

# SZLACHETNE ZDROWIE

*Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca*

*NUMER 22*

*ISSN 1730—1297*







## Szlachetne Zdrowie

*Nikt się nie dowie*

*Jako smakujesz*

*Aż się zepsujesz*

Jan Kochanowski

Nie bez trudności, ale w końcu udało się, oddajemy w Państwa ręce kolejny numer *Szlachetnego Zdrowia*. Mamy nadzieję, że każdy z Was znajdzie coś interesującego na łamach Naszego kwartalnika.



Będziemy szli nieprzerwanie w ulewie, skwarze, huraganie przez chwiejne mosty, chaszcze, pustynie i mokradła

Będziemy szli przez zamiecie przez grudnie, marce, czerwce, sierpień grząskie bagna upalne lata, mroźne zimy będziemy szli - nie zawrócimy /SDM/

## W numerze:

*Punkt Widzenia*

*Choroba serca w zamierzonych czasach cz. V*

*Medycyna Ludowa*

*Informacje dla Pacjentów*

*Zaburzenia Rytmu Serca*

*Ablacja Hybrydowa*

*Cholesterol – jeden z czynników ryzyka miażdżycy*

*Pracownia Mikrobiologii*

*Gdy antybiotyki tracą swą moc*

*Nie podpalajcie mi życia*

*Szlakiem Zabytków Techniki*

*Tak dla Transplantacji*

*Dzień Serca*

*Fundacja SCCS*

*Rozmowa z ...*

*Moje Camino*

## WYDARZENIA

- **25 sierpień 2011r.**, Śląskie Centrum Chorób Serca podjęło wraz z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa w Katowicach wspólną inicjatywę przeprowadzenia akcji honorowego krwiodawstwa wśród pracowników ŚCCS, rodzin pacjentów jak i ludzi dobrej woli - mieszkańców miasta Zabrze.
- **27-31 sierpień 2011r.**, Kongres Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, *European Society of Cardiology*) Paryż
- **3 wrzesień 2011** - Śląskie Centrum Chorób Serca i prof. Marian Zembala laureatami tegorocznej edycji konkursu „Marka - Śląskie”

Konkurs "Marka - Śląskie" ma na celu promowanie najlepszych przedsiębiorstw, instytucji, organizacji pozarządowych oraz przedsięwzięć, które osiągnęły sukces, wkładając serce i ogrom ciężkiej pracy w marketing i planowane budowanie marki. Regionalna Izba Przemysłowo-Handlowa w Gliwicach i Śląski Urząd Marszałkowski, przy udziale Dziennika Zachodniego Polskapresse i Radio Katowice S.A., uhonorowali w konkursie promocji Województwa Śląskiego "Marka-Śląskie" w następujących kategoriach:

- Gospodarka
- Nauka
- Kultura
- Sport, turystyka i rekreacja
- Produkt
- Usługa
- Zdrowie
- Organizacje pozarządowe
- Dziedzictwo kulturowe regionu

W tym roku, wiele nagród trafiło do miasta Zabrze. W kategorii "Zdrowie" - zwyciężyło Śląskie Centrum Chorób Serca, a nagrodę honorową "Osobowość Roku" otrzymał Profesor Marian Zembala.

- **25 wrzesień 2011r.**, Światowy Dzień Serca, **One World, One Home, One Heart - Twój Świat, Twój Dom, Twoje Serce**
- **6-8 październik 2011r.**, XV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Wrocław

## REDAKCJA:

Bożena Smoter

Joanna Zembala-John

Bożena Krymska

Joanna Mąka

## 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



Historia pewnego okrętu...

*Prof. dr hab.*

*Marian Zembala*

*Dyrektor Śląskiego  
Centrum Chorób Serca*

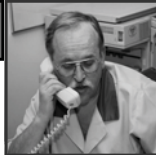


Historia tego słynnego żaglowca s/y BATAVIA najlepiej dokumentuje znaną i nieprzemijającą prawdę, że zgoda buduje a niezgoda rujnuje. Zbudowany w Amsterdamie w roku 1628 słynny żaglowiec s/y Batavia pomimo, iż został zaprojektowany i zbudowany przez najlepszych szkutników, już w swoim pierwszym rejsie do Indii Wschodnich, z powodu konfliktów załogi rozbił się u wybrzeży Australii i zatonął.

Dzisiaj znakomita replika tego słynnego żaglowca pomaga nam w codziennej pracy z chorymi pokonywać trudności choroby i przestrzega nas wszystkich przed konfliktami, których rezultaty mogą być podobne do tych, które doprowadziły do tragedii Batavii. Niech okręt ten przypomina nam wszystkim, że nawet najlepszy i najnowocześniejszy sprzęt nie wystarczy, jeżeli jego gospodarzami, załogantami nie będą uczciwi, zdolni i kreatywni ludzie, dla których zawsze chory człowiek będzie najważniejszy.



*Prof. Marian Zembala*



## *Choroba serca w zamierzchłych*

### *czasach*

#### *część V*

W drugiej połowie XIX wieku nadszedł wreszcie czas przyżyciowego rozpoznania zawału serca. Pierwszą taką diagnozą popisał się w 1878 roku Austriak Adam Hammer (1818-1878). Opisał on u 34-letniego mężczyzny przypadek zatoru tętnicy wieńcowej, rozpoznanego za życia i potwierdzonego potem sekcyjnie. Chory zmarł wśród objawów wstrząsu kardiogennego, znacznej bradykardii; tuż przed śmiercią nie uskarżał się na bóle stenokardialne. Sekcja wykazała całkowitą niedrożność ujścia prawej tętnicy wieńcowej spowodowaną skrzepliną, która wypełniała całą prawowieńcową zatokę Valsalvy.



Dziewięć lat później (w 1887) Polak, znakomity klinicysta i wspaniały uczony, profesor Edward Sas Korczyński (1844-1905) opublikował w Krakowie pracę pod znamienym tytułem – „Zator tętnicy wieńcowej serca (*Embolia arteriae coronariae cordis*) za życia rozpoznany”. Artykuł omawiał podobny przebieg kliniczny jak ten obserwowany przez austriackiego poprzednika. Niestety, praca Korczyńskiego, opublikowana w ojczystym języku, pozostała nieznaną w świecie i rzadko przywoływaną w piśmiennictwie zachodnim. A szkoda, bo oryginalność spostrzeżenia, niezwykła dociekliwość badawcza, skrupulatny opis kliniczny (praca obejmuje łącznie 9 stron) i wreszcie starannie dobrana bibliografia, stawiają pracę Korczyńskiego w szeregu najważniejszych światowych doniesień

klinicznych wieku XIX. Podkreślmy, że publikacja Korczyńskiego, przede wszystkim w aspektach klinicznych, wyprzedziła doniesienie z 1910 roku W. P. Obraczowa (v. Obrastzow) i N. D. Strażesko (v. Straschesko) z Kijowa, które - co przyznać należy - sprecyzowało obraz kliniczny zatoru tętnic wieńcowych (zawału serca), dzięki czemu uważane jest za przełomowe w tej dziedzinie.

Publikacja Korczyńskiego wyprzedziła również doniesienie George'a Docka (1860-1951) z 1896 roku, które to z kolei często cytowane jest jako opis pierwszego przyżyciowego rozpoznania zawału na terenie Stanów Zjednoczonych.

Niemal w tym samym czasie, w Paryżu, niezwykle zasłużony dla kardiologii światowej profesor medycyny wewnętrznej Henri Huchard (1844-1910) oznajmił w swym słynnym dziele z 1899 roku, *Traité clinique des maladies du coeur et l'aorte*, iż powodem choroby wieńcowej, a również nagłego zgonu, może być skurcz tętnicy wieńcowej. W podręczniku Hucharda odnaleźć można kompendium ówczesnej wiedzy na temat chorób serca, z wyraźnym postawieniem akcentu na zagadnienia miażdżycy naczyń (wieńcowych, aorty, tętnic obwodowych), uogólnionych zmian miażdżycowych w narządach, zawału serca, nadciśnienia tętniczego, tętniaków. Autor przedstawił w pracy własne przemyślenia, w oryginalnym ujęciu, na temat patofizjologii zespołu sercowo-płucnego, sercowo-nerkowego i sercowo-wątrobowego. Rozdział o tętniakach aorty wraz z ich klasyfikacją obejmuje ponad 160 stron tekstu, wzbogaconego o sugestywny materiał ilustracyjny. Niewydolność krążenia potraktowano marginalnie – nie poświęcono mu osobnego omówienia, a podano jakby „między wierszami”, jako dodatek, oczywistą konsekwencję ciężkich przypadłości układu sercowo-naczyniowego. Inne widać były zamierzenia autora, inne zagadnienia interesowały go i z konsekwencją je opracowywał. Nie zmienia to faktu, że podręcznik Hucharda był dziełem fenomenalnym, wytyczającym kierunki rozwoju światowej kardiologii.



Niestety, wciąż nie można było zaoferować chorym skutecznej terapii. Wiedziano już nieco o tym, jak higieniczny tryb życia może zapobiegać atakom, jak ulżyć cierpieniu w przebiegu duszniczy bolesnej i choćby tą drogą zwiększyć szanse chorego, aby przetrzymał atak. Stosowano więc opium (także jego pochodne), zioła o działaniu uspokajającym, spazmolitycznym, moczopędnym, rozkurczowym, naparstnicę, także sole – węglan potasu, wapnia, związki magnezu. Przełom w leczeniu ataków duszniczy pojawia się po wprowadzeniu nitratów.



W 1867 roku lekarz angielski Thomas Lauder Brunton (1844-1916) wprowadza *Amylium nitrosum*, lek, którego korzystne działanie rozkurczowe nie budzi wątpliwości.

Jednak wprowadzenie na szeroką skalę nitratów rozpoczyna się dopiero po opublikowaniu w 1878/1879 roku doświadczeń farmakologa angielskiego Williama Murrella (1853-1912) na temat stosowania trójzotanu gliceryny. Murrell napisał wówczas: *Pełne rzeczywiste działanie Amylium nitrosum na puls nie utrzymuje się dłużej niż 15 sekund. Zaś nitrogliceryna tego typu działanie wywiera słabiej, natomiast jej skutek trwa dłużej i stopniowo zostaje zniesiony po pół godzinie. Gdy powtarza się jej dawki, działanie przedłuża się.* Niemal natychmiast po ukazaniu się doniesienia Murrella stosowanie nitrogliceryny wprowadza w Krakowie wspomniany już E. Korczyński. Zaledwie 2 lata później - w 1881 roku, pojawia się jego praca o klinicznych obserwacjach stosowania tego leku. Korczyński na podstawie doświadczeń wykonanych wspólnie z Michałem Janochą, wprowadził stosowanie nitrogliceryny do codziennej praktyki klinicznej i to na większą skalę. Podawał ją w ilości 1-6 kropli i obserwował jej działanie na układ krążenia trwające od 3 do 45 minut (z najwyraźniejszym efektem od 3-15 minut).

Opisywał równoczesne działanie na układ nerwowy, w postaci pojawiania się uczucia ciepła w głowie i trudności skupienia uwagi zgłaszane przez chorych. Pisał Korczyński o nitroglicerynie w następujących słowach: *...nitrogliceryna jest lekiem, który bardzo szybko, dosadnie i w sposób prawie pełny usuwa napady stenokardii (...) Prawdopodobnie jest także lekiem dzielnym, usmie- rzającym bicie serca z jakichkolwiek powodów powstałe. Jeżeli stenokardia lub bicie serca nie ma podstaw anatomicznych, nitrogliceryna jest w stanie uleczyć te przypadłości do szczytu. W stenokardii na tle tętniaków nitrogliceryna nie tylko jest w stanie usunąć chwilowo napady, ale rzadko może do pewnego stopnia takowym zapobiec.*

Problematykę diagnostyki niewydolności krążenia omawia z wielkim znanstwem wytrawnego lekarza-praktyka Władysław Biegański (1856-1917) z Częstochowy, w podręczniku *Diagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych* (trzy kolejne wydania - 1891, 1896, 1903). Biegański to postać niezwykła w dziejach polskiej medycyny, uczony wielkiej miary – a zarazem lekarz z powołania, wychowawca młodzieży, myśliciel, etyk, filozof i wizjoner postępu – który pozostawił spory dorobek naukowy z zakresu kardiologii. Chociaż na próżno by poszukiwać w podręczniku Biegańskiego rozdziału czy w ogóle określenia „niewydolność krążenia”, to trafne cechy rozpoznawcze tej przypadłości oczywiście autor uwzględnił. A co do nazewnictwa, to posługuje się terminami: „utrudniony obieg krwi”, „osłabienie serca”, „naruszenie wyrównania obiegu”. Niezależnie od nazewnictwa kardiologicznego, które wciąż jeszcze się kształtowało, ujęcie objawów diagnostycznych podane zostało perfekcyjnie, z imponującym wyczuciem i może zachwycać dzisiejszych klinicystów. Autor przedstawia w nowoczesnym ujęciu dusznicę bolesną, a dotychczasowy, najczęściej stosowany w XIX wieku termin „stwardnienie tętnic”, zastępuje nazwą „miażdżycy tętnic wieńcowych serca”.

**c.d.n.**

---

**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)**

**ZAPALENIE OSKRZELI.**

Przedstawia się nam w formie zapalenia kataralnego, zapalenia naczyń włoskowatych oskrzeli, gryppy. Zapalenie oskrzeli pochodzi z przeziębienia, zmian atmosferycznych. U osób konstytucji lymfatycznej i skrofalicznej; przy najlepszych warunkach atmosferycznych, może się także wywiązać.

**Symptomata.** W formie lekkiej jest tylko kaszel z małym wydzieleniem flegmistym. W wyższym stopniu choroba rozpoczyna się uczuciem osłabienia ogólnego, katarą nosa, bólem głowy, dreszczami, gorączką zwaną kataralną. Wkrótce potem okazuje się uczucie ciężkości w piersi, i zarazem kaszel z swędzeniem i łechtaniem w górnej części tchawicy. Kaszel ten jest krztuszący i od tego powstaje ból głowy, twarz czerwienieje. Z początku kaszel jest suchym, lecz później staje się wilgotnym. Kiedy zapalenie się zmniejsza, flegma bywa gęstsza, żółtawą lub nawet zieloną; kończy się samo przez się, albo przechodzi w stan chroniczny; jeżeli przechodzi na naczynia włoskowe oskrzeli, a nawet do pęcherzyków płucowych, stanowi zapalenie płuc bardzo niebezpieczne. U starców jeżeli siły nie wystarczają do wyrzucania flegmy to zagraża życiu.

Zapalenie chroniczne głównie u starców i u ludzi skrofalicznych; jeżeli rozpoczęło się w zimie, to dopiero ustaje na lato, może trwać ciągle i często się łączy z gruźlicą płuc. Jeżeli podczas trwania tego gorączka staje się większą trzeba obawiać się zapalenia płuc. W ogólności każdy katar, który jest połączony z jakąś gorączką powinien być leczony przez lekarza.

**Leczenie.** W lekkich wypadkach napoje zmiękczające i chronienie się od przeziębienia wystarcza. Środki na oczyszczenie, kąpiele nóg przed położeniem się do łóżka, również środki na poty. W mocniej wywiązanej chorobie: upuszczenie krwi, naparzenie malwy, szlazu z saletrą wystarczają. Pijawki pod obojczykami zmniejszają zapalenie i napady kaszlu. Jeżeli groźne symptomata przeszły, wezykatorye, synopizmy przystawiane do klatki piersiowej są wskazaniami. Za napój odwar z mchu islandzkiego, senegi, są również dobre jak wszelkie zachwalane środki na kaszel; przeciwko krztuszeniu się i drażliwości nerwowej najlepszy środek jest ulepek opioowy lub teraz wprowadzony w użycie ulepek z kodeiny Berthe.

