

NUMER 33

ISSN 1730 - 1297

zima 2019

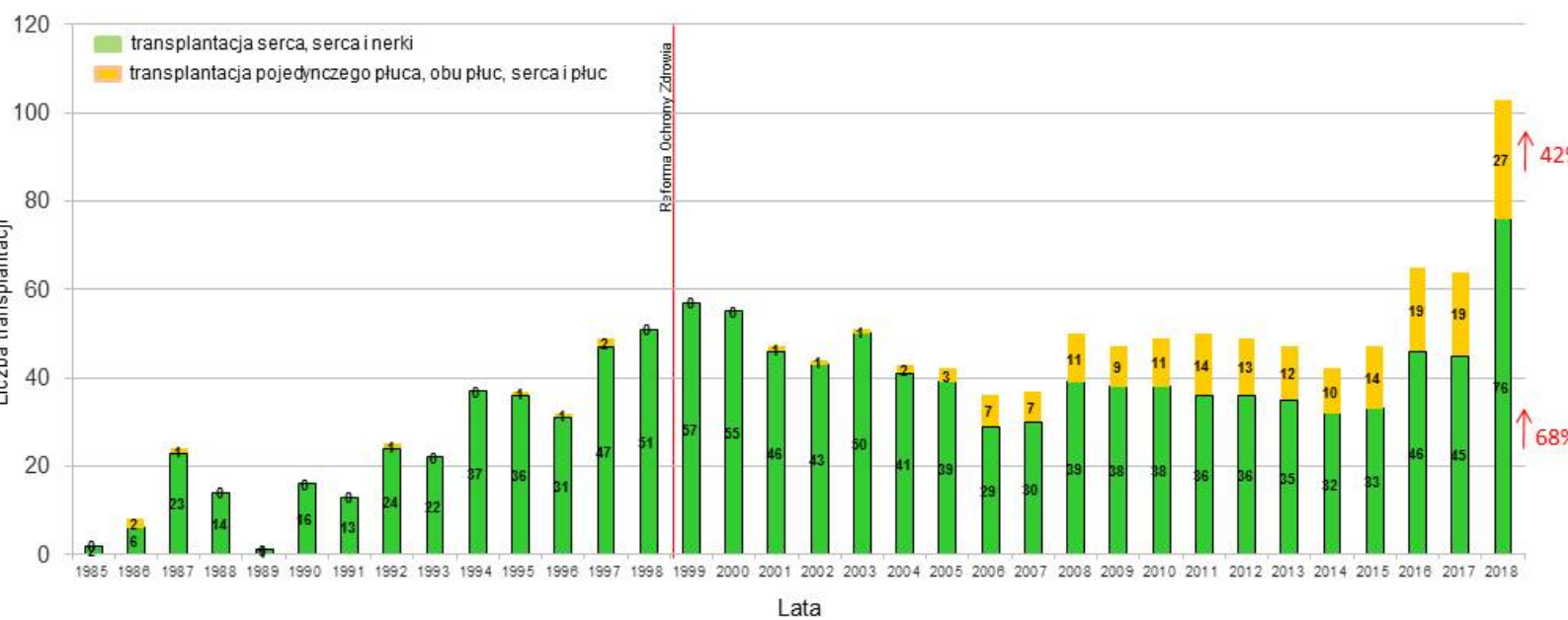
SZLACHETNE ZDROWIE

Czasopismo Śląskiego Centrum Chorób Serca





Aktywność transplantacyjna w SCCS, Zabrze w latach 1985 – 2018 [N – 1356]



*Szlachetne Zdrowie
Nikt się nie dowie
Jaką 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 2018

W numerze:

- Punkt widzenia
- Wydarzenia roku 2018-
podsumowanie
- Oddział Rehabilitacji
Kardiologicznej
- Fundacja Śląskiego Centrum
Chorób Serca
- Kalendarium przyznanych
nagród i certyfikatów - rok
2018
- W adwentowy czas
- XI Kongres Zdrowia
Publicznego
- El Camino Academiae
Medicinae
- Treningi fizyczne
w niewydolności serca
- Terapie z udziałem zwierząt
dla naszego zdrowia
- Freestyle Football
- Z prof. Marianem Zembalą
o marzeniach, służeniu
chorym i wierszach
rozmawia Barbara Gruszka-
Zych
- Oddychać pełną piersią, tak
lekką, swobodnie, jak nigdy
dotąd...

- **26.01.2018** - Ogólnopolski Dzień Transplantacji
- **05.2018** - gościnna wizyta prof. Andrew Newby w SCCS
- **05.2018** - Śląskie Centrum Chorób Serca jako „najlepsze szpitale kardiologiczne” i „najlepsze szpitale kardiologiczne” w generalnej klasyfikacji punktowej rankingu „Wprost”
- **04.06.2018** - XI Śląska Konferencja Placówek Promujących Zdrowie
- **05.06.2018 - 08.06.2018** - XXV Jubileuszowa Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna
- **4.07.2018** - Pierwsza w Polsce implantacja całkowicie sztucznego serca (TAH)
- **30.09.2018** - XIX Biała Niedziela w Śląskim Centrum Chorób Serca
- **10.2018** - Złoty Skalpel 2018 dla zespołu SCCS
- **07.11.2018** - w Pałacu Prezydenckim odbyła się debata dotycząca kampanii społecznej, której współorganizatorem jest SCCS „Zawał serca – czas to życie”
- **11.2018** - EDU-HEART SILESIAN POWER, dofinansowanie projektu - „Specjalistyczne szkolenie podyplomowe dla lekarzy specjalistów i rezydentów w dziedzinie kardiologii i kardiologii, wykraczające poza program specjalizacji, realizowane z wykorzystaniem nowoczesnych metod kształcenia, w tym technik symulacji, ze szczególnym uwzględnieniem rosnącej grupy chorych starszych z grupy wyższego ryzyka.”
- **21.11.2018** - Pilotaż KONS w SCCS
W siedzibie Ministerstwa Zdrowia został zainaugurowany przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym pilotaż Kompleksowej Opieki nad Osobami z Niewydolnością Serca – KONS. Zaplanowany na dwa lata program będzie realizowany w 6 wybranych polskich ośrodkach, w tym w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze

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



Zabrze
5-8 czerwca

25

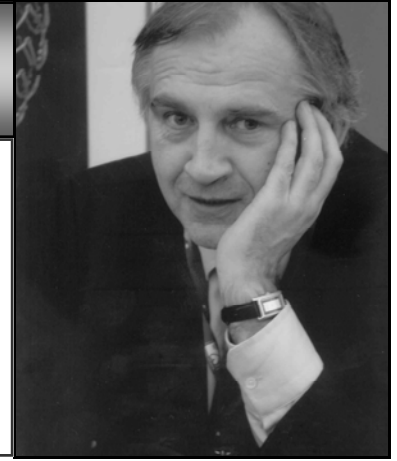
XXV
Jubileuszowa
Międzynarodowa
Konferencja
Kardiologiczna



Ranking Szpitali 2018



Punkt widzenia



Szanowni Państwo,

Drogie Koleżanki i Koledzy,

z nadzieją, ale i determinacją wkroczyliśmy w Nowy Rok – 2019.

Dobrą tradycją jest dokonanie podsumowania i oceny minionego roku. Bez tego zawodowego rachunku sumienia znacznie trudniej wskazać obszary, w których udało się nam wypracować nowe, dobrze sprawdzające się i służące naszym Chorym, Szpitalowi pomysły i rozwiązania, ale także dostrzec te, w których możemy zidentyfikować pewne zagrożenia czy niespełnione zamierzenia i cele.

Ocena roku jest zadaniem każdego z nas; szczególna jednak rola w tym zakresie spoczywa na liderach: Klinik, Pracowni i programów, zarówno z obszaru medycyny, jak i administracji oraz działu technicznego.

Chciałbym jako dyrektor z dumą podkreślić, iż mimo, że miniony rok był trudny, zakończyliśmy go w wielu obszarach w Śląskim Centrum Chorób Serca z wymiernymi sukcesami. Do najważniejszych zaliczyłbym znaczący postęp we współpracy w zakresie realizacji świadczeń. Dzięki wspólnemu wysiłkowi potrafiliśmy wykorzystać przyznany naszemu Szpitalowi przez NFZ i Ministerstwo Zdrowia kontrakt do przysłówiowej złotówki, niczego nie marnując.

Chciałbym wyrazić serdeczne podziękowania i wyrazy uznania dla całej administracji Szpitala i wszystkich Pracowników, którzy w sposób szczególnie odpowiedzialny rozumieli ten problem, jego wagę i znaczenie. Życzliwie i z determinacją współpracowali, aby zrealizować przyznany kontrakt w taki sposób, aby otwierał nowe możliwości na realizację świadczeń w roku kolejnym – dla dobra naszych Chorych i naszego Szpitala.

Szanowni Państwo,

rozpoczęliśmy niezwykle ważny i wymagający od nas wszystkich rok. Pozwólcie, że przedstawimy krótko i podzielimy się z Państwem najważniejszymi celami, jakie stoją przed nami, na których szczególnie mocno chcielibyśmy się skupić w nadchodzących 12 miesiącach:

1. Rozpoczęcie budowy tzw. „A PLUS”

Ta odważna i potrzebna inwestycja w istotny sposób poprawi jakość naszej pracy, usunie pewne istniejące niedogodności dla naszych Chorych związane z lokalizacją obecnej Izby przyjęć i ciasnotą panującą w Budynku A.

Uruchomienie tych działań, na które udało nam się pozyskać środki inwestycyjne, to jednak znacznie więcej - to znacząca poprawa funkcjonalności całego SCCS, lepsze przystosowanie Szpitala do nowych zadań w zakresie diagnostyki i terapii chorób serca, płuc i naczyń u dorosłych i dzieci. Mamy świadomość, że rozwiązania funkcjonalne, które realizujemy, nie przystają w pełni do posiadanej przez nas infrastruktury - dlatego musimy ją zmienić, poprawić, ulepszyć - stosownie do zadań, jakie przed nami stoją i wymogów postępu, jaki dokonuje się w nowoczesnej medycynie sercowo-naczyniowej.

Prof. dr hab.

Marian Zembala

*Dyrektor Śląskiego Centrum
Chorób Serca*

Rozpoczynamy nasze działania w tym zakresie już w czerwcu bieżącego roku, re-aranżując przestrzeń, przystępując do zbudowania nowego parkingu przy ulicy Jagiellońskiej, potrzebnego nie tylko naszym Pracownikom, ale i Pacjentom.

Wierzmy, że duże doświadczenie, jakie zgromadziliśmy dzięki poprzednim inwestycjom, a także znajomość dobrych praktyk, funkcjonujących z powodzeniem ciekawych inicjatyw (także za granicą), znacznie ułatwią nam podjęcie i realizację tego nowego wyzwania, przyczynią się do wypracowania jeszcze lepszych, nowocześniejszych, służących leczonym i leczącym rozwiązań.

2. Szkolenie rezydentów

Priorytetem rozpoczętego roku będzie także jeszcze większa troska o wysoką jakość kształcenia rezydentów na wszystkich poziomach personelu medycznego. To wielki i bardzo odpowiedzialny mandat – stworzenie w SCCS prestiżowego, ambitnego systemu szkoleniowego. Pamiętajmy, że szkolący się mają prawo do oceny jakości szkolenia - zarówno ze strony kierowników klinik, jak i pracowników i personelu nadzorującego.

Chcielibyśmy, aby nasi absolwenci po zakończeniu rezydentury mogli czuć się dumni z odbytego u nas szkolenia, a nasz Szpital stał się synonimem ośrodka edukacji zawodowej o dużych wymaganiach, ale i najwyższym poziomie, rekomendowanym przez naszych rezydentów innym młodym, pracowitym, ambitnym medykom stojącym na początku swojej zawodowej drogi.

Silnym elementem nowego programu szkoleniowego będą m.in. stałe, cykliczne konferencje, seminaria, warsztaty, cotygodniowe spotkania naukowe, gwarantujące wysoką jakość ustawicznego kształcenia zarówno lekarzy, pielęgniarek, jak i przedstawicieli innych zawodów medycznych: fizjoterapeutów, perfuzjonistów, analityków.

Znaczącą pomoc w zdobywaniu i upowszechnianiu nowoczesnej wiedzy, doświadczeń stanowi już dziś bardzo sprawnie działająca i świetnie wyposażona biblioteka SCCS – co jest wielką zasługą pani mgr Bożeny Smoter.

Ustawiczne i nowoczesne kształcenie w SCCS staje się symbolem, znakiem naszego roku 2019.

3. Działalność naukowa

Dorobek naukowy jest podstawową cechą medycyny akademickiej, której - działając w strukturze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach - jesteśmy integralną częścią. Niepokoi obserwowany, postępujący zanik zainteresowania rozwojem naukowym wśród naszych

rezydentów i odbywających specjalizację lekarzy. To podejście niezrozumiałe i nie do przyjęcia, stoi bowiem w jaskrawej sprzeczności z modelem akademickiego szkolenia, które a priori zakłada podejmowanie inspirujących działań w zakresie działalności klinicznej i naukowej.

Bez rozwoju naukowego, udokumentowanego dorobkiem naukowym i klinicznym, SCCS nie osiągnie postawionych celów, nie będzie się dynamicznie rozwijało. Wszyscy musimy mieć tego świadomość. Otwarcie się na aplikację, udział w konkursach indywidualnych i zespołowych na projekty badawcze (krajowe i międzynarodowe) jest wyznacznikiem nie tylko ambicji, ale i realnych możliwości - zarówno liderów, jak i pozostałych członków zespołów SCCS.

Jako dyrekcja widzimy zasadność intensyfikacji badań naukowych, których potwierdzeniem stają się oryginalne prace przyjęte i wydrukowane w prestiżowych czasopismach medycznych, doktoraty i magisteria oraz habilitacje naszych pracowników będące dowodem pomnażania dorobku naukowego. Temu ambitnemu celowi służy również działalność i bliska współpraca z Kardio-Med Silesia (KMS), skupiająca autentycznych liderów i badaczy w zakresie nauk podstawowych i eksperymentalnych, dająca dodatkowe możliwości pomnażania dorobku, wzbogacenia go o nowe formy i rozwiązania w zakresie nowych technologii, które stają się wyznacznikiem postępu w nowoczesnej nauce i medycynie. Także dzięki KMS i podobnym instytucjom stajemy się podobni w rozwiązaniach naukowo-badawczych do najlepszych ośrodków na świecie, gdzie istnienie takich ośrodków i jest uznanym i przyznanym standardem.

4. Odpowiedź na nowe potrzeby medycyny sercowo-naczyniowej

Jestem przekonany, że po dokonaniu szczegółowej oceny działalności w roku minionym, poszczególne Zespoły i Pracownie wyznaczą sobie, we współpracy z Dyrekcją, nowe zadania wychodzące naprzeciw nowoczesnym potrzebom medycyny naczyniowo-sercowej u dorosłych i dzieci - korzystając z krajowych i zagranicznych wzorów - wdrożą je roku bieżącym w naszym Ośrodku. Tej działalności, wspierającej innowację, dyrekcja naszego szpitala będzie zawsze przychylna, pomagając i zabezpieczając udział delegowanych osób w szkoleniach krajowych i zagranicznych – aby mogli się rozwijać, dalej kształcić z korzyścią dla naszych Chorych.

W tej ważnej działalności będziemy korzystać z pomocy organizacyjnej i finansowej Fundacji SCCS, którą z powodzeniem od wielu lat kieruje Pani Alicja Chachaj we współpracy z ambitnym Zarządem, za co należą jej się serdeczne podziękowania i wyrazy uznania.

5. Dbalność o zdrowie w miejscu pracy

W większym stopniu niż dotychczas chcemy - jako Dyrekcja i szpital zatrudniający ponad 4.000 pracowników - zająć się integracją naszego środowiska, promowaniem wspólnych wydarzeń socjalnych, turystycznych, rekreacyjnych. Wszystko po to, aby nasi Pracownicy, na co dzień ciężko pracujący, stający w obliczu wielu wyzwań, zmagani, narażeni na duży stres w swojej codziennej walce o Chorego, o dobro Szpitala, mieli poczucie konkretnego wsparcia od pracodawcy jakim jest SCCS. Lepsze, wzajemne zrozumienie problemów i potrzeb obu stron usprawni bieżącą działalność, rozwiąże ewentualne niepotrzebne konflikty, nieporozumienia, zmniejszy ryzyko wypalenia zawodowego, wzmocni poczucie

jedności, wzajemnego wsparcia Zespołu - a tym samym wpłynie na poprawę jakości pracy.

Szanowni Państwo,
Koleżanki i Koledzy,

8 marca 2019 roku obchodzimy 10 rocznicę przedwczesnej śmierci wybitnego lekarza i nauczyciela akademickiego, Profesora Zbigniewa Religi – twórcy zabrzańskiej kardiologii i transplantologii.

Z dumą i podniesioną głową będziemy świętować tę ważną rocznicę, mając świadomość, jak mocno w roku 2018 rozwinęliśmy program transplantacji serca i płuc. Dzięki nowym zabrzańskim Liderom transplantologii i kardiologii, a także bardzo dobrej współpracy zespołów, ten sukces stał się możliwy; dzisiaj wyznacza nową markę i jakość szpitala w skali kraju.

Oczekujemy, że w roku obecnym nastąpi dalszy dynamiczny rozwój transplantacji serca, płuc i mechanicznego wspomaganie krążenia u dorosłych i dzieci, wyznaczając nowe obszary badań klinicznych i naukowych dla naszego Ośrodka i naszego Zespołu.

Szanowni Państwo,

kończąc to krótkie podsumowanie minionego roku i szkic planów na ten nowy, ambitny 2019, pozwólcie, że w sposób szczególny podziękuję wszystkim, bez działania których sukces ubiegłego i bieżącego roku nie byłby możliwy.

Dziękuję Dyrekcji SCCS - Pani Dyrektor Bożenie Dudzie, Panu Profesorowi Piotrowi Przybyłowskiemu, Panu Dyrektorowi Jackowi Kaszewskiemu, za ich ofiarną i profesjonalną pracę, która czyni nasz ośrodek nowoczesniejszym i lepiej zarządzanym.

Słowa podziękowania kieruję także do Kierowników Klinik, Pracowni, poszczególnych Działów, do naszych Oddziałowych – Wasza codzienna praca składa się na sukces całego Szpitala i jest źródłem tak wielu pozytywnych ocen. Wierzę, że Wasza troska i zaangażowanie w opiekę nad naszymi Chorymi, w rozwój SCCS będą jeszcze bardziej widoczne w roku bieżącym - bardzo Was o to proszę.

W moich podziękowaniach chciałbym także uwzględnić Pracowników administracji i działów technicznych SCCS, dzięki którym praca i staraniom funkcjonowanie naszego Szpitala jest lepsze i bezpieczniejsze, a jakość i komfort pobytu naszych Chorych – wyższy, przyjemniejszy. Dziękuję naszym drogim Recepcjonistom i Portierom, Asystentom medycznym, których codzienna żmudna praca składa się na sukces całego Ośrodka.

Kończąc, życzę Państwu i rosnącej grupie naszych Pacjentów, aby rozpoczęty rok pozwolił nam wszystkim spełnić marzenia i plany, aby nasza misja: „Jesteśmy, aby ratować, nowoczesnie leczyć i dawać nadzieję” dzięki wspólnej i bardzo ofiarnej pracy mogła być nie tylko realizowana, ale także rozwijana.

Z wyrazami szacunku, uznania i serdecznymi podziękowaniami,

Marian Zembala

Dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu

WYDARZENIA ROKU 2018 - PODSUMOWANIE

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

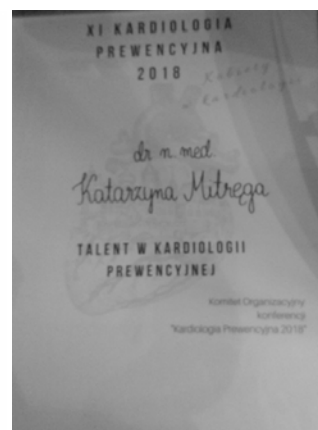
Działalność dydaktyczno-naukowa

Publikacje:

	łączna liczba prac	łączna wartość IF	łączna wartość punktacji MNiSW
ogółem	45	46,709	500,000
polski artykuł	32	21,092	325,000
zagraniczny artykuł	13	25,617	175,000

Nagrody:

- Zespołowa nagroda III stopnia Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w zakresie działalności naukowej za 2 prace dotyczące m.in. przydatności hipotermii u chorych z zawałem serca oraz cykl 7 prac na temat mechanizmów toksycznego działania ołowiu na organizm człowieka i zastosowania alfa-tokoferolu w profilaktyce ołowicy (prof. B. Średniawa) – grudzień 2018
- Indywidualna nagroda I stopnia Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w zakresie działalności naukowej za cykl 4 publikacji dotyczących diagnostyki i leczenia migotania przedsionków oraz cykl 10 prac dotyczących diagnostyki i leczenia niewydolności serca (prof. Z. Kalarus) – grudzień 2018
- Zespołowa Nagroda I stopnia Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, w zakresie działalności naukowej za cykl 10 prac dotyczących diagnostyki i leczenia niewydolności serca oraz publikacje dotyczące nowatorskich badań obrazowych w diagnostyce chorób układu krążenia (prof. T. Kukulski) – grudzień 2018
- Chodór P. i współautorzy. Nagroda za wkład w budowanie pozycji Kardiologii Polskiej dla autorów najczęściej cytowanych artykułów publikowanych na łamach czasopisma w latach 2008-2018. (Chodór P., Kurek T., Kowalczyk A., Świerad M., Wąs T., Honisz G., Świątkowski A., Streb W., Kalarus Z.)
- 5 kobiet o wybitnym dorobku naukowym zostało nagrodzonych podczas konferencji „Kardiologia Prewencyjna 2018”, w tym dr med. Katarzyna Mitrega.



Kontynuacja realizacji projektu „Zastosowanie technologii teledygnicznych w nowym modelu organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji chorych z niewydolnością serca TELEREH-HF” o akronimie TELEREH-HF. Badanie wielośrodkowe finansowane ze środków Narodowego Centrum Badań i Rozwoju realizowane w ramach programu STRATEGMED. Instytut Kardiologii we współpracy z 4 Ośrodkami Kardiologicznymi w Polsce, w tym Śląskim Centrum Chorób Serca, przeprowadza program oceniający możliwości zastosowania technologii teledygnicznych w modelu organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji chorych z niewydolnością serca.

Współrealizacja projektu „Nieinwazyjny monitoring we 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 teledygniczną 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 Cardio-Med Silesia.

Stopnie naukowe, specjalizacje

- 23.10.2018 wszczęcie przewodu doktorskiego lek. Moniki Lazar „Zmiany frakcji wyrzutowej lewej komory po zawale serca”, promotor naukowy: Z. Kalarus, promotor pomocniczy: T. Podolecki
- 2018 - uzyskanie stopnia naukowego doktora habilitowanego nauk medycznych przez Adama Sokala

WYDARZENIA ROKU 2018 - PODSUMOWANIE

- Dr Katarzyna Mitreęga oraz Joanna Boidol uzyskały specjalizację z kardiologii

w trakcie postępowania habilitacyjnego:

- dr med. Michał Mazurek
- dr med. Ewa Jędrzejczyk-Patej
- dr med. Tomasz Podolecki

w trakcie postępowania o nadanie tytułu naukowego profesora:

- dr hab. med. Radosław Lenarczyk

Działalność organizacyjna i lecznicza:

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 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 ramach badań klinicznych implantujemy stymulatory „Moderato”, redukujące ciśnienie tętnicze.

Liczba wykonanych zabiegów w Pracowni Elektrofizjologii i Stymulacji Serca

Rozruszniki	281
ICD	136
BIV	122
Inne wymiany elektrod, rewizje, itp.)	35
Usunięcia elektrod na Sali hybrydowej	48
Ablacje 3D	111 + 28 (vt)
Krioablacje	159
Ablacje klasyczne	102
Badania elektrofizjologiczne	29
Łącznie	975

Liczba wykonanych zabiegów w Pracowni Hemodynamiki:

PTCA	798
Stenty	1002
Koronarografia	1458
Walwuloplastyka zastawki Ao	3
Biopsja mięśnia sercowego	6
Cewnikowanie prawego serca	61
Założenie elektrody endokawitarnej	49
FFR	144
IVUS	62
PTA naczyń niewieńcowych	1
Art. tt. nerkowych	3
Art. tt. płucnych	1

Rutynowo wykonujemy zabiegi przezskórnej redukcji niedomykalności mitralnej za pomocą systemu **MitraClip**. Niedomykalność zastawki mitralnej (MR) jest drugą pod względem częstością 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 (żyłą udową, żyłą główną dolną a następnie po nakłuciu przegrody międzyprzedsionkowej do lewego przedsionka) bez konieczności otwarcia klatki piersiowej. Zapinką łączy się centralnie płatki 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.

Liczba wykonanych zabiegów Mitraclip	19
---	-----------

Rutynowo wykonujemy zabiegi **implantacji occluderów 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.

Liczba wykonanych zabiegów zamknięcia uszka lewego przedsionka	50
---	-----------

Współrealizacja programu dydaktycznego „Szkola Elektrofizjologii Klinicznej”. Sekcja Rytmu Serca we współpracy z firmą St. Jude Medical realizuje kolejne edycje programu dydaktycznego „Szkola 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 2018 - PODSUMOWANIE

Prace w Zarządach i Strukturach Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego:

- **Prof. dr hab. med. Zbigniew Kalarus** - Fellow of the European Society of Cardiology 2011-nadal, Member of the Executive Committee for the Atrial Fibrillation General Long-Term Registry /European Society of Cardiology/ 2013-nadal, Member of EHRA Scientific Document Committee /European Society of Cardiology/ 2016-nadal
- **Dr hab. med. Oskar Kowalski** - Skarbnik Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w kadencji 2017-2019
- **Prof. dr hab. med. Beata Średniawa** – Członek Komisji Informatyki i Telemedycyny PTK w kadencji 2017-2019, Członek Sekcji Elektrokardiologii Nieinwazyjnej i Telemedycyny PTK w kadencji 2017-2019
- **Prof. dr hab. med. Tomasz Kukulski** – Członek Komisji Inicjatyw Klinicznych ZG PTK w kadencji 2017-2019, Przewodniczący Komisji Rewizyjnej Sekcji Wad Zastawkowych Serca PTK w kadencji 2017-2019, Członek Zarządu sekcji Niewydolności serca PTK w kadencji 2017-2019, Członek Zarządu sekcji Wad zastawkowych PTK, Koordynator rejestru: trójdzielna u chorych z implantowanym rozrusznikiem POLITR, Koordynator projektu EDU Power Silesia w zakresie szkoleń echokardiograficznych
- **Lek. med., dr n. biol. Adam Sokal** – Skarbnik Sekcji Rytmu Serca PTK w kadencji 2017-2019
- **Dr med. Ewa Jędrzejczyk-Patej** – Członek Sekcji Rytmu Serca PTK w kadencji 2017-2019
- **Dr hab. med. Jacek Kowalczyk** – Przewodniczący Katowickiego Oddziału PTK w kadencji 2017-2019
- **Dr med. Tomasz Podolecki** – Sekretarz Katowickiego Oddziału PTK w kadencji 2017-2019
- **Dr med. Michał Mazurek** – Skarbnik Katowickiego Oddziału PTK w kadencji 2017-2019
- **Dr med. Katarzyna Mitrega** – Członek Zarządu Katowickiego Oddziału PTK w kadencji 2017-2019
- **Dr med. Witold Streb** - Członek Zarządu Katowickiego Oddziału PTK w kadencji 2017-2019
- **Lek. med. Paweł Francuz** – Członek komisji Rewizyjnej Katowickiego Oddziału PTK w kadencji 2017-2019
- **Dr hab. n. med. Radosław Lenarczyk**
- Koordynator Krajowy Rejestru ESC EORP AF Long-Term Registry, oraz członek Komitetu Wykonawczego Rejestru EORP AF III Registry, Członek EHRA, - Członek Komitetu Inicjatyw Naukowych EHRA (Scientific Initiative Committee SIC) w latach 2015-2017, od 2018 – Wiceprzewodniczący SIC

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

Wykaz prac powstałych na Oddziale:

1. Gałeczka Michał, Knop Mateusz, Fiszer Roland, Zdrzałek-Skiba Alina, Pawlak Szymon, Białkowski Jacek.
Late complete atrioventricular block after hybrid perimembranous ventricular septal defect closure in a neonate.
Kardiolog. Pol. 2018 : T.76, nr 10, s.1494
Impact Factor: 1.213
Punktacja MNiSW: 15.000
2. Knop Mateusz, Białkowski Jacek, Szkutnik Małgorzata, Fiszer Roland, Smerdziński Sebastian, Gałeczka Michał, Litwin Linda.
Transcatheter closure of atrial septal defects type 2 in children under three years of age.
Kardiolog. Pol. 2018 : T.76, nr 8, s.1257-1262
Impact Factor: 1.213
Punktacja MNiSW: 15.000
3. Pawlak Szymon, Przybylski Roman, Skalski Janusz, Śliwka Joanna, Kansy Andrzej, Grzybowski Adam, Wierzyk Arkadiusz, Białkowski Jacek, Maruszewski Bohdan, Zembala Marian.
First Polish analysis of the treatment of advanced heart failure in children with the use of BerlinHeart EXCOR mechanical circulatory support.
Kardiolog. Pol. 2018 : T.76, nr 1, s.83-90
Impact Factor: 1.213
Punktacja MNiSW: 15.000

Nagrody:

- Podczas XXXII Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) w Krakowie w dniu 13.09.2018 r zespół: prof. Jacek Białkowski, prof. Małgorzata Szkutnik, dr hab. Roland Fiszer został uhonorowany Nagrodą Naukową roku 2017 za cykl 24 artykułów opublikowanych w renomowanych periodykach medycznych w latach 2012-2017 (całość IF 35,208), a dotyczących postępów w interwencyjnym leczeniu wrodzonych i strukturalnych wad serca. To już druga tego typu nagroda PTK dla tego zespołu (pierwsza w roku 2007 za podobną tematykę). Jest to ogromne wyróżnienie, tym ważniejsze, że po raz pierwszy nagrody te zostały przyznane kardiologom dziecięcym.

Poruszane zagadnienia dotyczyły:

1. **Przecewnikowego poszerzania za pomocą stentów natywnej (dotychczas nie leczonej) koarktacji aorty (CoA) oraz rekoarktacji - ReCoA**

(czyli zwężen aorty po uprzednim leczeniu chirurgicznym - na skutek najczęściej zmian bliznowatych). Doświadczenia są duże i dotyczą leczenia ponad 150 pacjentów (starszych dzieci i dorosłych), zostały opisane w pismach Eurointervention, Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej, Kardiologii Polskiej (KP) oraz Postęпах Kardiologii Interwencyjnej (PKI). Trzeba tu wspomnieć, że największe opracowania światowe (międzynarodowe, wielośrodkowe badania) obejmują grupy chorych od 300 do 700). Opisano unikatową grupę 26 chorych z natywną CoA w wieku > 46 lat. Wnioski z prac były takie, że zarówno zastosowanie stentów w przypadkach CoA i ReCoA jest wysoce efektywne, choć nie pozbawione ryzyka, które jednak nie jest duże. Rozstrzygnięcie dylematu, które stenty (pokryte czy metalowe) są lepsze nie było możliwe, chociaż w naszym odczuciu te ostatnie są tańsze i dają operatorowi większy komfort pracy. Nie do przecenienia jest tu rola najnowszych niemieckich nie pokrytych stentów kobaltowo-chromowych (które stosowaliśmy szeroko). Niemniej każdy zespół leczący interwencyjnie CoA i ReCoA powinien posiadać na stanie w pracowni hemodynamiki stenty pokryte, które jak wskazuje doświadczenie własne mogą uratować życie pacjenta w przypadkach uszkodzenia ściany aorty podczas zabiegu (np. zamknąć dyssekcję ściany aorty).

