

NUMER 21

czerwiec 2011

ISSN 1730 - 1297

 Jesteśmy aby
ratować,
leczyć,
dawać nadzieję...

SZLACHETNE ZDROWIE

Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca



Szlachetne Zdrowie

Nikt się nie dowie

Jako smakujesz

Aż się zepsujesz

Jan Kochanowski

Budynek „B”, którego budowa trwała 4 lata jest już gotów. Przyjmowani są pierwsi pacjenci, zarówno w Poradni, jak i na Oddziałach Szpitalnych. Powoli dobiega końca „przeprowadzka” personelu do nowych miejsc pracy. Każdy z nas ma możliwość tchnąć trochę własnego ducha w nowe sprzęty i pomieszczenia. Mam nadzieję, że pomimo pracy, jaką włożyliśmy w przenoszenie naszych jednostek, jesteśmy zadowoleni z nowego miejsca pracy.



Powodzenia nam wszystkim.

W numerze:

Punkt widzenia

Nowa Poradnia SCCS

Choroba serca w zamierzonych czasach cz. IV

Sursum Corda

Zawał serca to nie koniec świata

Dietetyk radzi ...

Projekty Unijne SCCS

Promocja Zdrowia, Rozmowa z...

Czy wiesz, że

Dział Techniczny donosi

„Kuba” poleca

Śląsk a turystyka

Fundacja SCCS

Tak dla Transplantacji

Rower narzędzie rehabilitacji

WYDARZENIA

• Kolejna bariera w polskiej medycynie pokonana - pierwszy pomyślny przeszczep płuc u chorego z mukowiscydozą

Po raz pierwszy w naszym kraju, w Zabrze, wykonano przeszczep płuc u młodego 30-letniego chorego ze skrajnie ciężką niewydolnością oddechową w przebiegu genetycznie nabytej choroby - mukowiscydozy.

Zapotrzebowanie na przeszczepy płuc w mukowiscydozie w Polsce szacowane jest na około 10-15 operacji rocznie. Przeszczepy płuc w tej chorobie należą do szczególnie trudnych i wymagających, ponieważ znacznie większe jest ryzyko zakażenia opornymi szczepami. Z tego powodu sami chorzy wymagają specjalnej, dodatkowej izolacji w trakcie pobytu w szpitalu.

Pionierska operacja wykonana w Zabrze przeszła bardzo pomyślnie, tak jak i pierwsze tygodnie po transplantacji. Chory przygotowywany jest do wypisania ze szpitala do domu.

Operację wykonał wychowanek profesora Mariana Zembali, **dr n. med. Jacek Wojarski**, od roku 2005 odpowiedzialny w Śląskim Centrum Chorób Serca za prowadzenie programu przeszczepów płuc. Doświadczenie zespołu, którym kieruje dr Wojarski to już ponad 50 przeszczepów płuc, wykonanych w przebiegu innych chorób z nieodwracalnym uszkodzeniem płuc. Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze jest jedynym ośrodkiem w Polsce, w którym przeszczepy płuc są wykonywane z powodzeniem.

Omawiany sukces jest tym większy, że historia udanych przeszczepów płuc w naszym kraju zaczyna się od niedawna, bo dopiero od roku 2001, kiedy to profesor Marian Zembala wykonał w Zabrze z powodzeniem pierwszy udany jednoczesny przeszczep serca i płuc a w roku 2003 pomyślny przeszczep pojedynczego płuca .

• 23-24 marca 2011 roku, VII Międzynarodowe Warsztaty Kardiochirurgiczne

• 11 kwietnia 2011 roku, IV Śląska Konferencja Szpitali Promujących Zdrowie

• 2-4 czerwca 2011 roku, XVIII Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna, Multikino Zabrze

• 2 czerwiec 2011 roku, oficjalne otwarcie nowego budynku „B” Śląskiego Centrum Chorób Serca

• 5 czerwca 2011 roku odbędzie się Biała Niedziela w godz. 9.00—13.00 na parkingu Pawilonu B

REDAKCJA:

Bożena Smoter

Joanna Zembala-John

Bożena Krymska

Joanna Mąka

Okladka, zdjęcia -

Janusz Smoter

Dodatek Specjalny -

Aleksander Jaworski

WYDAWNICTWO:

SCCS

Ul. M. Skłodowskiej 9

41-800 Zabrze

www.sccs.pl

biblioteka@sccs.pl

DRUK:

KOMDRUK

Ul. Pszczyńska 37

44-101 Gliwice



Punkt widzenia

Z mojego obserwatorium,
czyli
nowy szpital - nowe wyzwania, nowe
nadzieje

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



Wiosną roku 2011 uruchomiony został nowoczesny ośrodek kardiologiczno-kardiochirurgiczny. Szpital ten jest konkretną odpowiedzią na nowe wyzwania wobec naszych coraz trudniejszych i starszych pacjentów. Zadaniowy, nowatorski model opieki kardiologicznej jest próbą rozwiązania narastającego problemu racjonalizacji



opieki ambulatoryjnej w wymiarze nie tylko medycznym, ale także organizacyjnym i ekonomicznym. Powstanie zintegrowanego modelu opieki sercowo-naczyniowej jest odpowiedzią na konkretne potrzeby chorych i wyzwania jakie przed nami w Polsce stoją. Nowoczesna terapia schorzeń sercowo-naczyniowych wymaga tworzenia sal hybrydowych, gdzie kardiochirurg, kardiolog inwazyjny oraz chirurg naczyniowy i endowaskularny, działając ze-

społowo, gwarantują lepszy wynik leczenia, większą małoinwazyjną i większe bezpieczeństwo. Uczymy i pokazujemy, że HEART TEAM jest szansą dla leczonych i leczących.

Zapraszamy Państwa do Zabrze, zapraszamy do nowo otwartego szpitala także po to, aby zobaczyć w jaki sposób, dzięki rozwojowi techniki i możliwościom biostymulatorów, nasi młodzi, zdolni rezydenci wielu specjalności mogli bezpiecznie uczyć się nowych technik kardiologii interwencyjnej, małoinwazyjnych zabiegów hybrydowych kardiochirurgicznych i endowaskularnych czy diagnostyki echokardiograficznej schorzeń serca. To z myślą o chorych i przyszłości medycyny rozwijamy badania kliniczne i podstawowe w chorobach serca, płuc i naczyń oraz wypracowujemy nowe formy krajowej i międzynarodowej współpracy.



Szanowni Państwo !

Zwracamy się do Was: Koledzy Lekarze, Przyjaciele ŚCCS, Szanowni Pacjenci, którzy już korzystali z naszych usług medycznych jak i tych, którzy zamierzają się u nas leczyć.

Pragniemy podzielić się z Wami radosną wiadomością, że w dniu 26.04.2011r., po kilkunastu latach starań otwieramy podwoje poradni kardiologicznej w nowym budynku Śląskiego Centrum Chorób Serca przy ulicy Marii Curie Skłodowskiej 9 w Zabrze.

W imieniu dyrektora ŚCCS profesora dra hab. n. med. Mariana Zembali, dyrektora ds. medycznych profesora dra hab. n. med. Mariusza Gąsiora, dyrektora ds. ekonomiczno-administracyjnych, mgr Bożeny Dudy, kierowników oddziałów kardiologicznych profesorów: dr hab. n. med. Leszka Polońskiego, Zbigniewa Kalarusa i Jacka Białkowskiego, lekarzy konsultujących w poradni, personelu pracowni diagnostycznych, oraz pielęgniarek i całego zespołu administracyjnego, a także wszystkich tych, którzy przyczynili się do powstania nowego lokum poradni kardiologicznej, pragnę zaprosić do leczenia w nowo usytuowanej jednostce.

Czujemy się zaszczytzeni zaufaniem, jakim Państwo nas obdarzacie i możliwością troski o Wasze zdrowie. Aby temu sprostać, postanowiliśmy stworzyć nowy, korzystniejszy dla chorych model leczenia.

Podążając za postępem wiedzy medycznej, powołaliśmy na bazie naszych umiejętności oraz dostępnej aparatury diagnostycznej, zadaniowy model poradni oparty na zespołach lekarskich specjalizujących się w różnych dziedzinach kardiologii.

W wyniku takich ustaleń powstał zadaniowy model gabinetów lekarskich ukierunkowanych na diagnostykę, leczenie, prewencję chorób układu sercowo-naczyniowego oraz rehabilitację kardiologiczną.

Konsultacje i leczenie w odpowiednio sprofilowanych gabinetach będą związane z rozpoznaniem lekarza kierującego, wywiadem zebrany od chorego, wcześniej przeprowadzonymi procedurami diagnostycznymi i terapeutycznymi oraz aktualnym stanem zaawansowania choroby.

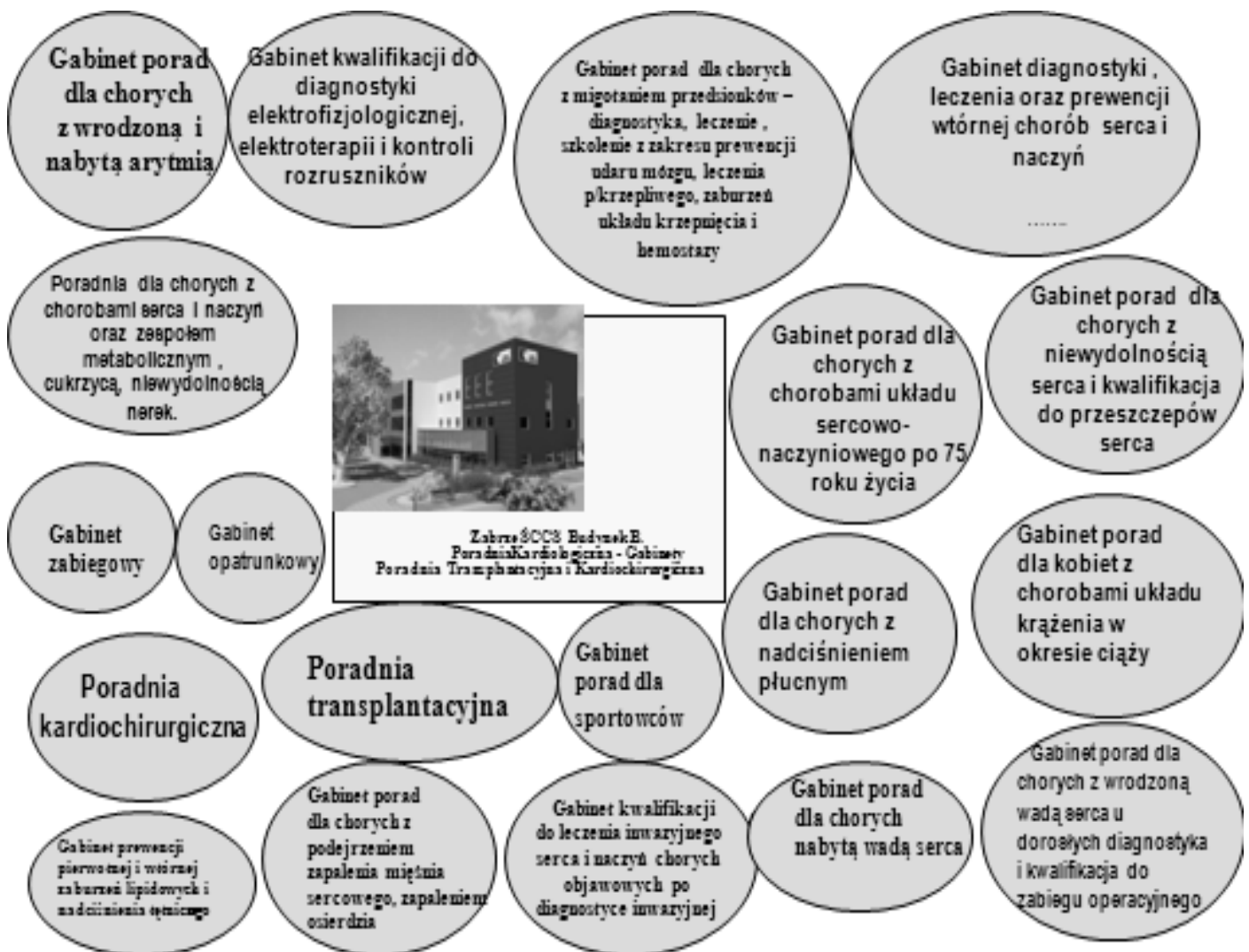
Naszą misją zawsze pozostanie troska o Wasze zdrowie, Wasze zaufanie, Waszą świadomość i Waszą nadzieję.

Z poważaniem koordynator/kierownik poradni kardiologicznej,

dr n. med. Teresa Zielińska



Poniżej przedstawiam schemat organizacyjny poradni



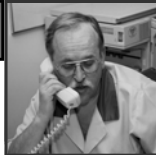
Dzień 26. kwietnia wyróżnił się znamienym zwrotem w naszym zawodowym życiu. W tym właśnie dniu przyjęliśmy pierwszych chorych w Zespole Poradni Specjalistycznych w naszym pawilonie "B". Było nam ogromnie miło gościć pacjentów, którzy zawitali w progach nowoczesnej, przestronnej poradni kardiologicznej, kardiokirurgicznej i transplantacyjnej. Pacjenci przyjmowani są teraz w przyjaznych dla nich gabinetach lekarskich oraz pracowniach: holterowskiej, prób wysiłkowych, EKG i kontroli rozruszników, wyposażonych w nowoczesny, profesjonalny sprzęt. Porady po zabiegach kardiokirurgicznych i inwazyjnych – kardiologicznych udzielane są w gabinecie: lekarskim poradni kardiokirurgicznej, opatrunkowym i zabiegowym.

Oczekiwanie na wizytę umili pacjentom obszerna poczekalnia z wygodnymi siedziskami, taras, na którym można zaczerpnąć świeżego powietrza oraz bistro, gdzie pacjent ma możliwość spożycia ciepłego posiłku.

Naszym celem jest profesjonalne udzielanie usług medycznych w poszanowaniu godności pacjenta, traktowanie jego osoby jako najwyższego dobra.



Dorota Włodarczyk



Choroba serca w zamierzchłych

czasach część IV

Przechodzimy do czasu naukowego odkrycia choroby niedokrwiennej serca i zawału, a było to w drugiej połowie XVIII wieku. Krystalizuje się odkrycie, jak określono, „nowej lub dotychczas nieznannej choroby” – przez dwóch lekarzy, którzy niezależnie od siebie swe spostrzeżenia ogłosili w 1768 roku: Nicolasa Rougnon de Magny (1727-1799), lekarza francuskiego i Williama Heberdena (1710-1801) – angielskiego. Odkrycie to, chociaż poprzedzone przywołanymi powyżej wyraźnymi zwiastunami, było doniosłej wagi. Chociaż to Rougnon



użył w swoim raporcie mocnego określenia „dotychczas nieznanna choroba” dla choroby wieńcowej, to jednak nie on, ale Heberden kojarzony był i jest z jej odkryciem. Przez długie lata, jeszcze w XIX wieku, choroba ta nosiła nazwę „choroby Heberdena”.

Dochodzimy teraz do tych wydarzeń, które stały się tłem owego odkrycia. Rougnon w swej książeczce *Lettre a Lorry sur les causes de la maladie de la mort de M. Carles* opisuje nagłą śmierć oficera kawalerii, wśród objawów bólów w klatce piersiowej i duszności. Nie ma pewności, czy przyczyną śmierci był zawał serca, tym bardziej, że przeprowadzona autopsja nie była dokładna. Niemniej sugestywność opisu wskazuje zawał jako przyczynę wysoce prawdopodobną. W pamiętnym roku 1768, 21 lipca, Heberden wygłasza odczyt na posiedzeniu Royal College of Physicians w Londynie. Tekst pracy pt. *Some account of a disorder of the breast* został opublikowany 4 lata później w *Medical Transactions*. A oto jego fragment: „Istnieje zaburzenie chorobowe w piersiach, cechujące się objawami gwałtownymi i znamienymi, godne uwagi ze względu na właściwy charakter towarzyszącego mu niebezpieczeństwa, a niezbyt rzadko przytrafiające się, o którym to zaburzeniu nie znalazłem żadnej wzmianki w piśmiennictwie lekarskim. Wobec

siedliska tego zaburzenia i wobec jego objawów uczucia ściskania (dławienia) i trwogi, nie byłoby może niewłaściwym nazwać je *angina pectoris* (...) Jakkolwiek właściwością tej choroby jest sprowadzanie nagłej śmierci, jednakże łatwo pojąć, że niektórzy dotknięci nią umierają w inny sposób. Albowiem choroba ta nie wyłącza bynajmniej możliwości jednoczesnego istnienia innych cierpień, tym bardziej, że *angina pectoris* trwać może, jak o tym niejednokrotnie przekonałem się, i lat dwadzieścia, i że występuje po większej części u ludzi w wieku starszym.