---

**RECEPTY**

**LEKARSTWA ROZWALNIAJĄCE DLA DOROSŁYCH.**

1. Trzy łuty soli gorzkiej rozpuścić w kwarcie wody dystylowanej, z dodaniem kilku kropel kwasu siarczanego rozcieńczonego; naczno szklanę.
2. Liści senesowych drachmę jedną, nalać 12 łyżek wody wrzącej na pół godziny, precedzić, i do tego dodać pół uncji kremortartaru i trochę cukru, zmieszawszy: co dwie godziny łyżkę; można dodać zamiast kremortartaru i cukru, soli gorzkiej i ulepku mannowego, każdego po dwie łyżki stołowe.
3. Soli glauberskiej łut jeden rozpuścić w 10 łyżkach wody, dodać ulepku rubarbarowego 2 łyżki: co godzina łyżka aż do skutku.
4. Saletranu sody drachmę jedną, soli glauberskiej pół uncji rozpuścić w 7 łyżkach wody, dodać łyżkę miodu: co 2 godziny łyżkę.

5. Tamaryndy półtory uncji, gotuj przez pół godziny w 20 łyżkach wody, po precedzeniu dodaje się pół uncji kremortartaru i dwie łyżki ulepku mannowego: co 2 godziny po łyżce.
6. Kremortartaru 2 uncy, cukru i kwiatu siarczanego po pół uncji, zmieszać dobrze: 3 razy dziem łyżeczkę od kawy, można dodać magnezy 2 drachmy i 1 do 2 drachm rubarbarum

**LEKARSTWA POTY WYWOLUJĄCE.**

1. Filizankę z naparzenia bżowych kwiatków lub lipowych, dodać uncyę jedną lub połowę rozczyntu octanu ammonii, osłodzić cukrem: co godzina łyżkę.
2. Proszku Dovera granów 5, cukru granów 10, zmieszać dobrze i wieczorem zażyć.



## INFORMACJE DLA PACJENTÓW

Drogi Pacjencie,

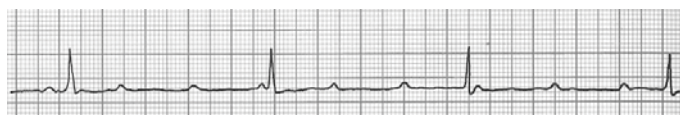
Najczęstsze objawy zaburzeń rytmu serca to:

- kołatania serca
- uczucie szybkiego bicia serca
- uczucie mocnego bicia serca
- zawroty głowy
- utraty przytomności.

Objawy te mogą występować rzadko, ale także często utrudniając prawidłowe funkcjonowanie. Jeżeli odczuwasz kołatania serca może to być najczęściej występująca arytmia serca pod postacią migotania przedsionków. Poniższy zapis elektrokardiograficzny obrazuje tę arytmie, polegającą na całkowicie niemiarowej akcji serca.



Przyczyną omdleń może być zbyt wolna akcja serca, wynikająca z zaburzeń wytwarzania bodźców elektrycznych lub przewodnictwa w sercu. Może to mieć miejsce w przypadku tzw. bloków, co przedstawia kolejny zapis elektrokardiograficzny.



Niektóre zaburzenia rytmu serca o podłożu wrodzonym mogą być szczególnie niebezpieczne u młodych pozornie zdrowych osób. Ich pierwszym objawem może być nagłe zatrzymanie krążenia lub nagły zgon sercowy. Najczęstszą wrodzoną nieprawidłowością, która sprzyja występowaniu zaburzeń rytmu serca jest obecność drogi dodatkowej, co bardzo skutecznie można leczyć wykonując ablację. Natomiast, jeżeli w Twojej Rodzinie wystąpił nagły zgon sercowy u osoby w wieku poniżej 45 roku życia możesz być w grupie ryzyka obecności tzw. wrodzonych schorzeń arytmogennych. Ze względu na groźne dla życia zaburzenia rytmu serca powodujące utraty przytomności u takich osób rozpoznawana jest padaczka.

Serdecznie zapraszamy do zapoznania się z podstawowymi zaburzeniami rytmu serca na następujących stronach internetowych:

[http://www.heartrhythmcharity.org.uk/Documents/Animations/Heart\\_Tool.swf](http://www.heartrhythmcharity.org.uk/Documents/Animations/Heart_Tool.swf)

<http://www.medmovie.com/mmdatabase/MediaPlayer.aspx?ClientID=66&TopicID=719>

Współczesna diagnostyka i leczenie zaburzeń rytmu serca to nie tylko podawanie leków antyarytmicznych, ale także elektroterapia i zabezpieczanie chorych w urządzenia stymulujące. Aby pacjenta zakwalifikować do odpowiedniego sposobu leczenia, trzeba zarejestrować arytmie serca, będącą przyczyną Państwa objawów. W tym celu stosujemy wysokiej jakości cyfrowe spoczynkowe zapisy EKG, różnorodne sposoby ciągłego monitorowania EKG, w tym krótko i długoterminowe monitorowanie holterowskie przy pomocy miniaturowych cyfrowych rejestratorów. Przeprowadzone rejestracje analizujemy przy pomocy zmodernizowanych w roku 2010 systemów holterowskich.

Aby mieć wgląd w najnowsze sposoby diagnozowania i leczenia zaburzeń rytmu serca zapraszamy do odwiedzenia następujących stron internetowych, w tym z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego:

<http://www.ptkardio.pl> Wytyczne dotyczące postępowania u chorych z komorowymi zaburzeniami rytmu serca i zapobiegania nagłemu zgonowi sercowemu-501

<http://www.wdobrymrytmie.pl>

<http://www.migotanieprzedsionkow.pl>

Dla osób, u których zostało rozpoznane lub jest prowadzona diagnostyka w kierunku jednego z wrodzonych schorzeń arytmogennych pod postacią wydłużonego odstępu QT polecamy na bieżąco aktualizowaną stronę internetową z lekami, których nie można stosować w tej grupie pacjentów:

<http://www.qtdrugs.org/medical-pros/drug-list/printable-drug-list.cfm>

Naszymi doświadczeniami i osiągnięciami dzielimy się na łamach specjalistycznych czasopism polskich i zagranicznych. Proponujemy lekturę artykułów *Cardiology Journal* 2009 v. 16 nr 4 strona 365 <http://www.cardiologyjournal.org>, *Folia Cardiologica Excerpta* 2010 t. 5 nr 6 strona <http://www.fce.viamedica.pl/>

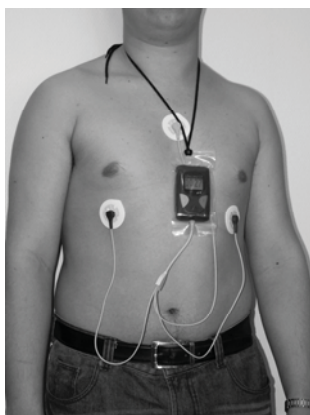


## **1. Czy każde uczucie zaburzeń rytmu serca jest niebezpieczne?**

Pojedyncze skurcze dodatkowe serca występują nawet u całkowicie zdrowych osób. Jednak jeśli przybierają one postać dłuższych trwających epizodów, a zwłaszcza jeśli są to epizody przebiegające z zawrotami głowy lub utratami przytomności wymagają one konsultacji z kardiologiem. Dotyczy to zwłaszcza osób z rozpoznaną już chorobą serca, a także osób u których w rodzinie wystąpił nagły zgon w wieku poniżej 45 roku życia.

## **2. W jaki sposób można rozpoznać zaburzenia rytmu serca?**

Podstawowym badaniem jest spoczynkowy zapis EKG. Na jego podstawie można rozpoznać np. obecność drogi dodatkowej lub inne nieprawidłowości sprzyjające powstawaniu arytmii. W przypadku prawidłowego zapisu EKG, aby rozpoznać rodzaj zaburzeń rytmu konieczna jest rejestracja EKG podczas epizodu arytmii. W tym celu stosuje się 24-godzinne monitorowanie holterowskie. Obecnie możliwa jest ciągła rejestracja 7-dniowa. Jeśli i w jej trakcie nie zarejestruje się zaburzeń rytmu serca przeprowadza się tzw. rejestrację na żądanie.

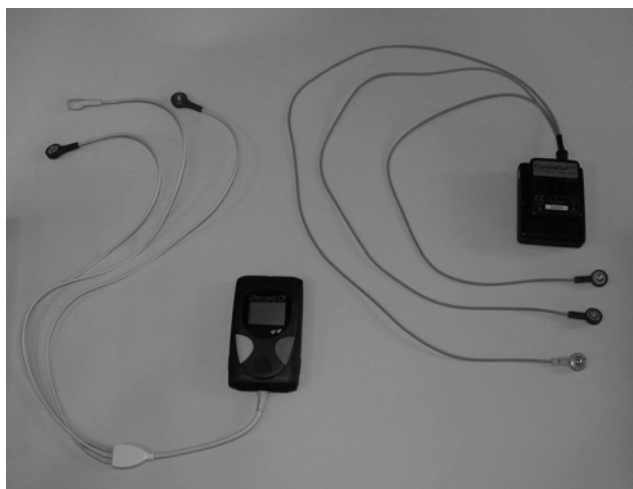


## **3. Czy w trakcie badania holterowskiego można wykonywać wszystkie czynności?**

Jak najbardziej wskazany jest podczas monitorowania holterowskiego zachowanie normalnej aktywności, gdyż pozwala to na rejestrację EKG w trakcie rutynowych czynności. Pacjent proszony jest aby poprzez naciśnięcie specjalnego przycisku rejestratora sygnalizować uczucie zaburzeń rytmu serca. Pozwala to na porównanie zgłaszanych dolegliwości z zapisem EKG i stwierdzenie czy i jakie zaburzenia rytmu serca leżą u podłoża zgłaszanych dolegliwości.

## **4. Czy podczas monitorowania holterowskiego można używać telefonów komórkowych?**

Wszystkie rejestratory, których używamy w naszej Pracowni posiadają zabezpieczenia umożliwiające używanie telefonów komórkowych. Niektóre telefony starszej generacji, zakłócały w przeszłości rejestrację holterowską. Obecnie jest to bardzo rzadko spotykane zjawisko



## **5. Jaka arytmia serca występuje najczęściej i jak się ją leczy?**

Najczęstszą arytmia jest migotanie przedsionków, występujące u 1-2% populacji ogólnej. Stale wzrasta liczba pacjentów z rozpoznawanym migotaniem przedsionków i arytmia tę określa się już mianem epidemii, a nawet pandemii. Może ona dotyczyć osób bez i z chorobą serca. Wyróżnia się kilka rodzajów migotania przedsionków od napadowego (arytmia ustępująca samoistnie), poprzez przetrwałe i utrwalone. W leczeniu tej arytmii uwzględnia się aspekt arytmiczny oraz prewencję udarów niedokrwiennych mózgu oraz incydentów zakrzepowozatorowych obwodowych. Leczenie antyarytmiczne koncentruje się na kontrolowaniu częstości rytmu w trakcie migotania, stosowaniu leków antarytmicznych z uwzględnieniem faktu ich bardzo różnej skuteczności przy możliwości skutków ubocznych. Chorych słabo odpowiadających na stosowane leki, wysokoobjawowych kwalifikuje się do leczenia poprzez ablację.

## Co pacjent o ablacji hybrydowej wiedzieć powinien...



### KOMPLEKSOWE PODEJŚCIE DO LECZENIA MIGOTANIA PRZEDSIONKÓW

#### CZYM JEST MIGOTANIE PRZEDSIONKÓW?

Migotanie przedsionków jest najpowszechniej występującym zaburzeniem rytmu serca wywołanym gwałtownymi i chaotycznymi sygnałami elektrycznymi, które zaburzają przepływ krwi w jego przedsionkach. Najczęściej występującymi objawami migotania przedsionków są uczucie „kołatania” oraz utrata rytmu serca. Wielu pacjentów odczuwa duszność i przewlekłe zmęczenie, u niektórych występują omdlenia i bóle w klatce piersiowej. Jakość życia ulega niejednokrotnie znacznemu pogorszeniu.

#### DLACZEGO LECZENIE MIGOTANIA PRZEDSIONKÓW JEST WAŻNE?

Migotanie przedsionków jest istotnym czynnikiem ryzyka udaru mózgu i zgonu. Nielezione prowadzi do poważnych zaburzeń rytmu, powiększenia komór serca i narastającej niewydolności krążenia. Leczenie takiej arytmii stanowi duże wyzwanie dla lekarzy. Często, pomimo leczenia farmakologicznego, konieczne jest wykonanie kardiowersji elektrycznej. Wielu pacjentów cierpi z powodu migotania przedsionków przez długi czas. Wielu z nich przeszło już jeden lub więcej zabiegów ablacji, a pomimo to migotanie przedsionków pojawiło się ponownie.

#### CZYM JEST ZABIEG HYBRYDOWEJ ABLACJI?

Zabieg hybrydowej ablacji migotania przedsionków jest **skutecznym i bezpiecznym zabiegiem małoinwazyjnym**, mającym na celu przywrócenie prawidłowego - zatokowego rytmu serca u osób z migotaniem przedsionków, u których jedna lub więcej prób leczenia farmakologicznego lub elektrofizjologicznego zakończyła się niepowodzeniem. Zabieg ten łączy najlepsze osiągnięcia kardiologii, elektrofizjologii oraz kardiologii endoskopowej.

#### KTÓRZY PACJENCI KWALIFIKUJĄ SIĘ DO ZABIEGU HYBRYDOWEJ ABLACJI?

Zabieg hybrydowej ablacji dedykowany jest pacjentom z **przewalnym migotaniem przedsionków**, czyli nieustępującym spontanicznie w okresie 7 dni, u których przywrócenie rytmu zatokowego wymaga zastosowania farmakoterapii lub elektro-

terapii. Do zabiegu kwalifikowani są przede wszystkim chorzy z przewalnym (czyli nieustępującym spontanicznie w okresie 7 dni, u których przywrócenie rytmu zatokowego wymaga zastosowania farmakoterapii lub elektroterapii) oraz **długotrwałym przewalnym** (trwającym ponad rok) migotaniem przedsionków, którzy zostali poddani intensywnemu leczeniu farmakologicznemu lub przeszli jedną lub więcej ablacji (leczenie inwazyjne). Hybrydową ablację można rozważyć także u pacjentów z napadowym migotaniem przedsionków, u których inne formy leczenia okazały się nieskuteczne. Przeciwwskazaniem do wykonania takiej ablacji jest wcześniejszy zabieg w obrębie klatki piersiowej. Indywidualna konsultacja z lekarzem pozwoli omówić dokładnie przebieg choroby i określić dostępne, optymalne opcje leczenia.

#### JAK PRZEBIEGA ZABIEG HYBRYDOWEJ ABLACJI?

Istotą zabiegu hybrydowego jest połączenie wysiłków kardiologa-elektrofizjologa i kardiochirurga w ramach kompleksowego zabiegu małoinwazyjnego. Ablacja to wytworzenie niegroźnych dla serca blizn w obrębie przedsionków w celu zablokowania nieprawidłowych sygnałów elektrycznych rozchodzących się w ich obrębie. Wykonuje się je przy pomocy różnych źródeł energii – w naszym przypadku jest to energia fal radiowych.

W **pierwszym etapie zabiegu** kardiochirurg dociera do serca przez 2-3 cm nacięcie poniżej mostka, bez otwierania klatki piersiowej. Następnie wykonuje szereg ciągłych, liniowych blizn na zewnętrznej powierzchni pracującego serca.

