

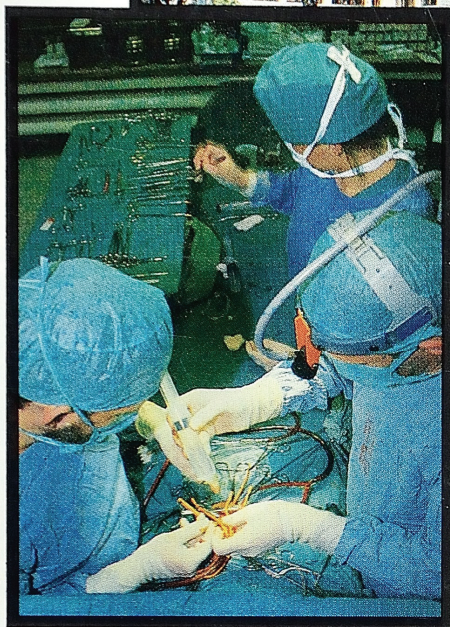
NUMER 34

ISSN 1730 - 1297



**SZLACHETNE
ZDROWIE**

Czasopismo Śląskiego Centrum Chorób Serca



KONFERENCJA KARDIOLOGICZNA

“NASTĘPNA DEKADA”

z okazji
X LECIA

Wojewódzkiego Ośrodka Kardiologii w Zabrzu

ZAPROSZENIE

10 YEARS ANNIVERSARY
SILESIAN CENTER OF CARDIOLOGY
INTERNATIONAL CONFERENCE

“The Next Decade”
Zabrze Poland



III MIĘDZYNARODOWOWA KONFERENCJA KARDIOLOGICZNA

THE THIRD INTERNATIONAL HEART CONFERENCE

“POSTĘPY W ROZPOZNWANIU I LECZENIU CHOROÓB SERCA”

“PROGRESS IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HEART DISEASES”

ZABRZE 24 - 25 czerwca 1995 r.

Szlachetne Zdrowie
Nikt się nie dowie
Jako smakujesz
Aż się zepsujesz

Jan Kochanowski

Jak rozpoznać ludzi, których już nie znamy
jak pozbierać myśli z tych nieposkładanych
jak oddzielić nagle serce od rozumu
jak usłyszeć siebie pośród śpiewu tłumu
Jak rozpoznać ludzi, których już nie znamy
jak pozbierać myśli z tych nieposkładanych
jak odnaleźć nagle radość i nadzieję
odpowiedzi szukaj, czasu jest tak wiele /Marek Grechuta



W numerze:

- Punkt widzenia
- Co to właściwie jest udar mózgu? Jakie są typy udaru mózgu?
- „Bliżej Transplantacji” - Warsztaty Fundacji SCCS
- Zmienność rytmu serca
- „... jak to jest narodzić się po raz drugi”
- Jak zdrowo i mądrze schudnąć, czyli zalecenia przy nadwadze
- Nerwica serca - co to w ogóle jest?
- Opieka zdrowotna w latach 1989-2009

Zapraszamy wszystkich do lektury kolejnego zeszytu naszego czasopisma, w którym każdy może znaleźć coś interesującego.

WYDARZENIA

- **26.01.2019 - Ogólnopolski Dzień Transplantacji**
- **12-13.03.2019 - II edycja autorskich Interaktywnych Warsztatów Doskonałych pt. „Niewydolność serca w praktyce klinicznej”.**
- **17-19.03.2019** - w Lizbonie, zaprezentowano wyniki badania RESULT. Głównym badaczem badania RESULT jest Prof. Lech Poloński i jest to pierwsze polskie badanie randomizowane u chorych z niewydolnością serca oraz z implantowanym urządzeniem wysokoenergetycznym (ICD lub CRT-D), które zostało zaplanowane i przeprowadzone w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze, w Klinikach Kardiologii kierowanych przez Prof. Mariusza Gąsiora i Prof. Zbigniewa Kalarusa. Projekt był współfinansowany przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w ramach programu **PROFILAKTYKA I LECZENIE CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH – STRATEGMED.**
- **29.03.2019** - konferencja **TRANSPLANTACJA – TWOJE TAK MA MOC**
- **03.06.2019** - XII Śląska Konferencja Placówek Promujących Zdrowie
- **05.06.2019** - I Kongres Pacjentów z Niewydolnością Serca
- **04.06.2017 - 07.06.2017** - XXVI Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna



REDAKCJA:

Bożena Smoter

Śląskie Centrum Chorób Serca
 Ul. M. Skłodowskiej 9
 41-800 Zabrze
 www.sccs.pl
 biblioteka@sccs.pl

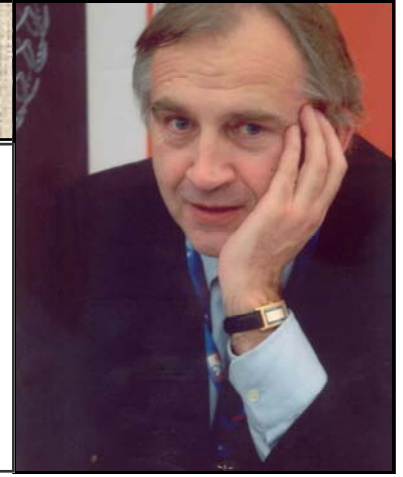
WYDAWCA:

Fundacja SCCS
 ul. Wolności 182
 41-800 Zabrze





Punkt widzenia



Prof. dr hab.

Marian Zembala

*Dyrektor Śląskiego Centrum
Chorób Serca*

Sukcesem współczesnej medycyny, a zwłaszcza kardiologii i kardiologii jest postęp w leczeniu zawału serca, co sprawia że znacznie rzadziej niż w przeszłości dochodzi do rozwoju ciężkiej pozawałowej niewydolności serca. Objawami niewydolności serca jest duszność i ograniczenie wydolności fizycznej. Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż choć chorzy z niewydolnością serca są w Polsce młodszy niż ich odpowiednicy w Europie, to jednak ciągle rośnie liczba chorych starszych, z licznymi obciążeniami wynikającymi z wieku oraz obecności chorób współwystępujących - w szczególności nadciśnienia tętniczego i cukrzycy. Niewydolność serca jest ogromnym problemem medycznym, ale i społecznym. Choroba przebiega z licznymi zaostreniami, które określa się mianem dekompensacji, które powodują konieczność intensywnego leczenia w szpitalu. Szacuje się, iż ten problem dotyka ok. połowy wszystkich chorych z niewydolnością serca. Ponadto obliczono, iż jedna osoba na dziesięć umrze w ciągu roku od postawienia tego rozpoznania. Ratunkiem może być leczenie w wielospecjalistycznych zespołach obejmujących kardiologa z doświadczeniem w leczeniu niewydolności krążenia, lekarza rodzinnego, diabetologa i internistę. W pierwszej kolejności jest to leczenie farmakologiczne, jednakże pomimo olbrzymich nakładów na innowacje w dziedzinie rozwoju nowych leków u części chorych nie udaje się powstrzymać postępu choroby. W sytuacji, gdy dochodzi do wyczerpania metod leczenia zachowawczego, a wydolność chorego nie ulega istotnej poprawie, współczesna kardiologia i kardiologia pozwala na bardziej precyzyjną diagnostykę przyczyny niewydolności serca w oparciu o badania pogłębione, z uwzględnieniem nowoczesnej echokardiografii, medycyny nuklearnej i rezonansu magnetycznego serca. Należy odpowiedzieć na pytanie co jest przyczyną niewydolności serca i co jesteśmy w stanie choremu zaproponować, aby objawy ustąpiły lub istotnie się zmniejszyły. Jeżeli przyczyną niewydolności jest kardiomiopatia pozawałowa to podstawowym zadaniem zespołu leczącego jest ocena czy rzeczywiście u chorego tętnice wieńcowe są krytycznie zwężone lub pozamykane. W przypadku zachowanej żywotności mięśnia serca udrożnienie krytycznie zwężonych,

a nawet niekiedy zamkniętych tętnic wieńcowych można znacząco wpłynąć na poprawę jakości i długości życia chorego. Poprawa unaczynienia czyli tzw. rewaskularyzacja jest wykonywana przez kardiologa interwencyjnego za pomocą implantacji stentów (angioplastyka wieńcowa) albo przez kardi chirurga za pomocą wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych (bajpasów) - te przyczynowe działania mają na celu poprawę ukrwienia serca i przywrócenie jego wydolności. Uszkodzone serce jest niestabilne elektrycznie, co sprzyja powstawaniu groźnych arytmii. Kolejną, uzupełniającą metodą leczenia niewydolności serca jest wszczepianie specjalnych urządzeń elektronicznych, które przez cały czas monitorują rytm serca, zaś w szczególnych sytuacjach występowania groźnych dla życia arytmii przerywają je za pomocą impulsów elektrycznych. Ponadto, posiadają one funkcje przywracania właściwej synchronii skurczu. Uszkodzone serce można porównać do orkiestry, fałszującej pod wodzą niedobrego dyrygenta. Resynchronizacja przywraca właściwą „melodię” serca i poprawia jego sprawność. Niestety, niekiedy występują sytuacje gdy w badaniach obiektywnych rozpoznajemy nieodwracalne uszkodzenie serca i brak rezerw do poprawy wydolności. W sytuacji kiedy wydolność chorego dramatycznie się pogarsza i reakcja na leczenie farmakologiczne staje się bardzo ograniczona, postępowaniem z wyboru jest wspomaganie krążenia z udziałem tzw. kontrapulsacji wewnątrzortalnej, która jest dostępna we wszystkich oddziałach i pracowniach hemodynamicznych w kraju. Jeżeli to postępowanie nie wystarcza, współczesna medycyna także w Opolu i województwie opolskim dysponuje możliwościami wspomaganie krążenia i oddychania za pomocą pozaustrojowego natlenowania krwi (ECMO). W każdym oddziale kardiologii w Polsce, a więc także w Opolu i w wielu innych ambitnych oddziałach intensywnej terapii są zespoły lekarskie złożone z kardiologów, kardiologów

i anestezjologów będące w stanie, z pomocą perfuzjonistów, zastosować w ściśle określonych wskazaniach ECMO. Daje to szansę uratowania życia i przeprowadzenia chorego przez trudny okres ostrej niewydolności krążeniowo-oddechowej. ECMO może być ratunkiem u chorych we wstrząsie kardiogennym, w rozległym zatorze płucnym po zatruciu używkami i po incydentach zatrzymania krążenia. Sukcesem polskiej medycyny jest upowszechnienie tej metody leczenia dzięki pracy kardiologów, kardiochirurgów i perfuzjonistów. Podkreślmy wyraźnie: transplantacja serca jest zarezerwowana wyłącznie dla chorych, którzy mają udokumentowane nieodwracalne uszkodzenie serca i brak przeciwwskazań do jej wykonania takich jak cechy czynnej infekcji, niewydolność nerek, wątroby czy obecność nadciśnienia płucnego. Doświadczenie zabrzańskie w zakresie transplantacji serca, zwłaszcza w minionym roku jest bardzo bogate i świadczy o tym, iż można istotnie zwiększyć liczbę uratowanych chorych dzięki tej metodzie leczenia. Szczególnie, jeśli podejmiemy wspólne wysiłki z udziałem środowiska anestezjologicznego, których celem będzie uwzględnienie każdego potencjalnego dawcy z udokumentowaną śmiercią mózgu. Bezcenne narządy dawcy (nerki, wątroba, serce, płuca, trzustka, rogówka) mogą posłużyć do przywrócenia zdrowia, a nawet życia wielu chorym. Trzeba z dumą podkreślić, że przed czterema, sześcioma laty, województwo opolskie, należało do wzorowych w aspekcie działalności donacyjnej i powinniśmy zrobić wszystko, aby tę zaszczytną pozycję w kraju utrzymać. Tym bardziej, iż wzorem sprawdzonych rozwiązań istniejących w Niemczech i Austrii jest to swoistą nobilitacją środowiska anestezjologicznego i pracowników intensywnej terapii. W tabeli 1 zawarto ogólną liczbę transplantacji serca wykonaną w Polsce oraz w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu w 2018 roku z podziałem na poszczególne miesiące.

Podsumowując, jednym z ważnych sposobów ratowania chorych z ciężką niewydolnością serca jest wykorzystanie sztucznych komór wspomaganie krążenia. W przeszłości były to komory zewnętrzne, pneumatyczne, typu RELIGA lub BERLIN HEART. Obecnie są to pompy wszczepialne, których wirnik lewituje w polu elektromagnetycznym eliminując ryzyko awarii elementów mechanicznych. Po ich implantacji leczenie farmakologiczne jest kontynuowane, ale istotnie poprawia się wydolność serca, a także w konsekwencji tolerancja wysiłku fizycznego. W literaturze anglosaskiej implantacja pompy wspomagającej pracę lewej komory serca jest określana mianem pomostu, które w pewnych przypadkach umożliwia przeprowadzenie chorego na drugą stronę niebezpiecznej rzeki, skąd można oczekiwać na transplantację serca lub w przypadku regeneracji serca rozważyć wyszczerpienie urządzenia. To specjalistyczne leczenie jest z powodzeniem prowadzone w wybranych ośrodkach w Polsce, m.in. w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu, gdzie wykonuje się ok. trzydziestu takich zabiegów rocznie. Warto podkreślić, iż wskazania do lewokomorowego wspomaganie krążenia są rozpatrywane indywidualnie dla każdego chorego przez zespół lekarzy specjalistów, a sama metoda dynamicznie rozwija się nie tylko w Polsce, ale także w Europie i na świecie.

prof. dr hab. n. med. Marian Zembala,
dr n. med. Grzegorz Kubiak

Tabela 1. Liczba transplantacji serca w Polsce oraz w Zabrzu z podziałem na miesiące w 2018 r.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	ogółem
Polska	13	7	20	11	12	10	14	8	13	13	15	11	147
Zabrze	8	5	10	6	5	5	4	6	6	7	8	6	76



Co to właściwie jest udar mózgu? Jakie są typy udaru mózgu?

czyli o definicji i klasyfikacji udarów...

Bardzo często w mowie potocznej spotyka się pojęcie „wylewu do mózgu” utożsamianego w społeczeństwie z udarem mózgu, ale nie jest to pojęcie prawidłowe i nie należy go stosować jako ekwiwalent terminu „udar mózgu”. Dlaczego? I co to właściwie jest udar mózgu?

Według definicji **udar mózgu** to nagłe wystąpienie ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, które, jeśli nie doprowadzą wcześniej do zgonu, trwają dłużej niż 24 godziny i spowodowane są regionalnym uszkodzeniem tkanki mózgowej wynikającym z przyczyn naczyniowych.

