

SZLACHETNE ZDROWIE

NUMER 20

grudzień 2010

ISSN 1730 - 1297



*Kwartalnik Śląskiego Centrum
Chorób Serca*

ŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB SER

I rząd siedzą od lewej:

Karina Drzał, Patrycja Karmert, Iwona Trzecińska, Iolanta Cieśla, Alicja Krzysiecki - Kwakalska, Aleksandra Mołena, Katarzyna Noga- Wujda, Sybilla Mrozek

II rząd stoją od lewej:

Katarzyna Ostrowska, Monika Marciniak, Justyna Wilk, Iza Copik, Teresa Piątek, Iwona Wołanowska, Hulina Pisarska, Ewa Kucwicz, Alina Łoboda, Teresa Wolny, Urszula Pietka, Waldemar Pakosiewicz, Grzegorz Włoczka, Ewa Konrat, Anna Malcharezyk, Ewa Depta, Adam Grzybowski, Robert Katis, Magdalena Knapik, Marcin Maruszewski, Artur Adamec

III rząd - stoją od lewej:

Mirosława Herdyńska, Mirosława Stoh, Małgorzata Cierka, Elżbieta Ryńska, Monika Parys, Renata Lesiak, Longina Niesień, Aneta Kowalczak, Małgorzata Kiedos, Michał Sobociński, Marcin Zembah, Ewa Larysz, Joanna Śliwka, Magdalena Jallowiecka, Krzysztof Filipiak, Sławomir Ziębian, Jerzy Pacholawicz, Rafał Kuba

IV rząd - stoją od lewej:

Jacek Wojarski, Piotr Knapik, Bronisław Czech, Jan Borzymowski, Tomasz Hrapkiewicz, Izabela Jaworska, Marek Ochman, Jerzy Foremny, Tomasz Niklewski, Bogusław Ryfiński, Adam Paryka, Marcin Kaczmarezyk, Krzysztof Kubaeki, Nadziakiewicz Paweł, Piotr PASEK, Adam Nagejewski, Szymon Pawlak, Michał Zembala, Marcin Krasoń, Michał Zakliczyński, Jan Borczykowski



Szlachetne Zdrowie

Nikt się nie dowie

Jako smakujesz

Aż się zepsujesz

Jan Kochanowski

To już rok, jak jesteśmy z Wami. Chcielibyśmy Wszystkim bardzo podziękować za zainteresowanie naszym kwartalnikiem, zarówno autorom, jak i czytelnikom.



Z okazji Świąt Bożego Narodzenia i zbliżającego się Nowego Roku, życzymy Wam wszystkiego co najlepsze, spełnienia najskrytszych marzeń, abyśmy każdy dzień niezależnie od poru roku rozpoczynali z promiennym uśmiechem na twarzy, a w naszych sercach zawsze gościła wiosna.

ŻYCZY REDAKCJA

W numerze:

Punkt widzenia

Rehabilitacja chorych po transplantacji płuc

Choroba serca w zamierzonych czasach cz.III

Co pacjent wiedzieć powinien o operacjach zastawki mitralnej

Badanie UKG

Co ma wspólnego liczba Debory z miążdżycą

Choroba Alzheimerera

Tajemnice szczęśliwego życia seniora

Biała Niedziela

Czy to grypa, czy przeziębienie

Projekty Unijne

Ogólnopolska Kampania Walki z Nadciśnieniem

Polowanie na śledzia

Udany sezon

REDAKCJA:

Bożena Smoter

Joanna Zembala-John

Bożena Krymska

Joanna Mąka

Okładka: Idea go / FreeDigitalPhotos.net

WYDAWNICTWO:

SCCS

Ul. Szpitalna 2

41-800 Zabrze

www.sccs.pl

biblioteka@sccs.pl

DRUK:

KOMDRUK

Ul. Pszczyńska 37

44-101 Gliwice

WYDARZENIA

- Transplantacja serca u najmłodszego w Polsce pacjenta, 6. Miesięcznego Alana (operator: T. Hrapkowicz). Zabrze, 15.09.2010
- Operacja małoinwazyjna typu MIDCAB-LAD u 103-letniej chorej z Wrocławia z chorobą niedokrwinną serca i krytycznym zwężeniem LAD nie kwalifikującym się do angioplastyki wieńcowej (operatorzy: K. Filipiak, M. Zembala, J. Czaplą). Zabrze, 28.10.2010
- XIX Koncert Serce za Serce, zorganizowany w dniu pierwszego w Polsce przeszczepu serca, inaugurujący obchody 25-lecia kardiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca. Zabrze, 05.11.2010
- Uhonorowanie prof. Zembali medalem im. Prof. Zbigniewa Religi. Zabrze, Fundacja Rozwoju Kardiologii;
„Honorową Perłą” w kategorii nauka za działania na rzecz transplantologii i kardiologii. VII Ranking Perła Gospodarki, Warszawa;
tytułem Honorowy Ślązak Roku 2010 za „szczególne zasługi jako lekarza i naukowca, przywiązanie do regionu oraz promowanie Śląska w kraju i za granicą”,
Złotym Medalem i tytułem Członka Zwyczajnego Akademii Polskiego Sukcesu „za wybitne zasługi naukowe i wkład w rozwój polskiej transplantologii płuc i serca”. Warszawa
- I Konferencja PTK/PTD „Choroby serca w cukrzycy” Warszawa 26-27.11.2010
- Konferencja Kardiologiczna „Choroby serca i naczyń” Sopot, 10-11.12.2010
- 13 Gdańskie Spotkania Kardiologiczne, Gdańsk 14-15.01.2011
- Postępy kardiologii klinicznej, Łódź, 22.01.2011
- EACTS Cardio-Thoracic Robotic Course (poziom II), Strasbourg (Francja), 08-11.02.2011
- Światowy Dzień Chorego, 11.02.2011



Punkt widzenia

Z mojego obserwatorium, czyli



XXV Jubileusz Kardiochirurgii Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu

*„Jesteśmy, aby ratować, leczyć, dawać nadzieję...”
25 lat - 27 895 operacji serca*

Kronika aktywności klinicznej zabrzańskiej kardiochirurgii
w latach 1985-2010
w Śląskim Centrum Chorób Serca
w Zabrzu

Prof. dr hab.

Marian Zembala

*Dyrektor Śląskiego
Centrum Chorób Serca*



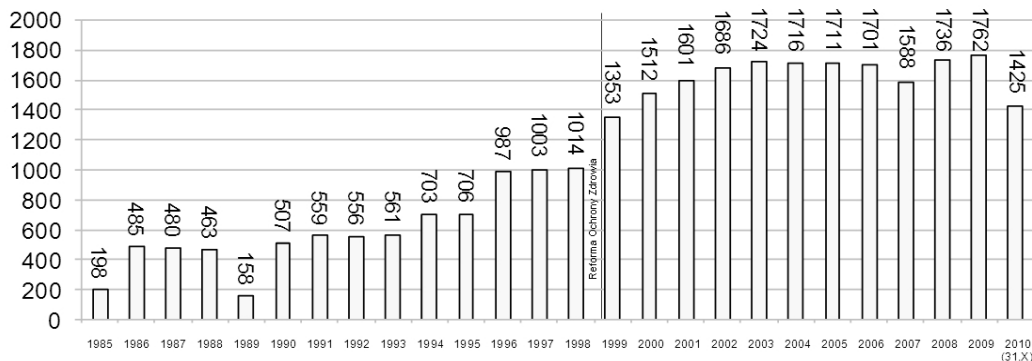
Kierownicy Kliniki:

prof. Zbigniew Religa (1985-1999)
prof. Marian Zembala (1999-do nadal)

OPERACJE SERCA W KRAŻENIU POZAUSTROJOWYM WYKONANE W ŚLĄSKIM CENTRUM CHORÓB SERCA

w latach 1985–2010 (31.X.2010)

N – 27 895 chorych



Zabrze, 1.11.2010r.

15.08.1985 r. - W Wojewódzkim Ośrodku Kardiologii w Zabrzu (obecnie Śląskie Centrum Chorób Serca) z udziałem prof. W. Sitkowskiego w Śląskim Centrum Chorób Serca przeprowadzona zostaje pierwsza operacja serca, która daje początek nowoczesnej kardiochirurgii na Śląsku. Kierownikiem kliniki jest doc. Z. Religa.

1985 r. - Zainicjowanie przez Z. Religę programu chirurgicznej reperfuzji w świeżym zawale serca.

05.11.1985 r. - Z. Religa w asyście A. Bochenka, M. Zembali, B. Ryfińskiego i B. Kominka dokonuje pierwszego przeszczepu serca w Polsce, rozpoczynając tym samym program transplantacji tego narządu w kraju. Biorcą jest Józef Krawczyk z Krzepic - chory z nieodwracalnym uszkodzeniem serca.



1986 r. – Pierwsza w Polsce próba transplantacji serca i płuc - Z. Religa, M. Zembala.

1986 r. - Z. Religa we współpracy z naukowcami prof. J. Vasku i doc. T. Dostalem (Brno) oraz prof. W. Szumakowem (Moskwa) dokonuje implantacji sztucznych komór typu Brno-TAH, rozpoczynając tym samym pierwszy w Polsce program

Transplantacje serca (OHT), pojedynczego płuca (SLT), obu płuc (DLT), serca i płuc (HLT), serca i nerek (HKT)

Zabrze 1985 – 2010

N – 882 chorych

lata	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010				
ogólna liczba	2	8	24	14	1	16	13	25	22	37	37	32	47	51	57	55	47	44	51	43	42	36	37	50	47					
typy		HLT 2	HL T 1					HHT T 1									HLT 1	HLT 1	HLT 1 SLT 1				HLT 1	HLT 1 HKT 1	SLT 1	HLT 1 SLT 1	SLT 2 DLT 2 reOHT -1	SLT 7	SLT 9 DLT 2	SLT 6 DLT 3

OHT ortotopowy przeszczep serca
HHT heterotopowy przeszczep serca
HLT transplantacja serca i płuc
SLT transplantacja pojedynczego płuca
DLT transplantacja obu płuc
HKT transplantacja serca i nerek
reOHT retransplantacja serca
reSLT retransplantacja płuca

2010 – 44 chorych:
- 35 transplantacji serca
- 9 transplantacji płuc

lata	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ogólna liczba	47	44	51	43	42	36	37	50	47	44
	HLT-1	HLT-1 HKT-1	SLT-1	HLT-1 SLT-1	SLT-2 DLT-1	HLT-1 DLT-2 SLT-4 reOHT-1	SLT-7	SLT-9 DLT-2	SLT-6 DLT-3	SLT-9



1987 r. - M. Zembala we współpracy z P. Sergeantem (Leuven, Belgia) wszczepia po raz pierwszy w Polsce obie tętnice pierśsiowe wewnętrzne u chorego z chorobą niedokrwienną serca.

1987 r. - M. Zembala i P. Buszman po raz pierwszy w Polsce wprowadzają chirurgiczne leczenie napadowego częstoskurczu komorowego wraz ze śródoperacyjnym mappingiem epi- oraz endokardialnym.

1988 r. - G. Cimochoński (kardiochirurg) i W. Strzelewicz (perfuzjonista), specjaliści z USA, po raz pierwszy w Polsce, w Zabrzu, wprowadzają nowy sposób ochrony serca w czasie operacji serca, stosując kardioplegię z krwią podawaną do opuszki aorty i drogą wsteczną do zatoki wieńcowej.

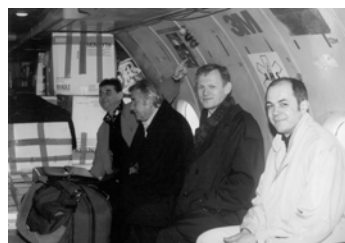
1985-1990 r. - Operacje wrodzonych wad serca u dzieci wykonują Z. Religa i M. Zembala. Już w tym okresie w ośrodku zabrzańskim wykonywane jest pełne spektrum operacji u dzieci, spośród których 60% stanowią noworodki i niemowlęta.

01.10.1990 r. - Do zespołu Kliniki Kardiologii w Zabrzu dołącza Michał Wojtalik, któremu prof. Zbigniew Religa powierza zadanie dalszego rozwoju zabrzańskiej kardiologii dziecięcej.

09.01.1991 r. - Po raz pierwszy w Polsce wykonano (J.Moll i M.Wojtalik) korekcję anatomiczną przełożenia wielkich pni tętniczych jako leczenie standardowe.

1992 - Klinika Kardiologii w Zabrzu zawiera porozumienie z ośrodkiem kardiologii w Tbilisi, Gruzja, którego celem jest szkolenie specjalistów-chirurgów w leczeniu chorób serca. Na mocy tego porozumienia dwa lata później, w 1994 roku, grupa gruzińskich lekarzy odwiedziła klinikę zabrzańską, gdzie odbyła kilkumiesięczne szkolenie. Po jego zakończeniu kardi-

chirurdzy SCCS: M. Wojtalik i B. Czech, pod kierownictwem prof. Z. Religi udali się na dwa miesiące do Tbilisi by po raz pierwszy w historii Gruzji wykonane zostały pomostowania wieńcowe oraz korekcje wad wrodzonych serca, w tym również wad złożonych. Podobna akcja powtórzona została w 1995 roku.



1992 r. - M. Wojtalik wprowadza do wykonywania zespołów systemowo-płucnych u noworodków mroźny allograft żylny. Badania wyników wczesnych i średnioterminowych są pierwszą tego typu analizą na świecie.

1992 r. - J. Kaperczak (Zabrze) i G. Cimochoński (USA) wprowadzają po raz pierwszy w Polsce tętnicę nabrzuszną dolną w rewaskularyzacji serca.

1993 r. - Z. Religa, M. Zembala – rozpoczęcie po raz pierwszy w Polsce w oparciu o doświadczenie zdobyte podczas stażu w Klinice Kardiologii w San Diego (USA) pierwszych w Polsce zabiegów trombandarterektomii płucnej (PTE) w prze-wlekłej zatorowości płucnej.

1995 r. - P. Knapik, A. Grzybowski i M. Wojtalik po raz pierwszy w Polsce w Zabrzu stosują tlenek azotu do leczenia chorych z wrodzonymi wadami serca i wysokim nadciśnieniem płucnym, wykorzystując także w ocenie odwracalności nadciśnienia płucnego.

1995 r. - J. Borzymowski (Zabrze) i H.A. Machain (Buenos Aires, Argentyna) wykorzystują po raz pierwszy w Polsce tętnicę promieniową jako pomost tętniczy.

1996 r. - Z. Religa we współpracy z inżynierami: R. Kustoszem i Z. Nawratem z Fundacji Rozwoju Kardiologii dokonują pierwszego wszczepienia polskich sztucznych komór typu POLTAH.



1996 r. - M. Zembala, R. Przybylski i P. Nadziakiewicz wspólnie z J. Chachques (Francja) wykonują w Zabrzu pierwszy w Polsce zabieg kardiomioplastyki u chorego z ciężką niewydolnością krążenia.

1997 r. - R. Batista (Kurytyba, Brazylia), w asyście: J. Pacholewicz i B. Ryfińskiego (Zabrze) wykonuje w Zabrzu pierwszy w Polsce zabieg wentrykuloplastyki redukcyjnej.

1998 r. - M. Zembala wykonuje pierwszy w Polsce zabieg transplantacji pojedynczego płuca u chorej ze skrajnym zwłóknieniem śródmiąższowym.

25.11.1999 r. - K. Lauterjung (Monachium, Niemcy), M. Krasoń (Zabrze), W. Kuczmik (Katowice) dokonują założenia pierwszego stentgraftu własnej produkcji do aorty piersiowej u chorego z rozległym tętniakiem aorty.

1999-2002 r. - Pomoc szkoleniowa Zabrze dla Ukrainy - operacje kardiologiczne wykonywane we Lwowie (B. Ryfiński)

1999 r. - Rozpoczęcie programu transplantacji serca u małych dzieci (R. Przybylski, M. Zembala, B. Chodór).



02. 1999 r. - Kit Arom (Minneapolis, USA), M. Zembala i R. Przybylski przeprowadzają po raz pierwszy w Polsce, w Zabrzu, operację wady mitralnej serca techniką małoinwazyjną.

2000 r. - R. Przybylski, A. Grzybowski i E. Urbańska po raz pierwszy w Polsce zastosowują żyłno-żylnie natlenianie pozastrojowe (ECMO) u noworodka ze skrajną niewydolnością oddechową



2000 r. - J. Skalski, I. Haponiuk przeprowadzają najwięcej w Polsce operacji wrodzonych wad serca u dzieci z wykorzystaniem technik małoinwazyjnych.

2000 r. - Intensywny rozwój technik małoinwazyjnych w chirurgii wieńcowej typu OPCAB (J. Pacholewicz, K. Filipak, J. Kaperczak, A. Farmas) i MIDCAB (K. Filipiak, T. Hrapkiewicz), operacji hybrydowych (M. Gąsior, T. Wąs, P. Chodór, H. Krupa) z wykorzystaniem także technik torakoskopowego pobierania tętnicy piersiowej wewnętrznej.

2000 r. - Rozwój programu operacji tętniaków łuku aorty i tętniaków piersiowo-brzusznych - seminaria i operacje prowadzone przez zespół zabrzański z udziałem ekspertów: K. Okita (Japonia), P.P. Zanetti (Włochy), P. Urbański (Niemcy) oraz R. Przybylski i M. Krasoń (Zabrze).

2000 r. - Rozpoczęcie programu chirurgicznego leczenia utrwalonego migotania przedsionków (M. Zembala, R. Lenarczyk).

2000 r. - Wykonanie w okresie roku 1512 operacji serca w krążeniu pozastrojowym (na 3. salach operacyjnych), co plasuje Śląskie Centrum Chorób Serca na drugiej pozycji w Polsce, po ośrodku w Krakowie (dysponującym 6. salami operacyjnymi).

6.10.2001 r. - M. Zembala, we współpracy z M. Knautem (Drezno, Niemcy) i Z. Kalarusem (Zabrze), wykonuje pierwszy zabieg epikardialnej ablacji na sercu bijącym z wykorzystaniem techniki mikrofalowej u chorego z utrwalonym migotaniem przedsionków.

24.10.2001 r. - pierwsza w Polsce - zakończona powodzeniem - jednoczasowa transplantacja serca i płuc u 38-letniego Marka Breguły z Tarnowskich Gór. Operacja wykonana pod kierunkiem M. Zembali we współpracy z R. Przybylskim, J. Perdeusem, J. Wojarskim i J. Czaplą



2001r. – Zespół z Zabrze w składzie: M. Zembala, R. Przybylski (kardiochirurdzy) oraz D. Puszczewicz (kardiolog) wykonuje 3 operacje szkoleniowe z cyklu „Postępy w europejskiej kardiologii”, transmitowane z Kliniki Kardiologii Uniwersytetu w Zagrzebiu (Chorwacja) wraz z interaktywną dyskusją.

Grudzień 2001 r. - Kardiolog dziecięcy: prof. J. Białkowski i doc. M. Szkutnik (Zabrze) we współpracy z prof. J. Masurą (Bratysława, Słowacja) jako pierwsi w Polsce dokonują zamknięcia pozawałowego ubytku międzykomorowego.



30.08.2002 r. - Pierwsza w Polsce jednoczasowa transplantacja serca i nerek u 43-letniego pacjenta z nieodwracalnym uszkodzeniem serca i nerek (zespoły transplantacyjne pod kierunkiem: R. Przybylski, L. Cierpka)

25.04.2003 r. – Zespół z Zabrze pod kierunkiem M. Zembali wykonuje pierwszą pomyślną transplantację pojedynczego płuca u 55-letniego chorego z ciężkim idiopatycznym zwłóknieniem płuc.



11.2003 r. – Na prośbę i zaproszenie strony ukraińskiej rozpoczęcie pod kierunkiem: M. Zembali, R. Przybylskiego, R. Kalisia i G. Włoczki programu corocznego tygodniowego szkolenia w zakresie wykonywania operacji kardiologicznych w ośrodku Kardiologii w Łucku (Ukraina).



03.01.2004 r. – Pierwsze w Polsce hybrydowe (chirurgiczne wewnątrznaczyniowe) zaopatrzenie ostrego rozwarstwienia aorty typu A (R. Przybylski, M. Krasoń).

22.06.2004 r. – Pierwsze w Polsce operacje serca u chorego przytomnego (w znieczuleniu epiduralnym). Zespół w składzie: P. Nadziakiewicz, P. Knapik (anestezjolog); M. Zembala, R. Przybylski (kardiochirurdzy).

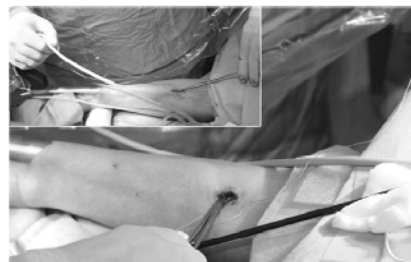
11.12.2004 r. – Transplantacja pojedynczego płuca metodą małoinwazyjną u 54-letniego chorego z nieodwracalnym uszkodzeniem płuc ze zwłóknieniem śródmiąższowym (J. Wojarski).



2005 r. - Pierwsza w Polsce transplantacja obu płuc. Skład Zespołu: Y. Toyoda (Pittsburgh, USA), J. Wojarski, E. Kuciewicz, M. Zembala (Zabrze).

