

NUMER 31

ISSN 1730 - 1297

Zima 2018

SZLACHETNE ZDROWIE

Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca





Jesteśmy, aby ratować, leczyć, dawać nadzieję...



*Szlachetne Zdrowie
Nikt się nie dowie
Jako smakujesz
Aż się zepsujesz*

Jan Kochanowski

Oddajemy w Państwa ręce kolejny numer *Szlachetnego Zdrowia*, który przybliży wszystkim działalność naszej Placówki w minionym roku.

REDAKCJA



WYDARZENIA 2017

W numerze:

- Wydarzenia roku 2017 - podsumowanie

- Kalendarium przyznanych nagród i certyfikatów - rok 2017

- Punkt widzenia

- Nowy Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej w strukturach Śląskiego Centrum Chorób Serca

- Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca

- Upośledzona sprawność mięśni w przebiegu starzenia się i możliwości terapii

- Pochylić się nad jesienią życia...

- Czy charakter człowieka może być wrogiem dla serca?

- Zdrowa dieta jest pyszna!

- Cytra - zapomniany instrument

- Z historii SCCS

- **24.01.2017** - Światowy Dzień Transplantacji w SCCS Wyróżnienie dla SCCS - Wysoka Jakość w Ochronie Zdrowia
- **17.02.2017 - 18.02.2017** - Warsztaty Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Serca i Naczyń
 - Warsztaty odbyły się po raz pierwszy w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze skierowane do młodych kardiochirurgów, chirurgów naczyniowych i endowaskularnych - ESCVS Winter School. ESCVS Winter School to nasza bardzo ciekawa inicjatywa, której celem jest umożliwienie dodatkowego szkolenia, zdobycia wiedzy i wymiany doświadczeń z uznanymi ekspertami ambitnym, wyróżniającym się lekarzom - rezydentom z Europy.
- **24.04.2017** - akcja edukacyjno - zdrowotna pod hasłem **Zrób coś dla serca – profilaktyka nadciśnienia tętniczego krwi**
- **04.2017** - Śląskie Centrum Chorób Serca jako najlepszy szpital w generalnej klasyfikacji punktowej rankingu „Wprost”
- **07.06.2017 - 09.06.2017** - XXIV Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna
- Jubileusz XXX-lecia inwazyjnego modelu leczenia zawału serca
- **21.09.2017 - 23.09.2017r** - Kongres PTK w Katowicach, którego gospodarzami byli nasi Profesorowie Zbigniew Kalarus i Beata Średniawa wspierani przez Grupę CASUS MEDICAL i nasz Zespół Kardo-Med Silesia.
- Nagroda Silesia Press - materiały nakręcone w naszym szpitalu otrzymały III miejsce w konkursie dziennikarskim.
- **24.09.2017** - XXVIII Biała Niedziela w Śląskim Centrum Chorób Serca
- **24.10.2017** - Konferencja „Transplantacja narządów w służbie człowiekowi”

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



WYDARZENIA ROKU 2017 - PODSUMOWANIE

Oddział Kliniczny Kardiologii, Katedry Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii SUM I Oddział Kardiologii i Angiologii SCCS



Zespół lekarski

Działalność dydaktyczno-naukowa

Publikacje:

	łączna liczba prac	łączna wartość IF	łączna wartość punktacji MNiSW
ogółem	44	59.665	555.000
polski artykuł	33	13.972	245.000
zagraniczny artykuł	11	45.693	310.000

Nagrody:

Zespołowa nagroda I stopnia Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w zakresie działalności naukowej dla Prof. Beaty Średniawy, Prof. Zbigniewa Kalarusa oraz dra P. Chodóra za cykl prac dotyczących czynników ryzyka wystąpienia niekorzystnych zdarzeń sercowo-naczyniowych w populacji chorych po zawale serca

- W 2017 roku ukazało się uaktualnione wydanie podręcznika: „*Sport wyczynowy i rekreacyjny - problemy kardiologa i internisty*” (Wydanie II

rozszerzone i uaktualnione, Wydaw. Czelej Lublin 2017, 460s.) pod redakcją: M. Dłużniewskiego, Z. Kalarusa, W. Pikto-Pietkiewicza, R. Piotrowicza, B. Średniawy. Autorami 12 rozdziałów są lekarze naszego Oddziału. Książka jest poświęcona różnym aspektom sportu wyczynowego i amatorskiego, w sposób przystępny i praktyczny przedstawia problemy związane z diagnostyką często ukrytych chorób wynikających z wpływu sportu na organizm, na związane ze sportem obciążenia, zalety wysiłku fizycznego i zagrożenia.

- Przy Oddziale Klinicznym Kardiologii, Katedry Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii SUM działa Koło Naukowe STN. Studenci czynnie współuczestniczą w życiu naukowym pracowników SUM, czego dowodem są liczne prace prezentowane podczas konferencji krajowych.
- Realizacja projektu „**Zastosowanie technologii telemedycznych w nowym modelu organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji chorych z niewydolnością serca TELEREH-HF**” o akronimie TELEREH-HF. Jest to badanie wielośrodkowe finansowane ze środków Narodowego Centrum Badań i Rozwoju realizowane w ramach programu

WYDARZENIA ROKU 2017 - PODSUMOWANIE

STRATEGMED. Instytut Kardiologii we współpracy z 4 Ośrodkami Kardiologicznymi w Polsce, w tym Śląskim Centrum Chorób Serca, przeprowadza program oceniający możliwości zastosowania technologii teledywnych w modelu organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji chorych z niewydolnością serca. Na podstawie opublikowanych danych dowiedziano, że trening fizyczny u chorych z niewydolnością serca przedłuża życie, poprawia jego jakość i jest bezpieczny pod warunkiem przestrzegania zasad kwalifikacji i odpowiedniej oceny wstępnej. Badania pilotażowe wykazały, że bezpieczeństwo i efektywność rehabilitacji realizowanej w miejscu zamieszkania przy wykorzystaniu systemów teledywnych (telerehabilitacja) są porównywalne z tradycyjnymi formami realizacji tej procedury w szpitalu lub ambulatorium. Niewątpliwą zaletą wykorzystania systemów teledywnych jest możliwość realizacji rehabilitacji w dowolnym miejscu przebywania bez konieczności pozostawania w szpitalu lub uciążliwych dojazdów i ograniczeń czasowych.

- Współrealizacja projektu „Nieinwazyjny monitoring wczesnym wykrywaniu migotania przedsionków (AF) o akronimie NOMED-AF. Projekt NOMED-AF jest realizowany w ramach strategicznego programu badań naukowych i prac rozwojowych „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych” – STRATEGMED II konkurs. Projekt NOMED-AF objęty został honorowym patronatem Ministra Zdrowia. Celem projektu jest opracowanie systemu monitorującego opartego o technologię teledywną zdolnego do wykrywania niemego migotania przedsionków (AF) oraz zastosowanie tego systemu do oceny częstości występowania niemego AF w populacji 65+ w Polsce. Projekt dostarczy dane na temat częstości występowania zaburzenia, które staną się podstawą do opracowania nowych metod leczenia. Projekt obejmuje grupę 3000 osób w wieku podeszłym. Prowadzony jest we współpracy z Kardio-Med Silesia.

Stopnie naukowe, specjalizacje

- 28.03.2017 - uzyskanie stopnia doktora nauk medycznych - **Joanna Boidol** (promotor dr hab. med. R. Lenarczyk)
- 16.05.2017 uzyskanie stopnia doktora nauk medycznych – **Agnieszka Liberska** (promotor dr hab. med. Oskar Kowalski)
- kwiecień 2017 - wszczęcie przewodu doktorskiego – lek. **Jan Kłyś**

- październik 2017 - wszczęcie przewodu doktorskiego – lek. **Katarzyna Przybylska**
- październik 2017 - wszczęcie przewodu doktorskiego – lek. **Karolina Adamczyk**

W kwietniu br. 2 lekarzy uzyskało specjalizację z chorób wewnętrznych (dr J. Kłyś, dr P. Francuz), oraz 1 lekarz uzyskał specjalizację z kardiologii (dr M. Kozieł).

Działalność organizacyjna i lecznicza:

- Organizacja XXI Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego**

W dniach 21-23 września odbył się XXI Międzynarodowy Kongres PTK w Katowicach, który zgromadził rekordową liczbę uczestników. Ponad 4500 specjalistów z całej Polski dyskutowało na temat kompleksowej opieki w kardiologii. Jednym z wydarzeń towarzyszących XXI Międzynarodowemu Kongresowi PTK był koncert Narodowej Orkiestry Symfonicznej Polskiego Radia w Katowicach. Koncert odbył się w pierwszym dniu Kongresu w siedzibie NOSPR w Katowicach. Udział w nim wzięło wielu uczestników Kongresu, w tym pracowników Śląskiego Centrum Chorób Serca



Gościem honorowym tegorocznego Kongresu był prof. Gregory Lip, twórca powszechnie używanych i znanych każdemu lekarzowi praktykowi skal ryzyka udaru mózgu CHA2DS2-VASc oraz ryzyka krwawień HAS-BLED w migotaniu przedsionków. Podczas Kongresu prof. Lip otrzymał tytuł Honorowego Członka PTK.



WYDARZENIA ROKU 2017 - PODSUMOWANIE

- **Jednym z kierunków działalności klinicznej jest elektrofizjologia kliniczna.**

Nowocześnie diagnozujemy i leczymy pacjentów z zaburzeniami rytmu serca (tj. migotanie i trzepotanie przedsionków, ogniskowe ekstrasystolie, nadkomorowe i komorowe zaburzenia rytmu), wykonujemy zabiegi ablacji. Wdrożyliśmy do codziennej praktyki nowoczesnych systemów mapowania i ablacji 3D:

- Rhytmia
- Ensite Precision
- CARTO 3

Wszczepiamy również układy stymulujące serca, a u chorych z udokumentowanym wysokim ryzykiem nagłego zgonu implantowane są automatyczne kardiowertery-defibrylatory (ICD). U chorych z zaawansowaną niewydolnością serca wszczepiane są stymulatory resynchronizujące BIV i BIV-ICD.

W 2017 r. rozpoczęliśmy implantację systemów modulacji kurczliwości mięśnia sercowego (CCM) jako jeden z 3 pierwszych ośrodków w Polsce oraz w ramach badań klinicznych implantację stymulatorów „Moderato”, redukujących ciśnienie tętnicze w ramach badań klinicznych.

- Rutynowo wykonujemy zabiegi przezskórnej redukcji niedomykalności mitralnej za pomocą systemu **MitraClip**.

Niedomykalność zastawki mitralnej (MR) jest drugą pod względem częstości występowania wadą zastawkową serca. Wprowadziliśmy do praktyki klinicznej nieoperacyjne leczenie tej wady za pomocą specjalnego klipsa, rodzaju zapinki. Wprowadza się go do ujścia zastawki mitralnej poprzez układ żylny (żyłę udową, żyłę główną dolną a następnie po nakłuciu przegrody międzyprzedsionkowej do lewego przedsionka) bez konieczności otwarcia klatki piersiowej. Zapinką łączy się centralnie płatkami zastawki, zmniejszając stopień jej niedomykalności. Główną korzyścią ze stosowania tej nowej, nieoperacyjnej metody jest mniejsze obciążenie zabiegiem dla chorych w porównaniu z leczeniem kardiochirurgicznym. Istnieje ponadto liczna grupa chorych z wysokim ryzykiem leczenia operacyjnego i dla nich właśnie leczenie przezskórne jest dobrą alternatywą.

- Rutynowo wykonujemy zabiegi **implantacji Amplatzerów celem okluzji uszka lewego przedsionka** u chorych z migotaniem przedsionków z wysokim ryzykiem udaru mózgu z przeciwwskazaniami do stosowania doustnych koagulantów.

Od 2017 roku stosujemy echokardiografię wewnątrzsercową do monitorowania zabiegów zamknięcia uszka.

- **Innowacyjna technologia**

MICRA: wszczepiamy pacjentom najmniejsze na świecie stymulatory serca - **Micra**. Pierwszy zabieg wykonaliśmy w styczniu 2016 r. Micra TPS to technologiczna innowacja medyczna. Micra jest 10 razy mniejsza od tradycyjnego

stymulatora. Dzięki miniaturowym wymiarom, odpowiadającym wielkości standardowej kapsułki, wszczepia się ją przezcewnikowo bezpośrednio do prawej komory serca przez żyłę udową. W odróżnieniu od klasycznego układu stymulującego Micra nie wymaga stosowania pokrytej silikonem elektrody – najbardziej zawodnego i najczęściej ulegającego uszkodzeniu lub powodującego infekcje elementu dotychczas stosowanych systemów. Impulsy elektryczne generowane są przez małe, metalowe elektrody umieszczone na powierzchni stymulatora. Może to w istotnym stopniu wpłynąć na zwiększenie długofalowego bezpieczeństwa stałej stymulacji serca. Wykonaliśmy zabieg zarówno u 101 letniej pacjentki, jak i u 13 letniego dziecka.

Dnia 21 października 2017 dr hab. n. med. Oskar Kowalski, jako operator zabiegów implantacji stymulatorów Micra, wystąpił w programie 36,6°C w telewizji TVN. Jest to nowy program medyczny, w którym Ewa Drzyzga w asyście ekspertów, lekarzy zajmuje się nie tylko sposobami leczenia, ale też skutecznymi metodami dbania o zdrowie. W programie z pomocą najlepszych specjalistów, często światowej sławy lekarzy, przedstawia sprawdzone, skuteczne i pewne metody walki z chorobami. Dzięki zespołowi ekspertów i konsultantów widzowie „36,6 °C” mogą poznać najnowsze technologie medyczne i dowiedzieć się jak do nich dotrzeć.



- **Współrealizacja programu dydaktycznego „Szkoła Elektrofizjologii Klinicznej”.**

Sekcja Rytmu Serca we współpracy z firmą St. Jude Medical realizuje kolejne edycje programu dydaktycznego „Szkoła Elektrofizjologii Klinicznej”. Program skierowany jest do lekarzy zainteresowanych poszerzeniem i rozwijaniem umiejętności w zakresie elektrofizjologii. Kurs składa się z 2 części: teoretycznej oraz praktycznej odbywającej się w pracowniach elektrofizjologii klinicznej w Ośrodkach Referencyjnych, w tym w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze.

WYDARZENIA ROKU 2017 - PODSUMOWANIE

Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii SUM

Działalność dydaktyczno-naukowa

Publikacje:

	łączna liczba prac	łączna wartość IF	łączna wartość punktacji MNiSW
ogółem	62	109.781	1166.000
polski artykuł	41	37.771	626.000
zagraniczny artykuł	21	72.010	540.000

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

1. Medium platelet volume as a noninvasive predictor of chronic total occlusion in non-infarct artery in patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction and multivessel coronary artery disease.
Mateusz Tajstra, Michał Hawranek, Piotr Desperak, Aneta Ciślak, Marek Gierlotka, Andrzej Lekston.
Int.J.Cardiol.2017; Vol.228, p.594-598
Impact Factor ISI: 6.189
Punktacja ministerstwa: 35.000
2. Gap in gender parity: gender disparities in incidence and clinical impact of chronic total occlusion in non-infarct artery in patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction and multivessel coronary artery disease.
Mateusz Tajstra, Michał Hawranek, Piotr Desperak, Mariusz Gąsior.
Oncotarget2017, p.1-10
Impact Factor ISI: 5.168
Punktacja ministerstwa: 35.000
3. Impact of remote monitoring on long-term prognosis in heart failure patients in a real-world cohort: Results from all-comers COMMIT-HF Trial.
Anna Kurek, Mateusz Tajstra, Elżbieta Gadula-Gacek, Piotr Buchta, Michał Skrzypek, Łukasz Pyka, Michał Wasiak, Małgorzata Świetlińska, Michał Hawranek, Lech Poloński, Mariusz Gąsior, Jędrzej Kosiuk.
J.Cardiovasc.Electrophysiol.2017; Vol.28, No.4, p.425-431
Impact Factor ISI: 3.068
Punktacja ministerstwa: 30.000
4. The relationship between VEGFA and TGFB1 polymorphisms and target lesion revascularization after elective percutaneous coronary intervention.
Tadeusz Osadnik, Andrzej Lekston, Kamil Bujak, Joanna Katarzyna Strzelczyk, Lech Poloński,

Mariusz Gąsior.

Dis.Markers2017; Vol.2017, ID 8165219, p.1-8

Impact Factor ISI: 2.348

5. Primary sarcoma of the heart.
Bartosz Hudzik, Janusz Szkodziński, Barbara Zubelewicz-Szkodzińska, Mariusz Gąsior.
Pol.Arch.Med.Wewn.2017; Vol.127, No.10, p.694-695
Impact Factor ISI: 2.309
Punktacja ministerstwa: 30.000

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

XXXI Ogólnopolska Studencka Konferencja Kardiologiczna, 26-27.05.2017r. Gdańsk

- II nagroda za prezentację ustną pt. Polimorfizm w genie kodującym czynnik wzrostu śródbłonna naczyniowego-A jest związany z wyższym ryzykiem ponownej rewaskularyzacji tej samej zmiany u pacjentów poddanych przezskórnej interwencji wieńcowej.
M. Góral, K. Myl, R. Reguła, M. Gawlita, M. Lejawa, M. Fronczek, M. Gonera, K. Bujak.

- III nagroda za prezentację ustną pt. Stężenie kwasu moczowego w osoczu jako wskaźnik prognostyczny w ocenie rokowania pacjentów z niewydolnością serca.
Z. Kułaczowska, W. Mędrala, M. Wrona, E. Jantos, K. Jakubowska, P. Pala.

XII Międzynarodowa Studencka Konferencja Kardiologiczna, 08.06.2017 r. Zabrze

- II nagroda za prezentację ustną pt. Wpływ ciężkiej niedomykalności zastawki mitralnej na rokowanie odległe u chorych z niewydolnością serca leczonych terapią resynchronizującą.

J. Zych, J. Izydorczyk. B. Barbachowska, K. K. Towarek, K. Banaszak, J. Jankowski.

- III miejsce za prezentację ustną pt. Wpływ zdalnego monitorowania na długoterminowe ryzyko u pacjentów z niewydolnością serca i migotaniem przedsionków.
K. Towarek, K. Banaszak J. Jankowski, J. Zych., A. Barbachowska, J. Izydorczyk.

- III miejsce za prezentację ustną pt. Impact of remote monitoring on long-term prognosis in heart failure patient with atrial fibrillation from COMMIT-HF Trial Registry.
K. Towarek, J. Jankowski, K. Banaszak, J. Zych, A. Barbachowska, J. Izydorczyk.

- I nagroda w sesji plakatowej pt. The platelet-to-lymphocyte ratio is associated with all-cause mortality in patients uderwent heart transplant. W. Szczurek

WYDARZENIA ROKU 2017 - PODSUMOWANIE

- I nagroda w sesji plakatowej pt. Modified Model for End-Stage Liver Disease is associated with mortality in patients with advanced heart failure.

W. Szczurek

International Medical Congress of Silesia, 27-29.04.2017 r. Katowice

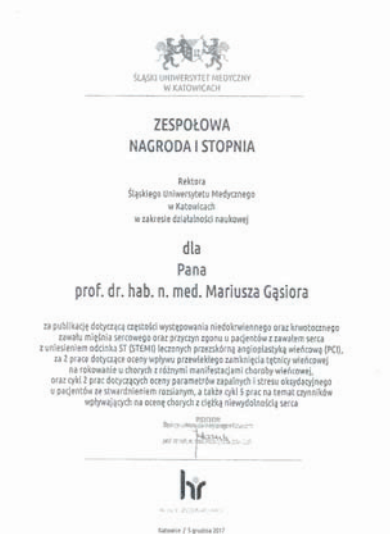
- I miejsce za prezentację ustną pt. The impact of coronary artery disease management of the prognosis for patients with systolic heart failure.

M. Wrona, E. Jantos, K. Jakubowska, Z. Kułaczowska, W. Mędrala, M. Piątkowska.

- II miejsce za prezentację ustną pt. Right and left hemodynamic congestion in patients with chronic heart failure with reduced ejection fraction.

