BEZPŁATNA GAZETA PACJENTA

BOROWSKA 213

NUMER 4 LISTOPAD 2015

fot. Tomasz Gola

Wszystko dla dobrego widzenia

Według starego powiedzenia oczy to zwierciadło duszy. Związek między „duszą" a narządem wzroku odkryli także naukowcy. Z ich badań wynika, że właśnie sprawność tego zmysłu w największym stopniu wpływa na jakość życia. Nawet najmniejsze uszkodzenie funkcji wzroku powoduje dyskomfort.
W Klinice Okulistyki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu nie ma jednak na ogół pacjentów z drobnymi problemami. Trafiają tu najcięższe przypadki z całego regionu – takie, w których nie da się już zaradzić w standardowym gabinecie okulisty.

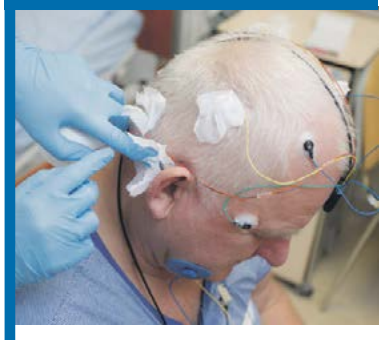
Czytaj na str. 3

„Przylądek Nadziei" czeka na pacjentów

Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej jeszcze w listopadzie zakończy przenosiny z dotychczasowej siedziby przy ul. Bujwida do „Przylądka Nadziei" przy ul. Borowskiej we Wrocławiu. Ostatnie tygodnie w klinice upłynęły przede wszystkim na testowaniu sprzętu. Wszystkie urządzenia są nowe, trzeba je dokładnie sprawdzić.

Czytaj na str. 2

Nocna walka o oddech



Złotym standardem w diagnostyce bezdechu sennego jest badanie polisomnograficzne. Pacjent podłączony jest za pomocą elektrod i czujników do urządzenia, które podczas snu rejestruje m.in.: zapis czynności elektrycznej mózgu, ruchy gałek ocznych, czynność mięśni, stężenie tlenu we krwi, częstość akcji serca, ruchy oddechowe, chrapanie, zmiany pozycji ciała.

Czytaj na str. 7

Powstańcy z kanapy i nie tylko

Na starcie I Biegu Uniwersytetu Medycznego 3 października pojawiło się 850 uczestników, gotowych zmierzyć się z 10-kilometrową trasą. Choć w pierwszym zamyśle miał to być bieg głównie dla lekarzy i studentów uczelni, trzeba było rozszerzyć formułę. Do rywalizacji stanęli także lekarze z innych ośrodków, a nawet pacjenci.

Czytaj na str. 4-5

Czy Oktawianek znajdzie dom?

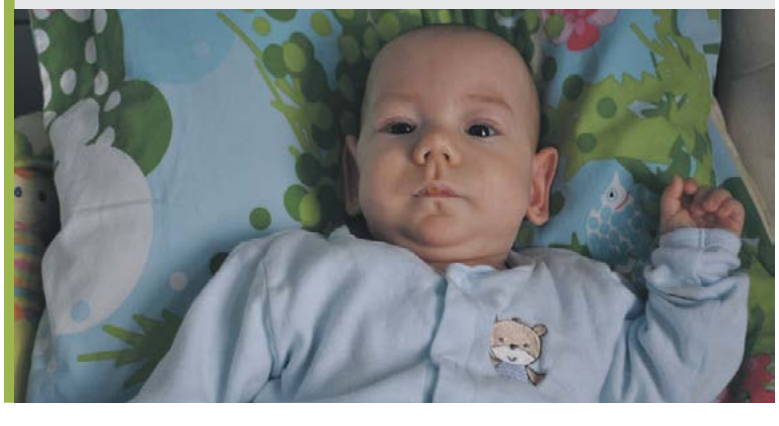
Ma 8 miesięcy, jest ciężko chory i od urodzenia przebywa w szpitalach. Matka zrzekła się go zaraz po porodzie. Od czterech miesięcy mały Oktawian jest pacjentem Kliniki Nefrologii Pediatrycznej USK, gdzie jest dializowany. Urodził się jako wcześniak, ważył niewiele ponad kilogram. Rozwija się wolniej niż zdrowe dzieci, w dodatku nie widzi.

Chłopczyk został zarejestrowany w ośrodku adopcyjnym, ale w Polsce tak chore dzieci mają niewielką szansę na znalezienie nowej rodziny. Przynajmniej wskazują na to statystyki.

Każdego roku w polskich szpitalach pozostawianych jest kilkaset noworodków. Jakkolwiek by nie oceniać decyzji ich matek, według ekspertów to najlepszy sposób, gdy nie chcą lub nie mogą ich wychowywać.

W tej sprawie niedawno zabrał głos Rzecznik Praw Dziecka Marek Michalak, odnosząc się do zalecenia likwidacji tzw. okien życia przez Komitet Praw Dziecka ONZ. Michalak sprzeciwił się zaleceniu, ale jednocześnie podkreślił, że są u nas inne formy zrzeczenia się dziecka.

– Z punktu widzenia dobra dziecka sytuacja, w której matka zostawia noworodka w szpitalu i zrzeka się praw rodzicielskich jest najkorzystniejsza – pisze RPD w jednym z wystąpień. – Takie postępowanie daje możliwość szybkiego uregulowania sytuacji prawnej dziecka i skierowania go do adopcji. Im wcześniej to nastąpi, tym lepiej dla dziecka.



„Przylądek Nadziei" czeka na pacjentów

fot. Tomasz Gola

Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu jeszcze w listopadzie zakończy przenosiny z dotychczasowej siedziby przy ul. Bujwida do „Przylądka Nadziei" przy ul. Borowskiej.

– Nie możemy się doczekać momentu, kiedy pacjenci kliniki rozpoczną leczenie w nowych warunkach – przyznaje dr Grzegorz Dobaczewski, który koordynuje całe przedsięwzięcie ze strony kliniki. – Ostatnie tygodnie upłynęły przede wszystkim na testowaniu sprzętu. Wszystkie urządzenia w klinice są nowe, musimy je dokładnie sprawdzić, zanim rozpoczniemy przyjmowanie dzieci. To standardowa procedura bezpieczeństwa, a ponieważ chodzi o tysiące elementów, potrzeba na to czasu.

Do kliniki, która weszła w strukturę Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, zakupiono cały nowy sprzęt. Są to m.in. urządzenia do monitorowania pacjentów, podawania leków, oceny poszczególnych parametrów zdrowotnych, itd. Od ich sprawności i niezawodności zależy jakość diagnostyki i leczenia, stąd konieczność zadbania o każdy szczegół.

Jak tłumaczy dr Dobaczewski, poszczególnych elementów nie można przetestować w jednym czasie; nie tylko ze względu na ich dużą liczbę. Podczas sprawdzania ważna jest kolejność uruchamiania, a ponadto niektóre z nich stanowią jeden system. W takiej sytuacji sprawdza się każdy element osobno, a potem ponownie funkcjonowanie w sieci.

Na wyznaczenie terminu ostatecznej przeprowadzki wpływ ma także harmonogram przeszczepów. Akcja „przenosiny" musi być tak zorganizowana, by go nie zakłócić i by każdy zabieg odbył się zgodnie z wcześniejszym planem. – Przeprowadzka nie może w żaden sposób wpłynąć na leczenie pacjentów, bo ono jest dla nas priorytetem – wyjaśnia dr Grzegorz Dobaczewski. – Staramy się także, by dzieci odczuły ją w jak najmniejszym stopniu.