W raporcie Heberdena dominowała bezradność co do możliwości leczenia, pesymizm i rezygnacja. Ale przecież wiedza ówczesna o patomechanizmie chorób serca była prawie żadna. Lekarz, nie wiedząc więc z jakim problemem się zmagają, niewiele miał do zaoferowania w ramach terapii. Łatwo się domyśleć, że zalecenia lekarskie zmniejszonej aktywności fizycznej, częstego wypoczynku i higienicznego trybu życia nie mogły w pełni zadawać, a stosowanie leków uspakajających było zbyt skromną ofertą dla śmiertelnie chorych pacjentów. Chociaż, w kwestii terapii, powinniśmy zweryfikować opinie o dawnej medycynie, przynajmniej tej w początkach wieku XIX. Analiza wartości stosowanych dawniej leków przynosi czasem nieoczekiwane niespodzianki...

Poza W. Heberdenem udział w ostatecznym wyjaśnieniu tajemnicy „angina pectoris” mieli inni lekarze brytyjscy - Edward Jenner (1749-1823), znany także jako odkrywca szczepienia przeciw ospie oraz John Hunter (1728-93), chirurg londyński, anatom i eksperymentator. Zarówno J. Hunter, który przeprowadził w obecności E. Jennera sekcję u chorego cierpiącego przed śmiercią na bóle w klatce piersiowej, jak i później sam Jenner, zainteresowany „nową chorobą”, odkryli „skostnienie tętnic” (tak wówczas bowiem określano opisowo zwapnienia naczyń krwionośnych), uznając je za istotę śmiertelnej choroby. Jenner domyślił się przyczyny objawów klinicznych, dostrzegł możliwość związku przyczynowego między bólami w klatce piersiowej i zmianami organicznymi naczyń wieńcowych. Nie wykluczał przy tym czynnika skurczowego.

Nowa jednostka chorobowa w ciągu kilku lat została zaakceptowana w świecie medycznym, co nie znaczy, że wszyscy lekarze przyjęli ją bezkrytycznie. Zbyt głąbo-



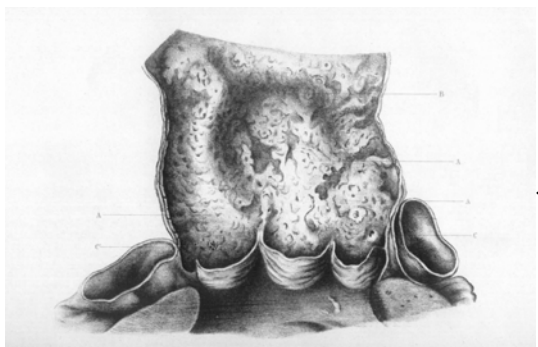
ko zakorzenione były ówczesne wyobrażenia o przypadłościach, ogólnie rzecz biorąc „duszności piersiowych”,



nierazko oparte o przesady, diagnozy wymyślne i budzące dzisiaj uśmiech pobłażliwej ironii. Była jeszcze szczypta przesłania o przeznaczonym człowiekowi losie, przeznaczeniu *animus morti destinatus*⁸, przekładana zresztą jako na język medycyny, jakoby *mors meta malorum*⁹, w obliczu bezradności lekarzy.

Na polskich ziemiach zwiastuny rozpoznawania *angina pectoris* pojawiły się relatywnie dość wcześnie, ale rzecz jasna nie od razu. W tym duchu pojawia się w 1812 roku praca doktorska młodego wileńskiego medyka Józefa Chrzczonowicza (1790-1823) pt. *Dissertatio inauguralis medica de angore pectoris*¹⁰. Chrzczonowicz, uczeń Józefa Franka (1771-1842), doskonałego i świetnie wykształconego klinicysty, otwartego na nowatorską medycynę, opisuje w swej pracy nie tylko objawy choroby, ale i wyniki badania sekcyjnego zmarłych na dusznicę bolesną.

Odnosząc się do obserwacji swojego mistrza autor dysertacji informuje: ...*bywa tak, że wady i względne nieprawidłowości są zakryte, a chory wykazuje objawy dławicy piersiowej. I tak sławny Józef Frank u szlachetnego męża, zmarłego na puchlinę wodną, w piersiach napotkał tętnice wieńcowe skostniałe, skostniałe prawie*



wszystkie zastawki, a chory ów – artretyk – kiedyś raz jeden tylko wykazywał objawy dławicy piersiowej.

Pośród szeregu spostrzeżeń klinicznych, w kwestii opisanego bólu zgłaszanego przez chorych relacje są najtrafniejsze: *bóle w dolnej części mostka, rozciągające się do grzbietu, uszu i przez kończyny górne niekiedy do ręki.*

W osiem lat później swoją rozprawę doktorską, pod podobnym tytułem co Chrzczonowicz, przedstawił młody lekarz z Krakowa Jan Cenner (*Dissertatio inaugu-*

ralis medica de angore pectoris). Publiczna obrona pracy miała miejsce na Uniwersytecie Jagiellońskim 14 lipca 1920 roku. W pracy Cennera, podobnie jak i u Chrzczonowicza, większość tego co można by uznać za nowatorskie jest treścią zapożyczoną, z bogato zresztą cytowanego piśmiennictwa. Jeśli nawet tak jest, to praca Cennera wydaje się niemal encyklopedycznym zestawieniem wiedzy lekarskiej na temat duszniczy bolesnej w początkach XIX wieku. I znów odczuwalna jest bezsilność autora i brak wiary w możliwość uzyskania dobrego efektu leczniczego. Niektóre z proponowanych środków medycznych wydają się dziś dziwaczne i niezrozumiałe, inne mają głębszy sens, bowiem poprzez kaskadę wywołanych zjawisk fizjologicznych mogły jednak w jakimś stopniu pomóc choremu. W pierwszej kolejności zwraca uwagę stosowanie naparstnicy i opium. Działanie tych leków, co zresztą zrozumiałe, przemawia do wyobraźni i naszego współczesnego sposobu myślenia. Prócz tego w pracy pojawia się szereg innych środków leczniczych, których stosowanie wydaje się dziś zasadne i świadczy nawet o kapitalnej intuicji lekarzy w tamtych czasach. Są to np. wężowiec (prawdopodobnie chodziło o *rauwolfia serpentina* – działanie antyarytmiczne, hipotensyjne, uspokajające), dzięgiel (mający działanie spasmolityczne, moczopędne, dziś wiemy, że zawiera bloker kanału wapniowego!), sole magnezu (działanie antyarytmiczne), węglan potasu, kora peruwiańska (jej alkaloidy chinina i chinidyna – mają działanie antyarytmiczne), lulecznica (działanie rozkurczowe, np. w dychawicy oskrzelowej), węglan wapnia. W przeciwieństwie do wymienionych, szereg opisywanych leków jest dziwacznych, a ich stosowanie możemy dziś uznać za błędne i irracjonalne, są to bowiem groźne dla życia chorego trucizny: np. sole miedzi i złota, kalomel, cynober, cykuta, woda laurowiśniowa (składnik jej rozkłada się do cyjanowodoru!); nieracjonalne są też niektóre środki do stosowania zewnętrznego, mające na celu drażnienia skóry okolicy mostka i wywołanie w tej okolicy stanów zapalnych („maść ręciovą, wydzieliny zwierzęce – ślina, sok żółdkowy, świeża żółć..., wcierane w miejsca najbardziej bolesne, dopóki nie powstaną ropne krosty...”).

Jeszcze inne – to dawno zapomniane medykamenty o działaniu uspokajającym, rozkurczowym, przeciwbólowym (piżmo, strój bobrowy, gumożywica smrodzieńcowa, sałata śmierdząca, ogonki psianki słodkogorzkiej, itd.) oraz odwadniającym (pośrednio) – na drodze przeczyszczenia, czy też pobudzenia wymiotów (węglan amonu, winnik wymiotny, serwatka z mleka z winnikiem, sól Glaubera, itd.). Pośród licznych zaleceń higienicznych i dietetycznych, z określeniem żywienia właściwego lub przeciwnie, niepożądanego (np.:

„cielęciny, kurczaków, gołębi, dziczyzny, ryżu, jęczmie-
nia, kapusty, rzepy – jak złego psa i węża należy uni-
kać...”), zwraca uwagę dbałość o gospodarkę wodną
(„przeciwwskazane są duże ilości płynów, herbaty, ka-
wy...”), czy też zalecenie unikania alkoholu i innych uży-
wek.

c.d.n.



⁸ Dosł.: Dusza (umysł, świadomość) gotowa jest na śmierć.

⁹ Dosł.: Śmierć kresem cierpień; cierpienie jest wstępem do śmierci.

¹⁰ Łaciński termin „angor” oznacza zarówno duszenie, dławienie, jak i niepokój, trwogę.

***MEDYCYNA LUDOWA, czyli TREŚCIWY POGLĄD NA ŚRODKI OCHRONNE, POZNAWANIE
I LECZENIE CHORÓB***

PORADNIK LEKARSKI

***DLA WSZYSTKICH STANÓW WEDŁUG NAJNOWSZYCH ŹRÓDEŁ skreślił Dr. Med. A. Simon
WARSZAWA, 1860 (fragment)***

SKUTKI PALENIA I ŻUCIA TYTONIU

Ponieważ przyzwyczajenie do palenia stało się tak ogólnem, zapewne ma ono swe korzyści; lecz z stanowiska higienicznego korzyści te nie przeważają zła, które czynią. Według zdania palących, palenie sprawia uczucie przyjemne, które połączone z wciąganiem i oddawaniem dymu, rozrywa, rozpędza nudy, przytępia bodziec trosk, zradza wesołość i nawet uspokaja głód. W liczbie niekorzyści trzeba pomieścić, czernienie zębów, nieprzyjemny zapach z ust, utrata śliny i wycieńczenie.

Utrata śliny pochodząca z palenia może spowodować wychudnienie, błądność twarzy, trudność trawienia, bo pozbawia pokarm przechodzący do żołądka ilości śliny dla niego potrzebnej. Osoby limfatyczne łatwiej się przyzwyczajają do fajki i jej nadużyć, jak ludzie nerwowi, chudzi.

Mniej jest szkodliwem w stronach niskich i wilgotnych, jak w krajach ciepłych. Użycie fajki może być potrzebnem dla żołnierza, majtka, rzemieślnika, bo skraca mu czas i rozrywa; lecz dla młodych ludzi, dla takich, co rozwijają swój umysł, jest przywyknieniem niekorzystnem.

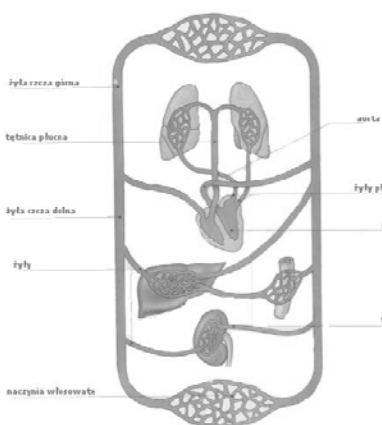
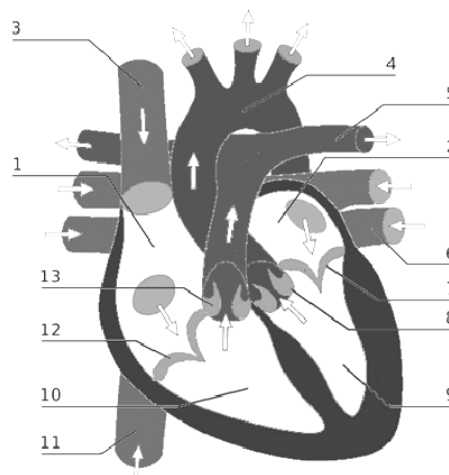
Żucie tytoniu jest gorszem od palenia, bo bardziej niszczy zmysł smaku i źródło oddzielania śliny.

Użycie tytoniu doprowadza do pijaństwa, bo przez drażnienie błony szluzowej ust, i następnego oddzielania śliny, nadchodzi czas gdzie wszelkie gruczoły ślinne staną się nieczynnemi, co zrodzi uczucie pragnienia, które szuka zaspokojenia w najbardziej pobudzających napojach.

Sursum corda!

Serce każdemu z nas kojarzy się z miejscem zamieszkałym przez duszę i sumienie; miejscem, gdzie powstają ludzkie uczucia i emocje – wszak niemal każdy z nas, myśląc o miłości, ma przed oczami „czerwone serduszko”. Przysłowiowy „człowiek o dobrym sercu” określa człowieka łagodnego, czulego i wrażliwego, a nie sportowca czy atletę. W Biblii, Koranie i innych świętych księgach serce to organ mistyczny, o duchowych, boskich właściwościach. Dziś już wiemy, że to centralny układ nerwowy, a nie serce jest ośrodkiem wyrażania emocji przez człowieka. Po raz pierwszy rolę serca w krążeniu człowieka opisał William Harvey dopiero w 1628 roku, w swojej pracy „Exercitatio anatomia de motu cordis et sanguinis In animalibus”; do tego czasu uważano, że to wątroba jest miejscem powstawania i początkiem obiegu krwi. Teoria, którą wtedy stworzył Harvey aktualna jest do dziś.

Serce człowieka to mięsień wielkością odpowiadający zaciśniętej pięści i masie ok 250-300 g. Położone jest w klatce piersiowej, za mostkiem, po stronie lewej. Zbudowane jest ze swoistych mięśni poprzecznie prążkowanych, podobnych do tych, z których zbudowane są mięśnie szkieletowe.



Układ krążenia krwi człowieka jest układem zamkniętym, co oznacza, że krew nieustannie płynie w połączonych ze sobą naczyniach, docierając do każdej części naszego ciała - podobnie jak woda w rurach wodociągowych dociera do każdego mieszkania.

Serce, będące centralnym narządem tego układu, działa jak pompa, zapewniając ciągły przepływ krwi w tych naczyniach.

Naczynia wychodzące z serca, którymi krew płynie do innych narządów to **tętnice**, natomiast **żyły** to wszystkie naczynia prowadzące krew do serca. Cały system krążenia krwi u człowieka można podzielić na dwie części

- mały obieg krwi (tzw. płucny) – w którym prawa część serca zbiera z całego organizmu odtlenowaną krew i pompuje ją do płuc; zapewnia on stały przepływ krwi przez płuca, dzięki czemu możliwa jest wymiana gazów pomiędzy krwią a powietrzem.
- duży obieg krwi (tzw. systemowy) – to obieg, w którym lewa część serca wtłacza krew wracającą z płuc do aorty i dalej, do wszystkich narządów ciała; funkcją tego układu jest dostarczenie krwi

Serce człowieka jest narządem zbudowanym z 4 jam:

- 2 przedsionków: prawego (1) i lewego (2)
- 2 komór: prawej (10) i lewej (9)

1/3 wielkości serca to przedsionki, 2/3 to komory.

Pomiędzy przedsionkami i komorami znajdują się **zastawki przedsionkowo - komorowe**:

- zastawka trójdzielna (12)
- zastawka dwudzielna, tzw. mitralna (7).