P. Walczak

Zespołowa nagroda I stopnia Rektora SUM w zakresie działalności naukowej dla Pana prof. dr hab. n. med. Mariusza Gąsiora



Opublikowanie 2 prac naukowych w czasopiśmie krajowych:

- Clinical features, management and mortality in diabetic and non-diabetic patients with heart failure – observations from the CIOMMIT-HF registry.

Ł. Siedlecki, B. Szyguła-Jurkiewicz, Ł. Pyka, W. Szczurek, B. Król, Gąsior M.

- One-year survival of ambulatory patients with end-stage heart failure: the analysis of prognostic factors.

B. Szyguła-Jurkiewicz, W. Szczurek, M. Skrzypek, M. Zakliczyński, Ł. Siedlecki, P. Przybyłowski, M. Gąsior, M. Zembala.

- 1 osoba z III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii SUM obroniła pracę doktorską, a 3 uzyskały tytuł doktora habilitowanego, 6 osób zdało egzamin specjalizacyjny z kardiologii.

Działalność organizacyjna

- Organizacja XXIV Międzynarodowej Konferencji Kardiologicznej „Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca, płuc i naczyń” 7-9 VI 2017 r., w której wzięło udział ok. 2000 osób.

- 06.06.2017 r. rozpoczęto kampanię społeczną „Zawał serca-czas to życie” to akcja edukacji zdrowotnej, która pozwoli zwiększyć szansę uratowania tysięcy chorych w skali kraju. Honorowy patronat objęła Małżonka Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Agata Kornhauser-Duda.

- rozpoczęto współpracę z Wojewódzkim Pogotowiem Ratunkowym w zakresie nagłych zatrzymań krążenia w fazie przedszpitalnej.

Oddział Kliniczny Wrodzonych Wad Serca i Kardiologii Dziecięcej, Katedra Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii SUM

Działalność dydaktyczno-naukowa

Publikacje:

	łączna liczba prac	łączna wartość IF	łączna wartość punktacji MNiSW
ogółem	11	20.269	200.000
polski artykuł	8	9.456	120.000
zagraniczny artykuł	3	10.813	80.000

1. Are Amplatzer Duct Occluder II Additional Sizes devices dedicated for only smaller children? Roland Fiszer, Maciej Chojnicki, Małgorzata Szkutnik, Ireneusz Haponiuk, Beata Chodór, Jacek Białkowski. EuroIntervention2017; Vol.12, No.17, p.2100-2103
2. Percutaneous closure of an aortopulmonary window using Amplatzer Duct Occluder II: Additional Sizes: the first reported case. Roland Fiszer, Karol Zbroński, Małgorzata Szkutnik. Cardiol.Young2017; Vol.27, No.4, p.812-815
3. Implantation of stents for postsurgical recoarctation of the aorta in adolescents and adults. Sylwia Sulik-Gajda, Roland Fiszer, Jacek Białkowski, Beata Chodór, Szymon Pawlak, Małgorzata Szkutnik. Kardiol.Pol.2017; T.75, nr 10, s.983-989

WYDARZENIA ROKU 2017 - PODSUMOWANIE

4. Temporal healing patterns and coverage dynamics after new Polish transcatheter PFO occluder implantation in a swine.
Krzysztof Milewski, Roland Fiszer, Piotr Paweł Buszman, Przemysław Węglarz, Adam Janas, Michał Jelonek, Piotr Hirnle, Grzegorz Smolka, Robert Gil, Jacek Białkowski, Paweł Eugeniusz Buszman. *Kardiolog.Pol.*2017, p.1-17
5. Novel genetic triggers and genotype-phenotype correlations in patients with left ventricular noncompaction.
Karol Miszański-Jamka, John L. Jefferies, Wojciech Mazur, Jan Głowacki, Jianhong Hu, Richard A. Gibbs, Jacek Liczko, Jan Kłyś, Eric Venner, Donna M. Muzny, Jarosław Rycaj, Jacek Białkowski, Ewa Kluczevska, Zbigniew Kalarus, Shalini Jhangiani, Hussein Al-Khalidi, Tomasz Kukulski, James R. Lupski, William J. Craigen, Matthew N. Bainbridge. *Circ.Cardiovasc.Genet.*2017; Vol.10, No.4, e001763, p.1-10
6. Combined strategy of Waterston shunt percutaneous occlusion and medical treatment with sildenafil for management of pulmonary hypertension in an adult patient with corrected tetralogy of Fallot.
Giancarla Scalone, Omar Gomez-Monteros, Roland Fiszer, Małgorzata Szkutnik, Michał Gałeczka, Jacek Białkowski.
*Post.Kardiolog.Interw./Adv.Interv.Cardiol.*2017; Vol.13, No.3, p.277-278
7. Stenting of narrow pulmonary artery banding in a patient with univentricular heart.
Michał Gałeczka, Sebastian Smerdziński, Roland Fiszer, Małgorzata Szkutnik, Paweł Banaszak, Jacek Białkowski.
*Post.Kardiolog.Interw./Adv.Interv.Cardiol.*2017; Vol.13, No.3, p.275-276
8. Percutaneous closure of atrial septal defect type II - a few remarks on the basis of my own experience.
Jacek Białkowski
*Kardiolog.Pol.*2017; T.75, s.10, s.1062-1063
9. First Polish analysis of the treatment of advanced heart failure in children with the use of BerlinHeart EXCOR mechanical circulatory support.
Szymon Pawlak, Roman Przybylski, Janusz Skalski, Joanna Śliwka, Andrzej Kansy, Adam Grzybowski, Arkadiusz Wierzyk, Jacek Białkowski, Bohdan Maruszewski, Marian Zembala.
*Kardiolog.Pol.*2017, p.1-22
10. Native aortic coarctation stenting in patients \geq 46 years old.
Małgorzata Szkutnik, Sylwia Sulik, Roland Fiszer, Beata Chodór, Jan Głowacki, Jacek Białkowski.
*Post.Kardiolog.Interw./Adv.Interv.Cardiol.*2017; Vol.13, No.14, p.302-306
11. Difficult diagnosis of Kawasaki disease in a patient with giant coronary artery aneurysms”
Michał Gałeczka, Roland Fiszer, Blandyna Karwot, Jan Głowacki, Małgorzata Szkutnik,
Kardiologia Polska 2017; Vol.75, No.9, p.932

Studenckie Koło Naukowe – działające przy Oddziale

Udział studentów należący do STN-u w XXXI Ogólnopolskiej Studenckiej Konferencji Kardiologicznej, Centrum Medycyny Inwazyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego 26-27.05.2017r. Gdańsk

Praca : „Czy istnieje alternatywa dla Amplatzera? Porównanie wyników przeznaczyniowego zamknięcia ubytku międzyprzedsionkowego typu drugiego zestawem Amplatzer Septal Occluder oraz Cera TM ASD Occluder i HeartRTM ASD Occluder – obserwacja okołozabiegowa” – Joanna Bosowak, Aleksandra Hauzer, Dominika Girycka, Judyta Płocka

Osiągnięcia w nieoperacyjnym leczeniu wad wws

- W 2017r. implantowano przeszło 3 zastawki Melody™ w pozycję płucną z bardzo dobrym efektem w obserwacji kilkumiesięcznej.
- Od listopada 2017r. Wprowadzono w Pracowni Hemodynamiki naszego Oddziału nowoczesną metodę obrazowania w zabiegach przeznaczyniowych,

Program VesselNavigator (Philips™), który umożliwia hybrydowe obrazowanie zabiegu przy użyciu obrazów (modeli serca i naczyń) pozyskanych z badań tomografii komputerowej i badania rezonansu magnetycznego, które nakładane są na standardowy obraz fluoroskopowy. Dzięki tej metodzie ogranicza się ilość promieniowania, którą przyjmuje pacjent i operatorzy podczas zabiegu, jak i ilość użytego jodowego kontrastu.

- *Wspólne z Oddziałem Kardiochirurgii Dzieci wprowadzenie hybrydowej metody leczenia zespołu niedorozwoju lewego serca” (hypoplastic left heart syndrome – HLHS)*

Hybrydowa metoda etapowego leczenia Zespołu Hypoplazji Lewego Serca polegająca na założeniu bandingów na tętnice płucne i implantowaniu stentu DS. Opta-sinus do przewodu tętniczego Botalla. Metoda ta pozwala uniknąć wykonania złożonego zabiegu Norwooda u noworodków, obciążonego dużym ryzykiem zgonu w okresie okołoperacyjnym. Pierwszy etap zabiegu polega na implantowaniu stentu wspomnianego powyżej przeżyłnie w PDA by utrzymać ciągłość przepływu. II etap to podwójny banding tętnic płucnych. Procedura wykonywana jest bez krążenia pozaustrojowego i skraca czas pobytu dziecka na oddziale intensywnej opieki oraz sztucznej wentylacji w okresie pooperacyjnym. Zabieg jest mniej inwazyjny i pozwala wykonać kolejny trudny etap leczenia u starszego pacjenta.

WYDARZENIA ROKU 2017 - PODSUMOWANIE

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

Działalność dydaktyczno-naukowa

Publikacje :

	łączna liczba prac	łączna wartość IF	łączna wartość punktacji MNiSW
ogółem	24	33.462	437.000
polski artykuł	16	19.729	322.000
zagraniczny artykuł	8	13.733	115.000

Wykaz prac powstałych we współpracy z innymi ośrodkami:

1. P. Wilczek K., Zielińska T., Przybylski R., Głowacki J., Włoch Ł., Zembala M., Kalarus Z.: Assessment of cardiovascular function following transcatheter aortic valve implantation based on 6-minute walk test. *Cardiol J.* 2017;24(2):167-175
2. Nowak J., Hudzik B., Jastrzebski D., Niedziela J., Rozentryt P., Wojarski J., Ochman M., Karolak W., Żegleń S., Gierlotka M., Gąsior M.: Pulmonary hypertension in advanced lung diseases: echocardiography as an important part of patient evaluation for lung transplantation. *Clin Respir J* 2017: 1-9
3. Zembala M., Filipiak K., Kowalski O., Buchta P., Niklewski T., Padziakiewicz P., Koba R., Gąsior R., 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* 2017,1: 109-117
4. Chodór P, Wilczek K, Przybylski R, Głowacki J, Kukulski T, Streb W, Niklewski T, Honisz G, Trzeciak P, Podolecki T, Włoch Ł, Zembala M, Kalarus Z: Impact of CoreValve size selection based on multi-slice computer tomography on paravalvular leak after transcatheter aortic valve implantation.. *Cardiol J.* 2017 Feb 2. doi: 10.5603/CJ.a2017.0014. [Epub ahead of print]
5. Stańska A, Jagielak D, Brzeziński M, Zembala M, Wojakowski W, Kochman J, Huczek Z, Witkowski A, Zembala M.: Improvement of quality of life following transcatheter aortic valve implantation in elderly: multi-centre study based on Polish national TAVI registry. *Kardiologia Pol.* 2017, 75; 1: 13-20.
6. Czerwińska-Jelonkiewicz K, Zembala M, Dąbrowski M, Witkowski A, Ochała A, Kochman J, Dudek D, Kübler P, Jagielak D, Stępińska J.: Can TAVI patients receive aspirin monotherapy as patients after surgical aortic bioprosthesis implantation? Data from the Polish Registry - POL-TAVI. *Int J Cardiol.* 2016 Nov 9. pii: S0167-5273(16)33551-3
7. Szygula-Jurkiewicz B., Szczurek W., Skrzypek M., Zakliczyński M., Siedlecki Ł., Przybyłowski P., Zembala M., Gąsior M.: One year survival of ambulatory patients with the end-stage heart failure: the analysis of prognostic factors. *Pol Arch Med Wewn* 2017; Vol.127, 4, : 254-260.
8. Niklewski T., Zembala M.O., Puszczewicz D., Nadziekiewicz P., Karolak W., Zembala M.: The use of intraoperative epiaortic ultrasonography in monitoring patients over 75 years old treated with aortic valve replacement. *Kardiologia Pol* 2017; 14; 1: 10-15.
9. Antończyk R., Trejnowska E., Pacholewicz J., Wolny T., Nadziekiewicz P., Antończyk K., Copik I., Piontek M., Jasińska M., Filipiak K., Głowacki J., Gawlikowski M., Borowicz M., Kustos R., Waszak J., Przybyłowski P., Zembala M., Zakliczyński M., Zembala M.O.: Emergency HeartWare Ventricular Assist Device (HVD) exchange due to pump thrombosis using minimally invasive technique. *Kardiologia Pol* 2017; 14; 1: 76-78.
10. Kowalczyk-Wieteska A., Majchrzyk I., Herdynska M., Foremny J., Zembala M.: Nursing risk assessment of postoperative complications in patients aged over 75, qualified for cardiosurgery operations. *International Journal of Nursing Didactics*; 2017, 7, 4: 81-84.
11. Perier P., Pająk J., Pawlak Sz., Zembala M.: Ebstein's anomaly-How to correct severe anatomical forms of the defect in adults. *Ann.CardiThorac.Surg.*2017; Vol.6, No.3, p.287-289
12. Trzeciak P., Karolak W., Gąsior M., Zembala M.: In-hospital and long-term outcomes of coronary artery bypass graft surgery in patients ≤ 45 years of age and older (from the KROK registry). *Kardiologia Pol* 2017, 75; 9: 884-892
13. Parma R., Zembala M.O., Dąbrowski M., Jagielak D., Witkowski A., Suwalski P., Dudek D., Olszówka P., Wojakowski W., Przybylski R., Gil R., Kusmierczyk M., Lesiak M., Sadowski J., Dobrzycki S., Ochała A., Hoffman P., Kapelak B., Kaźmierczak J., Jasiński M., Stępińska J., Szymański P., Hryniewiecki T., Kochman J., Grygier M., Zembala M., Legutko J., Rózański J.: Transcatheter aortic valve implantation. Expert Consensus of the Association of Cardiovascular Interventions of the Polish Cardiac Society and the Polish Society of Cardio-Thoracic Surgeons, approved by the Board of the Polish Cardiac Society and National Consultants in Cardiology and Cardiac Surgery. *Kardiologia Pol* 2017, 75; 9: 937-964

WYDARZENIA ROKU 2017 - PODSUMOWANIE

14. Wojtaszczyk A., Buchta P., Myrda K., Gąsior M., Kowalski O., Kalarus Z., Filipiak K., Zembala M., Zembala M.O.: Hybrid dual stage closed chest ablation of persistent atrial fibrillation. *Cor et VASA* 2017; 59: 337-344
 15. Wiórek A., Stankiewicz M., Kowalczyk-Wieteska A., Krzych Ł.: Frailty of patients scheduled for cardiac surgery – a pilot study. *Folia Cardiologica* 2017; 12; 4: 349-354.
 16. Huczek Z., Zbroński K., Grodecki K., Scisło P., Rymuza B., Kochman J., Dabrowski M., Witkowski A., Wojakowski W., Parma R., Ochała A., Grygier M., Olasińska-Wiśniewska A., Araszkiwicz A., Jagielak D., Ciećwierz D., Puchta D., Paczwa K., Filipiak K.J., Wilimski R., Zembala M., Opolski G.: Coccomitant coronary artery disease and its management in patients referred to transcatheter aortic valve implantation insights from the POL-TAVI Registry. *Catheter Cardiovasc Interv* 2017, 1-9.
 17. Pawlak Sz., Przybylski R., Skalski J., Śliwka J., Kansy A., Grzybowski A., Wierzyk A., Białkowski J., Maruszewski B., Zembala M.: First polish analysis of the treatment of advanced heart failure in children with the use of Berlin Heart EXCOR mechanical circulatory suport. *Kardiologia* 2017
 18. Möllmann H, Hengstenberg C, Hilker M, Kerber S, Schäfer U, Rudolph T, Linke A, Franz N, Kuntze T, Nef H, Kappert U, Walther T, Zembala MO, Toggweiler S, Kim WK. Real-world experience using the ACURATE neo™ prosthesis: 30-day outcomes of 1000 patients enrolled in the SAVI-TF registry. *EuroIntervention*. 2017 Nov 14. pii: EIJ-D-17-00628. doi: 10.4244/EIJ-D-17-00628. [Epub ahead of print]
 19. Kachel M., Milewski K., Buszman P., Michalak M., Domaradzki W., Gerber W., Śliwka J., Nożyński J., Sobota M., Hirnle P., Białek-Brodocz M., Zembala M., Pawlak M., Płowiecki E., Kasperczyk J., Mężyk A., Bochenek A., Puzsman P.: State of the art. Of transcatheter treatment of aortic valve stenosis and the overview of the inflow project aiming at developing the first Polish TAVI system. *Cardiology Journal* 2017
 20. Ochman M., Maruszewski M., Wojarski J., Żegleń S., Karolak W., Stanjek-Cichoracka A., Przybyłowski P., Zembala M., Kukla M.: Serum levels of visfatin, omentin and irisin in patients with end-stage lung disease before and after lung transplantation. *Ann.Transplant.*2017; Vol.22, p.767-772
 21. Nadziakiewicz P., Zembala M.O., Słonka G., Balak W.: Successful use of Impella CP in cardiogenic shock after cardiac arrest: a first in Poland. *Kardiologia* 2017; 75; 8: 812
 22. Kowalczyk-Wieteska A., Filipiak K., Myszalski-Jamka K., Nożyński J. Zembala M.: Primary pericardial mesothelioma in a 48 year-old patients. *Pol Arch Intern Med*. 2017, 127: 792-793
 23. Gierszewska K, Jaworska I, Skrzypek M, Gąsior M, Pudło R. Quality of life in patients with coronary artery disease treated with coronary artery bypass grafting and hybrid coronary revascularization. *Cardiol.J.*2017, p.1-15.
 24. Maruszewski M., Żegleń S., Wojarski J., Ochman M., Karolak W., Kucewicz-Czech E., Gibas A., Kliczka A., Pisarska H., Zembala M.: Przeszczepianie płuc. W: *Medycyna transplantacyjna dla pielęgniarek*. Redakcja naukowa: Jarosław Czerwiński, Piotr Małkowski; PZWL, Warszawa, 2017: 369-396
- 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:
- International Medical Congress Of Silesia, 27-28 kwiecień 2017r. - prezentacja pracy: „The impact of sternal closure technique on thorax pain severity and the rate of recovery post cardiac surgery” Leszek Kukulski i Aleksandra Krawczyk
 - Ogólnopolska Studencka Konferencja Kardiologiczna, Gdańsk 26-27 maja 2017r. - 3. miejsce otrzymała praca pt. „Pomostowanie aortalno-wieńcowe technikami ON- i OFF-Pump – porównanie wyników leczenia w obserwacji odległej u pacjentów z rejestru Śląskiego Centrum Chorób Serca” Jacek Jankowski i Kinga Towarek

Najważniejsze wydarzenia:

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2017r. w Katedrze i Oddziale Klinicznym Kardiologii, Transplantologii, Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej SUM wykonano 45 transplantacji serca, 19 transplantacji płuc oraz 1866 zabiegów kardiologicznych w krążeniu pozaustrojowym.



WYDARZENIA ROKU 2017 - PODSUMOWANIE

Wprowadzenie hybrydowej metody leczenia zespołu niedorozwoju lewego serca” (hypoplastic left heart syndrome – HLHS)

Hybrydowa metoda etapowego leczenia Zespołu Hypoplazji Lewego Serca polegająca na założeniu bandingów na tętnice płucne i implantowaniu stentu do przewodu tętniczego Botalla. Metoda ta pozwala uniknąć wykonania złożonego zabiegu Norwooda u noworodków, obciążonego dużym ryzykiem zgonu w okresie okołooperacyjnym. Zabieg wykonywany jest bez krążenia pozaustrojowego i skraca czas pobytu dziecka na oddziale intensywnej opieki oraz sztucznej wentylacji w okresie pooperacyjnym. Zabieg jest mniej inwazyjny i pozwala wykonać kolejny trudny etap leczenia u starszego pacjenta.

