonnościami pacjenta**”.

Analizując formy traktowania pacjenta podkreśla się, że nigdy nie są one świadomie rozwijane przez personel szpitala.

Pobyt chorego w szpitalu możemy podzielić na trzy zasadnicze okresy:

1. **Adaptacja** do środowiska
2. **Zaadaptowanie** się do środowiska
3. **Przygotowanie chorego do adaptacji w środowisku domowym** lub innym

Początkowy okres, niemalże dla każdego pacjenta, jest bardzo trudny. Wynika to z wielu czynników: stanu zdrowia, reakcji na chorobę i hospitalizację, doświadczenia wyniesionego z dotychczasowych pobytów w szpitalu, warunków, w jakich odbywać się będzie leczenie i pielęgnowanie oraz sytuacji poprzedzających przyjęcie do szpitala.

W pierwszym okresie adaptacyjnym największą odpowiedzialność spoczywa na pielęgniarce współpracującej z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego. Jej zadaniem jest pomóc pacjentowi w przystosowaniu się do środowiska szpitalnego. Znaczące jest pierwsze wrażenie, jakie chory odnosi w izbie przyjęć i na oddziale. Zespół pielęgniarski zawsze rozpoczyna swoją pracę od zaplanowania działań pielęgnacyjnych wobec nowo przyjętego pacjenta, poznania jego stanu bio-psycho-społecznego oraz określenia, jakie obawy, troski wiążą się dla niego z pobytem w szpitalu.

Pielęgniarka zapoznaje chorego z pozostałymi pacjentami, topografią oddziału oraz jego wyposażeniem. Informuje pacjenta o jego prawach i obowiązkach, zapewnia o ich przestrzeganiu przez pracowników szpitala. Powinna znaleźć także czas na zapoznanie podopiecznego z

personalem medycznym, uprzedzić o wykonywanych zabiegach i badaniach oraz – w razie potrzeby – udzielić stosownych wyjaśnień w sposób wyczerpujący i przystępny. Powinna także zachować w tajemnicy wszelkie informacje dotyczące zdrowia chorego i jego spraw osobistych. Do zadań pielęgniarki należy również umożliwienie pacjentowi, w miarę możliwości, kontaktu z rodziną, bliskimi. Swoje postępowanie powinna dostosować do odrębności kulturowych chorego seniora, jego nawyków i przyzwyczajzeń. Takim działaniem powinna wzbudzić zaufanie podopiecznego i przekonać go do współpracy. Pielęgniarka, przestrzegając zasad przyjęcia na oddział, pomaga choremu łatwiej i bez zakłóceń zaadaptować się do środowiska szpitalnego, w którym staje się on członkiem zespołu, zaczyna akceptować swoją sytuację, spotyka się z akceptacją innych pacjentów, a co najważniejsze – zaczyna odczuwać pozytywne skutki leczenia i pielęgnowania. Poprawia się samopoczucie chorego, staje się on coraz bardziej samodzielny.

Powrót seniora ze szpitala do domu stawia go w nowej sytuacji, do której również należy go przygotować. Jest to zadanie dla całego zespołu. Ważne jest także wskazanie seniorowi lub jego rodzinie instytucji zobowiązanych do udzielania pomocy medycznej i opieki społecznej oraz udzielenie informacji o grupach wsparcia.

Bożena Krymska

HIGIENA JAMY USTNEJ W WIEKU STARSZYM – FAKTY I MITY



U starszych osób wraz z wiekiem rośnie ryzyko ubytków tkanki zęba oraz próchnicy korzeni zębów. Przyczyną utraty zębów są choroby jamy ustnej, a nie starość. Ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej oraz czynniki kulturowe oraz niedostateczna higiena jamy ustnej powodowały, że jesień życia kojarzyła się z koniecznością noszenia protezy. Dziś już tak nie musi być, a osoby osiągające wiek starszy często mają własne zadbane zęby. Wynika to między innymi ze zmiany wielu fałszywych przekonań i błędnych założeń na temat higieny jamy ustnej osób starszych.