Brzmi skomplikowanie? Już tłumaczymy...

Mózg człowieka składa się z dwóch półkul (które podzielono na płaty czołowe, ciemieniowe, skroniowe, płat potyliczny) oraz mózdzku i pnia mózgu. Każda z części mózgu odpowiedzialna jest za określone funkcje związane z naszym funkcjonowaniem: od najbardziej podstawowych czynności, jak oddychanie (pień mózgu) po bardzo złożone, jak np. myślenie abstrakcyjne (płat czołowy). I tak np. płat potyliczny odpowiada za widzenie, a jego uszkodzenie ogniskowe może skutkować zaburzeniami widzenia, czytania i pisanie; płaty skroniowe odpowiadają za odbiór wrażeń słuchowych, a ich uszkodzenie może powodować nierozumienie mowy; płaty czołowe odpowiadają za czynności ruchowe oraz wyższe funkcje psychiczne, a ich uszkodzenie może doprowadzić do zaburzeń ruchu (paraliż, niedowład) lub zaburzeń zachowania i osobowości. Mózg jest bogato unaczyniony i każda ze wspomnianych części mózgu zaopatrywana jest w krew przez odpowiednie tętnice. Niestety, komórki nerwowe są bardzo podatne na

uszkodzenie, do czego w przypadku udaru mózgu dochodzi w związku z nieprawidłowością w obrębie naczyń doprowadzających do niego krew.

Do różnego stopnia uszkodzenia mózgu może dojść zarówno w wyniku „niedotlenienia mózgu”, czyli bardziej fachowo mówiąc *niedokrwienia mózgu* (w wyniku np. ograniczenia napływu krwi do mózgu przez bardzo zwężoną/zatkaną tętnicę mózgową lub szyjną) - wówczas mamy do czynienia z tzw. **udarem niedokrwinnym mózgu** lub w wyniku *krwawienia* z naczynia do tkanki mózgowej (np. w przypadku pęknięcia tętniaka tętnicy mózgowej) i wówczas mamy do czynienia z **udarem krwotocznym mózgu**. Tylko i wyłącznie w przypadku tego drugiego, rzadszego typu udaru mogłoby mieć zastosowanie określenie „wylew do mózgu”, ale już wiemy, że jest to sformułowanie potoczne i nie należy go stosować.

Tak więc istnieją dwa typy udaru mózgu: niedokrwenny lub krwotoczny.

Udar niedokrwenny mózgu jest o wiele częstszy, występuje w 80% przypadków udaru mózgu. Do niedokrwienia tkanki mózgowej dochodzi w wyniku zwężenia/zamknięcia tętnicy doprowadzającej krew do danego obszaru w mózgu (może to być tętnica wewnątrzmożgowa lub doprowadzająca krew do głowy, np. tętnica szyjna) i/lub wskutek „zaburzeń hemodynamicznych”, czyli powodujących zwolnienie/zaburzenie przepływu krwi do mózgu (np. skrzeplina, zator, słaby rzut serca). Takie niedokrwienie, czyli zmniejszenie lub brak napływu krwi do danego obszaru, prowadzi do zaburzenia dostarczania substancji odżywczych i tlenu do komórek nerwowych, a w następstwie ich uszkodzenia, nawet obumarcia.

Co to znaczy w praktyce? Przykładowo, jeśli dany pacjent ma zaawansowane zmiany miażdżycowe w tętnicach szyjnych lub mózgowych to - podobnie jak w przypadku zawału serca - może dojść do zatkania takiego istotnie przewężonego naczynia np. przez skrzeplinę. W konsekwencji krew nie dopłynie w ogóle lub w bardzo ograniczonym stopniu do danego obszaru mózgu, w wyniku czego uszkodzeniu ulegną komórki nerwowe i zaburzone zostaną funkcje, za które odpowiedzialny jest dany

obszar mózgu np. mowa, wzrok, chód, itd. Stopień niesprawności po udarze zależy od wielkości i regionu niedokrwionego mózgu. Niestety, im większy udar tym większe spustoszenie i mniejsze szanse na skuteczną rehabilitację i powrót utraconych funkcji (patrz: skutki udaru mózgu). Nierzadko niestety udar prowadzi bezpośrednio do śmierci, jeśli dotyczy obszarów życiowo ważnych, np. odpowiedzialnych za oddychanie.

Do udarów niedokrwiniennych należą:

- udary zakrzepowo-zatorowe spowodowane zmianami miażdżycowymi (40%) – najbardziej typowy mechanizm powstania udaru został opisany powyżej,
- udary zatorowe spowodowane głównie zatorami pochodzenia sercowego (15% - 30%), najczęściej jako powikłanie migotania przedsionków,
- udary lakunarne w obrębie małych naczyń tętniczych mózgu (15% - 30%).

Ze względu na dynamikę i odwracalność objawów wyróżnia się trzy postacie kliniczne udaru niedokrwiniennego:

1. przejściowy atak niedokrwinienny mózgu (Transient Ischemic Attack, ang. TIA) - to wystąpienie przemijających zaburzeń funkcji neurologicznych w wyniku ostrego niedokrwienia mózgu, ale objawy trwają od kilku minut do kilku godzin, jednak nie dłużej niż 24 godziny,
2. odwracalne niedokrwienie mózgu (Reversible Ischemic Neurological Deficit, ang. RIND), które oznacza wystąpienie objawów zaburzenia czynności mózgu utrzymujących się powyżej 24 godzin i cofających się przed upływem 21 dni,
3. dokonany udar niedokrwinienny (Complete Ischemic Stroke, ang. CSI), oznaczający wystąpienie trwałego zaburzenia funkcji mózgu.

Udar krwotoczny, choć rzadszy, bo występujący w 20% przypadków udaru mózgu, jest niestety zazwyczaj jeszcze bardziej dewastujący niż udar niedokrwinienny. Do krwawienia może dojść w wyniku uszkodzenia lub rozerwania naczynia mózgowego, co w konsekwencji prowadzi do

przedostania się krwi do tkanki mózgowej tzw. krwawienie śródmózgowe (15%, najczęściej jest to powikłanie nadciśnienia tętniczego) lub do przestrzeni pomiędzy mózgiem a czaszką tzw. przestrzeni podpajęczynówkowej (5%, najczęściej jest to powikłanie tętniaka).

Jakie są czynniki ryzyka udaru mózgu? Profilaktyka pierwotna oraz czynniki ryzyka i chorobach sprzyjających udarowi mózgu

Na dużą zachorowalność i dramatycznie wysoką śmiertelność z powodu udaru mózgu w Polsce ma wpływ duże obciążenie chorobami współistniejącymi, a zwłaszcza chorobami układu krążenia (nadciśnieniem tętniczym i chorobami serca) oraz płuc. Społeczeństwo polskie obciążone jest licznymi czynnikami ryzyka wystąpienia udaru, które już same w sobie mogą stanowić zagrożenie dla życia, a w przypadku wystąpienia udaru mózgu istotnie pogarszają jego przebieg. Ponad połowa chorych z udarem mózgu umiera nie bezpośrednio z powodu samego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, ale z powodu wikłających jego przebieg chorób współistniejących. A przypomnijmy, że **aż 80% zdarzeń sercowych i mózgowych można zapobiec poprzez odpowiednią zmianę stylu życia i edukację!!!**

Poprzez redukcję czynników ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych, w tym udaru mózgu, poprawiamy naszą kondycję zdrowotną i zmniejszamy szanse na to, że niektóre ze wspomnianych chorób w ogóle wystąpią. **Trzeba tylko wiedzieć jak bardzo duże znaczenie mają poszczególne czynniki ryzyka, jak z nimi skutecznie walczyć, żeby się ich pozbyć.**

Przyjrzyjmy się bliżej czynnikom ryzyka udaru mózgu, bo profilaktyka pierwotna udaru mózgu i innych chorób układu krążenia polega właśnie na unikaniu, a jeśli już wystąpią, to redukowaniu opisanych poniżej czynników ryzyka.

Wśród tzw. czynników ryzyka wystąpienia udaru można wyróżnić takie, na które mamy wpływ tzw. *modyfikowalne* (i jest ich większość!!!) oraz te, których nie jesteśmy w stanie zmienić, czyli

niemodyfikowalne.

Niestety nie mamy wpływu na to:

- jaką mamy płeć (udar w Polsce częściej występuje u mężczyzn, ale to nie znaczy, że kobiety omijają)
- jaki mamy kolor skóry (udary częściej występują u osób rasy czarnej)
- ile mamy lat (wciąż się starzejemy, a nasze ryzyko rośnie szczególnie powyżej 55 r.ż.)
- jakimi czynnikami genetycznymi „obdarzyli nas rodzice”

Są to tzw. *czynniki niemodyfikowalne*, ale dobra wiadomość to taka, że jest ich niewiele.

Na większość pozostałych czynników ryzyka mamy bezpośredni lub pośredni wpływ (*czynniki modyfikowalne*). Oto i one:

- **palenie tytoniu** - jeden z największych cichych zabójców człowieka, a wystarczy tylko mieć odpowiednią motywację i być konsekwentnym, aby rzucić palenie i istotnie poprawić swoje rokowanie!!! Jest to główny czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, w tym głównie udaru mózgu, układu oddechowego i nowotworów! Odpowiada za 50% wszystkich dających się uniknąć zgonów wśród palaczy!!! Jeśli palisz, pierwszym krokiem na drodze do zdrowia jest zaprzestanie palenia - to jeden z najważniejszych czynników ryzyka, na który mamy wpływ. Niektóre korzyści związane z rzuceniem palenia są niemal natychmiastowe, inne wymagają więcej czasu. Zmniejszenie ryzyka wystąpienia udaru mózgu występuje już po 2 latach od rzucenia palenia, a po upływie 5 lat jest takie jak u osób niepalących. Oszacowano, że łączne ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych po 10–15 lat od zaprzestania palenia zbliża się do ryzyka u osób niepalących.

- **nadwaga i otyłość** - aby się przed nimi uchronić należy się odpowiednio odżywiać i dbać o wysiłek fizyczny. Nadmierna masa ciała sprzyja bowiem zaburzeniom gospodarki lipidowej, miażdżycy, nadciśnieniu tętniczemu, cukrzycy, chorobom układu krążenia, w tym udarowi mózgu.

Dowiedziano, że kobiety, u których obwód pasa przekracza 88 cm oraz mężczyźni, których obwód pasa wynosi ponad 102 cm mają o 60 proc. większe szanse na rozwój nadciśnienia, a przez to również udaru mózgu. **Należy dążyć do obwodu pasa < 80 cm u kobiet i < 94 cm u mężczyzn oraz BMI 20-25!!!**

- **zaburzenia gospodarki lipidowej** - sprzyjają miażdżycy i chorobom układu sercowo-naczyniowego; aby się przed nimi uchronić należy się odpowiednio odżywiać i dbać o wysiłek fizyczny, a gdy te działania okażą się już niewystarczające - odpowiednio i skutecznie leczyć. **Należy dążyć do stężenia cholesterolu całkowitego w osoczu poniżej 5 mmol/l (< 190 mg/dl), a cholesterolu LDL (tzw. zły cholesterol) poniżej 3 mmol/l (< 115 mg/dl).**

Jeśli jednak należymy do pacjentów z grupy dużego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych (np. współistnieje nadciśnienie tętnicze lub cukrzyca) to docelowe stężenie LDL powinno być jeszcze niższe, tj. poniżej 2,5 mmol/l (< ok. 100 mg/dl).

U pacjentów z grupy bardzo dużego ryzyka (tj. chorych po incydentach naczyniowych, np. po zawale serca lub udarze mózgu) zaleca się docelowe stężenie LDL < 1,8 mmol/l (< 70 mg/dl) lub jego zmniejszenie o co najmniej 50%.

- **nadużywanie alkoholu** – to, czy i w jakiej ilości oraz jaki alkohol spożywamy zależy tylko i wyłącznie od nas samych... Jeśli tracimy nad tym kontrolę i staje się problemem medycznym, wówczas trzeba szukać pomocy u specjalisty. Udowodniono nawet kilkukrotny wzrost ryzyka udaru niedokrwiennego i krwotocznego mózgu w przypadku nadużywania alkoholu, zwłaszcza u osób młodych. Nie należy więc spożywać dziennie więcej niż 20g alkoholu u mężczyzn i 10g alkoholu u kobiet (10g to w przybliżeniu odpowiednik 1 drinka). Wino czerwone wydaje się mieć w tym przypadku najkorzystniejszy profil bezpieczeństwa.

- **stosowanie narkotyków**, np. amfetaminy, kokainy - nawet niewielka ilość środków niedozwolonych jakimi są narkotyki stanowi

zagrożenie dla naszego zdrowia, dlatego **obowiązuje zasada: NIE BIORE!**

- **bierny/siedzący tryb życia** - czasami trudno samemu zacząć regularną aktywność fizyczną, ale w towarzystwie jest łatwiej i różniej, a motywacja i zabawa większa!!! Pamiętajmy „**Ruch jest w stanie zastąpić prawie każdy lek, ale wszystkie leki razem wzięte nie zastąpią ruchu**”. Wystarczy już co najmniej 5 × w tygodniu po 30 minut aktywności fizycznej, aby wpłynąć m. in. na poprawę kondycji, redukcję masy ciała i ciśnienia tętniczego, poprawę profilu lipidowego i obniżenie poziomu glukozy we krwi a przez to modyfikację kilku czynników ryzyka jednocześnie, co w efekcie prowadzi do redukcji zachorowalności i śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych, w tym udaru mózgu.

Osoby dotychczas zdrowe powinny dążyć tygodniowo do 2,5–5 h aktywności fizycznej o co najmniej umiarkowanej intensywności lub też 1–2,5 h wysiłku o dużej intensywności. Jeśli jednak masz długą przerwę w ruchu i/lub dodatkowo obciążony jesteś licznymi czynnikami ryzyka lub chorobami układu sercowo-naczyniowego to przed powrotem do większego wysiłku warto skonsultować się z lekarzem i skorzystać z pomocy i rady profesjonalnych trenerów.

- **niezdrowe zwyczaje żywieniowe**, w tym spożywanie nadmiernej ilości soli i cukru białego. Podstawowym warunkiem zachowania zdrowia jest prawidłowe odżywianie. Należy pamiętać o ograniczeniu spożycia soli do < 5 g/dobę (a optymalnie nawet do 3 g/dobę). Nawet niewielkie zmniejszenie spożycia soli o 1 g/dobę u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym zmniejsza skurczowe ciśnienie tętnicze o 3,1 mmHg (nieco mniej, bo o 1,6 mmHg u osób z prawidłowym ciśnieniem tętniczym), a **wiemy, że źle kontrolowane ciśnienie tętnicze to jeden z głównych czynników ryzyka udaru mózgu!!!**

- **nadmierny stres** – niestety, we współczesnych czasach towarzyszy nam na każdym kroku. Sprzyja udarowi na wiele sposobów: powoduje skurcz tętnic, a przez to wpływa na wzrost ciśnienia tętniczego oraz postępujące uszkodzenie naczyń, podnosi poziom tłuszczów i cukru we krwi, przez

co destabilizuje nasz organizm. Ale na szczęście istnieje wiele zdrowych dla serca metod na radzenie sobie ze stresem; warto znaleźć odpowiednią dla siebie.