Wprowadzenie od 2017r roku EX-VIVO LUNG PERFUSION – EVLP (pozaustrojowa perfuzja płuc)

Rozwój transplantologii płuc w Polsce (stały wzrost przeszczepianych płuc, rosnąca liczba ośrodków przeszczepiających) potwierdza istnienie możliwości wykorzystania większej ilości płuc od dawców wielonarządowych. Tym niemniej, odpowiednia terapia dawcy wielonarządowego jest bardzo trudna, zwłaszcza z punktu widzenia podtrzymania jakości funkcji płuc (wentylacja mechaniczna, kontrola infekcji i bilansu płynów). Opracowana w Toronto i innych ośrodkach transplantacyjnych na świecie metodologia EVLP może być w pierwszej kolejności wykorzystana do podtrzymania prawidłowej funkcji płuc, oceny, a w przyszłości do prowadzenia pozaustrojowej terapii. Dla zachowania rozwoju transplantologii płuc w Polsce należy dążyć do osiągnięcia dwóch celów: stałej poprawy wyników transplantacji i zwiększania liczby przeszczepów. Zastosowanie EVLP pozwoli na pobieranie większej ilości płuc od dawców (poprzez wprowadzenie bardziej liberalnych kryteriów akceptacji narządów), przeprowadzenie wielokrotnej oceny funkcji płuc, naprawy i regeneracji narządu, co nie tylko zwiększy ilość transplantacji, ale także poprawi ich bezpieczeństwo.



Końcowy efekt

Pierwsze kliniczne zastosowanie EVLP w Polsce miało miejsce 19.04.2017r. Chory lat 53 z całkowitą niewydolnością oddechową na tle POChP został przyjęty do transplantacji płuc. Dawca wstępnie spełniający kryteria do pobrania płuc, ale efekt śmierci mózgu wywołał pogorszenie wydolności płuc. Płuca zostały zakwalifikowane do EVLP – po ponad czterech godzinach perfuzji pozaustrojowej – płuca poprawiono i zdecydowano o wykonaniu przeszczepu płuc po EVLP. Chorego wypisano 40 dni po przeszczepie płuc – aktualnie całkowicie wydolny oddechowo.



Retransplantacja serca

Pacjent B.R. lat 53 po transplantacji serca 24.03.1992r. z powodu kardiomiopatii zastoinowej.

Pacjent został przyjęty 17.06.2017r. do SCCS z powodu niewydolności przeszczepionego serca. Wskazaniem do retransplantacji serca było pogarszający się stan mężczyzny po przebytej grypie i nasilające się zmęczenie przy wykonywaniu nawet małego wysiłku.

10.08.2017r. w Zabrze wykonano retransplantację serca z dobrym efektem.

Pacjent został wypisany do domu 1.09.2017r. Retransplantacja serca z technicznego, chirurgicznego punktu widzenia jest trudna, bowiem liczne zrosty w worku osierdziowym sprawiają, że jest trudniej wypreparować narząd i go usunąć, a później w jego miejsce wszczepić nowy. Retransplantacja serca jest rzadkim zabiegiem. W latach 1985 - 2017 w SCCS wykonaliśmy 5 retransplantacji serca.



WYDARZENIA ROKU 2017 - PODSUMOWANIE

Małoinwazyjna implantacja sztucznych komór serca typu Heart Mate 3

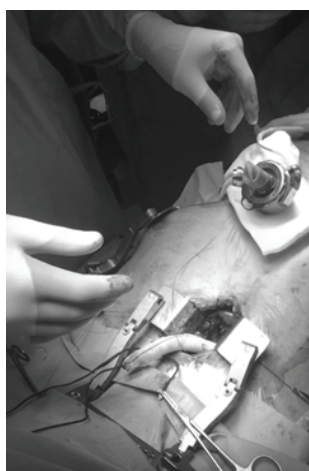
Jako pierwsi w Polsce 14.02.2017r. w ŚCCS w Zabrze rozpoczęliśmy nowatorską metodę małoinwazyjnych implantacji sztucznych komór serca o przepływie ciągłym typu Heart Mate 3. Ograniczenie rozległości zabiegu pozwala zachować pełną stabilność mostka klatki piersiowej i przyspieszyć rehabilitację tych skrajnie trudnych pacjentów. W przypadku reoperacji opracowaliśmy bezpieczną metodę tunelizacji sztucznej komory serca poprzez prawą opłucną pacjenta, a dopiero następnie połączenie jej z aortą wstępującą. Technika ta wyeliminowała ryzyko skręceń, czy nieprawidłowych ułożeń sztucznej komory serca, a także ograniczyła rozległość zabiegu. Pod kierunkiem dr hab. n. med. Michała Zembali zespół w składzie: dr n. med. Krzysztof Filipiak, lek. Remigiusz Antończyk, Jacek Waszak, lek. Tomasz Wolny wykonał z powodzeniem 11 takich operacji. Zabrzańską metodę małoinwazyjnych implantacji sztucznych komór serca prentowaliśmy ucząc w ośrodkach zagranicznych.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom i wobec coraz większej liczby pacjentów oczekujących na transplantację serca, rozpoczęliśmy jako jedyni w kraju program wymiany sztucznych komór serca o przepływie ciągłym (LVAD). Operacje takie także wykonywane są techniką małoinwazyjną.

Pacjenta z zakrzepicą sztucznej komory serca typu HeartWare, przyjęliśmy 17.02.2017r. transportem lotniczym będącego już 4 lata na ciągłym mechanicznym wspomaganiu serca. Ze względu na przeciwwskazania do wdrożenia leczenia trombolitycznego (udar krwotoczny w przeszłości) wykonaliśmy wymianę sztucznej komory serca metodą małoinwazyjną wykorzystując tylko pojedynczą torakotomię lewostronną. W 16 dobie pooperacyjnej pacjent został wypisany do domu.

W roku 2017 wykonaliśmy 2 takie operacje.

Sukcesy rodzą się zawsze w pracy zespołowej w poświęceniu i kompetencji ludzi.



Zabieg przezcewnikowej implantacji zastawki aortalnej metodą TAVI

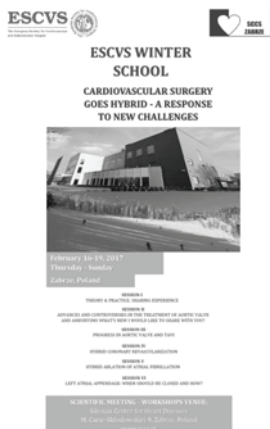
Rok 2017 to dla zespołu TAVI rok niezwykle udany. Zanotowaliśmy istotny wzrost ilości wykonanych zabiegów, które choć drogie i wymagające, pozwalają leczyć chorych najtrudniejszych, zdyskwalifikowanych od leczenia klasycznego.

Warto wspomnieć, iż zespół dra hab. Michała Zembali i dra Michała Hawranka, wspomagany przez dra Tomasza Niklewskiego (kardiolog, echokardiografista), dra Tomasza Wolnego (anestezjolog) oraz młodszych kolegów dra Jacka Waclawskiego (kardiolog) oraz dra Jana Rychtera (kardiochirurg) pracując na uznanej platformie Symetis/Boston Scientific Acurate Neo brał udział w międzynarodowym badaniu klinicznym oceniającym bezpieczeństwo i skuteczność zabiegu TAVI z wykorzystaniem wspomnianej zastawki serca. Co ciekawe - nasz zespół miał jedno z lepszych wyników leczenia i uplasował się na 10 pozycji w 30 ośrodkowym zestawieniu, tuż poniżej niezwykle doświadczonych ośrodków niemieckich. Obserwowany przez nas odsetek powikłań przewodnictwa przedsionkowo-komorowego wymagającego implantacji stymulatora serca wyniósł poniżej 6%, a odsetek obserwowanych przecieków okołozastawkowych o stopniu umiarkowanym - poniżej 2%.

Na uwagę zasługuje fakt, że dr hab. Michał Zembala pracując w charakterze proktora TAVI miał przywilej uczyć tej metody terapii kardiologów i kardiochirurgów w ośrodkach niemieckich, szwajcarskich, holenderskich, hiszpańskich, portugalskich, włoskich, belgijskich, brytyjskich, australijskich oraz rodzimych - polskich.

WYDARZENIA ROKU 2017 - PODSUMOWANIE

W dniach 17-18 lutego 2017 odbyły się po raz pierwszy w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze warsztaty Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Serca i Naczyń, skierowane do młodych kardiochirurgów, chirurgów naczyniowych i endowaskularnych - ESCVS Winter School. ESCVS Winter School to nasza bardzo ciekawa inicjatywa, której celem jest umożliwienie dodatkowego szkolenia, zdobycia wiedzy i wymiany doświadczeń z uznanymi ekspertami ambitnym, wyróżniającym się lekarzom - rezydentom z Europy.



Prof. Marian Zembala, dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, objął funkcję Prezesa Europejskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów (EACTS), podczas dorocznego zjazdu tej organizacji, trwającego od 7 do 11 października br. w Wiedniu.

EACTS to największa na świecie organizacja skupiająca kardio- i torakochirurgów. Prof. Marian Zembala od lat aktywnie działa w EACTS, pracując m.in. nad wytycznymi dotyczącymi leczenia chorób naczyń wieńcowych dla kardiologów i kardiochirurgów. Jest pierwszym Polakiem kierującym tą organizacją w jej ponad trzydziestoletniej historii.

W Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze w dniu 19 września 2017r. odbyła się prezentacja książki pt. „Spotkania”, w której treści znalazły się także historie ludzi i zdarzeń, składające się na osiągnięcia zabrzańskiej kardiologii i kardiochirurgii, powstałe w ponad 30-letniej historii działalności naszego ośrodka.

„Spotkania. Opowieść o wierze w człowieka” jest wywiadem Dawida Kubiakowskiego z profesorem Marianem Zembalą, który porusza także kwestie historii polskiej kardiochirurgii i transplantologii.

W książce prof. M. Zembala przybliżył nam swoje życie zawodowe, jak i prywatne. Szczegółowo obrazuje swoje doświadczenie i udział w projektach prowadzonych przez zagraniczne placówki. Opowiada o przyjaźni ze Zbigniewem Religą, który jest autorytetem w dziedzinie polskiej kardiochirurgii i transplantologii.



WYDARZENIA ROKU 2017 - PODSUMOWANIE

Nagrody:

- prof. M.Zembala został wyróżniony przez Rzecznika Praw Dziecka Odznaką Honorową za Zasługi dla Ochrony Praw Dziecka (marzec 2017 r.)
- prof. M. Zembala otrzymał nagrodę w kategorii „Osobowość polskiej transplantologii” (kwiecień 2017r.)
- Prof. Marian Zembala został wyróżniony przez Fundację Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska” tytułem „Promotor Polski” (11.05.2017) za sukcesy osiągnięte na polu biznesowym, kulturalnym i naukowym budując wizerunek marki „Polska”
- Nagroda zespołowa III stopnia Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w zakresie działalności naukowej dla prof. M. Zembali, prof. M. Zakliczyńskiego oraz dr hab. J. Pacholewicza
- Dr Roman Przybylski został członkiem Honorowym Ukraińskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów.



MEDAL ZA DŁUGOLETNIĄ SŁUŻBĘ

Od roku 1985 w Śląskim Centrum Chorób Serca wykonuje się przeszczepy serca i płuc.

Aby pomyślnie przeprowadzić zabieg transplantacji niezbędna jest funkcja koordynatora. Osoba ta, bez względu na porę dnia i nocy zobowiązana jest do odbierania zgłoszeń potencjalnych dawców narządów. Otrzymanie takiej informacji jest początkiem skomplikowanej procedury. Od tego momentu do zadań koordynatora należy zorganizowanie szeregu działań koniecznych aby sprawnie odbyło się pobranie narządu oraz jego transport do wszczepienia.

Koordinator Krzysztof Tkocz pełni tą odpowiedzialną funkcję od 1996 roku.







Nasz pracownik, Pan Krzysztof Tkocz został odznaczony przez Pana Andrzeja Dudę, Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Srebrnym Medalem za długoletnią służbę.

Medal nadawany za wzorowe, wyjątkowo sumienne wykonywanie obowiązków wynikających z pracy zawodowej w służbie Państwa.

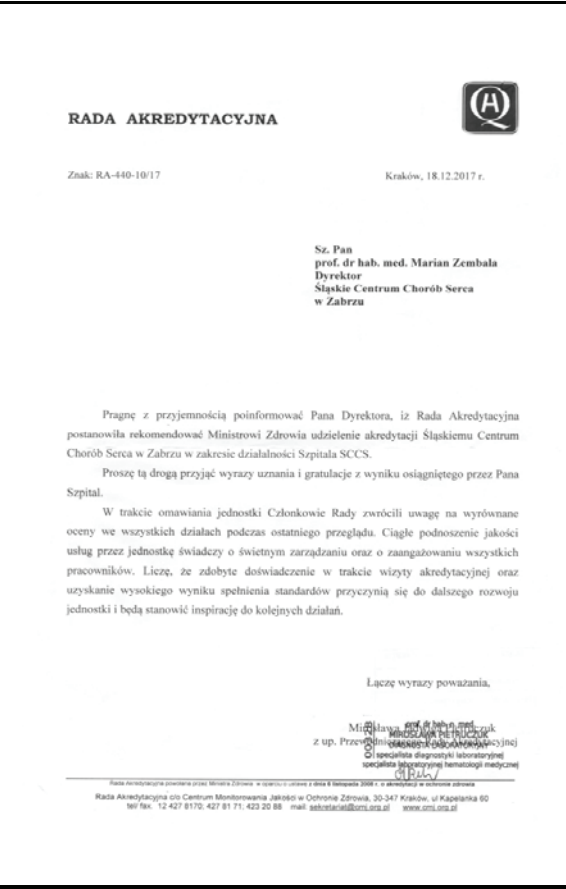

Gratulujemy!



KALENDARIUM PRYZNANYCH NAGRÓD I CERTYFIKATÓW - ROK 2017

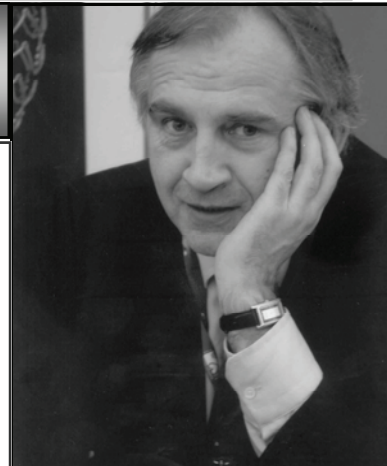
Certyfikat Zintegrowanego Systemu Zarządzania	
<p>Luty</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu prowadzi politykę Zarządzania zgodnie z zasadami Zintegrowanego Systemu Zarządzania wg ISO Jakości 9001:2008; Środowiska ISO 14001:2004; Bezpieczeństwa i Higieny Pracy PN-N 18001:2004. Pierwsza certyfikacja ISO 9001 odbyła się w 2005 roku, a dla Środowiska ISO 14001 i Bezpieczeństwa i Higieny Pracy PN-N 18001 odbyła się w 2007 roku.</p> <p>W styczniu 2017 roku po raz kolejny odbył się audyt certyfikujący Zintegrowany System Zarządzania.</p> </div> <div style="width: 50%; text-align: center;">  <h2>CERTYFIKAT</h2> <p>Przyznany organizacji: ŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB SERCA W ZABRZU ul. M. Curie-Skłodowskiej 9 41-800 Zabrze</p> <p><small>Biuro Certyfikacji Systemów Zarządzania Polskiego Rejestru Statków S.A. al. gen. Józefa Hallera 126, 80-410 Gdańsk, zaświadcza, że Zintegrowany System Zarządzania obejmujący System Zarządzania Jakością, System Zarządzania Środowiskowego oraz System Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy wyżej wymienionej organizacji został oceniony i stwierdzono jego zgodność z wymaganiami:</small></p> <p>ISO 9001:2008 ISO 14001:2004 PN-N-18001:2004</p> <p><small>Zakres certyfikacji: ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH STACJONARNYCH I AMBULATORYJNYCH W ZAKRESIE KARDIOLOGII DOROSŁYCH I DZIECI, KARDIOCHIRURGII DOROSŁYCH I DZIECI, TRANSPLANTOLOGII DOROSŁYCH I DZIECI, CHIRURGII NACZYNIOWEJ, DIABETOLOGII, ANGIOLOGII, ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII DOROSŁYCH I DZIECI, CHIRURGII KŁATKI PIERSIOWEJ, CHOROÓB PŁUC, BADAŃ PODSTAWOWYCH DOTYCZĄCYCH CHOROÓB SERCA, PŁUC I NACZYŃ ORAZ EFEKTYWNOŚCI MEDYCZNO-EKONOMICZNEJ LECZENIA ŚWIADCZENIE USŁUG STERYLIZACJI WYROBÓW MEDYCZNYCH</small></p> <p><small>Pierwsze wydanie Certyfikatu: 26.01.2005 Certyfikat jest ważny do: 14.09.2018</small></p> <p>Nr Certyfikatu: NC-1000</p> <p><small>Gdańsk, 03.02.2017</small></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">    </div> <p><small>Porozumienie IAF MA dotyczy QMS / EMS</small></p> </div> </div>
Ranking szpitali tygodnika Wprost	
<p>Maj</p>	<p>W rankingu szpitali kardiologicznych i kardiologicznych tygodnika „Wprost” w 2017 roku Śląskie Centrum Chorób Serca w generalnej klasyfikacji znalazło się na pierwszej pozycji. Zajęliśmy to zaszczytne miejsce dzięki ciężkiej, wymagającej, ofiarnej pracy Was wszystkich. Gdyby nie Zespół, który razem tworzymy, na wszystkich szczeblach, ten sukces nie byłby możliwy</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div>

KALENDARIUM PRYZNANYCH NAGRÓD I CERTYFIKATÓW - ROK 2017

Akredytacja szpitala – niezależne potwierdzenie wysokiej jakości świadczonych usług	
<p>Grudzień</p>	<p>W oparciu o ocenę dokonaną przez zespół wizytatorów Ośrodka Akredytacyjnego, Rada Akredytacyjna nadała Śląskiemu Centrum Chorób Serca w Zabrze status „Szpitala Akredytowanego”.</p> <p>Akredytacja jest nieocenionym narzędziem, które wprost przekłada się na jakość opieki nad pacjentem. Dostarcza pewności pacjentom, że personel pracuje zgodnie z najlepszymi praktykami międzynarodowymi. Certyfikat akredytacyjny wydawany jest na okres trzech lat i stanowi dowód, iż Szpital cechuje się wysokim poziomem funkcjonowania oraz dobrą jakością udzielanych świadczeń.</p> <div data-bbox="922 282 1490 1167">  </div>
<p>Grudzień</p>	<p>Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze wzięło udział w rankingu „Bezpieczny Szpital Przyszłości Ranking Szpitali 2017”. To już XIV 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: <i>zarządzanie</i> (punkty przyznawane są za spełnianie wymogów sanitarnych, infrastrukturę, inwestycje i konserwację sprzętu medycznego, system sterylizacji, informatyzację, kondycję finansową), <i>jakość opieki</i> (punkty przyznawane są za certyfikaty jakości, zespoły monitorujące bezpieczeństwo pacjenta), <i>opieka medyczna</i> (punkty przyznawane są za warunki w salach operacyjnych i szpitalnych, wykształcenie i kwalifikacje kadry medycznej, politykę lekową), <i>jakość usług</i> (punkty przyznawane są za prowadzenie badań satysfakcji pacjentów, wprowadzone algorytmy /standardy/ wytyczne postępowania klinicznego, programu rejestracji zakażeń), <i>certyfikaty jakości</i> (punkty przyznawane są za certyfikat akredytacyjny), <i>komfort pobytu pacjenta</i> (punkty przyznawane są za wszystkie udogodnienia dla pacjenta podczas hospitalizacji), <i>analiza zdarzeń i skarg</i> (punkty przyznawane są za monitorowanie zdarzeń niepożądanych oraz skarg).</p> <p>14 grudnia 2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie najbardziej oczekiwanego na rynku medycznym zestawienia. Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze na zajęło IV miejsce w kraju w kategorii „Szpitale zabiegowe, monospecjalistyczne bez onkologicznych”</p> <p>To sukces dla Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze.</p> <div data-bbox="922 1167 1490 2105">  </div>



Punkt widzenia



Rządzenie jest nieustanną sztafetą

O zmianie na stanowisku ministra zdrowia, wyzwaniach, jakie czekają nowego szefa resortu oraz cechach charakteru, niezbędnych do wykonywania tej funkcji rozmawiamy z byłym ministrem zdrowia, prof. dr. hab. n. med. Marianem Zembalą.

