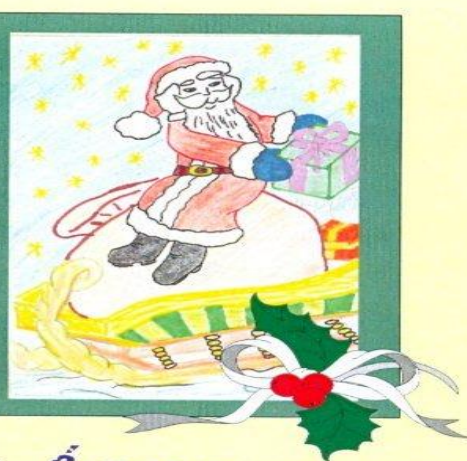
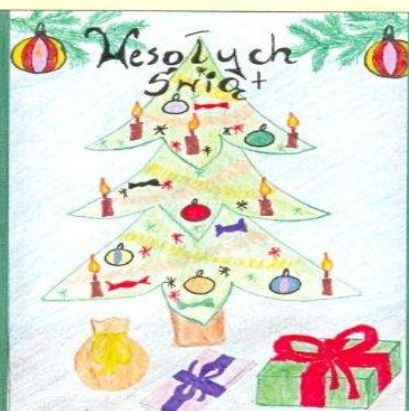
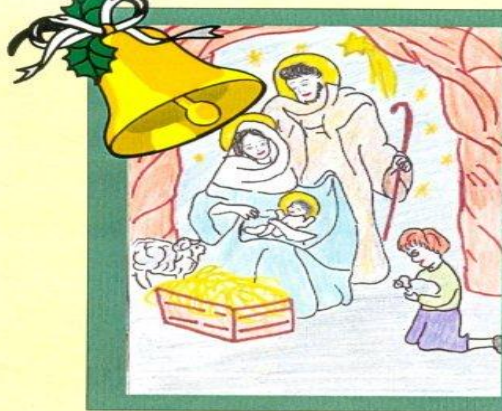


NUMER 29

ISSN 1730 - 1297

SZLACHETNE ZDROWIE

Czasopismo Śląskiego Centrum Chorób Serca



ZDROWYCH I WESOŁYCH ŚWIĄT

*To właśnie tej nocy, gdy wiatr zimnym śniegiem dmucha
w serca złamane i smutne, cicha wstępuje otucha.
To właśnie tego wieczoru, od bardzo wielu już wieków,
pod dachem tkliwej kolędy, Bóg się rodzi w człowieku.*



Szlachetne Zdrowie

Nikt się nie dowie

Jako smakujesz

Aż się zepsujesz

Jan Kochanowski

W numerze:

- WYDARZENIA ROKU 2016

- PODSUMOWANIE

- Stanowczość jest konieczna

- O gerontopsychologii słów

kilka...

- Z moich przemyśleń...

- Diamentowy Czepek

dla naszej koleżanki Basi

Urbańczyk

- Wielofunkcyjny mężczyzna!

- Bezpieczny Szpital

Przyszłości Ranking Szpitali

2016

- Co wiesz o mukowiscydozie?

- WIELKI TYDZIEŃ

- Moje Konfrontacje

- Medycyna manualna czyli

skuteczne usuwanie bólu

- Czy wiecie, że...

- Wszystkie Dzieci są Nasze

- Zaburzenia odżywiania

u dzieci a choroby

współistniejące

REDAKCJA:

Bożena Smoter

Śląskie Centrum Chorób
Serca

Ul. M. Skłodowskiej 9

41-800 Zabrze

www.sccs.pl

biblioteka@sccs.pl

WYDAWCA:

Fundacja SCCS

ul. Wolności 182

41-800 Zabrze

Świąt pogodnych, Świąt wesołych,

niosących spokój i odpoczynek,

nadzieję na to, że Nowy Rok 2017

będzie pełen optymizmu i szczęścia.

Zapomnimy o wszystkich problemach.

Powodzenia i uśmiechu,

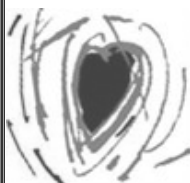
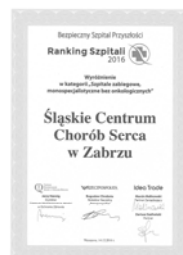
życzy

REDAKCJA



WYDARZENIA 2016

- **24.02.2016** - Wyróżnienie dla SCCS - Wysoka Jakość w Ochronie Zdrowia
- **29.02.2016 - 02.03.2016** - Pierwsze zabiegi eksperymentalne na dużych zwierzętach w Śląskim Centrum Chorób Serca i Kardio-Med Silesia
- **02.2016** - jako pierwsi na świecie lekarze Oddziału Klinicznego Wrodzonych Wad Serca i Kardiologii Dziecięcej wykonali u pięcioletniej pacjentki zabieg zamknięcia okienka między tętnicą płucną, a aortą. Dziewczynce został wszczepiony małe implant o zmiennych rozmiarach Amplatzer Additional Sizes. Według sprawdzonych doniesień w fachowej prasie z całego świata nikt wcześniej nie dokonał zamknięcia okienka przy użyciu wybranego przez Zabrzeńskich kardiologów implantu.
- **30.05.2016** - IX Śląska Konferencja Placówek Promujących Zdrowie
- **2-3.06.2016** - Konferencja XXIII Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna XVII Warsztaty Kardiologii Inwazyjnej
- **25.09.2016** - XXVII Biała Niedziela w Śląskim Centrum Chorób Serca
- **14.12.2016** - III miejsce w kategorii *Najlepszy szpital w województwie śląskim*.
W kategorii *Szpitala zabiegowe, monospecjalistyczne bez onkologicznych SCCS* zajęło IV miejsce w kraju.



Zabrze, 2-3 czerwca 2016
XXIII MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA KARDIOLOGICZNA
Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca, płuc i naczyń
XVII WARSZTATY KARDIOLOGII INWAZYJNEJ

WYDARZENIA ROKU 2016 - PODSUMOWANIE

Impact Factor ISI:6.724

Punktacja ministerstwa: 45.000

III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii SUM

Działalność dydaktyczno - naukowa:

Publikacje

	łączna liczba prac	liczba prac z IF	łączna wartość IF
ogółem	81	35	125.604
polski artykuł	26	12	12.749
zagraniczny artykuł	23	23	112.855

5 prac z najwyższym IF powstałych w III Katedrze i Oddziale Klinicznym Kardiologii SUM

1. Hudzik Bartosz, Gąsior Mariusz. Dysphagia Lusoria. N.Engl.J.Med.2016, 28, 4, 375
Impact Factor ISI: 59.558
Punktacja ministerstwa: 50.000
2. Hawranek Michał, Wróbel Michał, Nożyński Jerzy, Pres Damian, Gierlotka Marek, Trzeciak Przemysław, Dyrbuś Krzysztof, Piegza Jacek, Lekston Andrzej, Gąsior Mariusz. Hemorrhagic Myocardial Infarction: Mortality Compared With STEMI Patients Treated With Percutaneous Coronary Intervention
JACC, 2016, 68, 4, 426-427
Impact Factor ISI: 17.759
Punktacja ministerstwa: 45.000
3. Tajstra Mateusz, Pyka Łukasz, Gorol Jarosław, Pres Damian, Gierlotka Marek, Gadula-Gacek Elżbieta, Kurek Anna, Wasiak Michał, Hawranek Michał, Zemba Michał, Lekston Andrzej, Poloński Lech, Bryniarski Leszek, Gąsior Mariusz. Impact of Chronic Total Occlusion of the Coronary Artery on Long-Term Prognosis in Patients With Ischemic Systolic Heart Failure.
JACC, 2016, 9,17,1790-97
Impact Factor ISI: 7.630
Punktacja ministerstwa: 45.000
4. Hudzik Bartosz, Lekston Andrzej, Gąsior Mariusz. Risk Prediction in Acute Myocardial Infarction.
JACC, 2016, 68, 25, 2198
Impact Factor ISI: -7.630
Punktacja ministerstwa: 45.000
5. Hudzik Bartosz, Wilczek Krzysztof, Gąsior Mariusz. Heyde syndrome: gastrointestinal bleeding and aortic stenosis.
CMAJ, 2, 2016, 188(2), 135-139.

- Udział studentów **Koła STN** przy III Katedrze i Oddziale Klinicznym Kardiologii SUM w licznych konferencjach naukowych:

1. XXX Ogólnopolska Studencka Konferencja Kardiologiczna 27-28.05.2016 r. Gdańsk – prezentowano 3 prace:

I Miejsce praca pt. Stosunek liczby trombocytów do limfocytów (PLR) oraz neutrofilii do limfocytów (NRL) – ocena i porównanie wskaźników prognostycznych u pacjentów z niewydolnością serca. Z. Kułaczowska, P. Rejwa, K. Sztabińska, M. Wrona, W. Kowalska

Wyróżnienie - Jak opóźnić wyrok? Implantacja stentu jako metoda pomostowania leczenia zwężenia pnia lewej tętnicy wieńcowej spowodowanego uciskiem tętniaka tętnicy płucnej. R. Reguła, R. Pakuła

I Nagroda - Pojedynczo czy parami? Porównanie charakterystyki i wyników leczenia chorych poddawanych angioplastyce niezabezpieczonej bifurkacji pnia lewej tętnicy wieńcowej z użyciem jednego lub dwóch stentów. R. Reguła, R. Pakuła, A. Dulcka

2. XI Międzynarodowa Studencka Konferencja Kardiologiczna, 02.06.2016 r. Zabrze, prezentowano 10 prac:

I Miejsce, GRAND PRIX – nagroda pieniężna – Early and Long-term Complication in More Than One Thousand Recipients of Implantable Cardioverter-Defibrillator of Cardiac Resynchronization Therapy Defibrillators – Insights from Silesian Center Defibrillator Registry. K. Towarek, A. Barbachowska, A. Gąsior, K. Banaszak, A. Gacek

II Miejsce - New generation of valves offers less rhythm and conduction disturbances after transcatheter aortic valve implantation (TAVI) procedure. A comparison between Medtronic Core Valve and Symetis Acurate Neo implanted via transfemoral approach. R. Reguła, M. Góral, R. Pakuła

Wyróżnienie - Preoperative risk factors for death in patients undergoing heart transplantation during a 12-month period of observation. W. Szczurek, K. Myl, R. Reguła, D. Weremczuk

Wyróżnienie – Model for End-Stage Liver Disease excluding INR (MELD-XI) predicts death within one year in patients with severe heart failure awaiting heart transplantation. W. Szczurek, K. Myl, A. Dulcka

3. International Medical Congress of Silesia 2016, (SIMC 2016), 28-29.04.2016 r., Katowice - prezentowano 4 prace.

4. III Ogólnopolska Studencka Konferencja Naukowa Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego 23.04.2016 r. Wrocław- prezentowano 2 prace.

- W dniu 23.09.2016 projekt kierowany przez wychowanka III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii Rafała Regułę, pod opieką naukową Profesora Mariusza Gąsiora, otrzymał dofinansowanie w ramach programu **Diamentowy Grant**. Jest to druga tego rodzaju nagroda przyznana studentowi Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Celem projektu jest ocena przydatności technologii druku 3D w zabiegach przezskórnego zamykania uszka lewego przedsionka przy użyciu okludera Amplatzer Amulet, będzie on realizowany w naszej Katedrze.

- student Kamil Bujak, wychowanek koła naukowego przy III Katedrze i Oddziale Klinicznym Kardiologii, otrzymał grant na badania dotyczące molekularnego podłoża procesu restenozy (Projekt Preludium, Opiekun projektu dr T. Osadnik), będący kontynuacją wcześniej podjętych tematów badawczych.

- Współdziałal w projekcie **INFLOW** realizowanym w ramach STRATEGMED (zakończenie rok 2017). Projekt dotyczy konstrukcji nowoczesnej polskiej zastawki aortalnej do przezcewnikowych implantacji u chorych, którzy nie kwalifikują się do klasycznej operacji serca (projekt strategiczny NCBiR, 2014-2016, współwykonawca).

- FoResight and Modelling for European HEalth Policy and Regulation – **FRESHER** (międzynarodowy projekt finansowany przez Komisję Europejską, HORIZON 2020, współwykonawca)

- Opracowanie i kompleksowa ocena biodegradowalnego i elastycznego stentu wewnątrznaczyniowego rozprężanego na balonie opartego na cienkich przęsłach o wysokiej wytrzymałości (**APOLLO**) (projekt strategiczny NCBiR, 2015- 2017, współwykonawca).

- Współrealizacja pierwszego polskiego badania randomizowanego z zakresu zdalnego monitorowania urządzeń wszczepialnych "RESULT" w ramach programu pt. *Wykorzystanie teletransmisji danych medycznych w celu poprawy jakości życia chorych z niewydolnością serca i redukcji kosztów ich leczenia* MONITEL-HF (STRATEGMED, projekt strategiczny NCBiR). W październiku 2016 roku zakończono rekrutację 600 chorych. We współpracy z firmą WASKO stworzono platformę integrującą zdalne monitorowania urządzeń elektrycznych 4 dostępnych na polskim rynku producentów urządzeń wszczepialnych. Platforma jest obecnie w fazie testowania w SCCS.

- „**Rejestr Absorb**” – prowadzony od roku 2013, w roku 2016 zgromadzono ponad 400 pacjentów z implantacją rusztowań bioresorbowalnych. Po połączeniu z bazy pacjentów Miedziowym Centrum Kardiologii rejestr dysponuje liczbą ponad 1000 pacjentów. Jest to obecnie jeden z największych rejestrów rusztowań bioresorbowalnych w Europie.

- prowadzenie testowo-wdrożeniowego laboratorium genomiki przez dr. T. Osadnika, pracownika III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii SUM w Śląskim Parku Technologii Medycznych KMS.

- wdrożenie badania umożliwiającego analizę mutacji G20210A w genie protrombiny oraz mutacje FV Leiden, wprowadzenie ww. oznaczeń umożliwi diagnostykę najczęstszych przyczyn trombofilii wrodzonej.

- realizacja projektu dotyczącego genetycznych czynników ryzyka choroby wieńcowej (OPUS, kierownik projektu dr T. Osadnik).

- prowadzenie badań dotyczących genetyki restenozy, realizowane w ramach projektu NCN (*Genetyczne czynniki ryzyka restenozy* SONATA, Kierownik Projektu dr Tadeusz Osadnik), których wyniki zostały opublikowane również w 2016 roku m.in. w uznanym czasopiśmie PloS ONE.

- Praca *Radiotherapy can cause serious malfunction of modern implantable cardioverters-defibrillators (ICD) and cardiac resynchronization device and defibrillator (CRT-D)* przedstawiająca wyniki badań urządzeń in-vitro w warunkach radioterapii prezentowana na kongresie ESC w Rzymie. Kapituła organizacyjna wybrała tą pracę i wyróżniła podczas sesji podsumowującej BEST ON ESC-ARRHYTHMIAS jako jedno z 5 najważniejszych doniesień mogących zmienić codzienną praktykę kliniczną.

- 2 osoby z III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii obroniły prace doktorskie, 2 osoby zdały egzamin specjalizacyjny z chorób wewnętrznych, a 4 z kardiologii.

- Nagroda Zespołowa III stopnia Rektora SUM w zakresie działalności naukowej za pracę dotyczącą aktywacji płytek krwi u chorych z zawałem mięśnia sercowego i cukrzycą.

Działalność organizacyjna

- Stworzenie **Oddziału Dziennego Niewydolności Serca** – to pierwszy i dotąd jedyny taki oddział w Polsce. Oddział jest dla pacjentów, którzy nie są na tyle zdrowi, by odwiedzić lekarza tylko raz na jakiś czas w poradni, ale i nie są na tyle chorzy by cały czas musieli przebywać w szpitalu. Dzienny oddział stwarza nam warunki do tego, by cały czas monitorować stan pacjenta i do zaostrzeń w ogóle nie dopuszczać. W przypadku potwierdzenia założeń projektu w praktyce klinicznej istnieje szansa na wprowadzenie takich oddziałów w całym kraju.

- Przeprowadzenie pierwszych w Polsce **badania dotyczących związku pomiędzy zanieczyszczeniem powietrza a występowaniem ostrych stanów sercowo-naczyniowych i śmiertelnością w populacji aglomeracji górnośląskiej** były prowadzone na podstawie danych ze **Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej** i danych **Wojewódzkiego Inspektoratu Ochrony Środowiska w Katowicach**. Wyniki analizy zostały przedstawione w trakcie Kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (Rzym, 2016), Kongresie Europejskiego Towarzystwa Rytmu Serca (Nicea, 2016) oraz Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (Poznań, 2016), gdzie zostały wyróżnione nagrodą dla najlepszej pracy plakatowej.

- Dzięki wieloletniemu doświadczeniu w kompleksowym postępowaniu w zawale serca oraz przy wykorzystaniu analiz

dużych baz danych (Śląska Baza Sercowo-Naczyniowa SILICARD, Ogólnopolski Rejestr Ostrych Zespołów Wieńcowych PL-ACS, Narodowa Baza Danych Zawałów Serca AMI-PL) III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii brała czynny udział, wspólnie z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym i Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w stworzeniu **projektu kompleksowej opieki nad chorym z zawałem serca**. Jest to kolejny milowy krok w poprawie organizacji leczenia oraz poprawy rokowania odległego pacjentów z tym schorzeniem.

- Rozpoczęcie kompleksowego programu diagnostyki i leczenia zapalenia mięśnia sercowego z wykonywaniem lewokomorowej biopsji mięśnia sercowego oraz oceną biopłatów we współpracy z Instytutem Patologii Tübingen (Niemcy). Materiał poddawany jest pełnej ocenie histologicznej, immunohistologicznej i genetycznej rozpoznania, a także potwierdzenie/wykluczenie obecności wirusów kardiotropowych i zastosowanie leczenia przyczynowego

- Stworzenie pierwszego w Polsce ośrodka szkoleniowego z zakresu nowych technologii ablacji z systemem **CARTO UniVu**

- wdrożenie w III Katedrze i Oddziale Klinicznym Kardiologii inwazyjnego leczenia migotania przedsionków za pomocą techniki **krioablacji**. W Katedrze Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii, Oddział Kliniczny Kardiologii SUM kierowanej przez Pana Prof. dr hab. med. Zbigniewa Kalarusa powyższe zabiegi wykonuje się od kilku lat.

- 29.02.2016 – 02.03.2016

Pierwsze zabiegi eksperymentalne na dużych zwierzętach w Śląskim Centrum Chorób Serca i Cardio-Med Silesia

W III Katedrze i Oddziale Klinicznym Kardiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze w konsorcjum ze Śląskim Parkiem Technologii Medycznych Cardio-Med Silesia, Uniwersytetem Rolniczym w Krakowie oraz firmą Balton przeprowadzono pierwsze eksperymentalne zabiegi implantacji stentów powlekanych lekiem antymitotycznym do tętnic obwodowych na modelu zwierzęcym u dziewięciu świń domowych. Zabiegi są efektem współpracy i zaangażowania osób uczestniczących w konsorcjum. Procedury zakończyły się sukcesem, z uzyskaniem założonych celów na tym etapie projektu oraz dobrostanem zwierząt.

- Kontynuacja badań in-vitro urządzeń wszczepialnych w warunkach radioterapii-współpraca z Instytutem Onkologii w Gliwicach.

Rozpoczęcie współpracy kardiologicznej z Zakładem Radioterapii Instytutu Onkologii w Gliwicach, kierowanym przez Pana Profesora Leszka Miszczyka. Współpraca obejmuje konsultacje kardiologiczne oraz elektroterapeutyczne chorych z wszczepionymi urządzeniami elektrycznymi leczonych przy pomocy radioterapii.

- Organizacja **XXIII Międzynarodowej Konferencji Kardiologicznej XVII Warsztatów Kardiologii Inwazyjnej**

2-3 VI 2016, w której wzięło udział ponad 2200 osób.

Pracownia Hemodynamiki

Warsztaty Kardiologii Interwencyjnej 1-3 czerwiec 2016

- Tegoroczne spotkanie zgromadziło ponad 300 kardiologów interwencyjnych z całej Polski, co utwierdziło nas w tym, że jest ważne i potrzebne. Warsztaty rozpoczęliśmy w środę 1.06 od omówienia tematyki związanej z oceną czynnościową tętnic wieńcowych. Spotkanie zgromadziło 100 uczestników stając się jedną z największych tego rodzaju warsztatów w Polsce. W czwartek i piątek odbyły się kolejne sesje, podczas których poruszono zagadnienia związane ze złożonymi interwencjami wieńcowymi - od zabiegów rotablacji, poprzez interwencje w zakresie pnia lewej tętnicy wieńcowej i bifurkacje, do zastosowania rusztowań bioresorbowalnych w zaawansowanej miażdżycy. Przygotowany program wykładów, a także transmitowane na żywo zabiegi spełniły oczekiwania uczestników. Nie ukrywamy, że bardzo ucieszyła nas towarzysząca warsztatom dobra atmosfera, żywiołowa dyskusja oraz aktywny udział uczestników, bez których warsztaty nie istniałyby.