- **nadciśnienie tętnicze** - wiadomo, że wraz ze wzrostem ciśnienia tętniczego krwi liniowo wzrasta ryzyko wystąpienia udaru mózgu! Niekontrolowane nadciśnienie tętnicze jest bowiem jednym z głównych czynników ryzyka udaru mózgu. Aby uniknąć nadciśnienia trzeba odpowiednio wcześniej wprowadzić tzw. zdrowy styl życia. Jeśli jednak już mamy podwyższone wartości ciśnienia tętniczego, w pierwszym rzędzie należy zrobić dokładnie to samo, tj. zadbać o pozbycie się wszystkich powyżej omówionych czynników ryzyka, co może doprowadzić do wystarczającego obniżenia wartości ciśnienia tętniczego, tak że możliwe będzie zredukowanie, a nawet w niektórych przypadkach odstawienie leków nadciśnieniowych.

Leczenie nadciśnienia tętniczego istotnie zmniejsza ryzyko udaru mózgu, a to zależy od stopnia obniżenia ciśnienia. *Obniżenie ciśnienia skurczowego o 20 mmHg, a rozkurczowego o 10 mmHg zmniejsza ryzyko udaru o ponad 40%!!! Należy docelowo dążyć do wartości poniżej 140/90 mmHg.*

- **zaburzenia gospodarki cukrowej, w tym cukrzyca** - poprzez modyfikację wymienionych wyżej czynników ryzyka również korzystnie wpływamy na gospodarkę węglowodanową, a przez to jednocześnie stosujemy szeroko pojętą profilaktykę pierwotną cukrzycy i stanów przedcukrzycowych. *Cukrzyca jest uznanym czynnikiem ryzyka udaru niedokrwiennego*, a jej odpowiednie leczenie, mimo, że nie spowoduje całkowitej likwidacji ryzyka, skutecznie ograniczy występowanie powikłań.

- **do ważnych czynników ryzyka wystąpienia udaru mózgu należą również takie choroby:** jak migotanie przedsionków, choroby tętnic obwodowych (w tym szyjnych i kończyn dolnych), zespół bezdechu sennego, migrena, dna moczanowa, niedoczynność gruczołu tarczowego, zakażenia oraz zaburzenia krzepnięcia krwi. Należy pamiętać, że odpowiednie ich leczenie, nawet jeśli nie spowoduje całkowitej likwidacji ryzyka, to istotnie wpłynie na poprawę rokowania i redukcję ryzyka udaru mózgu.

Jak widać w kwestii poprawy naszego zdrowia i rokowania na przyszłość bardzo dużo leży w naszych rękach, trzeba tylko chcieć wpłynąć na

swoje życie, zmienić niektóre przyzwyczajenia i wprowadzić odpowiednie zmiany, aby w przyszłości cieszyć się lepszym zdrowiem.

Czy ja również mogę dostać udar mózgu? czyli o epidemiologii i czynnikach ryzyka wystąpienia udar mózgu...

Niestety tak. Zwłaszcza jeśli nie dbasz o siebie i swoje ciało... Ale po kolei. Na początek trochę statystyki...

Wśród przyczyn zgonów w świecie udary mózgu zajmują drugie miejsce, w krajach rozwiniętych trzecie (po chorobach serca i nowotworach), a w Polsce ze względu na dużą liczbę urazów (głównie wypadków komunikacyjnych) - czwarte miejsce. Jedna na sześć osób na świecie dozna udaru mózgu w trakcie swojego życia. Szacuje się, że na świecie co 6 sekund jeden człowiek umiera z powodu udaru, a rocznie łącznie ponad 5 milionów ludzi.

Przerażające? Oj tak... A jak jest w Polsce?

Na terenie Polski średnio co 8 minut dochodzi do udaru mózgu. Każdego roku dotyka on około 80 tysięcy osób. Roczne ryzyko wystąpienia udaru mózgu u osób młodych wynosi 1 na 30 000 osób, podczas gdy u osób w wieku 75-85 lat - 1 na 45, u jeszcze starszych - 1 na 30 osób. W młodszych grupach wiekowych współczynniki zapadalności na udar mózgu wśród mężczyzn są dwukrotnie większe niż wśród kobiet, ale wraz z wiekiem różnice te ulegają zmniejszeniu, a powyżej 75 roku życia – wyrównaniu; można nawet zaobserwować przewagę wśród kobiet. Współczynniki zapadalności na udar mózgu w naszym kraju kształtują się i utrzymują się na średnim poziomie europejskim wynoszą 177/100000 mężczyzn i 125/100000 kobiet. Bardzo niekorzystnie są natomiast wskaźniki umieralności chorych z udarem mózgu, wynoszą bowiem 106/100000 mężczyzn i 79/100000 kobiet i są jednymi z najwyższych w Europie, a co najgorsze nie wykazują istotnego trendu spadkowego. Śmiertelność w Europie Zachodniej wynosi od 18 do 25%, a w Polsce aż około 40%. Jeszcze gorzej w Polsce wygląda sprawa niepełnosprawności u pacjentów, którzy przeżyli udar, dotyczy ona

bowiem aż około 70% chorych, podczas gdy w krajach rozwiniętych poniżej 50% chorych. Niestety, prognozy dotyczące zachorowalności w ciągu najbliższych kilkudziesięciu lat nie są optymistyczne głównie ze względu na tzw. starzenie się populacji. Znaczny wzrost populacji osób po 65 r.ż. przyczyni się do zwiększenia liczby nowych zachorowań na udar mózgu zarówno w Polsce, jak i w Europie.

Myślenie, że ryzyko wystąpienia udaru dotyczy tylko osób starszych i bardzo schorowanych jest niestety błędne. To prawda, że ryzyko udaru rośnie istotnie z wiekiem i liczbą obecnych czynników obciążających, ale nawet jeśli w chwili obecnej prawdopodobieństwo wystąpienia udaru mózgu u Ciebie wydaje się być stosunkowo niskie (bo masz 30 - 40 lat i dotychczas nie chorowałeś), to jeśli nie wdrożysz odpowiednich zachowań prozdrowotnych, nie ograniczysz czynników ryzyka, nie zaczniesz myśleć w kategoriach dbania o siebie na przyszłość - to za kilka - kilkanaście lat będziesz potencjalnie takim samym kandydatem do wystąpienia chorób sercowo - naczyniowych, w tym udaru mózgu jak każda inna przeciętny Polak. A społeczeństwo polskie niestety ma bardzo słabą kondycję zdrowotną.

Czynniki ryzyka wystąpienia zarówno udaru mózgu, jak i innych chorób sercowo-naczyniowych są wspólne, tak więc dbając o zmianę stylu życia i modyfikując te czynniki ryzyka, na które mamy wpływ (a mamy wpływ na bardzo wiele, tylko trzeba chcieć!!!), zmniejszamy ryzyko wystąpienia nie tylko udaru mózgu, ale również innych chorób układu sercowo-naczyniowego np. zawału serca czy niedokrwienia kończyn dolnych.

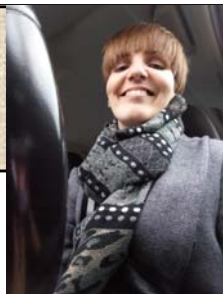
Aż 80% zdarzeń sercowych i mózgowych można zapobiec poprzez odpowiednią zmianę stylu życia i edukację!!! Warto..?

Warto!

Bo konsekwencje udaru mózgu są dramatyczne.

Katarzyna Kasińska

Wolontariusz i Koordynator Fundacji Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu



"Blżej Transplantacji" – Warsztaty Fundacji SCCS

"Każdy przeszczep narządu ma swoje źródło w decyzji o wielkiej wartości etycznej; decyzji, aby bezinteresownie ofiarować część własnego ciała z myślą o zdrowiu i dobru innego człowieka" (św. Jan Paweł II)

Z przeszczepionym narządem, żyje w Polsce kilkadziesiąt tysięcy osób.

Każda z nich to ludzka intymna historia związana z chorobą, cierpieniem, strachem i bólem.

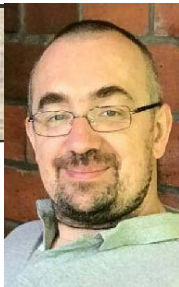
Często na akcjach edukacyjnych w szkołach, w których prowadzimy prelekcje dotyczące tematyki świadomego dawstwa i transplantacji narządów spotykamy się z młodzieżą, która nie boi się zadawać trudnych pytań. Po jednej z takich wizyt, zrodził się pomysł rozszerzenia spotkania o wartość etyczną i zapoznanie uczniów z zespołem medycznym i pracą na oddziale transplantacyjnym. Powstała wizja warsztatów „Blżej transplantacji”. I tak, 19 marca w Auli im. Prof. Zbigniewa Religi w Klinice Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, goście z całej Polski w tym Beneficjenci transplantacji, pracownicy Kliniki, osoby oczekujące na przeszczepienie oraz młodzież z zabrzańskich szkół pragnąca „dotknąć” w innej odsłonie codzienności pracy na oddziałach ratujących życie, uczestniczyli w pierwszej edycji akcji.

Wspólna dyskusja połączyła spostrzeżenia młodych ludzi - przyszłych lekarzy, pielęgniarki, ratowników medycznych, laborantów, farmaceutów, sanitariuszy z doświadczonym Zespołem Specjalistów, którzy pracują na oddziałach transplantacyjnych Kliniki Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Temat etyki w transplantacji narządów przedstawił dr Dawid Borowik. Wystąpienie to spotkało się z ogromnym zainteresowaniem zgromadzonych, ponieważ tak mało wartości i wzorców postępowania w podręcznikach, a jakże często spotykamy się z nimi w życiu codziennym. Mgr Anna Gibas

zaprezentowała jak wygląda praca pielęgniarki na oddziale transplantacyjnym od czynności pielęgnacyjnych po odpowiedzialność, opiekę i empatię. Sprawowanie opieki nad pacjentem po przeszczepieniu przybliżyła mgr Agnieszka Garbacik, która zrelacjonowała pierwszą dobę „po” operacji i cały okres rehabilitacji i rekonwalescencji pacjenta. Gośćmi specjalnymi warsztatów, były Dwie niesamowite Kobiety, które żyją dzięki transplantacji i które swoją heroiczną walkę o życie postanowiły opisać, dając tym samym świadectwo swojej siły i ogromnej determinacji. Spotkanie poprowadziła Katarzyna Kasińska – Koordynator Fundacji SCCS.







Zmienność rytmu serca

Pomiar tętna stosowany jest w medycynie od starożytności. Obecnie poza średnim tętnem i arytmiami, opisujemy w sposób skwantyfikowany tak zwaną spoczynkową zmienność rytmu serca (*heart rate variability* – HRV). Słowo „spoczynkową” zazwyczaj pomijamy, należy jednak pamiętać, że nie chodzi tu o zmiany tętna spowodowane na przykład zmianą aktywności fizycznej pacjenta czy też zmianą stanu emocjonalnego.

Z oczywistych powodów HRV niemal nie występuje u pacjentów z sercem przeszczepionym czy w zaawansowanej neuropatii cukrzycowej. Kliniczna rola HRV wzrosła po tym jak wykazano, że zmniejszona jej wartość koreluje ze zwiększoną śmiertelnością u pacjentów po przebytym zawale mięśnia sercowego [1,2].

Analiza zmienności rytmu serca może być pomocna choćby w leczeniu nadciśnienia tętniczego czy ocenie kardiotoksycznego działania niektórych leków, na przykład antracyklin czy leków przeciwpsychotycznych.

Zastosowania te są ważne lecz niewątpliwie mocno ograniczone. Zanim zastanowimy się czy zmienność rytmu serca może mieć szersze zastosowania w medycynie, opiszemy nieco dokładniej samą analizę HRV.

Do wyliczenia parametrów opisujących zmienność rytmu serca potrzeba dokładnych pomiarów interwałów pomiędzy kolejnymi uderzeniami serca. Zazwyczaj wykorzystuje się w tym celu EKG, choć oczywiście można użyć dowolnej innej precyzyjnej metody pomiaru tętna. Użycie EKG ma tą dodatkową zaletę, że pozwala na wykrycie zmienności rytmu spowodowanej patologicznymi arytmiami. Dzięki temu możemy rozróżnić patologię od fizjologicznej zmienności rytmu

zatokowego. Analizę statystyczną ograniczamy do rytmu zatokowego. Dlatego w analizie HRV mówi się nie tyle o interwałach RR co NN.

Najprostsze miary spoczynkowej zmienności rytmu serca to proste statystyki bazujące bezpośrednio na danych czasowych:

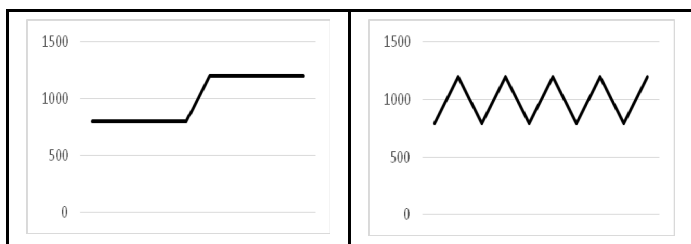
- SDNN [ms] – (*the standard deviation of NN intervals*) odchylenie standardowe interwałów NN. Jest to miara całkowitej zmienności rytmu
- SDANN [ms] – (*the standard deviation of the average NN intervals*) odchylenie standardowe z uśrednionych wartości interwałów NN. Zazwyczaj 24 godzinny zapis holterowski dzielony jest na 5-cio minutowe fragmenty. Dla każdego z nich liczona jest średnia wartość NN. Z tak otrzymanego zbioru danych liczone jest odchylenie standardowe. Jest to miara wolnych zmian rytmu
- RMSSD [ms] – (*root mean square of successive differences*) jest to pierwiastek kwadratowy ze średniej z kwadratów różnic pomiędzy kolejnymi uderzeniami. Jest to miara szybkich zmian tętna
- pNN50 [%] – odsetek interwałów NN, które różnią się od poprzedniego o więcej niż 50 ms. Jest to również miara szybkich zmian tętna

Zaletą wyżej wymienionych miar jest prostota obliczeń – w zupełności wystarcza tu arkusz kalkulacyjny. Poważną wadą brak bezpośredniego powiązania z czynnikami fizjologicznymi wywołującymi zmienność rytmu.