Zadaniem tych zastawek jest utrzymanie jednokierunkowego przepływu krwi między tymi strukturami, czyli zapobieganie cofaniu się krwi z komór do przedsionków - działają one jak swego rodzaju zawór. Zastawki znajdują się również pomiędzy komorami a wielkimi naczyniami tętniczymi, są to **zastawki ujść tętniczych**:

- zastawka aortalna (8) - oddziela lewą komorę (9) od aorty (8)
- zastawka pnia płucnego (13) - znajduje się pomiędzy prawą komorą (10) a pniem płucnym (5).

Serce bije nieustannie przez całe życie człowieka. Pierwsze uderzenia pojawiają się u niego już w łonie matki,

mniej więcej w 4 tygodniu życia płodowego. Z każdym skurczem serce wtłacza do aorty ok. 80 ml krwi. Zważywszy, że serce człowieka bije ok. 70 razy na minutę, w ciągu roku daje nam to objętość równą 2943 m³ krwi. Odpowiada to mniej więcej ilości paliwa znajdującej się w 73 cysternach paliwowych – tylko w ciągu jednego roku! Jeżeli przyjmiemy, że przeciętnie człowiek żyje 70 lat, ilość przepompowanej krwi będzie równa 246624 m³, czyli tyle co:



6165 cystern paliwowych 80 basenów olimpijskich



kubatura „Spodka”

Wykonując podobne obliczenia dowiemy się, że serce człowieka kurczy się w ciągu całego życia ok. 2,5 miliarda razy!!!

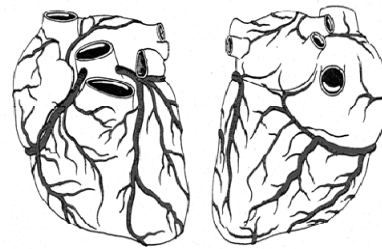
Aby serce mogło wykonać tak wielką pracę musi być stale dobrze zaopatrzone w tlen i substancje odżywcze. Zapewniają mu to naczynia wieńcowe, które obejmują serce niczym wieniec - stąd ich nazwa. **Naczynia wieńcowe** składają się z:

- tętnic wieńcowych - które odchodzą od początkowego odcinka aorty zwanego opuszką; płynąca w nich krew doprowadza do mięśnia sercowego wyżej wspomniane niezbędne składniki.

W sercu człowieka znajdują się 2 główne tętnice wieńcowe:

- prawa tętnica wieńcowa (RCA)
- lewa tętnica wieńcowa (LCA).

Rozgałęziają się one na mniejsze naczynia poboczne. Najważniejszym odgałęzieniem jest gałąź międzykomorowa przednia (LAD), odchodząca od tętnicy wieńcowej lewej (zwana „tętnicą życia” lub „tętnicą wdów”). Zaopatruje ona większość serca, a zwłaszcza lewą komorę.



Nagle jej zamknięcie np. przez pękniętą blaszkę miażdżycową, powoduje rozległy zawał serca, a nawet zgon.

- żył wieńcowych - naczyń zbierających krew z serca, a wraz z nią dwutlenek węgla i uboczne produkty metabolizmu powstające podczas pracy serca. Żyły wieńcowe prowadzą krew do prawego przedsionka serca.

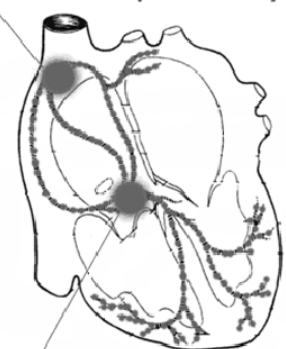
Wyspecjalizowana grupa komórek mięśniowych w sercu ma zdolność do wytwarzania i przewodzenia impulsów elektrycznych - to właśnie ten impuls elektryczny jest sygnałem dla serca do wykonania skurczu. Powstaje on w węźle zatokowo-predsionkowym w prawym przedsionku, rozchodząc się po przedsionkach wywołuje ich skurcz. Krew znajdująca się w przedsionkach wtłaczana jest wtedy do komór.

Dalej impuls biegnie przez węzeł przedsionkowo-komorowy i pęczkiem Hisa rozchodzi się po komorach, również doprowadzając do ich skurczu. W chwili skurczu komór krew, która się w nich znajduje, wtłaczana jest do wielkich naczyń: aorty i pnia płucnego.

Następnie serce przechodzi w fazę rozkurczu, w węźle zatokowo - przedsionkowym generowany jest kolejny impuls i cały cykl zaczyna się od nowa.

Węzeł zatokowo-predsionkowy to naturalny rozrusznik serca, generuje on impulsy automatycznie ok. 60-100 razy na min. Jego praca jest regulowana przez **układ nerwowy**, bez udziału naszej woli. Kiedy wykonujemy jakiś wysiłek bądź też bardzo się stresujemy, układ nerwowy pobudza węzeł zatokowo-predsionkowy do częstszego wyzwalania impulsów, co powoduje szybsze bicie serca. Podczas snu czy odpoczynku - odwrotnie, układ nerwowy hamuje czynność węzła zatokowo-predsionkowego i serce bije wolniej. Dzięki temu mechanizmowi szybkość pracy serca jest zawsze dostosowana do potrzeb organizmu.

węzeł zatokowo-predsionkowy



węzeł przedsionkowo-komorowy

ZAWAŁ SERCA TO JESZCZE NIE KONIEC ŚWIATA



Nierzadko zawał serca objawia się od razu zatrzymaniem krążenia i nagłym zgonem. Ważnym jest, by natychmiast podjąć akcję ratowniczą i niezwłocznie wezwać pogotowie ratunkowe.

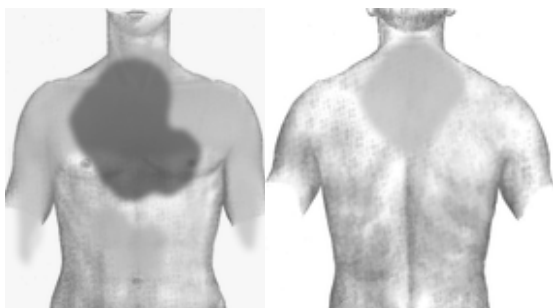


Zawał serca to martwica fragmentu mięśnia serca spowodowana jego niedokrwieniem, zwykle na tle choroby wieńcowej. Stanowi on jedną z najbardziej znanych i dramatycznych postaci choroby

wieńcowej. W krajach rozwiniętych zawał serca jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów. Konsekwencje niedokrwienia zależą od stopnia ograniczenia przepływu krwi przez dany obszar mięśnia oraz czasu trwania niedokrwienia. Stosunkowo często zawał jest pierwszym objawem choroby wieńcowej.

Czasami momentem prowokującym zawał jest duży wysiłek fizyczny, innym razem stres emocjonalny, duże wahania ciśnienia tętniczego lub przebyty uraz. Zawały serca występują częściej wczesnym rankiem (40% zawałów ma miejsce między godziną 6⁰⁰ a 12⁰⁰), co może być spowodowane większą skłonnością zakrzepową krwi o tej porze doby.

Typowe objawy zawału serca to ból w klatce piersiowej, za mostkiem, nieprzyjemne uczucie ucisku, ciasnoty, nieustępujące po kilku minutach. Ból może być gniotący, piekący, rozrywający, promieniujący na ramiona, szyję, żuchwę, plecy i brzuch. Może to być długotrwały ból w nadbrzuchu, czasami podobny do zgagi. Bólowi mogą towarzyszyć: duszność, poty, uczucie leku oraz nudności. Ból zawałowy trwa przeważnie nie krócej niż 20 minut, często kilka godzin. Na intensywne długo utrzymujące się bóle nie wpływają ani odpoczynek, ani nitrogliceryna.



Rys. Promieniowanie bólu zawałowego.

Około 15–25% zawałów serca daje nietypowe, niewielkie dolegliwości lub przebiega zupełnie bezbólowo (tzw. „nieme zawały”). Najczęściej zawały bezbólowe pojawiają się u osób chorych na cukrzycę, u których neuropatia cukrzycowa jest przyczyną zmniejszonej percepcji bólu.

Zawał serca znacznie częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet, ponieważ żeńskie hormony chronią mięsień sercowy. Nie jest to jednak ochrona bezwzględna. Stres, złe odżywianie, a zwłaszcza palenie papierosów sprawiają, że dziś kobiety narażone są bardziej niż kiedyś. Szczególnie dużo zawałów obserwuje się u kobiet w okresie menopauzy.

Co zrobić, gdy wystąpi ból w klatce piersiowej?

Jeżeli ból wystąpił podczas wysiłku należy przerwać wysiłek i odpocząć. Po zaprzestaniu pracy ból, który nie jest bólem związanym z zawałem ustępuje w ciągu kilku minut. Jeżeli pacjent leczyl się wcześniej na chorobę wieńcową i ma przy sobie przepisane przez lekarza preparaty nitrogliceryny (w tabletkach podjęzykowych lub w aerozolu) powinien przyjąć lek. Ból powinien ustąpić po maksymalnie 5 minutach. Jeżeli ból nadal nie ustępuje można wziąć kolejną dawkę leku i odczekać następne pięć minut. Jeśliby po tym czasie ból nadal występował, należy wezwać pogotowie ratunkowe. Maksymalny czas od początku bólu w klatce piersiowej do wezwania pogotowia nie powinien być dłuższy niż 20 minut. Gdyby nawet ból ustąpił wcześniej, często nawracał, należy skontaktować się z lekarzem.

Czy wzywać pogotowie od razu, czy czekać aż samo przejdzie?



Duża część pacjentów wzywa pomoc zbyt późno. Czas decyduje nie tylko o szansach na przeżycie, ale także o późniejszym stanie zdrowia, sprawności w codziennym życiu i w pracy oraz długości życia u osób, które zawał serca przeżyły. Nie wolno zwlekać zbyt długo – maksymalnie 20 minut, wliczając w to czas na podanie dwóch dawek nitrogliceryny. Trzeba pamiętać, że w przebiegu zawału może dojść do zatrzymania pracy serca (prowadzi do utraty przytomności), które może wystąpić nagle i znacznie obniżyć szanse przeżycia, jeśli ma miejsce poza szpitalem.

Co zrobić po wezwaniu pogotowia ratunkowego?

Wezwanie pogotowia powinno być pierwszą czynnością podjętą w przypadku podejrzenia zawału serca. Należy powiedzieć, że wzywa się pogotowie do osoby, która prawdopodobnie ma zawał serca. Informowanie rodziny czy sąsiadów nie może opóźniać wezwania pomocy lekarskiej. W następnej kolejności można zaalarmować znajomych, którzy mogą ułatwić znalezienie przez zespół ratunkowy właściwego adresu (wyjść przed klatkę schodową, dom, na ulicę). Jeżeli w domowej apteczce jest kwas acetylosalicylowy, czyli aspiryna lub inne jego preparaty można wziąć 300 mg (najczęściej jest to od 2 do 4



tzw. "małych" tabletek po 75-80 mg, które należy rozgryźć). W żadnym jednak wypadku poszukiwanie tych tabletek lub obliczanie właściwej dawki nie może poprzedzać wezwania pogotowia. W oczekiwaniu na lekarza, chorego należy ułożyć w pozycji odciążającej serce, tzn. z lekko podwyższonym tułowiem. Bardzo ważne jest ułatwienie choremu oddychania, dlatego trzeba rozluźnić mu krępujące części garderoby.

Czy chorego do szpitala może zawieźć ktoś z rodziny, ze znajomych?

Jest to dopuszczalne tylko w sytuacji, gdy odległość do szpitala jest bardzo mała, a osoba dysponująca samochodem znajduje się bezpośrednio przy nas. W żadnym jednak wypadku nie wolno w pierwszej kolejności poszukiwać osoby, która zawiezie nas do szpitala, a dopiero gdy to się nie uda – dzwonić po pogotowie.

Czy człowiek po przebytym zawale nie może powrócić do normalnego życia?

Zawał serca u około połowy chorych jest pierwszym objawem miażdżycy tętnic wieńcowych. Taka diagnoza spada na nich jak „grom z jasnego nieba”, wywracając czasami całe dotychczasowe życie do góry nogami. Zawał serca powoduje większe lub mniejsze uszkodzenie serca, prowadzące do osłabienia jego „mocy”. W konsekwencji może doprowadzić do spadku wydolności fizycznej oraz wystąpienia powikłań, takich jak niewydolność serca, zaburzenia rytmu, itp. Nie znaczy to jednak, że po przebytym zawale musisz zostać rencistą. Utrata pracy wiąże się nie tylko z brakiem możliwości zarobkowania. Niestety wywiera także niekorzystny wpływ na życie towarzyskie i rodzinne, a mniejsza aktywność fizyczna prowadzi do zwiększania masy ciała i innych problemów. Tylko co czwarty „zawałowicz” wykonujący pracę związaną z dużym wysiłkiem fizycznym wymaga przekwalifikowania zawodowego. Zaprzestanie pracy zawodowej zaleca się tylko pacjentom z ciężkim, powikłanym zawałem serca, z utrzymującymi się istotnymi objawami lub zagrożeniem ponownym incydentem czy nagłą śmiercią sercową.

Zwykle po niepowikłanym zawale można powrócić do dotychczasowej pracy już w ciągu kilku tygodni po wypisie ze szpitala. Każdego chorego oczywiście ocenia się indywidualnie: klinicznie, sprawdza się wydolność w czasie testu wysiłkowego oraz kurczliwość serca w badaniu echokardiograficznym. Warunkiem powrotu do pracy jest zadowalająca kondycja i kurczliwość serca oraz brak objawów niedokrwienia mięśnia sercowego lub groźnych arytmii. Aktywność fizyczną należy natomiast dostosować do obecnej wydolności i zwiększać ją stopniowo pod nadzorem lekarza. Najczęściej już po 2 czy 3

tygodniach od niepowikłanego zawału można powrócić do aktywności seksualnej, prowadzić samochód lub korzystać z transportu lotniczego. Zaleca się wykonywanie ćwiczeń aerobowych przynajmniej 5 dni w tygodniu przez co najmniej 30 minut, o ile nie ma przeciwwskazań. Sport wyczynowy/zawodowy nie jest zalecany. Natomiast powrót do rekreacyjnej aktywności sportowej jest często możliwy dopiero po zakończeniu cyklu rehabilitacji. W przypadku zawału powikłanego zalecenia są jednak bardziej restrykcyjne.

Jak powrócić do normalności?

Pierwszym, niezbędnym elementem jest właściwa rehabilitacja szpitalna, ambulatoryjna i domowa. Poprawia ona nie tylko wydolność, ale także pokazuje choremu, jak duży wysiłek może bezpiecznie wykonywać.

Zawał serca powinien spowodować refleksje nad życiem. Czy nie warto zmienić swoich przyzwyczajeń?

Teraz bardziej niż kiedykolwiek Twoje zdrowie zależy od Ciebie!

Zmień swój styl życia w następujących dziedzinach:

- Rzuć palenie! Bezwzględnie. Nikotyna jest najbardziej niebezpieczną trucizną dla serca.
- Pamiętaj, że ruch i aktywność fizyczna mają bardzo pozytywny wpływ na zdrowie, zapobiegają rozwojowi chorób układu krążenia.
- Unikaj pokarmów bogato tłuszczowych, „tłustych”, spożywaj błonnik pokarmowy i witaminy (owoce, warzywa, soki, mięso gotowane, a nie smażone).
- Nie przekarmiaj się. Przekarmianie sprzyja występowaniu nadwagi i otyłości. Redukcja nadwagi u otyłych powoduje zmniejszenie ryzyka zawału serca.
- Pamiętaj o częstym mierzeniu ciśnienia tętniczego i właściwym leczeniu nadciśnienia. Ciśnienie tętnicze krwi nie powinno być wyższe niż 140/90 mm Hg.
- Przy leczeniu cukrzycy postępuj zgodnie ze wskazaniami lekarskimi.
- Minimalizuj stres, unikaj sytuacji stresujących.
- Jeśli jesteś osobą z rozpoznaną chorobą wieńcową, ściśle przestrzegaj zaleceń lekarskich.