W **drugim etapie zabiegu** elektrofizjolog, poprzez wprowadzenie cewnika przez żyłę udową w pachwinie, dociera do jam serca i wykorzystując nowoczesne technologie obrazowania i rozchodzenia się impulsów elektrycznych (CARTO), sprawdza i uzupełnia linie chirurgiczne precyzyjnymi aplikacjami punktowymi.

W rezultacie zabieg hybrydowy zajmuje połowę czasu wymaganego na zabieg ablacji przeszłokórnej, zmniejszając między innymi czas naświetlania promieniami rentgena.

Zabieg wykonują doświadczeni kardiochirurdzy i kardiolodzy w warunkach nowoczesnej sali operacyjnej - Sali Hybrydowej - która łączy funkcje sali kardiochirurgicznej i kardiologicznej.

#### JAK WYGLĄDA POWRÓT DO ZDROWIA?

Pobyt w szpitalu trwa do 4-5 dni po zabiegu. Niewielki uraz operacyjny sprzyja bardzo szybkiej rehabilitacji. Zdecydowana większość pacjentów poddanych zabiegowi hybrydowej ablacji odzyskuje prawidłowy rytm serca zaraz po pierwszym lub drugim etapie zabiegu; po odpowiednim okresie obserwacji, po konsultacji z lekarzem mogą oni zaprzestać stosowania leków przeciwkrzepliwych. Chorzy objęci są szczególną opieką zespołu kardiologów i kardiochirurgów; w trzecim, szóstym i dwunastym miesiącu po zabiegu zapraszani są na konsultacje celem sprawdzenia efektywności leczenia i wprowadzenia modyfikacji farmakoterapii.



miażdżycy. Twierdzenie, że główną przyczyną miażdżycy jest hipercholesterolemia nie jest prawdziwe, choć takie przekonanie panuje wśród pacjentów, a nawet w samym środowisku medycznym.

## Cholesterol – jeden z czynników ryzyka miażdżycy

Postępy w medycynie, tak jak i w innych naukach, najczęściej prowokują sceptycy.

W publikacji zamieszczonej w Medical Hypotheses, Stehbens [1] pisze:

*Proponents of the hypercholesterolaemic hypothesis could hardly have remained unaware of contrary pathological and experimental evidence and inconsistencies in their hypothesis. Their main support stems from the inability of those in the medical and scientific community to conceive that so many ostensibly „expert” in the field could be so very wrong.*

*Zwolennicy hipotezy cholesterolowej nie przyjmują danych pochodzących z badań patologicznych i eksperymentalnych, które nie są zgodne z ogłoszoną przez nich hipotezą. Głównym źródłem wsparcia dla pewnej części społeczności medycznej i naukowej jest wyparcie myśli, że tak wiele osób uznawanych za „ekspertów” może się mylić.*

Co sądzić o tak kategorycznym stwierdzeniu?

Zarówno u pacjentów z chorobą wieńcową, jak i osób zdrowych, stężenia cholesterolu przybierają rozkład normalny [2]. Krzywe Gaussa, charakteryzujące populacje zdrowych i chorych, choć są względem siebie nieco przesunięte, to w dużej części się nakładają (ryc. 1). Miażdżycy występuje częściej w przypadku hipercholesterolemii, jednak może rozwijać się także przy średnich, a nawet niskich stężeniach cholesterolu. U jednej na trzy osoby z chorobą wieńcową cholesterol nie przekracza 200 mg% (5,17 mmol/l) [3]. W przypadku jednej trzeciej ostrych zespołów wieńcowych frakcja lipoprotein LDL (*ang. Low Density Lipoproteins*) wynosi mniej niż 140 mg% (3,6 mmol/l) [4]. U większości pacjentów poddawanych chirurgicznej rewaskularyzacji mięśnia sercowego stężenia cholesterolu LDL zawierają się w przedziale wartości uznawanych za prawidłowe [5]. Zaburzenia lipidowe nie są zatem niezbędnym elementem ryzyka

Obecność estrów cholesterolu w zmianach miażdżycowych nie oznacza, że są one ich przyczyną. Podążając za tym rozumowaniem można by wnioskować, że przyczyną tworzenia się złogów uwapnionych jest hiperkalcemia. Tak oczywiście **nie jest** i zmiany uwapnione powstają u osób z normokalcemią lub nawet niskim stężeniem tego jonu (wapnienie dystroficzne). Podobnie, lipidy gromadzą się w blaszkach przy prawidłowej lub nawet niskiej zawartości cholesterolu we krwi (stężenie cholesterolu w złogach miażdżycowych jest większe niż we krwi). Ważniejszą rolę zapewne odgrywają nie arbitralnie przyjmowane i wielokrotnie obniżane normy dotyczące stężenia LDL służące do oceny ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych, ale wzrost przepuszczalności śródbłonna dla krwiopochodnych cząsteczek aterogennych, w tym frakcji lipidowych, których stężenie w pobliżu ściany naczyń determinują warunki przepływowe [6-12].

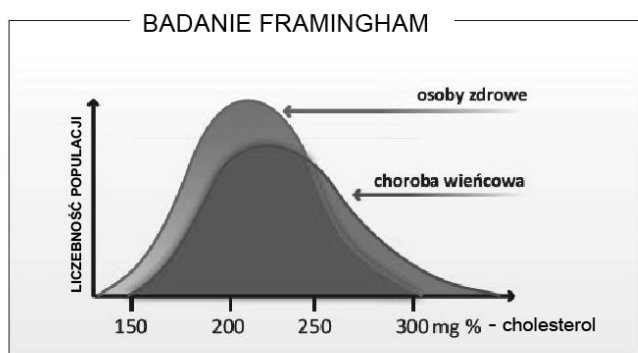
Jak obliczono w oparciu o dane pochodzące ze skandynawskiego badania 4S (*Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study*), aby w prewencji wtórnej przedłużyć życie pacjenta o rok, simwastatyna (substancja z grupy statyn obniżająca cholesterol) powinna być stosowana przez 83 lata [13,14]! U osób z miażdżycą tętnic wieńcowych, pomimo farmakologicznego obniżenia cholesterolu LDL poniżej 100 mg%, roczne ryzyko poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych pozostaje duże, a u wielu z nich, nawet w przypadku obniżenia cholesterolu LDL poniżej 70 mg%, obserwuje się progresję zmian [13-15]. Ani cholesterol całkowity ani jego frakcja LDL nie korelują ze stopniem zaawansowania zmian miażdżycowych w koronarografii ani nasileniem kalcyfikacji tętnic wieńcowych w tomografii komputerowej [16-20].

Dogmaty w nauce mają to do siebie, że trzymają się mocno, a zmiany sposobu myślenia przyjmowane są z dużym oporem [21,22]. Przeświadczenie, że zaburzenia lipidowe są głównym czynnikiem ryzyka i przyczyniają się do powstawania złogów wynika zapewne z faktu, że jest to najlepiej przebadany, najczęściej analizowany i cytowany



w literaturze przedmiotu wskaźnik miażdżycowy, pomimo że jest to czynnik relatywnie słaby. Można stwierdzić, że teoria lipidowa mówiąca, że przyczyną miażdżycą jest nadmierne spożycie tłuszczów zwierzęcych [23], nie wytrzymuje próby czasu i powinna przejść do historii medycyny jako powszechnie panujące w ubiegłym stuleciu przekonanie i wielokrotnie przytaczana w literaturze przyczyna, a nie udokumentowana teza naukowa [1,24].

Oczywiście, nie oznacza to jednak, że działania profilaktyczne zalecające odpowiednią dietę oraz preparaty obniżające lipidy tracą na znaczeniu.



Rycina 1. Rozkład stężeń cholesterolu całkowitego u osób zdrowych i z chorobą wieńcową.

#### Piśmiennictwo:

- Stehbens WE. Hypothetical hypercholesterolaemia and atherosclerosis. *Med Hypotheses*. 2004;62:72-8
- Little WC, Constantinescu M, Applegate RJ, Kutcher MA, Burrows MT, Kahl FR, Santamore WP. Can coronary angiography predict the site of a subsequent myocardial infarction in patients with mild-to-moderate coronary artery disease? *Circulation*. 1988;78:1157-66
- Castelli WP. Lipids, risk factors and ischaemic heart disease. *Atherosclerosis*. 1996;124 Suppl:S1-9
- Ginsburg GS, Safran C, Pasternak RC. Frequency of low serum high density lipoprotein cholesterol levels in hospitalized patients with "desirable" total cholesterol levels. *Am J Cardiol*. 1991;68:187-92
- Garrett HE, Horning EC, Creech BG, Debaquey M. Serum cholesterol values in patients surgically treated for atherosclerosis. *JAMA*. 1964;189:655-9
- Soulis J, Giannoglou G, Dimitrakopoulou M, Papaioannou V, Logothetides S, Mikhailidis D. Influence of oscillating flow on LDL transport and wall shear stress in the normal aortic arch. *Open Cardiovasc Med J*. 2009;3:128-42
- Soulis JV, Fytanidis DK, Papaioannou VC, Giannoglou GD. Wall shear stress on LDL accumulation in human RCAs. *Med Eng Phys*. 2010;32:867-77
- Wada S, Karino T. Theoretical prediction of low-density lipoproteins concentration at the luminal surface of an artery with a multiple bend. *Ann Biomed Eng*. 2002;30:778-91
- Wada S, Koujiya M, Karino T. Theoretical study of the effect of local flow disturbances on the concentration of low-density lipoproteins at the luminal surface of end-to-end anastomosed vessels. *Med Biol Eng Comput*. 2002;40:576-87
- Olgac U, Kurtcuoglu V, Poulidakos D. Computational modeling of coupled blood-wall mass transport of LDL: effects of local wall shear stress. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. 2008;294:H909-19
- Olgac U, Kurtcuoglu V, Saur SC, Poulidakos D. Identification of atherosclerotic lesion-prone sites through patient-specific simulation of low-density lipoprotein accumulation. *Med Image Comput Comput Assist Interv*. 2008;11:774-81
- Olgac U, Poulidakos D, Saur SC, Alkadhi H, Kurtcuoglu V. Patient-specific three-dimensional simulation of LDL accumulation in a human left coronary artery in its healthy and atherosclerotic states. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. 2009;296:H1969-82
- Krut LH. On the statins, correcting plasma lipid levels, and preventing the clinical sequelae of atherosclerotic coronary heart disease. *Am J Cardiol*. 1998;81:1045-6
- Kinosian B, Glick H, Schwartz JS, for the 4S group. Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S): cost-effectiveness (CE) of cholesterol lowering treatment (abstr). *J Am Coll Cardiol*. 1996;27:165A
- Bayturan O, Kapadia S, Nicholls SJ, Tuzcu EM, Shao M, Uno K, Shreevatsa A, Lavoie AJ, Wolski K, Schoenhagen P, Nissen SE. Clinical predictors of plaque progression despite very low levels of low-density lipoprotein cholesterol. *J Am Coll Cardiol*. 2010;55:2736-42
- Hausenloy DJ, Yellon DM. Targeting residual cardiovascular risk: raising high-density lipoprotein cholesterol levels. *Postgrad Med J*. 2008;84:590-7
- Effect of fenofibrate on progression of coronary-artery disease in type 2 diabetes: the Diabetes Atherosclerosis Intervention Study, a randomised study Diabetes Atherosclerosis Intervention Study Group. *Lancet*. 2001;357:905-10
- Nunes JP, Silva JC. Systemic correlates of angiographic coronary artery disease. *PLoS ONE*. 2009;4:e4322
- Romm PA, Green CE, Reagan K, Rackley CE. Relation of serum lipoprotein cholesterol levels to presence and severity of angiographic coronary artery disease. *Am J Cardiol*. 1991;67:479-83
- Stehbens WE. Hemodynamics and atherosclerosis. *Biorheology*. 1982;19:95-101
- Texon M. The hemodynamic basis of atherosclerosis. Further observations: the linear lesion. *Bull NY Acad Med*. 1986;62 (2<sup>nd</sup> series):875-80.
- Texon M. The cholesterol-heart disease hypothesis (critique: time to change course? [editorial]. *Bull N Y Acad Med*. 1989;65 (2<sup>nd</sup> series):836-41
- Keys A. Diet and development of coronary heart disease. *J Chron Dis*. 1956;4:364-80
- Sloop GD. A critical analysis of the role of cholesterol in atherogenesis. *Atherosclerosis*. 1999;142:265-268

## *Poznajmy się bliżej*

### *Pracownia Mikrobiologii*

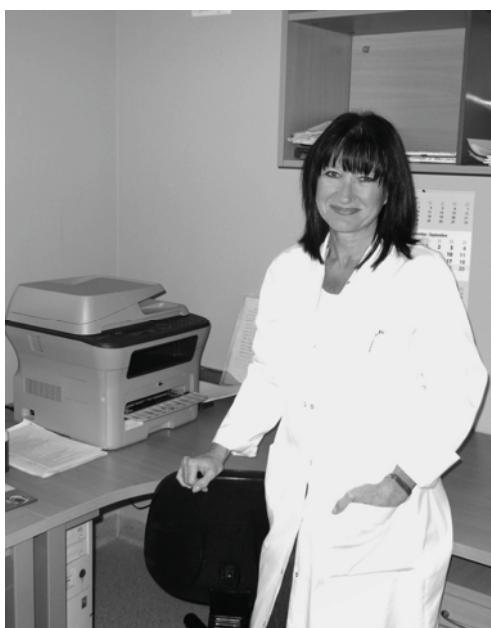
Nareszcie w nowych pomieszczeniach!

Po 23 latach działalności (08.06.1988 – 21.06.2011) w ciasnych, prowizorycznych pomieszczeniach przy ul. Szpitalnej 17, Pracownia Mikrobiologii została przeniesiona do nowego budynku przy ul. Marii Curie-Skłodowskiej 9. W skład nowej Pracowni wchodzią przestronne pomieszczenia wyposażone w nowoczesny sprzęt. Dzięki temu pojawiły się duże możliwości rozwoju Pracowni, co stało się konieczne ze względu na kolejne wyzwania podejmowane przez szpital.

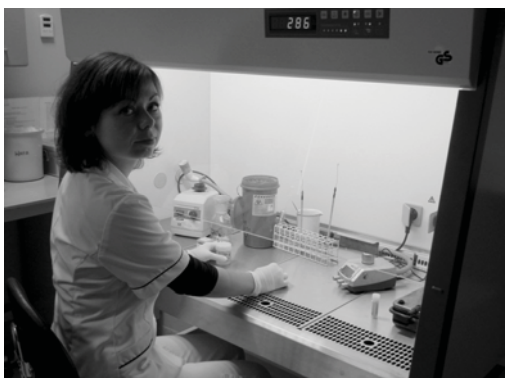
Organizatorką obu pracowni (zarówno w poprzednim jak i nowym miejscu) oraz jej pierwszym kierownikiem jest mgr Mirosława Siola.