1. Utrata zębów jest częścią procesu starzenia.

FAŁSZ. Badania wskazują, że rosnąca grupa osób w starszym wieku zachowuje w dużym stopniu własne uzębienie. Dzieje się tak dzięki podwyższonej jakości opieki zdrowotnej i zwiększonemu dostępowi do usług stomatologicznych, dzięki kampaniom edukacyjno- zdrowotnym, rosnącej liczbie produktów do higieny jamy ustnej oraz zwiększonemu znaczeniu, jakie przypisuje się posiadaniu własnych zębów.

Zęby, naturalne albo sztuczne, są warunkiem niezbędnym właściwego odżywiania, ponieważ przeżuwanie pożywienia i trawienie składników odżywczych rozpoczyna się w jamie ustnej.

2. Osoby, które używają sztucznej szczęki, nie muszą chodzić do dentysty.

FAŁSZ. Badania wskazują, że większość schorzeń dziąseł i błony śluzowej jamy ustnej jest związana z używaniem np. źle dopasowanej sztucznej szczęki. Wraz z utratą uzębienia występuje zanik kości szczęki i jej wchłaniania, co sprawia, że sztuczną szczękę należy wymieniać co pięć lat.

Pamiętajmy, że w związku ze starzeniem się naszego społeczeństwa, na większości oddziałów szpitalnych duży odsetek stanowią i będą stanowić ludzie coraz starsi, dlatego na miejscu będzie tu cytat Aleksandra Kępińskiego:

„Nie można starości ani śmierci uniknąć. Podobnie jak jesień może być najlepszą i najpiękniejszą porą roku, tak i starość może być najlepszym i najpiękniejszym okresem życia, a to, co się w ciągu życia przeżyło, daje poczucie rzetelnego dzieła. Bywają jednak jesienie słotne i bezowocne i starość też jałowa, bolesna a nawet tragiczna być może”...

Bacząc na to, z cierpliwością pochylajmy się nad starszym chorym. Niech ciepła nasza dłoń i uśmiech na twarzy będą dla niego promyczkiem w tych czasach słotnych dniach jesieni życia. I my kiedyś będziemy ludźmi starszymi.

Źródło:

1. Marta Muszalik i wsp. „Adaptacja i oczekiwania osób starszych” Gerontologia Polska 2008; 16: 41–46
2. Lewandowska M.: Rola pielęgniarki w przygotowaniu chorego do adaptacji w oddziale szpitalnym. Warszawa 2006.
3. <http://www.kardiolo.pl/n.nowatorskie>

Niestety wiele osób nie przestrzega tego warunku: na ogół tej samej sztucznej szczęki używa się przez okres od 10 do 45 lat. Jeśli dodamy do tego informację, w wielu przypadkach sztuczna szczęka jest używana przez całą dobę i nigdy nie jest wyjmowana - staje się jasne, dlaczego dochodzi do zmian chorobowych dziąseł, zapaleń, wrzodów i hiperplazji. Dlatego też osoby, które nie mają własnego uzębienia i używają protez powinny poddawać się kontroli stomatologicznej (przynajmniej raz do roku).

3. Suchość w ustach pojawia się z wiekiem.

FAŁSZ. Obniżenie wydolności gruczołów ślinowych i związana z tym redukcja wydzielania śliny, czyli suchość w ustach, to jedna ze zmian, które długo kojarzono z objawami starzenia. Dziś badania prowadzone na zdrowej populacji osób starszych wskazują, że jest inaczej. W rzeczywistości, w wielu przypadkach, suchość w ustach jest skutkiem ubocznym przyjmowania leków (istnieje ponad 400 substancji, które mogą powodować takie skutki). Co więcej, jakkolwiek ilość śliny wytwarzanej w jamie ustnej w stanie spoczynku zmniejsza się z wiekiem, pozostaje ona wystarczająca dla naszych potrzeb

4. Dentystę trzeba odwiedzać tylko w przypadku bólu zębów.

FAŁSZ. Istotność regularnych kontroli uzębienia należy podkreślać na każdym kroku, a zwłaszcza kierować informacje w tym zakresie do starszej populacji. Wizyty kontrolne umożliwiają zdiagnozowanie i leczenie schorzeń postępujących, jak zapalenie dziąseł, a także na wczesne zdiagnozowanie zmian rakowych i przedrakowych.



