

NUMER 30

ISSN 1730 - 1297

wiosna 2017

SZLACHETNE ZDROWIE

Czasopismo Śląskiego Centrum Chorób Serca



Szlachetne Zdrowie
Nikt się nie dowie
Jako smakujesz
Aż się zepsujesz

Jan Kochanowski

Iść, ciągle iść w stronę słońca
W stronę słońca aż po horyzontu kres
Iść, ciągle iść - tak bez końca
Witać jeden przebudzony właśnie dzień
Wciąż witać go, jak nadziei dobry znak
Z ufnością tą, z jaką pierwszą jasność odśpiewuje ptak



/Dwa Plus Jeden/

W numerze:

- Punkt widzenia
- MedTrends
- Kawa. Szkodzi czy pomaga
- Wspomnień czar...
- In memoriam
- Zdrowa dieta obniżająca poziom cholesterolu we krwi
- Bądźmy czujni na wiosnę... i nie tylko
- Elementy medycyny transkulturowej w codziennej praktyce
- Zaburzenia odżywiania u dzieci a choroby współistniejące cz. II

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

REDAKCJA

WYDARZENIA

- **24.01.2017** - Światowy Dzień Transplantacji w SCCS Wyróżnienie dla SCCS - Wysoka Jakość w Ochronie Zdrowia
- **17-18.02.2017** - **Warsztaty Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Serca i Naczyń** - Warsztaty odbyły się po raz pierwszy w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze skierowane do młodych kardiochirurgów, chirurgów naczyniowych i endowaskularnych - ESCVS Winter School. ESCVS Winter School to nasza bardzo ciekawa inicjatywa, której celem jest umożliwienie dodatkowego szkolenia, zdobycia wiedzy i wymiany doświadczeń z uznanymi ekspertami ambitnym, wyróżniającym się lekarzom - rezydentom z Europy.
- **24.04.2017** - akcja edukacyjno - zdrowotna pod hasłem **Zrób coś dla serca – profilaktyka nadciśnienia tętniczego krwi.**
- **04.2017** - Śląskie Centrum Chorób Serca jako najlepszy szpital w generalnej klasyfikacji punktowej rankingu „Wprost”
- **07-09.06.2017** - **XXIV Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna**
- Jubileusz XXX-lecia inwazyjnego modelu leczenia zawału serca



REDAKCJA:

Bożena Smoter

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

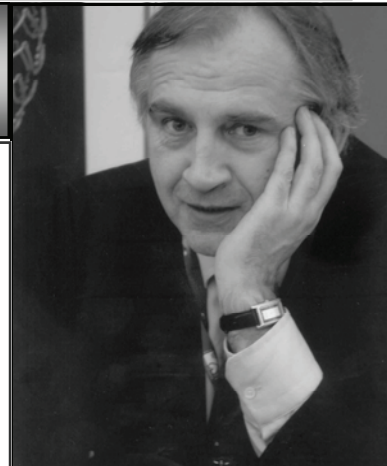
WYDAWCA:

Fundacja SCCS
ul. Wolności 182
41-800 Zabrze





Punkt widzenia



Prof. dr hab.

Marian Zembala

Dyrektor Śląskiego Centrum
Chorób Serca

23 marca Sejm podjął decyzję o stworzeniu tzw. sieci szpitali. W głosowaniu brało udział 444 posłów - za opowiedziało się 230, przeciwko 209, a 5 wstrzymało się od głosu.

Projekt procedowany przez Sejm dotyczy wprowadzenia sześciu poziomów zabezpieczenia, począwszy od poziomu lokalnego aż po poziom szpitali klinicznych; świadczeniodawca zakwalifikowany do danego poziomu będzie miał zagwarantowane zawarcie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Krystyna Opozda, Interia: Ministerstwo Zdrowia wprowadza sieć szpitali. To dobre rozwiązanie?

- Nie ma takiego rozwiniętego kraju na świecie, w którym nie istniałaby sieć szpitali z wyznaczonymi priorytetami referencyjności wobec szpitali wszystkich szczebli - od powiatowego, miejskiego, poprzez wojewódzki, aż do akademickiego.

- Moje stanowisko w tej sprawie jest rezultatem wieloletnich doświadczeń z pracy w Holandii, USA, Wielkiej Brytanii, Francji i Niemczech. Wzbogaciłem tamte doświadczenia jako wieloletni dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze. To pozwala mi dziś popierać wprowadzenie sieci.

Potrzebujemy sprawniej działającej służby zdrowia. Do tego rzeczywiście niezbędna jest sieć?

- Potrzebujemy sieci przede wszystkim po to, by nie zostać tak zaskoczonym, jak w II półroczu 2016 roku i w 2017 roku, kiedy doszło do drastycznych redukcji wyceny świadczeń kardiologicznych i ortopedycznych. Teraz oczekujemy na rozwiązania, które takim sytuacjom zapobiegą i pozwolą lepiej pewne kwestie przewidzieć i się dzięki temu na nie przygotować.

Wprowadzenie sieci postulował również były minister zdrowia prof. Zbigniew Religa. Jest pan więc wierny tej idei.

- I pozostanę wierny idei profesora Religi, z którym przez 16 lat bardzo blisko współpracowałem i który jako pierwszy minister zdrowia bardzo mocno opowiadał się za zasadnością wprowadzenia sieci

szpitali w Polsce i stosownego zróżnicowania zadań i wyceny świadczeń.

- Słuchając różnych komentarzy na temat sieci, odnoszę wrażenie, że mamy poważny problem opisanego zjawiska i bardzo różne priorytety i punkty widzenia. W polskiej ochronie zdrowia są nadal eksperci, którzy uważają, że szpitale przyjmujące chorych wyłącznie na zabiegi planowe powinny mieć taki sam poziom finansowania, jak te, które ratują życie pełniąc 24-godzinne dyżury. To oznacza, że dowolność interpretacyjna przekracza europejskie standardy.

Jak bardzo odbiegamy od tych standardów?

- W Polsce jest tak, że pacjent wymagający pilnej operacji w nocy, jeździ karetką od Annasza do Kajfasza. Na oddział przyjmą go 2-3 szpitale, a często tylko jeden w dużym mieście. Reszta mówi, że nie ma miejsca. Ten szpital, który pełni ostry dyżur, ponosi dużo większe koszty. A szpital, który przyjmuje tylko zabiegi planowe ma automatycznie mniejsze koszty leczenia, a pretenduje w kontraktach do porównywalnego poziomu. W związku z tym, powinno być rozróżnienie, że szpitale pełniące ostry dyżur mają wyższe kontrakty, a pozostałe szpitale dostają mniejsze nakłady. Tak jest na całym świecie.

Zwykle taki „trudny” pacjent trafia do szpitala akademickiego. A szpitale te są z kolei bardzo zadłużone.

- Zadłużenie polskich szpitali akademickich istnieje od 12 lat. Wynika ono z niedoszacowania wyceny świadczeń w NFZ, ale co ważniejsze - przyjęcia takich samych stawek za wycenę świadczeń względem pozostałych ośrodków. To dotyczy nawet najbardziej skomplikowanych i wymagających długotrwałej hospitalizacji pacjentów. W krajach rozwiniętych jest zupełnie inaczej.

Sieć rozwiąże ten problem?

- Różnicowanie wyceny świadczeń w zależności od rodzaju szpitala w sieci i przyporządkowanej temu szpitalowi referencyjności jest światowym standardem, którego potrzebujemy jak powietrza. W tym stanowisku jest zarówno szacunek i uznanie dla wszystkich ośrodków, w tym szpitali będących na różnych poziomach w sieci, jak i konieczność ich zróżnicowania wzorem krajów, które są przed nami.

Szpitale akademickie zostały uwzględnione w sieci w osobnym poziomie. A co z miejscem kardiologii w sieci? Pojawiają się obawy, że i ta dziedzina powinna być wyodrębniona.

- Jako minister zdrowia nadzorowałem w 2015 roku pierwsze w kraju ogólnopolskie mapy kardiologiczne i kardiochirurgiczne u dorosłych i dzieci, których powstanie zawdzięczamy najlepszym w kraju ekspertom pod kierunkiem prof. Grzegorza Opolskiego i prof. Tomasza Zdrojewskiego. Z tych map wynikało czy i gdzie są jeszcze w naszym kraju obszary do potencjalnego zagospodarowania przez ośrodki kardiologiczne. Okazuje się, że standardy Polski odbiegają od standardów innych krajów UE.

W Polsce jest zbyt dużo takich ośrodków?

- Musimy zdawać sobie sprawę, że nawet w USA - kraju o liberalnej gospodarce rynkowej - powstanie nowego ośrodka, czy nowego oddziału, jest decyzją ekspertów, którzy bardzo starannie analizują zarówno argumenty epidemiologiczne, demograficzne jak i stan zabezpieczenia. Dopiero wtedy wydawana jest decyzja, czy nowy ośrodek może powstać.

W Polsce decyzja, czy dany ośrodek można powołać należy tylko i wyłącznie do przedsiębiorcy, który stwierdza, co mu się akurat opłaca.

- Fakt posiadania środków finansowych nie może być tożsamy z możliwością stworzeniem takiego ośrodka, którego specjalizacja najbardziej się opłaca, zwłaszcza przy jednym płatniku, jak to jest w Polsce. Mam nieodparte wrażenie, że zbyt wielu osobom zrozumienie tego problemu przychodzi zbyt trudno.

A jak pan profesor ocenia mechanizm finansowania sieci szpitali?

- Ryczałt ma sens pod warunkiem, że związany jest zarówno z ilościowym, jak i jakościowym monitorowaniem skuteczności i sprawności działania ośrodka. Nie wolno nam wrócić do siermiężnego

systemu budżetowego, w którym jednakowe środki otrzymywali wszyscy – ten, kto się niewiele trudził i ten, kto zmuszony był przyjmować każdego pacjenta.

Ryczałt ma być lekiem na całe zło?

- Ryczałt daje szpitalom większe poczucie stabilności medycznej, organizacyjnej i ekonomicznej - stosownie do miejsca i zadań, jakie zajmują w zabezpieczeniu mieszkańców. To ważne szczególnie dla zadłużonych ośrodków. W momencie zadłużenia cięło się zarobki personelu, po czym personel ten był wychwytywany do innych szpitali. A na tym tracą wszyscy. Poprawiłbym jednak wzrost wyceny punktów w szpitalach akademickich. To rozwiązanie skuteczne chociażby we Francji. Wtedy za większą jakość usług, szpital dostaje większe pieniądze w kolejnym rozliczeniu. Kiedy sytuacja jest odwrotna i szpital nie wykazuje się najwyższą jakością, budżet jest obniżany.

Większa jakość – większy budżet. A skąd środki na takie zarządzanie?

- Wszystkie siły polityczne w Polsce mają już świadomość, że obecny budżet już nie wystarcza. Po trzech latach starań w czerwcu 2015 roku pozyskaliśmy dodatkowo ze środków UE aż 12 miliardów złotych na ochronę zdrowia w Polsce. Nie jest tajemnicą, że te pieniądze, uzupełnione o tzw. kwalifikację wg systemu JOWISZ, stanowią obecnie zasadnicze, żeby nie powiedzieć najważniejsze, źródło finansowania zewnętrznego w ochronie zdrowia na lata 2015-2020. Trzeba dodać, że każdy minister zdrowia bardzo się zawsze stara być reformatorem. Nie zawsze jest to łatwe, zdarzają się niepowodzenia. Nawet wielki minister prof. Religa przegrywał czasem na tym stanowisku.

W jakiej sprawie?

- W przypadku prof. Religi, obok wielu udokumentowanych sukcesów były także, chociaż rzadkie, niepowodzenia. Przykładem była nieudana walka o ubezpieczenia samochodowe. Proszę zauważyć, każdego roku wzrasta składka na ubezpieczenie samochodowe. Tylko dwa kraje w Europie, w tym Polska, płacą nie za ubezpieczenie samego kierowcy, a tylko za ubezpieczenie karoserii i silnika. A przecież opieka nad pacjentem po wypadku jest długotrwała i bardzo kosztowna. W Polsce z tej składki ubezpieczeniowej idzie 0 zł na ratownictwo medyczne. Przedziwne i zupełnie niezrozumiałe jest to, że ubezpieczyciele krajowi i zagraniczni nie są zainteresowani ochroną kierowcy, mimo iż to właśnie on sam płaci składki tworzące fundusz

ubezpieczeniowy. Sam namawiałem prof. Religę, żeby wprowadzić, jako część ubezpieczenia samochodowego, kwotę, która będzie wspierać ratownictwo medyczne. Mówiono: „nie, bo składka wzrośnie”, a ona i tak co roku wzrasta, a nic z tego nie mają szpitale urazowe ani pacjenci.

Co Panu przeszkadza w dostępności do leczenia szpitalnego? Czy reforma usprawni koordynację w leczeniu pacjenta?

- Oczywiście takich przykładów i obszarów jest nadal za dużo. Dlaczego nie chcemy korzystać z czegoś, z czego byliśmy dumni? Mianowicie telekonsultacji kardiologicznej i geriatrycznej.

Wprowadziliśmy przecież prawne rozwiązania w tym aspekcie. Ten model wsparcia diagnostycznego skraca drogę między lekarzem rodzinnym a specjalistą i przyjęciem do leczenia szpitalnego, jeżeli istnieją takie wskazania. Ponad roczne doświadczenia pilotażowe uzyskały znakomitą ocenę zarówno pacjentów, jak i lekarzy rodzinnych. Te i podobne rozwiązania dobrze już funkcjonują w rozwiniętych krajach, a w Polsce nadal nie wiadomo na co czekamy.

A czy realna jest pana zdaniem likwidacja szpitali lub niektórych oddziałów, które nie wejdą do sieci?

- Szpitale i oddziały funkcjonujące obecnie, w tym znajdujące się w mapie kardiologicznej i kardiologicznej, nadal będą istniały w ramach sieci

lub poprzez uzupełnienia konkursowe wg oceny Dyrektora Wojewódzkiego Oddziału NFZ. To ważne i potrzebne. Opieka skoordynowana również będzie pomocna, zarówno dla leczonych i leczących.

Był pan jedynym posłem PO, który wstrzymał się podczas głosowania nad ustawą o sieci. Jak to zostało odebrane w partii?

- Ta decyzja wynikała z mojego wieloletniego doświadczenia w kraju i za granicami Polski. Naturalne więc było, że doceniłem sieć jako rozwiązanie, które wprowadza konieczne zróżnicowanie zadań i poziomu finansowania różnych świadczeniodawców w zależności od stopnia referencyjności.