2. Przeszkórnego zamykania ubytków międzyprzedsionkowych typu II (ASD).

Ten temat stanowi jeden z kluczowych naszych zainteresowań klinicznych. Amerykańskie Amplatzerzy (nitynolowe korki służące do zamykania ASD) wprowadziliśmy jako pierwsi w kraju w roku 1997 (równoległe z ich światową inauguracją). W latach 1997-2018 leczonych przez nasz zespół w SCCS w Zabrze było 1521 pacjentów i w ostatnim czasie corocznie zamykanych jest około 100 ASD. Mniej więcej połowa z nich to dzieci, reszta dorośli. Nasze doświadczenia w zamykaniu ASD u małych dzieci były powodem kolejnej Nagrody Naukowej PTK za najlepszą pracę kliniczną prezentowaną na Kongresie PTK we Wrocławiu w roku 2011. Uzyskaliśmy też duże doświadczenie w zastosowaniu „siostrzanych” korków bardzo podobnych do oryginalnych Amplatzerów. Wszystkie one posiadały znak CE dopuszczający do zastosowania na terenie Unii Europejskiej. Zdobyliśmy w ten sposób unikatowe w skali świata doświadczenia, które były przedmiotem naszych licznych doniesień naukowych.

3. Przecewnikowe zamykanie przetrwałych przewodów tętniczych (PDA).

Najistotniejszy postęp, który dokonał się na tym polu dotyczy zastosowania nowych okluderów typu Amplatzer Duct Occluder typ II Additional Sizes (ADOIIAS). ADOII AS to wykonany z cienkiego nitynolowego drutu walec z dwoma dyskami retencyjnymi. Do jego dostarczenia w układzie krążenia służy delikatny, niewielkiej średnicy (4F) system transportujący. Wyjściowo układ ten był przeznaczony

do zamykania PDA u najmniejszych dzieci. Wg własnych inspiracji zastosowaliśmy go w zamykaniu PDA o niewielkiej średnicy (<2,5 mm) również u starszych dzieci oraz dorosłych. Takie PDA stanowi większość w naszych warunkach. ADOII AS wyparł w naszym Ośrodku powszechnie stosowany w tych sytuacjach odczepialne sprężynki wewnątrznacyniowe (detachable coil), które dość często były przyczyną rezydualnych przecieków i stosunkowo często ulegały embolizacji. Obie te komplikacje praktycznie zostały wyeliminowane właśnie przez zastosowanie ADOII AS.

4. Przecewnikowa implantacja zastawki płucnej na stencie (PAVTI).

Jest to siostrzana technika do powszechnie znanej i akceptowanej procedury implantacji zastawki aortalnej na stencie (TAVI). Z historycznego punktu widzenia PAVTI była wprowadzona wcześniej – (Bonhofer 2000) w porównaniu do TAVI (Cribrier 2002). Technika PAVTI weszła jednak szerzej do praktyki klinicznej później i wg producenta najczęściej stosowanego systemu Melody (firmy Medtronic) był wprowadzany tylko w wybranych, najlepszych ośrodkach na świecie. PAVTI jest stosowana w przypadkach młodych pacjentów, niejednokrotnie po wielokrotnych zabiegach kardiologicznych ze zwężeniem i/lub niedomykalnością zastawki płucnej. Problem dotyczy często zwapniałych homografitów wszczepionych drogę odpływu prawej komory (RVOT). Często dzieje się tak u pacjentów po Tetralogii Fallota, ale też w wielu innych sytuacjach po złożonych zabiegach kardiologicznych (np. typu Rastelli, Ross, czy też dotyczących wspólnego pnia tętniczego). W naszych obserwacjach dotyczących tego zagadnienia podkreślaliśmy wysoką skuteczność zabiegów PAVTI oraz jak na razie dobre wyniki wczesne i średnioterminowe.

- Studenckie Koło Naukowe ZTN działające przy Oddziale

I miejsce za pracę „Skuteczność i bezpieczeństwo zamykania przetrwałego przewodu owalnego przy użyciu implantu Hyperion PFO Occluder” zaprezentowaną na XXXII Ogólnopolskiej Studenckiej Konferencji kardiologicznej w Gdańsku w dniu 23.06.2018

II miejsce za pracę „Transcatheter closure of ASD in patients above 50 years old. Zaprezentowaną na Konferencji Students Scientific Association SUM 25-26.04.2018 w Katowicach

Osiągnięcia w nieoperacyjnym leczeniu wad serca

- implantowano przeszskórnice kolejne 34 zastawki Nelody w pozycję płucną
- wspólnie z Oddziałem Kardiologii dzieci wykonano hybrydowy zabieg zamknięcia pozawałowego VSD u 79 letniej pacjentki

WYDARZENIA ROKU 2018 - PODSUMOWANIE

III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii SUM

Działalność dydaktyczno-naukowa

Publikacje:

	łączna liczba prac	łączna wartość IF	łączna wartość punktacji MNiSW
ogółem	84	114.271	1199.000
polski artykuł	34	35.300	549.000
zagraniczny artykuł	26	78.971	645.000

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

1. Gąsior Mariusz, Gierlotka Marek, Pyka Łukasz, Zdrojewski Tomasz, Wojtyniak Bogdan, Chlebus Krzysztof, Rozentryt Piotr, Niedziela Jacek, Jankowski Piotr, Nessler Jadwiga, Opolski Grzegorz, Hoffman Piotr, Jankowska Ewa, Poloński Lech, Ponikowski Piotr.
Temporal trends in secondary prevention in myocardial infarction patients discharged with left ventricular systolic dysfunction in Poland.
Eur.J.Prev.Cardiol.2018:Vol.25,No.9,p.960-969
Impact Factor: 4.542
Punktacja MNiSW: 30.000
2. Niedziela Jacek T., Parma Zofia, Pawłowski Tomasz, Rozentryt Piotr, Gąsior Mariusz, Wojakowski Wojciech.
Secular trends in first-time hospitalization for heart failure with following one-year readmission and mortality rates in the 3.8 million adult population of Silesia, Poland between 2010 and 2016. The SILCARD database.
Int.J.Cardiol. 2018:Vol.271, p.146-151
Impact Factor: 4.034
Punktacja MNiSW: 35.000
3. Tajstra Mateusz, Hrapkiewicz Tomasz, Hawranek Michał, Filipiak Krzysztof, Gierlotka Marek, Zembala Marian, Gąsior Mariusz, Zembala Michael Oscar.
Hybrid coronary revascularization in selected patients with multivessel disease: 5-year clinical outcomes of the prospective randomized pilot study.
JACC-Cardiovasc.Interv.2018:Vol.11,No.9,p.847-852
Impact Factor: 9.881
Punktacja MNiSW: 45.000
4. Hawranek Michał, Gierlotka Marek, Pres Damian, Zembala Marian, Gąsior Mariusz.
Nonroutine use of intra-aortic balloon pump in cardiogenic shock complicating myocardial infarction

with successful and unsuccessful primary percutaneous coronary intervention.

JACC-Cardiovasc.Interv.2018:Vol.24,No.11,p.1885-1893

Impact Factor: 9.881

Punktacja MNiSW: 45.000

5. Dyrbuś Krzysztof, Osadnik Tadeusz, Desperak Piotr, Desperak Aneta, Gąsior Mariusz, Banach Maciej.
Evaluation of dyslipidaemia and the impact of hypolipidemic therapy on prognosis in high and very high risk patients through the Hyperlipidaemia Therapy in tERtiary CardiologicaL cEnTer (TERCET) Registry.
Pharmacol.Res.2018:Vol.132,p.2014-210
Impact Factor: 4.897
Punktacja MNiSW: 40.000

Nagroda zespołowa I stopnia Rektora ŚUM w zakresie działalności naukowej za cykl prac dotyczących leczenia i rokowania u chorych z niewydolnością serca z upośledzoną funkcją skurczową lewej komory, cykl publikacji w zakresie: Nowe biomarkery zapalenia w chorobie wieńcowej, za pracę opublikowaną w 2017 r. dotyczącą wpływu na rokowanie rodzaju transportu chorego z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST do pracowni wykonującej pierwotne przeszskórne interwencje wieńcowe oraz prace dotyczącą stratyfikacji ryzyka chorych z krańcową niewydolnością serca zakwalifikowanych do transplantacji serca, z także badania oceniające 12-to miesięczne ryzyko zgonu wśród pacjentów z zawałem mięśnia sercowego poddanych zabiegowi angioplastyki wieńcowej.

6 osób z III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii ŚUM obroniło pracę doktorską, a 2 uzyskały tytuł doktora habilitowanego, 4 osoby zdały egzamin specjalizacyjny z kardiologii.

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

1. XXXII Ogólnopolska Studencka Konferencja Kardiologiczna, 26.05.2018 r. Gdańsk:

- III miejsce w Sesji Plakatowej Kardiologii Inwazyjnej i Kardiochirurgii pt. Który z parametrów hemodynamicznych może przewidywać śmiertelność jednoroczną u pacjentów z chorobami płuc kwalifikowanych do transplantacji płuc. P. Walczak, J. Mulica
- wyróżnienie w Sesji Ustnej Kardiologii Zachowawczej i Dziecięcej. pt. Wpływ hiperurykemii na 30-dniowe rokowanie pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia odcinka ST (NSTE-ACS). M. Pawełek, M. Dyrbuś, M. Mozdzeń.

WYDARZENIA ROKU 2018 - PODSUMOWANIE

- wyróżnienie w Sesji Plakatowej Kardiologii Inwazyjnej i Kardiochirurgii pt. Wpływ etiologii uszkodzenia funkcji skurczowej lewej komory na rokowanie chorych leczonych z powodu burzy elektrycznej. A. Malczyk, M. Mularczyk, K. Krząkała.

2. XIII Międzynarodowa Studencka Konferencja Kardiologiczna, 07.06.2018 r. Zabrze:

- III miejsce w sesji plakatowej Kardiologii Zachowawczej pt. Short and long-term outcomes in patients with non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes (NSTEMI-ACS) are significantly dependent on the concentration of serum uric acid. M. Dyrbuś, M. Możdżeń, M. Pawelek.
- I miejsce w sesji plakatowej Kardiologii Inwazyjnej Kardiochirurgii i Transplantologii pt. Which of hemodynamic parameters can predict 1-year mortality in patients with end-stage lung diseases referred for lung transplantation. P. Walczak, J. Mulica.
- II miejsce w sesji plakatowej Kardiologii Zachowawczej pt. Evaluation of prognostic factors in ambulatory patients with advanced heart failure awaiting heart transplantation during one-year follow up. A. Bobrowska, K. Kurkiewicz, A. Gospodarczyk, W. Szczurek

3. International Medical Congress of Silesia, 25-26.04.2018r. Katowice

- II miejsce za prezentację ustną w kardiologii pt. Hyperuricaemia influences in-hospital outcomes in patients with non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes (NSTEMI-ACS). M. Dyrbuś, M. Pawelek

4. 14th Warsaw International Medical Congress for Young Scientists, Warszawa

- II miejsce w sesji plakatowej pt. Solid organ transplantation and use of non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAIDs) and/or painkillers. A. Jędrzejczak, A. Szymańska, W. Szczurek, K. Kurkiewicz, A. Bobrowska, A. Gospodarczyk B. Foroniewicz.

5. STS przy III Katedrze i Oddziale Klinicznym Kardiologii Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrzu uzyskało III Miejsce w rankingu Studenckich Kół Naukowych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, za rok akademicki 2017/2018

6. Opublikowanie 4 prac naukowych w czasopiśmie krajowych:

- Myocardial perfusion scintigraphy – interpretation of gated imaging Part 2. M. Czaja, Z. Wygoda, A. Duszańska, D. Szczerba, J. Głowacki, M. Gąsior, J. Wasilewski. Kardioch.Torak.2018, 15,1,1-8.
- Prognostic utility of the N-terminal prohormone of brain natriuretic peptide and the modified Model for End-Stage Liver Disease in patients with end-stage heart failure. W. Szczurek, B. Szyguła-Jurkiewicz, M. Zakliczyński, B. Król, M. Gąsior, M. Zembala. Pol.Arch.Med.Wewn. 2018.p.1-26
- Red blood cell distribution width in end-stage heart failure patients is independently associated with all-cause mortality after orthotopic heart transplantation. B. Szyguła-Jurkiewicz, W. Szczurek, M. Skrzypek, P. Nadziakiewicz, Ł. Siedlecki, M. Zakliczyński, M. Gąsior, M. Zembala. Transplant.Proc.2018, p.1-19.
- Prognostic value of mean, diastolic and systolic pulmonary artery pressure in patients with end-stage lung disease referred for lung transplantation. J.Nowak, B. Hudzik, P. Przybyłowski, J. Niedziela, P. Walczak, P. Rozentryt, M. Ochman, S. Żegleń, J. Wojarski, M. Zembala, M. Gąsior. Transplant.Proc. 2018.

Działalność organizacyjna

- Organizacja XXV Jubileuszowej Międzynarodowej Konferencji Kardiologicznej w Zabrzu „Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca, płuc i naczyń”, Zabrze, 5-8 czerwca 2018 r., w której wzięło udział ok. 2000 osób.
- 7.11.2018 Pałac Prezydencki w Warszawie – debata dotycząca kampanii społecznej „Zawał serca-czas to życie”, w której uczestniczyli specjaliści z całej Polski.



WYDARZENIA ROKU 2018 - 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 MNI
ogółem	37	74.228	759.000
polski artykuł	18	21.970	319.000
zagraniczny	16	44.303	395.000
Rozdział w	1	00.000	5.000
List do redakcji	1	0.00	0.000
Komentarz	1	7.955	45.000

Wykaz prac powstałych w współpracy z innymi Katedrami i ośrodkami:

- 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 2018; 12; 3: 930-938.
- Foik J., Brzek A., Gierlotka M., Zembala M., Gąsior M., Zembala M.: The effect hybrid treatment on the rehabilitation and clinical condition of patients with multi-vessel coronary artery disease. Pol Arch Med. Wewn. 2018; 128, 2: 77-88.
- Zakliczyński M., Pacholewicz J., Copik I., Maruszewski M., Hrapkiewicz T., Przybylski R., Zembala M.: Mechanical circulatory support is effective to treat pulmonary hypertension in heart transplant candidates disqualified due to unacceptable pulmonary vascular resistance. Kardiochir Torakochir Pol 2018; 15; 1: 23-26.
- Huczek Z., Zbroński K., Grodecki K., Ścisło P., Rymuza B., Kochman J., Dąbrowski M., Witkowski A., Wojakowski W., Parma R., Ochała A., Grygier M., Olasińska-Wisniewska A., Araszkievicz A., Jagielak D., Cieciewicz D., Puchta D., Paczwa K., Filipiak K.J., Wilimski R., Zembala M., Opolski G.: Concomitant coronary artery disease and its management in patients referred to transcatheter aortic valve implantation: Insights from the POL-TAVI Registry. Catheter. Cardiovasc. Intervent. 2018; 91, 1: 115-123
- Tajstra M., Hrapkiewicz T., Hawranek M., Filipiak K., Gierlotka M., Zembala M., Gąsior M., Zembala M.O.: Hybrid coronary revascularization in selected patients with multivessel disease: 5-year clinical outcomes of the prospective randomized pilot study. JACC-Cardiovasc. Interv. 2018 : Vol.11, No.9, p.847-852.
- 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 support. Kardiologia Pol 2018; 76, 1: 83-90
- Kubiak G.M., Kwieciński R., Zakliczyński M., Hawranek M., Nożyński J., Król B., Przybyłowski P., Suchodolski A., Zembala M.O.: Cardiac retransplantation as a promising treatment option for late graft failure - Zabrze experience. Kardiologia Pol. 2018 : T.76, nr 6, s.1015-1017.
- Hawranek M., Zembala M.O., Gąsior M., Hrapkiewicz T., Pyka Ł., Cieśla D., Zembala M.: Comparison of coronary artery bypass grafting and percutaneous coronary intervention in patients with heart failure with reduced ejection fraction and multivessel coronary artery disease. Oncotarget 2018 : Vol.9, No.30, 21201-21210.
- Szczurek W., Szyguła-Jurkiewicz B., Zakliczyński M., Król B., Gąsior M., Zembala M.: Prognostic utility of the N-terminal prohormone of brain natriuretic peptide and the modified Model for End-Stage Liver Disease in patients with end-stage heart failure. Pol. Arch. Med. Wewn. 2018, 1-26.
- Nowak J., Hudzik B., Przybyłowski P., Niedziela J., Walczak P., Rozentryt P., Ochman M., Żegleń S., Wojarski J., Zembala M., Gąsior M.: Prognostic value of mean, diastolic and systolic pulmonary artery pressure in patients with end-stage lung disease referred for lung transplantation. Transplant.Proc.2018, 50: 2048-2052.
- Dudek D., Ebner A., Sobczyński R., Trębacz J., Vesga B., Granada J., Zembala M., Witkowski A., Van Mieghem N., Sood P., Ochała A., Dziewierz A., Żmudka K.: Efficacy and Safety of the HeartMate Percutaneous Heart Pump During High-Risk Percutaneous Coronary Intervention (from the SHIELD I Trial). Am J Cardiol 2018; 121: 1524-1529.
- Szczurek W., Szyguła-Jurkiewicz B., Zakliczyński M., Król B., Gąsior M., Zembala M.: Prognostic value of selected risk scales in patients with end-stage heart failure. Kardiologia Pol 2018; 76; 9: 1320-1326
- Kim W.K., Hengstenberg C., Hilker M., Kerber S., Schäfer U., Rudolph T., Linke A., Franz N., Kuntze T., Nef H., Kappert U., Zembala M.O., Toggweiler S., Walther T., Möllmann H.: The SAVI-TF Registry: 1-Year Outcomes of the European Post-Market Registry Using the ACURATE neo Transcatheter Heart Valve Under Real-World Conditions in 1,000 Patients. JACC Cardiovasc Interv. 2018 Jul 23;11(14):1368-1374.
- 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 M.O., Toggweiler S., Kim W.K.: Real-world experience using the ACURATE neo prosthesis: 30-day outcomes of 1,000 patients enrolled in the SAVI TF registry. EuroIntervention. 2018;13(15):e1764-e1770.
- Wojarski J., Ochman M., Medrala W., Kulaczowska

WYDARZENIA ROKU 2018 - PODSUMOWANIE

- Z., Karolak W., Maruszewski M., Urlik M., Wozniak-Grygiel E., Siola M., Latos M., Biniszkiwicz P., Pyrc K., Zeglen S.: Bacterial Infections During Hospital Stay and Their Impact on Mortality After Lung Transplantation: A Single-Center Study. *Transplant.Proc.* 2018, 50: 2064-2069.
16. Wojarski J., Ochman M., Latos M., Biniszkiwicz P., Karolak W., Wozniak-Grygiel E., Maruszewski M., Urlik M., Medrala W., Kulaczowska Z., Pyrc K., Zeglen S.: Immunosuppressive Treatment and Its Effect on the Occurrence of *Pneumocystis jiroveci*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, and *Legionella pneumophila* Infections/Colonizations Among Lung Transplant Recipients. *Transplant.Proc.* 2018, 50: 2053-2058.
17. Nadziakiewicz P., Niklewski T., Szyguła-Jurkiewicz B., Pacholewicz J., Zakliczyński M., Przybyłowski P., Krauchuk A., Zembala M.: Left Ventricular Assist Device Implantation in Patients With Optimal and Borderline Echocardiographic Assessment of Right Ventricle Function. *Transplant.Proc.* 2018, 50: 2080-2084.
18. Ochman M., Maruszewski M., Latos M., Jastrzębski D., Wojarski J., Karolak W., Przybyłowski P., Żegleń S.: Nordic Walking in Pulmonary Rehabilitation of Patients Referred for Lung Transplantation. *Transplant.Proc.* 2018, 50: 2059-2063.
19. Nadziakiewicz P., Szyguła-Jurkiewicz B., Pacholewicz J., Zakliczyński M., Przybyłowski P., Krauchuk A., Łowicka M., Zembala M.: Predictive Value of Models for End-Stage Liver Disease Score in Patients With Pulsatile Flow POLVAD MEV Left Ventricular Assist Device Support. *Transplant.Proc.* 2018, 50: 2075-2079.
20. Szyguła-Jurkiewicz B., Szczurek W., Skrzypek M., Nadziakiewicz P., Siedlecki L., Zakliczyński M., Gąsior M., Zembala M.: Red Blood Cell Distribution Width in End-Stage Heart Failure Patients Is Independently Associated With All-Cause Mortality After Orthotopic Heart Transplantation. *Transplant.Proc.* 2018, 50: 2095-2099.
21. Ochman M., Stanjek-Cichoracka A., Latos M., Wojarski J., Kukla M., Woźniak-Grygiel E., Maruszewski M., Karolak W., Przybyłowski P., Żegleń S.: Serum Adipokine Levels in Patients Considered for Lung Transplantation. *Transplant.Proc.* 2018, 50: 2039-2043.
22. Antończyk K., Niklewski T., Antończyk R., Zakliczyński M., Zembala M., Kukulski T.: Speckle-Tracking Echocardiography for Monitoring Acute Rejection in Transplanted Heart. *Transplant.Proc.* 2018, 50: 2090-2094.
23. Ochman M., Wojarski J., Wiórek A., Slezak W., Maruszewski M., Karolak W., Przybyłowski P., Krzych Ł., Żegleń S.: Usefulness of the Impulse Oscillometry System in Graft Function Monitoring in Lung Transplant Recipients. *Transplant.Proc.* 2018, 50: 2070-2074.
24. Nowak J., Hudzik B., Niedziela J., Rozentryt P., Zembala M., Gąsior M.: Role of Pro-Brain Natriuretic Peptide Serum Concentration in the Detection of Pulmonary Hypertension in Patients With End-Stage Lung Diseases Referred for Lung Transplantation. *Transplant.Proc.* 2018, 50: 2044-2047.
25. Antończyk K., Niklewski T., Antończyk R., Zakliczyński M., Zembala M., Kukulski T.: Evaluation of the Graft Mechanical Function Using Speckle-Tracking Echocardiography During the First Year After Orthotopic Heart Transplantation. *Ann Transplant* 2018; 23: 554-560
26. Franz-Josef Neumann, Miguel Sousa-Uva, Anders Ahlsson, Fernando Alfonso, Adrian P. Banning, Umberto Benedetto, Robert A. Byrne, Jean-Philippe Collet, Volkmar Falk, Stuart J. Head, Peter Juni, Adnan Kastrati, Akos Koller, Steen D. Kristensen, Josef Niebauer, Dimitrios J. Richter, Petar M. Seferović, Dirk Sibbing, Giulio G. Stefanini, Stephan Windecker, Rashmi Yadav, Michael O. Zembala: 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. The Task Force on myocardial revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Developed with the special contribution of the European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *European Heart Journal* (2018) 00, 1–96 [doi:10.1093/eurheartj/ehy394]
27. Suwalski P., Kowalewski M., Jasiński M., Staromłyński J., Zembala M., Widenka K., Brykczyński M., Skiba J., Zembala M.O., Bartus K., Hirnle T., Dziembowska I., Tobota Z., Maruszewski B.: Survival after surgical ablation for atrial fibrillation in mitral valve surgery: analysis from the Polish National Registry of Cardiac Surgery Procedures (KROK). *J Thorac Cardiovasc Surg* 2018;
28. Bouabdallaoui N, Stevens SR, Doenst T, Petrie MC, Al-Attar N, Ali IS, Ambrosy AP, Barton AK, Cartier R, Cherniavsky A, Demondion P, Desvigne-Nickens P, Favalaro RR, Gradinac S, Heinisch P, Jain A, Jasinski M, Jouan J, Kalil RAK, Menicanti L, Michler RE, Rao V, Smith PK, Zembala M, Velazquez EJ: STICH Trial Investigators. Society of Thoracic Surgeons Risk Score and EuroSCORE-2 Appropriately Assess 30-Day Postoperative Mortality in the STICH Trial and a Contemporary Cohort of Patients With Left Ventricular Dysfunction Undergoing Surgical Revascularization. *Circ Heart Fail.* 2018 Nov;11 (11):e005531.
29. Roleder T., Hawranek M., Gąsior M., Cieśla D., Zembala M., Wojakowski W., Gąsior M., Gąsior Z.: Trends in aortic stenosis diagnosis and treatment in the years 2006–2016 according to the SILesian CARDiovascular (SILCARD) database. *Pol Arch Intern Med.* 2018; 128; 12:739-745.
30. Kwiecień A., Hrapkiewicz T., Filipiak K., Przybyłowski R., Kaczmarczyk M., Kowalczyk A., Zembala M.: Surgical treatment of elderly patients with severe aortic stenosis in the modern era – review. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska* 2018; 15; 3: 188-195.

WYDARZENIA ROKU 2018 - PODSUMOWANIE

31. Śliwka J., Przybylski R., Dołaszyńska-Żółkiewicz A., Sokal A., Tyrpień M., Wilczek P., Zembala M.: Graft vasculopathy in a Wistar rat model of heterotopic heart transplantation depending on gender matching between donors and recipients. *Kardiochir Torakochir Pol* 2018; 15; 3: 157-161.
32. Desperak P., Hawranek M., Hrapkowicz T., Zembala M.O., Gąsior M.: Comparison of multivessel percutaneous coronary intervention and coronary artery bypass grafting in patients with severe coronary artery disease presenting with non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *Kardiol Pol* 2018; 76; 10: 1474-1481.
33. Zembala M.O., Antończyk R., Niklewski T., Waszak J., Pacholewicz J., Copik I., Zembala M.: Simplified, less-invasive left ventricular assist device implantation in patients with post-coronary artery bypass grafting. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2018 Sep 14. doi: 10.1093/icvts/ivy250.
34. Hawranek M., Gierlotka M., Pres D., Zembala M., Gąsior M.: Nonroutine Use of Intra-Aortic Balloon Pump in Cardiogenic Shock Complicating Myocardial Infarction With Successful and Unsuccessful Primary Percutaneous Coronary Intervention. *JACC Cardiovasc Interv*. 2018 Sep 24;11(18):1885-1893. doi: 10.1016/j.jcin.2018.07.030.
35. Garbacz M., Niklewski T., Jaźwiec T., Śliwka J., Domagała M., Kaczmarczyk M., Garbacz M., Froń K., Zembala M.O., Zembala M.: Ocena przydatności nowoczesnych technik echokardiograficznych wykorzystujących technikę śledzenia markerów akustycznych w warunkach procowni doświadczalnej na przykładzie modelu ostrej choroby niedokrwiennej u myszy. *Ann Acad Med. Siles*; 2018; 72: 172-183.
36. Kukulski L., Krawczyk A., Pacholewicz J.: Retrospective analysis of the impact of sternum closure technique on postoperative comfort and rehabilitation. *Kardiochir Torakochir Pol* 2018; 15; 4: 233-237.
37. Neumann F., Sousa-Uva M., Ahlsson A., Alfonso F., Adnan P Banning Umberto Benedetto Robert A Byrne Jean-Philippe Collet Volkmar Falk Stuart J Head Peter Jüni Adnan Kastrati Akos Koller Steen D Kristensen Josef Niebauer Dimitrios J Richter Petar M Seferović Dirk Sibbing Giulio G Stefanini Stephan Windecker Rashmi Yadav Michael O Zembala ESC Scientific Document Group: 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. 2018, doi:10.1093/eurheartj/ehy394
38. Mazurak M., Kusa J., Orantek Sz., Zembala M.: The Columbus of cardiovascular surgery. A tribute to Francis Fontan (1929-2018). *Kardiol Pol* 2018, 76; 4: 814-815
39. Antończyk K., Antończyk R., Zembala M., Zakliczyński M., Zembala M. O.: The first successful bridging with an Impella CP to minimally invasive HeartMate 3 LVAD implantation in Poland. *Kardiol.Pol.* 2018; 76, nr 1, 209.
40. Chodór P., Wilczek K., Chodór-Rozwadowska K., Przybylski R., Zembala M., Kalarus Z.: Technical solution during challenging implantation of CoreValve Evolut R 34 prosthesis in patient with bicuspid aortic valve with large annulus. *Post.Kardiol.Interw./Adv.Interv.Cardiol.*2018; Vol.14, No.4, p.433-434
41. Buchta P., Zembala M.O., Myrda K., Wojtaszczyk A., Witek M., Gąsior M.: Hybrid ablation in a patient with persistent, long-standing atrial fibrillation after left-sided pneumonectomy. *Kardiol.Pol.* 2018 :76, 9, 1378
42. Kowalczyk-Wieteska A., Wróbel M., Strojek K., Foremny J., Zembala M.: Leczenie kardiochirurgiczne chorych na cukrzycę. W: *Leczenie powikłań cukrzycy i chorób z nią współistniejących*. Pod redakcją: Edwarda Franka, Warszawa, Wydawnictwo San Rogue, 2018: 95-103.
43. Kubiak, G. M.; Tomasik, A. R.; Bartus, K.; Olszanecki, R.; Ceranowicz, P. Lactate in Cardiogenic Shock - Current Understanding and Clinical Implications. *J. Physiol. Pharmacol.* 2018,69 (1),15-21.
44. Kubiak, G. M.; Dobrolińska, M.; Pociask, E.; Wańha, W.; Gąsior, P.; Smolka, G.; Ochała, A.; Wojakowski, W.; Roleder, T.: Prediction Models for Different Plaque Morphology in Non-Significantly Stenosed Regions of Saphenous Vein Grafts Assessed with Optical Coherence Tomography. *Postepy Kardiol Interwencyjnej* 2018, 14 (4), 363–372.
45. Kubiak, G. M.; Pociask, E.; Wańha, W.; Dobrolińska, M.; Gąsior, P.; Smolka, G.; Ochała, A.; Gąsior, Z.; Wojakowski, W.; Roleder, T. Saphenous Graft Atherosclerosis as Assessed by Optical Coherence Tomography Data for Stenotic and Non-Stenotic Lesions from the OCTOPUS Registry. *Postepy Kardiol Interwencyjnej* 2018, 14 (2), 157–166.
46. Zakliczynski M.: Primary graft dysfunction after heart transplantation: What are we fighting for. *J Heart Lung Transplant* 2018, 37, 5: 679-680.