Popatrzmy na następujące 2 szeregi czasowe wartości NN:

800	800	800	800	800	1200	1200	1200	1200	1200
800	1200	800	1200	800	1200	800	1200	800	1200

Oba składają się z tych samych wartości. Średnie tętno jest więc w nich identyczne. Podobnie jak SDNN. Na poniższych rysunkach widać jednak, że przedstawiają zupełnie inną sytuację fizjologiczną.



Niestety parametry SDSNN i pNN50 zawierają dość arbitralnie przyjęte wartości progowe (odpowiednio 5 minut i 50 ms), co czyni je mało przydatnymi na przykład u dzieci. Wymienione wyżej problemy spowodowały poszukiwania innych parametrów opisujących zmienność rytmu serca.

Najpopularniejsze obecnie to tak zwane miary w dziedzinie częstotliwości. Wymagają one zastosowania obliczenia tak zwanego fourierowskiego widma zmian rytmu, co wydaje się wielu osobom trudne. Na szczęście obecnie dostępne jest oprogramowanie (w tym darmowe), które wykonuje odpowiednie obliczenia. Co więcej, interpretacja „widma fourierowskiego” jest całkiem intuicyjna. Jeśli popatrzymy na tęczę to widzimy światło białe „rozłożone na czynniki składowe” czyli właśnie widmo. Podobnie, jeśli ktoś uderzy jednocześnie w kilka klawiszy fortepianu, to wprawny muzyk bez trudu powie nam z jakich tonów składa się wybrzmiewający akord. W języku matematyki, z każdym razem wyrażamy złożone oscylacje jako sumę prostych, oscylacji sinusoidalnych.

Popatrzmy ponownie na 2 powyższe szeregi NN. W pierwszym przypadku widzimy stosunkowo wolne zmiany tętna (o niskiej częstotliwości), w drugim szybkie (o wysokiej częstotliwości).

Oczywiście granice pomiędzy wysokimi, a niskimi częstotliwościami są kwestią nieco umowną. W analizie HRV wyróżnia się zazwyczaj następujące pasma częstotliwości:

Nazwa	Dolna granica pasma [Hz]	Górna granica pasma [Hz]
Bardzo niskie częstotliwości (VLF)	0,0033	0,04
Niskie częstotliwości (LF)	0,04	0,15
Wysokie częstotliwości (HF)	0,15	0,4

Przyjęte powyżej granice (też częściowo arbitralne) mają uzasadnienie fizjologiczne. Jak wiadomo na pracę węzła zatokowo-przedsionkowego ma wpływ między innymi aktywność autonomicznego układu nerwowego, a przyjęte pasma miały w założeniu odpowiadać różnym czynnikom fizjologicznym.

Pasma HF pokrywa się z częstotliwością oddechów. Powszechnie uważa się więc, że dominujący wpływ na zmiany rytmu serca o wysokich częstotliwościach ma modulacja aktywności przywspółczulnej. Zostało to potwierdzone w wielu doświadczeniach: blokowano między innymi receptory muskarynowe, badano wpływ głębokości oddechów na widmo HRV itd.

Początkowo nieco pochopnie przyjmowano, że pasmo LF jest związane z aktywnością części współczulnej. Był to efekt interpretacji zmian HRV podczas próby ortostatycznej. U większości pacjentów, w następstwie pionizacji następuje zwiększenie składowej LF i zmniejszenie HF. Jednak wyniki badań HRV podczas tachy i bradykardii oraz pacjentów po podaniu beta-blokerów dały wyniki sprzeczne z oczekiwaniami. Dlatego obecnie przyjmuje się, że składowa LF jest związana głównie z odruchem z baroreceptorów związanym z falami Mayera, czyli oscylacjami ciśnienia o częstości około 0,1 Hz. Wpływ na pasmo LF ma więc zarówno składowa współczulna i przywspółczulna AUN. Nie powinno to zaskakiwać gdyż różne części układu autonomicznego modulują wzajemnie swoją aktywność.

Jeszcze większy problem jest z interpretacją pasma VLF. Różni autorzy wiązali je z termoregulacją,

aktywnością układu renina-angiotensyna-aldosteron lub po prostu uznawali za artefakty.

Można więc odnieść wrażenie, że analiza fourierowska to w pewnym sensie „góra, która urodziła mysz”. Pomimo użycia poważnego aparatu matematycznego uzyskujemy w zasadzie jeden nowy, interpretowalny parametr – widmo mocy HF. Jego spadek jest związany z różnymi zaburzeniami, bardzo często o charakterze emocjonalnym. Jest więc to parametr dość pewny, choć mało specyficzny.

Natomiast całkowite widmo mocy koreluje bardzo silnie z łatwiej wyliczalnym parametrem SDNN i opisuje oczywiście całkowitą zmienność rytmu serca.

Stosowanie metod fourierowskich wiąże się z jeszcze jednym problemem. Generalnie wymagają one aby podczas badania stan pacjenta był ustalony. W praktyce wymaga to podzielenia zapisu na fragmenty 5-cio minutowe, o ustalonej aktywności pacjenta. Każdy z nich jest analizowany osobno.

Wszystkie te powody skłoniły licznych badaczy do poszukiwania nowych parametrów opisujących HRV. Większość z nich to proste przeniesienie miar matematycznych znanych z innych dziedzin, takich jak wymiar fraktalny czy też entropia. Pomimo tego, że są to miary ciekawe, nie są szeroko stosowane klinicznie, gdyż nie wykazano ich wyższości diagnostycznej w porównaniu z innymi markerami.

W ostatnich latach sukcesem okazało się użycie dwóch nowych miar HRV. Wykazano, że dość skomplikowana matematycznie miara o nazwie „deceleration capacity” koreluje lepiej od pozostałych ze śmiertelnością po zawale serca. Co więcej jest lepszym predyktorem śmiertelności niż LVEF (left ventricular ejection fraction) [3]. Jest więc to ważna zmiana ilościowa.

Parametrem, który być może okaże się pewnym przełomem jest zaproponowana miara: „heart rate fragmentation”. Wykazano że lepiej niż inne miary HRV różnicuje pacjentów z chorobą wieńcową od osób zdrowych [4]. Miara ta występuje w czterech wariantach. W najprostszym z nich opisuje po

prostu jak często zmienia się kierunek zmian tętna. Jest to iloraz liczby zmian i liczby wszystkich interwałów NN.

Analiza zmienności rytmu serca jest metodą tanią i nieinwazyjną. Jej wyznaczenie nie musi być też absorbujące dla pacjenta i personelu medycznego, gdyż większość chorych i tak w pewnym momencie ma wykonywane badanie EKG.

Piśmiennictwo:

[1] Baroreflex sensitivity and heart-rate variability in prediction of total cardiac mortality after myocardial infarction, MT La Rovere, *et al*, Lancet 1998: 351, 478 – 484

[2] RE Kleiger, *et al*, Decreased heart rate variability and its association with increased mortality after acute myocardial infarction, The American Journal of Cardiology 1987: 59, 4, 256 – 262

[3] A Bauer, *et al*, Deceleration capacity of heart rate as a predictor of mortality after myocardial infarction: cohort study, Lancet 2006: 367, 1674 – 1681

[4] MD Costa, RB Davis, AL Goldberger, Heart Rate Fragmentation: A New Approach to the Analysis of Cardiac Interbeat Interval Dynamics, Front in Physiology 2017: 8, 255.



„... jak to jest narodzić się po raz drugi”

Kolejny już artykuł w Szlachetnym Zdrowiu poświęcam chorym na mukowiscydozę. Dlaczego? Bo są mi bliscy..., bo czuję taką potrzebę..., bo trzeba mówić o tych młodych, dzielnych wojowniczkach i wojownikach.

Mukowiscydoza – choroba, która zabiera dzieciństwo, młodość, a o starości, tak bardzo nie lubianej przez nas – pozwala tylko marzyć. Choroba okrutna, która zbiera żniwo wśród tych, którzy stoją u progu młodości.

Chorzy na mukowiscydozę marzą, by żyć pełnią życia, kochać i być kochanym, i robić wszystko to, co robią zdrowi ludzie. Ich codzienność to długie hospitalizacje, przewlekłe antybiotykoterapie, nawracające infekcje dróg oddechowych, żmudna rehabilitacja i kilometry cewników podłączonych do koncentratora tlenu - bez którego nie da się oddychać.

Każdy z nich walczy... tak na swój sposób, jak tylko może, na ile starcza sił i swobodnego oddechu. Próbuje znaleźć zajęcie, hobby, pasję – wszystko to mocno ograniczone chorobą.

Tymoteusz od najmłodszych lat fascynuje się dinozaurami, wie o nich wszystko. Pisze artykuły do czasopisma „Mukowiscydoza”, które uzupełnia własnoręcznie wykonanymi rysunkami. Ania – dziewczynka chora na mukowiscydozę wygrała The Voice Kids Poland 2. Klaudia – wyczarowuje z materiałów cudowności w postaci zabawek-przytulanek, którymi obdarowuje chore dzieci.

Marta, Ola, Asia, Krzysztof, Szymon i wielu takich – chorych na mukowiscydozę. Historie, które dzieją się wokół nas. W tym samym mieście, na tym samym osiedlu, tuż za ścianą. Dla wielu z nich jednak największym marzeniem jest przeszczepienie płuc i swobodne oddychanie. Nie wszyscy jednak doczekają przeszczepienia, nie dla

wszystkich znajdzie się w porę dawca.

Program transplantacji płuc w Polsce rozwija się bardzo dynamicznie. Tylko w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu, w minionym roku wykonano 15 przeszczepień płuc u chorych z mukowiscydozą. W tym roku już 7 osób chorych na mukowiscydozę otrzymało nowe płuca.

Marzena, której dzisiaj chcę poświęcić najwięcej uwagi, cieszy się swobodnym oddechem od ponad 3 lat. Nowe płuca otrzymała 13 listopada 2015r. w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Kim jest Marzena dzisiaj? Marzena to młoda, piękna, zdolna, dziewczyna. Dziennikarka radiowa, studentka Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej na Uniwersytecie Rzeszowskim, redaktorka portalu *Oddech życia*, autorka książki „Jutro jednak nadeszło. Czyli jak to jest narodzić się po raz drugi”.

Swoje przeżycia opisane w książce zaczęła spisywać kilka miesięcy po przeszczepie. Z zapisków prowadzonych na blogu powstała niesamowita historia. Szczera i płynąca prosto z serca opowieść o życiu z mukowiscydozą, o transplantacji, o życiu, które trwa nadal.

„13 listopada 2015 roku to data, która obróciła moje życie o 180 stopni, totalnie zmieniając wszystko. 13 listopada 2015 roku spełniło się moje największe marzenie. Marzenie o życiu. To dzień, w którym narodziłam się po raz drugi, dzięki przeszczepowi obu płuc z powodu mukowiscydozy.[...]”
W momencie, kiedy śmierć zaglądał mi już w oczy, dostałam cudowny prezent, a jego Darczyńcy nie zapomnę nigdy w życiu, chociaż nie wiem nawet, kim był. [...]

O przeszczepie płuc pierwszy raz wspomniał mój doktor prowadzący w Rabce, gdzie się leczyłam od dzieciństwa. Wiedziałam, że niektórzy moi znajomi, chorzy na mukowiscydozę są już po. Ale widziałam, w jakim byli stanie przed transplantacją. Wielu z nich nie mogło przejść paru kroków bez tlenu. Byli naprawdę w złej kondycji. Wielu z nich, tego przeszczepu nie doczekało. Ale ja? Czy przeszczep jest już naprawdę jedynym rozwiązaniem? Wtedy byłam jeszcze w całkiem

niezłej formie. Przynajmniej tak mi się wydawało. Z tlenu korzystałam sporadycznie, najczęściej nocą. Chodziłam do liceum, spotykałam się ze znajomymi, prowadziłam w miarę normalny tryb życia. Jasne, były częste infekcje, dosyć szybko się męczyłam. Ale byłam do tego przyzwyczajona. Myślałam, że jest ok. Jednak moje wyniki mówiły co innego. Doktor wytłumaczył mi, że choroba może teraz bardzo szybko postępować i już teraz, póki jest jeszcze czas, trzeba myśleć o kwalifikacji do przeszczepu. Byłam wtedy przerażona. Myślałam wtedy, że nigdy w życiu nie zgodzę się na przeszczep. Słyszałam od znajomych, o tym wielkim bólu po operacji, o tym, że na początku jest bardzo ciężko. Bardzo się tego bałam. Wiedziałam też, że przy mukowiscydozie jest duże ryzyko niepowodzenia. A ja chciałam żyć! Miałam tyle planów i marzeń. Tyle rzeczy do zrobienia, tyle miejsc do zobaczenia. [...]

Mój stan zaczął pogarszać się po maturze. Wtedy, coraz częściej korzystałam z koncentratora tlenu. Włączałam go każdej nocy. Znacznie lepiej mi się z nim spało. Rano wstawałam bardziej wypoczęta. Podczas kolejnej wizyty w Rabce wrócił temat przeszczepu. Sama już wtedy widziałam, że choroba postępuje. Lekarz miał rację. Transplantacja to chyba rzeczywiście ostateczne wyjście. Zgodziłam się. Widziałam, jak odchodzą moi znajomi i nie chciałam, aby ze mną stało się to samo. Bałam się, ale podjęłam decyzję o przeszczepie. Na oddziale zrobiono mi szereg badań, potrzebnych do kwalifikacji.[...] Musiałam też odbyć wizyty u różnych specjalistów, aby potwierdzili, że nic nie stoi na przeszkodzie, aby wykonać przeszczep. Jednym z warunków do wykonania zabiegu było przytycie. To chyba okazało się dla mnie największym problemem. Nie potrafiłam przytyć. Nie miałam apetytu. Ratował mnie jedynie PEG i odżywki, które do niego podłączałam. Dzięki temu nie chudłam jeszcze bardziej. Po jakimś czasie dostałam telefon, że w Rabce odbędą się kwalifikacje z udziałem lekarzy z Zabrze, gdzie miał odbyć się przeszczep. Nie wiedziałam, jak to wszystko wygląda i co mnie czeka.[...]