- „IVUS-HD” – we wrześniu 2016 roku, w Pracowni Hemodynamiki wykonano pierwsze w Europie Środkowo - Wschodniej zabiegi z wykorzystaniem technologii ultrasonografii wewnątrznaczyniowej wysokiej rozdzielczości. Obecnie dysponujemy urządzeniami pierwszej generacji oraz optyczną tomografią koherentną. W porównaniu do poprzedniej generacji urządzeń, nowe urządzenie wysokiej rozdzielczości zapewnia znacznie lepszą jakość obrazu. Pozwala to dokładniej ocenić morfologię blaszki miażdżycowej, stopień oraz długość. Ponadto dzięki wysokiej jakości obrazu pozwala na łatwiejszą ocenę rozprężenia stentu po implantacji.

Katedra i Oddział Kliniczny Kardiochirurgii, Transplantologii, Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej SUM

Działalność dydaktyczno - naukowa:

	łączna liczba prac	liczba prac z IF	liczba prac z punktacją MNI	łączna wartość IF	łączna wartość punktacji MNI
ogółem	46	26	29	58.943	621.000
polski artykuł	10	7	10	9.586	171.000
zagraniczny artykuł	19	19	19	49.357	450.000

Publikacje

Wykaz najważniejszych prac powstałych we współpracy z innymi ośrodkami:

1. Urbanski P., Bougioukakis P., Deja M., Diegeler A., Irimie V., Lenos A., Zembala M.O.: Open aortic arch surgery in chronic dissection with visceral arteries originating from different lumens. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* (2015) 1–9. doi:10.1093/ejcts/ezv386
2. Zembala M.O., Irimie V., Urbanski P.: Use of the frozen elephant trunk technique in complicated chronic dissection with porcelain aorta and visceral arteries originating from different lumens. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery* (2016) 1–3 (doi:10.1093/icvts/ivv370)
3. Crespo-Leiro MG, Stypmann J, Schulz U, Zuckermann A, Mohacsi P, Bara C, Ross H, Parameshwar J, Zakliczyński M, Fiocchi R, Hofer D, Colvin M, Deng MC, LePrince P, Elashoff B, Yee JP, Vanhaecke J.: Clinical usefulness of gene-expression profile to rule out acute rejection after heart transplantation: CARGO II. *Eur Heart J*. 2016 Jan 7. pii: ehv682
4. Szymański P., Hryniewiecki T., Dąbrowski M., Sorysz D., Kochman J., Jastrzębski J., Kukulski T., Zembala M.: Mitral and aortic regurgitation following transcatheter aortic valve replacement. *Heart* 2016; The Heart, Heart Online First, published on February 23, 2016 as 10.1136/heartjnl-2015-308842
5. Labordea F., Fischlein T., Hakim-Meibodic K., Misfeld M., Carrel T., Zembala M., Madonnag F., Meurish B., Haverich A., Shresthai M.: Clinical and haemodynamic outcomes in 658 patients receiving the Perceval sutureless aortic valve: early results from a prospective European multicentre study (the Cavalier Trial). *Eur J Cardiothorac Surg* 2016;49:978–86
6. Zembala M.O., Hawranek M., Waclawski J., Niklewski T., Nadziakiewicz P., Koba R., Przybylski R., Walas R., Głowacki J., Jaźwiec T., Garbacz M., Gąsior M., Zembala M.: Symetis Acurate Neo transfemoral aortic bioprosthesis – initial Polish experience. *Kardiologia Pol* 2016, 74, 3: 206-213.
7. Bisleri G., Giroletti L., Hrapkowicz T., Bertuletti M., Zembala M., Arieti M., Muneretto C.: Five year clinical outcome of endoscopic versus open radial artery harvesting a propensity score analysis. *Ann Thorac Surg* 2016; pii: S0003-4975(16)30314-9. doi: 10.1016/j.athoracsur.2016.04.006
8. Fischlein T., Meuris B., Hakim-Meibodi K., Misfeld M., Carrel T., Zembala M., Gaganesi S., Madonna F., Laborde F., Asch F., Haverich A.: The sutureless aortic valve at 1 year: A large multicenter cohort study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2016, 1-10
9. Zembala M., Filipiak K., Kowalski O., Buchta P., Niklewski T., Nadziakiewicz P., Koba R., Gąsior M., Kalarus Z., Zembala M.: Staged hybrid ablation for persistent and longstanding persistent atrial fibrillation effectively restores sinus rhythm in long-term observation. *Arch Med. Sci* 2016; 12; 6: 1-9
10. Kuliczkowski W, Sliwka J, Kaczmarek J, Zysko D, Zembala M, Steter D, Zembala M, Gierlotka M, Kim MH, Serebruany V. Low platelet activity predicts 30 days mortality in patients undergoing heart surgery. *Blood Coagul. Fibrinol.* 2016;27:199-204
11. Gilard M., Schlüter M., Snow T., Dall’Ara G., Eltchaninoff H., Moat N., Goicolea J., Ussia G., Kala P., Wenaweser P., Zembala M., Nickenig G., Price S., Barrero E., Lung B., Zamorano P., Schuler G., Corti R., Alfieri O., Prendergast B., Ludman P., Windecker S., Sabate M., Witkowski A., Danenberg H., Schroeder E., Romeo F., Macaya C., Derumeaux G., Laroche C., Pighi M., Serdoz R., Di Mario C.: The 2011-2012 pilot European Society of Cardiology Sentinel Registry of Transcatheter Aortic Valve Implantation: 12-month clinical outcomes. *EuroIntervention*. 2016 May 17;12 (1):79-87. doi: 10.4244/EIJV12I1A15
12. Nozynski J., Konecka-Mrowka D., Zakliczynski M., Zembala-Nozynska E., Lange D., Zembala M.: BRCA1 Reflects Myocardial Adverse Remodeling in Idiopathic Dilated Cardiomyopathy. *Transplant Proc* 2016;48: 1746–1750
13. Protasiewicz M., Banasik M., Kurcz J., Podgórski M., Zembala M., Zakliczyński M., Mysiak A., Boratyńska M., Klinger M.: Renal Artery Denervation in Patient After Heart and Kidney Transplantation With Refractory Hypertension. *Transplant Proc* 2016;48: 1858–1860
14. Milewska A, Kaminski K, Ciejka J, Kosowicz K, Zeglén S, Wojarski J, Nowakowska M, Szczubiałka K, Pyrc K.: HTCC: Broad Range Inhibitor of Coronavirus Entry. *PLoS One*. 2016 Jun 1;11(6):e0156552. doi: 10.1371/journal.pone.0156552. eCollection 2016

Udział studentów Koła STN przy Katedrze i Oddziale Klinicznym Kardiologii, Transplantologii, Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej SUM w konferencjach STN-u, podczas których prezentowane były prace:

- Studencka Konferencja Kardiologiczna, 2.06.2016r., Zabrze – 1. miejsce za pracę *Early and long-term Complications in More Than One Thousand Recipients of Implantable Cardioverter-Defibrillator or Cardiac Resynchronization therapy Defibrillators – insights from Silesia Center Defibrillator Registry*

- Studencka Konferencja Kardiologiczna, 2.06.2016r., Zabrze “Wpływ techniki zszycia mostka na rekowalescencje po sternotomii pośrodkowej”

- International Medical Congress of Silesia, 28-29.04.2016r., "Evaluation of the false positive blood cultures occurrence in a population of neonates treated in Department of Neonatal Pathology"

- Biomedtech Silesia, 8.04.2016r., "Chirurgiczny savoir vivre – czyli Twój pierwszy raz na bloku operacyjnym"

Najważniejsze wydarzenia:

W miesiącu sierpniu 2016 roku w, w Katedrze i Oddziale Klinicznym Kardiochirurgii, Transplantologii, Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej SUM wykonano 14 transplantacji. 5 chorych miało pomyślnie wykonaną transplantację płuc, dwoje z mukowiscydozą, 9 chorych z nieodwracalnym uszkodzeniem serca miało wykonaną transplantację serca, w tym 4 dzieci. Cieszą nas uratowani chorzy. Obyśmy w Zabrzu, także w kraju podobne miesiące mieli przez cały rok. Cieszy i zasługuje na uznanie wysiłków całego Zabrzeńskiego Zespołu. Przywrócone życie zostało tylko dzięki transplantacji. Pamiętajmy, na ratunek i naszą pomoc czekają kolejni chorzy.

17-letni pacjent leczony z powodu kardiomiopatii rozstrzeniowej miał zastosowane wspomaganie lewokomorowe typu Berlin Heart. Po 1,5- rocznym okresie leczenia stwierdzono poprawę funkcji lewej komory pozwalającą na wyszczerpienie wspomaganie mechanicznego. W dalszej obserwacji ambulatoryjnej pacjent ma prawidłową funkcję lewej komory. Chłopiec jest w stanie dobrym, uczęszcza do szkoły oraz prowadzi aktywny tryb życia.

16-letni pacjent z kardiomiopatią rozstrzeniową miał wszczepione wspomaganie lewokomorowe typu Berlin Heart Incor (pierwsze w Polsce wszczepienie komory o przepływie ciągłym). Wszczepione urządzenie pozwoliło chłopcu opuścić szpital i w domu oczekiwać na transplantację serca, którą wykonano w sierpniu 2016r.



20 października 2016r. zostały zorganizowane warsztaty szkoleniowe z zastawki aortalnej przy Devotini Aortic Simulator. Podczas warsztatów lekarze będący w trakcie specjalizacji z kardiochirurgii mieli możliwość doskonalenia technik kardiochirurgicznych na symulatorach. Szkolenie dotyczyło wymiany zastawki aortalnej (sAVR), wymiana korzenia aorty metodą Bentalla, naprawy zastawki aortalnej metodą Davida.



Prof. Marian Zembala, dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, w czerwcu podczas kongresu Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów Polskich został powołany na Prezesa Elekta tego Towarzystwa, dodatkowo jednogłośnie w trakcie 30. Europejskiego Kongresu Kardio-Torakochirurgów (EACTS) w Barcelonie 1.10.2016r. został prezydentem - elektem Europejskiego Towarzystwa Kardiochirurgów i Torakochirurgów.

Prof. Zembala jest pierwszym Polakiem, który będzie piastował tę funkcję od momentu powstania Europejskiego Towarzystwa Kardiochirurgów i Torakochirurgów.

Nagrody:

Prof. M. Zembala otrzymał dyplom honorowego członka Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc za wyjątkowe zasługi na rzecz polskiej pulmonologii

Lipiec 2016:

prof. M.Zembala otrzymał nominację magazynu „Why Story” do tytułu „Lider z powołania” w uznaniu zasług za wieloletnie oraz innowacyjne zarządzanie Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu oraz wybitne osiągnięcia w dziedzinie nowoczesnej medycyny.

Listopad 2016:

- prof. M. Zembala otrzymał nagrodę „Hansy 2016” za wybitne osiągnięcia w dziedzinie transplantologii, odważne podejmowanie wyzwań oraz zaangażowanie w życie społeczne

- prof. M. Zembala otrzymał medal za zasługi dla samorządu aptekarskiego

- prof. M. Zembala otrzymał honorowy tytuł „Hipokrates 2016” przyznany przez honorową Kapitułę plebiscytu „Dziennika Zachodniego”

Oddział Kliniczny Kardiologii i Intensywnej Terapii

Działalność dydaktyczno - naukowa:

Publikacje

	łączna liczba prac	liczba prac z IF	łączna wartość IF
ogółem	28	15	23,027
polski artykuł	12	7	7,234
zagraniczny artykuł	8	8	15,793

5 najważniejszych prac powstałych w Oddziale Klinicznym Kardiologii i Intensywnej Terapii

1. Paweł Nadziakiewicz, Tomasz Niklewski, Bożena Szyguła-Jurkiewicz, Jerzy Pacholewicz, Michał Zakliczyński, Jarosław Borkowski, Tomasz Hrapkowicz, Marian Zembala. Preoperative echocardiography examination of right ventricle function in patients scheduled for LVAD implantation correlates with postoperative hemodynamic examinations.
Ann.Transplant.2016; Vol.21, p.500-507
Impact Factor ISI: 1.032
Punktacja ministerstwa: 20.000
2. Paweł Nadziakiewicz, Jerzy Pacholewicz, Michał Zakliczyński, Tomasz Niklewski, Jarosław Borkowski, Tomasz Hrapkowicz, Marian Zembala. Comparison of mechanical circulatory support by the use of pulsatile left ventricular assist devices Polvad MEV and continuous flow heart ware and heart mate II in a single-center experience..
Transplant.Proc.2016; Vol.48, No.5, p.1770-1774
Impact Factor ISI: 0,867
Punktacja ministerstwa:15.000
3. Paweł Nadziakiewicz, Bożena Szyguła Jurkiewicz, Tomasz Niklewski, Jerzy Pacholewicz, Michał Zakliczyński, Jarosław Borkowski, Tomasz Hrapkowicz, Marian Zembala. Effects of left ventricular assist device support on end-organ function in patients with heart failure: Comparison of pulsatile- and continuous-flow support in a single-center experience..
Transplant.Proc.2016; Vol.48, No.5, p.1775-1780
Impact Factor ISI: 0,867
Punktacja ministerstwa:15.000
4. Paweł Nadziakiewicz, Jarosław Borkowski, Bożena

Szyguła-Jurkiewicz, Tomasz Niklewski, Jerzy Pacholewicz, Michał Zakliczyński, Tomasz Hrapkowicz, Marian Zembala. Right ventricular function in patients with left ventricular assist device support by pulsatile polvad MEV and continuous-flow pumps heartware and Heartmate II.

Transplant.Proc.2016; Vol.48, No.5, p.1786-1790

Impact Factor ISI: 0,867

Punktacja ministerstwa:15.000

5. Łukasz J. Krzych. Monitorowanie hemodynamiczne na oddziale intensywnej terapii.
W: Intensywna terapia. / Pod red.: K. Kuszy i K. Wawrzyniak; Gdańsk : Via Medica, 2016
Punktacja ministerstwa:15.000

- Prowadzenie **Koła STN** przy Oddziale Klinicznym Kardiologii i Intensywnej Terapii

Studenci naszego koła wygłosili 8 prac na XI Międzynarodowej i LV Międzywydziałowej Konferencji Naukowej Studentów Uczelni Medycznych - 2 z tych prac zostały nagrodzone oraz prace na 11 International Student's Conference on Cardiology

3 miejsce w sesji anestezyjologicznej zajęła praca Stankiewicz M, Ciupiał A, Lubszczyk A, Oszmiana K. pt: *Epidemiological situation of the ICU – 6 months analysis*

Wyróżnienie w sesji anestezyjologicznej otrzymała praca Supierz M, Gonera M. *Requirement for opioids, sedatives and muscle relaxing drugs in patients treated with ECMO.*

- 2 lekarzy Oddziału Klinicznego Kardiologii i Intensywnej Terapii zdało egzamin specjalizacyjny z anestezyjologii i intensywnej terapii.

Działalność organizacyjna

- Współorganizacja wspólnie z Oddziałem Śląskim Polskiego Towarzystwa Anestezyjologii i Intensywnej Terapii cyklicznych comiesięcznych spotkań w Domu Lekarza w Katowicach dla anestezyjologów z całego województwa śląskiego.

Współorganizacja wspólnie z Sekcją Kardiotorakoanestezyjologii Polskiego Towarzystwa Anestezyjologii i Intensywnej Terapii 6 Śląskich Spotkań Kardiochirurgii z Kardiologiczną w Ustroniu



Punkt widzenia



Stanowczość jest konieczna

Prof.

Marian Zembala

Komisarz UE ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności przypomniał, jak silnym zabójcą jest nikotyna – i klasyczna, i w formie e-papierosów. Powiedział, że podstawowym elementem troski o zdrowie społeczeństwa jest nadanie tej sprawie odpowiedniej rangi.

Przekonywanie, że e-papierosy to nic takiego, jest bzdurą, głupotą i nieodpowiedzialnością. Producenci papierosów elektronicznych to lobby, któremu zależy nieporównanie bardziej na zysku niż życiu i zdrowiu. Opisy e-papierosów przypominają zachętę do częstowania się owocami albo smacznym deserem. Nigdzie nie pisze się, jak silna jest to trucizna – nie taka jak papierosy, ale wciąż trucizna. Ignoruje się stanowiska krajowych i międzynarodowych towarzystw naukowych i ekspertów. Pogoń za zyskiem za wszelką cenę jest nie tylko coraz bardziej widoczna ale także agresywna, również w dezinformacji społeczeństwa.

Obecny kształt ustawy tytoniowej jest zbyt liberalny dla wytwórców tytoniu, a stanowczo za mało chroniący zdrowie obywateli. Jest wielu przeciwników walki z tytoniem, ich wpływy są bardzo silne, także w kampaniach medialnych. Należy więc przekonywać do zdecydowanie bardziej stanowczego działania. Stanowczość jest konieczna, jeżeli rzeczywiście zależy nam na zdrowiu obywateli.

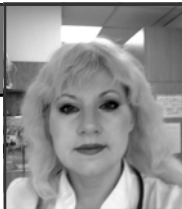
Słuchajmy ekspertów, a nie lobbystów, którzy, co jest oczywiste mają inny, odmienny punkt widzenia wynikający z potrzeby zysku. Moje stanowisko jest zgodne ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Pulmonologów, Polskiego Towarzystwa Onkologów i Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów, Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i wybitnych Polskich autorytetów takich jak prof. Witold Zatoński.

Pomysł wspólnych palarni dla palaczy „tradycyjnych” i użytkowników e-papierosów budzi jednak kontrowersje. Można wypracować kompromis, by osoby używające e-papierosów miały swoją oddzielną wydzieloną strefę „box” w wybranych miejscach publicznych np. na lotniskach, dworcach czy stadionach. Ale w żadnym wypadku nie można dopuścić, by paląc papierosy elektroniczne, narażały one na „e-dymek” otoczenie. Można i trzeba wypracować rozwiązania, ale wzorowane na tych, które obowiązują i sprawdziły się wcześniej w krajach o dużo większej zdrowotności obywateli, a nie sięgać tylko po rozwiązania najwygodniejsze, ale dla przemysłu tytoniowego w Polsce. Te zyski są iluzoryczne w dłuższej perspektywie troski o zdrowie i przeciwdziałaniu zdecydowanie zbyt dużej i wczesnej umieralności Polek i Polaków z powodów nowotworowych, zawałów serca czy udarów.

Szanowni Państwo,
Drodzy Czytelnicy,

W ten zbliżający się wyjątkowy czas w roku chciałbym złożyć Państwu najserdeczniejsze życzenia Świąteczne, aby nadchodzące Święta Bożego Narodzenia były przepełnione radością, spokojem i rodzinnym ciepłem. Aby zbliżający się Nowy – 2017 Rok był pomyślny w każdym dniu, tygodniu i miesiącu jego trwania i wolny zarówno od „dymku” jak i „e-dymku”.

Prof. dr hab. med. Marian Zembala
Dyrektor



O gerontopsychologii słów kilka...

1. Definicja gerontologii, geriatry i gerontopsychologii

W 1903 roku zastępca dyrektora Instytutu Pasteura w Paryżu, Ilija Miecznikow, zaproponował pojęcie „gerontologia” (od greckiego *géron*, *gérontos* - starość) dla określenia wielu dziedzin nauki, które zajmują się starzeniem i/lub starością. W takim ujęciu gerontologia stała się nauką interdyscyplinarną. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization), podanej w 2004 roku, geriatria to specjalistyczna dziedzina medycyny, która zajmuje się zdrowiem i chorobami oraz opieką i pomocą osobom w podeszłym wieku, zaś gerontologia to wielodyscyplinarny kierunek naukowy dotyczący wszystkich aspektów starzenia, włączając w to czynniki zdrowotne, biologiczne, socjologiczne, psychologiczne, ekonomiczne i środowiskowe. W celu uporządkowania zakresu gerontologii przyjęto wyróżnienie jej 3 głównych działów:

- gerontologii doświadczalnej - zajmującej się badaniem mechanizmów starzenia na modelach zwierzęcych,
- klinicznej, zwaną inaczej geriatrią - czyli medycyny podeszłego wieku,
- społecznej - najbardziej rozbudowanej.

Przykładami tej ostatniej jest gerontopsychologia (psychologia starzenia się) czy gerontopedagogika, zwana inaczej geragogiką lub andragogiką, która opisuje procesy edukacyjne przygotowujące do starości. Z perspektywy cyklu życia geriatria (geriatrics) stanowi ostatnią z triady podstawowych dyscyplin medycznych - po pediatrii i „mediatrii” (choroby wewnętrzne wieku dojrzałego). Termin ten wprowadził w 1909 roku amerykański lekarz pochodzący z Wiednia, Ignatz Leo Nascher, uznawany za pioniera nowoczesnej geriatry. To on uzasadniał konieczność wyodrębnienia specjalnej dyscypliny klinicznej, która odnosiłaby się do chorób wieku starczego i była oddzielona od schorzeń dojrzałego wieku. Pragnął, by miała ona wydzielone miejsce w medycynie. Od tamtego czasu geriatria rozwinęła się jako specjalizacja medyczna.