Obecnie w pracowni zatrudnionych jest 9 osób:

**mgr Mirosława Siola**  
**specjalista mikrobiolog**



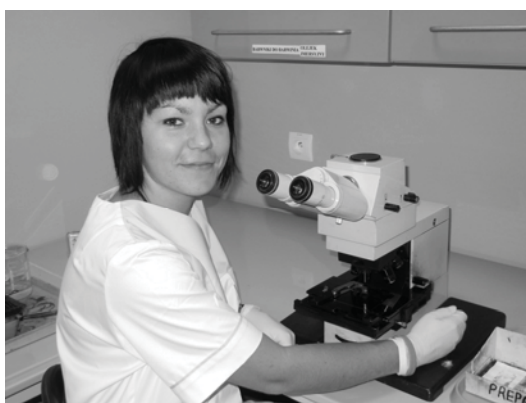
**mgr Oliwia Malecka**



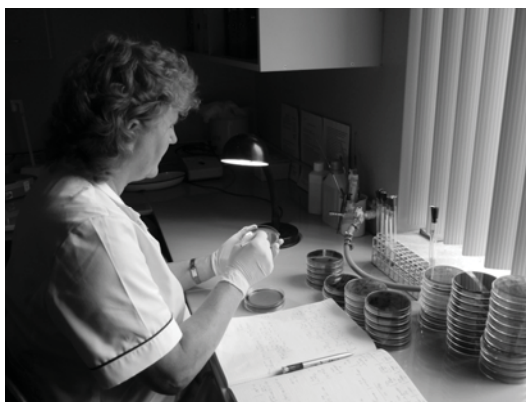
**mgr Beata Gajkowska**



**mgr Aleksandra Konarska**

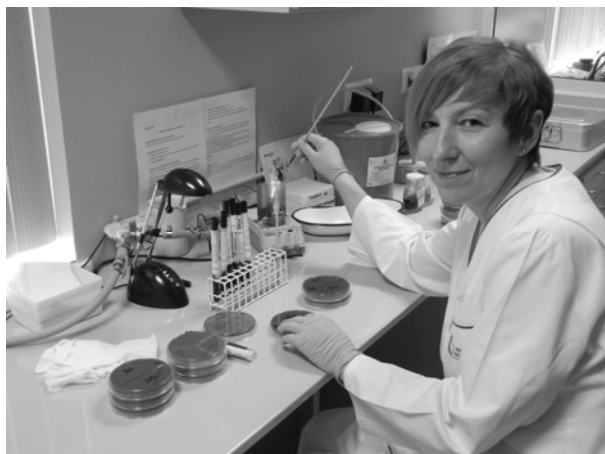


**tech. Anna Dudek**



**tech. Iwona Błaszkiwicz**





**Grażyna Stingl**



**Beata Wandas**



Aktualny zakres badań w Pracowni Mikrobiologii:

1. Hodowla i identyfikacja bakterii tlenowych :

- pałeczek Gram-ujemnych z rodziny *Enterobacteriaceae*
- pałeczek Gram-ujemnych niefermentujących
- pałeczek hemofilnych
- bakterii z rodzaju *Neisseria* i *Moraxella*
- gronkowców
- paciorkowców
- enterokoków
- innych bakterii Gram-dodatnich

2. Oznaczenie wrażliwości na leki przeciwdrobnoustrojowe wraz z oznaczeniem mechanizmów oporności wyizolowanych szczepów bakteryjnych metodą dyfuzyjno-krażkową, poprzez określanie MIC przy użyciu E-testów oraz z zastosowaniem metod automatycznych.

3. Hodowla i identyfikacja do gatunku bakterii beztlenowych.

4. Oznaczenie wrażliwości na chemioterapeutyki bakterii beztlenowych z zastosowaniem metod automatycznych.

5. Hodowla i różnicowanie do gatunku grzybów drożdżopodobnych.

6. Różnicowanie niektórych grzybów pleśniowych metodami mikroskopowymi.

7. Określenie wrażliwości grzybów drożdżopodobnych na leki przeciwgrzybicze z zastosowaniem metod automatycznych.

8. Oznaczenie antygenów pałeczek *Legionella pneumophila* w moczu.

9. Oznaczenie dehydrogenazy glutaminowej i toksyn A/B *Clostridium difficile* bezpośrednio w kale.

W 1989 r. przebadano 2786, a w 2010r. 14264 materiałów (w 2010 r. wykonano 62262 badania).

Do zadań Pracowni należą również konsultacje w zakresie antybiotykoterapii, współpraca z Zespołem ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych, w tym wykonywanie badań kontroli środowiska szpitalnego, wykrywanie szczepów alarmowych, monitorowanie szerzenia się oporności, prowadzenie szkoleń personelu medycznego oraz prowadzenie zajęć ze studentami, praktyk studenckich oraz staży personelu medycznego.



## Sahara - królowa pustyni

**Sahara od wieków wabi tajemniczością. Rozpala wyobraźnię krajobrazami i opowieściami. Nieujarzmiona, bezkresna, odwieczna. Kryjąca w sobie prawdziwe skarby: oazy.**



Sahara to pustynia królewska - jest największa na świecie, zajmuje ok. 9 milionów km kw. i wchodzi w skład terytoriów 11 państw. Aby zatem ogarnąć tak niewyobrażalną przestrzeń nazwami podzielono ją na mniejsze pustynie, dzięki czemu Tunezji przypadł Wielki Erg Wschodni, którym dzieli się z Algierią. Ale granice to rzecz umowna: wytyczone na papierze nie mają znaczenia dla prawdziwych mieszkańców tych ziem: nomadów, którzy prastarymi szlakami karawan także i dziś przemierzają jej bezkres. W starożytności były to karawany liczące nawet i tysiąc wielbłądów, transportujących z głębi afrykańskiego lądu sól, złoto i niewolników. Dziś wprawdzie i tu dotarła cywilizacja, bo częściej zamiast wielbłądów drogami mkną ciężarówki z towarami, a w namiotach Berberów i Tuaregów stoją telewizory, ale dla wielu plemion wędrówka z wielbłądami po pustyni to wciąż nie tylko sposób na zarabianie pieniędzy, lecz także cały styl życia.



Wbrew obrazowi stworzonemu przez pisarzy i filmowców, pustynia tylko w swej niewielkiej części to ciągnące się po horyzont wydmy. Tunezyjską część pustyni tworzy w dużej mierze serir - monotony ugór, na którym z rzadka widać kępy suchorośli i malutkie krzaczki. Za to w El Faour znajdują się piaszczyste piramidy. Tak



nazwano formacje z piasku, które wiatr przez stulecia wyrzeźbił w fantastyczne kształty. W pobliżu Douz i Ksar Ghiliane czeka natomiast morze piasku. Drobne jak mąka, unoszącego się przy najbliższym powiewie wiatru, mieniącego się odcieniami żółci. Lecz choć piaszczyste wydmy uważane są za

najpiękniejsze, to jednocześnie sprawiają one ludziom najwięcej kłopotów. Nawiewane przez wiatr zasypują oazy i drogi: aby temu zapobiec na poboczach ustawia się płoty plecione z liści palm. Gdy piasek zbliży się do ich szczytu, na nich stawia się następne - dochodząc w ten sposób niekiedy do kilkunastu metrów wysokości!







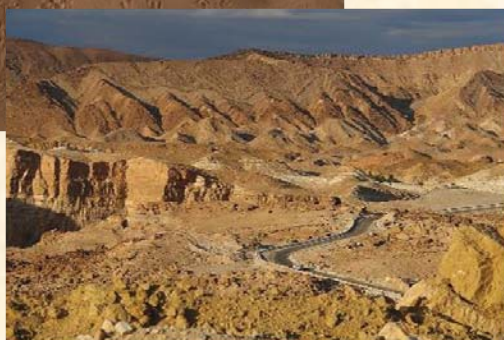
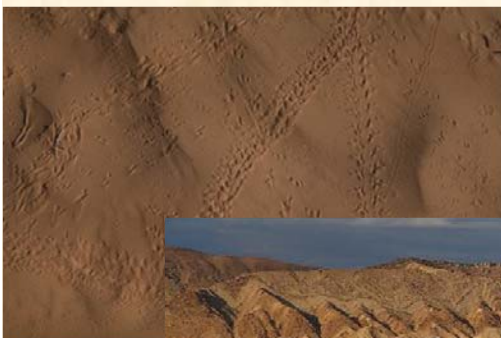
Choć pustynia jest tak niegościnna dla życia (zaludnienie tutaj wynosi jedną osobę na jeden km<sup>2</sup>) to jednocześnie jest domem dla wielu stworzeń. Świadczą o tym dziesiątki śladów na piasku widoczne o świcie, nim zasypie je wiatr.

wokół nielicznych źródeł. Choć wyobraźnia podsuwa widok namiotów rozbitych pośrodku pustyni w cieniu kilku palm, to zwykle oazy wyglądają jak wioski, zaś misterny system kanalików sprawiedliwie nawadnia każdą z daktylowych palm. Tu przetrwanie jest możliwe tylko dzięki wodzie, stąd szanuje się ją i ceni wyżej niż złoto i ropę naftową. Co ciekawe jednak na pustyni deszcz choć tak upragniony, bywa często narzędziem zniszczenia, czego najlepszym dowodem są opuszczone po powodzi górskie oazy Mides, Tamerza i Chebika. Widziana z góry oaza Chebika wije się pióropuszcami palm między żółtym bezkresem. Niegdyś był tutaj posterunek graniczny Cesarstwa Rzymskiego Ad Speculum, broniący żyznej prowincji Africa przed najazdami Berberów.



### Oaza Chebika

Górskie oazy są dokładnie takie, jakimi oazy być po-



winny: położone na końcu świata, za siedmioma gó-

rami i za siedmioma (wyschniętymi) rzekami. I jak na oazy przystało otacza je pustynia. I tylko jedna rzecz nie pasuje do stereotypu: opuszczono je po... powodzi. Pustynia kojarzy się z piaszczystymi wydmami ciągnącymi się po horyzont, tym czasem skraj Sahary tworzący Wielki Erg Wschodni to w większości jałowe góry i kamienne równiny, gdzie jakiegokolwiek życie istnieje tylko



## Matmata

O tym jak stara jest podziemna architektura najlepiej świadczy fakt, iż opisywał ją już grecki historyk Herodot (żyjący w V w. p.n.e.) określając tutejszych mieszkańców greckim słowem troglodytes czyli jaskiniowcy. Zapewne dla Greka ludzie mieszkający pod ziemią musieli wyglądać osobliwie, jednak w tutejszym klimacie takie domy sprawdzają się idealnie, gdyż latem dają chłód, zaś zimą trzymają ciepło - dzięki czemu przez cały rok panuje w nich przyjemna temperatura. Tradycyjnie "jaskinię", czyli jeden podziemny dom zamieszkiwała jedna rodzina, a na podwórzu w kształcie gigantycznej studni schodzi się tunelem.

Wokół dziedzińca (w naturalny sposób częściowo ocienionego wystającymi w górę ścianami) widoczne są otwory do pokoi wydrążonych w miękkiej piaszczysto-gliniastej skale. Wnętrza zaskakują prostotą: praktycznie nie ma w nich mebli, (pierwotnie nawet łóża i półki również były wydrążone) zaś jedynymi elementami dekoracyjnymi są malunki chroniące jednocześnie przed złem. Bogactwo gospodarzy można było poznać po bardziej rozbudowanych domach wznoszonych na dwóch poziomach, a gdy rodzina się rozrastała, wystarczyło wydrążyć nieopodal kolejny dom i połączyć go tunelem. A jak zamknąć podziemne drzwi? Najlepiej na długą drewnianą

zasuwę wchodzącą bezpośrednio ścianę, zaś klucz do jej otwarcia potrafi mieć nawet 30 cm długości, jako że "dziurka" od klucza też jest wydrążona w skale!



Ksar Ghilane



Wielki Szot

Tekst i zdjęcia: **Anna Olej-Kobus i Krzysztof Kobus;**  
[www.miedzykulturowa.org.pl](http://www.miedzykulturowa.org.pl)

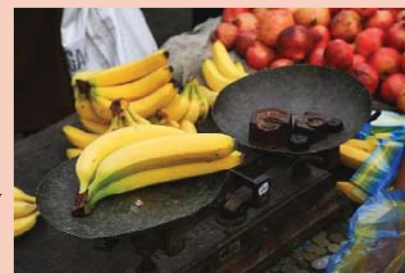
## Na arabskim targu w Menzel Temime

**Do Menzel Temime najlepiej trafić we wtorek. Odbywający się wtedy cotygodniowy targ to najlepsza okazja do przyjrzenia się codziennemu życiu. Najpierw trzeba przejść przez rzędy stoisk z ubraniami, garnkami i plastikowymi podróbkami made in China, by wreszcie dotrzeć do targu warzywnego, ściągającego rolników z całego półwyspu.**



ką cieszą się dużym zainteresowaniem. Tuż obok sprzedawca zachwala oliwki: oliwne gaje zobaczyć można na całym półwyspie Bon. Wreszcie warzywa: całkiem swojskie,

takie jak pomidory, marchew czy cebula, obok których wiszą kiście świeżych daktyli, przypominając o tym, iż jednak jesteśmy w Afryce. Dzięki stosunkowo dużym opadom (dochodzącym do 500 mm) i efektywnemu systemowi nawadniania półwysp dostarcza Tunezji 80% cytrusów, 60% winogron i 40% warzyw.



Towary odmierzają stare wagi, a drobne monety wędrują z rak do rąk. Wśród kupujących często można spotkać berberyjskie kobiety, ubrane zgodnie z tradycją w kracaste materiały, z olbrzymimi kolczykami oraz tatuażem odpędzającym zły urok.



Menzel Temime słynie z przypraw, a zwłaszcza suszonej czerwonej papryki, z której powstaje pikantna przyprawka harissa, podawana na stoły przed głównym daniem.



Nic więc dziwnego, że stragany z papry-





Choć Cap Bon położony jest zaledwie 140 km. od Europy i tuż obok popularnego kurortu w Hammamet, półwysep Bon odwiedzają nieliczni. Może dlatego też łatwiej tu wczuć się w atmosferę tunezyjskiej prowincji, choć jednocześnie wędrówka tutejszymi ścieżkami to spotkanie z bardzo daleką Historią...

Rzymianie nazwali go Przylądkiem Pięknym - Pulchrum Promontorium. I nic dziwnego, skoro środek półwyspu tworzą góry schodzące ku błękitnemu morzu, tworzące piękną oprawę dla uprawnych pól, na których wygrzewają się w słońcu pomarańcze, cytryny i winogrona. Z tych ostatnich, już za czasów Fenicjan, tłoczono wino, a tradycje te podtrzymali Rzymianie wysoko ceniący "napój bogów". Podbój muzułmański (islam zakazywał spożywania alkoholu) skazał winogrona na życie tylko w postaci owocu, dopiero za czasów francuskiego protektoratu wrócono do tłoczenia win. Jednak taka konkurencja nie podobała się w Algierii, której producenci wykupili najlepsze tunezyjskie wina sprzedając je jako... produkt algierski, zaś swe najgorsze gatunki jako pochodzące

z Tunezji. Dziś oryginalne tunezyjskie wino można kupić w większych miastach lub spróbować w hotelowym barze, zaś turyści podróżujący przez półwysep Bon mają okazje podziwiać krajobraz, jaki zachwycił Rzymian blisko 2000 lat temu.

Tekst i zdjęcia: **Anna Olej-Kobus i Krzysztof Kobus;**  
[www.miedzykulturowa.org.pl](http://www.miedzykulturowa.org.pl)





## Gdy antybiotyki tracą swoją moc

Choroby infekcyjne, spowodowane mikroorganizmami takimi jak np. bakterie, wirusy, grzyby, są jedną z głównych przyczyn zgonów na świecie. Do walki z tego rodzaju chorobami lekarze mają leki przeciwdrobnoustrojowe: przeciwbakteryjne, przeciwwirusowe, przeciwgrzybiczne, itp. Potocznie leki przeciwbakteryjne nazywa się antybiotykami i choć nie jest to do końca poprawne, dla potrzeb niniejszego artykułu zostaniemy przy tym sformułowaniu. Nie wszystkie antybiotyki działają na wszystkie bakterie. Mimo, że istnieje wiele grup antybiotyków, to jeden z nich może być skuteczny tylko wobec jednego lub kilku gatunków bakterii.

