



WNZO 071: Wpływ diety na życie seksualne – o tym jak poprzez zmiany w diecie poprawić potencję seksualną i zapobiegać chorobom cywilizacyjnym.

Opis odcinka: www.wiecejnizzdroweodzywianie.pl/p071

Słuchasz podcastu *Więcej Niż Zdrowe Odżywianie* odcinek 70. Dzisiejszy podcast będzie o wpływie diety na życie seksualne.

Ja się nazywam Michał Jaworski i w tych audycjach opowiadam o różnych aspektach zdrowego trybu życia. Jeżeli naprawdę zależy Ci na tym, czym karmisz swoje ciało i umysł, to te podcasty są właśnie dla Ciebie.

Cześć! Zanim przejdziemy do dzisiejszego wywiadu, przeczytam Ci maila, którego jakiś czas temu przysłała Ewa. Posłuchaj! *Witam Tatianę i Michała :). Jestem studentką medycyny i bardzo lubię wasze podcasty! Słucham ich najczęściej w drodze do domu, w pociągu lub autobusie. Ostatnio na naszych medykaliach na uniwersytecie był kardiolog z naszej uczelni który miał wykład. Zazwyczaj wykłady nawet na medykaliach są nudne i bardzo monotonne. Pan Dr Kalka jednak zaimponował nam wszystkim swoim wykładem. Rozmawiał o zupełnie nowej dziedzinie kardiologii, której jest pionierem. O kardioseksuologii.. Najpierw wszyscy się uśmiechali ale pan Dr w świetny sposób wytłumaczył całą teorię tej dziedziny. Chodzi o to że w prąciu zachodzą te same zmiany miażdżycowe które zachodzą w sercu. Dr Kalka opowiadał też jak ważna jest dieta dla sprawności seksualnej. Najlepsze, że robił to wszystko w sposób zabawny ale też medyczny. Uważam że pan Dr byłby świetnym gościem dla waszych podcastów. Jest naprawdę ekspertem w tej dziedzinie i robi to z pasją.* Ewa, jeżeli tego słuchasz to bardzo Ci dziękuję za tego maila. Nie dość, że podsunęłaś mi świetny pomysł na podcast to dodatkowo wiem, że naszych podcastów słuchają również studenci medycyny co cieszy mnie po stokroć. Za radą Ewy skontaktowałam się ze wspomnianym doktorem, i razem nagraliśmy wspólnie podcast, który zaraz usłyszysz. To już za chwilę, jednak zanim do tego przejdziemy podzielę się swoją refleksją na temat rozmowy. Pamiętam, że byłem wtedy zdumiony faktem, iż problem zaburzeń erekcji dotyczy tak ogromnej części mężczyzn. W przedziale

wiekowym 40-70 lat aż 52% mężczyzn, czyli częściej niż co drugi ma zaburzenia erekcji. U 40 latków, czyli panowie w sile wieku jest tego trochę mniej ale i tak problem ten dotyczy aż 39% panów. To są wyniki badań z 1994 a patrząc na rosnącą tendencję obecnie jest jeszcze gorzej. Co więcej, problemy z erekcją są pierwszym symptomem, takim ostrzeżeniem tego, że w układzie sercowo naczyniowym dzieje się coś niedobrego. Natura jest po prostu genialna, w ten bardzo dobitny sposób nasz organizm mówi nam, że coś jest nie tak. Mówi nam, że jeżeli dalej będziemy tak postępować to niebawem może się nam przytrafić coś dużo gorszego, na przykład zawał serca. Słuchając tej zapowiedzi możesz mieć wrażenie, że podcast jest głównie dla mężczyzn. Nic bardziej mylnego! Po pierwsze zaburzenia erekcji choć z przyczyn czysto fizycznych dotyczą tylko mężczyzn to w praktyce dotyczą również kobiet, które w takich związkach też mają problem. Po drugie ten wywiad składa się z dwóch bloków. W pierwszym co prawda skupiamy się mechanizmie powstawania dysfunkcji seksualnych, natomiast w drugim mówimy o profilaktyce. Profilaktyce bazującej przede wszystkim na zmianie diety, na jedzeniu produktów, zapobiegają patologicznym zmianom naszego organizmu. I ta druga część jeszcze szczególnie wartościowa, bo wiedza o mądrym, zdrowym odżywianiu jest bezcenna dla każdego z nas. Moim dzisiejszym gościem jest Dariusz Kałka, doktor habilitowany, wykładowca Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, ordynator centrum prewencji rehabilitacji kardiologicznej i kierownik jedynej we wszechświecie pracowni kardioseksuologii. Zapraszam do wysłuchania ☺

Michał: Witam Cię Darku serdecznie!

Dariusz: Ja również Ciebie witam! Dzień dobry!

M: Przedstaw się proszę słuchaczom mojego podcastu.

D: *Dariusz Kałka*. Jestem lekarzem, kardiologiem. *Specjalistą chorób wewnętrznych i kardiologiem*. A oprócz tego specjalizuję się w *kardioseksuologii*.

M: To co na końcu powiedziałeś, to bardzo ciekawie brzmi. Przyznam się szczerze, że pierwszy raz się spotkałem z tym terminem. Jakbyś mógł rozwinąć, co się za tym kryje.

D: Ja myślę, że wiele dziedzin nauki zostało podzielone w taki *sztuczny* bardzo sposób, a więc wydzielono poszczególne *dziedziny medycyny*. Natomiast mamy szereg schorzeń, które leżą *na pograniczu* kilku specjalności medycznych. No i tu, w przypadku *kardioseksuologii* dokładnie taka

sama występuje sytuacja, że mamy dysfunkcje seksualne, które mogą powstawać z *wielu powodów*. Może to być jakiś tam czynnik związany między innymi właśnie z jakimiś *chorobami układu sercowo-naczyniowego*, może być to przyczyna jakaś tam *neurologiczna*, może być to przyczyna *hormonalna*. I ze względu na to, że widzimy wiele wspólnych elementów dla tych chorób układu sercowo-naczyniowego i dla zaburzeń erekcji, bądź też w przypadku pań jakiś innych zaburzeń seksualnych, dlatego powstała kardioseksuologia. Po to, żeby tymi pacjentami się opiekować, w taki sposób bardzo konkretny udzielić pomocy, to musimy korzystać z tak zwanej *fuzji potencjałów* - musimy łączyć kilkanaście czasami umiejętności, które leżą w zakresie *różnych specjalizacji*. I tutaj w tym wypadku to są *seksuolodzy*, czy *urologi*, to są *endokrynolodzy*, no i oczywiście *kardiolog*, czy też *angiolog*, czy też *hipertensjolog*, wszystko jedno, *diabetolog* oczywiście. Także jak widać, połączyliśmy to w *jedną całość*. Te dysfunkcje seksualne szczególnie często występują u naszych pacjentów z *chorobami układu sercowo-naczyniowego*. Ci ludzie są szczególnie narażeni na utratę tego zdrowia seksualnego, zatem po to, żeby im to zdrowie przywrócić, musimy zdobywać wiedzę z wielu obszarów.

M: Rozumiem. Czy te dysfunkcje seksualne, które kryją się pod tym terminem kardioseksuologia, dotyczą zarówno mężczyzn jak i kobiet?

D: Tak. Dotyczą zarówno *mężczyzn jak i kobiet*. Co prawda my więcej mamy informacji na temat mężczyzn - jakoś jest to płeć *lepiej zbadana* - natomiast w przypadku kobiet tych obserwacji jest mniej. Natomiast te które są, to już pozwalają nam taki wniosek wyciągnąć, że zdecydowanie te dysfunkcje seksualne *są powiązane* z chorobami układu sercowo-naczyniowego.

M: Ja zajrzałem na witrynę Centrum Zdrowia Mężczyzny i przeczyłem tam, że w Polsce mamy około 3 milionów mężczyzn z zaburzeniami erekcji. Przekładając to na ilość Polaków, to mamy 19 milionów płci męskiej - to jest jakieś 16% wliczając w to niemowlęta. Czyli tak realnie patrząc, przynajmniej jeden na pięciu mężczyzn może mieć problemy albo jakiś dysfunkcje seksualne. Czy to rzeczywiście aż tak tragicznie wygląda?