5. Bezbolesne zmiany w jamie ustnej to nie rak.

FAŁSZ. Gdy się starzejemy, jesteśmy bardziej narażeni na wystąpienie zmian nowotworowych, a około 5/6 z nich zachodzi w jamie ustnej. Każda zmiana, która długo nie chce się zagoić, a nie jest spowodowana przez źle dopasowaną protezę zębową, powinna być badana

przy pomocy biopsji, aby wykluczyć możliwość, że jest to zmiana o charakterze przedrakowym lub rakowym.

6. Właściwa pielęgnacja zębów w domu to regularne szczotkowanie dwa razy dziennie.

I TAK I NIE. To prawda, że należy myć zęby fluoryzowaną pastą dwa razy dziennie, ale również codziennie używać nici dentystycznej i szczoteczki międzyzębowej oraz regularnie odwiedzać dentystę w celu wykonania przeglądów i profesjonalnego czyszczenia zębów.



Należy pamiętać, że nawet przy regularnym myciu zębów i stosowaniu nici dentystycznej może okazać się, że wystąpią problemy ze zdrowiem jamy ustnej. Ich przyczyną może być noszenie protezy, przyjmowanie leków lub też ogólny stan zdrowia. Na szczęście większość tych problemów można łatwo rozwiązać w gabinecie stomatologicznym. Osoby starsze narażone są na rozwój próchnicy korzenia, spowodowanej zanikiem dziąseł, który prowadzi do odsłonięcia szyjek zębowych. Dlatego niezmiernie ważne jest codzienne mycie zębów fluoryzowaną pastą oraz używanie nici dentystycznej i szczoteczki międzyzębowej.

Próchnica wtórna, rozwijająca się wokół wypełnień, znaczną częściej pojawia się w starszym wieku. Najbardziej narażone na ten typ próchnicy są osoby o dużej liczbie leczonych zębów albo te, których wypełnienia nie były wymieniane przez wiele lat. Regularna, właściwa pielęgnacja zębów fluoryzowaną pastą to również w tym przypadku najlepsze środki zapobiegawcze.

Kolejną przypadłością dotyczącą osoby w starszym wieku jest nadwrażliwość zębów. Wraz z upływem czasu choroby przyzębia powodują cofanie się dziąseł, a przez to odsłonięcie niechronionych szklivem partii zębów. Obszary te mogą stać się niezwykle podatne na ból w wyniku kontaktu z gorącymi lub zimnymi napojami czy pokarmem. W skrajnych przypadkach ból powodować może nawet strumień zimnego powietrza oraz kwaśne lub słodkie napoje czy pokarmy. Jeśli wystąpi zwiększona wrażliwość zębów, należy używać pasty do zębów nadwrażliwych. Jeżeli problem będzie się utrzymywał, należy skonsultować się ze stomatologiem, ponieważ większa wrażliwość zębów może być oznaką poważnych problemów, takich jak np. próchnica, ułamanie lub odsłonięcie zęba lub też bruzdy w szklivie.

7. Ogólny stan zdrowia może wpływać na stan zdrowia jamy ustnej.

PRAWDA. Problemy zdrowotne, takie jak cukrzyca, choroby serca czy nowotwory również mogą mieć wpływ na stan zdrowia jamy ustnej. Należy zapoznać stomatologa z naszymi problemami zdrowotnymi, aby mógł on podjąć odpowiednie do sytuacji działania.

8. Proteza zębowa wykonana jest ze sztucznego, wytrzymałego tworzywa, w związku z czym nie trzeba w jakiś szczególny sposób o nią dbać.

FAŁSZ. Każdy pacjent użytkujący protezy ruchome zębowe powinien odpowiednio je pielęgnować, tak jak własne zęby w jamie ustnej. Protezy wymagają dokładnego oczyszczania i dezynfekcji, ponieważ akryl – materiał z którego najczęściej wykonywane są uzupełnienia protetyczne ruchome – posiada strukturę porowatą, co sprzyja rozwojowi drobnoustrojów i grzybów drożdżopodobnych. Te prowadzą do stanów zapalnych i infekcji błony śluzowej jamy ustnej i gardła, odkładania się płytki na płycie protezy oraz nieprzyjemnego zapachu z ust.