Udział studentów Koła STN przy Katedrze i Oddziale Klinicznym Kardiochirurgii, Transplantologii, Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej SUM w konferencjach STN-u, podczas których prezentowane były prace: W ramach prowadzenia Studenckiego Transplantacyjnego Koła Naukowego, którym kierował dr med. Marek Ochman studenci przygotowali prace naukowe, które zostały zgłoszone i nagrodzone na studenckich konferencjach naukowych:

- 5 opublikowanych artykułów.
- Łącznie 15 nagród na konferencjach studenckich: pięciokrotnie 1 miejsce, jeden raz 2 miejsce, ośmiokrotnie 3 miejsce, jedno wyróżnienie (Honorary Mention)

Konferencja zagraniczna w Bukareszcie MEDICS 2018, 22 kwietnia 2018

MANAGEMENT OF GERD IN LUNG TRANSPLANT RECIPIENT - CASE REPORT,
Dominika Girycka, Agnieszka Urbańczyk, Kinga Kozuch
Miejsce 1

WYDARZENIA ROKU 2018 - PODSUMOWANIE

Konferencja STN w Katowicach SIMC 2018 25-26.04.2018

- Comparison of patients with Interstitial Lung Diseases at the qualification for lung transplantation - a single center study. Zofia Tatoj, Marta Wajda-Pokrontka, Fryderyk Zawadzki, Wiktoria Kowalska
Miejsce 1 ex equo w Sesji Transplantologii
- Bronchoscopic interventions among lung transplant recipients of Silesian Center for Heart Diseases. Marek Kokot, Anna Krzak, Agata Tomasiak, Magdalena Latos, Aleksandra Kos
Miejsce 1 ex equo w Sesji Transplantologii
- First case of Lung Transplantation after ex vivo lung perfusion in Poland – 1-year follow-up
Magdalena Latos, Marta Ferens
Miejsce 1 w Sesji Interwencyjnych Przypadków Medycznych
- Results of qualification for lung transplant in cystic fibrosis - a single center study.
Agnieszka Urbańczyk, Dominika Girycka, Kinga Kozuch.
Miejsce 3 w Sesji Transplantologii
- Employment after lung transplantation - single center study.
Gabriela Orzeł, Paulina Pałka
3 miejsce w Session of Public Health and Healthcare I

Konferencja w Warszawie WIMC 14 EDYCJA 10-13.05.2018

- Lung transplant donors – a key to successful lung transplantation.
Marta Ferens, Gabriela Orzeł, Magdalena Latos.
Honorable Mention - Session of Surgery
- Difficult decision – A case of first pediatric lung transplantation and retransplantation in Poland due to idiopathic pulmonary arterial hypertension.
Magdalena Latos
3 miejsce w Internal Case Report Session
- Lung Allocation Score (LAS) among lung transplant candidates – a single center pilot study.
Magdalena Latos
3 miejsce w Internal Medicine Session
- The life after three hearts - a case serie.
Alexander Suchodolski, Magdalena Ryba, Magdalena Śmigiel, Wojciech Kazura.
3 miejsce w Surgical case report session

Konferencja STN w Białymstoku BIMC 17-19.05.2018

- Evaluating Liver among lung transplant candidates by means of MELD score and Biochemical tests
Aleksandra Kos, Marek Kokot, Magdalena Latos
1 miejsca- Interdisciplinary I
- Passenger leukocyte syndrome in lung transplant recipient – a case report
Magdalena Latos, Marta Ferens, Marek Kokot, Aleksandra Kos
3 miejsce w Internal Case Reports I
- Combined pulmonary fibrosis and emphysema (CPFE) patients as lung transplant candidates

Magdalena Latos, Zofia Tatoj, Marta Wajda-Pokrontka

2 miejsce w Internal Diseases II

Konferencja MEDICS 2018 XVI International Conference of Student Research Groups of Medical University of Warsaw, Starogard Gdański 20-21.07.2018

- Patients with Idiopathic Pulmonary Fibrosis - pulmonary function and quality of life before and after lung transplantation.
Marta Wajda-Pokrontka, Zofia Tatoj, Fryderyk Zawadzki, Aleksandra Kos, Marek Kokot, Gabriela Orzeł, Paulina Pałka.
3 miejsce w Session of Surgery

XXXII Ogólnopolska Studencka Konferencja Kardiologiczna 25-26.05.2018 Gdańsk

- Życie po trzech sercach studium przypadków, Alexander Suchodolski, Magdalena Śmigiel, Magdalena Ryba, Wojciech Kazura
3 miejsce w sesji plakatowej przypadków

Prace opublikowane z udziałem studentów koła naukowego w roku akademickim 2017/2018

1. 2-year follow-up of Lung transplantation as a treatment of Hereditary hemorrhagic telangiectasia (Osler-Weber-Rendu disease) - a case report. Magdalena Latos, Magdalena Ryba, Elżbieta Lazar, Marek Ochman. *Adv Respir Med.* 2018 Aug 15. doi: 10.5603/ARM.a2018.0031. [Epub ahead of print]
2. Nordic walking in pulmonary rehabilitation of patients referred for lung transplantation. Ochman Marek, Maruszewski Marcin, Latos Magdalena, Jastrzębski Dariusz, Wojarski Jacek, Karolak Wojciech, Przybyłowski Piotr, Żegleń Sławomir *Transplant Proc.* 2018 Sep;50(7):2059-2063.
3. Adipokines serum level in patients considered for lung transplantation. Ochman Marek, Stanjek-Cichoracka Anita, Latos Magdalena, Wojarski Jacek, Kukła Michał, Woźniak-Grygiel Elżbieta, Maruszewski Marcin, Karolak Wojciech, Przybyłowski Piotr, Żegleń Sławomir *Transplant Proc.* 2018 Sep;50(7):2039-2043.
4. Immunosuppressive Treatment and Its Effect on the Occurrence of *Pneumocystis jirovecii*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, and *Legionella pneumophila* Infections/Colonizations Among Lung Transplant Recipients. Wojarski J, Ochman M, Latos M, Biniszkiwicz P, Karolak W, Woźniak-Grygiel E, Maruszewski M, Urlik M, Mędrała W, Kułaczowska Z, Pyrc K, Żegleń S *Transplant Proc.* 2018 Sep;50(7):2053-2058.
5. Bacterial Infections During Hospital Stay and Their Impact on Mortality After Lung Transplantation: A Single-Center Study. Wojarski J, Ochman M, Medrała W, Kułaczowska Z, Karolak W, Maruszewski M, Urlik M, Woźniak-Grygiel E, Sioła M, Latos M, Biniszkiwicz P, Pyrc K, Żegleń S. *Transplant Proc.* 2018 Sep;50(7):2064-2069.

WYDARZENIA ROKU 2018 - PODSUMOWANIE

Najważniejsze wydarzenia:

W Śląskim Centrum Chorób Serca w 2018 roku nastąpił dalszy dynamiczny rozwój Programu Mechanicznego Wspomagania Krążenia, na skutek czego kolejnym 25 - ciu pacjentom uratowano życie przy użyciu tej metody leczenia. Średnia wieku pacjentów wynosiła 53 lata, z czego najmłodszy chory miał 18 lat, natomiast najstarszy 69 lat. Wśród wszczepionych systemów było 19 pomp typu Heart Mate III, 5 Heart Ware oraz zastosowany po raz pierwszy w Polsce Total Artificial Heart całkowicie sztuczne serce. 13 grudnia 2009 roku po raz pierwszy w naszym ośrodku wszczepiono mechaniczne wspomaganie krążenia z zastosowaniem pompy całkowicie implantowalnej, a do chwili obecnej dzięki tej metodzie leczenia uratowano 102 pacjentów (8 Heart Mate II, 39 Heart Mate III oraz 55 Heart Ware).

Rozwój programu mechanicznego wspomaganie nie byłby możliwy bez ciągłego procesu szkolenia i doskonalenia się zespołu specjalistów, którego zaledwie niewielka część, wiosną 2018 roku miała przyjemność odbycia kursu pod kierunkiem lidera i twórcy mechanicznego wspomaganie krążenia Prof. Waltera Dembitzkiego w Sharp Memorial Hospital, San Diego, CA, United States.



Pierwsze w Polsce wszczepienie całkowicie sztuczne serca (The SynCardia Total Artificial Heart) wykonano w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze w dniu 4 lipca 2018 roku. Zabieg został wykonany przez zespół w składzie: dr hab. Michał Zembala, dr Remigiusz Antończyk, dr Małgorzata Jasińska, Marek Grochla, Jacek Waszak.

Jest to ogromny sukces, nie tylko kliniczny, ale także przykład dobrze współpracujących zespołów: kardiochirurgów, kardiologów, anestezjologów, perfuzjonistów, instrumentacji, rehabilitantów i fizjoterapeutów.

Pacjent Pan Mieczysław zmagający się z postępującą obukomorową niewydolnością serca nie miał żadnych szans na przeszczep, a dokładniej na przeżycie przeszczepu serca. Przeciwwskazanie bezwzględne - nadciśnienie płucne, nie dawało mu takiej szansy. Jedyną szansą na przeżycie i wyleczenie skrajnego nadciśnienia płucnego, w tej postaci niewydolności serca była implantacja całkowicie sztuczne serca. Szczęściem w nieszczęściu Pana Mieczysława był fakt,

że zespół dr hab.n.med Michała Zembali już od niemal pół roku przygotowywał się podczas intensywnych szkoleń zagranicznych do wykonania takiej operacji.

Pacjent znakomicie współpracujący, w pełni świadomy swojej choroby, wyraził zgodę na wykonanie pierwszej w Polsce implantacji sztuczne serca, które da mu nadzieję na życie. Operacja przebiegła planowo. Wycięto własne serce pacjenta z pozostawieniem tylko obu przedsionków. Aortę i tętnicę płucną zastąpiły sztuczne protezy naczyniowe, a w miejsce komór serca wszczepiono nowe sztuczne poliuretanowe komory. Z zewnętrzną jednostką sterującą i napędem, każda komora została połączona specjalnymi przewodami wyprowadzonymi przez powłoki ciała pacjenta. Sztuczne serce podjęło prawidłowo swoją pracę, z charakterystycznym dźwiękiem czterech mechanicznych zastawek i pracą poliuretanowych membran. Dzięki tłoczonemu powietrzu z zewnętrznego napędu te poliuretanowe membrany są wprawiane w ruch i wypychają krew ze sztucznych komór serca dzięki czemu pacjent żyje.

Pierwszy etap rehabilitacji naszego pacjenta przebiegł bardzo pomyślnie, ale z racji długości choroby okres ten był wydłużony. W kolejnych miesiącach zmagaliśmy się także z przejściowymi objawami niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego, co także dzięki wyłożonej pracy wielu zespołów, a także intensywnej rehabilitacji udało się przezwyciężyć. Wobec zintensyfikowanego leczenia ciężkiego nadciśnienia płucnego, a także kilkumiesięcznej prawidłowej pracy sztuczne serca podjęliśmy decyzję o wykonaniu docelowej operacji, przeszczepu ludzkiego serca.

1 listopada 2018 roku dr.hab.n.med. Michał Zembala wraz z zespołem wszczepił sztuczny organ i przeszczepił w to miejsce ludzkie serce dawcy. Mimo wielu naszych obaw i dużego rozchwiania immunologicznego, nowy organ przyjął się prawidłowo. Kolejnym etapem leczenia była dalsza intensyfikacja leczenia kardiologicznego, dobór odpowiedniej immunosupresji, a także dalsza rehabilitacja.

Tym samym SCCS dołączyło do elitarnego grona ośrodków oferujących wszystkie możliwe sposoby terapii chorym z niewydolnością krążenia, poczynając od zaawansowanej farmakoterapii, leczeniu przeszczepionym, wspomaganie jednokomorowym LVAD, transplantacji serca i TAH.

29 grudnia 2018 Pan Mieczysław został wypisany z oddziału transplantacyjnego.



Transplantacja serca jest metodą leczenia chorych ze schyłkową niewydolnością serca, u których wyczerpano

WYDARZENIA ROKU 2018 - PODSUMOWANIE

dostępne możliwości leczenia farmakologicznego i inwazyjnego oraz nie stwierdzono istotnych przeciwwskazań do wykonania zabiegu.

Liczba oczekujących chorych zakwalifikowanych do przeszczepiania serca w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze jest największa w Polsce – obecnie oczekuje aktywnie na transplantację serca 215 biorców, z czego około 20 % biorców jest zgłoszonych do przeszczepu serca w trybie pilnym. Przez lata analizowaliśmy Listę Biorców i zawsze z tej analizy wynikało, że ilość akceptowanych dawców serca nie jest wystarczająca by przynajmniej w znaczącym stopniu realizować program transplantacji u pacjentów oczekujących na transplantację. Oznacza to, że czas oczekiwania jest długi, a liczba tych, którzy umierają nie doczekawszy się przeszczepu serca jest dość znaczna. Rozwój programu przeszczepiania serca jest uzależniony od możliwości pozyskania narządów od dawcy.

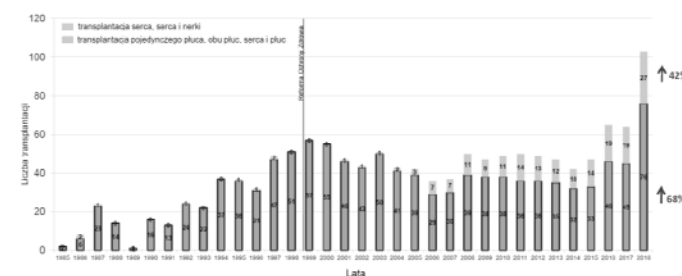
W trosce o naszych pacjentów musieliśmy rozszerzyć kryteria kwalifikacji dawców serca, tak aby większa grupa chorych mogła doczekać transplantacji. Zdrowy i dobrze funkcjonujący narząd musi być tak pobrany od dawcy, by po podłączeniu go do układu krwionośnego biorecy podjął swoją prawidłową czynność.

Program transplantacji serca musi być nadal rozwijany w naszym ośrodku dla chorych, u których jedyną nadzieją na uratowanie życia jest przeszczep serca. Jednak, aby było to możliwe potrzebny jest sztab ludzi z pasją, zgrany zespół i ogromny wysiłek każdego dnia. Do skutecznego działania programu transplantacyjnego konieczne jest promowanie aktywności ośrodków transplantacyjnych i idei transplantacji narządów w mediach oraz środowisku medycznym.

W roku 2018 w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze wykonano 76 transplantacji serca. To najwięcej w kraju i najwięcej w historii transplantologii, którą rozpoczął prof. Zbigniew Religa przeszczepiając serce w 1985 roku. Dzięki temu SCCS dołączyło do grona 6 szpitali na świecie, które przeszczepiają ponad 75 serc rocznie.

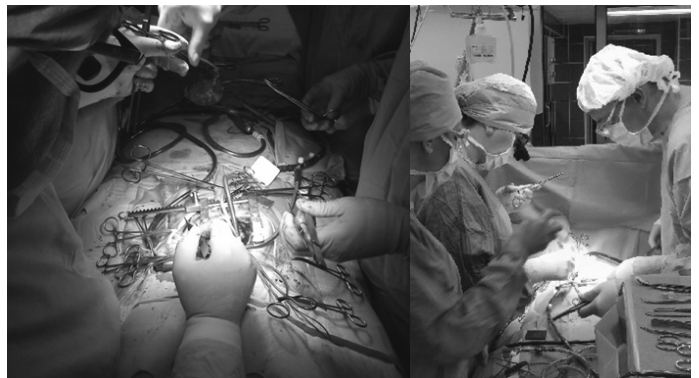
Duży sukces w roku 2018 osiągnęliśmy również w transplantacji płuc, bowiem udało nam się wykonać 27 przeszczepów płuc - jest to o 42% więcej transplantacji płuc niż w roku 2018. 15 transplantacji płuc wykonano u chorych na mukowiscydozę - młodych pacjentów.

Taka liczba przeszczepów to spełnienie marzeń prof. Zbigniewa Religi, który zawsze podkreślał, że im więcej zabiegów w danym ośrodku, tym lepsze wyniki leczenia.



Transplantacje serca, pojedynczego płuca, obu płuc, serca i płuc, serca i nerki [Zabrze 1985 – 2018] N-1356

W 2018 roku dużym osiągnięciem Zespołu Kardiochirurgii Dziecięcej SCCS było wprowadzenie do rutynowej praktyki klinicznej wykonywania operacji naprawczych zastawek aortalnych w grupie najmłodszych dzieci, w tym operacji metodą Rossa u niemowląt. Rozszerzyliśmy program leczenia skrajnej niewydolności krążenia, wprowadzając metodę Prof. Schrantz'a polegającą na poprawieniu funkcji lewej komory serca dzięki obciążeniu komory prawej. Pozwala to na odroczenie transplantacji serca lub innych agresywnych metod wspomaganie krążenia. Nasz Oddział brał udział w wielośrodkowym badaniu zakończonym publikacją w The International Journal of Artificial Organs "Antithrombotic therapy in pediatric ventricular assist devices: Multicenter survey of the European EXCOR Pediatric Investigator Group". Rozwijaliśmy program wszczepiania całkowicie implantowalnych systemów wspomaganie krążenia umożliwiających wypisanie starszych dzieci do domu. Przekroczyliśmy liczbę 101 transplantacji serca wykonanych u dzieci w naszym Oddziale. Nasz zespół został wyróżniony nagrodą im. Profesora Zbigniewa Religi za wzorowe prowadzenie Oddziału oraz programu transplantacji serca i mechanicznego wspomaganie krążenia.



W rankingu szpitali „Wprost” w kategoriach „najlepsze szpitale kardiochirurgiczne” Katedra i Oddział Kliniczny Kardiochirurgii, Transplantologii, Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej SUM Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze po raz kolejny zdobyło 1 miejsce. To wielka radość, ale i zobowiązanie wobec naszych obecnych i przyszłych pacjentów. Fakt ten cieszy tym bardziej, że do tego sukcesu przyczynił się znakomity Zespół profesjonalistów, lekarzy i naukowców: kardiochirurgów, kardiologów, anestezjologów, radiologów, pediatrów i innych specjalności, ale także pielęgniarek, rehabilitantów, ratowników medycznych oraz pozostały personel medyczny i administracyjno-techniczny. To duma również dla całej akademickiej śląskiej medycyny.

Kardiochirurgia				
Ranking	Nazwa szpitala	Adres szpitala	Nazwa oddziału	Punkty
1	Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu	ul. M. Curie-Skłodowskiej 9, 41-800 Zabrze	Kardiochirurgia i Oddział Kliniczny Kardiochirurgii, Transplantologii, Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej SUM	83
2	Uniwersytecki Centrum Kliniczne	ul. Dąbrowski 7, 80-217 Gdańsk	Klinika Kardiochirurgii - Chirurgia Naczyniowa	81
3	Instytut Kardiochirurgii i Transplantacji	ul. Rezerwy 27, 04-423 Warszawa	Klinika Kardiochirurgii i Transplantacji	80
4	ODKardiochirurgia Centrum Medyczne im. prof. Leona Ciwka Szpitala Uniwersyteckiego w Łodzi	ul. Żwirki 40-42, 91-002 Łódź	ODKardiochirurgia	77
5	Centrum Szpital Międzywiesi w Warszawie	ul. Międzywiesi 117, 03-307 Warszawa	Klinika Kardiochirurgii	76
6	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 12 PWSZ w Szczecinie	ul. Pionierów 99A, 71-701 Szczecin	Klinika Kardiochirurgii	74
7	A i Hospicjum Szpital Międzywiesi w Warszawie	ul. M. Skłodowskiej 117, 03-307 Warszawa	Klinika Kardiochirurgii	73
8	Instytut w Szpitalu im. J. Piłsudskiego	ul. Piłsudskiego 115, 50-050 Wrocław	Klinika Chirurgii Serca i Transplantologii	70

Ranking Szpitali 2018

WYDARZENIA ROKU 2018 - PODSUMOWANIE

Prof. Marian Zembala 9 października 2018r. podczas uroczystej inauguracji roku akademickiego na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu otrzymał tytuł Doktora Honoris Causa Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. 50 lat temu na tej właśnie uczelni rozpoczął swoją przygodę z medycyną. Prof. M. Zembala podczas wystąpienia mówił o wielkich niemieckich i polskich lekarzach związanych z Wrocławiem. Zaznaczył również, że medycyna to działanie zespołowe, w którego centrum zawsze musi znajdować się chory, a wszystko co dokonał jest także dziełem Jego Współpracowników.

„Wędrowkę śladami gigantów światowej medycyny” zaczął od osobistego wspomnienia.



Nagrody i wyróżnienia:

- prof. M. Zembala otrzymał tytuł Doctora Honoris Causa Wrocławskiego Uniwersytetu Medycznego (9.10.2018)
- prof. M. Zembala otrzymał statuetkę za wybitne osiągnięcia medyczne, wprowadzenie najnowszych sposobów leczenia chorób serca oraz nieoceniony wkład w rozwój transplantacji i stworzenia szkoły kardiologii na światowym poziomie. Nagrodę przyznała kapituła Statuetki Kropli Życia „Fundacji Kropla Życia im. Agaty Mróz - Olszewskiej” (październik 2018 r.)
- Zespół specjalistów ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu pod kierownictwem dr. hab. n. med. Michała Zembała w konkursie Złoty Skalpel 2018 zajęli pierwsze miejsce za przeprowadzenie pierwszej w Polsce implantacji sztucznego serca. Nagrodę Zespołową w kwocie 10 tys. złotych, odebrali lek. Małgorzata Jasińska, lek. Remigiusz Antończyk oraz ratownik medyczny Jacek Waszak.



16 listopada 2018r. podczas dorocznego koncertu Serce za Serce organizowanego przez Fundację Rozwoju Kardiologii wręczone zostały nagrody im. Prof. Zbigniewa Religi, specjalne wyróżnienia za największe osiągnięcia w kardiologii w minionym roku. Laureatami nagrody są następujące osoby:

- **Zespół w składzie:** dr med. Marek Ochman, lek. Maciej Urlik, dr med. Tomasz Stącel, dr med. Mirosław Nęcki, dr med. Michał Kręt, lek. Remigiusz Antończyk, mgr Alina Kliczka, Agnieszka Garbacik, mgr Mirosława Siola, mgr Irena Młynarczyk, dr Joanna Foik - Potęga, mgr Łukasz Lech został

wyróżniony przez Kapitułę za dynamiczny rozwój w Zabrzu wiodącego w Polsce programu transplantacji płuc i ratowania chorych z nieodwracalnym uszkodzeniem płuc. Nagroda Prof. Religi stanowi uznanie dla wysiłku i fantastycznej pracy zespołowej kardiologów, pulmonologów, anestezyjologów, transplantologów, i rehabilitantów, której wynikiem jest najlepszy w Polsce pod względem jakości oraz wyników program leczenia chorych ze skrajną niewydolnością oddechową, również w przebiegu mukowiscydozy. Nagroda Prof. Religi przyznana temu zespołowi jest symbolem nowoczesnej medycyny i dowodem, że wspólna praca przynosi najlepsze rezultaty i zasługuje na najwyższe wyróżnienie.

- **Zespół w składzie:** dr med. Szymon Pawlak, lek. Joanna Śliwka, dr med. Adam Grzybowski, dr med. Jarosław Rycaj, lek. Arkadiusz Wierzyk, mgr Bożena Dwulit, Bernarda Markiewicz został wyróżniony za pionierskie w kraju osiągnięcia w zakresie ratowania dzieci z ciężkim uszkodzeniem serca oraz imponujący w wymiarze międzynarodowym jakościowy i ilościowy program mechanicznego wspomaganie serca u dzieci z następującą transplantacją. Zespół ten jest obecnie zaliczany do jednego z najlepszych i najbardziej doświadczonych w tej dziedzinie w Europie, co stanowi wielką nobilitację dla działalności kliniki. Kapituła w sposób szczególny wyróżniła wysiłek, talent, pasję i osiągnięcia członków tego zespołu, które wpisują się w najlepsze Polskie osiągnięcia kliniczne w zakresie kardiologii dziecięcej. Świadectwem wysokich kompetencji tego zespołu jest fakt, iż jego liderzy zapraszani są do innych ośrodków europejskich, w celu przeprowadzenia zabiegów szkoleniowych w zakresie wszczepiania sztucznych komór u dzieci, oraz jako eksperci w celu przedstawienia autorskiego protokołu wszczepień urządzeń mechanicznego wspomaganie krążenia, co jest powodem do dumy i radości.



- **Zespół w składzie:** prof. Marian Zembala, prof. Michał Zakliczyński, dr hab. Michał Zembala otrzymał zespołową nagrodę I stopnia Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w zakresie działalności naukowej za cykl prac dotyczących leczenia i rokowania u chorych z niewydolnością serca z upośledzoną funkcją skurczową lewej komory oraz pracę dotyczącą stratyfikacji ryzyka chorych z krańcową niewydolnością serca zakwalifikowanych do transplantacji serca (grudzień 2018 r.)

Oddział Kliniczny Kardioanestezji i Intensywnej Terapii SUM / Oddział Intensywnej Terapii

Zastosowanie pozaustrojowej oksygenacji krwi ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation - ECMO) w leczeniu pacjentów z ciężką, zagrażającą życiu niewydolnością oddechową i krążeniową – oddechową w Oddziale Kardioanestezjologii i Intensywnej Terapii.



Pozaustrojowa oksygenacja krwi (ECMO, extracorporeal membrane oxygenation) jest techniką polegającą na utlenowaniu (oksygenacji) krwi i eliminacji z niej dwutlenku węgla w oksygenatorze, z wykorzystaniem krążenia pozaustrojowego. W przypadku, gdy głównym objawem jest ciężka niewydolność oddechowa – stosowane jest ECMO żylny-żylne (VV ECMO), gdy głównym objawem jest niewydolność krążenia – stosowane jest EMO tętniczo-żylne (VA ECMO). W ciężkiej niewydolności oddechowej, krew jest pobierana do obiegu pozaustrojowego z żyły głównej dolnej i/lub górnej i oddawana także do żyły głównej lub prawego przedsionka (VV ECMO). W niewydolności krążenia, gdy stosowane jest EMO tętniczo-żylne (VA ECMO), krew jest pobierana do obiegu pozaustrojowego z żyły głównej dolnej, górnej lub prawego przedsionka i oddawana do dużej tętnicy.

Dzięki modyfikacji krążenia pozaustrojowego, obieg umożliwiający wymianę gazową i generujący przepływ krwi może być wykorzystywany w czasie nawet kilku tygodni.

Pozaustrojowa oksygenacja krwi daje szansę na zastąpienie funkcji płuc lub serca przez okres niewydolności, do czasu powrotu ich funkcji. W przypadku gdy taka regeneracja nie występuje, jest to terapia pomostowa do przeszczepu serca lub płuc. U pacjentów z utrzymującą się niewydolnością serca – możliwe jest zastosowanie mechanicznego wspomaganie układu krążenia.

Szczególnym zastosowaniem ECMO tętniczo – żylnego jest leczenie pacjentów w stanie hipotermii, czyli wychłodzeniu organizmu poniżej 28st C.

ECMO żylny-żylne stosuje się w stanach, w których dochodzi do potencjalnie odwracalnego głębokiego zaburzenia funkcji płuc w stopniu uniemożliwiającym skuteczną wymianę gazową za pomocą wentylacji mechanicznej. ECMO żylny-tętnicze jest stosowane w leczeniu ostrej niewydolności serca, w których wszystkie inne metody leczenia są niewystarczające. Wskazania do zastosowania terapii ECMO występują, gdy przy zastosowaniu konwencjonalnych metod leczenia zgon chorego wydaje się nieuchronny, a niewydolność układu oddechowego lub układu krążenia ma potencjalnie odwracalny charakter.

ECMO to inwazyjna i bardzo kosztowna technologia medyczna, która nie jest wolna od ciężkich i zagrażających życiu powikłań, dlatego tak ważna jest wiedza i doświadczenie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego prowadzącego terapię. W Klinicznym Oddziale Kardioanestezjologii i Intensywnej Terapii, w 2018 roku, w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, z zastosowaniem VV ECMO lub VA ECMO, leczonych było 17 pacjentów.

Leczenie z użyciem ECMO jest stosowane w naszym kraju coraz częściej, jednak Oddział Kardioanestezjologii i Intensywnej Terapii jako pierwszy w Polsce poczynił starania utworzenia Centrum Symulacji Medycznej kształcenia podyplomowego lekarzy w dziedzinie terapii z zastosowaniem pozaustrojowej oksygenacji krwi (ECMO) w leczeniu ciężkiej, zagrażającej życiu, niewydolności oddechowej i krążeniowo-oddechowej CSM-ECMO. W IV kwartale 2018 roku uzyskano fundusze z Ministerstwa Zdrowia w ramach Programu Wiedza Edukacja Rozwój: PAWER. Centrum Symulacji Medycznej rozpocznie działania w drugim kwartale 2019 roku. W Centrum Symulacji, prowadzone będą szkolenia w zakresie rozpoznawania i leczenia najcięższej, zagrażającej życiu niewydolności oddechowej i krążeniowo - oddechowej z zastosowaniem technik wspomaganie pozaustrojowego – żylny-żylnej i żylny-tętniczej oksygenacji krwi (VV i VA ECMO) – w tym szkoleń z zakresu kwalifikacji do włączenia i dyskwalifikacji od terapii, patofizjologii oddychania, wentylacji oszczędzającej płuca, antykoagulacji, leczenia powikłań krwotocznych, sedacji, rehabilitacji pacjentów na ECMO.

Celem szkoleń będą również zasady kwalifikacji pacjentów leczonych z zastosowaniem żylny-tętniczego ECMO do przeszczepu serca lub mechanicznego wspomaganie krążenia w oparciu o doświadczenie Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze.

Udział studentów Koła STN przy Klinicznym Oddziale Kardioanestezjologii i Intensywnej Terapii SUM w licznych konferencjach naukowych:

SIMC 2018 - Prezentowana praca, która zajęła 3 miejsce w konkursie:

Łukasz Surówka, Paulina Kurdyś, Krystian Ślusarz, Karol Kocaj The successful use of Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) for the treatment of the acute respiratory failure in Legionella Pneumophila.

Medical Problems 2018 - Prezentowana praca, która zajęła 1 miejsce w konkursie:

Karol Kocaj, Krystian Ślusarz, Paulina Kurdyś, Łukasz Surówka. The relationship between fluid balance, type of used fluids and the outcome in critically ill patients.

II Interdyscyplinarna Konferencja „Zakażenia Wyzwaniem dla Współczesnej Medycyny” Prezentowana praca, która zajęła 1 miejsce w konkursie:

Krystian Ślusarz, Paulina Kurdyś Ciężkie, pozaszpitalne zapalenie płuc o etiologii Klebsiella pneumoniae leczone z zastosowaniem pozaustrojowej oksygenacji krwi – ECMO. Opis przypadku.

Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej

Katarzyna Kasińska

*Wolontariusz i Koordynator Fundacji
Śląskiego Centrum Chorób Serca
w Zabrze*



Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca - ważniejsze wydarzenia

Kłobuckie XVII Dni Długoszowskie pod znakiem profilaktyki zdrowotnej.

Nawet nie obejrzałyśmy się jak minął drugi rok funkcjonowania Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej i Ośrodka Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej Śląskie Centrum Chorób Serca. W 2018 roku w obu oddziałach leczono i rehabilitowano łącznie 363 chorych, z tego 232 w ramach programu KOS – zawał.

Program KOS – zawał (Kompleksowa Opieka Specjalistyczna – Zawał) realizowany jest w Oddziałach Kardiologii i Rehabilitacji SCCS.

W dniach od 23.11.2018 do 24.11.2018 r w Krakowie odbyła się XI Konferencja Naukowa Sekcji Prewencji i Epidemiologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego „Kardiologia Prewencyjna 2018 – wytyczne, wątpliwości, gorące tematy”. W trakcie konferencji zaprezentowaliśmy roczne wyniki z realizacji programu KOS z naszego ośrodka. Przedstawione wyniki z czterech ośrodków w kraju, zostały przyjęte z dużym zainteresowaniem przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, NFZ i Sejmowej Komisji Zdrowia. Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej przyjął 161 chorych (KOS).

W tym samym okresie na Oddziale Rehabilitacji przebywało 202 chorych. Grupa rehabilitowanych chorych w 2018 roku poszerzyła się o pacjentów po wszczepieniu LVAD. Nasze doświadczenia i wyniki pracy z tą grupą chorych będziemy przedstawiali na Konferencji Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej PTK w marcu br. w Ustroniu i na Kongresie PTK w Katowicach.

Kolejny rok naszej pracy i jej efekty potwierdził słuszność koncepcji powołania w ramach ŚCCHS Oddziału Rehabilitacji oraz Ośrodka Rehabilitacji Diennej.