Dieta po zawale serca

Czym jest zawał mięśnia sercowego? Jest jedną z postaci choroby wieńcowej, w której występuje niedostateczne ukrwienie serca na skutek zwichnięcia bądź zamknięcia światła tętnic, co powoduje powstanie obszaru martwicy. Objawem niedokrwienia jest ból w klatce piersiowej, promieniujący ku górze do rąk czy żuchwy, któremu mogą towarzyszyć duszności, zlewne poty, zawroty głowy, omdlenia. Zawał serca jest zazwyczaj następstwem zaawansowanej miażdżycy tętnic wieńcowych.

Dieta po zawale ustala się indywidualnie, w zależności od stanu chorego. W przypadku pacjenta leżącego, przez pierwsze 24 h dieta powinna być **płynna, lekkostrawna**, ze względu na możliwość wystąpienia nudności i wymiotów. Zbyt szybkie wprowadzenie normalnego żywienia może wiązać się z niebezpieczeństwem zaaspirowania treści pokarmowej do płuc, co z kolei może grozić komplikacjami zdrowotnymi, a nawet nagłym zatrzymaniem pracy serca. Chory w pierwszych dniach powinien ograniczyć podaż kalorii do **20 kcal na kg należnej** (czyli prawidłowej dla niego) **masy ciała**. Zatem osoba o rzeczywistej masie ciała 80 kg i należnej 60 kg powinna dostarczyć organizmowi około 1200 kcal.

W kolejnych dniach należy wprowadzać **dieta lekkostrawną**. Posiłki powinny być małe, ale częste (do 5-6 dziennie). Duże objętościowo danie, poprzez znaczne wypełnienie żołądka, może utrudniać oddychanie oraz zwiększać metabolizm, co stanowi duże obciążenie dla serca. Niektórzy dietetycy zalecają spożywanie tłuszczów zawierających wielonienasycone kwasy tłuszczowe; znajdują się one m.in. w tłustych rybach morskich. Tłuszcze te nie dopuszczają do tworzenia się zakrzepów; zmniejszając poziom fibrynogenu, zmniejszają poziom trójglicerydów, podnoszą również poziom tzw. „dobrego” cholesterolu, czyli HDL. Zaleca się często także dodawanie do potraw czosnku, który powoduje obniżenie ciśnienia krwi i jej krzepliwości.

W diecie tej należy ograniczyć podaż cholesterolu oraz sodu. Niewskazane są napoje zawierające kofeinę, wykluczyć zatem należy kawę i herbatę. Można jednak wprowadzić ich bezkofeinowe odpowiedniki.

Po powrocie do domu należy wprowadzić pewne ograniczenia żywieniowe:

- dieta powinna być niskocholesterolowa, ograniczająca tłuszcze nasycone, czyli wykluczająca tłuste mięsa (wieprzowina, wołowina, tłusty drób), tłuste wędliny, smalec, masło, tłusty nabiał, jaja;
- posiłki powinny być lekkostrawne - ograniczyć należy więc produkty wzdymające;

- ograniczeniu powinien podlegać cukier, słodycze, alkohol, sól;
- zamiast soli powinno stosować się przyprawy ziołowe, dania należy gotować lub piec w folii; smażenie czy duszenie na tłuszczu należy wykluczyć;
- należy zwiększyć spożycie ryb (przynajmniej 2 razy w tygodniu), bogatych w kwasy tłuszczowe omega-3, które zmniejszają ilość trójglicerydów, a zwiększają stężenie „dobrego” cholesterolu frakcji HDL;
- zaleca się zwiększenie spożycia błonnika, czyli wprowadzenie do menu produktów pełnoziarnistych (kasze, pieczywo razowe, płatki owsiane, musli);
- tłuszcze zwierzęce należy zastąpić roślinnymi, używać oliwy z oliwek, miękkich margaryn;
- należy wprowadzić chudy nabiał, zwłaszcza produkty fermentowane jak kefir, jogurt, maślanka.

Osoby otyłe powinny po zawale starać się zmniejszyć swoją masę ciała. Konieczne jest więc wprowadzenie diety **redukcyjnej**, polegającej na ograniczeniu podaży kalorii, przy jednoczesnym zapewnieniu odpowiedniej ilości składników odżywczych.

Osoby chore na cukrzycę muszą dążyć do unormowania poziomu glikemii; należy wykluczyć spożycie cukrów prostych w okresie po przebytym zawale.

U wszystkich pacjentów, w okresie 3, 6 i 9 miesięcy po przebytym zawale, należy oceniać stan gospodarki lipidowej i - w zależności od stanu zdrowia modyfikować i ustalać indywidualną dietę.

Przykładowa dieta w pierwszych dniach po zawale serca:**I Śniadanie:**

herbata
bułka
margaryna niskotłuszczowa
szynka drobiowa
fromage z ogórkiem

II Śniadanie : sok z marchwi**Obiad :**

żurek czysty
pierś z indyka w sosie pomidorowym
buraczki
ziemniaki
kompot z jabłka

Podwieczorek: grejpfrut**Kolacja:**

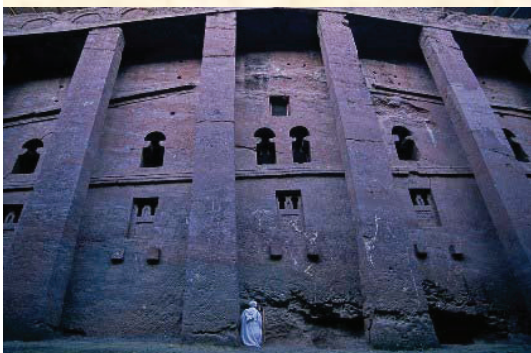
kasza gryczana
surówka z marchwi i jabłka z oliwą
kefir

Powrót do Raju... Etiopia



Siemen

Góry Siemen to jedne z najwspanialszych gór w Afryce. Zaczęły powstawać 40 mln lat temu, gdy wulkany zasypały całą okolicę popiołem i pokryły lawą warstwą grubą nawet do 3000 metrów. A potem woda mozolnie ten pył wypłukiwała, tworząc krajobrazy będący ilustracją do powieści fantasty. Pod koniec pory deszczowej (we wrzeniu) chmury nadciągające przez przełęcze sprawiają, iż pejzaże zmieniają się jak w kalejdoskopie.



Lalibela Medhane Alem

Kościół w Lalibeli nazywane bywają 8 cudem świata. Powstały w XII wieku na rozkaz króla

Lalibeli, któremu Bóg rozkazał wybudować na ziemi skalne Jeruzalem. Do dziś nie wiadomo, czemu król Lalibela zdecydował się na wykucie świątyń w głębi skał. Być może w ten sposób chciał je ochronić przed zniszczeniem w czasie wojny, gdyż schowane w ziemi kościoły są praktycznie niewidoczne z drogi i bez przewodnika trudno jest je odnaleźć. Biete Medhane Alem (Kościół Odkupiciela Świata) jest największym z wykutych w skale monolitycznych kościołów na świecie o powierzchni blisko 800 m². Wznosi się na wysokość 11,5 metra, ma długość 33,7 metrów i szerokość 23 metrów. Budowlę podtrzymuje 36 kolumn wewnątrz i drugie tyle na zewnątrz.

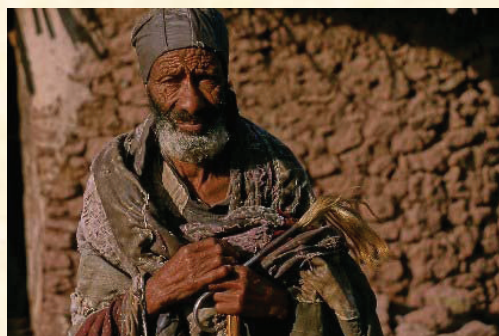


Lalibela - Bete Giorgis

Biete Giorgis (Kościół św. Jerzego) wzniesiony na planie krzyża przypomina wieżę schodzącą w litej różowej skale na

głębokość piętnastu metrów. Wedle tradycji św. Jerzy był tak

zachwycony rezultatem prac, iż zaraz po ich ukończeniu wjechał konno przez prowadzący do kościoła kamienny tunel. Dziś każdy przewodnik może wskazać pozostałe po tym wydarzeniu ślady końskich kopyt.



Żebrak, Ermias

Etiopię zamieszkują głównie ludy semickie (Amharowie, Tigre, Guragie, Tigray) i kuszyckie (Oromo, Somalijczycy, Sidamo, Afarowie), za na pd.-wsch. - grupy chamito-nilotyckie (nigryckie).

Dawna nazwa kraju Abisynia pochodzi od przekształconej przez europejskich podróżników nazwy ludu Habesz przybyłego ok. I w. na afrykańskie wybrzeże Morza Czerwonego; do niedawna obu nazw używano obocznie. W końcu nazwę Abisynia zarzucono na rzecz znanego z Biblii greckiego określenia Etiopii (Aithiopes 'brunatne twarze'). Do dziś jednak Etiopczycy sami na siebie mówią habesza w znaczeniu "miejscowcy".



Tys Yssat

Tys Yssat to cztery wodospady spadające z wysokości ponad 40 metrów w kłębiącą się kipieli. Swoją nazwę - "Woda która Dymi" - zawdzięczają milionom kropli unoszących się nieustannie na kilkaset metrów wokół. Rankiem woda i słońce tworzą niezapomniany spektakl: tęczę zawieszoną półkolistym łukiem nad wzburzonymi kaskadami. Wedle tradycji Bóg podarował na flagę Etiopii najpiękniejsze kolory tęczy: czerwony, zielony i żółty.





Ksiądz z krzyżami

W Etiopii Kościół koptyjski (który w 1959 r. za rządów cesarza Hajle Sellasje oddzielił się od Aleksandrii stając się kościołem autokefalicznym) przyjął pewne obrzędy ze

Starego Testamentu (obrzezanie, święcenie soboty), wciąż używanym językiem w liturgii jest pochodzący z królestwa Aksum język gyyz należący do grupy języków etiosemskich. Etiopskie krzyże w zależności od regionu, z którego pochodzą przybierają najróżniejsze kształty, w ich ornamentyce skryta jest skomplikowana symbolika. Dwanaście małych krzyżyków wieńczących duży krzyż oznacza apostołów, okrągłe krzyże pochodzą z Lalibeli, zaś te przypominające łaciński krzyż wywodzą się z Aksum. W czasie świąt msze czasami są odprawiane przed kościołami, kiedy to kapłani pogrążają się w śpiewnej modlitwie przy wotrze wielkich bębnow.

potomków starożytnych Izraelitów. Jeszcze dwadzieścia lat temu w Etiopii przebywało blisko 60 tysięcy Felaszów, dziś pozostało zaledwie kilka rodzin. W czasie klęski głodu w 1985 roku państwo Izrael przeprowadziło spektakularną operację Salomon. Przez kilkanaście godzin tajnym mostem powietrznym sprowadziło do siebie 7000 Felaszów, za to kilka lat później w 1991 podczas etiopskiej wojny domowej otwarto kolejny most powietrzny (operacja Mojżesz) zabierając pozostałych w ogromnych odrzutowcach. Dziś oglądając Fellasha Village nie sposób się oprzeć myśli, iż niezwykła historia Felaszy połączona ze sprzedażą pamiątek stała się najlepszym biznesem dla tych, którzy na tamte samoloty się spóźnili



Plemiona Południa Hamerowie i Arbore

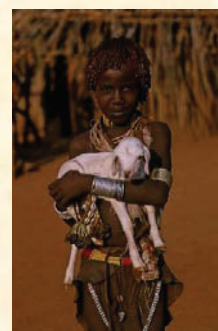
Aby zobaczyć ludzi "Czarnej Afryki", trzeba wyruszyć na południe, w okolicę Doliny Omo. Każde z mieszkających tu 12 plemion różni się

strojem i obyczajami. Arbore noszą piękne dekoracje z koralików, Karo gołą głowę pozostawiając niewielką kępkę umazanych gliną włosów, za Hamerowie ubierają się prawie wyłącznie w skóry ozdabiane muszelkami i koralikami, a włosy skręcone z gliną tworzą swoiste "dredy".



Dziecko z kosmykiem

Wśród wielu zwyczajów bardzo powszechnym jest pozostawianie dzieciom na głowie kosmyka włosów wierząc, iż jeśli umrą one w niemowlęctwie, Bóg chwyci je za te włosy i zabierze ich duszę do nieba.



Na południu Etiopii strój oraz ozdoby są rodzajem "dowodów osobistych", informując na pierwszy rzut oka, do jakiego plemienia należy ich posiadacz. Zupełnie nową ozdobą

Hamerek są... metalowe paski od zegarków oraz klucze noszone bardziej jako talizmany niż biżuteria. Wbrew pozorom jest w tym spora logika - w końcu biali przybysze do tych przedmiotów mają wręcz nabożny stosunek, zatem muszą mieć one magiczne właściwości



Pejzaż z kwiatami

Etiopia jest tak różnorodna, iż nie da się jej jednoznacznie opisać. Są tu kamienne pustynie, zielono-żółte sawanny, niebotyczne góry i uprawne pola. To krajobrazy, który zmieniają

pory roku: we wrześniu pełne bujnej zieleni, w styczniu, spalone słońcem.



Felasze

Nieopodal Gondaru można spotkać niezwykłych ludzi - Felaszy. Etiopscy Żydzi wedle podań przybyli tu jako eskorta



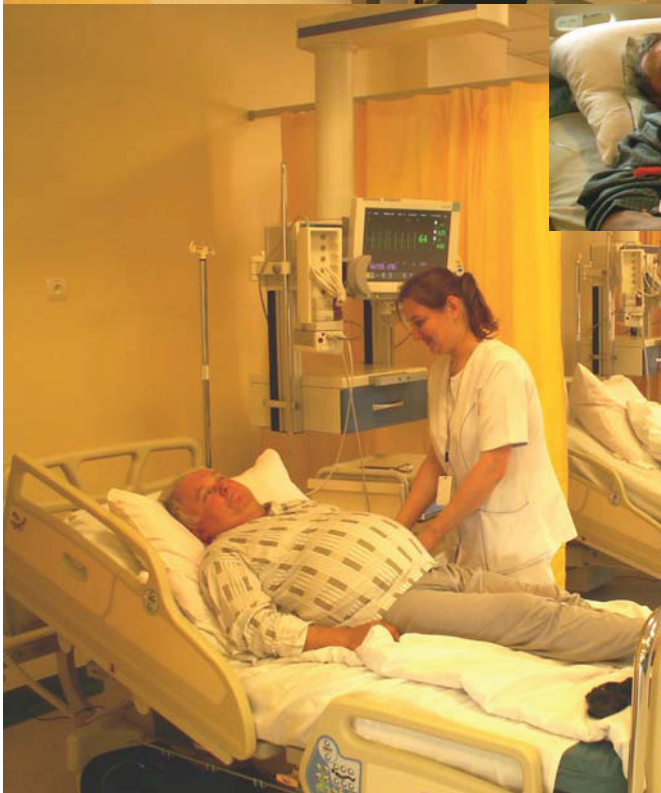
Tekst i zdjęcia

Anna Olej - Kobus i Krzysztof Kobus

www.miedzykulturowa.org.pl

Menelika I wprost z dworu króla Salomona i są uważani za





BUDYNEK CZYNIA LUDZIE





Tradycja i nowoczesność Japonii

Aktualne dramatyczne wydarzenia w Japonii skłoniły mnie do tego krótkiego przypomnienia podróży po „kraju kwitnącej wiśni”. Tragedia ludzi jest mi tym bliższa, że przebywałam



w miejscach, gdzie tsunami wyrządziło tyle nieszczęścia. Znak ostrzegawczy wskazujący kierunek ucieczki, będący dla mnie tylko ciekawostką i obiektem fotografii, nabrał realnego znaczenia.



Ponad trzy tygodnie to zdecydowanie za mało, aby poznać wszystkie polecane przez przewodniki miejsca, ale już kilka dni wystarczyło na całkowitą fascynację tym krajem.