Podstawowe zasady użytkowania protezy zębowej ruchomej:

- Protezy nie należy używać całą dobę. Niezbędna jest albo przerwa nocna albo kilka przerw krótszych w ciągu dnia. Poza jamą ustną protezę przechowuje się po umyciu na sucho, absolutnie nie w wodzie.
- Proteza powinna być czyszczona po każdym posiłku przez 2-5 minut. Używać do tego należy specjalnie zakupionych szczoteczek do rąk lub zębów. Szczoteczki te nie mogą być twarde, aby nie rysowały płyty protezy. Należy starannie szczotkować wszystkie powierzchnie protezy, szczególnie te, które stykają się z błoną śluzową. Należy uważać, aby podczas mycia proteza nie upadła, ponieważ może ulec pęknięciu.
- Do czyszczenia protez należy używać past i proszków specjalnie do tego przeznaczonych. Środki te nie uszkadzają powierzchni protezy i jednocześnie działają antybakteryjnie.
- Raz na dwa tygodnie wskazana jest dezynfekcja protezy w roztworach o działaniu bakteriobójczym i antyseptycznym. Taki zabieg należy też wykonywać po każdej przebytej infekcji w obrębie jamy ustnej (opryszczka, afta, zapalenie zatok, angina). Należy także wymienić szczoteczki do mycia protez, aby uniknąć wtórnej infekcji.
- Uzupełnieniem prawidłowej higieny protez jest stosowanie płukank ziołowych lub antyseptycznych do płukania jamy ustnej, które pozwalają na utrzymanie dobrego stanu higienicznego środowiska jamy ustnej.



9. Dieta ma wpływ na stan jamy ustnej.

PRAWDA. Przyczyną próchnicy jest spożywanie cukru. Nie ma żadnej różnicy, czy jest to cukier rafinowany, nierafinowany czy miód. Wszystkie w takim samym stopniu przyczyniają się do powstawania próchnicy. Produkty "naturalne" słodzone miodem, ze względu na swoją lepkość, mogą być nawet groźniejsze niż inne produkty zawierające cukier.



Z punktu widzenia powstawania próchnicy nie ma znaczenia, ile cukru się spożywa. Ważniejsza jest częstotliwość jego spożywania, czyli ile porcji produktów z cukrem spożywa się w ciągu dnia. Im częściej to się dzieje, tym szybciej rozwija się próchnica. Lepiej jest zjeść jedną większą porcję słodczy i wyczyścić potem zęby! Ryzyko związane z piciem słodkich napojów jest szczególnie niedoceniane. Napoje takie zawierają około 10 g cukru w 0,1 litra płynu. Ryzyko to jest szczególnie wysokie, jeżeli pijemy taki napój wieloma łykami.

Bezpieczne dla zębów są warzywa, pieczywo, masło, ser, wędliny, mleko i niesłodzona woda mineralna lub herbata. Owoce są również wskazane, o ile nie są lepkie. Ślina szybko wypłukuje cukry zawarte w owocach, ponieważ jest aktywowana przez kwasy owocowe. Tak więc tylko niewielkie ilości cukrów i kwasów owocowych pozostają w jamie ustnej. Można je wypłukać do końca wodą lub specjalnym płynem zawierającym fluor. Jednak nie powinno się jeść zbyt dużo owoców. Gdy spożywa się je bardzo często, wówczas kwasy owocowe także usuwają wapń ze szklivie.

Banany i suszone owoce nie są dobrymi przekąskami, ponieważ są lepkie i zawierają cukier. Unikaj też czekolady, kremowych deserów i lodów oraz jogurtów i słodzonych napojów, jeżeli nie możesz wyszczotkować zębów natychmiast po ich spożyciu.

Dieta Seniora



Starzenie się jest naturalnym procesem biologicznym. Organizm starzeje się od 40-go roku życia, objawy tego procesu uwydatniają się po 60-tym roku życia. Niezmiernie istotne jest zadbanie o jakość życia tej części populacji. Długość i jakość życia zależą od wielu czynników: stylu życia, diety, aktywności fizycznej, usposobienia czy cech charakteru. Wraz z wiekiem wzrasta ryzyko wystąpienia wielu chorób, m.in. układu sercowo-naczyniowego, chorób nowotworowych czy degeneracyjnych ośrodkowego układu nerwowego. Nieodwracalnemu upływowi lat towarzyszy stopniowe upośledzenie różnorodnych funkcji fizjologicznych organizmu. Na wiele zachodzących zmian nie mamy wpływu - są one zapisane genetycznie, jednak procesy te możemy przyspieszać lub opóźniać poprzez czynniki środowiskowe.