03.01.2006 r. - Transplantacja serca metodą T-OHT (zespolenie żył płucnych i głównych dawcy i biorcy) u chorego z guzem LA (R. Przybylski).

05.05.2007 r. – Rozpoczęcie programu małoinwazyjnego, endoskopowego pobrania tętnicy promieniowej do rewaskularyzacji chirurgicznej. Liderzy: G.L. Bisleri (Włochy), T. Hrapkiewicz (Zabrze), M.O. Zembala (Zabrze).



23.06.2007 r. - Pierwsza w Polsce operacja serca u chorego przytomnego w znieczuleniu tylko zewnątrzoponowym (ze względu na duże przeciwwskazania do intubacji i mechanicznej wentylacji). Zespół zabrzański: P. Knapik, H. Misiołek, P. Nadziakiewicz (anestezjolog); R. Przybylski, M. Zembala (kardiochirurdzy) we współpracy z doc. P. Striteskim i dr. J. Semradem z Pragi (Republika Czeska).



08.07.2008 r. i 13.07.2008 r. - Dwie transplantacje serca u niemowląt (R. Przybylski, Sz. Pawlak)

18.11.2008 r. – Pierwszy zabieg hybrydowy, przeprowadzony u 78-letniego pacjenta z tętniakiem łuku aorty, łączący metodę chirurgicznego wewnątrznaczyniowego leczenia tego schorzenia (R. Przybylski, M. Krasoń).

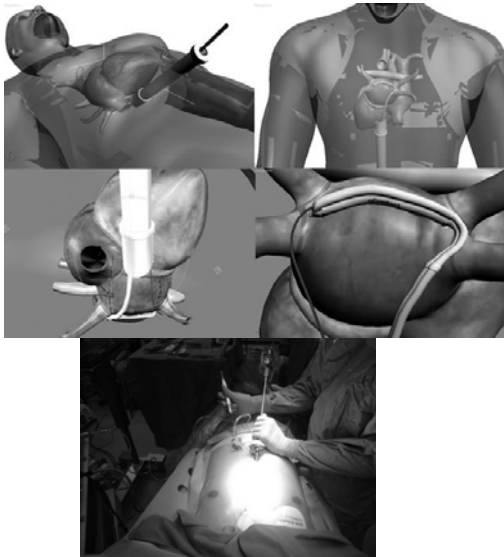


26.11.2008 r. - Pionierskie zastosowanie przezkoniuszkiowego małoinwazyjnego wszczepienia sztucznej zastawki aortalnej (biologicznej) - zespół lekarzy z udziałem kardiochirurgów, kardiologów inwazyjnych, kardiologa specjalizującego się w ocenie ultrasonograficznej, radiologa i anestezjologa wykonuje przezkoniuszkową implantację zastawki aortalnej u dwóch pacjentek obarczonych bardzo wysokim ryzykiem zagrożenia życia w przypadku leczenia operacyjnego metodą klasyczną wymianą zastawki w krążeniu pozaustrojowym). Liderzy: R. Przybylski, M. Krasoń, P. Nadziakiewicz, K. Wilczek, P. Chdór, M. Zembala (Zabrze) we współpracy z M. Thielmannem (Essen, Niemcy).



22.12.2008 r. - Pierwsze w Polsce wykonanie zabiegu przesu-
dowej implantacji zastawki aortalnej typu Edwards Sapien.

20.07.2009 r. - Rozpoczęcie programu małoinwazyjnej hybry-
dowej ablacji przetrwałego, opornego na leczenie migotania
przedsionków (M. Zembala, K. Filipiak, Z. Kalarus, A. Sokal)



07.09.2009 r. - Pierwsze w Polsce wszczepienie drogą przesu-
dową zastawki aortalnej typu CoreValve. Zabieg wykonany u
pacjentki z ciężką stenozą zastawki aortalnej, obciążonej du-
żym ryzykiem operacyjnym, przez zespół lekarzy z udziałem
kardiologów inwazyjnych, kardiocirurgów, kardiologa specja-
lizującego się w ocenie ultrasonograficznej, radiologa i aneste-
zjologa. Liderzy: K. Wilczek P. Chodór, T. Niklewski, M. Kra-
soń, R. Przybylski, J. Głowacki, P. Nadziakiewicz (Zabrze) we
współpracy z dr. Kostas Spargiasem (Ateny, Grecja)
oraz dr. Jean-Claude Laborde (Londyn, Wielka Brytania).



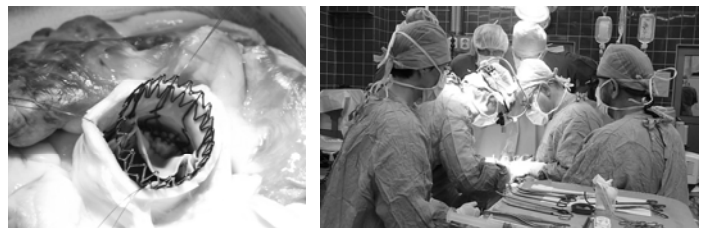
19.11.2009 r. Pomyślna transplantacja serca u 16-letniego
chłopca (K.P.) po długim, 358-dniowym okresie wspomaganie
mechaniczną pompą pneumatyczną typu POLVAD RELIGA
(J. Pacholewicz - koordynator programu we współpracy
z T. Hrapkowiczem, kardiocirurgiem i T. Maciejewskim, ane-
stezjologiem)



21.12.2009 r. – Wszczepienie (jako
drugi ośrodek w kraju, po Warsza-
wie) nowego typu implantowanej
pompy wirowej HeartWare
(Australia-USA) u 62-letniego cho-
rego z nieodwracalnym uszko-
dzeniem serca i przeciwwskazani-
ami do transplantacji ze względu na wysokie
naciśnieniem płucne (J. Pachole-
wicz, T. Hrapkowicz)



17.05.2010 r. – Pionierskie w Polsce (K. Filipiak,
M.O. Zembala, T. Niklewski) wykonanie zabiegu implantacji
bezszywej biologicznej zastawki aortalnej na stencie niti-
nolowym typu PERCEVAL S w ramach programu małoinwazyjnej
kardiocirurgii oraz innowacyjnych technologii.



15.09.2010r. - Transplantacja serca u 6. miesięcznego dziecka
(T. Hrapkowicz).



28.10.2010 r. - Operacja małoinwazyjna typu MIDCAB-LAD
u 103-letniej chorej z Wrocławia z chorobą niedokrwienną
serca i krytycznym zwężeniem LAD nie kwalifikującym się do
angioplastyki wieńcowej (K. Filipiak, M.O. Zembala, J. Cza-
pla).



Rehabilitacja chorych po transplantacji płuc

Wykonana w naszym ośrodku w 2001 roku pierwsza pomyślna transplantacja serca i płuc postawiła nowe zadania nie tylko przed kardiochirurgiem i transplantologiem, ale również przed zespołem fizjoterapeutów. Pojawiło się pytanie, jakie postępowanie rehabilitacyjne będzie najkorzystniejsze dla tych chorych. Pomimo wieloletniego już doświadczenia w rehabilitacji osób po transplantacji serca, w odniesieniu do chorych po przeszczepie płuc konieczne było wyznaczenie nowych celów fizjoterapii oddechowej, z uwzględnieniem głębokich zaburzeń fizjologii płuc, takich jak brak transportu rzęskowego, odruchu kaszlowego i odnerwienie płuc występujące u tych chorych we wczesnym okresie po zabiegu.

Aby sprostać nowym wyzwaniom zespół Śląskiego Centrum Chorób Serca, razem z lekarzem prowadzącym, dr. Jackiem Wojarskim, wprowadził 24-godzinną opiekę fizjoterapeutyczną, obejmującą rehabilitację oddechową prowadzoną co godzinę oraz wczesne uruchomienie chorego. Zastosowany program fizjoterapii miał na celu: utrzymanie drożności drzewa oskrzelowego (ze względu na brak możliwości samooczyszczania), rozprężenie płuca przeszczepionego oraz możliwie szybki powrót do pełnej sprawności.

Kolejne transplantacje poszerzały nasze doświadczenia i przyczyniały się do modyfikacji postępowania. Zaobserwowano, że brak odpowiedniego wypoczynku chorego w nocy powodował zmęczenie, rozdrażnienie i mniejszą chęć do współpracy. Na zlecenie lekarza wprowadzono 3-godzinną przerwę w rehabilitacji (pomiędzy godziną trzecią a szóstą rano) przeznaczoną na ciągły sen. Obecnie rehabilitację w systemie 24-godzinnym prowadzimy do 6. doby po zabiegu. Po upływie tego okresu wprowadzamy opiekę 12-godzinną, aż do dnia wypisu chorego ze szpitala.

Rehabilitacja chorych po przeszczepie płuc stanowi integralną część wdrożonego w naszym ośrodku w 2004 roku pierwszego w Polsce programu transplantacji płuc.



Zabrze, 25 X 2001 r.

Pierwsza pomyślna transplantacja serca i płuc w Polsce u 38-letniego chorego z ciężkim pozawałowym uszkodzeniem serca i nieodwracalnym nadciśnieniem płucnym. Na zdjęciu pacjent w trakcie treningu rowerowego.



Pacjent po transplantacji lewego płuca w trakcie rehabilitacji na oddziale pooperacyjnym



W pierwszym rzędzie od lewej siedzą: 28-letnia pacjentka po transplantacji serca i płuc, 31-letni pacjent po zabiegu transplantacji obu płuc i 50-letnia chora po transplantacji pojedynczego płuca



Pacjent po transplantacji obydwu płuc (pierwszy z prawej) w 23. dobie po zabiegu podczas ćwiczeń grupowych.



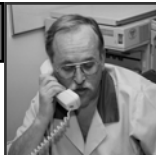
Pacjent po transplantacji obydwu płuc (DLT) w 15 dobie po zabiegu w trakcie treningu na ergometrze



54-letni chory po transplantacji pojedynczego płuca techniką mało-inwazyjną w Zabrze 11.12.2004 z powodu sphyłkowej postaci zwłóknienia śródmiąższowego płuc. Zdjęcie wykonano w czwartej dobie po zabiegu.



Chora po transplantacji pojedynczego płuca podczas spaceru.



Choroba serca w zamierzłych

czasach część III

Przełom XVI i XVII wieku jest początkiem pojawiania się wiarygodnych opisów poważnych dolegliwości serca. Czy był to zwiastun „prawdziwej” diagnostyki kardiologicznej? Nie, w żadnej mierze, bowiem wiedza kardiologiczna XVII-wiecznych medyków nie opierała się na znajomości patologii serca, lecz na uproszczonej rejestracji pewnych objawów choroby, których - chociaż zaczęto łączyć z nieprawidłowością układu krążenia - nie umiano wytłumaczyć. Pewien postęp był jednak zauważalny - po raz pierwszy bowiem powstały opisy dolegliwości sercowych o czysto medycznym charakterze, bo autorstwa medyków już wykształconych.

Guillaume de Baillou v. Ballonius (1538-1616), lekarz francuski, w pracy *De doloribus ad sternum* podał opis ataków bólu za-mostkowego, mocno przypominającego bóle wieńcowe. W swym dziele (*nota bene* opublikowanym pośmiertnie w 1640 r.), analizując ciężki stan chorego, zapewne dotkniętego zejściową niewydolnością krążenia, opisał m.in. objaw kołatania serca jako reakcję na wysięk płynu w worku osierdziowym.

W roku 1628 ukazało się fundamentalne dzieło Williama Harvey'a *Excitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*. Praca znakomitego angielskiego uczonego i eksperymentatora dokonała zasadniczego przełomu w zrozumieniu istoty fizjologii krążenia krwi. Chociaż koncepcja krążenia krwi podana przez Harleya jeszcze w wieku XVII i XVIII miała wielu przeciwników, zmusiła do myślenia medyków indoktrynowanych wcześniej prastarymi, zacofanymi dogmatami Galena, Hipokratesa czy Avicenny. Zwolna zaczęto kojarzyć dolegliwości pacjentów, poważne zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu człowieka, zlokalizowane zresztą nie tylko w obrębie klatki piersiowej - z wadliwą pracą serca. Powstały warunki ku temu, aby w umysłach świątłych lekarzy XVII-wiecznych zrodziło się pojęcie niedomogi serca, a jeszcze odważniej - niedomogi krążenia. Najwcześniej skojarzono dolegliwości bólowe w piersiach z chorobą serca, ale zaczęto też wskazywać na sercowe pochodzenie obrzęków kończyn, puchliny brzusznej, przesięku opłucnowego, wreszcie - obrzęku płuc. Był to kolosalny postęp.

Jako dobrze udokumentowaną medyczną ciekawostkę historyczną kroniki odnotowują, że na puchlinę wodną (najprawdopodobniej związaną z niewydolnością krążenia) zmarła Maria Tudor (1516-1558), zwana Krwawą Marią (*Bloody Mary*), królowa Anglii (1553-1558) i równocześnie królowa Hiszpanii (1556-1558). Mniej prawdopodobne, że Maria Tudor zmarła na nowotwór. Rozsiewano parokrotnie pogłoski o jej ciąży, które okazały się nieprawdziwe. Poszerzenie obwodu brzucha związane było z wodobrzuszem, a objawy choroby mylnie uznano za oznaki ciąży.

W 1709 roku ukazała się w Paryżu rozprawa pt. *Dissertation sur la mort subite*, której autorem był Pierre Dionis (1650-1718), znany i szanowany chirurg, anatom, a przy tym wytrawny praktyk, peł-

niący zaszczytną funkcję lekarza nadwornego na dworze Ludwika XIV. W jego dziele odnaleźć można opisy dwojga chorych, którzy zmarli na chorobę serca. Pierwszym z nich był zarządca królewskiego stołu i nadworny cześnik, cierpiący przewlekle na duszności w piersiach związane z wysiłkiem, który zmarł nagle, podczas podawania posiłków królowi. Sekcjonujący lekarz odnotował tylko powiększenie serca. Dionis opisał jeszcze jedno ciekawe z naszego punktu widzenia zdarzenie. Otóż margrabia de Louvois (Franciszek Michał Letellier), minister wojny za Ludwika XIV, żądny sławy prześladowca protestantów, intrygant i „wcielony diabeł”, zasnął podczas czytania listu królowi, które przerwał, jak napisano, „z powodu silnej opresji”. Dal-szy jego los dokonał się szybko. Margrabia poczuł silny ból w okolicy serca, przeto, zgodnie z ówczesnym zwyczajem, medyk wykonał upust krwi. Zabieg ten prawdopodobnie przyspieszył zgon - podczas sekcji stwierdzono obrzęk płuc. W kronikach zapisano, że margrabia, nieustannie wikłający króla w zapasy wojenne, a popadający stopniowo w niełaskę władcy, „doznawszy upokorzenia na radzie stanu (16.07.1691), w pół godziny później zmarł na apopleksję”.



W 1708 roku, bodaj pierwszy raz w dziejach medycyny, opisano miażdżycowe zmiany naczyń wieńcowych (niewykluczone, że były bezpośrednią przyczyną zgonu sekcjonowanego chorego). Lekarzem, który dokonał takiej obserwacji był Adam Christian Thebesius (1686-1732), który opisał - jeśli nie jako pierwszy, to bez wątpienia jako jeden z pierwszych, „kostnienie” tętnic wieńcowych. Takiego bowiem określenia dla stwardnienia tętnic wieńcowych wówczas użył. Był jednym z najznamienitszych badaczy anatomii

serca, przede wszystkim jednak - pionierem badań nad krążeniem wieńcowym. Ojczyzną jego był Śląsk, gdzie spędził niemal całe życie i gdzie pracował. Przytaczam tę postać z pewną satysfakcją, przypominając o jego związkach z polską ziemią, chociaż nie posługiwał się on językiem polskim i nie był Polakiem. W 1708 roku opublikował on w Lejdzie dzieło *Disputatio medica inauguralis de circulo sanguinis in corde*. Była to praca nad wyraz odkrywczą - zawierała pierwszy w dziejach medycyny opis fizjologii krążenia wieńcowego. Po świadomej rezygnacji ze stanowisk i godności uniwersyteckich Thebesius osiadł w Jeleniej Górze. Sześć lat później, w 1714 roku, powierzono mu zaszczytny urząd „fizyka miejskiego” (naczelnego lekarza miasta Jelenia Góra), który pełnił przez okres 20 lat. Zmarł w wieku 47 lat z powodu zapalenia płuc, w przebiegu astmy.

Znajomość anatomii naczyń wieńcowych serca i napotykanie w nich zmiany patologiczne w naturalny sposób inspirowały do poszukiwań przyczyn choroby. Poznanie choroby to jedno - a leczenie? Pozostawało poza zakresem możliwości ówczesnej medycyny.

Jean Baptiste Sénac (1693-1770), nadworny lekarz Ludwika XV, uczony, często wymieniany jest jako najbardziej zasługujący na miano twórcy rodzącej się w XVIII wieku dziedziny, nazwanej później kardiologią. W swej książce z 1794 o chorobach serca - *Sur la structure du coeur, son sanation et ses maladies* - omówił schorzenia serca w sposób odbiegający od dotychczasowych mglistych wyobrażeń o tym narządzie. Było to opracowanie przejrzyste i nowoczesne,

świadczące o dobrej wiedzy praktycznej autora - świętego obserwatora i diagnosty. Autor omówił stany duszności i ich związek z poważnymi schorzeniami serca, opisał zmniejszenie duszności sercowej przy zmianie pozycji ciała. To on wreszcie dokonał odkrycia, że jednym z ważniejszych objawów niewydolności serca są obrzęki kończyn. Mimo, iż od czasów starożytnych (Celsus) doceniano znaczenie prognostyczne obrzęków - leczono je przecież objawowo w czasach renesansu, także i w Polsce (I. Petrycy) - nikt wcześniej nie odważył się na to, by chorobie serca przypisać jednoznacznie przyczynę obrzęków kończyn i wodobrzusza. Sénac jako pierwszy wprowadził nakłuwanie osierdzia w przypadku podejrzenia obecności w nim płynu. A co do terapii – znów należy się mu uznanie za stosowanie chininy podczas nieskoordynowanego bicia serca („rewolucyjnego bicia”) oraz cebuli morskiej. W stosowaniu tego ostatniego leku trzeba jednak oddać pierwszeństwo Dioskoridesowi, słynnemu lekarzowi legionów rzymskich (I w. n. e.), który zalecał go jako środek moczopędny. Trzeba przyznać, że oprócz Sénaca, w kwestii rozumowego kojarzenia obrzęków z wadliwą pracą serca pewną rolę odegrali także inni wielcy uczeni, szczególnie R. Vieussens (1635-1715), francuski anatom, wielce zasłużony w poznaniu szczegółów anatomii serca.

Ale to właśnie Sénac wypowiedział *ex cathedra*, znamienne słowa o bezsilności i wręcz bezużyteczności diagnostyki chorób serca, skoro: „Badanie chorób sercowych daje często bezużyteczne zadowolenie z poznania niemożliwości wyleczenia ich”. Był wielkim autorytetem lekarskim XVIII-wiecznej Europy, toteż jego słowa mocno zapadły w umysły lekarzy XVIII wieku. Ta bezsilność lekarzy w kwestii leczenia chorób serca będzie dominować w medycynie jeszcze przez prawie 100 lat, aż do wprowadzenia nitratów przez W. Murrela w 1879 roku.

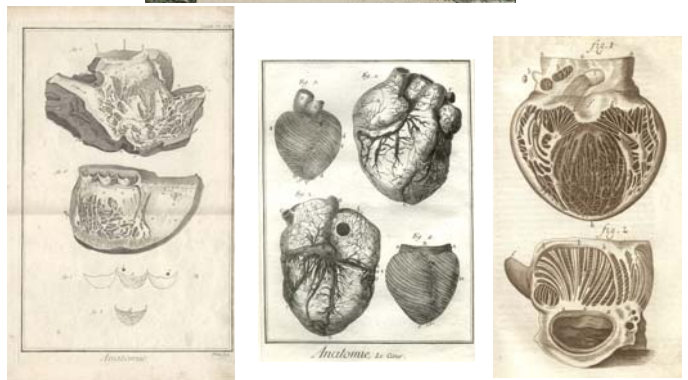
W tym miejscu pojawia się wyłom od tak nakreślonej ponurej rzeczywistości. Niemal w tym samym czasie, bo w 1785 roku, William Withering (1741-1799) angielski lekarz i przyrodnik zaczął stosować naparstnicę jako lek przeciwobrzękowy, moczopędny. Odnosił, nie znając przyczyny zjawiska, że nie w każdym przypadku lek ten przynosi pożądany skutek. Miał jednak świadomość, że naparstnica ma silny wpływ na serce, a widząc różnice działania w zależności od ilości podanego preparatu - skupił uwagę na określeniu dawki leczniczej: przecież o wiele wcześniej lek ten był podawany w wyższych dawkach jako środek pobudzający wymioty. Istnieje nawet domniemanie, że naparstnicę znano już w czasach rzymskich, a przez wiele lat stosowano ją na różne przypadłości w medycynie ludowej. Co ciekawe, zalecana była w leczeniu puchliny brzusznej jeszcze przed odkryciem Witheringa – przez Erazma Darwina (dziadka Karola, twórcy ewolucji). W 1542 otrzymała nazwę *digitalis* od Leonharda Fuchsa, niemieckiego przyrodnika.