- W Sejmie i Senacie jest kilkunastu autentycznych ekspertów w ochronie zdrowia, którzy mają prawo do swoich ocen. Taki dialog ekspercki jest niestety potrzebny, bowiem pozwala na wypracowanie lepszych, bardziej bezpiecznych i skutecznych rozwiązań.

Dlaczego wobec tego nie był to głos za, jeśli jest pan zwolennikiem ustawy?

- Zawsze kieruję się sumieniem. Wstrzymanie się od głosu oznaczało, że w kwestii zagospodarowania ryczałtu miałem kilka wątpliwości i że pozostaną otwarte na lepsze rozwiązania.

Wywiad z p. prof. Marianem Zembalą przeprowadziła Krystyna Opozda/Interia

Podziękowania

dla
Pana Profesora dr hab. n. med. Mariana Zembała
oraz
całego zespołu lekarzy i pielęgniarek
Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze.

Wielce Szanowny Panie Profesorze

Na Pana ręce pragnę złożyć gorące podziękowania, za ofiarną i skuteczną pomoc lekarską oraz przywrócenie mi nie do zdrowia, podczas mojego pobytu na Oddziale Kardiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze.

Jestem dla Państwa zapewne jedną z wielu wdzięcznych pacjentek, aczkolwiek mój powrót do zdrowia uważam za „ cud Boży ”, który zdarzył się właśnie w Pana Klinice.

Dzięki profesjonalizmowi, ogromnej empatii każdego z Pana pracowników, od personelu podstawowego po lekarzy, a także specjalistycznemu sprzętowi, tak szybko doszłam do zdrowia. Jestem przekonana, że to praca całego pańskiego zespołu, wpłynęła na mój szybki powrót do zdrowia, przez co i moja rodzina czuła się w Klinice komfortowo.

Jestem dzisiaj szczęśliwa i wdzięczna, gdy słyszę, że moi bliscy byli na bieżąco informowani o przebiegu procesu mojego leczenia, przez co na pewno spokojniejsi oraz pewni, że jestem w dobrych rękach.

Dlatego, za powrót do zdrowia składam serdeczne i gorące podziękowania dla Pana Profesora oraz całego zespołu.

Wdzięczna pacjentka

45-27 OTOLE

Śląskie Centrum Chorób Serca
ul. C. Skłodowskiej 9
41-800 Zabrze
Pan Prof. Marian Zembala

Dziękuję Panu Profesorze i całemu zespołowi
i wszystkim pracującym w tym szpitalu - blok C
w którym od 16.04.2017 byłem hospitalizowana
mój brat Stanisław Lebidzki zsiłszce
gmina Kietrz pow. Cieplice rej. Opole.
Jestem pod wrażeniem organizacji pracy.
W receptacji i przyjęciu weryfikuję się informacja
- gdzie leży cięta
- adresy szary noclegowej
- można zamówić taksona
Jako odwiedzająca chorego nigdy nie czułam
się intrygowana, byłam godnie traktowana.
Leczenie, gadali jak ludzie. Chory owinę się
szarą i bezpieczną. U nas owinę się usnę
- maść i serdeczność. Bardzo dziękuję
za uratowanie życia mojemu bratu.
Serce wspaniale i szacunek dla
waszej ciężkiej pracy.
Z ukłonami i życzeniami dobrego
zdrowia i szczęścia.

MedTrends

W dniach 16 - 17.05 br. w Zabrze odbyła się kolejna – już III edycja MedTrends – Europejskiego Forum Nowoczesnej Ochrony Zdrowia.

Celem Forum jest wymiana wiedzy i doświadczeń pomiędzy przedstawicielami sektora nauki, medycyny, bioinżynierii, informatyki, nowych technologii oraz świata biznesu z Polski i innych krajów europejskich na temat wdrażania i kierunków rozwoju nowoczesnych rozwiązań w ochronie zdrowia. Spotkanie służyć ma także lepszej integracji środowisk, nawiązywaniu wielosektorowej współpracy w zakresie innowacyjnych projektów.

Pomysł na organizację konferencji poświęconej innowacyjnym rozwiązaniom w ochronie zdrowia narodził się w Zabrzu, wiosną 2014 roku – mówi Joanna Zembala-John, pomysłodawca i organizator Forum. Analizując wówczas rynek nowych technologii, zwłaszcza e- i m-Zdrowia w Polsce, kierunki rozwoju nowoczesnej ochrony zdrowia na świecie, a także nowe potrzeby społeczne doszliśmy do wniosku, że warto byłoby podjąć szerszą, interdyscyplinarną dyskusję na ten temat, zastanowić się - w gronie osób reprezentujących różne dziedziny - nad optymalną strategią działań na rzecz innowacji w ochronie zdrowia, jakością koszt-efektywnością tworzonych rozwiązań. Zależało nam na stworzeniu przestrzeni do wypracowywania kompromisów – projektów nie tylko wysoce innowacyjnych, ale i praktycznych, które faktycznie służyłyby i leczonemu, leczącemu i organizującemu leczenie. Rozważania te zaowocowały powstaniem koncepcji cyklicznych spotkań MedTrends.

Sukces poprzednich edycji – Polsko-Brytyjskiego Forum MedTrends 2015 oraz MedTrends 2016, duże zainteresowanie i pozytywny oddźwięk wśród wykładowców, uczestników, środowisk branżowych potwierdziły, że istnieje w naszym regionie i kraju duże zapotrzebowanie na takie inicjatywy – dodaje Adam Konka, prezes Śląskiego Parku Technologii Medycznych, organizator konferencji.

MedTrends to konferencja inna niż typowe konferencje medyczne, gromadzi bowiem w jednym miejscu

przedstawicieli przemysłu, informatyki, nowych technologii i medyków; dzięki takiej formule możemy popatrzeć z różnych perspektyw na problem, dyskutować o tym, co faktycznie jest potrzebne i ważne w medycynie, naszym Pacjentom i wspólnie wypracowywać dobre, praktyczne rozwiązania – mówi Prof. Zbigniew Kalarus, przewodniczący Komitetu Naukowego MedTrends.

Podobnie jak w latach ubiegłych, tak i w tym roku tematyka MedTrends skupiona była wokół innowacji w diagnostyce, profilaktyce i terapii chorób cywilizacyjnych i wieku podeszłego. Nie zabrakło jednak niespodzianek – nowych, interesujących form, atrakcyjnych uzupełnień do znanej już i cenionej formuły spotkania.

Nowością tegorocznej edycji była organizacja, jako wydarzenia towarzyszącego konferencji, interaktywnych warsztatów MedTrends-USG, skierowanych do przedstawicieli kierunków i zawodów medycznych. Organizowane przy współpracy z IFMSA, międzynarodowym stowarzyszeniem studenckim, prowadzone przez znakomity zespół medyczno-prawny pod kierunkiem dr Wojciecha Wawrzynka, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, cieszyły się dużym powodzeniem, zwłaszcza wśród studentów. Wejściówki rozeszły się błyskawicznie.

Kolejną wartą podkreślenia inicjatywą MedTrends 2017 było większe skupienie się na tematyce startupowej. Analiza potrzeb rynku, wyzwania, przed jakimi stają młodzi, kreatywni twórcy, chcący przekuć swój pomysł na sukces w praktyce, marzenia – idee w rzeczywistość, wskazują na celowość podejmowania takich działań, większej koncentracji i wsparcia tego obszaru.

Obserwacje rynku zaowocowały powstaniem **MedTrends-StartUP!** – całodniowych warsztatów dedykowanych przedsiębiorcom z zakresu medycyny i lifescience. Znakomici prelegenci, dynamiczna formuła spotkania, łącząca interaktywne warsztaty, interdyscyplinarną debatę, case study z eksperckimi prelekcjami, wreszcie możliwość zaprezentowania przez uczestników swoich pomysłów, zasięgnięcia opinii,

radę, wymiany doświadczeń, networking – nowa koncepcja MedTrends spotkała się z dużym zainteresowaniem uczestników z całej Polski.

W ramach Warsztatów, zorganizowanych w **pierwszym dniu konferencji**, 16.05.2017 w siedzibie Kardio-Med Silesia, odbyło się 6 sesji warsztatowo-wykładowych, prowadzonych przez charyzmatycznych ekspertów m.in. ze SpeedUp Group, Akademii Leona Koźmińskiego czy Grupy PASSIO, którzy dzielili się swoją wiedzą i doświadczeniami, jak pitchować, jak rozmawiać z inwestorem, jak wypracować model biznesowy, w jaki sposób zabezpieczyć swój startup od strony prawnej, warsztat z metodologii PIW i sztuki umiejętnej komunikacji i prezentacji.

Mamy nadzieję, że wiedza i umiejętności wyniesione ze spotkania przyniosą nowe, dobre owoce, skłonią nas do bardziej dynamicznego i skutecznego inicjowania i wdrażania nowoczesnych rozwiązań w ochronie zdrowia w naszym kraju – mówi Joanna Zembala-John.

Partnerstwo nad Warsztatami, jako partner strategiczny MedTrends-StartUP!, objęła firma ADAMED S.A.

Program drugiego dnia Forum, 17.05.2017, organizowanego w zabrzańskim Hotelu Park Diament, zdominowały interesujące sesje tematyczne i prelekcje. Podczas sesji inauguracyjnej „Fakty, doświadczenie, praktyka – europejskie doświadczenia w nowoczesnym zarządzaniu zdrowiem” nasi wykładowcy – wybitni eksperci przybliżyli uczestnikom aktualne zagadnienia związane z systemem ochrony zdrowia w Polsce, rozwojem innowacyjnej nauki i medycyny. W jaki sposób e-zdrowie może być źródłem przewagi politycznej i ekonomicznej? Jakie możliwości finansowania innowacji w medycynie proponuje obecnie Narodowe Centrum Badań i Rozwoju? Jak są aktualne trendy, oczekiwania, standardy? W jaki sposób rozwiązania centralne i regionalne mogą pomóc leczonemu, leczącemu i organizującemu leczenie? Czy polityka klastrowa w ochronie zdrowia ma potencjał? Ciekawym punktem było również zapoznanie się z celami i planami związanymi ze Śląską Platformą eCareMed.

Wśród gorących tematów MT2017 nie zabrakło także zagadnień związanych z Internetem Rzeczy w medycynie – m.in. w ginekologii i kardiologii, jak również z drukiem 3D w elektrofizjologii czy ortopedii oraz biodrukiem. Ważnym punktem programu było także m-Zdrowie – interdyscyplinarna dyskusja nad

rzetelnością i jakością aplikacji mobilnych w ochronie zdrowia w świetle nowych wytycznych Unii Europejskiej, której towarzyszyła prezentacja praktyka – dewelopera jednego z wiodących twórców aplikacji mobilnych na rynku.

Wieczorem, w ramach ostatniej sesji, tradycyjnie odbył się konkurs na najlepszy startup w ochronie zdrowia – III edycja TOP TRENDS. Wśród projektów, które zakwalifikowały się do drugiego etapu znaleźli się twórcy m.in. mobilnego laboratorium, zrobotyzowanej apteki, e-stetoskopu czy symulatorów medycznych. Wśród wyróżnionych projektów znalazły się także te związane z wykorzystaniem druku 3D – wizualizacją i wydrukiem tkanek miękkich w trójwymiarze oraz personalizowanymi rozwiązaniami dla chirurgii. Projekty oceniane były przez interdyscyplinarne Jury, złożone z przedstawicieli świata nauki, nowych technologii, biznesu.

Zwycięzcą nagrody głównej – tytułu **Grand Prix MedTrends 2017 oraz Nagrody Specjalnej Śląskiego Centrum Chorób Serca został projekt LAPARO**, jak mówią jego twórcy – Radosław Nowosielski, Mateusz Juszcak, Mateusz Rulewicz - pierwszy na świecie symulator laparoskopowy dla osób indywidualnych, z pełną analizą treningu

Nagrodę Specjalną Śląskiego Parku Technologii Medycznych otrzymał Zespół pod kierunkiem Stanisława Radomińskiego i ich startup OneDoseOne - zrobotyzowany system do obsługi leków dla aptek szpitalnych.

Wyróżnienie specjalne – mentoring partnera Konkursu – Neuca otrzymał projekt StethoMe™ – bezdotykowy termometr i elektroniczny stetoskop w jednym.

Organizatorem konferencji MedTrends jest **Śląski Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia** - uruchomione w 2011 roku w Zabrze centrum inicjatyw, rozwoju i wdrażania innowacji w medycynie, którego celem jest m.in. prowadzenie prac naukowo-badawczych w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób cywilizacyjnych i wieku podeszłego oraz podejmowanie działań na rzecz rozwoju i transferu nowych rozwiązań związanych z nauką, medycyną i nanomedycyną oraz bioinżynierią do gospodarki.

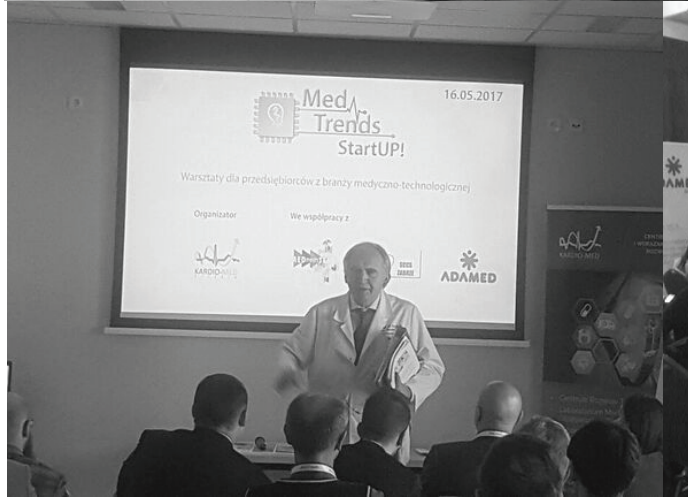
Współorganizatorem spotkania jest Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze, wiodący w Europie

wysokospecjalistyczny ośrodek akademicki, zajmujący się nowoczesną diagnostyką i leczeniem chorób serca, naczyń i płuc, a także Urząd Miasta Zabrze. W tym roku w organizację MedTrends – części startupowej włączył się także MEDmeetsTECH, doświadczony partner, specjalizujący się m.in. w problematyce startupów.