U osób starszych często bezpośredni wpływ na sposób odżywiania mają zmiany zachodzące w przewodzie pokarmowym. Począwszy od ubytków uzębienia, utrudniających gryzienie i żucie pokarmów, poprzez zmniejszenie zdolności odczuwania smaku, obniżenie ilości wydzielanej śliny i zawartych w niej enzymów trawiennych, możliwe trudności w połykaniu - często zmiany te zniechęcają osoby starsze do spożywania odpowiednich ilościowo i jakościowo porcji pożywienia. Ponadto, wraz z wiekiem, w żołądku stopniowo zanikają komórki wydzielające enzymy trawienne, a w jelicie cienkim spada efektywność wchłaniania niektórych składników pokarmowych, co może być przyczyną różnych dolegliwości oraz prowadzić do wystąpienia niedoborów makro- i mikrośladków.

Starszy wiek sprzyja pojawianiu się chorób przewodu pokarmowego (choroba refluksowa, nowotworowa, przewlekłe zapalenie żołądka, paradontoza, kamica pęcherzyka żółciowego i inne). Nie bez znaczenia jest fakt, że ponad 70 % ludzi powyżej 65-go roku życia zażywa różnego rodzaju leki, które mogą wpływać na łaknienie, powodować zaburzenia smaku, a wchodząc w interakcje z niektórymi składnikami żywności - zmniejszać ich wchłanianie.

Prawidłowa dieta Seniora

Prawidłowe żywienie osób starszych powinno być tak skomponowane, aby pokrywało zapotrzebowanie na wszystkie składniki niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu.

Ilość energii pobieranej z pożywienia musi być dostosowana indywidualnie do potrzeb organizmu, odpowiednio dla wieku, płci, wykonywanego wysiłku fizycznego. U osób starszych zapotrzebowanie na energię maleje, ze względu na stopniowe obniżanie się podstawowej przemiany materii oraz poziomu wykonywanej aktywności fizycznej. Wartość kaloryczna dziennych posiłków powinna mieścić się w granicach 1800 – 2200 kcal.

Dieta osób starszych powinna zawierać:

- **tluszcze** - powinny stanowić 25-30 % całkowitej ilości energii. Źródłem tłuszczu powinny być ryby morskie, chude mięso i wędliny, tłuszcze roślinne, orzechy, itp.,

- **białko** - według aktualnych norm dzienne zapotrzebowanie powinno wynosić u mężczyzn 45 – 81 g, u kobiet 41 – 72 g. Źródłem pełnowartościowego białka jest chude mięso, ryby, niskotłuszczowe produkty mleczne,

- **węglowodany** - powinny stanowić 55 – 75 % energii, dominować powinny węglowodany złożone, czyli produkty pełnoziarniste i warzywa. Cukry proste, czyli słodczyce, dżemy, miód mają dostarczać nie więcej niż 15 – 25 % energii,

- **błonnik pokarmowy** – zalecana ilość to 20 – 40 g dziennie. Składnik ten reguluje pracę jelit, przeciwdziała zaparciom, nowotworom i chorobom układu sercowo-naczyniowego. Błonnik pokarmowy w dużych ilościach znajduje się w warzywach, owocach, kaszach, produktach zbożowych grubego przemiału,

- **witaminy** - są ważnym składnikiem diety, o który należy szczególnie zadbać w starszym wieku. Witaminy A, E i C chronią organizm przed powstawaniem wolnych rodników, które uszkadzają komórki, zwiększają ryzyko rozwoju wielu chorób. Źródłem tych witamin są ryby, tran, mleko i przetwory mleczne, jaja, wątroba, warzywa, oleje roślinne. Najczęściej występujące niedobory witamin u osób starszych dotyczą witaminy D, kwasu foliowego oraz witamin z grupy B. Źródłem tych witamin są produkty zbożowe, drożdże, mięso, wędliny, nasiona roślin strączkowych, soja, otręby pszenne, jaja, wątroba, mleko i jego przetwory,

- **składniki mineralne:**

- wapń - zapotrzebowanie wzrasta w starszym wieku ze względu na zagrożenie osteoporozą,
- żelazo – zmniejsza się zapotrzebowanie u kobiet po ustaniu menstruacji,
- sód – zaleca się ograniczenie spożycia ze względu na ryzyko rozwoju nadciśnienia,

- **woda** – jej spożycie u mężczyzn wynosi około 3700 ml na dzień, u kobiet - 2700 ml na dzień. Ilość ta obejmuje zarówno wodę dostarczaną organizmowi w postaci napojów, jak i tę zawartą w pożywieniu spożytym w ciągu dnia.