Powołany został nowy minister zdrowia prof. dr hab. n. med. Łukasz Szumowski, który nie jest osobą tak znaną, jak jego poprzednicy...

Prof. Szumowskiego znam przede wszystkim jako dobrego, ambitnego lekarza kardiologa, z cenionym dorobkiem naukowym, ale także - z dobrej strony - jako wiceministra nauki. Rządzący wciąż za mało doceniają dorobek uczonych z zakresu medycyny, farmacji i bioinżynierii, podczas gdy to właśnie te dyscypliny wiodą prym w nauce polskiej, ustępując jedynie fizyce. Minister Szumowski, za sprawą swojego protektora, wicepremiera Jarosława Gowina, ma szansę to pogłębić.

A jak przedstawić sylwetkę prof. Szumowskiego jako lekarza?

Reprezentuje on nowoczesną akademicką kardiologię ze znakomitej szkoły - Instytutu Kardiologii w Warszawie, kierowanej przez ambitnych i utalentowanych liderów, a jako elektrofizjolog jest wychowankiem jej pioniera prof. Franciszka Walczaka. W tym, co profesor mówił i robił, był nie tylko prawdziwie odważny i dobrze zorganizowany, ale także znany z twardości i charakteru. Prof. Szumowski jest właśnie z tej szkoły solidności, konkretnego działania i odpowiedzialności. Wierzę, że jako minister będzie otwarty na to, co sprawdziło się w kraju i zagranicą, co dobrze działa w systemie ochrony zdrowia. Dziś w Polsce należy unikać kosztownych, niepotrzebnych eksperymentów i zmian tylko dla samych zmian.

Minister Szumowski wchodzi do akcji w trudnym momencie, bowiem sprawa wypowiedzienia klauzul opt-out nie jest wcale marginalna, jak widział ją Konstanty Radziwiłł.

Minister zdrowia jest zawsze w trudniejszym położeniu niż inni szefowie resortów. Tylko odwaga i decyzyjność mogą mu pomóc w rozwiązywaniu istniejących problemów, w nadaniu im priorytetów i określeniu harmonogramów. W minionym roku prof. Szumowski jako wiceminister nauki cieszył się wsparciem wicepremiera Gowina. Jestem przekonany, że doszło do tego wsparcie premiera Mateusza Morawieckiego, który mocno zaakcentował sprawy zdrowia w swoim exposé i w budżecie państwa na 2018 rok. Nie wolno nie zauważyć, że dokonano nowego rozdziału środków przeznaczonych na zdrowie w relacji do PKB: 6 proc. to jednak nie to samo co 4,6 proc. Postulat, że lepiej byłoby mieć te środki już w 2023 roku jest zasadny, ale coś już mamy zapisane i tego się nie cofnie. Nie sądzę, aby ze strony

Prof. dr hab.

Marian Zembala

*Dyrektor Śląskiego Centrum
Chorób Serca*

rządu nie było pola do kompromisu, bo nadal są niewykorzystane możliwości zwiększenia puli środków.

Jakie to dodatkowe możliwości?

Ich źródłem mogą być doubezpieczenia, które Polacy wciąż niewłaściwie kojarzą z wyciąganiem dodatkowych pieniędzy z portfela. System polegałby na tym, że w zależności od wysokości zarobków wchodziłoby się w dodatkową taryfę ubezpieczenia zdrowotnego i znacząco zwiększało zasoby środków w ochronie zdrowia. Wciąż boimy się tych rozwiązań, chociaż w mojej ocenie są nie do uniknięcia, skoro sprawdziły się we wszystkich krajach rozwiniętych. Jest jeszcze jedno wciąż niewykorzystane źródło, a pierwsze prace nad jego uruchomieniem zaczęliśmy wspólnie z prof. Zbigniewem Religą, choć, niestety, przegraliśmy z lobby ubezpieczeniowym. Wciąż wyżej stawia ono ubezpieczenie karoserii i silnika auta niż ofiar wypadków, wymagających zwykle długotrwałego i kosztownego leczenia. Tymczasem w innych krajach od 5 do 8 proc. środków z tej puli przeznaczonych jest dla oddziałów ratunkowych i urazowych. To byłyby znaczące dodatkowe środki, których dziś bardzo brakuje tym oddziałom i szpitalom.

Wśród zgłaszanych postulatów wymienia się także terminy wdrażania programów rządowych.

To wyjątkowo ważna sprawa, zwłaszcza wobec zapowiedzi premiera Morawieckiego znacznego zwiększenia środków na programy rządowe w latach 2018-2020 w zakresie profilaktyki i leczenia chorób serca, naczyń obwodowych i mózgowych, programów onkologicznych, medycyny transplantacyjnej oraz programów poświęconych dzieciom i medycynie senioralnej. W krajach dobrze pod tym względem zarządzanych, wszelkie programy rządowe, które przecież wymagają przestrzegania procedur przetargowych, wdrażane są najpóźniej na początku II kwartału, zaraz po przejściu etapu proceduralnego. A u nas zaczyna się o nich rozmawiać dopiero w marcu, decyzje podejmuje w czerwcu, zaś same procedury uruchamia w październiku, a realizuje w listopadzie bądź grudniu. To jest niedopuszczalne i nieracjonalne, wszyscy na tym tracimy, a najwięcej chorzy. Tracimy zarówno ekonomicznie, bo pospieszne przetargi oznaczają wyższe ceny, jak i medycznie, gdyż pośpiech i niepewność nie sprzyjają racjonalnym działaniom. Nie wspominając o sądowych sporach konkurujących ze sobą firm, uniemożliwiających często realizację wielu przetargów.

Czy dobrze się stało, że ocalał NFZ?

Gdybyśmy rozwiązali Narodowy Fundusz Zdrowia, to dziś system ochrony zdrowia byłby w nieporównanie trudniejszej sytuacji, trudnej nawet do wyobrażenia... Wygrała decyzja o pozostawieniu funduszu, co przecież nie zamyka drogi do jego reformowania i doskonalenia. Ciągła huśtawka pomysłów wokół NFZ spowodowała, że ok. 200 najlepszych fachowców bezpowrotnie z niego odeszło. Z kadrami i instytucjami w ogóle trzeba postępować mniej rewolucyjnie.

A jak postępować z kosztami w służbie zdrowia?

Prawdą jest, że będą rosnąć, ale trzeba je racjonalizować na poziomie centralnym. Przykład zakupu cyklotronów w 2015 roku: ogłasza się konkurs, ale jego warunki sprawiają, iż w jednym województwie byłyby nawet trzy nowe urządzenia, a w innym żadnego. Tymczasem to warunki zamówienia powinny definiować, że urządzenia w pierwszej kolejności otrzymają ośrodki, które ich nie posiadają, a w dalszej - te ze sprzętem już zamortyzowanym. Jeszcze jako minister musiałem w tej sprawie zdecydowanie interweniować, wbrew różnym grupom nacisku.

Nowy minister musi „umieć się postawić”?

Rozumiałbym to bardziej jako podejmowanie stanowczych decyzji i konsekwentnych działań. O swoich racjach trzeba przekonywać premiera, cały rząd i parlamentarzystów. Decyzyjność, decyzyjność i jeszcze raz decyzyjność... A ponieważ minister Szumowski ma taką osobowość, to jest to wielka szansa dla ochrony zdrowia.

Czy pierwsze decyzje powinny dotyczyć sprawy protestu rezydentów?

Rezydenci, wyrażając interesy nie tylko własnej grupy, uczynili to z klasą, nie odchodząc od łóżek pacjentów. Ale z własnej praktyki wiem - tylko nie trzeba się bać uczciwie o tym mówić - że nie da się w limicie czasowym 8.00 do 14.00 wyszkolić rezydentów w specjalnościach zabiegowych. Zwłaszcza że w wielu ośrodkach wciąż nie najlepiej funkcjonują programy szkolenia podyplomowego. Nie tylko zresztą w Polsce, ponieważ dokumentują to rezydenci z Kanady, USA, Australii, Holandii, Francji, Wielkiej Brytanii i Szwajcarii. W najbardziej renomowanych ośrodkach specjalizacyjnych w Ameryce wręcz przywraca się zasadę dyżuru co drugi dzień. Bardzo mecząca, zwłaszcza w pierwszych dwóch latach rezydentury, lecz skuteczną w szkoleniu i zdobywaniu doświadczenia. Proces szkolenia jest dziś zdecydowanie trudniejszy, dłuższy i bardziej wymagający. Przed kierownikiem specjalizacji zawsze stoi dylemat, kiedy po okresie szkolenia powierzyć rezydentowi pacjenta? Idzie za tym przecież odpowiedzialność zawodowa i etyczna, bo skoro rezydentura się kończy, a do egzaminu pozostał jeszcze rok, to w jakiej formule zatrudnić takiego lekarza? Czy dopuścić go do zabiegów, gdzie kładzie się nacisk na brak powikłań? Czy ktoś jeszcze 10 lat temu zwracał uwagę na udokumentowaną poprzez audytowane rejestry jakość oraz wczesne i odległe wyniki leczenia?

To się nie uda bez odbudowania prawidłowych relacji w zespołach medycznych.

Wysiłek trzeba położyć na włączenie do nich ratowników medycznych, wspierających pracę pielęgniarek na oddziałach szpitalnych. Tracimy bezcenny czas nie powołując nowego zawodu asystenta lekarza, rekrutowanego spośród pielęgniarek i ratowników, także zawodu inżyniera medycznego do obsługi i konserwacji skomplikowanej aparatury medycznej czy zawodu asystentki pielęgnacyjnej bądź administracyjnej. Prawidłowa piramida zespołu medycznego powinna składać się z profesora na szczycie, konsultantów poniżej (ale wspieranych przez przynajmniej 2 rezydentów) oraz asystentów lekarza, pielęgniarki, ratowników i pracownika administracji.

Jak wygląda rządzenie polską służbą zdrowia z perspektywy gabinetu nowo powołanego ministra?

Niezależnie od własnych programów, planów i ambicji, należy być przygotowanym do doraźnych, nieprzewidzianych działań. Ja już w drugim dniu kierowania resortem pojechałem do szpitala w Wyszkwowie „gasić” głodowy strajk pielęgniarek, potem podobna sytuacja była w Rybniku... Ważne, że mogłem liczyć na wsparcie premier Ewy Kopacz i jej rozważne rady. Nie zmienia to faktu, że drogą dialogu trzeba dość szybko wypracować decyzje, następnie je konsekwentnie realizować, a gdy trzeba, bronić. Druga strona zaś powinna dać ministrowi kapitał zaufania i niezbędnego spokoju, by nie zaczynał od kryzysu uniemożliwiającego otwarcie na zmiany. Odwaga, rozważa, decyzyjność i konsekwencja to w mojej ocenie podstawa sukcesu w kierowaniu tym trudnym resortem, rządzenie bowiem jest nieustanną sztafetą.

Rozmawiał Jerzy Papuga

cytat

Odwaga, rozważa, decyzyjność i konsekwencja to podstawa sukcesu w kierowaniu tym trudnym resortem.

Prof. Marian Zembala

Kardiochirurg, kierownik Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiochirurgii, Transplantologii, Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego i dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Jest posłem na Sejm RP.

"Puls Medycyny" nr 1(351) 24 stycznia 2017. Rozmawiał Jerzy Papuga.



Rehabilitacja kardiologiczna jest kontynuacją świadczeń związanych z leczeniem pacjentów z chorobami serca i naczyń. Wspomaga leczenie i promuje prewencję. Opierając się na różnych metodach działania warunkuje uzyskanie sprawności funkcjonalnej, poprawia jakość życia, spowalnia postęp choroby, redukuje hospitalizacje i śmiertelność. Rehabilitacja kardiologiczna jest skuteczna i uzasadniona ekonomicznie. Rekomendacje Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz towarzystw amerykańskich: AHA (American Heart Association) i ACC (American College of Cardiology) przypisują jej najwyższy poziom dowodu naukowego (klasa I) [1,2,3].

Programy kompleksowej rehabilitacji i wtórnej prewencji są obecnie uważane za standard w postępowaniu u pacjentów po ostrym zespole wieńcowym, rewaskularyzacji mięśnia sercowego lub z niewydolnością serca [4]. Pacjenci kardiologiczni to coraz częściej trudni w prowadzeniu chorzy wysokiego ryzyka, osoby starsze z wieloma współistniejącymi i problemami zdrowotnymi, wymagający indywidualnego planowania i prowadzenia według ściśle określonych kryteriów.

Jak wynika z raportu zespołu ekspertów do niedawna brak było w Polsce, zintegrowanego systemu organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji, co w rezultacie ograniczało dostępność do dalszej opieki poszpitalnej i programów prewencyjnych.

W oparciu o przygotowaną strategię rozwoju rehabilitacji kardiologicznej oraz wyniki "Analizy słabych punktów w systemie (prewencji wtórnej i rehabilitacji) z perspektywy interesariuszy systemu" Polskie Towarzystwo Kardiologiczne zainicjowało projekt zatytułowany „Optymalny model kompleksowej rehabilitacji i wtórnej prewencji” (2013). Jest to propozycja kierowanego do pacjentów kardiologicznych i kardiologicznych nowoczesnego, spójnego i obejmującego obszar całego kraju systemu prowadzenia rehabilitacji i prewencji. Schemat ten, przygotowany wspólnie przez ekspertów z dziedziny

rehabilitacji i prewencji oraz kardiologów interwencyjnych, kardiologów nieinwazyjnych i kardiochirurgów, integruje działania szpitalne i poszpitalne w ramach rehabilitacji stacjonarnej, ambulatoryjnej i hybrydowej; uwzględnia edukację pacjentów, ocenę czynników ryzyka i łatwiejszy kontakt z kardiologiem [5,6].

W myśl tej koncepcji rehabilitacja kardiologiczna prowadzona w wyspecjalizowanych ośrodkach powinna ułatwić zrozumienie znaczenia, jakie ma kontynuacja optymalnej farmakoterapii i utrzymywanie zaleconych zmian stylu życia. Potrzebę takiego postępowania potwierdzają badania, w których wykazano, że osoby uczestniczące w programach kompleksowej rehabilitacji i wtórnej prewencji istotnie częściej osiągają cele terapeutyczne stawiane w wytycznych dotyczących profilaktyki chorób układu krążenia [1,7].

Pomimo dynamicznego rozwoju metod inwazyjnego leczenia ostrych zespołów wieńcowych ocenia się, że nadal co jedenasty pacjent po zawale serca umiera w okresie od wypisu do 12 miesięcy po wyjściu ze szpitala. Przyczyn jest wiele m.in. przebieg choroby, inne obciążenia i schorzenia, ale także nieodpowiedni styl życia i niedostateczna kontrola czynników ryzyka, co w dużym stopniu spowodowane jest brakiem dostępu do ośrodków prowadzących skoordynowaną opiekę poszpitalną. Proponowany model zakłada, że programy rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji mogą być prowadzone w ośrodkach spełniających odpowiednie kryteria, przy szpitalach mających w swej strukturze oddział kardiologii lub chorób wewnętrznych, przy poradniach kardiologicznych lub większych poradniach podstawowej opieki zdrowotnej.

Oszacowano, że proponowane rozwiązanie pozwoli na znaczące zwiększenie dostępności do rehabilitacji i wtórnej prewencji, zwiększy liczbę pacjentów objętych opieką poszpitalną co w rezultacie powinno zredukować liczbę zgonów, zawałów serca, zabiegów rewaskularyzacji oraz hospitalizacji z przyczyn kardiologicznych [8].

Brytyjska agencja oceny technologii medycznych (NICE - Institute of Health and Clinical Excellence) rekomenduje rozpoczęcie rehabilitacji kardiologicznej w ciągu 10 dni od momentu opuszczenia szpitala [6], co jest spójne z wynikami innych publikacji wskazujących, że czas do jej rozpoczęcia powinien być nie dłuższy niż 15-20 dni [9]. Skrócenie czasu oczekiwania na udział w programie przekłada się na większy odsetek pacjentów uczestniczących w rehabilitacji kardiologicznej oraz na poprawę efektów zdrowotnych.

Tymczasem wyniki analiz prowadzonych na połączonych danych rejestru AMI-PL oraz danych z NFZ OW Śląsk (Dane Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej L. Poloński, M. Gąsior, M. Gierlotka) wskazują na niski odsetek (34%) pacjentów poddawanych rehabilitacji kardiologicznej, długi czas oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji (mediana 2 msc), długi czas oczekiwania na wykonanie II etapu rewaskularyzacji (mediana 2 msc) oraz odległy termin wizyty u kardiologa (mediana 4 msc).

W 2015 roku Ministerstwo Zdrowia zleciło zbadanie możliwości realizacji w polskim systemie kompleksowej opieki poszpitalnej lub innych rozwiązań, które mogłyby poprawić jakość udzielanych świadczeń i wpłynąć na wyniki zdrowotne pacjentów poprzez zwiększoną dostępność do programów rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji. Tak powstał projekt „Kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale serca (KOS-zawał)” obejmujący:

pełną rewaskularyzację, elektroterapię, kompleksową rehabilitację i edukację oraz specjalistyczną opiekę kardiologiczną. Ten system oceniający jakość opieki medycznej po zawale serca, zawiera szereg wskaźników, których analiza pozwoli na ocenę jakości udzielanych świadczeń w placówkach uczestniczących w programie [9].

Osrodek realizujący projekt KOS-zawał jest zobowiązany po 12 miesiącach przedstawić sprawozdanie z ocenianych efektów opieki. Są nimi: odsetek chorych, którzy ukończyli rehabilitację, ilość osób palących papierosy, odsetek pacjentów z frakcją LDL < 1,8 mmol/l, utrzymujący prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego < 140/90 mmHg, mający stężenie glukozy na czczo < 7,0 mmol/l i prawidłową wagę ciała BMI < 30 kg/m² [10].

Wraz z wdrożeniem tzw. sieci szpitali w październiku ubiegłego roku ok. 23 podmioty w Polsce miały podpisaną umowę na realizację świadczeń w ramach opieki KOS-zawał, na Śląsku wśród kilkunastu ośrodków zainteresowanych udziałem w tym programie znalazło się Śląskie Centrum Chorób Serca.

Nowy Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej



Wychodząc naprzeciw potrzebie poszerzenia bazy rehabilitacji poszpitalnej i zwiększenia dostępności do programów rehabilitacji i prewencji, w strukturach Śląskiego Centrum Chorób Serca powstał Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej. Ordynatorem został dr Jacek Sikora, a obowiązki oddziałowej przyjęła mgr Anna Larysz.

Rehabilitację prowadzi zespół fizjoterapeutów: Karina Drzał, Magdalena Kaszewska, Robert Misz, Irena Młynarczyk, Michał Rau i Mirosław Urban, który dba o jakość i skuteczność stosowanych ćwiczeń i zabiegów. Po wstępnych badaniach lekarskich i ocenie funkcjonalnej chorego, ustala program rehabilitacji, rodzaj ćwiczeń, intensywność, czas trwania, formę zajęć indywidualną i/ lub grupową oraz parametry treningu fizycznego. Zapewnia skuteczną rehabilitację i pomoc w osiągnięciu optymalnej wydolności fizycznej. Uczy chorych jak kontrolować i bezpiecznie wykonywać wysiłki fizyczne, wspiera edukacją w ramach prewencji wtórnej.

