

Męczyzna cierpi w milczeniu

Wielu facetów uważa, że badanie lekarskie naprawdę wygląda jak to z „Dnia świra”, więc trudno się dziwić, że odkładają wizytę na wieczne nigdy – mówi **Michał Pozdał, psychoterapeuta i seksuolog.**

ROZMAWIAŁA **Agata Jankowska**

Czy mężczyźni dostatecznie dbają o swoje zdrowie?

Jesteśmy na etapie rewolucji prozdrowotnej. Choć wciąż nie jest różowo, podejście do zdrowia wśród mężczyzn radykalnie się zmieniło w ostatniej dekadzie. Weźmy choćby sport – 10 lat temu siłownia kojarzyła się z piwnicą na blokowisku, gdzie chłopaki z półświatka handlują sterydami. Dziś mamy nieograniczoną ofertę miejsc i sposobów uprawiania przeróżnych sportów, z czego coraz więcej Polaków chętnie korzysta. Mężczyźni zaczęli biegać, pływać, jeździć na rowerze z dziećmi. Co najbardziej optymistyczne, nie tylko młodzi. Widok 70-latka, który chodzi po parku z kijkami, nikogo nie dziwi. Zatarła się też granica między tym, jaki sport jest kobiecy, a jaki męski. Dziś mężczyźni bez większych oporów tańczą zumbę, chodzą na jogę czy pilates. Za aktywnością sportową na ogół idzie dieta – facet już nie musi zjeść schabowego albo pół pieczonej gęsi, żeby być kontent. „Prawdziwi mężczyźni” też mogą być wege i pić koktajl z jarmużu.

Ale ta zmiana nawyków nastąpiła w grupie mężczyzn z dużych miast, młodych, zamożnych.



PARTNERZY RAPORTU



To powszechne twierdzenie, ale ja się z nim nie zgadzam. Mo- da na zdrowy styl życia dociera wszędzie, również na wieś, gdzie często wracają młodzi, wykształceni ludzie. Drobni rolnicy zaczęli doceniać własne uprawy i dostrzegli konieczność dbania o żywie- nie. Do tego w byłe dyskoncie, a one są, jak wiadomo, wszędzie, stoją duże regały z żywnością organiczną i tą dla sportowców. Dziś każdy może jeść zdrowo, choć oczywiście wciąż nie każdy chce. W tej kwestii mężczyźni zrobili krok milowy do przodu.

Chociaż wciąż widzimy gości o wymiarach kilku- drzwiowej szafy i bicepsem większym od głowy. To chyba już nie jest zdrowe?

Napakowany koleś ma symbolizować prawdziwego mężczy- znę, samca alfa. Paradoks polega na tym, że poza morderczymi treningami i permanentną dietą nie stoi za tym nic innego, niż zastrzyki z metanabolu lub testosteronu, czyli sterydów anabo- licznych. To rzeczywiście nie ma nic wspólnego ze zdrowiem. Przeciwnie, może nieść druzgocące skutki: od podwyższenia ci- śnienia, zmiany gospodarki hormonalnej, po niewydolność serca, która bywa śmiertelna. Ale taki wzorzec jest lansowany choćby przez czasopisma dla mężczyzn. Zwykły facet nie wygląda jak ten na okładce magazynu. Inna sprawa, że pod postawą tego pakera, który trzyma ręce, jakby pod pachą niósł arbuzy, może kryć się groźne zaburzenie psychozdrowotne, choćby bigoreksja [obsesyj- ne dążenie do zwiększenia masy mięśniowej własnego ciała – red.].

Mężczyźni chcą wyglądać jak macho, ale nie lubią się badać, chodzić do lekarzy.

Dramat męskiego zdrowia polega na tym, że media, kampanie społeczne, reklamy doskonale wyedukowały kobiety, jak dbać o zdrowie, a mężczyźni są zostawieni samopas. Wszyscy sku- piąją się na tym, żeby facet miał erekcję. Mężczyźni wciąż zbyt mało wiedzą na temat badań profilaktycznych. Kobiety od lat regularnie badają piersi, robią cytologie, pilnują poziomu hor- monów. Kiedy w gabinecie zbieram wywiad od pacjentów i py- tam – kiedy ostatnio pan robił badania krwi, moczu, OB, gluko- zy, hormonów tarczycy – okazuje się, że na ogół nigdy. No może mocz i krew niektórzy zbadali przy okazji badań okresowych do pracy, ale wyników nie pamiętają.

Badanie prostaty to, zdaje się, wciąż temat tabu.

Zbyt mało mężczyzn w odpowiednim czasie trafia do urologa. Na ogół dopiero wtedy, kiedy coś boli. A zalecenie jest jasne – po- wyżej 40., maksymalnie 45. roku życia należy udać się na kon- trolę. A jeśli w rodzinie zdarzały się nowotwory, trzeba badanie wykonywać regularnie. Mężczyznom brakuje także holistycznej integracji z ciałem. Niewielu bada sobie jądra, aby sprawdzić, czy nie ma guzków, a przecież one mogą świadczyć o raku jąder. Opowiem dla przestrogi o moim pacjencie, mężczyźnie w śred- nim wieku, któremu zrobił się ropień odbytu. On o tym nie wie- dział, po prostu coraz częściej i coraz mocniej bolała go pupa. Brał silne środki przeciwbólowe, ale ból się nasilał. Stosował domo- we sposoby, robił nasiadówki z cebuli, brał długie gorące kąpie- le, bo to przynosiło mu ulgę. Podczas jednej kąpieli ropień pękł i się rozlał – co w mniemaniu mężczyzny załatwiło sprawę, bo już go nie bolało. Pół roku później trafił na SOR z przetoką odby- tu. Skończyło się na poważnej operacji i założeniu stomii. Gdy- by poszedł do lekarza od razu, wystarczyłby niemal bezbolesny



Badania, które powinien wykonać mężczyzna po czterdziestce

- > morfologia krwi;
- > poziom glukozy we krwi – umożliwi ocenę zagrożenia cukrzycą;
- > OB – wskazuje na toczący się w organizmie proces zapalny;
- > profil lipidowy (cholesterol, trójglicerydy);
- > PSA (prostate specific antigen; swoisty antygen sterczowy) – podwyższone wartości mogą wskazywać na łagodny przerost gruczołu krokowego, mogą też świadczyć o nowotworze tego gruczołu;
- > ogólne badanie moczu;
- > po 45. roku życia – kolonoskopia, czyli badanie, które umożliwi obejrzenie wnętrza całego jelita grubego przy użyciu giętkiego endoskopu (kolonoskopu);
- > badanie na krew utajoną w kale;
- > samobadanie jąder;

Kłopoty z erekcją, zawsze są objawem, a nie chorobą. Mogą być sygnałem wielu chorób

zabieg usunięcia i oczyszczenia ropnia na oddziale proktologii.

Dlaczego nie poszedł?

Bo jak wielu mężczyzn uległ stereoty- pom, że nikt mu nie będzie przy odbycie majstrował. Rozumował, że lekarz gotów pomyśleć, że jest gejem albo że wkładał so- bie coś w odbyt. A więc wolał cierpieć niż narazić się na „niemęskie” badanie.

Z tego powodu mężczyźni nie chodzą do urologa?

Przecież to badanie jest tematem żartów, choćby słynna scena z filmu „Dzień świra”, gdzie bezduszna lekarka każe wypiąć, nie

kulić. Naprawdę wielu mężczyzn myśli, że to tak wygląda, a więc trudno się dziwić, że odkładają wizytę na wieczne nigdy.

Wróćmy do problemów z erekcją. Obawiam się, że wielu mężczyzn rozwiązuje je niebieską tabletką.

To wcale nie jest takie złe. To znaczy, oczywiście namawiam, aby szukać źródła problemu, a nie działać doraźnie, ale mężczyzna jest dorosły. Jeśli zdecyduje, że zamiast wizyty u terapeuty woli skorzystać z recepty od lekarza, ma do tego prawo.

Ale przecież tabletki na potencję są dostępne bez recepty i, co gorsza, nachalnie reklamowane.

Bo, tak jak powiedziałem, w opinii publicznej zdrowie mężczyzn sprowadza się do erekcji. Jednak każdy ma prawo do decydowania o sobie. Oczywiście lepiej, żeby skonsultował to z lekarzem, ale naprawdę myślę, że niebieskie tabletki wielu mężczyznom pomogły i fizycznie, i psychicznie. Pomogły też ich partnerkom, bo pozwoliły utrzymać życie seksualne w związku na satysfakcjonującym poziomie, a to często jest droga do dobrostanu. Gorzej, jak tabletki nie działają.

Co wówczas?

Erekcja jest parametrem zdrowia mężczyzny w obszarze somatycznym i psychicznym. A więc najlepiej znaleźć źródło. Jako terapeuta muszę oddzielić ewentualne powody organiczne od psychogennych, bo mogę pomóc tylko w tych drugich. A kłopoty z erekcją zawsze są objawem, a nie chorobą samą w sobie. Mogą być sygnałem wielu chorób – nadciśnienia, choroby wieńcowej, arytmii serca, cukrzycy, zbyt wysokiego cholesterolu. Do tego może być skutkiem stresu, nadużywania papierosów, narkotyków, alkoholu, siedzącego trybu życia i wielu innych czynników.

A jeśli problem nie tkwi w fizyczności?

Często się zdarza, że przyczyny są mieszane. Podam przykład – mężczyzna podczas stosunku nie osiągnął satysfakcjonującego wzwodu, choć nigdy wcześniej to się nie zdarzyło. Sytuacja powtórzyła się kilkakrotnie. Jej przyczyna była prozaiczna – zmęczenie, przebiegnięcie, ale tego mężczyzna nie wziął pod uwagę. Zestresował się. Przy kolejnych zbliżeniach pojawił się strach, że znowu się nie uda. Facet zamiast się wyluzować, oddać pieczętom, modlił się w myślach – Boże, spraw, żeby stał sztywno. Przestał cieszyć się seksem, zaczął uczestniczyć w zbliżeniu niejako w roli obserwatora, który patrzy na członek w panice, że zaraz opadnie. A przy takim spięciu jest niemal pewne, że opadnie. Zamyka się błędne koło. Zaczęto się od jednego przypadku, kończy na przewlekłej niezdolności do odbycia stosunku. Mężczyzna zaczyna odczuwać stany depresyjne, traci wiarę w siebie, ma poczucie, że życie się dla niego skończyło.

A jeśli życie seksualne naprawdę się skończyło?

Wciąż pokutuje przekonanie, że erekcja musi być zawsze, na zawołanie i trwać nieskończenie. A przecież mężczyzna się starzeje. I nie miejmy złudzeń – nieważne, ile niebieskich tabletek tyknie, czasu nie zatrzyma. Badania są bezlitosne: szacuje się, że do 25. roku życia erekcja u mężczyzny może trwać 54 minuty. Niemal godzinę nasz młody członek może stać na baczność. Ale gdy mężczyzna zbliża się do pięćdziesiątki, czas erekcji raczej nie przekroczy pół godziny. Dziesięć lat później będzie to nie więcej niż 20 minut, a po siedemdziesiątce już tylko siedem minut. Przykro mi panowie – to se ne vrati. Każdy mężczyzna zauważa różnice, ale niewielu wie,

że to naturalny, biologiczny i nieodwracalny proces. Facetów nie edukuje się o seksualności wieku średniego czy starczego. Zamiast szprycować się farmakologią albo rozpamiętywać z żalem te lata, gdy penis był do dyspozycji na każde zawołanie, może warto dostosować swoje życie seksualne do możliwości organizmu.

Jak przebiega andropauza?