Wszystkim zatrudnionym na oddziale należą się podziękowania, za sumienną pracę i dobrą atmosferę w niej panującą.

W tym miejscu należy również podkreślić naszą bardzo dobrą współpracę z fizjoterapeutami prowadzącymi wczesną rehabilitację wewnątrzszpitalną na oddziałach kardiologii i kardiochirurgii. O ich wspaniałej pracy i zaangażowaniu należy zawsze pamiętać.



23.09.2018r., podczas festynu sportowo - rekreacyjnego XVII Dni Długoszowskich na Rynku im. Jana Pawła II, odbyła się akcja prozdrowotna zorganizowana przez Fundację Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze. W czasie trwania akcji blisko 500 uczestników festynu skorzystało z konsultacji specjalistów (kardiologa i fizjoterapeuty), a także uczestniczyło w wykładach dotyczących prawidłowego odżywiania, aktywności fizycznej, umiejętności obserwacji objawów świadczących o zagrożeniu wystąpienia chorób układu krążenia.

Co ważniejsze, mieszkańcy powiatu kłobuckiego skorzystali z możliwości wykonania bezpłatnego kompleksu badań: oznaczenia wartości cholesterolu całkowitego, oznaczenia poziomu glikemii, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, oraz badanie smokerlyzerem i spirometrem. Całości akcji profilaktyki zdrowotnej towarzyszyła kampania na rzecz idei programu „TAK dla Transplantacji”, podczas której beneficjenci transplantacji opowiadali o swoich przeżyciach związanych z przeszczepem oraz rozdano oświadczenia woli.

Przebadano ponad 100 osób, w tym także miło było nam gościć Pana Henryka Kiepurę - Starostę Kłobuckiego, Pana Andrzeja Sękiewicza - organizatora Dni Długoszowskich, a także Macieja Biernackiego - Wicestarostę, Jerzego Zakrzewskiego - Burmistrza Kłobucka wraz z Małżonką i naszego Przyjaciela Romka Kudelskiego. Licząc na przyszłoroczne zaproszenie jesteśmy pewni, że te małe spotkania dotyczące zdrowia pomogą mieszkańcom spojrzeć baczniej na swoje serce ...

Dziękuję za duże zaangażowanie dr Piotra Desperaka, mgr Ireny Młynarczyk, mgr Beaty Drobny, mgr Anny Bauer, mgr Agnieszki Garbacik i Danuty Iskrzyckiej.

Kasia Kasińska i Alicja Chachaj

Magiczny Grudzień w Klinice Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu

W grudniu tradycyjnie wszyscy Pacjenci Kliniki SCCS, zostali obdarowani przez Trzech Mikołajów paczkami pełnymi słodkościami. Pomocnicy Mikołajów – Wolontariusze i Przyjaciele Fundacji SCCS – skompletowali zawartość 2258 paczek, tak by były najśłodszym mikołajkowym prezentem. 4 i 5 grudnia Wolontariusze z KKS Zabrze odwiedzili dziecięce oddziały Śląskiego Centrum Chorób Serca. Drużyna wręczyła sympatyczne maskotki i łakocie, dzieląc się swoim czasem, energią i uśmiechem.

Eskalacja Mikołajkowego świętowania przypadła na dzień 6-go grudnia! Trzy Dzielne Ekipy Mikołajów pod przewodnictwem Jana, Michała i Patryka z Wolontariuszami z ZSO nr 1, ZSO nr 5 oraz ZS Ekonomiczno-Usługowych w Zabrzu, wyruszyły z ogromną dawką pozytywnej aury przedświątecznej na wszystkie Oddziały Kliniki, niosąc paczki pełne mikołajkowych słodkościami! Wszyscy Pacjenci – najmłodszy i Ci nieco starsi – zostali obdarowani mikołajkowymi paczkami i rękodziełem stworzonym przez Przedszkolaków z zabrzańskiego Przedszkola nr 25.

Dla Dzieci po przeszczepie serca i płuc, które odwiedzają Klinikę przygotowaliśmy przepięknie zapakowane prezenty, w których było znaleźć najróżniejsze zabawki (lalki, klocki, samochody, misie, pacynki, gry planszowe, puzzle), książki, przybory szkolne, akcesoria komputerowe, słodczyce, ubrania oraz listy – życzenia pisane przez Wolontariuszy.

Za koordynację tego wyjątkowego wydarzenia jakim jest „Mikołaj z Sercem” odpowiedzialna była mocna grupa Wolontariuszy z zabrzańskich szkół – ZSO nr 1, ZSO nr 5, ZS Ekonomiczno-Usługowych w Zabrzu oraz ZSO nr 12 i SP nr 31, a także KKS Zabrze. Natomiast koniecznie należy tu wspomnieć, iż wizyta Mikołajów w Klinice Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu oraz przygotowanie paczek z prezentami dla Pacjentów szpitala nie byłaby możliwa bez szczodrości naszych Darczyńców – Przyjaciół, za co należą się wyrazy uznania i słowa podziękowania. Te szczególne należą się firmie z Żabiej Woli, Panu Marcinowi z firmy MIMED, Panu Tadeuszowi z firmy Splast, firmie Matel, PGE, Wydawnictwu Znak, Klaudii, Państwu Graczyk z Wielunia, Panu Tomaszowi Gibas, firmie Cocodrillo oraz wszystkim Anonimowym Darczyńcom.

14 grudnia aktorzy z Niezależnego Teatru Nieoetykietkowani w ramach projektu „Teatr daje radość” odwiedzili Najmłodszych Pacjentów Kliniki ze spektaklem przygotowanym specjalnie na okazję zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia pod pięknym tytułem: „Jak uratować Święta? Czyli historia Małego Elfa”. Aktorzy pojawili się u Dzieci aby podzielić się najpiękniejszymi i najcenniejszymi emocjami, a także by przekazać chorym odrobinę ciepła i radości. 19 grudnia Uczniowie z zabrzańskiej Szkoły Społecznej przygotowali Wigilię dla Dzieci z Oddziału Kardiologii.

W naszej Akcji „Magiczny Mikołaj 2018”, każdy z nas był Mikołajem i z tej właśnie okazji... dziękujemy Wam Mikołaje i zapraszamy za rok do Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu! Razem możemy Wszystko!



Wolontariat Kompetencji w Nowoczesnej Filantropii IV Konferencja Koalicji Prezesi - Wolontariusze

Warszawa,
27 listopada 2018

Pałac Lubomirskich



Wolontariat opiera się na takich wartościach, jak empatia, życzliwość, zaangażowanie, odpowiedzialność czy solidaryzm społeczny. To wartości wpisane w program Koalicji Prezesi-Wolontariusze i realizowane przez różne akcje i działania, podczas których wolontariusze dzielą się swoim czasem, wiedzą i doświadczeniem.

Podczas Finału 2. edycji Nagrody "Człowiek wiedzy i doświadczenia" przyznano sześć nagród. Osobom, które w ciągu ostatnich lat aktywnie angażowały się wolontariacko, przekazywały swoją wiedzę i umiejętności innym.

Pośród Nagrodzonych - Alicja Chachaj - Prezes Fundacji Śląskiego Centrum Chorób Serca, która od ponad 25 lat działa jako wolontariuszka. Jest pomysłodawczynią i organizatorką wielu akcji popularyzujących świadome dawstwo narządów (TAK dla Transplantacji) oraz akcji o charakterze prozdrowotnym i sportowym.

Współorganizuje biegi, marsze, wyprawy górskie i rajdy rowerowe, których uczestnikami są osoby po przeszczepie narządów. Twórczyni projektu "Wszystkie Dzieci są Nasze", którego beneficjentami są dzieci i młodzież przebywająca w Klinice Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu oraz dzieci i młodzież po przeszczepach serca i płuc z całej Polski.

Alicjo - przyjmij nasze szczerze gratulacje i podziw za Twoje zaangażowanie, empatię i czas!

Jesteśmy dumni, że takie Osoby jak Ty, towarzyszą i przewodniczą naszym działaniom

- Koordynatorzy i Wolontariusze Fundacji SCCS,
koleżanki i koledzy



KALENDARIUM PRYZNANYCH NAGRÓD I CERTYFIKATÓW - ROK 2018



Akredytacja szpitala – niezależne
potwierdzenie wysokiej jakości świadczonych
usług



Rok 2018 był kontynuacją poprawy zadań wynikających z Raportu z Przeglądu Akredytacyjnego sporządzonego przez wizytatorów Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie, którzy dokonali pierwszej wizyty akredytacyjnej w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Certyfikat akredytacyjny wydany jest na okres kolejnych trzech lat i stanowi dowód, iż Szpital nadal jest na wysokim poziomie funkcjonowania oraz ma bardzo dobrą, profesjonalną jakość udzielanych świadczeń. Wizytatorzy z Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie ocenili spełnienie standardów akredytacyjnych przez Szpital na poziomie 94%. Przyznanie statusu szpitala akredytowanego to początek drogi w całym procesie poprawy jakości w szpitalu. Jak widać z powyższej oceny Akredytacja to proces, który potwierdza jakość pracy i daje prestiż. Jednak obowiązujące na każdym poziomie zarządzania reguły w formie procedur i koniecznych analiz wymuszają nowe standardy pracy. Każda zmiana budzi początkowo opór, ale odpowiednie zaangażowanie Dyrekcji i Koordynatorów oraz Naczelnej Pielęgniarki, Pielęgniarek Oddziałowych i personelu medycznego pozwala na wdrożenie nowych rozwiązań

Zintegrowany System Zarządzania



Rok 2018 był okresem, w którym Szpital doskonił system zarządzania.

Kontynuowano i doskoniło rozpoczęte prace do wprowadzenia nowej edycji norm: ISO 9001:2015 i ISO 14001:2015. Śląskie Centrum Chorób Serca chcąc utrzymać certyfikat jakości musiał dostosować system do wymogów nowych norm.

Nowa norma zorientowana jest na podejście procesowe, czyli „Planuj

– Wykonaj – Sprawdź – Działaj” oraz na podejściu opartym na ryzyku. Spojrzenie na ryzyko i zarządzanie ryzykiem ma w nowej normie ISO dużo szerszy aspekt i rozpatrywany jest w kontekście całej organizacji. Zarządzanie ryzykiem stanowi podstawę utworzenia właściwego ładu organizacyjnego, uzyskanie lepszego przepływu informacji, zarządzania, kierowania oraz monitorowania działań w organizacji nakierowanych na realizację celów organizacji.



W adwentowy czas pożegnała się z nami nasza Kochana Basia...

13 grudnia 2018r. w adwentową noc, po długiej, bardzo ciężkiej ale dzielnej i cierpliwej walce z chorobą nowotworową odeszła nasza koleżanka Basia Urbańczyk. Zabrakło ukochanej żony, mamy, koleżanki i przyjaciółki. Zabrakło wspaniałej PIEŁĘGNIARKI! Nie trzeba mówić jakim była cudownym człowiekiem, bo wszyscy, którzy Ją poznali i pracowali z Nią o tym wiedzą. W czasie ceremonii pogrzebowej uczynili to bardzo pięknie Ojcowie Kamilianie, a także prof. Zembala, który uczestniczył w Mszy św. i pięknymi słowami pożegnał Basię, mówiąc, że miała twarz świętej Weroniki. Uważam, że to bardzo trafne porównanie, bo taką właśnie Weroniką była nasza Basiuśka. Otarła każdą spotkaną na swojej drodze ranę i tą cielesną, krwawiącą i tą duchową, przynosząc zawsze zranionemu ulgę.

O tym jakim była NADZWYCZAJNYM CZŁOWIEKIEM świadczyło jej całe nietatwe, ale szlachetnie przeżyte życie, jej praca, a na koniec niesamowicie uroczysty pogrzeb. Basia odchodząc od nas w czasie Adwentu zaprosiła nas na piękną wspólną wigilię, na której spotkała się, jak to na wigilii bywa, cała najbliższa jej kochana rodzina i prawie cała rodzina z SCCS. Przyjechali znajomi, współpracownicy i pacjenci, którzy byli na miejscu ale też i Ci, którzy są obecnie daleko, we Wrocławiu, Gdańsku, Krakowie, Ochojcu, Bielsku i w wielu innych miastach. Basia zebrała wokół siebie całą „starą” i nową Gwardię. Wszyscy stali wokół jej mogiły i szczerze płakali. Przybyli z prawdziwej potrzeby serca by jej oddać hołd i podziękować.

Zebrała wszystkich razem - bo całe życie tak czyniła. Zawsze jednoczyła ludzi wokół siebie, łagodziła konflikty, angażowała do wspólnego działania. Potrafiła wybaczać.

Tak bardzo nam jej brakuje...

Po pogrzebie Basi jej córka Kasia napisała: „Mama przygotowywała nas na rozstanie. Niestety nie mówiła jak sobie poradzić z tęsknotą...” A ona boli najbardziej.

Tak trudno wypełnić tę pustkę. Każde odejście ukochanej osoby sprawia wiele bólu, jest dla nas niezrozumiałe, wzbudza dużo wątpliwości. Nie jesteśmy w stanie tego zmienić i zrozumieć ale możemy wyciągnąć wnioski by to odejście nie było takie bezsensowne...

Basia opuściła nas, ale tylko fizycznie bo duchem zawsze będzie z nami. Zostawiła nam setki dobrych przykładów właściwego zachowania i postępowania pielęgniarki, matki, przyjaciela czy nauczyciela. Korzystajmy z tego bogatego zaplecza jakie nam przygotowała...

Nie zatracajmy wrażliwości i empatii bo w dzisiejszym świecie tak łatwo je gubimy.

Dla Basi pobyt chorego w szpitalu nie kończył się w dniu wypisu, Ją interesowało też to, czy pacjent ma gdzie wrócić,

czy ktoś na niego czeka, zrobi zakupy, napali w piecu, czy rodzinę stać na wykupienie leków? Jeżeli nie, to starała się wszelkimi sposobami zorganizować potrzebną pomoc medyczną i socjalną. Gdy zaś była taka potrzeba to i sama służyła pomocą dojeżdżając nawet do domu chorego albo noclegowni. Nigdy nie przeszła obojętnie wokół potrzebującego. Pomagała pacjentom ale też wszystkim współpracownikom i ich rodzinom, za co jej z całego serca jesteśmy wdzięczni.

Starajmy się również naśladować otwartość, życzliwość wdzięczność i skromność Basi. Nie zazdrościła nigdy nikomu materialnych rzeczy czy awansów zawodowych. Zawsze wszystkim dobrze życzyła. Potrafiła się z nami dzielić nie tylko swoją ogromną wiedzą, intuicją i wielkim doświadczeniem ale też i kanapką, którą przynosiła na śniadanie. Nie obnosiła się też tysiącami pochwał, które otrzymywała od konsultantów, lekarzy i pacjentów. O jej wielkiej życzliwości i skromności świadczą jej własne słowa, które umieściła w 2016 roku na jednym z portali po odbieraniu „Diamentowego Czepka”, wspaniałego wyróżnienia przyznawanego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych członkom samorządu za upowszechnienie etyki zawodowej oraz za wzorowe wykonanie obowiązków zawodowych i współdziałanie na rzecz integrowania środowiska zawodowego, a które pozwolę sobie jeszcze raz zacytować:

„Moi Kochani!

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

Basia Urbańczyk.”

Pięknym przykładem do naśladowania jakim zostawiła nam też Basia jest pracowitość. Oddanie się całym sercem temu co robimy. Wykonanie naszego zadania zawsze dobrze, rzetelnie i do końca mimo, że czasami jest ciężko i pod górkę. Tylko uczciwe, prawidłowe dokończenie naszej ciężkiej pracy da owoc i przyniesie nam satysfakcję!

Doceniajmy też to, że możemy pracować! Tak często tego nie szanujemy, narzekając niejednokrotnie na tak mało istotne rzeczy, okazując niechęć przychodzenia do pracy.

Dla Basi siłą do walki z chorobą była nie tylko rodzina ale też niesamowita chęć powrotu do pracy! Dała by wiele aby znów stanąć przy chorym w swoim „królestwie opatrunkowym”. Podkreślała to przy każdej okazji jak większość naszych chorych koleżanek i kolegów. Często będąc zdrowymi nie dostrzegamy tego na co dzień jakie mamy wielkie szczęście, że dane nam jest móc pracować!

Nie bójmy się również sprzeciwiać niesprawiedliwości, reagować na nierzetelność, obojętność wobec drugiego człowieka. Basi zawsze starczało na to odwagi. Nadstawiała karku by niwelować takie zachowania. Każdy z nas przecież będąc osobiście chorym lub mając chorującego kogoś bliskiego oczekuje profesjonalnej, rzetelnej pomocy. Pamiętajmy o tym sprawując codzienną opiekę nad naszymi pacjentami i bliskimi.

Naszej Basi nie brakowało też poczucia humoru. Była duszą towarzystwa. Jej powiedzonka i anegdoty były tak trafne, że nie raz rozbawiała nas do łez np. swoim porównaniem leniwych, niechętnie rehabilitujących się pacjentów do lalek siedzących na wersalce, którym wyczerpały się baterie. Ale Basia nigdy nie odpuszczała! Jak wkraczała do akcji to tak wszystkich zmobilizowała, że ćwiczyli jakby im założono nowe *duracelki*.

Mieliśmy szczęście i zaszczyt pracować z tak wspaniałą i szlachetną Pielęgniarką, która zostawiła nam jasne wytyczne naszego zawodu. Starajmy się Ją choć w małej mierze naśladować, aby była z nas dumna! Myślę, że mamy w niej prawdziwą, własną Orędowniczkę w niebie, do której w trudnych sytuacjach naszej pracy możemy się zwrócić o wsparcie i pomoc, a tymi radosnymi się podzielić i pochwalić!

Basiu dziękujemy za wszystko co zrobiłaś dla chorych, dla nas i naszych bliskich. Zawsze będziemy Ci wdzięczni za przekazane nam wartości. Kochamy Cię i na zawsze zostaniesz w naszych sercach.

Dziękujemy,

koleżanki i koledzy z SCCS

Judyta Solorz





sesje plenarne. Co ciekawe i warte podkreślenia - a może i pewnej refleksji - w programie mocno widoczne były także takie tematy jak antybiotykooporność, depresja/ samobójstwa wśród dzieci i młodzieży, wyzwania zdrowotne związane z kryzysem migracyjnym, wojną, uchodźcami, jak również promocja zdrowia w kontekście heterogeniczności kulturowej/ wyznaniowej.

Program Kongresu zakładał niezwykle dynamiczną formułę: cztery intensywne dni naukowe, wypełnione całodniowymi warsztatami, mocnymi sesjami naukowymi (plenarnymi, równoległymi sesjami ustnymi, plakatowymi, lunchowymi) oraz spotkaniami roboczymi 23 sekcji Europejskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego.

Uroczystego otwarcia Kongresu, przy dźwiękach IX Symfonii Ludwika van Beethovena, dokonali Vytenis Andriukaitis Europejski Komisarz ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności oraz Violetta Buls, Europejski Komisarz ds. Transportu, którzy z pasją i charyzmą odpowiadali o realnych zagrożeniach i wyzwaniach zdrowotnych z którymi należy – także z perspektywy zdrowia publicznego - pilnie się zmierzyć, a także o działaniach, które podejmuje Komisja Europejska, by zmniejszyć zachorowalność i śmiertelność w Europie (Ryc.3,4).



W dniach **28 listopada - 1 grudnia 2018 roku w stolicy Słowenii, Lublanie, odbył się XI Kongres Zdrowia Publicznego**. Organizatorem wydarzenia było Europejskie Stowarzyszenie Zdrowia Publicznego (European Public Health Association, EUPHA), Fundacja Konferencji Europejskiego Zdrowia Publicznego (European Public Health Conference Foundation, EPHCF), oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Słowenii (NIJZ).

Program naukowy XI Kongresu, odbywającego się w tym roku pod hasłem **“Wiatr przemian: nowe ścieżki ku poprawie zdrowia publicznego w Europie”**, zbudowany został wokół 5 tematów przewodnich - 5 różnych obszarów zdrowia publicznego, w których zaobserwować można obecnie najwyraźniej ów “wiatr przemian” - pojawianie się nowych potrzeb i oczekiwań społecznych i zdrowotnych, wdrażanie innowacyjnych rozwiązań i zmian systemowych.

Były to:

- technologie cyfrowe – ze szczególnym uwzględnieniem ich wpływu na młodych ludzi
- Zrównoważony Rozwój – wyzwania związane z wdrażaniem Celów Zrównoważonego Rozwoju oraz działań zdrowia publicznego w tym zakresie (Ryc.2)



- rozwój zdrowia publicznego - kompetencje i potencjał kadry zdrowia publicznego
- nowoczesna komunikacja w ochronie zdrowia - klucz do promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej, skutecznej prewencji
- aktualne wyzwania systemów ochrony zdrowia w Europie.

Zagadnienia te znalazły odzwierciedlenie w wielu sesjach ustnych i plakatowych, im także zadedykowane były kolejne

Pierwszy dzień spotkania, tj. 28.11.2018, wypełniły warsztaty tematyczne, prowadzone m.in. przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organization for Economic Co-operation and Development, OECD) czy Ministerstwo Zdrowia Słowenii, poświęcone m.in. badaniom naukowym w zakresie zdrowia publicznego (m.in. sesja praktyczna dotycząca przygotowania publikacji naukowych w obszarze zdrowia publicznego, forum młodych badaczy), promocji zdrowia – od badań do wdrożenia, miejscu zdrowia

w budżecie i programach Unii Europejskiej na lata 2021-2027, działaniom UE na rzecz antybiotykooporności, prowadzeniu i korzystaniu z międzynarodowych baz danych w ochronie zdrowia, problemom zdrowia psychicznego w cyklu życia, wspólnym inicjatywom dotyczącym walki z nierównościami w zdrowiu i kryzysem migracyjnym. Łącznie, w pierwszym dniu odbyło się 14 całonocnych lub kilkugodzinnych warsztatów tematycznych.

O intensywności spotkania świadczyć może fakt, że w kolejnych dniach wydarzenia odbyło się 10 bloków sesyjnych po 14 równoległych sesji ustnych każdy. Prowadzone były one w zróżnicowanej formule organizacyjnej (od mini warsztatów, dyskusji okrągłego stołu, seminarium szkoleniowego z zakresu budowania kompetencji, studium przypadku po tradycyjne wystąpienia ustne i prezentacje typu pitch). Uczestnicy Kongresu mogli wybierać spośród 14 bloków tematycznych, poświęconych m.in.: szeroko pojętym innowacjom, zdrowiu cyfrowemu, problemom systemu opieki zdrowotnej, zdrowiu środowiskowemu, otyłości i żywieniu, promocji zdrowia i zdrowego stylu życia, chorobom przewlekłym, chorobom zakaźnym i szczepieniom, zdrowiu psychicznemu, ocenie nowych technologii medycznych, monitorowaniu i raportowaniu stanu zdrowia społeczeństwa, zdrowiu osób starszych, kobiet, dzieci i młodzieży oraz zdrowiu mniejszości, migrantów i społeczności LGBT.

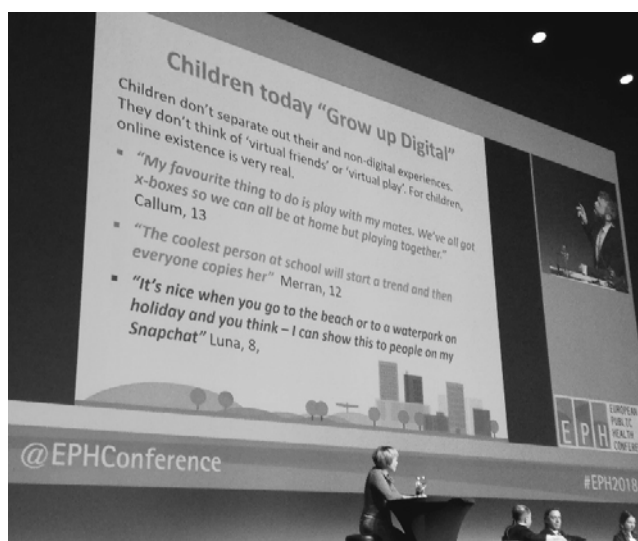
Ustnym wystąpieniom towarzyszyło 20 moderowanych i niemoderowanych sesji plakatowych skupionych wokół m.in. problemu żywienia i otyłości, zdrowia psychicznego, bólu i przemocy.

Atrakcyjność naukową programu podnosiły także interesujące sesje lunchowe, zorganizowane m.in. Ministerstwo Zdrowia Tajwanu (sesja "Tworzenie nowego podejścia w zdrowiu publicznym - promocja zdrowia w szkołach w Europie i Azji") czy też Komisję Europejską (interaktywna sesja "Program Zdrowie w Unii Europejskiej – lepsze zdrowie dla wszystkich w UE"). Podczas tej ostatniej, beneficjenci Programu Zdrowie dzielili się swoim doświadczeniem na temat potencjału Programu w zakresie transferu wiedzy i dobrych praktyk w krajach UE.

Mocne sesje plenarne, prowadzone z aktywnym udziałem europejskich liderów Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO), Komisji Europejskiej, ministrów zdrowia Słowenii, Belgii, wybitnych ekspertów zdrowia publicznego, epidemiologii, polityki zdrowotnej z Europy, Azji, Stanów Zjednoczonych stanowiły niezwykle budujące i inspirujące doświadczenie dla uczestników.

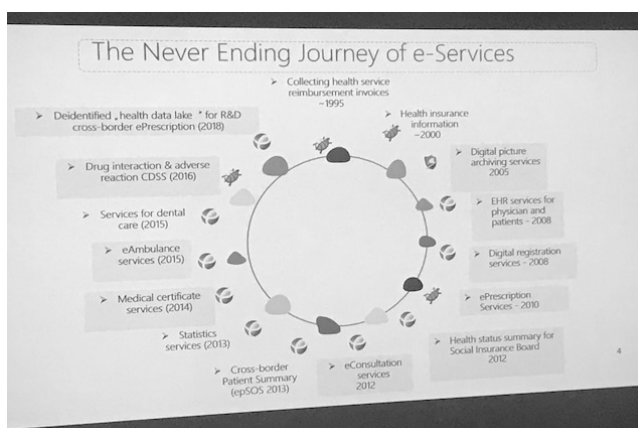
Sz szczególnie interesująca, budząca wiele emocji, okazała się sesja plenarna poświęcona technologiom cyfrowym pt. "Realia świata cyfrowego a zdrowie młodych ludzi", prowadzona przy aktywnym udziale dyrektora Demokracji Cyfrowej z Waszyngtonu, Jeffa Chestera oraz Joao Breda, przedstawiciela Europejskiego Biura Prewencji i Kontroli Chorób Niezakaźnych WHO, podczas której przedstawiono wpływ technologii cyfrowych na życie współczesnych dzieci i nastolatków. Trudno wyobrazić sobie dziś codzienne funkcjonowanie bez nowych technologii, mediów cyfrowych czy kanałów społecznościowych – zwłaszcza przedstawicielom pokolenia millenialsów czy następnej generacji, tzw. pokolenia Z, urodzonym w erze cyfrowej. Rozwiązania te jednak nie tylko ułatwiają i wzbogacają życie o nowe i szybsze możliwości rozwoju, edukacji czy formy

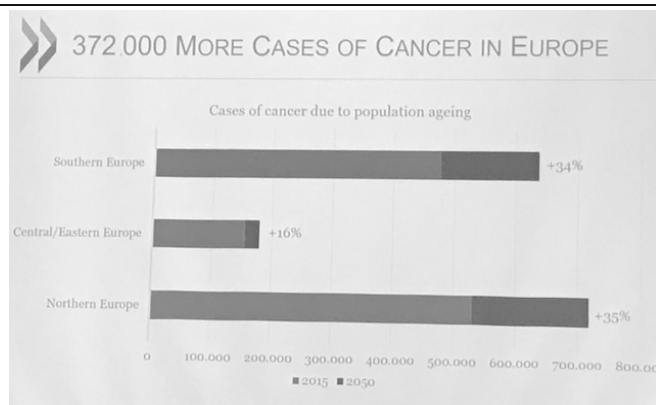
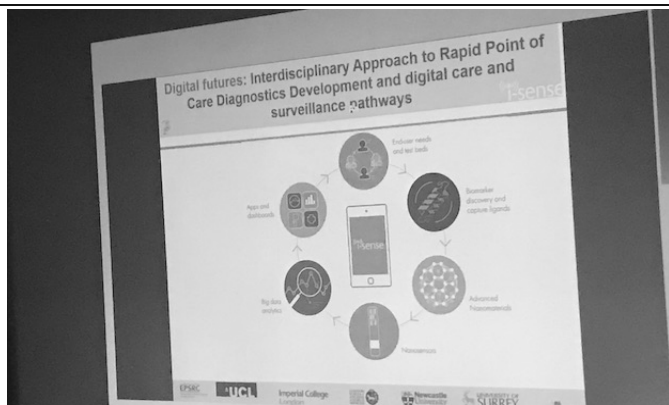
spędzania wolnego czasu. Mogą stanowić także duże zagrożenie dla zdrowia i samopoczucia, sprzyjać alienacji społecznej, zaburzeniom psycho-społecznym. Wg ekspertów, współczesne dzieci nie rozróżniają już doświadczeń realnych od wirtualnych, przyjaźni rzeczywistych od tych w sieci - dla nich przeżycia, emocje i uczucia on-line stanowią jedno z tymi off-line, co wiązać się może z wieloma nowymi ryzykami i wyzwaniem dla zdrowia (Ryc. 5).



W programie nie zabrakło także sesji podczas których zaprezentowano korzyści płynące z zastosowania technologii cyfrowych w ochronie zdrowia. Szczególnym zainteresowaniem uczestników cieszyła się sesja "Transformacja cyfrowa w opiece zdrowotnej w Europie", prowadzona w formie dyskusji okrągłego stołu, podczas której przedstawiono działania Komisji Europejskiej na rzecz zdrowia cyfrowego oraz inicjatywę WHO Europa w zakresie digitalizacji systemów opieki zdrowotnej zgodnie z założeniami polityki Health2020 oraz Agendy na rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030.

Zaprezentowano także konkretne doświadczenia krajów europejskich w tym zakresie, dobre praktyki z Portugalii, Wielkiej Brytanii, Włoch, Estonii i Malty – budujące przykłady, udawadniające, że nowe technologie w ochronie zdrowia, telemedycyna i teleopieka, usługi e- i m-zdrowia, mogą stać się nową, "szarą" rzeczywistością, rozwiązaniami faktycznie ułatwiającymi i usprawniającymi system opieki zdrowotnej (Ryc. 6, 7).





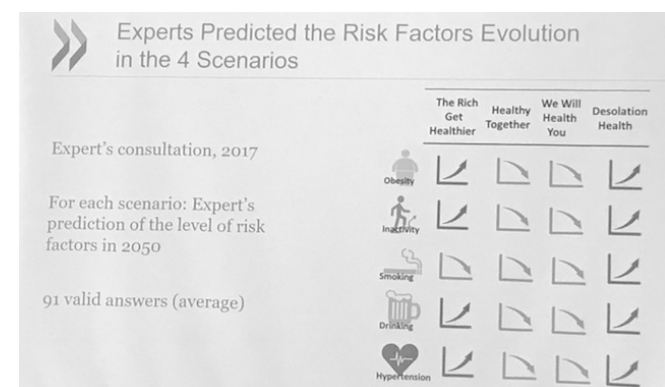
Wiele miejsca w programie poświęcono także misji i celom zdrowia publicznego w Europie w XXI wieku. Gdzie jest miejsce zdrowia publicznego i jaka jest jego rola w strukturze systemu ochrony zdrowia? Kim jest specjalista zdrowia publicznego i jakie talenty, kompetencje powinien posiadać? Wielość i różnorodność tematów poruszanych podczas spotkania, odzwierciedlających kluczowe problemy i wyzwania zdrowotne współczesnego świata potwierdzają konieczność dalszego dynamicznego rozwoju zdrowia publicznego, także w zakresie szkolenia profesjonalnej, interdyscyplinarnej kadry ZP.