Pod koniec XX w. zaczęła dramatycznie wzrastać oporność bakterii na antybiotyki. Opornością nazywamy zdolność drobnoustroju do przetrwania w obecności leku, który zaburza jego procesy życiowe, hamuje wzrost i namnażanie. Problem pogłębia tzw. oporność krzyżowa – bakterie odporne na pewne antybiotyki są często również odporne na inne, o takim samym mechanizmie działania.



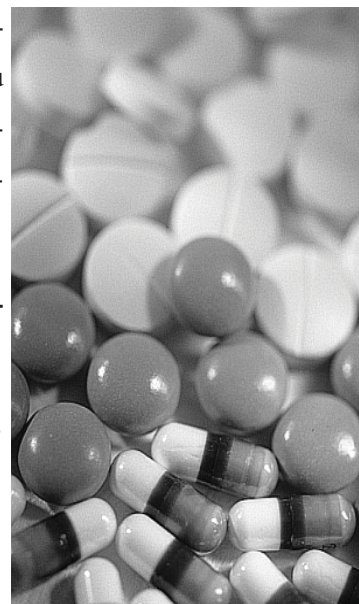
Jedną z głównych przyczyn narastającej antybiooporności bakterii jest nadużywanie i niewłaściwe stosowanie antybiotyków. Pod względem ilościowego spożycia antybiotyków Polska zajmuje miejsce w pierwszej dziesiątce w Europie. Każdego dnia antybiotyki

przyjmuje aż 25. na tysiąc Polaków. Z badań przeprowadzonych w październiku 2010 roku na zlecenie Narodowego Instytutu Leków przez firmę Millward Brown SM-G/KRC wynika, iż odsetek osób stosujących antybiotyki jest w Polsce wciąż wysoki: 37% dorosłych Polaków stosowało antybiotyki w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a 57% - w ciągu ostatnich 24 miesięcy. W okresie jesienno - zimowym sprzedaż antybiotyków wzrasta nawet czterokrotnie!!! W lecznictwie podstawowym 75% przepisywanych przez lekarzy rodzinnych antybiotyków stosuje się w leczeniu zakażeń dróg oddechowych, podczas gdy zakażenia te wywoływane są najczęściej przez wirusy.

Z jednej strony uderza niski poziom wiedzy pacjentów na temat antybiotyków, z drugiej – brak profesjonalizmu lekarzy, którzy łamią zasady racjonalnej antybiotykoterapii.

### Zasady racjonalnej antybiotykoterapii:

- niestosowanie antybiotyków w chorobach wirusowych;
- wybór skutecznego antybiotyku o właściwym spektrum, najmniejszym ryzyku działań niepożądanych, w oparciu o znajomość wrażliwości szczepów izolowanych w danej populacji i rodzaju zakażenia;
- stosowanie antybiotyku, który ma największe szanse eradykacji (całkowitego usunięcia) patogenu, aby zmniejszyć szanse selekcji i rozprzestrzeniania się szczepów opornych;
- stosowanie antybiotyków dobrze penetrujących do miejsca zakażenia i uzyskujących tam stężenia terapeutyczne;
- stosowanie właściwych dawek przez odpowiednio długi czas – dokładne poinformowanie pacjenta!!!



- pobieranie materiału do badań mikrobiologicznych przed wdrożeniem leczenia;
- znajomość antybiogramu;
- ciągle uaktualnianie wiedzy własnej lekarza.

#### **Antybiotykami leczy się:**

- infekcje wirusowe – 60%
- przeziębienie – 30%
- ból gardła – 24%
- grypę – 16%
- kaszel – 12%

#### **A w szpitalu? W racjonalnej antybiotykoterapii pomoże:**

- mapa epidemiologiczna szpitala i jej znajomość;
- stosowanie terapii celowanej – zwiększenie ilości badań mikrobiologicznych antybiogramów;
- wdrożenie procedury okołozabiegowej profilaktyki antybiotykowej, receptariusza szpitalnego, przestrzeganie higieny i zasady izolacji pacjentów.

*Źródło: Badanie firmy Millward Brown SMG/KRC na zlecenie Narodowego Instytutu Leków, październik 2009*

#### **A co możemy zrobić sami?**

- nie naciskajmy na lekarzy, by przepisywali antybiotyki, jeśli nie ma takiej potrzeby;
- stosujmy się do zaleceń lekarskich: przestrzegajmy dawek, godzin i czasu stosowania leków;
- nie zachowujmy niewykorzystanych antybiotyków na przyszłość, na wszelki wypadek, gdy „coś nas weźmie” – warto zapytać farmaceutę, co zrobić z pozostałym po leczeniu, niez użytymi lekami;
- jeśli to możliwe, zapobiegajmy zakażeniom, szczepiąc się;
- podczas antybiotykoterapii stosujmy leki osłowne – pałeczki kwasu mlekowego.
- antybiotyków nie popijamy mlekiem. Wapń może utrudniać wchłanianie antybiotyku z jelit.

Zastosowanie się do ścisłego przestrzegania reżimu stosowania antybiotyków może doprowadzić do powrotu wrażliwości drobnoustrojów na antybiotyki. Przykładami potwierdzającymi taką możliwość mogą być obserwacje dotyczące wpływu zmian zużycia antybiotyków na powrót wrażliwości bakterii z rodzaju paciorkowców – pneumokoków.

O niedostatecznej wiedzy społeczeństwa świadczą przytoczone poniżej badania.

#### **Według opinii publicznej: Antybiotyki:**

- antybiotyki zabijają wirusy - 55%
- antybiotyki zabijają bakterie - 46%
- antybiotyki to silniej działająca forma aspiryny - 13%
- penicylina to nie antybiotyk - 15%
- antybiotyk należy stosować przy przeziębieniu i grypie - 75%
- antybiotyk to lekarstwo na niezbyt żołądka i jelit - 40%



*Źródło: [www.gronkowiec.pl/antybiotykimity.html](http://www.gronkowiec.pl/antybiotykimity.html)*





## Nie podpalajcie mi życia

17 listopada obchodzić będziemy po raz kolejny Światowy Dzień Rzucania Palenia. To dobra okazja, by zastanowić się, dlaczego papieros aż tak mocno wpisał się w historię życia człowieka. Wielu palących nie nawet bierze pod uwagę rzucenia palenia, ponieważ uważa, że „na coś trzeba umrzeć”. Niekoniecznie wiedzą oni, jakie substancje co dzień dostarczają swojemu organizmowi i co paląc rozsiewają wokół, niszcząc zdrowie innych. Tytoń to nie cukierek, którego bezkarnie zjeść może prawie każdy z nas. Palenie nie pozostawia obojętnym ani naszego ciała ani umysłu.

Legenda głosi, że jako pierwsi tytoń uprawiali Chińczycy. Nie znaleziono jednak potwierdzenia tej informacji; pozostaje nam wierzyć, że to Kolumb, wraz z odkryciem Ameryki, odnalazł u Indian suszone liście tytoniu i poznał tajemnicze właściwości tej rośliny. I tak tytoń zawędrował do Europy. Zaczął być uprawiany w Portugalii, Francji i Hiszpanii. Najpierw zagościł na dworach królewskich, by później zawładnąć wszystkimi grupami społecznymi.

Pierwotnie tytoń palono w fajkach, później w papierosach i cygarach. Pierwsze papierosy produkowano nabijając tytoń do wydrążonych lasek trzciniowych albo zawijając go w kukurydziane łuski lub inne części warzyw. Powszechną sławę papierosy zyskały w XVIII wieku; pierwsza fabryka papierosów powstała na Kubie w 1853 r.

## ŚMIERTELNY FENOMEN

**Co takiego sprawia, że tytoń jest tak popularny, że nie potrafią mu się oprzeć miliony ludzi na całym świecie, wypalających setki papierosów, cygar, fajek rocznie?**

Poszukując odpowiedzi na to pytanie, warto zwrócić uwagę na przyczyny psychologiczne i socjologiczne. Zapalenie papierosa ułatwia nawiązanie kontaktu, pomaga przezwyciężyć dystans; palenie traktowane jest jak przerwa w pracy, towarzyska rozrywka. Często dzięki temu ludzie czują się pewniej, łatwiej zawierają i podtrzymują relacje osobowe, stają się bardziej otwarci społecznie, co w dzisiejszym świecie nieufności i zamknięcia na drugiego człowieka nie jest bez znaczenia.

Kolejną przyczyną palenia wynika ze sposobu, a raczej sposobów działania nikotyny na organizm. Nikotyna w niskich dawkach działa stymulująco na organizm - co jest głównym powodem przyjemności wynikającej z palenia. Tytoń powoduje wzmożone wydzielanie adrenaliny, a co

za tym idzie - zanik bólu, uczucia głodu; inne objawy jego działania to przyspieszone bicie serca, rozszerzone źrenice.

W większych dawkach działa uspokajająco. Początkowo daje uczucie lekkości, następnie jednak powoduje zmianę percepcji, postrzegania otoczenia, światłowstręt, zmęczenie, brak energii aż do uczucia oderwania od rzeczywistości, myślotoku, wymiotów, biegunki.

W jeszcze większych dawkach tytoń może prowadzić do zamroczenia pola widzenia a nawet halucynacji – zazwyczaj w formie czarno-białych "wizjonerskich" obrazów. W ekstremalnie wysokich dawkach następuje utrata przytomności, drgawki i zgon.

W przypadku papierosa nikotyna działa niemal natychmiast po zażyciu, po upływie ok. 7 sekund. Biologiczny okres półtrwania nikotyny w mózgu wynosi ok. 2 h. Wszystko to powoduje, że jest ona substancją silnie uzależniającą.

## ZABÓJCZA ZAWARTOŚĆ

Gdyby nikotyna była jedyną substancją wchodzącą w skład papierosa, sytuacja palaczy nie byłaby taka zła. Pobudzenie na przemian z odprężeniem, dawka energii i relaks – mogłoby się wydawać, że palenie ma same plusy. Jednak oprócz nikotyny w dymie papierosowym odnaleziono ok 4.000 związków chemicznych, z których ponad 40 to substancje rakotwórcze. Ich działanie nie ogranicza się jedynie do samych palaczy, dotyczy także wszystkich osób - mężczyzn, kobiet i dzieci, które przebywają w pomieszczeniach, gdzie występuje dym tytoniowy (tzw. „palenie bierne”).

Oto przykłady niektórych tylko substancji występujących w dymie tytoniowym: aceton, amoniak, arsen, benzopiren, butan, chlorek winylu, ciała smołowate, cyjanowodór, DDT, dibenzoakrydyna, dimetylonitrozoamina, formaldehyd, kadm, metanol, naftyloamina, nikotyna, piren, polon, tlenek węgla, toluidyna, uretan.

Już same ich nazwy nie brzmią optymistycznie; wiele z nich kojarzy się z ich zastosowaniem np. w przemyśle chemicznym.

Warto więc może zastanowić się, czy dla chwili relaksu zgadzamy się z zatrutowaniem siebie i swojego otoczenia tyloma nieprzyjaznymi substancjami?

## GROŹNE KONSEKWENCJE

Opis szkodliwego działania palenia tytoniu na organizm ludzki znajduje się nawet na opakowaniach papierosów. Hasła „Palenie powoduje raka”, „Palenie powoduje choroby serca” są nam powszechnie znane. Nie każdy jednak wie, że palenie działa także na inne układy i narządy człowieka. Powoduje m.in. zmniejszenie płodności u kobiet i jest przyczyną impotencji u mężczyzn. Palenie tytoniu obniża szansę zapłodnienia w przybliżeniu o 1/3

w ciągu całego cyklu miesięczkowego. W wyniku dokonanych obserwacji ustalono, że u kobiet palących papierosy znacznie przedłuża się okres oczekiwania na zajście w ciążę; skraca się także okres rozrodczy. Może warto więc, zamiast skazywać się na problemy z zajściem w ciążę i odbieranie sobie szansy na macierzyństwo, zastanowić się chwilę przed zapaleniem kolejnego papierosa?

W przypadku mężczyzn palenie zwiększa istotnie ryzyko impotencji. Jest to spowodowane m.in. wpływem palenia na układ sercowo-naczyniowy. Impotencja jest często jednym z pierwszych sygnałów ostrzegawczych, sygnalizujących problem z układem krążenia. Dzięki szybkiej reakcji, wykonaniu odpowiednich badań kontrolnych możemy ustrzec nas przed zawałem serca czy udarem.

## BIERNE PALENIE

O ile na powyższe komplikacje skazujemy się sami, o tyle szczególnie ważnym problemem okazuje się palenie tytoniu wśród kobiet w ciąży i matek. Pomijając sam fakt szkodliwości palenia biernego, matka dodatkowo naraża swoje nienarodzone dziecko na bezpośredni wpływ nikotyny i substancji zawartych w dymie papierosowym. Płód palącej ciężarnej nie otrzymuje wystarczającej ilości tlenu, potrzebnego do prawidłowego wzrostu i rozwoju. Dziecko takiej matki rodzi się znacznie mniejsze i podatniejsze na choroby w porównaniu z dziećmi, których mamy nie palą. U palaczek rośnie również ryzyko komplikacji w czasie ciąży. Najbardziej negatywnie na rozwój płodu wpływa zwłaszcza palenie w ostatnich 2 miesiącach ciąży.

Jeśli jednak kobieta paląca tytoń zrezygnuje z nałogu w pierwszej połowie ciąży, a najlepiej już w pierwszym trymestrze ciąży, ryzyko powikłań u płodu będzie podobne jak u kobiet nigdy niepalących. Co więcej, nawet jeśli rzucenie palenia przez matkę nastąpi w 30 tygodniu ciąży istnieje jeszcze szansa na wyrównanie przez dziecko swojej wagi urodzeniowej. Każdy moment na opamiętanie się jest dobry.

Jednak nie tylko palenie w okresie płodowym jest tak niebezpieczne. Po urodzeniu dziecko obarczone zostaje całą szkodliwością biernego palenia. Niemowlęta wdychające dym z papierosów, podobnie jak inni bierni palacze, częściej cierpią na poważne choroby układu oddechowego (zapalenie płuc, oskrzeli, górnych dróg oddechowych). Poza tym, palenie papierosów przez rodziców w istotny sposób zwiększa ryzyko wystąpienia astmy oskrzelowej u dziecka, a także przewlekłego zapalenia ucha środkowego, które jest główną przyczyną głuchoty w wieku dziecięcym. Istnieją także dowody na związek między biernym paleniem a innymi poważnymi chorobami, np. białaczką. Ponadto dzieci przebywające w środowisku dymu tytoniowego częściej chorują na nieżyty żołądkowo-jelitowe oraz gorzej rozwijają się umysłowo.

Informacje ostrzegawcze na opakowaniu papierosów nie

mówią nam więc całej prawdy, można nawet stwierdzić, że nie mówią jej nawet w połowie. Choroby nowotworowe i choroby układu krążenia, jak również inne schorzenia, dotknąć mogą rzeczywiście osobę palącą. Jednak o wiele więcej poważniejszych szkód palacz może wyrządzić swojemu otoczeniu, narażając je na wątpliwą przyjemność wdychania dymu tytoniowego.

## CZY JEST NADZIEJA?

Powoli sytuacja na świecie się poprawia. Ustawa zakazująca palenia w miejscach publicznych ujrzała światło dzienne. Jednak, aby naprawdę było lepiej, zmienić musi się mentalność i podejście do problemu samych palących. Wypalając papierosa niech nie myślą tylko o sobie, w myśl hasła „każdy na coś musi umrzeć”; niech pomyślą o swoich bliskich, o własnych dzieciach – tych małych, bezbronnych istotach, które często nie potrafią jeszcze powiedzieć „Mamo, tato, nie podpalajcie mi życia”.