2. Rola geriatry i psychologa w leczeniu Seniorów

Sylwetka pacjenta geriatrycznego

Pacjent geriatryczny to osoba, która ukończyła 60 rok życia, cierpiąca na różnego rodzaju dolegliwości zdrowotne. Do głównych problemów geriatrycznych należą m.in.: zespoły otępienne, zespoły depresyjne i lękowe, zaburzenia zachowania, dolegliwości kardiologiczne, nietrzymanie moczu, upadki i zasłabnięcia, zmiany zwyrodnieniowe stawów, zaburzenia endokrynologiczne, zawroty głowy, a także

zaburzenia równowagi. W zakres geriatry wchodzi zatem trudności zdrowotne, które według uproszczonego podziału możemy zakwalifikować jako somatyczne i psychiczne. Mianem pacjenta geriatrycznego możemy bowiem określić zarówno osobę, która cierpi na chorobę Alzheimera i jest całkowicie zależna od opiekunów, taką, u której występuje zwyrodnienie stawów i odczuwa ona znaczne dolegliwości bólowe, ale również taką - u której zdiagnozowano cukrzycę i która jest w pełni samodzielna oraz aktywnie uczestniczy w Klubie Seniora. Już to krótkie zestawienie wskazuje, iż pod nazwą „pacjent geriatryczny” kryje się bardzo wiele kontekstów psychologicznych.

Implikacje holistyczno-funkcjonalnego paradygmatu zdrowia

Szeroki zakres problemów medycznych dotyczących osoby starsze bezpośrednio wpływa na sposób organizacji opieki zdrowotnej. Zgodnie z założeniami Ministerstwa Zdrowia opieka nad pacjentem geriatrycznym powinna mieć charakter interdyscyplinarny: lekarza geriatry, psychologa, pielęgniarki oddziałowej, fizjoterapeuty oraz pracownika socjalnego. W naukach medycznych rozumienie pojęcia „zdrowie” jest zazwyczaj zgodne z paradygmatem biomedycznym, w którym choroba traktowana jest jako wadliwe działanie elementu maszyny (organizmu), wynikające z przyczyn biologicznych, lekarz natomiast jest traktowany jako osoba naprawiająca popsute urządzenie. Konsekwencją przyjęcia takiego modelu jest redukcjonistyczne podejście do samego pacjenta i jego trudności, wyjaśnianie jego choroby tylko w oparciu o czynniki biologiczne, jego depersonalizacja. W geriatry próbuje realizować się założenia holistyczno-funkcjonalnego paradygmatu zdrowia. Podstawową tezę tego modelu jest ujmowanie człowieka w relacji ze środowiskiem (zarówno w rozumieniu fizycznym, jak i społecznym), traktowanie jako części większego systemu. Jednocześnie sam człowiek rozpatrywany jest jako system, w skład którego wchodzi zależne od siebie elementy biologiczne, psychologiczne, społeczne, a zgodnie ze stosowaną w tym modelu zasadą prymatu całości nad częściami *właściwości całości nigdy nie są prostą sumą właściwości jej części*. Jednostka reaguje na zmianę zachodzącą zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz ciała, a wzajemne interakcje poszczególnych elementów skierowane są przede wszystkim na realizację głównego celu, którym jest zachowanie dynamicznej równowagi. Zdolność organizmu do osiągnięcia owej integracji, czyli stanu dynamicznej równowagi jest zgodnie z założeniami tego modelu - jednym z atrybutów zdrowia. W myśl tejże koncepcji, zdrowie traktowane jest jako proces. Nie jest tu jedynie brakiem choroby - jest zjawiskiem wielowymiarowym, ujmowanym na continuum zdrowie - choroba. W tej koncepcji podkreśla się również: podmiotowość jednostki, traktowanie człowieka jako całości (bez podziału na *soma* i *psyche*) oraz założenie o polietiologii wszystkich chorób.

Tworzenie interdyscyplinarnych zespołów jest w geriatry pierwszym krokiem do realizowania założeń tego paradygmatu w praktyce klinicznej. Uczestniczenie osób o różnych specjalnościach w diagnozie i planowaniu interwencji w przypadku konkretnego pacjenta, daje możliwość rozpatrywania jego problemu na wielu płaszczyznach: medycznej, psychologicznej i społecznej.

Stwarza to również możliwości wykorzystywania szerokiego zakresu interwencji terapeutycznych – pacjent może korzystać z terapii farmakologicznych, psychologicznych czy fizjoterapeutycznych. Badania prowadzone w grupie osób starszych pokazują, iż w przypadku konkretnych problemów, np. depresji czy lęku, użyteczne jest nie tylko stosowanie standardowych form terapii, takich jak farmakoterapia lub psychoterapia, ale pomocne może być również stosowanie np. ćwiczeń fizycznych. Guskowska i Kozdron wykazały, iż ćwiczenia fizyczne stanowią istotny czynnik poprawy nastroju u kobiet w starszym wieku. Tak zorganizowana opieka jest niewątpliwie bardzo korzystna zarówno dla pacjenta i jego rodziny, jak i dla członków zespołu. Jego uczestnicy mogą dzięki temu poszerzać własną wiedzę o informacje pochodzące z innych dyscyplin, spojrzeć na trudności pacjenta z innej perspektywy. Jednakże jest ona również dużym wyzwaniem dla każdego ze specjalistów – każdy jest bowiem przedstawicielem odrębnej dyscypliny, dla której charakterystyczne są język, wartości i praktyki – co wymaga od członków zespołu nie tylko komunikowania się w sposób zrozumiały dla innych, ale czasem również wykazania się zdolnościami negocjacyjnymi.

Zadania geriatry w zespole geriatrycznym

Funkcjonowanie psychosomatyczne pacjenta starszego oceniane jest za pomocą skal.

Jedną z podstawowych jest skala ADL (*Activity Daily Leaving*), na podstawie której oceniana jest sprawność i stopień słabości (*frailty*). Bierzemy pod uwagę następujące czynności: samodzielne kąpanie się, ubieranie się i rozbieranie, korzystanie z toalety, przemieszczanie się, jedzenie, kontrolowanie moczu i stolca.

Kasia Żbikowska

Z moich przemyśleń...

*Bądźcie wdzięczni za dar życia,
ponieważ daje wam ono okazję,
do miłości i do pracy, i do zabawy,
i do podziwiania gwiazd.*

Henry Van Dyke

Ile czasu...?

Czasami zadaję sobie to pytanie – bo przecież nikt z nas nie zna odpowiedzi. Oczywiście nie powinniśmy myśleć o tym nieustannie i popadać w przygnębienie, jednak myślę, że warto czasami przystanąć na chwilę i pomyśleć... Rozejrzeć się wokoło i dostrzec ludzi, szczególnie właśnie tych starszych, którzy dawno za sobą mają wiosnę życia.

Ostatnio wpadła mi w ręce książka Stanisławy Steuden *Psychologia starzenia się i starości*. Po przeczytaniu jej postanowiłam podzielić się z Wami kilkoma refleksjami. O tym, że z wiekiem wszystko się w nas zmienia, wiemy przecież doskonale. Cały proces zmian psychicznych

Wśród najprostszych, przesiewowych metod oceny mentalnej seniorów wyróżniamy: test MMSE (Mini-Mental State Examination), Test Rysowania Zegara oraz Test MoCA. Jeśli w tych krótkich testach osoba badana uzyska wynik nieprawidłowy, należy pogłębić diagnostykę i wykonać bardziej szczegółowe badania.

W przypadku diagnozowania innych trudności pacjentów starszych stosuje się m.in. Geriatryczną Skalę Oceny Depresji, czy też Krótki Alkoholowy Test Przesiewowy z Michigan. Zbieranie i przekazywanie informacji może sprzyjać autorefleksji, dawać pacjentowi poczucie, że zarówno on, jak i jego problemy są istotne, a okazywanie ciepła i empatii mają charakter przede wszystkim wspierający. Podstawą tych oddziaływań jest stworzenie pozytywnej relacji i zaufania do całego zespołu.

Pokochoać człowieka

Wiele by można pisać o zasadach opieki nad pacjentem seniorem. Można posiadać ogromną wiedzę medyczno-psychologiczną, wnikliwie i trafnie diagnozować, skutecznie leczyć, rehabilitować... ale nie można tego wykonywać rutynowo i bezosobowo.

Wydaje mi się, z ponad 20-letniego doświadczenia w pracy z pacjentami, iż nadrzędną cechą dobrego zespołu opiekunów osób starszych jest miłość do drugiego człowieka, jest empatia i prawdziwa chęć niesienia pomocy. Bardzo często samotny senior oczekuje uśmiechu, podania dłoni czy chwili rozmowy. Często zapominamy o tym, że w jesień życia wejdzie każdy z nas i choć przez chwile pomyślmy o tym, jak my sami chcielibyśmy ją przeżyć...



i fizycznych trwa wiele lat, ale już po 50-tym roku życia zauważymy w sobie lub w najbliższych – zmiany bardziej zauważalne. W całym procesie starzenia się człowieka, postępują również zmiany somatyczne. Jeśli chodzi o wygląd zewnętrzny, charakterystyczną cechą jest pochylenie sylwetki oraz przykurczenie całego ciała – postawa taka sprawia wrażenie zwiotczalej. Chód starszej osoby staje się mniej pewny, włosy przerzedzają się i siwieją, a skóra traci elastyczność (zmarszczki, brunatne plamy). Pogarsza się i osłabia narząd wzroku, słuchu, dotyku oraz smaku i powonienia, jednak to zmysł dotyku często pozostaje jedynym środkiem komunikacji człowieka z otoczeniem (zwłaszcza przy znacznym pogorszeniu słuchu i wzroku). W związku ze zmniejszoną elastycznością przepony i płytkim oddechem oraz wadliwą postawą ciała, dochodzi do osłabienia czynności płuc. Efektem tego jest, występująca w warunkach zwiększonego wysiłku fizycznego, zadyszka. Z tego samego powodu może dojść do utrudnienia w utrzymywaniu głosu, który z wiekiem staje się łamliwy. Podczas procesu starzenia zmniejsza się także wydolność nerek i pęcherza moczowego. Może to doprowadzić do zwiększonej podatności tych narządów na choroby. Natomiast upośledzenie wytwarzania soków trawiennych może prowadzić do zmniejszenia łaknienia. Prócz zmian somatycznych, zachodzą w organizmie człowieka znaczne zmiany w psychice. Osłabia się

pamięć - przede wszystkim jednak dotyczy to zdolności przyswajania i magazynowania nowych informacji. Natomiast wiadomości zmagazynowane wcześniej w pamięci długotrwałej pozostają w niej utwalone i dostępne, w skutek czego przypomnianie sobie wydarzeń z przeszłości może nawet dominować. Ze względu na biologiczne i społeczne uwarunkowania wraz z zaawansowaniem wieku u większości ludzi maleje zakres ich zainteresowań. Rodzaje tych zainteresowań są z reguły zależne od dotychczasowych nawyków lub wymarzonych potrzeb i często powiązane z dobrze znajomymi obszarami. Dlatego też człowiek, który zawsze interesował się językami obcymi jest w stanie w wieku 80 lat z powodzeniem nauczyć się nowego języka obcego. Oprócz wyżej wymienionych zmian fizycznych i psychicznych dokonujących się w organizmie starzejącego się człowieka, zachodzi także charakterystyczna niezdolność do przystosowania się lub też znacznie spowolniony proces adaptacji. W wyniku czego wykształcona zostaje pewnego rodzaju reakcja obronna w postaci tendencji do uporczywości. Jest to skłonność do nieustępliwego trzymania się własnych przyzwyczajęń, co w najgorszym przypadku może przerodzić się w zachowania określane jako *upór starczy*. Reakcja taka prowadzi do unikania niepewności, oszczędzania wysiłku myślowego i decyzyjnego, zapominania szczegółów, unikania opieki obcych, zmniejszenia sprawności intelektualnej. Mimo, iż sprawność intelektualna w podeszłym wieku zanika, należy pamiętać, że ogólna wiedza i zasób słów zostają zachowane, chyba, że doszło do ich wymazania na skutek zmian organicznych w mózgu. Natomiast zdolność do zapamiętywania, koncentracji i czas reakcji zmniejszają się wraz z wiekiem. Stąd też dawna sprawność działania, czyli wydolność jest w starszym wieku ograniczona. U osób starzejących się często dochodzi też do uwypuklenia się określonych cech charakteru. Z reguły są to cechy, które dominowały w nim przez całe życie, lub które starannie w sobie pielęgnował. W procesie starzenia się ważną rolę odgrywa też płeć osobnika. U kobiet przekwitanie, zwane okresem klimakteryjnym, jest wcześniejsze niż u mężczyzn. Trwa ono ok. 7 lat i kończy się ustaniem miesiączki ok. 50 roku życia i nazywamy to menopauzą. Główną przyczyną klimakterium jest starzenie się jajników. Trzeba jeszcze dodać, że na czas wystąpienia menopauzy wpływają: czynniki genetyczne, rasa, czynniki środowiska, klimat, tryb życia, alkoholizm, nikotynizm itd.

Chciałabym jeszcze w cały tekst wpleść wątek dotyczący choroby Alzheimerera, która dotyka często osoby po 65-tym roku życia. Znana również jako choroba otępienna, która powstaje na skutek stopniowego zaniku neuronów (komórek nerwowych) w mózgu. Prawdą jest, że z wiekiem u każdego z nas te komórki powoli giną, ale w chorobie Alzheimerera ten proces postępuje bardzo szybko: blisko połowa komórek umiera w ciągu 7-12 lat. Skutkiem tego jest m.in. stopniowa utrata pamięci i zdolności poznawczych. W rozwoju choroby najprawdopodobniej mają też udział czynniki środowiskowe. Oddziaływanie metali (aluminium) na organizm i niski poziom hormonów (np. niedoczynność tarczycy z niedoboru jodu) mogą być elementami wyzwalającymi proces chorobowy.

Choroba posiada wyróżnione trzy stadia:

- wczesne - to utrata świeżej pamięci, niemożność przyswajania i zapamiętywania nowych informacji, problemy językowe (szukanie słów), zmiany nastroju i osobowości,
- pośrednie - gdzie chory całkowicie traci zdolność zapamiętywania i odtwarzania nowych informacji a pamięć o dawnych wydarzeniach jest upośledzona, ale jeszcze nie zanika. Często chorzy są zagubieni, nie mogą znaleźć np. własnej łazienki. Wędrują bezcelowo, zachowują się nieprzyjaźnie w stosunku do otoczenia.
- ciężkie - gdzie chorzy są niezdolni do chodzenia ani wykonywania prostych czynności. Nie potrafią jeść i połykać, tracą kontrolę nad zwieraczami, mają odleżyny, z czasem przestają mówić. Końcowym stadium (7-20 lat od początku choroby) jest śpiączka, w której chory umiera - zazwyczaj z powodu infekcji.

Na to jak okres starości przeżywany, mają wpływ różne czynniki zarówno indywidualne, w tym genetyczne, jak i społeczne. Ludzie starsi stają się coraz mniej sprawni, coraz więcej chorują. Rozwój geriatry i gerontologii przyczyniają się do postępu w działaniach na rzecz poprawy jakości życia w okresie starości, a rodzina i przyjaciele powinni być jak najbardziej świadomi wszystkich zachodzących w starszym człowieku zmian i pomagać mu i wspierać go w tym okresie w najlepszy możliwy sposób.

Dlaczego poruszyłam ten temat? Może dlatego, że mamy bliskich w podeszłym wieku? A może sami wchodzimy w jesień życia? A może dlatego, że pracujemy w Szpitalu i naszym zadaniem jest służyć pacjentom - chorym, cierpiącym, bardzo często w zaawansowanym wieku? Może mając większą świadomość czym jest starość, troszkę inaczej spojrzymy na pacjenta Seniora? Może nasza empatia będzie jeszcze większa?

Powinna być!

Bo jeśli dane nam będzie dożyć pięknej starości, to pewnie sami zyczylibyśmy sobie, by traktowano nas godnie i z szacunkiem, mimo naszych ułomności. Warto pamiętać też o tym, że ci, którzy mają spokojne i pogodne usposobienie i pozytywne podejście do życia, łatwiej przyjmują nadchodzącą starość. A że pogody ducha nie osiąga się ot tak - może warto popracować nad tym już teraz, nawet, jeśli jesteście w kwiecie wieku?

Pozdrawiam.



**DIAMENTOWY
CZEPEK
DLA NASZEJ
KOLEŻANKI
BASI URBAŃCZYK**



30 września 2016 roku w zabrzańskim Domu Muzyki i Tańca odbyły się uroczyste obchody 25-lecia istnienia Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Katowicach. Podczas tej uroczystości zostały również wręczone Statuetki Diamentowe Czepki. Tym wspaniałym wyróżnieniem została odznaczona także nasza koleżanka Barbara Urbańczyk.

Statuetka Diamentowy Czepek jest przyznawana przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych członkom samorządu za upowszechnienie etyki zawodowej oraz za wzorowe wykonywanie obowiązków zawodowych i współdziałanie na rzecz integrowania środowiska zawodowego.

Basiu serdecznie gratulujemy Ci tak zaszczytnego wyróżnienia! Cieszymy się z całego serca, że w tak piękny sposób została doceniona Twoja wielka wrażliwość i otwarcie na problemy wszystkich pacjentów i pracowników naszego szpitala. Jesteś NIEZWYKŁĄ DZIEWCZYNĄ bez reszty oddaną drugiemu człowiekowi. Nie przechodzącą nigdy obojętnie obok czyjegoś bólu i słabości. Zawsze wyciągasz swoją pomocną dłoń i jeszcze umiejętnie potrafisz zaangażować innych w niesienie pomocy. Tak wiele dobrego zawdzięcza Ci nasze środowisko.

Kiedy w 1985 roku tworzyliśmy Oddział Kardiochirurgii w budynku A, to właśnie Basia w dużym stopniu pomogła nam go właściwie urządzić. Miała już bowiem spory багаż chirurgicznego doświadczenia pracując w Oddziale Chirurgii na „Starej Klinice”. A kiedy już razem z Panią mgr Teresą Piątek ówczesną oddziałową Kardiochirurgii i Krysią Ziółkowską zabiegową no i oczywiście z koleżankami urządziliśmy go, gdy wyniosłyśmy ostatni gruz i umyłyśmy pięknie okna, wtedy Basia pełniąc funkcję opatrunkowej, zaczęła wprowadzać nas w tajniki chirurgii. Pamiętam, że uczyła nas wszystkiego. Jak właściwie należy składać gaziki i rękawiczki do sterylizacji (w tamtych latach nie było gotowych pakietów). Jak czyścić i konserwować puszkę Schimmelbuscha, w których sterylizowało się materiały opatrunkowe i narzędzia, a które musiały błyszczeć jak lustro. Uczyła nas wtedy i uczy do dziś obserwacji rany, pielęgnowania jej, używania środków opatrunkowych, estetycznego, fachowego zakładania opatrunków. Przede wszystkim jednak swoim zachowaniem i przykładem uczy czujności i wrażliwości na potrzeby drugiego człowieka. Reakcji na nierzetelność, opieszałość i na wszystko co nie służy dobru chorego. Dla Basi pacjent jest zawsze najważniejszy. Potrafi się bez reszty dla niego poświęcić, nie szcędząc własnego prywatnego czasu. Umie poruszyć niebo i ziemię aby choremu pomóc.

W czasach gdy nie dysponowaliśmy jeszcze tak wspaniałymi środkami opatrunkowymi i urządzeniami jakie są dostępne obecnie na rynku, opatrunki na ranach powikłanych trzeba było zmieniać kilka razy dziennie. Basia będąc opatrunkową robiła to rano, w południe, przed samym wyjściem do domu, a często była to już godzina 17.00. Później szybko biegła ugotować obiad by o 20.00 znowu już być w pokoju opatrunkowym przy chorym.

W tym miejscu należą się wielkie słowa podziękowania dla całej rodziny Basi, która cierpliwie co wieczór czekała z kolacją na swoją mamę.

Nie ma chyba wielu pracowników w SCCS, którzy by Jej nie znali i którym by Basia nie pomogła bezpośrednio lub ich bliskim z rodziny. Potrafi pojechać do najdalszych miejsc by zobaczyć ranę, opatrzyć ją i poradzić co dalej. Nigdy nie zostawia nikogo w potrzebie, bez względu, kim dana osoba jest. Leczyła rany profesorom, biskupom, ministrom ale też bezdomnym w schronisku. Niejedną nogę uratowała przed amputacją. Wdzięczność tych ludzi nie ma końca. Zdobytego przez Nią doświadczenia przy łóżku chorego, profesjonalizmu a także intuicji, zdolności i wiedzy niejednen lekarz może jej pozazdrościć. Dlatego też jest pielęgniarką niezwykle cenioną i szanowaną zarówno przez swoje koleżanki i kolegów po fachu, jak i przez całe środowisko lekarskie naszej Kliniki i poza nią. Lekarze z innych szpitali, którzy wcześniej poznali Basię przychodząc konsultować ranę chorego niejednokrotnie rozmawiają tylko z Nią ustalając dalszy plan leczenia, licząc się z jej opinią i sugestiami.