Nie mam wiedzy stricte medycznej, ale wielu znanych mi urologów i andrologów jest zdania, że andropauza nie istnieje. Kobieta przekwita, bo traci zdolność rozrodczą. U mężczyzn nie występuje podobne zjawisko, bo czynności gonad nie wygasają. Jądra spełniają swoją rolę do końca życia, choć wiadomo, że zmniejsza się ich wydajność. Za to specjaliści mówią o zjawisku hipogonadyzmu, czyli męskiej inwolucji. To stan, w którym znacznie spada poziom testosteronu. A jego niedobór może prowadzić do osłabienia, przygnębienia, rozdrażnienia, stanów depresyjnych, szybszego męczenia organizmu, problemów ze snem, spadkiem libido. Czy to naprawdę nie są wystarczające powody, aby pójść do lekarza?

Podejrzewam, że dla niektórych nie. Czy istnieje odpowiednik kobiecej HTZ, czyli hormonalnej terapii zastępczej, przeznaczonej dla mężczyzn?

Oczywiście. I na ogół działa niezawodnie. Testosteron można suplementować, rzecz jasna po konsultacji z lekarzem.

Niedobór hormonu może powodować stany depresyjne. Depresja u mężczyzn to kolejny temat tabu?

Trudniej ją zdiagnozować. Depresja u mężczyzn częściej niż u kobiet ma charakter depresji maskowanej, kiedyś to nazywano depresją bez depresji. To znaczy, że choroba przybiera inne formy niż książkowo określone symptomy. Nie musi być to obniżenie nastroju, spadek wiary w siebie, poczucie beznadziei i bezradności. Czasem męska depresja objawia się bólami, lękami, agresją, zaburzeniem żywienia i jest niekiedy mylona ze schorzeniami somatycznymi. Jedno jest pewne – depresja jest śmiertelną chorobą naszej cywilizacji. Nie ma płci i zawsze wymaga leczenia.

Ale wciąż niewielu mężczyzn szuka pomocy u specjalisty.

Ja tego nie wiem, bo widzę tych mężczyzn, którzy do mnie przychodzą po po-



Michał Pozdał

Psychoterapeuta, seksuolog. Założyciel Instytutu Psychoterapii i Seksuologii w Katowicach. Wykładowca Uniwersytetu SWPS. Współautor książki „Męskie sprawy. Życie, seks i cała reszta”.

moc. I jest ich coraz więcej. Tu także ani zasobność, ani wykształcenie, ani pochodzenie nie mają znaczenia. W gabinecie przyjmują od górnik po profesora. Oczywiście jest grupa, która chce szybko załatwić temat, przyjmując leki psychotropowe i nie chce słyszeć o terapii, ale jest też grupa, która godzi się na długotrwałą niekiedy terapię, jest świadoma jej przebiegu i pragnie uporządkować swoje sprawy dogłębnie. Oczywiście wciąż działa stygmatyzacja i autokrytyka, bo tylko świr chodzi do psychologa czy psychiatry. Ale z radością zauważam, że coraz więcej mężczyzn dzieli się swoimi problemami z kobietami, partnerkami, córkami, siostrami. Wielu moich pacjentów trafiło do gabinetu za radą bliskiej kobiety. Rola kobiety we wsparciu dbania o zdrowie mężczyzny jest nieoceniona, bo faceci prędzej porozmawiają o problemach psychicznych z kobietą niż z kumplem.

Kumple są od rozrywki?

Akurat rozrywka jest szalenie ważna, aby zachować równowagę psychiczną. Nie powinniśmy zapominać o swobodnej, bezstroskiej zabawie, czystej przyjemności, która jest bezcenną profilaktyką zdrowia psychicznego i fizycznego. A tego, mam wrażenie, dorosłym ludziom brakuje.

Czy nie jest tak, że dopiero gdy jest kryzysowo, wali się małżeństwo, życie seksualne jest zdruzgotane, mężczyzna decyduje się w końcu iść na terapię?

Niekoniecznie, choć też. Na przykład przychodzi mężczyzna i mówi – mam 40 lat i nigdy nie byłem szczęśliwy. Mam dość. Albo przychodzi, bo chce dowiedzieć się więcej na temat seksualności kobiet, aby stać się lepszym kochankiem i partnerem. Ale ostatnimi laty na potęgę przybywa mężczyzn, którzy nie radzą sobie z rozwodem i rozłąką z dziećmi.

To nowe zjawisko?

Kiedyś rzadko się spotykało faceta, który płakał jak bóbr, bo chciałby iść z synem na lody, a nie może, bo widzenie ma dopiero za tydzień. Ojcowie są separowani od dzieci i dla wielu z nich to jest największy życiowy dramat. Pozytywne jest to, że mężczyźni zaczynają głośno mówić o swoich uczuciach i relacjach z dziećmi, z drugiej strony, liczba rozsypanych psychicznie mężczyzn, skrzywdzonych ojców w trakcie walki o alimenty czy orzeczenie winy w sądzie, jest przytłaczająca.

Z drugiej strony, ponad milion dzieci w Polsce nie może się doczekać, aż tatuś zapłaci alimenty. Wielu ojców świadomie porzuca rodziny, mają w nosie los dzieci.

Rozumiem ojców, którzy odcinają się od dzieci, choć ich nie tłumaczę. Wiem, że wsadzam kij w mrowisko, ale nie jest moją rolą oceniać, ale zrozumieć. Widziałem w gabinecie wielu ojców, którzy przez kilka bądź kilkanaście lat byli z dzieckiem, kochali je nad ży-

Depresja u mężczyzn częściej niż u kobiet ma charakter depresji maskowanej. Ma inne formy niż książkowe symptomy

cie, wychowywali, a po rozwodzie mogli widywać dziecko w najlepszym razie przez kilka godzin dwa razy w miesiącu. Te kilka godzin to dla niektórych taki ból, że za każdym razem serce im pęka. Nie wystarczy im wyjście na lody i do kina, bo oni pragną żyć z własnym dzieckiem, być razem zawsze, a nie wtedy, kiedy sąd pozwoli. I podczas każdego takiego wyreżyserowanego widzenia świat im się wali na nowo. A gdy jeszcze dochodzi ze strony partnerki do oskarżeń o przemoc, molestowanie – przeżywają poważne załamanie nerwowe. Dla niewinnego ojca, który kocha własne dzieci, oskarżenie o nadużycie seksualne córki lub syna to życiowy kryzys na miarę śmierci najbliższej osoby. Chyba nie ma gorszego pomówienia. A więc w nieszczęściu u wielu mężczyzn z czasem zaczynają działać mechanizmy obronne. Odcinają się od dzieci, od partnerki, żeby przestać cierpieć. Wolą nie ingerować w życie dziecka niż być w nim na pół, a właściwie na ćwierć gwizdka. Łatwo nam oceniać alimenciarzy. Ale gwarantuję – wielu z nich płaci naprawdę wysoką cenę za decyzję o odcięciu się od dziecka.

Tymczasem wciąż pokutuje przekonanie, że chłopaki nie płaczą.

Jak mamy rozmawiać o zdrowiu mężczyzny, jeśli w społeczeństwie wciąż nie ma przyzwolenia na męskie słabości? Niedyspozycja, choroba to słabość, do której wciąż niewielu facetów potrafi się przyznać.

Trzeba apelować o większą wyrozumiałość wobec mężczyzn?

Należy apelować o edukację w zakresie profilaktyki zdrowia, także psychicznego. Dziś nawet lekarze nie szeregą wiedzy. Sam padłem tego ofiarą – w prywatnej klinice, w której mam pakiet, proponowali coś, co się nazywa „pakiet mężczyzny”. Dobijam czterdziestki, więc pomyślałem – skorzystam. Okazało się, że to podstawowe badanie krwi i moczu. Gdy powiedziałem lekarce, że chcę zbadać choćby cholesterol, glukozę, prolaktynę, testosteron, hormony tarczycy, domagam się skierowania na prześwietlenie jamy brzusznej i wizyty u urologa – mil-

czała z otwartą buzią i w końcu wydukała: „Po co to panu?”. Jak to po co? Bo chcę być jak najdłużej zdrowy! <

© Wszelkie prawa zastrzeżone



Nowoczesne leczenie żył

Żylaki dotyczą niemal w takim samym stopniu mężczyzn co kobiet. Ale oni trafiają do lekarza z tego powodu później – mówi **dr Michał Molski** ze Szpitala Eskulap w Osielsku k. Bydgoszczy.

ROZMAWIAŁA **Katarzyna Białek**

Pana specjalizacja to leczenie żył i ta dziedzina medycyny jest tym, czym przede wszystkim szczyli się Szpital Eskulap...

Szpital Eskulap specjalizuje się w innowacyjnym leczeniu zabiegowym w takich dziedzinach, jak: chirurgia naczyniowa, chirurgia ogólna, urologia, ortopedia, neurochirurgia i ginekologia.

Moim głównym zainteresowaniem zawodowym jako chirurga naczyniowego i ogólnego jest flebologia, czyli leczenie chorób żył, takich jak żylaki, zakrzepica czy zespół pozakrzepowy. Dysponujemy najszerszym w Polsce wachlarzem metod leczenia flebologicznego. Jesteśmy jednym z pierwszych ośrodków w Polsce, gdzie stosuje się nowoczesne metody – ablacje, a więc zamykanie żył od środka, a nie ich wrywanie.

Ta metoda jest stosowana w leczeniu żylaków?

Tak. Ta przewlekła choroba dotyczy 50-70 proc. populacji. Mogłoby się wydawać, że leczenie żylaków to głównie kwestie estetyczne, jednak to przede wszystkim profilaktyka zdrowych nóg. W Szpitalu Eskulap zabiegi ablacji żylaków wykonujemy od 2007 r.

Żylaki kojarzą się głównie z kobietami...

Dotyczą niemal w takim samym stopniu mężczyzn, jednak oni trafiają do lekarza z tego powodu znacznie później, kiedy dolegliwości są już bardzo dokuczliwe lub pojawiają się powikłania, np. stany zapalne, zakrzepica czy owrzodzenia. Jeśli widzimy żylaki i towarzyszą im takie objawy, jak obrzęki, kurcze i bóle nóg – to znaczy, że najwyższy czas odwiedzić flebologa. Warto też wiedzieć, że żylaki występują nie tylko na nogach, choć tam

najczęściej, ale np. mogą pojawić się żylaki podbrzusza czy powrózka nasienne-go u mężczyzn.

Wspomniał pan o zespole pozakrzepowym. Co to takiego?

Kiedy mówimy o żylakach, krew spływa w dół i tam zalega z powodu niewydolności zastawek. W zespole pozakrzepowym dochodzi do niedrożności żyły i utrudnienia odpływu krwi. Nasze zadanie to udrożnienie i wszczępienie np. specjalnych stentów, które umożliwią właściwy przepływ krwi.

Mówi pan o kilkunastu metodach flebologicznych, jakie są do dyspozycji w Szpitalu Eskulap. Jak dobrać metodę do pacjenta?

Decyduje o tym wiele czynników. Pacjent chce, aby wszystko odbyło się szybko, w sposób najmniej inwazyjny i aby mógł jak najszybciej powrócić do normalnego funkcjonowania. I my staramy się tym oczekiwaniom sprostać. Na pierwszym miejscu zawsze jest jednak bezpieczeństwo i skuteczność zabiegu.

Spośród 14 metod, którymi dysponujemy, dobieramy tę, która w danym przypadku będzie optymalna dla danego pacjenta. Nierzadko też łączymy metody i stosujemy zabiegi hybrydowe. We flebologii specjalizujemy się od ponad 25 lat. Wykonaliśmy wiele pionierskich w Polsce operacji żylnych, możemy więc pochwalić się ogromnym doświadczeniem na tym polu. Rocznie operujemy około tysiąca pacjentów z chorobą żylną. Wyróżniamy się również tym, że dajemy pacjentom możliwość wyboru znieczulenia. Niektóre zabiegi można wykonać bez znieczulenia, niektóre w znieczuleniu miejscowym. Co ważne, każdy pacjent operowany w Szpitalu Eskulap ma możliwość przeprowadzenia zabiegu w krótkim znieczuleniu dożylnym. <



**dr n. med.
Michał
Molski**

Specjalista chirurgii naczyniowej i ogólnej, flebolog certyfikowany przez Polskie Towarzystwo Flebologiczne.