## ZANIM SIĘGNIESZ PO PAPIEROSA

### Czy wiesz, jak ryzykujesz...

- Palenie stanowi największe, choć możliwe do kontroli i prewencji, śmiertelne zagrożenie dla zdrowia na świecie. Jest przyczyną prawie **4 milionów** zgonów na świecie rocznie. Pochłania więcej ofiar niż AIDS, alkoholizm, wypadki samochodowe, narkotyki, pożary, zabójstwa i samobójstwa razem wzięte.
- Z powodu tzw. chorób tytoniowych umiera dziennie **11 tys.** palaczy.
- W Polsce choroby te są przyczyną zgonu **co drugiego** palacza w wieku **35-69 lat!**
- Z powodu chorób tytoniowych (takich jak nowotwory, choroby płuc, układu krążenia itp.) w Polsce umiera rocznie **70 000** osób.
- Każdego roku przybywa **103 tysiące** kolejnych palaczy.
- Każdy papieros skraca życie o **5,5 minuty**. Oznacza to, że przeciętny palacz dobrowolnie rezygnuje z **5 lat** życia.

### Czy wiesz, co palisz...

Do najbardziej szkodliwych związków toksycznych zawartych w tytoniu należą:

- tlenek węgla
- tlenki azotu
- cyjanowodór.

Kropla nikotyny w czystej formie może zabić człowieka. Toksyczność substancji zawartych w dymie tytoniowym może być wzmocniona przez ich synergiczne oddziaływanie na organizm w połączeniu z innymi substancjami obecnymi w środowisku. Palenie papierosów i jednocześnie picie wysokoprocentowego alkoholu zwiększa ryzyko zachorowania na raka krtani. Palenie tytoniu w środo-

wisku zanieczyszczonym pyłem azbestowym wielokrotnie podwyższa ryzyko raka płuc.

### Czy wiesz, jak niszczysz swoje życie...

Dym papierosowy inhalowany przez palacza wywiera szkodliwy wpływ na prawie wszystkie organy:

- podrażnia błonę śluzową jamy ustnej, przełyku i żołądka
- ma właściwości alergizujące
- zatruwa układ oddechowy, sercowo-naczyniowy, nerwowy, trzustkę, pęcherz moczowy
- prowadzi do mutacji oraz rakotwórczych zmian komórkowych
- ma negatywny wpływ na procesy życiowe m.in. immunologiczne i hormonalne

**KAŻDY wypalony papieros powoduje w organizmie niekorzystne zmiany.**

**Osoba wypalająca jedną paczkę papierosów dziennie, po roku wprowadzi do swoich płuc w postaci osadu 1 litr substancji smołowych.**

- najsilniejszy związek z paleniem wykazują nowotwory złośliwe: płuc (**80 – 90%** nowotworów występuje u palaczy), krtani, gardła, przełyku, jamy ustnej, miedniczek nerkowych, pęcherza moczowego i trzustki;
- nieco słabszy związek obserwuje się w przypadku nowotworów żołądka, nosa, wargi, wątroby, mięszu nerki oraz białaczki;
- **80%** zawałów serca przed 50-tym rokiem życia występuje u palaczy
- palenie zwiększa również ryzyko chorób układu krążenia: choroby wieńcowej serca, zespołu płucno–sercowego, degeneracji mięszu sercowego, nadciśnienia, miażdżycy, tętniaka aorty, chorób obwodowego układu naczyniowego, w tym naczyń mózgowych;
- układ oddechowy palaczy jest narażony na wiele chorób, a wśród nich: przewlekłe zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc, astma oskrzelowa, czy gruźlica płuc;
- dym tytoniowy wpływa niekorzystnie na żołądek i dwunastnicę, przyczyniając się do powstawania wrzodów;
- zapalenie papierosa powoduje skurcz naczyń krwionośnych skóry utrzymujący się do 90 minut;
- przez naczynia krwionośne palacza przepływa aż do 1 l mniej krwi.
- papierosy wywołują także chorobę „rosacea” – trwałe zaczerwienienie środkowej części twarzy.
- częstość uderzeń serca palaczy jest średnio od 10 do 20 uderzeń na minutą większa niż u ludzi niepalących;
- ryzyko wystąpienia zawału mięśnia sercowego

u palaczy jest **trzykrotnie** większe niż u osób niepalących;

- wchłanianie dymu tytoniowego zachodzi głównie w układzie oddechowym, a także w przewodzie pokarmowym jako rezultat połykania m.in. śliny. Składniki dymu przenikają do krwiobiegu i są rozprowadzane po całym organizmie;
- boczny strumień dymu tytoniowego zawiera 35 razy więcej dwutlenku węgla i 4 razy więcej nikotyny niż dym wdychany przez aktywnych palaczy. Specjaliści odnotowują wiele przypadków zachorowań na choroby odtytoniowe wśród osób, które nigdy nie paliły tytoniu.
- palenie tytoniu wzmacnia niekorzystne działanie na skórę promieni słonecznych, bo zwiększa wytwarzanie wolnych rodników i suchość skóry

### Czy wiesz, ile kosztuje Twój nałóg...

W sumie Polacy wypalają **4,5 miliarda** opakowań rocznie za **16 miliardów zł.**

**Przeciętny palacz traci przez swój nałóg (w przeliczeniu na towary luksusowe)**

- po 6 miesiącach - 1800 zł (wysokiej klasy wieża hi-fi)
- po roku – 3600 zł (telewizor i zestaw kina domowego)
- po 2 latach - 7200 (wczasy za granicą)
- po 3 latach - 10 800 zł (nowe meble)
- po 10 latach - 36 000 (nowy samochód)
- po 20 latach - 72 000 (domek letniskowy)

### Czy znasz statystyki...

- Rocznie statystyczny palacz wypala **3000-3600** sztuk papierosów
- W Polsce najczęściej palą kobiety pomiędzy **30 a 49** rokiem życia (co trzecia kobieta). Liczba palaczek w tym przedziale wiekowym ciągle wzrasta.
- Do kontaktu z papierosami przyznaje się aż **70% 15-letnich** dziewcząt.
- Około **40%** palących Polek pierwszego papierosa zapala w ciągu pół godziny po przebudzeniu.
- Regularnie palące wypalają dziennie **14** papierosów.
- Długi jest też staż palącej Polki, która przeciętnie pali około **19 lat**
- Papierosy są częstą przyczyną pożarów mieszkań i domów.





### Kopalnia na poziomie



Mogłoby się wydawać, że kopalnia to po prostu sieć korytarzy wydrążonych głęboko pod ziemią. Miejsce, gdzie każdego dnia górnicy pracują przy wydobyciu cennego kruszca. Kojarzy nam się z ciemnością i ciężką pracą oraz z nieodłącznym elementem

przypisywanym kopalni - ogromnym niebezpieczeństwem.

Jak przekonać się na własnej skórze, jaka atmosfera panuje nawet te kilkaset metrów pod ziemią, jak wygląda codzienna górnicza szczyta? Mieszkańcy Zabrze mają ku temu wyjątkową okazję, ponieważ właśnie w naszym mieście znajduje się zabytkowa kopalnia węgla kamiennego Guido. Słowo „wyjątkowa” nie jest przypadkowe, ponieważ właśnie Guido jest perłą na europejskim szlaku dziedzictwa przemysłowego.

Kopalnia powstała w 1855 r., z inicjatywy hrabiego Guido Hencel Von Donnersmarcka. Gdy przestała być eksploatowana, przekształcono ją w centralny węzeł odwadniania; przez jakiś czas była również kopalnią doświadczalną, w której prowadzono eksperymentalne prace dla przedsiębiorstwa Komag przy użyciu różnego rodzaju maszyn górniczych. Zanim stała się perłą turystyki przemysłowej utworzono na jej terenach skansen górniczy Guido, który niestety zakończył swoją działalność pod koniec lat 90-tych. Na szczęście znaleźli się ludzie, którzy nie pozwolili kopalni odjeść w zapomnienie. Wkrótce rozpoczęto prace nad adaptacją obiektu na cele muzealno-turystyczne. Tak w skrócie przedstawia się historia kopalni, którą dziś możemy sami odkrywać i poznawać, dzięki udostępnieniu jej dla turystów.

Dla zwiedzających udostępnione są dwa poziomy: pierwszy – na głębokości 170 i drugi - 320 metrów poniżej powierzchni. Górnicy twierdzą, że zwiedzanie jest bezpiecznie dla turystów, faktem jest jednak, że pod ziemią nadal obowiązuje górnicze prawo a każdy ze zwiedzających musi być zaopatrzonej w ochronny kask z lampą oraz pochłaniacz.

Już sam zjazd w dół górniczą szolą robi wrażenie a to dopiero początek, bo na miejscu czeka na nas wiele atrakcji. Na poziomie 170 metrów można zobaczyć specjalne stajnie dla koni, sprowadzanych pod ziemią, by pomagać górnikom w pracy – zwierzęta te zostawały tam już do końca swego życia. Wykwalifikowany przewodnik opo-

wie nam o pracy górnika i o różnych metodach wydobycia węgla. Warto obejrzeć również narzędzia i maszyny górnicze oraz stosowany w kopalni sprzęt ratunkowy. Dodatkową atrakcją są zastosowane w Guido efekty akustyczno-wizualne, takie jak gra światła czy odgłosy szczurów lub trzeszczenia stropów, co daje nam bardzo realistyczny obraz pracy pod ziemią.

Poziom 320 metrów to już prawdziwa kopalnia, nie ma tam już prostych korytarzy do spacerów, nachylenie terenu jest bardzo zróżnicowane, często przejścia pomiędzy korytarzami są bardzo niskie – tutaj kask bardzo się przydaje. Trasę „uprzyjemnia” unoszący się wszędzie pył i potężny huk pracujących wciąż maszyn górniczych. Już sama wędrówka korytarzami jest wielką atrakcją samą w sobie, ponadto, obserwując warunki pracy pod ziemią łatwo o pozytywną refleksję na temat naszej pracy na powierzchni, w dużo bardziej przyjaznych warunkach.

Kopalnia Guido rozwija się nie tylko pod względem turystycznym; stawia również na działalność kulturalną. Rokrocznie pod ziemią odbywa się wiele ciekawych imprez kulturalnych i muzycznych, m.in. cykl koncertów pt. „Muzyka na poziomie” czy wieczór z nastrojowymi utworami Grzegorza Turnaua. Nie tak dawno w kopalni gościł Jurek Owsiak wraz ze swoją Wielką Orkiestrą Świątecznej Pomocy. W grudniu br. będzie można pokoleńdować wraz z grupą gospel.

W kopalni wystawiane są również sztuki teatralne – scena kopalni Guido jest najgłębiej położoną sceną w Europie. Koncert czy spektakl obejrany w tak nietypowych warunkach musi być podwójnie emocjonujący.

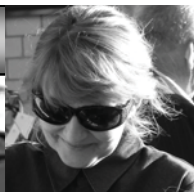
Guido zachęca również do skorzystania z jej wyjątkowych wnętrz przy okazji wszelkiego rodzaju imprez firmowych (bankiety, biesiady, spotkania integracyjne) oraz rodzinnych - dla wielbicieli nietypowych rozwiązań istnieje także możliwość zorganizowania np. własnego wesela.

Kopalnia jest bardzo profesjonalnie przygotowanym obiektem; wraz ze swoim zapleczem atrakcji turystycznych i kulturalnych stała silnym konkurentem w stosunku do innych obiektów tego typu w Europie. W tym roku, tylko podczas wakacji, odwiedziła naszą kopalnię rekordowa liczba turystów z Polski i Europy (18600 osób)! To dobry znak; rosnąca popularność i dalsza silna promocja nie tylko kopalni, ale całego miasta Zabrze. Na temat kopalni Guido powstała nawet książka napisana przez historyka Dariusza Walerianskiego pt. „Guido, śląska perełka techniki”. Głównym jej celem jest oczywiście promowanie kopalni, ale również ukazanie Zabrze, pod tym dobrym, coraz lepszym, ciągle niestety mniej znanym, obliczem. Książka wydana w języku polskim, została przetłumaczona także na języki obce.

Mając w zasięgu ręki tak interesującą możliwość spędzenia wolnego czasu, szkoda byłoby nie skorzystać. Zachęcamy do wizyty w unikatowej kopalni Guido.

Alicja Chachaj

## TAK DLA TRANSPLANTACJI



### DZIEŃ SERCA

25 września 2011 r. po raz ósmy w Polsce obchodziliśmy Światowy Dzień Serca. Tegoroczne hasło obchodów brzmiało: Twój świat, twój dom, twoje serce. Po raz kolejny, czyli trzeci otrzymaliśmy zaproszenie od dr. Huberta Konstantynowicza, Przewodniczącego Kieleckiego Oddziału PTK, na przepięknie odrestaurowany Rynek stolicy województwa świętokrzyskiego. Już w piątek, po zorganizowanej przez panią mgr Joannę konferencji prasowej, poświęconej powyższemu wydarzeniu poprosiłam o zabranie materiałów medycznych by wzbogacić nasze stoisko. Roll-upy, foldery, książki medyczne oraz materiały marketingowe Fundacji, grafiki Rysia Gancarza dla wyjątkowych gości, które były również formą podziękowania za dotychczasową współpracę.

Jechałam do Kielc dodatkowo podbudowana, bo wiozłam pozdrowienia od ludzi, którzy DRUGIE Życie otrzymali właśnie w Zabrzu dzięki pobraniu narządów w Kielcach. Ukłony przekazało również dwóch naszych pacjentów, mieszkańców województwa świętokrzyskiego, którzy czekają „na pompie”.

Przy ulicy Wesolej w Kielcach czekali już na mnie wolontariusze Fundacji z Jankiem Statuchem na czele.

Niedzielny poranek przywitał nas piękną, słoneczną pogodą. Na Rynku czekała na nas ekipa z PGNiG oddziału kieleckiego.

Pompowanie i ustawianie namiotu, przywiezionego specjalnie z Warszawy dzięki uprzejmości firmy PGNiG oraz modelu serca, w którym dzieciaki mogły biegać i zapoznać się z anatomią tego jakże ważnego w życiu każdego człowieka, narządu.

Równo o godzinie dziesiątej zaczęliśmy rozklejanie serdu-

szek i rozdawanie oświadczeń woli zapraszając jednocześnie na badania poziomu cukru, cholesterolu oraz ciśnienia tętniczego. W Kielcach mieszkają naprawdę pogodni i życzliwi ludzie. Każda osoba znajdującą się w tym szczególnym dniu na Rynku nie przeszła obok nas obojętnie.

Studentki pielęgniarstwa pomagały nam, robiąc badania prawie pięciuset osobom  
Doktor Hubert wraz



z innymi lekarzami udzielali kardiologicznych porad lekarskich.

Odwiedzający nasze stoisko czas oczekiwania na badania i konsultacje poświęcili na rozmowy z ludźmi po przeszczepie. Gościem honorowym była oczywiście pani Bożentyna Pałka-Koruba, Wojewoda Świętokrzyski oraz pani Henryka Krzywonos, działaczka „Solidarności”. W samo południe wśród tłumu Kielczan dziękowaliśmy wszystkim tym, którzy pomogli w organizacji tej imprezy oraz przyczynili się do poprawy statystyki przekazywania narządów od zmarłych dawców z woj. Świętokrzyskiego. Dzięki właśnie takim ludziom wiele osób może cieszyć się darowanym życiem.