D: No ja myślę, że wygląda gorzej niż myślimy - zdecydowanie. Z tego względu, że choroba sama, czy dysfunkcja - bo to nie jest choroba, to jest objaw chorób różnych tak naprawdę - ale objaw występuje u bardzo *szerokiego odsetka mężczyzn*. Natomiast jest co prawda lepiej, ale nadal wiele problemów zostaje *za drzwiami alkowy* - to znaczy mężczyźni *niechętnie przyznają się* do różnego rodzaju dysfunkcji. Jakbyśmy popatrzyli na świat, jest takie badanie *Massachusetts Male Aging*

Study i tam włączono do tego badania 1709 mężczyzn w wieku od 40-70 lat. W pierwszym etapie ich diagnozowano właściwie taką grupę 1156 i wśród tych 1156 mężczyzn aż 52% miało zaburzenia erekcji. No i oczywiście trzeba sobie zadać pytanie: w jakim wieku byli ci panowie? To był przedział wieku między 40-tym a 70-tym rokiem życia, więc no wiek średni i panowie już starsi. No i oczywiście można podejrzewać że wzięto więcej 70-latków niż 40-latków. Natomiast jak rozłożyliśmy to dekadami życia, jak wyglądają te dysfunkcje seksualne, to u 40-latków 39% mężczyzn w szerokiej populacji ma zaburzenia erekcji. To był rok 1994. A jest taka symulacja *ITAKA*, która pokazuje, że między rokiem '95 a rokiem 2025 to w skali całego świata zaburzenia erekcji zmieniają swoją liczbę ze 152 milionów do 322 milionów, czyli w ciągu 30 lat będziemy mieli przyrost o ponad 100%. Także myślę, że w tej chwili ostatnie badania jakie mamy na temat szerokiej populacji w Polsce, to pochodzą z 2005 roku. Myślę, że ta sytuacja się *dramatycznie i drastycznie zmienia* - przynajmniej my to widzimy u naszych pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Bo w naszych badaniach, które publikowane są między innymi w *International Journal of Impotence Research*, to odsetek ten to jest około 80%, a więc myślę, że to bardzo, bardzo dużo.

M: Tak, rzeczywiście - bardzo, bardzo dużo. Jakiego rodzaju dysfunkcje najczęściej mają Polacy?

D: Oczywiście najczęstszą dysfunkcją wbrew pozorom jest dysfunkcja, o której się nie mówi, a właściwie niewiele się wie, z tego względu, że do niedawna nie było możliwości albo mieliśmy takie trochę niezadowolające metody leczenia tej dysfunkcji - to był oczywiście *przedwczesny wytrysk*. I to jest schorzenie, które występuje w Europie w 30%, w Polsce według badań 38% mężczyzn ma dysfunkcje seksualne tego typu. Natomiast jeżeli chodzi o *zaburzenia erekcji*, to jest druga dysfunkcja, która dotyczy mężczyzn już trochę starszych. Aczkolwiek według jakiś tam badań włoskich, to u ludzi między 20-tym a 30-tym rokiem życia ona występuje w około 9%, a więc w związku z tym też to co dziesiąty młody mężczyzna, po którym na pewno nie widać tego i nie podejrzewalibyśmy absolutnie go o to, że może być dotknięty taką dysfunkcją, ją po prostu ma.

M: Co dziesiąty młody mężczyzna.

D: Co dziesiąty młody mężczyzna, między 20-tym a 30-tym rokiem życia. To oczywiście potem będzie *narastało*, to jak narasta częstość występowania chorób układu sercowo-naczyniowego. To jeżeli mówimy, że te choroby *mają wspólne tło* - a jakie to pewnie sobie ustalimy - no to oczywiście

kiedys jak przywożono do szpitala *40-latka* z zawałem mięśnia sercowego, to wszyscy szli zobaczyć jakiego *młodego* pacjenta przywieziono z zawałem. W tej chwili jak przyjeżdża *dwudziestokilkulatek*, nikt się nie dziwi. Po prostu płacimy cenę, złą cenę taką albo cenę za *złe oblicza rozwoju*.

M: Tak. Zaraz do tego dojdziemy. Ale zanim, to jeszcze chciałem dopytać. To jest taki temat, który – tak jak wspomniałeś - często zostaje za drzwiami, dysfunkcje seksualne, i to że tak niechętnie z tym przychodzimy do lekarza, to wynika z tego, że to jest taki wstydlivy temat, czy też może część osób albo większa część osób po prostu sobie nie zdaje sprawy z tego, że takie dysfunkcje posiada?

D: Ja myślę, że o tym że człowiek ma dysfunkcje seksualne to *się łatwo przekonać*, tak naprawdę. Jeżeli ktoś ma partnera seksualnego i podejmuje jakby uprawiania tej aktywności seksualnej, to *wie albo nie wie*, że ma problem. Bardzo często my się *wycofujemy* przed pytaniem pacjenta o dysfunkcje seksualne. No, oczywiście lekarze w pewnym sensie mają jakąś *ograniczoną wiedzę*, nas tego nigdy nikt nie uczył. W tej chwili powstają *projekty edukacyjne*, uczymy pacjentów, uczymy studentów. Jesteśmy jedynym *Uniwersytetem Medycznym* na świecie, który ma taki przedmiot, który się nazywa *kardioseksuologia*, na który młodzi ludzie chętnie bardzo uczęszczają, z tego względu, że tam dostają kompleksową wiedzę, na temat tego co mają z pacjentem zrobić, jak mają go diagnozować. Natomiast myślę, że temat jest przede wszystkim *wstydlivy*. Bo jak pytamy naszych pacjentów – a ja pytam od bardzo wielu lat swoich pacjentów kardiologicznych, którzy są kwalifikowani do *rehabilitacji kardiologicznej*, są po zawałach, są po różnego rodzaju incydentach kardiologicznych - czy mają *zaburzenia erekcji*, to trzeba sobie uświadomić to, że *80%* naszych pacjentów, którzy mają *dysfunkcje seksualne*, potrafią od razu podczas pierwszego spotkania powiedzieć, że: tak, mam, cierpię z tego powodu i chciałbym coś z tym zrobić. Ja myślę, że od pewnego czasu dopiero *jakość życia* jest takim parametrem - kładzie się na to bardzo duży ciężar. Kiedyś uważaliśmy, że najważniejszą rzeczą jest *przedłużanie tego życia*. W tej chwili uważamy, że to życie powinno być *długie*, ale powinno być również *dobre*. Zatem dysfunkcje seksualne akurat są takim elementem, który tą *jakość życia* bardzo mocno *obniżają*. I przez długi czas jakby nie zwracaliśmy w ogóle uwagi na ten temat i przez długi czas było to nie ważne. My uważaliśmy a priori, że dla naszych pacjentów, którzy są po zawale ta aktywność seksualna jest rzeczą może *drugorzędną*, czyli czymś co nie jest do końca już istotne - ważne że przeżyli, ważne że udało się ich uratować. Natomiast pojawiła się w marcu również nasza praca w *Archives of Medical Science* i tam zapytaliśmy naszych pacjentów po zawałach - pacjentów młodych i pacjentów starszych, pacjentów

str. 5 <http://www.wiecejnizzdroweodzywianie.pl/>

którzy właśnie byli w trakcie cyklu rehabilitacji kardiologicznej - jak istotna jest ta *dobra sprawność seksualna*. No i w tym wypadku nasi pacjenci nas bardzo mocno zaskoczyli, z tego względu, że 82% naszych mężczyzn powiedziało, że dobra sprawność seksualna jest dla nich *ważna albo bardzo ważna*. A więc to jest dla nas odkrycie niesamowite i to jest przytłaczający odsetek mężczyzn chciałoby tak naprawę tą dobrą sprawność seksualną posiadać.

M: Widać z tego, że wśród ludzi pojawia się taka świadomość tego, że czegoś może im brakować i że po to, żeby te życie nabrało blasku, pewne rzeczy trzeba wyleczyć - związane z jakimiś dysfunkcjami seksualnymi.

D: Ja myślę, że *środowisko* sprzyja temu wszystkiemu, bo przecież wystarczy po godzinie 21-ej czy 22-ej włączyć telewizję i oglądać jakiś tam program. Za chwilę filmy, szczególnie jakieś takie niezwykle ciekawe, są co chwilę przerywane *reklamami*, no i dominują reklamy właśnie jakiś tam *środków*, które w cudowny sposób mają zmienić męskość, poprawić coś, wydłużyć coś - no są to absolutnie różnego rodzaju rady, takie które w istotny sposób *wpływają na tych mężczyzn*. I myśmy sobie pozwolili, moi studenci tak naprawę, pozwolili sobie zrobić taką pracę - zanalizować postrzeganie tej dobrej sprawności seksualnej wśród mężczyzn od roku 2011 do 2015, a potem w roku 2016, kiedy wszedł odpowiednik *Viagry* w postaci leku *OTC*, czyli kupowanego w aptece bez recepty. No i oczywiście pojawiły się różnego rodzaju *suplementy diety* i one były *agresywnie reklamowane*. I oczywiście jest *istotna różnica* w postrzeganiu tej dobrej sprawności seksualnej - więcej mężczyzn w tej chwili uważa, że jest to dla nich *ważne albo bardzo ważne*. W związku z tym ja wiem, że te reklamy mogą denerwować, irytować, ale tak naprawę z mojego punktu widzenia *zrobiły trochę dobrego* - z tego względu, że *zwróciły uwagę na to*, że ten problem istnieje, że ten problem jest istotny i ogromny skoro mnóstwo czasu antenowego jest właśnie poświęcone temu zagadnieniu w taki sposób zawołany, czyli przez jakieś tam puszczanie reklam tych właśnie środków poprawiających sprawność seksualną.