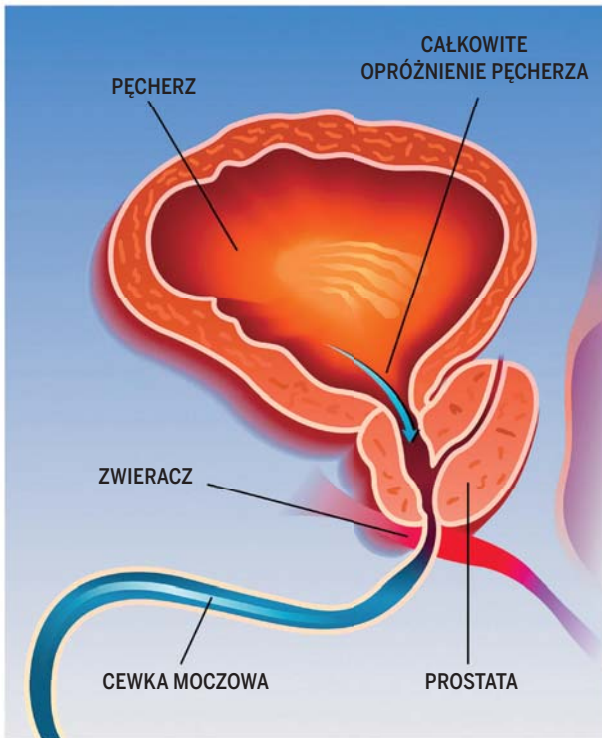
Innowacyjne metody

Jedną z kilkunastu metod ablacji żylaków stosowanych w Szpitalu Eskulap jest VBOX. Zabieg polega na wprowadzeniu do żyłki wenflonu, który jest połączony z urządzeniem wytwarzającym parę. Do wnętrza żyłki w mikrodawkach wstrzykiwana jest para wodna powodująca zamknięcie żyłki, a następnie w ciągu kilku miesięcy następuje wchłonięcie lub przemiana ich w bliznę. Innowacją VBOX jest redukcja ciśnienia roboczego oraz modyfikacja cewników, co poprawia skuteczność oraz bezpieczeństwo procedury. Operacja jest wykonywana w znieczuleniu miejscowym. Zabieg jest bezpieczny również u osób starszych.

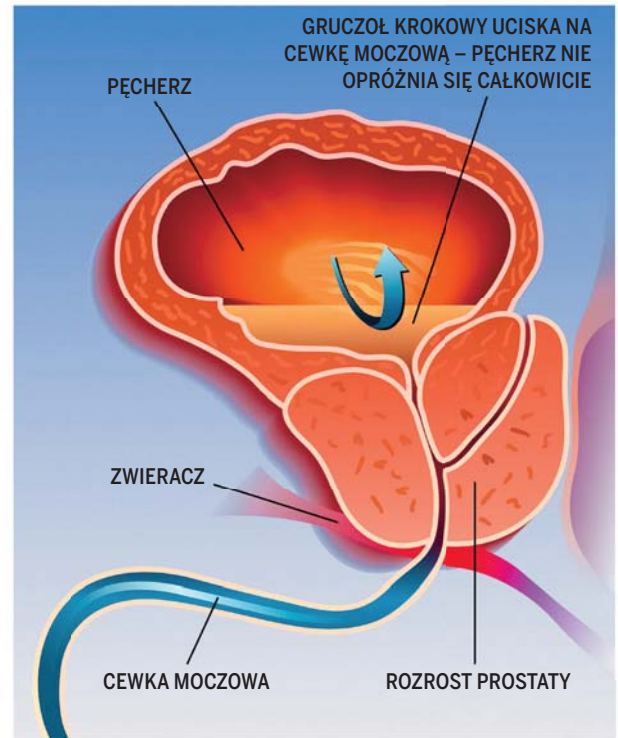


© Wszelkie prawa zastrzeżone

Prawidłowa prostata



Łagodny rozrost prostaty



Postaw na prostatę

Udane życie seksualne? Zdrowa prostata to jeden z czynników, które mają na nie duży wpływ. Problemy z prostatą to codzienność tysięcy mężczyzn.

Katarzyna Białek

Lagodny rozrost gruczołu krokowego – nazywany również z angielskiego BPH (skrót od: benign prostatic hyperplasia) – to dolegliwość, która dotyczy co czwartego mężczyzny po czterdziestce i już co drugiego w wieku powyżej 50 lat. Jest najczęstszą chorobą prostaty, która może mieć również negatywny wpływ na aktywność seksualną mężczyzny.

Prostata jest gruczołem, który zwykle ze względu na wielkość i kształt porównuje się do orzecha włoskiego lub kasztana. Znajduje się w okolicy krocza, pod pęcherzem moczowym, a przez nią samą przechodzi

cewka moczowa. Z drugiej strony prostata przywiera do przedniej ściany odbytu. Po obu stronach gruczołu biegną nerwy odpowiedzialne za powstanie i utrzymanie erekcji. To umiejscowienie sprawia, że można dokładnie go zbadać metodą per rectum. Prostata jest istotnym elementem układu moczowo-płciowego mężczyzny. Odpowiada za produkcję wydzieliny, która zapewnia żywotność plemników i upłynnie nie nasienia. Podczas szczytowania ważną rolę odgrywają mięśnie gładkie znajdujące się wokół gruczołu. Kiedy się kurczą – dochodzi do ejakulacji.

NA KŁOPOTY UROLOG

Pierwsze objawy łagodnego rozrostu stercza, które powinny skłonić do wizyty u urologa, to problemy z oddawaniem moczu. Rozrastająca się prostata zaczyna uciskać cewkę moczową, co prowadzi do dyskomfortu i nieprzyjemnych, uciążliwych dolegliwości. Konieczność wstawania kilka razy w nocy, nagłe parcie na pęcherz, a potem oddawanie niezaledwie kilku kropli moczu, zwięźony strumień, problem z rozpoczęciem mikcji czy niekontrolowane wyciekanie moczu – wszystko to sprawia, że wiele codziennych czynności trzeba planować pod kątem tych

dolegliwości (mieć łatwy dostęp do toalety, bieliznę na zmianę itp.). Kłopoty z prostatą u wielu mężczyzn oznaczają też trudności natury psychologicznej. Wstyd, poczucie utraty kontroli nad ciałem niejednokrotnie przekładają się na problemy z erekcją i wycofanie w kontaktach seksualnych. Sam rozrost prostaty nie zaburza bezpośrednio aktywności seksualnej, jednak zaburzenia produkcji płynu nasienne mogą wywołać dyskomfort podczas stosunku seksualnego.

Kluczowe jest dobranie leczenia i przyjmowanie odpowiednich leków, jednak wielu pacjentów przy wyborze farmakoterapii słyszy od lekarza: „Albo kochanie, albo sikanie”. Istotne jest, aby wspólnie z urologiem dobrą taką terapię, która pozwoli jak najdłużej zachować obie tak ważne dla mężczyzn funkcje penisu. Podstawową zasadą w chorobach prostaty jest stosowanie leków dopóty, dopóki przynoszą one oczekiwane korzyści i efekty. W początkowych fazach łagodnego rozrostu prostaty można stosować leki oparte na wyciągach roślinnych, które mają działanie przeciwzapalne,

przeciwobrzękowe, obniżają napięcie mięśni gładkich dróg moczowych, zmniejszają przekrwienie szyi pęcherza moczowego, poprawiają elastyczność tkanki gruczołu krokowego i drożność pęcherza, a tym samym zmniejszają ilość zalegającego moczu. Zawsze warto się skonsultować z urologiem, który oceni zaawansowanie choroby i fachowo doradzi najskuteczniejsze działania.

Ostatecznością jest operacja usunięcia prostaty, czyli prostatektomia. Regularne kontrolowanie zdrowia prostaty jest w tym przypadku kluczowe – wczesne zdiagnozowanie nieprawidłowości pozwala na wdrożenie leczenia, szczególnie jeśli istnieje ryzyko raka prostaty. Medycyna daje dziś ogromne możliwości wykonywania nieinwazyjnych zabiegów, pozwalających długo zachować sprawność i zdrowie.

**ZDROWE ŻYCIE,
ZDROWA PROSTATA**

Na zdrowie prostaty duży wpływ ma także tryb życia. Niezdrowe jedzenie, palenie papierosów, nadużywanie alkoho-

lu – to wszystko ma znaczenie. Podobnie jak w przypadku większości chorób, które dotyczą ludzi po 50. roku życia, istotne są regularna aktywność fizyczna i dobrze zbilansowana dieta bogata w warzywa i owoce, pełnowartościowe białko i zdrowe tłuszcze.

Jako ciekawostkę można podać opinię części terapeutów, którzy uważają, że regularne uprawianie seksu zmniejsza ryzyko chorób prostaty. Tej teorii nie potwierdzają jednak urologi. Niektórzy terapeuci i seksuolodzy na podstawie badań stwierdzili, że ryzyko zachorowania na raka prostaty u osób uprawiających seks pięć razy w tygodniu jest mniejsze o 30 proc. Powołują się na teorię, że regularne ejakulacje powodują usuwanie z prostaty nadmiaru cynku, który w małych dawkach działa przeciwnowotworowo, jednak w dużych stężeniach może pobudzać rozwój komórek rakowych.

Specjaliści powtarzają, że każdy odpowiedzialny mężczyzna po czterdziestce powinien regularnie badać się u urologa. Po 50. roku życia to wręcz obowiązek. <