Dzieci zostaną przewiezione do nowej siedziby transportem sanitarnym. Będzie ich ok. 60, ale według dr Dobaczewskiego, przy dobrej organizacji uda się je przewieźć z Bujwida na Borowską w ciągu kilku godzin. Większość z nich to pacjenci chodzący, nie są podłączeni do urządzeń. Tylko nieliczni będą wymagali specjalistycznego transportu, który będzie im zapewniony. Nowi pacjenci oraz ci, którzy są od dawna pod opieką kliniki, ale wymagają cyklicznych wizyt, zapisywani są już do nowej siedziby. Testy sprzętu przebiegają zgodnie z planem, więc kiedy tu trafią, wszystko powinno być dopięte na ostatni guzik.

fot. Tomasz Gola

► Cały sprzęt w klinice jest nowy.

I Turniej Piłki Nożnej w Ochronie Zdrowia za nami

10 października odbył się I Turniej Piłki Nożnej w Ochronie Zdrowia zorganizowany przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza – Radeckiego we Wrocławiu. W rywalizacji wzięło udział aż 15 zespołów. I miejsce zdobyła drużyna SPSK1, II miejsce drużyna UKRYCI z Pogotowia Ratunkowego we Wrocławiu, III miejsce FC ORTHOS z Orthos Szpital Specjalistyczny Wrocław.

Kolejna edycja turnieju za rok.

► W ekipie USK nie brakowało entuzjazmu.

Nagrodzeni Portretem Polskiej Medycyny 2015

Prof. Włodzimierz Jarmundowicz i dr hab. Paweł Tabakow z Kliniki Neurochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu zostali wyróżnieni Portretem Polskiej Medycyny 2015. Nagrodę wręczono podczas XI Forum Rynku Zdrowia, jednej z najbardziej opiniotwórczych debat o stanie i przyszłości systemu ochrony zdrowia.

Portrety Polskiej Medycyny są przyznawane co roku wybitnym osobom i instytucjom, mającym istotny i pozytywny wpływ na ochronę zdrowia w Polsce. Prof. Włodzimierz Jarmundowicz i dr hab. Paweł Tabakow otrzymali wyróżnienie w kategorii Lekarze Rynku Zdrowia 2015. W czasie uroczystej gali, która odbyła się 22 października 2015 r. w Warszawie, nagrodę w imieniu wrocławskiego zespołu odebrał dr hab. Paweł Tabakow.

Kierowany przez dr. hab. Pawła Tabakowa i prof. Włodzimierza Jarmundowicza zespół dokonał rzeczy uważanej dotąd za niemożliwą. Pacjent z przeciętym rdzeniem kręgowym po nowatorskiej operacji przeprowadzonej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu zaczął chodzić z pomocą sprzętu ortopedycznego. Po raz pierwszy na świecie osobie z takim urazem przeszczepiono glejowe komórki węchowe pobrane z mózgu, doprowadzając do częściowej regeneracji rdzenia kręgowego. Brytyjski prof. Geoffrey Raisman z University College w Londynie, który odkrył właściwości regeneracyjne komórek glejowych, na widok Dariusza Fidyki, pacjenta stawiającego pierwsze kroki, powiedział: „To robi większe wrażenie, niż człowiek chodzący po księżycu".

– Jest to osiągnięcie ponad dwudziestu lekarzy od piętnastu lat pracujących w tym samym składzie – mówił dr hab. Paweł Tabakow, odbierając Portret. – Wiemy, jakie wyzwanie stoi przed nami. Na przykładzie jednej udanej operacji nie możemy wyciągać daleko idących wniosków. Chcemy powtórzyć ten sukces, by móc powiedzieć, że opracowaliśmy nową metodę leczniczą.

Wyboru laureatów Portretów Polskiej Medycyny dokonuje kolegium dziennikarzy miesięcznika „Rynek Zdrowia" i portalu rynekzdrowia.pl. Nagrody są przyznawane w kategoriach: Menedżer, Wydarzenie, Lekarz, Osobowość i Liderzy Rynku Zdrowia. W tym roku wśród wyróżnionych znaleźli się m.in. lekarze Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie, którzy uratowali życie skrajnie wyziębionemu 2-letniemu chłopcu, a nagrodę specjalną otrzymali Barbara i Jerzy Stuhrowie. Doceniono również powstanie Kliniki Przylądek Nadziei we Wrocławiu uznając stworzenie tej placówki za jedno z najważniejszych wydarzeń. Nagrodę odebrała prof. Alicja Chybicka.

fot. Tomasz Gola

Wszystko dla dobrego widzenia

Według starego powiedzenia oczy to zwierciadło duszy. Związek między „duszą" a narządem wzroku odkryli także naukowcy. Z ich badań wynika, że właśnie sprawność tego zmysłu w największym stopniu wpływa na jakość życia. Nawet najmniejsze uszkodzenie funkcji wzroku powoduje dyskomfort.

W Klinice Okulistyki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu nie ma jednak na ogół pacjentów z drobnymi problemami. Trafiają tu najcięższe przypadki z całego regionu – takie, w których nie da się już zaradzić w standardowym gabinecie okulisty.

– Większość naszych pacjentów to osoby z poważnymi chorobami oczu, którym można pomóc jedynie w warunkach, jakie mamy w klinice – wyjaśnia prof. Marta Misiuk–Hojło, kierownik Kliniki Okulistyki USK we Wrocławiu. – Chodzi nie tylko o sprzęt i specjalistów, ale także o możliwość konsultacji na miejscu ze specjalistami innych dziedzin: neurologami, neurochirurgami, kardiologami, angiologami. Wymieniam tych, z którymi najczęściej konsultujemy poważne przypadki, bo współczesna diagnostyka okulistyczna wymaga współpracy interdyscyplinarnej.

Oko jest wypustką mózgu

Pomocy wielu specjalistów wymagał jeden z typowych pacjentów kliniki, który w wyniku wypadku komunikacyjnego doznał urazu twarzoczaszki, w tym stłuczenia oczodołów. Najpierw trafił do Kliniki Chirurgii Twarzowo-Szczękowej USK, potem okazało się, że wymaga także operacji okulistycznej. Niestety, widzenia w jednym oku nie udało się już uratować. Pozostało mu drugie, które uratowano dzięki współpracy okulistów, chirurgów szczękowo-twarzowych i neurochirurgów.

– Gałka oczna może pęknąć, m.in. z powodu urazu – tłumaczy dr Hanna Zając-Pytrus z Kliniki Okulistyki. – Jej zszycie jest możliwe, ale nie zawsze. Wszystko zależy od zakresu uszkodzenia. Mniejszy problem, gdy oko jest uszkodzone w przedniej części, bo wówczas operator ma łatwiejszy dostęp do pola. Zdarzają się jednak i uszkodzenia w tylnym odcinku. Zabieg jest wówczas bardziej skomplikowany, ale wykonujemy także takie operacje.