Warto wspomnieć, że w tym największym w Europie branżowym wydarzeniu swą aktywną obecność zaznaczyło również Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, prezentując m.in. w sesji foresight (pojęcie oznaczające dalekowzroczne działanie, przewidywanie) wyniki międzynarodowego grantu FRESHER, realizowanego w ramach programu Horyzont 2020 (Ryc. 8, 9, 10).

Celem tego niezwykle trudnego, ambitnego projektu, realizowanego w latach 2014-2017 z aktywnym udziałem SCCS jako członka europejskiego konsorcjum, było określenie (w oparciu m.in. o dane statystyczne dotyczące zachorowań na choroby niezakaźne, prognozy epidemiologiczne) dominujących trendów społeczno-zdrowotnych (takich jak m.in. nierówności społeczne/w zdrowiu, urbanizacja, zmiany klimatyczne, migracje i zmiany demograficzne), które w przyszłości - w perspektywie do roku 2050 - kształtować będą zdrowie Europy. W odpowiedzi na te dane konsorcjum FRESHERa wypracowało alternatywne scenariusze – strategię polityki zdrowotnej, które mogłyby efektywnie wpłynąć na redukcję ciężaru związanego z chorobami niezakaźnymi (więcej informacji o Projekcie w kolejnym numerze Szlachetnego Zdrowia).



Obok FRESHERa, w sesji tej przedstawiono niezwykle interesujące wyniki ankiety przeprowadzonej przez Europejskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego, dotyczące problemów i zagrożeń zdrowia publicznego w nadchodzącej dekadzie w różnych grupach wiekowych. Z danych EUPHA wynika, że najważniejszymi czynnikami wpływającymi na zdrowie młodych ludzi będą: nadwaga/ otyłość, brak aktywności fizycznej, siedzący tryb życia, uzależnienia (narkotyki, uzależnienia od nowych mediów). Spośród schorzeń dotyczących młodych ludzi, największym wyzwaniem będą problemy zdrowia psychicznego.



Wśród dorosłych w następnym dziesięcioleciu największe ryzyko dla zdrowia stanowią będą takie czynniki jak brak aktywności fizycznej, nadwaga/ otyłość, brak równowagi między pracą-życiem osobistym, bezrobocie, niepewność i brak poczucia bezpieczeństwa ekonomicznego, socjalnego. Największym zagrożeniem w tej populacji w kategorii schorzeń będą choroby przewlekłe, w tym nowotwory.

W grupie osób starszych największe ryzyko dla zdrowia stanowią będą: izolacja społeczna, samotność, dostępność do opieki zdrowotnej, niepewność – brak poczucia bezpieczeństwa ekonomicznego, socjalnego. Wg badań EUPHA choroby przewlekłe, demencja, schorzenia psychiczne staną się drugim obszarem, w największy sposób determinującym zdrowie tej grupy wiekowej w następnej dekadzie.

W XI Kongresie Europejskiego Zdrowia Publicznego udział wzięło ponad 1700 uczestników z Europy, Azji i Stanów Zjednoczonych. Kolejne, XII spotkanie odbędzie się w dniach 20-23 listopada 2019 roku w Marsylii.

prof. Marian Zembala

EL CAMINO
ACADEMIAE MEDICINAE
VRATISLAVIENSIS,
CZYLI WĘDRÓWKA
ŚLADAMI GIGANTÓW
ŚWIATOWEJ MEDYCZYNY

WYKŁAD Z UROCZYŚCOCI NADANIA TYTUŁU
DOKTORA HONORIS CAUSA
UNIwersytetu Medycznego we Wrocławiu
WROCLAW, 9 PAŹDZIERNIKA 2018 R.

Szanowna Magnificencjo,

Szanowni Rektorzy

Uniwersytetów Medycznych we Wrocławiu, Katowicach
i Opolu,

Szanowni Dziekani, Prodziekani,

Wielce Szanowni Państwo Profesorowie,

Szanowni Członkowie Rady Wydziału,

Eminencje, Ekszelencje,

Moi najbliżsi,

Dostojni goście przybyli na dzisiejszą uroczystość,

Panie, Panowie,

Czuję się wysoce uhonorowany i jestem bardzo szczęśliwy,
że Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu nadał mi godność
doktora honoris causa. Z tej okazji pragnę bardzo gorąco
podziękować Władzom Uczelni, a także wszystkim tym,
którzy przyczynili się do tego wspaniałego wyróżnienia.
Moje wzruszenie jest tym większe, że równo przed 50 laty
rozpocząłem swoją przygodę właśnie na Wydziale Lekarskim
Akademii Medycznej we Wrocławiu najpierw jako student
medycyny, a następnie jako asystent i adiunkt w Klinice
Chirurgii Serca, kierowanej wówczas przez Pana prof.
Anatola Kustrzyckiego



Ryc. 1. Budynek I Kliniki Chirurgii we Wrocławiu – miejsce pracy
prof. Jana Mikulicza-Radeckiego i prof. Wiktora Brossa,
spopularyzowane na świecie dzięki publikacji prof. Hansa Borsta
„Hands across the ocean” w 1985 roku w The Journal of Thoracic
and Cardiovascular Surgery. (Źródło: <https://www.wroclaw.pl>)



Szanowni Państwo,

Mój wybór wrocławskiej uczelni podyktowany był dość
niezwykłą sytuacją, a mianowicie będąc uczestnikiem
nielegalnej pielgrzymki młodzieży z Kalisza zmierzającej na
Jasną Górę, do której dołączyłem, po powrocie odczułem
bardzo silną presję ze strony ówczesnych służb.



Ryc. 2. Zespół Kliniki Kardiochirurgii AM we Wrocławiu w roku
1974. Od lewej stoją: Marian Zembala, Jozef Michel, Roman
Dudkiewicz, Jadwiga Żymalska, Jacek Kibler, Stefan Ostapczuk.
Siedzą od lewej: Tadeusz Bross, Ryszard Kołtowski, prof. Anatol
Kustrzycki, Bronisław Olejak, Tadeusz Czereda.

Wskutek tego, dyrektor mojego Liceum Ogólnokształcącego
w Krzepicach, polonista, Pan mgr Aleksander Ryło, człowiek
światły, przekazał mi, a także moim kolegom silną sugestię,
aby nie zdawać na uczelnie w woj. śląskim, tylko pomimo
obowiązującej wówczas rejonizacji, próbować w innych
województwach, gdzie presja i wpływ służb były mniej
odczuwalne. Z tego właśnie powodu zdecydowałem się na
zdawanie egzaminów na uczelnię wrocławską a nie
zabrzańską, do której byłem niejako przypisany ze względu
na moje miejsce zamieszkania. Dzisiaj jestem
reprezentantem obu tych Uczelni.

Szanowni Państwo,

Wybrałem medycynę, mając ku temu silne powody.
Najważniejszym był fakt ukazania się na łamach Trybuny
Robotniczej w Katowicach dwóch artykułów, które porwały
mnie i zawładnęły moją wyobraźnią. Pierwszy był wywiadem
z prof. Franciszkiem Kokotem, drugi z prof. Wiktorem
Brossem, który pracował we Wrocławiu, ale na stałe
mieszkał w Katowicach na Górnym Śląsku. **Oba wywiady
dotyczyły transplantologii** i były pewną syntezą opinii
dwóch ówczesnych gigantów polskiej medycyny, na temat jej

przyszłości w Polsce. Były bardzo interesujące zwłaszcza, że ukazały się w krótkim okresie po zabiegu pierwszej transplantacji serca, wykonanej w grudniu 1967 roku w Kapsztadzie (RPA) przez prof. Christiaana Barnarda. Oba te wywiady na trwałe weszły do mojej głowy i do dzisiaj znam je na pamięć.



Ryc. 3. Prof. Wiktor Bross, wybitny polski chirurg i twórca wrocławskiej szkoły chirurgii, pionier polskiej kardiologii i transplantacji nerek. (Źródło: <http://www.7cudow.eu>)

Wspomniany wyżej prof. Wiktor Bross, we współpracy z prof. Zdzisławem Wiktorem, pierwszy w Polsce wykonał przeszczep nerki od żywego dawcy. Podjął się tego zabiegu, uznał bowiem, iż pomimo dializoterapii i leczenia nerkozastępczego, najlepszym rozwiązaniem dla tego chorego będzie transplantacja narządu. Podobnie wygląda to u pacjentów ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi, gdzie dla niektórych z nich, transplantacja serca jest jedyną drogą ratunku. Tak zresztą zrobił Barnard. Wracając do prof. Brossa i pierwszego przeszczepu, ten wielki człowiek i lekarz już wtedy zastrzegł, że nigdy nie zrobiłby tego sam. Według Niego, warunkiem sukcesu był silnie zmotywowany zespół lekarzy i naukowców na każdym etapie organizacji transplantacji, obdarzony pasją, doświadczeniem, wiedzą i determinacją. **Bross użył wtedy określenia, że nie była to wyprawa na Śnieżkę w Karkonoszach, tylko na Mount Blanc w Alpach, szczęśliwie zakończona sukcesem.**



Ryc. 4. Prof. Franciszek Kokot, patron Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Opolu, symbol nowoczesnej polskiej nefrologii i endokrynologii; ikona Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. (Źródło: <http://www.wple.net/nefrologia/>)

Prof. Franciszek Kokot z kolei w swoim wywiadzie nawiązał do transplantacji, uznając ją za szansę nie tylko dla chorych, ale dla całej współczesnej medycyny. Powiedział, że transplantologia wymaga intensywności i upowszechnienia badań klinicznych, stając się przez to katalizatorem przemian w całej medycynie. Pamiętam, że po raz pierwszy wtedy zacytował wielkiego pioniera transplantologii – prof. Thomasa Starzla – który w 1967 r., w szpitalu uniwersyteckim

w Denver (USA), dokonał pierwszej udanej transplantacji wątroby, a który powiedział, że warunkiem postępu w transplantologii są transplantolodzy specjalizujący się w różnych dziedzinach, których będzie łączyć immunologia transplantacyjna, mikrobiologia i nauki podstawowe. Użył wtedy sformułowania: **ludzie komplementarni**. Kilkanaście lat później, w obecności mojego teścia, prof. Zbigniewa Zawadzkiego, miałem okazję osobiście spotkać się z prof. Starzlem w Rochester (MI, USA). Otrzymując od Niego książkę „The puzzle people: memoirs of a transplant surgeon” z dedykacją, przypomniałem sobie właśnie artykuł z wywiadem prof. Kokota...



Ryc. 5. Dr Thomas E. Starzl, wybitny chirurg, transplantolog, pionier transplantacji wątroby na świecie. (Źródło: <https://twitter.com/UPMCnews>)

Kontynuując wątek wyboru mojej drogi edukacyjnej, zdałem egzamin na studia na Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, i pomimo braku punktów za pochodzenie zostałem przyjęty na I rok. Rozpocząłem studia na Wydziale Lekarskim, mając szansę bezpośredniego kontaktu z wieloma wybitnymi postaciami tej uczelni.

Dostojni Goście,

Jestem zaszczycony Waszą obecnością, zyczliwością i chęcią przeżywania tej wspólnej radości razem ze mną i moimi bliskimi. Chciałbym w tym szczególnym dla mnie dniu, mając świadomość ograniczeń związanych z moją chorobą, stanąć przed Wami jako posłaniec, jako przedstawiciel Alma Mater Vroclaviensis oraz mojej macierzystej Uczelni, tj. Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, i **zaprosić Państwa do odbycia wspólnej wędrówki, której celem będzie przywołanie wielkich postaci związanych z wrocławską uczelnią, które stały się kamieniami milowymi polskiej i europejskiej medycyny, o których nigdy nie powinniśmy zapominać, a które są nadal latarniami wyznaczającymi nawigację we współczesnym postępowaniu nas – lekarzy.**

Naszą **wędrówkę proponuję rozpocząć** od najbardziej zapamiętanego miejsca, tj. dziedzińca Akademii Medycznej we Wrocławiu. Po lewej stronie obserwujemy imponujące budynki Zakładu Anatomii Opisowej i Patologicznej oraz Patofizjologii. Dla każdego medyka anatomia, fizjologia i patofizjologia to przedmioty traktowane jako przedsiónek dojrzałej medycyny, bez poznania którego nie ma co wchodzić głębiej. Dlatego też patrząc na budynek Zakładu Anatomii chciałbym przywołać postać szczególnie mi bliską. Jego nazwisko jest dobrze znane lekarzom zajmującym się wadami wrodzonymi serca, hematologią, nefrologią czy diabetologią. Był lekarzem wszechstronnym, internistą.

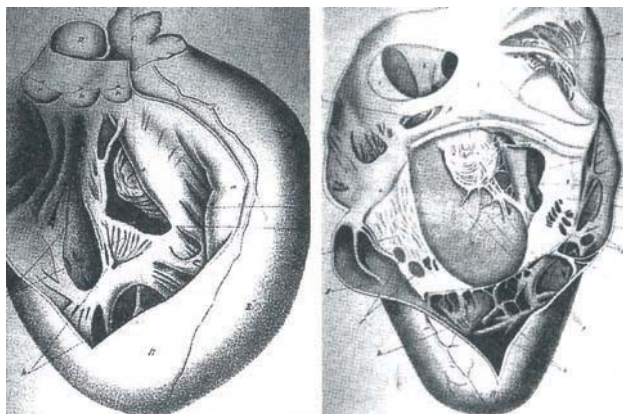
Prof. WILHELM EBSTEIN (1836-1912), bo o Nim mowa, urodził się 27 listopada 1836 roku w miejscowości Jawor (Jauer) na Dolnym Śląsku. **Rozpoczął studia we Wrocławiu**

pod kierunkiem Friedricha Theodora von Frerichsa, później w Berlinie był uczniem słynnego Rudolfa Virchowa i Moritza Romberga.



Ryc. 6. Prof. Wilhelm Ebstein, Dolnoślązak, profesor patologii na Uniwersytecie we Wrocławiu. Internista, etyk, historyk i filantrop

Krótko po studiach, w 1859 r. doktoryzował się, a w roku 1861 uzyskał stanowisko asystenta w Szpitalu Wszystkich Świętych we Wrocławiu. W 1864 r. podjął się prowadzenia szpitalnego prosektorium i przyległego laboratorium, które organizował z pasją. Praca w prosektorium otworzyła przed nim nowe możliwości badawcze – umożliwiła, aby młody i obiecujący naukowiec wypracował własny warsztat pracy naukowej na polu anatomopatologii klinicznej. Od tego czasu Ebstein interesował się bliżej patologią kliniczną dotyczącą różnych tkanek i organów, był bowiem uczonym wszechstronnym. W 1866 r. opublikował doniesienie na temat złożonej anomalii zastawki trójdzielnej (zwaną odąd „anomaliami Ebsteina”). Przy okazji mowy o tej bardzo skomplikowanej wadzie serca jaką jest „anomaliami Ebsteina”, chciałbym powiedzieć, że właśnie w naszym ośrodku w Zabrze, pod kierunkiem wybitnego francuskiego kardiochirurga – prof. Patricka Perier – została opracowana nowa metoda anatomicznej rekonstrukcji nieprawidłowo wykształconej zastawki trójdzielnej. Zastosowali ją koledzy Szymon Pawlak z Zabrze i Jacek Pająk z Krakowa, wykonując kilkanaście udanych zabiegów. Szczegółowy opis tej metody leczenia znajdziecie Państwo w *Advances and Controversies in Adult Heart Valve Surgery*, pod red. Marian Zembala, Leo A. Bockeria, Roland Hetzer, Patrick Perier, wydane przez *α-medica press*, Bielsko-Biała, 2013. Co więcej, po model ten, z pewnymi modyfikacjami, sięgają kardiochirurdzy na świecie także i dzisiaj.



Ryc. 7. Ilustracja z pracy Ebsteina i anomalii zastawki trójdzielnej z 1866 roku, zamieszczone w *Archiv für Anatomie* (ze zbiorów J. Skalskiego)

Kontynuując opowieść o Ebsteinie, w 1869 r. habilitował się na Uniwersytecie Wrocławskim z zakresu chorób wewnętrznych na podstawie pracy z zakresu tyfusu pt. „Die Recidive des Typhus”. Po 9 latach pracy jako klinicysta otrzymał nominację na ordynatora przytułku dla podrzutek. We Wrocławiu pracował w latach 1861-1874. W 1874 r. otrzymał propozycję objęcia stanowiska dyrektora polikliniki na stanowisku profesora, a 3 lata później ordynatury kliniki chorób wewnętrznych. Następnie przeniósł się do Getyngi, obejmując stanowisko profesora patologii. **Zasłynął jako świetny wykładowca, wychowawca młodzieży, niezwykle pracowity i kreatywny naukowiec, organizator oddziałów klinicznych i laboratoriów badawczych, etyk i historyk medycyny.** Przeszedł na emeryturę w 1906 r. Zmarł w Getyndze 22 października 1912 r.



Ryc. 8. Słynna publikacja W. Ebsteina, poświęcona cukrzycy, opublikowana w roku 1892.

Dla mnie osobiście postać Wilhelma Ebsteina jest symbolem integracji całej medycyny. Miał ogromny szacunek do tzw. medycyny wewnętrznej, którą uważał za specjalność nadrzędną, pozwalającą zrozumieć człowieka i jego chorobę jako całość. Też tak uważam, więc nieprzypadkowo staram się tę wartość przekazywać swoim studentom. Nie ukrywam, że kilkakrotnie postać Ebsteina i jego „obecność” w Polsce pomogła mi pozyskać wybitnych światowych ekspertów, którzy zdecydowali się nas odwiedzić i podzielić się swoim doświadczeniem. Jednym z nich był Pan dr Yoshiya Toyoda, amerykański ekspert od transplantacji płuc, do którego pozwoliłem sobie podejść przed laty po Jego fascynującym wykładzie w Chicago i zwrócić się z prośbą o pomoc w rozwoju programu transplantacji płuc u nas, w Zabrze. Dr Toyoda, interesując się także historią medycyny, wyraźnie ożywił się, kiedy wspomniałem, że podczas wizyty w Polsce chciałbym pokazać Mu Wrocław, tj. miejsce, w którym wielu sławnych pionierów europejskiej medycyny pracowało. Powiedział mi wtedy, że sam osobiście jest wielkim fanem prof. Ebsteina i zrobi wszystko, żeby przyjechać i spotkać się z historią światowej medycyny. 10 miesięcy później przyjechał wraz z żoną i dziećmi do Zabrze, spędzając z nami 18 intensywnych dni i nocy, bardzo szczegółowo omawiając każdy etap transplantacji płuc. Oczywiście jeden ze spędzonych w Polsce dni poświęcił na wędrowkę do Wrocławia, gdzie odwiedził miejsca związane ze słynnymi pionierami, w tym, z Wilhelmem Ebsteinem. W czasie Jego pobytu w Zabrze mieliśmy ogromne szczęście, bowiem udało nam się z powodzeniem wykonać pierwszy w Polsce przeszczep obu płuc u młodego człowieka z ciężkim

nieodwracalnym uszkodzeniem płuc. Od tamtego czasu, dr Toyoda jest naszym dobrym duchem, patronem, mentorem, który śledzi rozwój naszego zabrzańskiego programu transplantacji serca i płuc i bardzo nam kibicuje. Spotkałem go ostatnio w San Diego, kiedy gratulował mi otrzymanego tytułu Prezydenta EACTS. Podszedł do mnie z żoną, która powiedziała, że z pewnością duchowo pomaga nam Ebstein, którego zdjęcie pozostaje na Jego biurku wraz z datą Jego wizyty we Wrocławiu. Do dzisiejszego dnia pozostajemy przyjaciółmi.

Pozostawiamy Ebsteina, wielkiego lekarza i naukowca, z Jego nieśmiertelnym przesłaniem miłosiernego Samarytanina i udajemy się na dalszy szlak naszej El Camino Academiae Medicinae Vratislaviensis. Powoli zbliżamy się do małego, niegdyś niewidocznego budynku Zakładu Biologii Ogólnej. Mocną stroną tego Zakładu było dobre szkolenie z zakresu parazytologii lekarskiej i biologii ogólnej. Jego wspaniałym Szefem przez wiele lat pozostawał Pan doc. Zbigniew Stuchły, zafascynowany postacią Rudolfa Weigla (1883-1957), swego nauczyciela i mistrza.

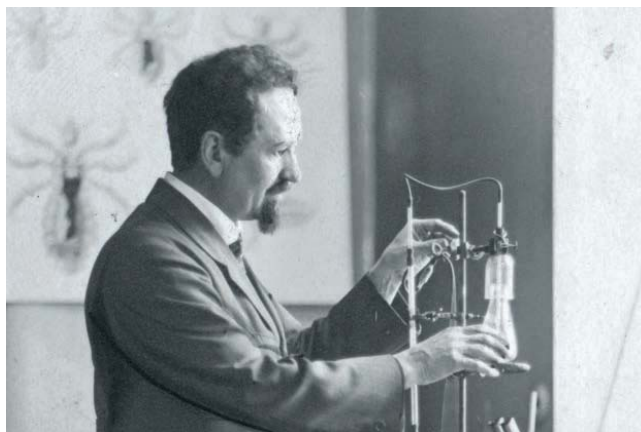


Ryc. 9. Dr hab. Zbigniew Stuchły, biolog, parazytolog, wieloletni kierownik Zakładu Biologii AM we Wrocławiu.

I choć Weigl nigdy nie był związany z Wrocławiem, to pozwolicie Państwo, że ze względu na pamięć o Nim i jego niezwykle cennych dla całej ludzkości odkryciach, przy okazji wspomnień o niezapomnianym doc. Stuchłym, pozwolę sobie przypomnieć tę niezwykłą postać światowej medycyny.

RUDOLF WEIGL urodził się w Prerowie na Czeskich Morawach. Odbył studia przyrodnicze na Uniwersytecie Lwowskim (ULw), które ukończył w roku 1907. W latach 1912-1913, podjął studia medyczne na Wydziale Lekarskim we Lwowie, których jednak nie ukończył. W czasie I wojny światowej był parazytologiem w wojskowych pracowniach bakteriologicznych armii austriackiej. Jednocześnie **na polecenie ministra wojny zajął się zwalczaniem tyfusu plamistego** w obozach dla uchodźców i jeńców na terenie Czech i Moraw. **Pracownia Badań nad Tyfusem Plamistym Wojskowej Rady Sanitarnej**, którą stworzył zyskała światowy rozgłos w latach powojennych. Zmarł 11 sierpnia 1951 r. w Zakopanem. **Dziełem życia Rudolfa Weigla było wynalezienie pierwszej na świecie skutecznej szczepionki przeciwko durowi plamistemu.** Rudolf Weigl jako pierwszy wprowadził w obszar mikrobiologii technikę hodowli drobnoustrojów w żywym organizmie. Dzięki prowadzonym z rozmachem pracom laboratoryjnym i oryginalnej technice zakażenia wszy mógł pozyskać nieosiągalny dla innych uczonych materiał badawczy. **Jednym z karmicieli wszy w Instytucie Weigla był Stefan Banach**, genialny matematyk, którego „przestrzenie Banacha” znane są matematykom na całym świecie. A w Muzeum Techniki w Chicago, wśród największych matematyków wszechczasów

są tylko dwa nazwiska związane z Polską – Kopernik i Banach. Przed wojną, w latach 20. do Lwowa aż trzykrotnie przyjeżdżał twórca pierwszego na świecie komputera, autor teorii gier, John von Neumann. Nie pokonywał oceanu po to, by pospacerować po lwowskim Parku Stryjskim, tylko po to, by namówić prof. Stefana Banacha – już wtedy światowej sławy matematyka – do emigracji do USA. Podczas jego ostatniej wizyty w 1937 r. Stefan Banach zapytał „A ile jesteście w stanie za mnie zapłacić?” Von Neuman zadowolony pokazał Banachowi czek, na którym napisał jedynkę i zaproponował Banachowi dopisanie dowolnej ilości zer. Banach zamyślił się i powiedział: „Wie pan, to jest zbyt mała suma, żebym ja opuścił Polskę... za mała”.



Ryc. 10. Prof. Rudolf Weigl, odkrywca szczepionki przeciwko tyfusowi plamistemu, wybitny lwowski naukowiec, wspaniały Polak, patriota.

Trudno jednoznacznie określić liczbę osób, którym szczepionka Weigla ocaliła życie, lecz z pewnością należy ją mierzyć w dziesiątkach tysięcy. **Nagroda Nobla, do której był czterokrotnie zgłaszany, nigdy nie została mu przyznana (dwukrotnie sam jej nie przyjął lub nie zgodził się na kandydowanie).**

Jak już wcześniej wspominałem, doc. Zbigniew Stuchły był tak bardzo urzeczony postacią Rudolfa Weigla, że nie było wykładu, by do Niego nie wracał.

Patrząc z naszej ówczesnej studenckiej perspektywy, wszyscy wiedzieliśmy, że jeśli chciało się zdać egzamin z biologii ogólnej, trzeba było dużo o Weiglu wiedzieć. I to wcale nie był żart. **Sam zresztą Stuchły nazywał siebie ostatnim żyjącym strażnikiem osiągnięć prof. Weigla**, co zresztą potwierdziła mieszkająca do dzisiaj w Zabrzu Jego wnuczka, Pani Krystyna Weigl.

Pamięć o prof. Rudolfie Weiglu jest naszym obowiązkiem, bowiem gdyby nie Jego geniusz, kto wie, czy te wszystkie epidemie, którym zapobiegł nie zmieniłyby biegu historii, były bowiem groźniejsze w skutkach i mniej przewidywalne od wojen.

Drodzy uczestnicy tej naszej wspólnej wędrówki, pozostając pod wpływem dokonań prof. Weigla, także Jego współpracowników, pokonujemy kilka ulic, zaczynając od ul. Bujwida, mijamy Zakład Biologii i zanurzamy się w obszary Uniwersytetu Rolniczego we Wrocławiu, gdzie czeka nas następny przystanek i spotkanie z kolejnym wielkim geniuszem, światowej sławy psychiatrą, neurologiem, neuropatologiem i badaczem schorzeń tkanki mózgowej, prof. **ALOJZYM ALZHEIMEREM (1864-1915).**



Ryc. 11. Prof. Alois Alzheimer, światowej sławy neuropatolog i neurolog, psychiatra.

Kierownik Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Wrocławskiego (1912-1915).

Urodził się 14 czerwca 1864 r, w małej bawarskiej miejscowości Marktbreit jako syn notariusza. **Studia medyczne podjął w Berlinie; kształcił się także w Tybindze i Würzburgu.** W 1902 r. **Azheimer przeniósł się do Monachium,** gdzie zajmował się przede wszystkim badaniem mikroskopowym tkanek zmarłych pacjentów, **starając się odkryć związki przyczynowe między schorzeniami neurologicznymi i psychiatrycznymi a zmianami występującymi w tkance mózgowej.**

w czasie swojej pierwszej podróży do tego miasta, już w pociągu poczuł się źle, dostał wysokiej gorączki i **zachorował na ropną anginę.** Umarł 19 grudnia 1915 r. w otoczeniu rodziny we własnym domu we Wrocławiu. **Pochowany został u boku żony na cmentarzu żydowskim we Frankfurcie nad Menem. Na frontonie domu, w którym mieszkał i umarł we Wrocławiu, znajduje się dwujęzyczna – polsko-niemiecka – tablica upamiętniająca jego działalność.** Polski napis brzmi: **Dla upamiętnienia wielkiego uczonego, neuropatologa, psychiatry, który w tym budynku mieszkał w latach 1912-1915, polskie i niemieckie towarzystwa psychiatryczne, Fundacja Ochrony Zdrowia Psychicznego, Wrocław, 19 XII 1995.**



Ryc. 13. Tablica pamiątkowa na budynku, w którym mieszkał Alois Alzheimer w latach 1912-1915 we Wrocławiu przy ul. Bujwida, ufundowana przez polskie i niemieckie towarzystwa psychiatryczne oraz Fundację Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Z przyjemnością mogę stwierdzić, że postać Alojzego Alzheimer'a była i jest magnesem nie tylko dla historyków, ale także dla całego świata medycyny. A zatem ocalenie od zapomnienia miejsca, gdzie pracował jest nakazem, wymogiem czasów i odpowiedzialnością za kultywowanie przeszłości, na co niewątpliwie Alzheimer zasłużył.

Żegnamy tę niezwykłą postać i podążamy dalej w naszej wędrówce. Opuszczamy ul. Bujwida, wracamy na ul. Chałubińskiego 10, aby w dawnym Zakładzie Fizjologii spotkać wielkiego giganta światowej nauki i medycyny, tj. **JANA EWANGELISTĘ PURKYNE (1781-1869).** Urodził się 17 grudnia 1781 r. w Libochovicach nad rzeką Ohri. Pochodził ze starego czeskiego rodu. W Pradze ukończył studia medyczne. Dyplom doktora medycyny otrzymał 9 grudnia 1818 r. i został przyjęty na stanowisko asystenta anatomii i fizjologii. Poświęcił się anatomii – pracował przez wiele lat jako prosektor w Instytucie Anatomii. **W roku 1823 został powołany na stanowisko profesora fizjologii we Wrocławiu.** Jego kandydaturę popierali Wolfgang Goethe i Aleksander von Humboldt. **Purkyne stworzył ośrodek fizjologii eksperymentalnej, pierwszy tego typu we Wrocławiu i jeden z pierwszych na świecie.** W czasie swoich wykładów dla studentów posługiwał się eksperymentami i pokazami, dlatego w piśmiennictwie można spotkać nazwę „Kolegium Eksperymentalne”. Wykładał w jednym ciasnym pokoju w gmachu uniwersytetu, a w końcu przeniósł zajęcia do swego prywatnego mieszkania.



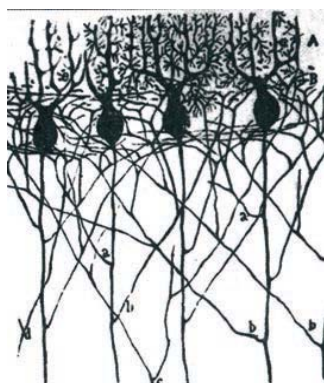
Ryc. 12. Strona tytułowa wydanego drukiem w 1915 r. wykładu „Der Krieg und die Nerven”. (Źródło: „Historia Wydziałów Lekarskiego i Farmaceutycznego Uniwersytetu Wrocławskiego oraz AM we Wrocławiu w latach 1702-2002”, pod red. Waldemara Kozuschka. Wydawnictwo UW, Wrocław 2010)

W roku 1904 habilitował się na uniwersytecie w Monachium na podstawie dysertacji „Badania histologiczne w diagnostyce różnicowej postępującego paraliżu”. **W roku 1912 objął stanowisko kierownika Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Wrocławskiego.** Stanowisko to **odziedziczył po takich sławach, jak Carl Wernicke i Karl Bonhoeffer, którzy byli twórcami tak zwanej wrocławskiej szkoły neuropatologii.** **Alzheimer rozpoczął pracę w nowo wybudowanym budynku kliniki znajdującym się przy dzisiejszej ulicy Bujwida we Wrocławiu. Sławę i przepustkę do historii zdobył dzięki opisaniu po raz pierwszy na świecie nowej i nieznanej wcześniej choroby stwierdzonej u zmarłej 51 - letniej pacjentki Augusty Deter, u której występowały zaburzenia pamięci wraz z zaburzeniami mowy, orientacji czasoprzestrzennej z napadami lęku.** Nazwa „choroba Alzheimer'a” została oficjalnie nadana tej przypadłości na kongresie lekarzy w Lozannie w 1907 roku. Alzheimer nie zdążył wykazać się większymi osiągnięciami podczas swojej działalności po objęciu kliniki we Wrocławiu. **Niestety,**

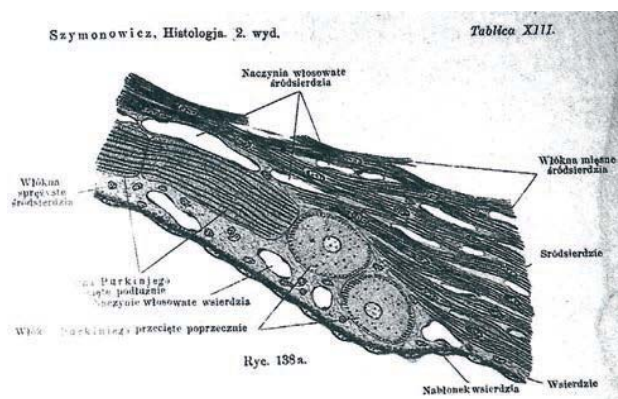


Ryc. 14. Tablica pamiątkowa poświęcona twórcy pierwszego zakładu fizjologii eksperymentalnej na świecie – Janowi Ewangeliście Purkyněmu.