Nie mogę przypomnieć sobie, jak wyglądała

ostatnia kwalifikacja. Nie wiem, czy już wtedy dowiedziałam się, że zostałam zakwalifikowana, czy po jakimś czasie? Pamiętam natomiast dzień, w którym dostałam list z Poltransplantu, informujący, że zostałam wpisana na aktywną listę oczekujących na przeszczep płuc. To było w lutym 2013 roku. Od tego czasu zaczęło się oczekiwanie na ten najważniejszy telefon. Na dawcę. Na telefon z wiadomością, że są dla mnie płuca. Czekałam na niego dwa lata. Dwa długie lata, kiedy moje życie z każdym dniem było pod wielkim znakiem zapytania.[...] Czas oczekiwania na wiadomość od koordynatora był dla mnie bardzo nerwowy i trudny, stresował mnie każdy telefon. Każdy usłyszany dźwięk telefonu sprawiał, że pojawiły się myśli typu, czy to już? Czy są płuca? Na początku, gdy jeszcze było w miarę ok, to wiadomość, że to nie Zabrze, sprawiał mi ulgę. Cieszyłam się, że nie muszę jeszcze nigdzie jechać, że to nie to. Ale pod koniec, gdy było już naprawdę źle, to przy każdym telefonie modliłam się, aby to był ten najważniejszy. Chciałam mieć to już za sobą. Byłam już bardzo słaba, przestałam się już bać tego przeszczepu, było mi wszystko jedno.

Często zastanawiałam się, co będę robić w momencie, gdy akurat zadzwoni telefon? Bo co, jeśli będę siedzieć w wannie z mokrymi włosami, a tu trzeba jechać natychmiast?[...] Miałam w głowie różne scenariusze. Telefon zadzwonił około godziny 21, gdy akurat jadłam kolację. Taki scenariusz, choć go nie przewidywałam, był całkiem ok.[...]

Otwieram oczy. Na początku nie wiem co się dzieje ani gdzie się znajduję. Patrzę na biały sufit. Świecą się jaskrawe światła, widzę też jakieś kratki, najprawdopodobniej wentylatory lub coś podobnego. Nie czuję kompletnie nic. Nic mnie nie boli. Chyba mi się to śni. Po chwili uświadamiam sobie, że mam w gardle jakąś rurkę. Nie oddycham. Boję się. Nie oddycham, a jednak żyję. Wtedy wpadam w panikę. Próbuję podnieść rękę i dotknąć rurki, ale nie mogę. Nie mam siły. W pokoju nie ma nikogo, a przecież ja nie oddycham! Próbuję, ale nie potrafię. Powoli dociera do mnie co jest grane. Przeszczep! Jechałam na przeszczep. Ale czy już jest po? Czy się uda? Czy mam już nowe płuca?



Warsztaty „Blżej transplantacji” zorganizowanych w marcu tego roku przez Fundację SCCS, podczas których Marzena opowiadała o swojej książce „Jutro jednak nadeszło czyli jak to jest narodzić się po raz drugi”



Spacerować, wędrować, spełniać marzenia. Sama, bez tlenu, bez wózka, bez duszności



Jedna z 12 wyjątkowych kobiet z Podkarpacia. Kalendarz kobiet, które zmagają się z mukowiscydozą



W czasie II Biegu po Oddech w Zakopanem, wrzesień 2017

Pewnie nie przeszczepili, skoro nie mogę oddychać. Pewnie okazało się, że nie są dla mnie odpowiednie i zostały stare. A ze starymi ja już nie dam rady.[...] Widzę wysoki wieszak, a na nim rząd pomp, z których kableki prowadzi do mojej szyi. Chyba jest ich z dziesięć. W nadgarstku lewej ręki widzę wenflon i również jakiś kabelek podłączony do niego. Na palcu mam czujnik, który mierzy mi saturację. Wiem, bo podobny mam w domu. Na przedramieniu mankiet do mierzenia ciśnienia. Nade mną na pewno jest jakiś monitor, pokazujący pomiary, bo słyszę równomierne piknięcie. Nie widzę go, nie mogę poruszyć głową, bo okropnie przeszkadza mi rurka.[...].

Budzę się znowu, nie wiem ile czasu przespałam. Jest jasno, pewnie dzień.[...] Ale ktoś stoi obok. Jakaś pani. Nie poznaję, bo jest ubrana w fartuch, czepek i maseczkę. Coś do mnie mówi, chyba głaszcze po ramieniu[...].

Nie pamiętam, co do mnie mówiły pielęgniarki po przebudzeniu. Nie jestem pewna, ale wydaje mi się, że powiedziały, że jest wszystko ok, że jestem już po, że zaraz przyjdzie lekarz. Jestem po? Jest wszystko ok? Czyli że przeszczep jednak był??? Ulga. To właśnie wtedy poczułam. Czyli jednak mam nowe płuca, udało się![...] jak przez mgłę pamiętam moment wyjmowania rurki. Przyszedł lekarz i pielęgniarka. Bardzo się bałam, bo wiedziałam, co będą robić. To było okropnie nieprzyjemne uczucie. Przypominam sobie, że lekarz strasznie długo wyciągał tę rurkę. Nie sądziłam, że ona jest taka długa.[...].

Bardzo dobrze pamiętam swój pierwszy oddech po wyjęciu rurki, bez respiratora, bez tlenu. Wiem, że lekarz kazał mi głęboko, spokojnie oddychać, a ja sobie pomyślałam, jak głęboko? Przecież nie potrafię, nie mogę tak. Ale spróbowałam. Wzięłam najgłębszy wdech, jaki potrafiłam, na jaki mnie było wtedy stać, pomimo bólu w klatce. I łyż same popłynęły ale nie z bólu. Wtedy w ogóle o nim nie myślałam. Ze szczęścia. Z ulgi. Z przeogromnej radości, którą wtedy poczułam, a której nie potrafię opisać. Potem był kolejny i kolejny i kolejny. Ja oddychałam! Całkiem sama i naprawdę! Tak lekko, swobodnie, jak nigdy dotąd. Nie wiedziałam, że tak można[...].

Nie pamiętam pierwszego dnia po przeszczepie[...] Chyba spałam do wieczora. Wtedy rodzice mogli już do mnie wejść.[...] Pamiętam, jak mama cieszyła się z moich różowych paznokci i ust, które nie były już sine. A ja nie wiedziałam o co jej chodzi.[...] Paznokcie? W ogóle nie myślałam o takich szczegółach jak paznokcie czy usta. Dla mnie najważniejsze było, że nie mam tlenu, a oddycham. Dopiero potem po paru dniach, sama zauważyłam te paznokcie. Były różowe. Wtedy chyba popłakałam się po raz drugi. Ze szczęścia. Były takie normalne, takie zdrowe.[...].

Abym ja mogła żyć, ktoś musiał odejść. Nie wiem, kto był moim dawcą. Nie wiem, czy to dziewczyna, czy chłopak, w jakim był wieku, gdzie mieszkał, co robił w życiu. Pytałam lekarza, on jednak nie może mi powiedzieć. Mogę się dowiedzieć jedynie pisząc prośbę do Poltransplantu o ujawnienie takiej wiadomości. Ale nie wiem, czy się odważę. Co miałabym powiedzieć rodzinie dawcy? Wiem na pewno, że był on dobrym człowiekiem, skoro za życia nie wyraził sprzeciwu pobrania narządów po śmierci. Jego rodzina również, dlatego, że zgodziła się na pobranie tych narządów. Na pewno nie było to dla nich łatwe. Bardzo często myślę o moim dawcy. I dochodzę do wniosku, że nie umarł On całkowicie. Że jakaś jego część nadal żyje. We mnie. [...].

Drogi Dawco! Wiem, że cokolwiek bym tutaj nie napisała, to i tak nie wyrazi to mojej ogromnej wdzięczności dla Ciebie i Twojej Rodziny![...] Dziękuję Ci za życie.”



Zdj. I rocznica przeszczepu płuc. Z rodzicami i siostrami. 13 listopada 2016 roku



dietetycy Śląskiego
Centrum Chorób
Serca w Zabrzu,
członkowie zespołu
badawczego projektu
„FitPolka”

Jak zdrowo i mądrze schudnąć, czyli zalecenia przy nadwadze

Celem zastosowania diety o zmniejszonej zawartości kilokalorii jest nie tylko redukcja masy ciała, ale również, poprzez spadek masy, uzyskanie licznych korzyści zdrowotnych, prawidłowego funkcjonowania organizmu, poprawa naszego samopoczucia. Wymaga to zmiany stylu życia i niektórych naszych codziennych zachowań i przyzwyczajęń. Stwierdzenie pozytywnych zmian – nawet niewielkich – w zakresie naszego zdrowia, wzmocni motywację. Kontrola nad tym co jesz pomoże dokonać trwałych zmian w swoim stylu życia.

Po osiągnięciu celu nigdy nie wracaj do diety sprzed odchudzania – przyjmij, że ona już nie istnieje! To ona, towarzysząc Ci przez dłuższy czas, doprowadziła do nadwagi. Pamiętaj: odżywiaj się świadomie, nigdy nie przestawaj kontrolować jakości i ilości spożywanych produktów, jeśli chcesz uniknąć powrotu zbędnych kilogramów (co bez kontroli często się zdarza). Z czasem wejdzie Ci to w nawyk. Czas odchudzania to również czas zdobywania nowych umiejętności i trzeba, zwłaszcza na początku, wykazać wiele silnej woli. Takie wyzwanie to konieczność odpowiedniego działania nie tylko w trosce o siebie, ale również o najbliższych. Jeśli jesteś matką, możesz w ten sposób nauczyć swoje dzieci jak zdrowo iść przez świat - przecież to rodzic jest dla dziecka autorytetem i towarzyszy dziecku od pierwszych jego dni. Jeśli to nie Ty ukształtujesz odpowiednie zachowania żywieniowe swojego dziecka, to w późniejszym okresie zrobią to jego rówieśnicy

w przedszkolu bądź szkole. Czy jesteś pewna, że dobrze to zrobią, że to oni powinni zająć Twoje miejsce?

Podejdź pozytywnie do decyzji o odchudzaniu i nie odwołuj jej na później, na bliżej nieokreślony czas pt. „od Nowego Roku”, „po świętach”, „od wiosny”, itd., itp. Jeśli będziesz tak postępować, ten „odpowiedni” czas może nigdy nie nadejść.

Zadaj sobie pytanie: dlaczego nie zacząć od dziś? Już dziś zrób ten pierwszy krok i pomyśl: „rezygnuję, ograniczam, ale otwieram się na nowe”, „zaczę żyć pełnią życia i będę zdrowa”. Zrób plan działania: to mogą być małe kroki, ale radykalne, np. od dziś nie jem potraw smażonych, nie piję słodkich napojów, jem regularnie. Dobrym pomysłem jest zapisywanie w swoim osobistym dzienniczku wszystkiego, co zjadasz w ciągu dnia. To bardzo dobre ćwiczenie. Nie oszukuj siebie, możesz oszukać wszystkich, ale nie swój organizm – zresztą, po co? Może poprzez codzienny pośpiech nie zauważasz, jakie ilości pożywienia zjadasz, może wcale nie zastanawiasz się nad ich wartością odżywczą. Notuj wszystko, co zjadasz i wypijasz każdego dnia, niekiedy z adnotacją sytuacji, np. przy oglądaniu telewizji, pracy przy komputerze czy przy określonych emocjach np. złość, lęk, stres – one często mogą prowokować konkretne zachowania żywieniowe. Uświadomienie sobie sytuacji towarzyszących jedzeniu czy przygotowywaniu posiłków pomaga zmienić niekorzystne zachowanie.

Zdecyduj na podstawie dzienniczka, jakie następne zmiany wprowadzisz w swojej diecie.

Praktyczne rady

Niech od dziś Twoją podstawą żywienia stanowią warzywa. Są źródło witamin i składników mineralnych, nadają posiłkom dużą – a przy tym zdrową objętość. Przy sporządzaniu sałatek ograniczaj ilość tłuszczu, nie doprawiaj ich majonezem tylko niewielką ilością oliwy. Każdego dnia bez ograniczeń możesz spożywać następujące warzywa: botwina, cykoria, grzyby, kabaczek, kalafior, kalarepa, ogórki zielone, papryka, pomidory, sałata zielona, szczaw, szpinak, kapusta,

szczypiorek, brukselka, dynia, szparagi, chrzan.

Jedz częściej i regularnie. Rzadkie przyjmowanie dużych posiłków wywołuje adaptację polegającą na nasileniu mechanizmu spichrzania tłuszczów. Im rzadsze przyjmowanie posiłków, tym grubsza tkanka tłuszczowa. Dbaj o to, aby zjadać 4-5 posiłków dziennie. Przerwy między nimi nie powinny być krótsze niż 3 godziny.

Wyeliminuj z diety produkty zawierające cukry w postaci: cukru białego, miodu, dżemu, konfitury, marmolady, słodycze, ciasta, desery, cukierki, napoje słodzone. Nadmierna ilość cukru w pożywieniu prowadzi do odkładania się w postaci tkanki tłuszczowej.

Wybieraj produkty bogate w błonnik (chleb razowy, graham, pieczywo z otrębami, płatki owsiane i pszenne, grube kasze, owoce i warzywa). Musisz wiedzieć, że im bardziej przetworzone ziarno, tym mniej błonnika. Zasada ta dotyczy również warzyw i owoców: obranie ze skórki, rozdrobienie, poddanie obróbce cieplnej powoduje większą utratę cennego błonnika.

Unikaj:

- alkoholu
- potraw smażonych. Sposób przygotowania posiłku nie jest bez znaczenia. Potrawy należy przygotowywać metodą gotowania w niewielkiej ilości wody lub na parze. Mogą też być duszone bez dodatku tłuszczu lub pieczone w folii, pergaminie, naczyniu żaroodpornym, na ruszcie, w rękawie do pieczenia. Duszenie bez uprzedniego obsmażania na większej ilości tłuszczu - nie należy mięsa obtaczać w mące, np. obsmaża się je na patelni teflonowej posmarowanej małą ilością oliwy lub oleju, następnie przekłada do rondla, zalewa odpowiednią ilością wrzącej wody i dusi pod przykryciem. Powstały sos po schłodzeniu i zebraniu tłuszczu można zagęścić niewielką ilością zawiesiny z mleka lub wody i mąki.
- potraw i przypraw ostrych; natomiast zastosowanie mają te, które przyspieszają przemianę materii. Są to: kminek, kolendra, majeranek, ogórecznik, ruta, seler.