Wybitne miejsce w kształtowaniu historii choroby niedokrwiennej serca przynależy Giovanniemu B. Morgagniemu (1682-1771), genialnemu uczonemu, faktycznemu twórcy anatomopatologii klinicznej. Morgagni poszukiwał i znajdował zmiany w narządach, które zgodnie z jego syntetyczną przenikliwością i intuicją genialnego badacza były przyczyną choroby czy śmierci. W roku

dające się z listów-artykułów, głównie kazuistycznych: *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis libri quinque*, czyli Pięć tomów o siedlisku i domniemanej przyczynie choroby. Księgę tą zalicza się do najwybitniejszych prac naukowych w historii światowej medycyny, mających wpływ na losy i postęp w tej dziedzinie. Pierwszy raz w dziejach medycyny podano protokoły zmian morfologicznych całego ludzkiego organizmu, z jednoczesnym odniesieniem ich do zmian spostrzeganych za życia chorego. Szkoda tylko, że tak wartościowego dzieła nie wzbogacano ilustracjami. Jakże głęboki jest w swej treści aforyzm autora *optimi consiliarii mortui*⁶. Słusznie podkreślał wielki polski uczyony zainteresowany chorobami serca (przy tym biegły w historii medycyny), Józef Pawiński, że w niektórych kazuistycznych „listach” Morgagniego nietrudno znaleźć „cenne opisy przypadłości, wchodzących w zakres anginy piersiowej”. W jednym z jego listów-opisów czytamy następujący opis anatomii patologicznej (przypadek nr 31 ujęty w piśmie nr 26 „o nagłej śmierci”): „...kobieta lat 43 podlegała od dawnego czasu następującym napadom. Po silniejszych poruszeniach ciała odczuwała bardzo silny niepokój (*angor*) w górnej części klatki piersiowej z lewej strony, połączony z trudnością w oddychaniu i ze zdrętwieniem lewego ramienia. Objawy te szybko ustępowały, gdy tylko zaprzestawała się poruszać. Pewnego dnia (...), będąc w dobrym nastroju dostała ataku podobnego do dawnych, który ją o nagłą śmierć przyprawił”. Po śmierci chorej Morgagni osobiście dokonał sekcji i w protokole stwierdził co następuje: „Podejrzewając istnienie tętniaka aorty rozpocząłem sekcję od otwarcia klatki piersiowej. (...) Aorta w miejscu swego rozgałęzienia mocno rozszerzona, gdy tymczasem sam pień i duże odchodzące od niej gałęzie miały zwykle rozmiar. Wewnątrz aorty wszędzie gdzie ją rozcięto znajdowano nierówności, tu i ówdzie skostniałe (...). W aorcie, począwszy od jej wyjścia z serca były skostnienia, nawet pod zastawkami półksiężycowatymi, które były stwardniałe z początkiem kostnienia, aż do tętnic biodrowych...”. W zwięzłym opisie klinicznym zmarłej: względnie młody wiek chorej, cierpienia wybitnie wskazujące na zaawansowaną chorobę wieńcową i nagły zgon wskazują dobitnie, że Morgagni przedstawił pierwszy opis kliniczny zawału serca, uzupełniony (wszakże niepełnym) raportem z autopsji.

c.d.n.



1761, a więc w 80. roku życia, opublikował on doskonałe dzieło skła-

⁶ lub *optimi consultatores mortui* - najlepsi doradcy to zmarli

Autorami są studenci medycyny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, aktywnie współpracujący z Klinikami Kardiologii i Transplantologii, Kardiologii oraz Kardiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu:

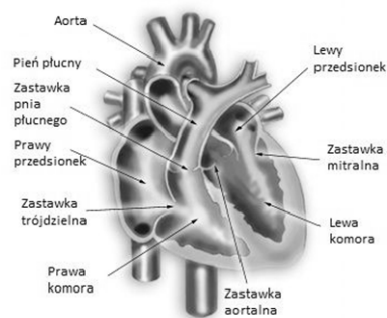
S. Pakuło, M. Piontek, M. Garbacz, B. Kumaszcza, J. Bajer

przy współpracy z dr. M. Zembalą i dr. M. Tajstrą.

Co pacjent wiedzieć powinien o operacjach zastawki mitralnej?

Co to jest zastawka mitralna i jakie spełnia funkcje?

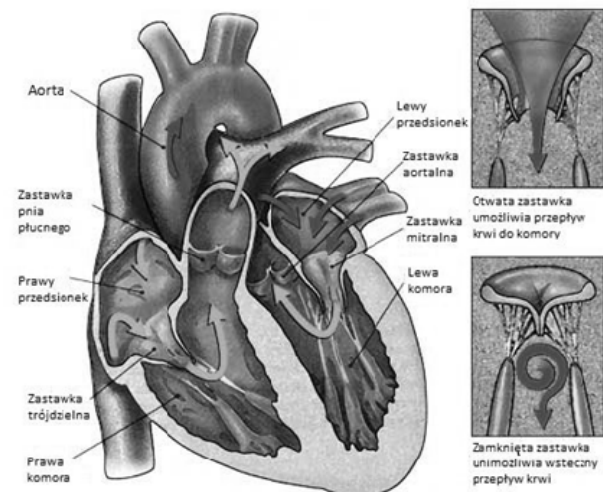
Zastawka mitralna (zwana również dwudzielną) znajduje się pomiędzy lewym przedsionkiem a lewą komorą serca. Zbudowana jest z dwóch płatków: przedniego i tylnego. Zastawka mitralna zapewnia jednokierunkowość przepływu krwi z przedsionka do komory, a w trakcie skurczu lewej komory, kiedy krew tłoczona jest do tętnicy głównej (aorty), blokuje jej wsteczny napływ do lewego przedsionka.



Ryc. 1.
Budowa serca.

Jakie są rodzaje i przyczyny nieprawidłowej funkcji zastawki mitralnej?

Przyczyn zaburzenia funkcji możemy upatrywać w zwężeniu lub niedomykalności zastawki. W przypadku **zwężenia** dochodzi do zmniejszenia powierzchni ujścia przez które przepływa krew z przedsionka do komory. Pojawia się zastój krwi w przedsionku lewym, który ulega powiększeniu i - nierzadko - istotnej przebudowie, której wynikiem są zaburzenia rytmu: przedsionki kurczą się bezładnie i nieregularnie (migotanie przedsionków), a impulsy do komór przekazywane są chaotycznie (stąd uczucie kołatania serca). W poszerzonym, słabo kurczącym się przedsionku może wytworzyć się skrzepina, która stwarza ryzyko powikłań zatorowo-zakrzepowych (np. udaru mózgu). Narastający zastój krwi w lewym przedsionku może doprowadzić do obrzęku płuc i stopniowego rozwoju nadciśnienia płucnego.



Ryc. 2
Mechanizm wady zastawki

Przy **niedomykalności** zastawki mitralnej krew, w trakcie skurczu komór, cofa się do lewego przedsionka. Z tego powodu serce w czasie każdego skurczu musi przepompować większą objętość, a więc wykonać większą pracę niż serce zdrowe.

Wady zastawki mitralnej mogą powstawać z różnych przyczyn, takich jak przebyta w młodości gorączka reumatyczna, zmiany zwyrodnieniowe związane z wiekiem czy też bakteryjne zapalenie wsierdza. Nie zawsze przyczyną nieprawidłowej funkcji jest uszkodzenie samej zastawki, może być ona także następstwem przebytego zawału lub powiększenia serca wskutek jego niewydolności.

Jakie są objawy wady zastawki mitralnej?

Objawy wady zastawki mitralnej mogą być bardzo różne, od ograniczenia tolerancji wysiłku, łatwego męczenia się, poprzez duszność wysiłkową, kołatanie serca, ból w klatce piersiowej, kaszel z odkształceniem podbarwionej krwią płwociny. W przypadku niewielkiej lub umiarkowanej wady objawy mogą nie występować, jej wykrycie może nastąpić przypadkowo przy badaniu lekarskim, przeprowadzonym z innych przyczyn (szmer przy osłuchiwanu serca), na podstawie nieprawidłowego zapisu EKG bądź wyniku zdjęcia badania rentgenowskiego klatki piersiowej (RTG). Do dokładnej oceny rodzaju wady, stopnia jej zaawansowania i ustalenia konieczności leczenia operacyjnego służy badanie ultrasonograficzne (UKG).

Jakie są metody leczenia wady zastawkowej?

W przypadku niewielkiego zaawansowania wady serca stosuje się leczenie farmakologiczne. Ma ono na celu zmniejszenie pracy wykonywanej przez serce i w rezultacie zmniejszenie dolegliwości oraz poprawę komfortu życia. Postępowanie takie usuwa jedynie objawy, a nie przyczynę choroby. Gdy wada jest zaawansowana, leczenie farmakologiczne jest niewystarczające i pojawia się konieczność leczenia operacyjnego.

Co stanie się, jeśli nie poddamy się operacji?

W istotnej wadzie zastawki mitralnej serce, przy każdym skurczu, musi wykonać znacznie większą pracę niż serce zdrowe, co prowadzi do przerostu mięśnia sercowego, jego powiększenia i w rezultacie – do trwałego upośledzenia jego funkcji. Rozwija się obraz niewydolności serca. Leczenie operacyjne w tak zaawansowanym stadium jest dużo trudniejsze, obarczone dużo wyższym ryzykiem niepowodzenia. Co więcej, wykonanie operacji może nie gwarantować całkowitego przywrócenia prawidłowej funkcji serca i ustąpienia objawów choroby. Zaawansowane wady serca mogą być również przyczyną wielu innych poważnych powikłań, takich jak migotanie przedsionków, udar mózgu a nawet nagły zgon sercowy. Jeśli zatem konsultujący lekarz zaleci leczenie operacyjne, należy zastosować się do wskazań i poddać się zabiegowi w wyznaczonym terminie.

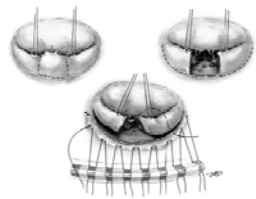
Jak wygląda zabieg operacyjny?

Istnieją dwie podstawowe metody leczenia operacyjnego wady zastawki mitralnej:

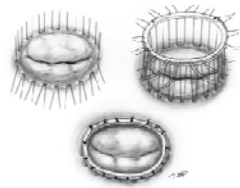
- **plastyka własnej zastawki**
- **wymiana zastawki**

Plastyka (naprawa) jest zabiegiem pozwalającym na zachowanie własnej zastawki chorego. Nieprawidłowa funkcja zastawki mitralnej może być skutkiem nie tylko uszkodzenia płatków zastawki, ale również innych elementów tak zwanego aparatu zastawkowego, takich jak: struny ścięgnowe, mięśnie brodawkowe, pierścieni włóknisty czy też sam mięsień lewej komory. Plastyka zastawki polega na naprawie tych elementów zastawki lub jej aparatu, które uległy zniszczeniu. Operacja może polegać na wycięciu części tylnego płatka zastawki, skróceniu nici ścięgniętych lub dodaniu nowych, sztucznych, wszyciu łąty osierdziowej w miejsce przedziurawienia płatka, itp. (Ryc. 3).

Większość zabiegów kończy się wszyciem wokół zastawki sztucznego pierścienia, który wspomaga prawidłowe funkcjonowanie naprawionej zastawki (Ryc. 4).

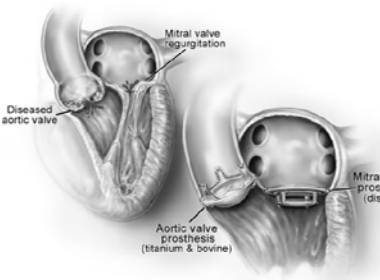


Ryc. 3



Ryc. 4

U części chorych naprawa zastawki jest - z racji jej znacznego uszkodzenia, niemożliwa. Zachodzi wówczas potrzeba jej wymiany na zastawkę sztuczną: mechaniczną lub biologiczną (Ryc. 5).



Ryc. 5.

Wymiana zastawki.

Zastawki mechaniczne są zbudowane z tworzyw sztucznych. Podstawową zaletą zastawek mechanicznych jest ich trwałość (dziesiątki lat). Ich wadą jest konieczność codziennego, dożywotniego stosowania leków przeciwkrzepliwych (rozrzedzających krew), ponieważ zastawka sztuczna jest trombogenna - na jej powierzchni mogą pojawić się zakrzepy, które mogą spowodować nieprawidłowe funkcjonowanie zastawki. Zakrzepy takie mogą także „oderwać się” i wędrować wraz z prądem krwi do różnych narządów, co prowadzić może do bardzo groźnych powikłań, takich jak udar mózgu, ostre niedokrwienie kończyny lub jelit czy też zator płucny. Regularne przyjmowanie leków obniżających krzepliwość krwi (takich jak acenokumarol lub warfaryna) a także stała, regularna kontrola wskaźnika INR są konieczne (poniżej dowiesz się, dlaczego)!

Zastawki biologiczne zbudowane są z materiału biologicznego pobieranego ze zwierząt bądź ludzi. Podstawową zaletą tego typu zastawek jest zdecydowanie mniejsze ryzyko powstawania na nich skrzepin - przyjmowanie leków przeciwkrzepliwych jest konieczne jedynie przez krótki okres po operacji, najczęściej do 3 miesięcy. Zastawki biologiczne są jednak mniej trwałe, nierzadko ulegają zwapnieniu po około 10 latach od wszczęcia. Zwapniała sztuczna zastawka wymaga ponownej wymiany, co wiąże się z koniecznością ponownej operacji.



Ryc. 6.

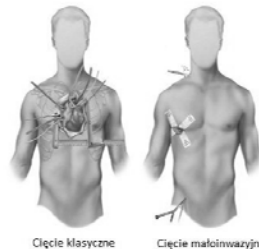
Rodzaje zastawek: mechaniczne i biologiczne.

Strategia leczenia operacyjnego dobierana jest indywidualnie. Nadrzędnym celem jest dobro chorego i możliwie najlepszy dla niego sposób postępowania. Operacyjne leczenie wady zastawki mitralnej jest zabiegiem kardiochirurgicznym wykonywanym na sercu zatrzymanym. Funkcje serca i płuc w trakcie zabiegu pełni urządzenie zwane płuco-sercem lub też krążeniem pozaustrojowym.

Współczesna kardiochirurgia oferuje szereg technik operacyjnych umożliwiających naprawę lub wymianę zastawki mitralnej. W technice klasycznej dostęp do serca wymaga nacięcia klatki piersiowej - przecięcia mostka w linii pośrodkowej. Jest to dobry i sprawdzony sposób leczenia, który pozwala naprawić lub wymienić zmienioną

chorobowo zastawkę praktycznie w każdym przypadku. Co więcej, jeśli zaistnieje taka potrzeba, pozwala na przeprowadzenie leczenia wielu zastawek, wykonanie by-passów (pomostów aortalno-więciowych) czy też ablacji migotania przedsionków.

Na przestrzeni ostatnich lat opracowano również małoinwazyjne techniki operacyjne, których celem jest minimalizacja urazu operacyjnego, a więc zmniejszenie wielkości cięcia i oszczędzenie mostka, co gwarantuje pacjentowi lepszy wynik kosmetyczny oraz szybszy powrót do pełnej aktywności fizycznej. Technika małoinwazyjna, choć technicznie trudna i wymagająca, jest w stanie zaoferować pacjentowi efekt porównywalny do techniki klasycznej przy minimalnym urazie klatki piersiowej.



Ryc. 7.

Rodzaje cięć: klasyczne i małoinwazyjne.

CO PACJENT WIEDZIEĆ POWINIEN O POSTĘPOWANIU PO OPERACJI ZASTAWKI

Czy muszę przyjmować leki przeciwkrzepliwie i jak długo?

Tak, po wszczęciu zastawki mechanicznej należy do końca życia przyjmować leki obniżające krzepliwość krwi (takie jak acenokumarol, warfaryna)!!! Warunek ten jest niezbędny, by uniknąć powikłań związanych z powstawaniem zakrzepów na zastawce. Dawki tych leków ustalane są na podstawie okresowej kontroli tzw. wskaźnika INR, oceniającego stopień krzepliwości krwi. W przypadku większości chorych wskaźnik ten powinien wynosić 2,0-3,0. Konieczne jest ściśle przestrzeganie zalecanego przez lekarza prowadzącego sposobu dawkowania i częstości badań kontrolnych, gdyż zbyt małe dawki leku są nieskuteczne, a jego przedawkowanie może prowadzić do groźnych krwawień do mózgu lub z przewodu pokarmowego.

W przypadku zastawki biologicznej terapia obniżająca krzepliwość krwi wygląda odmiennie: leczenie przeciwkrzepliwie acenokumarolem lub warfaryną przyjmujemy podobnie jak w przypadku wymiany zastawki, ale jedynie do czasu wygojenia się zastawki, czyli do końca 3. miesiąca po zabiegu.

Jak długo trwa zrastanie się mostka?

W trakcie zabiegu mostek zabezpieczony zostaje drucianym szwem, który pozostanie w ciele pacjenta do końca życia. Przez kilka tygodni po operacji konieczne jest noszenie specjalnych „szelek” w celu stabilizacji rozciętego mostka. **W sprzyjających warunkach do pełnego zrośnięcia mostka dochodzi po 3 miesiącach.** Do tego czasu pacjent powinien unikać nadmiernego wysiłku fizycznego, a zwłaszcza podnoszenia ciężkich przedmiotów. Przyjmuje się, że już po 4-6 tygodniach po zabiegu pacjent może swobodnie wykonywać większość czynności domowych oraz samodzielnie prowadzić samochód.

Na co powinienem zwrócić uwagę po operacji zastawki?

Poważnym zagrożeniem dla chorych po operacjach zastawek serca jest możliwość wystąpienia tzw. infekcyjnego zapalenia wsierdza. Dochodzi wówczas do namnażania się bakterii lub grzybów na zastawkach i wsierdzu wyściełającym jamy serca. **W przypadku wystąpienia jakiegokolwiek infekcji należy zatem niezwłocznie zgłosić się do lekarza, który może podjąć decyzję o leczeniu antybiotykami.** Osłona antybiotykowa jest również konieczna w przypadku wykonywania wielu zabiegów, także dentystrycznych, dlatego zawsze należy wcześniej powiadomić lekarza o obecności wady serca i przebytej operacji na zastawkach.

Drogi Pacjencie,

Po przyjęciu do naszego szpitala zostaniesz poddany szeregowi badań, które pozwolą dokładnie ocenić postać i zaawansowanie Twojego schorzenia oraz pomogą ustalić strategię dalszego leczenia. Jednym z takich badań jest badanie echokardiograficzne (ultrasonokardiografia – UKG).

Echokardiografia to metoda obrazowania oparta na odbijaniu wiązki fal ultradźwiękowych od struktur serca i dużych naczyń. Wiązkę fal wysyła i odbiera specjalna głowica, odpowiednia dla konkretnego rodzaju badania.

Wyróżniamy tzw. UKG jednowymiarowe, w którym ocenia się wymiary serca oraz UKG dwuwymiarowe (2D), umożliwiające ocenę mięśnia sercowego w ruchu lub po zatrzymaniu w dowolnej fazie cyklu jego pracy. Metoda 2D pozwala na określenie grubości ścian, wielkości jam serca, kurczliwości i objętość krwi wyrzucanej z lewej komory w trakcie skurczu (tzw. frakcji wyrzutowej EF). W UKG z zastosowaniem metody dopplerowskiej (Doppler przepływowy i kolorowy) ocenia się prędkość krwi przepływającej przez jamy serca, zastawki oraz duże naczynia. Zaburzenia kierunku przepływu lub wzrost jego prędkości mogą świadczyć o niedomykalności lub zwężeniu zastawek. W ten sposób ocenia się także przecieki przez przegrodę: międzyprzedsionkową i międzykomorową u chorych z podejrzeniem wrodzonej wady serca.

Badanie echokardiograficzne przezklatkowe jest nieinwazyjne i bezbolesne. Jednakże w zależności od celu jego wykonania, możesz zostać poddany zarówno badaniu przezklatkowemu (*Transthoracic Echocardiography – TTE*) lub badaniu przezprzełykowe (*Transesophageal Echocardiography – TEE*).

Przy badaniu przezklatkowym zostaniesz poproszony o zebranie górnej części garderoby i położenie się na lewym boku, prawą rękę kładąc wzdłuż ciała, lewą pod głowę. W miejscu badania na klatkę piersiową wraz z głowicą nałożony zostanie specjalny żel wodny, który zapobiega odbijaniu się fal i poprawia jakość badania. W trakcie badania staraj się leżeć spokojnie i wykonywać polecenia lekarza. Możesz zostać poproszony o wstrzymanie oddechu lub o zmianę pozycji.



ECHO przezprzełykowe wykonuje się w celu dokładnej oceny wad przeciekowych, sztucznych zastawek czy też wykluczenia obecności skrzeplin, np. przed kardiowersją lub próbą stymulatora ICD. Wykorzystuje się tu sąsiedztwo przełyku z lewym przedsionkiem i lewą komorą serca. Głowica, którą wykonuje się badanie, ma średnicę ok. 1 cm. Zakłada się ją do przełyku po uprzednim znieczuleniu gardła i włożeniu między zęby specjalnego ustnika, który zapobiega ewentualnemu przegryzieniu sondy (bardzo podobnie jak podczas gastroskopii). Przed założeniem głowicy należy wyjąć protezy zębowe!