Prelekcje głosił bardzo obrazowo. Po otrzymaniu do własnej dyspozycji **mikroskopu optycznego**, w 1839, przy jego pomocy dokonał swych największych odkryć naukowych. **Odkrył w sercu włókna, nazwane później jego nazwiskiem, tworzące pęczek Hisa i ich podwiersdziowe rozprzestrzenienie (siatka Purkyněgo)**. Włókna te należą do układu przewodzenia serca. Przyczynił się zatem Purkyně do stworzenia podstaw dla rozwoju przyszłej kardiologii, w szczególności elektrofizjologii.



Ryc. 15. Neuryty wychodzące z komórek Purkyněgo. (Źródło: „Historia Wydziału Lekarskiego i Farmaceutycznego Uniwersytetu Wrocławskiego oraz AM we Wrocławiu w latach 1702-2002”, pod red. Waldemara Kozuschka. Wydawnictwo UW, Wrocław 2010)



Ryc. 16. Włókna Purkyněgo w sercu. (Źródło: Podręcznik: „Histologia” W Szymonowicza; ze zbiorów J. Skalskiego)

Purkyně dokonał wielu ważnych obserwacji mikroskopowych ośrodkowego układu nerwowego. Był promotorem nauki o komórkach i zdefiniował **jako pierwszy pojęcie „protoplazma”**. Purkyně zajmował się ponadto mikrofotografią obrazów (łac. laterna magica). Jego asystent,

dr Ochatz, wynalazł i zastosował we Wrocławiu pierwszy mikrotom. Purkyně otrzymał do dyspozycji nowy budynek. Dzięki temu **powstał pierwszy Instytut Fizjologii nie tylko w Niemczech**, ale i na świecie. Przyczynił się do zblżenia narodów polskiego i czeskiego. W roku 1850, **mając 63 lata, Purkyně przeniósł się do Pragi**. Tam mniej zajmował się nauką a więcej polityką. Brał aktywny udział w ruchu wyzwoleniczym narodu czeskiego. Zmarł w Pradze 28 lipca 1869 r.



Ryc. 17. Popiersie Purkyněgo z Zakładu Fizjologii AM we Wrocławiu.

Jedną ze szczególnie przeze mnie zapamiętanych była wizyta dwóch wybitnych pulmonologów, którzy koniecznie chcieli odwiedzić miejsce pamięci prof. Purkyněgo, ciesząc się ich szczególną atencją. Pierwszym był prof. Jiri Widimsky z Pragi (Czechy), wybitny fizjopneumatolog zajmujący się nadciśnieniem płucnym, zaś drugim – prof. Jan Ziełiński wybitny pulmonolog z Warszawy. Pierwszy, przypominając o podwalinach współpracy polsko-czeskiej, zorganizował w Pradze, cykliczne, słynne na świecie spotkania naukowe pod nazwą „Pulmonary Hypertension”. W Polsce miał wielu entuzjastów, takich jak np. profesorowie Adam Torbicki, Jerzy Lewczuk, Anna Niżankowska, Lech Poloński, czy bracia Dubielowie z Krakowa. Ja także do nich należałem, dlatego zainspirowany przez **prof. Jana Ziełińskiego** przedstawiłem na jednym z tych kongresów w Pradze pracę, która niespodziewanie zdobyła nagrodę. Sukces ten był zasługą niezapomnianego Pana doc. Bronisława Olejaka oraz Pani prof. Ludmiły Hirnle, bowiem to właśnie Oni patronowali mi w przygotowaniu tej ambitnej pracy. Był jeszcze jeden szczególny powód, dzięki któremu postać Pana prof. Jana Ziełińskiego była dla mnie bardzo ważna. Mianowicie ten wybitny lekarz, z którym spędziłem wiele czasu, niezwykle mocno przekonywał mnie, aby w Zabrze, po sukcesach związanych z transplantacjami serca, czym prędzej zająć się programem transplantacji płuc. Namawiając mnie zapewniał, że mam wsparcie całego środowiska pulmonologów i torakochirurgów, na czele z takimi wspaniałymi postaciami, jak profesorowie: Tadeusz Orłowski, Stanisław Mlekodaj, Kazimierz Czyżewski czy Eugeniusz Rogalski. Kiedy w marcu bieżącego roku pojechałem na zaproszenie prof. Petra Widimskiego (syna Jiriego) oraz odchodzącego na emeryturę, mojego przyjaciela kardiochirurga prof. Jana Pirka z Pragi, w swoim wykładzie odniosłem się do tych naszych historycznych spotkań i współpracy jaka nas łączyła. Uroczyście zameldowałem niestety już śp. profesorom Jiri Widimskiemu i Janowi Ziełińskiemu, że ich prośby zostały spełnione, bowiem zespół zabrzański, obecnie pod kierunkiem utalentowanego

dra Marka Ochmana oraz wspaniałych Kolegów – dra Macieja Ulrika oraz dra Tomasza Stącla, realizuje bardzo dobrze rozwijający się program transplantacji płuc. Mając w pamięci wykonany w 2001 roku przeszczep serca i płuc, do końca życia nie zapomnę jednego z pierwszych telefonów gratulacyjnych, który otrzymałem wraz z niezapomnianą paczką czeskiej chałwy od prof. J. Widimskiego z Pragi. Widniał na niej napis: Marian, to je skuteczne krasnym... Zdjęcie uśmiechniętego Marka Breguły – chorego po jednoczasowej transplantacji serca i płuc – stoi na moim biurku, jako symbol naszej współpracy i wieloletniej znajomości.



Ryc. 18. Pan Marek Breguła z Małżonką. Pierwszy w Polsce pacjent po jednoczasowej transplantacji serca i płuc, wykonanej w Zabrze w 2001 roku. Obecnie prowadzi aktywne życie; jest wydolny krążeniowo i oddechowo.

Wracając do naszego spotkania z Purkynem, chciałbym wszystkim Wam dzisiaj z radością powiedzieć, że w ciągu ostatnich 20 lat, Klinikę Kardiochirurgii w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, w której mam zaszczyt pracować, odwiedziło blisko 80 studentów w ramach programu Erasmus. Z dumą podkreślę, że Ci młodzi ludzie, bez wyjątku, przyjęli moją propozycję wycieczki do historycznego Wrocławia. Ich ulubionym miejscem okazał się Uniwersytet Medyczny, a obowiązkowym punktem Zakład Fizjologii i selfie z popiersiem Purkynego! Przy tej okazji chciałbym bardzo serdecznie podziękować kierownictwu i pracownikom obecnego Zakładu Fizjologii, którzy zawsze z największą cierpliwością i życzliwością nas przyjmują, oprowadzają po Zakładzie i opowiadają ciekawe historie związane z tym miejscem. Myślę, że przy okazji to właściwy sposób promocji polskiej, światowej nauki, historii, a jednocześnie najlepsza reklama dla studiowania w Polsce, zwłaszcza w ośrodkach o tak dużym historycznym znaczeniu jak Wrocław.

Opuszczamy Purkynego i przechodzimy na drugą stronę ulicy, aby znaleźć się w zabytkowym budynku Kliniki Dermatologii. To właśnie tutaj pracował wybitny naukowiec i lekarz, **ALBERT LUDWIG NEISSER (1855-1916)**. Urodził się 2 stycznia 1855 r. w Świdnicy. Studiował we Wrocławiu w latach 1872-77. Początkowo planował specjalizację internistyczną, ale gdy pojawiła się możliwość pracy w Klinice Dermatologicznej we Wrocławiu kierowanej przez profesora Oskara Simona, został jego asystentem. Tam w roku 1879 odkrył **dwoinkę rzeżączki, która nazwana została jego nazwiskiem (Neisseria gonorrhoeae)**. W tym samym roku wyjechał do Norwegii, gdzie prowadził prace naukowe nad trądem. W roku 1880 habilitował się w Lipsku.



Ryc. 19. Prof. Albert Ludwig Neisser, wybitny polski dermatolog i wenerolog, lekarz i badacz.

W 1882 r. powrócił do Wrocławia i został mianowany kierownikiem kliniki i pierwszym w Niemczech profesorem dermatologii. Był pomysłodawcą wielu kongresów naukowych, a także jednym z założycieli Niemieckiego Towarzystwa Dermatologicznego.

Do Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny nominowany był 22 razy. Neisser wraz z żoną prowadzili otwarty dom, który zasłynął jako znany wrocławski salon. Jego gośćmi byli ludzie nauki, sztuki i literatury. Zmarł 30 lipca 1916 r. we Wrocławiu.



Ryc. 20. Prof. Albert Neisser ze współpracownikami w laboratorium, 1898.

Niezwykła była dla mnie wizyta w Klinice Dermatologii we Wrocławiu Pani prof. Judith Hochman, wybitnej amerykańskiej kardiolog, znawczynie problematyki wstrząsu kardiogenego. Okazało się bowiem, że ojciec Judith był internistą i dermatologiem utrzymującym kontakt listowny z Neisserem. Judith Hochman była wzruszona zwiedzając to miejsce, a kiedy przeglądała prasę i Jego dzienniki czuła – jak powiedziała – jakby połączyła się ze swoim ojcem i oddała mu przysługę.



Ryc. 21. Judith Hochman, wybitna amerykańska kardiolog, ekspert w zakresie wstrząsu kardiogenego, lider nowoczesnej kardiologii. (Źródło: <https://reachmd.com>)

Nie mam wątpliwości, że sympatia, życzliwość oraz wsparcie jakim darzy polskich kardiologów i kardiochirurgów ma podstawę w tej właśnie historycznej znajomości z Neisserem. Była poruszona i pełna podziwu wobec faktu, że w porównaniu do USA, gdzie nawet 10-letnie szpitale burzy się i zastępuje je nowymi, w Polsce udało się zatrzymać czas i historię, aby te unikatowe dobra zachować na trwałe w pamięci w niezmiennym kształcie. Szczerze gratuluję i dziękuję kierownictwu Kliniki Dermatologii i Uczelni, że w tych niesłychanych wnętrzach, do dzisiejszego dnia zachowała znakomite muzeum woskowe różnorodnych schorzeń dermatologicznych, także tych niespotykanych już dzisiaj, które w obrazowy sposób pomagają studentom i młodym lekarzom rozpoznawać charakterystyczne zmiany skórne w różnych schorzeniach człowieka. Wszystko to się dzieje w otoczeniu wielkiego Neissera oraz jego nieśmiertelnego dorobku.

Ruszamy dalej, aby w sąsiadującym budynku Kliniki Chirurgii zatrzymać się na chwilę i odpocząć w cieniu postaci Pana prof. Wiktora Brossa, pioniera nowoczesnej kardiochirurgii polskiej, wybitnego chirurga i naukowca, twórcy wrocławskiej, ale jednocześnie polskiej szkoły chirurgii, nauczyciela wielu pokoleń wybitnych chirurgów i lekarzy.



Ryc. 22. Prof. Wiktor Bross i prof. Bogdan Łazarkiewicz – czyli spotkanie Mistrza z Uczniem.

To jego zasługą było wykonanie pierwszego w Polsce zabiegu zamknięcia ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej w krążeniu pozaustrojowym. Otwarty na współpracę międzynarodową, zwłaszcza z ośrodkami w Monachium i Dusseldorfie, rozwinął nowoczesną kardiochirurgię we Wrocławiu i w Polsce, dołączając do grona tak wybitnych, jak profesorowie: Jan Moll, Antoni Działkowiak i Leon Manteuffel. Był chirurgiem wszechstronnym, który potrafił wykonać każdy zabieg z mistrzowską dokładnością. Dlatego uwielbiali go rezydenci, których znakomicie szkolił. Z jego szkoły wyszli tacy wybitni chirurdzy jak profesorowie: Anatol Kustrzycki, Bohdan Łazarkiewicz, Eugeniusz Rogalski i wielu innych. Godny podkreślenia jest fakt, że właśnie zasługą Wiktora Brossa jest wykonanie pierwszej w Polsce transplantacji nerki pobranej od żywego dawcy, której dokonał we współpracy z wybitnym nefrologiem prof. Zdzisławem Wiktorem. II Klinika Chirurgii, którą kierował Wiktor Bross, promieniowała na cały kraj za sprawą pracujących tam wybitnych indywidualności, m.in. Antoniego Arońskiego – pioniera nowoczesnej anestezjologii i intensywnej terapii w Polsce, czy Michała Masiaka, wybitnego specjalistę w zakresie analityki klinicznej. Przez swoje otwarcie na świat, często jako pierwsza w Polsce, idąc śladem ośrodków zagranicznych, wprowadzała nowe metody

leczenia, aby uratować jeszcze więcej chorych, z jeszcze lepszymi rezultatami. Jak już wcześniej wspomniałem, prof. Bross był świetnym nauczycielem, poświęcając dużo czasu swoim studentom i rezydentom. Jednym z nich był Tomasz Cieszyński, który zamknięty w swojej pracowni znajdującej się w piwnicy Instytutu Chirurgii, po intensywnym i bardzo udanym stażu u prof. E. S. Bucherla w Berlinie okazał się niezwykłym talentem, który na trwałe wszedł do historii światowej nauki i medycyny. Tomasz Cieszyński ukończył studia medyczne na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie oraz chemię na Wydziale Matematyczno-Fizyczno-Chemicznym Uniwersytetu we Wrocławiu. Jego ojcem był prof. Antoni Cieszyński, pionier polskiej stomatologii, m.in. twórca reguły izometrii w radiologii, który opracował technikę zdjęć rentgenowskich zewnątrzustnych. Był jednym z 12 profesorów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, których niemieckie formacje SS i Gestapo rozstrzelali w 1941 r. na Wzgórzach Wuleckich, realizując swój plan tzw. odmłodzenia narodu polskiego. Jednym z naocznych świadków tej masakry był wspomniany przy opowieści o prof. Weiglu doc. Zbigniew Stuchly. Przez wzgląd na swojego Ojca, a także dla zablźnienia ran, Tomasz Cieszyński do końca życia mocno dbał o stosunki polsko-lwowskie. Jak już wcześniej wspomniałem, prof. Tomasz Cieszyński był uczniem i współpracownikiem prof. W. Brossa, znanym chirurgiem ogólnym, ale także naukowcem-odkrywcą, pionierem echokardiografii serca na świecie, prowadzącym badania nad wykorzystaniem echosondy ultradźwiękowej do badania struktur serca. Dzisiaj nie sposób sobie wyobrazić diagnostyki kardiologicznej i oceny schorzeń serca bez nowoczesnej echokardiografii. A jednak On, we współpracy z Zakładem Optyki Politechniki Wrocławskiej skonstruował urządzenie, które w oparciu o ultradźwięki, pozwalało precyzyjnie ocenić pracę i wydolność serca. Dla mnie osobiście szczególnie zapamiętany był fakt, że na jednym z kongresów Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego, podczas sesji plenarnej, Eugene Braunwald – światowej klasy amerykański kardiolog – rozpoczął swój wykład od pokazania zdjęcia ówczesnego dra Tomasza Cieszyńskiego i omówienia szczegółów rozwiązań jakie doprowadziły do powstania echokardiografu serca.

United States Patent [19] [11] 4,078,267
Cieszyński [43] Mar. 14, 1978

[52] ARTIFICIAL HEART PROPELLED BY RESPIRATORY MUSCLES

[51] Inventor: Tomasz Cieszyński, Wrocław, Poland

[73] Assignee: Adamus Metyzna, Wrocław, Poland

[21] Appl. No. 781,827

[22] Filed: Dec. 21, 1976

[53] Foreign Application Priority Data

Dec. 31, 1975 Poland 18264

[51] Int. Cl. A61M 1/24

[52] U.S. Cl. 363.7

[53] Field of Search 363.7; 128/1 D; D80; 3; 150/14 B

[58] References Cited

U.S. PATENT DOCUMENTS

3,518,702 7/1970 Lohr 3-17

3,521,664 5/1971 Willy 3-17

3,575,717 12/1971 Lamb 3-17

3,876,602 4/1975 Simpson 3-17

OTHER PUBLICATIONS

"A Small Ventricle-Type Pump for Prolonged Perfusion Circulation and Initial Studies, Building Attempts to Power a Pump Biologically with External Muscle", by R. Kauter et al., Transfusion A.S.A.I.O., vol. X, 1964, pp. 74-75.

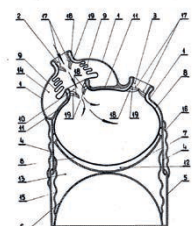
"Heart-Bearing Surfaces and Liquid Surfaces in Relation to Blood Coagulation", by L. Freni et al., Transfusion A.S.A.I.O., vol. XII, 1966, pp. 152-165.

Primary Examiner—Ronald L. Franks
Attorney, Agent or Firm—Hendlin, Lake & Weiss

[57] ABSTRACT

An artificial heart comprising two ventricles (1) and two atria (2) adapted for inclusion in a blood circulation system via vessels (3). It operates in the same manner as a live heart. The heart comprises a rigid housing (1) consisting in its top part two inlet ports (2) and two outlet ports (3). Elastic ventricles (1) and elastic atria (2) constitute a symmetrical half of the heart. The bottom part of housing (1) is shaped in the form of two parallel collectors (4) spaced slightly and elastically with backs (5) having concave bottoms. Close bottom forming plates (6). An elastic movable diaphragm (7) is located above each plate (6), and is circumferentially attached to the back of cylinder (4) and to the elastic ventricle (1). Physiological liquid is contained between ventricle (1) and diaphragm (7). The top part of housing (1) is connected with a branch (8) designed for attachment to the human aorta, and backs (5) are attached to the branched elastic, membranaceous and pulvinar member designed to act against respiratory muscles and their bony lining. The volume of ventricles (1) and of atria (2) is about four times larger in comparison with that of a live heart. The heart is actuated by the motion of respiratory muscles, which exert a pressure on backs (5) of the heart, the operation of the heart being similar to that of a hydraulic diaphragm-piston pump.

16 Claims, 3 Drawing Figures



Ryc. 23. Publikacja doc. Tomasza Cieszyńskiego poświęcona dynamicznej kardiomioplastyce niewydolnego serca, z wykorzystaniem mięśnia najszerzego grzbietu.



Ryc. 24. Publikacja doc. Tomasza Cieszyńskiego z Wrocławia, ucznia prof. Wiktora Brossa, poświęcona narodzinom ultrasonografii serca na świecie.

Braunwald podkreślał, że twórcą był Polak z Wrocławia. Chirurg, krystalograf. Ośmieliłem się podejść po tym wykładzie do Pana prof. Braunwalda i powiedzieć Mu, że znam osobiście Tomasza Cieszyńskiego, ponieważ z nim pracowałem. Pan profesor pomimo, że był osobą szalenie zajętą poprosił, abym koniecznie spotkał się z Nim w tej sprawie. Popatrzył w swój mocno zapisany kalendarz i umówił się ze mną o 6:00 rano następnego dnia w hotelu, w którym mieszkał. Doskonale pamiętam, że nigdy dotąd nie jadłem tak wcześnie śniadania.



Ryc. 25. Dr Eugeniusz Braunwald, światowej sławy kardiolog popularyzujący odkrycia wrocławianina, Tomasza Cieszyńskiego (Źródło: <https://alchetron.com>)

Podczas rozmowy opowiedziałem Braunwaldowi także o innych osiągnięciach dra Tomasza Cieszyńskiego, m.in. o badaniach nad regeneracją tkanki kostnej, w których to odnosił duże sukcesy, otrzymując w 1970 r. specjalną nagrodę Uniwersytetu w Amsterdamie za badania nad wpływem pola elektrostatycznego na zakażenia ropne kości u zwierząt doświadczalnych. Wspomniałem także o pacjencie od lat czekającym w Zabrze na transplantację serca, który z powodu przewlekłego zapalenia kości był ciągle odraczany.

Skontaktowałem się wtedy z prof. Cieszyńskim w jego rodzinnych Obornikach Śląskich i poprosiłem o objęcie opieką tego właśnie chorego. Zgodził się, pomimo, że był już na emeryturze, i kiedy po niespełna roku zadzwonił do mnie pacjent, że już ma wyleczone zapalenie kości i jest gotowy na przeszczep, zadzwoniłem do Niego, aby Mu bardzo serdecznie podziękować i pogratulować. Gdyby nie Jego pomoc, chory nie miałby szans na zabieg. A tak, mogliśmy go uratować.

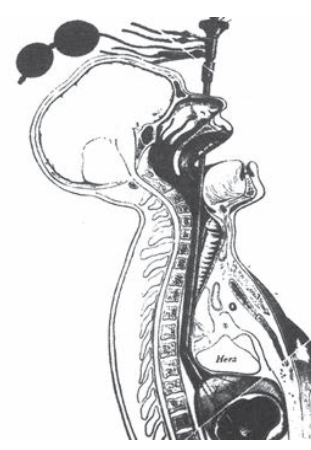
Braunwald był wyraźnie zdumiony moją opowieścią o Cieszyńskim i jego uniwersalnej wiedzy. Poprosił, abym spopularyzował te informacje u siebie w kraju, wśród polskich lekarzy, by ta szlachetna postać broń Boże nie umknęła nikomu z pamięci, zwłaszcza ludzi młodych. Słowa dotrzymałem, przygotowując na Jego temat opracowania, które m.in. ukazały się w Kardiologii Polskiej.

Pozostajemy w budynku Instytutu Chirurgii, który na przestrzeni dziejów był zawsze kuźnią talentów w nauce i medycynie najwyższej miary. Jednym z nich był **JAN MIKULICZ-RADECKI (1850-1905)**. Urodził się 16 maja 1850 r. w Czerniowcach. W wieku 19 lat wbrew woli ojca zapisał się na Wydział Lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego.



Ryc. 26. Portret Jana Mikulicza, najbardziej znanego na świecie chirurga, badacza i wynalazcy, wieloletniego kierownika II Katedry Chirurgii AM we Wrocławiu. Portret znajduje się w I Katedrze Chirurgii CM UJ w Krakowie.

Po zakończeniu studiów Mikulicz rozpoczął staż w Klinice Chirurgicznej w Wiedniu kierowanej przez Billrotha. W momencie rozpoczęcia przez niego pracy w Kinice osiągnęła ona szczyt swego rozkwitu. **Mikulicz miał za zadanie badać i operować chorych, wykonywać badania dodatkowe, przede wszystkim mikroskopowe, oraz opiekować się instrumentami i materiałami opatrunkowymi dla całej kliniki.**



Ryc. 27. Ezofagogastroskop skonstruowany przez prof. Mikulicza. (Źródło: „Historia Wydziałów Lekarskiego i Farmaceutycznego Uniwersytetu Wrocławskiego oraz AM we Wrocławiu w latach 1702-2002”, pod red. Waldemara Kozuschka. Wydawnictwo UW, Wrocław 2010).

Po trzech i pół roku praktyki Mikulicz uzyskał stanowisko asystenta. Wykonał ezofagoskop i gastroskop, stając się w ten sposób pionierem tego typu badań w medycynie. W roku 1882 Mikulicz został wybrany przez Ministerstwo Oświaty w Wiedniu kierownikiem Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, mimo że Rada Wydziału umieściła jego kandydaturę na dziesiątym, ostatnim miejscu. W dniu 1 października wygłosił on bezbłędną polszczyzną wykład inauguracyjny, w którym powiedział: „Zarzucono mi, że nie znam języka polskiego, który jest przecież tak samo mową ojczystą dla mnie, jak dla każdego z panów”. Za czasów kierowania kliniką przez Mikulicza znacznie poszerzono zakres wykonywanych zabiegów. Mikulicz wydał 30 publikacji w języku polskim. 1 października 1890 r. Mikulicz objął kierownictwo Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu we Wrocławiu. Spędził tutaj ostatnich 15 lat swego życia. Jako pierwszy dokonał zszycia pękniętego wrzodu żołądka, pierwszy wykonał resekcję ściany przełyku wraz z nowotworem, pierwszy przeprowadził plastykę zwężonego odźwiernika. Był pionierem gastrokopii i ezofagoskopii, natychmiastowej operacji w leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego. Najważniejszym jednak osiągnięciem tego okresu było skonstruowanie razem z Sauerbruchem, późniejszym profesorem, komory podciśnieniowej, która umożliwiła przeprowadzenie pierwszych w świecie operacji z otwarciem klatki piersiowej. Wykonał też po raz pierwszy resekcję nowotworu przełyku. Sława Mikulicza sięgała na cały świat. W roku 1903 zaproszony został do Ameryki, gdzie w 20 klinikach wygłosił wykłady. Pod koniec tego roku wyczuł u siebie guz brzucha, który okazał się nieoperacyjnym nowotworem żołądka. Umierał pół roku później we własnym domu we Wrocławiu, pogodzony z losem, w sposób świadomy i godny. Pochowany jest wraz z żoną w Świebodzicach. Ulica we Wrocławiu, przy której mieszkał, jest nazwana jego nazwiskiem, a tablica odsłonięta 4 lata po jego śmierci znajduje się przed budynkiem kliniki. Przedstawia Mikulicza w fartuchu lekarskim, a dwie boginie: Hygieja i Atena wieńczą jego skronie wieńcem laurowym. Kiedy wspominam profesorów Ernsta Wolnera z Wiednia oraz Axela Havericha z Hannoveru i naszą przy programie transplantacji płuc, w sposób niemal automatyczny przychodzi mi do głowy profesor Mikulicz.



Ryc. 28. Klinika Mayo w Rochester (Minnesota, USA), w której prof. Mikulicz uczył amerykańskich kolegów nowych technik chirurgicznych i popularyzował nowe, nieznane dotąd typy zabiegów w chirurgii. (Źródło: <https://www.beckershospitalreview.com>)

W słynnym Mayo Clinic, na jednej ze ścian widnieje informacja poświęcona działalności tego wybitnego Polaka, nawiązująca do jego pierwszych pokazowych zabiegów, podczas których uczył amerykańskich chirurgów technik operacyjnych.

Podobnie w General Hospital Massachusetts w Bostonie. To właśnie zdjęcie budynku Mikulicza, w której kilka lat później jego uczeń Sauerbruch wykona pierwszy zabieg torakochirurgiczny na świecie, przejdzie do historii, a słynny artykuł napisany przez prof. Hansa Borsta *Hands across the Ocean* przypomina o nieprzemijającej pamięci dla dokonań w zakresie nie tylko polskiej, ale i światowej kardiochirurgii, torakochirurgii i chirurgii ogólnej, za sprawą popularyzacji dokonywanej przy pomocy braci Mayo. O tych faktach należy pamiętać i przywoływać młodym lekarzom i studentom oraz inspirować do nowych, nowatorskich badań, nie zrażając się doraźnymi niepowodzeniami. Patronem i wzorem do naśladowania będzie Mikulicz i wrocławska szkoła, której czuję się wychowankiem i jej kontynuatorem.

Nasza wędrówka z przywołaniem najważniejszych postaci światowej medycyny z wrocławskim rodowodem dobiega końca. Najważniejsze jest to, że Ci geniusze współczesnej medycyny byli Polakami, Żydami, Niemcami, pasjonatami medycyny odważnie podejmującymi nowe wyzwania, a przez tę swoją uniwersalność i nieprzemijające przesłanie pozostają do dzisiaj aktualni. Bardzo mi zależy, aby pozostali inspiracją do dalszych działań i inicjatyw.

Chciałbym bardzo, aby nasz szlak El Camino Academiae Medicinae Vratislaviensis zawsze uczył nas otwartości na poglądy innych, zwłaszcza jeśli są nowatorskie i wyrastają z doświadczeń i badań. Wszyscy Ci wspaniali naukowcy, o których mówiłem, w naturalny sposób zajmują miejsca naszych mentorów i przewodników, przechodząc na trwałe do historii i pamięci zarówno współczesnych, jak i przyszłych pokoleń. Myślę także, że nobilitując wrocławską uczelnię stają się magnesem ściągającym studentów i młodych lekarzy z całego świata. Świat współczesny nie tylko potrzebuje takich postaci, ale dzięki nim się rozwija, zwłaszcza w medycynie, stając się lepszym, skuteczniejszym w ratowaniu życia i przywracaniu zdrowia. A zatem pamiętajmy proszę i dbajmy o Niech!

Szanowni Państwo,

Dziękuję za cierpliwe towarzyszenie mi podczas tego spaceru. Znam Państwo od lat i wiem, że chciałbym przekazać jeszcze więcej, dzieląc się wiedzą i przemyśleniami. Nie jest to możliwe w czasie tej uroczystości.

Kończąc to wystąpienie, dziękuję za zaszczyt, którym obdarzyła mnie moja macierzysta Uczelnia, która mnie wychowała i ukształtowała zawodowo, pragnę podziękować moim Rodzicom, dziękuję Żonie, która mówiąc tak Marianowi Zembali nie wiedziała, że wychodzi za mąż za kardiochirurgię, wymagającą stałej, 24-godzinnej dyspozycji dla chorych, dziękuję moim dzieciom, moim współpracownikom i tym wszystkim, którzy towarzyszyli mi w moim życiowym spacerze. Jestem ogromnie szczęśliwy, że Wrocław genius loci – miejsce spotkań ludzi, gdzie służba nauce i medycynie stała się wartością nadrzędną, pozostawiając w cieniu kwestie narodowości, wiary czy światopoglądu, stał się początkiem mojej fascynującej przygody zawodowej.



Treningi fizyczne w niewydolności serca

Zdolność do wysiłku jest jednym z głównych czynników warunkujących właściwą jakość życia. Jest jednym z najbardziej efektywnych fizjologicznie i ekonomicznie sposobów na zachowanie lub poprawę stanu zdrowia; ma działanie prewencyjne i wspomaga leczenie chorób przewlekłych.

Aktywność fizyczna korzystnie modyfikuje czynniki ryzyka m.in.: otyłość, zaburzenia lipidowe, cukrzycę, nadciśnienie tętnicze. Zaplanowany w ramach kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej program ćwiczeń wspomaga leczenie choroby niedokrwiennej serca i jest jednym z nefarmakologicznych sposobów terapii u chorych z niewydolnością serca.