Dr Hanna Zając-Pytrus zastrzega, że od strony technicznej nie wygląda to tak, jak wielu sobie wyobraża. Makabryczne wizje wyciągania gałki ocznej na stół operacyjny są nieprawdziwe. Oko jest wypustką mózgu, a łączy się z nim za pomocą nerwu wzrokowego. Ten łącznik jest elastyczny, więc jest technicznie możliwe operowanie w pewnym zakresie tylnej ściany oka. Nie zawsze jednak operacja okulistyczna kończy się sukcesem. Ani doskonały sprzęt, ani wysokie umiejętności lekarza nie pomogą, jeśli rozerwanie jest zbyt duże i obejmuje tylny biegun oka.

fot. Tomasz Gola

► Prof. Marta Misiuk–Hojło.

Technika wspomaga okulistykę

Sprzęt w okulistyce jest niezmiernie ważny i służy także do diagnostyki innych schorzeń ogólnoustrojowych. Np. oftalmoskop, czyli wziernik okulistyczny (skonstruowany w XIX wieku!), używany do badania dna oka, przydaje się także w diagnostyce przy urazach wielonarządowych. Pozwala bowiem zobaczyć uszkodzenia nie tylko w narządzie wzroku, ale także w centralnym układzie nerwowym. Także ocena reakcji źrenic jest ważna w diagnozowaniu uszkodzeń neurologicznych. Toteż okulista często konsultuje pacjentów z wielonarządowymi urazami oraz z chorobami ogólnoustrojowymi, leczonymi przez specjalistów z innych dziedzin medycznych. Specjalista potrafi wiele „wyczytać" z obrazu dna oka.

Pacjenci wrocławskiej kliniki mają dostęp do najnowocześniejszych metod diagnostycznych, jak optyczny tomograf koherentny, który zrewolucjonizował diagnostykę chorób siatkówki. Badanie tym urządzeniem jest szczególnie ważne w diagnostyce zmian chorobowych w obrębie najcieńszej dla procesu widzenia części dna oka, tzw. plamki. Co ważne, optyczna tomografia koherentna (OCT) jest badaniem nieinwazyjnym, może niekiedy zastąpić inne metody, wymagające dożylnego podania kontrastu.

Podstawą dobra diagnoza

Coraz nowocześniejszy sprzęt i nowe techniki mikrochirurgiczne mogą ratować widzenie w coraz większym zakresie. Zawsze jednak najważniejszą sprawą jest właściwa diagnoza.

O tym, jak ważna jest współpraca różnych specjalistów w procesie diagnostycznym świadczy kolejny przypadek pacjentki tutejszej kliniki.

– Kobieta traciła widzenie, mimo ciągłej kontroli okulistycznej, kiedy całkowicie oślepła w jednym oku, a ostrość wzroku drugiego oka stopniowo się pogarszała – opowiada dr Hanna Zając-Pytrus. – Został u niej zdiagnozowany zespół niedotlenienia ocznego. Przyczyną zaburzeń było zatkanie tętnic szyjnych. Badanie przepływów w tętnicach dogłowowych nie wykazało zaburzeń, które ustalono po konsultacji z angiochirurgiem i wykonaniu TK z kontrastem. Tętnica odpowiadająca stronie ślepego oka była całkowicie zatkana, a druga – w 70 proc.

Dzięki konsultacji interdyscyplinarnej i możliwości diagnostyki obrazowej oraz operacji udrożnienia tętnicy szyjnej wykonanej przez chirurgów naczyniowych, a potem przez okulistów udało się uratować chorej widzenie drugiego oka.

Uwaga na leki

Na zdrowie oczu wpływ mają różne czynniki, także te, które przeciętnemu człowiekowi bez wiedzy medycznej wydają się odległe od narządu wzroku. Dr Hanna Zając-Pytrus przestrzega przed nadużywaniem leków, bo nawet te z pozoru „niewinne" mogą przynieść wiele szkody.

– Takim przykładem jest Acard, dostępny bez recepty i stosowany w profilaktyce przeciwzakrzepowej – mówi lekarka. – Niektórzy pacjenci przyjmują go całymi latami. Tymczasem lek zwiększa ryzyko krwotoków, także w obrębie narządu wzroku. Może przez to dojść do jego uszkodzenia, w dodatku nieodwracalnego. W przypadku leczenia okulistycznego z powodu tzw. degeneracji plamki związanej z wiekiem należy pytać kardiologa, czy rzeczywiście jest on bezwzględnie konieczny.

fot. Tomasz Gola

► Urządzenie do koherentnej tomografii.

Spora część pacjentów wrocławskiej kliniki to osoby w podeszłym wieku, które mają także inne współistniejące choroby. Stąd konieczność konsultacji różnych specjalistów celem bezpiecznego leczenia.

– W leczeniu nie ma granicy wieku – zapewnia dr Hanna Zając-Pytrus. – Leczymy nawet pacjentów w wieku powyżej stu lat. Prawda jest taka, że człowiek tak długo, jak żyje – chce widzieć.

fot. Tomasz Gola

► Dr Hanna Zając-Pytrus.

Powstańcy z kanapy i uzależnieni

– Jeszcze parę lat temu nie lubiłem biegać – przyznaje Piotr Lepka lekarz ginekolog, który w I Biegu Uniwersytetu Medycznego zwyciężył w kategorii mężczyzn – pracowników Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, z czasem 00:39:40. – Dla kogoś takiego ja, kto od dziecka uprawiał sport, bieganie wydawało się nudne. Zmieniłem zdanie i teraz nie wyobrażam sobie bez tego życia.

Bieg wymyślił dr hab. Tomasz Zatoński, na co dzień pracownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi USK. Jak sam o sobie mówi, w sporcie jest neofitą i jeszcze nie tak dawno wcale nie był aktywny fizycznie. Jego pomysł miał inne źródła:

– Bardzo podoba mi się tradycja anglosaska, w której środowiska uniwersyteckie integrują się podczas rywalizacji sportowej – mówi dr hab. Tomasz Zatoński. – Każdy wie, jakie emocje wywołują zawody wioślarskie na Tamizie, w których walczą renomowane uniwersytety Okfsordzki i Cambridge. Myślałem o tym, że choć część tej tradycji zaszczepić u nas. Bieg wydawał się najłatwiejszy w organizacji, choćby dlatego, że nie wymaga dużych nakładów.

► Najlepsza wśród kobiet z USK Marta Kwiatoń.

W rzeczywistości okazało się, że organizacja takiego przedsięwzięcia nie jest wcale łatwa, a przygotowania trwają wiele miesięcy. Trud się opłacił – 3 października na starcie pojawiło się 850 uczestników, gotowych zmierzyć się z 10-kilometrową trasą. Choć w pierwszym zamyśle miał to być bieg głównie dla lekarzy i studentów Uniwersytetu Medycznego, trzeba było rozszerzyć formułę. Do rywalizacji stanęli także lekarze z innych ośrodków, a nawet pacjenci. Hasło „W zdrowym ciele zdrowy duch" zmobilizowało. Do mety dotarło 600 uczestników, ale dr Zatoński za zwycięzców uważa wszystkich, którzy w tę piękną jesienną sobotę wybrali ruch zamiast wizyty w galerii handlowej.

► Dr Tomasz Zatoński z ambasadorem biegu – medalistą olimpijskim w wioślarstwie Pawłem Rańdą.

Nie czekać na zawał

Bieg miał także w założeniu walor edukacyjny.