M: Tak. Rzeczywiście jak o tym mówileś, to sobie uświadomiłem, że też te reklamy zauważyłem, że się pojawiają. Kiedyś tego nie było. Znaczą tak - już wiemy, że co dziesiąty mężczyzna do 30-tego roku życia, co drugi w grupie 40-70 lat ma jakieś dysfunkcje seksualne...

D: ... tu w tym wypadku badano *zaburzenia erekcji*. Nie ogólnie worek cały 'dysfunkcje seksualne', tylko zaburzenia erekcji.

M: Czyli już jedna konkretna dysfunkcja, która tam wylania się na jednym z pierwszych miejsc.

D: Tak.

M: Czyli jeśli byśmy wzięli szerszy worek, to te statystyki są jeszcze gorsze.

D: No, myślę że *mężczyzna sprawny*, to za chwilę jak to tak dalej będzie się toczyło, to będzie naprawdę *unikat*.

M: Niesamowite. No dobrze, to może teraz warto przejść do tej głównej części i zidentyfikować jakie są główne przyczyny powstawania takich zaburzeń erekcji i czy da się wyłonić jakieś dominujące czynniki?

D: Kiedyś uważaliśmy, że w ogóle generalnie *przyczyny zaburzeń erekcji* dzielimy na *dwie grupy*, aczkolwiek trzeba jeszcze wyróżnić naturalnie trzecią grupę, która pochodzi z przenikania się tych dwóch pierwszych czynników. A więc to są *czynniki psychogenne*, które kiedyś uważaliśmy, że zajmują znaczny odsetek tej grupy pacjentów - dotyczą te właśnie dysfunkcje psychogenne. Natomiast w tej chwili uważamy, że to jest od *10 do 30%*, skłaniając się do ku odsetkowi 10%. No i oczywiście *przyczyny organiczne*. Wśród tych przyczyn organicznych dominuje absolutny zabójca - numer jeden jeżeli chodzi o erekcję - to jest *cukrzyca*, to jest 40%, potem *miażdżyca* 30%, potem są jakieś *czynniki neurologiczne*, czynniki oczywiście związane z *chorobami gruczołu krokowego*, w końcu *zaburzenia hormonalne*, które dotyczą głównie hormonu głównego *męskiego androgeny*, czyli *testosteronu*.

M: To jak tak patrzę, to generalnie choroby przewlekłe.

D: Głównie choroby przewlekłe, głównie *choroby cywilizacyjne*, bo tak właściwie należy je nazwać. To są te czynniki, które w sposób zasadniczy u większości pacjentów niszczą im tą sprawność seksualną.

M: W jaki sposób takim ludziom można pomóc?

D: Na pewno najtańszą metodą byłoby *zapobiegać tym chorobom*. Ale tak samo to się odbywa w przypadku chorób układu sercowo-naczyniowego - to są pewnego rodzaju *ograniczenia*. Ograniczenia, które ludzie bardzo często odbierają jako coś co *negatywnie* wpływa na ich jakość życia, stopę życiową - pacjenci bardzo różnie to nazywają. Bardzo często ci ludzie tacy *młodzi*, którzy jeszcze nie są dotknięci tymi chorobami, ale już mają te *czynniki ryzyka* - i tak naprawdę to wojna już się toczy, tylko ta wojna toczy się w *śródbłonku* i to jest ta *miażdżycy* w tym takim *stadium przedklinicznym* - pacjenci nie mają *żadnego imperatywu* do tego, żeby cokolwiek z tym zrobić, po prostu. A więc *łatwiej* jest pracować z człowiekiem, który jest *dotknięty* czymś, z tego względu, że on czuje tego *negatywne konsekwencje*, niż komuś opowiadać co będzie za 20 lat. Chociaż my wiemy, że tak średnio doprowadzą do ujawnienia się tej *miażdżycy* w takiej postaci już klinicznej - to będzie albo *zawał mięśnia sercowego* albo *udar* albo *zaburzenia erekcji*, które się pokazują wcześniej z tego względu, że są związane ze specyficzną bardzo sytuacją, bo już są związane z *dysfunkcją śródbłonka naczyniowego*.

M: No właśnie, to może teraz jest dobry moment - zanim przejdziemy do zapobiegania - powiedzieć w jaki sposób choroby układu krwionośnego łączą się z zaburzeniami erekcji, bo z tego co mówisz, to domniemuję, że jest jakieś bezpośrednie połączenie.

D: No jest kilka takich elementów, dla których *zaburzenia erekcji* są szczególnie, że tak powiem, *ważne dla kardiologa* albo dla takiego lekarza, który się zajmuje chorobami układu sercowo-naczyniowego - czy to będzie *hipertensjolog*, będzie też *angiolog* w pewnym zakresie - ponieważ w przypadku chorób układu sercowo-naczyniowego mówimy o pewnym *kontinuum sercowo-naczyniowym*. Kontinuum sercowo-naczyniowe to jest na początku: *czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego*, potem są jakieś *kliniczne uszkodzenia narządowe*, potem mamy na przykład już *pełnoobjawową chorobę sercowo-naczyniową*, potem mamy *powikłania* czyli *zawał mięśnia sercowego*, *niewydolność serca* i w końcu *zgon*. Nie mamy tak naprawdę klinicznie metody takiej do szerokiego wykorzystania, poza takimi jakimiś badaniami takimi naukowymi, *badaniami laboratoryjnymi*, gdzie możemy *ocenić funkcje śródbłonka naczyniowego*. Śródbłonek naczyniowy to jest taki *narząd* w organizmie, który - tak trzeba to nazwać, bo tak naprawdę gdybyśmy zebrali cały ten śródbłonek naczyniowy z człowieka to stanowiłby on narząd *o masie 1 kg*, a więc to jest potężny narząd tak naprawdę - to jest *wyściółka naczyń krwionośnych*. To jest jedna warstwa komórek, które pełnią w naczyniach znaczącą rolę tak naprawdę, bo one *regulują przepływ* przez te naczynia i *dowodzą* tak naprawdę w tych naczyniach. I choroba, te czynniki ryzyka, tak naprawdę na początku *uszkadzają sprawność* tego śródbłonka naczyniowego. I ten śródbłonek naczyniowy - my

nie potrafimy go w taki sposób klinicznie łatwo i prosto na co dzień ocenić. Natomiast *zaburzenia erekcji* są takim doskonałym, że tak powiem, sposobem *oceny tej funkcji* śródbłonna naczyniowego z tego względu, że gdybyśmy popatrzyli na choroby układu sercowo-naczyniowego, na zawał mięśnia sercowego i na zaburzenia erekcji, to jest taka teoria związana ze *średnicą naczyń*. Czyli w *mięśniu sercowym* naczynia mają tam *od 2 do 4mm* - duże tętnice mają czasami nawet 6mm - natomiast *tętnice głębokie ciał jamistych* mają około *1mm*, czasami jest to 1,5mm, ale generalnie jak się ocenia to w spoczynku, to te tętnice są bardzo, bardzo małe. No i oczywiście w takiej sytuacji możemy podejrzewać, że jeżeli dojdzie do jakiejś tam dysfunkcji, to przede wszystkim będzie *zaburzony przepływ w tych małych naczyniach*. Natomiast prawda leży jeszcze głębiej z tego względu, że naczynia krwionośne w organizmie człowieka są w stanie się rozszerzyć *od 10 do 20%* - to jest ta rezerwa taka, która pozwala im *zwiększyć swoją średnicę*. Natomiast w przypadku *naczyń prącia*, to ta rezerwa to jest aż *80%* - z tego względu, że gdybyśmy popatrzyli na *hemodynamikę* przepływu krwi przez ciała jamiste, to tam w bardzo krótkim czasie trzeba przez bardzo wąskie naczynia przeprowadzić stosunkowo dużą ilość krwi. W związku z tym te tętnice muszą się *bardzo mocno rozszerzyć*, natomiast rozszerzenie tętnic jest związane z funkcją śródbłonna naczyniowego. I już wystarczy, żeby ten śródbłonek naczyniowy *był uszkodzony* - gdzie jeszcze nie ma żadnych *morfologicznie zmian*, nie ma zmian związanych ze zmianami w budowie warstw naczyń i tak dalej - natomiast wystarczy, żeby ten śródbłonek był uszkodzony, wówczas on *nie pracuje tak jak trzeba*. Wówczas nie dojdzie już do tego szybkiego rozkurczu i dużego rozkurczu tych naczyń, no i oczywiście *nie dojdzie do erekcji*. Jest takie *badanie Montorsiego* z 2003 roku, które pokazuje, że dla 300 mężczyzn, u 67 panów którzy trafili na oddział kardiologiczny z *ostrym zespołem wieńcowym*, czyli z zawałem mięśnia sercowego, aż *67%* miało wcześniej występujące *zaburzenia erekcji*. I te zaburzenia erekcji średnio występowały około *38 miesięcy wcześniej* przed tym ostrym zespołem wieńcowym. W związku z tym powinniśmy traktować te zaburzenia erekcji jak taką *lampkę ostrzegawczą* - tak jak mamy w samochodach, w różnych urządzeniach różnego rodzaju alarmy - to w tym wypadku w organizmie mężczyzny zaburzenia erekcji są zdecydowanie taką lampką ostrzegawczą.