© Wszelkie prawa zastrzeżone

REKLAMA

MĘSKA
'RZECZ
MĘSKI
'LEK

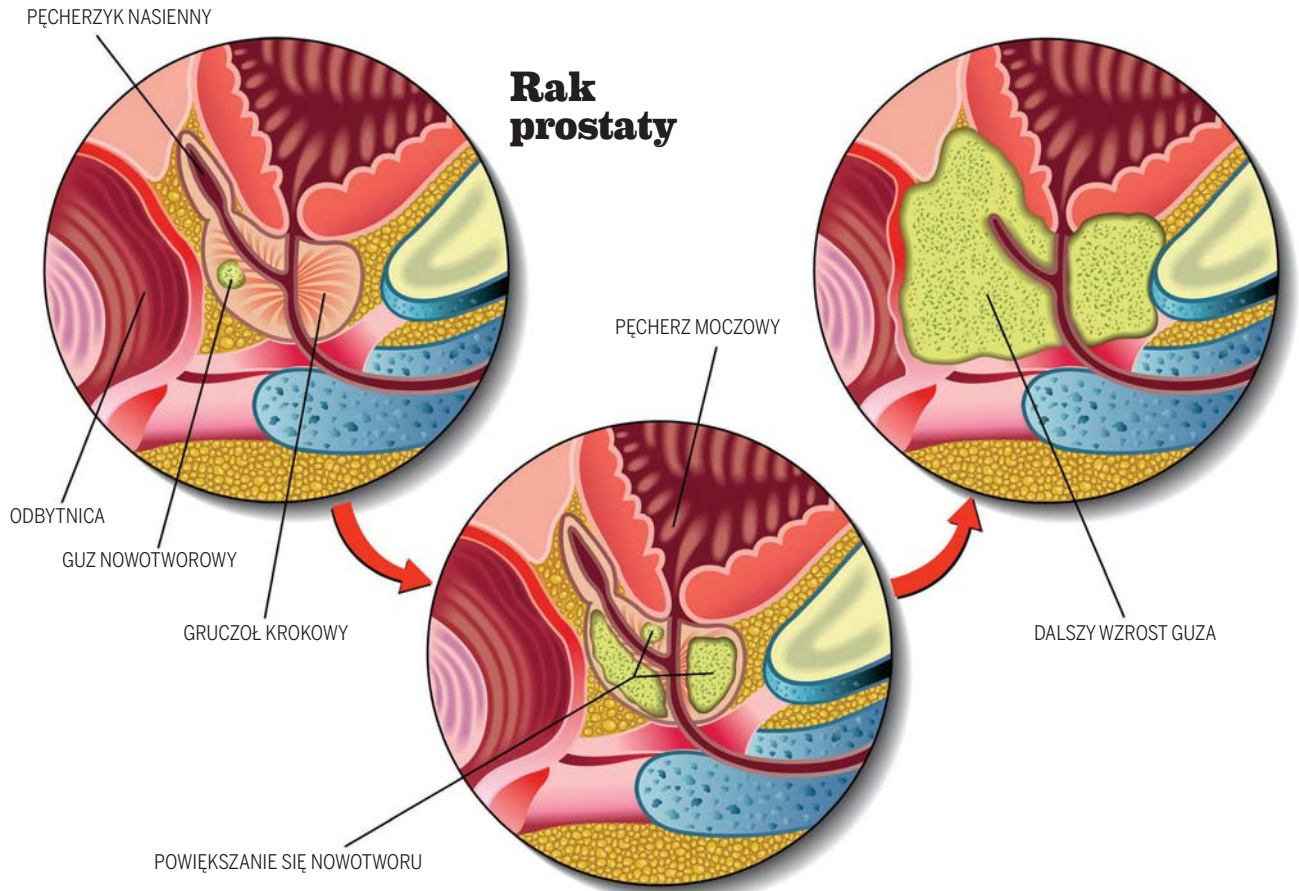
TYLKO 1
KAPSUŁKA
DZIENNIE

ŁAGODZI DOLEGLIWOŚCI
ZWIĄZANE Z ROZROSTEM
PROSTATY!

▶ SŁABY STRUMIEN MOCZU,
▶ PARCIE NA MOCZ,
▶ CZĘSTOMOCZ,
▶ CZĘSTE ODDAWANIE MOCZU W NOCY

1. CHPL PROSTAMOL UNO 15.06.2015
Nazwa produktu leczniczego: PROSTAMOL UNO; 320 mg, kapsułki miękkie. **Skład jakościowy i ilościowy:** 320 mg ekstraktu z owoców boczni pilkowanej Serenoa repens (Bartram) Small (Sabal serrulata (Michaux) Nichols (Saw palmetto fruit) (9-11:1)). Rozpuszczalnik ekstrakcyjny: alkohol etylowy 96% (v/v). **Postać farmaceutyczna:** Kapsułki miękkie.
Wskazania do stosowania: Produkt łagodząco-dolegliwości związany z rozrostem prostaty występujący przy oddawaniu moczu, jak np.: słaby strumień moczu, parcie na mocz, częstomocz, częste oddawanie moczu w nocy. Zaburzenia oddawania moczu występujące w początkowym stadium łagodnego rozrostu prostaty odpowiadające stadium I do III wg Gleasona lub II do III według Kihlensa. Klasyfikacja stadium zaawansowania łagodnego rozrostu gruczołu krokowego (wg Alfieri): Stadium podrażnienia: Dolegliwości podczas oddawania moczu, utrudnienie oddawania moczu z powodu podrażnienia dróg moczowych i/lub obecności przesyki w drogach moczowych, całkowite ograniczenie pęcherza po mikcji. II Stadium zalegania moczu: Objętość moczu zalegającego w pęcherzu po mikcji > 50 ml, przerost mięśnia wypieracza pęcherza moczowego. III Stadium dekompensacji (niewyrównania): Przepchnięty pęcherz moczowy, ostre zatrzymanie moczu w pęcherzu, zastój moczu w drogach moczowych, niewydolność nerek. **Dawkowanie i sposób podawania:** Jeżeli lekarz nie zaleci inaczej, zawsze stosować dawkę 1 kapsułkę na dobę. Kapsułki należy przyjmować codziennie o tej samej porze, po posiłku. Kapsułki należy połknąć w całości popijając odpowiednią ilością płynu. Regularne przyjmowanie produktu jest szczególnie ważne dla skuteczności leczenia. Czas trwania leczenia zależy od rodzaju, nasilenia oraz przebiegu choroby. O czasie trwania leczenia decyduje lekarz na podstawie wyników regularnych kontroli. Poprawa stanu pacjenta i zmniejszenie objawów najczęściej obserwuje się po około 4 tygodniach od rozpoczęcia leczenia. Należy skontaktować się z lekarzem w przypadku, gdy dolegliwości nie ustępują lub nasilają się. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną, lub którąkolwiek substancję pomocniczą wchodzącą w skład produktu. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Produkt łagodzi dolegliwości związane z przerostem gruczołu krokowego nie prowadząc do jego zmniejszenia, a tym samym nie eliminuje choroby. Pacjenci powinni regularnie konsultować się z lekarzem. Konsultacja lekarska jest konieczna zwłaszcza w przypadku stwierdzenia obecności krwi w moczu, przepchniętego pęcherza moczowego oraz w przypadku ostrego zatrzymania moczu w pęcherzu. **Działania niepożądane:** Zaburzenia żołądka i jelit; zmęczenie (z: 1/100-1000); zaburzenia żółtaczki. **Podmiot odpowiedzialny posiadający pozwolenie na dopuszczenie do obrotu:** BERLIN-CHEMIE AG Glenker Weg 125 12 489 Berlin, Niemcy **Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu:** R/6939. **Informacja naukowa o leku:** Berlin-Chemie/Menarini Polska Sp. z o.o., ul. Cybernetyki 7b, 02-677 Warszawa, tel. 22 566 21 00. **aktualizacja:** 15.06.2015. Lek wydawany bez recepty. Pełna informacja o leku dostępna na żądanie. **INFORMACJA NAUKOWA:** BERLIN-CHEMIE/MENARINI POLSKA SP. Z O.O., ul. Cybernetyki 7b, 02-677 Warszawa, tel. 22 566 21 00
 PRO_2016_CS_10 PRZYGOTOWANO: WRZESIEŃ 2016 R.

Przed użyciem zapoznaj się z ulotką, która zawiera wskazania, przeciwwskazania, dane dotyczące działań niepożądanych i dawkowanie oraz informacje dotyczące stosowania produktu leczniczego, bądź skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą, gdyż każdy lek niewłaściwie stosowany zagraża Twojemu życiu lub zdrowiu.



Gruczoł życia i śmierci

Regularne badania profilaktyczne gruczołu krokowego pozwalają dożyć sędziwego wieku w zdrowiu i z zachowaniem sprawności seksualnej.

Agnieszka Fedorczyk

Gruczoł krokowy, nazywany sterczem albo z łaciny prostatą, to narząd występujący wyłącznie u mężczyzn, umiejscowiony między pęcherzem moczowym a dnem miednicy. Prawidłowy jest wielkości kasztana jadalnego i ma objętość ok. 30 ml (pestka brzoskwiń). Najpoważniejszą chorobą gruczołu krokowego jest nowotwór złośliwy. Co roku tę diagnozę słyszy ok. 14 tys. Polaków, a liczba zachorowań z roku na rok wzrasta.

Rak stercza, na który rocznie umiera w Polsce ok. 4,5 tys. mężczyzn, jeszcze do

niedawna był drugim pod względem częstości występowania męskim nowotworem złośliwym, ale według danych Krajowego Rejestru Nowotworów za 2015 r. zbliża się już do pozycji lidera. Nie ma jeszcze danych za lata 2016 i 2017, ale wiele wskazuje na to, że wyprzedzi raka płuca i zajmie niechlubną pierwszą pozycję, o czym mówili lekarze podczas Kongresu Naukowego Polskiego Towarzystwa Urologicznego w Katowicach.

Wykrycie raka stercza, choć brzmi dramatycznie, nie zawsze niesie z sobą takie samo zagrożenie. – Wiemy, że są różne ro-

daje nowotworów tego narządu. U jednego pacjenta rak gruczołu krokowego rozwija się powoli, nie jest agresywny i człowiek z nim umiera, ale nie z jego powodu, tylko z całkowitą inną przyczyną. Ale są też nowotwory o agresywnym charakterze, które prowadzą do śmierci – mówi prof. Anna Kołodziej z Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Oba typy rozwijają się na ogół po 40. roku życia, bardzo rzadko wcześniej. Istnieją też grupy zwiększonego ryzyka – chodzi o osoby, u których więcej niż dwóch krew-

nych pierwszej linii (brat, ojciec) chorowali na nowotwór gruczołu krokowego, szczególnie przed 55. rokiem życia.

Kluczem do najlepszego leczenia, które nie tylko przedłuży pacjentowi życie, lecz także poprawi jego jakość, jest prawidłowe rozpoznanie raka stercza oraz określenie stopnia jego zaawansowania. Rak rakowi nierówny, dlatego pacjenci potrzebują dobrej diagnostyki i różnych metod leczenia.

PSA I PER RECTUM

Podstawowe sposoby profilaktyki, które pozwalają wykryć wczesne zmiany nowotworowe to oznaczenie stężenia PSA w surowicy krwi oraz badanie per rectum, czyli palcem przezodbytniczo przez urologa. Badania per rectum nie należy się bać, bo nie jest ono bolesne, a może uratować życie.

Czym jest wspomniane badanie PSA? Prostate Specific Antigen, czyli antygen swoisty dla prostaty, to białko produkowane przez komórki nabłonka gruczołów sterczowych, charakterystyczne dla gruczołu krokowego, którego stężenie wzrasta w różnych chorobach urologicznych. Dlatego nie każdy wzrost stężenia PSA oznacza nowotwór stercza.

W przypadku łagodnego rozrostu gruczołu krokowego ilość PSA wzrasta, bo większa jest liczba prawidłowych komórek, które to białko produkują. Z kolei w raku gruczołu krokowego komórki guza produkują mniejszą ilość PSA niż prawidłowe komórki gruczołu krokowego. Dochodzi jednak do istotnego zwiększenia stężenia PSA w surowicy, bo rak niszczy naturalną barierę pomiędzy komórkami nowotworowymi a naczyniami krwionośnymi w sterczu i tym samym ułatwia przenikanie PSA do krwi. Do wzrostu stężenia PSA dochodzi też w ostrym i przewlekłym zapaleniu gruczołu krokowego. Dlatego interpretację wyniku badania należy zostawić urologowi.

Podwyższenie stężenia PSA w surowicy nasuwające podejrzenie raka stercza, a także nieprawidłowy wynik badania gruczołu krokowego per rectum są wskazaniem do biopsji stercza. Badanie to polega na pobraniu igłą fragmentów tkanki gruczołu krokowego. Pobrany materiał ocenia patomorfolog. Ze względu na to, że biopsja gruczołu krokowego może być związana z licznymi powikłaniami i nie zawsze pozwala wykryć nowotwór, obecnie dużą wartość diagnostyczną ma umożliwiający właściwe rozpoznanie multiparametryczny magnetyczny rezonans jądrowy (mpMRI) i ocena uzyskanych obrazów stercza w skali PI-RADS.

KIEDY NIE MA OBJAWÓW

Jak w przypadku każdego nowotworu, wykrycie choroby na wczesnym etapie daje większą szansę na wyleczenie. Terapia zależy od stopnia zaawansowania i agresywności nowotworu. W przypadku nowotworu ograniczonego do narządu stosuje się leczenie radykalne, tzn. zakładające wyleczenie pacjenta. Polega na chirurgicznym usunięciu gruczołu dotkniętego rakiem, co pozwala trwale wyeliminować nowotwór.