– Zadaniem lekarzy jest promowanie zdrowego stylu życia i profilaktyki zdrowotnej – dodaje dr Zatoński. – Wiadomo, że lepiej zapobiegać niż leczyć, a właściwe postawy najlepiej pokazywać na własnym przykładzie. Otyły, niemrawy lekarz może długo opowiadać pacjentom o tym, jak ważna jest aktywność fizyczna i odpowiednia dieta. Niewiele z tego wyniknie.

Pomysłodawca i organizator biegu nie ukrywa własnych grzechów z przeszłości. Biega dopiero od czterech lat. Zanim ruszył na trasy i stał się posiadaczem licznych medali, było z nim kiepsko. Problemy z sercem, zadyszka podczas wchodzenia po schodach...

– Sam już wiedziałem, że coś z tym trzeba zrobić, a nie czekać na zawał – mówi dr Tomasz Zatoński. – Na zmianę trybu życia namówiły mnie dzieci. Zacząłem biegać, bo to było najprostsze. I tak już zostało. A problemy zdrowotne są tylko wspomnieniem.

Zapuszczony 47-latek zmienia swoje życie

Takich, jak dr Zatoński, anestezjolog dr Maciej Garncarek nazywa „powstańcami z kanapy". Sam także do nich należy, co uczciwie przyznaje.

– Pięć lat temu byłem zapuszczonym 47 – latkiem – opowiada. – Ważyłem 120 kilogramów, bez zadyszki nie wchodziłem na drugie piętro. Do tego dochodził problem z kolanem, który jakoś usprawiedliwiał brak ruchu. Praca – dom, dom – praca i coraz gorsze samopoczucie – tak wyglądało moje życie. Aż w końcu powiedziałem: dość, tak dłużej być nie może. Zdecydowałem się na operację kolana i postanowiłem biegać. Żeby się samemu zmotywować, stawiałem na progu domu trampki, nie zważając na docinki moich córek. Rodzina była sceptyczna, ale ja się zawziąłem. Wkrótce do biegania przekonała się moja żona Agnieszka, która także wcześniej nie należała do szczególnie aktywnych. Skorzystał też pies Jackie – biega razem z nami i mimo że według „ludzkiego" przelicznika ma około 70-tki, wziął nawet udział w psich zawodach.

Mimo beznadziejnych wydawałoby się początków, dr Maciej Garncarek ma na koncie spore sukcesy. Już po kilku miesiącach przygotowań zaliczył pierwszy półmaraton, a potem z powodzeniem startował w maratonach. Poprzeczkę stawiał coraz wyżej. Zakwalifikował się do programu „ Radiowa Akademia Triathlonu" Radia Wrocław, a po miesiącach treningów i kilku mniej udanych startach zdobył prestiżowy tytuł Ironmana na dystansie 226 km (3,9 km pływanie , 180 km rower i 42 km biegu) w czasie 12:51h.

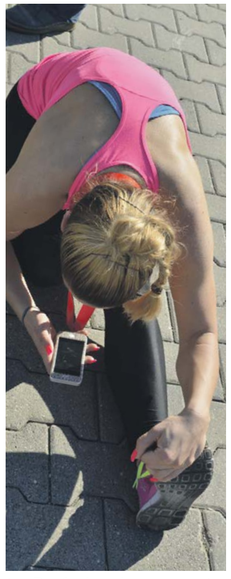
od sportu razem na starcie

– Moje życie zmieniło się diametralnie – mówi dr Garncarek. – Chodzi nie tylko o kondycję i stan zdrowia, które są bez porównania lepsze niż kilka lat temu. Mam też ogromną satysfakcję, że udało mi się przezwyciężyć samego siebie i uniknąć tego, co wydawało się nieuchronne.

Gdy brakuje czasu, to się biega

Najlepszy zawodnik Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego dr Piotr Lepka to zupełnie inny przypadek. Uważa się za uzależnionego od sportu, bo od dziecka „coś trenuje". W czasie studiów reprezentował Wrocław na wielu zawodach w koszykówce, zdobywając dwa złote i jeden brązowy medal Mistrzostw Polski Uczelni Medycznych. Biegać zaczął w 2012 roku.

– Z braku czasu – wyjaśnia szczerze. – Praca lekarza uniemożliwia regularne, wielogodzinne treningi. Przyznaję też, że miałem momenty rozleniwienia. Człowiek łatwo przyzwyczaja się do wygody, jeśli sobie na to pozwoli, a potem trudno mu wrócić do aktywności. Dotyczy to każdego, nawet takiej osoby, jak ja. Wcześniej nie myślałem o bieganiu. Po latach intensywnych treningów i sportowych emocji wydaje się to zwyczajnie nudne. Ale jeśli człowiek nie ma za wiele czasu, a chce się ruszać, to najprostsze wyjście. Trenować bieganie można w każdej sytuacji, choćby w drodze do pracy lub z pracy. Sam tak robię, pokonując trasę między szpitalem na Borowskiej a Smolcem, gdzie mieszkam.



► Profesjonalne przygotowanie do biegu.

Dr Lepka nie uważa już bieganie za nudę. Trenuje triathlon i biega w maratonach. Od 2013 r. szczyci się tytułem Iron Mana – po ukończeniu triathlonu na dystansie długim w Zurichu z czasem 11h 26 min. W Maratonie Wrocław osiągnął czas 3h 21min. Teraz marzy o zakwalifikowaniu się na najbliższe Mistrzostwa Świata Iron Man na Hawajach.

Podziękowanie za dar życia

W rywalizacji medyków wzięli udział także pacjenci. A wśród nich osoba niezwykła – Tomasz Szałwiński, który start w biegu potraktował jako podziękowanie za dar życia, który otrzymał siedem lat temu, gdy lekarze przeszczepili mu nerkę. Dziś należy do Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji, przebiegł 5 półmaratonów, 6 maratonów, ukończył 1/4 i 1/2 triathlonu. W 2014 r. był reprezentantem Polski podczas 8. Mistrzostw Europy dla Osób po Transplantacji i Dializowanych w Krakowie. Zdobył tam dwa medale: złoty w biathlonie letnim i brązowy w mini-maratonie na 5 km. Każdym kolejnym startem Tomasz Szałwiński pokazuje, że po transplantacji można też normalnie żyć, a nawet uprawiać sporty ekstremalne. Kondycji i samozaparcia może mu pozazdrościć niejeden zupełnie zdrowy człowiek, któremu „powstanie z kanapy" utrudnia jedynie własne lenistwo.

► Dr Maciej Garncarek i jego pies Jackie trenują w każdej wolnej chwili.

Już wiadomo, że Bieg Uniwersytetu Medycznego nie był jednorazową imprezą, jakich wiele. Znana jest data drugiej edycji – w przyszłym roku uczestnicy spotkają się na starcie 1 października. Powinni zacząć intensywne treningi. Dr Tomasz Zatoński zapowiada bowiem ostrą rywalizację. Tym razem chce rzucić rękawicę innym wrocławskim uczelniom. Czy będą miały odwagę ją podjąć?

► Puchary i nagrody wręczał zawodnikom dyrektor USK Piotr Pobrotyn (z prawej).

► Mistrz USK Piotr Lepka odbiera puchar z rąk szefa Dolnośląskiej Izby Lekarskiej Pawła Wróblewskiego.

Wyniki

W kategorii generalnej mężczyzn zwycięzcą został

Tomasz Sobczyk
(czas 00:32:28).

Najlepszą z biegaczek okazała się

Anna Więcek
(czas: 00:40:47).