M: Świetna analogia. Jak mówiłeś, to właśnie zanim powiedziałeś, to też mi się skojarzyło z jakąś kontrolką na tablicy rozdzielczej.

D: Naprawdę dobre porównanie – właśnie taka *tablica rozdzielcza i kontrolka*. Natomiast mało kto wie, nawet jeżeli mu się ta kontrolka zapali, to mało kto wie, że to jest kontrolka i że jest związana właśnie z taką sytuacją, że jeżeli nic się z tym nie zrobi, to *za 3 lata, 4 lata* - oczywiście to był średni

czas tam oceniony - będziemy mieli problem już *poważniejszy*, z innego łożyska naczyniowego, będziemy problem mieli z *zawalem*, z *udarem*. No, oczywiście choroba spowoduje, że otrzymamy się tak naprawdę o śmierć.

M: Ale w ogóle tak sobie myślę, że natura jest genialna, bo tą kontrolkę - będę trzymał się tej analogii - ciężar tej kontrolki położyła na zachowania, które zwykle w życiu człowieka są bardzo ważne.

D: No, prawda. To jest też słuszna bardzo uwaga właśnie, że ta sfera seksualna jest *bardzo istotną sferą* w życiu każdego człowieka. Oczywiście w sposób bardzo indywidualny ludzie do niego podchodzą, ale większość osób właśnie jak się ich zapyta o tą sferę seksualną, o to zdrowie - mimo że mamy do czynienia pacjentami starszymi mocno oczywiście, schorowanymi - ale jednak ci mężczyźni uważają, że dla nich to jest *bardzo, bardzo istotne*. W związku z tym, właśnie ta sfera życia jest mocno sferą *obserwowaną* przez mężczyzn i bardzo szybko *dysfunkcje* pochodzące z tej sfery życia ich dotyczą, no i oczywiście bardzo negatywnie wpływają na ich jakość życia. Także wystarczy ich nauczyć *co mają obserwować*, no i już będzie większe prawdopodobieństwo, bo będziemy mieli większe szanse na to, że takiego mężczyznę uda nam się po prostu *uratować w odpowiednim momencie*.

M: Dobrze. To może pociągnijmy ten temat. Na co mężczyźni powinni zwracać uwagę, żeby nie przegapić tej kontrolki na swojej desce rozdzielczej?

D: Ja myślę, że gdybyśmy popatrzyli na definicję zaburzeń erekcji, to jest *trwała niezdolność*. Co to znaczy trwała niezdolność? No właśnie, bo to jest zawsze pytanie - czasami przychodzi mężczyzna, który mówi: panie doktorze, ja od *dwóch czy od trzech tygodni* mam problemy z erekcją. A więc ja mu zawsze mówię: no to w takim bądź razie spotykamy się *za 2,5 miesiąca* i wtedy będziemy się zastanawiali co z tym tak naprawdę można zrobić. Oczywiście w tej chwili możemy usiąść, popatrzeć na to czy nie trzeba leczyć odpowiednio *cukrzycy*, czy nie trzeba zmienić coś w lekach przeciw *nadciśnieniu tętniczemu*, czy nie trzeba zmobilizować pana do tego, żeby rzucił *palenie tytoniu*. Ale tak naprawdę, żeby rozpoznać zaburzenia erekcji, to one muszą trwać *minimum 3 miesiące*, taka jest definicja. I to jest oczywiście *pogorszenie sprawności erekcyjnej*. Bądź też drugi człon definicji polega na tym, że mężczyzna ma tą erekcję *początkowo*, ale ona jest bardzo *krótkotrwała*, kończy się tuż przed penetracją, bądź też, że tak powiem, zaraz po penetracji i nie

pozwała oczywiście temu mężczyźnie doprowadzić tej aktywności seksualnej do zadawalającego końca.

M: I w tym momencie powinna nam się zapalić lampka, że coś się dzieje nie tak. Przede wszystkim w tej sferze seksualnej, ale jeżeli nic z tym nie zrobimy, to na przykład za 3 lata możemy mieć problemy poważne z układem sercowo- naczyniowym.

D: No i to z dużym prawdopodobieństwem. Jakbyśmy popatrzyli na to badanie Montorsiego, to *67% mężczyzn*. Bo ja również czasami kwalifikując pacjenta do rehabilitacji kardiologicznej, szczególnie młodych mężczyzn, pytam go: no jak się historia jego przedstawia *przed tym zawałem*? Mówi: nie chorował, miał dobrą tolerancję wysiłku, pracował fizycznie, nosił jakieś tam ciężary i nagle bez jakiegokolwiek ostrzeżenia doszło do incydentu silnego bólu w klatce piersiowej, został zawieszony przez zespół R na Izbę Przyjęć szpitala, na SOR, no i okazało się, że ma *pełnościenny zawał mięśnia sercowego*. W tej chwili dzięki strategii wczesnego leczenia tych zwałów mięśnia sercowego tych pacjentów udaje nam się uratować, przynajmniej częściowo przed *niewydolnością serca*. A ja go pytam: a jak wyglądała pana *męska sprawność*? A on mówi: że on bardzo przeprasza, ale to chyba nie ma związku. Ja mówię: to ja panu powiem czy ma związek czy nie ma, natomiast pan mi odpowie najpierw. On mówi: od tam 8-9-10 miesięcy *było gorzej*, podejmowali z żoną różnego rodzaju próby, kupował sobie jakieś tam suplementy diety w aptece, zastanawiali się nawet do jakiego lekarza mają pójść, natomiast niestety, ale nie zdążyli. *Zaburzenia erekcji* były.

M: Rozumiem. Widać już wyraźnie połączenie między zaburzeniami erekcji, a problemami układu sercowo-naczyniowego. To może teraz przejdźmy do tego co powiedziałeś wcześniej, że dużo łatwiej niż leczyć jest zapobiegać takiej sytuacji. W jaki sposób zapobiegać chorobom układu sercowo-naczyniowego, no i w konsekwencji też zapobiegać dysfunkcjom seksualnym?

D: No ja myślę, że w tym wypadku to absolutnie mamy do czynienia z taką sytuacją, kiedy jesteśmy w stanie upiec dwie pieczenie przy jednym ogniu - czyli z jednej strony zabezpieczamy się przed wystąpieniem *chorób układu sercowo-naczyniowego*, a z drugiej strony oczywiście zabezpieczamy swoją dobrą *sprawność seksualną*.

M: Dobrze. To jak się za to zabrać?

D: No, trzeba sobie zadać pytanie z jakimi czynnikami modyfikowanymi, *czynnikami ryzyka* mamy do czynienia. No, głównie oczywiście to jest *palenie tytoniu*, to są *zaburzenia lipidowe*, czyli podwyższone stężenie cholesterolu i trójglicerydu, to jest oczywiście *cukrzyca* - straszna choroba, która jest chorobą śmiertelną, która jest bardzo często bagatelizowana przez pacjentów, kiedy przychodzą i mówią, że oni mają taką *delikatną cukrzycę*. No, bardzo często opierają tę wiedzę na tym, że mają badany cukier *na czczo* i on nie jest często bardzo wysoki. Natomiast trzeba sobie uświadomić, że te *glikemie*, czy te *stężenia cukru*, które są *po posiłku*, to są absolutnie szalone - to są stężenia, które tam w organizmie człowieka dokonują *olbrzymich strat*. Wiąże się to z olbrzymi uszkodzeniami *białek enzymatycznych* i innych struktur tego organizmu. To są jeszcze takie czynniki jak *nadciśnienie tętnicze*. Nadciśnienie tętnicze to jest takim ciekawym bardzo czynnikiem z tego względu, że z jednej strony samo nadciśnienie tętnicze *uszkadza naczynia* i prowadzi do *dysfunkcji seksualnych*, natomiast bardzo często z kolei *leczenie hipotensyjne*, czyli to leczenie, które my dajemy pacjentom, samo *wtórnie* powoduje obniżenie tej sprawności seksualnej. No i tu jest to istotne, żeby mężczyzn z jednej strony pytać o te sytuacje związane z nadciśnieniem tętniczym, ale też trzeba ich *uprzedzać* z tego względu, że mężczyzna, który nie otrzyma informacji, że to się może pojawić, to pierwszą rzeczą którą *odstawi*, to będą *leki* oczywiście. No a nadciśnienie tętnicze dalej będzie *pustoszyło* te naczynia i dalej będzie prowadziło do uszkodzenia całego organizmu. Kolejnym czynnikiem to jest, oczywiście bardzo istotnym, jest zbyt niskie natężenie prozdrowotnej *aktywności ruchowej*. Ta aktywność jest *immanentnie* związana z naszym życiem, natomiast *rozwój cywilizacji* niestety doprowadził do tego, że jest przez nas regularnie *ograniczana* i to coraz bardziej. I to właśnie to ograniczenie uważamy, że jest związane z *komfortem życia*, bo jak się pojawia jakaś nowa galeria gdzie są same schody ruchome, to wszyscy mówią: no proszę bardzo, jakie to wszystko piękne jest i nowoczesne. Natomiast no to działa na nas po prostu w zwykły sposób *zgubnie*. No i oczywiście taki czynnik bardzo istotny to *otyłość*. Otyłość, nadwaga - choroba, epidemia, dzuma - nie wiem jak to nazywać, ale to jest zdecydowanie choroba, z którą przegrywamy. I myślę, że będziemy przegrywali z tego względu, że niewiele jest osób, które zdają sobie z tego sprawę, że nadwaga i otyłość to tak naprawdę *choroby*.