Badanie jest bezbolesne, ale może być dla Ciebie nieprzyjemne i wywoływać odruch wymiotny. By temu zapobiec, znieczula się gardło specjalnym sprayem (identycznym jak u stomatologa). Co ważne, na Twoją prośbę może też zostać podany dożylny krótko działający środek nasenny (najczęściej Dormicum). Do badania należy się odpowiednio przygotować, tzn. być na czczo co najmniej 4-6 godzin przed badaniem. Należy też posiadać wynik badania HBs, zaś w przypadku stosowania przez Ciebie leczenia przeciwkrzepliwego Acenokumarolem - aktualny wynik wskaźnika INR. Po zakończonym badaniu możesz odczuwać lekkie drapanie w gardle, co może być efektem działania środka znieczulającego lub przesuwania głowicy.



Jeśli chorujesz na chorobę wieńcową możesz zostać poddany badaniu UKG z obciążeniem, np. dobutaminą. Lek ten przyspiesza akcję serca i pozwala ocenić obecność i rozległość jego niedokrwienia. UKG z obciążeniem polega na podawaniu dobutaminy w pompie infuzyjnej pod kontrolą UKG. W badaniu tym określa się możliwość adaptacji serca do narastających obciążeń, jako odpowiednik badania wysiłkowego u chorych z podejrzeniem choroby wieńcowej niezdolnych do wykonania badania na bieżni lub rowerze. Innym wskazaniem jest ocena tzw. „żywności mięśnia sercowego” u chorych z pozawalowym uszkodzeniem, kwalifikowanych do zabiegów PTCA lub CABG.

Wykonanie badania ECHO przed zabiegiem kardiochirurgicznym pozwoli na dokładne zaplanowanie strategii postępowania chirurga. Ocena frakcji wyrzutowej określi dokładność monitorowania pacjenta, ocena kondycji zastawek rozstrzygnie o konieczności ich naprawy (plastyki) lub wymiany, a zmierzenie ich wielkości pozwoli na dokładne dopasowanie rozmiaru protezy, poszczególnego typu zastawki oraz sposobu jej implantacji. Także w trakcie zabiegów kardiochirurgicznych oraz przed zamknięciem klatki piersiowej, wykonuje się UKG przezprzełykowe. Pozwala ono ocenić szczelność wszytej protezy zastawkowej lub efekt jej naprawy bezpośrednio po przywróceniu przepływu krwi przez serce, by w razie potrzeby dokonać korekty zabiegu.

Badanie echokardiograficzne, dzięki nowoczesnej, wysokiej jakości aparaturze oraz umiejętnościom specjalistów wykonujących to badanie, może dostarczyć informacji o niemalże wszystkich parametrach określających wydolność serca, bez konieczności zastosowania wielu technik inwazyjnych. Jest bezpieczne nawet dla kobiet w ciąży i może być wielokrotnie powtarzane bez żadnego obciążenia dla pacjenta. Stało się ono nieodzowną i pręźnie rozwijającą się techniką diagnostyczną współczesnej kardiologii i kardiochirurgii.

Pracownicy echokardiografii Śląskiego Centrum Chorób Serca dysponują dziesięcioma bardzo dobrej klasy aparatami echokardiograficznymi, między innymi najnowszym Vividem 9 firmy GE, Vividem 5 oraz aparatem Philips iE30 z obrazowaniem trójwymiarowym (3D).



Natasza Caban (ur.12 kwietnia 1977 w Słupsku) – polska żeglarka.
Opłynęła samotnie Ziemię.

www.nataszacaban.com

Moje marzenia

My i nasze marzenia... Bywa, że rodzące się w nas pragnienia i uczucia są tak silne, piękne i odważne, że zdają się przejmować kontrolę nad naszym życiem i popychać nas w nieznanym kierunku. „Każdy ma prawo marzyć inaczej”, prawie każdy chciałby szukać w życiu Własnej Legendy, ale nie wszyscy mamy odwagę zmierzyć siłę naszych marzeń i wyjść im naprzeciw, odnajdując ukryte ścieżki, po których moglibyśmy za nią podążać. Chyba od zawsze towarzyszy mi przeświadczenie, że to właśnie możliwość urzeczywistnienia marzeń, nawet tych najmniej prawdopodobnych, czyni życie tak interesującym. Czy zgodzicie się ze mną?

wiatr od rufy

01 - 09 - 2009

1.09.2009 zulu 1700, pos. 05 57S, 109 47W pochmurnie, popaduje, boli mnie gardło, popijam herbatkę z cytryną. wiatr przeszedł bardziej zza rufy, trzeba było ułożyć rzeczy tak, aby nie hałasowały pod pokładem, gdyż nieźle bujamy się na falach... Jakoś tak mi się smutno dziś zrobiło, czy ja aby już w swoim życiu nie natęskniłam się „na zapas” na kolejnych dziewięć żyć? Mam nadzieję, że nie jestem nieuleczalnym przypadkiem "chorego na morze", co to na morzu tęskni do bliskich, a na lądzie... za morzem!?

nocna wachta

02 - 09 - 2009

1700 zulu, poz. 06 21S, 111 31 W. nocną wachtę mam za sobą, naratowałam się wpadających na pokład latających ryb, naoglądałam się gwiazd, księżycy, nasłuchiwałam się szumu fal, a szkwaliście chmury nie oszczędzały deszczu i silniejszych podmuchów... Jak ja będę bez tego wszystkiego zasypiać na lądzie?

do snu...

03 - 09 - 2009

0500 zulu, pos. 06 33S, 112 13W; 1583 mil jeszcze 3.09.2009 zachmurzone niebo, a to wychyli się słońce, a to spadnie deszcz, pranie wysycha bardzo powoli, o ile w ogóle schnie. Wiatr po szkwalach „zdycha”. „Tanasza Polska Ustka” ze swoją okrągłą rufą kolebie się na falach, wszystko w środku lata, łącznie ze mną. Pozszywałam śpiwór i pewnie przez te fale jakoś tak mało równo wyszło :) znudziło mi się już „jachtowe” jedzenie, nie ma co się oszukiwać i jeszcze chyba palec mi się wybił, bo odmawia posłuszeństwa. Odkąd wiatr wieje zupełnie od tyłu to wpada do środka, pod pokład i dosłownie muska moją twarz jak zasypiam... Niesamowite uczucie, wiatr Pacyfiku lula mnie do snu...

każdy dzień jest inny!

04 - 09 - 2009

06 58S, 114 23 W, 1448 mil jeszcze 4.09.2009 Kiedy chcesz coś osiągnąć rozejrzyj się dookoła, zastanów się i pomyśl czego dokładnie chcesz. Nikt nie dojdzie do celu z zamkniętymi oczami... I pamiętaj, że każdy dzień jest inny, każdy poranek kryje w sobie cud, magiczną chwilę, gdy stary świat ulega zniszczeniu, a w jego miejsce powstaje nowy (...) a na każdego człowieka na ziemi czeka jakiś skarb! nie wiem kto to napisał/powiedział, ale znam przynajmniej jedną osobę, która powinna to sobie dziś przeczytać.

fale trzy

05 - 09 - 2009

zulu 0200, pos. 07 04S, 114 53W; 5.09.2009 spędziłam bardzo nastrojowy wieczór myśląc o przyszłości... Jak zachodziło słońce wyszłam na dek popatrzeć na wodę, zobaczyłam delfina - jednego, wynurzył się

jedynie raz pozwalając na siebie spojrzeć. Potem nastąpiła pełnia... muzyka grała: (...) pierwsza, płynęła gdzie przyszłość druga, wspomnienia tuliła trzecia, kłaniała się wichrom i z nimi tańczyła fale płynęły trzy (...)

żółwie mnie wyprzedzają!

07 - 09 - 2009

1900 zulu, pos.07 24S, 117 11W; 6.09.2009 wiatr przycichł dziś byłam „szufelkową” (zresztą, całkiem nieźle mi to szło). Całymi dniami podziwiam jak koryfeny (mahi mahi), które uwielbiają latające ryby ganiają je wokoło „Tanaszki”, a te z kolei wystraszone uciekając przed "drapieżcami" wpadają na pokład... no to ja, z niebieską szufelką latałam po pokładzie ratując (?) "oblatywacze", wrzucając je do wody. Dorobiłam się też guza na głowie. Jak popaduje to zamykam zejściówkę i jakoś zapomniałam ją odsunąć, gdy wyszło słońce (a może raczej zapomniałam, że jest zasunięta). Odwiedziło mnie stado delfinów, młode wyskakiwały z wody... dużo niebieskiego dookoła, ładnie tu. O, żółw płynie za naszą rufą... co jakiś czas wynurza buźkę... słowo daję - żółwie mnie doganiają!? jajca.

daleko od lądu

07 - 09 - 2009

7.09.2009 wiatru ciągle malusio, szkwwały z deszczem krótkie - robi się wówczas bardzo ciemno. Ogólnie nic się nie dzieje - nie żebym narzekała (nigdy nie należy tracić czujności, nawet gdy pokonało się większość drogi). Wysprzątałam stół nawigacyjny i szafkę z narzędziami. z wody ciągle „coś” wyskakuje - dziś przyszła pora na koryfeny - coś naprawdę wielkiego musiało je gonić. Szkoda, że nie mam szklanego dna, żeby tak podpatrzeć co tam się pode mną dzieje. Nadal jestem pod wrażeniem żółwia tak daleko od lądów, ale wypatruję wielorybów, ponoć na tym akwenie zdarzało się, że wywraçały jachty... Chciałabym, żeby ktoś przeczytał mi do snu...

rocznice

10 - 09 - 2009

1000 zulu, poz. 08 05S, 119 38W 1174 mil jeszcze 8.09.2009 Dwa lata temu byłam na Vanuatu (moim pierwszym przystanku), a rok temu dopłynęłam do Wysp Kokosowych i odbierałam z samolotu Karolinę i Elizę. Cóż to był za piękny moment mojej podróży! Rok temu, rok, już rok... pamiętam jakby każdy jeden jego dzień. Ocean Indyjski, La Reunion i Republiki Południowej Afryki... a przede wszystkim ludzi, których „w drodze” poznałam... W sumie, chyba chciałabym móc mieć to jeszcze przed sobą, a czy bym coś zmieniła? (tu minęła długa chwila zastanowienia) - ale nie! Uśmiecham się. Nigdy nie żałujemy tego, co sprawia, że się uśmiechamy...

więcej i mokro

10 - 09 - 2009

2300 zulu, pos. 08 20S, 121 29 W 9.09.09 Fajna data, do tego imieniny Sergiusza! Wszystkiego najlepszego! Fale jakieś takie nieporówny-

walnie wielkie do siły wiatru. Czasem tak mnie dłuugo niosą, a jak trafi się „ta co-któraś większa niż inne” to nieźle szumi i woda się przelewa przez jacht. Nieźle, nieźle, coś się dzieje. Teraz przeczekuję szkwał - uhm, "troszkę" wieje i pada. Długaśną noc miałam, zrobiłam sobie kawę... jeszcze nie mogę się położyć.

totalna ciemność

11 - 09 - 2009

2100 zulu, 08 42S, 122 47W, 940 mil jeszcze 10.09.2009 wyobraźcie sobie, jestem już trzy tygodnie na wodzie. Pełnych 21 jeden dni, sama, samusia. Czerwona „Tanaszka” musi wyglądać pięknie na tle niebieskiego oceanu jakby tak popatrzeć na nią z wysoka, hm? Wczoraj, zanim wylazł księżyc było tak ciemno, że nie można było rozpoznać nieba od wody, zero gwiazd, totalna ciemność, jakbym żeglowała w czarnej dziurze. niezbyt milusio; ale jak Horacy: "cierpliwość czyni lżejszym to, czemu nie można zaradzić". W dzień natomiast, w słońcu przy grzywach fal, przy spienionym miejscu ich załamywania się, woda jest tak pięknie turkusowa... najładniejszy turkus na świecie. dostałam prognozę pogody od statku, który płynął na Tahiti.

dotknąć tęczy

13 - 09 - 2009

1900 zulu, poz. 09 03S, 124 05W 11.09.2009 wydarzyło się coś dla mnie absolutnie wyjątkowego. Nadchodziła chmura z dużą ilością deszczu, ale wokoło świeciło słońce... powstała więc tęcza; „Tanasza Polska Ustka” była dokładnie na jej trasie, z czasem jej „kolory” były tuż przy nas, w sumie na nas! miałam wrażenie, że dotknęłam tęczy i chyba właśnie tak było! tęcza zawsze przywołuje uśmiech na twarzy ludzi, choć jest z deszczu... to tak, jakby Bóg uśmiechał się przez łzy... z deszczu tegoż także dołała mi się woda do kawy, bo zostawiłam kubek na zewnątrz (mój kubek ma rodzaj uszka, dzięki, któremu mogę go podwiesić i się nie wywraca). Nie często pijam kawę z deszczu, który stworzył tęczę, w której byłam...

otulam się wspomnieniami

13 - 09 - 2009

2300 zulu, poz. 09 34 S, 125 53 W, 12.09.2009 w nocy obudziłam się „po złych snach”, niebo jakieś takie dziwne było, a i morze dziwne się zachowywało. trudno to wytłumaczyć. Uczucia na oceanie - niezależnie od tego czy te dobre czy złe są bardzo intensywne, niczym niezakłócone... co robię w takich momentach? przenoszę się myślami w inny świat, do momentów kiedy czułam się bezpieczna. tłumaczę sobie, że wszystko jest w porządku, że nie mam tak źle jak na przykład nasz Pawelek... ten to miał naprawdę niekorzystnie czasem, no, ale myśląc o takich wyczynach (przeplynał pontonem Atlantyka) nic tylko sobie dodać w myślach, że na Oceanie są ci, którzy chcą na nim być... ot, jedna z tych nocy, kiedy fajnie by było móc się do kogoś przytulić. Z czasem ocean zaczął kołysać jachtem też jakoś... inaczej, przypominało mi to kołysanie, kiedy byłam małą dziewczynką i Mama tuliła mnie do snu...

Markizy, c.d.

02 - 11 - 2009

Najpierw popłynęłam na wyspę Fatu Hiva, piękna, ale kotwicowisko tylko „takie sobie”. Spadowy wiatr z gór często sprawia, że jachty ciągną kotwicę, ja ze swoim słabym łańcuchem miałam nieźle szanse na kłopoty, więc posłuchałam swojej intuicji i popłynęłam dalej. Omięłam po drodze kolejną wyspę tylko z tego względu, że w przewodniku napisali by się tam nie kąpać bo jest to miejsce gdzie żyje bardzo dużo rekinów. Dziękuję, postoję...:) Jestem zatem na Nuku Hiva, skąd do Was piszę. Gdy wpływałam do zatoki moje stadko podpłynęło bardzo blisko burt „Tanaszy”, byłam jakby w bańce niebieskich wielkich ryb, akurat skończyła mi się bateria w aparacie i nie mogłam zrobić zdjęć, ale leżkę uroniłam ze wzruszenia, gdyż ryb było około 50 jak nie więcej, jedna przy drugiej, eskortowały mnie aż do końca zatoki co i rusz wyskakując z wody - żegnały się, tak myślę, bo gdy rzuciłam kotwicę odplynęły...

wulkaniczne piaski

05 - 11 - 2009

Naprawdę tu fajnie, tak inaczej niż na oceanie, bo bardzo zielono, dużo gór, dużo też pada, ale jak słońce świeci to też nieźle pali (usta

sobie tak spaliłam, że lecze je już trzeci tydzień). Coraz więcej zawiązują przyjaźni, mieszkańcy wyspy zapraszają mnie na polowanie, albo na obiad; wszyscy są tu wytatuowani, wzory z Polinezji Francuskiej są bardzo charakterystyczne... a może sobie także zrobić tatuaż? Jedyną rzeczą, która sprawia, że nie jest to moje ulubione miejsce na ziemi są wulkaniczne piaski, które sprawiają, że plaże są ciemne i woda ma czarny kolor... no i nie widać przez to rekinów, które zdają się być wszędzie. Dobrze, że spotkałam kogoś chętnego do wyczyszczenia dna „Tanaszki”, inaczej popłynęłabym dalej z wodorostami; no tak duże są te rekiny, że nie ma mowy bym się pluskała w wodzie dłużej niż kilka minut, o nie! Aaa, i jeszcze występują tu takie małe muszki "no no" - tak się tu je...

wschód słońca

05 - 11 - 2009

Obudziłam się bardzo wcześnie; zanim jeszcze słońce zaczęło palić; jedynie można było dostrzec jego pierwsze promienie kiedy wschodziło ponad górami otaczającymi „moją” zatokę, piękny widok, takie senne pomarańczowe niebo na zielonych, wciąż spowitych chmurami wierzchołkach gór... słychać było kurczaki (!); widać na brzegu otwartą już piekarnię ze świeżymi bagietkami... aż chce się żyć; noc też była urokliwa: księżyc prawie w pełni; gwiazd nie mogłam zliczyć; spałam na zewnątrz i do snu kołysała mnie mała fala... a teraz piszę do Was z mieszkania tutejszego lekarza – jestem gościem i korzystając z propozycji przyszedłem zrobić u niego pranie :) Gościnność ludzi mieszkających na Markizach jest wielka – zaproponował mi żebym została pod jego nieobecność, skorzystała z Internetu, zrobiła sobie kawę a wszystko to przy dźwiękach muzyki fortepianowej... jest cudnie relaksująco; spoglądam na ocean, czuję zapach...

ach, ciężko będzie wypłynąć

05 - 11 - 2009

Będę tęsknić za Markizami; zdążyłam poznać tutaj fantastycznych ludzi, nie tylko autochtonów, ale tych, którzy tak jak ja przyplłyneli tu tylko na chwile, dwie... Bob'a, który znalazł dla mnie nowy alternator i pomógł mi przeinstalować do niego elektrykę; Steve'a, który już 11 lat płynie dookoła świata i który zawsze się uśmiecha; Ukraińców, którzy absolutnie podbili moje serce będąc po prostu sobą... Dni mijały mi tutaj zdecydowanie zbyt szybko; codziennie było tyle do zrobienia, zobaczenia, zawsze znalazł się ktoś, komu w czymś mogłam okazać się pomocna albo ktoś, kto pomógł mi przy naprawach, a komu potem spróbowałam oddać przysługę... na szczęście ludzie, którzy tu zapływają zazwyczaj są prawdziwymi „kruzingwiczami”, doskonale rozumieją potrzebę niesienia pomocy innym - śmiejemy się, że żeglowanie to tak naprawdę naprawianie jachtów w egzotycznych portach:) cudnie też było móc korzystać z zaproszeń...

na chwilę przed wypłynięciem

05 - 11 - 2009

4 listopad 2009, Nuku Hiva Jeju, jak pada, jakby się stało pod prysznicem! Chcę jutro płynąć, ale nie ma wiatru. Dziś jeszcze mam wiele spraw do załatwienia, oddać pożyczoną kotwicę, która utrzymuje dziób w stronę fal, zrobić sobie tatuaż, zaprowiantować się, itd. porządawałam tutaj wszystko co mogłam, fajnie sprawiać, że ktoś się uśmiecha! Właśnie wróciłam z kolacji u Marii-Heleny i Freda, na deser jedliśmy fioletowe lody o smaku "taro" (<http://pl.wikipedia.org/wiki/Taro>) - nie podobne w smaku do niczego co już kiedyś jadłam, naprawdę intrygujące! Miałam także okazję dowiedzieć się wiele o tutejszej kulturze, dostałam przepiękny naszyjnik zrobiony z nasion, owoce na drogę... ech, jakże ciężko zostawiać przyjaciół, widziałam tu miejsca, w których mogłabym zostać na zawsze. Domy bez okien otoczone drzewami owocowymi i kwiatami, biegające wokół zwierzęta,...

znów płynę!

10 - 11 - 2009

Rozpoczęłam ostatni, XVI etap swojej podróży! Przed dziobem mam 2100 mil... Zamiast w sobotę wypłynęłam w niedzielę, 8-go listopada. Zamiast mieć 20 węzłów wiatru przez pierwsze 3 dni miałam 30... i jak tu wierzyć prognozie pogody? Wszystko dobrze, odezwę się jak tylko się ogarnę!

Historia Eigeru - ściana północna Mariusz Wilanowski



www.wspinanie.pl

Eiger - szczyt położony w szwajcarskich Alpach w regionie Berner Oberland, mierzący 3970 m. Mimo niedużej wysokości, poniżej magicznej granicy 4000 m., jego nazwa elektryzuje prawie każdego alpinistę na świecie. Słyszac nazwę Eiger wiemy, że mamy do czynienia z

górami wyjątkową. Żeby to zrozumieć musimy się cofnąć w czasie kilkadziesiąt lat, a najlepiej do połowy XIX wieku. Wieku uznawanego przez wielu za złote stulecie alpinizmu. Eiger stosunkowo długo pozostawał na



uboczu zainteresowań ówczesnej śmietanki eksploracyjno-alpinistycznej. Jego relatywnie niska wysokość była przyczyną traktowania go, jako celu mało atrakcyjnego. W XIX wieku Brytyjczycy realizowali swój plan podboju Alp zdobywając szczyt po szczytce. Ok. 1880 roku większość wybitnych alpejskich szczytów miała już swoje wejścia. Toteż zdobycie Eigeru w 1858 roku byłoby czymś będzie niżej, niczym innym, jak zdobyciem celu zapasowego, i nie powinno w związku z tym dziwić, nie znalazło ówczesnie swojego należnego miejsca w annałach historii alpinizmu. Dopiero późniejsze zainteresowanie północną ścianą, wznoszącą się ponad zielonymi łąkami Grindelwaldu i długo uznawaną za niemożliwą do zdobycia otworzyło jedną z najbardziej znanych i najbardziej tragicznych kart w eksploracji gór w ogóle.