Zachowana dzięki długiej, ponad 200-letniej, izolacji kultura czyni go magicznym. Odmienność religii, wyglądu, ubioru i mentalności ludzi – zadziwia.

Religia to nieodłączny element codziennego życia Japończyków. Dominującymi są tu: *shintoizm* i buddyzm, przenikające się wzajemnie. Mówi się, że Japończyk rodzi się shintoistą, a umiera buddystą, gdyż w *shinto* nie istnieją obrzędy związane ze śmiercią i pogrzeby odbywają się zgodnie z tradycją buddyjską. Wszędzie znaleźć można świątynie buddyjskie z pagodami i shintoistyczne chramy z charakterystycznymi czerwonymi bramami *torii*, a w każdym z nich modlących się czy medytujących pielgrzymów. Kulturowane są tu liczne obrzędy: obmy-



wanie dłoni przed wejściem do świątyni, okadzanie umysłu. Sama modlitwa to ... zestaw szybkich ukłonów i kilku okłasków; rozpoczyna się uderzeniem w potężny gong, a kończy wrzuceniem monety do specjalnej skrzyni.

Posągów Buddy w Japonii jest tysiące, jednak spektakularne wrażenie robi drugi co do wielkości, stojący na tle zalesionych wzgórz, Budda

z Kamakury. Pomnik odlany z brązu w 1252 r. ma 11 metrów wysokości i waży 93 tony, i ... można zajrzeć do wnętrza.

Tokio, wbrew ogólnemu wyobrażeniu, to nie tylko unowocześniona w najwyższym stopniu metropolia, wysokie budynki skupione na małej przestrzeni, zatłoczone metro, salony gier komputerowych i bary *sushi*. To także parki, świątynie, np. Meiji Jingū, w której młode pary biorą ślub w obrządku *shinto*, a małe dzieci w tradycyjnych kimonach oddawane

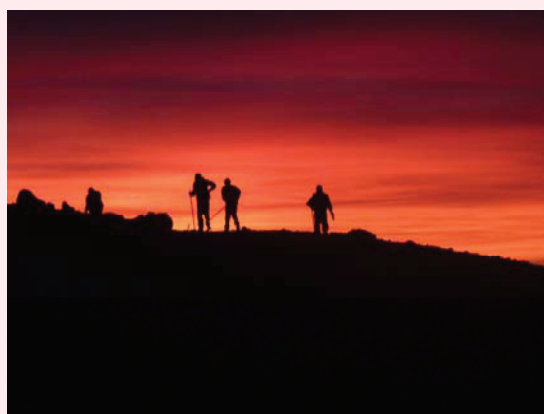


są pod opiekę bogom. Wieczorem natomiast warto zawędrować do dzielnicy Shibuya, miejsca licznych rozry-

wek oświetlonego tysiącami neonów i olbrzymich reklam; miejsca, które pojawia się na ekranie w każdej hollywoodzkiej produkcji, kręconej w Tokio.



Dużym przeżyciem było wejście nocą na świętą górę Fudzi.



Wspinaczka z czołówkami, tylko punktowo rozświetlającymi ciemności, wśród innych

„pielgrzymów” trwała z przystankami około 6 godzin, ale wschód słońca o 4.30 na 3776 m n.p.m. wynagrodził zimno i wszelkie poniesione trudy.

Kioto zachwyca zderzeniem nowoczesności z tradycją. Wśród awangardowych budynków można znaleźć małe chramy i

bramy *torii*. W dzielnicy Gion wracam do czasów gejsz, wyko-



nujących piękne tańce, ceremonii parzenia – *chanoyu* – prawdziwej zielonej herbaty. Tutaj zachwyciłam się teatrem lalek *bunraku*, gdzie trzech ubranych na czarno aktorów opowiadało ruchem jednej kukielki historię miłości, rozstania i samobójstwa.



kukielki historię miłości, rozstania i samobójstwa.



z drzewa kamforowego w 1875 roku. Podczas przyływu wystaje groźnie z wody, broniąc wejścia do zabudowań świątynnych Itsukushimy, zbudowanych na palach, przez co wydaje się, że dryfują na wodzie. Malowniczość tego miejsca



w dzień podkreślają oswojone danielę, wieczorem zaś zapalone kamienne latarnie ustawione na nadbrzeżu.

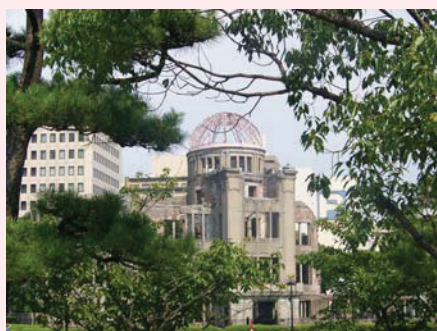
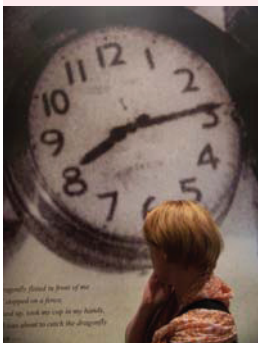
Polskim, bardzo zresztą sympatycznym akcentem, był plakat w uzdrowisku Beppu, zapraszający na film *Katyn* A. Wajdy. Beppu – miasto licznych łaźni, tzw. *onsenów* – to dość specyficzne miejsce, gdzie z kratak ulicznej kanalizacji słychać muzykę, a w okresie zimy wszystko owiane jest mgiełką pary wydobywającej się z gorących źródeł.



Do kolejnych punktów podróży można dotrzeć super szybkim – 290 km/h, super czystym i wygodnym pociągiem Shinkansen. Pociąg odjeżdża z super

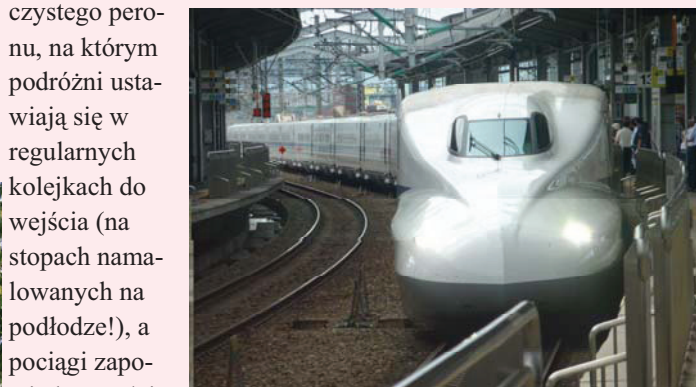


Niezwykłym miejscem niedaleko Kioto jest świątynia Fushimi Inari, gdzie setki czerwonych *torii* tworzą 4-kilometrową ścieżkę przez las.



Niesamowitym doznaniem był pobyt w Hiroszynie i wizyta w muzeum poświęconym wybuchowi bomby atomowej, uświadamiająca ogrom tragedii z 6. sierpnia 1945 roku. Pozostawiony w Parku Pokoju jedyny ocalały z eksplozji betonowy budynek straszny, przypomina i przestrzega.

Miejscem, dla którego ja polecałam do Japonii jest Miyajima, wyspa położona na Morzu Wewnętrznym. Znajduje się tam wielka czerwona, ponad 16-metrowa *torii*, wykonana



Japonii ta sama pani po takim samym sygnale rodem z ptasiego radia.

Oczywiście wpływy Zachodu są w Japonii bardzo widoczne (po pracy mężczyźni w czarnych garniturach wieczory spędzają raczej przy szklaneczce whisky niż sake ...), mimo to, zwłaszcza w małych miasteczkach i wioskach, można znaleźć prawdziwą pradawną krainę samurajów i zapaśników sumo.

Dōmo arigatō

Z.U.

Angiografia tętnic wieńcowych (czyli koronarografia)

Koronarografia to badanie służące do diagnostyki zwężeń tętnic wieńcowych. Jest to najczęściej wykonywana procedura diagnostyczna w pracowni hemodynamiki. Zabieg polega na wprowadzeniu długiego cewnika do nacięcia wykonanego w tętnicy udowej (okolica pachwiny) lub tętnicy promieniowej (na przedramieniu). W trakcie badania, przy pomocy promieniowania RTG,



lekarz kontroluje na monitorze położenie końcówki cewnika i wprowadza ją w okolice serca do ujścia tętnicy wieńcowej prawej oraz lewej. W to miejsce z otworu na końcu cewnika podawany jest środek cieniujący, który pozwala na uwidocznienie przebiegu naczyń wieńcowych i ewentualnych zwężeń. Obraz ten jest nagrywany i następnie analizowany przez zespół lekarzy, celem ustalenia indywidualnie dobranego sposobu

leczenia.

Jak dobrze przygotować się do badania koronarograficznego?

Drogi Pacjencie,

jeśli zostałeś zakwalifikowany do koronarografii, pamiętaj o:

1. szczepieniu przeciwko WZW typu B: przed każdym badaniem inwazyjnym czy operacją warto zaszczepić się przeciwko WZW B (wirusowemu zapaleniu wątroby typu B). Szczegółowych informacji dotyczących szczepienia można zasięgnąć u lekarza rodzinnego
2. skonsultuj się z lekarzem celem ustalenia, które leki należy odstawić przed zabiegiem np.
 - a. Metforminę - należy odstawić kilka dni przed zabiegiem
 - b. Leki przeciwkrzepliwie (acenokumarol i warfarynę) należy odstawić na ok. 3 dni przed zabiegiem, w zamian należy przyjmować heparynę (w postaci zastrzyków podskórnych). Nie należy odstawiać kwasu acetylosalicylowego, czyli popularnej aspiryny.

Dzień przed badaniem:

1. Ważne jest odpowiednie nawodnienie organizmu: przed zabiegiem należy przyjąć minimum 1,5-2 l na dobę. Jeśli masz stwierdzoną przewlekłą chorobę nerek, warto przyjąć większą

ilość płynów (ok. 3 l/d).

W dniu badania:

1. nie powinno się jeść na 6h przed zabiegiem
2. nie powinno się palić papierosów na 6-8h przed zabiegiem
3. w samym szpitalu trzeba ogolić pachwiny (w przypadku dojścia cewnikiem przez tętnicę udową), wziąć prysznic. Kobiety powinny pamiętać o zmyciu lakieru z paznokci dłoni i stóp. Należy zdjąć biżuterię (pierścionki, wisiorki, kolczyki, zegarek, itp.). Ważne także, by wyjąć protezy zębowe

Co będzie się ze mną działo po przyjęciu do szpitala?

- 1) przy przyjęciu lekarz przeprowadzi z Tobą dokładny wywiad, zapyta o przebieg choroby, uczulenie na środki cieniujące, zapozna się z wynikami dotychczasowych badań a następnie wykona badanie fizykalne
- 2) lekarz poinformuje Cię o przebiegu badania i ewentualnych powikłaniach. Konieczna będzie Twoja pisemna zgoda na wykonanie badania.
- 3) pielęgniarka założy Ci wkłucie żyłne (wenflon); następnie wykonane zostaną wszystkie niezbędne badania laboratoryjne;
- 4) w razie konieczności podana zostanie kroplówka w celu odpowiedniego nawodnienia, a tym samym zmniejszenia skutków działania środka cieniującego na nerki.

Po przyjeździe na sale hemodynamiczną:



1. Zostaniesz poproszony o ułożenie się na stole hemodynamicznym. Pielęgniarki przykleją elektrody EKG do skóry klatki piersiowej. Następnie okolica, w której wykonane będzie wkłucie, zostanie zdezynfekowana.

2. Lekarz, w miejscowym znieczuleniu, igłą angiograficzną nakłuje tętnicę udową lub promieniową celem wprowadzenia prowadnika, po którym zostanie wprowadzona koszulka naczyniowa (plastikowa rurka, przez którą zostanie podany środek cieniujący). Moment wprowadzania koszulki może być nieco bolesny.

3. Zabieg koronarografii trwa około 30 min., po czym pacjent transportowany jest z sali hemodynamicznej na sale pooperacyjną.

Możliwe powikłania

Koronarografia jako procedura wykonywana planowo u pacjentów stabilnych jest zabiegiem stosunkowo bezpiecznym.

Możliwe najczęstsze i najbardziej istotne powikłania oraz ryzyko ich wystąpienia:

- Zgon 0,1%
- Zawał serca 0,1%
- Udar mózgu 0,1%
- Miejscowe powikłania naczyniowe np. często krwaki w miejscu dostępu naczyniowego
- Zaburzenia rytmu serca lub bloki przewodzenia
- Reakcja anafilaktyczna w przypadku uczulenia na środki cieniujące
- Niewydolność nerek

Drogi Pacjencie,

Jeśli masz dodatkowe pytania lub chciałbyś dowiedzieć się więcej na temat koronarografii, zwróć się do personelu pielęgniarskiego lub lekarskiego. Z chęcią udzieli Ci wyczerpujących informacji na nurtujące Cię pytania oraz wyjaśnią wszelkie niejasności.



Zakup aparatury obrazowej oraz wyrobów medycznych na potrzeby Pracowni Hemodynamiki i Diagnostyki Obrazowej SCCS w Zabrze

Projekt dofinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Infrastruktura i Środowisko

Całkowita wartość projektu: 9 001 223,22 PLN

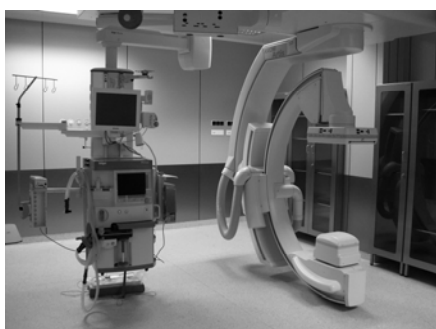
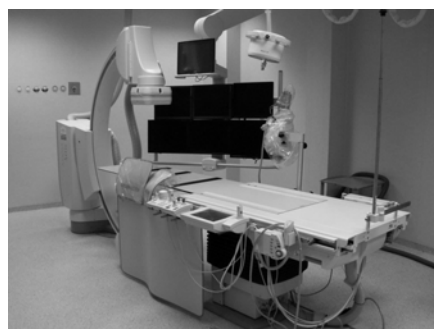
Dofinansowanie z EFRR: 7 651 039,74 PLN

Zakup aparatury obrazowej i wyrobów medycznych na potrzeby Bloku Operacyjnego oraz Oddziału Intensywnej Opieki Sercowo-Naczyniowej SCCS w Zabrze

Projekt dofinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Infrastruktura i Środowisko

Całkowita wartość projektu: 9 975 340,00 PLN

Dofinansowanie z EFRR: 8 479 039,00 PLN



Jolanta Głowik

Zdjęcia:

Aleksander Jaworski

Edyta Czuwara
Rozmowa z...

Bożeną Krymską



Na co ukierunkowana jest promocja zdrowia w Śląskim Centrum Chorób Serca?

Sama nazwa i specyfika placówki podpowiada kierunek działania. Jest to oczywiście podejmowanie działań na rzecz zmniejszenia ryzyka występowania chorób układu sercowo-naczyniowego.

Śląskie Centrum Chorób Serca jest szpitalem promującym zdrowie; od kiedy?

Tak, nasz Ośrodek jest Szpitalem promującym zdrowie. Po pierwsze wynika to z zadań SCCS jako placówki opieki zdrowotnej. Po drugie – Dyrekcja postanowiła podkreślić tę naszą dziedzinę działalności, wprowadzając formalnie, w roku 2003, w strukturę Szpitala Zespół ds. Promocji Zdrowia. W roku 2007 w zespole zostały wprowadzone zmiany osobowe i od tego czasu pełnię funkcję przewodniczącej Zespołu.

Co było motywem podjęcia się zadań szpitala promującego zdrowie?

Nie można skutecznie leczyć nie uwzględniając profilaktyki – a więc i również prowadzenia prozdrowotnego stylu życia. A tego należy uczyć ludzi od najmłodszych lat. Postrzegając holistycznie choroby układu sercowo-naczyniowego nie sposób pominąć profilaktyki.