M: Tak sobie zapisałem te czynniki, które powodują problemy z układem sercowo-naczyniowym. No więc: palenie tytoniu - wydaje się proste, w sensie, bo to jest albo palimy albo nie palimy. Dla niepalących to jest jakby oczywiste, że nie palą. Palący no mają jakby jasne wytyczne - mają przestać palić. Podobnie z ruchem - no mamy zacząć się ruszać. No, ale cukrzyca, nadciśnienie, otyłość, nadwaga - jak zapobiegać powstawaniu tych dolegliwości?

D: Jeśli chodzi o cukrzycę i otyłość, to są absolutnie choroby przede wszystkim *dietozależne*. Myślę, że łyżka i widelec to jest najstraszniejsza broń i najwięcej ludzi zginęło właśnie z powodu posiadania łyżki i widelca. I *nieumiejętnego korzystania* z tej łyżki i z tego widelca. I to jest istotne, żebyśmy mieli świadomość co jemy. Może inaczej - *jak powinniśmy jeść* i w jaki sposób powinniśmy jeść, jak często, jak te pokarmy powinny być *skomponowane*, no i żebyśmy byli w stanie skorzystać, że tak powiem, z tych wszystkich dobrodziejstw. Natomiast żebyśmy unikali tych wszystkich *pokus* związanych z rozwojem cywilizacji, a więc różnego rodzaju *pokarmów takich gotowych*, w których tam naprawdę nie wiadomo co tam jest. Tam jest mnóstwo *chemii*, tam jest mnóstwo *substancji konserwujących* - to wszystko będzie negatywnie wpływało. Z jednej strony będą to bardzo często pokarmy o bardzo *wysokiej gęstości kalorycznej*. Tak naprawdę kobieta, która nie prowadzi zbyt aktywnego trybu życia, jest to jej życie związane z *wydatkiem kalorycznym rzędu 1800 kcal*, a mężczyzna około *2000 kcal*. A gdybyśmy popatrzyli na te pokarmy już gotowe, to ta gęstość energetyczna to tak przynajmniej *800-900 kcal* potrafi się zmieścić w *bardzo małym kubku*. Natomiast *dostępność* tej żywności, to że ona jest na półkach, to że ona jest *kolorowa*, piękna, *smaczna* - bo jest bardzo często *thusta*, a tłuszcz jest doskonałym nośnikiem smaku - no to powoduje, że ludzie chętnie po to sięgają. I ten *naddatek kaloryczny* no po prostu jest w zwykły sposób *odkładany* i tu w tym wypadku dochodzi do *rozwinęcia się otyłości*. No oczywiście otyłość jest bardzo mocno związana z *cukrzycą*, jest jej głównym czynnikiem ryzyka. W otyłości dochodzi do *insulinooporności*, a insulinooporność powoduje, że nasza trzustka produkuje tą insulinę. Produkuje i mimo tego, że mamy tej insuliny bardzo dużo, przynajmniej w pewnej fazie, to nasze komórki *nie chcą współpracować* z tą insuliną, no i kończy się to oczywiście zbyt wysokim stężeniem cukru we krwi, no i różnego rodzaju właśnie nieszczęściami. Powikłaniami cukrzycy jest *mikroangiopatia*, *makroangiopatia*, *neuropatia*, a więc mnóstwo różnego rodzaju niekorzystnych zjawisk, które prowadzą do powstania i chorób układu sercowo-naczyniowego i zaburzeń erekcji.

M: Ja tu jeszcze jeden czynnik widzę odnośnie tej diety. Bo tak ładnie opisałeś te produkty gotowe, które mają wysoką gęstość energetyczną w kontekście białko, cukier i tłuszcz - czyli makroelementy, natomiast one z kolei mają niską gęstość związaną z mikroelementami. Wtlaczamy do siebie dużo kalorii, a jednocześnie tych mikroelementów tam jest niewiele.

D: No oczywiście, to jest kwestia właśnie jakiś tam niekorzystnych zachowań. Część tych *mikroelementów* tak czy tak powinniśmy dostarczać w postaci jakby jakiejś tam *suplementacji*. Natomiast no też trzeba mieć świadomość tego, że trzeba to robić. A jeśli chodzi o te pokarmy właśnie gotowe, no to trzeba pamiętać też o *substancjach konserwujących*, w których bardzo często

jest *sód*, a sód jest z kolei *czynnikiem ryzyka* nadciśnienia tętniczego. W związku z tym gdybyśmy popatrzyli na badania naszej populacji, to około 30% dorosłej populacji ma nadciśnienie tętnicze, a następny odsetek bardzo duży pacjentów będzie miał nadciśnienie z tego względu, że ci wszyscy pacjenci, którzy mają skurczowe ciśnienie tętnicze między 130 a 140 mmHg, to są kandydaci do rozwinięcia się nadciśnienia tętniczego. Amerykanie mówią na to „*prehypertension*”, u nas mówi się, że to jest *ciśnienie wysokie prawidłowe*. No i oczywiście jeżeli ci pacjenci będą dostarczali do swojego organizmu zbyt dużą ilość sodu, dodatkowo będą powodowali - albo ich styl życia będzie sprzyjał rozwinięciu się innych czynników ryzyka - no to oczywiście z czasem dojdzie do tego, że to nadciśnienie tętnicze się rozwinie.

M: To już wiemy, że unikamy produktów gotowych, bo one mają bardzo dużo kalorii, a jednocześnie czasem braki w mikroelementach, dodatkowo mają dużo sodu - wszystko to może powodować nadciśnienie, cukrzycę, otyłość. No ale, jeżeli rezygnujemy z tych produktów gotowych, to co w zamian? Jak powinna wyglądać dieta osoby, która dba o swoją przyszłość i nie chce mieć choroby na przykład związanej z układem sercowo-naczyniowym, cukrzycy lub otyłości? Jak taka dieta powinna wyglądać?

D: Ja myślę, że mamy coś takiego jak *dieta śródziemnomorska* - ja wiem, że to jest bardzo często dieta wymagająca *większego zaangażowania* i poświęcenia przygotowaniu swoich posiłków trochę większego czasu, to wymaga. Ale taką dietą, faktycznie która *zabezpiecza nas* bardzo dobrze przed chorobami układu sercowo-naczyniowego - co stwierdzono już w latach 50-tych i to był *doktor Ancel Keys*, w latach 50-tych, on badał dietę mieszkańców kraju *basenu Morza Śródziemnego*. Oczywiście to była dieta, która była charakterystyczna dla *lat 50-tych*, bo w tej chwili ona też uległa pewnym *modyfikacjom*, tam też ten postęp cywilizacyjny doprowadził do różnego rodzaju niekorzystnych zmian. Ale gdybyśmy popatrzyli na *piramidę diety śródziemnomorskiej*, to oczywiście to co jest tam pięknego, to to że u podstawy tej piramidy jest *aktywność fizyczna*. Aktywność fizyczna, która jest i powinna być absolutnie *czynnikiem numer jeden* naszego funkcjonowania codziennego. I to nie powinna być tylko aktywność poświęcana *uprawianiu jakiegoś sportu*, fitnessu, ale powinniśmy *wykorzystywać różnego rodzaju momenty* do tej aktywności. A więc jak pracujemy w jakimś biurówcu gdzie są 2-3-4 piętra to nie korzystajmy z *windy*, tylko przejdźmy się *po schodach*. Jeżeli jedziemy do supermarketu zrobić jakieś tam zakupy, to stańmy troszeczkę dalej i wykorzystajmy ten moment, żeby się *przespacerować*. Jeżeli mamy chwilę czasu, jest piękna pogoda, to wysiadźmy z tramwaju jeden przystanek wcześniej przed domem i też *przespacerujmy się*. Korzystajmy i szukajmy *każdej sposobności* do tego, żeby