Patronat honorowy nad wydarzeniem objęli: Pani Małgorzata Mańka Szulik, prezydent miasta Zabrze, Pan

Profesor Przemysław Jałowiecki, rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Pan Prof. Arkadiusz Mężyk, rektor Politechniki Śląskiej, MedSilesia – krajowy klaster kluczowy oraz Krajowa Izba Gospodarcza.

Kolejne, jeszcze ciekawsze MedTrends - Europejskie Forum Nowoczesnej Ochrony Zdrowia już za rok. Zapraszamy!





Kawa. Szkodzi czy pomaga ?

Sięgamy po nią by stanąć na nogi, delektujemy się jej aromatem i smakiem. Traktujemy jej picie jako swoisty rytuał nie zastanawiając się, czy każdy jej łyk rujnuje czy poprawia nasze zdrowie. W Europie pierwszymi, którzy poznali smak kawy byli Anglicy, potem Francuzi i Holendrzy. Z czasem dotarła do Ameryki Południowej, która stała się jej największym producentem i skąd trafiła na cały świat.

Odkrycie kawy

Owoce kawowca wykorzystywane były w Etiopii już w I tysiącleciu p.n.e. Spożywano je gotowane z dodatkiem masła i soli. Nie uprawiano ich, ale zbierano w miejscach, gdzie naturalnie rosły.

Przypuszczalnie w XIII lub XIV w. przywiezione zostały przez kupców arabskich do Jemenu. Uważa się, że tam właśnie opracowano metodę prażenia nasion i zaczęto wytwarzać napój, który Beduini rozpowszechnili w całej Arabii.

Z odkryciem kawy wiążą się dwie legendy. Według jednej odkrył ją arabski pasterz o imieniu Kaldi. Zauważył on, że kozy (według innych źródeł owce) po zjedzeniu owoców z krzewu kawowca były wyjątkowo żywe i skore do harców. Zaciekawiony sam spróbował czerwonych owoców nieznanego liściastego krzewu. Wieść o pobudzającym działaniu tajemniczych ziaren szybko rozniosła się i pociągnęła za sobą zwyczaj gotowania z nich ożywczego napoju. Inna legenda mówi, że kawę odkryli etiopscy mnisi, którym owoce kawowca pomagały spędzać długie nocne godziny na modlitwach.

Nowa używka

W końcu XV wieku położony na południowym krańcu Morza Czerwonego arabski port Al-Mucha (Mokka) był dużym ośrodkiem handlu ziarnami kawy. Wraz z ekspansją arabską picie kawy rozpowszechniło się na całym Bliskim Wschodzie. Początkowo zwyczaj ten budził nieufność i narastającą niechęć. Z czasem został zakazany. Jednak wobec szybkiego wzrostu popularności napoju nałożone wcześniej zakazy zniesiono. O ile w Arabii kontrowersje wokół nowej używki szybko zanikły, o tyle nad Bosforem jej popularność rozwijała się znacznie wolniej. U schyłku XVI wieku restrykcje ustały, a Turcja stała się mocarstwem kawowym.

Pobudzające właściwości palonych ziaren były obiektem krytyki religijnych ortodoksów i powodem wielu burzliwych dyskusji. Kawę długo uznawano za napój szatański.

Monopol rynku kawowego pozostający we władaniu Arabów został złamany wraz z rozpoczęciem epoki kolonialnej. Kawowce uprawiane w koloniach były pilnie strzeżone, a wywożenie ich poza granice groziło karą więzienia. Mimo nałożonych restrykcji, na początku XVII w., wykradzione ziarna kawy trafiły na plantacje do krajów Ameryki Południowej.

Kawa w Europie

Pierwsze wieści o niezwykle czarnym napoju miały przywieźć do Europy niemiecki lekarz Rauwolf po powrocie z podróży do Syrii w 1573 roku. Kawa trafia do Wenecji, Paryża, Amsterdamu. Jej europejska nazwa (cafe, caffè, coffee, Kaffee, kawa) fonetycznie naśladuje pierwotne arabskie – kahwah. Oblężenie Wiednia przez Turków (1683r.) i pozostawienie zapasów kawy w tym mieście zapoczątkowały masową kulturę jej spożywania. Od tej pory trwa triumfalny marsz kawy przez Europę.

Do Polski kawa dociera pod koniec XVII wieku z południa, od panujących nad Mołdawią Turków. Ma swoich miłośników (Jan III Sobieski, Bohdan Chmielnicki) i przeciwników (Wacław Potocki, Jan Andrzej Morsztyn). Moda na jej picie ogarnęła najpierw Gdańsk, potem Wrocław i Warszawę.

Powszechnie nowy napój uznawano za niesmaczny, a nawet szkodliwy. Z początku kawę piły tylko elity, z czasem stała się bardziej popularna i łatwiej dostępna. Pito ją na wzór wschodni bez żadnych dodatków, później zaczęto dodawać mleko, słodką śmietanę, cukier, a nawet sól.

Wzrastająca popularność kawy, choć była wielkim darem dla biednych krajów, to w przypadku kłęski nieurodzaju stawała go na krawędzi bankructwa. Dopiero w latach 60. ubiegłego stulecia podpisano deklarację zapewniającą państwu produkującemu kawę stałe ceny i określony udział w rynku. Według danych opublikowanych przez Międzynarodową Organizację Kawy, ceny ziaren utrzymywały się na stałym wysokim poziomie przez całe lata 70. i 80. Potem, pod koniec lat 90. nastąpił ich gwałtowny spadek. Przyczyną załamania było między innymi unieważnienie Międzynarodowego Porozumienia w Sprawie Kawy, które w latach 1975–1989 sztucznie wymuszało wysokie ceny i wejście na rynek Wietnamu, który po zniesieniu embarga (1994 r.), nałożonego na ten kraj przez Stany Zjednoczone, zaczął wypierać tradycyjnych producentów kawy. Bardziej wydajne uprawy wietnamskie doprowadziły do obniżenia cen i bankructwa wielu amerykańskich i afrykańskich plantatorów.

Kawa pod względem wartości jest drugim, po ropie naftowej, towarem, jakim legalnie handluje się na światowych rynkach. Najwięksi światowi jej producenci to Brazylia, Wietnam, Indonezja. Główną giełdą, na której odbywa się sprzedaż i kupno kawy, jest Nowojorska Giełda Kawy i Cukru. Największy port przeladunkowy tego towaru znajduje się w Hamburgu.

Szkodzi czy pomaga?

Według dostępnych informacji w świecie wypija się rocznie 400 mld filiżanek kawy.

Aby móc określić wpływ kawy na organizm człowieka, należy znać działanie budujących ją składników (kofeina, kwasy fenolowe, minerały, witaminy z grupy B), których ilość może być różna w zależności od rodzaju ziarna i metody parzenia napoju.

Dzięki stymulującemu wpływowi kofeiny kawa pobudza nas do działania. Jest o wiele bezpieczniejsza niż inne psychostymulanty (amfetamina, kokaina), choć obok herbaty i czekolady, zdaniem Komisji Europejskiej, przynależy do najsłabszej grupy narkotyków.

Już od XVI wieku, kiedy kawę sprowadzono do Europy, budziła wiele kontrowersji. Z jednej strony chwalono jej niezwykle działanie, z drugiej oskarżano o wywoływanie wielu różnych schorzeń.

Badania przeprowadzane w XIX i XX wieku nie zdołały jasno wykazać, do jakich chorób może doprowadzić picie kawy, choć nigdy też nie zaliczano jej do zdrowej żywności.

Dopiero w ostatnich dekadach przeprowadzono wiarygodne testy na dostatecznie dużych grupach pacjentów. Mimo to wciąż nie ma zgodności w kwestii wpływu kawy na zdrowie. Wynika to przede wszystkim z trudności przeprowadzenia badań, które wymagają nie tylko dużej liczby osób, ale także właściwego ujęcia niezależnych czynników: zwyczajów żywieniowych, płci, masy, ogólnej kondycji, chorób, poziomu cholesterolu itd.

Opinie o szkodliwości kawy, powtarzane nierzadko przez lekarzy wydają się oczywiste. Ale czy są prawdziwe?

Opublikowany w *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* artykuł japońskich naukowców z Tokyo University, wskazuje na związek pomiędzy picciem kawy a występowaniem cichego udaru mózgu. W badaniu wzięło udział 242 zdrowych Japończyków poniżej 65 roku życia. W rocznej obserwacji stwierdzono, że osoby które wypijały 3-4 filiżanki kawy lub więcej, miały statystycznie rzadziej incydenty cichego udaru mózgu, w stosunku do nie pijących kawy. To samo doniesienie w badaniu drugiej grupy 62 osób w starszym wieku (65-81lat), nie wykazało takiej zależności, ale według autorów tej publikacji

spożywanie kofeiny w ilości 3 i więcej filiżanek w ciągu dnia, może pozwolić uniknąć lub opóźnić wystąpienie demencji starczej.

Według dr Chuanhai Cao z University of South Florida, osoby starsze z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi, które piją umiarkowane ilości kawy (3 filiżanki dziennie) są mniej narażone na wystąpienie choroby Alzheimera. Badaniem objęto 124 osoby w wieku 65-88 lat, u których zdiagnozowano tego typu zaburzenia. W artykule zamieszczonym w *Journal of Alzheimer's Disease* autor wskazuje, że pacjenci, którzy mieli wyższe stężenie kofeiny we krwi nie zachorowali na Alzheimera w ciągu kolejnych 2-4 lat obserwacji.

Inne czasopismo *Journal of Nuclear Medicine* również przytacza wyniki korzystnego wpływu kofeiny na rejony mózgu odpowiedzialne za procesy skojarzeń i oceny. Czy zatem możemy już mówić o wykorzystaniu kofeiny w profilaktyce takich chorób jak Alzheimer i Parkinson?

Strony internetowe pełne są informacji o tym, że kawa spożywana w rozsądnych ilościach pobudza organizm w bezpieczny i naturalny sposób. Wzmaga ukrwienie kresomózgowia, a tym samym zwiększa spostrzegawczość, koncentrację, wydajność uczenia się i zapamiętywania. Sprawia, że czujemy się energiczni, kreatywni, pewni siebie.

O dobroczynnym wpływie kawy na trawienie wiedzano już w dawnych czasach. Przypisuje się to zawartemu w niej błonnikowi i innym substancjom. Ziarna kawy zawierają wiele nietrawionych substancji: celulozę, polisacharydy (wielocukry), ich ilość zależna jest od sposobu przyrządzania. Parzenie kawy tradycyjne, z fusami, daje napar o teoretycznie największej zawartości błonnika. Pobudzenie procesów trawiennych zawdzięczamy również kwasom fenolowym zawartym w kawie, głównie kwasowi chlorogenowemu. Ma on dodatkowy walor zdrowotny, zwalcza bowiem bakterie w jamie ustnej i tym samym pomaga chronić zęby przed próchnicą.

Pogląd naukowców na temat wpływu kawy na sen jest podzielony. Niektórzy są przekonani, że kawa wywołuje bezsenność. Udowodniono jednak doświadczalnie, że kofeina nie ma wpływu na jakość fazy głębokiego snu (REM). Sporządzono ponadto szereg statystyk, które podają, że bezsenność występuje w równym stopniu u osób pijących kawę, jak i niepijących.

Mniej kontrowersji wydaje się budzić stanowisko, że codzienne spożycie co najmniej 4 filiżanek kawy obniża ryzyko zachorowania na kamicę żółciową, lub że kofeina działa na enzym zwany fosfodiesterazą, przez co m.in. łagodzi ataki astmy, czy też że pomaga uśmierzać ból i wzmaga działanie niektórych leków przeciwbólowych i przeciwgorączkowych (np. ibuprofenu i paracetamolu).

Pewność? Przepuszczenie?

Wpływ kawy na ludzkie zdrowie jest rozważany, odkąd stała się jednym z najczęściej spożywanych napojów na świecie. Stwierdzono jednoznacznie, że regularna konsumpcja kawy nie zwiększa śmiertelności u człowieka. Co więcej, powiększa się liczba dowodów, że picie kawy może wydłużać życie. Tę tezę potwierdza badanie opublikowane kilka lat temu w *New England Journal of Medicine*, które wiąże wypicie 4 filiżanek kawy dziennie ze spadkiem ryzyka zgonu o 10-12%.

Od pewnego czasu mówi się, że kawa to dobry „profilaktyk” chorób nowotworowych. Antyrakowe właściwości przypisuje się jej silnemu działaniu przeciwzapalnemu i przeciwutleniającemu.

Duże badanie naukowców z Uniwersytetu Harvarda, wykazało, że miłośnicy małej czarnej mogą być mniej narażeni na nowotwory. Dotyczy to zarówno kobiet i raka macicy, jak i raka prostaty u panów. W przytoczonym badaniu obserwowano stan zdrowia 117 tys. wolontariuszy (67 tys. kobiet i 50 tys. mężczyzn) w okresie 20 lat. Okazało się, że kobiety, które piją 4 lub więcej filiżanek kawy dziennie, są o 25% mniej zagrożone rakiem trzonu macicy, w porównaniu z paniami wypijającymi jedną kawę dziennie lub wcale. U mężczyzn codzienne 6 lub więcej filiżanek kawy zmniejszyło ryzyko rozwoju raka prostaty o 18%.

Kilka badań epidemiologicznych wskazuje na odwrotny związek między konsumpcją kawy a ryzykiem wystąpienia raka wątroby, skóry, nerek i jelita grubego.

Czy zatem możemy pić kawę bezkarnie, nie ograniczając jej ilości?

Praca z *Mayo Clinic Proceedings* temu zaprzecza. Zbyt duże ilości kawy mogą szkodzić zdrowiu, szczególnie osobom młodym - przestrzegają naukowcy z *University of South Carolina*. Wykazali oni, że mężczyźni przed 55 rokiem życia, którzy wypijali tygodniowo ponad 28 filiżanek kawy (więcej niż 4 dziennie) mieli o 56% wyższą śmiertelność z różnych przyczyn, w porównaniu z osobami, które wcale kawy nie piły. Jeszcze wyższa śmiertelność wystąpiła u kobiet w tym samym przedziale wiekowym.

Nie zaobserwowano takiej zależności u osób w wieku 55 lat i starszych. Należy zatem przyjąć, że młodzi ludzie powinni unikać nadmiernej konsumpcji kawy.

Nasuwa się pytanie czy i jak kawa wpływa na serce?

W badaniach statystycznych oraz epidemiologicznych udowodniono, że umiarkowane spożycie kofeiny nie zwiększa częstotliwości wystąpienia choroby wieńcowej ani zaburzeń rytmu serca.