Warto:

- połącz swoje odchudzanie z wysiłkiem fizycznym
- na aktywności fizycznej możesz oprzeć Twój zdrowy styl życia; większy wysiłek fizyczny wspomogę Twoje odchudzanie
- aby na zawsze eliminować widoczny tłuszcz, miej zasadę:
 - rób listę zakupów gdy nie odczuwasz głodu, bez pośpiechu, analizując zawartość tłuszczu w spisywanych produktach
 - gdy masz już produkty w domu: najpierw usuń widoczny tłuszcz z mięsa (pamiętaj, że im chudsze mięso, tym mniej tłuszczu do usunięcia – mniej pracy; w kolejnym etapie przygotowania posiłków nie bez znaczenia jest ilość użytego produktu, ale też wybór techniki kulinarnej. Przygotowując potrawę według przepisu spróbuj obniżyć zawartość tłuszczu w stosunku do zalecanej o 20-30%. Często jest to możliwe bez utraty smaku potrawy. Uznaj w praktyce, że tłuszcz jest największym „dostarczycielem” energii. Od razu wprowadź zmiany ograniczające spożycie tłuszczu.
- ograniczyć ilość spożywanego owoców do 250-300 gram (ze względu na zawartość cukru). Codziennie można spożyć :
 - pomarańczę -1 sztuka duża,
 - drobne owoce (czarne jagody, jeżyny, maliny, poziomki, truskawki, czereśnie, wiśnie, agrest) – w ilości 1 ¼ szklanki,
 - jabłko - w ilości 2 sztuk



- warto wypijać dziennie ok. 2l wody i pamiętać że 1l to minimum - staraj się więc to kontrolować. Odpowiednia ilość wypijanych dziennie płynów jest jednym z głównych warunków utrzymania prawidłowego bilansu wodnego, ułatwia walkę z nadmiernym apetytem, a także zapobiega powstawaniu bólów głowy podczas odchudzania. Jedzenie „na sucho” daje szybciej uczucie sytości – korzystnie jest popijać dopiero po posiłku. Wybieraj wodę zwykłą lub mineralną o zawartości od 5-10 mg sodu w jednym litrze, herbaty niesłodzone. Należy usunąć z diety soki owocowe, wszystkie napoje słodzone.

- pamiętaj, że spożywanie jedzenia to przyjemny sposób spędzenia wolnego czasu. Zasiadanie do posiłku i dzielenie go z rodziną i przyjaciółmi wzmacnia więzi międzyludzkie, poprawia samopoczucie, sprawia przyjemność całej rodzinie. Wspólne posiłki zachęcają do wyboru bardziej zróżnicowanej diety, wolnego spożywania, w przeciwieństwie do sytuacji, gdy się zjada w biegu, traktując pożywienie wyłącznie jako paliwo.

- zwracaj uwagę na wielkość porcji w opakowaniu, ponieważ może być większa lub mniejsza od tej, które się spożywa zgodnie z planem żywienia. Czytaj oznakowania na produktach żywnościowych i informacje dotyczące energii dań. Zapamiętaj, jakie potrawy i produkty mają wartość większą niż 500 kcal na porcję.

Ciekawostki

Korzyść z 10% redukcji masy ciała.

Umieralność: spadek ogólnej umieralności o ponad 20%, spadek zgonów związanych z cukrzycą o ponad 30%, spadek liczby zgonów związanych z otyłością o ponad 40%.

CO TO JEST DEFICYT KALORYCZNY?

Dieta z niedoborem energetycznym powinna dostarczać wszystkich niezbędnych składników pokarmowych. Wartość energetyczna 1 kg tkanki tłuszczowej człowieka wynosi 7000 kcal, więc obniżając podaż o 500 kcal w ciągu dnia można się spodziewać redukcji masy ciała po tygodniu o 0,5 kg, a przy deficycie 1000 kcal - o 1 kg. Pamiętajmy, że otyłość powstaje powoli, przez

sumowanie się dodatniego bilansu energetycznego w ciągu miesięcy i lat, droga „z powrotem” - jest podobna.

DIETY JEDNOSKŁADNIKOWE

Większość diet takiego rodzaju wywiera szkodliwe działanie uboczne. Mogą być stosowane w niektórych przypadkach, ale tylko na krótki czas. Należy wziąć pod uwagę, że najbezpieczniejsze są niskoenergetyczne diety, które dostarczają proporcjonalnie wszystkich składników odżywczych i można je stosować przez dłuższy czas, co pozwoli nam ukształtować zdrowe nawyki żywieniowe na całe nasze życie.

STRES A ZACHOWANIE ŻYWIENIOWE

Pokonywanie trudności jest obecnie nieodłącznym elementem życia. Ogólnie stres jest postrzegany jako zjawisko negatywne. Często mechanizmem obronnym jest tzw. „zajadanie stresu”. Jedzenie stanowi „regulator nastroju”: spożycie smacznego kaska rekompensuje przykre doznawania, dzięki niemu następuje rozluźnienie. Pod wpływem stresu zwykle jada się szybciej i łapczywiej, a zatem więcej. Celem jest nie zaspokojenie głodu, lecz zrelaksowanie. Pamiętajmy o tej pułapce.

BŁONNIK CZYNI CUDA

Błonnik pokarmowy występuje tylko w świecie roślinnym, w takich produktach jak ziarna zbóż, warzywa i owoce. Pamiętaj, że im bardziej przetworzone ziarno, tym mniej błonnika; zasada ta dotyczy również warzy i owoców: obieranie ze skórki, rozdrobnienie, poddanie obróbce termicznej powoduje coraz większą utratę błonnika. Staraj się więc spożywać jak najwięcej owoców i warzyw w postaci surowej. Produkty zbożowe powinny być z grubego przemiału wraz z otrębami. Polecane jest pieczywo razowe, graham z otrębami, chrupkie żytnie oraz płatki owsiane.

Dzięki zwiększonemu spożyciu błonnika regulujemy pracę przewodu pokarmowego poprzez zwiększenie perystaltyki jelit, co zapobiega zaparciom. Błonnik w naszym przewodzie pokarmowym pod wpływem wody pęcznieje i zwiększa objętość treści pokarmowej, co daje nam uczucie sytości; jednocześnie zmniejsza on wartość energetyczną diety. Dodatkową zaletą jest fakt, że

blonnik zwiększa wydalanie tłuszczów ze stolcem, ponieważ utrudnia ich wchłanianie.

Jeżeli twoja dieta jest bogata w warzywa, owoce i produkty pełnoziarniste nie ma potrzeby aby dodatkowo wzbogacać w suplementy błonnik.

ŻYWIENIE POZA DOMEM

Spożywanie posiłków poza domem sprzyja zjadaniu produktów i potraw niezalecanych. Dotyczy to również osób wyjeżdżających na wakacje czy do sanatorium z tzw. wyżywieniem. U większości osób rodzi się myśl „skoro zapłaciłam, to muszę zjeść swoje”. Często wówczas dochodzi do nadużyć kalorycznych. Takie zachowanie doprowadza do powrotu wagi, może nawet do jej zwiększenia w stosunku do wagi sprzed odchudzania.

Unikaj przejadania się na przyjęciach i przy innych okazjach. Bardziej pożyteczne będzie Twoje uczestnictwo intelektualne w tych spotkaniach. Bądź dobrym rozmówcą, a nie żarłokiem, skupionym na jedzeniu.

Jeśli wybierasz się na zakupy lub przyjęcie, a jesteś głodny, to przed wyjściem z domu zjedz małą przekąskę: łatwiej Ci będzie kontrolować swoje zachowanie. Ustal co możesz zjeść, pamiętaj o ilości i nie jedz po 19.00. Różnorodność potraw na przyjęciu lub w restauracji na pewno pozwoli Ci dokonać dobrego wyboru, jeśli nie będzie towarzyszył mu pośpiech. Kieruj się poniższymi wskazówkami: zamawiaj bądź wybieraj posiłki gotowane lub pieczone, pytaj o składniki serwowanych dań. Zachowaj rozsądek przy wyborze posiłków i przekąsek. Podawane w restauracji porcje mogą być zbyt obfite. Na pewno unikaj posiłków typu Fast Food.



Kasia Żbikowska



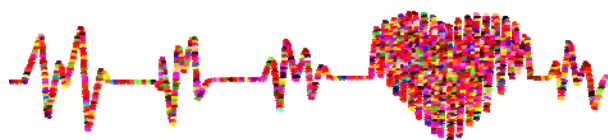
Nerwica serca - co to w ogóle jest?

Nerwica serca to odmiana nerwicy lękowej. Chory odczuwa klucie w sercu i zaburzenia jego rytmu. Nie cierpi jednak narząd, a psychika pacjenta. W początkowej fazie, w większości badań kardiologicznych w zasadzie nie wyjdzie nic niepokojącego. Od tego się jednak zaczyna cała nieprzyjemna historia...

Nerwica serca charakteryzuje się objawami ze strony układu nerwowego i układu krążenia oraz towarzyszącymi im napadami lęku. Odnosimy wrażenie, że coś niedobrego dzieje się z naszym sercem, jednak lekarz do którego pójdziemy nie zauważy fizycznych dolegliwości z jego strony i fakty są takie, że może uznać nas za histeryka. Za główną przyczynę objawów nerwicy serca uważa się najczęściej stresujący tryb życia.

Objawom somatycznym często towarzyszy niepokój i silny lęk o własne życie. Podenerwowanie, a nawet płacz bez uzasadnionego powodu. To po prostu strach. Możemy mieć atak paniki, podczas którego nasze tętno potwornie wsrasta. Zdarza się, że prócz tętna wzrosnie również ciśnienie krwi. Chory może sądzić, że ma zawał serca i zaraz zemdleje. W momencie gdy tętno przyspiesza nie ma jednak obawy, że stracimy przytomność. Takie znaki mogą świadczyć o tym, że przyczyną powyższych objawów może być właśnie nerwica serca.

Nerwica ta, często przypomina inne choroby związane z samym sercem. Zawał serca i arytmia często dają podobne objawy. Chory na nerwicę serca może narzekać na klucie w sercu i duszności, jednak ta choroba od zawału różni się przyczynami i sposobem leczenia. Aby wykluczyć somatyczne przyczyny, można u lekarza wykonać EKG, ECHO serca i test wysiłkowy. Jeśli symptomy zostaną zdiagnozowane jako bóle psychosomatyczne, pacjentowi zaleca się podjęcie psychoterapii.



Objawy nerwicy serca mogą pojawiać się w sytuacjach stresowych, niespodziewanie podczas wykonywania codziennych obowiązków, a także w nocy.

Nie mają żadnego związku z wysiłkiem fizycznym i bardzo często "atakują" w nocy.

Ze strony ciała możemy odczuwać ból w kłacie piersiowej - może to być klucie w sercu, gniecie lub ucisk utrzymujące się kilka godzin, a nawet kilka dni, kołatanie serca - uczucie nieregularnego bicia serca, duszności - chory nie może głęboko odetchnąć, zawroty głowy, bezdech, nudności, potliwość, uderzenia gorąca, drętwienie ciała, drżenie kończyn, zaczerwienienie skóry, podwyższone ciśnienie, kaszel, omdlenia, biegunki. To chyba wszystko z dolegliwości, jakie chory może czuć. Ze strony psychiki obserwuje się silny lęk, ataki paniki, poczucie zbliżającego się szaleństwa. Nerwica serca upośledza funkcje poznawcze. Pojawiają się i problem z pamięcią i dekoncentracja. Nieleczona nerwica serca narasta, a u chorego mogą pojawić się zaburzenia snu, uzależnienia, myśli samobójcze, stany depresyjne. Choroba jest ściśle związaną ze stresem. Chory powinien przede wszystkim dążyć do zmiany nawyków i ograniczyć sytuacje stresowe. Jeśli nie jest to możliwe, trzeba spróbować łagodzić stresy i napięcie.

Podobnie jak w przypadku innych nerwic, najlepszą metodą leczenia nerwicy serca jest psychoterapia. Chory z pomocą terapeuty jest w stanie dotrzeć do przyczyn swoich dolegliwości i przepracować trudne tematy.

Czasem psychoterapię łączy się z leczeniem farmakologicznym. Pozwala ono przejść przez trudny okres, w którym chory nie może normalnie funkcjonować.

W nerwicy serca ważne jest prowadzenie uregulowanego trybu życia, regularne posiłki, aktywność fizyczna, regularny sen (co najmniej 7 godzin dziennie), odstawienie używek (tytoń, kawa, alkohol), ćwiczenia relaksacyjne i oddechowe, medytacja, kąpiele z olejkami eterycznymi. W nerwicy serca jeśli konieczne jest stosowanie leczenia farmakologicznego, stosuje się leki antydepresyjne. Trzeba jednak pamiętać, że nie wyleczą one przyczyn zaburzenia, które są głęboko zakorzenione w chorym (traumy czy lęki), a tylko zniwelują występowanie objawów, by chory mógł w miarę normalnie funkcjonować na co dzień.

Niektórym pomagają leki bez recepty. Są to najczęściej medykamenty na bazie ziół, które wyciszają dokuczliwe objawy. Jeśli nie pomagają, warto poprosić

o konsultację lekarza, który może przepisać leki psychotropowe.

Skąd TO się bierze? Dlaczego dolega akurat MI? Na pewno wielu z Was zadaje sobie podobne pytania. Prawda jest taka, że żyjemy coraz szybciej, a nasz tryb życia nastawiony jest: DOM-PRACA-DOM-SEN (często poświęcamy na niego zbyt mało czasu) - PRACA...

A gdzie odpoczynek? Gdzie relacje z innymi? Z czasem nawet nie zdajemy sobie sprawy z tego, jak sfrustrowani się stajemy. To generuje lęk i poczucie osamotnienia. Nerwica serca może wystąpić w przypadku długotrwałego, silnego napięcia lub krótkotrwałych, ale gwałtownych stresujących epizodów, jakie się nam przytrafiły np. śmierć bliskiej osoby, zmiana miejsca pracy, zmiana miejsca zamieszkania, zmiana szkoły.

Często zaburzenie to spotyka się u młodzieży, która przecież jest dopiero na początku swojej drogi życiowej, a podejmowanie ważnych decyzji jest dla nich po prostu zbyt obciążające psychicznie. Nerwicę serca obserwuje się również u dzieci, które nie radzą sobie z presją i codziennymi obowiązkami nakładanymi przez nauczycieli w szkole czy rodziców. Warto więc przyjrzeć się swoim dzieciom, czy taki problem nie dotknął któregoś z nich?

Czy jest na to jakaś złota rada? Według mnie jedna. ZWOLNIJ. Zwolnij codzienne tempo. Wydaje Ci się to niemożliwe, bo z czymś lub gdzieś "nie zdążysz"? Nawet jeśli... to czy przez to zawali się świat? Raz i drugi? Nie mówię, że regularnie mamy zawałać terminy, pracę czy inne obowiązki.

Szacunek i miłość do siebie, troszkę zdrowego egoizmu oraz otaczanie się wartościowymi ludźmi na pewno jest o wiele lepszą "receptą" na spokojniejsze serce, niż przepisane tabletki w momencie, gdy serce już stało się "nerwowe".