Pierwsze wejście

Pierwsze wejście na Eiger miało miejsce 11 sierpnia 1858 roku. Dokonali tego zachodnią ścianą i zachodnią granią Irlandczyk Charles Barrington oraz dwaj szwajcarscy przewodnicy z Grindelwaldu Christian Almer i Peter Bohren. Niewątpliwym sukcesem Barringtona był zarówno jego jedynym w Alpach, bowiem nigdy więcej w Alpy już nie wrócił. Istnieje bardzo mało szczegółów odnośnie pierwszego wejścia. Jedyne pisemnym przekazem, traktującym o zdobyciu Eigeru i pochodzącym bezpośrednio od autorów pierwszego wejścia, jest list Barringtona do brata napisany 24 lata po zdobyciu szczytu, który został opublikowany w *English Alpine Journal*. Charles Barrington, który w Irlandii był dziokejem, chciał w Alpach wejść na Matterhorn. Przebywając w 1858 roku w okolicach Grindelwaldu, nie miał jednak dość funduszy, by dostać się pod wyższy i bardziej znany Matterhorn. Wtedy też spotkał na swojej drodze dwóch przewodników z Grindelwaldu. W swoim liście Barrington opisuje spotkanie z dwoma góralami (przewodniczy z Grindelwaldu), którym opowiedział o swoich dotychczasowych dokonaniach w Alpach, ubolewając przy tym, że wśród nich nie było niczego znaczącego. Oni wyśmiali go, oświadczając: "Spróbuj Eiger albo Matterhorn!". Barrington podchwycił pomysł i namówił ich do próby wejścia na Eiger. Już po zdobyciu szczytu w jego głowie powrócił pomysł wejścia jeszcze na Matterhorn. Jednak okazało się, że nie ma dość pieniędzy, by zrealizować ten cel. Wkrótce

po tym spakował się i wrócił do swojej ojczyzny.

O samej wspinaczce wiadomo, że grupa wystartowała z Wengen około 3 w nocy i osiągnęła szczyt około południa. Trójka wspinaczy spędziła na nim ok. 10 minut i rozpoczęła w obliczu pogarszającej się

pogody zejście na dół, które zajęło im cztery godziny. Barrington przedstawił w liście siebie, jako lidera i tego, który musiał motywować Szwajcarów do wspinania w dolnej części drogi. W kon-

tekście jego późniejszych słów - "dwaj przewodnicy uprzejmie dali mi miejsce pierwszego człowieka w górze" - trudno jednak uznać, że był on wspinaczem grającym "pierwsze skrzypce" w całym zespole zdobywców.



Droga na szczyt opisywana przez Irlandczyka pokrywa się ze współczesnym opisem przebiegu drogi. Wiodła blisko krawędzi północnej ściany, skąd jak wspominał Irlandczyk okazjonalnie zrzucali na dół duże skalne bloki, słysząc huk ich roztrzaskiwania się poniżej pułapu obumar. Drogę do góry, oznaczali kredą i małymi kamieniami w obawie, że mogłoby nie odnaleźć drogi powrotnej.

Ich wspinaczka znalazła potwierdzenie u grupy ok. 30 osób, których mijali w drodze pod ścianą i którzy byli świadkami ich wspinaczki w dolnej partii ściany. Ponadto z dołu dostrzeżono flagę na szczycie, którą zatknęli po osiągnięciu wierzchołka.

Gwoli uzupełnienia historii wejścia na Eiger trzeba dodać, że pierwszego zimowego wejścia na szczyt dokonali w 1890 roku Mead i Woodroffe z przewodnikami Ulrichem Kaufmanem i Christianem Jossi.

Nordwand - Mordwand

Z czasem podejście do gór zaczęło się zmieniać. Rozwój techniki wspinaczkowej posunął się naprzód i po pierwszej wojnie światowej pojawił się w Alpach element współzawodnictwa i konkurencji. W XIX wieku prym w eksploracji Alp wiodli wspinacze brytyjczycy, którzy teraz zwrócili swe oczy ku wyższym celom w Himalajach. W Alpach pojawiły się zespoły niemieckie, austriackie, włoskie, które wyposażone w nowoczesne haki i karabinki zaczęły wybierać za swój cel to, co dotychczas uważane było za niemożliwe do przejścia - wielkie północne ściany alpejskich gigantów. Dość szybko zwrócono wtedy uwagę na północną ścianę Eigeru, jedyną w swoim rodzaju i pozostającą na długo w pamięci każdego, kto choć raz pod nią stanął. W latach 30 XX wieku północna ściana Eigeru wciąż pozostawała bez przejścia.

Drogi zachodnią granią, granią *Mittellegi* i ostatnia droga *Laupera* z 1932 roku zahaczały tylko o właściwą północną ścianę.

Pierwszą poważną próbę przejścia północnej ściany podjęli monachijczycy Max Seidlmayer i Karl Meringer w 1935 roku. Rozpoczęli swą wspinaczkę 21 sierpnia, ale trzy dni później chmury, które zakryły północną ścianę uniemożliwiły śledzenie ich poczyną. Po trzech tygodniach ciała obu wspinaczy zostały dostrzeżone z samolotu. W

lipcu 1936 roku miał miejsce kolejny atak czteroosobowego zespołu: **Hinterstoisser, Kurz, Reiner i Angerer**. Zostali zauważeni przez strażnika kolejki Jungfrauoch, kiedy znajdowali się w odległości ok. 150 metrów od okna wydrążonego w ścianie (Stollenloch). Strażnik poszedł zaparzyć im kawę, a kiedy wrócił w ścianie tkwił już tylko Toni Kurz - reszta została zmieciona przez lawinę. Kurz wisiał w ścianie dzień i noc, ratownicy dotarli do niego na odległość 50 metrów, ale z powodu fatalnej pogody zostawili go na kolejną noc



w ścianie. Kolejnego dnia po burzy śnieżnej skrajnie wyczerpany próbował zjechać do ratowników. Zmarł pięć metrów od wyciągniętej ręki ratownika.

Wszystkie te tragiczne wydarzenia, które spowodowały, że północna ściana zyskała miano "Mordwand" (ściana morderca) nie odstraszały jednak skutecznie potencjalnych zdobywców i już w rok później kolejne dwa zespoły przypuściły atak na północne zerwy Eigeru. Zespół włoski został szczęśliwie ewakuowany ze ściany, natomiast dwójka Austriaków miała już mniej szczęścia, jeden ze wspinaczy zmarł, a drugi poważnie odmroził stopy. Fama północnej ściany Eigeru, jako niemożliwej do zdobycia zyskiwała coraz bardziej na rozgłosie, co ostatecznie doprowadziło do zawiązania się stowarzyszenia lokalnych przewodników, którzy zadeklarowali, że nie będą więcej ratować śmiółków atakujących ścianę, a samo atakowanie północnej ściany powinno być zakazane. W 1936 roku rząd Kantonu Bern wydał formalny zakaz atakowania ściany. Jak można się domyślić, wprowadzenie jakichkolwiek zakazów dodatkowo wzmożyło zainteresowanie ścianą.

Rok 1937 przyniósł pewien przełom - **Ludwig Vörg i Mathias Rebitsch** pokonują ścianę aż pod mur szczytowy i wycofują się w pięknym stylu - było to bardzo ważne wydarzenie, bowiem w świadomości wspinaczy pojawiło się przekonanie, że ze ściany można się bezpiecznie wycofać. W 1938 roku dwóch włoskich wspinaczy umarło podczas biwaku na końcu trzeciego pola lodowego. Od tego zdarzenia miejsce to nosi nazwę "biwak śmierci".

Sukces

W lipcu 1938 roku w ścianę wchodzi w odstępie jednego dnia dwa zespoły. Austriacy **Heinrich Harrer i Fritz Kasperek** jako pierwsi, ale ponieważ posiadali tylko jedną parę raków (miał je Kasperek), poruszali się wolno. Drugiego dnia wspinaczki Harrer i Kasperek, widząc szybko poruszający się za nimi zespół, zostawili linę na Traversie Hinterstoissera, dzięki czemu podążający za nimi dwaj wspinacze z Niemiec **Anderl Heckmair i Ludwig Vörg** szybko do nich dołączyli. Oba zespoły postanowiły od tego momentu połączyć swoje siły.

Oba zespoły prowadzone przez najbardziej doświadczonego z całej czwórki Heckmaira współpracowały ze sobą na najtrudniejszych wyciągach i wspinaczkę kończyły już jako jeden czteroosobowy zespół. Ich wejście o mały włos nie zakończyłoby się tragedią, kiedy przy pokonywaniu Pająka - dużego lodowego pola w górnej części ściany - zostali zaskoczeni przez lawinę. Na szczęście cała czwórka miała jeszcze dość siły, by nie dać się porwać ze ściany. Perypetie, związane ze zdobyciem północnej ściany Eigeru, Harrer opisał później w swojej książce *Die Weisse Spinne (Biały Pająk)*.

Za przejście "ściany śmierci" czwórka wspinaczy została odznaczona z rąk Hitlera złotymi medalami olimpijskimi, a wejście zostało wykorzystane w celach propagandowych.

Tragiczna i bolesna historia podboju północnej ściany Eigeru wynika w duże mierze z jej charakteru. Wkłęsa o północnej wystawie ściana jest zimna i znajduje się w cieniu przez większość lata, zimą światło słoneczne nie dociera tutaj prawie w ogóle. Ponadto średnie

nie 70 st., 1800 m. wysokości ściany startującej wprost z łąki i to, co najistotniejsze, czyli niespotykane warunki pogodowe sprawiają, że w przypadku załamania pogody wspinaczka przeradza się w walkę o życie.

Pierwsze zimowe wejście północną ścianą

Naturalnym kolejnym krokiem w podboju ściany musiało być jej przejście w warunkach zimowych. Dokonali tego w dniach 6-12 marca 1961 roku trzej Niemcy: **Toni Hiebeler, Anton Kinshofer i Andreas Mannhardt**. Co ciekawe, waden z Niemców przed zimowym atakiem na północną ścianę nie miał na swoim koncie letniego przejścia ściany. Przygotowania do wspinaczki owiane były wielką tajemnicą, a kluczowym elementem tych przygotowań było wyczekanie na okres optymalnej pogody, której ewentualne załamanie się podczas wspinaczki kończyło się w owych czasach dla wspinającego zespołu prawie zawsze tragicznie.

Niemcy weszli w ścianę 1 marca, ale zawrócili z powodu złej pogody. Drugi atak - zupełnie bez rozgłosu - miał miejsce 6 marca. Wspinacze zostali dostrzeżeni w ścianie dopiero 8 marca, gdy znajdowali się mniej więcej w jednej trzeciej ściany na wysokości około 3000 m. 10 marca zaczyna psuć się pogoda i rozpoczyna się walka z czasem. Travers Bogów zajmuje Niemcom tylko godzinę, a przejście Pająka kolejnie dwie godziny (co było bardzo dobrym czasem). 12 marca o godzinie 9.30 pierwszy z alpinistów staje na wierzchołku Eigeru. Na dole, po zejściu zwycięskiego zespołu, zapanowała prawdziwa euforia. Od 8 marca, od momentu dostrzeżenia ich w ścianie, każdy ich krok śledzony był przez setki osób okupujących hotele na Kleine Scheidegg i uzbrojonych w lornetki oraz lunety. Autorom zimowego przejścia sukcesu pogratulował sam Heinrich Harrer, jeden ze zdobywców północnej ściany Eigeru z 1938 roku.

Niestety kilka tygodni po przejściu Niemców wybuchł skandal. Wyjaśniło się, dlaczego dostrzeżono wspinaczy w ścianie dopiero 8 marca, kiedy mieli za sobą dolną część ściany. Otóż wyszło na jaw, że północna ściana została zrobiona przez Hiebeler i towarzyszy na raty. Najpierw przeszli oni dolną część, po czym wycofali się z niej przez znajdujące się w pobliżu okno kolejki na Jungfrauoch i zeszli do hotelu. Po tygodniu oczekiwania na pogodę weszli ponownie w ścianę, ale nie od dołu, tylko z tunelu kolejki i pokonali już na oczach obserwujących ich tłumów pozostałą część ściany.

Przejście niemieckiego zespołu, nawet, gdy weźmie się pod uwagę, że było zrobione na raty, było dużym sukcesem, którego wymowa została ostatecznie zmacona przez styl, w jakim został on osiągnięty.

Pierwsze wejście kobiece - Ladies first

Pierwszego kobiecego wejścia na północną ścianą Eigeru dokonała niemiecka alpinistka, **Daisy Voog** w towarzystwie **Wernera Bittnera**. Ich przejście w dniach 1-3 września 1964 roku było jednocześnie 15 przejściem północnej ściany. Wartość przejścia Daisy Voog została bardzo zdewaluowana przez szwajcarskie tabloidy, których nagłówki krzyczały "Blond sekretarka z Monachium Daisy pokonała zakazaną ścianę śmierci". "Blond sekretarkę" musiało takie postawienie sprawy zabolęć. Powróciła bowiem dwa lata później, robiąc pierwsze kobiece przejście *drogą Laupera*. Tym razem brukowce milczały.

Natomiast pierwszego przejścia w zespole kobiecym dokonały polskie alpinistki w składzie **Stefania Egierszdorff, Danuta Gellner** (obecnie Danuta Wach) i **Wanda Rutkiewicz**, które w dniach 19-22 sierpnia 1973 roku przeszły *drogą Hiebeler* - było to jednocześnie pierwsze powtórzenie tej drogi.





Co ma wspólnego liczba Debory z miążdżycą?

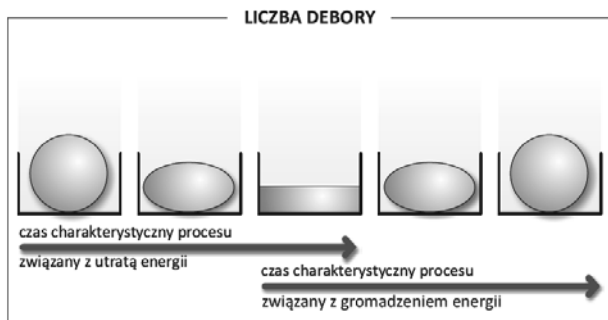
Różnica pomiędzy ciałem stałym a cieczą wydaje się być oczywista, lecz w ujęciu reologicznym sprawa się komplikuje. Stan skupienia może się zmieniać nie tylko w zależności od ciśnienia i temperatury, lecz również w czasie. W dwunastowiecznej Katedrze Najświętszej Marii Panny w Chartres szkło w górnej części witraży jest cieńsze niż u podstawy. Oznacza to, że podczas stuleci siła grawitacji spowodowała bardzo wolny, ale dostrzegalny i mierzalny przepływ. Czy wobec tego szkło jest cieczą?

Odpowiedzią na tak sformułowane pytanie niech będzie znajdująca zastosowanie w reologii liczba podobieństwa¹, zwana liczbą Debory (De)². Charakteryzuje ona stan skupienia ciała rzeczywistego w odniesieniu do czasu trwania eksperymentu. Wyraża ją iloraz czasu charakterystycznego substancji (t_s) do czasu charakterystycznego procesu (czasu obserwacji – t_p). Liczba ta przedstawia się następująco:

$$De = \frac{t_s}{t_p}$$

Zdefiniował i wprowadził ją do reologii pionier tej dziedziny fizyki, Markus Reiner. Zainspirowały go słowa wypowiedziane przez Prorokinię Deborahę po zwycięstwie Izraelitów nad Filistynami: *Montes fluxerunt a facie Domini, et Sinai a facie Domini Dei Israel (Góry płynęły przed obliczem Pana i Synaj przed obliczem Pana Boga Izraela)*³. W zdaniu tym zawiera się myśl, że tylko Bóg może dostrzec „płynięcie” góry przeciwnie, że nawet skały mogą „topnieć”, jeżeli tylko czas obserwacji będzie wystarczająco długi.

Liczba Debory definiuje różnicę pomiędzy płynem a ciałem stałym. Im liczba De jest większa od jedności, tym bardziej ciało rzeczywiste upodabnia się do ciała stałego, natomiast im jest mniejsza od jedności, tym bardziej przejawia właściwości przynależne płynom (ryc. 1).



Rycina 1. Rycina ilustruje znaczenie liczby Debory. Aby dostrzec dane zjawisko, czas obserwacji musi być dostatecznie długi. Przepływ można zaobserwować, gdy czas obserwacji (procesu) jest wystarczająco długi w porównaniu do czasu charakterystycznego substancji. Czas charakterystyczny procesu może być zarówno związany z utratą, jak i gromadzeniem energii.

Przekonanie, że szkło jest ciałem stałym spowodowane jest jego dużą lepkością w temperaturze pokojowej. Wystarczy je jednak podgrzać do odpowiedniej temperatury lub poczekać dostatecznie długo, aby dostrzec, że przejawia właściwości przynależne cieczy. Zjawisko jest oczywiste dla hutnika szkła, lecz w temperaturze pokojowej płynięcie nie musi mu być znane, choć nie powinno ująć uwagę historykowi sztuki, zaznajomionego z prawami fizyki.

Heraklitowe stwierdzenie *Wszystko płynie* oraz historycznie wcześniejsze *Góry płynęły przed obliczem Pana Boga Izraela* można uznać za pierwsze opisy dotyczące przebiegu zjawisk fizycznych w odniesieniu do czasu ich obserwacji, przy czym $\pi\alpha\nu\tau\alpha \rho\epsilon\iota$ wobec liczby Debory stanowi skrajny przypadek, w którym czas obserwacji dąży do nieskończoności lub, jeżeli warunek ten nie zachodzi, to czas charakterystyczny eksperymentu jest nieskończenie mały.

Mutatis mutandis, liczbę Debory można odnieść do zjawisk biologicznych. Jednym z nich jest wieloletni proces aterogenezy. Zapoczątkowanie miażdżycy ma często miejsce już w dzieciństwie. W indywidualnym przypadku, aby prześledzić przebieg choroby potrzeba kilkudziesięciu lat. Uszkodzenie tętnic ujawnia się po długim okresie bezobjawowym. Dowiadujemy się o nim wtedy, gdy dochodzi do pęknięcia blaszki miażdżycowej (ostry zespół wieńcowy, udar niedokrwienny mózgu – jako pierwsze manifestacje choroby). Inny scenariusz dotyczy stabilnego wzrostu zmiany, która, gdy zaczyna stanowić przeszkodę dla przepływu, powoduje stenokardię lub chromanie przestankowe. Kontakt pacjenta z lekarzem następuje, gdy pojawia się skutek (np. zawał serca), a nie przyczyna choroby. Objawowa faza miażdżycy jest zatem wierzchołkiem góry lodowej procesu toczącego się przez wiele lat.

W kontekście miażdżycy, liczba Debory stanowi iloraz czasu narastania zmian ateromatycznych do czasu ich obserwacji. Innymi słowy, im bardziej liczba De jest większa od jedności, tym trudniej opisać jak proces przebiegał w przeszłości ani odgadnąć, jak potoczy się w przyszłości. Uwidocznienie zmian w koronarografii lub w innych badaniach obrazujących tętnice charakteryzuje *status quo* i nie wskazuje, kiedy nastąpi zapoczątkowanie choroby ani jaki będzie dalszy jej przebieg. Toteż angiografia kontrastowa, która dokładnie uwidacznia lokalizację i nasilenie zmian wyniosłych, nie odpowiada na pytania dotyczące historii, jak i nie daje odpowiedzi odnośnie rokowania. Doświadczenie wskazuje jednak, że w dłuższej perspektywie uszkodzenie ściany naczyń będzie postępować, przy czym zazwyczaj można wyróżnić okresy zacisza i progresji choroby.

Podsumowując powyższe rozważania, słowa Prorokini Debory można sparafrazować następująco: *Góry mogą też rosnąć przed obliczem Pana Boga Izraela*, przy czym, w odniesieniu do miażdżycy, przedział czasowy obserwacji (czas charakterystyczny procesu) wynosi dwa lub nawet trzy pokolenia lekarzy. Bynajmniej nie ułatwia to poznania etiologii miażdżycy.

¹Bezwymiarowe liczby kryterialne, zwane liczbami podobieństwa, służą do opisu przebiegu określonego procesu fizycznego oraz definiują wzajemne zależności pomiędzy głównymi czynnikami wpływającymi na kierunek tych przemian.

²Debora – postać ze Starego Testamentu (żyła ok. 1200 p.n.e.) – Prorokini i sędzia ludu izraelskiego. Pieśń Debory należy do najstarszych fragmentów Biblii.

³V rozdział, wiersz 5. Księgi Sędziów Starego Testamentu. W przekładzie angielskim fragment ten brzmi: *the mountains melted before the face of the Lord, and Sinai before the face of the Lord the God of Israel*, co niekiedy tłumaczy się – *góry topniały przed obliczem Pana i Synaj przed obliczem Pana*



„Problemem naszego wieku nie jest bomba atomowa, lecz serce ludzkie. Tylko życie poświęcone innym warte jest przeżycia.”