Badanie GISSI - *Prevenzione Trial* obejmujące 11 323

pacjentów po zawale mięśnia sercowego nie potwierdziło związku pomiędzy spożyciem kawy a funkcjonowaniem układu krążenia.

Doniesienie z *Beth Israel Deaconess Medical Center* w Bostonie wskazuje, że picie kawy w umiarkowanych ilościach może nawet w pewnym stopniu zmniejszać ryzyko wystąpienia niewydolności serca. Jak podaje zamieszczona w *Journal Circulation Heart Failure* praca, ten tok myślenia był wynikiem danych zebranych z wcześniejszych badań - czterech szwedzkich i fińskim. Objęły one łącznie 140 tys. osób, z czego u ponad 6,5 tys. rozwinęła się niewydolność serca. Okazało się, że osoby pijące kawę w umiarkowanych ilościach miały niższe o 11% ryzyko wystąpienia niewydolności serca w porównaniu z tymi, którzy nie pili jej wcale. Korzyści wzrastały wraz ze spożyciem kawy do maksymalnie 4 filiżanek i zaczynały spadać ze wzrostem jej konsumpcji. Nie wiadomo jednak, czy spożywana przez uczestników kawa zawierała kofeinę czy nie.

Na pytanie, dlaczego umiarkowane spożycie kawy miałyby zapewniać ochronę przed niewydolnością serca, autorzy pracy wskazują na mniejsze, u tych osób, prawdopodobieństwo wystąpienia cukrzycy typu 2 i korzystny wpływ kawy na ciśnienie krwi; dwa istotne czynniki sprzyjające rozwojowi choroby.

Przeciwcukrzycowe działanie kawy nie zostało jeszcze wystarczająco mocno potwierdzone, ale są już badania, które wykazują, że kilka filiżanek kawy dziennie może obniżyć ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2 nawet do 30%. Przypisuje się to zawartym w kawie trygonelinie i kwasowi chlorogenowemu, które obniżają poziom glukozy i insuliny.

Osoby z nadciśnieniem tętniczym, które spożywają kawę regularnie i w umiarkowanych ilościach (do 3 filiżanek dziennie), nie muszą obawiać się negatywnych skutków jej konsumpcji. Stwierdzono bowiem, że u kawoszy rozwija się osobnicza tolerancja, przyzwyczajenie, które chroni ich przed wzrostem ciśnienia. Reakcja na kawę jest wyraźna w przypadku, gdy spożywa się ją rzadko lub wcale.

Kofeina jest najbardziej rozpowszechnioną w świecie substancją psychoaktywną, różni się jednak od innych tego typu, tym że nawet przy regularnej konsumpcji nie wywołuje trwałych uzależnień.

Naukowcy zgodnie podkreślają konieczność dalszych badań na różnych populacjach ludzi, które pozwolą ocenić długofalowy efekt picia kawy. Kiedy już ocenimy stosunek korzyści do ryzyka dla konsumpcji kawy, poznamy, które z jej składników, czy ich kombinacja, mogą dać nam korzyści zdrowotne, wtedy powtórzmy za Aleksandrem Dumas :

Do dobrej kawy pasują trzy rzeczy: po pierwsze kawa, po drugie kawa, a po trzecie - jeszcze raz kawa.

Wspomnień czar...

Jestem pielęgniarką i od ponad 30 lat pracuję w Oddziale Kardiochirurgii w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze. Miałam to szczęście i zaszczyt współpracować z Profesorem Religą przez wszystkie lata Jego pobytu w Zabrze. Przez te 16 lat pan Profesor Religa dawał nam każdego dnia dowód na to, że jest człowiekiem niezwykłym - Byliśmy dla Niego ważni. Na tę niezwykłość Profesora składała się nie tylko Jego wielka wiedza, mistrzowskie posługiwanie się skalpelem i niezwykła intuicja, ale również Jego niezwykle zachowanie się wobec pacjentów i całego personelu. Ten wielki, wybitny człowiek nigdy nie chodził po korytarzu z zadartym nosem, czekając na nasze ukłony. Przechodził raczej pochylony i to właśnie Profesor zdążył nas zawsze pierwszy przywitać, niezależnie, czy to była pani doktor, pacjent, salowa, pielęgniarka czy elektryk. Nie wiem, jak to robił, ale wiercie mi, zawsze nas zdążył uprzedzić. Oczywiście pozdrawiał nas tyle razy w czasie dnia, ile razy nas spotkał. Profesor bardzo szanował i doceniał pacjentów, i swój zespół. Zawsze podkreślał, że bez nas niczego by nie dokonał i przy każdej okazji dziękował nam za naszą pracę. Myślę, że te ukłony Profesora były właśnie prawdziwym przykładem na to, jacy byliśmy dla Niego wszyscy ważni.

Kawa mieszana widelcem

Pan Profesor, jak wiecie, uwielbiał pić kawę. Chyba zapamiętam do końca życia tę pierwszą kawę, o jaką mnie poprosił. Był to wrzesień 1985 r., moje pierwsze dyżury w WOK-u (Wojewódzkim Ośrodku Kardiologii, jak przez lata nazywało się dzisiejsze Śląskie Centrum Chorób Serca) Docent Religa wychodząc ze swojego gabinetu wstąpił do naszej dyżurki pielęgniarskiej i grzecznie poprosił o zaparzenie kawy. Widząc, że jestem nowym pracownikiem, przywitał się ze mną, podając rękę i przedstawiając się, co było dla mnie wielkim zaszczytem. Dla mnie znowu był to przykład Jego niezwykłości.

Wracając jednak do kawy. W roku 1985 obecność kawy była raczej rarytasem. Zaczęłam więc gorączkowo szukać jakichś ziarenek, które trzeba było jeszcze przed zaparzeniem zmielić w ręcznym młynku. Wsypałam trochę zmielonej kawy do komunistycznej, przezroczystej szklanki i zalałam wrzątkiem. W tym

momencie do dyżurki weszła moja starsza koleżanka, która zapytała: - *Dla kogo ta kawa?* - *Dla docenta* - odpowiedziałam. Uśmiechnęła się tylko i powiedziała: *Patrz teraz, jak powinna wyglądać kawa dla docenta* - a następnie wsypała kawę do 1/3 wysokości szklanki i zalała wodą, a moją lurkę odstawiła na bok. Od tej pory wiedziałam, że docent Religa pije kawę, w której łyżeczka stoi. Zdarzało się też często, że w przerwie między operacjami, Profesor wpadał do naszej dyżurki, żeby pogadać, zapalić, no i oczywiście wypić kawusieńkę, gdy mu czas na to pozwalał. Nie przeszkadzało mu, że nie było czym wsypać cukru do szklanki, bo nie było ani jednej łyżeczki. Zamieszał wtedy aluminiowym widelcem, któremu jeszcze na dodatek brakowało dwóch zębów. Potrafił się z tego śmiać, a gdy w Jego gabinecie był jakiś nadmiar sztuczków, wtedy nam je podrzucał.

Pięćdziesiątka u naszego Profesora

Odkąd sięgam pamięcią, w naszym oddziale panowała taka fajna, rodzinna atmosfera, atmosfera równości i wzajemnego szacunku. Nie było miejsca na wyniosłość i wymądrzanie się. Z dawnych czasów mile wspominam także 50. urodziny Pana Profesora. Obchodziliśmy je wówczas w świetlicy Oddziału Kardiochirurgii. Jest to niewielka sala, około 40 metrów kwadratowych, w której w dniu urodzin gromadził się cały personel Bloku Operacyjnego, Oddziału Pooperacyjnego i Kardiochirurgii. Wymienialiśmy się oczywiście, bo wszyscy nie zmieścilibyśmy się w jednym czasie. Było bardzo ciasno, na stołach trochę ciasta, kawa i nic więcej. Ale za to atmosfera była jak zwykle gorąca. Najważniejszym punktem tej uroczystości było wniesienie prezentu dla Jubilata. Profesor marzył zawsze o bujanym fotelu. W tamtych czasach zdobycie takiego mebla wprost graniczyło z cudem. Dla Naszego Profesora uruchomiliśmy jednak nasze wszystkie znajomości i udało się go dostać! Po odśpiewaniu *Sto lat*, w drzwiach świetlicy ukazali się doktor Mirosław Drzazga i doktor Jacek Kaperczak, którzy tryumfalnie wnieśli nasz prezent. Profesor tak się ucieszył, że aż łza mu się w oku zakręciła. Oczywiście, podziękowaniom i uściskom nie było końca.

Jest wśród nas i czuwa

Takich cudownych chwil przeżyliśmy z Panem Profesorem bardzo wiele, długo można by było jeszcze wspominać. Jestem dumna, że mogłam brać udział w tych wszystkich wydarzeniach. Ten wielki, niepowtarzalny człowiek nauczył nas wszystkich, że można być światowej sławy postacią i jednocześnie można zawsze zauważyć drugiego człowieka i ukłonić mu się pierwszy, albo pomieszać kawę połamanym

widelcem. Zachowywanie się zupełnie normalnie w codziennym życiu w niczym nie ujmuje wielkiej sławie. Myślę, że te wartości przekazane nam przez naszego Profesora, głęboko zakorzeniły się w nas i w naszym oddziale. Często chorzy mówią nam, że u nas to tak, jak w serialowym szpitalu w Leśnej Górze. Jest profesjonalna opieka, dużo ciepła i z wszystkimi można pogadać. Czasami ma się wrażenie, że Profesor

Religa przechadza się korytarzami naszego Ośrodka śpiewając sobie cichutko swoją ulubioną piosenkę "Glory Glory Alleluja", że nad wszystkim nadal czuwa.

Dziękuję Ci, Profesorze, że podarowałeś nam tyle pięknych wartości i wspomnień.



Aby kupić ten fotel, współpracownicy stanęli na głowie

Profesor palił jak smok i uwielbiał mocną kawę



50. urodziny Zbigniew Religa obchodził ze swoimi współpracownikami. Z prawej - wówczas dr Marian Zembala





Alicja Chachaj
Prezes Fundacji SCCS



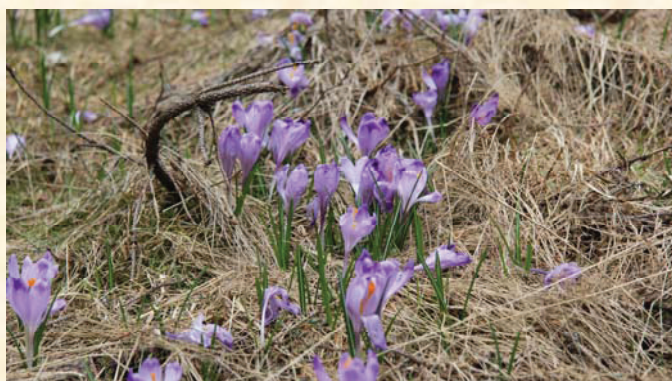
Anna Gibas

Z „nowymi sercami” na szczyty...

„Co jest twoje? Twoje jest to, co sezamarzys. O reszte nie dboj. I tymu w Romku urodziyl się poeta. Zamarzył se świat i go mioł. Wymarzony świat wselepsy od prowdziwego.”

Józef Tischner

I zamarzyły dzieci i młodzież „z nowymi sercami”, że pojedą do Zakopanego by podziwiać piękno naszych Tatr, a przede wszystkim krokusy na Polanie Chochołowskiej.



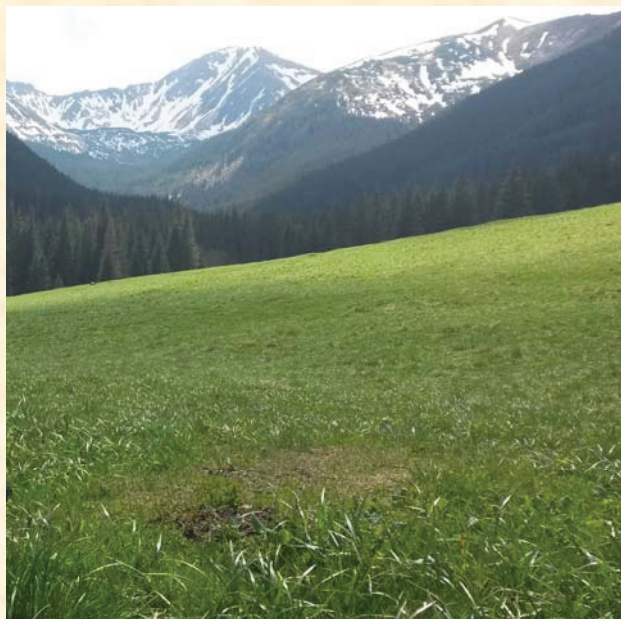
Wyprawa zaplanowana była już w ubiegłym roku i powoli przygotowaliśmy się do niej oddając temu czas i serce.

Dzięki zbiórkom publicznym w roku 2014 i 2015, akcji Poduszka dla Maluszka, a także Małgorzacie

Szczęśniak-Bieniek, Prezesowi Firmy Logi-Pack Malpak Sp. z o.o. oraz anonimowym darczyńcom wyprawa doszła do skutku.

12 maja, piątek, od rana wielkie emocje i poruszenie w budynku B Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze. Odwiedzają nas media, wywiady, rozmowy o planach na weekend i oczekiwanie na autokar.

Po godzinie 10-tej grupa zabrzańska wyrusza w kierunku Witowa. Z środkowo-wschodniej części Polski i z Podkarpacia jedzie kolejna grupa młodzieży.



Na kolacji jest już pełna obsada i 23 uśmiechnięte buzie mówią smacznego i zjadając się kolacją dzielą się wrażeniami. Po krótkim odpoczynku przyszedł czas na pierwszy punkt programu, czyli spotkanie z Przewodnikiem Tatrzańskim Tadeuszem Stopką, góralem z dziada pradziada. Pan Tadeusz z niezwykłą lekkością, humorem a jednocześnie pełnym profesjonalizmem przybliżył nam elementy folkloru podhalańskiego.



Zaczynając od stroju góralskiego, w którym wystąpił, poprzez tradycję wyrobu oscypków, wypasu owiec, a skończywszy na góralskim konkursie, który polegał na rozpoznaniu prawdziwego oscypka z zamkniętymi oczami tylko przy użyciu zmysłu powonienia – nie było łatwo.