Pozdrawiam, życząc dużo wiosennego słońca...



Opieka zdrowotna w latach 1989-2009

Ogólnoświatowa tendencja dążyła do decentralizacji procesu decyzyjnego oraz odrzucenie centralnego planowania i zaczęła wywierać mocny wpływ na otoczenie systemu opieki zdrowotnej [1].

W latach 1989-2001 został przyjęty pakiet około 20. ustaw związanych z problematyką ochrony zdrowia, które sprzyjały harmonijnemu rozwojowi sektora prywatnego. Po upadku żelaznej kurtyny i demokracji kraju nasiliło się zjawisko towarzyszące rozwojowi gospodarczemu oraz wprowadzaniu nowoczesnych technologii, w tym technologii medycznych. Nowoczesne technologie wdrożone w szpitalach uniwersyteckich trafiły również do szpitali wojewódzkich. Prywatne jednostki ochrony zdrowia wykorzystywały najlepsze i najdroższe technologie, świadcząc usługi wyłącznie dla sektora prywatnego, który był finansowany przez osoby fizyczne oraz firmy wykupujące tego typu usługi dla swoich pracowników (*paraubezpieczenia*) [2].

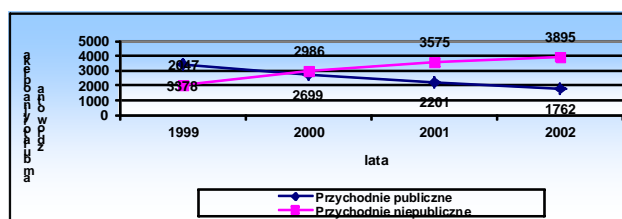
Kolejnym ważnym aspektem dotyczącym zakresu autonomii jednostek, stało się rozporządzenie z 1993 roku dotyczące zawierania kontraktów [3]. Nastąpił wzrost zainteresowania lekarzy podpisaniem kontraktów pod wpływem rozwoju medycyny rodzinnej, co przyczyniło się do rozpoczęcia kontraktowania usług medycznych. Samodzielne jednostki opieki zdrowotnej oraz kontrakty na usługi medyczne były nowymi elementami, które zapoczątkowały zmianę relacji pomiędzy państwem i jego przedstawicielami, a dostawcami usług – indywidualnymi i instytucjonalnymi [4]. Zmiany w gospodarce i w podejściu do usług świadczonych przez sektor państwowy przyczyniły się do rozwoju sektora prywatnego.

Ważnym aktem prawnym stała się ustawa o działalności gospodarczej, która wpłynęła na rozmiar i tempo rozwoju prywatnego sektora opieki

zdrowotnej. Dzięki niej powstały nieograniczone możliwości rozwoju prywatnej praktyki lekarskiej, a także zakładanie prywatnych instytucji, świadczących usługi zdrowotne w formie spółek akcyjnych i cywilnych. Rozwój prywatnych praktyk zdrowotnych rozpoczął się w 1996 roku (w 1995 roku około 41 tysięcy lekarzy prowadziło prywatne praktyki z uwzględnieniem stomatologów, a 1996 roku ich liczba wynosiła około 51400) [5]. Działalność w prywatnym sektorze finansowana była z prywatnych środków i odbywała się na innych zasadach niż świadczenie finansowane publicznie. W wyniku zmian systemowych sektor prywatny stał się równoprawnym partnerem sektora publicznego. Wpływ na to miało ogłoszenie planów prywatyzacji na poziomie podstawowym – ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, który rozpoczął się w połowie 1998 roku.

Ograniczenie ilości placówek leczniczych dotyczyła sektora publicznego, w przeciwieństwie do szybko rozwijającego się sektora prywatnego (ryc. 1). Pomiędzy rokiem 1994 a rokiem 2000 liczba prywatnych zakładów opieki ambulatoryjnej wzrosła, aż trzynastokrotnie [1].

Sektor prywatny w systemie opieki stacjonarnej na początku transformacji był niewielki. W drugiej połowie lat 90., kiedy to nastąpiła ekspansja rozwoju sektora prywatnego placówek medycznych, zauważalny był rozwój prywatnych szpitali, które zajmowały się pacjentami niższego ryzyka.



Rycina 1. Zestawienie liczby publicznej i niepublicznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w latach 1999-2002.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji Ministerstwa Zdrowia. Statystyka medyczna. Liczba placówek ochrony zdrowia i ich organizacja – ambulatoryjna opieka zdrowotna w latach 1999-2002.

W 1994 roku liczba prywatnych szpitali wynosiła 7, w 1996 – 12 i systematycznie rosła osiągając w 2000 roku liczbę 69. W 2006 roku prywatnych szpitali [1] było już 90, a w 2008 roku 170. Z placówek korzystają przeważnie osoby, które posiadają prywatne ubezpieczenia zdrowotne, głównie polisy tzw. firm abonamentowych. Obecnie coraz więcej szpitali ma podpisane kontrakty z dysponentem środków publicznych.

Podsumowując, powstanie sektora prywatnego interpretować można było coraz to gorszym stanem państwowej służby zdrowia, jak i również pozytywnym nastawieniem do prywatnych świadczeń medycznych przez społeczeństwo. Prywatna opieka zdrowotna, na co wskazywały liczne sondaże opinii publicznej, była lepiej oceniana w stosunku do państwowej, w zakresie: wykorzystania nowoczesnych technologii (metod leczenia), sprawności funkcjonowania, dostępu do świadczeń, zatrudniania fachowego personelu, oferowania szybkiej pomocy, poczucia bezpieczeństwa i traktowania pacjenta.

Jedyną kategorią, w której publiczna opieka zdrowotna uzyskuje przewagę nad sektorem prywatnym, to bezpłatność świadczeń. Około 10% wartości usług medycznych stanowią usługi finansowane niepublicznie i świadczone w sektorze prywatnym [6], to jednak ten sektor może stać się istotną konkurencją dla placówek publicznych.

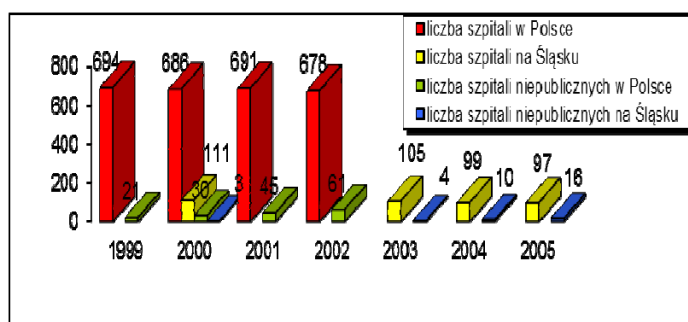
Kasy chorych i opieka zdrowotna po 1999 roku

1 stycznia 1999 roku wprowadzono pakiet ustaw, który zmieniał kształt systemu opieki zdrowotnej. Wprowadzono nowe zasady odpowiedzialności za zdrowie, pojawił się nowy partner – kasa chorych oraz zostały przekształcone funkcje pełnione przez samorządy terytorialne [7].

Reforma systemu ochrony zdrowia została przeprowadzona w dwóch wzajemnie uzupełniających się częściach. Pierwszą z nich była zmiana struktur wytwarzających oraz dostarczających świadczeń zdrowotnych – w postaci przekształcenia jednostek budżetowych w samodzielne zakłady, prywatyzacja, tworzenie grupowych praktyk lekarzy rodzinnych oraz

finansowanie nowych struktur za pomocą kontraktów w miejsce dotychczasowego budżetowania.

Drugą częścią zmian była zmiana finansowania, czyli przejście z zasilania budżetowego na system mieszany ubezpieczeniowo-budżetowy. Szpitale wówczas zaczęły przyjmować pacjentów niskiego ryzyka tylko po to, aby wypełnić lub przekroczyć zobowiązania zawarte w kontraktach, zwiększając swoje wpływy. Próbowano rozdzielić placówki świadczące opiekę nad pacjentem w stanach zagrożenia życia lub wymagających operacji (tzw. łóżka ostre) od pozostałych placówek świadczących opiekę nad pacjentem. Jednak próby nie powiodły się, gdyż pojawiły się trudności w systemie zwrotu kosztów. Taka sytuacja miała miejsce w okresie finansowania ochrony zdrowia przez budżet państwa, przed 1999 rokiem [8], a następnie podczas finansowania przez kasy chorych. Zmniejszyła się liczba łóżek (tab.1) w przedstawionym okresie o 18,2%, uległa zmniejszeniu w województwie śląskim (tab.2) i zauważalny był wzrost infrastruktury prywatnego leczenia stacjonarnego, tj. szpitali, oddziałów szpitalnych oraz łóżek (ryc. 2).



Rycina 2. Zestawienie szpitali publicznych i niepublicznych w Polsce, a szpitali w województwie śląskim w latach 1999-2005.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Śląskiego Centrum Zdrowia Publicznego, Katowice 2007. Stacjonarna opieka zdrowotna w województwie śląskim w latach 2000-2005, oraz Stacjonarna opieka zdrowotna – informacja z Ministerstwa Zdrowia według GUS.

Wyszczególnienie	1996	1997	1989	1999	2000	2001	2002
Szpitaly publiczne	767	772	715	712	716	736	739
Szpitaly niepubliczne	12	17	17	21	30	45	61
Łóżka w zakładach publicznych	224156	220689	204352	197635	189373	185758	183817
Łóżka w zakładach niepublicznych	374	713	896	1053	1574	2476	4221

Tabela 1. Liczba szpitali w Polsce w latach 1996-2002

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Kautsch M., Whitfield M. Zdrowie i opieka zdrowotna – zagadnienia uniwersalne i przypadki szczególne. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 48. Informacja z Ministerstwa Zdrowia – Statystyka medyczna. Liczba placówek ochrony zdrowia i ich organizacja. Stacjonarna opieka zdrowotna.

Tabela 2. Liczba szpitali w województwie śląskim w latach 2000-2006

Wyszczególnienie	2000	2003	2004	2005	2006
Szpitaly publiczne	111	105	99	97	94
Szpitaly niepubliczne	3	4	10	16	21
Łóżka w szpitalach publicznych	28749	27004	26641	26165	2728
Łóżka w sektorze niepublicznym	289	494	672	737	903
Łóżka – na 10 tys. mieszkańców	61,0	58,3	58,1	57,4	57,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie uzyskanych danych ze Śląskiego Centrum Zdrowia Publicznego, Katowice 2007. Stacjonarna opieka zdrowotna w województwie śląskim w latach 2000-2006.

Dzięki poprawnemu prowadzeniu rachunków kosztów można monitorować koszty w placówkach ochrony zdrowia.

System opieki zdrowotnej po 1999 roku zapoczątkował zmiany w opiece zdrowotnej, wpływając również na zmiany jego otoczenia. Reforma ochrony zdrowia wprowadziła zmiany

w systemie finansowania opieki zdrowotnej w zakresie:

- **źródeł finansowania opieki zdrowotnej** – nastąpiło przejście z systemu budżetowego na system ubezpieczeniowy, oddzielenie płatnika od organizatora opieki zdrowotnej oraz utworzenie kas chorych;
- **metody określenia wielkości przychodów świadczeniodawców** – nastąpiło przejście z historycznej metody finansowania infrastruktury do rynkowych mechanizmów i negocjacji wielkości kontraktów ze świadczeniodawcami;
- **mierników działalności świadczeniodawców** – dochody świadczeniodawców uzależnione są od liczby udzielanych świadczeń, wycenionych na podstawie informacji o ich kosztach [9].

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym [10] (PUZ) zapewnia dobrą wolę każdego uczestnika systemu i współpracy między nimi dla dobra pacjenta. Ustawa opiera się na autonomii kas chorych i świadczeniodawców. Jednak doświadczenia zagraniczne wskazują, że niezależność ta nie zabezpiecza interesów konsumentów – pacjentów, bowiem przyczynia się do pozostawienia ich między ubezpieczycielem a świadczeniodawcami. PUZ jest powszechne i obowiązkowe. Wysokość składki na ubezpieczenie na początku wynosiła 7,5% wysokości dochodów brutto w formie tax-credit (jest w pełni kompensowana obniżeniem podatku dochodowego, co oznacza zmniejszenie wpływów do budżetu państwa o kwotę odprowadzanych składek na ubezpieczenie zdrowotne, jednocześnie nie nadszarpując dochodu ubezpieczonego). Coraz liczniejsze kręgi społeczeństwa postulowały o zwiększenie środków finansowych na opiekę zdrowotną, jednak wiązałyby się to z przesunięciem pewnych środków z innego sektora publicznego i wymagałyby określenia – odpowiedniego – poziomu finansowania opieki zdrowotnej. Poziom zależy jednak od zasobności państwa, od wartości zdrowia i opieki zdrowotnej społeczeństwa oraz odpowiada preferencjom politycznym [11].

W 2001 roku wysokość składki wzrosła do 7,75%,

co jednak było niewystarczającym poziomem oczekiwanych rezultatów. W 2002 roku utrzymano składkę na tym samym poziomie, co wynikało z ustawy o PIT, przy zmniejszeniu podstawy wymiaru składki płaconej przez budżet za bezrobotnych i bezdomnych. Oznaczałoby to, że w kasach chorych mogłoby zabraknąć w kolejnym roku 1,8 mld zł [12], dlatego też, by nie doszło do takiej sytuacji, przewidziano coroczny wzrost składki o 0,25% punktu, aż do 2007 roku. Wtedy wysokość składki wynosiła 9% przychodu ubezpieczonego [13].

Kasy chorych, które powstały 1 stycznia 1999 roku, stały się płatnikami opieki zdrowotnej. Z budżetu centralnego finansowana była również część opieki zdrowotnej [14], tj. drogie wyskospecjalistyczne procedury medyczne [15], programy polityki zdrowotnej, ratownictwo medyczne, publiczna służba krwi, inspekcja sanitarna oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Kasy chorych w celu zbilansowania dochodów i kosztów wprowadziły w umowach limity ilościowe świadczeń - powyżej limitowanych świadczeń kasa nie finansowała ich wykonania. W odczuciu wszystkich świadczeniodawców było to przerzucanie całej odpowiedzialności finansowej za opiekę medyczną na świadczeniodawców, jak również ograniczenie dostępu do odpowiedniej opieki zdrowotnej. Od początku funkcjonowania reformy szpitale mnożyły hospitalizacje, które nie zawsze były uzasadnione. Zaobserwowano częste rejestrowanie krótkich pobytów pacjentów, w celu przeprowadzenia badań diagnostycznych, które były możliwe do przeprowadzenia ambulatoryjnie oraz nasilił się ruch międzyoddziałowy.