Albert Einstein

Choroba Alzheimera jest najczęstszą przyczyną występowania otępienia u osób powyżej 65 roku życia. Ocenia się, że na świecie choruje na tę chorobę ok. 30 mln osób, w Polsce - ok. 200 tys. Ze względu na starzenie się społeczeństw w krajach uprzemysłowionych zakłada się, że ilość chorych do roku 2050 potroi się.

Początek choroby występuje zwykle po 65 roku życia, jednak może objawić się też wcześniej. Badania epidemiologiczne stwierdzają, że zapadalność na chorobę Alzheimera wzrasta z wiekiem - wśród osób po 65 roku życia stwierdza się ją u ok. 14%, po 80 roku życia - u ok. 40%. Przyczyna choroby nie jest znana, nie istnieją również metody pozwalające na jej wyleczenie. Przypuszcza się, że choroba Alzheimera ma złożoną etiopatogenezę, gdzie główną rolę odgrywają czynniki genetyczne i środowiskowe, a wpływ czynników genetycznych jest zależny od wieku osoby obciążonej. Na początek wystąpienia objawów i przebieg choroby mają wpływ również czynniki środowiskowe i choroby współistniejące np. problemy zdrowotne ze strony układu sercowo-naczyniowego (z powodu cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, wysokiego poziomu cholesterolu oraz udarów), ale też urazy głowy i palenie tytoniu. Istnieje postać choroby Alzheimera, która występuje rodzinnie, dziedziczona jest w sposób autosomalny dominujący a początek choroby rozpoczyna się już przed 60 rokiem życia.

ISTOTA I OBJAWY CHOROBY

W chorobie Alzheimera dochodzi do zaniku kory mózgowej. W badaniu mikroskopowym tkanki mózgowej stwierdza się występowanie blaszek amyloido- wych zbudowanych z beta-amyloidu, zwanych też blaszkami lub płytkami starczymi, które odkładają się w ścianach naczyń krwionośnych. Obserwuje się także nadmierną agregację białka tau wewnątrz komórek nerwowych mózgu.

W przebiegu choroby dochodzi do wystąpienia takich objawów jak:

- zaburzenia pamięci, zmiany nastroju
- zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia osobowości i zachowania

Charakterystyczne dla demencji (oraz choroby Alzheimera) objawy to:

- nieumiejętność rozpoznawania przedmiotów - **agnozja**
- zaburzenia mowy, jej spowolnienie - **afazja**
- zaburzenia czynności ruchowych, od złożonych do prostych np. ubieranie, kąpanie się - **apraksja**

W zaawansowanym stadium choroba uniemożliwia samodzielne wykonywanie nawet codziennych, prostych czynności - osoba chorująca na chorobę Alzheimera wymaga stałej opieki.

OPIEKA NAD CHORYM

W podejściu do chorego z otępieniem pomaga uświadomienie sobie wszystkiego, co obecnie wiadomo o istocie tej choroby. Wszystkie zachowania, które wymagają reakcji ze strony chorego w oparciu o zdolności pamięciowe i poznawcze są bezcelowe i należy ich unikać (np. logiczne wyjaśnianie lub próby nauczania osoby z demencją czegoś nowego). Należy również unikać wdawania się w dyskusje. Chorzy z demencją nie zdają sobie sprawy z popełnianych błędów, a z drugiej strony bardzo pozytywnie reagują na każdą formę emocjonalnego okazywania przywiązania i zrozumienia. Do tego zalicza się także cierpliwość i przyjazne podejście do chorego, nawet jeśli takie zachowanie jest czasami trudne dla osoby opiekującej się. Z uwagi na fakt, iż jak wcześniej wspominałam, u chorych z otępieniem często występują inne schorzenia np. cukrzyca, nadciśnienie czy inne dolegliwości ze strony układu sercowo-naczyniowego, istnieje wysokie prawdopodobieństwo konieczności hospitalizacji w ośrodkach specjalizujących się w leczeniu tych chorób, między innymi w Śląskim Centrum Chorób Serca. Wiadomo, iż, ze względu na charakter schorzenia podstawowego, jego postępujący przebieg, narastające trudności z zebraniem wywiadu, przeprowadzeniem badania fizykalnego i badań dodatkowych, a także kłopoty z komunikacją, tacy pacjenci stanowią grupę chorych

wymagających szczególnej troski, zarówno ze strony pielęgniarzkiej, jak i całego opiekującego się nimi zespołu.

Opieka nad tą grupą chorych wymaga od personelu szczególnego przygotowania teoretycznego, praktycznego, a także pewnych predyspozycji. Osoby opiekujące się powinny zdawać sobie sprawę, że tacy pacjenci wymagają pomocy także wtedy, gdy o nią nie proszą, całokształt opieki nad chorym z otępieniem musi uwzględniać działania medyczne i psychologiczne, obejmujące nie tylko samego pacjenta, ale również jego rodzinę. Hospitalizacja, wraz z pogorszeniem stanu zdrowia oraz koniecznością wdrożenia nowego lub intensywnego leczenia, stwarza ryzyko nowych zagrożeń, jakimi jest unieruchomienie z jego następstwami, jak: odleżyny, powikłania zakrzepowo zatorowe, utrata samodzielności i uzależnienie od otoczenia, odwodnienie, upadki ze złamaniami oraz zakażenia szpitalne, głównie infekcje dróg moczowych i zapalenie płuc. Zrozumienie istoty choroby Alzheimera pomaga w zrozumieniu potrzeb, zachowań i lęków chorego. Niektóre zachowania, zwłaszcza agresywne, budzą frustrację u opiekującego się personelu.

Z jednej strony chory wymaga zastosowania unieruchomienia a z drugiej nie rozumie tej konieczności i nie umie współpracować. Często zachowania takie drażnią innych pacjentów i przeszkadzają im. Postawa i działania pielęgniarzy, lekarza czy rehabilitanta są nie tylko oceniane przez obserwujących chorych i rodzinę, ale też krytykowane. Postawa postronnych osób bywa różna, od pełnej zrozumienia a nawet podziwu do dezaprobaty i oburzenia.

W efekcie hospitalizacja chorych z otępieniem niesie dla personelu nowe wyzwania a dla chorego jest obciążona znacznie większym ryzykiem powikłań niż u chorych bez zaburzeń funkcji poznawczych. Ograniczenie ryzyka związanego z pobytem w szpitalu osób z otępieniem można uzyskać przez wdrożenie wielokierunkowej opieki polegającej na:

- regularnej ocenie i monitorowaniu stanu takich pacjentów oraz opiece sprawowanej przez interdyscyplinarny zespół złożony z lekarza specjalisty, pielęgniarki i fizjoterapeuty,
- prowadzeniu zajęć stymulujących funkcje poznawcze i ułatwiających orientację w otoczeniu,
- ograniczeniu stosowania leków nasennych i zastępowaniu ich redukcją hałasu,
- przeciwdziałaniu unieruchomieniu - wczesne uruchomienie lub czynne ćwiczenia zwiększające zakres ruchów, poprawa samoobsługi, funkcji zwieraczy, mobilności,
- wczesnym rozpoznaniu odwodnienia, uzupełnieniu płynów (jeśli możliwe - doustnie).

Pomocne w opiece nad chorym z otępieniem mogą okazać się poniższe wskazówki:

- do chorego należy podchodzić z troską, ale jednocześnie w sposób pewny i zdecydowany,
- wydawane polecenia powinny być jasne, proste, formułowane w krótkich zdaniach,
- ważne informacje należy powtarzać, w razie konieczności - nawet wielokrotnie,
- należy być bardzo cierpliwym i dać choremu czas (minuty, a nie sekundy) na reakcję czy odpowiedź,
- unikać bezcelowych dyskusji,
- w przypadku pojawienia się złości czy agresji skierować uwagę chorego na inne sprawy,
- nie przywiązywać żadnej wagi do nieuzasadnionych zarzutów lub pretensji chorego,
- troszczyć się o wypełnienie dnia choremu i przestrzeganie codziennych rytuałów,
- proste reguły i stałe przyzwyczajenia są bardzo pomocne wszystkim ludziom w podeszłym wieku, szczególnie zaś chorym z demencją,
- więcej uzyskać można poprzez pochwały niż poprzez krytykę.

Odpowiednia postawa i działania, wymagające zaangażowania personelu medycznego mogą ułatwić pobyt chorego w szpitalu, zapobiegać depresji i utracie sprawności funkcjonalnej, zmniejszać częstość przenoszenia chorych do instytucji opiekuńczych i przyczyniać się do lepszego poczucia zdrowia osób starszych.

Tajemnice szczęśliwego życia seniora

Nie chodzi o to, ile ma się lat, ważne jak się starzeje.

Ulrich Pramann



Bycie seniorem w obecnych czasach nabiera nowego znaczenia. Współczesny senior to człowiek zadowolony z życia, wierzący we własne siły, ciekawy świata i ludzi. Aktywny tryb życia stanowi dla niego niepodważalnie klucz do sukcesu. Nie bierze on wolnego od życia. Pomimo braku obowiązków zawodowych walczy z trudnościami i dąży do wyznaczonego każdego dnia na nowo celu. Działania społeczne, uprawianie sportu, rozwijanie pasji czy też inne formy aktywności dają mu możliwość ćwiczenia własnego ciała, zacieśniania więzi społecznych, a w konsekwencji - poprawę samopoczucia. Starzenie się nie odbiera seniorowi radości życia, nie jest zagrożeniem dla szczęścia. *Verba docent, exempla trahunt (słowa uczą, przykłady pociągają)*, dlatego też poprzez swoje postępowanie jest wzorem dla młodych pokoleń, daje przykład jak zaakceptować swój wiek i skutecznie radzić sobie ze starością.

Jakie są tajemnice szczęśliwego życia seniora? Jaką wiedzę dysponują osoby starsze cieszące się życiem? Skąd czerpią radość i pogodę ducha? Wielu z nas zadaje sobie takie pytania. Być może przedstawione poniżej rady przyniosą odpowiedź, staną się wskazówką do osiągnięcia celu, jakim jest szczęście, zachowanie zdrowia i delectowanie się każdym dniem - niezależnie od wieku.

Akceptuj siebie i swój wiek

Świadomość swojego wieku oraz związanych z nim możliwości wpływania na jakość życia jest bardzo ważna i pomocna w osiągnięciu zadowolenia. Należy pamiętać, że w rzeczywistości jesteśmy silniejsi, potrafimy dużo więcej niż sądzimy, trzeba tylko zaakceptować siebie i uwierzyć we własny potencjał. Jest to bardzo ważne, ponieważ każdy człowiek sam kreuje obraz swojej starości, określa cele, do których zmierza. Osoba starsza to autorytet dla młodszych pokoleń - dysponuje mądrością życiową, z której mogą czerpać inni.

Zawsze dostrzegaj zalety wynikające z tego kim jesteś i jaki jesteś.

Monitoruj zdrowie

Systematyczne wizyty u lekarza są bardzo istotne. Wiedza na temat swojego stanu zdrowia pomoże wybrać właściwy, zdrowy tryb życia. Ponadto zmniejsza obawy przed chorobami, daje możliwość zapobiegania im lub też zareagowania we wczesnym okresie ich rozwoju. Nie można się tutaj zdawać na szczęście, świadomość swojego stanu zdrowia nie zmniejsza radości płynącej z życia, natomiast pomaga unikać sytuacji, które są zagrożeniem dla zdrowia, a nawet życia. Pamiętaj o regularnych badaniach, do których należą: badanie morfologiczne krwi, poziomu cukru i stężenia cholesterolu we krwi,

miar ciśnienia tętniczego oraz obliczanie swojego BMI [*Body Mass Index* (wskaźnik masy ciała) = waga (kg)/wzrost (m)²].

Ćwiczenie - ćwiczenia fizyczne to sposób na poprawę zdrowia i samopoczucia

Osoby sprawne fizycznie w mniejszym stopniu narażone są na wszelkie problemy zdrowotne, dlatego ruch zalecany jest seniorom również jako komponent leczenia, dopełnienie terapii.

Wskazanymi, zależnymi od indywidualnego stanu zdrowia i możliwości seniora, są ćwiczenia:

- **aerobowe (wytrzymałościowe)** – marsz (spacery, Nordic Walking), jazda na rowerze, pływanie, można tutaj zaliczyć także pracę w ogródku;
- **ćwiczenia siłowe (oporowe)** - angażujące najważniejszą grupę mięśni, które umożliwiają wykonywanie powszednich czynności (m.in. wchodzenie po schodach czy noszenie zakupów) - zapobiegają osteoporozie;
- **ćwiczenia rozciągające (ćwiczenie giętkości)** - wykonywane codziennie poprawiają krążenie i zapobiegają występowaniu urazów.

Możliwości w obecnych czasach jest naprawdę wiele. Ważna jest gimnastyka mająca na celu wykonywanie ćwiczeń przeciwdziałających schorzeniom. Odpowiednio dostosowane ćwiczenia fizyczne zwiększają odporność, witalność, chronią przed osteoporozą, zmniejszają prawdopodobieństwo wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych oraz pomagają w utrzymaniu właściwej masy ciała. Ponadto wpływają pozytywnie na funkcjonowanie umysłu, przeciwdziałają bezsenności, a także poprawiają samopoczucie, będąc przy tym przyjemną formą spędzania wolnego czasu.

Podróżuj, zwiedzaj, poznawaj ciekawe miejsca

Odpowiednim sposobem zagospodarowania wolnego czasu są podróże, na które osobom czynnym zawodowo najczęściej brakuje czasu. Jest wiele niesamowitych miejsc do zobaczenia

zarówno w naszym kraju, jak i poza jego granicami. Mogą to być wyjazdy turnusowe, indywidualne czy wycieczki objazdowe. Biura podróży, chcąc wyjść naprzeciw wymaganiom współczesnego seniora, coraz częściej przygotowują specjalne oferty dla osób starszych, których program oparty jest głównie na zwiedzaniu, zapewnieniu właściwych zajęć sportowych, lekcji tańca czy terapii, przy zagwarantowaniu szczególnej opieki seniorom. Warto wykorzystać okres emerytalny na nadrobienie zaległości, podróżowanie - to doskonała okazja, by zobaczyć atrakcyjne miejsca, poznać ciekawych ludzi, a zarazem miło spędzić czas, z dala od codzienności.

Zawsze jednak pamiętaj, by nie wybierać się w podróż bez uprzedniej konsultacji lekarskiej. Jest ona niezbędna w celu określenia własnych granic, pomoże dostosować miejsce wyjazdu do indywidualnych możliwości.

Podtrzymuj relacje z innymi

Bez względu na wiek należy pielęgnować więzi międzyludzkie, utrzymywać kontakt z rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami. Relacje z innymi to nieodzowna potrzeba, jak i najważniejsza umiejętność, która warunkuje funkcjonowanie w społeczeństwie.



Zawierane przyjaźnie i znajomości nadają cel ludzkiemu życiu, sprawiają przyjemność, wywołują radość i optymizm.

Otaczaj się ludźmi, których lubisz i z którymi chętnie spędzasz czas, osobami, które Cię wspierają. Nie zapomnij również o tych, którzy potrzebują Twojej pomocy. Bądź życzliwy dla innych, a to z pewnością zapewni Ci lepsze samopoczucie.

Bez względu na wiek nie ustawaj w nauce

Ważnym wyzwaniem dla seniora, wpływającym na jakość życia, jest edukacja. Dążenie do rozwoju kształtuje poczucie własnej wartości. Co więcej, zapobiega izolacji społecznej oraz wpływa na kształtowanie pozytywnego obrazu starości. Nauka to nie tylko istota społecznego, ale także osobistego postępu.

Najpopularniejszą formą rozwoju intelektualnego stały się obecnie Uniwersytety Trzeciego Wieku - placówki dydaktyczne dla osób starszych, mające na celu poprawę jakości życia, rozpowszechnienie inicjatyw edukacyjnych oraz aktywizację intelektualną, społeczną i fizyczną seniorów. Są one kopalnią możliwości - realizują zarówno zajęcia z zakresu nowych technologii, języków obcych, warsztatów artystycznych, jak i zajęć ruchowych.

Korzystaj z komputera

Często odnosimy się nieufnie do nowości - czujemy się pewnie tylko z tym, co dobrze znamy. Należy dać sobie szansę, poznać to, co nieznane. Współczesny senior nie obawia się nowych technologii - zgłębia informacje dotyczące



obsługi komputera. W obecnych czasach komputer z internetem to istotna część życia - źródło aktualnych informacji, sposób kontaktu z innymi ludźmi (poczta elektroniczna, możliwość udziału w różnych grupach dyskusyjnych, itp.), możliwość dokonywania zakupów - dlatego może on stanowić powszechną część życia seniora. Takie podejście jest również pomocne w optymistycznym patrzeniu na świat. Otwórz się na nowe możliwości.

Podarowany emerytom dodatkowy czas wolny należy postrzegać jako przywilej - powinien być to okres celebrowania życia, regeneracji sił, własnego rozwoju, ponieważ tylko wówczas może być czasem ciekawym i radosnym. Brak inicjatywy do działania, do zainteresowania się ludźmi i otoczeniem może prowadzić do negatywnego wpływu na samopoczucie, a co więcej, być czynnikiem kryzysogennym.

Nowy Rok sprzyja nowym postanowieniom. Być może z początkiem kolejnego roku niektórzy postanowią wprowadzić w swoje życie chociażby niektóre z powyższych sekretów udanej starości.

Pamiętaj, nigdy nie przestawaj zaczynać i nigdy nie zaczynaj przestawać.

Bibliografia:

1. http://zdrowie.flink.pl/aktywnosc_fizyczna.php
2. D. Niven, *Prosty 100 sekretów lepszej połowy życia* (przełożył Madejski R.), Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2010.

Bożena Krymska



Światowy Dzień Serca w SCCS w dniu 26 września.

Światowy dzień Serca obchodzony jest rokrocznie w ostatnią niedzielę września. Światowy Dzień Serca to wydarzenie o randze międzynarodowej - w tym roku Polacy obchodzili ten dzień wraz z mieszkańcami 100 innych krajów na świecie. Jego pomysłodawcą i głównym organizatorem jest Światowa Federacja Serca, korzystająca ze wsparcia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), UNESCO i UNICEF.

W Polsce Światowy Dzień Serca obchodzimy od 1999 roku, czyli po raz jedenasty. Każdej edycji przyswieca hasło przewodnie - w tym roku było to „Pamiętaj o sercu - miej serce dla serca”

Tradycją Śląskiego Centrum Chorób Serca stało się łączenie obchodów Światowego Dnia Serca z akcją promocji zdrowia, tzw. Białą Niedzielą, organizowaną przez zespół SCCS na terenie naszego Szpitala już po raz XX.

Celem akcji było motywowanie do prowadzenia prozdrowotnego stylu życia oraz szeroko pojęta profilaktyka chorób układu krążenia i cukrzycy.

Już od godzin rannych można było nieodpłatnie poddać się następującym badaniom:

- oznaczenie poziomu cholesterolu we krwi,
- oznaczenie poziomu glukozy we krwi,
- pomiar ciśnienia tętniczego krwi,
- badanie EKG,

- oznaczenie wskaźnika BMI,
- spirometria.

Uczestnicy akcji mogli skorzystać również z porad specjalistów:

- lekarzy,
- psychologa,
- dietetyka,
- rehabilitantów.

Tradycyjnie spotkanie umiliły pokazy artystyczne, występy zespołów muzycznych i tanecznych, degustacja dietetycznej kuchni.

Frekwencja na Białej Niedzieli dowodzi, że tego typu akcje są nadal potrzebne. W bieżącym roku w spotkaniu udział wzięło 276 osób z Zabrza i okolic. Dominującą grupą uczestników stanowiły, podobnie jak w roku ubiegłym, osoby w wieku 51-70 lat. Większe zainteresowanie badaniami profilaktycznymi wykazali mężczyźni (64%). W tym roku licznie stawiała się także młodzież gimnazjalna.

Charakterystyka przebadanej grupy:

1. Ponad połowa przebadanych miała cholesterol powyżej normy (190 mg%), a u 35 % poziom glikemii we krwi był powyżej 100 mg%.
2. Podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, tzn. $\geq 140/90$ zarejestrowano u 67% badanych.
3. Problemy z paleniem miała grupa 15% wszystkich obecnych, dotyczy to wszystkich grup wiekowych.
4. Nadal problemem polskiej populacji jest nadwaga i otyłość. Grupa przebadanych osób z nadwagą i otyłością ($BMI \geq 25$) stanowiła 66%.
5. 50 osób skorzystało z nauki udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

26 września 2010

XI Światowy Dzień Serca

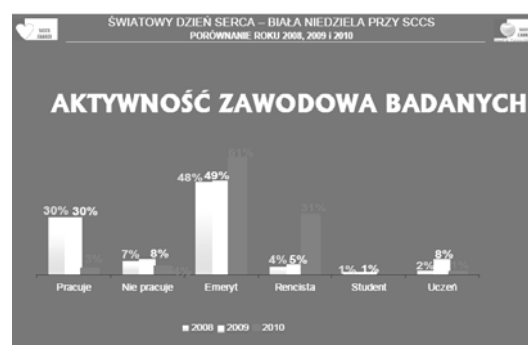
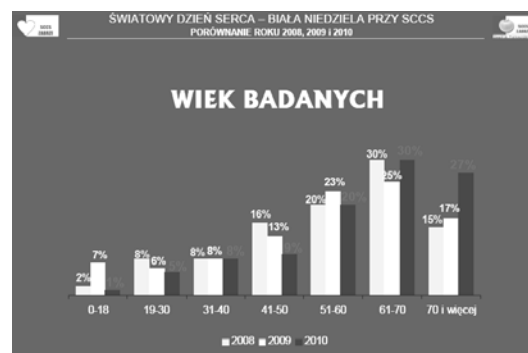
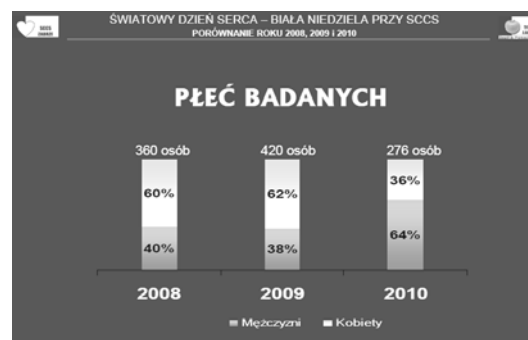
XX Biała Niedziela

w Śląskim Centrum Chorób Serca

Nie można chyba lepiej obchodzić Światowego Dnia Serca, niż promując zdrowy tryb życia i wykonując badania profilaktyczne. A tak stało się już po raz dwudziesty w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze, w myśl zasady: lepiej zapobiegać niż leczyć.