Zawody rozgrywano w kilku kategoriach. Mistrzów biegania wyłonił również Uniwersytecki Szpital Kliniczny. Oto nasi mistrzowie:

KOBIETY:

I miejsce
Marta Kwiatoń
czas: 00:49:02

II miejsce
Dorota Kustrzycka
czas: 00:49:58

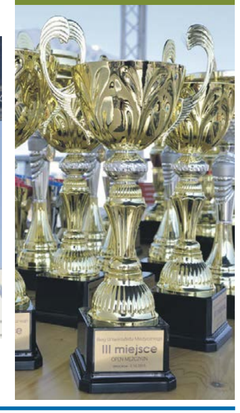
III miejsce
Marcelina Caban
czas: 00:53:49

MĘŻCZYŹNI:

I miejsce
Piotr Lepka
czas: 00:39:40

II miejsce
Wojciech Tyralski
czas: 00:43:10

III miejsce
Mariusz Szydło
czas: 00:43:44



Nadciśnienie tętnicze

fot. Tomasz Cała

Krwotok z nosa objawem nadciśnienia tętniczego? Niekoniecznie. 100+wiek to optymalna wartość ciśnienia skurczowego? Bzdura. Drastyczne ograniczanie soli ustrzeże przed nadciśnieniem? Może być wręcz przeciwnie. O wciąż funkcjonujących mitach związanych z tą powszechną chorobą oraz o potwierdzonych naukowo faktach opowiada dr Anna Szymańska-Chabowska z Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego USK we Wrocławiu.

Na nadciśnienie tętnicze cierpi 10,9 mln dorosłych Polaków, ale jedna trzecia z nich o tym nie wie. To choroba układu krążenia, której istotą jest podwyższone ciśnienie krwi, powodujące uszkodzenie naczyń krwionośnych, a w konsekwencji możliwy zawał, udar mózgu, niewydolność nerek i inne powikłania. Spośród tych, u których zdiagnozowano chorobę, zaledwie 26 proc. jest prawidłowo leczonych. Wprawdzie w ciągu dekady ponad dwukrotnie poprawiła się w Polsce skuteczność leczenia, to jednak nadciśnienie pozostaje ogromnym problemem cywilizacyjnym i wyzwaniem dla medycyny. Tym bardziej, że jest numerem jeden na liście zabójców. – Wśród wszystkich czynników ryzyka zgonów nadciśnienie tętnicze znajduje się na pierwszym miejscu – mówi dr Anna Szymańska-Chabowska z Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego USK we Wrocławiu, jedynego ośrodka na Dolnym Śląsku, który zajmuje się kompleksową diagnostyką i leczeniem nadciśnienia tętniczego. – Jak wynika z medycznych rankingów, wyprzedza pod tym względem nawet palenie papierosów, zaburzenia gospodarki lipidowej czy wypadki i urazy.

fot. Tomasz Cała

► – Na rozwój choroby czynniki genetyczne mają wpływ w zaledwie 10-20 proc., cała reszta to sposób życia – przekonuje dr Anna Szymańska-Chabowska.

Problem z nadciśnieniem polega na tym, że można cierpieć na nie latami i niczego nie podejrzewać. Nie boli i może długo nie dawać żadnych niepokojących objawów, jeśli nie doprowadzi do najpoważniejszych powikłań w postaci udaru mózgu czy zawału serca. Zanim do tego dojdzie, postępujący proces chorobowy powoli niszczy strukturę naczyń krwionośnych, doprowadzając do uszkodzenia ważnych dla organizmu narządów, np. serca czy nerek.

Jak prawidłowo mierzyć ciśnienie

W zdiagnozowaniu schorzenia może pomóc regularne mierzenie ciśnienia.

– Jednak nie można tego robić tak, jak większość z nas, czyli sporadycznie, przy okazji wizyty np. w aptece – przestrzega dr Anna Szymańska-Chabowska. – Badanie powinno być wykonane w odpowiednio wystandaryzowanych warunkach, by zminimalizować wpływ stresu czy wysiłku fizycznego na wynik pomiaru.

Lekarze zalecają, by po ukończeniu 30 r. życia przynajmniej raz w roku dokonać pomiaru ciśnienia w sposób wystandaryzowany. Dobrze jest zrobić to w warunkach ambulatoryjnych, w gabinecie lekarskim lub pielęgniarskim, ale nie jest to warunek konieczny. Równie wartościowy może być pomiar w domu, zwłaszcza że wówczas mamy szansę wyeliminować zewnętrzne czynniki stresogenne, które mogą wpłynąć na wynik. Eksperci są zdania, że domowe pomiary ciśnienia są z tego powodu optymalne – oczywiście, wykonane tak, jak należy i przy użyciu odpowiedniego sprzętu. Dr Anna Szymańska-Chabowska radzi, by używać ciśnieniomierzy w pełni automatycznych, z mankietem naramiennym (pomiary na nadgarstku nie są rekomendowane), dopasowanym do obwodu ramienia. To ważne, bo zbyt ciasny mankiet zawyży nam wskazaną wartość, a zbyt luźny – zaniży. Ponadto pomiar należy powtórzyć w odstępie dwóch minut. Z obu wyników wyliczamy średnią dla ciśnienia skurczowego i rozkurczowego i dopiero ten wynik uważa się za miarodajny.

Kiedy do lekarza

Jeżeli ciśnienie przekracza 140/90 mm Hg, jest to już sygnał alarmowy, ale też nie powód do paniki. Taki jednorazowy wynik nie musi świadczyć o istnieniu choroby, ale warto się upewnić. Badania należy powtórzyć, najlepiej przez tydzień mierząc ciśnienie dwa razy dziennie. Inaczej, gdy wartość ciśnienia skurczowego przekroczy 180 mm Hg. W takiej sytuacji lekarz zwykle już podczas pierwszej wizyty diagnozuje nadciśnienie tętnicze. Gdy tak wysokie ciśnienie uzyskamy w pomiarze domowym, należy udać się do lekarza.

– Bezwzględnie też nie ma na co czekać, jeśli dochodzi do omdleń, utraty przytomności, nagłego silnego bólu głowy, bólu w klatce piersiowej, zwłaszcza połączonego z lękiem lub dusznością – wymienia dr Anna Szymańska-Chabowska. – To najczęstsze objawy poważnych powikłań sercowo-naczyniowych. Niepokój i czujność powinny wzbudzić także mniej drastyczne symptomy, jak zmiana w ilości oddawanego moczu (nadciśnienie upośledza funkcje nerek) czy obrzęki nóg, które zwykle łączą się z dysfunkcją układu żylnego, ale mogą być także objawem niewydolności serca.

O początkach nadciśnienia mogą świadczyć także nagłe zwyżki ciśnienia – nawet gdy po nich wraca ono do normy. Natomiast nie jest prawdą, że chorobę zwiastują krwotoki z nosa, jak to się często uważa, bo zwykle ich przyczyna jest zupełnie inna.

Leczenie zależy od wieku

Powszechnie uważa się, że im człowiek starszy, tym jego ciśnienie może być wyższe, bez szkody dla zdrowia.