Czy Śląskie Centrum Chorób przynależy do Polskiej oraz Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie?

Polska Sieć Szpitali Promujących Zdrowie przyjęła w swoje szeregi Śląskie Centrum Chorób Serca w kwietniu 2003 roku. Członkiem Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie nasz Szpital został w 2005 roku.

Jakie działania podejmuje Zespół ds. Promocji Zdrowia?

Zadania Zespołu realizowane są wielopłaszczyznowo. Najogólniej można sprowadzić je do kilku obszarów:

aktywizacja pacjentów, ich rodzin oraz pracowników do podejmowania działań na rzecz własnego zdrowia,

redukcja ryzyka problemów zdrowotnych lokalnej społeczności,

rozwijanie projektów promocji zdrowia na poziomie Szpitala,

ulatanianie i zachęcanie szpitali członkowskich do współpracy i wymiany doświadczeń.

Do kogo skierowana jest promocja zdrowia prowadzona przez Śląskie Centrum?

Odbiorcami naszych przedsięwzięć są oczywiście pacjenci i ich rodziny. Ale nie tylko, nie zapominamy o naszych pracownikach, o lokalnej społeczności oraz o innych placówkach opieki zdrowotnej, chcących coś zrobić na tej niwie.

Jakie działania podejmuje Ośrodek na rzecz społeczności lokalnej w zakresie programu „Szpital Promujący Zdrowie”?

Tradycją naszego Szpitala są akcje typu „Biała Niedziela”, które najczęściej odbywają się przy okazji Światowego Dnia Serca. We wrześniu ubiegłego roku zorganizowaliśmy już dwudzieste spotkanie tego typu.

Od czasu do czasu realizujemy również programy zdrowotne, m.in. organizowany pod hasłem „Wyprzedź cukrzycę” edukacyjno-zdrowotny program wczesnego wykrywania cukrzycy i innych hiperglikemii jako prewencja chorób sercowo-naczyniowych. W akcji tej wzięło udział ponad 7 tys. osób. Od dwóch lat realizujemy także roczne programy edukacyjno-zdrowotne dla mieszkańców Tarnowskich Gór i Zabrze.

Z kim, z jakimi placówkami czy też urzędami współpracuje Szpital, realizując założenia Szpitala Promującego Zdrowie?

Naszym partnerem niewątpliwie jest Urząd Miasta w Zabrzu, a ściślej mówiąc - Wydział Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej. Współpracujemy także z Urzędem Marszałkowskim w Katowicach oraz szpitalami członkowskimi Polskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie.

Jakie ewentualne plany i propozycje, mające na celu rozszerzenie działalności Szpitala, może Pani przedstawić?

Myślę, że wyzwaniem jest organizowanie corocznie Śląskiej Konferencji Szpitali Promujących Zdrowie. W tym roku, 11 kwietnia, odbędzie już czwarta. Pomaga ona zarówno utrzymać, jak również rozwijać, współpracę między placówkami o podobnych zapatrywaniach na promocję zdrowia. To trudne zadanie, ponieważ promocja zdrowia sama w sobie bezpośrednio nie przynosi namacalnych efektów. Jej owoce widać dopiero po wielu latach. Czasem musi przeminąć niejedno pokolenie, aby ludzie zmienili swoje przyzwyczajenia i sposób życia, by zaczęli dokonywać prawidłowych wyborów i brać odpowiedzialność za własne zdrowie.

Czy Pani zadaniem SCCS spełnia swoją rolę jako Szpital Promujący Zdrowie?

Myślę, że tak, choć na pewno dużo jest wciąż do zrobienia. Ale dostrzeganie tego, co jeszcze można zrobić, staje się motorem ciągłego rozwoju naszej działalności jako Zespołu ds. Promocji Zdrowia oraz Śląskiego Centrum Chorób Serca.



Nauka spania

Noworodek potrzebuje 18 godzin snu na dobę, rocznemu dziecku wystarcza 14. Dorosły człowiek śpi średnio 7,5 godziny. W łóżku spędzamy więc około 20 lat swojego życia. Sen pomaga nam zoptymalizować struktury pamięci, rozkodować je, naprawić uszkodzenia powstałe w ciągu dnia. Daje nam tak wiele, że należałoby się zastanowić, jak zadbać o to, by nasz wypoczynek był optymalny.

Już od dawna prowadzi się wiele badań na temat tego, czy w jakiś sposób można zastąpić proces snu i oszczędzić ludziom tak wiele czasu. Nawet historia zna przypadki regularnie krótkiego snu u ludzi. Naukowcy jak Tesla, Edison czy Einstein spali 3-4 godziny na dobę, a mimo to funkcjonowali bardzo dobrze. Najdłuższy okres bez snu odnotowany w Księdze rekordów Guinnessa to 264 godziny. Bez żadnych środków pobudzających wytrzymał tyle 18-letni Randy Gardner w ramach projektu badawczego w swoim liceum. Po kilku normalnie przespanych nocach wrócił całkowicie do formy. Można więc eksperymentować, wprowadzać nowe przyzwyczajenia, sprawdzać, ile snu i jak często pozwala nam funkcjonować w pełni. Bo jak widać, sen jest sprawą indywidualną, a żaden człowiek nie jest postacią wprost wyjętą z podręcznika akademickiego.

Ludzie stosują różnego rodzaju treningi autogenne, eksperymentują, wszystko po to, by móc kontrolować w pełni nie tylko czas aktywny, ale także odpoczynek. Jest też bardzo wiele osób, które z konieczności muszą szukać innego wariantu, np. pracujący na zmiany. Wielu z nas szuka więc drogi do nauczenia się spania, a przez to nie tylko do czerpania z niego przyjemności, ale także należytego wypoczynku.

Alternatywą dla tradycyjnego modelu snu jest sen fazowy, czyli 4-5 krótkich drzemek, a więc w sumie mniej niż 4 godziny snu na dobę. Niektórzy funkcjonują w ten sposób całkiem dobrze, uciekając od podporządkowywania się porze nocnej jako odpowiedniej dla snu. Wiele osób praktykuje również drzemki w ciągu dnia. Mogą one być krótkie, dwudziestominutowe, pozwalające nie tyle na zaśnięcie, ile na odpoczynek i wyciszenie się. Mogą być

także drzemki ponad półtoragodzinne, pozwalające już na zrealizowanie jednej fazy snu, która średnio tyle właśnie trwa. Podczas tej drzemki pojawiają się fazy NREM i REM, a więc fazy snu głębokiego i snu płytkiego - marzeń sennych. Jest to więc namiastka nocnego odpoczynku, pozwalająca w pełni przeżyć dzień i skrócić sen nocny.

Istnieje także zjawisko świadomego snu. Śniący zdaje sobie sprawę z tego, że śni, i może wpływać na treść marzeń sennych. Szacuje się, że ok. 20 proc. populacji doświadcza takiego stanu przynajmniej raz w życiu. Istnieją techniki uczące świadomego śnienia (np. WBTB - ang. Wake Back To Bed) - opierające się na znajomości cyklu faz snu.

- Można również zadbać o okoliczności spania, otoczkę, która spełnia kluczowe zadanie.
- Samo miejsce spania jest bardzo ważne, przytulne i kojarzące się tylko ze snem i odpoczynkiem, a nie np. z pracą.
- Uczymy się także stałego rytmu spania. Szczególna korzyść z tego typu zachowań widoczna jest u małych dzieci. Stałe pory ułatwiają zaśnięcie i spokojny sen.
- Ważny jest również sam moment zasypiania. Nie jest to przymus czy nakaz, nie można więc na siłę kłaść się i czekać na sen. To senność powinna prowadzić nas do łóżka.
- To, co robimy przed snem jest także bardzo ważne. Odprężenie się i relaks, ciepła kąpiel, wywietrzenie sypialni, nie przejadanie się ani nie głodzenie.

Wszystko to jest ważne w kontekście naszego nocnego wypoczynku.

Możliwości jest tak wiele, jak wiele jest różnorodności ludzkich przyzwyczajzeń i zachowań. Pewne jest jednak jedno - bez jakiegokolwiek ilości snu nie ma możliwości normalnego funkcjonowania. A to, jak, gdzie oraz ile będziemy spać możemy spokojnie dostosować do swoich obowiązków i przyzwyczajzeń. Oby tylko wszystkie te działania i treningi nie były sztucznie sobie narzucane, a wynikały z naturalnej potrzeby organizmu. Jeśli nie nauczymy się odpowiedniego dla nas rytmu snu, musimy szukać innych przyczyn bezsenności, czy to dających się poprawić farmakologicznie, czy psychologicznie. Ważne by osiągnąć cel - obudzić się po dobrze przespanej nocy wypoczętym i z uśmiechem na ustach.

Trochę historii (medycyna ludów prekolumbijskich)

U ludów prekolumbijskich za leczenie odpowiadał kapłan-lekarz, funkcję tę dziedziczyło się z pokolenia na pokolenie.

U Majów istniał podział lekarzy ze względu na wykonywane czynności (odbieranie porodów, upuszczanie krwi)

Ludy te znały rośliny lecznicze, wiele z nich np. kurara wykorzystywane są do dziś

Wykonywano wówczas trepanację czaszek

Stolica Azteków - Tenochtitlan, posiadała sieć kanalizacyjną oraz publiczne latryny.

To dzieje się w Polsce:

Lekarze z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu przeprowadzili pierwszą w Polsce operację z wykorzystaniem chirurgicznego robota Da Vinci za 8 milionów dolarów. Robot nie zastępuje lekarza, ale może być dla niego pomocą, zapewniając znacznie większą precyzję.

W Zielonej Górze podczas VI Forum Chirurgów Kręgosłupa przeprowadzono pokazową operację - przykład najnowocześniejszej, małoinwazyjnej techniki zabiegowej. Pacjent wychodzi ze szpitala i wraca do aktywnego życia cztery razy szybciej, niż przy klasycznych metodach.

Specjaliści z Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach jako pierwsi w Europie zaczęli testować leczenie nawracającego zapalenia zatok z wykorzystaniem urządzenia do endoskopowego płukania i usuwania bakterii z zatok.

Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II pierwszy w kraju wdrożył metodę wszczepiania zastawki wewnątrzoskrzelowej u chorych z rozedmą płuc. Do tej pory rozwiązaniem był przeszczep płuc lub operacyjne usunięcie najbardziej chorych fragmentów.

To się dzieje na świecie:

Europejscy naukowcy opracowali inteligentną protezę, która naśladuje ruchy prawdziwej dłoni ludzkiej i pozwala pacjentowi odbierać wrażenia dotykowe. Rozwiązanie ma poprawić jakość życia ludzi, którzy z powodu amputacji dłoni zmagają się z niepełnosprawnością.

Naukowcy z Holandii opracowali miniaturowy układ analityczny, który umożliwia dokładne określenie stężenia we krwi litu - stosowanego w terapiach psychiatrycznych. Wystarczy kropelka krwi, by określić czy poziom litu nie jest zbyt wysoki lub za niski. Lit to jeden z ważniejszych leków stosowanych w różnego typu terapiach psychiatrycznych np. przy leczeniu depresji maniakalnych.

Powstał prototyp sztucznej nerki, którą można wszczepić choremu. Urządzenie opracowane przez zespół naukow-

ców z San Francisco składa się z tysięcy mikroskopijnych filtrów oraz zawierającego żywe komórki kanalików nerki bioreaktora. Dzięki temu może ono spełniać funkcje prawdziwej nerki - przede wszystkim utrzymywać równowagę elektrolitową i wydalać szkodliwe substancje.

Amerykanie stworzyli pigułkę, która przyjmowana raz dziennie, pomaga zapobiec zakażeniu wirusem HIV. Pigułka o nazwie Truvada jest połączeniem dwóch leków (tenofovir i emtrycytabina). Badania nad Truvadą jako pierwsze dowodzą, że przyjmowanie leków przeciw wirusowi HIV przez zdrowe osoby może zmniejszyć ryzyko zakażenia.

Ciekawostki „kuchenne”:

Główny składnik przyprawy curry - kurkuma, zwana też szafranem indyjskim - może znaleźć zastosowanie przy wykrywaniu materiałów wybuchowych

Opracowana przez brazylijskich naukowców metoda pozwala wykorzystać włókna roślinne z łodyg i liści ananasów czy bananów do produkcji tworzyw mogących znaleźć zastosowanie w przemyśle samochodowym

Spożywanie codziennie łyżeczki oleju kartamusowego może wpływać na zmniejszenie ryzyka chorób serca u otyłych kobiet po menopauzie, które cierpią na cukrzycę typu 2.

Św. Patryk, patron Irlandii, najprawdopodobniej jadał tak, jak zalecają dzisiejsi dietetycy. Jego menu składało się z kosztownych obecnie organicznych produktów zbożowych, ryb i wodorostów - uważa historyk odżywiania, która badała dietę z V wieku.

„Zdrowy przepis”

Przepis na całkowicie zdrowe kotleciki z kaszy

Składniki:

Kasza jęczmienna lub płatki owsiane
Marchew
Korzeń pietruszki
Seler
Jajko
Bułka tarta
Przyprawy

Przygotowanie:

Kaszę jęczmienną uprażyć (ilość w zależności od potrzeby), płatki osiane zalać wrzątkiem., warzywa ugotować (jeszcze lepiej przygotować na parze). Do pojemnika dać kaszę (płatki), ugotowane warzywa zetrzeć na grubej tarce, wbić całe jajko i dodać bułkę tartą tak, by konsystencja była dość gęsta. Dodać przyprawy wedle uznania.

Gotowe kotleciki smażyć na dobrej jakości tłuszczu lub piec w piekarniku.

Dział Techniczny donosi:

13.04.2011 odbyła się przeprowadzka Pracowni Krzepnięcia Krwi do budynku B. Nie byłoby w tym nic nadzwyczajnego gdyby nie fakt, że jedno z największych i najcięższych urządzeń diagnostycznych musiało być wynoszone oknem.

Nie obyło się bez użycia ciężkiego sprzętu. Poniżej prezentujemy kilka zdjęć z przedsięwzięcia.

Na szczególne podziękowania zasługuje personel Pracowni pod kierunkiem Dr Jacka Kaczmarek, który wzorowo i terminowo przygotował sprzęt do wywiezienia.

Dzięki czemu całość zadania została wykonana w ciągu zaledwie pięciu godzin.

Dziękujemy.

Grzegorz Chwojncki



„Kuba” poleca ...

Zabrzańska Masa Krytyczna to akcja pod hasłem „My nie blokujemy ruchu, my jesteśmy ruchem”.

Polega na wspólnym przejeździe przez miasto maksymalnej liczby rowerzystów.

Masa Krytyczna została zapoczątkowana w 1992 roku w San Francisco, gdzie odbywa się do dzisiaj, w każdy ostatni piątek miesiąca. Idea szybko rozprzestrzeniła się do innych miast w USA, a następnie do Europy, Australii i kilku miast w Azji. Obecnie Masa Krytyczna odbywa się w kilkuset miastach na całym świecie, a największe comiesięczne imprezy odbywają się w San Francisco (ok. 2 tys. ludzi), Nowym Jorku (ok. 5 tys. ludzi) i Londynie (1,5 tys. osób).

13 sierpnia 2010 roku w Zabrzu po raz pierwszy została zapoczątkowana idea Masy Krytycznej.

Od tego czasu spotykamy się w każdy drugi piątek miesiąca, by wspólnie, pod eskortą zabrzańskej policji, przejechać rekreacyjnym tempem 16 kilometrową trasę przez miasto oraz by pokazać władzom, mieszkańcom i kierowcom, że rowerzysta jest pełnoprawnym użytkownikiem dróg.

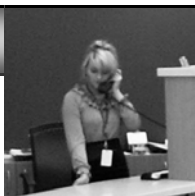
Staramy się też zachęcić władze, by inwestowały w nowe parkingi, drogi i szlaki rowerowe, które zdecydowanie podnoszą wizerunek Zabrza.

Promujemy również zdrowy styl życia i bezpieczną, przepisową jazdę rowerem.

Serdecznie zapraszam!