Intencją Śląskiego Centrum i organizowanej przezeń w dniu Światowego Dnia Serca akcji, tzw. Białej Niedzieli było dotarcie do jak najszerszych grup społecznych zagrożonych chorobami układu krążenia i cukrzycą. Podczas akcji nieodpłatnie wykonywano oznaczenia poziomu cholesterolu i glukozy we krwi, ciśnienia tętniczego, wskaźnika masy ciała (BMI), badania EKG i spirometryczne. Była to okazja do zbadania się, zanim poczujemy się źle i trzeba będzie stanąć w długiej kolejce do lekarza. Możliwość konsultacji z fachowym personelem Śląskiego Centrum Chorób Serca stwarzała okazję do edukacji na temat zapobiegania chorobom potocznie nazywanymi cywilizacyjnymi.

na wykonanie badań profilaktycznych. Biała Niedziela jest świetną ku temu okazją.



Niezwykle ciekawe jest odniesienie wyników badań wykonanych na przestrzeni ostatnich trzech lat w trakcie Białej Niedzieli w Zabrze do badań populacyjnych w Polsce, takich jak NATPOL II PLUS (obejmujących reprezentatywną grupę 3051 osób) i Krakowski Program Profilaktyki Choroby Niedokrwiennej Serca (473 kobiet i 462 mężczyzn w średnim wieku 56,1 roku), pochodzących z lat 2001-2005.

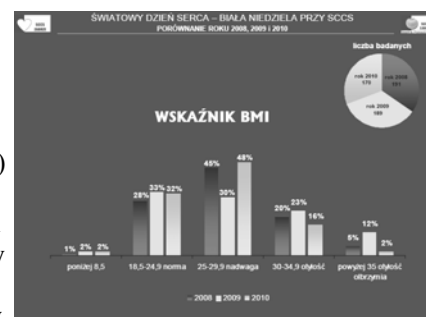


Bardzo cieszy nas fakt, że w organizowanej co roku Białej Niedzieli stale uczestniczy duże grono mieszkańców Zabrze i okolic. Często są to osoby, które regularnie biorą udział w tych spotkaniach - sympatycznym przykładem może być małżeństwo z Myszkowa, które od kilku lat przyjeżdża na badania profilaktyczne do Zabrze. Frekwencja podczas Białych Niedzieli od dawna utrzymuje się na zbliżonym poziomie, tj. ok. 300-400 przebadanych osób. Łącznie w Śląskim Centrum Chorób Serca tylko podczas tej akcji, przez trzy lata przebadano **1056 osób!** W roku 2010, w przeciwieństwie do lat poprzednich, wśród badanych dominowali mężczyźni. Zdecydowanie najczęściej badały się osoby w wieku powyżej sześćdziesięciu lat, rzadziej po pięćdziesiątym roku życia. Z naszych obserwacji wynika, że ta tendencja z roku na rok pogłębia się – wynika to bezpośrednio z faktu, iż nasze społeczeństwo żyje dłużej, przybywa osób w wieku podeszłym. Warto jednak pamiętać o tym, by zacząć dbać o zdrowie już w młodszym wieku, zanim zacznie szwankować.

Cieszy nas większy niż we wcześniejszych latach udział osób aktywnych zawodowo, często nie mających na co dzień czasu

MASA CIAŁA

Patrząc na wskaźniki masy ciała (BMI), odsetek osób z nadwagą (48%) i otyłością (18%) nie zmienił się istotnie na przestrzeni ostatnich trzech lat i jest podobny do wyników innych badań populacyjnych w Polsce. W badaniu NATPOL otyli stanowili 19%, a z nadwagą 39% przebadanych. Na szczęście w badaniach zabrzańskich nie przybywa ludzi otyłych. Ale niestety, **dwie trzecie zbadanych ma problemy ze zbyt dużą wagą ciała** - nie różni się w tym od obywateli innych krajów Europy (oprócz Szwecji i Francji) a nawet Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, które uznawane są za kraj ludzi grubych.



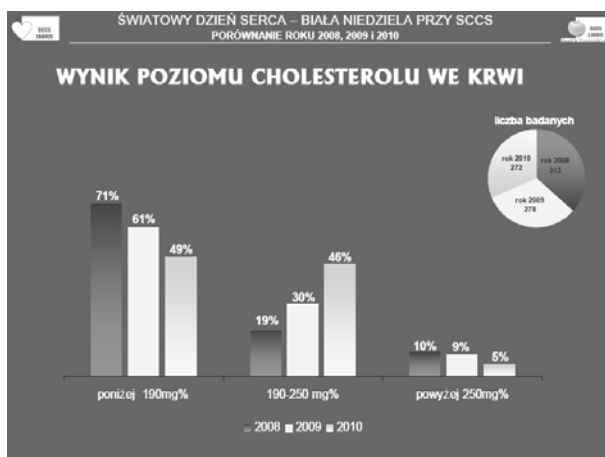
CIŚNIENIE TĘTNICZE

Duży niepokój budzą oznaczenia ciśnienia tętniczego, gdyż – przyjmując za granicę normy wartości poniżej 140/90 mmHg – okazuje się, że **około 70% przebadanych ma ciśnienie tętnicze krwi wyższe lub dużo wyższe**. W badaniu NATPOL zidentyfikowano nadciśnienie u 29%, ale w badaniu krakowskim – już prawie u 80% badanych. Obraz ten w ostatnich latach nie zmienia się i nawet, jeżeli uznamy wyniki pomiarów za zawyżone w związku z podnieceniem, emocjami, jakie towarzyszyły badanym podczas Białej Niedzieli, z pewnością z efektów leczenia nadciśnienia tętniczego nie można być zadowolonym. Jasnym punktem w tym roku była wyraźnie mniejsza liczba osób z niebezpiecznie wysokim ciśnieniem krwi, tj. powyżej 180/110 mmHg.



POZIOM CHOLESTEROLU WE KRWI

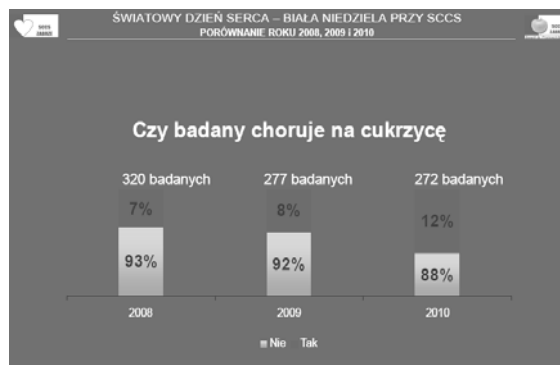
Niepokoici wyrażną tendencją do pogarszania się efektów leczenia hipercholesterolemii. W ostatnich latach wyraźnie spada odsetek osób z poziomem cholesterolu poniżej 190 mg% (z 71 do 49%), **wzrasta natomiast grupa z umiarkowaną hipercholesterolemią do 250 mg% (z 19 do 46%)**. Na szczęście grupa z poziomem cholesterolu ponad 250% jest mała i wciąż się zmniejsza – w roku 2010 stanowiła tylko 5%. W badaniu NATPOL zaburzenia lipidowe wykryto u 52,5%, ale w krakowskim – już u 78,5%. Nasuwa się smutny wniosek, że na polu walki z cholesterolem wciąż jest jeszcze dużo do zrobienia, zwłaszcza w zakresie edukacji dietetycznej i promocji aktywnego stylu życia.



CUKRZYCA

Częstość występowania cukrzycy na świecie dynamicznie wzrasta. W Polsce częstość tę w populacji ogólnej osób dorosłych szacuje się na 7% u mężczyzn i 6% u kobiet. W badaniu NATPOL było to 5,6%. Częstość występowania cukrzycy wzrasta z wiekiem, w grupie wiekowej 65-74 lata wynosi około 16% u mężczyzn i 20% u kobiet. W Polsce nie ma wiarygodnych danych epidemiologicznych dotyczących występowania cukrzycy nieznannej oraz występowania tej choroby w starszych grupach wiekowych.

Jak wynika z naszych badań, również w populacji badanej w Zabrze na przestrzeni ostatnich trzech lat **częstość chorujących na cukrzycę wzrosła z 7-8% w latach 2008, 2009 do 12% w roku 2010**. Dobrą wiadomością były wyniki oznaczeń cukru – dominowały wartości do 125 mg%, dające nadzieję na dobre, całodobowe wyrównanie cukrzycy. Natomiast główną zaletą przesiewowych oznaczeń glikemii jest identyfikowanie osób z nierozpoznaną cukrzycą lub nią zagrożonych, a ta grupa, według ostrożnych ocen, stanowi w Polsce jedną trzecią już leczonych na cukrzycę.



Uzyskane wyniki analiz badań, przeprowadzonych podczas zabrzańskich Białych Niedzieli, wskazują na ich dużą wiarygodność na tle badań populacyjnych i mogą stanowić przyczynek do planowania dalszych działań profilaktycznych. Jednak najważniejsza niech będzie dla nas refleksja nad dużym rozpowszechnieniem cukrzycy, zaburzeń lipidowych, nadciśnienia tętniczego i otyłości. Pokazuje to na ogrom potrzebnej pracy w zakresie edukacji i profilaktyki prozdrowotnej – samo leczenie skutków chorób wkrótce nie wystarczy, również w aspekcie ekonomicznym.

Wierzmy, że kolejna XX edycja Białej Niedzieli, organizowana przez Śląskie Centrum Chorób Serca, spełniła te zadania. Trzeba pamiętać, że za akcją tą kryje się ciężka, bezinteresowna praca pielęgniarek, dietetyków, rehabilitantów lekarzy i wielu innych pracowników.

**CZY TO GRYPA CZY PRZEZIĘBIENIE?**

Okres jesienno-zimowy to czas, w którym, ze względu na osłabienie organizmu i zmniejszenie odporności, jesteśmy najbardziej narażeni na zakażenie różnymi drobnoustrojami.



Grypa i przeziębienie to najczęstsze przypadki zakażenia górnych dróg oddechowych, wywoływane przez wirusy. Obydwu tym infekcjom towarzyszą wspólne objawy – zmęczenie, ból gardła, katar, kaszel, gorączka – jak też ich wyraźnie różnicowane nasilenie. Większość przypadków grypy rozgrywa się w podobnych przedziałach czasu: zwykle około tygodnia, choć wynikające z tego osłabienie, brak energii i depresja mogą trwać nawet kilka tygodni dłużej. Przy przeziębieniach powrót do zdrowia następuje szybciej.

Objawy grypy nie są na tyle charakterystyczne, aby móc odróżnić tę chorobę od innych zakażeń układu oddechowego. Poza wirusem grypy istnieje bowiem ponad 200 innych wirusów (np. wirus RS, adenowirus, wirus paragrypy), powodujących podobne objawy jak grypa. Najlepiej więc wykonać badania laboratoryjne, których wynik można uzyskać już w ciągu 2 godzin!

Chociaż występowanie chorób grypopodobnych w populacji ludzkiej dość dobrze koreluje z sezonowym pojawianiem się grypy, należy podkreślić, że wiele innych wirusów i bakterii zakaża układ oddechowy, wywołując podobny obraz kliniczny przeziębienia, bólu gardła, zapalenia tchawicy oraz oskrzeli, którym towarzyszy gorączka i ból głowy.

Inne są także objawy przeziębienia i grypy

Przeziębienie rozpoczyna się powoli. Najpierw drapie nas w gardle, od czasu do czasu kichamy. Jeśli na tym etapie sięgniemy po środki zaradcze, najprawdopodobniej inne objawy się nie pojawią. Przeziębienie zawsze jest skutkiem przemarznięcia, zmiany temperatury otoczenia lub przemoknięcia.

Grypa zaczyna się nagle, niespodziewanie i błyskawicznie, nawet w ciągu paru godzin. Dopada nas w pracy, w sklepie, podczas snu. Zazwyczaj od razu pojawia się wysoka temperatura (powyżej 39°C), uczucie rozbicia, bóle mięśni i stawów. Katar, ból gardła i kaszel pojawiają się później lub wcale. Grypa "zwała nas z nóg" - czujemy się chorzy, niezdolni do pracy i jakiegokolwiek wysiłku. Czasami po grypie dochodzi do powikłań. Najczęstsze z nich to: zapalenie płuc lub oskrzeli, zapalenie ucha środkowego lub zatok obocznych nosa. Na szczęście rzadko grypa prowadzi do zapalenia mięśnia serca czy zapalenia opon mózgowych.

Jak ustrzec się przed przeziębieniem i grypą?

Pamiętajmy: lepiej zapobiegać niż leczyć. Dlatego warto robić wszystko, by ryzyko zachorowania zmniejszyć do minimum.

Oto kilka rad, które pomogą przetrwać trudny okres jesienno-zimowy:

1. Pamiętajmy o odpowiednim ubiorze. Nie przegrzewajmy się, ale też nie doprowadzajmy do wychłodzenia i przemarznięcia.
2. Jeśli już zmokniemy i zmarzniemy, pamiętajmy o ciepłej kąpiel i wypiciu czegoś gorącego, np. herbaty z malin.
3. Jesienią i zimą zażywajmy witaminę C - utrudnia ona przenikanie drobnoustrojów przez błony śluzowe.
4. Unikajmy dużych skupisk ludzkich - tam ryzyko zarażenia się jest największe.
5. Przeciwno grypie można się zaszczepić! Szczepionka zawiera zabite wirusy grypy lub ich fragmenty, pozbawione działania chorobotwórczego. Każdego roku, na podstawie zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), opracowywana jest nowa wersja szczepionki, ponieważ wirus grypy posiada ogromne zdolności przeobrażania się. Po podaniu szczepionki komórki obronne naszego organizmu potrafią rozpoznać żywego wirusa i szybciej go zwalczyć. Aby zachować odporność, należy zaszczepić się co roku. Zalecane jest, aby szczepienia odbywały się w okresie pomiędzy końcem sierpnia a początkiem listopada.

	GRYPA	PRZEZIĘBIENIE
Początek	nagły błyskawiczny	powolny łagodny
Temperatura ciała	zawsze wysoka gorączka (powyżej 39°C)	najczęściej nieznacznie podwyższona
Katar	nie zawsze	zawsze
Bóle mięśni i stawów	bardzo częste	rzadko
Samopoczucie	bardzo złe	umiarkowanie złe
Związek z pogodą	względny	bardzo częsty
Powikłania	często	rzadko

Jak się leczyć?

Przede wszystkim należy pozostać w domu. Nie przegrzewajmy się - w domu powinno być ciepło, ale nie gorąco. Starajmy się przebywać w stałej temperaturze. Wstając z ciepłego łóżka, ubierzmy sweter lub szlafrok. Unikajmy wysiłku, przynajmniej kilka godzin dziennie spędzajmy leżąc. Przyjmujmy dużo płynów o obojętnej temperaturze (nie zimnych i nie gorących).

W aptekach znajdziemy wiele środków służących do leczenia oraz łagodzenia objawów przeziębienia i grypy, dostępnych bez recepty. Najprostsze to witamina C i *Rutinoscorbin* (połączenie witaminy C i rutyny, która wzmacnia działanie witaminy C). Niestety, często cechą charakterystyczną przeziębienia i grypy jest występowanie wielu objawów równocześnie, które są zazwyczaj bardzo uciążliwe. Na rynku dostępne są, oprócz prostszych leków (zawierających tylko jedną lub dwie substancje aktywne), również leki złożone, w skład których wchodzi kilka substancji. Preparaty złożone zwalczają występujące równocześnie różne objawy przeziębienia lub grypy. W celu obniżenia wysokiej temperatury stosujemy paracetamol lub preparaty kwasu acetylosalicylowego.

Należy pamiętać, że w przypadku przedłużających się objawów chorobowych, nieustępującej gorączki, osłabienia należy skontaktować się z lekarzem!

Szczepionka przeciw grypie może pomóc uniknąć zawału

A to ciekawe! *Szczepionka przeciw grypie może pomóc uniknąć zawału* - informują brytyjscy naukowcy na łamach *Canadian Medical Association Journal*. Chroniąc przed grypą, zapobiega ona jednocześnie powstawaniu skrzepów krwi, towarzyszących często grypowym stanom zapalnym.

Prowadzący badania dr Niroshan Siriwardena z University of Lincoln podkreśla, że osoby po 65. roku życia oraz osoby mające rozpoznaną chorobę serca powinny pamiętać o tym, by

szczepić się każdego roku. Znajdują się oni bowiem w grupie podwyższonego ryzyka hospitalizacji i potencjalnych powikłań zawału.

Naukowcy poddali analizie dane na temat 16 tys. pacjentów po 40. roku życia, którzy przebyli jeden zawał oraz dane dotyczące grupy kontrolnej liczącej 62,7 tys. osób, które dotychczas zawału nie miały. Każdy pacjent po zawałe porównywany był z czterema osobami tej samej płci i w tym samym wieku z grupy kontrolnej. Wszystkie osoby w obrębie każdej porównywanej grupy korzystały dodatkowo z usług tej samej placówki służby zdrowia. W obu grupach nieco ponad połowa badanych zaszczepiła się przeciwko grypie w roku poprzedzającym badania.

Po przeanalizowaniu wielu czynników ryzyka wystąpienia zawału, takich jak wysokie ciśnienie krwi, cukrzyca, palenie papierosów czy historia chorób serca w rodzinie, naukowcy zaobserwowali, że szczepionka miała związek ze zmniejszeniem ryzyka zawału w danym roku średnio o 19 %. Co więcej, okazało się, że szczepienie w okresie od września do połowy listopada chroni przed zawałem lepiej, niż w okresie późniejszym (zmniejszenie ryzyka o 21 % w porównaniu z 12 % w okresie późniejszym).

Choć wyniki badań nie świadczą o tym, że sama szczepionka zapobiega zawałowi, zdecydowanie dowodzą, że pomaga ona zmniejszyć ryzyko jego wystąpienia u niektórych osób - twierdzą badacze. Naukowcy planują kolejne badania, by sprawdzić, czy szczepionka przeciw grypie obniża ryzyko zawału również u osób, które nie mają zdiagnozowanej choroby serca, jednak występują u nich czynniki ryzyka, takie jak np. wysokie ciśnienie krwi czy podwyższony poziom cholesterolu.

Źródło www.influenza.pl



„KUBA” poleca...



Wszystkich chętnych do wspólnej gry w siatkówkę zapraszamy w każdą środę w godzinach 18:00-20:00 na salę gimnastyczną Szkoły Podstawowej nr 14 przy ulicy Gdańskiej 10 w Zabrze. Opłata za cztery spotkania w miesiącu wynosi 19zł/osoba, wstęp jednorazowy 6zł.

W razie pytań proszę o kontakt: Aleksander „Kuba” Jaworski – Pracownia Informatyki SCCS, nr tel. wew.: 715





Aparatura i sprzęt medyczny dofinansowany ze środków Unii Europejskiej

W 2010 r. realizujemy w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze dwa projekty współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, dzięki którym wyposażamy szpital w najnowocześniejszy sprzęt oraz aparaturę medyczną.

W ramach projektu pt.: **Zakup aparatury obrazowej oraz wyrobów medycznych na potrzeby Pracowni Hemodynamiki i Diagnostyki Obrazowej SCCS w Zabrzu** nr WND-POIS.12.02.00-00-044/08 Pracownia Hemodynamiki sala B, zlokalizowana w starym budynku A wyposażona została w:

- angiograf do badań wieńcowych,
- system mapowania elektro-anatomicznego 3D,
- system do wykonywania badań i zabiegów elektroterapii,
- stację naczyniowej tomografii komputerowej.

Od kilku tygodni nowy sprzęt służy pacjentom oraz personelowi medycznemu. Wykonywane są specjalistyczne zabiegi operacyjne na precyzyjnej diagnostyce komputerowej. W podobną aparaturę wyposażona zostanie Pracownia Hemodynamiki w budynku B. Ponadto w ramach projektu zakupiony zostanie do nowego obiektu medycznego Śląskiego Centrum Chorób Serca angiograf do badań naczyniowych. Na uruchomienie czeka już aparat do wewnątrznaczyniowych badań ultrasonograficznych.