Rak prostaty niestety niestety nierzadko przez długi czas nie daje objawów. Kiedy się go wykrywa – to najczęściej jest już zaawansowany. Tak było u Jerzego Jeskego. – Nie miałem żadnych niepokojących objawów. Wyjechałem na urlop do hotelu spa (wtedy był on jeszcze uznawany za sanatorium) i zrobiłem sobie pakiet badań rozszerzony o PSA. Potem usłyszałem diagnozę: rak prostaty z przerzutami do

przaortalnych węzłów chłonnych bez przerzutów do kości. Miałem 65 lat – wspomina Jerzy Jeske.

Jeszcze kilka lat temu u pacjentów z zaawansowanym, przerzutowym rakiem prostaty stosowano klasyczną chemioterapię, która miała na celu przede wszystkim poprawienie jakości życia osób chorych nieuleczalnie.

Sytuacja chorych z zaawansowanym rakiem prostaty zmieniła się diametralnie mniej więcej pięć lat temu, kiedy pojawiły się nowoczesne leki antyandrogenowe, które zmniejszają wytwarzanie testosteronu (hormon ten napędza rozwój raka stercza) w jądrach, nadnerczach, a także tkance nowotworowej. Leki te przede wszystkim wydłużają czas przeżycia oraz zmniejszają silne dolegliwości bólowe związane z przerzutami, najczęściej w kościach, uniemożliwiające choremu normalne funkcjonowanie. Takich leków dostępnych jest na świecie już kilka, w Polsce tylko dwa, a ich stosowanie u pacjentów jest obwarowane licznymi ograniczeniami. – Leczenie chorych z zaawansowanym rakiem prostaty wymaga żonglowania różnymi lekami po to, żeby uśmierzyć ból i poprawić jakość życia. Pozwalają one wydłużyć życie średnio o kilka miesięcy, ale wielu pacjentów dzięki ich zastosowaniu żyje dłużej o kilka i kilkanaście lat – tłumaczy prof. Kołodziej.

Przykładem jest Jerzy Jeske, który dzięki leczeniu żyje z rakiem prostaty 14 lat. – W chwili rozpoznania miałem nieoperacyjnego raka prostaty, ponieważ już wtedy stwierdzono u mnie przerzuty, nie mogłem więc skorzystać ani z radioterapii, ani z terapii chirurgicznej. Zaproponowano mi chemioterapię jako obowiązujący standard leczenia. Obecnie nowoczesne leki jak abirateron i enzalutamid są w Polsce dostępne w ramach programów lekowych (nieodpłatnie) jedynie dla pacjentów, którzy poddali się chemioterapii. Inaczej jest w Holandii, gdzie mieszkałem i pracowałem jako lekarz przez ponad 20 lat. Nie zdecydowałem się na chemioterapię ze względów zdrowotnych, bo ma ona skutki uboczne. Od 2013 r. przyjmuję doustny enzalutamid. Efekt? W badaniu obrazowym PET nie stwierdzono u mnie ognisk nowotworowych, co świadczy o tym, że lek działa u mnie, mimo że nie poddałem się chemioterapii. Za leczenie płacę z własnej kieszeni tysiące



Jak często wykonywać badanie PSA

Według europejskich wytycznych mężczyzn po 50. roku życia powinni je robić co roku. Po 45. roku życia rekomenduje się jego wykonywanie raz na rok u tych mężczyzn, u których ktoś z najbliższej rodziny chorował na raka stercza.

Osobną grupę stanowią mężczyźni, u których wykonano pierwsze oznaczenia PSA w wieku 40 i 60 lat. Jeśli u 40-latka wynik był mniejszy lub równy 1, a u 60-latka mniejszy lub równy 2, to ryzyko zachorowania na raka stercza jest znikome. Wtedy odstęp między badaniami PSA można wydłużyć do pięciu-ośmiu lat. * glikemia (badanie glukozy we krwi po spożyciu posiłku).

złotych. Mam po co żyć: dla żony, dla córki i wnuczki, więc tak naprawdę ten lek jest dla całej rodziny – opowiada Jerzy Jeske.

LECZENIE NIE DLA WSZYSTKICH

Z raportu NIK z lutego 2018 r. wynika, że skuteczność leczenia onkologicznego (ogólnie we wszystkich nowotworach) jest w Polsce gorsza niż w większości pozostałych krajów Unii Europejskiej, a ponad połowa (53 proc. z 94 substancji) nowoczesnych leków onkologicznych zarejestrowanych w Europie (od 2004 r.) nie jest w naszym kraju dostępna. Z kolei do 70 proc. leków występujących w standardach europejskich polscy pacjenci nie mają dostępu lub dostęp ten jest znacznie ograniczony. I o to właśnie walczą pacjenci z rakiem prostaty. – Chcemy wyrównania szans, czyli nieograniczania dostępu do leczenia, które jest standardem na świecie – apeluje Bogusław Olawski, Prezes Zarządu Sekcji Prostaty Stowarzyszenia UroConti.

W innych krajach Europy już dawno dostrzeżono powagę problemu, umożliwiając pacjentom z rakiem stercza dostęp do wszystkich możliwych terapii zgodnie z wytycznymi towarzystw naukowych i ze światowymi standardami.

W listopadzie 2017 r. polscy pacjenci uzyskali wreszcie dostęp do leczenia trzema nowoczesnymi lekami – czyli dorównaliśmy do reszty Europy. – Szybko okazało się jednak, że tylko teoretycznie, bo pacjenci leczeni jednym lekiem w momencie, kiedy przestaje on działać, nie mogą być leczeni innym. Czyli skazani są na śmierć, jeżeli nie zapłacą za terapię z własnych środków, co kosztuje 8-16 tys. zł miesięcznie – zauważa Bogusław Olawski. – Nie mamy też równych szans w porównaniu z pacjentami z innych krajów w leczeniu przed chemioterapią, gdzie proponuje się nam w refundacji tylko jeden lek – mówi Bogusław Olawski. Prowadzi to do takich paradoksów, że pacjenci niemal wymuszają na lekarzach podanie powodującej wiele działań niepożądanych chemioterapii, tylko po to, żeby móc skorzystać z leczenia wybranym lekiem.

– Chcemy mieć takie same szanse na powrót do sprawności, jak pacjenci w innych krajach – mówi Bogusław Olawski. <



Cichy zabójca

Zachorowalność na nowotwór gruczołu krokowego rośnie z wiekiem. Co roku z powodu raka stercza umiera ok. 6 tys. Polaków. Nowotwór we wczesnej fazie rozwoju jest uleczalny. Dlatego mężczyźni po 45. roku życia powinni poddawać się raz w roku profilaktycznemu badaniu prostaty u urologa wraz z oznaczeniem stężenia PSA we krwi.

Pacjent po niewłaściwej stronie Tatr

Polityka lekowa nie może być teorią – mówi **Artur Zapart**, dyrektor Marketingu i Market Access Astellas Pharma.

Justyna Nowak

W lipcu resort zdrowia zaprezentował roboczą wersję „Polityki lekowej państwa” na lata 2018-2022. Jak jego pojawienie się przyjął przemysł farmaceutyczny?

Artur Zapart, dyrektor Marketingu i Market Access Astellas Pharma: To niewątpliwie krok w dobrą stronę, bo jak pokazują wszystkie prognozy demograficzne i dane epidemiologiczne, w najbliższym czasie czeka nas znaczący wzrost potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, co w prosty sposób wpłynie na konieczność ponownego przyjrzenia się priorytetom w obliczu wyzwań stojących przed systemem ochrony zdrowia. Te priorytety zdefiniował zresztą minister Marcin Czech, prezentując założenia dokumentu, kiedy powiedział, że celem polityki lekowej państwa jest zapewnienie pacjentom szerokiego dostępu do skutecznych i bezpiecznych leków oraz przejrzystego i racjonalnie działającego systemu refundacji leków.

Nie będzie to jednak możliwe bez wzrostu nakładów na ochronę zdrowia.

Oczywiście, że nie. Nikt chyba zresztą nie ma wątpliwości, że nakłady na zdrowie muszą rosnąć. Po pierwsze dlatego, że jest ono największą wartością człowieka, a po drugie – zdrowie stanowi najważniejszą gałąź gospodarki. Wracając do słów ministra Czecha, pozostaje nam monitorować przekładanie założeń dokumentu na konkretne działania. Bo polityka lekowa państwa nie może być teorią. Zdajemy sobie sprawę, że to dokument roboczy i jako przemysł farmaceutyczny możemy czekać na wprowadzenie go w życie. Ale pacjenci nie mogą! Dla wielu z nich, m.in. dla chorych na raka gruczołu krokowego, każdy miesiąc ma znaczenie.

Byłoby idealnie, gdybyśmy mogli zaproponować polskiemu pacjentowi takie same możliwości leczenia, jakie oferujemy pacjentom w innych krajach Unii. Kluczowe jest to, by polscy lekarze, którzy są znakomitymi specjalistami, mogli korzystać ze wszystkich dostępnych terapii, zgodnie ze światowymi wytycznymi. I aby polscy pacjenci nie musieli wysyłać dramatycznych apeli i domagać się traktowania na równi z pacjentami z całego świata.



< **Artur Zapart,**
dyrektor
Marketingu
i Market Access
Astellas Pharma

Byłoby idealnie, gdybyśmy mogli zaproponować polskiemu pacjentowi takie same możliwości leczenia, jakie oferujemy pacjentom w innych krajach Unii

W kwietniu minister Szumowski zainaugurował narodową debatę „Wspólnie dla zdrowia”. Zapowiedział w niej wzrost wydatków państwa na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB.

Szkoda, że ten wzrost przewidziany jest dopiero na rok 2024. Martwi to zwłaszcza w kontekście pacjentów onkologicznych, którzy nie mogą pozwolić sobie na czekanie. Rozumiem starania resortu zdrowia o znalezienie optymalnego, najbardziej efektywnego wydatkowania nakładów na zdrowie. Nie może się to jednak odbywać kosztem pacjentów. Pozostaje jeszcze kwestia budżetu refundacyjnego. Zgodnie z obecnymi zapisami można na niego przeznaczyć do 17 proc. wydatków NFZ. Jednak od czasu wprowadzenia limitu nigdy odsetek nie sięgnął nawet 16 proc. Cieszy więc zapowiedź określenia faktycznego budżetu na refundację na stałym poziomie 16,5-17,0 proc. całkowitych wydatków funduszu. Trzeba też docenić zapowiedź, aby wszystkie pieniądze z wynegocjowanych instrumentów dzielenia ryzyka (risk sharing agreements, RSA) przeznaczyć bezpośrednio na refundację nowych cząsteczek. Dziś bowiem nie trafiają one bezpośrednio do budżetu refundacyjnego. Fundusz dysponuje nimi na zasadach ogólnych, co sprawia, że uzyskane środki nie zasilają mechanizmu, który je wypracował, i nie pozwalają na dalszą poprawę dostęp-

ności leków. Warto też pochwalić pomysły, by niewykorzystane w danym roku środki na refundację dodatkowo zwiększały pulę na rok następny.

Jedną ze strategii resortu służących poszerzeniu katalogu terapii o udowodnionej skuteczności ma być oddzielenie decyzji administracyjnych dotyczących leków różnych podmiotów w ramach tego samego programu lekowego.

I to jest krok w dobrą stronę. Z własnego doświadczenia wiem, że obecne zapisy mogą opóźnić i blokować proces refundacyjny. Wiele firm, w tym nasza, stało się ofiarami przepisu, w którym możliwość dalszego procedowania zmian w treści programu jest zależna od dobrej woli podmiotu, który ma już lek w tym programie. Doceniam próby rozwiązania tego problemu przez resort, który już od stycznia wprowadził rozwiązanie bliźniacze w postaci dodatkowych równoległych programów lekowych, co z pewnością wpływa na zwiększenie dostępu pacjentów do nowoczesnego leczenia.

Jak zatem ten dostęp wygląda w Polsce obecnie?