Nasza bohaterka posiada również umiejętność mądrego podchodzenia do wszystkich nowości, którymi zalewany jest rynek. Jest wierna rzeczom sprawdzonym, ale też głęboko śledzi wszystkie nowo pojawiające się metody leczenia. Potrafi rozważnie wybrać właściwy produkt zarówno pod względem ekonomicznym jak i pod względem przydatności. Wiemy, że w dzisiejszych czasach nie jest to proste.

O ile nasza Barbara radzi sobie dobrze z nowinkami na rynku o tyle nie łatwo jest jej pogodzić się z wszechobecną *papierologią*, która bezlitośnie kradnie nam czas, który można poświęcić choremu. Nie neguje jej, bo tak jak wszyscy wie, że na swój sposób jest ona potrzebna ale zawsze otwarcie przeciwstawia się zachowaniu, w którym biurokracja zaczyna być ważniejsza od potrzeb pacjenta. *To chory, a nie papier jest ważny!* - mówi zawsze Basia. W walce o jego dobro potrafi mieć cięty język i nadstawić karku co nie rzadko przypłaca zszarganymi nerwami.

Nasza Laureatka to jednak nie tylko koleżanka żyjąca samą pracą, to też koleżanka, na którą zawsze można liczyć, która potrafi udzielić wiele mądrych życiowych rad pomagających rozwiązać niejednen problem (sama niejednokrotnie z nich korzystałam). To także pasjonatka tatrzańskich szlaków i szumu Bałtyku. Wspaniała żona i mama, która zbudowała ciepły dom, do którego zawsze chce się wracać!

Uwielbia się śmiać i tańczyć. Jest jedną ze współorganizatorek sławnych za czasów Profesora Religi „Balów Prezesa”, na których tańczyliśmy do białego rana, a Pan Profesor Zembala przygrywał nam często na akordeonie. Do dzisiejszego dnia stara się być obecna na spotkaniach i uroczystościach oddziałowych rozbawiając wszystkich swoimi trafnymi

powiedzonkami i anegdotami.

Mimo, że tak wiele niesie wszystkim pomocy los Jej nie rozpieszcza, choroba dotyka jej bliskich, a w ostatnim czasie także Ją samą. W styczniu tego roku przeszła bardzo ciężką operację, po której obecnie dzielnie wraca do zdrowia, pełna nadziei i pozytywnej energii, którą jeszcze nam potrafi przekazywać. Nigdy nie narzeka i nie pyta dlaczego to właśnie ją spotyka? Potrafi się z wszystkiego cieszyć i doceniać to co los jej dał dobrego. Zawsze skromna i potrafiąca okazać wielką wdzięczność, tym którzy jej pomagają. Myślę, że najbardziej oddają to jej własne słowa podziękowania, które umieściła na jednym z portali po otrzymaniu Statuetki Diamentowego Czepka:

Moi Kochani!

Wszystkim Wam bardzo serdecznie dziękuję za otrzymane miłe słowa i okazaną sympatię. Gdybym mogła rozkruszyć ten piękny diament to bym go ofiarowała każdej koleżance i koledze, z którymi wspólnie zapracowaliśmy na to moje wyróżnienie. Dziękuję!


Basia Urbańczyk

Kochana Basiu, a my jesteśmy szczęśliwi i wdzięczni, że możemy pracować i przyjaźnić się z tak SZLACHETNĄ i NIEZWYKŁĄ KOLEŻANKĄ! Dziękujemy Ci za wszystkie wartości jakie w nas zaszczepiasz. Życzymy Ci zdrowia i szybkiego powrotu do nas, bo wiemy jak Ci na tym zależy. Czekamy na Ciebie! Tak bardzo Cię tu brakuje!

My natomiast chcielibyśmy sobie i innym życzyć, aby przy każdym szpitalnym łóżku była pielęgniarka, dla której pacjent stanowi taką świętość jak dla Ciebie Basiu! Jesteś dla wszystkich wielkim Autorytetem pisanym przez duże A. Kłaniając się nisko jeszcze raz dziękujemy za 38 lat spędzonych przy łóżku chorego.

Gratulując i dziękując za wszystko koleżanki i koledzy z SCCS.

Judyta Solorz

 OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
DISTRICT CHAMBER OF NURSES AND MIDWIVES
40-027 KATOWICE, UL. FRANCUSKA 16, POLAND

Katowice, dnia 3 października 2016 roku

*Gratulacje i
wypowiedzi
11/10/2016*

Pan
prof. dr hab. n. med. Marian Zembala
Dyrektor
Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu
ul. Marii Curie-Skłodowskiej 9
41-800 Zabrze

Stanowny Panie

Z ogromną przyjemnością informuję, że podczas uroczystości 25-lecia Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych obchodzonych w dniu 30 września 2016 roku w Domu Muzyki i Tańca w Zabrzu Pani Barbara Urbańczyk została odznaczona Statuetką Diamentowy Czepek przyznawaną członkom samorządu za upowszechnianie etyki zawodowej, wzorowe wykonywanie obowiązków zawodowych oraz współdziałanie na rzecz integracji środowiska zawodowego.

Jednocześnie pragnę pogratulować faktu, iż wśród pielęgniarek i położnych zatrudnienie znajduje tak wspaniała osoba.

Z poważaniem
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Katowicach
mgr Anna Janik

10.10.2016

Sekretariat:
tel.: 32/209 - 04 - 15 do 17
fax: 32/209 - 19 - 26

Dział Rejestru:
tel.: 32/256 - 39 - 22
Dział Kształcenia Poddyplomowego:
tel.: 32/256 - 56 - 00

e - mail: izba@izbapiel.katowice.pl
www.izbapiel.katowice.pl

NIP 634 - 15 - 91 - 471



**WIELOFUNKCYJNY
MĘŻCZYZNA!**

**LAUREAT
PLEBISCYTU
DZIENNIKA
ZACHODNIEGO
„HIPOKRATES 2016”
W KATEGORII
NAJLEPSZY
PIELĘGNIARZ/
PIELĘGNIARKA**

Dla wielu tytuł może wydawać humorystyczną sprzecznością, ale to nie żart! Ten mężczyzna istnieje naprawdę! Znany nam jedynie jako pielęgniarz oddziału Kardiologii II w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu – Andrzej Englisz. Jego fartuch kryje jednak kogoś więcej niż „rodzynka” białego personelu...

Śpiew od zawsze płynął w jego żyłach. Jako wokalista zespołu Azzaron szokował na scenie wyrazistym głosem przy akompaniamencie mocnych, metalowych dźwięków. Wraz z przyjaciółmi z zespołu dawał koncerty na mniejszych i większych scenach śląska. Niedoszłe gwiazdy metalu jednak rozjechały się w różne strony świata i zespół rozpadł się bezpowrotnie, jednakże zamiłowanie do muzyki pozostało. Po dziś dzień możemy go usłyszeć w bardziej kameralnym gronie. Wigilijne kołędowanie przy udziale gitary to nieodzowny element Bożego Narodzenia w jego rodzinie, a nagrywanie z gitarzystą byłego Azzaronu w jego przydomowym studio przyczyniło się m.in. do powstania utworu dla programu „Tak Dla Transplantacji” stworzonego przez działającą przy szpitalu Fundację Śląskiego Centrum Chorób Serca.

- *Gitara to jeden z moich sposobów na wyrażenie siebie. Nigdy nie uczęszczałem do żadnej szkoły muzycznej, ale nie żałuję. Kunstzu gry na gitarze uczył mnie mój dziadek i to na własnoręcznie zrobionym instrumencie! Początki były, trudne, zawsze są. Jednak odciski na palcach się oplaciły i teraz mogę wieczorami pogrywać, czy to na gitarze klasycznej, czy elektrycznej. Żona i córki wypominają tylko, że zapominam tekstu i wtedy po prostu gwizdę. Czasem całe utwory! - śmieje się Andrzej*

Kolejnym konikiem Andrzeja jest, wpisany w naturę płci silniejszej, sport. W młodości próbował swoich sił w piłce nożnej i lekkoatletyce. Jak każdy młody człowiek próbował wszystkiego, chciał sprawdzić się w każdej dyscyplinie i nie ukierunkowywał się na konkretny sport. I choć nigdy nie wiążył ze sportem przyszłości, jego życie do dziś jest nim przepełnione.

Obecnie nie może czynnie uprawiać sportu, jednak i to nie staje mu na drodze do bliskiego obcowania ze swoją pasją. Od zawsze jest on bowiem kibicem Górnika Zabrze. Andrzej to zdecydowanie jeden z tych fanatyków, który jest ze swoją

drużyną na dobre i na złe. Czasem na trybunach, czasem przed telewizorem, ale zawsze sercem przy Górniku. Wystarczy spojrzeć na jego lewy nadgarstek. Zegarek z emblematem Górnika to obowiązkowy element jego codziennego ubioru. Otwarcie przyznaje: - *W niedzielę naprawdę trudno odciągnąć mnie od telewizora. Każda liga ma w sobie coś interesującego, co lubię i cenię, a że niemal wszyscy grają weekendami... Z oglądania sportowych zmagani wrywa mnie tylko stała uwaga żony, że chyba zepsuł się nam telewizor, bo tam się wyświetla tylko zielona murawa.*

Nie jestem jednak typem człowieka spędzającego na kanapie większość dnia, zdecydowanie bardziej wolę siedzieć w swoim fotelu! – śmieje się Andrzej. W jego stwierdzeniu jest jednak wiele prawdy. Jego doświadczenie zawodowe pozwoliło obstawiać mu różne imprezy sportowe.

W ramach wolontariatu stanowi opiekę medyczną dla szczypiornistów UKS-u Rokitnica, czy dla Kobiecego Klubu Sportowego Zabrze gdzie pełni rolę masażysty.

- *Pilkę nożną w wydaniu kobiet cenię sobie tak jak i w męskim. W II-go ligowym KKS-ie Zabrze nie tylko podziwiam zmagania mojej młodszej córki Laury, która prężnie trenuje od dziesięciu lat, ale również poszerzam swoje horyzonty. Udzielam dziewczynom pomocy, gdy tego potrzebują, ale czerpię z tego przyjemność, i radość, że łączę przyjemne z pożytecznym – mówi.*

Wraz piłkarkami KKS-u Zabrze uczestniczy w akcjach organizowanych wspólnie z fundacją SCCS, umilającą czas dzieciom przebywającym w zabrzańskej placówce. Każdorazowo wyposażony w lustrzanekę (która także wyróżnia go z tłumu podczas meczy) biega od oddziału do kliniki i z powrotem, by obdarować dzieci słodkościami i wywołać uśmiech na ich twarzach. Także utwór „Ty i ja” stworzony z myślą o nich nie od dziś zachęca do oddania jednego procenta podatku na wspomnianą fundację.



- *W tym roku zostałem nominowany do plebiscytu Dziennika Zachodniego Hipokrates 2016 w kategorii Pielęgniarka/Pielęgniarz, który trwał od 14 października do 21 listopada. Głosowanie odbywało się za pomocą głosów przez Internet oraz droga sms-ową. Dzięki pacjentom, czytelnikom oraz współpracownikom ŚCCS, znajomym i rodzinie zająłem zaszczytne II miejsce, z którego jestem bardzo szczęśliwy. Lista podziękowań była by zbyt długa, dlatego bardzo serdecznie dziękuję wszystkim za głosowanie na mnie i za wiele ciepłych słów.*



W 1978 roku rozpoczął swą życiową drogę z pielęgniarstwem w liceum medycznym w Zabrzu. Jako pierwszy mężczyzna ukończył tę szkołę z tytułem pielęgniarza dyplomowanego.

- *Mimo wielu problemów w środowisku pielęgniarzkim nigdy nie zmieniałbym zawodu. W swej pracy na pierwszym miejscu stawiam dobro pacjenta i życzliwy stosunek do niego. Czym cechuje się najbardziej w wykonywaniu zawodu? Sumiennością, odpowiedzialnością i bezpieczeństwem pacjenta.*

Biegając po szpitalnych korytarzach Andrzej cieszy się dobrą sławą, zwłaszcza wśród starszych pacjentek. I choć zewsząd otacza go tłum kobiet, on szczęście znalazł już dawno, przy boku żony Agnieszki. Wielofunkcyjność Andrzeja wiąże się bowiem z rolą męża i ojca. I choć „bomba atomowa” w postaci trzech kobiet w domu czasem nie daje mu wytchnienia, to nie narzeka. Jedynie gdy poszukuje samego siebie i wychodzi z domu, a któraś z jego domowniczek martwi się o głowę rodziny i zaciekle próbuje się do niego dodzwonić, z pytaniem: „Gdzie jesteś?”, on każdorazowo pełnym humorem głosem odpowiada: *W Taszkencie!*

Kto wie? Może tam też ma jakąś misję?

Laura Englisz



Marta Kurdziel

Z
pamiętnika
mtodej
lekarki



W najwyższych górach świata

Raz rozbudzonej wyobraźni nie da się ujarzmić. Marzenia o złączeniu dwóch światów - gór i medycyny wydają się tak nierealne, że aż nieprzyzwoicie jest o nich myśleć. Ale czym byłyby świat bez marzeń?

Po dwóch latach czekania, straceniu wszelkich nadziei i żywieniu się jedynie suchymi informacjami na temat choroby górskiej, pewnej soboty otrzymałam maila, w którego treść uwierzyłam dopiero po pięciokrotnym przeczytaniu. Przyznano mi miejsce w wysokogórskiej bazie medycznej

w Himalajach w Manang pod szczydem legendarnej organizacji - Himalayan Rescue Association, gdzie przez 3 miesiące miałabym zabezpieczać zdrowie turystów jak i miejscowej ludności. Co oznaczało obcowanie na żywo z warunkami, gdzie hipoksja staje się główną przyczyną dolegliwości. A więc niepowtarzalna szansa na zebrania doświadczenia medycznego w kwestii choroby górskiej, w najlepszym z możliwych miejsc - w najwyższych górach świata! Najpierw była euforia. Potem panika i mnóstwo pytań i wątpliwości, w tym najważniejsze - jak to wszystko zorganizować. Przecież nie da się tak po prostu wyjechać na trzy miesiące zostawiając pracę, codzienność, rozpoczęte zadania i projekty... Jednak przychylność pewnych Osób i wsparcie



Innych sprawiło, że 11.09.2012 wylądowałam na lotnisku w Katmandu. Choć nie pierwszy raz w Azji, to pierwszy raz w takiej roli. Co więcej, nikt wcześniej z Polski nie podjął się wyzwania stawianym przez HRA w Manang, a więc bycia lekarzem w wysokogórskiej wiosce w kluczowym punkcie trekkingu wokół Annapurny - Annapurna Circuit.

Himalayan Rescue Assotiatipon (HRA) to organizacja non-profit założona już 1973 roku zajmująca się pomocą medyczną w trudno dostępnych punktach górskich, znajdujących się na najpopularniejszych szlakach w Himalajach - okolicy Annapurny i Mt. Everestu. Zrzesza lekarzy z całego świata, którzy po wstępnej kwalifikacji, przedstawieniu motywacji i wcześniejszych dokonań, są typowani do „służby”. HRA działa w Manang i Pheriche w dwóch sezonach – wiosennym: od kwietnia do czerwca oraz jesiennym: od września do grudnia. Jest to trzymiesięczny okres, w którym lekarz może przekonać się jak wielka jest rola badania fizykalnego oraz nierzadko improwizacji terapeutycznej i trudności z dostępem do opieki zdrowotnej (docenia się nasz NFZ, w Nepalu nie ma bowiem w ogóle pojęcia jak ubezpieczenie zdrowotne!) w tych okolicach.

W czasie pobytu w Katmandu, HRA zorganizowało nam cykl ekscytujących szkoleń: dentystyczne, przerażające szkolenie o zakaźnych drobnoustrojach kryjących się w nepalskiej wodzie, podsumowanie kwestii choroby górskiej i niezapomniane lekcje nepalskiego. Choć było to niesamowitym doświadczeniem, to jednak chcieliśmy czym prędzej uciec z zakurzonego, zaśmieconego i śmierdzącego spalinami miasta, które zaskakująco, jako stolica, nie ma za wiele do zaoferowania. Poczuliśmy niesamowitą ulgę jak opuszczaliśmy miasto udając się miejsce docelowe.

Jednak droga nie była mniej uciążliwa. W końcu to ten niezwykły urok Azji, szalonych kierowców kamikadze, braku dróg i końca sezonu monsunowego. Z niemalże wyczerpanymi nadnerczami dotarliśmy do miejsca, skąd mogliśmy już iść pieszo i trochę się zrelaksować. Przed nami siedem dni wędrówki do wioski, gdzie znajduje się „Klinika”.

Koniec monsunu dawał się we znaki. Ulewne deszcze, błota, okresowe rzeki i wodospady na szlaku nierzadko były wyzwaniem i łamiętką jak je skutecznie, a przede wszystkim bezpiecznie, pokonać. Gdy przekroczyliśmy wysokość 2500 m.n.p.m. krajobraz zaczął się zmieniać. Stopniowo wychodziliśmy z wilgotnej i dusznej dżungli, a naszym, oczom zaczęły pokazywać się legendarne szczyty m.in. Manaslu, Annapurna II, III, IV, Ganghapurna. Szlak nabierał wysokogórskiego charakteru i stawał się momentami nawet

przyjemny, jednak według mojej subiektywnej oceny ruch turystyczny zabił w tutejszej ludności oraz klimacie wędrówki to „coś”, do czego się podróżuje w tereny górskie. Plecak może ponieść tragarz, nie trzeba rozbijać namiotu, bo Tea house oferują dach nad głową, a rytuał sporządzania posiłków na świeżym powietrzu sprowadza się do zamówienia obiadu w lodge. Jednak, tak czy inaczej, sam fakt przebywania w najwyższych górach świata i kontemplacja otaczających olbrzymów uzasadnia magnetyzm Himalajów.

Tak jak zakładaliśmy, po siedmiu dniach stanęliśmy u progów naszej „Kliniki”. Od trzech miesięcy nikt tutaj nie urzędował poza myszami i wszelkiego rodzaju robactwem. Drzwi do budynku strzegła wybujała mięta, a w oknach wisiały firany pajęczyn. Po kilku godzinach porządków przywróciliśmy stan używalności naszemu domowi i miejscu pracy.



Nasze osławione królestwo to kamienny, piętrowy budynek, w którym mieszkamy, jemy, a przede wszystkim przyjmujemy pacjentów. Wszystko jest tu jednak co najmniej zaskakujące: pokój, w którym miałam mieszkać i co noc spotykać towarzyszy na ścianach, gdy tylko zapaliłam światło; toalety i prysznic z ledwo kapiącą (zimną!) wodą i miejsce przyjmowania pacjentów, gdzie mało sterylne warunki przestały budzić grozę po kilku dniach. Pokój przyjęć na pierwszy rzut oka przerażał, ale po dogłębnym zbadaniu jego wyposażenia, choć dalekiego od ideału, znajdziemy wszystko, co jest potrzebne do podtrzymania życia poszkodowanego zanim przyleci helikopter. Większość antybiotyków, płyny dożylnie, podstawowe zestawy leków

kardiologicznych, gastrologicznych i pulmonologicznych. Dysponujemy m.in. workiem hiperbarycznym, USG, EKG (póki co bez papieru, ale za kilkanaście dni otrzymamy go z Katmandu) i wszelkiego rodzaju kaniulami, zestawem do reanimacji (bez AED niestety), a także kącikiem ortopedy. Niestety, nawet tutaj od papierów uciec się nie dało i należało skrupulatnie wypełniać dokumentację chorych.

Mimo wszystko szykował się ładny survival medyczny.

Obok „Kliniki” znajduje się budynek ufundowany przez ambasadę australijską, gdzie codziennie dawaliśmy wykłady na temat choroby górskiej. Codziennie na Sali było ponad 50 osób, które z zainteresowaniem i uwagą przysłuchiwało się temu, o czym opowiadaliśmy. Dopisująca frekwencja oraz liczne pytania i wątpliwości, utwierdzały nas w przekonaniu, że nasza wiedza, którą się dzielimy oraz nasza obecność tutaj jest na prawdę potrzebna i ma sens.

Przyjeżdżając tutaj wiedziałam, że choroba górska będzie problemem medycznym numer jeden, ale nie sądziłam, że stanowi ona aż taką skalę problemu wśród turystów, choć i także wśród ludności nepalskiej - szczególnie tragarzy. Naszą obecność uzasadniają liczne epizody ostrej choroby górskiej, ale także wysokościowy obrzęk płuc i wysokościowy obrzęk mózgu. Nie wszystkim udaje się uniknąć problemów, ale najprawdopodobniej nie byli na naszych wykładach.