–Według wciąż pokutujących w świadomości społecznej mitów, akceptowalne ciśnienie skurczowe to 100+ wiek – dodaje lekarka. – Czyli u 50-latka byłoby to 150, a u 80-latka – 180. Oczywiście, nie jest to prawda, choć rzeczywiście nauka udowodniła, że osoby starsze (zwłaszcza po 80 r.ż.) gorzej tolerują niskie wartości ciśnienia, a zbyt radykalne jego obniżanie może zwiększyć u nich ryzyko poważnych incydentów sercowo-naczyniowych. W celu rozpoznania nadciśnienia tętniczego stosuje się takie same kryteria zarówno u osób młodych, jaki i tych w podeszłym wieku. Tylko cele leczenia są inne. U pacjenta do 60 r ż. (i bez obciążeń kardiologicznych) dąży się do osiągnięcia ciśnienia skurczowego o wartości ok. 120-130 mmHg. Natomiast gdy pacjent ma ponad 80 lat, uznaje się za docelowe ciśnienie 140-150/80 mmHg i tak dobiera się dawki leków hipotensyjnych, aby nie obniżyć ciśnienia poza tę granicę. Dla osób z chorobami układu krążenia, po udarach, zawałach, z cukrzycą, czy niewydolnością serca optymalnym ciśnieniem tętniczym jest 130-140/80-85 mmHg. Najbardziej zindywidualizowane jest leczenie pośredniej grupy wiekowej: między 60 a 80 r. życia. Tu wszystko zależy od szacowanego ryzyka sercowo-naczyniowego oraz indywidualnej tolerancji pacjenta.

Jak wyjaśnia dr Anna Szymańska-Chabowska, leczenie nadciśnienia polega na obniżeniu jego wartości, ale nie jest to jedyny cel. Chodzi także o to, by doprowadzić do wycofania się lub zminimalizowania tych szkód (zwanych subklinicznymi uszkodzeniami narządowymi), które już wystąpiły w organizmie. To może być np. przerost mięśnia serca, uszkodzenie drobnych naczyń krwionośnych na dnie oka, niezauważalne, bo bezobjawowe pogorszenie funkcji filtracyjnej nerek, czy pojawienie się niewielkiej ilości białka w moczu. A zatem pierwsze powikłania nadciśnienia możliwe są do wykrycia jedynie w niektórych badaniach laboratoryjnych, ekg lub usg, na które powinni kierować pacjentów lekarze rodzinni.

Niektórzy pacjenci z nadciśnieniem nie chcą się leczyć. Paradoksalnie, gdy ciśnienie im spada pod wpływem terapii, mogą się czuć gorzej niż przed podjęciem leczenia. Niektórzy skarżą się na wzmożoną senność i złe samopoczucie. Z medycznego punktu widzenia to nic dziwnego – ich organizm przyzwyczaił się bowiem do wyższego ciśnienia, stąd taka reakcja, zwłaszcza gdy ciśnienie zostanie obniżone zbyt szybko. „Po co mam się leczyć, skoro gorzej się czuję” – takie stwierdzenia lekarzom zdarza się słyszeć wcale nie tak rzadko. Przekonują wówczas opornych pacjentów, że przecież podwyższone ciśnienie, nawet gdy organizm do niego przywykł, wciąż niszczy najważniejsze dla życia organy.

Złe nawyki szkodzą

Na częste pytania zdiagnozowanych pacjentów „Skąd to się u mnie wzięło?” najkrótsza i najbardziej prawdopodobna odpowiedź lekarza brzmi: ze stylu życia.

– U 90 proc. pacjentów mamy do czynienia z nadciśnieniem pierwotnym, a zaledwie u 10 proc. pozostałych – z wtórnym, które jest rezultatem różnych chorób – tłumaczy dr Anna Szymańska-Chabowska. – Ocenia się, że na rozwój choroby czynniki genetyczne mają wpływ w zaledwie 10-20 proc., cała reszta to sposób życia. Brzmi to jak banał, którego wielu pacjentom nie chce się nawet słuchać, ale takie są fakty.

Ogromną rolę w rozwoju i postępie choroby odgrywa dieta. Nawet najlepsze leki nie pomogą, jeśli nie zmieni się złych nawyków, które na talerzu uosabiają tłuste, ciężkostrawne potrawy. A także przesolone. Polacy zdecydowanie nadużywają soli, przekraczając zalecane dzienne dawki nawet trzykrotnie. Według zaleceń ekspertów dziennie spożycie nie powinno przekraczać 5-10 g na osobę, co odpowiada 1-2 małym łyżeczkom. I nie chodzi tu tylko o te łyżeczki, których używamy świadomie soląc potrawy, ale także o chlorek sodu zawarty w licznych produktach, o czym nie mamy pojęcia.

Chorzy na nadciśnienie nie powinni przekraczać 5 g soli każdego dnia.

– Trzeba mieć świadomość, że sól znajduje się nie tylko w solonych orzeszkach czy chipsach, o czym każdy wie, ale nawet w wodzie mineralnej, co już nie jest takie oczywiste – przestrzega dr Anna Szymańska-Chabowska. – Dlatego należy czytać skład produktów i wybierać świadomie. Jednocześnie trzeba podkreślić, że restrykcyjne „profilaktyczne” ograniczanie soli w przypadku osób zdrowych, bez nadciśnienia, nic nie da, a wręcz jest niewskazane. Niektóre badania pokazują, że może nawet przyspieszyć rozwój nadciśnienia. Zatem trzeba odżywiać się przede wszystkim racjonalnie, stosując zasadę umiaru pod każdym względem.

Na wahania ciśnienia wpływa także przyjmowanie innych leków lub preparatów farmaceutycznych, w tym powszechnie nadużywanych przeciwbólowych oraz antykoncepcyjnych. Nadciśnieniu sprzyja też nadwaga i otyłość, na które pracujemy złą dietą i brakiem ruchu. W tkance tłuszczowej produkowanych jest wiele substancji hormonalnych i prozapalnych, które niszczą naczynia krwionośne i przyspieszają rozwój miażdżycy i nadciśnienia. Wygląda to trochę jak błędne koło – z tą różnicą, że sami możemy je przerwać, by nie zostać kolejnym pacjentem kliniki.

Wystarczy tylko codzienny 40-minutowy marszobieg, przejażdżka rowerem lub pół godziny pływania. Do tego racjonalna dieta, unikanie dymu nikotynowego, ograniczenie spożycia alkoholu i możemy być pewni, że zrobiliśmy dużo, aby zapobiec lub znacząco opóźnić rozwój choroby groźnej dla naszego organizmu, jaką niewątpliwie jest nadciśnienie tętnicze.

nr 1 na liście zabójców

Nocna walka o oddech

Bezdech senny to poważny problem, który jest często lekceważony nie tylko przez pacjentów, ale nawet przez lekarzy. Tymczasem, jeśli utrzymuje się długo i nie jest leczony, powoduje poważne konsekwencje zdrowotne.

Na temat bezdechu sennego funkcjonuje wiele mitów. Dolegliwość ta kojarzy się zwykle z chrapaniem i często się uważa, że dotyczy tylko mężczyzn.

– Nie jest to prawdą – prostuje dr Helena Martynowicz, kierownik Pracowni Zaburzeń Snu, działającej w Klinice Chorób Wewnętrznych, Zawodowych, Nadciśnienia Tętniczego i Onkologii Klinicznej USK we Wrocławiu. – Po pierwsze kobiety także chrapią i chorują na bezdech senny (zwłaszcza otyłe i po 40 r. życia), a poza tym nie każdy chrapiący cierpi na bezdech senny, choć istotnie może to być jeden z objawów towarzyszących chorobie.