Zapotrzebowanie na wodę zależy od temperatury otoczenia, wilgotności powietrza, poziomu aktywności, masy ciała, przyjmowanych leków, ilości spożywanych pokarmów, itd.

Jadłospis osoby starszej powinien być urozmaicony, zawierać produkty z różnych grup. Posiłki powinny być małe objętościowo (spożywane 4-5 razy dziennie) i tak skomponowane, aby swoim wyglądem i zapachem zachęcały do jedzenia. Niezwykle istotny jest także proces przygotowania: należy ograniczyć smażenie, lepiej dusić, gotować i piec.

Osoby starsze powinny również ograniczyć potrawy ciężkostrawne, tłuste i wzdymające.

Prozdrowotny styl życia, który obejmuje prawidłowe odżywianie i aktywność fizyczną, nie zatrzyma całkowicie procesu starzenia się, ale może go spowolnić i uczynić jego przebieg mniej dotkliwym.

Dietetyk poleca...

Domowy chudy paszтет – ilość na jedną porcję

Mięso chude (od szynki, schab) – 50 g	Mięso i wątróbkę opłukać, obsmażyć na patelni bez tłuszczu, przelożyć do rondelka, dodać rozdrobnioną włoszczyznę, podać niewielką ilość wody, dusić pod przykryciem. Bulkę namoczyć w sosie po uduszeniu mięsa i wątróbki. Mięso, wątróbki, bulkę i włoszczyznę przepuścić przez maszynkę, dodać otręby, drobno posiekaną zieloną pietruszkę, jajko, przyprawy, dokładnie wymieszać. Włożyć do formy budyniowej wysmarowanej olejem, ugotować w kąpieli wodnej. Podawać na zimno pokrajany w plastry.
Wątróbka z drobiu – 15 g	Paszтет można również upiec w folii.
Bulka czerstwa – 10 g	
Jajko – 10 g (0,25 jajka)	
Włoszczyzna bez kapusty – 25 g	
Otręby – 6 g (1 płaska łyżeczka)	
Zielona pietruszka – 10 g (1 łyżeczka)	
Olej sojowy – 4 g (pół łyżeczki)	
Majeranek, Sól, Pieprz	

NORDIC WALKING – to zdrowie!



„Ruch to zdrowie – każdy Ci to powie” – to znane wszystkim powiedzenie jest nie do podważenia.

Jedną ze wspaniałych form ruchu przeznaczoną niemal dla każdego jest Nordic Walking. Dyscyplina ta narodziła się w Stanach Zjednoczonych jako forma treningu dla narciarzy biegowych. Nazwę swą otrzymała w Finlandii, tam też, w roku 1997 po raz pierwszy zaprezentowano Nordic Walking. Jest to więc bardzo młoda forma aktywności ruchowej, ciesząca się wielkim zainteresowaniem.

Swą szeroką popularność zawdzięcza przede wszystkim walorom zdrowotnym oraz niskim kosztom związanym z zakupem odpowiednich kijów i szkoleniem instruktazowym prowadzonym przez wykwalifikowanego instruktora.

Do głównych walorów zdrowotnych Nordic Walking zaliczyć możemy:

poprawę funkcjonowania układu krążenia, poprawę koordynacji ruchowej, podniesienie spalania kalorii w porównaniu do spaceru bez kijów (więcej uaktywnionych mięśni, a co za tym idzie - większe zużycie energii). Nordic Walking wspaniale ćwiczy siłę mięśni górnych partii ciała. Jest to sport dla delikatnych stawów, a więc odpowiedni dla osób z problemami ortopedycznym, np.: bólami kolan, bioder, kręgosłupa. Kije bowiem stanowią dodatkową „parę nóg”. Sport ten jest wspaniałą formą aktywności ruchowej dla osób otyłych, które chcą przygotować organizm do większego wysiłku jak bieg, siłownia czy fitness. Przy zwykłym marszu w ciągu godziny przechodzimy około 4 kilometrów, przy prawidłowym i energicznym marszu z kijami w godzinę pokonamy około 6-7 kilometrów, tracąc przy tym od 400 do 450 kalorii.