Zdecydowaną część sprzętu do modułu B kupujemy w ramach projektu **Zakup aparatury obrazowej i wyrobów medycznych na potrzeby Bloku Operacyjnego oraz Oddziału Intensywnej Opieki Sercowo-Naczyniowej SCCS w Zabrzu** nr WND-POIS.12.02.00-00-042/08. Rozstrzygniętą mamy większość przetargów, podpisane umowy z dostawcami. Gdy tylko zakończone zostaną roboty budowlane, w nowych pomieszczeniach nastąpi instalacja następującej aparatury:

- lampa rentgenowska z zabiegowym stołem pływającym – 1 szt.
- angiograf do sali hybrydowej – 1 szt.
- aparat do znieczulenia dla dorosłych – 2 szt.
- pompa do krążenia z wymiennikiem ciepła i bio-pompą – 2 szt.
- lampa operacyjna – 2 szt.
- separator krwi – 2 szt.
- stół operacyjny – 2 szt.
- respirator – 6 szt.
- aparat echokardiograficzny z głowicą przezprzełykową – 2 szt.
- kardiomonitor – 2 szt.
- kardiomonitor modułowy – 2 szt.
- zestaw monitorujący – 3 szt.
- pompa do chłodzenia elektrody ablacyjnej – 1 szt.
- system mapowania elektro-anatomicznego 3D – 1 szt.

- system do wykonywania badań i zabiegów elektroterapii – 1 szt.
- hemopompa turbinowa – 1 szt.
- przepływomierz – 1 szt.
- łóżka do intensywnej terapii – 22 szt.
- defibrylator – 7 szt.
- lampa bezcieniowa – 1 szt.
- pompa do kontrpulsacji wewnątrzortralnej – 5 szt.
- pompa infuzyjna – 54 szt.
- aparat do gazometrii i oznaczeń metabolicznych – 1 szt.
- aparat do koagulacji – 2 szt.

Wyposażenie nowego obiektu medyczno-administracyjnego w około 53% sfinansowane zostało ze środków własnych Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, w 10% dofinansowane przez Ministerstwo Zdrowia. Udział środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego stanowi około 37% łącznych kosztów wyposażenia.

Jolanta Głowik



1. Angiograf
2. System mapowania elektro-anatomicznego 3D
3. Stacja naczyniowej tomografii komputerowej do wykonywania angiografii rotacyjnej i rekonstrukcji 3D



System mapowania elektro-anatomicznego 3D



Angiograf, budynek A, sala B

Ogólnopolska Kampania Walki z Nadciśnieniem.

Aspekty stosowania diety z ograniczeniem podaży soli oraz prowadzenia zdrowego stylu życia

Na całym świecie nadciśnienie tętnicze powszechnie uważane jest za chorobę cywilizacyjną w społeczeństwach krajów rozwiniętych. Nazywane jest obecnie epidemią XXI wieku.

Nadciśnienie tętnicze to choroba układu krążenia, w wyniku której w naczyniach tętniczych zwiększa się ciśnienie krwi, co stanowi jeden z najważniejszych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Według kryteriów Światowej Organizacji Zdrowia WHO nadciśnienie tętnicze rozpoznaje się, gdy w trzech kolejnych pomiarach ciśnienia, wykonanych po kilkunastominutowym odpoczynku pacjenta znajdującego się w pozycji siedzącej, wartości ciśnienia wynoszą 140/90 mmHg [1]. Pod wpływem zwiększonych wartości ciśnienia tętniczego dochodzi do zmian strukturalnych w układzie naczyniowym, tj. przerostu mięśnia lewej komory serca oraz warstwy mięśniowej ścian tętnic, przegrupowania elementów komórkowych i pozakomórkowych ścian tętnic, upośledzenia czynności śródbłonna - w konsekwencji czego następuje progresja procesu miażdżycowego naczyni krwionośnych.

W Polsce nadciśnienie tętnicze jest najbardziej rozpowszechnionym schorzeniem układu krążenia. Dotyka aż 8,5 miliona Polaków. Ostatnie wytyczne (2009r.), pod którymi podpisały się Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne i Europejskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego (ESC/ESH), szczegółowo określiły cele terapii farmakologicznej oraz postępowania nefarmakologicznego. Leczenie nefarmakologiczne obejmuje szeroko rozumiane zmiany stylu życia, tj. zmianę sposobu odżywiania się, zwiększenie aktywności fizycznej oraz zaprzestanie palenia tytoniu.

Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego i Polskie Towarzystwo Kardiologiczne z rekomendacją ESH/ESC opracowało program „Ogólnopolska Kampania Walki z Nadciśnieniem”, finansowany przez Ministerstwo Zdrowia. W programie tym dominującą strategią jest stosowanie odpowiedniej diety jako nieodzownego elementu walki z nadciśnieniem.

DIETA

Właściwa dieta nie powinna skupiać się na pojedynczych składnikach odżywczych, lecz traktować żywienie w sposób kompleksowy. Taką dietą jest DASH (*dietary approaches to stop hypertension*), całościowy wzorzec żywieniowy, zalecany w profilaktyce pierwotnej oraz leczeniu nadciśnienia tętniczego. DASH zakłada spożywanie odpowiedniej liczby kalorii oraz właściwy skład jakościowy pożywienia. Do najważniejszych czynników żywieniowych wywierających wpływ na ciśnienie tętnicze należą: redukcja masy ciała, zmniejszenie spożycia sodu, zwiększenie spożycie potasu, ograniczenie spożycia alkoholu [2].

WSKAŹNIK BMI

Redukcja masy ciała okazuje się jedną z najbardziej efektywnych strategii obniżania ciśnienia tętniczego (zmniejszenie masy ciała średnio o 5,1 kg wiąże się ze zmniejszeniem ciśnienia skurczowego średnio o 4,4 mmHg, a rozkurczowego średnio o 3,6 mmHg). Poza efektem hipotensyjnym redukcja wagi wpływa korzystnie na zmniejszenie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, takich jak: insulinooporność, cukrzyca, hiperlipidemia, przerost lewej komory serca oraz zespół bezdechu obturacyjnego [3]. W profilaktyce i leczeniu nadciśnienia tętniczego zaleca się redukcję masy ciała, najlepiej do osiągnięcia wartości wskaźnika masy ciała (BMI) <25 kg/m².

PODAŻ SODU

Umiarkowane ograniczenie podaży sodu w diecie zapobiega nadmiernej utracie potasu. Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego rekomenduje spożywanie do 6 g soli dziennie - co odpowiada około 2400 mg sodu (100 mmol), natomiast chorym z nadciśnieniem tętniczym z powikłaniami narządowymi zaleca zmniejszenie spożycia soli do 3 g dziennie [4].

PODAŻ POTASU

Zwiększenie podaży potasu w diecie DASH sprzyja obniżeniu ciśnienia tętniczego u chorych z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym, gdyż jego stosowanie umożliwia zmniejszenie dawek leków przeciw nadciśnieniowych. Pośród mechanizmów hipotensyjnego wpływu potasu wymienia się: natiuretyczne działanie tego pierwiastka, stymulację pompy sodowo-potasowej, wpływ na aktywność układu renina-angiotensyna-aldosteron (RAA), wpływ na syntezę tlenu azotu oraz wytwarzanie amin katecholowych [5].

KWASY OMEGA 3

Nie bez znaczenia jest udział wapnia, magnezu i kwasów omega-3, szczególnie kwasów eikozapentaenowego (EPA) i dokozaheksaenowego (DHA). Kwasy tłuszczowe omega-3 są integralną częścią błon komórkowych, które mają modulujący wpływ na właściwości błon komórkowych tj. płynność, wiązanie wapnia, transport jonowy czy też syntezę prostaglandyn, a więc wszystkich parametrów, które zmieniają się w przebiegu nadciśnienia [6].

Dieta DASH to dieta o dużej zawartości owoców i warzyw. W jej skład wchodzi niskotłuszczowe produkty mleczne, pełnoziarniste produkty zbożowe, chudy drób i ryby oraz orzechy. Zaleca się ograniczenie spożycia tłuszczu, czerwonego mięsa, słodczy i słodzonych napojów. Na skuteczność diety DASH w walce z nadciśnieniem złożyło się prawdopodobnie kilka aspektów, a mianowicie mniejsze łączne spożycie tłuszczów nasyconych i cholesterolu, duża podaż potasu, magnezu oraz błonnika pokarmowego. Istotnym efektem stosowania diety DASH, oprócz redukcji ciśnienia, jest jednocześnie zmniejszenie stężenia cholesterolu całkowitego, frakcji LDL cholesterolu i triglicerydów, a więc dodatkowe zmniejszenie ryzyka sercowo-naczyniowego [7]. Dobowe spożycie energii zależne jest od wieku, płci i dotychczasowej aktywności fizycznej. Ważną rolę odgrywa pora poszczególnych posiłków i ich rozkład pod względem kaloryczności. Ostatni posiłek w ciągu dnia powinno spożywać się nie później niż o godzinie 19.00.

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Aktywność fizyczna powinna być regularna, najlepiej codzienna, trwająca maksymalnie 30-45 min. Rodzaj ćwiczeń powinien być jednak dobierany indywidualnie do możliwości ćwiczącego i jego aktualnej sprawności.

PODSUMOWANIE

Dieta DASH zaleca się zarówno w profilaktyce, jak i w leczeniu nadciśnienia tętniczego. Niefarmakologiczne leczenie nadciśnienia powinno stanowić nieodzowny element terapii, a właściwa dieta nie powinna koncentrować się na pojedynczych składnikach odżywczych, lecz traktować żywienie w sposób całościowy. Dietę zaleca się zarówno w profilaktyce, jak i leczeniu nadciśnienia tętniczego. Wprowadzanie indywidualnego programu dietetycznego dla pacjenta winno odbywać się przy udziale dietetyka. Należy wybrać taką strategię postępowania, która w maksymalnym stopniu doprowadzi do pożądanej normalizacji wartości ciśnienia tętniczego krwi, a tym samym zmniejszy ryzyko wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych. Jest to dążenie do kształtowania prozdrowotnego trybu życia poprzez redukcję masy ciała, modyfikację nawyków żywieniowych, promowanie aktywności fizycznej i edukację zdrowotną wśród społeczeństwa polskiego.



Karol Okrasa

Znany kucharz, prowadzący program "Smaki czasu z Karolem Okrasą" w TVP 2. Jego autorskich dań można spróbować odwiedzając Restaurację Platter w Hotelu Intercontinental.

„Chcę Was przekonać, że można zwariować kulinarnie i być tym przesiąkniętym do szpiku gości...”
www.karolokrasa.pl

Polowanie na śledzia.

TATAR ZE ŚLEDZIA Z SOSEM BOROWIKOWYM

Gdy przy stole zasiadają Duńczycy w ciemno mogą sięgać po śledzia, który na pewno na nim stoi. Przygotowywany na różne sposoby jest nieodłącznym każdej biesiady. Wydaje się więc, że śledź to duński atrybut. A co z polskim śledzikiem w grudniu bijącym rekordy popularności w całej galaktyce? Nazwa mówiąca absolutnie wszystko. Począwszy od tradycyjnego dania, poprzez okazję na spotkanie ze znajomymi, po wartości jako hołd zbliżającego się Bożego Narodzenia. Niby to tylko śledzik, ale większość z nas nie wyobraża sobie zakończenia mijającego roku bez tego magicznego hasła. Każdy ma swoje ulubione danie, na które poluje. Okazuje się bowiem, że śledzia nie można zepsuć. Smakuje niemalże w każdym ubranku lub też pod pierzynką czyli puszyście i warstwowo przekładany ugotowanymi warzywami, drobno siekanymi, czerwonymi buraczkami, kiszonym ogórkiem i jajem ugotowanym na twardo. Wszystko to doprawione majonezem, a czasami jeszcze siankiem z pora świeżego. Tak bardzo pokochaliśmy śledzika, że przez te lata zaczęliśmy go adoptować do innych narodowych kuchni.

Stąd też wersja popularna w PRL-u, czyli śledź po japońsku. Oczywiście z Japonią ma tyle wspólnego, co ryba po grecku z Grecją, czy fasolka po bretońsku z Francją - czyli nic, poza nazwą. Jednak i w tej tradycyjnej azjatyckiej potrawie potrafilismy się rozwinąć i mamy dwie wersje. Jedna z kwaśną, gęstą śmietaną, jabłkiem i cebulą, a druga z majonezem, jajem na twardo i porem. Smakosze jednak twierdzą, że świeża cebulka to najlepszy dodatek, trzeba tylko namoczyć śledzia kilka dni wcześniej w zalewie octowo - olejowej, żeby skruszał. Ale i wersje na słodko zyskują amatorów. Matjas polany sosem miodowo-koperkowym czy doprawiony kremowym sosem majonezowym z curry i szczypiorkiem jest naprawdę rewelacyjny. Polecam jednak śledzie świeże. Wypatroszone i podsmażone saute doskonale dopiero gdy zamarynujemy je na kilka dni w zalewie octowej doprawionej mrożonymi wiśniami lub duszonymi warzywami. Obowiązkowo doprawiamy zielem angielskim i korą cynamonu.

PRZEPISY KUCHARSKIE

Kuchnia to smak i wygląd, atmosfera, przyprawy, zaskoczenie, zastawa, itd. To swego rodzaju spektakl, w którym jedzenie gra główną rolę, kucharz jest reżyserem, a gość widzem. Wszystko dookoła to scenografia i napięcie budowane przez wspaniały zbieg okoliczności, tj. spotkanie zainteresowanych w jednym miejscu, we właściwym czasie. Zapraszam Was do poznawania moich tajemnic kulinarnych, a przede wszystkim odkrywania własnych.

Składniki:

- 2 tusze świeżego lub solonego śledzia
- 4 kromki pumpernika
- 1 żółtko
- sałata frise do dekoracji
- małe kłaczki świeżego imbiru
- 1 czerwona cebula
- pół cytryny
- 1 limonka
- kiełki lucerny do dekoracji
- 150g mąki
- 150 g masła
- 2 ugotowane buraki czerwone
- 1 ogórek kiszony
- 6 pomidorków koktajlowych
- 100 ml białego wina
- kilka listków selera naciowego
- świeży tymianek
- 100 g mrożonych borowików
- sól, pieprz, oliwa

1. Chleb pumperniel siekamy, dodajemy masło, siekamy dokładnie razem. Dodajemy mąkę (w proporcji 3: 2: 1 - 3 części mąki, 2 części masła, 1 część posiekanego pumpernika).
2. Dodajemy żółtko, dokładnie mieszamy, zarabiamy i przekładamy do lodówki na 20 minut.
3. Wyjmujemy, tnjemy na kawałki i wałkujemy na stolnicy na grubość 0,5 cm przesypując mąką.
4. Wycinamy z rozwałkowanego ciasta szklanką lub kieliszkiem kółka.
5. Przekładamy na blachę z pergaminem i wkładamy do piekarnika nagrzanego do 190-200°C na 10-15 minut (aż ciasteczka się zarumienią); wyjmujemy z pieca i studzimy.
6. Posiekaną cebulkę szklimy na oliwie z rozpuszczonym kawałkiem masła, dodajemy pokrojone w plasterki borowiki, 2-3 gałązki tymianku, podduszamy.
7. Wlewamy wino, redukujemy, dodajemy listki selera, pocięte w ćwiartki pomidorki koktajlowe i pokrojonego w kosteczkę buraka, doprawiamy solą i pieprzem.
8. Tusze śledzia filetujemy, usuwamy skórę, drobno siekamy mięso i przekładamy do miski.
9. Dodajemy posiekaną czerwoną cebulę, posiekany ogórka kiszony, posiekany imbir, pieprz i oliwę; dokładnie mieszamy.
10. Talerz dekorujemy porwaną sałatą, kiełkami lucerny, listkami natki, świeżym tymiankiem; na wierzch układamy uformowane na łyżkach porcje tataru, przybieramy paskami buraka, limonki, polewamy sosem borowikowym.

SMACZNEGO !

Udany sezon piłkarzy Śląskiego Centrum Chorób Serca

Nasza drużyna piłkarska została założona tuż po powstaniu naszego Ośrodka. Początkowo pracownicy SCCS grywali głównie w wolnych chwilach, wyłącznie rekreacyjnie i dla zabawy. Z czasem nasze spotkania przerodziły się w regularne treningi, zaczęliśmy także brać aktywny udział w turniejach piłkarskich.

Istnienie amatorskiej drużyny piłkarskiej daje pracownikom SCCS szansę na spędzenie wolnego czasu w sposób zorganizowany. Grając, uczymy się zasad współpracy w grupie, wzajemnego szacunku a osiągnięcia sportowe dają nam zadowolenie i poczucie satysfakcji. Promujemy także zdrowy tryb życia. Aktywność fizyczna stanowi niezbędny warunek zdrowia, wpływa na poprawę stanu naszego zdrowia i samopoczucia, przyspiesza metabolizm, pomaga także w utrzymaniu właściwej masy ciała. Wysiłek fizyczny jest również znakomitą metodą na przeciwdziałanie stresowi.

Od pierwszego meczu skład drużyny wielokrotnie się zmieniał - w chwili obecnej tylko kilka osób pamięta czasy powstania zespołu. Od początku byli z nami m.in.: Lech Poloński, Mariusz Gąsior, Zbigniew Kalarus, Andrzej Lekston, Władysław Pluta, Andrzej Wnęk i Rafał Wojnar.

Nasze treningi zaowocowały zdobyciem w 2004 roku Pucharu SCCS. W finale pokonaliśmy drużynę „Medyka” (1:0). Nie sposób w tym miejscu nie wspomnieć także o naszym zwycięstwie na stadionie zabrzańskim „Górnika”, gdzie w roku 2005 pokonaliśmy Reprezentację Artystów Polskich (1:0).

Kończący się już rok 2010 też był udany dla naszego zespołu. We wrześniu zdobyliśmy Puchar Fundacji SCCS, pokonując drużynę Urzędu Miejskiego miasta Zabrze (1:0) i DB Schenker (3:1) (fot.2 i 3). W październiku pokonaliśmy drużynę zabrzańskiego pogotowia (8:1), zespół ratowników Eskulapu (11:4) oraz zespół Prokuratury Okręgowej Gliwice (17:4).

Aktualny skład drużyny przedstawia się następująco (kolejność alfabetyczna): Mateusz Cebula, Rafał Fabry, Michał Hawranek, Damian Klinke, Mateusz Kowalkowski, Rafał Księżyk, Marian Miller, Adam Nikodemski, ks. Andrzej Płaskowski, Damian Pniewski, Czesław Potęga, Krzysztof Szczepański, Mateusz Tajstra, Krzysztof Tkocz, Marcin Trojak, Mirosław Urban, o. Tacjan Wójciak.

Działalność drużyny nie byłaby możliwa bez przychylności dyrektora SCCS, prof. Mariana Zembali, którego pomoc w sprawach organizacyjnych jest nieoceniona.

W tym miejscu chcielibyśmy również podziękować dyrektor Szkoły Podstawowej nr 23 im. Tadeusza Kościuszki w Zabrzu, pani Wiesławie Pałuszce, dzięki uprzejmości której możemy trenować na boisku „Orlik” w Zabrzu Maciejowie.

Stoją od lewej: Czesław Potęga, Damian Klinke, Mateusz Kowalkowski, Mirosław Urban, Krzysztof Szczepański. W dolnym rzędzie: Rafał Fabry, o. Tacjan Wójciak.

DRUŻYNA SCCS





Marian Zembala

Musicie wierzyć Mikołajom,

Dzisiaj przychodzą do nas uroczyście,

Ubrani kolorowo,

Uginając się od wyrazów uznania, prezentów, podarków,

Jak na Świętego Mikołaja przystało.

Nie widzimy, kiedy przychodzą każdego dnia.

Wyglądają inaczej,

Są zatroskani , chorzy, smutni.

Przemawiają do nas przez lęki, cierpienia.

Nie zauważamy przynoszonej dobroci.

Czekają

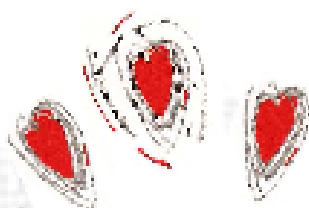
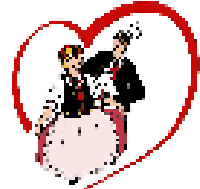
na życzliwość, opiekę, uśmiech, zawodową solidność.

**Nie zapominajmy o zwyczajnych Mikołajach
w zwyczajne dni.**

To właśnie Oni,

Poprawiają nas samych.

Nasz mały i duży świat czynią lepszym.



*Wesołych, rodzinnych Świąt
Bożego Narodzenia
oraz wszelkiej pomyślności w Nowym 2011 Roku
życzą
obecnym i byłym pacjentom
Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze
współpracownikom i sympatykom*

*Fundacja
Śląskiego Centrum Chorób Serca*

Śląskie Centrum Chorób Serca



**Przekazując 1% swojego podatku pomagasz Chorym Na Serce oraz zostajesz
Członkiem Klubu Sympatyków Fundacji Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze**

Bank Zachodni WBK S.A. 1 Oddział w Zabrze Nr konta: 08 1090 2037 0000 0001 0321 0905

NIP: 648-251-70-05 Regon: 278324069 KRS: 0000219230

**Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca, ul. Pawliczka 25,
41 - 800 Zabrze, tel. 032 37 00 441 w.111**