Groźne powikłania

Chrapanie zwykle jest irytujące, zwłaszcza dla partnera, któremu przeszkadza spać. U chorego przerwy w oddychaniu trwają średnio 20-30 sekund, choć rekordziści nie oddychają nawet ponad 1,5 minuty. Problem w tym, że takich przerw jest wiele. Chorobę diagnozuje się, gdy zdarzają się częściej niż 5 razy w ciągu godziny. Są jednak pacjenci, którzy nie oddychają nawet kilkadziesiąt razy w ciągu godziny. Na szczęście, nie uduszą się, bo organizm walczy o oddech i w końcu go zaczerpnie. Ale jak się można czuć po takich nocach?

Poranne bóle głowy, wieczne zmęczenie, drażliwość, senność w ciągu dnia, coraz gorszy nastrój – to tylko niektóre objawy, jakie mogą świadczyć o tym, że podczas snu nie oddychamy prawidłowo, a nasz organizm nie dostaje tyle tlenu, ile potrzebuje. Chory może nie pamiętać, że wielokrotnie budzi się w ciągu nocy. Jednak pacjenci z bezdechem sennym często nie wchodzą w fazę snu głębokiego, co ma także swoje konsekwencje, głównie w postaci braku regeneracji podczas snu. Pojawiają się zaburzenia koncentracji, drażliwość, nerwice, a nawet depresja.

Są też poważne powikłania, których tak łatwo się nie dostrzeże. Dotyczą przede wszystkim układu sercowo-naczyniowego.

–Bezdech senny ciężkiego stopnia, (gdy liczba bezdechów lub spłyceń oddychania przekracza 30 na godzinę) zwiększa ryzyko udaru, zawału serca oraz zaburzeń rytmu serca – wyjaśnia dr Martynowicz.

Częstym powikłaniem bezdechu jest także nadciśnienie tętnicze. Zbadano, że ponad połowa cierpiących na bezdech ma nadciśnienie, a ok. 40 proc. osób z nadciśnieniem cierpi z powodu bezdechu sennego. Proporcje wyglądają inaczej w przypadku chorych z opornym nadciśnieniem tętniczym – bezdech senny obserwuje się u 70 proc. z nich. Naukowcy udowodnili także, że jeśli zaczyna się leczyć bezdech, leczenie nadciśnienia jest bardziej skuteczne i co najważniejsze, obniża się ryzyko wystąpienia powikłań bezdechu.

Diagnoza podczas snu

Na bezdech senny cierpi ponad 3 mln Polaków, ale tylko niewielki procent z nich jest leczonych. Wynika to z tego, że jest wciąż za mało wyszkolonych lekarzy, a także specjalistycznych pracowni. To zresztą problem nie tylko w naszym kraju, ale i na całym świecie. Problem poważny, bo statystki są zatrważające i można mówić wręcz o epidemii bezdechu sennego.

– Bezdech senny diagnozuje się w specjalistycznych ośrodkach, takich jak nasza pracownia – mówi dr Helena Martynowicz. – Złotym standardem w diagnostyce jest badanie polisomnograficzne. Pacjent podłączony jest za pomocą elektrod i czujników do urządzenia, które podczas snu rejestruje wiele parametrów, m.in.: zapis czynności elektrycznej mózgu, ruchy gałek ocznych, czynność mięśni, stężenie tlenu we krwi, częstość akcji serca, ruchy oddechowe, chrapanie, zmiany pozycji ciała. Pacjent spędza noc w pracowni zaburzeń snu. Dane dotyczące różnych funkcji jego organizmu, zostają zarejestrowane w pamięci komputera. Ich analiza pozwoli nam rano ustalić, czy pacjent cierpi na bezdech senny.

Niekiedy konieczna jest konsultacja laryngologiczna, a nawet zabieg operacyjny, bo zaburzenia oddychania mogą wynikać z nieprawidłowości anatomicznych.

Pacjent musi chcieć

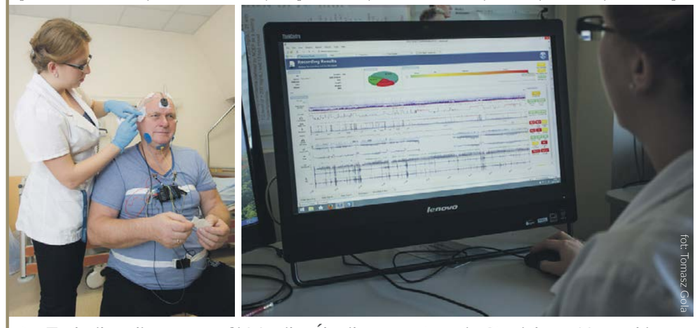
Część chorych na bezdech cierpi na łagodną postać choroby, czyli ma nie więcej niż 15 przerw w oddychaniu w ciągu godziny. W takich sytuacjach lekarze zalecają przede wszystkim zmianę stylu życia i redukcję masy ciała (choroba często wiąże się z otyłością). Ponadto czasem stosuje się tzw. terapię pozycyjną, czyli oducza się chorego od spania na wznak. Leczenie chirurgiczne jest także skuteczne w łagodniejszych postaciach choroby.

U znacznej części chorych, szczególnie tych z ciężką postacią choroby stosuje się leczenie ciągłym dodatnim ciśnieniem w drogach oddechowych. Choremu dobiera się specjalną maskę, przez którą w nocy podczas snu podawane jest powietrze udrożniające drogi oddechowe. Pacjent przestaje chrapać, oddycha regularnie, zmniejsza się ryzyko powikłań choroby. Jest to najskuteczniejsza, jak do tej pory, metoda leczenia bezdechu sennego. Niestety, dość często jest źle tolerowana i część chorych zaprzestaje leczenia po kilku miesiącach.

– Aby leczenie było efektywne, pacjent musi być przekonany o jego konieczności i skuteczności – dodaje dr Helena Martynowicz. – Dlatego zawsze w naszej pracowni wspólnie z pacjentem omawiamy możliwości leczenia, a przy wyborze metody terapii uwzględniamy preferencje chorego. Dobra relacja miedzy lekarzem i chorym zwiększa bowiem szanse na skuteczne leczenie bezdechu sennego.

fot. Tomasz Cała

► Bezdech senny ciężkiego stopnia zwiększa ryzyko udaru, zawału serca oraz zaburzeń rytmu serca – wyjaśnia dr Helena Martynowicz.


fot. Tomasz Cała

► Technik polisomnografii Monika Ślepik przygotowuje Stanisława Nowackiego do badania. Dane, dotyczące różnych parametrów analizowane są na komputerze.

Nie ma usprawiedliwienia dla jesiennego obżarstwa

O zasadach racjonalnego odżywiania oraz o tym, że niższa temperatura na zewnątrz niewiele zmienia w zapotrzebowaniu energetycznym rozmawiamy z prof. Elżbietą Poniewierką, ordynatorem oddziału gastroenterologii i hepatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

Chłodno, ponuro, ciemno... W takich momentach zjadłoby się coś smacznego. To chyba naturalne, że w jesienną szarugę czy w długie zimowe wieczory mamy większy apetyt, ale czy istnieje na to uzasadnienie naukowe?