Żywimy przekonanie, że nowy oddział spełni warunki, jakie nakłada na nas skoordynowana opieka kardiologiczna i zapewni naszym pacjentom najlepszy zakres świadczeń zdrowotnych.

dr Jacek Sikora

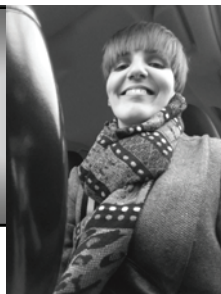
mgr Irena Młynarczyk

Piśmiennictwo:

1. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J.* 2012; 33:1635-701
2. Piepoli MF, Benzer W, Bjarnason-Wehrens B, Dendale P, Gaita D, McGee H, Mendes M, Niebauer J, Zwisler AD, Schmidt JP. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2010;17:1-17
3. AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 Update. *Circulation.* 2011;124:2458-2473
4. Balady GJ, Ades PA, Bittner VA, Franclin BA, Gordon NF, Thomas RJ, Tomaselli GF, Yancy CW. Referral, Enrollment, and Delivery of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs at Clinical Centers and Beyond: A Presidential Advisory From the American Heart Association. *Circulation.* 2011;124: 2951-2960
5. Jankowski P, Niewada M, Bochenek A i wsp. Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji Kardiologii. *Kardiologia Pol.* 2013; 71: 995-1003
6. Jankowski P, Czarnicka D, Wolfshaut-Wolak R i wsp. Secondary prevention of coronary artery disease in contemporary clinical practice. *Cardiol J.* 2015; 22:219-226.
7. Kotsera K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D. Use and effects of cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease: results from the EUROASPIRE III survey. *Eur J Prev Cardiol.* 2012
8. Gałaszek M, Eysymontt Z. Aktualny stan rehabilitacji kardiologicznej w Polsce. Raport Sekcji Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku Fizycznego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. 2012
9. Collins CI, Suskin N, Aggarwal S, Grace SL. Cardiac rehabilitation wait times and relation to patient outcomes. *European Journal of physical and rehabilitation medicine* 2015, 51, s. 301-309.
10. Raport AOTMiT – Opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego

Katarzyna Kasińska

Wolontariusz i Koordynator Fundacji
Śląskiego Centrum Chorób Serca
w Zabrze



*"Troska o dziecko jest pierwszym
i podstawowym sprawdzianem stosunku człowieka do
człowieka"*

św. Jan Paweł II

Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca

Jestem, Chcę, Pomagam to hasło, które przyświeca Osobom zaangażowanym w Wolontariat naszej Fundacji. Działania, które prowadzimy przez cały rok kumulują się i wybuchają w okresie przedświątecznym.

Wolontariusze i koordynatorzy przygotowali szereg spontanicznych spotkań, które sprawiły, że magię Świąt poczuli wszyscy Pacjenci Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze.

Jak co roku grudzień zaczęliśmy Akcją Mikołajkową (5.12.), która na stałe wpisana jest w nasz kalendarz. Piątka Niezwykłych Mikołajów, którą tworzą Wolontariusze i Przyjaciele Fundacji, przeszła wraz z liczną gwardią pomocników i zebrała żniwo pozytywnej świątecznej energii i radości!

Wszyscy Pacjenci – najmłodszy i Ci nieco starsi – zostali obdarowani słodyczkami, maskotkami, książeczkami i rękodziełem stworzonym przez Przedszkolaków z zabrzańskiego Przedszkola nr 25.

W jedności siła!

Wolontariusze Fundacji połączyli siły z ogromnym zaangażowaniem, niesamowitą energią i wrażliwością. Towarzyszyli nam uczniowie z LO nr 1, ZSO nr 5 oraz ZS Ekonomiczno-Usługowych w Zabrze, którymi opiekowały się Pani Anna Bukowska-Pałka, Pani Agnieszka Twardowska i Pani Agnieszka Jagoda.

Wśród Niezwykłych Mikołajów byli także „Weterani” grudniowego wolontariatu Justyna Wandzik (6 lat po transplantacji serca, Wolontariusz Roku 2017), Anna Gibas (Koordynator akcji prozdrowotnych, pracownik Śląskiego Centrum Chorób Serca), Lilianna Miś (Przyjaciół Fundacji), Monika Świerc (Wolontariusz Fundacji), Patryka Koczyba (7 lat po transplantacji serca, Wolontariusz Roku 2015), Jan Malinowski (12 lat po transplantacji serca, Wolontariusz Roku 2008) oraz najbardziej pozytywny Mikołaj

– Michał Stachowicz (Przyjaciół Fundacji, biegacz dla programu „Tak dla Transplantacji”).

W tym miejscu, należy wspomnieć o naszych **Wspaniałych Darczyńcach**, dzięki którym mogliśmy stworzyć **wszystkie piękne paczki mikołajkowe dla Dzieci!**

Serdecznie dziękujemy Pani Małgorzacie Szczęśniak-Bieniek Prezesowi firmy Logi-Pack MaPak, Panu Marcinowi z firmy MIMED, Pani Katarzynie Bilskiej z Warszawy, Panu Karolowi Prętnickiemu z Oficyny Wydawniczej G&P, Pani Annie Husar – Prezesowi Fundacji AD-RENalina, Szkole Podstawowej nr 3 im. Bohaterów Westerplatte w Lublińcu oraz Pani dr Justynie z Zabrze.

Sprawiliśmy, że Świąta były magiczne, nawet dla Tych, którzy spędzili je w Klinice.

W przedświąteczne odwiedziny zaangażowani byli uczniowie z zabrzańskich szkół, którzy przeprowadzili zbiórki maskotek, książek i gier dla najmłodszych Pacjentów.

Tuż przed Świątami (20.12) Oddział Kardiochirurgii już po raz drugi odwiedzili uczniowie SP nr 14 wraz z zebranymi książeczkami dla Dzieci, a 21.12 należał do Aktorów pełnego uroku i wrażliwości Teatru Nieoetykietkowani. W całym gwarze i zawirowaniu, przybył Elf, Niezwykły Mikołaj i cała świta bajkowych postaci w magicznym przedstawieniu **"Kacper pomaga Mikołajowi"**. W ramach projektu Teatru – „Teatr daje radość” i dzięki Annie Braun, mali Pacjenci poczuli klimat Świąt w artystycznej i najprawdziwszej odsłonie.

Radość na Dziecięcych twarzach – aż serce rośnie!

Prezenty – nawet te drobne, potrafią sprawić Najmniejszym ogromną radość. Dziecięca wyobraźnia i niecierpliwość sprawia, że Świąta są czasem niezwykle magicznym. Dla nas – Wolontariuszy – to wymarzona atmosfera.

6.01.2018 w Święto 3 Króli zorganizowaliśmy „Mały Orszak” połączony ze wspólnym kolędowaniem i rękodziełem. Muzyka jest jedynym w swoim rodzaju tłem dla pięknych i wzruszających gestów i dla miłości.

Wierzmy, że nasze małe akcje, drobne gesty, rozmowy, uśmiechy ... wspólne czytanie, gra czy zabawa choć na chwilę pozwolą zapomnieć o chorobie, bólu, niepewności ...

„Serce na Gwiazdkę” – nasze serca dla Was!

Kochani Przyjaciele!

**Dziękujemy wszystkim naszym Przyjaciółom,
Wolontariuszom i Darczyńcom za wsparcie naszych
działań.**

**- Zarząd i Zespół Fundacji Śląskiego Centrum Chorób
Serca w Zabrze**





Upośledzona sprawność mięśni w przebiegu starzenia się i możliwości terapii

Starzenie się jest podstawowym procesem oddziałującym na wszystkie układy i tkanki. Tempo i wielkość zmian, choć w każdym układzie przebiega indywidualnie, nieuchronnie prowadzi do całkowitej utraty wydolności organizmu.

Badania nad procesem starzenia się trwają; rozważa się różne teorie, które tłumaczyłyby zmiany, jakie zachodzą w zakresie zdrowia, budowy ciała i zdolności funkcjonalnych. Związana z wiekiem utrata masy mięśniowej, określona w 1989 r. przez Rosenberga jako sarkopenia, to nie tylko atrofia mięśni zależna od ich nieużywania i braku aktywności, ale również czynnik przyczyniający się do pogorszenia stanu funkcjonalnego wraz z deficytem mobilności i zaburzeniami metabolicznymi.

Zmiany w strukturze mięśni i ich funkcji związane z wiekiem

Masa mięśniowa stanowi około 50% całkowitego ciężaru ciała u młodych dorosłych osób i zmniejsza się wraz z wiekiem do 25% u 75-80 latków. Utrata masy mięśniowej i siły wraz z wiekiem występuje z powodu postępującego zaniku mięśni i spowolnienia metabolizmu.

Mięśnie szkieletowe różnią się pod kątem morfologicznym, biochemicznym, czynnościowym.

W obrębie pojedynczego mięśnia szkieletowego znajdują się różne rodzaje włókien, które klasyfikowane są ze względu na szybkość skurczu, rodzaj metabolizmu oraz wytrzymałość na zmęczenie.

Zmiany w procesie starzenia dotyczą głównie włókien szybko kurczących się typu IIb o metabolizmie glikolitycznym. Włókna te są podatne na zmęczenie i odpowiadają za wykonanie dużego wysiłku w krótkim czasie. W obrębie włókien szybko kurczących się typu IIa, o przemianie tlenowo-glikolitycznej przebudowa następuje później i jest mniej nasiloną. Włókna typu I (wolnokurczliwe, tlenowe), są podstawą naszej wytrzymałości i nie ulegają istotnym zmianom do późnej starości. Zanikowi mięśni szkieletowych towarzyszy spadek siły, szybkości i mocy.

Typowe zmiany w mięśniach zachodzące wraz z wiekiem

Zmiany w całym mięśniu

- zmniejszenie masy mięśniowej zastąpione masą tłuszczową
- zmniejszenie siły mięśniowej (zwłaszcza kończyn dolnych)
- zmniejszenie kurczliwości mięśnia i możliwości generowania siły

Zmiany we włóknach mięśniowych

- atrofia włókien typu II (szybkokurczliwych) większa niż włókien typu I (wolnokurczliwych)
- obumieranie włókien
- grupowanie poszczególnych typów włókien
- zmniejszenie liczby włókien mięśniowych typu II

Tab.1. Typowe zmiany w mięśniach zachodzące wraz z wiekiem

Gorsza mobilność, obniżenie wydolności i mniejsza pojemność oksydacyjna mięśni szkieletowych w połączeniu

z większą masą tłuszczową, prowadzą do zwiększenia ryzyka upadku, rozwoju zespołu słabości chorób współistniejących np. insulinooporności i cukrzycy typu 2.

Muhlberg i Sieber w jednej ze swoich publikacji wskazują, że sarkopenia przyczynia się do spadku rezerw białkowych, co powoduje, że trudniej wyrównać rosnące zapotrzebowanie syntezy białek pojawiające się podczas choroby lub urazu, co w następstwie prowadzi do progresji sarkopenii.

Ich zdaniem zespół słabości jest wynikiem zbieżności metabolicznego błędnego koła sarkopenii z upośledzeniem układu mięśniowo-nerwowego i zaburzeń odżywiania.



Ryc.1. Błędne koło zespołu słabości

Obserwowane w procesie starzenia zmiany w mięśniach są przynajmniej częściowo konsekwencją pogorszenia ich unerwienia. Maleje częstotliwość potencjałów czynnościowych, a postępująca demielinizacja neuronów alfa prowadzi z czasem do zmniejszenia szybkości przewodzenia impulsów, utraty motoneuronów i całych jednostek ruchowych. W efekcie dochodzi do zwolnienia szybkości skurczu mięśni, obniżenia zdolności do przyspieszania ruchu i pogorszenia stabilności równowagi.

Proces starzenia powoduje również zmiany wydzielania wewnętrznego powiązane z sarkopenią, w tym insuliny, hormonu wzrostu GH, insulinopodobnego hormonu wzrostu IGF-I, estrogenów, testosteronu, parathormonu PTH i witaminy D.

Zmiany czynności wydzielniczej powiązane z sarkopenią zachodzące wraz z wiekiem

- zwiększona oporność na insulinę
- zmniejszone stężenie hormonu wzrostu (GH)
- zmniejszone stężenie insulinopodobnego hormonu wzrostu (IGF-I)
- zmniejszone stężenie estrogenów i testosteronu
- niedobór witaminy D
- zwiększone stężenie parathormonu (PTH)

Tab.2. Zmiany czynności wydzielniczej powiązane z sarkopenią zachodzące wraz z wiekiem

Insulina jest ważnym regulatorem metabolizmu białek w mięśniach, niestety, wraz z wiekiem dochodzi do postępującej oporności na jej działanie. Coraz częściej przyjmuje się, że sarkopenia idzie w parze ze zwiększonym magazynowaniem tkanki tłuszczowej w ciele, w mięśniach, w przestrzeni międzykomórkowej, i że to właśnie przerost tłuszczowy towarzyszy oporności insulinowej.

Są doniesienia, które sugerują, że w utracie sprawności funkcjonalnej przerost tłuszczowy mięśni może być

w rzeczywistości bardziej istotny niż zanik mięśniowy. Biorąc pod uwagę tak ważną rolę insuliny w syntezie białek mięśni szkieletowych, oraz dowody naukowe na to, że rola ta może być obniżona w procesie starzenia mięśnia, podawanie insuliny jest sugerowaną strategią terapeutyczną w celu zwiększenia przyrostu białek mięśniowych i złagodzenia rozwoju sarkopenii. Należy jednak zachować ostrożność w stosowaniu tej terapii ponieważ leczenie insuliną osób bez cukrzycy może powodować poważne ryzyko hipoglikemii.

Deficyt zarówno hormonu wzrostu GH, jak i insulinopodobnego hormonu wzrostu IGF-I traktuje się jako jeden z potencjalnych czynników prowadzących do sarkopenii. Mimo iż uważa się, że hormon wzrostu jest odpowiedzialny za obniżenie masy tłuszczowej, zwiększenie beztłuszczowej masy tkanki i poprawę profilu lipidowego, nie zaleca się jego suplementacji z powodu niepożądanych skutków ubocznych np. bólu stawów, obrzęku tkanek miękkich.

Szereg badań wskazuje, że estrogeny hamują utratę masy mięśniowej. Niestety, prowadzone obserwacje kliniczne nie wykazały związku między hormonalną terapią zastępczą, a przyrostem masy mięśniowej. Podobnie niejednoznaczne są wyniki skuteczności leczenia testosteronem w populacji starszych mężczyzn, choć znane są prace potwierdzające koncepcję, że niski poziom testosteronu powoduje niższą syntezę białek i utratę masy mięśniowej. Zmiany czynności wydzielniczej powiązane z sarkopenią to także zwiększone stężenie parathormonu PTH. Wskazuje się na istniejącą relację między wyższym stężeniem PTH, a mniejszą masą mięśniową. Pozostaje pytanie, czy nadczynność przytarczyc jest główną przyczyną strukturalnych i funkcjonalnych zaburzeń mięśni, szczególnie, że produkcję PTH stymuluje niski poziom witaminy D. Wraz z istotnymi powiązaniem stwierdzonymi między niskim poziomem witaminy D, a starszym wiekiem obserwuje się powszechnie i niezależnie od tego podwyższony poziom PTH w tej grupie, lub występuje on równolegle z niedoborem witaminy D. PTH może wpływać bezpośrednio na mięśnie poprzez: zaburzenia produkcji, dystrybucji i wykorzystanie energii, metabolizm białek mięśniowych, zmiany stężenia wapnia, lub bezpośrednio przez aktywację prozapalnych cytokin. Podanie witaminy D, jak również zwiększona ekspozycja na światło słoneczne są czynnikami pomagającymi normalizować poziom witaminy D i pośrednio stężenie PTH.

Niedobór witaminy D jest powszechnie obserwowany w populacji ludzi starszych. Obniżenie poziomu 25-hydroksywitaminy często wiąże się ze zmniejszeniem siły i masy mięśniowej, słabą wydolnością fizyczną i zwiększonym ryzykiem upadków. Aktywacją receptorów witaminy D w obrębie mięśni wpływa nie tylko pozytywnie na syntezę białek, ale także zwiększa dkomórkowy transport wapnia. Dzisiaj wiemy, że suplementacja witaminy D u osób starszych ze stabilnym stanem zdrowia może zmniejszyć ryzyko upadku o więcej niż 20%. Związki podaży witaminy D i obserwowanych rezultatów uzasadnia się wpływem na przemianę białek mięśniowych poprzez wydzielanie insuliny i faktem, że niski poziom witaminy D zmniejsza anabolizm mięśniowy.

Sam proces starzenia i powiązane z wiekiem niektóre choroby, powodują stopniowy wzrost aktywacji cytokin prozapalnych, przewlekłe zapalenie i spadek beztłuszczowej masy ciała. Chociaż dotychczas nie rozstrzygnięto, czy

cytokiny powodują wystąpienie sarkopenii, uważa się ją za jeden z efektów starzenia łączony z cytokinami. Hipotez jest kilka; jedna mówi, że zwiększony poziom cytokin prozapalnych zaburza równowagę pomiędzy syntezą białek mięśniowych i ich rozpadem, inna, że stan zapalny prowadzi do procesu nieuczynniania (ubikwitynacji) białek i nowsza, oparta na doniesieniach wstępnych, łączy z wiekiem utratę miocytów w wyniku apoptozy (apoptoza, zwana także programowaną śmiercią komórki jest podstawowym fizjologicznym procesem, który odgrywa krytyczną rolę w rozwoju i utrzymaniu homeostazy tkanek i organizmu).

Sarkopenia jest jednoznacznie zdefiniowana jako związana z wiekiem utrata masy mięśni szkieletowych i ich siły. Jednak niezależnie od wieku atrofia mięśniowa, jest często podstawowym wskaźnikiem chorób i dolegliwości, którym towarzyszy siedzący tryb życia np. POChP, cukrzyca, zespół metaboliczny, udar, stanowiąc wtórny czynnik utraty mięśni. Wśród innych potencjalnych czynników ryzyka powodujących zwiększenie stężenia wolnych rodników, zużycie antyoksydantów i zmniejszenie syntezy białek mięśniowych wymienia się nadużywanie alkoholu, nikotynizm i narkomanię.

Możliwości terapii

Skutkiem związanym z występowaniem sarkopenii można przeciwdziałać. Powszechnie akceptowanym środkiem zaradczym zmniejszającym zanik mięśni u osób starszych są ćwiczenia oporowe. Zmiany adaptacyjne, które wynikają z tej formy treningu obejmują: wzrost siły mięśniowej, mocy, zwiększenie zakresu ruchomości, a także poprawę trofiki mięśni. Ćwiczenia oporowe uznane są za skuteczne w terapii osób starszych od końca lat 90., kiedy opublikowano stanowisko American College of Sports Medicine (ACSM) traktujące trening oporowy jako ważny element ogólnego programu ćwiczeń. Co prawda podejmowanie ćwiczeń fizycznych u starszych nie jest wolne od przeciwwskazań, ale jest to jeden z niewielu środków, który może spowolnić proces starzenia i poprawić jakość życia, a korzyści przewyższają ryzyko ich stosowania.

Wyniki badań prowadzonych w ostatnich latach potwierdzają skuteczność treningu o charakterze siłowym nawet w zaawansowanym wieku. Uważa się, że trening oporowy w większym stopniu niż tradycyjny trening rehabilitacyjny, czy trening wszechstronny (ćwiczenia siłowe połączone z ćwiczeniami równowagi, tlenowymi, gibkości i koordynacji) poprawia wykonywanie czynności dnia codziennego, takich jak chód, wchodzenie po schodach, czy wstawanie z krzesła.

Wskazówki dotyczące treningu oporowego u osób starszych
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ćwiczenia oporowe z odpowiednim obciążeniem ▪ efektywne metody ćwiczeń: <ul style="list-style-type: none"> obciążenie > 50% wielkości 1 RM wykonywane 2-3 razy w tygodniu, 1-3 powtórzeń w sesji obciążenie > 60% wielkości 1 RM wykonywane 1-2 razy w tygodniu, 1-3 powtórzeń w sesji ▪ osoby powyżej 80 lat, trening oporowy 1 raz w tygodniu z dużym obciążeniem (70-80% wielkości 1 RM)
<p>1 RM ang. repetition maximum, maksymalne obciążenie z jakim można wykonać tylko jeden raz dane ćwiczenie</p>

Tab.3. Zwiększenie siły mięśni

W celu osiągnięcia pozytywnych efektów ćwiczenia oporowe powinny być wykonywane w różnym natężeniu, z różnorodną częstotliwością i obciążeniem. Choć nie ma jednoznacznej



definicji idealnej dawki intensywności ćwiczeń oporowych i osoby starsze pozytywnie reagują na wiele różnych natężeń, wytyczne ACSM zalecają trening oporowy z minimum średnim obciążeniem.