W projekcie „Polityka lekowa państwa” czytamy, że „(...) dostęp do niektórych terapii jest wciąż niezadawalający. Szczególne wyzwanie stanowi kwestia dostępności innowacyjnych technologii lekowych zgodnie z wytycznymi klinicznymi i standardami europejskimi?”. I to jest chyba odpowiedź.

Na przykładzie leczenia raka stercza mogę powiedzieć, że polscy pacjenci mają dużo bardziej ograniczone możliwości korzystania z najnowszych terapii i to nie tylko w stosunku do krajów wysoko rozwiniętych. Dostęp do leczenia w krajach o zbliżonym PKB, takich jak Czechy, Słowacja, Bułgaria czy Rumunia, jest dużo lepszy, a nowoczesne terapie szybciej uzyskują refundację. Nie można powiedzieć pacjentowi, że jego szanse na leczenie są mniejsze, bo mieszka po niewłaściwej stronie Odry czy Tatr. Polscy pacjenci mają prawo domagać się najlepszego z możliwych leczenia, a obowiązkiem przemysłu farmaceutycznego, w porozumieniu z resortem zdrowia i płatnikiem, jest im to leczenie zapewnić. <

© Wszelkie prawa zastrzeżone

✓ Szpital Eskulap w Osielsku k. Bydgoszczy specjalizuje się m.in. w mało inwazyjnych operacjach nowotworu gruczołu krokowego



Ultradźwiękiem w raka prostaty

Uderzamy w nowotwór prostaty wysoko skondensowanymi ultradźwiękami – mówi **dr Krzysztof Rożnowski**, który operuje nowotwór stercza metodą HIFU Focal One.

ROZMAWIAŁA **Katarzyna Białek**

Pacjent dowiaduje się, że ma raka prostaty. Co mu oferuje współczesna medycyna?

Wszystko zależy od stopnia zaawansowania choroby, oczywiście należy dążyć do tego, aby leczenie było jak najmniej inwazyjne. Najbardziej radykalne jest usunięcie prostaty wraz z pęcherzykami nasiennymi. W pewnym sensie alternatywą dla tego leczenia jest brachyterapia i radioterapia, czyli leczenie z wykorzystaniem radioterapii. Cały problem polega na wczesnych i odległych następstwach tych metod terapii. Często to leczenie wiąże się z następczą impotencją lub inkontynencją, czyli nietrzymaniem moczu. Dla pacjentów w wieku 50-60 lat te aspekty są bardzo ważne. Dlatego, jeśli tylko jest to możliwe, lepiej korzystać z metod mniejszej inwazyjności, do których należy HIFU lub innych metod leczenia ogniskowego.



dr Krzysztof Rożnowski

Specjalista urologii, chirurg, FEBU (Fellow of the European Board of Urology).

Jest pan pierwszym lekarzem w Polsce, który wykonał zabiegi metodą Ablatherm HIFU w 2006 r. Od czterech lat w Szpitalu Eskulap w Osielsku k. Bydgoszczy wykonuje pan zabiegi aparatem drugiej generacji HIFU Focal One. Na czym polega to leczenie?

Uderzamy w nowotwór prostaty wysokoenergetycznymi ultradźwiękami. Są to fale silniejsze 200 razy niż te używane w USG do obrazowania. Efekty są spektakularne, ponieważ dzięki robotycznemu sterowaniu selektywnie i precyzyjnie niszczymy ogniskowo nowotwór. W metodzie HIFU Focal One urolog wgrzywa do urządzenia obraz z rezonansu magnetycznego i planuje zabieg, co pozwala robotowi dokładnie oddziaływać tam, gdzie są zlokalizowane ogniska nowotworu. Co więcej – mamy możliwość w trakcie zabiegu sprawdzić, czy nowotwór został usunięty w całości, to znaczy czy zaplanowany do leczenia obszar jest pozbawiony unaczynienia. Jeśli widzimy, że tak się nie stało – podczas tego samego zabiegu i w trakcie znieczulenia – po prostu można uzupełnić zabieg w niezbędnym zakresie, aby skutecznie zniszczyć nowotwór.

Mówił pan o efektach ubocznych. Przy tej metodzie ich nie ma?

Są ograniczone do minimum. Pacjent wychodzi do domu na drugi dzień po zabiegu. Trzy, cztery tygodnie później ustają dolegliwości związane z trudnościami w oddawaniu moczu, które mogą się pojawić. Na całym świecie wykonano już ponad 50 tys. tego typu zabiegów. Według aktualnego stanu wiedzy jest to niezwykle skuteczna metoda – u 84-86 proc. pacjentów nowotwór nie wraca, blisko 100 proc. pacjentów zachowuje kontynencję moczu, większość, czyli 60-70 proc., zachowuje potencję.

Czy to zabieg dla każdego?

O wyborze metody decyduje wiele czynników. Niestety tej metody nie możemy stosować w bardzo zaawansowanych nowotworach. To z kolei apel do mężczyzn, że warto się regularnie badać, aby wykryć raka jak najwcześniej – aby uchwycić chorobę, kiedy jej stopień zaawansowania umożliwia skuteczne i mało inwazyjne leczenie. <

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Triathlon bez ograniczeń

Choć Maciej nie ma ręki, Jaś ma porażone nogi, a Marcin jest niewidomy, **wszyscy trzej w pierwszy sierpniowy weekend spróbują swoich sił w triathlonie Enea IRONMAN 70.3 Gdynia.**

Marta Szuma

33-letni Maciej Jaraszek sześć lat temu uległ wypadkowi na motocyklu. Stracił rękę aż do barku. Lekarze trzymali go w szpiacze farmakologicznej dwa tygodnie i nie dawali rodzinie zbytich nadziei. Ale Maciej wrócił do żywych. Założył fanpage No Arm No Limits, gdzie dzieli się sposobami na pokonywanie trudności.

Nie zrezygnował z aktywnego trybu życia. Pierwszy maraton zaliczył cztery lata po wypadku. Udany start zachęcił go do zmierzania się w triathlonie, choć przygotowania kosztują go wiele pracy, sił i bólu. Najlepiej radzi sobie z bieganiem i jazdą na rowerze (tu wykorzystuje specjalną protezę ręki). Problemатyczne jest pływanie, bo w wodzie z jedną ręką jest po prostu trudniej. Ale choć czasem treningi i starty w zawodach trudno pogodzić z pracą i życiem osobistym, w każdej dyscyplinie robi postępy.

W PONTONIE I PRZYCZEPCE

– Chcemy dać przykład rodzicom dzieci niepełnosprawnych, że można próbować startować w różnych zawodach. Mimo że bywa ciężko, to w ten sposób Jasek wychodzi do ludzi – mówi Łukasz Malaczewski, sportowiec i fizjoterapeuta niepełnosprawnego 12-letniego Jasia, z którym startuje w tandemie. Chłopiec urodził się z wodogłowiem, porażeniem kończyn dolnych i wadą wzroku. Ma za sobą 20 operacji.

Pomysł, żeby wziąć udział w zawodach, zrodził się podczas ćwiczeń. Jaś zapytał, czy może nauczyć się biegać. Łukasz zaprzeczył. Jednak zaproponował, aby wystartowali wspólnie. Ponieważ chłopiec nie może chodzić o własnych siłach, rehabilitant ciągnie lub pcha jego wózek. Na pływackim etapie korzystają z pontonu, potem z dziecięcej jednokołówki doczepianej do roweru, następnie z konstrukcji z siedziskiem dla biegaczy.



▲ Jaś w triathlonie startuje ze swoim fizjoterapeutą Łukaszem Malaczewskim

– Najtrudniejszym etapem jest rower z przyczepką, gdy opór wózka i pogoda dyktują warunki i trzeba być ostrożnym – tłumaczy terapeuta. Ale choć start w parze to wyzwanie logistyczne, to wielkie przeżycie dla chłopca. Dzięki temu Jaś i jego terapeuta udowadniają niepełnosprawnym dzieciom i ich rodzicom, że triathlonowa przygoda to doskonała forma psychoterapii i budowania relacji międzyludzkich.

ENEA IRONMAN 70.3 GDYNIA? NIE WIDZĘ PROBLEMU

Monika i Marcin Suwartowie to małżeństwo triathlonistów. Trenują, pracują, wychowują trzyletniego synka Adasia. Jest jednak coś, co ich wyróżnia na tle innych triathlonowych par. Marcin jest niewidomy od 15. roku życia. Zapalenie opon mózgowych doprowadziło u niego do zaniku nerwu wzrokowego.

O tym, że mógłby wystartować w zawodach dla biegaczy, dowiedział się przypadkiem. Klientka opowiedziała mu, że

kiedyś pilotowała niewidomego biegacza. I zaproponowała, że może pomóc także jemu.

Dali radę, dlatego postanowili spróbować sił w półmaratonie, potem w maratonie. W 2013 r. przyszedł czas na triathlonowy debiut na dystansie jednej czwartej. Do tego Marcina zainspirowała historia Dicka i Ricka Hoytów – ojca i syna cierpiącego na czterokończynowe porażenie mózgowie, którzy razem pokonali pełen dystans IRONMANA. W tym samym roku Marcin poznał swoją żonę Monikę, z którą dziś startuje w parze.

Wszystko mają dopracowane – do wody wchodzą połączeni gumową linką. Na odcinku rowerowym używają tandemu. Nawet w bieganiu, w którym Marcin jest lepszy od żony, dostosowuje się do niej. W tym roku kolejny raz chcą ukończyć zawody Enea IRONMAN 70.3 Gdynia oraz wystartować na pełnym dystansie IRONMAN (3,8 km pływania w wodach otwartych, 180 km jazdy na rowerze i bieg maratoński). Nie mają wątpliwości, że im się uda. <

Leczenie raka prostaty z asystą da Vinci

Wprowadzenie robotów chirurgicznych da Vinci przyniosło prawdziwą rewolucję w technikach operacyjnych raka stercza – mówi **dr Paweł Salwa**, urolog, ekspert urologii robotycznej.

ROZMAWIAŁA **Katarzyna Białek**



Dr Paweł Salwa

Urolog, ordynator da Vinci, ordynator największej kliniki urologii robotycznej w Europie; z użyciem robota da Vinci zoperował ponad 800 pacjentów. Jest m.in. członkiem Europejskiego Stowarzyszenia Urologii i American College of Radiology oraz autorem publikacji naukowych w prestiżowych czasopiśmie amerykańskich i europejskich.

Rak prostaty to dla mężczyzn wciąż wstydlivy nowotwór. Jak często występuje?

To ogromny problem. W krajach zachodnich, gdzie świadomość choroby jest duża, to obecnie najczęstsza złośliwa choroba nowotworowa u mężczyzn. Choruje na nią więcej mężczyzn niż na raka płuca czy jelita grubego. Mniejsza zapadalność w Polsce wynika z niedostatecznej wykrywalności spowodowanej niewystarczającą liczbą urologów, brakiem badań przesiewowych i niższą świadomością zdrowotną społeczeństwa. Najpoważniejsze czynniki ryzyka

to wiek oraz występowanie raka prostaty w rodzinie.

Skoro tak, to trudno zapobiec zachorowaniu?

Dlatego ważne jest wczesne wykrycie choroby. Niestety, w stadium, w którym możemy ją skutecznie leczyć, często nie ma jeszcze żadnych objawów. Mogą się pojawić problemy z oddawaniem moczu, ale najczęściej ich przyczyną są łagodne schorzenia prostaty. Jeśli jednak skłoni to pacjenta do pójścia do urologa, jest szansa na wykrycie nowotworu. Często jednak nie ma żadnych objawów, a rak może się już rozwijać.

Jakie w takim razie wykonywać badania profilaktyczne?