Na szczęście świadomość ryzyka związanego z wysokości ma ponad 90% turystów. Jednak zdarzają się tacy, którzy o chorobie górskiej słyszą pierwszy raz i ze zdziwieniem przychodzą do nas z uporczywym bólem głowy...

Wracając do choroby górskiej. Byliśmy w miejscu, gdzie mogliśmy najlepiej poznać w praktyce jak ona wygląda. Na wysokości 3500 m.n.p.m. ciśnienie parcjalne tlenu spada ze 149mmHg do około 90mmHg, co implikuje szereg problemów dla naszego organizmu, jednym z nich jest choroba górska, pod postacią ostrej choroby górskiej, wysokościowego obrzęku płuc i wysokościowego obrzęku mózgu. Wszystko to było dane nam zobaczyć. A wielu przypadków można było uniknąć, gdyby świadomość poszkodowanych była większa i wspinali się bardziej rozsądnie. Oczywiście przyczyny w większości sytuacji były bardziej złożone - albo współistniejąca infekcja górnych dróg oddechowych, albo dodatkowe choroby przewlekłe lub biegunka i odwodnienie. Te cięższe przypadki kończyły się ewakuacją helikopterem, który kilkakrotnie lądował dla pacjentów naszej „Kliniki”.

Ale codzienność lekarza w Manang to nie tylko choroba górska, to liczne skręcenia stawu skokowego, infekcje



przewodu pokarmowego, prowadzące nawet do ewakuacji helikopterem, rany i infekcje górnych dróg oddechowych. Ale profil chorobowy rdzennych pacjentów był nieco inny, podobny do codziennych zmagani lekarzy rodzinnych w Polsce: astma, nadciśnienie, przeziębienia, ale także cięższe i zaskakujące reakcje na różnego rodzaju zioła i rośliny rosnące w okolicy. Mieliśmy przypadki zatrucia dzieci po zjedzeniu pięknie wyglądających czerwonych jagód, czy reakcję kardiodepresyjną po spożyciu dzikiego miodu, ale także przypadki próby samobójczej, bądź urazy u pijaków... Także cały profil medycyny i mnóstwo zaskakujących przypadków, które pozostały bez diagnozy, z uwagi na brak narzędzi, albo niecodziennego charakteru prezentowanych objawów. W pamięci zostają także wizyty domowe u rdzennych mieszkańców. Czasem do nagłego stanu za karetkę służył koń, a czas dotarcia do poszkodowanego to co najmniej godzina, czasem musiały wystarczyć nasze nogi. Sam fakt wkroczenia do domu przeciętnego Nepalczyka już



budzi uczucie nie tyle zaskoczenia, ile większego zrozumienia ich codziennego funkcjonowania i szerszego spojrzenia na ich kulturę i obyczajowość. Przekroczenie progu chaty, najczęściej kamiennej, pozostawiając buty przed progiem i pierwszy rzut okiem na pozostające w mroku miejsce codziennego życia skupione wokół paleniska w głównej izbie, od razu mówi, że rola medycyny jest tutaj mocno ograniczona. Bo któż w tych warunkach w przypadku cukrzycy będzie uważał na dietę lub prowadził samokontrolę glikemii, albo troszczył się o kobietę w ciąży, która do ostatnich miesięcy pracuje ciężko przy żniwach? Gdzie tu rola profilaktyki, skoro wodę czerpie się z tego samego strumienia, gdzie pasie się bydło? Jest to naprawdę piękny survival medyczny, ale trochę też przygnębiający, bo gdy jakiś Nepalczyk potrzebuje rzeczywiście specjalistycznej pomocy, rozkłada się ręce w niemocy, bowiem nikt nie zapłaci 7,500 dolarów za transport śmigłowcem do szpitala w Katmandu, nie mówiąc o kosztach dalszego leczenia... No cóż, zostaje mu jedynie kilkudniowa podróż na koniu lub motocyklu, albo pozostanie w swojej niedoli w ciemnej, zakurzonej chacie z resztą rodziny...

Mieszkańcy Manang i podobnych wysokogórskich wiosek, przy odrobinie naszej pomocy muszą liczyć przede wszystkim na siebie. W takich miejscach jedynie biologia i Matka Natura dają szansę na przetrwanie.

Praca lekarza wolontariusza w Manang bywa niezwykle różnorodna. Zarazem zaskakująca i nudna, stresująca i zabawna, przechodząca czasem w rutynę, ale wciąż pozostająca w kręgach egzotyki. Na pewno w żadnym innym miejscu nie spotka się tylu obrazów choroby górskiej i nie

nauczy się o mentalności lokalnej ludności, która czasem bywa niezwykle trudna do pojęcia. Jedno jest pewne - pozostawia niesamowite, nie tylko medyczne, doświadczenie. Jest to mocne przeżycie interkulturalne, ale także zderzenie nowoczesnej, europejskiej medycyny, gdzie strzeże się podążania za wytycznymi i cieszy się szerokimi możliwościami mocno zaawansowanej diagnostyki, z lokalnymi realiami, gdzie często intuicja, i najprostsze narzędzia służą diagnozie, a postępowanie z pacjentem dyktowane jest lokalnymi zwyczajami i przekonaniem.

Czasem jedynie rozkłada się ręce i nepalskie „Ke Garney” (what to do?) jest jedynym „rozwiązaniem” sytuacji...

Po zakończeniu sezonu i zamknięciu Kliniki przekroczyliśmy najwyższą przełęcz na świecie Thorung La Pass – 5416 m.n.p.m., by wrócić do cywilizacji na nowo.

W Katmandu czekało nas uroczyste podsumowanie naszego wolontariatu.

W towarzystwie zarządu Himalayan Rescue Association, ministra turystyki, członków nepalskiego stowarzyszenia górskiego i innych ważnych osobistości zaangażowanych w organizację ruchu turystycznego w Nepalu zostają nam wręczone pamiątkowe tablice i podziękowania.

Wymieniając wrażenia i przeżycia z naszej pracy lekarza wolontariusza w Manang, aż trudno uwierzyć, w to, że to było naprawdę. Studencki sen o byciu lekarzem w najwyższych górach świata stał się faktem. Trzeba więc marzyć ostrożnie, bo marzenia czasem się spełniają :)





Marta Krok

Pełnomocnik ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania

Bezpieczny Szpital Przyszłości Ranking Szpitali 2016

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu wzięło udział w rankingu *Bezpieczny Szpital Przyszłości Ranking Szpitali 2016*. To już XIII edycja, od 2004 roku „**Ranking szpitali**” przeprowadzają wspólnie „Rzeczpospolita” oraz Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia – jednostka podlegająca Ministerstwu Zdrowia, która wydaje akredytacje szpitalom. CMJ odpowiada za merytoryczną ocenę ankiet. Badaniu poddawane są obszary: **zarządzanie** (punkty przyznawane są za spełnianie wymogów sanitarnych, infrastrukturę, inwestycje i konserwację sprzętu medycznego, system sterylizacji, informatyzację, kondycję finansową), **jakość opieki** (punkty przyznawane są za certyfikaty jakości, zespoły monitorujące bezpieczeństwo pacjenta), **opieka medyczna** (punkty przyznawane są za warunki w salach operacyjnych i szpitalnych, wykształcenie i kwalifikacje kadry medycznej, politykę lekową), **jakość usług** (punkty przyznawane są za prowadzenie badań satysfakcji pacjentów, wprowadzone algorytmy/standardy/ wytyczne postępowania klinicznego, programu rejestracji zakażeń), **certyfikaty jakości** (punkty przyznawane są za certyfikat akredytacyjny), **komfort pobytu pacjenta** (punkty przyznawane są wszystkie udogodnienia dla pacjenta podczas hospitalizacji), **analiza zdarzeń i skarg** (punkty przyznawane są monitorowanie zdarzeń niepożądanych oraz skarg).

14 grudnia 2016 roku nastąpiło rozstrzygnięcie najbardziej oczekiwanego na rynku medycznym zestawienia. Jak co roku w czasie uroczystego spotkania w Warszawie wręczone zostały nagrody dla najlepszych polskich szpitali. **Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu uplasowało się na III miejscu w kategorii Najlepszy szpital w województwie śląskim. W kategorii Szpitale zabiegowe, monospecjalistyczne bez onkologicznych SCCS zajęło IV miejsce w kraju. To sukces dla Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu.** Gratulujemy Dyrekcji oraz wszystkim pracownikom dbającym o jakość usług, bezpieczeństwo pacjentów oraz dobre zarządzanie.

W tym roku w rankingu wzięło udział 226 szpitali na 1050 zaproszonych. Ktoś mógłby powiedzieć, że to niewielka liczba. Jednak szpitale obecne w rankingu reprezentują 42 proc. bazy łóżkowej i realizują 67 proc. hospitalizacji w Polsce – tłumaczył Pan Andrzej Warunek z CMJ podczas Gali. Szpitale, które zgłosiły się do udziału w rankingu, dysponują 79 tys. łóżek spośród zarejestrowanych 188 tys., a w ciągu roku przeprowadziły 4,5 mln ze wszystkich 7,9 mln hospitalizacji.

Nagrody cieszą, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu w myśl filozofii szpitala: jest po to by ratować, nowoczesnie leczyć, i dawać nadzieję.





Co wiesz o mukowiscydozie?

Mukowiscydoza (ang. Cystic Fibrosis – CF) jest najczęstszą chorobą uwarunkowaną genetycznie o autosomalnym sposobie dziedziczenia. Odkrywcą choroby był szwajcarski pediatra dr Franconi Guido. W 1934r. w Szpitalu Dziecięcym w Zurychu rozpoznał pierwsze przypadki dzieci chorujących na mukowiscydozę. Nowo odkrytą chorobę nazwał *cystic fibrosic with bronchiectasis* (ang), co w tłumaczeniu na język polski oznacza zwłóknienie torbielowate z rozstrzeniemi oskrzeli.

W większości populacji europejskich przeciętnie 1 na 2,500 rodzących się dzieci jest chore na mukowiscydozę. Oznacza to, że na każde 10.000 dzieci urodzonych w ciągu roku, czworo ma mukowiscydozę. Istotą choroby jest dziedziczona w sposób autosomalny recesywny mutacja genu kodującego białko CFTR. W związku z modelem dziedziczenia mukowiscydoza rozwija się u 25% potomstwa poczętego przez parę bezobjawowych nosicieli. Efektem nieprawidłowej funkcji lub braku białka CFTR jest zaburzenie transportu jonów Cl⁻ przez błony komórkowe oraz zwiększenie absorpcji Na⁺ i wody, co powoduje zagęszczenie i zwiększenie lepkości wydzieliny. Następstwem kumulacji wydzieliny w przewodach wyprowadzających jest nieprawidłowa czynność gruczołów wydzielania zewnętrznego oraz zaburzenie funkcji i struktury narządów i układów bezpośrednio z nimi związanych, zwłaszcza układu oddechowego i pokarmowego.

Dochodzi w niej do zwiększonego wydzielania i nadmiernego wytwarzania gęstego śluzu. Lepka wydzielina śluzowa w świetle dróg oddechowych o najmniejszym przekroju sprzyja rozwojowi zakażeń bakteriami *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* oraz bakteriami z rodzaju *Pseudomonas*.

Choroba ujawnia się u większości we wczesnym dzieciństwie, jednak w postaciach o łagodnym przebiegu może ujawnić się później, zwłaszcza jeśli objawy są mniej nasilone lub nietypowe.

W przebiegu klasycznej (pełnoobjawowej) mukowiscydozy rozwija się choroba oskrzelowo-płucna, niewydolność, częściej zewnątrzwydzielnicza trzustki, niepłodność mężczyzn, zwiększenie stężenia chlorków w pocie. Jakkolwiek większość chorych wykazuje zaburzenia wielonarządowe, to o jakości i długości życia decyduje zwykle zaawansowanie zmian w układzie oddechowym. Postępująca choroba oskrzelowo-płucna jest główną przyczyną chorobowości (75% przyjęć do szpitala) i najczęstszą przyczyną zgonów (90-97%) chorych na CF.

W wyniku procesu zapalnego wywołanego rozwijającym się zakażeniem bakteryjnym dochodzi do zniszczenia oskrzeli i tkanki płuc o różnym nasileniu, a ostatecznie do wystąpienia przewlekłej niewydolności oddechowej. Etiologia zakażeń bakteryjnych u chorych na mukowiscydozę zmienia się z wiekiem i zależy od stopnia zaawansowania choroby.

Drogi przenoszenia	Przykładowe patogeny	Źródło
Droga kontaktowa	MRSA <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Burkholderia spp.</i> Wirus RSV	Dłonie. Wspólne przedmioty. Zanieczyszczone urządzenia i powierzchnie.
Droga powietrzno - kropelkowa	MRSA <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Burkholderia spp.</i> Grypa Rhinowirusy Adenowirusy <i>Mycoplasma</i> <i>Bordetella pertussis</i>	Przenoszone na odległość nie większą niż 1–2 metra w kropelkach o średnicy ponad 5 µm tzw. duże jądra skroplenia powstające w wyniku kichnięcia, kaszlu, mówienia lub odkrtuszania.
Droga powietrzno - pyłowa	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> Wirus ospy wietrznej i półpaśca Wirus odry SARS-CoV	Przenoszone na większe odległości patogeny w postaci drobnych kropeł (1–5 mikrometrów wielkości), unoszące się w powietrzu nawet przez kilka godzin.

Tabela przedstawia najczęstsze patogeny izolowane u chorych na mukowiscydozę, drogi przenoszenia oraz ich źródło.

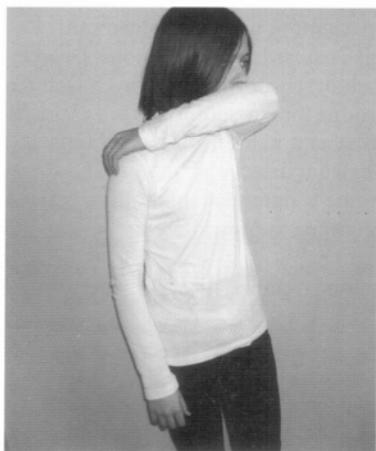
Poprawa świadomości oraz wdrożenie i przestrzeganie podstawowych zasad wśród chorych na mukowiscydozę są niezbędnymi elementami w profilaktyce zapobiegania zakażeniom układu oddechowego. W 2013 roku ukazały się nowe wytyczne zapobiegania i kontroli zakażeń w mukowiscydozie Amerykańskiej Fundacji Mukowiscydozy. (*Infection Prevention and Control Guideline for Cystic Fibrosis Foundation (CFF)*). Celem publikacji wytycznych CFF jest wskazanie kluczowych sposobów na ograniczenie ryzyka przenoszenia zakażeń układu oddechowego w szpitalu, ambulatorium i poza ośrodkami opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem przenoszenia patogenów z osoby na osobę.

CFF zakłada, że każda osoba chora na mukowiscydozę, bez względu na dotychczasowe wyniki badań mikrobiologicznych, może być potencjalnie źródłem zakażenia dla innych chorych. Z tego też względu CFF rekomenduje wybrane elementy jako punkty krytyczne. Zwrócenie uwagi na podstawowe czynności, pozwoli w bardziej świadomy sposób kształtować zachowania osób chorych na mukowiscydozę w sytuacjach stanowiących potencjalne ryzyko zakażenia układu oddechowego.

Poniżej kilka podstawowych zasad życia codziennego, których przestrzeganie pozwoli chronić siebie i innych przed zakażeniami:

-
1. Jeśli to możliwe nie należy przebywać z innymi osobami chorymi na mukowiscydozę w tym samym pomieszczeniu lub należy zachować bezpieczną odległość minimum 2 metry, zalecane są 4 metry od osób chorych na mukowiscydozę lub od osób z widocznymi objawami infekcji.
 2. Aby chronić siebie i innych należy stosować maski chirurgiczne. Prawidłowo noszona maska powinna zakrywać usta i nos. Maska nie jest wymagana jeśli osoba przebywa w pokoju sama. Maska raz założona nie może być użyta ponownie. Po użyciu należy ją wyrzucić do kosza. Maskę należy zdejmować chwytając za troczki lub gumki, nie za część twarzową, która potencjalnie jest najbardziej skażona.
 3. Higiena kaszlu. Należy kaszleć w ramię lub do chusteczki jednorazowej. Kaszląc w rękę dochodzi do rozsiewania drobnoustrojów w środowisku. W jednym napadzie kaszlu powstaje 3500 kropelek – jąder skraplania – natomiast kichanie wyzwała aż ok. 1 000 000 jąder skraplania. Do powstania infekcji wystarczy 1 jądro skraplania. Zasłanianie ust dłońmi w trakcie kaszlu powoduje ich skażenie drobnoustrojami, które podczas dotykania klamek, kontaktów, mebli czy przedmiotów codziennego użytku przenoszą się i prowadzą do zakażeń.
 4. Do odkrztuszania wydzieliny należy używać jednorazowych chusteczek, które po odkrztuszeniu niezwłocznie należy wyrzucić do kosza na śmieci.
 5. Zaleca się aby wszystkie osoby chore na mukowiscydozę oraz członkowie ich rodzin wykonywali higienę rąk przy użyciu preparatów na bazie alkoholu. Warto nosić przy sobie środek dezynfekcyjny. Na rynku dostępne są tzw. miniaturki preparatów do dezynfekcji rąk.
 6. Należy pamiętać o utrzymaniu w czystości sprzętu do inhalacji i drenażu. Sprzęt ten musi być wykonany z materiałów, które mogą być dezynfekowane. Po każdym użyciu należy taki sprzęt umyć i zdezynfekować (np. przeprowadzenie dezynfekcji w wysokiej temperaturze przez wygotowywanie lub sterylizacja w mikrofalówce). Pozostawić do wyschnięcia na czystym, jednorazowym ręczniku papierowym.
-

Sposoby właściwego kaszlenia



Kaszlenie w bark



Kaszlenie w ramię



Tak robić nie należy – kaszląc w rękę, rozsiewamy drobnoustroje w środowisku



WIELKI TYDZIEŃ

Śląskie Centrum Chorób Serca ma na swym koncie wiele rekordów i pionierskich operacji, poczynając od pierwszej w Polsce udanej transplantacji serca, przeprowadzonej w 1985 roku pod kierunkiem prof. Zbigniewa Religi poprzez również pierwszy pomyślny równoczesny przeszczep serca i płuc (2001) pod kierunkiem profesora Mariana Zembała.

Czegoś takiego jeszcze nie było: dziewięć transplantacji w ciągu zaledwie ośmiu dni! Pomiędzy 9 i 17 sierpnia wykonano sześć przeszczepów serca i trzy płuc (także u chorego z mukowiscydozą) Dodatkowo okazało się, że był to najstarszy w Polsce pacjent, któremu przeszczepiono płuca.

Biały personel Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze jest zmęczony, ale szczęśliwy, bo tak pomyślnego tygodnia nie było w tej placówce w całej jej 30-letniej historii. Dyrektor szpitala, prof. Marian Zembała nazywa ten okres żartobliwie zabrzańskim tygodniem miłosierdzia i zapewnia, że tak pracowitych tygodni chciałby mieć w roku jak najwięcej przynajmniej każdego miesiąca. *Szpital i jego znakomicie pracujący personel jest do tego dobrze przygotowany.*

Profesor podkreśla, że choć w ŚCCS wykonano do tej pory prawie 40 tys. operacji serca – z czego ponad 1200 transplantacji – oraz ponad 120 transplantacji płuc, takiej liczby przeszczepów w tak krótkim czasie nie pamięta. – *W dodatku znalazły się serca dla czwórki dzieci, o które niestety najtrudniej, bo muszą być to organy od młodych dawców, pasujące rozmiarami do klatki piersiowej tych pacjentów* – mówi dr Joanna Śliwka, zastępca ordynatora działającego od ubiegłego roku oddziału dla pacjentów poniżej 18-go roku życia. Bo do chwili przeszczepienia w czerwcu tego roku serca 11-letniej Julce, która czekała na nie w zabrzańskim szpitalu aż 1,5 roku, w transplantologii dziecięcej w Zabrze panował 9-miesięczny „zastój”. – *Może poskutkowała kampania, podczas której apelowaliśmy do potencjalnych dawców o organy dla chorych, a szczególnie dla dzieci?* – zastanawia się pracująca w ŚCCS od 10-ciu lat kardiochirurg.

Najmłodszym pacjentem, skazanym często na wielomiesięczny pobyt w szpitalu, przykutym do łóżek, a właściwie do ważących dużo więcej pomp, czas najbardziej się dłuży. Operowany w rekordowym tygodniu 11-letni Kacper czekał tu na przeszczep od września, a 8-letni zaledwie Oliwier od listopada. Oprócz nich transplantolodzy dziecięcy: dr Szymon Pawlak, dr Roman Przybylski i dr Joanna Śliwka wszczepili nowe serduszka 14-letniemu

Pawłowi i 16-letniemu Patrykowi z województwa pomorskiego. Temu ostatniemu najbardziej się poszczęściło, bo na przeszczep czekał zaledwie dwa miesiące i to nie w szpitalu.