Bez względu na to, ile razy w tygodniu ćwiczenia są wykonywane, powodują przyrost siły mięśniowej. Wiele prac badawczych wskazuje, że osoby starsze, które ćwiczą z większym obciążeniem i mniejszą częstotliwością np. raz na tydzień osiągają poprawę wytrzymałości i sprawności nerwowo-mięśniowej, która jest porównywalna do rezultatów osiągniętych w dwóch a nawet w trzech sesjach w tygodniu z mniejszym obciążeniem. Poprawa siły mięśniowej i sprawności funkcjonalnej jest możliwa przy mniejszym wysiłku niż wymagany u dorosłych osób młodszych.

Rozważając stosowanie ćwiczeń oporowych dla osób powyżej 80 lat, należy pamiętać, aby prowadzić je rzadziej przy wyższych obciążeniach, zamiast wykonywać częściej, bo są męczące i łatwo wyczerpują rezerwy energetyczne. Maksymalizacja obciążenia w tych przypadkach jest ważniejsza niż częstotliwość.

Zwiększenie siły mięśni

Rodzaj ćwiczeń	Zadania	Forma ruchu	Codzienna aktywność
ćwiczenia siłowe wzrost siły mięśni	-zapobieganie osteoporozie -zapobieganie otyłości i cukrzycy -mniejsze ryzyko kontuzji i upadków -kontrola postawy ciała	ćwiczenia z oporem (ciężar własnego ciała, ciężarki, taśmy gumowe)	-prace w ogrodzie -przyniesienie zakupów -sprzątanie (przenoszenie wypranych rzeczy, wiadra) -prace remontowe -odsienianie -wstawianie z krzesła -odkręcanie słoików

National Institute on Ageing, Exercise & Physical Activity, 2002

Tab. 4. Wskazówki dotyczące treningu oporowego u osób starszych

Suplementy diety

Oprócz zmniejszonej aktywności fizycznej do sarkopenii może przyczynić się także zbyt mała podaż białka spowodowana nieodpowiednim jego spożyciem (jadłowstręt, spadek apetytu, zaburzenia żołądkowo-jelitowe) czy też zmniejszona zdolność do wykorzystania dostępnego białka. Niewystarczające spożycie białka u niedożywionych osób starszych jest przeszkodą w budowaniu masy mięśniowej i siły. Suplementacja diety, tak jak ćwiczenia, jest modyfikowalnym czynnikiem zapobiegawczym, który może przyczynić się do zminimalizowania utraty mięśni. Choć istnieją kontrowersje co do ilości, rodzaju i czasu podania suplementacji białkowej, zgodnie uważa się, że aby ćwiczenia oporowe przyniosły oczekiwany przyrost masy mięśniowej, musi być dodatni bilans energetyczny i odpowiednia podaż białka. Czas podania białka w odniesieniu do programu oporowego może wpłynąć na odpowiedź anaboliczną organizmu. Suplementacja białka bezpośrednio przed treningiem oporowym lub bezpośrednio po nim przynosi większe korzyści w zwiększaniu masy mięśniowej niż suplementacja niezwiązana ściśle z treningiem.

Mimo, że nie ustalono jeszcze szczegółowych mechanizmów leżących u podstaw rozwoju i leczenia sarkopenii, zarówno ćwiczenia oporowe, jak i interwencja żywieniowa traktowane są jako środki zaradcze zmniejszające utratę mięśni u osób starszych.

Pochylić się nad jesienią życia...

Artykuł ten dotyka jesieni życia - zjawiska, które na stałe wkomponowane jest w nasz byt i jest swego rodzaju koleją losu. Osoby w podeszłym wieku, to często nasi najbliżsi: rodzice, dziadkowie, a może sąsiadka z parteru, czy starszy pan spacerujący codziennie ze swoim pupilem, którego mijamy w drodze do pracy.

Starość, to stan o którym wielu z nas nie lubi myśleć. Obserwując osoby starsze, sami obawiamy się widocznych oznak starzenia się. Tak charakterystyczna pomarszczona skóra, podatność na choroby, zaburzenia w pracy wielu układów w organizmie, spowolnienie, zaburzenia pamięci, zaburzenia koordynacji ruchowej a czasem i zdziwaczenia. Tymczasem proces starzenia to naturalny etap życia, który obejmuje cały ustrój – od najmniejszej komórki, przez narządy, aż po całe układy.

Starzenie się można opóźnić, ale nie sposób go zatrzymać – jest to proces, który natura wpisała nieodwracalnie w życie każdego z nas.

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), na przestrzeni 2000-2050 roku populacja ludzi w wieku 60 lat i więcej potroi się (z 600 milionów do 2 miliardów). Problem starzejących się społeczeństw dotyka wszystkie kraje, ale najbardziej jest widoczny w państwach słabo rozwiniętych – tam liczba ludzi starszych wzrośnie z 400 milionów odnotowanych w 2000 roku do 1,7 miliarda w 2050 roku. WHO za początek starości uznaje 60 rok życia.

Wyróżnia w niej trzy zasadnicze etapy:

- od 60 - 75 r. ż. - wiek podeszły (tzw. wczesna starość);
- od 75 - 90 r. ż. - wiek starczy (tzw. późna starość);
- od 90 r. ż. i powyżej - wiek sędziwy (tzw. długowieczność).

Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy GUS w lutym 2016r. na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej opracował specjalną notatkę, w której czytamy: „W końcu 2014 r. liczba ludności Polski wynosiła 38,5 mln, w tym ponad 8,5 mln stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej (ponad 22%). W latach 1989-2014 liczba osób w starszym wieku wzrosła o ponad 2,9 mln, w tym największy wzrost – o 1 mln – odnotowano dla grupy 60-64 latków. Udział osób w wieku co najmniej 60 lat w ogólnej populacji wzrósł o 7,5 punktu procentowego, tj. z 14,7% w 1989 r. do 22,2% w 2014 r.(...). Wśród populacji w starszym wieku większość stanowią kobiety (59%), na 100 mężczyzn przypada ich 143 (...).”

Do charakterystycznych objawów starzenia się organizmu w aspekcie biologicznym zaliczamy min.:

- utratę masy mięśni i kości,
- przekształcenie budowy i czynności skóry prowadzące do osłabienia jej roli jako bariery ochronnej organizmu,
- pogorszenie ostrości wzroku i słuchu,
- wydłużony czas reakcji powodowany spadkiem średniej szybkości przewodzenia w komórkach ze 100% w wieku 40 lat, do 85%

- spadek podstawowej przemiany materii do ok. 80 % powyżej 80. roku życia i upośledzenie czynności wątroby,
- spadek maksymalnej pojemności wydechowej do ok 40% powyżej 80. roku życia,
- obniżenie kwasowości soku żołądkowego; zmniejszenie perystaltyki jelitowej,
- zanik komórek funkcjonalnie czynnych różnych narządów i zastępowanie ich przez tkankę łączną,

Za podstawowe cechy starości uważa się:

- znaczny spadek zdolności adaptacyjnych człowieka w wymiarze biologicznym ale i również psychospołecznym;
- postępujące ograniczenie samodzielności życiowej;
- stopniowe nasilenie się zależności od społeczeństwa.

Proces starzenia się powoduje utratę równowagi wewnętrznej organizmu oraz traci zdolność do regeneracji uszkodzeń, co zwiększa ryzyko wystąpienia wielu chorób. W naturalny sposób wraz z wiekiem zdrowie seniora pogarsza się. Komórki ciała pracują wolniej, praca narządów wewnętrznych jest zaburzona, a układ immunologiczny nie jest w pełni kompetentny i coraz częściej nie daje organizmowi pełnej ochrony.

Z danych epidemiologicznych opracowanych przez katedrę Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie wynika, iż osoby w wieku podeszłym najczęściej zapadają na choroby układu sercowo-naczyniowego, które stanowią 77% wszystkich chorób. Na choroby związane z dysfunkcją narządu ruchu zapada ok 68%, natomiast choroby układu oddechowego stanowią ok 46 %, a problemy z układem trawiennym dotyczą 34% seniorów. Osoby starsze skarżą się również na trudności w przyswajaniu nowych informacji, mniejszą podzielność uwagi, trudności w adaptacji do nowych sytuacji, zmniejszoną zdolnością reagowania. Oczywiście cechy te nie dotyczą wszystkich osób w podeszłym wieku.

Zachowanie dobrego zdrowia w przypadku starszych ludzi jest niezwykle ważne, jeśli mają oni pozostać niezależni i jeśli mają być aktywnymi członkami swoich rodzin i społeczności, w której na co dzień żyją.

Mając na uwadze problemy zdrowotne z jakimi borykają się osoby starsze, jednocześnie wychodząc naprzeciw ich oczekiwaniom, aby cieszyć się jak najdłużej dobrą kondycją i zdrowiem, **Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu** podjęła działania w zakresie profilaktyki, diagnozowania i leczenia chorób sercowo-naczyniowych oraz promocji zdrowego stylu życia. Realizacja działań promujących zdrowie z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku senioralnym była możliwa dzięki współfinansowaniu ze środków Urzędu Marszałkowskiego województwa śląskiego. Projekt „**Dbaj o serce, które KOCHASZ!**” został zrealizowany w śląskich miastach: Zabrzu, Gliwicach, Rudzie Śląskiej i Bytomiu. Mieszkańcy-Seniorzy poszczególnych miast mieli możliwość bezpłatnego wykonania badań w zakresie prewencji chorób sercowo-naczyniowych.

W okresie od lipca do końca października przeprowadziliśmy pięć akcji prozdrowotnych dedykowanych osobom w wieku senioralnym w ramach w/w projektu. Podczas spotkań

zwróciliśmy uwagę seniorów na:

- występujące w każdym wieku czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych takie jak: obciążenia genetyczne, wiek, płeć, nikotynizm, brak higienicznego trybu życia, nadwaga;
- możliwość wpływu na modyfikowalne czynniki ryzyka czyli zmianę stylu życia poprzez zwiększenie aktywności fizycznej stosownej do wieku, redukcję masy ciała, stosowanie odpowiedniej diety, bogatej w warzywa i owoce z ograniczeniem tłuszczu zwierzęcych;
- samokontrolę i samoobserwację własnego organizmu w perspektywie wystąpienia niepokojących objawów takich jak np. objawy zawału serca, czy udaru mózgu;
- konieczność przeprowadzania badań szczegółowych, w sytuacjach, kiedy badania przesiewowe budzą wątpliwości i mogą sygnalizować początek choroby.



Wybór Klubów Seniora, jako miejsca docelowego, na przeprowadzenie akcji prozdrowotnych okazał się trafny. Przeprowadzenie akcji w miejscu codziennego życia i funkcjonowania osób starszych daje poczucie bezpieczeństwa i nieskrępowania, stwarza przyjazną atmosferę i jest w zasięgu możliwości mobilnych osób starszych.

Podczas sobotnich spotkań z seniorami przeprowadziliśmy badania, które polegały na: oznaczeniu wartości cholesterolu całkowitego, oznaczeniu poziomu glikemii, pomiarze ciśnienia tętniczego krwi oraz kontroli masy ciała. Pełnym profesjonalizmem oraz wysokimi kompetencjami w tym zakresie wykazały się pielęgniarki **Agnieszka Garbaciak, Katarzyna Mielnicka, Danuta Iskrzycka**, wykonując w/w badania. O zasadach właściwego odżywiania się, odpowiednio dobranej diecie, oraz o wpływie poszczególnych produktów na stan organizmu seniora opowiadała podczas spotkań dietetyk **Anna Dragon**.

Szczególnym zainteresowaniem cieszyły się konsultacje fizjoterapeutyczne podczas których swoją ogromną wiedzą i doświadczeniem, w zakresie aktywności fizycznej, dzieliła się **Irena Młynarczyk**. Pod czujnym okiem Pani magister, seniorzy również mogli wykonać badania układu oddechowego oceniając wiek swoich płuc, a palacze mogli dokonać pomiaru zawartości substancji szkodliwych w wydychanym powietrzu.



Konsultacje kardiologiczne przeprowadzili lekarze specjaliści ze Śląskiego Centrum Chorób Serca: **Jolanta Nowak, Aneta Ociesa, Karolina Maciol-Skurk, Anna Kurek, Gracjan Pytel.**



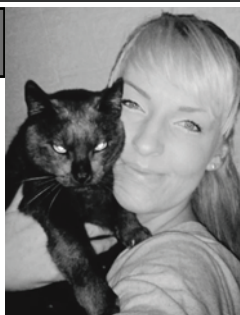
Wysoka frekwencja, życzliwość, ciepłe słowa i uśmiech na pokrytych zmarszczkami twarzach seniorów są dowodem o słuszności, a wręcz nawet konieczności organizowania podobnych akcji.

Zdrowie to najcenniejsza rzecz jaka została dana każdemu człowiekowi. By cieszyć się nim jak najdłużej ważna jest należyta dbałość o nie. Czasami tylko trzeba przypomnieć, podpowiedzieć, pokazać, a może nauczyć na nowo jak to zrobić... Każde społeczeństwo, nawet to, nastawione na nowoczesność, nie może obejść się bez ludzi starych, gdyż wnoszą oni specyficzne dla ich wieku wartości.

*Godziny mijają
Jak małe prowincjonalne stacje.
Przez palce przecieka coś,
Czego nie można powstrzymać...
Starość, cóż to takiego?
(Antoine de Saint Exupery)*

Kasia Żbikowska

Czy charakter człowieka może być wrogiem dla serca?



Wiele nauk interesuje się różnicami ludzi pod względem cech psychologicznych np. psychologia, socjologia czy filozofia. Psychologowie definiują osobowość na wiele różnych sposobów, ale przyjmijmy, że „osobowość to złożony zbiór własności psychicznych, które wpływają na charakterystyczne wzorce zachowania człowieka - niezmiennie czasowo i sytuacyjnie”. Nie każdy zdaje sobie sprawę z tego, że z wielu badań wynika, iż typ osobowości danego człowieka ma ogromny wpływ na to, w jaki sposób radzi on sobie z sytuacjami stresowymi oraz jaki rodzaj stresu może wyrządzić mu największe szkody i doprowadzić do wielu ciężkich chorób. Już Hipokrates spekulował, że posiadamy 4 typy osobowości tzw. humory ściśle powiązane z czterema płynami, którymi wypełniony jest człowiek; krew, śluz, żółć i czarna żółć, a każdy z nich skojarzony jest ze szczególnym temperamentem: sangwicznym (przewaga krwi), cholerycznym (przewaga żółci), flegmatycznym (przewaga śluzu) lub melancholicznym (przewaga czarnej żółci). Ostatnio coraz częściej można jednak spotkać w literaturze artykuły dotyczące czterech typów ludzkich osobowości A, B, C i D, z których każdy jest skrajnie różny, jednak dwa spośród czterech mają znaczny wpływ na rozwój chorób serca, nowotworów, cukrzycy bądź otyłości u osób posiadających cechy przypisane do danego typu osobowości, a że nam, pracującym w Szpitalu o profilu kardiologicznym najbliższe są problem z sercem, skupię się na typie A, bo to najbardziej podatna na rozwój tychże chorób grupa. Amerykańscy kardiolodzy Meyer Friedman i Ray Rosenman prowadzili badania, które dowiodły, że choroby serca znacznie częściej występują u osób żyjących w ciągłym

pośpiechu, dążących do perfekcji, które robią kilka rzeczy na raz i wciąż mają poczucie parcia do przodu bez chwili wytchnienia. Mają ogromne ambicje, nie umieją odpoczywać, bardzo często mają w sobie wiele agresji i wrogości wobec otoczenia i nie umieją tworzyć zgodnych relacji z ludźmi. Już na pierwszy rzut oka obserwując daną osobę, możemy stwierdzić, czy nie jest typowym przykładem "A", gdyż również zewnętrzne oznaki tzn. żywa gestykulacja, szybki sposób mówienia, energiczny sposób poruszania się i wybuchowość mogą na to wskazywać. Ich cała postawa włącznie z mięśniami twarzy jest prawie cały czas napięta, a dłonie często zacisnięte. Bardzo często tacy ludzie to pracoholicy, dla których urlop to swoistego rodzaju kara i nawet wtedy myślą o pracy. Może i typy "A" osiągają wiele w karierze, ale pewne jest to, że najwyższą ceną jaką za to zapłacą będzie utrata zdrowia. W połowie XIX w. niemiecki lekarz Von Dusch głosił, iż osoby o głośnym sposobie mówienia i intensywnie zaangażowane w pracę częściej doświadczają dolegliwości sercowych, natomiast w 1959r. Dwaj kalifornijscy kardiolodzy, Meyer Friedman i Ray Rosenman wysunęli koncepcję tzw. wieńcowego wzoru zachowania (coronary prone behavior pattern), który został nazwany zachowaniem Typu A. Rosenman w badaniach klinicznych nad cholesterolem zauważył, że zmiany w poziomie cholesterolu nie można było tłumaczyć zależnością od diety ale tym, jaki sposób życia prowadził dany człowiek, jaki miał stosunek do sukcesów, porażek i stresu. W formułowaniu definicji Typu A dla obojga płci uwzględniono następującą charakterystykę:

- intensywność trwałego dążenia do osiągnięcia wybranych przez siebie celów;
- głębokie pragnienie rywalizacji;
- uporczywe pragnienie awansu;
- stałe uwikłanie w różne liczne funkcje, które powodują restrykcje czasowe;
- nałogowa skłonność do przyspieszania tempa wykonywanych czynności fizycznych czy umysłowych
- nadzwyczajne psychiczne i fizyczne „pogotowie”;
- agresywne i wrogie uczucia.

Takie teorie wysnuli na podstawie swoich badań dr Friedman i dr Rosenman w latach 1959-1975.

W 1986r uznano, że zawał serca jest skutkiem konstelacji trzech czynników:

1. Pewnym rodzajem osobowości zdeterminowanej przez dziedziczenie, dojrzewanie, wczesne doświadczenia, które stwarzają większe predyspozycje indywidualne.
2. Pewnym typem konfliktowych sytuacji międzyludzkich, które tkwią jako bardziej przyspieszający „stresor”.
3. Pewnym typem zachowania, poprzez które jednostka o takiej osobowości odpowiada na konflikt, sporo uwagi poświęca tzw. wzorom zachowania.

Osoba z chorobą wieńcową jest osobą bardziej aktywną, a jej agresja znajduje ujście w aktywności poprzez pracę. *Wieńcowcy* mają skłonność do pracowania ciężiej przez dłuższe godziny niż inni. W stosunku do innych osób więcej czasu poświęcają na pracę niż na wypoczynek, relaks, hobby. Praca jest dla nich głęboko zakorzenionym poczuciem sensu i wartości. W pracy demonstrują charakterystyczne zachowanie z dominacją nad innymi. Zmagają się lub walczą dla uzyskania przewagi lub przewodnictwa. Swoją agresję ukierunkowują na ciężką pracę, zwłaszcza w wieku średnim, bardziej niż inne osoby.

W życiu rodzinnym mają skłonność do dominowania nad współmałżonkiem i dziećmi. Poprzez ciężką pracę osoby takie spodziewają się wzmocnić swoją finansową i społeczną pozycję, która pozwalałaby lepiej zaopatrzyć ich rodzinę.

Oczekują podporządkowania współmałżonka i dzieci, miłości z ich strony, co poczytują sobie za kompensację swojej ciężkiej pracy i opieki (troski o innych). Prowadzą aktywne życie społeczne, więcej palą niż inni, są bardziej socjalnie *uwikłani*. W socjalnej aktywności mają tendencję do przesady (bardziej niż inni). Istotą ich konfliktów jest frustracja związana z rosnącym pragnieniem dominowania w pracy, rodzinie lub czasami w ogólnych sytuacjach pragnienie podziwu i społecznego uznania. Mają tendencję do zatrzymywania w sobie emocji bardziej niż inni, co oczywiście również jest przyczyną powstawania w organizmie niepokojących zmian zdrowotnych.