Śląsk a turystyka



Zapytaj znajomego, co robi w weekend lub po pracy. Co usłyszysz? Kino, restauracja, basen lub wypad w góry – to najczęstsze odpowiedzi. Oczywiście, każda forma spędzania wolnego czasu, która nie jest

zwykłym przesiadywaniem przed telewizorem czy komputerem, będzie dobrym wyborem. Dlaczego jednak często wybieramy powtarzalne i banalne rozrywki, skoro mieszkamy w tak ciekawym pod względem turystycznym regionie? Wbrew pozorom Śląsk jest bardzo atrakcyjny, oferuje nam bowiem bogatą ofertę turystyczną, związaną z tzw. turystyką przemysłową. Dotyczy ona zwiedzania czynnych obiektów przemysłowych, których podstawowa działalność nie jest lub wcześniej nie była nastawiona na turystykę. Dopiero od niedawna rozpoczęto prace nad ustalaniem konkretnej definicji tego typu turystyki i kształtowaniem norm, które powinna ona spełniać. Proponowany wzorzec jest otwarty dla całej gamy produktów turystyki dziedzictwa przemysłowego, włączając w nie zarówno zabytki, jak i działające obiekty przemysłowe, udostępnione do zwiedzania przez różnorodną publiczność.



Nie bez powodu na Śląsku został wyznaczony Szlak Zabytków Techniki, który jest tematyicznym szlakiem turystycznym, obejmującym obiekty dziedzictwa przemysłowego naszego regionu. W jego skład

wchodzi około trzydzieści obiektów związanych z tradycją górniczą i hutniczą, energetyką, kolejnictwem, łącznością, produkcją wody oraz przemysłem spożywczym. Pojedyncze obiekty poprzemysłowe stają się bardziej atrakcyjne po połączeniu ich – dla potrzeb zwiedzających - w jeden szlak turystyczny.

Szlak, jak każdy inny produkt turystyczny, powinien mieć swój standard oraz markę. Śląski Szlak Zabytków Techniki ma w sobie ogromny potencjał turystyczny, wcale nie mniejszy od np. tego w Zagłębiu Ruhry w Niemczech, gdzie turystyka przemysłowa rozwinęła się na skalę europejską. Dlaczego zatem na Śląsku nie wykorzystuje się w stu procentach takich możliwości? Aby odpowiedzieć na to pytanie wystarczyło przeprowadzić krótką ankietę dotyczącą regionu Górnego Śląska. Zamieściłam w niej kilka prostych pytań, m.in.: z czym kojarzy ci się Górny Śląsk, ile razy odwiedziłeś zabytek turystyki przemysłowej, w jakiej formie była zorganizowana taka wycieczka, jaki był jej motyw, czy spotkałeś się z promocją turystyki przemysłowej. Wnioski były

następujące: po pierwsze - większość ankietowanych nie spotkała się z promocją dziedzictwa przemysłowego na Górnym Śląsku, po drugie – zdaniem badanych obiekty turystyki przemysłowej należą do średnio atrakcyjnych; ustępują one zdecydowanie miejsca innym formom spędzania wolnego czasu, jak choćby wyjście do aqua parku czy kina. Większość osób swoje wizyty w obiektach turystyki przemysłowej odbyła w ramach standardowych wycieczek jeszcze w latach szkolnych lub np. w ramach wycieczki zakładowej, niewielu natomiast było takich, którzy wyjście do tego typu obiektu odbyło we własnym zakresie - a tak naprawdę tylko taka wycieczka daje świadectwo popularności danego obiektu. Taka sytuacja wynika na pewno z niedostatecznej promocji zabytków techniki. Do tej pory działania promocyjne na rzecz turystyki przemysłowej na Górnym Śląsku ograniczały się do kampanii billboardowej, okresowej promocji województwa na portalach internetowych poprzez banery reklamowe czy prezentowania stanowiska województwa śląskiego na międzynarodowych targach turystycznych w Berlinie. Oprócz niewystarczającej promocji turystyki tego typu powodem słabego zainteresowania obiektami przemysłowymi jest przede wszystkim niska świadomość regionalna, zwłaszcza wśród ludzi młodych, którzy zachłysłni się amerykańską sztuczną, plastikową popkulturą; nie zaszczerpia się w nich regionalnego patriotyzmu, który niewątpliwie mógłby się przyczynić do wzrostu popularności dziedzictwa przemysłowego Górnego Śląska. Pewnego rodzaju barierą są też stereotypy dotyczące naszego województwa. Kojarzy się ono bardzo często z zanieczyszczonym, nieatrakcyjnym turystycznie obszarem. Ten problem mógłby zostać rozwiązywany za pomocą odpowiedniej pro-regionalnej edukacji w szkołach. Oczywiście, nie bez znaczenia jest postawa rodziców, którzy od najmłodszych lat powinni wpajać swoim pociechom miłość do regionu i jego dziedzictwa. Istnieją na szczęście ludzie, którzy tworzą grono turystów pasjonatów interesujących się dziejami przemysłu i rozwiązaniami technicznymi sprzed lat. Skupiają się oni na forach internetowych np. Forum Silesiana czy organizacjach takich jak np. Hades. Jest to, niestety, ciągle nieliczna grupa, a turystyka dziedzictwa przemysłowego daleka jest jeszcze od miana popularnego hobby.

Dla naszego wspólnego dobra warto uświadomić sobie, że rozwój turystyki przemysłowej mógłby mieć korzystny wpływ na aspekty gospodarcze - ruch turystyczny generuje przecież ogromne zyski dla miast i ich mieszkańców. Nasuwa się wobec tego pytanie, co my - jako zwykli ludzie - możemy w tym kierunku zrobić. Otóż nic bardziej prostego! Aby przyczynić się do rozwoju tego rodzaju turystyki a co za tym idzie, do rozwoju samego Śląska, zacznijmy po prostu od siebie i na najbliższy wolny weekend nie planujmy kolejnego seansu w kinie, wybierzmy za to któryś z obiektów Śląskiego Szlaku Techniki. Wybór mamy naprawdę duży a wszystko w zasięgu ręki. Połączymy tym samym przyjemne z pożytecznym a kto wie, może za kilka lat uda nam się wspólnie stworzyć markę powszechnie rozpoznawalną w całej Polsce, Europie, a nawet na świecie.



Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca



WWW.FundacjaSCCS.pl
NIP 648-251-70-05
REGON 278324069
KRS 0000219230

Bank Zachodni WBK S.A. 1 Oddział w
Zabrzu

Nr konta: 08 1090 2037 0000 0001 0321 0905

Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, funkcjonująca od 2004 roku, powstała, aby wspierać działalność Śląskiego Centrum Chorób Serca w następujących obszarach:

- Stałe podnoszenie jakości oraz unowocześnianie metod diagnostyki i leczenia osób dorosłych i dzieci na oddziałach kardiologicznych, kardiologicznych i transplantacyjnych,
- prowadzenie prac rozwojowych i badań naukowych wchodzących w zakres działalności Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

Wsparcie realizowane jest w szczególności poprzez:

- finansowanie lub dofinansowywanie zakupów sprzętu specjalistycznego oraz aparatury medycznej, związanych z działalnością Śląskiego Centrum Chorób Serca,
- finansowanie lub dofinansowanie inwestycji budowlanych oraz remontowych,
- doskonalenie kadr oraz działalność szkoleniową (stypendia, staże krajowe i zagraniczne, szkolenia Ośrodka Edukacji, nagrody),
- współorganizowanie targów i konferencji naukowych, w tym obsługa finansowa XVIII Międzynarodowej Konferencji Kardiologicznej oraz XII Warsztatów Kardiologii Inwazyjnej w czerwcu 2011 roku (Komitet Organizacyjny pod przewodnictwem profesora Lecha Polońskiego),
- propagowanie wiedzy na temat transplantacji narządów, w tym serca i płuc, które wykonywane są od 25 lat w naszym Szpitalu,
- promocja zdrowia i zdrowego trybu życia wśród lokalnej społeczności.

Osoba fizyczna lub prawna, która wesprze Fundację kwotą 25 tys. zł (jednorazowo lub łącznie w ciągu 2 lat), otrzyma tytuł Honorowego Członka wspierającego Fundację - Sympatyka wspierającego Fundację, obraz olejny przedstawiający Śląskie Centrum Chorób Serca i pamiątkową tabliczkę.

WŁADZE FUNDACJI

Fundacja od 2008 roku posiada status organizacji pożytku publicznego.

Ostatnio nastąpiły zmiany w składzie organów Fundacji. Organem kontrolnym jest Rada Fundacji, składająca się z 8 członków:

Prof. dr hab. n. med. Marian Zembala - Przewodniczący Rady Fundacji

Prof. dr hab. n. med. Lech Poloński

Prof. dr hab. n. med. Mariusz Gąsior

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kalarus

Prof. dr hab. n. med. Jacek Białkowski

Prof. dr hab. n. med. Piotr Knapik

Mgr inż. Jacek Kaszewski

Mgr Bożena Krymska

Organem wykonawczym jest Zarząd Fundacji w składzie:

Jan Statuch - Zastępca Prezesa Zarządu

Dariusz Konstanty - Członek Zarządu

Jacek Kubicki - Członek Zarządu

Andrzej Lekston - Członek Zarządu

Alicja Chachaj - Członek Zarządu

Andrzej Mierzwa – Dyrektor – Pełnomocnik Zarządu

Prezesem Zarządu jest Agnieszka Gucwa-Lukoszczyk, absolwentka prawa i MBA, przez ostatnie kilka lat zdobywająca doświadczenie zawodowe w Stanach Zjednoczonych.

Współpraca z organizacjami charytatywnymi działającymi na rynku amerykańskim i prowadzenie projektów pozwalających zorientować się w aspektach ich funkcjonowania uświadomiły mi, czym powinny kierować się takie jednostki, jak zaistnieć na szerszym polu, poszerzyć krąg odbiorców naszych działań, wykorzystać media elektroniczne i pełniej rozpropagować idee, które nam przyświecają, na terenie kraju, Europy i świata, szczególnie w tak ważnym okresie, jakim jest już wkrótce przewodniczenie Polski w obradach Unii Europejskiej – wyjaśnia Prezes Fundacji. Niezmiernie istotne jest by szpital posiadał najlepiej przygotowaną kadrę medyczną i najnowocześniejsze wyposażenie. W ten sposób upewnimy się, że doświadczeni przez choroby pacjenci nie pozostaną bez profesjonalnie świadczonej pomocy. Wszyscy, którym nie jest obojętny los innych, ciężko pokrzywdzonych przez życie, mogą wspomóc Fundację, darując 1% swojego podatku dochodowego lub wspierając cele statutowe w dowolnym zakresie, przekazując środki pieniężne na konto bankowe Fundacji.

WSPARCIE KADR MEDYCZNYCH. DZIAŁALNOŚĆ SZKOLENIOWA

Aktualnie Fundacja realizuje projekt współfinansowany przez Unię Europejską „Euro-opieka”, który obejmuje szkolenia specjalistyczne dla personelu medycznego, szkolenia językowe i naukę lub doskonalenie jazdy w zakresie prawa jazdy kat. „B”. W ramach Projektu zakupiony został fantom (‘sztuczny człowiek’, manekin), znajdujący zastosowanie w procesie uczenia przyszłych kadr medycznych.

Specjalistyczne szkolenia medyczne obejmują zagadnienia:

- psychologiczne aspekty opieki nad chorymi z chorobami układu krążenia,
- epidemiologia i profilaktyka układu krążenia,
- diagnostyka chorób układu krążenia,
- choroba niedokrwienna serca – rozpoznawanie i leczenie,
- chory z niewydolnością krążenia – diagnostyka, postępowanie i leczenie,

- ABC reanimacji,
- rehabilitacja chorych z chorobami układu krążenia.

TAK DLA TRANSPLANTACJI

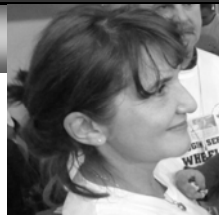
W ramach Fundacji realizowany jest program „Tak dla Transplantacji”



PARKING FUNDACJI

Fundacja posiada płatny parking abonamentowy i godzinowy położony przy ul. Dąbrowskiego, z obsługą i monitoringiem, ręczną myjnią samochodową i toaletą. Całodobowo zapraszamy do korzystania z niego pracowników Centrum, pacjentów i ich rodziny.

Alicja Chachaj



TAK DLA TRANSPLANTACJI

Stworzony przez dwóch członków Zarządu Fundacji SCCS program Tak dla Transplantacji rozpoczął się wielką kampanią promującą transplantację w Warszawie, na targach Rowery`2011 w dniach 12-13 marca br. Do kilkunastu punktów tego ważnego programu przyłączyły się osoby po transplantacji, znani sportowcy, lekarze transplantolodzy, firmy, muzycy i aktorzy. Z nami chcąc w znaczący sposób przyłączyć się do wspar-

cia budowy modułu C, czyli Kliniki Transplantacji Płuc oraz Leczenia Mukowiscydozy. To dzięki takim akcjom wierzymy, że w niedługim czasie będą przyjmowani tam pierwsi pacjenci.

Ważnym elementem naszej działalności będzie również pomoc dzieciom : po transplantacji, niepełnosprawnym i pacjentom Kliniki profesora Jacka Białkowskiego. Będziemy propagować sport dzieci, młodzieży i dorosłych po transplantacji.

Chcemy współpracować ze stowarzyszeniami promującymi aktywny tryb życia i czynnie uczestniczyć w zawodach, koloniach letnich, obozach zimowych dzieci i młodzieży.

Program

TAK DLA TRANSPLANTACJI

Światowy Dzień Dziecka	1.06.2011	Zabrze
XVIII Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna, XII Warsztaty Kardiologii Inwazyjnej	3 - 4.06.2011	Zabrze
Mecz piłki nożnej	5.06.2011	Brzeszcze k /Oświęcimia
Przygoda rowerowa „Z nowym sercem na rowery przez Polskę i świat” z Zabrza do Krakowa	10-12.06.2011	Zabrze-Kraków
Dni Sandomierza - koncert	19.06.2011	Sandomierz
XXXIX „Lato Kwiatów” (zaproszenie do udziału)	2 - 3.07. 2011	Otmuchów
Festiwal Filmu i Sportu (zaproszenie do udziału)	15-17 07.2011	Walcz
Piknik Bieszczadzki	30.07.2011	Polana k/ Czarnej
Zawody TRIATHLON MTB (zaproszenie do udziału)	7.08.2011	Niedzica
Zawody TRIATHLON MTB (zaproszenie do udziału)	13.08.2011	Olsztyn
22 „Nocny Bieg Solidarności”	4.09.2011	Rzeszów
Międzynarodowe Targi Ogrodnicze (zaproszenie do udziału)	10-11.09.2011	Gołuchów
Światowy Dzień Serca	26.09.2011	Kielce



Rower jako narzędzie rehabilitacji

Zawsze byłem sprawny fizycznie, aż do momentu choroby, która nie wybiera, dopada nas w najmniej odpowiedniej dla nas chwili, w momencie, gdy życie mamy już - jak nam się wydaje - poukładane: rodzina, dzieci, praca - szczęście do którego każdy dąży. 1999 rok - zapalenie mięśnia sercowego - to tylko choroba, nie wyrok, jeden pobyt w szpitalu, potem drugi, trzeci... 2000 rok - kolejne pobyty w szpitalu - trzeba za wszelką cenę utrzymać sprawność fizyczną, każdy krok sprawia coraz większą trudność. 2001 rok, sierpień - to już wyrok - transplantacja serca jest już nieaktualna, potrzeba więcej - serca i płuc. Jestem optymistą, chodzenie i trudności z tym związane są coraz większe, do tego jeszcze ta pompa infuzyjna. No cóż, pompa na wózek i spacerki po korytarzach szpitalnych... Ten mój optymizm i chęć do życia, utrzymanie sprawności fizycznej okazały się - jak się później dowiedziałem - bardzo potrzebne w okresie po transplantacji. Przeszczep, zmiany życiowe. Nie pozwoliłem na to, aby świat mi się zawalił. Siłą napędową była dla mnie rodzina - żona, dzieci. Musiałem być zdrowy. Całodzienna rehabilitacja, wykonywanie wszystkich poleceń - i tak przez prawie cały miesiąc. Starłem się wręcz wychodzić naprzeciw oczekiwaniom personelu medycznego, angażując całe swoje ciało, całą swoją siłę.