Choroba nastolatka rozpoczęła się banalnie, od uporczywych bólów brzucha. Lekarze z małej miejscowości, w której mieszka i ze szpitala w Sztumie, dokąd trafił pięć lat temu dzięki uporowi rodziców długo nie potrafili wykryć przyczyny tych dolegliwości. Dopiero gdy chłopcu zaczęły sinieć usta i palce oraz dokuczać duszności, zlecieli prześwietlenie płuc, które wykazało znaczne powiększenie serca. Konsultacja kardiologa nie pozostawiła złudzeń. – *Wiedząc o kłopotach z dawcami dla dzieci, staraliśmy się odsunąć w czasie czekającą go transplantację* – mówi Bogdan Pajewski, ojciec Patryka. Ale chłopak był coraz słabszy. Zamiast grać w ukochaną piłkę, stał na bramce. Został zwolniony z WF-u. Od roku miał już nauczanie domowe. W końcu z rozrywek pozostał mu jedynie komputer. W maju trafił do gdańskiego szpitala z zapaleniem płuc i bezpośrednio stamtąd samolotem sanitarnym do Zabrze, gdzie wszczepiono mu berlińską pompę, ważącą zaledwie 2,5 kg, z którą w końcu mógł wieść prawie normalne życie – *Chodziliśmy na wycieczki, nawet mógł jeździć na deskorolce* – zdradza ojciec. Telefon z SCCS z wiadomością o czekającym na chłopca sercu zastał Patryka i jego mamę u krewnych w Żorach.

– *To było 8 sierpnia, koło północy* – wspomina mama Patryka, Agnieszka. – *Syn nawet nie bardzo się przejął. To raczej ja z trudem opanowałam emocje. Na blok operacyjny został zabrany następnego dnia o 9-tej rano. Na jego powrót czekaliśmy z mężem, który szybko przyjechał do Zabrze.*

Rodzice, którzy pozostawili 11-letnią córkę pod opieką dziadków, by towarzyszyć Patrykowi do czasu wyjścia do domu mówią, że to były najcięższe godziny w ich życiu, ale dzięki tutejszym „cudotwórcom”, których umiejętności ich syn poznał dzięki oglądanemu kilkakrotnie filmowi Bogowie, dziś już wszystko jest na dobrej drodze. Patryk z dnia na dzień nabiera wagi i siły. Ma nadzieję, że lekarze pozwolą mu szybko iść do szkoły, którą sobie wymarzył (technikum mechaniczne), by w przyszłości budować i remontować motocykle. Cieszy się, że niedługo będzie mógł znów wsiąść na rower i zagrać z kolegami w piłkę.



Patryk z rodzicami i... nowym sercem przechodzi teraz rekonwalescencję.

- Na szczęście przeszczep nie przekreśla możliwości powrotu do wcześniejszej aktywności. Wręcz przeciwnie, dla zdrowia po przeszczepie aktywność fizyczna jest wręcz wskazana – tłumaczy prof. Zembala.

Ale obok ilościowego w Zabrze padł inny rekord. Kolejnym nadzwyczajnym wydarzeniem było zoperowanie 68-letniego Zygmunta Trzuskolasa, najstarszego do tej pory chorego wymagającego przeszczepienia płuc. Zwykle takich zabiegów nie wykonuje się u osób powyżej 65. roku życia z uwagi na liczne możliwe powikłania. Pan Zygmunt czekał na nowe płuca aż cztery lata i przez ten czas praktycznie nie rozstawał się z koncentratorem tlenu. Właściwie nie wychodził z domu, a na kontrolne wizyty do szpitala wożony był karetką. Teraz może w końcu odetchnąć „pełną piersią” i już planuje... wyprawę na grzyby.

Dorosłych pacjentów operuje znacznie więcej lekarzy transplantologów, ale tu transplantacji – ze wspomnianych wcześniej powodów jest zdecydowanie więcej. Dlatego w razie potrzeby – tak jak w rekordowym tygodniu – swych kolegów wspiera zajmujące się głównie dziećmi dr Śliwka. – *To była niesamowita praca...* - wspomina lekarka.

– Praktycznie nie mieliśmy czasu na sen. Po wielogodzinnej operacji powrót do domu późnym wieczorem. Pobudka o 5-tej rano. O 6-tej na bloku operacyjnym. I tak na okrągło. Ale warto było. Bo niesamowitego uczucia, gdy pustą przestrzeń w piersi zastępuje nowe serce, a potem zaczyna bić, nic nie zastąpi. To uczucie towarzyszy mi na stałe, choć wykonałam w swoim życiu tysiące innych operacji.

- Codziennie przeszczep, niezależnie od sezonu urlopowego i planowanych zabiegów, których w sierpniu wykonywaliśmy aż u sześciu chorych sercowych i dwóch naczyniowych każdego dnia – uzupełnia prof. Zembala, który w swoim 30 letnim dorobku pracy w Zabrze ma najwięcej wykonanych transplantacji. Profesor podkreśla, że dotychczasowe sukcesy SCCS – zwłaszcza w tak „gorących” okresach jak tamten tydzień – nie byłby możliwe bez współpracy całego,

znakomitego grona pracowników. - Na wyróżnienia zasługują lekarze transplantolodzy: Roman Przybylski, Michał Zakliczyński, Tomasz Hrapkowicz, Jerzy Pacholewicz, Paweł Nadziakiewicz, Jerzy Czapla, Piotr Knapik, Wojciech Saucha, Michał Zembala, koordynatorzy: Bogumiła Król, Krzysztof Tkocz. Koledzy z programu przeszczepów: Jacek Wojarski, Wojtek Karolak, Sławek Żegleń, Marek Ochman, Marcin Maruszewski, Jerzy Nożyński oraz znakomite zespoły pielęgniarskie i cały personel medyczny w tym rehabilitacyjny. – wylicza profesor

Liczba transplantacji, po chwilowej zapaści, spowodowanej negatywną kampanią sprzed kilku lat stopniowo wzrasta, choć nie osiągnęła jeszcze poziomu z najlepszego okresu. Zdaniem profesora Zembali nie jest to wina tylko braku dawców, bo nasze społeczeństwo we właściwy sposób zareagowało na szeroko zakrojona kampanię, przybliżającą tę tematykę, w której niebagatelny ma właśnie zabrzańska placówka.

– Przyczyna leży raczej po stronie tych szpitali, które nie są przygotowane by pobierać organy. W ten sposób wraz ze śmiercią niedoszedłego dawcy przekreśla się szanse kilku osób (od jednego dawcy można bowiem pobrać kilka organów i uratować życie nawet ośmiu chorym) na powrót do zdrowia, a często i dalsze życie. Dlatego chylę czoła przed tymi lekarzami, pielęgniarkami którzy są koordynatorami w swoich placówkach i potrafią rozmawiać z bliskimi dawców (w tym przypadku dawcy pochodzili ze szpitali w Bielsku-Białej, Katowicach i Sosnowcu) – tłumaczy profesor i dodaje: że jednocześnie trzeba dziękować rodzinom dawców za ten najbardziej miłosierny z darów.

Bo – jak mawiają transplantolodzy – w każdej transplantacji jest coś mistycznego, bo cząstka kogoś, kto odszedł nie tylko ratuje życie innemu człowiekowi, ale dzięki niemu nadal żyje.

KOMENTARZ

W miesiącu sierpniu 2016 roku w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze, w Katedrze i Oddziale Klinicznym Kardiochirurgii Transplantologii, Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej SUM wykonaliśmy 14 transplantacji. 5 chorych miało pomyślnie wykonaną transplantację płuc, dwoje z mukowiscydozą, 9 chorych z nieodwracalnym uszkodzeniem serca miało wykonaną transplantację serca, w tym 4 dzieci.

Ciesz się uratowani chorzy. Obyśmy w Zabrze, także w kraju podobne miesiące mieli przez cały rok. Ciesz się i zasługujecie na uznanie wysiłków całego Zabrzeńskiego Zespołu. Dziękujemy za wsparcie POLTRANSPLANTU i środowiska medycznego w kraju. Taki prawdziwy miesiąc miłosierdzia dla najtrudniejszych chorych. Przywrócone życie zostało tylko dzięki transplantacji. Pamiętajmy, na ratunek i naszą pomoc czekają kolejni chorzy...



Moje Konfrontacje

Harmonia. Tak - zdecydowanie kluczem jest poszukiwanie harmonii - z samym sobą, z ludźmi, z otoczeniem... My, którzy na co dzień ją spotykamy, wiemy jak trudno ją w sobie utrzymać zmagając się z trudami dnia powszedniego. Poszukiwanie harmonii, równowagi, wymaga czasem walki przeciwieństw - konfrontacji. Te zderzenie opinii, prób, doświadczeń, wykorzystujące różną narrację, różny język - to fascynujący obraz zmagania się Człowieka z losem.

Z drugiej strony - od lat pracując ze wspaniałym zespołem Fundacji Rozwoju Kardiologii im. prof. Zbigniewa Religi nad innowacyjnymi materiałami i urządzeniami niezbędnymi dla lekarzy i ich pacjentów, szczególnie tych najtrudniejszych, dla których brak jest skutecznych metod leczenia, wiem jak ważne są spotkania, zderzenie, konfrontacja naszych propozycji z oczekiwaniami odbiorców tych naszych technologii i produktów. Rzeczy naprawdę wielkie - robimy z ciekawości, rzeczy naprawdę ważne - z potrzeby pomocy drugiemu człowiekowi.

Z kolei jako nauczyciel akademicki Katedry Kardiologii poszukiwałem też właściwego języka porozumienia ze studentami. Spotkania z pacjentami, znakomitymi lekarzami i wynalazcami - pozwalają na zupełnie nowe spojrzenie na wykonywany zawód lekarza i przygotowanie do wyzwań przyszłości.

Dlatego po wprowadzeniu konferencji BioMedTech Silesia (oryginalna, o szerokim profilu naukowym konferencja, w której, na równych prawach występują hobbyści i profesjonalni naukowcy, ludzie bardzo młodzi jak i z szacunkiem, prawdziwi pionierzy), Roboty Medyczne (pierwsza specjalistyczna konferencja tego typu odbywająca się cyklicznie na świecie), Warsztatach Chirurgicznych i innych tego typu spotkaniach naukowych - wpadłem na pomysł KONFRONTACJI.

Najpierw były to spotkania tematyczne - Konfrontacje z chorobami - w sprawie serca, czy problemów osób niesłyszących. Potem Konfrontacje - medycyna i wielkie wyzwania z wielkimi pacjentami (np. maratończykiem Krystianem Pilszakiem po implantacji serca, czy Jasiem Melą - co sięga „poza horyzonty“) lub lekarzami kardiologami (wielkim żeglarzem który pokonał zimową drogę Amudsen - Jackiem Waclawskim, czy wspinającą się na szczyty Martą Kurdziel oczywiście z zabrzańskie SCCS. By dodać pewne brakujące „nuty“ do tych spotkań naturalnym wydawało się sięgnięcie do aktów artystycznych: był i zespół Carrantouhill, Józef Skrzek i wielu wspaniałych artystów nieprofesjonalnych.

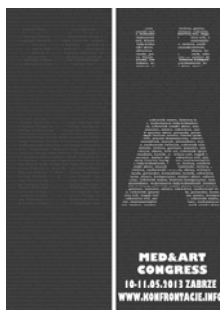
I tak w końcu dotarłem do idei Konfrontacji - Medycyna i Sztuka; Med&Art. Pomysł wsparła Pani Prezydent m. Zabrze, dyrektor i załoga Teatru Nowego. Bardzo mi zależy, żeby nasi goście - którzy przyjeżdżają na własny koszt dzieląc się swoimi dziełami - czuli się uhonorowani miejscem

i radosną publicznością.

Med&Art to spotkanie twórców i entuzjastów sztuki związanych profesjonalnie z medycyną. Wszystkie rodzaje muzyki od klasycznej do rockowej, poezja, malarstwo, fotografia, filmy - w ciągu dwóch dni na różnych scenach wszystkie rodzaje aktywności artystycznej. I konferencja powracająca do wiecznego sporu; na ile medycyna jest sztuką, a na ile techniką, ale też na ile w sztuce jest medycyny, a w medycynie sztuki. Spotkanie jest kontynuacją Konfrontacji, które odbywają się w Fundacji Rozwoju Kardiologii im. prof. Zbigniewa Religi Zabrze już od wielu lat - nauka i sztuka, poszukiwania rozwiązań ratujących życie i radości dnia powszedniego łączyły lekarzy, naukowców, pacjentów i ich rodzin oraz artystów.

Dobry czas na odkrycia dla ludzi, dla których gabinet lekarski nie jest końcem świata. Dyskusje, popisy, rozrywka i zaduma, filozofia i nauka - w atmosferze wolności i szacunku, radości i swobody. Formuła spotkań zakłada występy, pokazy twórców, konfrontacje z materiałem, talentem, konfrontacje człowiek - człowiek, próbę zmierzenia się z tym, czym medycyna mogłaby być, a nie jest, a sztuka bywa. Konfrontacje twórców - hobbystów z profesjonalnym jury.

Zapraszamy wszystkich lekarzy i studentów medycyny, ludzi wspierających usługi medyczne i naukowców; wszystkich, którzy pośrednio lub bezpośrednio związani są z medycyną. Celem spotkania jest integracja studentów i profesjonalistów przez stworzenie platformy dyskusyjnej i możliwość prezentacji pasji artystycznych oraz promocja Zabrze jako miasta gościnnego dla postaci wyjątkowych, miasta otwartego na twórcze i innowacyjne postawy.



Zaczęliśmy w 2013 roku. Była fotografia, obrazy, filmy, proza, poezja i muzyka - we wszystkich barwach. W piątek 10 maja wystąpili:

Grupa Zawrat (Zbigniew Nawrat, Michał Pułtorak, Marcin Lipski)

Zespół Kameralny Studentów Wydziału Lekarskiego w Zabrzu w składzie: Katarzyna Zielińska, Magdalena Sokołowska, Maciej Przybył, Adam Bednarczyk, Maciej Zieliński

Bogumiła Żołędziowska-Galas (fortepian i śpiew, repertuar klasyczny)

Elżbieta Janowska-Drong (śpiew klasyczny)

W w programie prezentacje twórczości autorów wzięli udział m.in.: **Danuta Mikołajewska** powieściopisarka (autorka „Reanimacja”, nominacja do nagrody literackiej Europy Wschodniej ANGELUS), **Ewa Hansel** - poezja, **Zbigniew**

Kostrzewa - poezja, laureat I Nagrody w I edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika dla „Najlepszego polskiego lekarza poety 2012“, **Jacek Sroczyński** – poezja, **Stefan August** - poezja. Turniej Jednego Wiersza o tematyce medycznej. Zwycięzcą pierwszego „Turnieju Jednego Wiersza” został dr **Jacek Sroczyński**.

W sobotę - **Rock/Folk/Jazz**

Festiwal nieprofesjonalnych muzyków w postindustrialnej sali Kopalni Sztuki DEMEX. Gość specjalny i przewodniczący Łoży komentatorów - ekspertów (wystąpił również z mini recitalem) **Kuba Sienkiewicz**.

Zespół **Reanimators** (Bogna Cierpicka, Krystian Kościów, Kazimierz Drosik, Marek Błaszczuk, Marek Kania, Artur Fedyk, Jacek Polewiak)

Zespół **Kardioband** (Jan Węglowski, Jarosław Fedorowski, Błażej Głowicki, Marek Kania)

Zespół **Jazzowy Studentów Wydziału Lekarskiego w Zabrze** w składzie: Maciej Zieliński, Cezary Maj, Arkadiusz "Miglanec" Dec, Marek Ogonowski, Przemysław "Rondel" Radlak

Grupa Zawrat (Zbigniew Nawrat, Michał Pułtorak, Marcin Lipski)

W tym samym roku zorganizowaliśmy Dni Kultury Głuchych; Zabrze 7-8 czerwca 2013 r. czyli kolejne Konfrontacje Ucieczka ze świata ciszy.

W programie m.in. pokaz filmów niemych w WST Wyższej Szkole Technicznej – Wydział Mediów, Aktorstwa i Reżyserii w Zabrze) i wystawa obrazów malowanych przez osoby niesłyszące.



W 2014 Konfrontacje Med&Art wzbogaciliśmy o **I Forum Sztuka Pomagania** - byśmy mówili o pięknie, radości pomagania, służbie potrzebującemu ale i o tym jak docierać do potrzebujących by zachować właściwe relacje partnerskie między nimi w trosce o jutro... jak podać rękę, by uprzędzić upadek, podnieść, jak przekazać siłę by warto było walczyć wspólnie o jutro ...

Konfrontacje Med&Art odbyły się 5 września wpisując się w tradycyjne obchody święta Zabrze, kiedyś miasta górników i producentów powszechnie znanej aparatury medycznej, obecnie zaś bardziej jako centrum medycyny, miasto akademickie - od zawsze siedziba jednej z największych w kraju uczelni medycznej (SUM) i pierwszego w kraju wydziału inżynierii biomedycznej (PŚI). Wystąpili m.in. **Grupa Zawrat** - Zbigniew Nawrat FRK, SUM

z absolwentami SUM, Michałem Pułtorakiem i Marcinem Lipskim;

Andrzej Jaworski (SCCS) + Małgosia Sikora;

Reanimators z Opola - Katarzyna Odziomek, Mieczysław Syrytczyk, Michał Rybczak Jacek Polewiak, Marek Piętka, Marek Błaszczuk, Marek Kania; Jazzowo **Maciej Zieliński** z zespołem; **Elżbieta Janowska - Drong** – sopran; pieśni **Lidia Netczuk i Bogumiła Galas - Żołędziowska**

W Kąciku literackim - proza: **Ewa Hansel**, Rymżynier Sławomir Latos, Jacek Sroczyński.

Duże zainteresowanie towarzyszyło prezentacji filmu **Magdaleny Wiercińskiej**.

Potem już bardziej rockowo: **Moonstone** - zespół Oskara Kowalskiego; **Rok'n'boys** - Daria Rok, Kuba Gałaszek, Wojtek Gwóźdź, Wojtek Czech, Michał "Stasiu" Staś, Michał "Pan Rzur" Żorniak, Kamil Bugała i Jacek Sroczyński gościnnie i na pożegnanie **grupa Zawrat** a potem wspólne **Jam session**.

Turniej jednego wiersza na zadany temat „ sztuka pomagania“ był wyrównanym pojedykiem. Wygrała go zatrudniona w Śląskim Centrum Chorób Serca **Grażyna Winter**. Zacytujmy fragment

Modlitwa chorego

Dziękuję za nowe serce,

nową nadzieję,

nową miłość,

nowe życie....

Panie, daj mi tyle zdrowia,

abym to ja mogła pomagać

Med&Art 2015 – 9.10.2015

Grupa **ZAWRAT** zwyczajowo rozpoczęła koncert w nieco rozszerzonym składzie: Zbigniew Nawrat z FRK, SUM (gitara, śpiew) i absolwenci SUM: Michał Pułtorak (śpiew, klawisze, flet), Marcin Lipski (perkusja) gościnnie Jerzy Gałęcka z ITAM (gitara) + Robert Lubowiecki bębny.

Następnie muzyka z mocą to zespół **Bokonon**. Na 4 muzyków jest lekarz - onkolog (Piotr 'Pioter' Wojcieszek) oraz technik dentystryczny (Bartosz 'Lewy' Lewandowski). Adam, Eryk, Lewy i Pioter. Dwie gitary, bas i perkusja. Zespół powstał w lutym 2013 roku. **Reanimators Classic** - stworzyli ją lekarze z Opola: Kazimierz Drosik (onkolog), Krystian Kościów (nefrolog), Jerzy Przystajko (farmaceuta), Artur Fedyk (stomatolog) i Marek Kunc (lekarz). Zagrał również promotor ruchu muzycznego wśród lekarzy - kardiolog, Marek Kania (Kardioband). Nie zabrakło jazzu - **Saksoholicy** - uznany kwartet saksofonowy lidera, absolwenta SUM **Macieja Zielińskiego**. Był też młody zespół **Marcina Miszczyka**. W części klasycznej: **Elżbieta Janowska-Drong**, **Bogumiła Żołędziowska-Galas** i **Lidia Netczuk**.

W części poetyckiej: **Marek Labus**, **Sławek Latos**, **Szymon Florek**, **Krzysztof Macha**, **Alina Gutry**.

Turniej jednego wiersza *Z głową w chmurach* wygrał: **Krzysztof Macha**.

W tym samym czasie w ramach 4. Konfrontacji „Ucieczka ze świata ciszy” w sąsiadującej siedzibie Wydziału Mediów, Aktorstwa i Reżyserii w Zabrzu Wyższej Szkoły Technicznej w Katowicach odbył się benefis znanego malarza tego kręgu osób niesłyszących - **Mirosława Śledzia**.



Konfrontacje „Medycyna i Sztuka” - Med&Art 2016 w Zabrzu odbyło się 7 października w Teatrze Nowym przy fantastycznej jak zwykle widowni.

Nie tylko lekarzy, pielęgniarek ale także farmaceutów i pracowników szeroko rozumianego wsparcia naukowo-technicznego i ekonomicznego usług medycznych. Festiwal muzycznie rozpoczął jak zwykle gospodarz spotkania Zbigniew Nawrat z zespołem **ZAWRAT**.

Honorowy patronat nad Konfrontacjami objęła Gospodarz Miasta Pani Prezydent Małgorzata Mańka - Szulik. Oficjalnie Konfrontacje zostały otwarte piękną przemową wiceprezydenta Zabrza Jana Palucha, a następnie przywitani artystów i widownię Dziekani: Śląskiego Uniwersytetu Medycznego Pan prof. dr hab. n med. Maciej Misiołek i Wydziału Inżynierii Biomedycznej prof. dr hab. inż. Marek Gzik. Bawili się z nami wspaniale przez dobre 2 godziny!!

Koncert zespołu z Chicago **Second Opinion** wsparty siłami muzyków opolskiego **Reanimators New** był na pewno najbardziej zachowanym w pamięci niezwykłym wydarzeniem. Czysty Jazz prosto z Ameryki na naszej scenie, radosny, efektowny!! Zapamiętajcie: **Marek Niekrasz** - gitara, wokół, **Mark Tucci** - saksofon tenorowy i altowy, **Matthew Tucci** - saksofon tenorowy plus **Marek Błaszczuk** - gitara basowa, **Marek Piętka** - perkusja, **Jacek Polewiak** - klawiszowe i **Marek Kania** na skrzypcach.

Potem scenę oponowali poeci. Republika Poetów. **Krzysztof Macha**, **Ewa Hansel**, **Jacek Sroczyński**, **Marek Labus**, **Sławomir Latos** i najmłodszy - student medycyny - **Szymon Florek** - przedstawili się za pomocą wybranych swoich wierszy. Zbigniew Nawrat prowadził wchodząc często w „zderzenia” z bohaterami tej sceny. Artyści wystąpili w Turnieju jednego wiersza a następnie w **Pojedyнку na moskaliki**.

W tym roku Jury pod kierunkiem uznanej poetki Doroty Szatters (pełni ona również od wielu lat obowiązki Naczelnika Wydziału Kultury m. Zabrze) przyznało w tym roku trzy równorzędne pierwsze nagrody, dla poetów: **Krzysztof**

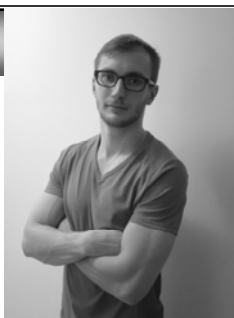
Macha, **Marek Labus**, **Jacek Sroczyński**. Nagrodą dla poetów były grafiki znanego zabrzańskiego artysty (cenionego grafika, twórcy akwareli i ekslibrisów) **Kazimierza Szoltyska**, który osobiście uhonorował nas wszystkich swoją obecnością.

Następnie na scenie jazz nieco bardziej delikatnie - wystąpił niezawodny **Maciej Zieliński** tym razem z **Grupą Trio Laryngologiczne**: Maciej Zieliński (saksofon), Marta Gamrot -Wrzoł (śpiew) **Arkadiusz Dec** (Gitarą). Potem niezwykle energetyczny **Bokonon**, który próbował reanimować rock 'n' roll ... skutecznie! Adam, Eryk, Lewy i Pieter. Dwie gitary, bas i perkusja.

Na zakończenie wystąpiła grupa Zawrat. Zespół stanowią: Michał Pułtorak (głos, piano, flet, gitara) - urolog, Marcin Lipski (perkusja) - radiolog i autor wszystkich utworów Zbigniew Nawrat (śpiew, gitara). Tym razem zagrali z nimi: na bębnach i innych perkusyjnych instrumentach żywiołowy Robert Lubecki (rehabilitant), gitarzysta solowy Jerzy Gałęcka (ITAM - konstruktor aparatury medycznej) oraz na gitarze Andrzej Jaworski (odpowiadający za zabezpieczenie techniczne szpitala SCCS w Zabrzu). A potem był wspaniały *jam session* z zachwycającym pojedynkiem saksofonistów Mark Tucci, Matthew Tucci i Maciej Zieliński.

Wszystkim serdecznie dziękuję. Nie byłoby spotkania Med&Art 2016 i innych gdyby nie wsparcie miasta Zabrze oraz Teatru Nowego - dziękujemy Pani Prezydent Małgorzacie Mańka - Szulik, dziękujemy całemu zespołowi i dyrektorowi Jerzemu Makselonowi. Świetne nagłośnienie jak zwykle zapewnił Harmansa Wojcieh (muzyk). A gdy już wychodziliśmy z Teatru po 5 godzinach festiwalu - czekał na nas światowej sławy perkusista Mirosław Muzykant, który podzielił się z nami swoimi opiniami - *Przyleciałem prosto z koncertów ze Stanów, usiadłem sobie i dałem Wam się porwać... dzięki*. Do zobaczenia zatem w kolejnych Konfrontacjach Med.&Art. ...





Medycyna manualna czyli skuteczne usuwanie bólu

Pisząc ten artykuł opierałem się o swoją wiedzę i doświadczenie, które nabyłem podczas pracy przy pacjentach z różnymi schorzeniami, którzy zgłosili się do mnie z prośbą o pomoc. Nieustannie poszerzam swoją wiedzę w teorii i praktyce zagłębiając się w nietypowe i mało znane metody leczenia. W poniższym tekście uwzględniłem szereg różnorodnych technik, które mają na celu przyniesienie szybkiej ulgi pacjentowi stosowane przeze mnie i wielu innych fizjoterapeutów.

Co to jest medycyna manualna?

Medycyna manualna zajmuje się diagnozowaniem i leczeniem wykrytych odwracalnych zmian chorobowych narządu ruchu. Najczęściej wykorzystywane techniki podczas terapii to klawiterapia, terapia manualna, masaż głęboki. Poniżej postaram się opisać każdą z nich.

Klawiterapia to terapia odruchowa, której twórcą jest dr Ferdynand Barbasiewicz. Polega ona na usprawnianiu przewodnictwa nerwowego wskutek drażnienia receptorów położonych na całym ciele. Zabieg wykonywany jest przy pomocy narzędzi ze stali chirurgicznej, które przypominają gwoździe. Są one zaprojektowane tak, aby nie przerywały ciągłości skóry. Zabieg najbardziej efektywny jest wtedy gdy wykonujemy go w pozycji siedzącej, chyba, że pacjent nie jest w stanie siedzieć (np. przy ostrej dyskopatii). Zabieg wykonywany jest do momentu aż nie wystąpi tzw. „pokrzywka” - czyli silne ukrwienie lub odczucie pacjenta będzie znacznie słabsze. Stymulacją objęte są najbardziej wrażliwe miejsca. W momencie bodźcowania pacjent może odczuwać nawet silne pieczenie lub parzenie, dlatego też terapia jest dosyć bolesna lecz bardzo skuteczna. Klawiterapią można leczyć wiele schorzeń m.in. choroby neurologiczne (neuralgie, dyskopatie), urazy (złamania, różnego rodzaju przeciążenia, zapalenia mięśni i stawów), choroby psychiczne, a nawet depresję. Metoda ta jest cały czas udoskonalana przed Radosława Składowskiego lekarza ortopeda.

Metodyka wykonywania zabiegu

Zabieg najczęściej wykonywany jest tzw. *gradobicie* (szybkie przestymulowanie) stref projekcyjnych rozmieszczonych na całej czaszce. Odpowiadają one m.in. za napięcie mięśni, schorzenia w układzie ruchu, układu nerwowego, czucie powierzchniowe i głębokie (propriocepcja). Następnie odreagowywane są punkty poniżej uszu w celu poprawy krążenia w mózgu. Idąc dalej poddane bodźcom są strefy odbudowy krwi położone powyżej łopatki na mięśniu czworobocznym grzbietu (część zstępująca). W dalszym etapie zajmujemy się stymulacją od potylicy wzdłuż linii pleców.

Następnie terapią objęty jest obwodowy układ nerwowy:

odreagowanie podstawowe - klawiterapia nad nerwami obwodowymi i masaż tzw. *dziadowskich żył*)

uszczelniania - czyli stymulacja białych płam leżących na obwodach

udrażniania - czyli technika TASK nad bolesnymi partiami kończyn. Wykorzystuje się do tego przyrząd „kat”, który również wykonany jest ze stali chirurgicznej. Polega na bardzo szybkim stymulowaniu danych miejsc poprzez pocieranie

zwarcia - rozumiane przeze mnie jako „przebiecie” polegające na przyłożeniu w odpowiednich miejscach klawików w celu wykorzystania zjawiska piezoelektrycznego. Dla przykładu - podczas silnej rwy kulszowej, przykładamy tępą stronę klawika do spojenia łonowego a drugi do górnego przyczepu mięśnia pośladkowego wielkiego. Pacjent odczuwa wtedy dosyć silny ból (odczucie „przestrzału”)



Terapia manualna jest to metoda leczenia bazująca głównie na mobilizacji, trakeji oraz kompresji stawów. Do elementów terapii manualnej możemy również zaliczyć manipulacje (nastawienie) odcinka szyjnego, piersiowego czy lędźwiowego. Często nagły uraz bądź długotrwałe przeciążenia powodują silne napięcie mięśni, które w konsekwencji blokują staw bądź dany segment kręgosłupa. Terapią manualną przywraca się prawidłową homeostazę (równowagę organizmu). Przykładem może być pacjent z wypadniętym dyskiem, który ledwo się porusza. Do tego urazu dochodzi najczęściej podczas dźwigania ciężkiego przedmiotu. Następuje silny ból w obrębie odcinka lędźwiowego oraz często promieniujący do kończyny dolnej. W organizmie zachodzi wiele zmian w układzie ruchu. Najczęściej dochodzi do zablokowania stawu krzyżowobiodrowego, a co za tym idzie, zaburzenia pracy innych struktur. Wielu terapeutów pomija ten problem i skupia się na leczeniu samych objawów, a nie szukaniu prawdziwego źródła bólu, które bardzo często jest w innym miejscu.

Terapia manualna a społeczeństwo

Zapewne sporo ludzi słyszało o potocznie zwanym *kręgarstwie*, gdzie słychać strzelające kości podczas wykonywania zabiegów. Wiele osób zaczyna się bać, z tego powodu myśląc, że może im się coś stać. Osoby, które „bawią się” terapią manualną bez jakiegokolwiek wiedzy mogą przynieść więcej szkód niż korzyści. W naszym kraju było dużo różnych przypadków, gdzie ktoś zamiast pomóc zaszkodził. Osobiście miałem wiele takich sytuacji, gdzie ludzie na początku bali się zabiegu, dlatego należy krok po kroku wytłumaczyć, że zachowując odpowiednią metodykę i zasady nie ma możliwości zrobienia komuś krzywdy. Przykładem może być manipulacja odcinka szyjnego, gdzie większość ludzi panicznie się boi. Przed przystąpieniem

należy szczególnie zbadać pacjenta, wykonać testy funkcjonalne i oporowe oraz przeprowadzić wywiad np. czy chory cierpi na osteoporozę, nowotwory, złamania - które są bezwzględny przeciwwskazaniem. Jeśli pacjent ma wyniki badań obrazowych zawsze należy zwrócić na to uwagę (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny)

Kolejną formą terapii jest **masaż mięśni głębokich**. Podczas tej terapii wykorzystywany jest większy nacisk na tkanki, aby dotrzeć do głębiej położonych struktur. Ważna jest przy tym ergonomia pracy terapeuty. Pozycja powinna być stabilna i wyprostowana. Głęboka stymulacja wykonywana jest za pomocą pięści, przedramion i łokci, w zależności od wielkości powierzchni, która jest opracowywana. Do tego masażu wykorzystywana jest niewielka ilość poślizgu, by łatwiej było się zagłębić w tkanki. Przystępując do masażu najpierw uwzględnia się wywiad z pacjentem oraz palpację (dotyk),

Jarosław Wasilewski



Czy wiecie, że...

Miażdżyca do raportu wystąpi

Istotnym etapem poznania historii naturalnej miażdżycy były wyniki badań autopsyjnych amerykańskich żołnierzy poległych w wojnie Koreańskiej.

William F. Enos i wsp. z Instytutu Patofizjologii Sił Zbrojnych Armii Amerykańskiej w artykule opublikowanym w 1953 roku stwierdzili, że u 77% badanej populacji młodych mężczyzn (średni wiek 21 lat) obecne były zmiany miażdżycowe[1]. Obserwacja ta wywołała zdziwienie w świecie medycznym nie tylko dlatego, że wskazywała na tak duże rozpowszechnienie choroby, ale również, że proces patologiczny rozpoczyna się na wiele lat, a nawet dekad zanim pojawiają się pierwsze objawy choroby.

Niecałe 20 lat później przedstawiono wyniki dotyczące żołnierzy, poległych w wojnie wietnamskiej. I w tej populacji jakiegokolwiek zmiany miażdżycowe stwierdzono aż u 45% ofiar, w tym zaawansowane w tętnicach wieńcowych u 5% badanych[2].

W obecnym stuleciu nadal mają miejsce działania zbrojne między innymi w Iraku i Afganistanie. Nieuchronnie wiążą się one z ofiarami. W 2012 roku w czasopiśmie JAMA ukazały się wyniki badań autopsyjnych 3832 amerykańskich żołnierzy i pracowników misji wojskowych, którzy zginęli w latach 2001-2011 w operacjach wojskowych w Iraku i Afganistanie [3]. Byli to prawie wyłącznie mężczyźni (98%) średnia wieku 26 lat. Naukowcy na podstawie sprawozdań z badań sekcyjnych stwierdzili, że częstość zmian miażdżycowych w tętnicach wieńcowych lub aorcie była mniejsza niż u żołnierzy poległych w Korei i Wietnamie i wyniosła 12%, przy czym zmiany w tętnicach wieńcowych stwierdzono u 8,5% badanych, w tym zaawansowane (zwężenie przynajmniej jednej tętnicy ponad 50%) u 2,3%. Należy zaznaczyć, że u żadnego z żołnierzy nie rozpoznawano wcześniej choroby wieńcowej. Osoby z miażdżycą były

aby ustalić, które miejsca są najbardziej tkliwe, czyli „spięte”. Masażem głębokim można leczyć przeciążenia mechaniczne, naderwania czy urazy. Masaż głęboki ma szerokie zastosowanie w fizjoterapii sportowej jako element odnowy biologicznej.

Podsumowując powyższy temat w naszym społeczeństwie każdy człowiek ma jakąś dysfunkcję w obrębie narządu ruchu. Coraz więcej ludzi cierpi z powodu bólu kręgosłupa wskutek braku aktywności fizycznej oraz zbilansowanej diety. Wystarczy się dobrze przyjrzeć, a można zauważyć asymetrię ciała u drugiej osoby. W dzisiejszych czasach żyjemy w ciągłym pośpiechu za pieniądzem, pracą czy lepszym życiem, skutkiem czego następuje pogorszenie stanu naszego zdrowia, który przez długi czas bagatelizujemy. Warto się nad tym zastanowić, bo zdrowie mamy tylko jedno.

przeciętnie o 5 lat starsze w porównaniu do osób bez miażdżycy. Ryzyko miażdżycy tętnic wieńcowych było 7 razy większe u osób po 40 roku życia w porównaniu do osób w wieku 24 lat i młodszych.

Trudno jednoznacznie wytłumaczyć, jak to zaznaczają autorzy w komentarzu co było przyczyną tak znacznego zmniejszenia częstości występowania miażdżycy u młodych mężczyzn. Być może przyczynił się do tego fakt, że obecnie personel wojskowy nie otrzymuje przydziału papierosów, a w niektórych obiektach i formacjach wojskowych obowiązuje zakaz palenia. Innym wytłumaczeniem mogą być różnice metodologiczne w prowadzonych obecnie i w przeszłości badaniach autopsyjnych. Przykładowo za zmiany miażdżycowe w obserwacji dotyczącej wojny w Korei uznawano pogrubienie błony wewnętrznej[1]. Tego typu nieprawidłowości nie zawsze wiążą się z powstawaniem bardziej zaawansowanych zmian i mogą stanowić tylko etap w naturalnej przebudowie i adaptacji tętnic do zmieniających się warunków przepływowych.

Podsumowanie

Na przestrzeni ostatnich 60 lat zaobserwowano zmniejszenie częstości występowania zmian miażdżycowych u żołnierzy amerykańskich poległych w konfliktach zbrojnych. Być może przyczyniła się do tego poprawa warunków socjoekonomicznych i ograniczenie palenia papierosów w formacjach wojskowych lub powodem są różnice metodologiczne w prowadzeniu badań autopsyjnych.

Piśmiennictwo:

1. Enos W.F., Holmes R.H., Beyer J. Coronary disease among United States soldiers killed in action in Korea; preliminary report. J Am Med Assoc. 1953;152:1090-3
2. McNamara J.J., Molot M.A., Stremple J.F. at al. Coronary artery disease in combat casualties in Vietnam. JAMA, 1971; 216: 1185-8211
3. Webber B.J., Seguin P.G., Burnett D.G. at al. Prevalence of and risk factors for autopsy-determined atherosclerosis among US service members, 2001-2011. JAMA, 2012; 308: 2577-2583

Alicja Chachaj
Prezes Fundacji SCCS



*To właśnie tej nocy, gdy wiatr zimnym śniegiem dmucha
w serca złamane i smutne, cicha wstępuje otucha.
To właśnie tego wieczoru, od bardzo wielu już wieków,
pod dachem tkliwej kolędy, Bóg się rodzi w człowieku.*

Wszystkie Dzieci są Nasze

Najważniejszy obowiązek wobec dzieci to dać im szczęście
Alen Baxton

Tym z Drugimi sercami, po zabiegach, tym z Domu Dziecka i Przedszkolakom...

Nie zapomina o dzieciach także Fundacyjny Święty Mikołaj ale i Wolontariusze, dla których wielką przyjemnością jest przebranie się i pójście na sale chorych by umilić pacjentom, odwiedzającym, przedszkolakom z Przedszkola nr 25 w Zabrze, wychowankom i pracownikom Centrum Wsparcia Kryzysowego Dzieci i Młodzieży w dzielnicy Helenka w ten magiczny dzień 6 grudnia.

Ponad 1500 paczek z czekoladowymi świątecznymi, cukierkami, 5 tysięcy lizaków, poduszek, maskotek, książek, gier, zabawek i ogrom uśmiechu z dużą dawką radości. To dzielenie się radością i prezentami nie rozpoczyna i kończy się w czasie Świąt Bożego Narodzenia ale trwa przez cały rok.

Fundacja SCCS organizuje wyprawy w góry, nad morze dla pacjentów po transplantacji narządów, współorganizuje zjazdy w Zduńskiej Woli, przygotowuje wesoły Dzień Dziecka, bajkowe odwiedziny, na których najmłodszy pacjenci przenoszą się w baśniowy świat.

Nie byłoby tak pięknie, gdyby nie ogromna chęć dzielenia się z innymi swoim czasem i miłością do małego człowieka, doświadczonego przez cierpienie i chorobę...

Wszystkim wspierającym akcje *Wszystkie Dzieci są Nasze* serdecznie dziękujemy. Dzięki Państwa zrozumieniu misji, nasza praca utwierdza i zwiększa zaangażowanie.

Kochani,

zbliża się koniec roku i z wielką przyjemnością informuję, że zakończyliśmy realizację programu **TAK DLA TRANSPLANTACJI 2016**.

Dziękujemy za DOBRO jakiego doświadczyliśmy i mamy nadzieję, że dzięki naszemu wspólnemu działaniu zyskamy jeszcze większe poparcie społeczne dla idei transplantacji.

Przed nami kolejny rok pełen pomysłów, nowych wyzwań wymagających aktywności, siły woli, jak również dzielenia się radością.

Wiemy, że każdy gest, nawet najdrobniejszy - zmienia czyjś świat...

Uśmiech na twarzy pacjenta, który czeka, by mógł z kimś podzielić się swoim problemem, otwarta buzia dzieciaka kiedy widzi przebranego Wolontariusza niosącego na oddział prezenty. Oni potrzebują wsparcia dlatego staramy dzielić się tą radością... Bo to naprawdę wielka wartość!

Korzystając z okazji składamy świąteczne życzenia, aby wszystkie dni w roku były tak piękne i szczęśliwe, jak ten jeden wigilijny wieczór, twarz zawsze rozpromieniał uśmiech, betlejemka gwiazda prowadziła ku dobremu, a zbliżający się Nowy Rok 2017 pozwolił realizować marzenia...

Z wyrazami szacunku,

Alicja Chachaj z Wolontariuszami Fundacji SCCS



ZABURZENIA ODŻYWIANIA U DZIECI A CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE

Odżywianie jest podstawą egzystencji każdej żywej istoty. Spożyty pokarm stanowi niezbędne źródło energii i składników potrzebnych do prawidłowego rozwoju oraz metabolizmu naszego organizmu. Większość nawyków związanych z odżywianiem pozwala nam zachować dobre zdrowie. Jednak, gdy występuje stres związany ze zwiększającą się masą ciała mówi się wtedy, że mamy do czynienia z zaburzeniami odżywiania. Rozróżniamy jadłowstręt psychiczny lub żarłoczność psychiczną. Różnorodne przeżywane stresy przez najmłodszych są częstym powodem utraty apetytu, podjadania lub nadmiernego apetytu. Choroby somatyczne również mają ogromny wpływ na zaburzenia w odżywianiu. Cierpiące na nie dzieci mają często depresję, dokonują różnych działań autodestrukcyjnych (samookaleczenie) lub są uzależnieni od innych środków np. narkotyki, alkohol, seks.

We wczesnym okresie życia dziecko w sferze odżywiania jest całkowicie zależne od opiekunów, czyli rodziców. Rodzina stanowi główne środowisko, w którym kształtowane są zwyczaje i nawyki żywieniowe. Problemy związane z zaburzeniem odżywiania dziecka stają się problemami całej rodziny. W okresie dzieciństwa i niemowlęctwa może mieć początek cała gama zaburzeń odżywiania o podłożu psychologicznym.

Zaburzenia odżywiania nie dotyczą tylko nastolatków i osób dorosłych. Mogą także występować u niemowląt i małych dzieci. Najczęściej spotykane to łaknienie spaczone, polegające na lizaniu, żuciu i jedzeniu produktów pozbawionych znaczenia odżywczego (np. lizanie ścian). Wiele różnorodnych czynników należy rozważać w etiologii zaburzeń odżywiania. Czynniki predyspozycyjne w tym podatność genetyczna odnoszą się do wszystkich zaburzeń odżywiania. Naciski socjo-kulturowe pełnią ważną rolę w wyjaśnianiu genezy anoreksji i bulimii. Mogą wiązać się z czynnikami stresogennymi i utrwalającymi chorobę. Czynniki stresogenne to: zaburzony rozwój płciowy, doświadczenie traumy, niska samoocena, problemy rodzinne i grupy rówieśniczej, choroba oraz strata osoby bliskiej.

Jeszcze na początku XX w. w kulturze zachodniej otyłość uważano za oznakę zdrowia i dostatku. Dowodem na tą tezę jest choćby treść obrazów z tamtych czasów: obfite kształty kobiece, pulchne dzieci.

Obecnie istniejący kanon kobiecej urody diametralnie się zmienił w stosunku do tego sprzed kilkudziesięciu lat. Dziś ciało musi być szczupłe i wysportowane. Zarówno medycyna, jak i środki masowego przekazu twierdzą, że tłuszcz jest zbędny i szkodliwy. Producenci ubrań, sprzętu sportowego i żywności dietetycznej zasypują nas kuszącymi ofertami, twierdząc, że będąc szczupłym dobrze wyglądamy, a dobrze wyglądać to znaczy być szczęśliwym.

Dzieci wzrastają patrząc jak pilnujemy wagi, oglądamy reklamy dietetycznego pożywienia, obserwujemy szczupłe tancerki i modelki. W czasie powszechnego wzrostu

w kierunku coraz szczuplejszego ideału pojawiły się dwa niepokojące zjawiska: procent dzieci otyłych uległ podwojeniu, a rozmiary anoreksji i bulimii osiągnęły rozmiary epidemii. Młodzi ludzie, u których pojawił się problem w odżywianiu nie są otyli, jednak strach przed otyłością w społeczeństwie zapatrzonym w smukłość może spowodować błędne nawyki żywieniowe naprzemiennego objadania się i przeczyszczania. Schorzenie to powstaje wówczas, gdy dziecko nadmiernie koncentruje się na jedzeniu. Pokarm staje się elementem, któremu podporządkowuje się swoje życie, jest źródłem obsesji, środkiem prowadzącym do patologicznego zaspokojenia własnych potrzeb emocjonalnych.

Anoreksja nervosa dotyczy przede wszystkim kobiet, dziewcząt w wieku dojrzewania. Jednak statystyki pokazują, że dotyczy to także coraz to większej ilości mężczyzn - chłopców. Nikt nie zna dokładnej liczby osób cierpiącą na anoreksję czy bulimię. Naukowcy oceniają, że jednak około 90-95% to młode kobiety. Obniża się także przeciętny wiek osób chorujących. Odnotowuje się przypadki zachorowań poniżej 12 roku życia.

ANOREKSJA

Pojęcie anoreksji powstało przez połączenie greckich słów *an* - pozbawienie oraz *orexisis* - apetyt i jest głównym określeniem braku łaknienia lub wstrętu do pokarmu. Zachowania te doprowadzają do obniżenia masy ciała i skrajnego wyczerpania. Osoba chora odczuwa silny lęk przed przytyciem i dąży do uzyskania niskiej wagi. Stosuje głodówki, intensywnie ćwiczy, stosuje środki przeczyszczające. Anoreksja wyniszcza nie tylko ciało, ale i umysł. Pomimo skrajnego wyniszczenia chora osoba patrząc w lustro widzi fałdy tłuszczu. Nie przyjmuje żadnych argumentów, że głodując pogarsza swój stan. Takie zachowanie często prowadzi to do śmierci.

Istotnym elementem anoreksji jest sposób, w jaki jest traktowana przez osobę na nią cierpiącą. Anorektyczki chorując często czują się dobrze, głównie przez złudne poczucie kontroli i wewnętrznej siły. Anoreksja to także próba uzyskania kontroli nad swoim życiem lub ciałem, polem do rywalizacji i pokazania innym swojej siły i wytrzymałości, manifestacją niskiej samooceny.

Choroba ta obfituje w paradoksy, zagadki i sprzeczności. Diagnozując tę chorobę medycy opierają się na czterech kryteriach tej choroby:

- utrata wagi lub brak przybierania na wadze w okresie wzrostu, młoda osoba nie utrzymuje wagi minimalnej dla swojego wieku i wzrostu, ciężar jej ciała spada o 15% poniżej średniej,
- silny lęk przed przybraniem na wadze, chore dzieci boją się utyć, chodzą ważą za mało, strach przed nabraniem ciała łączy się z obsesyjną troską o jedzenie i własne wymiary, unika *tuczącego pożywienia*,
- zakłócenia wizerunku własnego ciała wymiarów sylwetki. Dziecko wierzy, że jest grube będąc nawet w stanie znacznego wychudzenia *czuje się grube*. To zakłócenie własnego wizerunku jest objawem w początkowej fazie anoreksji. Niewielka część dzieci chorujących ma na

początku nieznaczną nadwagę,

- brak trzech kolejnych miesięcy.

Nieprzyznanie się do tej choroby to istotna cecha anoreksji. Większa ilość osób to młode kobiety, a nawet 10-12-letnie dziewczynki. Uważa się, że kobiety doskonale poddają się głodówce, są inteligentne, uparte w dążeniu do celu, przesadnie ambitne. Perfekcjonizm, chłód emocjonalny, podatność na krytykę, brak zahamowania do samej siebie i do innych ludzi to charakterystyczne cechy osoby chorej na anoreksję.

U większości dziewcząt choroba ta rozpoczyna się w czasie dojrzewania, gdy ciało zmienia się w kobiece kształty. Powoduje to wzmożone uczucie niepewności, co do własnej osoby. Jest to wyraz lęku przed dorosłością i zwiększającą się odpowiedzialnością i presją związaną z dorosłością. Trzeba zwrócić uwagę na symptomy, takie jak wycofanie się z życia towarzyskiego i unikanie rodzinnych posiłków. Spór nad ustaleniem przyczyn anoreksji trwa. Główną przyczyną są czynniki biologiczne, udział środowiska rodzinnego i osobowości chorej osoby. Przyczyny dzielą tę chorobę na trzy kategorie: predysponujące, wyzwalające, podtrzymujące. Każda z przyczyn oddzielnie występująca nie wywołuje zaburzenia. Prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń odżywiania jest ośmiokrotnie większe, jeżeli w rodzinie jest już osoba chora na anoreksję.

W wieku od 12-20 lat młody człowiek jest bardzo uczulony na punkcie własnego wyglądu. Wiele chorych na anoreksję to po prostu zagubione nastolatki szukające akceptacji, pola do osiągnięcia sukcesów, sposobu na rozładowanie frustracji i stresu. Kluczowa jest wczesna interwencja. Rodzice muszą zachować czujność, ponieważ nastolatki z zaburzeniem łaknienia doskonale ukrywają swoją chorobę.

Zaburzenie jedzenia: anoreksja, bulimia, otyłość jak i cukrzyca spełniają bardzo konkretną funkcję: zgłaszają istotne problemy emocjonalne, z którymi osoby nie potrafią sobie poradzić. Można dostrzec huśtawkę uczuciową dziecka, które aby zgłuszyć „ból istnienia” sięga do lodówki lub się głodzi. Zaburzenie odżywiania to nałóg, który podobnie jak alkoholizm nie może być uważany jedynie za problem osoby, która w ten nałóg popada. Stanowią one sprawę całej rodziny. Choroba może rozpocząć się nagle, jako nieprzewidziana konsekwencja reżimu dietetycznego, może też przebiegać w ukryciu od miesięcy, a nawet lat.

Rodziny dzieci anorektycznych cechuje pięć cech:

- usidlenie, gdzie zacierają się granice, kto jest dzieckiem, a kto rodzicem,
- nadopiekuńczość,
- sztywność,
- unikanie konfliktów,
- wciąganie dzieci w konflikty małżeńskie.

Anoreksja częściej występuje u dzieci z rodzin klasy średniej. Niektóre badania oceniają, że w 15% do 20% choroba ta powoduje stałe uszkodzenia. Niestety media, a zwłaszcza Internet mogą sprzyjać i ją wzmacniać. W wirtualnym świecie istnieje filozofia zwana *pro ana* wg, której anoreksja nie jest chorobą, ale świadomym wyborem stylu życia, sposobem na schudnięcie, a co za tym idzie uzyskanie perfekcji, podziwu innych ludzi i szczęścia. Zjawisko to dotyczy praktycznie

tylko Internetu i obejmuje: blogi, fora internetowe i portale poświęcone ekstremalnemu odchudzaniu. Do ruchu *pro ana* należą przede wszystkim dziewczęta - nastolatki (choć zdarzają się także osoby starsze i płci męskiej). Poszczególne społeczności internetowe popierające filozofię *pro ana* są uznawane za szkodliwe społecznie i w niektórych krajach zakazane, a jednak ilość stron internetowych poświęconych tej tematyce rośnie bardzo szybko.

Typowa strona *pro ana* zawiera następujące elementy:

- 10 przykazań *pro ana* (przykładowo: jedzenie jest twoim wrogiem, lepiej być chudą, niż zdrową)
- 40 powodów dla, których warto być chudą (przykładowo: wszyscy ci zazdroszczą, wraz z ubytkiem wagi wzrasta pewność siebie),
- tzw. thinspiratione - zdjęcia niezwykle chudych aktorek i modelek, wiersze i piosenki, które stanowią motywację do odchudzania,
- linki do stron z tabelami zawierającymi informacje dot. kaloryczności różnych produktów, stron poświęconych dietom i ćwiczeniom fizycznym,
- linki do innych stron *pro ana*.

W świetle prawa polskiego strony *pro ana* są całkowicie legalne. W niektórych krajach europejskich - Hiszpania, Francja, Niemcy - wprowadzono ustawy mające zwalczać promowanie przez media wizerunku chudzielców, jako wzorców piękna. Jednak główny ciężar kontroli tego, co młodzież ogląda i czyta w sieci spoczywa na rodzicach. Dlatego też warto podkreślić, że anoreksja to nie moda ani fanaberia, tylko poważna i prowadząca do przedwczesnej śmierci choroba psychiczna.

BULIMIA

Podobnie jak anoreksja, bulimia psychiczna jest zjawiskiem złożonym, w którym splatają się elementy fizjologiczne i psychologiczne. Z natury jest chorobą utajoną. Bulimia jest terminem zapożyczonym z greki oznaczającym patologiczne obżarstwo. Schorzenie wyróżniono jako jedno z zaburzeń psychicznych dopiero w latach 70-tych XX wieku, traktując je jako inną postać anoreksji. W latach 80-tych badania epidemiologiczne pokazały, że bulimia jest dużo bardziej pospolita niż anoreksja. Istnieje pięć kryteriów wyodrębnionych w 1987 roku przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne na podstawie, których można zdefiniować bulimię:

- powtarzające się wypadki objadania: zjedanie wielkiej ilości pożywienia w krótkim czasie
 - poczucie braku kontroli podczas objadania,
 - przeczyszczanie,
 - co najmniej dwie sesje objadania się i przeczyszczania na tydzień przez trzy miesiące,
 - trwała przesadna kontrola i troska o wagę i wymiary.
- Choroba ta polega na przyjmowaniu dużej, niekiedy olbrzymiej ilości pokarmu w krótkim czasie – niekiedy wartość kaloryczna takiego posiłku kilkakrotnie przekracza dzienne zapotrzebowanie. Napady obżerania mogą występować raz na kilka dni, mogą też być inicjowane kilka razy dziennie. Cechą charakterystyczną bulimii są działania kompensujące wspomniane napady, czyli aktywności przeciwdziałające przytyciu, które mogą przybierać

na przykład postać: prowokowania wymiotów, używania środków przeczyszczających, używania środków moczopędnych, intensywnych ćwiczeń fizycznych, intensywnej diety lub głodówki między napadami.

Bulimia występuje znacznie częściej u dziewcząt niż u chłopców, ale zachorowanie rozpoczyna się znacznie później, niż w przypadku anoreksji, bo po 16 roku życia. Bulimia to następne zaburzenie odżywiania, którego wzrost odnotowano szczególnie u młodzieży dorastającej. Zjawisko to powstaje w krajach zachodniego kręgu kulturowego, wśród białej rasy, głównie klasy średniej i wyższej.

Za główną przyczynę powstania bulimii uważa się patologię rodziny. Rodziny bulimiczek są często rozbite lub rozchwiane, z jasnymi konfliktami i wzajemną agresją, niedającą dzieciom oparcia ani ciepła. Postawę rodziców można określić, jako bardzo surową i rygorystyczną. Dzieci wychowane w takich warunkach mają obniżone samopoczucie własnej wartości, brak samoakceptacji i zaburzony obraz własnego "Ja". Są bardziej podatne na stres. Takie zachowanie w połączeniu z silną potrzebą osiągnięcia sukcesu może skutkować wystąpieniem bulimii, jako dostępnej formy buntu przeciw narzuconemu rygorowi. Znaczny odsetek dzieci z bulimią to ofiary przemocy fizycznej lub psychicznej, a także molestowania seksualnego lub z rodzin nadużywających alkoholu lub narkotyków. Zaburzenia odżywiania występują dziesięciokrotnie częściej u dziewcząt i kobiet. Wśród nastolatków, siedem dziewcząt i tylko jeden chłopiec na tysiąc cierpi na tego rodzaju zaburzenia.

Bulimia jest stosunkowo niedawno wyodrębnionym zaburzeniem psychicznym. To prawdopodobnie główny powód, dla którego choroba ta jest mało poznana i źle rozumiana. Bulimia definiowana jest, jako zaburzenie odżywiania polegające na objadaniu, a następnie na przeczyszczaniu organizmu. Zaburzony stosunek do jedzenia nie jest tylko objawem choroby. Jedzenie staje się tematem zastępczym dla problemów emocjonalnych skrytych głęboko we wnętrzu. Bulimia to swoiste uzależnienie i jako osoba uzależniona, chory zaprzecza, że ma problem, ukrywa swoje postępowanie i kłamie. Dochodzi do zachowań kryminalnych, lekkomyślnych, takich jak kradzieże żywności i środków przeczyszczających. Do końca nie jest poznane, co powoduje powstanie tego schorzenia. Często zaczyna się od niechęci, do własnego wyglądu. Częste nieudane próby odchudzenia doprowadzają do etapów obżarstwa. Pojawia się poczucie winy. Osoby chore na bulimię nie popadają w stany apatii lub rozdrażnienia. W przeciwieństwie do wycieńczonych anorektyczek nie zużywają całych zapasów tłuszczu z mózgu i całego organizmu. Z tego powodu nie są krnąbrne i łatwiej namówić je na leczenie. Chore dzieci sprawiają wrażenie osoby towarzyskiej, w rzeczywistości czują się samotne. Pod pozornym uśmiechem kryje się rozpacz i ogromny wysiłek zatajania dziwacznych obyczajów. Czują się wybrykami natury.

Zaburzenie to dotyka również dzieci i młodzież. Dzieci chorujące często czują, że brak im kontroli nad jedzeniem. Chorzy często mają wagę w normie jednak zdarzają się osoby z nadwagą i otyłe. Do przyczyn powstania bulimii przyczynia

się presja społeczna, aby zachować idealną wagę. W przypadku dzieci i młodzieży dużą rolę odgrywają rówieśnicy. Nieprzychylnie komentarze kolegów na temat wagi i wyglądu zwiększa ryzyko powstania zaburzenia odżywiania. Niezadowolenie z siebie może się przyczynić do depresji i napięć.

Leczenie bulimii polega na psychoterapii chorego dziecka i całej jego rodziny, ze szczególnym ujęciem i naciskiem na wzajemne wspieranie się i umiejętności osiągnięcia kompromisu między członkami rodziny. Rokowanie jest lepsze im wcześniej zostanie postawiona dobra diagnoza. Profesjonalne leczenie bulimii powinno obejmować psychoterapię (behawioralno-poznawczą) oraz terapię rodzinną z uwzględnieniem terapii farmakologicznej. Ważnym zadaniem psychologów, lekarzy, rodziny i znajomych bulimiczki/bulimika jest motywowanie do podjęcia leczenia, celem rozstania się z patologicznymi metodami regulowania emocji, nauczania się odpowiednich sposobów odżywiania, wytworzeniem prawidłowego obrazu własnej osoby (w tym ciała).

Leczenie bulimii jest bardzo trudne, nie oznacza to braku perspektyw na wyzdrowienie. Przeciwnie, jest to osiągalne, wymaga dużo pracy, motywacji oraz wsparcia osób, które rozumieją, czym jest ta choroba. Podobnie, jak w przypadku anoreksji, osoby chore na bulimie również zraszają się za pośrednictwem Internetu - mówi się wówczas o *tw. pro mia*. *Pro mia* to ideologia uznająca bulimię (i inne zaburzenia odżywiania) za styl życia, a nie chorobę. Obecna jest prawie wyłącznie w Internecie, a jej wyznawczyniami są głównie nastoletnie dziewczyny opętane manią odchudzania. Dziewczyny określające się mianem *pro mia* pragną być szczupłe, uprawiają diety i głodówki, jednak od czasu do czasu pozwalają sobie na złamanie restrykcyjnych zasad żywienia i obżerają się. Aby swoją słabością nie zrujnować diety, zaraz po napadzie pozbywają się w całości spożytych pokarmów, najczęściej prowokując wymioty. Obżeranie się bywa spontaniczne, gdy uczucie głodu staje się nie do wytrzymania, ale bywa też planowane - poprzedzone specjalnymi zakupami, znalezieniem filmu czy książki do oglądania czy przeczytania w trakcie "uczty". Na forach i blogach *pro mia* dziewczyny prowadzą dyskusje i wymieniają się poradami dotyczącymi ich stylu życia. Zdjęcia szczupłych modelek i celebrytek, porady dotyczące dbania o zęby, włosy, skórę, sposoby na wywołanie wymiotów, metody przeczyszczania się za pomocą leków lub domowych środków.

Dziewczyny deklarujące się, jako *pro ana* (pro anoreksja) z jednej strony uważają *pro mia*, jako coś w rodzaju towarzyszek niedoli, z drugiej strony dość często dają wyraz swojej pogardy. Bo wymiotowanie jest takie nieeleganckie, brudne, uwłaczające, a ataki obżarstwa to dowód słabości, braku silnej woli, braku perfekcji.

Podsumowując, bulimia stanowi także coraz częstszy problem zdrowotny dzieci i młodzieży w Polsce i należy pamiętać, że zdrowy apetyt dorastającego dziecka to jedno, a niepohamowane obżarstwo osoby chorej na bulimię lub patologiczne obżarstwo to zupełnie inne rzeczy.

cdn.



Fundacja

Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze

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

♥ finansowanie zakupu aparatury i sprzętu
medycznego, ratujących życie pacjentom

♥ organizowanie szkoleń, konferencji i warsztatów
doskonalących umiejętności kadry medycznej

♥ popularyzacja idei transplantacji narządów
oraz zdrowego stylu życia w ramach programu
„Tak dla transplantacji”

♥ prowadzenie akcji **„Wszystkie dzieci są nasze”**
na rzecz najmłodszych pacjentów szpitala
- **„Poduszka dla Maluszka”, wizyty Mikołaja**