Jak wygląda mechanizm rozwoju choroby wieńcowej u osób o Typie A zachowania? Przede wszystkim podstawową rolę mediatorów pomiędzy zachowaniem, a rozwojem choroby pełnią biologiczne, niezwykle aktywne substancje, jakimi są katecholaminy (hormony nadnerczy). To nic innego, jak grupa organicznych związków chemicznych w organizmie człowieka, które dzielimy na trzy rodzaje tj. adrenalinę, noradrenalinę oraz dopaminę, a których wydzielanie wzrasta bardzo szybko w sytuacjach stresowych. Skutek długotrwałego stresu i życia na wysokich obrotach?

Wzrost ciśnienia tętniczego, przyspieszenie akcji serca czy podniesienie poziomu glukozy we krwi. Ponadto wykazano, że osoby o cechach zachowania Typu A, charakteryzują się zwiększoną reaktywnością układu sercowo-naczyniowego

przejawiającą się istotnie wyższym wzrostem ciśnienia oraz częstości akcji serca w odpowiedzi na działający stresor w stosunku do osób o cechach Typu B, C czy D. Podsumowując problem wykazano, że poszczególne elementy modelu zachowań Typu A w większym stopniu wpływają na powstawanie chorób serca niż inne. Szczególnym zainteresowaniem naukowców stały się dwa spośród nich: wrogość i gniew. Już w pierwszej połowie XX w. pojawiły się doniesienia o większej podatności na choroby serca u osób wrogo nastawionych wobec innych, a badania przeprowadzone od początku lat 80. przyniosły potwierdzenie tych doniesień. Jednak mimo, iż przez wiele lat skupiano się na korelacji między zachowaniami Typu A, a chorobą niedokrwienną serca, w roku 2012 zaczęto podważać te teorie w Europejskim Towarzystwie Kardiologicznym, gdzie pełno jest sceptycyzmu i ostrożności wobec koncepcji tego typu zachowań. Wśród wymienianych przez kardiologów czynników ryzyka rozwoju choroby niedokrwiennej serca odnajdziemy elementy zachowań Typu A, takie jak gniew i wrogość, jednak w ostatnich latach zaczęto skupiać się na wzorach zachowania typu D (tzw. osobowości stresowej-distressed personality), na których współcześnie koncentruje się uwaga badaczy i w których to należy upatrywać dalszych kierunków badań.

Co zatem wynika z powyższych informacji?

ZWOLNIJ.

Musisz - dla własnego zdrowia Zdrowo podejść do swojego życia i po prostu zwolnij tempo. To z czasem na pewno zaowocuje tylko na korzyść dla Ciebie-będziesz spokojniejszy, radośniejszy i bardziej wypoczęty.



Wszystkiego dobrego, życzę samych dobrych zmian!



Zdrowa dieta jest pyszna!

Zdrowy, pełnowartościowy jadłospis to najistotniejszy element fit stylu życia i odchudzania.

Odpowiednio skomponowane menu na każdy dzień gwarantuje utratę zbędnych kilogramów i pomaga odzyskać zdrowie i witalność. Słowo „dieta” jest jednak zbyt często kojarzone z wyrzeczeniami i niesmacznym, nudnym jedzeniem.

Aby osiągnąć piękne, szczupłe ciało i zyskać energię konieczna jest trwała zmiana nawyków żywieniowych. Wprowadzenie zdrowej diety przez miesiąc czy dwa nie przyniesie oczekiwanych efektów. Należy zdecydowanie i na stałe zmienić swój sposób odżywiania. Ale jak to zrobić? Jak zmotywować się do wprowadzenia pełnowartościowego jadłospisu do codziennego życia?

Przejście na fit stronę życia jest tak naprawdę bardzo proste. Wystarczy przekonać się, że zdrowe jedzenie jest smaczne, ciekawe i łatwe do przygotowania. Dietetyczne gotowanie można, szczerze polubić, co sprawi, że już nigdy nie powrócimy do starych nawyków, nie dopadnie nas efekt jojo i będziemy cieszyć się pełnią energii na co dzień. Zapraszam na kulinarną podróż po pysznych smakach zdrowej kuchni, która nigdy się nie znudzi i zaspokoi gusta smakowe największych smakoszy!

Jak polubić zdrowa dietę?

Nie bój się warzyw!

Warzywa to bardzo istotny element zdrowego menu. Są niskokaloryczne, bogate w błonnik pokarmowy, witaminy i minerały i stanowią idealne dopełnienie dań głównych i przekąsek. Zapewniają uczucie sytości i zmniejszają wartość energetyczną posiłków w 100 g. Jednak wiele osób nie lubi warzyw. Dlaczego tak się dzieje? Ponieważ warzywa nie mają intensywnego smaku i mogą wydawać się mdłe. Dlatego należy je odpowiednio doprawiać, aby smakowały naprawdę pysznie.

Nie lubisz wielu warzyw? Przekonam cię, że każde warzywo można „odczarować” dzięki odpowiednim ziołom i przyprawom oraz umiejętnemu łączeniu smaków. Oto, co można zrobić, aby jarzyny zachwycały smakiem:

Cukinia - doprawiaj ją czosnkiem, bazylią, oregano, rozmarynem, dodawaj do spaghetti, leczo czy zapiekanek. Cukinię można także faszerować i przyprawiać w arabskim lub indyjskim stylu z dodatkiem kminu rzymskiego i curry.

Bakłażan - świetnie pasuje do niego mieszanka bazylii, pietruszki i cynamonu. Idealnie komponuje się z arabskimi przyprawami takimi jak kmin rzymski, kolendra oraz węgierskimi mieszankami papryki i rozmarynu.

Brokuły - dodaj do dań z brokułami trochę curry oraz sera mozzarella. Brokuł komponuje się wspaniale z czosnkiem i prażonymi migdałami. W zupie krem z brokułów warto użyć

oregano i soku z cytryny.

Brukselka - można ją traktować podobnie jak kapustę i doprawiać majerankiem kminkiem i jeść z sosem pomidorowym jak gołąbki. Pasuje do niej także sos sojowy.

Dynia – dopraw ją białym pieprzem i gałką muszkatołową oraz czosnkiem. Dynię możesz dodać także do tajskiego curry z mleczkiem kokosowym i trawą cytrynową oraz potraw meksykańskich z papryką, kuminem, kolendrą i chili.

Piecz fit ciasta i przygotuj zdrowe desery

Jeżeli myślisz, że bycie fit oznacza całkowitą rezygnację ze słodkości i deserów, to jesteś w błędzie! W prosty sposób można przygotować zdrowe ciasta i słodkie przekąski w lekkim stylu tak, aby nikt się nie zorientował, że są dietetyczne! Zachęcam Cię do pieczenia ciast z mąki jaglanej, owsianej z dodatkiem zdrowych olejów oraz ksylitolu lub erytrolu, które są wyjątkowo zdrowymi zamiennikami cukru. Warto także pokusić się na szybkie desery na bazie jogurtu, owoców, kakao, orzechów, gorzkiej czekolady, które są idealną smaczną przekąską dla kochających słodczyce.

Polecam w szczególności **ciasto marchewkowe na mące jaglanej**



Składniki:

- 200 g mąki jaglanej
- 140 g oleju kokosowego
- 2 jajka
- 100 g cukru brzożowego
- 2 marchewki 200 g
- łyżeczka proszku do pieczenia
- pół łyżeczki sody oczyszczonej
- cynamon i kardamon
- 4 łyżki cukru pudru brzożowego 40 g

Przygotowanie:

Marchewkę obierz i zetrzyj na tarce z małymi oczkami. W misce zmiksuj na wysokich obrotach jajka na puszystą masę. Dodaj powoli cukier, ciągle miksując oraz olej kokosowy. Na koniec dodaj mąkę z proszkiem do pieczenia i sodą oczyszczonej i zmiksuj dokładnie. Dodaj marchewkę, kardamon i cynamon i wymieszaj masę łyżką. Piecz w temperaturze 180 stopni przez 50 minut. Składniki wystarczają na formę. Przygotuj lukier z cukru pudru brzożowego, dodając do niego odrobinę wody tak, aby powstała gęsta biała masa.

Eksperymentuj z owocami

Owoce są idealnym zamiennikiem słodczy. Są słodkie, smaczne i bogate w witaminy, minerały oraz błonnik

pokarmowy. Prawie każda osoba ma swoje ulubione owoce, a w sklepach można dostać coraz to nowe egzotyczne odmiany owoców. Próbowateś liczi, kumkwat, papaję? A może nie znasz jeszcze smaku mango czy melona? Odkrywaj nowe smaki, a Twoja dieta stanie się kulinarną przygodą i na stałe zmienisz swoje nawyki żywieniowe.

Stosuj różnorodne przyprawy i zioła

To właśnie one nadają głębię smaku daniom, w których ograniczamy ilość tłuszczu. Stosowanie aromatycznych przypraw sprawi, że dietetyczne potrawy smakują wspaniale nikt nie odczuje, że są niskokaloryczne. Do dań fit polecam szczególnie zioła, które poprawiają trawienie i przemianę materii takie jak kminek, majeranek, tymianek, bazylija, oregano, chili i wiele innych.

Aromatyczna zapiekanka z kurczaka, z cukinią, oregano, tymiankiem, cząbrem i rozmarynem.



Składniki:

- cukinia 400 g
- 500 g zmielonego fileta z kurczaka
- 1 cebula 100 g
- 3 ząbki czosnku 15 g
- łyżeczka oliwy 5 g
- 2 łyżki sosu sojowego 20 g
- 3 łyżki startego sera parmezan 30 g
- tymianek, cząber, rozmaryn, majeranek, sól i pieprz

Przygotowanie:

Nagrzewaj piekarnik do 180 stopni. Na patelni na łyżeczce oliwy podsmaż pokrojoną w kostkę cebulę, dodaj przeciśnięte przez praskę ząbki czosnku i smaż chwilę. Dodaj zmielonego kurczaka (najlepiej poprosić o jego zmielenie w sklepie) i duś około 10 minut, mieszając co jakiś czas. Dodaj sos sojowy i dopraw przyprawami: majerankiem, cząbrem, tymiankiem i rozmarynem oraz solą i pieprzem. Pokrój cukinię w cienkie plastry – około 2 mm grubości. Kurczaka przełóż do naczynia żaroodpornego lub zostaw na patelni, jeśli jest ona przystosowana do zapiekania w piekarniku. Ułóż plastry cukinii ładnie w naczyniu i posyp startym parmezanem. Tak przygotowaną zapiekankę piecz w piekarniku nagrzanym do 180 stopni przez 30 minut.

Poznaj kuchnię świata

Zachęcam do zainteresowania się kuchniami świata i poznawania nowych smaków. Warto wprowadzać nowe dania do swojego menu, aby dieta nigdy nie była nudna. Kuchnia tajska i chińska to przede wszystkim lekkie dania bogate w warzywa, kuchnia meksykańska to pikantne, podkręcające metabolizm potrawy, a kuchnia śródziemnomorska to świeże produkty, ryby i aromatyczne

zioła. Eksperymenty w kuchni dają dużo radości i zapewniają ciekawe posiłki dla całej rodziny.

Korzystaj z przepisów na znane dania w wersjach dietetycznych

Dla miłośników tradycyjnej polskiej kuchni mam dobrą wiadomość. Nasze rodzime dania można przygotować w zdrowych, niskokalorycznych wersjach nie tracąc na smaku. Podobnie jest z popularną pizzą, hamburgerami czy spaghetti – kilka małych zmian sprawi, że staną się pełnowartościowymi posiłkami. Zdrowe gotowanie wcale nie oznacza rezygnowania z potraw, które najbardziej lubisz!

Przepis na zdrowy rosół

Składniki:

- 500 g fileta z kurczaka
- 1 marchewka 100 g
- 1 pietruszka 100 g
- kawałek selera 100 g
- cebula 100 g
- pół pęczka pietruszki 20 g
- pół pęczka lubczyku 20 g
- sól, świeżo mielony pieprz



Przygotowanie:

Filety z kurczaka umyj i oczyść z tłuszczu. Warzywa obierz, jeżeli nie są młode. Cebulę razem ze skorupką opiecz w piekarniku lub skarmelizuj na patelni – doda wspaniałego aromatu, a skorupka zapewni odpowiedni odcień zupy. Warzywa i kurczaka zalej w garnku zimną wodą. Nie doprawiaj. Jeżeli za wcześnie dodasz sól, warzywa i mięso nie puszcza "soków". Gotuj minimum godzinę na małym ogniu. Rosół nie może się mocno gotować, ma tylko „pyrkać”. Następnie dodaj pietruszkę i lubczyk i posól rosół do smaku. Gotuj jeszcze pół godziny. Dopraw pieprzem i ewentualnie solą.

Stosuj zamiennie brązowy ryż, pełnoziarnisty makaron oraz ziemniaki gotowane w mundurkach.

Są to ważne elementy pełnowartościowego obiadu czy lunchboxa. Warto stosować je zamiennie. Nie musisz bać się ziemniaków – jedzone w odpowiednich ilościach wcale nie tuczą. Są stosunkowo niskokaloryczne i zawierają witaminę C, a dodatkowo gotowanie ich w mundurkach sprawia, że zachowują więcej cennych wartości odżywczych.

Nie ograniczaj się do jedzenia wyłącznie drobiu

Warto w zdrowej diecie wykorzystywać także chudą wołowinę, cielęcinę, jagnięcinę i schab. Dietę wspaniale urozmaicają również ryby i owoce morza. Istnieje wiele przepysznych sposobów na ich przyrządzenie. Polecam przygotowanie steku minutowego z wołowiny lub chili con carne. A schab można w prosty i zdrowy sposób upiec w piekarniku z czosnkiem i ziołami.

Zdrowe gotowanie to ekscytująca podróż w świat kulinarnych doznań. Naprawdę warto trochę poeksperymentować i bawić się w bycie fit. Skorzysta na tym nasze ciało, zyskamy energię i będziemy się cieszyć wspaniałym smakiem potraw. Mam nadzieję, że przekonasz się, jak pyszne jest zdrowe jedzenie i jak miło można spędzić czas w kuchni, przygotowując dietetyczne dania!

Cytra - zapomniany instrument

„Cytra jest instrumentem marzenia, na którym powinno się grać o zmroku, w ścisłym gronie przyjaciół”.

Franciszek Liszt

Historia współczesnej cytry zaczyna się na początku XVII wieku. W 1619r Michael Praetorius w swojej pracy „Syntagma musicum” jako pierwszy opisał i załączył rysunek instrumentu Scheitholt, zbudowanego z podłużnego drewnianego pudła z naciągniętymi strunami. Inne dawne cytry to: Kratzzither, Schlagzither, z różną ilością strun i różnymi technikami gry, jak również Raffele, cytra ze strunami tylko na gryfie. W zależności od zastosowania i rodzaju granej muzyki wprowadzano zmiany w budowie cytr, polegające na dodawaniu strun i poszerzaniu pudła rezonansowego w celu uzyskania lepszego brzmienia. Początkowo konstruowanie cytr było zimowym zajęciem górali alpejskich, a dopiero pod koniec XVIII wieku coraz liczniej powstawały profesjonalne warsztaty specjalizujące się w jej produkcji. Instrumenty wytwarzano głównie w Salzburgu i Mittenwaldzie, stąd dwa historyczne typy kształtu pudła rezonansowego: salzburski z esowatym wygięciem jednego z dłuższych boków pudła rezonansowego i mittenwaldzki, kształtem podobny do gitary (nie zyskał popularności, rzadko spotykany). Z czasem z instrumentu ludowego stała się cytra instrumentem koncertowym, używanym zarówno w warunkach kameralnych, domowych jak i w salach koncertowych, jako instrument solowych lub w zespołach muzycznych. Istotną rolę odegrał rozwój mieszczaństwa i popularność domowego muzykowania.

Jednym z pierwszych wirtuozów, autorów podręcznika nauki gry i konstruktorów był Johann Petzmayer (1803-1884). W 1838 r podczas koncertów w Bawarii poznał księcia Maksymiliana Bawarskiego (1808-1888). Władca zauroczony cytrą nauczył się grać i stał się gorącym propagatorem tego instrumentu. Cytra stała się godną pałaców, weszła na książęce pokoje. Również córka księcia, Elżbieta, późniejsza cesarzowa Sisi, grała na cytrze i spopularyzowała ten instrument w Cesarstwie Austro-Węgierskim.

W 1851 Georg Tiefenbrunner skonstruował cytrę elegijną (Altzither), dłuższą niż klasyczna dyskantzowa, strojoną o kwartę niżej. Kolejne rodzaje cytr skonstruowana w 1880 r przez Andreasa Michel Arion cytra. Kształtem nawiązuje do cytry mittenwaldzkiej, z większym i inaczej zbudowanym pudłem rezonansowym. W 1930 r. Adolf Meinel z Markneukirchen zbudował cytrę kwintową, strojoną o kwintę wyżej i basową, strojoną o jedną oktawę niżej. Kolejną innowacyjną w budowie cytrą, już współczesną, jest skonstruowana w 1970 r przez Ernsta Volkmana cytra psalterzowa (Psalterzither), używana do grania utworów barokowych oraz kompozycji współczesnych.

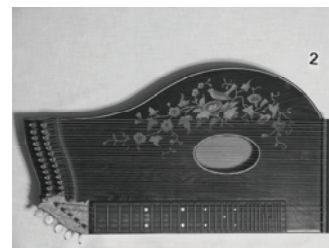
Kolejne rozwiązania konstrukcyjne miały na celu między innymi zwiększenie głośności cytry, stąd różna wielkość i kształt pudła rezonansowego oraz ilość i rozmieszczenie otworów rezonansowych. Istotnym problemem jest wielkość prawej dłoni, ponieważ kciukiem gra się na strunach

wiolinowych, a równocześnie 2, 3 i 4 palcem na strunach tzw. wolnych, w akompaniamencie. Próba pokonania tego anatomicznego ograniczenia były w szczytowym okresie popularności cytry, czyli pod koniec XIX i na początku XX wieku, cytry typu Reform i Perfecta, gdzie struny kontrabasowe częściowo zachodzą na basowe.

Ilość strun i ich rodzaj zmieniały się w ciągu tych 200 lat. Obecnie obowiązujący układ strun zaproponował Nicolas Weigl (1811-1878) w 1838r. Struny wiolinowe to: a' a' d' g c, oraz struny wolne (akordowe i basowe), strojone w kwintach i kwartach W połowie XVIII wieku wyodrębniły się dwa główne typy układu strun (strojenia) cytr: **monachijski**, będący kontynuacją sposobu zaproponowanego przez Weigla, z dodanymi strunami kontrabasowymi strojonymi chromatycznie, oraz **wiedeński**. Strojenie wiedeńskie wprowadził Carl I.F. Umlauf (1824-1902) w 1859r. Zamiast jednej struny a' w wiolinie dodał strunę g' oraz dodał dodatkowo strunę es jako pierwszą akordową. Było ono popularne w Monarchii Austro-Węgierskiej, a potem w Austrii, Czechach, Słowacji, Słowenii, a w Polsce w Galicji. Obecnie coraz rzadziej używane, zwykle do grania utworów tradycyjnych, ludowych. Z typu monachijskiego wywodzi się obecne strojenie tzw. **Normalstimmung**, ustanowione na kongresie niemieckich towarzystw muzycznych w 1878r: a' a' d' g c w wiolinie, 12 strun akordowych, 12 basowych, 3-12 kontrabasowych. Dla lepszej orientacji struny różnią się kolorem, struny f, a, cis są koloru czerwonego.