uprawiać tą aktywność fizyczną, z tego względu, że ona jest naprawdę *niezwykle istotna* dla dobrego funkcjonowania i naszych naczyń krwionośnych w sercu i oczywiście naszych naczyń krwionośnych, które decydują o naszej sprawności seksualnej. Na następnym piętrze tak naprawdę są *warzywa i owoce*. I tutaj mówimy, że jeśli chodzi o *warzywa*, to możemy spożywać *bez ograniczeń*, natomiast w przypadku *owoców* ze względu na to, że *zawierają cukier*, no musimy podlegać już pewnym rygorom. Tak naprawdę układamy to w ten sposób, że na *trzy jednostki warzyw* przypada *jedna jednostka owoców*. Owoce najlepiej jeżeli to są jakieś tam *owoce sezonowe*, które nie są konserwowane, które nie muszą być przywiezione z daleka i nie muszą być nasączone różnymi *substancjami chemicznymi*. No, to niestety nie wszystko się rozkłada i potem ten organizm ma problem z usunięciem różnego rodzaju substancji. I oczywiście należy pamiętać, że te owoce należy spożywać przede wszystkim *rano i do południa*. No różne szkoły tutaj są - niektórzy mówią że do 14 godziny, niektórzy mówią że do 16 godziny, z tego względu że w owocach jest *fruktoza*, no a popołudniu ten organizm czy tam wieczorem nie daje już sobie tak dobrze rady z tą fruktozą i ona służy temu organizmowi do *wytwarzania zapasów* tak naprawdę, czyli kwasów tłuszczowych. I to wszystko tak naprawdę powoduje, że uważamy że to jest bardzo zdrowe, a okazuje się, że jest to działanie tak naprawdę *niekorzystne* dla naszego zdrowia. Dalej gdybyśmy się poruszali w stronę szczytu tej piramidy, to mamy oczywiście *pieczywo*. No i tu w tym wypadku oczywiście powinno być to *pieczywo pełnoziarniste*, najlepiej jeżeli to jest pieczywo *żytnie*, jeżeli to jest pieczywo *gryczane, owsiane*. No ja przynajmniej ze swojego doświadczenia, i też tak staram się jakoś tego przestrzegać, mniej spożywam *pieczywa pszennego*, a już zupełnie nie spożywam *białego pieczywa pszennego*, z tego względu, że poza właśnie *olbrzymim ładunkiem energetycznym* nie dostarcza temu organizmowi zbyt wielu korzystnych substancji. Potem gdybyśmy popatrzyli dalej, to oczywiście będziemy mieli *ryby*. Potrzebujemy w normalnej diecie *kwasów tłuszczowych wielonienasyconych*, no i ryby są doskonałym takim dostarczycielem tych kwasów wielonienasyconych. Mówi się, że *dwa do trzech razy w tygodniu* powinno się spożywać ryby. No, oczywiście ktoś może powiedzieć: dlaczego nie mogę jeść tych ryb codziennie, przecież stać mnie na to? *Łosoś, halibut, tuńczyk* to są gatunki, które długo żyją i one niestety mają wielką zdolność *kumulacji w sobie rtęci*, więc zbyt częste spożywanie tych ryb, to też niestety nie będzie nam pomagało. Jeżeli kupujemy ryby, no to starajmy się kupować ryby *nie hodowlane*. Czyli jeżeli chodzi oczywiście o ryby morskie - czyli unikajmy *łososia hodowlanego*, unikajmy *hodowlanego halibuta*. Starajmy się kupować ryby, które są *odławiane na dziko*. Trudno mi się wypowiadać na temat *ryb słodkowodnych*, ale myślę że one również mają dużą wartość na pewno, ta wartość jest dużo wyższa niż w przypadku czerwonego mięsa, które tutaj jest ulubionym składnikiem naszej diety. No zachowanie dobrego zdrowia to nie tylko mówimy tu to tym, że powinniśmy odpowiednio jeść, ale powinniśmy też *odpowiednio*

gotować. Czyli powinniśmy unikać takiej techniki kulinarnej jak *smażenie*, a zdaje sobie też sprawę z tego, że jest to technika niezwykle częsta. Czasami pacjenci mnie pytają na jakiś tam spotkaniach z pacjentami - mamy takie spotkania raz w miesiącu w kilku miejscach na *Dolnym Śląsku* i na *Opolszczyźnie* w ramach właśnie takiej *edukacji kardioseksuologicznej*. Już do tej pory wyedukowaliśmy ponad 17 tysięcy osób - to jest *projekt PREVANDRO*, który trwa od 2010 roku do dziś, z resztą publikowany już w kilku bardzo dobrych pracach na zachodzie. Także uczymy w tej dyskusji medycznej na temat kardioseksuologii. Ale czasami pacjenci pytają: przepraszam bardzo, ale na czym smażyć? Ja mówię: tu w tym wypadku odpowiedź jest najprostsza jakiej można udzielić - *smażyć nie wolno*. No i widzę zawsze ten zrozpaczony wzrok, tęskniący do schabowego z kapustką. Ja mówię: no jeżeli się coś tam niezwykle wydarzy w życiu i potraktujecie to jako absolutnie *święto nad świętami*, no to może się taka sytuacja zdarzyć. Natomiast absolutnie nie powinno się smażyć. To powinno być *gotowanie*, to powinno być *duszenie, pieczenie, grillowanie*, ale smażenie jest tą techniką niekorzystną. Kolejny punkt to będzie następny - *produkty mleczne*. Produkty mleczne, ale też mamy *drób* tam. Drób, który bardzo często pacjenci właśnie też mówią, że no jeżeli nie mięso to drób, no ale jak widzimy zbliżymy się powoli do *szczytu tej piramidy*, a więc ten drób wcale w takim genialnym miejscu tej piramidy nie jest położony. Oczywiście drób jest wtedy korzystny i wtedy jest dobry, kiedy to jest drób *wyhodowany w odpowiedni sposób*. A więc tutaj techniki hodowli tego drobiu decydują o tym, że ten drób albo jest dobry albo jest niedobry. A więc jeżeli coś *kosztuje bardzo mało*, jest *masowo sprzedawane* gdzieś tam w ramach promocji, no to trzeba mieć świadomość, że to nie będzie jakaś tam hodowla super ekologiczna. Natomiast jeżeli chcemy kupić sobie jakieś tam mięso pochodzące z kurczaków, które są hodowane na tak zwanym *wolnym wybiegu*, no to trzeba mieć świadomość tego, że te *koszty będą wyższe tego mięsa*. A więc unikajmy jakiś tam super propozycji, bo zazwyczaj za tymi super propozycjami stoi trochę *niższa jakość* niż ta, której powinniśmy oczekiwać od żywności. No i w tym wypadku mamy *kurczaki*, mamy *indyki*, mamy *kaczki*, mamy *gęsi*, co kto lubi to można wykorzystywać, tylko nie w takiej kuchni codziennej. Natomiast trzeba pamiętać, że pewne ograniczenia my stosujemy do spożywania *jaj*. No i tutaj pewnie się narażę wielu osobom, bo patrząc na stanowiska takie towarzystw naukowych, to my mówimy, że każdy *zdrowy człowiek* może zjeść *jedno jajko dziennie*, natomiast jeżeli ma jakieś *zaburzenia lipidowe*, to może spożyć *trzy jajka w tygodniu*. No, ale trwa odwieczna wojna pomiędzy miłośnikami jajek a wrogami jajek. No i niedawno widziałem jakieś tam badania, które udowodniały, że te jaja absolutnie nie są szkodliwe, wręcz korzystnie działają. Trudno mi wypowiedzieć się autorytatywnie na ten temat, bo ja się tym nie zajmuję. Natomiast myślę, że spożywanie tego jednego jajka, jeżeli ono jest *odpowiednio przygotowane* jeszcze - ponieważ trzeba pamiętać, że w jajach są substancje, które są *niezwykle korzystne*, ale będą tak długo jak długo tego

nie ugotujemy na kolor zielony. W związku z tym takie twarde jajka, którymi można komuś zrobić krzywdę, no to nie jest najlepszy pomysł, żeby takie rzeczy jeść. Także jajka najlepiej gdyby były *ugotowane na miękko*. Jak ktoś nie wie jak się gotuje jajka na miękko, to ja podam taki swój przepis: że do *wrzątku*, czyli wody która się gotuje, wkłada się jajko i gotuje to się to *5 minut*, potem trzeba to wyjąć i ono na pewno będzie miękkie na 100%. Natomiast usmażenie jajka czy ugotowanie tego jajka na twardo już spowoduje, że to jajko będzie no niestety, ale miało dużo mniej korzystnych substancji niż oczekujemy.

M: A jakie jest Twoje zdanie na temat produktów mlecznych? Bo w produktach mlecznych szczególnie kazeina jest takim dyskusyjnym składnikiem - chodzi o to, że duża część osób, duża część populacji nie jest w stanie jej poprawnie strawić.