**Z wielką przyjemnością lubię dziękować za każdą formę pomocy. Wiem, że jest to dar serca bezinteresowny dla tych, którzy czekają ...**

**Jednak Kielce i dr Hubert Konstantynowicz zasługują na DZIĘKUJĘ do potęgi.**

**Dostaliśmy słońce, uśmiech i czułą opiekę. Czuliśmy się jak wyjątkowi goście...**

- Alicja Chachaj

Kochani,

Pozostał tylko kwartał tego roku i Dział Marketingu pomyślał o nowych wyzwaniach na przyszłe miesiące nowego roku. Wspólnie z Fundacją SCCS przygotowaliśmy plan działania programu TAK DLA TRANSPLANTACJI by kontynuować rozpoczętą pracę nad wsparciem budowy modułu C dla oczekujących chorych na mukowiscydozę i pomocy dzieciom ...



## Światowy Dzień Serca - One World, One Home, One Heart

Idea obchodów Światowego Dnia Serca narodziła się w 2000 roku z inicjatywy m.in. World Heart Federation (WHF), jako wyraz solidarnej, globalnej troski o zdrowe serce. Celem tego wydarzenia jest zwiększenie świadomości społecznej w zakresie problematyki chorób serca, zwrócenie uwagi na istotną rolę zdrowego trybu życia w profilaktyce chorób serca.

Jak wynika z badań WHF (dane z 2011) choroby serca stanowią główną przyczynę zgonu na całym świecie. Każdego roku 17.1 miliona osób umiera z powodu choroby serca lub przebytego udaru. Zdiagnozowanie i monitorowanie głównych czynników ryzyka występujących u tych osób pozwoliłoby na uratowanie co najmniej 80% z nich - podaje WHF.

Po dwóch latach intensywnych działań na rzecz promocji zdrowego stylu życia w miejscu pracy (2009 i 2010), w tym roku Światowa Federacja Serca i jej członkowie pragną zwrócić uwagę na istotne znaczenie zdrowego trybu życia w środowisku domowym. Tegoroczny Światowy Dzień Serca organizowany jest pod hasłem **One World, One Home, One Heart - Twój Świat, Twój Dom, Twoje Serce**. Wprowadzając zdrowe nawyki żywieniowe, aktywność fizyczną do naszego domu, dbamy bowiem nie tylko o własne serce, ale także o zdrowie całej rodziny. W myśl dobrze znanego hasła: lepiej zapobiegać niż leczyć, rodzice, dając swoim trybem życia dobry przykład, mogą w niezwykle istotny sposób wpłynąć na zdrowie swoich dzieci w przyszłości.

### Jak zadbać o swoje serce w domu?

W ślad za WHF Śląskie Centrum Chorób Serca proponuje skupienie się na 4 działaniach:

#### 1. wprowadzenie zakazu palenia w domu

- zaniechanie palenia w domu pozytywnie wpłynie na zdrowie twoje i twojej rodziny (biernie palenie)
- złe nawyki wciąż powracają? Jest na to sposób: każdy wypalony w domu papieros przełoż

na karę w postaci dodatkowych prac domowych. Znajdź własną metodę kar i nagród.

#### 2. wprowadzenie zdrowych nawyków żywieniowych we własnej kuchni

- zacznij dzień zdrowo - od owocu na dzień dobry, smacznego, pełnowartościowego śniadania. Jedz z głową - twoje serce Ci podziękuje.
- upewnij się, że w twoim wieczornym menu znajdują się warzywa (surowe lub gotowane na parze)
- zadbaj o zdrowe przekąski dla swoich dzieci

#### 3. aktywność fizyczna

- zwróć uwagę, ile czasu spędzasz z rodziną przed telewizorem czy monitorem. Czy na pewno jest to najlepszy sposób na rodzinny odpoczynek?
- zmobilizuj rodzinę do aktywności, wyjścia na świeże powietrze - wspólny spacer, jazda na rowerze nie tylko pozytywnie wpłynie na zdrowie twojego serca, ale również na twoje samopoczucie i ...więzi rodzinne.
- kiedy tylko jest to możliwe, zamiast przejażdżki samochodem wybierz rower lub spacer.
- staraj się korzystać z każdej sposobności, by pozostać aktywnym. Wybierz schody zamiast windy, szybki marsz po supermarkecie zamiast medytacji pomiędzy sklepowymi regałami.

#### 4. znajomość stanu swojego zdrowia

- podczas wizyty u lekarza zmierz ciśnienie, wykonaj badanie poziomu cholesterolu i cukru, zważ się i zmierz - poznaj swoje BMI
- sprawdź, czy jesteś w grupie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Które czynniki ryzyka dotyczą ciebie i co możesz zrobić, by zmniejszyć lub całkowicie je wyeliminować? Wraz z lekarzem prowadzącym ustal konkretny plan działania. Powieś ten plan w domu w widocznym miejscu, poproś bliskich o wsparcie i wspólną mobilizację.

Zdrowie twojego serca jest w twoich rękach. Wprowadzając 4 powyższe zasady do swojego życia, do swojego domu, możesz uratować siebie i swoich bliskich.

One world, one home, one heart - razem możemy przyczynić się do zmniejszenia epidemii chorób sercowo-naczyniowych na świecie.





## Fundacja SCCS

Status organizacji pożytku publicznego  
[www.fundacjasccs.pl](http://www.fundacjasccs.pl)

KRS 0000219230

Nasz adres:  
Zabrze, ul. Pawliczka 25

### Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu

od 2004 roku wspiera działalność Śląskiego Centrum Chorób Serca w podnoszeniu jakości i unowocześnianiu metod diagnostyki i leczenia chorób u osób dorosłych i dzieci poprzez

- finansowanie zakupu sprzętu i aparatury medycznej ratujących życie pacjentów
- doskonalenie kadr oraz działalność szkoleniową (stypendia, staże krajowe i zagraniczne, szkolenia Ośrodka Edukacji, współpraca z Fundacją Kardiologii im. Prof. Z. Religii)
- współorganizowanie targów i konferencji naukowych
- propagowanie wiedzy na temat transplantacji narządów, w tym serca i płuc, które wykonywane są od 25 lat w naszym szpitalu – akcja "Tak dla Transplantacji"
- promocja zdrowia i zdrowego, higienicznego trybu życia wśród lokalnej społeczności.

Pomagając szpitalowi 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 wesprzeć cele statutowe w dowolnym zakresie, przekazując środki pieniężne, w ramach darowizny lub sponsoringu, na konto bankowe Fundacji:

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



"Wszystkie dzieci są nasze"



potrzebującym, ale jednocześnie, swoim stylem życia, sama promuje prozdrowotne zasady.

Zapraszamy ponownie w przyszłym roku na stadion Gwarka w Zabrzu-Biskupicach. Jeżeli po raz trzeci drużynie SCCS uda się wywalczyć puchar, otrzyma go na własność.

Agnieszka Gucwa-Lukoszczyk, prezes Fundacji SCCS



## V Turniej Piłkarski o Puchar Przechodni Fundacji Śląskiego Centrum Chorób Serca 2011

13 września 2011 roku w Zabrzu odbył się V Turniej Piłkarski o puchar przechodni Fundacji Śląskiego Centrum Chorób Serca. W spotkaniu udział wzięły drużyny wystawione przez Prezydenta Miasta Zabrze panią Małgorzatę Mańka-Szulik, Dyrektora SCCS pana profesora Mariana Zembalę, Dyrektora Izby Skarbowej panią Małgorzatę Moskal oraz Prezesa DB Schenker pana Hansa Georga Wernera. Niezmiernie miło nam poinformować, że kolejny raz drużyna Śląskiego Centrum Chorób Serca wywalczyła zasłużenie miano najlepszego zespołu piłkarskiego, wygrywając tegoroczny turniej.

Serdecznie gratulujemy kapitanowi i całej drużynie. To znakomity przykład, że kadra Śląskiego Centrum jest nie tylko świetnie przygotowana do niesienia pomocy

## MOJE CAMINO

*Aby do czegoś dojść, trzeba wyruszyć w drogę...*

O Camino de Santiago marzyłam od wielu lat. Myśl o przejściu drogą świętego Jakuba, najstarszym europejskim szlakiem, którym od tysięcy lat podążali pielgrzymi z całego świata, w poszukiwaniu spokoju, ukojenia, przebaczenia, nie dawała mi spokoju. Czułam, że muszę tam pójść, że ta droga mnie wzywa, że na mnie czeka. Niełatwo przyszło mi podjęcie decyzji o tym, by zatrzymać się na chwilę w tym codziennym biegu i zrobić coś nagle tylko dla siebie; by porzucić na jakiś czas obowiązki matki, córki, pracownika i podążyć za własnym marzeniem. Musiało upłynąć kilka lat zanim dojrzałam do takiej decyzji. W zeszłym roku spakowałam plecak i z bijącym sercem wyruszyłam samotnie do Hiszpanii, w drogę do Santiago de Compostela. Wspomnienia tamtych dni znaleźć można w wywiadzie, którego udzieliłam tuż po przyjeździe. Spędziłam na szlaku tylko kilka dni, przeszłam ponad 117 kilometrów – wystarczająco dużo jednak, by poczuć, czym jest El Camino, by zrozumieć magię tej drogi. Wiedziałam, że jeszcze tu wrócę. Kiedy w lipcu tego roku wysiadłam na małej stacji kolejowej w St. Jean-Pied-de-Port, niewielkiej miejscowości we francuskich Pirenejach, powszechnie uważanej za początek francuskiej drogi Jakubowej, pomyślałam sobie: Dziewczyno, ty chyba jednak zwariowałaś. Mogłabym powtórzyć za Cejrowskim: Poczulałam jak dopada mnie panika. Nieduża, ale jednak... Mój plan był prosty. Zakładałam samotne przejście Pirenejów, następnie kolejnych leżących na drodze do Santiago hiszpańskich regionów: Nawarry, La Rioja, Kastylii i León. Nie miałam dużo czasu, niecałe dwa tygodnie, wiedziałam jednak jedno: nie chcę patrzeć w kalendarz, spieszyć się, bieć. Zsłotyczne doświadczenie nauczyło mnie, że o wartości El Camino decydują nie przemierzone kilometry, ile rzeczywiste bycie na tej drodze, tu i teraz...

**To pytanie słyszałaś już zapewne wielokrotnie, zarówno przed wyjazdem do Hiszpanii, jak i tu, na szlaku. To jedna z pierwszych rzeczy, o które wypytyują się pielgrzymi: Dlaczego jesteście na El Camino? Po co tu przyjechaliście?**

Rzeczywiście, tu, na El Camino, to pytanie pada jako jedno z pierwszych. Następne jest pytanie o miejsce rozpoczęcia pielgrzymki. Po czym, w zależności od odpowiedzi, następuje westchnienie podziwu – gdy okazuje się, że nasz rozmówca rozpoczął El Camino w St. Jean Pied-de-Port lub Roncesvalles lub pogardy – jeśli na szlak wkroczył dopiero np. w Sarrii, nieco ponad 110 km od celu. Powodów było kilka. Myślałam o El Camino od dłuższego czasu. Tak jak wiele osób, ja również po raz pierwszy zetknęłam się ze szlakiem Jakubowym dzięki „Pielgrzymowi” Paulo Coelho. Pamiętam uczucia, jakie mi towarzyszyły podczas lektury tej książki. Oczarowanie, wzruszenie. To chyba właśnie wtedy zrodziło się we mnie marzenie, by doświadczyć magii tej Drogi na własnej skórze.

Czułam, że El Camino mnie wzywa – musiałam tam iść. To

niezwykłe, dziwne uczucie – niezrozumiałe dla mnie samej. Ubrałam ten zew w rozsądne argumenty i racjonalne powody, uzasadniające podjęcie tej wędrówki, po czym spakowałam plecak i ruszyłam w drogę.

**Od chwili tamtego oczarowania minęło jednak kilka lat. Dlaczego tak długo zwlekałaś z realizacją marzenia?**

Nie jest łatwo rzucić wszystko z dnia na dzień i wyruszyć na drugi koniec Europy, „zawiesić” dotychczasowe życie na 3-4 tygodnie. Prawdę mówiąc, trudno zaplanować taką wyprawę nawet z dużym wyprzedzeniem. Zawsze są jakieś zobowiązania, te wszystkie „muszę”, „powinam”, „nie mogę”. Z drugiej strony - powiedzmy sobie szczerze - w każdym człowieku tkwi pewien lęk czy sobie poradzi, czy podała - fizycznie, psychicznie, organizacyjnie. To nie są zorganizowane wczasy z przewidywalnym scenariuszem dnia - to trudna, wyczerpująca podróż, obciążona ryzykiem, z wieloma niewiadomymi: począwszy od reakcji organizmu na wysiłek i zmęczenie, poprzez kwestię noclegu, po napotykanie na szlaku towarzysztwo.

Moje marzenie dojrzało a ja dojrzywałam do niego. Któregoś dnia, w pracy, podczas konferencji, gdy sporządzałam notatki z wykładów, nagle spod pióra wyszły mi dwa zdania: *Dojrzywa we mnie podróż. Kiedyś wyruszę.* To był przełom. Wyruszyłam kilka miesięcy później.



**Do Santiago de Compostela prowadzi wiele dróg. Ty wybrałaś Camino Francés, dlaczego?**

Istnieje wiele dróg Jakubowych w Europie. Do najbardziej znanych, biegnących już na terytorium Hiszpanii należy Camino Francés; nieco dłuższy jej wariant to Camino Aragonés, rozpoczynające się w Somport; popularne jest także Camino del Norte – szlak północny, biegnący wzdłuż wybrzeża – gwarantujący pielgrzymom niezapomniane widoki. Camino Primitivo z kolei jest trasą trudną, surową, ale za to stosunkowo krótką - liczy niewiele ponad 300 km. Z południa Hiszpanii, z Seville, prowadzi Camino de la Plata, tzw. Srebrny Szlak. Przyznam, że przez jakiś czas zastanawiałam się nad Camino del Norte i Camino Primitivo. Trasa francuska jest najstarszym szlakiem pielgrzymkowym do grobu Św. Jakuba. Już sama świadomość, że przede mną ponad 700 lat temu podążali nim pielgrzymi z całej Europy nadaje tej drodze inny, wyjątkowy wymiar. Nie bez znaczenia jest też fakt, że szlak francuski daje możliwość poznania różnych regionów Hiszpanii, wiedzie bowiem przez Navarrę, Kraj Basków, Rioję, Burgos, Palencję, Kastylię i León, Galicję aż do Santiago. Camino Francés uważane jest za synonim El Camino. Nie wahałam się długo z wyborem szlaku.

**Camino Francés, atrakcyjne z punktu widzenia historii i geografii, to zarazem jedna z najdłuższych tras. Droga z St. Jean Pied-de-Port do Santiago de Compostela liczy ok. 750 km! Miałaś ograniczony czas, co oznacza pokonywanie średnio 25 km dziennie. Nie bałaś się, że nie podolasz, nie zdążysz?**

Rzeczywiście, ten lęk towarzyszył mi przez cały czas.



To jedyna rzecz, która mąciła moją radość wędrowania. Świadomość, że mam ściśle określony termin powrotu zmuszała do rytmu marszu, planu dnia nie zawsze zgodnego z moją wolą czy możliwościami. Musiałam przejść określoną ilość kilometrów dziennie, by zdążyć. Czasami mijałam miasteczka tak urokliwe, że aż chciałoby się w nich zagubić, nacieszyć nieśpiesznie ich leniwą atmosferą, miejscowymi zapachami, smakami, rozmowami. Czasami chciałoby się po prostu trochę odpocząć. No cóż, w życiu zawsze jest coś za coś.

### Jak wyglądał twój dzień na El Camino?

Jak każdego *peregrino*. Na szlaku wszyscy mają praktycznie taki sam rozkład dnia. Do bólu prosty. Po dwóch godzinach marszu kawa, drugie śniadanie. Zwykle to samo, typowe *desayuno* pielgrzyma: tosty, kawa z mlekiem. I w drogę, dalej, przed siebie. Średnio 25 km dziennie. Wczesnym popołudniem docierałam do celu, kolejnego miasteczka na El Camino. O tej porze nie było jeszcze problemów z noclegiem, w większości schronisk znaleźć można było jeszcze wolne miejsca.