Niewydolność serca (heart failure, HF) jest powszechnym problemem klinicznym i społecznym. Zapadalność na HF zwiększa się w związku z postępowaniem w leczeniu schorzeń kardiologicznych i starzeniem się populacji. Kompleksowa Opieka Nad Osobami z Niewydolnością Serca (KONS), jest odpowiedzią na konieczność podjęcia działań ukierunkowanych na odpowiednie zarządzanie tą chorobą. Niewydolności serca towarzyszy nietolerancja wysiłku fizycznego odczuwana przez chorych jako uczucie duszności i/lub zmęczenia. Objawy te pojawiają się początkowo przy dużych wysiłkach, z czasem jednak ograniczają samodzielność chorego.

HF nie oznacza wyłącznie uszkodzenie mięśnia sercowego, jest to złożona choroba ogólnoustrojowa. Już w latach 90. ubiegłego stulecia pojawiły się hipotezy wiążące patogenezę HF z patomechanizmami obwodowymi. Zgodnie z tzw. teorią mięśniową HF zaburzenia w obrębie mięśni szkieletowych przyczyniają się do występowania objawów i nasilenia choroby. Uszkodzenie mięśnia sercowego uruchamia kaskadę zaburzeń neurohormonalnych, immunologicznych, metabolicznych, które prowadzą do miopatii mięśni szkieletowych i oddechowych powodując zwiększoną męczliwość i nietolerancję wysiłku fizycznego. Dodatkowo wzmożona aktywacja ergoreceptorów mięśniowych powoduje nadmierną wentylację, pobudzenie układu współczulnego oraz wzrost oporu obwodowego. W konsekwencji tych zmian następuje większe obciążenie następcze, przeciążenie lewej komory i w mechanizmie "błędnego koła" dochodzi do progresji choroby.

W związku z hipotezą mięśniową HF szuka się rozwiązań, które wpływałyby na poprawę funkcji mięśni szkieletowych. Badania ostatnich dekad dokumentują liczne korzyści płynące z regularnych ćwiczeń, ich skuteczność i bezpieczeństwo

Tab.1. Efekty treningu fizycznego u chorych z CHF

Efekty treningu fizycznego u chorych z CHF

- ↑ szczytowej konsumpcji tlenu (V_{2peak})
- ↓ aktywności układu współczulnego
- ↓ aktywności układu renina-angiotensyna-aldosteron
- ↓ częstości serca w spoczynku i w trakcie wysiłku
- ↑ rzutu serca związany z poprawą funkcji skurczowej
- Poprawa funkcji śródbłonna (wazorelaksacja)
- Poprawa struktury ilościowej i jakościowej mięśni szkieletowych
- Poprawa funkcji mięśni szkieletowych
- Poprawa wykorzystania tlenu i wydajności przemian metabolicznych
- Opóźnienie kumulacji mleczanów
- ↑ perfuzji obwodowej
- Poprawa mechaniki oddychania (zmniejszenie hiperwentylacji wysiłkowej)
- Poprawa jakości życia

Opublikowane europejskie standardy postępowania w leczeniu przewlekłej HF wymieniają trening fizyczny jako uznaną metodę uzupełniającą i zalecają stosowanie u wszystkich stabilnych klinicznie chorych. W kwalifikacji do treningu obowiązują zasady podobne jak w przypadku chorych po zawale mięśnia sercowego. Należy jednak pamiętać, że są to pacjenci zwiększonego ryzyka wystąpienia zaburzeń rytmu serca, mają wszczepione kardiowertery-defibrylatory lub stymulatory resynchronizujące, są intensywnie leczeni farmakologicznie.

Programowanie aktywności fizycznej

Potrzeba zwiększenia możliwości podejmowania codziennych czynności życiowych dotyczy szczególnie osób z chorobami przewlekłymi i starszych. Istotne w tych przypadkach jest uzyskanie chociażby niewielkiego wzrostu tolerancji wysiłku i poprawa aktywności fizycznej związanej z codziennym funkcjonowaniem.

Większość opracowań zajmujących się programowaniem aktywności fizycznej skupia się na treningu o charakterze wytrzymałościowym, w którym podstawą są ćwiczenia dynamiczne, angażujące duże grupy mięśni. Podstawą zabezpieczenia energetycznego pracujących mięśni są wówczas procesy biochemiczne wykorzystujące tlen. Efektem takich ćwiczeń jest poprawa adaptacji układu krążenia do wysiłku (wydolność sercowo-płucna) oraz lepsza sprawność mięśni.

Adaptacja układu krążenia do wysiłku wyraża się przede wszystkim zwiększeniem dostarczania tlenu do pracujących mięśni. Zapotrzebowanie na tlen zwiększa się proporcjonalnie do intensywności wysiłku osiągając w pewnym momencie stały poziom określany pułapem tlenowym VO_{2max} .

Chorzy z niewydolnością serca zazwyczaj kończą wysiłek przed osiągnięciem maksymalnego zużycia tlenu na minutę (VO_{2max}) i dlatego w takich przypadkach ocenia się pochłanianie tlenu na szczycie wysiłku (VO_{2peak}). Zmniejszenie zużycia tlenu u chorych z HF wynika z mniejszej pojemności minutowej serca oraz ze zmian w układzie oddechowym, mięśniowym oraz z nieprawidłowych mechanizmów regulujących. W ocenie wydolności fizycznej szczególne znaczenie ma wyznaczenie progu beztlenowego (anaerobic threshold, AT) czyli poziomu wysiłku, przy którym wytwarzanie energii w wyniku przemian tlenowych zaczyna być wspomagane przemianami

beztlenowymi.

W niewydolności serca, w związku ze zmniejszeniem perfuzji tkanek obwodowych oraz zmianami w mięśniach szkieletowych, mechanizmy beztlenowe są uruchamiane wcześniej. Chorzy z zaawansowaną niewydolnością serca próg beztlenowy osiągają niekiedy jeszcze przed rozpoczęciem wysiłku.

W praktyce treningowej intensywność ćwiczeń przedstawia się jako częstość skurczów serca odpowiadającą ustalonemu obciążeniu lub częściej jako zakres częstości, z wyznaczoną dolną i górną granicą skurczów serca. Szeroko stosowaną metodą wyznaczania intensywności wysiłku jest reguła Karvonena, która wprowadza pojęcie „rezerwy maksymalnej częstości skurczów serca” (HR_{max}^1).

Niezbędnych informacji pomocnych przy wyznaczaniu intensywności treningowej dostarcza diagnostyczny test wysiłkowy. Maksymalne obciążenie osiągnięte w teście wysiłkowym określa się wydolnością funkcjonalną (functional capacity, FC), którą można przedstawić w jednostkach MET (metabolic equivalent, tab.2) i stosując powszechnie uznaną subiektywną ocenę ciężkości wysiłku wg skali Borga. Pacjent korzystając ze wskazówek tej skali ocenia obciążenie wysiłkiem (rating of perceived exertion, RPE) w prezentacji liczbowej. Stopień ciężkości na 13-15 wg Borga odpowiada wysiłkowi w progu beztlenowym (tab.3). Treningowe obciążenia wysiłkowe, zbliżone do indywidualnie wyznaczonego progu beztlenowego są optymalne dla poprawy wydolności tlenowej organizmu.

Tab.2 MET

Skala odczuwanego wysiłku wg Borga (RPE)	
6	
7	niezwykle lekki
8	
9	bardzo lekki
10	
11	dość lekki
12	
13	dość ciężki
14	
15	ciężki
16	
17	bardzo ciężki
18	
19	niezwykle ciężki
20	maksymalny

Tab.3. Skala RPE

Aktywność i jej metaboliczne ekwiwalenty	MET*
aerobik mniej energiczny / bardziej energiczny	5 / 7
badminton	4,5
jazda na rowerze < 16 km/h, 16-20 km/h, >20km/h	4 / 6 / 10
majsterkowanie w domu, tapetowanie	4-5
praca w ogródku	3-5
gra na fortepianie	2,5
prace domowe łatwe / trudne	2,5 - 5,5
praca biurowa	1,5
jazda na nartach	6-8
pływanie żabka / motylek	6/11
ping-pong	4
szybki taniec	5,5
skakanie na skakance	12

* 1 MET - 3,5 ml tlenu/kg/min

Ogólne zasady stosowania treningu oporowego w niewydolności serca

Obecnie stosowanie treningów fizycznych w HF uważa się za skuteczną i komplementarną do leczenia farmakologicznego terapię.

Opublikowane w ostatnich latach prace naukowe (Coats, Piepoli, Gun) dowiodły, że kontrolowany, indywidualnie dobrany trening fizyczny wpływa korzystnie na stan kliniczny i jakość życia chorych z HF. Rehabilitacja, do niedawna oparta przede wszystkim na treningach wytrzymałościowych, wprowadza - mając na względzie uszkodzenie mięśni szkieletowych - elementy ćwiczeń oporowych oraz treningi oporowe ukierunkowane na przyrost siły i masy mięśniowej. Standardowy trening oporowy jest modelowany przez kilka zmiennych: wielkość obciążenia-oporu, dobór i kolejność ćwiczeń, liczbę serii i powtórzeń ćwiczenia, dodatkowo przerwę między seriami oraz szybkość wykonywania ćwiczenia. Gdy celem jest poprawa siły mięśni zalecane są wyższe obciążenia, mniejsza liczba powtórzeń i dłuższe przerwy między seriami ćwiczeń. Jeśli natomiast oczekujemy zwiększenia masy mięśniowej, zwiększamy objętość treningu (więcej powtórzeń, niższe obciążenia). Poprawę mocy mięśni można uzyskać włączając do treningu siły dynamiczne, szybkie ćwiczenia wykonywane przy lekkim i średnio-ciężkim obciążeniu (tab.4).

Tab.4. Podstawy treningu oporowego

Dominujący cel	Obciążenie	Objętość	Przerwa między seriami	Szybkość
Siła	> 80% 1RM	3-6 serii 6-10 powtórzeń	2-3 min	średnia
Masa	70-80% 1RM	3-6 serii 8-12 powtórzeń	1-2 min	mała/ średnia
Moc	> 80% 1RM 30-60% 1RM	3-6 serii, 6-12 powtórzeń 3-6 serii, 8-12 powtórzeń	2-3 min 2-3 min	średnia duża
Wytrzymałość	50-70% 1RM	3-6 serii, 10-15 powtórzeń	< 1 min	średnia

Stosowane w rehabilitacji kardiologicznej treningi oporowe bazują na zasadach treningu interwałowego, gdzie po krótkich (30-60s) okresach pracy z obciążeniem następują równie krótkie okresy restytucji. Zastosowanie takiego protokołu umożliwi chorym z HF wykonywanie i tolerowanie pracy o większym obciążeniu, bez niekorzystnej odpowiedzi hemodynamicznej i obciążenia lewej komory serca.

W zależności od zaawansowania choroby oraz wyznaczonego celu terapeutycznego, chorym z HF proponuje się różne formy treningu oporowego: łączony trening aerobowo-oporowy, dynamiczny trening oporowy i trening izokinetyczny (w przypadku tego ostatniego dysponujemy nielicznymi doniesieniami).

Trening aerobowo-oporowy łączy submaksymalny trening na bieżni lub cykloergometrze z dynamicznymi ćwiczeniami oporowymi wybranych części ciała lub całego organizmu. Zadawane obciążenia wynoszą 50-80% 1 RM².

Maiorana i wsp. opisują 8 tygodniowy trening stacjonarny obejmujący siedem ćwiczeń oporowych (kończyn dolnych, górnych i tułowia), jazdę na cykloergometrze oraz 5 minutowy marsz na bieżni. Intensywność interwałów utrzymywana była na poziomie 70-85% tętna uzyskanego na

szczyt wysiłku podczas próby wysiłkowej. Ćwiczenia oporowe rozpoczęto od 55% 1RM i zwiększono do 65% w ciągu 4 tygodni. Badany wykonywał 15 trzysekundowych powtórzeń danego ćwiczenia, a następnie w ciągu 15s przechodził do następnej stacji ćwiczeniowej. Wyniki treningu potwierdziły korzystne zmiany morfologiczne i czynnościowe w mięśniach szkieletowych oraz poprawę wydolności fizycznej uczestników programu.

Dynamiczny trening oporowy. Volaklist i Meyer przedstawili zalecenia dotyczące prowadzenia treningów oporowych u chorych z HF z obciążeniem równym 40-60% 1RM, w zależności od ciężkości choroby i angażowanych do pracy mięśni. Trening zawierał następujące po sobie krótkie interwały, fazy pracy $\geq 60s$, współczynnik czasu obciążenia do odpoczynku $>1:2$, liczbę wykonanych serii danego ćwiczenia 1-2 po 4-10 powtórzeń. Czas trwania pojedynczej sesji treningowej wynosił 15-30 min.

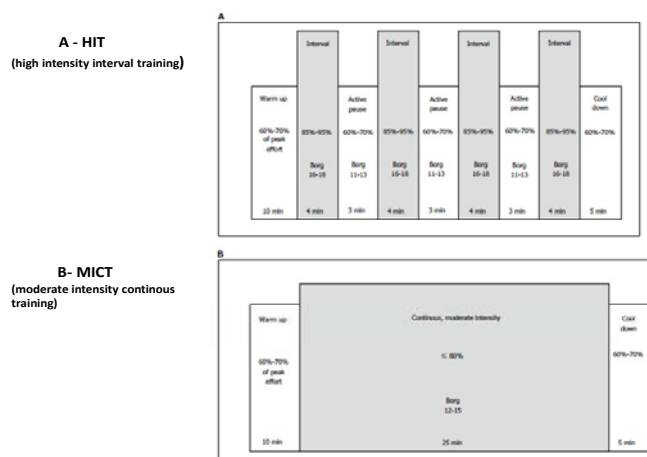
W niektórych badaniach stosowano większe obciążenia sięgające 80% 1RM, 8-15 powtórzeń zadanego ćwiczenia w 1-4 serii. Różnorodność proponowanych protokołów wynika m.in. ze stanu klinicznego osób trenujących, liczby proponowanych ćwiczeń, wielkości masy mięśniowej angażowanej do pracy.

Trening interwałowy wysokiej intensywności (high intensity interval training, HIIT)

Trening wytrzymałościowy ciąglej umiarkowanej intensywności MICT (moderate intensity continuous training) od dawna ma swoje miejsce w rehabilitacji kardiologicznej. Ponad dekadę temu pojawiły się publikacje na temat treningów o wysokim stopniu intensywności stosowanych nie tylko w kardiologii sportowej, ale również u chorych po przeszczepach serca, z chorobą wieńcową czy z niewydolnością serca.

W 2007 r. Wisloff i wsp. opublikowali badania, w których wykazali w zastosowanym przez siebie treningu HIIT (4x4, 90-95% HRmax) uzyskanie znacznie wyższych parametrów $VO_2\text{peak}$ w niż w grupie obciążonej MICT. Po raz pierwszy w tym badaniu opisano istotne, korzystne zmiany w zakresie oceny frakcji wyrzutowej lewej komory tylko w grupie HIIT. Inne prospektywne badanie także wskazuje na znaczną poprawę wydolności fizycznej ($VO_2\text{peak}$) i innych parametrów wydolności oddechowej tylko w grupie ćwiczącej intensywnie. Autorzy wielu opracowań podkreślają że HIIT ma porównywalną lub większą skuteczność w redukcji ryzyka sercowo-naczyniowego i zaburzeń metabolicznych niż powszechnie stosowany trening ciąglej umiarkowanej intensywności (MICT). Ich zdaniem HIIT poprawia zużycie tlenu na szczycie wysiłku bardziej efektywnie i w krótszym czasie, i jest dla chorych równie bezpieczny.

Treningi HIIT (ryc.1) zawierają krótkie interwały o wysokiej intensywności (85-100% $VO_2\text{peak}$) i odpowiedni czas odpoczynku. Sesja treningowa obejmuje 10 min rozgrzewkę (50-70% $VO_2\text{peak}$), trening właściwy: cztery cykle wysiłkowe trwające 4 min o parametrach 85-100% $VO_2\text{peak}$ (RPE 15-18) przeplatane 3 min fazą regeneracji czynnej (50-70% $VO_2\text{peak}$ RPE 11-13) i 10 min wyciszenie (50-70% $VO_2\text{peak}$).



Ryc.1. Trening interwałowy wysokiej intensywności HIIT i trening ciąglej umiarkowanej intensywności MICT

Większość opracowań jednoznacznie wskazujących na przewagę HIIT nadal budzi kontrowersje. Często są to prace wczesne, zwykle małe. Nowsze analizy wielośrodkowe nie wykazały tak znaczącej przewagi w przebudowie lewej komory serca i poprawie wydolności fizycznej w porównaniu z MICT. Powodów jest kilka: osiągnięcie w HIIT niższych niż zalecane obciążeń, rzadziej wykonana u chorych rewaskularyzacja, starszy wiek pacjentów vs uzyskanie wyższej intensywności treningowej w grupie MICT, dwukrotnie częściej wykonana rewaskularyzacja, młodszy uczestnicy. HIIT wykazał stosunkowo niski odsetek niekorzystnych zdarzeń sercowo - naczyniowych w nadzorowanych treningach u pacjentów z chorobą wieńcową lub z niewydolnością serca. Poważne zdarzenia niepożądane nie różniły się statystycznie w obu grupach.

Nadal rozważana jest przydatność i skuteczność treningu interwałowego HIIT jako uzupełnienie treningu ciągłego MICT w nadzorowanej rehabilitacji kardiologicznej. Treningi fizyczne u chorych z HF są korzystne i mają na celu zwiększenie $VO_2\text{peak}$, jednego z najsilniejszych czynników predykcyjnych. Poprawa o 3,5 ml O_2/kg na min (1MET) oznacza zmniejszenie o 8-17% śmiertelności z przyczyn ogólnych i sercowo-naczyniowych.

Ćwiczenia interwałowe wysokiej intensywności oferują alternatywny tryb treningu pozwalający poprawić tolerancję wysiłku i jakość życia pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca.

Zalecanie aktywności fizycznej zawsze powinno być traktowane jako precyzyjna informacja z wcześniejszym rozważeniem przeciwwskazań.

¹. Rezerwa HR max to różnica między maksymalną (HRmax) i spoczynkową częstością skurczów serca (HRsp): rezerwa HR max = HR max - HR sp. Według tej metody treningową częstość serca (THR) wylicza się jako sumę odsetka rezerwy HR max i spoczynkowej częstości skurczów serca HRsp np.: dla 75% $VO_2\text{max}$ THR = HRsp + 0,75 (HRmax - HRsp). Maksymalna częstość skurczów serca zależy od wieku: HRmax = 220 - wiek

². 1 RM (one repetition maximum) obciążenie maksymalne-powtórzenie do wykonania tylko jed raz; obciążenie przedstawia się zazwyczaj jako odsetek obciążenia maksymalnego (% 1RM) lub jako liczbę powtórzeń możliwych do wykonania z danym obciążeniem np. 6 RM oznacza, że z zadanym obciążeniem można wykonać tylko 6 powtórzeń

Terapie z udziałem zwierząt dla naszego zdrowia



W poniższym tekście przedstawię trzy najbardziej popularne terapie z udziałem zwierząt, które poprawiają samopoczucie tak dzieciom jak i dorosłym.



Felinoterapia - potocznie zwana **kototerapią**. Kot odgrywa tutaj rolę łącznika, po którym terapeuta nawiązuje kontakt z pacjentem. To terapia kontaktowa, która opiera się na założeniu, że przebywanie ze zwierzęciem znacznie poprawia zdrowie psychiczne i fizyczne osoby potrzebującej, dzięki czemu zwiększają się czynności poznawcze i polisensoryczne pacjenta (stymulacja naszych zmysłów tj. wzroku, węchu, słuchu, dotyku). Jest to terapia, która przełamuje wszelkiego rodzaju ograniczenia, ułatwia komunikację, rozwija zdolność okazywania uczuć i emocji, zmniejsza poczucie samotności. To także w pewnym sensie zabawa i edukacja wspierana udziałem mruczącego terapeuty. Chwile spędzane z kotem emanują ciepłem miękkiego futra, spokojnym mručeniem, a muśnięcie łapką niespodziewanie potrafi zmienić nasze widzenie świata. Zajęcia mogą być prowadzone grupowo, jak i indywidualnie. Czasami pacjent ma możliwość dokonania samodzielnego wyboru swojego kociego terapeuty, co niekiedy sprzyja tworzeniu specyficznych więzi. Zwierzę jest w stanie po kilku spotkaniach rozpoznawać swojego pacjenta i mocniej skupiać na nim swoją uwagę. Działa to również w drugą stronę – koci ulubieniec jest rozpoznawany przez chorą osobę, która pozytywniej odbiera takie terapeutyczne zajęcia.

Felinoterapia – dla kogo?

Zastosowanie tej metody znalazło miejsce wśród osób niepełnosprawnych fizycznie, u osób mających problemy z wykonywaniem ruchów, u pacjentów cierpiących na choroby reumatyczne oraz wśród osób starszych. Zajęcia z takimi pacjentami skupiają się przede wszystkim na aktywności ruchowej, zabawie ze zwierzęciem polegającej na rzucaniu mu kuleczek, czesaniu zwierzątko. Wtedy łączone jest przyjemne z pożytecznym: pacjent w pewien sposób podświadomie jest zmuszany do wykonywania czynności ruchowych, a z kolei kot czerpie z tego przyjemność. Felinoterapia znajduje również zastosowanie w przypadkach osób cierpiących na depresję, apatycznych, dzieci chorych psychicznie, pacjentów cierpiących na różne lęki. Chodzi o to, aby przełamać pewien strach, zmotywować pacjenta do otworzenia się na innych poprzez kontakt ze zwierzęciem.

Prowadzi to przede wszystkim do wyraźnej poprawy samopoczucia pacjentów.

W zależności od pacjenta, terapia może wyglądać różnie. Przede wszystkim jednak jest to kontakt polegający na głaskaniu kociego futerka, przytulaniu zwierzęcia, zabawie z nim, czesaniu, wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych, karmieniu, czy choćby trzymaniu tylko kota na kolanach. Sama obserwacja kota, czy przebywanie w jego towarzystwie może działać terapeutycznie. Zwierzęta odgrywają także wielką rolę integracyjną. Wszędobylski kot staje się obiektem zainteresowania nawet największych milczków i odludków, tematem rozmów i troski większości pacjentów. Niejednokrotnie ułatwia asymilację nowemu członkowi społeczności. Czasem godzi nawet skłóconych :)

Terapia polecana może być w zasadzie każdemu: osobie samotnej, starszej, niepełnosprawnej, osobom chorym (zarówno fizycznie, jak i psychicznie), dorosłym i dzieciom. Koty mogą pomagać dzieciom z domów dziecka, podopiecznym placówek opieki społecznej oraz domów seniorów, pacjentom placówek rehabilitacyjnych, szpitali, hospicjów. Świetnie sprawdzają się też w działaniach edukacyjnych na szkołach i przedszkolach oraz w działaniach mających na celu zapobieganie patologiom społecznym (np. w ośrodkach opiekuńczo - wychowawczych, w więzieniach).

Podsumowując, zalety felinoterapii są następujące:

- przełamywanie barier kontaktowych, psychicznych,
- uczenie bliskości, relacji z innymi,
- nauka okazywania własnych emocji,
- leczenie chorób,
- pomoc w przezwyciężeniu samotności, odosobnienia,
- ukojenie nerwów dla osób zestresowanych, nadpobudliwych, pobudzanie osób cierpiących na apatię, depresję,
- poprawa kondycji ruchowej.



Kolejną formą terapii ze zwierzęciem jest **dogoterapia** - jak sama nazwa wskazuje (choć może być odebrana z j. angielskiego), dotyczy współpracy pacjenta z psem.

Dogoterapia wykorzystywana jest m. in. w terapii osób z autyzmem, zespołem Downa, niepełnosprawnością intelektualną czy w pomocy osobom starszym. Ma zwiększać efektywność rehabilitacji bądź procesu terapeutycznego. Dogoterapia wykorzystywana jest również w resocjalizacji. Pies, poprzez bezwarunkową akceptację, zaspokaja potrzebę bliskości, łagodzi poczucie samotności, odrzucenia czy lęku. Kontakt z czworonogiem pomaga radzić sobie z trudnymi emocjami.

Jaki pies jest odpowiedni do dogoterapii?

Najczęściej spotykanymi rasami wykorzystywanymi w terapii są Labrador Retriever oraz Golden Retriever. Dzieje się tak ze względu na ich naturalną chęć do współpracy z człowiekiem. Łatwo się uczą, są inteligentne, łagodne i wzbudzają zaufanie. Pies dopuszczony do dogoterapii powinien być poddany odpowiedniej socjalizacji, czyli procesowi nabywania norm i wzorców zachowań. W przypadku psów polega ona głównie

na dostarczaniu wielu różnych doświadczeń we wczesnym okresie życia. Odpowiednie szkolenie, cykliczne wizyty u weterynarza i środowisko, w jakim pies przebywa to bardzo ważne aspekty w życiu psa pracującego w zespole terapeutycznym, aby mógł on czerpać radość ze swojej roli. Jest wielu zwolenników jak i przeciwników dogoterapii i innych form terapii z udziałem zwierząt.

W Internecie można znaleźć wiele filmów z zajęć "dogoterapeutycznych", podczas których gromadka przedszkolaków biega wkoło psa, kładzie się na nim, krzyczy z ekscytacji nad jego uchem czy łapie za różne części ciała. Nie dziwi fakt, że po obejrzeniu takiego nagrania pojawiają się negatywne opinie.

Takie sytuacje nie powinny mieć w ogóle miejsca!! W prawidłowo prowadzonej dogoterapii nie dopuszcza się do takiej sytuacji. Tak uczestnicy zajęć, jak i pies muszą czuć się komfortowo. Pies jest przyzwyczajany do przebywania wśród różnych ludzi podczas socjalizacji i szkoleń, lecz nie może odczuwać stresu!



Ostatnią terapią, którą przedstawię, jest **hipoterapia**, chyba najbardziej jednak w Polsce znana. Hipoterapia to kontakt z koniem. Uczy, że na koniu można nie tylko podbijać świat, ale i przełamywać swoje lęki, uczyć się rozluźniania mięśni.

Kiedy wskazana jest hipoterapia i co dzięki niej udaje się osiągnąć?

Hipoterapia służy temu, by przywrócić choremu zdrowie i sprawność fizyczną oraz psychiczną za pomocą jazdy konnej. To rehabilitacja lecznicza, a to oznacza, że powinna być prowadzona przez wyszkolonego terapeutę na zlecenie lekarza. O tym, czy dziecko/osoba dorosła, powinno siadać na konia musi zdecydować lekarz. Nie powinni tego robić samodzielnie rodzice ani żaden instruktor! Jazda na koniu to nieustanne ćwiczenie równowagi. Na dodatek sposób, w jaki koń się porusza, uaktywnia poszczególne partie mięśni jeźdźcy. Ruchy ciała człowieka siedzącego na idącym wolno koniu (stępem) są bardzo zbliżone do ruchów ciała idącego człowieka. Barki, kręgosłup, miednica poruszają się jak podczas chodu. Jeśli więc dziecko ma problemy z zachowaniem równowagi, napięciem mięśni, siedząc na koniu może poczuć, jak zachowuje się ciało idącego człowieka. Uczy się chodzić - bez chodzenia. Bywa, że zanim dziecko usiądzie na końskim grzbiecie, mija kilka tygodni. Strach przed nieznanym jest większy niż ciekawość nowego. Najpierw musi się ze zwierzęciem oswoić. Samo pierwsze posadzenie na koniu jest nie lada wrażeniem. Z grzbietu ziemia jest odległa, a głową jeździec sięga prawie nieba. Do tej formy terapii nie używa się zbyt wysokich koni.

Co na plus zmienia się dzięki hipoterapii?

- zmniejszenie zaburzeń równowagi,
- zwiększenie możliwości samodzielnego poruszania się,
- poprawa koordynacji wzrokowo - ruchowej oraz orientacji przestrzennej,
- zwiększenie możliwości koncentracji uwagi,
- zwiększenie motywacji do wykonywania ćwiczeń,
- rozwijanie samodzielności,
- zwiększenie poczucia własnej wartości,
- relaksacja i osłabienie reakcji nerwicowych.

Koń ma nieco wyższą temperaturę ciała niż człowiek. Jazda na koniu (szczególnie na oklep, czyli bez siodła) daje efekt rozgrzewającego masażu nóg i miednicy. Przynosi to ogromną ulgę osobom cierpiącym na spastyczne porażenie ośrodkowego układu nerwowego. Temu rozluźnieniu sprzyja rytmiczne kołysanie w stępie, przeciwstawne skręty biodra-barki chorego oraz odpowiednie ułożenie jego nóg. Dodatkowo koń przywraca zaburzoną symetrię mięśni tułowia. Łagodne, rytmiczne, równomierne kołysanie w stępie, na przemian napina i rozluźnia mięśnie posturalne prawej i lewej strony ciała. Mięśnie napięte i przykurczone stopniowo rozluźniają się i rozciągają. Te ze słabszej, wiotkiej strony wzmacniają się. To bardzo ważne dla osób mających jednostronne przykurcze mięśni. Jazda wymaga odpowiedniego sposobu siedzenia. Hipoterapia zalecana jest oczywiście przy skrzywieniu kręgosłupa.

Dla kogo hipoterapia?

- dla osób z problemami neurologicznymi:
 - po przebytej chorobie Heinego-Medina,
 - po przepuklinie oponowo-rdzeniowej,
 - mózgowo porażenie dziecięce,
 - stwardnienie rozsiane,
 - choroba Parkinsona,
 - neuropatie
- dla osób z problemami ortopedycznymi:
 - koślawość bioder i kolan,
 - autyzm,
 - zespół Downa,
 - upośledzenie umysłowe,
 - nerwice,
 - nadpobudliwość psychoruchowa,
 - zaburzenia zachowania.

Jak widzimy korzyści z obcowania osób chorych ze zwierzętami jest naprawdę mnóstwo. Serdecznie polecam osobom chorym jak i zdrowym, dzieciakom i osobom dorosłym by przekonały się do zwierząt, jeśli dotąd miały ku temu jakieś obiekcje i życzę, by z czasem zwykłe "przekonanie się" do psa, kota czy konia, zamieniło się w przyjaźń i pasję.

Dla mnie obcowanie ze zwierzętami jest od lat miłością ogromną.

Piśmiennictwo u autorki

Freestyle Football



Freestyle Football to sztuka polegająca na wykonywaniu ewolucji z piłką do nogi. Dyscyplina sportu liczy już kilkanaście lat. Początkowo wywodziła się z piłki nożnej natomiast teraz są to dwie odrębne dyscypliny sportowe.

We Freestyle Football możemy wyróżnić 4 style takie jak:

- Air – wykonywanie trików nogami w pozycji stojącej
- Upper – wykonywanie trików za pomocą m.in. głowy, barków, klatki piersiowej
- Sit down – triki wykonywane na siedząco lub leżąc
- Ground – zwody i triki wykonywane na ziemi tzw. „Taniec z piłką”

Niektórzy wykorzystują połączenie Freestyle z tańcem Break Dance lub elementami akrobatyki, co jest bardzo widowiskowe. Coraz częściej można zobaczyć tzw. „uliczne show”, gdzie jeden lub kilka zawodników wykonują pokaz uliczny do odpowiedniej muzyki co przyciąga uwagę ludzi. Większość trików ma swoją nazwę a niektóre zostały nazwane od imion bądź ksywek osób, które wykonały dany trik po raz pierwszy. Do najpopularniejszych można zaliczyć:

- ATW – „around the world” polega na podbiciu i okrążeniu piłki tą samą nogą
- Latw – „Lemmens around the world” polega na podbiciu i podwójnym okrążeniu piłki jedną nogą
- Crossover – w wyskoku przełożenie jednej nogi nad piłką i podbicie drugą
- Neck stall – trzymanie piłki na karku
- Chest stall – trzymanie piłki na klatce piersiowej

Jak wygląda trening freestylera?