Jednym ze sposobów wczesnego wykrycia nowotworu jest kontrolowanie we krwi poziomu PSA (prostate-specific antygen – specyficzny antygen sterczowy – red.), najlepiej już od 45. roku życia. Jeśli wynik jest nieprawidłowy, warto się skonsultować z lekarzem, gdyż jest to wskazanie do wykonania biopsji prostaty. Zdarza się, że wynik PSA jest prawidłowy, mimo że rak się rozwija. Dlatego konieczne jest też badanie urologiczne pacjenta. Wielką pomocą dla mnie jest wykonanie rezonansu magnetycz-

nego, który pozwala lepiej zdiagnozować nowotwór oraz drobiazgowo zaplanować operację.

Czym usunięcie prostaty, czyli prostatektomia radykalna, w asyście robota da Vinci, którą to metodą pan operuje, różni się od metod klasycznych?

Przede wszystkim precyzją. Prostatektomia ma kształt, jest wielkości kasztana. Jest otoczona z pięciu stron przez struktury, których każdy milimetr jest na wagę złota, jeśli chodzi o jakość życia po operacji. Od góry znajduje się ujście pęcherza moczowego, od dołu cewka moczowa. Ich ochrona procentuje dobrym trzymaniem moczu po operacji. Z lewej i prawej strony przylegają struktury naczyniowo-nerwowe odpowiedzialne za erekcję, a w tyle znajduje się odbytnica. Przy zastosowaniu klasycznych metod operacyjnych dostęp do prostaty jest utrudniony. Może to spowodować nieodwracalną utratę ważnej funkcjonalnie tkanki i nieodwracalne skutki dla jakości życia.

Prawdziwą rewolucję w technikach operacyjnych przyniosło wprowadzenie robotów chirurgicznych da Vinci. Prostatektomia radykalna w asyście robota da Vinci to najnowocześniejsza i najbardziej zaawansowana technologicznie metoda leczenia raka prostaty. 10-krotne powiększenie obrazu, pełne HD i trójwymiarowy obraz, czyli wielka precyzja szczegółów, narzędzia długości 5 mm poruszające się w dowolnym kierunku zgodnie z intencją operatora, czyli moją, pozwalają w pełni usunąć nowotwór. W ogromnym powiększeniu, widząc bardzo dokładnie tkankę, mogę milimetr po milimetrze usuwać nowotwór, a równocześnie zachowywać zdrową tkankę potrzebną do normalnego funkcjonowania po operacji.

Pacjenci często nie chcą się poddać operacji, obawiają się problemów z nietrzymaniem moczu i erekcją...

Po zastosowaniu konwencjonalnych metod operacyjnych – zarówno otwartej, jak i laparoskopowej – pacjenci rzeczywiście często mają problemy z nietrzymaniem moczu. Ponad 90 proc. operowanych przeze mnie pacjentów ich nie ma. Wynika to z precyzji. Po klasycznej operacji zachowanie erekcji jest trudne. Po zabiegu z asystą robota da Vinci, jeśli możliwa była operacja oszczędzająca, szansa na powrót erekcji jest bardzo duża.



Zespół urologiadavinci.pl

Zajmuje się organizacją wszystkich aspektów nowoczesnej diagnostyki i leczenia prostaty w Polsce. Dr Paweł Salwa, do którego z całej Polski przyjeżdżają pacjenci z trudnymi przypadkami, stworzył autorską modyfikację zabiegu z użyciem robota da Vinci. Więcej informacji o metodzie da Vinci na stronie: www.urologiadavinci.pl

Te zalety wynikają nie tylko z metody. Robot da Vinci to tylko narzędzie. Jest znakomite, jednak trzeba umieć z niego korzystać. Dane naukowe potwierdzają, że operacja jest skuteczna tylko wtedy, gdy wykonuje ją doświadczony operator, który ma za sobą setki operacji. Powyżej 500 to poziom mistrzowski. Operowania robotem nie można się nauczyć podczas dwutygodniowego szkolenia. To proces, który trwa kilka lat. Jeśli operator wcześniej wykonał tylko niewielką liczbę operacji, to nie ma gwarancji, że efekt będzie dobry. Nie robot operuje, tylko człowiek.

A gdzie pan uczył się operować z asystą robota da Vinci?

W Niemczech, w największym w Europie centrum leczenia raka prostaty metodą robotyczną. Od 2013 r. jako operator da Vinci przeszedłem stopniowe, modelowe i certyfikowane szkolenie pod auspicjami Europejskiego Towarzystwa Urologii Robotycznej. W 2016 r. zostałem ordynatorem tej kliniki. Do dziś zoperowałem metodą da Vinci ponad 800 pacjentów.

Wcześniej otrzymałem wiele stypendiów i nagród w Polsce, m.in. premiera, ministra zdrowia, ministra edukacji narodowej, medal Polskiej Akademii Nauk. W klinice w Niemczech rozpoznano moje umiejętności, dlatego dość szybko zrobiłem w niej karierę.

Zdecydował się pan jednak wrócić do Polski. W klinice, którą właśnie pan tworzy, pacjent jest otoczony

kompleksową i długoletnią opieką. Dlaczego to tak ważne?

Pacjent zwykle ma z nami pierwszy kontakt przez stronę www.urologiadavinci.pl, na której są podane informacje o leczeniu raka prostaty za pomocą robota da Vinci i numery telefonów do kierownika koordynacji operacji robotycznych, mojej żony, Jagody Salwy, która jest też moim najważniejszym partnerem i wsparciem. W klinice w Niemczech opiekowała się pacjentami z Polski, pomagając im na poziomie językowym, organizacyjnym i emocjonalnym. Te doświadczenia przenosimy do Polski. Sprawujemy opiekę nad pacjentem – ona organizacyjną, ja medyczną. U każdego pacjenta jestem co najmniej dwa razy dziennie, mam czas, by rozwiązać jego wątpliwości.

Stworzył pan autorską modyfikację zabiegu z użyciem robota da Vinci – tzw. SMART (Salwa Modified Advanced Robotic Technique). Na czym ona polega?

Każdy element operacji został ulepszony. Wprowadziłem modyfikacje mające na celu poprawienie efektów operacji w kilku aspektach: usunięcie nowotworu, lepsze trzymanie moczu, zachowanie struktur odpowiedzialnych za erekcję, zmniejszenie ryzyka komplikacji. Metoda jest chroniona przez Urząd Patentowy RP. Jej wyniki zaprezentuję we wrześniu w Marsylii podczas Kongresu Europejskiego Towarzystwa Urologii Robotycznej.

Czy każdy pacjent, u którego konieczne jest wykonanie prostatektomii radykalnej, może być operowany w ten nowatorski sposób?

Tak, jeśli jego stan zdrowia pozwala na przeprowadzenie operacji klasycznej, to możliwa jest również operacja da Vinci. Często przeprowadzam operacje u pacjentów, których w Polsce nie chciano zoperować. Jeden z moich pacjentów miał od dwóch lat zdiagnozowanego agresywnego raka prostaty, który naciekał m.in. na pęcherz, odbytnicę. Otrzymał leczenie paliatywne. Podjąłem się operacji, podczas której udało mi się usunąć nowotwór w całości. Pacjent czuje się bardzo dobrze. Inny pacjent miał przerzuty do węzłów: jemu również mówiono, że operacja nie jest możliwa. Jak widać, metoda nie ma ograniczeń, jeśli tylko potrafi się ją stosować. <



Wiosłuj na zdrowie

Wioślarstwo staje się coraz modniejsze. Wiosłowanie to nie tylko prestiż, to również sport pozwalający jak żaden inny zachować zdrowie, kondycję i dobre samopoczucie.

Artur Grabek

Regaty wioślarskie rozgrywane są na torze wodnym o długości 2 tys. m. W zależności od warunków pogodowych, wielkości osady i płci zawodników przepłynięcie tego dystansu zajmuje profesjonalistom od sześciu do siedmiu i pół minuty. W tym czasie spalają blisko dwa razy więcej kalorii niż ich kolega biegnący wyczynowo na dystansie 3 km w biegu z przeszkodami.

Wioślarstwo to sport o charakterze wytrzymałościowo-siłowym. Doskonale wpływa na serce i układ oddechowy. Angażuje do pracy 70 proc. mięśni ciała, w tym te największe grupy mięśniowe, dzięki czemu

jest świetnym sposobem do sprawnego pozbycia się nadmiaru kilogramów. Ruch wioślarski angażuje do pracy mięśnie pleców i brzucha, których zaniedbanie przez siedzący tryb życia często w połączeniu z nadwagą prowadzi do problemów z kręgosłupem.

SERCE WIOŚLARZA

W lipcu w szwajcarskiej Lucernie rozgrywany był wioślarski puchar świata. Sponsorowani przez Eneę reprezentanci Polski przywieźli aż pięć medali. Joanna Dorociak i Weronika Deresz, startujące w kategorii dwójka podwójna kobiet wagi lekkiej, były bezkonkurencyjne. Podobnie dwójka

podwójna mężczyzn napędzana przez Mateusza Biskupa i Mirosława Ziętarskiego.

Polskie wioślarstwo zresztą od dawna należy do światowej czołówki, a nasi zawodnicy od lat przywożą z międzynarodowych imprez – igrzysk olimpijskich, pucharów świata czy mistrzostw świata – medale. W najbliższy weekend reprezentanci Polski będą się ścigać w mistrzostwach Europy, które odbędą się w Glasgow. We wrześniu czeka na nich najważniejsza impreza sezonu – mistrzostwa świata w bułgarskim Płowdiwie. Złoci medalści z Lucerny także tu są wymienieni jako pretendenci do najwyższych laurów.



Wioślarstwo staje się coraz bardziej otwarte na amatorów. Przy coraz większej liczbie towarzystw wioślarskich powstają sekcje amatorskie, chociażby przy Warszawskim Towarzystwie Wioślarskim, które w tym roku obchodzi swoje 140-lecie (to najstarszy klub sportowy w kraju). Powstają też kluby prywatne, jak Warsaw Rowing Club przy warszawskim Kanale Żerańskim. Ci, którzy nie chcą od razu schodzić na wodę, mogą spróbować swoich sił na ergometrze, czyli тренаżerze wioślarskim, który można znaleźć we wszystkich siłowniach czy klubach fitness.

SERCE WIOŚLARZA

U osób uprawiających regularnie sport występuje zjawisko nazwane sercem sportowca lub atlety. To przerost lewej komory serca. Serce w jednym skurczu pompuje więcej krwi do dużego krwioobiegu, efektywność jego pracy jest większa, dzięki czemu może kurczyć się rzadziej, co oznacza niższe tętno.

W 2008 r. zespół naukowców pod kierownictwem dr. Aarona L. Baggisha z Massachusetts General Hospital w Bostonie opublikował badania, z których wynika, że u wioślarzy występują inne korzystne zmiany budowy serca, których nie mają sportowcy trenujący sporty siłowe. Chodzi o lepszą funkcję rozkurczową lewej komory, a także powiększenie oraz wydajniejszą pracę obu przedsionków. – W przypadku wyczynowych wioślarzy możemy nierzadko zaobserwować puls spoczynkowy na poziomie 33-35 uderzeń na minutę – mówi prof. Andrzej Klusiewicz kierownik Zakładu Fizjologii Instytutu Sportu – PIB. Dodaje, że podobny efekt, wzmocnienia serca i obniżenia tętna, mogą uzyskać regularnie trenujący wioślarstwo amatorzy. – Po kilkunastu miesiącach treningów można się spodziewać, że ich serce będzie biło w tempie 55-60 uderzeń na minutę, a nie standardowych 70-80 – mówi. Wioślarstwo jest sportem zalecanym w ramach rehabilitacji mięśnia sercowego, czyli osobom, które przeszły na przykład zawał serca.