D: Ja myślę, że tam jest i *laktoza* i *kazeina*, także w związku z tym - ja nie mam zdania na temat mleka, bo nie mam takiego sprecyzowanego. Sam nie używam z tego względu, że nie toleruję laktozy. Są pacjenci, którzy zadziwiają mnie i przychodzą i mówią, że oni piją mleko litrami i im to mleko *nie szkodzi*. Natomiast są tacy, którzy bardzo często *nie tolerują* tego mleka. A więc trzeba ludzi dorosłych szczególnie *ostrzec*, że jeżeli występują jakiegokolwiek *objawy gastryczne* i te objawy występują po spożywaniu produktów mlecznych, właśnie szczególnie pochodzących z *mleka słodkiego*. Bo z mleka słodkiego robi się sery i z niego robi się potem sery, te które są dłużej przetwarzane to bardzo często już tak nie działa na ludzi. Natomiast jeżeli nie tolerują mleka słodkiego to powinni po prostu go *unikać*. Mleko jest produktem *dyskusyjnym*. Natomiast w każdym sklepie spożywczym są olbrzymie półki z mlekiem i jak popatrzymy na wózki, to bardzo wielu ludzi wyjeżdża ze sklepu dzierząc butelkę jedną, dwie, karton właśnie mleka. Czyli jest pewnego rodzaju *przyzwyczajenie* w naszej populacji, przynajmniej do spożywania mleka. To był produkt, który przez wiele lat *był dostępny* - mimo tego, że innych nie było, ale ten był zawsze dostępny - i myślę, że się bardzo mocno *zakorzenił* w naszej świadomości.

M: Rozumiem. To już zbliżamy się do czubka piramidy. Co nam zostało jeszcze?

D: Na czubku piramidy mamy *czerwone mięso*. No i tu oczywiście wszyscy powiedzą: no tak wieprzowina niezdrowa, ale wołowina zdrowa. Tutaj jest czerwone mięso, czyli czerwone mięso bez względu na to z jakiego zwierzęcia będzie to mięso pochodziło. Powinno być *gościem* na naszym stole, absolutnie. Czyli powinno być dostępne *kilka razy w miesiącu*, co najwyżej. I to oczywiście to nie są dni, kiedy powinno być dostępne, tylko to powinno być *kilka posiłków*. Czyli kolacje,

śniadanie i obiady będziemy liczyli jako taki posiłek i to mięso powinno być stosunkowo jednak *rzadko* spożywane.

M: Opisałeś piramidę, która jest charakterystyczna dla diety śródziemnomorskiej, diety która ma przeciwdziałać chorobom cywilizacyjnym typu cukrzyca, nadciśnienie, nadwaga – tym, które z kolei mogą się przełożyć na choroby układu sercowo-naczyniowego. Czy jeżeli patrzymy przez pryzmat profilaktyki, to oprócz tej piramidy, która dokładnie definiuje co można jeść, czy jeszcze są jakieś elementy, na które należy zwrócić uwagę, aby przeciwdziałać powstawaniu tych chorób?

D: Z boku piramidy jest butelka *wina*, no oczywiście jest *woda* również. Woda, która powinna być spożywana *regularnie* - nie powinniśmy zasuwać swojego organizmu - z tego względu, że woda jest nam potrzebna do normalnego funkcjonowania, woda jest potrzebna do *termoregulacji*, woda jest potrzebna do prawidłowej *pracy nerek*. W związku z tym powinniśmy wypijać *2-2,5 litra dziennie wody*, najlepiej we wszystkich pokarmach oczywiście. A więc trzeba się zastanowić co ktoś je i ta woda, która jest wodą w *strukturze pokarmów* powinna być uzupełniana poprzez wodę dostarczaną w postaci na przykład *wody mineralnej niegazowej*, w postaci jakiś tam *soków z warzyw* czy *sok z owoców* może być jednym z 5-ciu posiłków, które są zalecane. No ale jest też wino - jest *alkohol* tak naprawdę, nie wino. Bo gdybyśmy popatrzyli na wina, to przez długi czas obserwowaliśmy i badaliśmy takie zjawiska, były związane z *niższą* zapadalnością w krajach, w których tradycyjnie spożywa się *wino do posiłków*, szczególnie do posiłków, w stosunku do krajów, gdzie takich zachowań nie ma. To jest ten tak zwany francuski paradoks - *zjawisko francuskiego paradoksu* - czyli w basenie Morza Śródziemnego, mimo tego że pacjenci mają jakby podobne *modyfikowane czynniki ryzyka*, podobne natężenie w stosunku do tych krajów takich jak *Szkocja* i *Kraje Skandynawskie*, to okazuje się, że oni *rzadziej* chorują na chorobę niedokrwienną serca, no i wiązano to właśnie z tym *regularnym spożywaniem wina* w niewielkich ilościach. Oczywiście tu ktoś może powiedzieć: ale zaraz, ale co z tą dietą śródziemnomorską? No oczywiście to jest również w diecie śródziemnomorskiej. Jest nawet taka *provincia Nuoro na Sardynii*, gdzie ludzie nie mówią do siebie „dzień dobry”, tylko mówią do siebie „*akentannos*” czyli „100 lat życia” i tam jest najwyższy odsetek *stulatków w Europie* - tam i w *provincji Gers* chyba w południowej Francji. Oczywiście ktoś może powiedzieć: no tak, ale to jest Sardynia, więc ryby. Oni wcale nie jedzą *dużej ilości ryb*, bo ta provincia Nuoro jest wysoko w *górach*, więc oni do tego wybrzeża mają kawałek, a więc odżywiają się bardzo podobnie do tego jak u nas większość osób się odżywia, czyli jedzą *ziemniaki* i jedzą *kozinę*. No ta kozina może ktoś powiedzieć pewnie jest zdrowsza od wieprzowiny. No, ale jeżeli

nawet to *niewiele*, to dalej jest czerwone mięso, które gdybyśmy popatrzyli na tę piramidę, to ono powinno być na samym szczycie. Natomiast oni regularnie spożywają *niewielkie dawki alkoholu*. Jakie to są niewielkie dawki alkoholu? Oni piją wino o bardzo wysokiej zawartości *polifenoli, resweratrolu* - wino się nazywa „*Cannonau*” bodajże i to wino charakteryzuje właśnie bardzo duża ilość polifenoli. I te polifenole uważa się, że one pełnią *ochronną funkcję* dla śródbłonna naczyniowego, są wymiataczami *wolnych rodników tlenowych* i tak dalej i tak dalej, a więc będą *zabezpieczały* te osoby przed chorobami układu sercowo-naczyniowego. No my w tej chwili uważamy, że to nie tylko wino ma taki korzystny wpływ. Ja tu *nie namawiam*, broń Boże, nikogo do picia, bo tu się okaże, że koledzy psychiatrzy mi tu pogrożą, że namawiam społeczeństwo do picia, a potem to jest cienka czerwona linia no i różnego rodzaju nieszczęścia związane z uzależnieniami. Ale gdybyśmy popatrzyli na *zalecenia europejskie* dotyczące chorób układu sercowo-naczyniowego, to w ramach *profilaktyki* chorób układu sercowo-naczyniowego powinno się spożywać albo można spożywać *alkohol etylowy* - bo tutaj w tej chwili jakby wskazuje się na takie korzystne działanie przede wszystkim alkoholu etylowego, bo to właśnie on tak dobrze działa. I jeśli chodzi o *mężczyzn*, to oni mogą spożywać *do 20 gramów czystego etanolu*, a *kobiety do 10 gramów czystego etanolu*. No, ktoś może powiedzieć: ile to jest? Amerykanie uważają, że w *jednym dobrym drinku jest 12 gramów etanolu* - w związku z tym mężczyzna dwa drinki i to troszeczkę będzie przekroczona ta granica, a kobiety jeden drink. I to jest taka dawka, która powinna nam pomóc zabezpieczyć się przed chorobami układu sercowo-naczyniowego. Oczywiście, żeby nie było wątpliwości - nie można hodować i pielęgnować tych pozostałych czynników typu wielki brzuch, cukrzyca i tak dalej i tak dalej i tylko powiedzieć: no dodatkowo tak naprawdę to ja będę teraz sobie wszystko kompensował poprzez spożywanie niewielkich dawek alkoholu. Z tego względu, bo *to tak niestety nie działa*. Natomiast w ramach *profilaktyki* to jest dopuszczalna ilość alkoholu, który według obserwacji dużych będzie korzystnie działał na naszą sprawność i na funkcjonowanie naszego organizmu, funkcjonowanie naszych naczyń krwionośnych.

M: Taką wątpliwość mam dotyczącą szczególnie Francuzów, którzy wydają się takimi prekursorami używania czerwonego wina do poprawiania kondycji swojego układu sercowo-naczyniowego. Czy to nie jest tak, że pomagają sobie na układ sercowo-naczyniowy, a na przykład szkodą na wątrobę.

D: Ale oczywiście, że tak. Oni mają *najwyższy odsetek* w Europie pacjentów z *marskością wątroby*. Natomiast to jest kwestia spożywania *większych* ilości alkoholu. Chociaż podnosi się przede wszystkim korzystny wpływ alkoholu spożywanego *do posiłku* z tego względu, że jedną z takich

sytuacji, które są niezwykle *aterogennych*, czyli *miażdżycy twórczych* w organizmie, jest tak zwana *chylomikronemia poposiłkowa*, czyli ten moment kiedy zjemy posiłek i te całe *tluszcze z tych jelit* uwalniają się i przechodzą nam do *krwioobiegu*. I w tym wypadku alkohol etylowy ma zapobiegać powstawaniu *utlenionych form* choćby *cholesterolu*. W związku z tym jakby to jest to korzystne działanie tego alkoholu. Natomiast no oczywiście to rodzi na pewno *pokusy* - jeżeli jeden kieliszek mogę wypić to dlaczego nie dwa, jeżeli nie dwa to trzy. No i to będzie sprzyjało różnego rodzaju *patologiom* i ze strony *układu pokarmowego*, jeśli chodzi oczywiście o marskość wątroby, ale też oczywiście będzie wpływało niekorzystnie na patologie ze strony *centralnego układu nerwowego*, bo trzeba pamiętać, że im wyższa dawka spożywanego alkoholu, tym wyższe jest ryzyko oczywiście *udar mózgu*.