Człowiek poddaje się panującej atmosferze i zwyczajom, słowem - wpada w rytm. Zaczyna działać według niepisanego schematu, wspólnego dla wszystkich pielgrzymów. Czasami łąpałam się na tym, że bezwiednie realizowałam poszczególne jego punkty – prałam, choć czasami nie było to konieczne, jadłam, mimo, iż nie zawsze byłam głodna. I co najzabawniejsze – grzecznie kładłam się spać przed godziną dziesiątą - jedenastą wieczorem, co w „normalnym” życiu mi się nie zdarza, gdyż mój dzień kończy się zwykle mocno po północy. Tutaj nie było wyboru, zamykano schroniska, wyłączano światło - trzeba było się dostosować.

### Nie męczył cię taki monotony plan dnia? Nie drażniły stadne zachowania?

Na początku wydało mi się to zabawne. Później – z „technicznego” punktu widzenia - właściwe. Jeszcze później – zbawienne. Taki prosty, stały rytm dnia był dla mnie swego rodzaju terapią, psychicznym odpoczynkiem. Człowiek w codziennej krzątaninie wykonuje dziesiątki zadań naraz, miota się, by wszystkiemu podołać i - w konsekwencji - często gubi siebie po drodze. Uwikłany w obowiązki, zadania, staje się głuchy na własne uczucia, marzenia, potrzeby. Na El Camino twoja aktywność ogranicza się praktycznie do 3 działań: marszu, jedzenia, snu. Wydatki: do opłacenia noclegu, jedzenia, wody. Tylko tyle. Zgadzałam się z Lucyną Szomburg, która napisała: *El Camino uświadamia ci, jak niewiele potrzebujesz do szczęścia. Wystarczy droga, która jest nadzieją i niewiadomą zarazem, napotkany drugi człowiek i niebo nad głową. Nie troszczysz się o nic, cały dobytek nosisz na plecach. Nie myślisz, co będzie jutro, za godzinę, za chwilę... Jesteś szczęśliwy i wolny.* Prostota pielgrzymiego życia daje możliwość psychicznego odrodzenia, otwarcia i wsłuchania się w tłumiony dotąd głos własnego ja. Wbrew pozorom, obecność innych osób w tym nie przeszkadza.

**W opublikowanych relacjach „kaminowiczów”, jak choćby w cytowanej przez Ciebie książce Lucyny Szomburg, „Droga do Santiago de Compostela”, czy w bestsellerze „Na szlaku do Composteli” niemieckiego komika Hape’a Kerke-linga, pojawia się wiele cennych refleksji i ciekawych przemyśleń życiowych. Najważniejsza droga mojego życia – deklaruje w podtytule swojej książki Kerkeling. Wiele osób**

**mówi o fenomenie El Camino, jego magicznym oddziaływaniu. Na portalu internetowym, poświęconym Camino de Santiago znalazłam taki wpis: *Z Camino wraca się lepszym. Po dojściu do Santiago de Compostela umiera stary człowiek i rodzi się nowy. Czy to tylko chwyt literacki? Wzniosły zapis pod wpływem chwili? W jaki sposób droga, nawet najstarsza trasa pielgrzymów, może tak zmieniać człowieka?***

Rzeczywiście, wiele osób opisując powody, dla których wyruszyło na El Camino, stwierdza, że chciały odnaleźć siebie, posprzątać w swoim życiu, zatrzymać czas, odkryć na nowo sens życia. Mówią o tym innym pielgrzymom na szlaku. Swoim bliskim i znajomym wyjaśniają to często dopiero po powrocie z Santiago. Po części dlatego, że takie opowieści są zbyt intymne, by się nimi dzielić, po części także dlatego, że sami o prawdziwych powodach, które skłoniły ich do pielgrzymki dowiadują się dopiero na szlaku.

W schroniskach, w których się zatrzymywałam, często sięgałam po książki pamiątkowe, czytałam znajdujące się tam wpisy osób, które były w tym miejscu przede mną – dzień, rok, dwa, siedem lat temu. Czytając niektóre z nich, miałam ściśnięte ze wzruszenia gardło. Pewien Amerykanin przytaczał historię, które szczególnie utkwiły mu w pamięci – losy osób, które napotkał na El Camino. Na przykład losy 59-letniego mężczyzny, którego porzuciła żona po 29 latach małżeństwa. *Nie umiał się odnaleźć w nowej sytuacji, pod wpływem impulsu zostawił dom, pracę i wyruszył na szlak. Kiedy go spotkałem, miał czerwone, zapuchnięte od płaczu oczy. Do Santiago dotarł w 30. rocznicę swojego ślubu – pisze Amerykanin. Opisuje on także spotkanie z pielgrzymem, który zrażał do siebie innych swoim nieprzyjemnym, agresywnym zachowaniem. *Ktoregoś dnia nie wytrzymałem, bo jego nerwy i mnie się udzieliły, więc zwróciłem mu uwagę. I wtedy on pękł. Przeprosił. Okazało się, że niedawno stwierdzono u niego chorobę serca. Konieczna była operacja. Jego gniew był tak naprawdę wyrazem przerażenia, lęku o własne życie. Zrozumiałem wtedy, jak ostrożnym trzeba być w ocenie innych ludzi.* Autor tego wpisu wyruszył na El Camino w celach turystycznych, by poznać piękno północnych regionów Hiszpanii, ale i by spędzić wreszcie więcej czasu ze swoją żoną, z dala od obowiązków i pracy (był zawodowym sportowcem). Poza tym od pewnego czasu czuł, że coś z nim jest nie tak, że coś niedobrego dzieje się z jego głową. Jak się okazało, miał początki demencji, nie wiedział więc, jak długo dane mu będzie żyć świadomie. Chciał zachłusnąć się*



chwilą, poczuć, że żyje, doświadczyć czegoś więcej. Na El Camino spotyka się wiele takich historii.

### W jaki sposób wpłynęła droga ta na ciebie? Czego cię nauczyła?

El Camino uczy wielu rzeczy. Tak jak mówiłam wcześniej, stały rytm dnia i prostota życia na szlaku sprzyjają dopuszczeniu do głosu własnej psyche. Poza tym, blisko ośmiogodzinna wędrowka z ciężkim plecakiem zmusza do pewnych refleksji. Już po pierwszym dniu odczuwasz ból – odrywają się przeciążone stawy, spuchnięte, obolałe stopy i mięśnie. Twoje ciało zaczyna mówić. Ból ten towarzyszyć ci będzie już do końca podróży i albo mu ulegniesz, albo zaakceptujesz. Czujesz własne ciało i - w pewien sposób - jest to nawet przyjemne, masz fizyczną świadomość własnego istnie-



nia. Ból, czasami nieznosny, także uczy. Zmusza do słuchania własnego ciała. Do świadomego stawiania każdego kroku: idziesz w sposób przemyślany, pewnie stawiając stopę – musisz uważać, by nie ulec kontuzji, by się nie zranić. 5 razy się zastanawiasz, nim wykonasz zbędny krok. Uczysz się pokonywania własnych słabości – ale i akceptacji własnych fizycznych ograniczeń. Na plecach dźwigasz ciężki plecak, zbyt ciężki jak na twoje możliwości. Mimo rad innych pielgrzymów, by zawartość plecaka nie przekraczała 1/10 wagi twojego ciała, zapakowałaś za dużo - wiele niepotrzebnych rzeczy, bez których mogłabyś się obejść, bez których szłoby się lżej. I nagle zdajesz sobie sprawę, że te przyziemne wnioski, do jakich dochodzisz, pokonując kolejne kilometry, mają także inny wymiar, znajdują przełożenie w życiu. Nie od dziś przecież porównuje się życie do drogi. Zobaczyłam nagle swoje życie w innym świetle i poczułam ciężar mojego „plecaka” życiowych doświadczeń, przeładowanego niepotrzebnymi wspomnieniami, dawnymi żałami, urazami. Zdałam sobie też sprawę z własnych sił i możliwości. Ale i zagrożeń, bo zobaczyłam w mikroskali, z perspektywy jednego dnia, jak wygląda intensywne życie, jakie mogą być konsekwencje nadmiernych ambicji, ścigania się ze sobą. Przejście 35 kilometrów dziennie nie stanowiło dla mnie problemu. Ale po 30 kilometrze przestawałam odczuwać radość wędrowania, świat tracił barwy, zapachy, dźwięki. Dojście do celu też nie przyniosło radości – zabrakło sił, by się cieszyć. Była to dla mnie cenna lekcja.

Zobaczenie siebie, swojego życia z innej perspektywy, zrozumienie własnej drogi – to dar El Camino. Otwarcie się na innych ludzi, ich doświadczenia, światopoglądy, wrażliwości – to również wielki walor, dar tej Drogi. Wierzę, że Opatrzność daje nam wiele znaków, wskazówek, jak żyć - mądrzej, lepiej. Czasem - poprzez drugiego człowieka, jego inne spojrzenie na świat czy wypowiedziane przezeń zdanie, czasem - poprzez napis na kamieniu przy polnej drodze. Na co dzień często nie dostrzegamy tych znaków, El Camino sprzyja szerszemu otwarciu oczu. A może po prostu mam naturę filozofa?

**El Camino z twoich opowieści wydaje się być drogą nie z tego świata.**

**Aż trudno uwierzyć, że wystarczy wejść na szlak, przejść te sto, dwieście czy nawet siedemset kilometrów i nagle poczuć w sobie przemianę, dotyk czegoś wielkiego. Nie obraż się, ale brzmi to niemal nieprawdopodobnie. Czy nie jest tak, że ulegasz mitowi El Camino i czujesz jego duchowość, bo „tak wypada”?**

Wiele osób zadawało mi to pytanie. Zdaję sobie sprawę, że tak może to wyglądać. Każdy z nas ma inną wrażliwość. Jednemu wystarczy powiew ciepłego wiatru na twarzy, by coś zrozumiał, przemyślał, innemu nie uda się to nawet po wielu latach spędzonych na medytacjach czy koczowaniu u psychoanalityka. To nie jest tak, że wkraczasz na El Camino i mówisz sobie: *No dobra, jestem. Teraz będę rozmyślać o życiu, a za 100 kilometrów osiągnę oświecenie*. A potem nagle znajdujesz odpowiedzi na pytania, które cię męczyły, zaczynasz widzieć i czuć więcej, a każdy napotkany przez ciebie człowiek wnosi jakąś mądrość w twoje życie. To nie tak. To się po prostu dzieje. Samo. Spędzasz wiele godzin dziennie sam ze sobą, w ciszy, pokonujesz wiele kilometrów, w górę, w dół, w palącym słońcu, deszczu lub smagającym ostro wietrze. Nieustannie zmagasz się ze sobą, własnymi słabościami - ciała i ducha, bolącymi nogami i często zbyt trudnymi myślami. Przyzwyczajony do luksusów „normalnego” życia, intymności własnego domu – nagle musisz odnaleźć się w zgoła innych warunkach,

dzielić prysznic czy pokój z kilkudziesięcioma obcymi ludźmi, zderzać się z ich przyzwyczajeniami i przyzwyczajeniami. Masz momenty zwątpienia, chwile płaczu (ze zmęczenia, wyczerpania czy rozdrażnienia), gorsze dni, ale doświadczasz i chwil radości, szczęścia – takiego bez powodu, po prostu, bo nadchodzi nowy dzień, bo żyjesz. Taki „klimat” i takie warunki sprzyjają pojawianiu się refleksji, wykształceniu nowego spojrzenia. Wiele odpowiedzi na nurtujące cię pytania znajdujesz, bo nie masz – jak to w życiu – możliwości, by uciec przed problemem w pracę czy inne zajęcia. Tu przed sobą nie uciekniesz.

**Czy na szlaku, oprócz mistycznych, duchowych przeżyć, doświadczyłaś również momentów strasznych lub zabawnych?**

Oczywiście, El Camino to nie tylko Szlak Wielkiej Refleksji (*śmiech*). Na szczęście nie przytrafiło mi się nic strasznego, za to zabawnych sytuacji było wiele. Zdarzyło mi się na przykład... ubrać nie swoje buty. Po dotarciu do schroniska zdrzemnęłam się, po pewnym czasie zerwałam się z łóżka z poczuciem winy, że marnuję czas, a przecież warto coś poznać. Włożyłam więc buty stojące pod łóżkiem (to było łóżko piętrowe, ja spałam na górze) i ruszyłam do centrum Portomarín. Miasteczko było urokliwe, z typowymi dla Galicji kamiennymi zabudowaniami. W restauracji spotkałam znajomych Polaków, Jacka i Małgosię, których poznałam na szlaku kilka dni wcześniej, a którzy zatrzymali się w tym samym schronisku co ja. Opowiedzieli mi, jakie nieszczęście przydarzyło się jednemu z lokatorów naszego *albergue* – ktoś ukraść mu buty! Starszy pan zasnął, a kiedy się obudził, okazało się, że jego buty zniknęły. Zostały mu jedynie plastikowe klapki pod prysznic... Wiadomo, czym są buty dla pielgrzyma – staruszek przybył z Włoch, pokonał pieszo 300 kilometrów, a tu pewnego dnia budzi się z popołudniowej drzemki bez butów, za to z wizją przymusowego zakończenia wyprawy, 90 kilometrów od celu... Kiedy tak bolałam ze znajomymi nad losem Włocha, pijąc popołudniową kawę i zastanawiając się, kto mógłby coś tak złośliwego zrobić, mój wzrok padł pod kawiarniany stolik. Na moje stopy. Na buty, które... nie były moimi butami... Czerwona ze wstydu, w szoku (w końcu jak często zdarza się ubrać nie swoje buty i tego nie zauważyć?!) biegiem (nie powiem, ale biegło mi w tych butach znakomicie!) wróciłam do schroniska. Na szczęście atak pierwszej furii i rozpacz już staruszkowi minął, usłyszałam jednak parę melodyjnych epitetów po włosku (może i dobrze, że moja znajomość tego języka nie jest aż tak dobra). Moi znajomi tymczasem zaśmiewali się do łez i prześcigali się w wymyślaniu dowcipów na ten temat. Sytuacja była z jednej strony rzeczywiście zabawna, z drugiej jednak – okropna i czułam się koszmarnie. Próbowałam udobruchać staruszkę winem - pan wina nie przyjął, ale w końcu mi wybaczył. Nauczona nowym doświadczeniem, podczas dalszej wędrowni unikałam go jak ognia (myślę, że z wzajemnością) i zawsze dziesięć razy sprawdzałam, czy aby na pewno mam swoje buty na nogach. Kilka godzin później Jacek, który w końcu przestał się śmiać, powiedział mi: *na El Camino nieraz doświadczysz dziwnych rzeczy. Także takich, jak założenie nie swoich butów. Być może to doświadczenie czegoś miało cię nauczyć, było Ci do czegoś potrzebne. Być może potrzebne było temu staruszkowi*.

**Spełniłaś swoje marzenie. Czy planujesz powtórzyć kiedyś tę podróż?**

Wracam na El Camino w przyszłym roku. Droga znówu mnie wzywa.







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



**Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu,  
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 Zabrzu**
- ♥ **popularyzację osiągnięć związanych z leczeniem chorób serca i transplantacją narządów**

**Bank Zachodni WBK S.A. 1 Oddział w Zabrzu**

**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@fundacjascss.pl](mailto:fundacja@fundacjascss.pl)   [prezes@fundacjascss.pl](mailto:prezes@fundacjascss.pl)**