Kasy wymusiły pierwsze kroki restrukturyzacji ZOZ - szpitali, zakładów lecznictwa otwartego, pogotowia. Wymagało to jednak wypracowania odpowiednich do tego celu narzędzi. Wykorzystano do tego celu historyczną informację o działalności i kosztach w poszczególnych ZOZ z ostatnich lat. Wzięto pod uwagę średnie wskaźniki i zastosowano je. Okres pobytu pacjenta i obłożenia łóżek w jednorodnych oddziałach szpitalnych w województwie, wskaźniki zatrudnienia, wskaźniki wzrostu kosztów osobowych, wskaźniki

wzrostu cen towarów i usług.

Bodźce finansowe odczuwalne przez świadczeniodawców motywowały do:

- wykonywania większej (nie zawsze dobrze uzasadnionej) liczby świadczeń hospitalizacji, wówczas gdy można było zastosować leczenie ambulatoryjne,
- odmowy przyjęcia potencjalnie drogich pacjentów do szpitala (możliwe, ponieważ zlikwidowano rejonizację),
- odmowy adekwatnego leczenia pacjenta przez specjalistę, tzn. lekarz pierwszego kontaktu, płacił za skierowanie swojego pacjenta do specjalisty lub na badanie z własnego budżetu, co doprowadzało do zmniejszenia jego dochodów (w razie niewykorzystania środków stanowiły one dochód lekarza rodzinnego).

W wyniku takiego zachowania wystąpiło zagrożenie w postaci ograniczenia dostępności do specjalistycznej opieki ambulatoryjnej na terenie, gdzie działały kasy chorych oraz gdzie zastosowano taką metodę [9].

Jednym z możliwych sposobów rozwoju systemu opieki zdrowotnej jest decentralizacja. Decentralizację definiuje się zazwyczaj jako proces przekazania dotyczących uprawnień decyzyjnych, planistycznych i zarządczych ze szczebla centralnego na niższy szczebel władzy. Na Europejskim Forum Ochrony Zdrowia decentralizacja jest wymieniana jako metoda poprawy zarządzania, wzrostu zaangażowania się sektora prywatnego i wprowadzenia zmian prowadzących do zwiększenia inwestycji, a także jako środek, który może zapewnić obywatelom dostęp do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych [16].

Doświadczenia innych krajów pokazują również, iż rynek opieki zdrowotnej nie działa efektywnie pod kątem ekonomicznym, czyli nie zapewnia korzyści zarówno dla pracowników, jak i pacjentów z następujących przyczyn [17]:

- Zazwyczaj tylko w dużych miastach oraz w dziedzinie opieki podstawowej, stomatologicznej, rehabilitacji możliwy jest wybór świadczeniodawcy przez pacjenta.

Natomiast w opiece stacjonarnej lub wysokospecjalistycznej nie ma racjonalnej przesłanki promowania i tworzenia dublujących się instytucji.

- Pacjent nie jest w pełni poinformowany – ma ograniczony dostęp do pełnej informacji na temat przebiegu swojej choroby, postępowania leczniczego oraz dostarczycieli usług zdrowotnych – istnieje przewaga usługodawcy nad pacjentem. Pacjent przekazuje prawo swojemu lekarzowi w podejmowaniu decyzji do nabywania usług w jego imieniu. Jednak, gdy dochodzi do realizacji nabywania usług przy stronie trzeciej – płatnik finansujący dane świadczenie – tzw. płatnik trzeciej strony, może dojść do nieuzasadnionych świadczeń (zwłaszcza wtedy, gdy dochody usługodawcy zależą od liczby wykonywanych świadczeń).
- Istnieją bariery łatwego wejścia na rynek świadczeniodawców poprzez zawarcie umowy z kasą chorych (posiadanie znacznego kapitału potrzebnego do stworzenia kolejnej instytucji opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę).
- Niektóre produkty i usługi zdrowotne, takie jak, edukacja zdrowotna są dobrami publicznymi – gdzie możliwe jest wspólne korzystanie z nich, a domeną państwa jest finansowanie takich świadczeń.
- Niektóre świadczenia medyczne np. prewencja chorób zakaźnych mają efekty zewnętrzne. Powstają wówczas, kiedy konsumpcja jakiegoś dobra ma również wpływ pośredni na inne osoby, a nie tylko na osobę kupującą to dobro. Rynek nie może zapewnić osiągnięcia równowagi społecznej. Tylko państwo ma taki przywilej.
- Istnieją wysokie koszty złych decyzji pojedynczych konsumentów, którzy nabywają usługi zdrowotne – w formie zwiększonej zachorowalności, niesprawności czy umieralności – jeżeli o nabywaniu opieki zdrowotnej decyduje cena za usługę zdrowotną oraz dochód konsumenta.

Rynek nie zapewnia osiągnięcia sprawiedliwości

w dostępie do opieki zdrowotnej, gdyż nie gwarantuje efektywnej alokacji zasobów. Zasoby muszą być alokowane na podstawie analiz ekonomicznych i dokonywane odpowiednie wybory, które podejmowane są razem z samorządem [9].

Decentralizacja w wielu krajach stanowi główny punkt w reformach opieki zdrowotnej. Uważana jest za bardzo skuteczny sposób w stymulacji poprawy dostarczania opieki zdrowotnej, odpowiedniej alokacji środków odpowiadającej potrzebom zdrowotnym oraz zapewnienia redukcji nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej. Również samorzady lokalne biorą udział w procesie ustalania potrzeb zdrowotnych i priorytetów. Zdecentralizowane instytucje mają dużo zalet: mogą szybciej reagować na zmieniające się otoczenie i potrzeby zdrowotne, mogą zapewnić współpracę z mieszkańcami i społecznością w tworzeniu polityki zdrowotnej, podnosząc demokratyczny charakter procesu kreowania polityki zdrowotnej na poziomie lokalnym.

Skrajną formą decentralizacji jest *prywatyzacja*. Prywatyzacja dość często jest wymieniana, oprócz dekoncentracji, jako jedna z form decentralizacji [18]. Spotykane w literaturze różne formy interpretacji prywatyzacji w ochronie zdrowia wynikają przede wszystkim z tego, iż prywatyzacja majątkowa występuje rzadziej niż jej pośrednie formy. Bezpośrednią kontrolę publiczną w podejmowaniu decyzji alokacyjnych czy rozwojowych zastępuje się kontrolą właścicieli prywatnych. Za główne korzyści z prywatyzacji uważa się wprowadzenie bodźców rynkowych, w celu zwiększenia wydajności i jakości w zarządzaniu instytucją opieki zdrowotnej. Wady prywatyzacji są jednak znaczące. Chodzi tutaj o prywatnie zainwestowany i zarządzany kapitał, który wymaga zwrotu kapitału odpowiedniego do poziomu osiągniętego w innych sektorach gospodarki. Presja do osiągnięcia podobnego zwrotu może doprowadzić do zniszczenia powszechnego charakteru opieki zdrowotnej i celowej dyskryminacji chorych wymagających zwiększonej opieki. Eksperymenty z prywatnymi konkurującymi ubezpieczycielami w wybranych krajach europejskich potwierdziły przeprowadzone

obserwacje w USA, iż prywatne firmy ubezpieczeniowe mają predyspozycje do negatywnej selekcji, czyli odrzucania potencjalnie drogich pacjentów. Dlatego też decyzje rządu w sprawie prywatyzacji w sektorze ochrony zdrowia oraz dopuszczenie prywatnych firm ubezpieczeniowych do systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, powinny być oparte na ścisłych regulacjach prawnych wymagających opracowania odpowiednich zasad ich funkcjonowania na rynku oraz kontroli w dostępie do odpowiednich świadczeń.

Podsumowanie

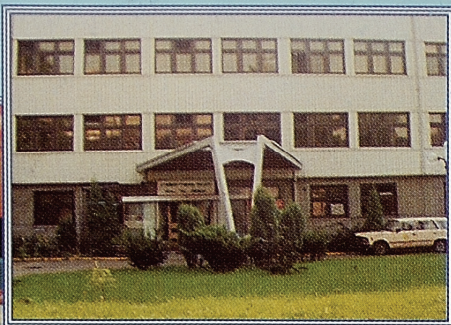
Przemiany zachodzące w sektorze ochrony zdrowia ostatniej dekady istotnie wpłynęły na warunki funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej. W wyniku przeprowadzonych reform nastąpiło rozdzielenie nabywcy od wytwórcy usług zdrowotnych. Powołano dysponenta środków publicznych regionalne kasy chorych, a wytwórcami usług stały się publiczne i niepubliczne ZOZ, prywatne praktyki lekarskie i pielęgniarskie (indywidualne i grupowe). Kasy chorych w wyniku dalszych transformacji zostały przekształcone w NFZ, który jest obecnie jedynym dysponentem środków publicznym. Powyższe rozdzielenie często określane jest rynkiem wewnętrznym.

Reformy nie tylko ożywiły otoczenie ZOZ, ale wprowadziły rozwiązania wymuszające nowe zachowania tych podmiotów. Wprowadzenie kontraktowania do podmiotów opieki zdrowotnej przyczyniło się do pojawienia mechanizmu wyzwającego rynkowe zachowania konkurencyjne.

Nastąpiło złagodzenie regulacji prawnych i dopuszczenie do rynku podmiotów prywatnych oraz nadanie publicznym ZOZ samodzielności. Powyższe aspekty przyczyniły się do większego uwzględnienia w swoich ofertach potrzeb obsługiwaną populacji, podwyższenia jakości świadczeń usług i obniżenia kosztów. Uzależnienie ich od przetrwania i rozwoju na rynku usług zdrowotnych zależy głównie od osiągniętych wyników i racjonalizacji podjętych działań.

Piśmiennictwo

1. Dziubińska-Michalewicz M.: Sektor prywatny w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Główne regulacje prawne, sprzyjające rozwojowi niepublicznego sektora ochrony zdrowia. Kancelaria Sejmu Biuro Studiów i Ekspertyz, Warszawa 2004, Informacja nr 1058, s. 2.
2. Chołuj B.: System opieki zdrowotnej – efekty zmian w Polsce i krajach sąsiednich. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002, s. 15.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 5 sierpnia 1993, dotyczące ogólnych warunków i procedur zawierania kontraktów na świadczenie usług zdrowotnych oraz wynagrodzeń za te usługi. Dz. U. 1993, nr 6, poz. 363.
4. Grabowski J., Kozierkiewicz A.: Standardy świadczeń medycznych nabywanych w systemie PUZ. Służba Zdrowia 2001, nr 82-85, s. II-VI.
5. Mały Rocznik Statystyczny 1996, GUS, Warszawa 1997, s. 179; Mały Rocznik Statystyczny 1997, GUS, Warszawa, s. 195.
6. Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada C., Włodarczyk C.W.: Opieka zdrowotna w Polsce po wprowadzeniu reform. Raporty Case. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2002, s. 288.
7. Włodarczyk C. W.: System po reformie. Próba syntezy. Zdrowie i Zarządzanie. Tom I 1999, nr 5, s. 54-63.
8. Kissimova-Skarbek K.: Finansowanie szpitali przez kasy chorych. Zdrowie i Zarządzanie, Tom I, Kraków 1999, s.15.
9. Kissimova-Skarbek K., Finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce po wprowadzeniu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, pod red. Fedorowski J. J., Nizanowski R.: *Ekonomika medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, s. 37-44.
10. Ustawa o PUZ z dnia 6 lutego 1997, Dz. U. 1997, nr 28, poz. 408.
11. Kotula Z.: Wydatki na ochronę zdrowia a PKB. Służba Zdrowia sierpień 2000, 17-18, nr 65-68, s. 50.
12. Gilewska A.: Stoimy wobec groźby załamania się systemu. Służba Zdrowia 22 listopada – 3 grudnia 2001, nr 90-93, s. 4-5.
13. Wskaźniki i stawki. Gazeta Prawna z dnia 3.02.2003.
14. Grabowski J., Kozierkiewicz A., Gajek F.: Polski system jednorodnych grup pacjentów. Służba Zdrowia 2001, nr 80-81, s. V-VI.
15. Lisowska B.: NIK o finansowaniu i dostępności procedur medycznych. Puls Medycyny z dnia 20 listopada 2002.
16. Błahut-Żugaj, Jakość jako strategia. Menedżer Zdrowia 2003, nr 6, s.42
17. Nizanowski M.: Perspektywy rozwoju reformowanej opieki zdrowotnej w Polsce PZWL, Warszawa, 2002, s. 52.



CENTRUM CHORÓB



IV MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA KARDIOLOGICZNA „POSTĘPY W ROZPOZNAWANIU I LECZENIU CHORÓB SERCA I PŁUC”

THE FOURTH INTERNATIONAL CONFERENCE: ADVANCES IN THE DIAGNOSIS AND
TREATMENT OF HEART AND LUNG DISEASES

4.X.1996 DOM MUZYKI I TAŃCA W ZABRZU

SESJA II B

12:00 - 12:30

Sesja sponsorowana przez Firmę rPr

Miejsce i rola leków beta adrenolitycznych w leczeniu nadciśnienia tętniczego

12:30 - 13:00

Sesja sponsorowana przez Firmę Sanofi

**Dr med. Anna Wnuk-Wojnar
I Klinika Kardiologii Śl.A.M.**

Rola adonezyny (Adenocor) w diagnostyce i leczeniu nadkomorowych zaburzeń rytmu serca

13:00 - 13:30

Sesja sponsorowana przez Firmę Flora

„Unilever“ w działaniach WHO na rzecz poprawy stanu zdrowia

13:30 - 14:00

Sesja sponsorowana przez Firmę Cordis Johnson&Johnson

Dr med. Ludwik Firek

Zastosowanie stentów Palmaza i Palmaza-Schatza w układzie naczyń wieńcowych i obwodowych

L U N C H

SESJA III B

14:45-16:45

PROWADZĄCY:

1. **A. Sheffer, USA**

2. **DeBuske, USA**

3. **E. Gelfand, USA**

4. **L. Rosenwasser, USA**

5. **G. Cieślewicz,
Zabrze, USA**

Postępy w alergologii, pulmonologii i immunologii klinicznej

E. Gelfand, USA

J. Małolepszy, Wrocław

Strategia postępowania w astmie
Diagnostyka alergii wziewnych in vitro

Rola limfocytów T w rozwoju nadwrażliwości na alergeny dróg oddechowych - cele terapii

Rola genetyki w astmie

Regulacja czynności genów cytokin
Wpływ interferonu alfa na reaktywność oskrzeli w modelu doświadczalnym

Sesja sponsorowana przez Firmę rPr

PRZEWLEKŁA NIEWYDOLNOŚĆ SERCA



Zabrze, 3 X 1997 r.

V Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna

Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca