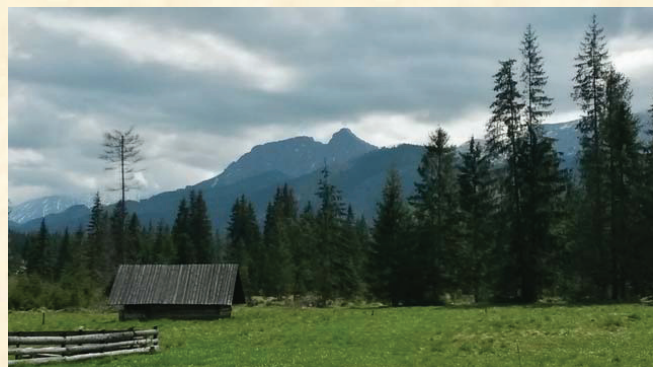
Kolejny dzień, to kolejny punkt programu – wyprawa na Gubałówkę. Spore wyzwanie dla wszystkich. Jedni zdecydowali się wjechać kolejką, a co niektórzy próbowali swoich sił idąc piechotą na górę.



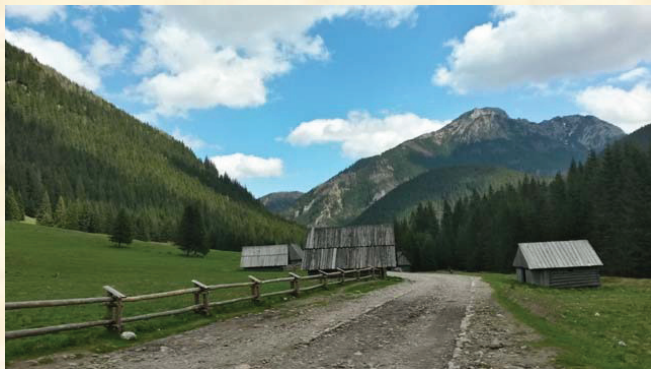
Podczas marszu i właściwie całego pobytu w górach, od strony medycznej nad całą grupą czuwała dr Marta Kurdziel – doświadczona himalaistka.



Bardzo chcieliśmy podziwiać panoramę Tatr, niestety Śpiący Rycerz schował nam się w chmurach. Pomimo to emocji i wrażeń było całkiem mnóstwo.



W planie trzeciego dnia naszego pobytu na Podhalu znalazła się Dolina Chochołowska i oczywiście krokusy. Zachwyтом nad pięknym krajobrazem otaczającego, podczas drogi na Polanę Chochołowską, nie było końca.



Góry malowały się w całym swoim majestacie i okazałości. Wiosenne kwiaty, soczysta zieleń traw, szum górskich potoków przepęniały malutkie i nieco większe serca niesamowitymi emocjami i wielką radością.



Tym bardziej była ona wielka, kiedy nasza kochana, niezawodna Halinka, pokazała nam niewielką polankę na skraju lasu pokrytą krokusowym dywanem. Oj to była radość... bo krokusy tak jakby cierpliwie czekały na nas...



O godzinie 13-tej w kaplicy Św. Jana Chrzciciela na Polanie Chochołowskiej została odprawiona Msza Święta w intencji osób po transplantacji i ich rodzin, w intencji dawców i ich rodzin oraz w intencji Ryszarda Gancarza - przyjaciela Fundacji i twórcy przepięknych fundacyjnych grafik.



W godzinach popołudniowych wróciliśmy do naszej Ziębówki, gdzie czekała kolejna niespodzianka. Pan Stanisław Stosel wraz z synem Wojtkiem, oczywiście górale, zapewnili kolejną ucztę dla ducha w postaci góralskiej muzyki i różnych historii z nią związanych. Panowie z pasją i talentem, można ich było słuchać bez końca.



Serdecznie dziękujemy Halinie i Henrykowi Olejniczkom z Kościeliska, Tadeuszowi Stopce, Przewodnikowi Tatrzańskiemu, Stanisławowi Stoselowi i Wojtkowi Stoselowi, Janowi Piczurze, Kierownikowi - Głównemu Księgowemu we Wspólnocie Leśnej w Witowie, Kazimierzowi Stopce i Marii Ziębowej z Witowa.

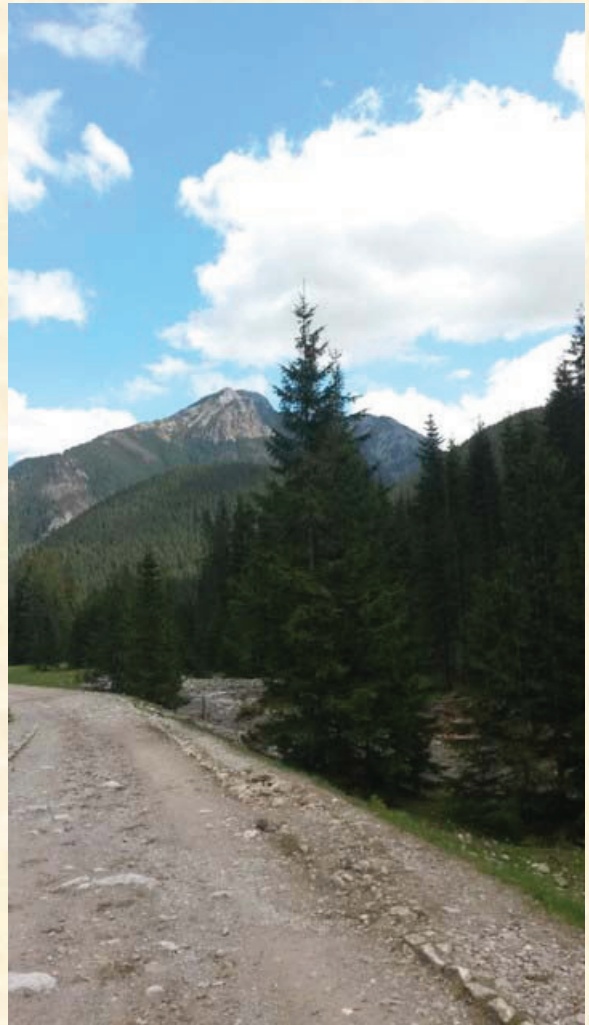
Przemiałym akcentem było wręczenie przez Halinę Olejniczak wszystkim „składakom” specjalnych medali. Medale zostały własnoręcznie wykonane na tę właśnie okoliczność.



Posileni tradycyjną góralską kwaśnicą (coś dla ciała też musiało być) ruszyliśmy w drogę powrotną.



Cudowny czas, wśród niezwyklej przyrody. Bezcenna radość w oczach dzieci.





*Dla tych którzy odeszli w nieznany świat,
płomień na wietrze kołysze wiatr.
Dla nich tyle kwiatów pod kamiennym murem
i niebo wiosenne u góry...
a w duszy szok,
a w sercu żal....*

Ryszard Gancarz, artysta malarz, Człowiek o ujmującym uśmiechu i wielkim sercu.

Studia na Wydziale Grafiki Akademii Sztuk Pięknych w Krakowie. W 1980 r. dyplom z wyróżnieniem w pracowni Miedziorytu prof. Mieczysława Wejmana. Zajmuje się i rysunkiem, malarstwem i grafiką użytkową. W 1986, 2000 i 2006 roku był stypendystą Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego. W 2008 odznaczony medalem "Zasłużony Kulturze Gloria Artis". Ma w swoim dorobku ponad 20 wystaw indywidualnych i udział w wielu imprezach artystycznych w kraju i za granicą, był wielokrotnie nagradzany np. w sandomierskich "Porównaniach" i kieleckim "Przedwiośniu".

Jego prace znajdują się w państwowych zbiorach muzealnych i wielu kolekcjach prywatnych w kraju i za granicą. Mieszka i tworzy w Sandomierzu. Jest członkiem ZPAP w Krakowie.

To króciutka nota biograficzna, która po części oddaje informację o wspaniałym artyście kochającym nade wszystko życie i wolność. Artysta, który jak mało kto znał temat cierpienia i choroby, szczególnie serca.

Poznałam Rysia kilkanaście lat temu podczas wstępnych rozmów dotyczących współpracy. Zauroczona osobowością, talentem a także wielką skromnością chwaliłam się i będę to robić do końca znajomością z Rysiem. Jego grafiki wiszą w gabinetach sławnych i darczyńców programu TAK DLA TRANSPLANTACJI na terenie kraju, jak i w Europie. Przepelnione są radością, miłością, a niekiedy smutkiem bo tworzone były podczas choroby artysty. To Rysiu stworzył logo programu i Fundacji SCCS. Słynne serduszka i oświadczenia woli znane są już w całej Polsce.

Ostatnia grafika Rysia, to 12 postaci z pewnym i głośnym TAK, którą dziękowaliśmy za kampanię Twoje TAK ma znaczenie, w Lublińcu, 20 maja 2017r.

Podczas wyprawy do Witowa, na Polanie Chochołowskiej, w kaplicy Św. Jana Chrzciciela została odprawiona msza święta w intencji także Rysia Gancarza, który ukochał Składaków i ich drugie życie.

Żegnaj, przyjacielu, do widzenia,

Drogi mój, od krwi serdecznej bliższy.

Ta rozłąka w ciemnych przeznaczeniach

Obietnicą połączenia bliższy.

Alicja





Zdrowa dieta obniżająca poziom cholesterolu we krwi

Podwyższony poziom cholesterolu we krwi to zaburzenie lipidowe, które wymaga odpowiedniego postępowania dietetycznego. Sposób odżywiania ma duży wpływ na stężenie cholesterolu i trójglicerydów we krwi, dlatego należy zadbać o zdrową dietę. Zmiany w sposobie odżywiania powinny wprowadzić zarówno osoby, które przyjmują już leki jak i te, których wyniki badań tylko nieznacznie odbiegają od normy.

Co to są zaburzenia lipidowe

Zaburzenia lipidowe (w tym podwyższony poziom cholesterolu LDL) to stan, w którym stężenie lipidów lub lipoprotein w osoczu jest wyższe od wartości uznanych za prawidłowe. Należy jednak zaznaczyć, że cholesterol i trójglicerydy są niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania organizmu. Jedynie ich nadmiar jest szkodliwy dla zdrowia. Znaczna część cholesterolu jest wytwarzana samodzielnie przez organizm, a pozostała pochodzi z pożywienia.

Kilka słów o cholesterolu i trójglicerydach

Cholesterol wchodzi w skład lipoprotein krążących we krwi. Wyróżniamy dwa rodzaje lipoprotein potocznie zwanych cholesterolom: cholesterol LDL - *zły cholesterol* oraz cholesterol frakcji HDL - *dobry cholesterol*. Cholesterol LDL powoduje odkładanie cholesterolu w naczyniach tętniczych i może prowadzić do powstawania miażdżycy, która objawia się zwężeniem światła naczyń krwionośnych, a nawet ich całkowitym zablokowaniem. Do powikłań zaburzeń lipidowych zaliczamy m.in. udar mózgu i zawał serca. Cholesterol frakcji HDL transportuje cholesterol do wątroby, gdzie jest rozkładany, a następnie usuwany z organizmu.

Trójglicerydy natomiast są to substancje wchodzące w skład tkanki tłuszczowej. Pochodzą one głównie z pożywienia i są niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania organizmu. Jednak ich nadmiar jest niebezpieczny dla zdrowia.

Przyczyny zaburzeń lipidowych

Do głównych przyczyn podwyższonego poziomu cholesterolu oraz trójglicerydów zaliczamy

- nieprawidłową dietę,
- siedzący styl życia,
- predyspozycje genetyczne,
- stosowanie niektórych leków (np. progestagenów, glikokortykosteroidów, leków moczopędnych)
- niedoczynność tarczycy
- zespół nerczycowy
- cholestazę wątrobową

Dieta obniżająca poziom cholesterolu

W leczeniu zaburzeń lipidowych, w tym podwyższonego poziomu cholesterolu we krwi, ogromne znaczenie ma zdrowa dieta oraz odpowiednie leki (statyny, fibryny, selektywne inhibitory absorpcji jelitowej steroli, żywice jonowymiennicze, kwas nikotynowy).

W jadłospisie osób z podwyższonym cholesterolom kluczowe znaczenie ma kontrolowanie zawartości kwasów tłuszczowych. Wyróżniamy ich trzy rodzaje: kwasy tłuszczowe nasycone, jednonienasycone i wielonienasycone. W diecie osób z zaburzeniami lipidowymi należy ograniczać kwasy tłuszczowe nasycone i zastępować je jedno- i wielonienasyconymi. W dalszej części artykułu przedstawię w jakich produktach można znaleźć zdrowe tłuszcze

Bazą diety powinny być pełnoziarniste produkty zbożowe o niskim indeksie glikemicznym. Należy uwzględnić w niej warzywa i owoce oraz produkty obniżające poziom cholesterolu. Podobnie jak w każdej zdrowej diecie należy zadbać, by była urozmaicona i dostarczała wszystkich niezbędnych wartości odżywczych witamin i minerałów.

W przypadku osób, które również posiadają nadwagę należy wprowadzić dietę o obniżonej wartości energetycznej, która pomoże obniżyć masę ciała.

Jakie produkty wprowadzić do diety, aby obniżyć poziom cholesterolu we krwi

Jedz produkty pełnoziarniste

Osobom z podwyższonym poziomem cholesterolu i trójglicerydów zaleca się zastąpienie produktów

z białej mąki wyrobami z mąki pełnoziarnistej. Zawierają one błonnik pokarmowy, który ogranicza wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego oraz wspomaga odchudzanie. Pełnoziarniste makarony, ryż, pieczywo oraz kasze mają wyższą wartość odżywczą oraz niższy indeks glikemiczny.

Postaw na warzywa i owoce

Są źródłem błonnika oraz antyoksydantów, które chronią przed szkodliwym działaniem cholesterolu LDL. dzięki czemu hamują rozwój zmian miażdżycowych. Najważniejszymi antyoksydantami pokarmowymi są tokoferole, karotenoidy, witamina C oraz polifenole. Po warzywa i owoce należy sięgać 5 razy dziennie, przy czym najbardziej wartościowe są w formie surowej. Można także wprowadzać do diety warzywa i owoce gotowane, duszone i pieczone lub grillowane.

Sięgaj po chude nabiał

Produkty nabiałowe są podstawowym źródłem wapnia oraz pełnowartościowego białka, dlatego stanowią nieodłączny składnik diety, niestety często zawierają duże ilości nasyconych kwasów tłuszczowych. Należy wybierać produkty o obniżonej zawartości tłuszczu czyli białe sery, naturalne jogurty, kefir, maślanekę i chude mleko

Wybieraj chude mięso

Zastąpienie tłustych mięs chudymi to najważniejsza zmiana w diecie osób z zaburzeniami lipidowymi. Niestety polska kuchnia stawia na tłuste mięsa i wyroby mięsne, co bardzo niekorzystnie wpływa na poziom cholesterolu we krwi Polaków. Sięgaj przede wszystkim po drób, cielęcinę, królika, czasami również po schab, wołowinę i dziczyznę.

Bardzo istotny jest także sposób przyrządzania potraw mięsnych. Zdecydowanie unikaj smażenia, a zastąp je duszeniem, pieczeniem, grillowaniem lub gotowaniem.

Postaw na ryby

Ryby to kolejny bardzo istotny składnik diety osób z podwyższonym cholesterolem we krwi. Szczególnie znaczenie mają tłuste ryby morskie, które są doskonałym źródłem wielonienasyconych kwasów tłuszczowych omega 3. Wybieraj łososia, makrełę, halibuta, sardynki lub śledzie. Nie smaż ich na głębokim tłuszczu, a piecz w piekarniku lub grilluj.

Nie zapominaj o zdrowych tłuszczach

To przede wszystkim tłuszcze pochodzenia roślinnego, które stanowią bardzo ważny element diety osób z zaburzeniami lipidowymi. Sięgaj po takie produkty jak oliwki, nasiona i pestki, orzechy, oraz nierafinowane oleje takie jak olej lniany, rzepakowy czy oliwa z oliwek. Pamiętaj, że oleje po podgrzaniu tracą swoje właściwości, dlatego dodawaj je na zimno na przykład do sałatek.

Czego należy unikać w diecie obniżającej poziom cholesterolu

Zrezygnuj z białego pieczywa

Pieczywo oraz produkty z białej mąki są niekorzystne dla osób z podwyższonym stężeniem trójglicerydów, ale także dla wszystkich osób z zaburzeniami lipidowymi. Należy unikać także białego ryżu.

Unikaj żółtych serów

Sery żółte, a także pleśniowe i topione są bardzo tłuste, dlatego trzeba z nich zrezygnować i wybierać chude produkty nabiałowe. Nie zaleca się także używania śmietany, tłustego mleka i tłustych twarogów.

Uważaj na produkty i dania smażone i tłuste

Najlepiej zupełnie zaniechać smażenia potraw, ponieważ podgrzewanie dań na tłuszczu do wysokich temperatur powoduje powstawanie w nich szkodliwych substancji.

Należy wystrzegać się także tłustych mięs, które niekorzystnie wpływają na profil lipidowy czyli wieprzowiny, tłustej wołowiny, baraniny, boczku, smalcu, podrobów i pasztetów.

Zwróć szczególną uwagę na tłuszcze trans!

Tłuszcze trans powstają podczas przetwarzania tłuszczów roślinnych i są bardzo niekorzystne dla zdrowia. Powodują zwiększenie poziomu cholesterolu całkowitego, cholesterolu LDL i obniżenie cholesterolu HDL. Przyczyniają się także do wzrostu ciśnienia tętniczego oraz mogą powodować choroby nowotworowe. Kwasy tłuszczowe trans znajdziemy w twardych margarynach, żywności typu fast food oraz wyrobach cukierniczych. Należy zdecydowanie unikać tych produktów w diecie, której celem jest obniżenie poziomu cholesterolu we krwi.

Samodzielne ułożenie diety obniżającej poziom cholesterolu jest zadaniem bardzo trudnym. Dieta nie

tylko musi dostarczać odpowiednią ilość kalorii, białek, tłuszczu, węglowodanów i błonnika, ale także nie może w swoim składzie zawierać produktów podwyższających poziom cholesterolu, a zapewnić produkty i dania obniżające jego poziom.

Kilka słów o mnie

Jestem z zawodu dietetykiem i układam indywidualne diety dla osób zdrowych, a także dla osób z zaburzeniami lipidowymi. Od kilku lat prowadzę bloga dietetyczne-przepisy.net, na którym znajduje się mnóstwo zdrowych, pysznych i niskokalorycznych przepisów mojego autorstwa. Motywuję i zachęcam do zdrowego stylu życia oraz przekonuję, że zdrowe jedzenie może być naprawdę pyszne.

Przez wiele lat prowadziłam również zajęcia w klubach fitness, posiadam uprawnienia trenera personalnego. Jestem autorką motywującej książki: "*Schudnij z przyjemnością. Poradnik radosnego odchudzania*".

Przykładowe przepisy dla osób z podwyższonym poziomem cholesterolu we krwi pochodzące z mojego bloga dietetyczne-przepisy.net

Owsianka na zimno w czereśniach i pistacjami



Składniki:

- 150 ml mleka 0,5 % tłuszczu
- 40 g płatków owsianych
- 50 g czereśni bez pestek
- 10 g obranych pistacji
- łyżeczka ksylitolu – cukru brzożowego 5 g

Przygotowanie:

Danie przygotowujemy wieczorem, aby było gotowe na śniadanie. Płatki owsiane wsyp do miseczki i zalej zimnym mlekiem. Posłodź łyżeczką cukru brzożowego. Czereśnie zblenduj i dodaj do owsianki – zostaw kilka czereśni do dekoracji. Możesz również zrezygnować

z blendowania owoców, aby zaoszczędzić czas. Dodaj również pokruszone orzechy pistacjowe. Taką owsiankę przykryj folią lub przykrywką i włóż na noc do lodówki. Rano pyszne śniadanie będzie gotowe:) Do owsianki możesz użyć każdego owocu sezonowego - truskawek, malin, jagód, wiśni itp.

Łosoś pieczony w lekkim sosie szpinakowym

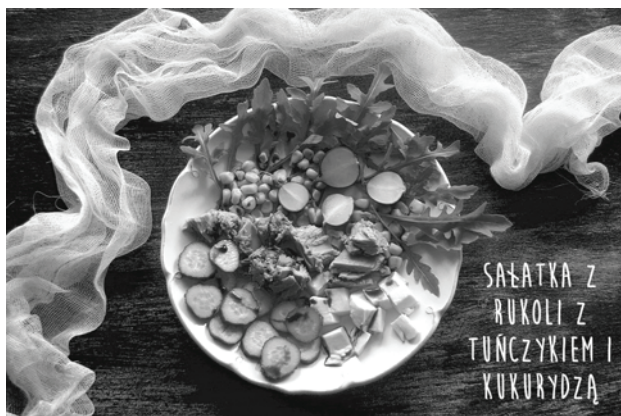


Składniki:

- filet z łososia 200 g
- 100 g świeżego szpinaku
- szklanka mleka 0,5 % tłuszczu
- łyżka mąki kukurydzianej 20 g
- sól, świeżo mielony pieprz, 2 małe ząbki czosnku, gałka muszkatołowa
- sok z cytryny
- 2 ziemniaki 200 g

Przygotowanie:

Ugotuj ziemniaki w mundurkach. Nagrzej piekarnik do 200 stopni. Fileta z łososia umyj i przekrój na pół. Szpinak dokładnie opłucz i posiekaj. Odlej 1/4 szklanki mleka i wymieszaj w nim mąkę kukurydzianą. Pozostałą część mleka podgrzej w rondelku. Do gotującego się mleka wlej mieszaninę mleka z mąką i mieszaj, aż sos zgęstnieje. Dodaj posiekany szpinak. Dopraw solą, pieprzem, przeciśniętym przez praskę ząbkiem czosnku i szczyptą gałki muszkatołowej. Płaty łososia natrzyj przeciśniętym przez praskę drugim ząbkiem czosnku, skrop sokiem z cytryny, oprósz solą i pieprzem. Włóż łososia do małego żaroodpornego naczynia, zalej sosem szpinakowym i piecz w piekarniku przez 15 minut.



Składniki:

- opakowanie rukoli 100 g
- puszka odsączonego tuńczyka w oleju 110 g
- kula mozzarelli light 125 g

- puszka kukurydzy odsączona 200 g
- pęczek rzodkiewek 100 g
- 200 g pomidorków koktajlowych
- 1 długi ogórek 200 g
- 2 łyżki octu balsamicznego, sól, pieprz

Przygotowanie:

Pomidorki i rzodkiewki umyj i pokrój w ćwiartki. Ogórka obierz i pokrój w półksiężycy. Ser mozzarella pokrój w kostkę. Wymieszaj wszystkie warzywa, łącznie z kukurydzą, dodaj mozzarellę i dobrze odsączonego z oleju tuńczyka. Dopraw solą pieprzem, octem i wymieszaj. Na koniec dodaj rukolę i ponownie delikatnie wymieszaj.

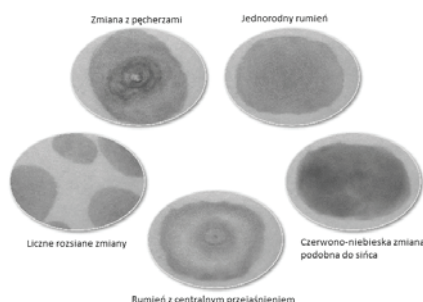
Gotowe

Teresa Skrzypek

Bądźmy czujni na wiosnę... i nie tylko

Zbliża się okres wakacyjny, pełni zapału wybieramy się na wycieczki do parku, lasu, czy nad rzekę, a tam czyhają na nas kleszcze. Znajdujemy je w każdym ciepłym i wilgotnym środowisku. Żyją na brzegach lasów, przede wszystkim liściastych lub mieszanych, w krzakach, w trawie, a także ogrodach i parkach. Ukąszenie kleszcza przejawia się różnymi objawami klinicznymi, od lekkich form skórnych po poważne uszkodzenie organów wewnętrznych i układu nerwowego. W Polsce od 2013 roku odnotowuje się gwałtowny wzrost zachorowań do kilkunastu tysięcy rocznie (w 2016 roku było ich około 18 tysięcy).

Bakterie wnikają do ciała w miejscu ukąszenia przez kleszcza, tam się rozmnażają i u niektórych pacjentów powodują zmianę skórną (rumień)



Ryc. Rumień wędrujący

I stadium objawia się mniejszym odczynem na skórze w miejscu ukąszenia przez kleszcza. Objawy skórne pojawiają się od pięciu dni do siedmiu tygodni. Kolejne ogniska mogą pojawiać się w różnych miejscach. Jednocześnie pojawia się temperatura i bóle mięśni, stawów, powiększone węzły chłonne, czasem pojawiają się plamy o nieregularnym kształcie, bolesne, nadwrażliwe. Przy nietypowych objawach jest większe ryzyko przejścia do II stadium.

II stadium – borelioza z krwią dostaje się do pozostałych komórek ciała i powoduje uszkodzenie narządów najczęściej nerwów, stawów, a także gałek ocznych, drętwienie kończyn, porażenie nerwu twarzonego, zapalenie mięśnia sercowego z zaburzeniami rytmu. U niektórych pacjentów II stadium następuje bez objawów skórnych, lub zmiany skórne są mało widoczne i łatwo je przeoczyć.

III stadium – może pojawić się po wielu miesiącach, a nawet latach od ukąszenia, pojawiają się przewlekłe zapalenia stawów, przewlekłe zanikowe zapalenie skóry kończyn, może również wystąpić późna postać neuroboreliozy m.in. z przewlekłym zapaleniem mózgu oraz zespołami psychiatrycznymi.

Ponieważ nie ma żadnych szczepień ochronnych najważniejsza jest profilaktyka, polega na unikaniu kontaktu z kleszczami, a w miejscach niebezpiecznych noszenie odzieży szczelnie zakrywającej ciało. Jeśli już doszło do ukąszenia – zdezynfekować miejsce. Ważne jest wczesne postawienie właściwej diagnozy i leczenie antybiotykami.



Elementy medycyny transkulturowej w codziennej praktyce

Postrzeżenie pacjenta przez pryzmat jego kultury, tak w sposób najprostszy można wyjaśnić pojęcie medycyny transkulturowej, równie dobrze przedrostek „trans” można zastąpić przedrostkami „inter”, czy „multi”.

W obecnych czasach coraz więcej osób prowadzi tryb życia związany z przemieszczaniem się do różnych krajów. Dzieje się tak z różnych powodów, są to wyjazdy turystyczne, w celach zarobkowych, a często, aby chronić życie swoje i swoich bliskich w związku z toczącą się wojną.

Pracownicy ochrony zdrowia powinni poszerzać swoją wiedzę i starać się opanować najlepsze sposoby komunikowania się z przedstawicielami innych kręgów kulturowych, tak by uniknąć trudności i pomyłek wynikających z nieznamomości ich obyczajów i wierzeń.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), w konstytucji z 1948 roku określiła zdrowie jako „*stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko jako brak choroby lub zniezdolężnienia*”. W ostatnim czasie definicja ta została uzupełniona o sprawność do „*prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego*” a także o wymiar duchowy.

Zdrowie fizyczne, to nic innego jak prawidłowe funkcjonowanie organizmu jako układów i narządów. Natomiast w obrębie zdrowia psychicznego możemy wyróżnić:

- zdrowie emocjonalne,
- zdrowie umysłowe,
- zdrowie społeczne,
- **zdrowie duchowe** – u niektórych osób związane z wierzeniami i praktykami religijnymi, u innych osobiste „credo”, zbiór zasad, zachowań i sposobów osiągania wewnętrznego spokoju.

O tym jak ważną rolę w życiu człowieka odgrywa wymiar duchowy mówi nam również hierarchia potrzeb stworzona przez Abrahama Masłowa, znana jako „Piramida potrzeb Masłowa”. Na najwyższym poziomie, wspomnianej piramidy, znajdują się właśnie potrzeby duchowe.



Bardzo często na przestrzeni wieków człowiek szukał siły i nadziei w wartościach w których dorastał, w kulturze i w wierze. Wystarczy wrócić, chociażby, do czasów II wojny światowej i obozów koncentracyjnych. Nierzadko to właśnie wiara powodowała, ludzie internowani, osadzonych w miejscach zagłady zdołali przetrwać.

Współczesna opieka zdrowotna musi uwzględniać odmienne rozumienie wartości, postaw i dróg życiowych w różnych kulturach. Personel medyczny musi mieć świadomość, iż utrwalone w danej kulturze wzorce kulturowe odgrywają istotną rolę w utrzymaniu zdrowia i w powstawaniu chorób, zarówno somatycznych jak i psychicznych.



JUDAIZM

Jest jedną z najstarszych i zarazem ciągle żywą religią świata. Wyznawcą judaizmu są Żydzi. W stosunku do Judaizmu popularnym określeniem jest - wyznanie mojżeszowe.

Wśród wyznawców judaizmu można wyróżnić III nurty: ortodoksyjny, konserwatywny, reformowany.

Dla Żydów modlitwa jest najważniejszym elementem dnia. Żydzi modlą się trzy razy w ciągu dnia twarzą zwróconą w stronę Jerozolimy. Najważniejszą księgą jest Tora.

Judaizm, a opieka medyczna

1. Zdrowie postrzegane jest jako jedność ciała i ducha. Ciało jako narzędzie duch powinno być

utrzymane w czystości i zdrowiu.

2. Dieta. Zasady koszerności obejmują:

- zakaz spożywania takich produktów jak: mięso zwierząt nieparzystokopytnych (np. królik) lub nieprzeżuwających (np. świnia), mięczaków i skorupiaków,
- zwierzęta muszą być zabijane w rytualny sposób przez wykwalifikowaną osobę,
- zakaz spożywania mięsa wraz z produktami mlecznymi (odstęp czasowy 6 godzin),

3. W przypadku poważnej choroby przestają obowiązywać wszystkie nakazy religijne, które mogłyby utrudniać przywracanie zdrowia. Nie mają zastosowania przepisy żywieniowe, jeżeli dla wyzdrowienia potrzebne są pokarmy, które z rytualnego punktu widzenia nie powinny być spożywane.

4. Należy pamiętać o zapewnieniu jednorazowych sztućców i naczyń ze względu na nakaz segregacji pożywienia i nieużywanie tych samych naczyń do dań mięsnych i mlecznych.

5. Nie należy podawać leków w otoczce żelowej ponieważ zasada koszerności zabrania podawania żelatyny w jakiegokolwiek postaci.

6. Badanie lekarskie kobiety powinno być przeprowadzone przez lekarza – kobietę. Prawo żydowskie ogranicza kontakty między osobami różnej płci: zakazane jest przebywanie dwóch osób różnej płci w zamkniętym pokoju (z wyjątkiem męża z żoną)

7. Żydzi odpoczywają podczas szabatu, który przypada w ostatni, siódmy, dzień tygodnia czyli w sobotę. Zaczyna się o zmierzchu w piątek i trwa do zmierzchu w sobotę. Podczas szabatu Żydzi zaprzestają większości codziennych obowiązków. Nie wolno również innych nakłaniać do pracy. Jeżeli pobyt pacjenta w szpitalu przypadnie w szabat, należy pamiętać że nie będzie on mógł wykonać wielu czynności i nie będzie mógł prosić osób opiekujących się nim o ich wykonanie (np. nie może użyć dzwonka alarmowego przywołującego pielęgniarkę).

Jednak w przypadku zagrożenia życia ludzkiego, dla ratowania osoby w niebezpieczeństwie każdą z tych reguł wolno, a nawet należy złamać.

8. Transplantacje narządów w celu zachowania lub

ocalenia życia drugiego człowieka jest etycznie nakazana.

ISLAM

Należy do najmłodszych religii monoteistycznych, druga na świecie pod względem wyznawców. Wiara w Allaha – jedyne Boga. Koran – święta księga zawiera przepisy dotyczące kultu religijnego, przepisy moralne, dotyczące dobrego zachowania i odżywiania się, prawo cywilne, karne, międzynarodowe. Istnieje pięć filarów Islamu: wyznanie wiary, modlitwa, jałmużna, post, pielgrzymka do Mekki.

Islam, a opieka medyczna

1. Islam nakazuje dbałość o zdrowie.
2. Do działań profilaktycznych zalicza: post, modlitwę, rytualne obmycie ciała, jałmużnę, małżeństwo.
3. Wśród zakazów widnieją: zakaz picia alkoholu, palenia papierosów, używania narkotyków, cudzołóstwa, hazardu, jedzenia wieprzowiny.
4. W Islamie funkcjonuje rytualne obmycie ciała, dokonuje się go przed modlitwą oraz gdy wg Islamu dojdzie do skalania nieczystością.
5. Islam zaleca uprawianie sportu, właściwą dietę i odpoczynek
6. Lewa połowa ciała uznana jest za nieczystą (zasada prawe/lewe).
W przypadku np. unieruchomienia kończyny prawej muzułmanin będzie wymagał pomocy, chociażby, przy spożywaniu posiłków. Wszystkie czynności wykonywane są ręką prawą – „czystą”.
7. Pacjent może odmówić założenia wkłucia dożylnego typu wenflon w lewą rękę – „nieczystą”
8. Pacjentką muzułmanką powinna opiekować się pielęgniarka, a pacjentem muzułmaninem – pielęgniarz
9. Należy uwzględnić podawanie leków, które w swoim składzie nie zawierają alkoholu i nie są pochodzenia wieprzowego.
10. Pacjentowi niepełnosprawnemu
np. niedowidzącemu nie należy proponować psa przewodnika, gdyż w kulturze muzułmańskiej pies należy do zwierząt pogardzanych, a rzeczy,

których dotknie lub polize stają się nieczyste.

11. Sunnici: zgadzają się na transplantacje narządów, jeśli jest jedyną, możliwą formą pomocy, jeżeli dawca wyraził zgodę za życia, dawcami mogą być nie muzułmanie ale nie osoby skazane na śmierć.
12. Szyici: zakazują pobierania narządów od zmarłych muzułmanów chyba, że jest to konieczne dla ratowania życia innego muzułmanina

PRAWOSŁAWIE

Podstawowe prawdy wiary Kościoła prawosławnego są oparte na przekazie tradycji, zgodnie z którą podstawową zasadą jest wierność duchowi Kościoła pierwotnego. Styl życia determinowany jest przez tradycję. Rodzina jest podstawą właściwego wychowania przyszłego pokolenia. Ważnym elementem życia duchownego jest przestrzeganie postu.

Prawosławie, a opieka medyczna

1. Dozwolone są wszystkie zabiegi ratujące życie i zapewniające powrót do zdrowia.
2. Należy umożliwić pacjentowi dostęp do szpitalnej kaplicy.
3. Ważną rzeczą jest umożliwienie posiadania przy łóżku np. ikony, krucyfiksu lub prosfory (chleba używanego w celach eucharystycznych).
4. Czynności pielęgnacyjne wobec pacjenta prowadzącego życie monastyczne powinni wykonać siostry lub bracia zakonni.
5. Podczas trwania postu wyeliminowanie z diety takich składników jak: mięso, ryby, masło, sery.

HINDUIZM

Jeden z największych pod względem wyznawców system religijny/styl życia. Istnieje wiele odłamów hinduistycznych różniących się zarówno wierzeniami na temat Boga, jak i praktykami. Ich wyznawców łączy przede wszystkim: szacunek dla świętych ksiąg – Wed, wiara w reinkarnację, wiara w prawo akcji i reakcji (karma), dążenie do wyzwolenia, różnie rozumianego przez poszczególne odłamy.

Hinduizm, a opieka medyczna

1. Wyznawcy Hinduizmu uważają, że choroba to wynik działania demonów.
2. Wszelkie przejawy szczęścia i nieszczęścia, dobra, zła, dobrobytu, choroby i cierpienia interpretowane są jako bezpośrednia konsekwencja czynów z poprzedniego życia.
3. Dbanie o zdrowie wyznawców hinduizmu wyraża się głównie przez praktykowanie ćwiczeń fizycznych i duchowych oraz dietę wegetariańską, a także przez postępowanie zgodnie z zasadami medycyny ajurwedyjskiej.
4. W opiece nad pacjentem należy zapewnić dostęp do żywności wegetariańskiej. Pożywienie bezmięsne jest uważane za czystsze.
5. Należy uwzględnić podawanie leków, które nie są pochodzenia wołowego.
6. Transplantacja narządów postrzegana jest w kategoriach pozytywnych - jako sposób przedłużenia egzystencji innych ludzi, a przez to umożliwienie im wypełnienia karmy.

BUDDYZM

Jest to system filozoficzno-etyczny, nazywany „*Nauką Przebudzonego*”. Opiera się na Czterech Szlachetnych Prawdach: prawda o cierpieniu, prawda o jego powstaniu, prawda o jego ustaniu, prawda ukazująca ścieżkę wiodącą do zniesienia cierpienia. Celem tego wyznania jest stworzenie społeczeństwa, w którym odrzuca się przemoc, walkę, prześladowania, nienawiść, zazdrość, zło.

Buddyzm, a opieka medyczna

1. Pojęcie zdrowia i choroby utożsamiane jest z dietą wegetariańską.
2. Proces leczenia osoby dorosłej obejmuje przestrzeganie zaleceń dietetycznych, z eliminacją produktów zaburzających równowagę w organizmie oraz przyjmowanie zaleconych przez lekarza ziół.
3. Powrót do pełni zdrowia w rozumieniu medycyny buddyjskiej jest możliwy pod warunkiem odbywania praktyk religijnych.

4. Opieka na chorym wyznającym buddyzm jest związana z przestrzeganiem zaleceń dotyczących stylu życia oraz stworzenia warunków do odbywania rytuałów religijnych i realizowania praktyk medytacyjnych.
5. W medycynie tybetańskiej charakterystyczne jest stosowanie różnorodnych ziół i przypraw.
6. Zakaz stosowania wszelkich używek.
7. Fundamentalne znaczenie ma akceptacja, brak negatywnych myśli, wewnętrzna dyscyplina i kontrola nad sobą.
8. Buddyści zgadzają się na transplantację narządów. Ofiarowanie części swojego ciała to okazja do nagromadzenia dużych zasług przyczyniających się do budowania pozytywnych potencjałów w umyśle, pozytywne z punktu widzenia następnych wcieleń.

ŚWIADKOWIE JEHOWY

Chrześcijański Zbór Świadków Jehowy, dla których Biblia jest Słowem Bożym. Świadkowie Jehowy wierzą w Jednoosobowego Boga, Jehowę i oddają cześć tylko jemu. Nie biorą udziału w życiu politycznym, nie służą w wojsku. Nie używają tytułów w stosunku do osób przewodzących w działalności religijnej. Jako święto obchodzą tzw. Pamiątkę. Prowadza działalność kaznodziejską – głoszenie Dobrej Nowiny.

Świadkowie Jehowy a opieka medyczna

1. W swoich strukturach posiadają Komitety łączności ze szpitalami.
2. Odrzucają wszelką formę pomocy medycznej, która wiąże się z transfuzją krwi i jej składników.
3. Możliwe jest użycie krwi własnej, pod warunkiem, że nie traci ona łączności z krwioobiegiem.
4. Stosowanie zasad „bezkrwawej chirurgii”.
5. Należy zwrócić uwagę na odpowiednie przygotowanie pacjenta do zabiegu np. poprzez podanie preparatów krwiotwórczych.
6. Dieta – nie spożywanie produktów zawierających krew zwierzęcą.
7. Wśród wyznawców nie ma zakazu przyjmowania cudzych tkanek.

ROMOWIE

Jest to grupa etniczna, bezterytorialny naród, nieposiadający własnej religii. Romowie tworzą społeczność wysoce zróżnicowaną pod względem językowym oraz kulturowym. O wszystkich aspektach życia społeczności romskiej decyduje niepisany kodeks praw i zakazów obyczajowych, który wyrósł z tradycji i wielowiekowego doświadczenia. Zawarte w nim zasady są uznane za niewymagające uzasadnienia, a ich nieprzestrzeganie skutkuje skaleniem.

Romowie, a opieka medyczna

1. Korzystają z usług szpitali, chociaż uważają je za „nieczyste”
2. W kulturze romskiej osoba otyła uchodzi za zdrową i szczęśliwą, a osobie szczupłej współczuje się jako chorej i zbyt biednej.
3. Badanie lekarskie pacjentki powinien przeprowadzić personel żeński w obecności drugiej kobiety – Romki.
4. Należy używać osobnych ręczników, mydła i misek do wykonywania toalety górnej i dolnej partii ciała oraz przechowywanie ich na oddzielnych półkach.
5. Tradycja romska zakazuje kobietom przebywać sam na sam z mężczyzną, nawet jeśli jest to lekarz.
6. Towarzyszenie osobie chorej/umierającej jest obowiązkiem całej rodziny. Jest to ściśle związane z okazaniem szacunku, uzyskaniem przebaczenia i błogosławieństwa dla siebie i rodziny.
7. Romowie nie zgadzają się na pobranie narządów do transplantacji. Uważają, że przez rok po śmierci ciało powinno zostać nienaruszone.

Każda osoba ma prawo do poszanowania jej niepowtarzalności i dziedzictwa kulturowego. Różnice istnieją między kulturami i w ich obrębie. Z całą pewnością można powiedzieć, że nie ma kultur lepszych, czy gorszych. Kulturowa kompetencja personelu medycznego zdecydowanie przyczyni się do zmniejszenia uprzedzeń i stereotypów.

***Zaburzenia odżywiania u dzieci,
a choroby współistniejące cz. II***

Odżywianie jest podstawą egzystencji każdej żywej istoty. Spożyty pokarm stanowi niezbędne źródło energii i składników potrzebnych do prawidłowego rozwoju oraz metabolizmu naszego organizmu. Większość nawyków związanych z odżywianiem pozwala nam zachować dobre zdrowie. Jednak, gdy pojawia się stres związany ze zwiększającą się masą ciała mówi się wtedy, że mamy do czynienia z zaburzeniami odżywiania. Rozróżniamy jadłowstręt psychiczny lub żarłoczność psychiczną.

Różnorodne przeżywane stresi przez najmłodszych są częstym powodem utraty apetytu, podjadania lub nadmiernego apetytu. Choroby somatyczne również mają ogromny wpływ na zaburzenia w odżywianiu. Cierpiące na nie dzieci mają często depresje, dokonują różnych działań autodestrukcyjnych (samookaleczenie) lub są uzależnieni od innych środków np. narkotyki, alkohol, seks.

OTYŁOŚĆ U DZIECI

„Gruby” to określenie beztrąsko rzucone bez przez ludzi młodych mocno stygmatyzuje. W kategoriach medycznych za otyłość uważa się masę ciała o 20 % i więcej przekraczającą wagę *idealną* dla danego wieku i wzrostu. Jeszcze do niedawna w rodzinach ceniło się pulchność dzieci. Uważano, że dodatkowe kilogramy stanowią ochronę przed niedostatkiem, a nawet śmiercią. Zanim wynaleziono antybiotyki, wiele rodziców napychało dzieci jedzeniem w nadziei, że odstraszy to choroby. Dzieci i nie tylko spożywały ciężkie potrawy, a jednocześnie były sprawniejsze fizycznie.

W obecnych czasach nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży to narastający problem współczesności. Światowa Organizacja Zdrowia zalicza otyłość do głównych problemów zdrowia publicznego i nazywa ją *globalną* epidemią. Szacuje się, że nadwaga dotyczy już około 10% dzieci w wieku od 5 do 17 lat, a otyłość 3%. Na świecie zjawisko otyłości u dzieci jest znacznie zróżnicowane. Europa to 20%, Stany Zjednoczone 30%. Zróżnicowanie to wynika z dobrego statusu socjoekonomicznego.

Szybkość, z jaką narasta w wielu społeczeństwach

otyłość u dzieci i młodzieży wydaje się wskazywać na zmiany zachodzące w stylu życia i zachowaniach zdrowotnych, dotyczące przede wszystkim sposobu odżywiania i aktywności fizycznej. Otyłość wpływa również na sposób postrzegania takiego dziecka i nastolatka przez otoczenie oraz postrzegania własnego ciała i wyglądu, a przez to społeczne i psychiczne doświadczenia „bycia otyłym” - jest nie tylko problemem dziecka, ale i rodzica. Negatywne stereotypy związane z otyłością często tworzą się już w najmłodszych latach życia i młodzi ludzie doświadczają dyskryminacji w szkole.

Schorzenie to jest ogólnoustrojową, przewlekłą chorobą metaboliczną wynikającą z zaburzenia równowagi między poborem, a wydatkiem energii objawiającą się zwiększeniem ilości tkanki tłuszczowej w organizmie. W miarę nasilenia się tego procesu pojawiają się patologiczne dysfunkcje dotyczące wszystkich układów i narządów. Według Światowej Organizacji Zdrowia używa się wskaźnika BMI. O otyłości mówimy gdy wartość BMI znajduje się na poziomie 97 centyli i powyżej. Konsekwencją otyłości jest szereg niekorzystnych następstw zdrowotnych manifestujących się już w wieku rozwojowym. Problemy zdrowotne wywołane otyłością u dziecka obejmują: zaburzenia ortopedyczne (wady postawy, płaskostopie), zaburzenia oddychania w czasie snu, kamicę żółciową, stłuszczenie wątroby, cukrzycę typu II, nadciśnienie tętnicze, zwiększone ryzyko miażdżycy i chorób serca w młodym wieku, oraz problemy natury psychologicznej: izolację, obniżone poczucie własnej wartości, depresję. Otyłość wiąże się z częstszym występowaniem hiperinsulinizmu i insulinooporności, nadciśnienia, cukrzycy, zaburzeń lipidowych (zespół metaboliczny), a w konsekwencji prowadzi do rozwoju choroby wieńcowej. Rozwój choroby wieńcowej zaczyna się już we wczesnym dzieciństwie. Badania związku pomiędzy otyłością dziecięcą i zespołem metabolicznym wykazały, że częstość występowania zespołu metabolicznego zwiększała się wraz ze zwiększającą się otyłością i wynosiła 50% u bardzo otyłych dzieci i młodzieży. Dzieci z otyłością i podwyższonym ciśnieniem tętniczym krwi mają większe ryzyko przerostu lewej komory serca. Jak widać rozwój choroby wieńcowej zaczyna się już w dzieciństwie i wczesnej młodości. Stąd wniosek, że czynników ryzyka tej choroby należy poszukiwać i zwalczać je już w dzieciństwie.

Najczęściej źródłem otyłości jest wadliwy styl życia, a przede wszystkim nieprawidłowe nawyki żywieniowe, czyli:

- jedzenie zbyt obfitych posiłków,

- zbyt późna spożywania ostatniego posiłku,
- niespożywanie śniadań,
- picie dużej ilości słodkich napojów,
- spożywanie wielu pozornie małych przekąsek zamiast regularnych posiłków,
- jedzenie dużej ilości słodczy,
- zbyt długie przerwy między posiłkami,
- spożywanie małej ilości warzyw i owoców,
- Spożywanie podwójnych obiadów.

Do niewłaściwych nawyków należy zaliczyć również zbyt wczesne rezygnowanie przez matki z karmienia naturalnego i wprowadzanie do diety niemowlęcia sztucznych mieszanek mlecznych, ponieważ są to czynniki predysponujące do wystąpienia nadwagi i otyłości u dziecka lub osoby w wieku dorosłym.

Celem leczenia i terapii u dzieci z otyłością jest uzyskanie stopniowo prawidłowej masy ciała, zapobieganie powikłaniom oraz przywrócenie równowagi psychosomatycznej dziecka. W leczeniu powinno kłaść się nacisk na profilaktykę. Powinna ona obejmować społeczeństwo, jak i poszczególne jednostki. Do zadań zaliczamy zachęcenie do aktywności fizycznej i spędzanie mniejszej liczby godzin przed telewizorem i komputerem, promowanie edukacji żywieniowej, prawidłowe przekazywanie informacji na etykietkach produktów spożywczych, jak i ograniczenie reklam z niezdrową żywnością przez media.

Dietetyczne leczenie otyłości wymaga przeanalizowania dotychczasowego sposobu żywienia, wyeliminowaniu wszystkich błędnych nawyków. Sposób żywienia i zwyczaje żywieniowe kształtują się w dzieciństwie. Dorośli są wzorem do naśladowania dla dzieci w sferze żywieniowej. Otyłe dzieci mają często otyłych rodziców. To rodzice powinni pokierować tak odchudzaniem, by proces ten był dla dziecka jak najmniej zauważalny. Najistotniejsze są zmiany jakościowe spożywanych produktów.

Ważnym aspektem w walce z otyłością jest upowszechnienie zasad prawidłowego żywienia w szkołach, niestety szkolne sklepiki nadal oferują przede wszystkim słodczy, a szkolne stołówki serwujące obiad coraz częściej należą do rzadkości.

Należy pamiętać jednak, że edukacja dziecka i rodziny jest nieodłącznym elementem promocji zdrowia i procesu terapeutycznego dziecka i jego rodziny. Ma na celu zwiększenie świadomości otyłych dzieci i ich

rodziców, dostarczenie wiedzy na temat: przyczyn i skutków otyłości, diety i aktywności fizycznej, kształtowanie umiejętności radzenia sobie i podejmowania decyzji oraz poczucia własnej wartości.

Wiele dzieci z poważną nadwagą nie wytrzymuje frustracji i od razu szuka pociechy. Jedzenie niesie im ukojenie, łagodzi ból. Dzięki posiłkowi dana osoba czuje się dobrze.

U wielu otyłych nastolatków prowadzi to do izolacji i depresji. Zamiast dołączyć do kolegów i przyjaciół, zostają sami w domu. Jedzą, oglądają telewizję, albo pozostają w łóżku. Odcinają się od świata, stają się bierni, zasiedzali i bez reszty skupieni na jedzeniu.

Siedzący tryb życia, udogodnienia cywilizacyjne związane z automatyzacją, mniejsza aktywność fizyczna, nadmiar pożywienia i przekarmianie sprzyjają rozwojowi otyłości. Za podstawę działań eliminujących nadwagę i otyłość wśród dzieci uznać należy walkę ze stereotypem, że grube dziecko to zdrowe dziecko.

Uważa się, że ujawnienie się czynników genetycznych zależy od wpływu środowiska, co może częściowo tłumaczyć częstszy rozwój otyłości w krajach wysoko uprzemysłowionych.

Do czynników środowiskowych powstania otyłości i nadwagi zalicza się: błędy żywieniowe, niedostateczną aktywność fizyczną oraz uwarunkowania psychiczne. Rozpowszechnienie łatwo dostępnego, podawanego w wygodnych opakowaniach pokarmu w restauracjach szybkiej obsługi oraz dostęp do wysokokalorycznych przekąsek powoduje dodatni bilans energetyczny oraz znaczne przekroczenie normy spożycia węglowodanów, a przede wszystkim tłuszczów.

Spożywanie słodzonych napojów gazowanych i soków często dostarcza w ciągu doby dodatkowo 500-1000 kcal. Zmienił się również sposób wykonywania wysiłku fizycznego. Korzystanie z atrakcyjnych dla dziecka form często wymaga zaangażowania rodziców oraz nakładów finansowych. Zajęcia wychowania fizycznego preferują sprawniejsze dzieci, które mogą odnosić sukcesy na międzyszkolnych zawodach. Niewłaściwe pojęcie rywalizacji i upokorzenia, jakich doznają otyłe dzieci na tych zajęciach zwykle sprawiają, że rezygnują one ze wszelkich form aktywności fizycznej. Brak akceptacji otoczenia, niewłaściwe uwagi ze strony otoczenia, powszechnie panująca moda na szczupłą sylwetkę pogłębiają kompleksy dziecka i często mogą powodować dalszy przyrost masy ciała z powodu *ucieczki w jedzenie*. Nie każde otyłe dziecko skazane jest na otyłość w dorosłym wieku szczególnie, jeśli w rodzinie nie ma otyłości, a nadmierna masa ciała

dziecka pojawiła się przed okresem dojrzewania płciowego. Jeżeli jednak otyłość utrzymuje się przez cały okres dzieciństwa i dojrzewania, to ponad 30% chłopców i 40% dziewcząt ma szansę pozostać otyłym dorosłym.

CUKRZYCA

W ostatnich latach notuje się globalny i gwałtowny wzrost zachorowań na cukrzycę wśród dzieci, w większości w krajach europejskich. W Polsce również ten wzrost występuje. Zjawisko to zachodzi najczęściej w najmłodszych grupach wiekowych. Obserwuje się również coraz większe zainteresowanie współistnieniem cukrzycy i zaburzeń odżywiania. Zwraca się uwagę na częstsze występowanie anoreksji i bulimii u młodych dziewcząt chorujących na cukrzycę typu pierwszego. Zaburzenia odżywiania pogarszają kontrolę metaboliczną cukrzycy oraz przyczyniają się do wcześniejszego pojawienia się przewlekłych powikłań. Chore dzieci na cukrzycę bardziej narażone są na wystąpienie subklinicznych postaci zaburzeń odżywiania.

Zalewa nas moda na niezdrową żywność, *fast food'y* bezwartościowe przekąski, a niekorzystne efekty coraz bardziej potęguje siedzący tryb życia. Wśród tych skrajności trudno jest zachować zasady racjonalnego odżywiania, a głównie u młodzieży ze zdiagnozowaną cukrzycą. Cukrzyca jest schorzeniem metabolicznym o wieloczynnikowej etiologii charakteryzującą się przewlekłą hiperglikemią z towarzyszącymi zaburzeniami gospodarki węglowodanowej, białkowej i tłuszczowej.

Wśród dzieci i młodzieży występuje cukrzyca typu pierwszego historycznie nazwana cukrzycą młodzieńczą lub insulino zależną. Cukrzyca typu drugiego powszechnie jest uważana za chorobę ludzi starszych, ale od dłuższego czasu wzrasta liczba dzieci dotkniętych tą chorobą. Główną przyczyną cukrzycy typu drugiego jest otyłość. Najważniejsze decydujące znaczenie ma dieta i ruch.

Rozpoznanie cukrzycy nie jest trudne. Wzmoczone pragnienie, gorsze samopoczucie, osłabienie, senność, bóle brzucha, zaburzenia widzenia, moczenia nocne to główne objawy. Podstawą diagnozy jest oznaczenie poziomu glukozy, gdzie przypadkowy jednorazowy poziom powyżej 200 mg/dl pozwala rozpoznać cukrzycę. Chorzy martwią się, że nikt nie będzie potrafił im pomóc, gdyby w wyniku hipoglikemii stracili przytomność np. w centrum handlowym. Tracą radość życia, a diagnoza o cukrzycy staje się początkiem końca dla życia z marzeniami. Problemy jakie stwarza

cukrzyca, wymagają ciągłej racjonalnej aktywizacji samego chorego dziecka, jego rodziców, rodziny i otoczenia oraz lekarzy, pielęgniarek i innych osób zajmujących się leczeniem tej choroby, a także odpowiednich instytucji ochrony zdrowia oraz środowisk, w których przebywa chore dziecko. Cukrzyca typu pierwszego narzuca ograniczenia codziennego życia, polegające na konieczności wykonywania systematycznych pomiarów glikemii, monitorowania stężenia glukozy w celu uniknięcia hipo- i hiperglikemii, ustalania dawek i podawania insuliny, przestrzegania diety, regularnych ćwiczeń, uczestnictwa w edukacji terapeutycznej. Wymaga to od chorych dzieci i młodzieży większej samodyscypliny i kontroli niż od ich zdrowych rówieśników oraz zmusza do uczestnictwa i pełnego zaangażowania w proces leczenia, co niejednokrotnie wiąże się ze zmianą stylu życia i planów na przyszłość.

Monitorowanie leczenia w przypadku dzieci muszą przejąć rodzice. Cukrzycę można nazwać chorobą rodzinną. Jeżeli zostanie rozpoznana u dziecka, modyfikuje przebieg codziennego życia i zwyczaje pozostałych zdrowych członków jego rodziny. Co więcej cukrzyca, z którą zmagają się dziecko, może wpływać na funkcjonowanie całej rodziny, stawiając jej dodatkowe wymagania i niejednokrotnie wymuszając reorganizację życia rodzinnego.

O jakości życia dziecka z cukrzycą bardzo często decyduje środowisko rodzinne. Spełnia ono nie tylko rolę opiekuńczą ale także edukacyjną, wychowawczą. Stanowić może bardzo istotny czynnik wsparcia dla chorego dziecka lub też odwrotnie, rodzice bardzo często mogą nie radzić sobie z nową sytuacją i sami wymagają „terapii”.

W żywieniu chorych na cukrzycę należy zwrócić uwagę na indeks glikemiczny (IG), który wskazuje szybkość z jaką węglowodany przenikają do krwi i podnoszą stężenie glukozy we krwi. Aktywność fizyczna jest istotnym elementem programu terapeutycznego chorych na cukrzycę typu pierwszego. Wyśiłek fizyczny prawidłowo dawkowany wiąże się z polepszeniem stanu zdrowia pacjenta. Młodsze dzieci boją się przede wszystkim bólu związanego z badaniem poziomu cukru i zastrzykami. Starsze dzieci obawiają się odrzucenia ze strony rówieśników. U młodzieży często są to lęki związane ze znalezieniem chłopaka/dziewczyny, który zrozumie ich potrzeby oraz obawy związane z przyszłością. Życie dzieci z cukrzycą wymaga dojrzałości, konsekwencji i często zmiany wielu codziennych przyzwyczajeń.