Przy prawidłowej technice marszu uaktywniamy 90% mięśni spośród 650 jakie posiadamy. Nordic Walking wzmacnia mięśnie i poprawia naszą ogólną kondycję fizyczną. Regularne spacer z kijami, oprócz wymienionych fizycznych aspektów zdrowotnych, przynoszą trenującym również odprężenie, poprawę samopoczucia, a także podnoszą poziom endorfin, czyli hormonów szczęścia, których bardzo często nam brakuje.

Możemy maszerować spokojnie, łagodnie, uzyskując wspaniałe odprężenie, jak i ostro, dynamicznie, osiągając pełne korzyści z marszu – wybór pozostaje w naszych nogach i rękach. Krótko mówiąc: sport ten może uprawiać niemal każdy, młodzi, seniorzy, kobiety w ciąży, ludzie z różnymi schorzeniami, takimi jak np.: choroby kardiologiczne czy cukrzyca, gdyż intensywność i tempo marszu narzucamy sobie sami.

Istotna jest prawidłowa technika marszu zwana techniką diagonalną, czyli:

lewa noga i prawa ręka (podobnie jak marsz w wojsku). Polega na zaangażowaniu do wysiłku jak największej partii ciała poprzez zwiększone wymachy ramion, wydłużony krok i prawidłowe zastosowanie kijów.

Prawidłowa technika treningu

Nordic Walking:

* kijki podczas każdego treningu powinny być ustawione skośnie za nami, tworząc z powierzchnią kąta około 45 stopni



WAŻNE: kijków nie wbijamy przed sobą, nie podpieramy się, tylko odpychamy!

* nasza dłoń wysuwana z kijkiem do przodu powinna być podnoszona tylko do wysokości pępka,

* należy pamiętać, aby zawsze utrzymywać naprzemienną pracę ramion;

* należy utrzymać rytm jednoczesnego wysuwania lewej stopy i prawej ręki do przodu;

* dłonie zawsze powinny być lekko otwarte, w czasie przeciągania ramion do tyłu całkiem otwarte, zaciskają się tylko na krótko w momencie osadzania kija na podłożu;

* stopę stawiamy na pięcie, przenosząc następnie środek ciężkości na przód stopy;



Kije – stanowią nasz najważniejszy sprzęt.

Ich odpowiedni zakup gwarantuje nam realizację prawidłowej techniki marszu. Kupujemy kije z rączką wyprofilowaną i gładką, a co najważniejsze z odpowiednią rękawiczką, która nałożona na dłoń, po jej otwarciu będzie zapewniała odpowiednią pozycję kija w dłoni oraz to, iż po puszczeniu kija w momencie odpychania się – kij nam nie ucieknie (patrz zdjęcie) i będziemy mogli bez problemu ponownie uchwycić rączkę kija.



Należy więc zwrócić uwagę na to, co kupujemy i nie dać się nabrać reklamie, w której często kije trekkingowe z amortyzującą sprężynką, rączką z wyłobieniami na palce oraz tylko samymi paskami sprzedawane są pod nazwą kijów do Nordic Walking. Niestety jest to mylne. Takie kije służą do podpierania się podczas wędrówek na szlakach górskich.