MOCNE PLECY

Profesor zwraca uwagę, że trening wioślarski przeciwdziała innym współczesnym dolegliwościom cywilizacyjnym. Wiosłowanie, także to stacjonarne na ergometrze wioślarskim, angażuje do pracy wiele mięśni odpo-



Jak prawidłowo wiosłować

Ruch wioślarski składa się z czterech faz. Pierwsza to chwyt, poprzedzający przeciągnięcia wiosła w wodzie czy wyciągnięcia drążka ergometru. Nogi są maksymalnie ugięte w kolanach, plecy nieco pochylone do przodu, a ręce wyprostowane. Druga: przeciągnięcie – zaczyna się od wyprostów nóg. Wózek zaczyna jechać do tyłu, ręce są wyprostowane, a plecy pochylone do przodu. Faza trzecia: wykończenie – należy energicznie wychylić tułów do tyłu, a ręce ściągnąć w okolice mostka. Wiosłując na łodzi, po dociągnięciu wiosła do klatki należy wycisnąć je na uda, by pióro wyszło z wody. Faza czwarta: powrót – następuje po wykończeniu.

wiadających za prawidłową postawę ciała, tzw. mięśni posturalnych, czyli brzucha, grzbietu, odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa, wreszcie obręczy barkowej. Ich wzmocnienie pomaga uchronić się przed kontuzjami i bólami kręgosłupa.

Wioślarstwo pozostaje też bezkonkurencyjne, jeżeli chodzi nam o utrzymanie prawidłowej masy ciała. Ruch wioślarski angażuje do pracy o wiele więcej mięśni niż na przykład jazda na rowerze. I tu w grę wchodzi arytmetyka. Spalanie tkanki tłuszczowej, czyli kalorii, jest tym bardziej efektywne, im większa liczba mięśni jest zaangażowana w pracę. By zaobserwować różnicę, sięgnijmy po wyniki wyczynowców. Zawodowy wioślarz kategorii otwartej w ciągu kilku maksymalnych przeciągnięć wiosła może wygenerować moc 1200 watów. – Wytrenowani wioślarze są w stanie pracować z siłą i w tempie, który pozwala im spalać ok. 1,5 tys. kalorii na godzinę. Trening z intensywnością pracy na poziomie 1 tys. kalorii spalanych w ciągu 60 minut nie stanowi dla nich zbyt dużego obciążenia – mówi prof. Klusiewicz.

POJEMNOŚĆ ŻYCIOWA

Być moc pracować z taką intensywnością, mięśnie potrzebują naprawę dużo tlenu. Rośnie życiowa pojemność płuc, czyli maksymalna objętość powietrza, jaką jesteśmy w stanie do nich nabrać. Mogą to być przyrosty liczone w dziesiątkach procent. Lepsza pojemność to lepiej funkcjonujące układy oddechowy i krwionośny. Ale wioślarstwo ma jeszcze dodatkowo tę zaletę, że wymaga właściwej techniki pracy, która z kolei przekłada się na uporządkowanie i zsynchronizowanie oddechu, co także jest zjawiskiem pożądanym przez nasz organizm.

Wreszcie jest to sport, w wymiarze amatorskim, praktycznie bezkontuzyjny. Wiosłując, siedzimy. Kończyny i stawy są odciążone od podtrzymywania masy ciała. Kontuzje stawów skokowego czy kolanowego, tak charakterystyczne dla biegaczy czy kolarzy, tu nie występują.

Wioślarstwo redukuje także stres. Jak każda aktywność fizyczna podnosi poziom endorfin, czyli hormonów odpowiedzialnych za dobre samopoczucie i zadowolenie. Jeżeli możemy wiosłować na wodzie, nakładają się na to jeszcze korzyści wynikające z obcowania z naturą. <

^ **Joanna Dorociak i Weronika Deresz zdobyły złoto podczas niedawnego Pucharu Świata w Lucernie**

Biegacze są optymistami

Endorfiny po wysiłku fizycznym inaczej nastawiają do życia – **mówi Zygmunt Berdychowski** i zaprasza na Festiwal Biegowy w Krynicy, trzydniowe święto biegania.

ROZMAWIAŁ **Jacek Pochłopiń**

Za miesiąc odbędzie się IX Festiwal Biegowy w Krynicy. Co wyróżnia tę imprezę?

Na początku września liczące 6 tys. mieszkańców miasto przyjmie ponad 8 tys. biegaczy. Jeżeli chcemy mówić o prawdziwym święcie biegaczy, to na pewno nie będzie nim np. kilkugodzinne spotkanie w Warszawie – niczego stolicy nie ujmując, tu odbywa się m.in. największy w Polsce półmaraton. Podczas prawdziwego święta wszyscy żyją biegami, przeżywają swój start, kibicują innym i dumnie paradują z medalami. Festiwal Biegowy tym różni się od wydarzeń sportowych w największych miastach, że trwa trzy dni. To nie jest tylko godzina przed startem i dwie godziny po nim. Impreza jest bardzo urozmaicona. To ogromna różnica wobec klasycznych wydarzeń sportowych. Tam zazwyczaj przebiegasz swój dystans, pijesz wodę i idziesz do domu. W Krynicy jest kilkadziesiąt konkurencji. W bieganiu możemy bawić się wszyscy, całe rodziny. Każdy znajdzie coś dla siebie. Poza tym w miastach biega się po asfalcie, wśród samochodów, w jednej wielkiej masie. Nie przeżywa się tego, co podczas biegu w lesie, na terenach niezurbanizowanych. Uczestnik święta w Krynicy weźmie udział w biegu, posłucha wykładu, jak trenować, porozmawia z fachowcami, odwiedzi targi Expo, a wieczorem na deptaku weźmie udział w wydarzeniach kulturalnych i koncertach.

Festiwal rozpoczyna się tuż po zakończeniu Forum Ekonomicznego w Krynicy.

To również przesądza o jego unikalności i jest ogromnym atutem. Specjalnie na Forum Ekonomiczne przygotowujemy obiekty o powierzchni 8 tys. mkw. W nocy z czwartku na piątek, bo Forum zawsze odbywa się od wtorku do czwartku, miasteczko kongresowe staje się miasteczkiem biegowym. To coś wyjątkowego. Wokół nie jeżdżą samochody, możemy się nacieszyć sobą nawzajem. Atmosfera jest niepowtarzalna.

Rozumiem, że społeczność biegaczy ma integrować również prowadzony przez was portal poświęcony bieganiu?

Internet jest już wszechobecny. To najlepsze narzędzie komunikacji. Jeśli zaryzykujemy stwierdzenie, że wielu biegaczy to nie tylko osoby aktywne, ale też szukające wiedzy na temat tego sportu, planów treningowych, żywienia, żyjące nim po prostu, to czemu nie mielibyśmy dać im takiego narzędzia. Zawodowi sportowcy myślą o swoich wynikach, ale też spoglądają na formę rywali albo charakterystykę zawodów. To wszystko możemy znaleźć na tym portalu. Oczywiście pełni funkcję przede wszystkim informacyjną, a informacja jest dziś bardzo cenna. My, jak to się ładnie mówi, ustawiamy się frontem do innych biegaczy, zaznaczając w ten sposób – zwróć na nas uwagę, warto przyjechać do Kryni-



cy. Portal w tym pomaga, choć można tam znaleźć wiele informacji dotyczących nie tylko festiwalu, ale również innych imprez i samego biegania. Przygotowaliśmy także kartę biegacza. Ponad 600 partnerów oferuje jej posiadaczom preferencje i ulgi.

W tym roku w programie festiwalu pojawiły się nowości.

Wychodzimy naprzeciw rosnącej popularności poszczególnych wydarzeń. Wielu z biegaczy, którzy biegają na szosie, zaczyna to robić w górach. Dlatego postanowiliśmy zorganizować Drużynowy Bieg 7 Dolin na 100 km, obok indywidualnego, górski półmaraton na 22 km i Mistrzostwa Polski Masters w Ultramaratonie Górskim.

▼ **Zygmunt Berdychowski podczas Festiwalu Biegowego w Krynicy**



Zygmunt Berdychowski

Założyciel Fundacji Instytut Studiów Wschodnich, która od 1992 r. organizuje Forum Ekonomiczne w Krynicy-Zdroju, skupiające świat biznesu, polityki, mediów i nauki. Zdobył Koronę Ziemi – najwyższe szczyty wszystkich kontynentów.

o problemach dnia codziennego, wyzwaniach związanych z pracą. Po zakończeniu nie mam wątpliwości, że ze wszystkim można się uporać (uśmiech). Biegacze to optymiści. Poza tym, zwłaszcza tacy jak ja, którzy systematycznie trenują, są ludźmi upartymi. Muszą pamiętać, aby wyjść, pobiegać, pilnować kalendarza. Jeśli nie jest się zawodowcem, wymaga to dużej determinacji. Nie przypadkiem w dużych korporacjach każdy, kto uprawia sport, jest w swoim wysiłku wspierany poprzez zakup karnetu, dofinansowanie startów czy w inny sposób. Dlaczego? Bo ci ludzie pokazują, że na czymś im dodatkowo zależy. Ta dodatkowa motywacja zawsze może być wykorzystana w pracy. Biegacze są też konsekwentni. Można by o nich jeszcze długo mówić, ale nie przesadzajmy – to są normalni ludzie (uśmiech).

Ile kilometrów przebiegł pan od ostatniego Festiwalu Biegowego?

W sezonie zimowym 2017-2018, czyli październik-styczeń, pokonałem jakieś 1100 km. W sezonie letnim – w maju 170, w czerwcu 280, w lipcu ok. 320 km. W sierpniu planuję przebiec 240-250.

Precyzyjna odpowiedź.

Kiedy planujesz główny start, tak jak ja w Krynicy, musisz się do niego przygotować. Kiedyś o tym nie myślałem. Dziwiłem się koledze, który skrupulatnie liczył kilometry, teraz robię tak samo.

Pomaga panu trener?

Mam trochę pretensje do siebie, że nie korzystam z trenerów, ale tak jest mi łatwiej. Robię coś dlatego, że chcę, jestem zaangażowany emocjonalnie.

A jaki cel sobie pan stawia na tegoroczny Festiwal Biegowy?

Chcę w Krynicy poprawić swój wynik w specjalnej konkurencji dla najtwardszych biegaczy, Iron Run. Dziewięć startów w ciągu trzech dni, do pokonania 160 km w górach. Chcę poprawić swój wynik i znaleźć się w czołówce. Należę do ludzi, którzy uważają, że zawsze trzeba pracować na to, żeby było lepiej. Nie tylko w sporcie. Jako organizator mam nadzieję, że z roku na rok w Krynicy będzie biegało coraz więcej osób. <

© Wszelkie prawa zastrzeżone

FESTIWAL BIEGOWY POTRWA OD 7 DO 9 WRZEŚNIA, SZCZEGÓLNE INFORMACJE MOŻNA ZNALEZĆ NA STRONIE FESTIWALBIEGOWY.PL

Dodam, że dzięki pozyskaniu nowych środków finansowych w biegu na 100 km za zwycięstwo i pobicie rekordu czeka 40 tys. zł. Fundusz nagród rośnie co roku o połowę. W tym roku zaplanowaliśmy 514 nagród finansowych na łączną kwotę 473 100 zł oraz 307 rzeczowych, w tym samochód osobowy. Planujemy wprowadzić konkurencje dla jeżdżących na rowerach, ale jeszcze nie teraz. Wrócimy do tego pomysłu.

W którym miejscu są Polacy, jeśli chodzi o bieganie?

Przed wszystkim trzeba podkreślić, że stara się biegać już 1,5 mln Polaków, tak mówią dane za 2017 r. Po drugie, coraz

więcej biegaczy wybiera góry i las zamiast szosy. Po trzecie, biega coraz więcej starszych ludzi. Wreszcie najpopularniejsze są biegi na 5 km, 10 i półmaratony, pewnie poziom Europy Zachodniej.

Czy biegacze charakteryzują jakieś szczególne cechy?

Są większymi optymistami. Endorfiny, które produkuje organizm człowieka regularnie uprawiającego wysiłek fizyczny, zupełnie inaczej nastawiają go do świata. Ja sam często przed treningiem myślę