Na początku przygody z tym sportem potrzebne są zwykle sportowe buty, piłka oraz dużo cierpliwości. Dobrym miejscem do treningu są boiska i korty, ze względu na miękką nawierzchnię, która zmniejsza ryzyko wystąpienia kontuzji. W okresie zimy treningi zazwyczaj odbywają się w salkach szkolnych, halach sportowych czy siłowni. Trening powinien zawierać solidną rozgrzewkę, która przygotowuje cały organizm do dużego wysiłku. Kolejną rzeczą jest rozgrzewka statyczna kręgosłupa, stawów biodrowych, kolanowych i skokowych, które są jednym z najczęstszych problemów u trenujących. Wiele osób zapomina o regularnej fizjoterapii, która równoważy nasze ciało przywracając je do odpowiedniej homeostazy zmniejszając tym samym ryzyko wystąpienia kontuzji. W trakcie treningu należy zwracać uwagę na odpowiednie nawodnienie podczas treningu, ponieważ bardzo

szybko tracimy wodę i cenne minerały.

Większość Freestylerów dzieli trening na 3 etapy:

- Triki w stylu „Air”, ze względu na duży zapas sił w początkowej fazie treningu
- Triki w stylu „upper”
- Triki w stylu „sit down”

Należy pamiętać, że każdy zawodnik ma swój indywidualny system treningowy. W tym sporcie ważna jest systematyczność i odpowiednie nastawienie, ponieważ początki są bardzo ciężkie. Zdarza się, że do wykonania jednego triku potrzebne są godziny ciężkich treningów.

Jak wyglądają zawody?

Na całym świecie odbywają się zawody Freestyle Football w różnych konkurencjach. Najbardziej popularna kategorią jest walka pomiędzy dwoma graczami, którzy stają na scenie. Pojedynek trwa 3 minuty, gdzie każdy zawodnik ma 3 wejścia po 30 sekund i w tym czasie stara się pokazać z jak najlepszej strony. W trakcie pojedynku zazwyczaj 3-5 sędziów ocenia poziom trudności trików, kreatywność i płynność na podstawie, którego wyłaniają zwycięzcę. Ostatnie mistrzostwa świata Red Bull odbyły się w Warszawie 21 i 22 listopada 2018 roku, w którym wzięło udział ponad 50 zawodników z całego świata. Polska w tej dyscyplinie ma wielu mistrzów świata z lat poprzednich m.in. Szymon „Szymo” Skalski z 2013 w Tokio oraz Agnieszka „Aguśka” Mních z 2018 w Warszawie.

Początek września kojarzy się ze szkołą jednak nie każdy wie, że freestylerzy 1.09 obchodzą swoje święto. Wtedy to wszyscy gracze, zarówno w Polsce, jak i na całym świecie spotykają się w większych grupach i świętują razem ten wspaniały dzień. Takie spotkania mają na celu poznanie nowych osobowości, wymianę doświadczeń, złapanie bakcyła i wspólną grę.

Kiedy zacząłem trenować?

Jako nastolatek pierwszy raz zobaczyłem Freestyle Football w reklamach TV z udziałem gwiazd takich jak m.in. Ronaldinho, Edgar Davids czy Cristiano Ronaldo. Był to dla mnie wielki szok, gdy zobaczyłem, że z piłką można robić takie rzeczy. Trenuję około 9 lat, obecnie na grę staram się poświęcać kilka godzin tygodniowo z powodu ograniczeń czasowych. Dłuższą przerwę od treningów miałem w 2012 roku, ponieważ miałem poważną kontuzję kręgosłupa lędźwiowego, która nauczyła mnie pokory i pokazała, że zdrowie jest najważniejsze. Ciężka praca i odpowiedni trening, wzmacniający cały gorset mięśniowy dały mi szansę na powrót. W kwietniu 2013 roku wróciłem silniejszy i wznowiłem treningi, a dodatkowo zacząłem zabawę z siłownią i fizjoterapią.

Podsumowując warto jest mieć pasję, która sprawia, że życie człowieka nabiera odpowiednich kolorów.

Lęk czeka na odwagę

- Pół roku temu podczas służbowego pobytu w Paryżu doznał Pan Profesor udaru.

- Choroba często przychodzi w nocy, z nienacką. Do mnie też... Po udarze nagle znalazłem się w zupełnie innej rzeczywistości. Potem było sześć bardzo trudnych tygodni w paryskim szpitalu na OIT-cie, na szczęście cały czas w bliskości żony i rodziny.

- Jako lekarz wiedział Pan co się stało.

- Lekarzowi jest o tyle trudniej, ponieważ ma większą świadomość zagrożenia niż normalny pacjent. Wiedziałem, że przy rozległym krwiaku w głowie mogę nie przeżyć. Modlitwę „Od nagłej i niespodziewanej śmierci zachowaj mnie Panie” powtarzałem wtedy często po polsku, angielsku, francusku...

- Kiedy dotarła do nas wiadomość o Pana chorobie wszyscy modliliśmy się za Pana. Czuł Pan to?

- Ogromnie za to wszystkim dziękuję, bo to zawsze pomaga. Nie mam wątpliwości, że Opatrzność pomogła mi przeżyć. Przeżywam to tym bardziej, że w tym samym czasie współpracujący z nami, wybitny młody neurolog dr Maciej Wawrzyńczyk, też po udarze, niestety, zmarł. Kiedy leżałem na OIOM-ie w ciężkim stanie moi bliscy nie przekazali mi tej wiadomości.

- Tyle leżenia bez ruchu to doświadczenie nie do wyobrażenia.

- To był bardzo trudny czas. Na OIOM-ie człowiek się nie rusza, bo nie czuje nogi, ani ręki, nie może się sam przewrócić na bok. Na dodatek z powodu częstych kroplówek na przedramionach dostałem zakażenia i w pewnym momencie bardzo się bałem, że mogę tego nie przetrwać. Wtedy jeden z moich przyjaciół z Paryża wybitny kardiochirurg – prof. Thierry Folliquet powiedział „Marian, nasz OIOM jest duży, lepiej wróć do Polski” Bo kiedy chorych na oddziale jest 70-sięciu to dozór i opieka specjalistyczna staje się dużo trudniejsza niż na mniejszym oddziale. To on mnie przekonał i wróciłem do Zabrze.

- Szybko znaleźliście ekipę transportową?

- Transportowcy niechętnie podejmują się przewozu chorego w ciężkim stanie, bo występuje ryzyko zgonu, ale z drugiej strony szybki, bezpieczny transport daje chorym szansę na dotarcie do specjalistycznego ośrodka. Ostatecznie po miesiącu wróciłem do kraju samolotem transportu sanitarnego z austriacką ekipą. Byłem wzruszony, bo okazało się, że ci ludzie znali naszą zabrzańską ekipę ze wspólnych transportów związanych z przeszczepami płuc w Wiedniu. Przyjemnie było słuchać jak chwalili nasz ośrodek i moją decyzję powrotu.

- Czuł Pan, że Zabrze pomoże Panu w zdrowieniu.

- Wiedziałem, że wśród bliskich szybciej dojdę do siebie. To się sprawdziło, bo dzięki rehabilitacji w Zabrze i Mysłowicach zacząłem żyć, akceptować to, co się stało, ale też odzyskiwać wiarę, że nie będę inwalidą. Dzięki naszym wspaniałym lekarzom, pielęgniarkom, rehabilitantom mogłem wstać opierając się o biurko, poruszam prawą stroną ciała.

- Wcześniej prawie całe dni spędzał Pan w szpitalu przy chorych. Teraz jest Pan też pacjentem.

- Choroba zatrzasnęła przede mną drzwi sali operacyjnej, przerwała też moje marzenia i największą przyjemnością jaką zawsze było przebywanie z chorymi.

- Marzenia?

- Tak, marzenia, żeby być blisko nich. Na szczęście czuję, że ciągle jestem potrzebny pacjentom i moim współpracownikom w SCCS. W ostatnim czasie tyle osób dało mi do zrozumienia, że czeka na mój powrót do pracy i do zdrowia, że zmotywowany tym, codziennie ćwiczę jak sportowiec po sześć godzin, albo w domu pod kierunkiem fizjoterapeutów, albo w znakomitym ośrodku dla chorych z porażeniem rdzenia w Mysłowicach. To duży wysiłek fizyczny, ale traktuję go jako zadanie. Kiedy wstaję rano i jadę na ćwiczenia, to nie wzdycham: „O Jezu”, ale po prostu stwierdzam, że nie mam wyjścia.

- Trzeba być silaczem...

- Nie, po prostu wiem, że inaczej zostałbym inwalidą, a nie chcę być kłopotem dla żony i otoczenia. Bo przecież facet, który sam nie jest w stanie samodzielnie się poruszać, jest w jakimś sensie zawałidrogą. Więc robię wszystko, żeby to zmienić. Zobaczymy...

- Przez lata uczył Pan swój zespół, że trzeba kochać pacjenta. To nie za duże słowo?

- Empatii wobec chorych nigdy nie jest za dużo. To niewyczerpane źródło nadziei pomagającej w zdrowieniu. Lubilem używać określenia, że chory to największa świętość lekarza, można rzec jego ekspresja religii. Lekarz, pielęgniarka, pracownik medyczny modlą się codziennie służąc chorym. To nasz medyczny brewiarz, który powinniśmy odmawiać z poszanowaniem tych, którym posługujemy.

- Pacjenta stawiał Pan na pierwszym miejscu jako minister zdrowia.

- I zawsze właśnie na niego będzie ukierunkowane moje działanie jako lekarza i nauczyciela akademickiego. Kiedy w 2015 r. byłem ministrem moim duchowym doradcą był śp. ks. Jan Kaczkowski. Któregoś dnia zadzwonił bardzo zbulwersowany, ponieważ jeden z profesorów medycyny w Gdańsku, po konsultacji młodego chorego z rakiem płuca, zamiast udzielić pokrzepiających rad, powiedział mu, że powinien się położyć spać i najlepiej - nie obudzić, żeby nie cierpieć. Za namową ks. Kaczkowskiego poprosiłem tego konsultanta na osobistą rozmowę i w jego obecności w sposób stanowczy, dałem mu do zrozumienia, że postąpił nieetycznie. Prosiłem, żeby przeprosił nie tylko chorego, ale i jego rodzinę.

- Ostro postawił Pan sprawę.

- Nie było innego wyjścia. Ks. Kaczkowski był chodzącym

sumieniem lekarzy, Miłosiernym Samarytaninem, a dla mnie - współczesnym świętym. Takim wzorem była też pracująca w naszym szpitalu wspaniała pielęgniarka Barbara Urbańczyk, niedawno zmarła z powodu choroby nowotworowej. Jestem pewien, że święta Weronika ma jej twarz i pracowite ręce.

- Czego Pana nauczyla choroba?

- Pokory, pokory i jeszcze raz pokory. Tego, jak bardzo jesteśmy uzależnieni od pomocy bliskich. W życiu każdego z nas zdarzają się sytuacje, że wkracza w nie brutalnie choroba i stajemy wobec wysokiego muru. Jeżeli wtedy nie mamy wsparcia ze strony bliskich, przyjaciół, którzy pomogą nam ten mur pokonać, to może nam być bardzo ciężko. Dostałem dziesiątki wyrazów życzliwości i wsparcia od byłych pacjentów i ich rodzin. Bogu i ludziom za wszystko dziękuję!

- Przypomina Pan, że każdego dnia pracujemy na przyjaźń. Może dzięki temu w trudnym momencie ktoś wyciągnie do nas rękę z pomocą.

- Wiele razy powtarzałem moim studentom, że dobro darowane zawsze wraca. Dzieje się tak pod warunkiem, że będziemy w nie stale inwestować, bo nie jest dane raz na zawsze. Należy je stale podsycać jak płomień świecy.

- Dobro to przede wszystkim Pan Bóg. Czy zastanawiał się Pan dlaczego dopuścił do Pana tak ciężkie doświadczenie?

- Nie ominęło mnie takie pytanie. Jeden z pielęgniarzy opiekujących się mną w Paryżu - Grek, katolik, powiedział mi: „Niech pan przyjmie swoją chorobę, bo to jest jakiś krzyż, który dostał pan nie bez powodu. On pana wzmocni a nie osłabi”. Ciągle pamiętam jego słowa. Bardzo się ucieszył kiedy wreszcie lekko poruszyłem nogą i dodawał mi otuchy mówiąc: „Tylko trzeba wytrwać”. Ja sam dodałem – wytrwać w pokorze i pracowitości, a to bywa ciężkie. I z każdego drobnego osiągnięcia czerpać nadzieję. Abp Nosol napisał do mnie po udarze list, w którym przypominał, że katolik stale doświadcza krzyży, które układają się w jego życie. Ważne aby się nie załamywać tylko podejmować wyzwania. Ten list będę pamiętał do końca życia.

- Do kierowanego przez Pana Śląskiego Centrum Chorób Serca trafiają chorzy przytłoczeni krzyżami chorób.

- A my jak umiemy staramy się im pomóc. Jesteśmy szpitalem przyjaznym dla chorych, których przyjmujemy z terenu woj. śląskiego i całego kraju. Niepokój co się stanie z kliniką, którą prof. Religa przekazał mi w testamentie, był przyczyną wielu moich bezsennych nocy na OIOM-ie w Paryżu. Po odzyskaniu świadomości powiedziałem o tym mojemu synowi Michałowi, kardiochirurgowi. Wrócił do Zabrze po dwóch bardzo udanych latach pracy na Uniwersytecie Alberta Einsteina w Nowym Yorku, gdzie zaproponowano mu zatrudnienie. Właśnie kiedy leżałem na intensywnej terapii, syn obiecał mi, że, w związku z moją chorobą pociągnie tę klinikę.

- Tej nocy mógł Pan spokojnie spać.

- Przyznaję, że się uspokoiłem. Muszę się pochwalić, że w minionym roku udało nam się spełnić marzenia prof. Relgi, który bardzo chciał abyśmy w Zabrzu wykonali co najmniej

70 transplantacji serca rocznie, jak w innych światowych ośrodkach. W tym roku przeprowadziliśmy 85 przeszczepów, w tym 26 pomyślnych przeszczepów obu płuc. Wykonaliśmy 73 transplantacji serca, co jest absolutnym rekordem w historii. Daje to gwarancję uratowania większej liczby chorych z nieodwracalnym uszkodzeniem serca po zawale. Drugim, spełnionym marzeniem prof. Religi i moim, była realizacja najsilniejszego w Polsce programu transplantacji płuc. To wielka zasługa fantastycznego zespołu profesjonalistów, którym kieruje wybitny pulmonolog, transplantolog dr med. Marek Ochman, adiunkt SUM. Te wiadomości są najlepszym źródłem mojego zdrowienia.

- Jakiś czas temu podjął Pan decyzję, że wraca do pracy. W poniedziałki konsultuje Pan pacjentów i ma wykłady dla studentów wydziału lekarskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. To już wyższy szczebel odwagi.

- Taka aktywność jest wpisana w mój powrót do zdrowia. Na szczęście mam nie zaburzone myślenie, a prawą ręką mogę sprawnie pisać, co pozwala mi funkcjonować.

- Pana aktywność jest aktem odwagi. Przecież musi się Pan liczyć, że ludzie bywają niedelikatni i mogą w różny sposób reagować na Pana stan.

- To wszystko prawda, ale zostawiam to ich ocenom. Zachowuję się poprawnie, nie mówię od rzeczy. Wydaje mi się, że między mną a młodymi medykami, których uczę, ale też wieloma pacjentami, zaistniała jakaś ważna więź porozumienia.

- Daje Pan niesamowite świadectwo.

- Każdy z nas, czy chce, czy nie chce, daje świadectwo. Daj Boże, żeby zawsze było dobre. Złych świadectw nie wolno dawać, ponieważ jest ich nadmiar. Dobrymi świadectwami musimy naturalnie pokazywać, że można zmieniać świat na lepsze. I to jest moje zadanie dopóki będę żył.

- Przed chorobą jako pierwszy Polak został Pan prezydentem Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Serca i Płuc.

- To był wielki dla mnie zaszczyt ale i ciężka praca. Być może w części wpłynęła na moją chorobę ale Bogu dziękuję za tę możliwość, dzięki której wiele dobrego udało się zrobić dla polskich lekarzy w zakresie szkolenia rezydentów i wykorzystywania unijnych rozwiązań. Z mojej inicjatywy i przy wsparciu prof. Jerzego Buzka zorganizowałem jeszcze przed chorobą w maju 2018 r. w Brukseli spotkanie liderów europejskiej medycyny z wysokim komisarzem ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa - Vytenisem Andriukaitisem, także kardiochirurgiem. Właśnie dobiegła końca moja prezydentura i nie chciałem jej zakończyć jako nieobecny, przebywający w szpitalu. Dlatego nagrałem wykład, który został pokazany w październiku 2018 r. podczas Kongresu w Mediolanie. Widziałem, że koledzy przyjęli go owacją na stojąco. Wspominałem w nim o wielu europejskich wybitnych naukowcach, którzy dają Polakom powody do dumy, bo pochodzili bądź pracowali w naszym kraju. Przypomniałem o nich, także podczas odbierania tytułu Doktora Honoris Causa mojej macierzystej uczelni - Uniwersytetu we Wrocławiu.

- Ten wykład poświęcił Pan profesorom urodzonym i wykształconym na śląskiej ziemi.

- Mam przekonanie, że stale trzeba przypominać, że na naszej ziemi żyli geniusze medycyny. Tytuł mojego wykładu „El camino academiae medicinae vreatislaviensis” był nawiązaniem do słynnej drogi do św. Jakuba, bo przecież historia medycyny przypomina pielgrzymkę. Do grobu św. Jakuba pielgrzymowała moja córka Joanna z dziećmi - Jaśminą i Olafem. Co ciekawe, moje wnuki chcą wrócić na ten szlak, co stanowi dla mnie potwierdzenie, że pielgrzymowanie ma głęboki sens.

- To, że przez lata chodził Pan od łóżka do łóżka chorego to też było Pana camino.

- To była najważniejsza część każdego dnia Teraz chodzę do nich we śnie....

- Zapisuje to Pan w swoich wierszach? Zawsze sygnalizowały co jest dla Pana najważniejsze.

- Muszę pani powiedzieć, że zmienił mi się sposób kojarzenia. Na OIOM-ie układało mi się trochę wierszyków. Chciałem je nawet podyktować córce i żonie ale ulatywały.

Może pani przeczyta mój wiersz jeszcze sprzed choroby, który też mówi o moich przeżyciach.

- „*Lęk przed spotkaniem z Tobą/ dodaje mi sił/ Poprawia wzrok/ Przywołuje dobre wspomnienia./podnosi ciepło/ naszych myśli/ożywia rytm/naszyc serc./Lęk przed Tobą*

/paraliżuje/zniechęca/zatrzymuje w drodze/Lęk także czeka/na naszą /odwagę”. Píše Pan o lęku, a człowiek tak wielu spraw się boi, na przykład choroby...

Bliskości też się boi... Choroba skraca dystans między lekarzem a pacjentem, daje szansę wniknięcia w drugiego. A kiedy wiemy, że ktoś jest przy nas, to lęk robi się mniejszy.

Przedruk; „Gość Niedzielny” 6 stycznia 2019 (1)



Fot. Dominika Koszowska

Barbara Gruszka-Zych – poetka, dziennikarka, krytyk literacki. Wydała ponad dwadzieścia tomików wierszy. Ostatnio „Basiu wróciłem” (2018). Jej zbiorek „Szara jak wróbel” (2012), wybitny krytyk Tomasz Burek umieścił wśród dziesięciu najważniejszych książek, które ukazały się w Polsce po 1989. Jej wybory wierszy zostały wydane po litewsku i rosyjsku – w Kownie, Wilnie, Petersburgu. Opublikowała też zbiory reportaży „Mało obstawiony święty. Cztery reportaże z Bratem Albertem w tle”

i „Zapisz jako...”, oraz książki wspomnieniowe: „Mój poeta” o Czesławie Miłoszu, a także „Takie piękne życie. Portret Wojciecha Kilara”. Za wywiady i reportaże otrzymała wiele nagród, między innymi za rozmowę z Wojciechem Kilarzem „Harmonia ducha” - nagrodę Stowarzyszenia Dziennikarzy Polskich im. M. Łukasiewicza (2012).

Anna Gibas



Oddychać pełną piersią, tak lekko, swobodnie, jak nigdy dotąd....”

O oddychaniu nikt z nas nie musi pamiętać. Automatyczne skurcze odpowiednich mięśni międzyżebrowych (odpowiedzialnych za rozszerzanie się klatki piersiowej) i przepony sprawiają, że to po prostu się dzieje. Przy wdechu powietrze zostaje zassane do organizmu tak, jak do odkurzacza. Wydech (niezbędny do usunięcia dwutlenku węgla po wymianie gazowej w płucach) to skutek rozluźnienia mięśni. Jakie to proste, zwyczajne... Kto się nad tym zastanawia, analizuje, rozmyśla...

A gdyby oddychać przez słomkę do picia, chociaż przez pół minuty. Ktoś odważny żeby spróbować? Dziwny eksperyment? Nie dla osób z niewydolnym układem oddechowym, w fazie skrajnej niewydolności narządu. Osoby chore czują się, jakby oddychali właśnie przez słomkę. Każdy oddech na wagę złota. Okupiony ogromnym wysiłkiem, cierpieniem i łzami. Do tej grupy należą chorzy na mukowiscydozę.

Mukowiscydoza (*Cystic Fibrosis* – CF) jest zespołem chorobowym uwarunkowanym genetycznie, która nie tylko wpływa na jakość życia, ale także na jego długość. Została odkryta przez szwajcarskiego pediatrę dr Franconi Guido w 1934r. Mukowiscydoza jest dziedziczona w sposób autosomalny, recesywny (oboje rodzice muszą być nosicielami wadliwego genu). Przyczyną choroby są mutacje genu kodującego białko CFTR. Efektem nieprawidłowej funkcji lub braku białka CFTR jest zaburzenie transportu jonów Cl⁻ przez błony komórkowe oraz zwiększenie absorpcji jonów Na⁺ i wody, co powoduje zagęszczenie i zwiększenie lepkości wydzieliny. Następstwem kumulacji wydzieliny w przewodach jest nieprawidłowa czynność gruczołów wydzielania zewnętrznego oraz zaburzenie funkcji i struktury narządów i układów, zwłaszcza układu oddechowego i pokarmowego.

W przypadku układu oddechowego procesy te utrudniają oddychanie, prowadzą do nawracających zakażeń oskrzeli i przewlekłego stanu zapalnego, a w konsekwencji do trwałego uszkodzenia tkanki płucnej. W układzie pokarmowym natomiast zaburza proces wydzielania enzymów, odpowiedzialnych za rozkładanie i wchłanianie tłuszczów, węglowodanów i białek z pokarmu do krwioobiegu. W konsekwencji organizm nie otrzymuje wystarczającej do prawidłowego funkcjonowania ilości substancji odżywczych, co powoduje mały przyrost masy ciała i prowadzi do niedożywienia.

Mukowiscydoza to choroba śmiertelna. Długość przeżycia zależy od bardzo wielu czynników. Przyjmuje się, że średnia długość życia chorego na mukowiscydozę w Polsce obecnie wynosi około 35 lat (średnia ta zmienia się, prognozuje się, że będzie się wydłużać, ze względu na postęp nauki i medycyny, w tym również medycyny transplantacyjnej). Wydłużenie życia u pacjentów ze skrajną niewydolnością oddechową w przebiegu mukowiscydozy jest możliwe tylko i wyłącznie dzięki transplantacji płuc.

Pierwszy w Polsce przeszczep u chorego z mukowiscydozą został przeprowadzony w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu w 2011 r. Od tego czasu w zabrzańskim ośrodku wykonano 40 przeszczepień płuc u pacjentów z mukowiscydozą. Bardzo mocno należy podkreślić fakt, iż tylko w 2018 roku dokonano 15 przeszczepień u w/w chorych. Stanowi to swego rodzaju rekord i prawdziwy rozkwit programu transplantacji płuc w Zabrzu. Za tym sukcesem stoi nowy, młody, ambitny, zdeterminowany zespół, który poprzez swoje zaangażowanie i pracę pragnie dać szansę, na nowe życie, jak największej liczbie chorych. Wśród tych 15 osób, które rozpoczęły nowe życie z nowymi płucami znalazła się młoda dziewczyna – Beata.

Beata i jej historia...

„W życiu są różne chwile, dni, momenty. Jedne pamiętamy mniej, inne zapadają w naszą pamięć bardziej. Dla mnie dniem, którego nie zapomnę nigdy był 6 kwietnia 2018 roku. Dzień rozpoczął się zwyczajnie i nic nie zapowiadało, że będzie to najważniejszy dzień w moim życiu. Zadzwoił telefon, na ekranie wyświetlił się napis - „Zabrze”. Pomyślałam, że dzwonią jak zwykle, zapytać jak się czuje, ile waży i czy ostatnio była jakaś infekcja. Ku mojemu zaskoczeniu w słuchawce odezwał się inny głos niż zwykle. Przemila Pani przedstawiła się i powiedziała w jakiej sprawie dzwoni. W tym momencie zamarłam. Tysiące myśli pojawiło się nagle, serce przyspieszyło jeszcze bardziej, jakby chciało wyskoczyć... Ale zacznijmy od początku...

O Mukowiscydozie dowiedziałam się dosyć późno, jak na tą chorobę, bo w wieku 24 lat. Diagnoza, którą mi przedstawiono była to dla mnie szokiem, zwłaszcza, że przez 9 lat powtarzano mi słowa: „Ciesz się, że to nie mukowiscydoza”. Po raz pierwszy słowa te usłyszałam w wieku 15 lat, kiedy zdiagnozowano u mnie rozstrzenie oskrzeli. Pomimo rozpoznanej choroby i postawionej diagnozy żyłam normalnie tak, jak na nastolatkę przystało, do grzecznych nigdy nie należałam. Korzystałam z życia jak tylko się dało: imprezy z rówieśnikami, wspólne wyjazdy, szalone pomysły – samo życie. Mój stan jednak pogarszał się coraz bardziej i konieczne stało się poszerzenie diagnostyki i zrobienie dodatkowych badań. Zapadł wyrok – MUKOWISCYDOZA, a ja poczułam się tak jakbym stała pod stromą ścianą, spod której nie ma wyjścia.

Po zdiagnozowaniu mukowiscydozy trafiłam pod opiekę ordynatora Tadeusza Bolda i dr. Jolanty Małeckiej - Dembowskiej, lekarzy ze Szpitala im. św. Barbary w Sosnowcu. Związałam się z tym miejscem na 8 długich lat. Szczęściem okazał się, iż trafiłam pod profesjonalną opiekę cudownych osób. Wspaniali ludzie z ogromnymi pokładami cierpliwości w stosunku do mnie. Bo u mnie pojawił się bunt. Manifestowałam go na każdym kroku. Nie akceptowałam choroby i sytuacji w jakiej się znalazłam. Nigdy nie potrafiłam powiedzieć, że jest to moja choroba bo nigdy nią nie była i nigdy nie będzie. Pan ordynator i dr. Jolanta cierpliwie znosili moje nastroje, humorki i fochy. Cały czas starali się jak najlepiej mnie prowadzić. Dbali bym czuła się możliwie jak najbardziej komfortowo. Nawet wtedy kiedy byłam słaba i nie miałam siły oddychać. Zdarzały się momenty, kiedy musiałam być podłączona do respiratora na masce CPAP. Respirator pomagał mi w chwilach, kiedy mój organizm nie dawał sam rady. Mogłam oddychać i jakoś funkcjonować.

W czasie jednego z pobytów w sosnowieckim szpitalu w Oddziale Leczenia Mukowiscydozy u Dorosłych pojawiała się opcja poddania się badaniom celem kwalifikacji do przeszczepienia płuc. Kolejny szok... Nie byłam na to przygotowana. Stanowczo powiedziałam „nie”. Byłam przekonana, że ten problem mnie nie dotyczy. Jestem silna, poradzę sobie. Skoro tyle lat dawałam radę, to czemu teraz miałby mi być potrzebny przeszczep płuc? - mnóstwo pytań, wątpliwości, rozterek. Jak bumerang wracało pytanie: „Co jeszcze przyniesie życie? Z czym jeszcze przyjdzie mi się zmierzyć?” Nie zdawałam sobie sprawy, że mój stan zdrowia nie poprawi się, tylko pogorszy jeszcze bardziej. Jedynie przeszczepienie płuc dawało nadzieję na normalne życie.

Na szczęście lekarze zdołali jednak mnie przekonać. Pomimo okoliczności cieszę się, że ich spotkałam na swojej życiowej drodze. Są bardzo ważnymi osobami w moim życiu. Nigdy nie zapomnę jak wiele dla mnie zrobili. Dzięki ich determinacji trafiłam do zabrzańskiego ośrodka, gdzie znalazłam się pod opiekę wspaniałych lekarzy: dr Marka Ochmana, dr Mirosława Nęckiego, dr Macieja Urlika i dr Tomasz Stącla. Zabrze napisało nowy rozdział w moim życiu.

6 kwietnia 2018r. po rozmowie telefonicznej z koordynatorem transplantacyjnym przyjechała po mnie karetka, która przetransportowała mnie do Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Bałam się wejść do szpitala, strach mnie sparaliżował, nie byłam w stanie zrobić kroku. Uspokoiłam się w chwili, kiedy ujrzałam moją kochaną przyjaciółkę Ewę. To ona towarzyszyła mi w ostatnich minutach przed wjazdem na salę operacyjną.

O samym przeszczepieniu, niestety nie mogę powiedzieć nic, bo cały czas spałam. Kiedy się wybudziłam, nie było tak różowo. Wszystko mnie bolało i bardzo przeszkadzała mi rurka intubacyjna w ustach. Staralam się dzielnie to wszystko znosić, ale było ciężko. Bardzo pomagali mi lekarze i wspaniałe pielęgniarki. W końcu została podjęta decyzja o usunięciu rurki intubacyjnej. Mój pierwszy oddech, moimi nowymi płucami. Uczucie, którego nigdy nie zapomnę. Lekarz kazał mi głęboko, spokojnie oddychać. A ja sobie pomyślałam, jak głęboko? Przecież nie potrafię, nie mogę, nie dam rady. Spróbowałam. Wzięłam głęboki wdech, pomimo bólu w klatce piersiowej udało się. Oddychałam sama, lekko, swobodnie, bez wysiłku jak nigdy dotąd. Do tej pory nie zdawałam sobie sprawy, że tak można...

Życie po przeszczepieniu jest nieporównywalne. Jest cudowne. Jest kolorowe. Jest niesamowite. Urodziłam się ponownie by żyć i oddychać pełną piersią. Nie chcę pamiętać przeszłości. To co było jest już za mną, teraz liczy się to co przede mną. Mam wiele planów i mnóstwo marzeń do spełnienia. Będzie to możliwe do zrealizowania dzięki mojemu dawcy... Często o nim myślę. Nie wiem kto był moim dawcą, nie znam płci, wieku, imienia. Wiem jedno, na pewno był on dobrym, wrażliwym człowiekiem, skoro za życia nie wyraził sprzeciwu pobrania narządów po śmierci. Wiem, że jego rodzina również wykazała się niezwykle postawą zgadzając się na pobranie narządów. Na pewno nie było to dla nich łatwe.

Wiem, że nie mogę zmarnować daru który otrzymałam. Żyję pełnią życia i nie patrzę na statystyki czy mam przed sobą 5 czy 10 lat. Ja mam zamiar przeżyć co najmniej 20 lat i to szczęśliwych lat.”



BEATA



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