W bardzo szybkim tempie odzyskałem sprawność, która pozwoliła mi przetrwać cały ten trud po transplantacji. Z dnia na dzień, krok po kroku, dochodziłem do minimalnej sprawności fizycznej, umożliwiającej funkcjonowanie. Drugi miesiąc był już łatwiejszy - rowerek stacjonarny, rehabilitacja ruchowa, pozwoliły mi samodzielnie funkcjonować. Po pewnym czasie okazało się, że samo chodzenie to już za mało, trzeba obciążyć nogi - to już duży krok do tego, aby wyjść do domu.

Otrzymałem dar życia po raz drugi. Czy może być coś piękniejszego? Czuję się coraz lepiej, szybko nabierałem sił. Pokazywałem ludziom, że osoby po przeszczepie są sprawne fizycznie. Systematycznie jeździłem na rowerze, pokonywałem coraz dłuższe trasy. Dzięki rowerowi, pomimo tego, że jestem tarnogórzaninem od kilku pokoleń, na nowo odkryłem swoje rodzinne strony, dotarłem do miejsc oddalonych od dróg asfaltowych, ukrytych dla szerszej publiczności.

Podczas tych rowerowych wycieczek w mojej głowie zrodził się pomysł zorganizowania rajdu dla osób po przeszczepie serca oraz serca i płuc. Wszyscy otrzymaliśmy drugie życie - rajd miał być swego rodzaju formą dziękczynną. Mój pomysł został entuzjastycznie przyjęty przez dyrektora zabrzańskiej kliniki, prof. Mariana Zembalę. Dzięki jego wsparciu, a także zaangażowaniu dr Zakliczyńskiej mój pomysł nabrał realnych kształtów i

doszedł do skutku. Trasa rozpoczynała się w Zabrze: wyruszyliśmy spod Śląskiego Centrum Chorób Serca, a zakończyliśmy pod Sanktuarium Najświętszej Maryi Panny Jasnogórskiej w Częstochowie. W ten sposób pokazaliśmy, że mimo przeszczepu żyjemy normalnie, jesteśmy sprawni fizycznie. Nasz trud był



podziękowaniem za dar życia oraz okazaniem wdzięczności dla dawców i ich rodzin. Mój pomysł nie okazał się jednorazową akcją, kolejne rajdy odbywają

się co roku. Kilukrotnie gościłem u Anny Dymnej, w jej programie telewizyjnym oraz organizowanym przez nią Festiwalu Zaczarowanej Piosenki. Podczas jednej z rozmów, kiedy opowiadałem jej o rajdzie, postanowiliśmy, że kolejny dotrze spod zabrzańskiej kliniki wprost na scenę, ustawioną na krakowskim rynku, podczas kolejnego Festiwalu. Podczas naszej rowerowej wyprawy zatrzymaliśmy się w miastach położonych na trasie rajdu, aktywnie promując swoim przykładem oraz nabytą wiedzą ideę transplantologii - stało się to, obok dziękczynienia za dar drugiego życia - podstawową misją naszych rajdów.

Zachęcony sukcesami rowerowych rajdów do Częstochowy i Krakowa, postanowiłem zorganizować piknik rowerowy w swoim rodzinnym mieście, w Tarnowskich Górach. W ten sposób powstała idea organizacji I Tarnogórskiego Rajdu Integracyjnego Osób Niepełnosprawnych. Pomysł ten spodobał się lokalnym władzom, które wsparły finansowo oraz organizacyjnie to przedsięwzięcie. Patronat nad Rajdem objął burmistrz, starosta oraz poseł na Sejm RP. Celem pikniku była integracja osób niepełnosprawnych, propagowanie zdrowego trybu życia a także zwalczanie stereotypów dotyczących osób niepełnosprawnych, jako jednostek wyeliminowanych z aktywnego życia społecznego. Jeżeli dzięki zorganizowanym rajdom i piknikowi integracyjnemu przynajmniej jedna osoba przestała wierzyć w stereotyp człowieka po przeszczepie jako niepełnosprawnego, skazanego na bezustanną opiekę rodziny, zamkniętego w czterech ścianach swojego domu - to warto było ten pomysł zrealizować, warto tworzyć kolejne tego typu inicjatywy, aby kolejne osoby przestały żyć w tym błędnym przekonaniu...



Leczyć po ludzku

Misją Śląskiego Centrum Chorób Serca, realizowaną przez nas każdego dnia, jest "Ratować, nowoczesnie leczyć, dawać nadzieję".



Ratować - oznacza przyjmowanie nawet najtrudniejszych chorych z grupy najwyższego ryzyka. W naszym ośrodku realizowany jest z powodzeniem program ECMO - program ratowania noworodków nieprzystosowanych do życia, program ratowania chorych we wstrząsie kardiogenym, mechanicznego wspomagania niewydolnego serca, płuc, przeprowadzane są transplantacje serca, płuc, operacje w ostrej i przewlekłej zatorowości płucnej.

Nowocześnie leczyć - to realizować, w trybie 24-godzinnym, cele i zadania nowoczesnej kardiologii, kardiologii i transplantologii dorosłych i dzieci. Świadectwem naszych działań jest blisko 2000 wykonanych operacji serca, naczyń i płuc rocznie. Nie ma na świecie takiego zabiegu kardiologicznego, którego nie wykonywano by w Zabrze. W naszym Ośrodku, po raz pierwszy w Polsce (jako drugim ośrodku w Europie, po Tuluzie), w roku 1986 uruchomiono nowoczesny program leczenia zawału serca metodą angioplastyki wieńcowej. Model leczenia najskuteczniejszego, obciążonego niską śmiertelnością, który wprowadzono w całym kraju, we wszystkich ośrodkach inwazyjnej kardiologii w Polsce i który obecnie jest powszechnie dostępny dla chorych z zawałem serca i kardiologicznymi stanami zagrożenia życia.

Dawać nadzieję - to wyzwanie a jednocześnie determinacja do wprowadzania innowacyjnych technologii, jeszcze bardziej skutecznych form diagnostyki i leczenia. W naszym Ośrodku, po raz pierwszy w Polsce, zastosowano technikę nieoperacyjnego leczenia chorej zastawki aortalnej u chorych starszych, zwykle powyżej 75 roku życia, metodą TAVI. Prowadzone od przyszłego roku, dzięki pozyskanej dotacji unijnej, badania naukowe w zakresie regeneracji uszkodzonego serca przy pomocy komórek macierzystych, to świadectwo bardzo sprawnego warsztatu naukowego i potencjału intelektualnego naszych badaczy i klinicystów.

Leczyć po ludzku oznacza także stworzenie takiej organizacji pracy szpitala, w której chory jest rzeczywiście podmiotem w wymiarze: medycznym, etycznym, organiza-

cyjnym a czasem także socjalnym. W naszym Ośrodku każdy ma zagwarantowany dostęp do leczenia, w przypadku chorych pilnych przyjęcie odbywa się w trybie natychmiastowym (24-godzinna dostępność – tętniaki aorty pilne), w trybie pilnym – do 7 dni (objawowe wady stenozy aortalnej, niestabilność wieńcowa). Czas oczekiwania na zabiegi planowe wynosi u dorosłych 4-6 miesięcy (operacje wieńcowe), w przypadku osób z wadami zastawkowymi 2-3 miesiące, u dzieci (planowe operacje wrodzonych wad serca) - 2-3 miesiące. Dla porównania, w Norwegii, Szwecji czy Wielkiej Brytanii czas oczekiwania na planowy zabieg kardiologiczny wynosi od 8 miesięcy do 1,5 roku.

Leczyć po ludzku oznacza przyjęcie systemu rozwiązań przyjaznych dla chorego, ale i personelu leczącego, rozwiązań, które stawiają pacjenta w centrum naszych działań a jednocześnie czynią jego pobyt w szpitalu przyjemniejszym, mniej traumatycznym. Podczas pobytu w Śląskim Centrum opiekę nad chorym sprawuje zespół złożony z doświadczonych lekarzy, pielęgniarek, specjalistów rehabilitacji, dietetyków i personelu pomocniczego.

Z myślą o naszych pacjentach, ich prawie do najnowszych i najskuteczniejszych metod leczenia, ale także do wysokiego komfortu podczas hospitalizacji, zbudowaliśmy nowy szpital, utworzyliśmy nowe oddziały, wyposażone w innowacyjny, światowej klasy sprzęt – aby jeszcze skuteczniej ratować, nowocześnie leczyć i dawać nadzieję, także tym najtrudniejszym, najbardziej potrzebującym chorym.

W naszym Ośrodku każdy przyjmowany do szpitala chory otrzymuje kartę praw i obowiązków pacjenta. Uświadomienie, a w razie potrzeby wyjaśnienie pacjentowi jego praw, daje chorem poczucie bezpieczeństwa, gwarantuje lepsze samopoczucie psychiczne i w rezultacie często sprawniejszy, lepszy przebieg leczenia. Nasi chorzy otrzymują szczegółową informację na temat badań, którym mają się poddać i związanego z tym ryzyka. Pacjent musi wyrazić zgodę na leczenie. Rozmowa z lekarzem pozwala na wspólne omówienie strategii leczenia, wyjaśnienie ewentualnych wątpliwości i świadome podjęcie decyzji.

Wreszcie, leczyć po ludzku oznacza systematyczne monitorowanie jakości leczenia, z perspektywy samego pacjenta. Każdy chory przyjęty do naszego Szpitala otrzymuje ankietę do wypełnienia, w której może określić poziom zadowolenia z wykonanych świadczeń: od jakości serwowanych w szpitalu posiłków po podejście lekarzy i personelu medycznego do chorego. Ankiety są anonimowe, po zakończeniu leczenia pacjent przesyła

lub zostawia je w naszym Centrum. Wypełnione formularze poddawane są comiesięcznej analizie a jej wyniki stanowią podstawę do podejmowania na bieżąco ewentualnych działań korygujących. Ankieta dostępna jest również na stronie internetowej naszego szpitala

(www.scccs.pl), w zakładce **Dla Pacjenta** (Ankiety, opinie), tam też znajdują się aktualizowane co kwartał wyniki badań satysfakcji pacjenta z leczenia i hospitalizacji w Śląskim Centrum.

Nasz kontakt z chorym nie kończy się z chwilą opuszczenia przezeń szpitala. Na naszej stronie internetowej, obok ważnych wydarzeń z życia Szpitala, pacjent znaleźć może ciekawe artykuły dotyczące zdrowego trybu życia, profilaktyki chorób układu krążenia, roli wykonywania badań kontrolnych czy wykonywanych operacji. Publikowane są również informacje o organizowanych przez Centrum akcjach prozdrowotnych (Biała Niedziela, akcja „Wyprzedź cukrzycę”, Program Zdrowie). Karta Praw Pacjenta dostępna jest w specjalnej zakładce „Dla Pacjentów”, tam też znaleźć można cenne informacje na temat systemu KardioTele, jak również opracowane przez naszych specjalistów poradniki (do pobrania). Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom społeczeństwa, w myśl powiedzenia „Lepiej zapobiegać niż leczyć”, stworzyliśmy interaktywny system profilaktyki „Wirtualny Kardiolog”, umożliwiając internaucie „przebadanie się”, wstępną ocenę ryzyka wystąpienia choroby wieńcowej.

Z myślą o naszych Pacjentach leczonych w trybie ambulatoryjnym utworzyliśmy specjalną stronę Zespołu Poradni Specjalistycznych SCCS (poradnia.scccs.pl). Witryna ta, analogicznie do zastosowanego w SCCS nowego modelu poradni, tzw. poradni zadaniowej, podzielona jest na swego rodzaju e-gabinety, zawierające wyczerpujące i profesjonalnie opracowane materiały edukacyjno-informacyjne na temat poszczególnych schorzeń układu krążenia oraz odpowiedzi na najczęściej zadawane nam przez Pacjentów pytania.

Wydawany przez nasz Szpital kwartalnik Szlachetne Zdrowie dodatkowo integruje środowisko leczonych, leczących i organizujących leczenie.

Nasza misja „Jesteśmy, aby ratować, leczyć, dawać nadzieję...” nie jest tylko czczym sloganem. To realizowane przez nas codziennie zadanie, z pasją i oddaniem. Podjęliśmy wiele inicjatyw, by jeszcze lepiej służyć choremu człowiekowi. Wdrażamy nowe, pionierskie programy leczenia – by leczyć lepiej, skuteczniej. Opuszczamy naszych chorych zwykle u schyłku dnia. Zmęczeni, przepracowani, ale wewnętrznie spełnieni, z poczuciem dobrze wykonanego obowiązku.

Jestem przekonany, że nasz Ośrodek stanowi dobry przykład nowoczesnego, europejskiego, profesjonalnego przede wszystkim etycznego działania, gdzie chory jest podmiotem i zawsze stawiany jest w centrum naszej pracy, stanowi jej sens.

Na zakończenie, pozwolę sobie przytoczyć swego rodzaju dekalog, napisany niegdyś przez wielkiego lekarza, prof. Rene G. Favaloro, twórcę chirurgii wieńcowej. To zasady, jakimi powinien kierować się każdy lekarz, wytyczne jakimi kierujemy się my, pracownicy Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze.

Dekalog lekarza wg Rene G. Favaloro:

1. Bądź uczciwy.
2. Pracuj z pasją, zaangażowaniem i bezgranicznym poświęceniem.
3. Nie kieruj się osobistymi poglądami czy uprzedzeniami. Nie pozwól, by przekonania innych wpływały na Twoje myślenie.
4. Osobiste zaangażowanie ma wartość tylko wówczas, gdy płynie z naszej własnej woli, nie jest podyktowane zewnętrznym nakazem czy ograniczeniem
5. Nigdy nie zbaczasz ze ścieżki etycznego postępowania wobec chorego i jego rodziny. Nie zapominaj o szacunku i respektowaniu godności chorego .
6. Praca zespołowa jest kluczem do sukcesu. Wymaga pokory. Zastąp „ja” – słowem „my”.
7. Każde działanie powinno służyć prawdzie i tylko prawdzie. Sygnalizuj niepokojące zachowania. Niczego nie zyskasz, opierając się na kłamstwie.
8. Jeśli podczas niesienia ulgi choremu człowiekowi możemy wzbogacić naszą wiedzę i zdobyć nowe doświadczenie – nasza satysfakcja będzie podwójna.
9. Nasza praca skupia się na pacjencie. Jest on jedyną osobą, która zasługuje na specjalne przywileje.
10. Radość i zadowolenie z wykonywania naszego zawodu osiągniemy tylko wówczas, gdy uświadomimy sobie, że tak naprawdę jedyną prawdziwą nagrodą jest dla nas ta, płynąca z poczucia dobrze spełnionego obowiązku.

W imieniu społeczności Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze

Prof.dr hab med Marian Zembala
Dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze



**Chcesz mieć wpływ na wyposażenie
i poprawę warunków leczenia w nowym obiekcie
Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze?**



**Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze,
działająca od 2004 roku, powstała dla wspierania
działalności Śląskiego Centrum Chorób Serca
w następujących obszarach:**

♥ podnoszenia jakości, unowocześniania i kompleksowości
metod leczenia osób dorosłych i dzieci na oddziałach
kardiologicznych, kardiochirurgicznych i transplantacyjnych

♥ prowadzenia prac rozwojowych i badań naukowych
wchodzących w zakres działalności Śląskiego Centrum Chorób
Serca w Zabrze

♥ popularyzację osiągnięć związanych z leczeniem chorób
serca i transplantacją narządów

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. 32 37 00 441 w. 111

fundacja@fundacjasccs.pl prezes@fundacjasccs.pl