Podczas zakupów ważne jest dostosowanie kijów do swego wzrostu i tempa chodzenia. Osobiście polecam kije o regulowanej długości, gdyż na początku naszej przygody z Nordic Walking nasze tempo jest wolniejsze, więc odpowiedni byłby kij krótszy, który tworzy kąt lekko rozwartą w zgięciu łokcia, gdy trzymamy kij za rączkę a jego końcówka stoi prostopadle do podłoża. W miarę zwiększania tempa marszu wysokość kija można wydłużyć, co pozwoli nam na pełną pracę wszystkich mięśni. Jeśli z góry zakładamy wolniejsze tempo, wówczas proponuję kij krótszy bez regulowanej długości, który jest kijem tańszym. Polecam kije firmowe z gwarancją, z dodatkiem karbonu, gdyż są one lżejsze od aluminiowych. Istotną sprawą są również „buciki” czyli gumowe, zdejmowane końcówki. Po twardej nawierzchni jak asfalt, bruk itp. chodzimy z bucikami, natomiast na ścieżkach o miękkim podłożu, np.: w parkach, lasach, na plaży, zdejmujemy je. Powoduje to lepsze wbicie kija w podłoże, lepsze odprężenie się i lżejszy marsz.

Bogatsi o taką wiedzę, wyposażeni w odpowiednie kije powinniśmy trafić do instruktora Nordic Walking, który nauczy nas prawidłowej techniki, skoryguje popełniane błędy, tak abyśmy w 100% mogli zyskać na zaletach marszu z kijami i cieszyć się z korzyści, jakie będziemy osiągać, a także ze znajomości jakie będziemy zawierać podczas marszu Nordic Walking z innymi osobami, doceniającymi zalety tej aktywności ruchowej.

Do zobaczenia na trasach!

Adriana Szklarz
Instruktorka Nordic Walking, LEKI
Przeszczep Serca 05.11.2009 rok, SCCS

NOWE TWARZE SCCS

Katarzyna Supernok

Jestem tegoroczną absolwentką stacjonarnych studiów licencyjnych na Wydziale Opieki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego na kierunku Pielęgniarstwo w Katowicach.

W lipcu 2010 roku podjęłam pracę w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze. Praca pielęgniarki na Oddziale Transplantacji daje mi wielką satysfakcję, jednocześnie jednak uświadamia znaczenie i konieczność ciągłego pozyskiwania wiedzy i podnoszenia umiejętności do dobrego wykonywania zawodu.

Aby podnieść swoje kwalifikacje podjęłam decyzję o kontynuacji studiów na kierunku Pielęgniarstwo na Wydziale Opieki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego (studia stacjonarne magisterskie uzupełniające).

Wolny czas lubię spędzać na czytaniu dobrych książek i spacerach z psem.



Edyta Muszelik

Pochodzę z małej miejscowości położonej w województwie opolskim. Od 1999 - do końca 2008 roku przebywałam za granicą, gdzie ukończyłam 3-letnią szkołę pielęgniarską.

W roku 2009 tęsknota za ukochaną Ojczyzną przygnała mnie do Polski. 8 czerwca br. zostałam jedną z pielęgniarek Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, co było i jest dla mnie wielkim wyróżnieniem.

Pracuję na Oddziale Kardiochirurgii SCCS.

Zainteresowania:

Moją pasją są podróże, wolny czas spędzam na zwiedzaniu bardziej i mniej znanych miejsc świata. Zimą często wyjeżdżam na narty. Interesuję się także medycyną naturalną i refleksologią.



GOŚCIE SCCS

Współpraca z najlepszymi międzynarodowymi szpitalami kardiologicznymi dorosłych i dzieci, ośrodkami kardiochirurgicznymi i transplantacyjnymi jest ważnym elementem rozwoju, zdobywania nowych, ważnych doświadczeń, zarówno w nauce, medycynie jak i zarządzaniu szpitalem, z korzyścią dla leczonych, leczących i organizujących leczenie.

Zabrze, 23.08.2010

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze odwiedził dr Eric Velazquez, szef kliniki kardiologicznej na Uniwersytecie Duke w USA. Dr Velazquez, lider grupy STICH (Surgical Treatment for Ischemic Heart Failure), był pod wrażeniem programu naukowego i klinicznego realizowanego w naszym Ośrodku.



Zabrze, 27.08.2010

Gościem naszego Szpitala był Dr Andrzej Ignaszewski, lider kardiologów w Klinice Uniwersyteckiej Szpitala w Vancouver, BC, Kanada. Wybitny kardiolog, bardzo ceniony za wiedzę kliniczną i zdolności organizacyjne w kierowaniu kliniką.





*Na polskich kardiologach i kardiochirurgach
możesz polegać jak na Zawiszy*

Rejs ESC Sztokholm 2010