Prof. Elżbieta Poniewierka: Przeciętny człowiek rzeczywiście jesienią i zimą więcej je, a mniej się rusza. Rezultaty widać na ogół dopiero wiosną – na wadze. To fatalne nawyki, z którymi należy walczyć. Zapotrzebowanie kaloryczne w tych porach roku nie jest dużo większe niż latem. Potrzebujemy wprawdzie nieco więcej energii do ogrzania organizmu, ale trzeba pamiętać, że w naszym klimacie zupełnie wystarcza do tego zaledwie 20 proc. więcej kalorii. Mówię o przeciętnym człowieku, który nie przebywa w ekstremalnych warunkach, przez wiele godzin marznąc na siarczystym mrozie. Zwykle przecież w mieszkaniach mamy ciepło, pracujemy także w ogrzanych pomieszczeniach. Dlatego powinniśmy unikać chęci dogadzania sobie poprzez objadanie.

To bardzo rozczarowujące, bo można by się było spodziewać jednak jakiegoś usprawiedliwienia dla większego apetytu podczas chłodów...

Prof. Elżbieta Poniewierka: Niestety, nie znajduję go. O 20 proc. większe zapotrzebowanie kaloryczne zimą oznacza, że możemy sobie pozwolić na zjedzenie dodatkowo 1-2 kromek w ciągu dnia. Można to zresztą sobie samemu obliczyć, bo sprawa jest indywidualna. Przyjmuje się, że zdrowy człowiek potrzebuje ok. 30 kcal na kilogram masy ciała. Jedna kromka to ok. 150-200 kcal.

Może więc jakość jedzenia powinna być inna jesienią i zimą, skoro nie ilość?

Prof. Elżbieta Poniewierka: Nie ma większej różnicy, poza tym, że nie wszystkie świeże produkty są tak samo dostępne, jak w innych okresach. Przede wszystkim powinniśmy się odżywiać racjonalnie. Podstawą jest porządne śniadanie. Ważne, by posiłek zawierał węglowodany złożone, a więc np. chleb razowy, kaszę gryczaną, makaron (najlepiej także razowy). Według aktualnie obowiązujących zaleceń należy spożywać posiłek co 3-4 godziny. Dotyczy to wszystkich, nie tylko dzieci czy osób starszych. Przy tym pamiętajmy, że posiłkiem jest także owoc czy jogurt, czyli w powszechnym rozumieniu niewielka przekąska. Trzeba jeść owoce i warzywa, by dostarczyć organizmowi witamin, bo to one wpływają na wzrost odporności, a także zadbać o prawidłową funkcję jelit.

Jednak dostęp do świeżych owoców i warzyw jest o tej porze roku ograniczony.

Prof. Elżbieta Poniewierka: Marchewki, selera, kapusty czy jabłek nie brakuje nawet zimą. Ponadto niektóre z niedostępnych produktów z powodzeniem zastąpimy mrożonkami, bo przez mrożenie nie tracą swoich wartości odżywczych. Zaleca się jeść warzywa do każdego posiłku, a owoce dwa razy dziennie. Przestrzegam jednak przed nadmiernym spożywaniem owoców, bo ich nadmiar jest dla naszego organizmu także niekorzystny, ze względu na dużą zawartość cukrów prostych. Ta postać cukrów np. w postaci tzw cukru dodanego jest bezpośrednio związana z nadwagą i otyłością.

W niektórych dietach dzieli się potrawy czy produkty na wychładzające albo ogrzewające, zalecając dostosowanie sposobu odżywiania do zewnętrznych okoliczności. Co na to nauka?

Prof. Elżbieta Poniewierka: To także mity, których nie potwierdzają badania naukowe. Oczywiście, jeśli wypijemy herbatę z imbirem, zrobi się nam cieplej, ale to działa na krótką metę. Nasz organizm potrafi w dużej mierze radzić sobie sam z niższą temperaturą otoczenia, np. podczas zimna obkurczają się naczynia krwionośne, dzięki czemu tracimy mniej kalorii. Poza tym, zamiast szukać wymówek do nadmiernego jedzenia z powodu przemarznięcia, lepiej ciepło się ubrać, wychodząc z domu. A przed wyjściem zjeść dobre, racjonalnie skomponowane śniadanie, koniecznie z porcją warzyw.

foto: Tomasz Gola

► – W chłodnych porach roku wystarczy zjeść dodatkowo 1-2 kromki chleba dziennie – przestrzega prof. Elżbieta Poniewierka.

Ciekawostki medyczne

Przetworzone mięso szkodzi

Kiełbasa, bekon, konserwy, hamburgery – te i inne wysoko przetworzone produkty mięsne zwiększają ryzyko przedwczesnego zgonu z powodu chorób serca o 72 proc., a z powodu nowotworów – o 11 proc. Do takich wniosków doszli naukowcy po analizie diety blisko pół miliona mieszkańców dziesięciu krajów europejskich. Badanie prowadzono pod kierunkiem prof. Sabine Rohrmann z Uniwersytetu w Zurichu. Według zaleceń naukowców, nie należy spożywać więcej niż 20 gramów dziennie takich produktów – czyli np. jeden plasterek szynki.

Orzechy w profilaktyce raka

Według badaczy z Marshall University School of Medicine orzechy włoskie mogą nie tylko chronić przed rakiem sutka, ale wpływać hamująco na jego rozwój, jeśli już do niego doszło. Na razie zbadano tę kwestię na myszach, ale naukowcy przekonują, że tak samo jest u ludzi. Wszystko dzięki temu, że orzechy włoskie zawierają kwasy omega-3, antyoksydanty, chroniące przed działaniem wolnych rodników oraz fitosterole.

Napoje słodzone a serce

Karolinska Institutet w Sztokholmie przez 12 lat badał ponad 40 tysięcy mężczyzn w wieku 45 - 79 lat, analizując ilość wypijanych przez nich napojów słodzonych (nie licząc herbaty, kawy i soków). W badanej grupie u ponad 4 tysięcy z nich pojawiła się niewydolność serca, 500 z jej powodu zmarło. Z analizy wynika, że u mężczyzn, którzy pili więcej niż dwie szklanki słodzonych napojów, ryzyko wystąpienia niewydolności serca było o 25 proc. wyższe niż u pozostałych.

Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego numeru:

Hasło główne: **Robert Koch**

Hasła z krzyżówki:

POZIOMO:
1) patolog
5) Lizyp
8) leże
9) zdrowie
10) piony
11) bąki
13) czort
14) okno
16) gar
17) odwar
19) skop
21) asygnata
23) Odys
25) azot
26) rant
27) komar
29) irbis
31) Ramajana
35) piknik
37) czamara
40) stolec
42) interdykt
43) faraon

PIONOWO:
1) przecinkowiec
2) termofory
3) lewatywa
4) glebogryzarka
5) lepik
6) złoto
7) psychopatia
12) Korynt
15) nastrój
18) Asam
20) Kaa
22) Goran
24) ski
28) ospa
30) boa
32) mister
33) akt
34) Niemka
36) Irwin
38) zęza
39) męka
41) orda

Nagrody (kalendarze na 2016 rok) za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego numeru wylosowali:

Teresa Figurska, Dorota Kafarska, Maciej Kwater.

Borowska213

Wydawca:
Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu
ul. Borowska 213
50-556 Wrocław

Informacja:
tel. (71) 733-1110
fax. (71) 733-1209
e-mail: sekretariat@usk.wroc.pl

Kontakt do redakcji:
tel. 71 733 10 55
e-mail: kowalskam@usk.wroc.pl

Skład: STUDIO MANAT