CYTRY KONCERTOWE

Typy:



1. Dyskantowa (Diskantziter, Primzither), dł ok. 430mm, struny a' a' d' g c
2. Kwintowa (Quintzither, kurze Zither), dł ok. 380mm, e² e² a' d' g c
3. Altowa, elegijna (Altzither, Elegiezither), dł 510-530mm, e' e' a d G
4. Basowa (Basszither), dł 570mm, a a d G C
5. Harfowa (Harfenzither)
 - a/ mała (kleine Harfenzither),
 - b/ cytra typu Perfekta (Perfecta Zither)
 - c/ cytra typu Reform (Reform Zither)
6. Arion cytra (Arionzither, Gitarzither)
7. Smyczkowa (Streichzither, herzförmige), a' d' g c
8. Psalterium cytra (Psalterzither)
9. Cytra koncertowa posiada pełne cztery oktawy, a duże cytry koncertowe z 42 strunami ponad 5 i ½ oktawy (od subkontra F do d⁴).

CYTRY AKORDOWE



Cytra akordowa zbudowana jest z dwóch części:

Wiolinowe - prawej

Akordowej - lewej

Część wiolinowa zawiera dźwięki poukładane kolejno co pół tonu - chromatycznie. Mniejsze cytry nie posiadają wszystkich półtonów, gra się na nich w tonacjach C-dur, D-dur, G-dur, A-dur i Cis-dur. Na jeden dźwięk mogą przypadać dwie struny.

Część akordowa zawiera kilka akordów składających się z jednej struny basowej oraz 3 lub 6 strun z kolejnymi dźwiękami tworzącymi akord. Akordy te to kolejno C-dur, G-dur, F-dur, D-dur, A-dur, E-dur występują tylko w 6-akordowej cytrze. Cytra 3-akordowa ma odpowiednio C-dur, G-dur i F-dur. 5-akordowa ma C-dur, G-dur, F-dur D-dur i A-dur.

Są też cytry dziecięce, małe bez strony z akordami. Ilość strun w cytrze akordowej zależy od jej typu i waha się od 21-25 (w cytrze bez akordów), 41 (5-akordowa, 5 akordów po 4 struny i 21 strun wiolinowych), aż do 92 (6 akordów po 7 strun i 25 strun wiolinowych).

W czasie gry cytrę trzyma się podobnie jak harfę, lub kładzie przed sobą na stole lub na kolanach. Akordy gra się lewą ręką szarpiąc struny specjalnym pierścieniem, a melodię na strunach wiolinowych prawą ręką przy pomocy plektronu. Cytry akordowe swoją największą popularność osiągnęły w drugiej połowie XIX wieku. Było to związane z dużą popularnością domowego muzykowania. Powstało wiele typów tych cytr do amatorskiego grania: Gittarenzither, Manualzither (ze specjalnych mechanizmów do akompaniamentu), Violin-Akkord Zither (z 18 strunami melodycznymi, na których gra się smyczkiem).

CYTRA W MITOLOGII

Historia instrumentu podobnego do cytry zaczyna się już w starożytności. W Grecji znany była instrument o nazwie kytara. Jej wygląd nie jest do końca znany. Nazwa może sugerować podobieństwo do cytry.

Znanymi z mitologii postaciami grającymi na cytrze (?) kitarze (?) byli m.in.:

Apollo, syn Zeusa i Latony, bóg wiecznej młodości i piękna, w zawodach o najlepszego wirtuoza cytry (kityry) wygrał z pasterzem Marsjaszem. Po zawodach niestety obdarł rywala ze skóry. Jedynym, który głosował na Marsjasza był król Midas, za co został ukarany przez Apolla oślimi uszami. Apollo był też opiekunem sztuk, którym patronowało 9 Muz, w tym muza poezji miłosnej **Erato** (Umiłowana) przedstawiana z cytrą lub kitarą.

Hermes, syn Zeusa i Mai był posłańcem w krainie bogów, stąd skrzydełka przy sandałach. Zbudował pierwszą cytrę z pustej skorupy żółwia i wysuszonych jelit baranich. To od niego Apollo dostał cytrę.

Arion - na wpół mityczny poeta i cytrzysta grecki. Żył w VII w p.n.e. na wyspie Lesbos. W drodze powrotnej z Sycylii, gdzie wygrał konkurs muzyczny, musiał ratować się przed piratami ucieczką ze statku, którym wracał do domu. Został uratowany przez delfiny zauroczone jego śpiewem i grą. W sztuce jest przedstawiany na delfinie z kitarą w dłoni.

CYTRA W POLSCE

Cytra dotarła do Polski w XVIII w z południa i zachodu Europy. Szkoły gry powstawały w Warszawie, Lwowie i Wilnie. Równocześnie tworzone były zakłady lutnicze. Najbardziej znanym lutnikiem był na przełomie XIX i XX wieku Franciszek Niewczyk we Lwowie. Aż do 1939r cytra była instrumentem popularnym. Po II wojnie światowej nastąpił gwałtowny spadek jej popularności nie tylko w Polsce ale i w innych krajach Europy. Było to związane z negatywnym kojarzeniem cytry z kulturą niedawnych okupantów, zmieniały się również obyczaje i styl spędzania wolnego czasu. Władza komunistyczna prowadziła nową politykę kulturalną, gdzie dla mieszczańskiego instrumentu, jakim była cytra, nie było miejsca. Próby ponownego zainteresowania cytrą pojawiły się w latach 80-tych w Łodzi i Poznaniu (bracia Leszczyńscy, Wanda Jasińska). W 2004r odbyło się w Poznaniu „Międzynarodowe Spotkanie Cytrzystów”. Niestety jedyne. Kolekcje cytr można oglądać m.in. w Muzeum Instrumentów Muzycznych w Poznaniu, oraz w klasztorze w Henrykowie, gdzie znajduje się część kolekcji przeniesionej z Domu Muzyki i Literatury we Wrocławiu.

Najbliżej granic Polski duże kolekcje cytr są w Muzeum Uniwersyteckim w Lipsku (Grassimuseum) oraz w Ostrawie w Czechach, gdzie znajduje się prywatne muzeum cytr „Citerarium”, należące do Jan Folprechta. W muzeum w Ostrawie zgromadzone są cytry wyprodukowanych w Czechach i na Morawach, przy muzeum działa klub muzyczny „Radegast”, gdzie odbywają się spotkania cytrzystów i można nauczyć się grać na tym instrumencie.

W Polsce jedynym regularnie grającym wirtuozem cytry i dającym regularne koncerty jest Pan Grzegorz Tomaszewski. W ostatnich latach dużym wydarzeniem w trakcie tradycyjnego noworocznego koncertu Filharmoników Wiedeńskich w 2014 roku, był występ solisty grającego na cytrze w walcu Johanna Straussa „Opowieści Lasku Wiedeńskiego”.

Zapraszamy na wystawę „Cytra-zapomniany instrument” w Muzeum Miejskim w Zabrzcu w sali przy ulicy Powstańców Śląskich 3. Wystawa będzie trwała do 10.02.2018 r.

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze należy do wiodących ośrodków medycznych tej specjalizacji w kraju. W 2017r. potwierdził to ranking tygodnika „Wprost”, w którym opublikowano listę najlepszych szpitali w Polsce. I to w nim SCCS zajęło dwa pierwsze miejsca w kategoriach kardiologia i kardiochirurgia. W latach 1985-2017 wykonano tutaj ponad 40 000 operacji serca u dorosłych i dzieci. Dziś praktycznie nie ma takiej operacji na świecie, której nie wykonaliby zabrzańscy lekarze. Wśród nich pracuje m.in. 15 profesorów, 14 doktorów habilitowanych oraz 133 pracowników ze stopniem naukowym doktora.

W szpitalu funkcjonują trzy oddziały kliniczne kardiologii dorosłych, których liderami są wybitni polscy kardiolodzy: prof. Zbigniew Kalarus (Katedra Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii), były prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, prof. Mariusz Gąsior (III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii SUM) wcześniejszym kierownikiem tej Katedry był od samego jej powstania prof. Lech Poloński. Katedrą Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii z Oddziałem Kardiologii Dziecięcej SUM kieruje prof. Jacek Białkowski, jeden z najbardziej uznanych ekspertów tej specjalności w Polsce. Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Schorzeń Metabolicznych prowadzi prof. Krzysztof Strojek, krajowy konsultant w dziedzinie diabetologii. Oddział Kliniczny Kardioanestezji i Intensywnej Terapii pozostaje w rękach prof. Piotra Knapika, wybitnego polskiego anestezjologa, prezes Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Natomiast Katedrą i Oddziałem Klinicznym Kardiochirurgii, Transplantologii, Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej kieruje prof. Marian Zembala, prezes Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Serca i Torakochirurgii (EACTS)

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze to wiodący ośrodek akademicki, współpracujący z Wydziałem Lekarskim z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, którego Kliniki i Katedry zajmują wiodące miejsca w rankingach tegoż wydziału. Prowadzi szkolenia zawodowe studentów medycyny, ratownictwa medycznego i pielęgniarstwa oraz podyplomowego szkolenia dla specjalizujących się lekarzy. Dumą centrum są szkolenia przed i podyplomowe z wykorzystaniem najnowszych osiągnięć, w tym biosymulatorów. Stanowią one trwały element w doskonaleniu zawodowym: kardiologów, kardiochirurgów, anestezjologów, internistów, chirurgów ogólnych i naczyniowych oraz lekarzy rodzinnych i ratowników medycznych.

Zespół SCCS składa się z utalentowanych, świetnie wyszkolonych lekarzy: kardiologów, kardiochirurgów, anestezjologów, radiologów, chirurgów naczyniowych i endowaskularnych, pulmonologów i transplantologów oraz wspierających i troskliwych pielęgniarek i personelu medycznego. Jego personel wyróżnia nie tylko wysoki profesjonalizm, ekspercki poziom w kraju, pod względem przygotowania zawodowego, zdobywanego w kraju i za granicą w ramach międzynarodowych staży, ale także głęboko humanitarne podejście do chorych ludzi. Okazywana im troska i serdeczność.

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze to szpital znany w kraju i zagranicą. To jednocześnie marka symbolizująca miasto Zabrze. Jej powstanie było zasługą pracy wybitnych pionierów zabrzańskiej kardiologii i kardiochirurgii.



Historia zabrzańskiego ośrodka kardiologii i kardiochirurgii, nazwanego w 1996r. Śląskim Centrum Chorób Serca, datowana jest 1972 roku. To wtedy za zgodą ówczesnego wojewody śląskiego Jerzego Ziętka, prof. Adam Wolański utworzył w Zabrze Wojewódzki Ośrodek Kardiologii. Przez ponad dziesięć lat działał on w szpitalu przy ul. Marii Skłodowskiej – Curie, a jego dyrektorem od 1976r. był Stanisław Pasyk. W 1984r. ośrodek przeniósł się do nowego budynku przy ul. Szpitalnej. W tym czasie pracę w Zabrze rozpoczęli specjaliści spoza Śląska - m.in. kardiochirurg Zbigniew Religa i kardiolog dziecięcy Lili Goldstein. Historia placówki to dzieje jej sukcesów medycznych i naukowych. Spektakularnym wydarzeniem było dokonanie w 1985r., przez Zbigniewa Religę i współpracowników m.in.: Mariana Zembalę i Andrzeja Bochenka pierwszego w Polsce udanego przeszczepu serca. Z kolei w 1986r. pierwszy zabieg przezskórnej plastyki tętnic wieńcowych wykonali Andrzej

Dużym dokonaniem było też wprowadzenie w 1987r. całodobowych dyżurów zawałowych. Zespół kardiologów z Zabrze kierowany przez prof. Stanisława Pasyka, jako drugi w Europie, po lekarzach z Tuluzy, udrażniał tętnice w trakcie zawału serca. Ten zabrzański model leczenia zawałów, rozwijany przez profesorów Lecha Polońskiego, Zbigniewa Kalarusa oraz ich uczniów i współpracowników stał się modelowym, najbardziej skutecznym rozwiązaniem dla szpitali w całym kraju.

W 1987r. Marian Zembala, jako pierwszy w Polsce, wszczepił pacjentowi obie tętnice piersiowe wewnętrzne w chorobie niedokrwiennej serca i zapoczątkował wspólnie we współpracy z Pawłem Buszmanem po raz pierwszy w kraju chirurgiczne leczenie częstoskurczu komorowego.

Sukcesem stało się także wykonanie w 1997r. pierwszego w Polsce zabiegu zamknięcia ubytku przegrody międzyprzedsionkowej za pomocą korka Amplatzerza przez Jacka Białkowskiego i Małgorzatę Szkutnik, kardiologów dziecięcych. W tym samym roku zastosowano implant Amplatzerza do zamknięcia przewodu tętniczego. Ważnym wydarzeniem była wykonana w Zabrze, pierwsza w Polsce, transplantacja serca u dziecka poniżej 10 roku życia w 1998 roku. Kolejnym poważnym osiągnięciem zabrzańskiego ośrodka było wprowadzenie do praktyki klinicznej nowej, dotąd nieznannej w Polsce, metody ratowania noworodków poprzez pozaustrojowe natlenianie - ECMO. Pierwszą w Polsce procedurę ECMO wykonał zespół dr. Romana Przybylskiego i Adama Grzybowskiego (2000 r.). W tym też

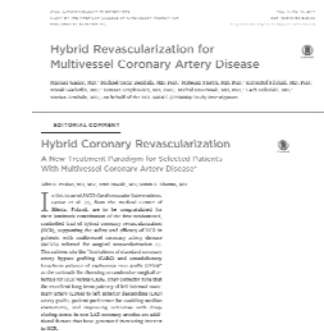
roku zamknięto pozawałowy ubytek przegrody międzykomorowej, stosując implant Amplatzera. Dwa lata później zamknięto ubytek mięśniowej części przegrody międzykomorowej u dziecka oraz ubytek okołobłoniasty przegrody międzykomorowej.

W 2001r. prof. Marian Zembala przeprowadził pierwszy w Polsce pomyślny przeszczep serca i płuc. Rok później w ŚCCS wykonano pierwszą w kraju jednoczasową transplantację serca i nerek pod kierunkiem Romana Przybylskiego – kardiochirurg i Lech Cierpka – transplantolog u 43 - letniego pacjenta z nieodwracalnym uszkodzeniem tych narządów, a w 2003r. pierwszą pomyślną transplantację pojedynczego płuca u 55 - letniego chorego z ciężkim zwłóknieniem płuc. Od 2009r. w ŚCCS wszczepia się mechaniczne komory wspomaganie krążenia. Wspomaganie zewnętrznymi komorami pneumatycznymi u niemowląt - jako pomost do regeneracji - stosowane jest tutaj od 2013r.



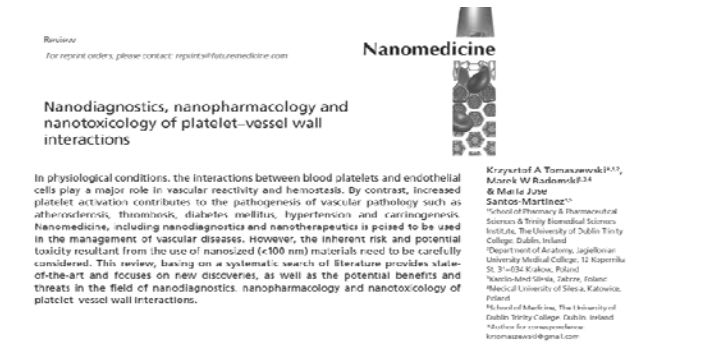
Ryc. Sukcesy rodzą się we współpracy z najlepszymi

W 2016r. utworzono w centrum Oddział Dzienny Niewydolności Serca – pierwszy i dotąd jedyny taki oddział w Polsce. Koordynatorami tego Oddziału są: prof. Michał Zakliczyński i prof. Piotr Przybyłowski. ŚCCS dysponuje komfortowymi warunkami dla pacjentów, zarówno w pawilonie A, który poddawany jest ciągłej modernizacji, jak i w nowoczesnych pawilonach B i C, gdzie warunki pobytu chorych przypominają te w najlepszych europejskich i światowych ośrodkach. Dumą ośrodka jest pierwsza w Polsce sala hybrydowa, gdzie kardiochirurg, chirurg naczyniowy i endowaskularny, kardiolog inwazyjny, anesteziolog mogą pracować razem, wspólnie korzystając z najnowszych sprzętów i urządzeń medycznych. To połączenie obszernej i bardzo nowoczesnej sali operacyjnej z wszechstronnie wyposażoną salą hemodynamiczną. Wykonywać tutaj można szeroki zakres zabiegów, w tym: małoinwazyjne operacje wieńcowe, zastawkowe i naczyniowe, ablacje hybrydowe, zabiegi TAVI i PAVTI oraz implantacje stentgraftów aortalnych.



Ryc. Osiągnięcia SCCS, są publikowane w prestiżowych czasopiśmie naukowych

To właśnie połączenie znakomitego, doświadczonego i oddanego pacjentowi zespołu z dostępem do nowoczesnego sprzętu gwarantuje sukces w ratowaniu życia i przywracaniu zdrowia. SCCS nieprzerwanie prowadzi również badania naukowe i prace rozwojowe. Najlepszym tego przykładem było utworzenie w 2015r. pierwszego w województwie śląskim Śląskiego Parku Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia. Wspólnego przedsięwzięcia ŚCCS, Fundacji ŚCCS, Fundacji Rozwoju Kardiologii oraz miasta Zabrze. Placówki blisko współpracującej ze Śląskim Uniwersytem Medycznym. W kręgu jej zainteresowań znajdują się rozległe obszary badawcze począwszy od genetyki, genomiki, przez zagrożenia środowiskowe i cywilizacyjne, mechatronikę, medycynę regeneracyjną i translacyjną, biobanki i rezerwacje tkanek oraz komórek, po nanomedycynę i jej nowe zastosowania w medycynie i farmacji oraz innowacyjnych badań wdrożeniowych.



Ryc. Publikacje są najlepszym świadectwem jakości nauki i pracy

W SCCS w ramach ośrodka badawczo-szkoleniowego realizowane są projekty z zakresu epidemiologii, schorzeń sercowo-naczyniowych w oparciu o bazy danych, rejestry, dane świadczeniodawców, zasoby płatnika w celu wypracowania optymalnych rozwiązań w zakresie dostępności do leczenia z samorządami.



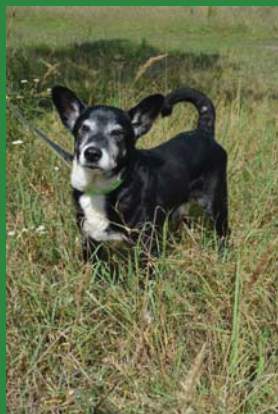
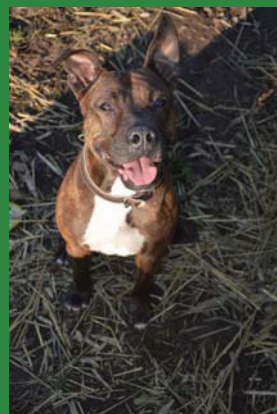
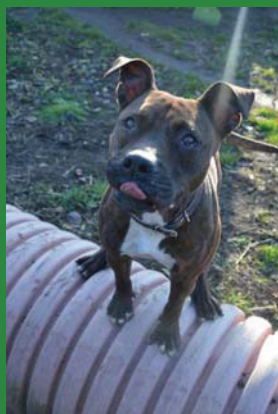
Ryc. Projekt „FitPolka” jego celem jest zwiększenie dostępności wśród kobiet do edukacji i skutecznej profilaktyki chorób cywilizacyjnych, a zwłaszcza schorzeń sercowo-naczyniowych (CVD)

Cieszy rozwijająca się działalność Fundacji Rozwoju Kardiologii im. prof. Zbigniewa Religi, której działalność badawcza dotyczy m.in. sztucznych komór wspomaganie krążenia u dorosłych i dzieci.

ODDAM SERCE W DOBRE RĘCE

*Zwierzę, jako istota żyjąca, zdolna do odczuwania cierpienia,
nie jest rzeczą.*

Człowiek jest mu winien poszanowanie, ochronę i opiekę.



PRZEKAŻ MAŁY WIELKI

10%

Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca

ul. Wolności 182, 41-800 Zabrze

KRS: 0000219230



Tak dla transplantacji



Zawał serca – czas to życie

Projekt: Michał Kasiński

www.fundacjaSCCS.pl