M: Tak. Ten sekret tkwi w trzymaniu się tych małych ilości, czyli kobieta do 10 gram, a mężczyzna do 20 gram.

D: Jest taka piękna łacińska sentencja „*Virtus in medio stat*” czyli „Cnota stoi pośrodku”, czyli zna umiar po prostu.

M: Tak. Wydaje się takie proste. Dobrze. To myślę, że tak bardzo kompleksowo przeszliśmy tutaj przez dietę. Czy coś jeszcze zostało, jeżeli chodzi o te kwestie profilaktyczne?

D: Jeśli chodzi o profilaktykę związaną z dietą, no to jest niemalże wszystko. Oczywiście tutaj gdybyśmy wzięli *dietetyka*, czyli kogoś kto się na co dzień zajmuje układaniem diety i to jest element jego życia zawodowego, no to tutaj by nam powiedział *dużo więcej* ciekawych informacji. Ja oczywiście również w swojej praktyce codziennej *korzystam z pomocy dietetyka* i pacjentów takich, którzy tego *leczenia dietetycznego* - bo to właściwie nawet nie jest postępowanie, tylko bardzo często leczenie dietetyczne - którzy wymagają tego leczenia dietetycznego, to oczywiście kieruję tych pacjentów do specjalisty takiego, który jest w stanie im pomóc *kompleksowo*. No, a tacy specjaliści to już wiedzą, co mogą dać danemu człowiekowi, patrząc na jego *wyniki* - a opisuję to wszystko, kwalifikuje go od strony medycznej - natomiast potem dietetyk już *układa* mu odpowiednio *jadłospis* po to, żeby te wszystkie zaburzenia spróbować przynajmniej *wyeliminować*. No, jeżeli oczywiście pacjent pozwoli sobie pomóc.

M: Dobrze. Zbliżamy się powolutku do końca naszej rozmowy. W tej rozmowie - przynajmniej w tej pierwszej części - duży nacisk położyliśmy na zaburzenia erekcji. Też się pojawił termin
str. 20

tej kontrolki ostrzegawczej, czyli to jeżeli są zaburzenia erekcji to może się okazać, że na przykład za 3 lata nabawimy się problemów z układem sercowo-naczyniowym...

D: ... ja myślę, że się *nie nabawimy* tych problemów, tylko one się *uwidocznia*. Bo to jest ta *tykająca bomba*, pierwsza sytuacja, która powoduje jakby *ujawnienie* tego wszystkiego. To my jesteśmy w stanie to właśnie wychwycić poprzez te *zaburzenia erekcji*, które się pokazują, bo one już są związane z tą bardzo wczesną fazą *uszkodzenia naczyń*. Gdybyśmy popatrzyli na *miażdżycę*, na *patogenezę miażdżycy*, to możemy powiedzieć, że to wszystko jest związane - nawet myśmy się kiedyś tutaj ze studentami zastanawiali nad stworzeniem takiego wykładu „*Miażdżycy, czyli jak rozwścieczyć monocytę*”. Czyli mamy takie komórki, które pod wpływem różnego rodzaju *bodźców*, szokowych takich dla nich - czyli *wysoka glikemia*, jakieś tam wolne rodniki tlenowe związane z *paleniem tytoniu*, wolne rodniki tlenowe związane z *hiperlipidemią* - postanawiają *opuścić* wnętrze naszego naczynia krwionośnego, przechodzą pod tą warstwę śródbłonkową, no i tam zaczynają tworzyć *blaszki miażdżycowe*. Jest kilka etapów tego tworzenia, to jest niezwykle skomplikowane. Ale tak naprawdę to pierwszym elementem tak naprawdę, takim „*primum movens*” możemy powiedzieć *miażdżycy czy aterotrombozy* - bo to nie tylko *miażdżycy*, ale też wszystkie procesy związane z *zakrzepicą*, czyli z dodatkowo powstawaniem różnego rodzaju krzeplin na tych zmianach miażdżycowych - to jest między innymi właśnie mechanizm niedokrwiennego udaru mózgu czy zawału mięśnia sercowego. To jest właśnie ta *dysfunkcja śródbłonka naczyniowego*. Tam jak ta *wyściółka* się zacznie psuć, to wówczas rusza ta *spirala choroby*, która prowadzi do powstania takich *blaszek miażdżycowych*, które będą dawały objawy kliniczne, między innymi takie, które tam powodują chorobę niedokrwienną serca czy zawał mięśnia sercowego. No i oczywiście tu w tym wypadku mamy *najwcześniejszy objaw* z możliwych, który jest ściśle związany właśnie z tą *dysfunkcją tego śródbłonka* - to są *zaburzenia erekcji*. I te zaburzenia erekcji występują *na długi czas przed tym*, zanim to się tak naprawdę te naczynia duże popsują i zanim te zmiany miażdżycowe osiągną do tych właśnie naczyń takich bardzo istotnych i ważnych dla życia.

M: No dobrze. I to dotyczy mężczyzn. Można powiedzieć, tak żartobliwie, że mężczyźni są swego rodzaju szczęściami, bo na kilka lat wcześniej mają taki bardzo wyraźny znak ostrzegawczy. A czy jakieś takie lub podobne znaki ostrzegawcze można również dopatrzeć się u kobiet?

D: Myślę, że dysfunkcje seksualne u kobiet są związane z *zupełnie innym* mechanizmem. Tutaj jest kwestia *sprawności*, czyli narządu, który musi osiągnąć odpowiednią twardość do tego, żeby tą

aktywność seksualną się dało uprawiać. U kobiet nie wygląda to tak korzystnie. Oczywiście panie - u nich również dochodzi do różnego rodzaju zmian, do zaburzeń *funkcji orgazmicznej*, do *spadku libido* oczywiście, dochodzi do różnego rodzaju *zespołów takich bólowych* związanych z prowadzeniem aktywności seksualnej, natomiast tutaj trudno mówić - przynajmniej nie mamy zidentyfikowanego takiego istotnego mechanizmu, który by wprost pokazywał, że za chwilę coś się będzie działo. Oczywiście to osłabienie tego życia seksualnego związane zazwyczaj z *okresem menopauzy* i z *mniejszym stężeniem estrogenów*. No, to my wiemy, że już sama menopauza jest okresem ryzyka, kiedy zmienia się *metabolizm*, kiedy te kobiety tracą *czynnik ochronny* jakim są właśnie estrogeny i kiedy zaczynają tak samo często chorować na choroby niedokrwienne serca, a nawet częściej niż mężczyźni. Także tu w tym wypadku te *dysfunkcje seksualne* są raczej związane z menopauzą, ale jest też mnóstwo innych objawów, gdzie kobieta identyfikuje tą menopauzę, tak zwane objawy z wypadnięcia. I to jest ten okres, kiedy kobieta szczególnie powinna *zadbać o swoje zdrowie*, z tego względu, że radykalnie zwiększa się jej podatność na różnego rodzaju choroby, w tym między innymi choroby układu sercowo-naczyniowego. Także tutaj ten mechanizm wprost nie działa, natomiast zasada jest, że tak powiem, podobna.

M: Darku, bardzo Ci dziękuję za rozmowę. Gdyby któryś ze słuchaczy lub słuchaczek chcieli się dowiedzieć czegoś więcej na temat kardioseksuologii, to gdzie mogą znaleźć więcej informacji?

D: Ja odsyłam zawsze chętnych na stronę www.kardioseksuologia.pl. To jest tak naprawdę *podręcznik z kardioseksuologii*, to jest narzędzie dla moich studentów, którzy mają całą tą wiedzę kardioseksuologiczną albo trzon tej wiedzy zebrany w jednym miejscu. Ale też jest to *strona dla pacjentów*, gdzie są różnego rodzaju *kwestionariusze* do wypełnienia oraz *informacje* w jaki sposób pewne rzeczy się objawiają. Są tam też informacje istotne dla mężczyzn, których myśmy dzisiaj nie poruszali, bo leżą trochę poza obszarem naszych zainteresowań odnośnie, no właśnie, choćby *obniżonego stężenia testosteronu*, ale także *chorób prostaty* - chorób prostaty, na które należy zwrócić szczególną uwagę. Każdy przyzwoity, podchodzący rzetelnie do swojego zdrowia mężczyzna *po 50-tym roku życia* - a Amerykanie twierdzą już w tej chwili, że po 47 roku życia - powinien odwiedzić *urologa*, powinien zostać zbadany, no i oczywiście powinien potem *kontrolować PSA*. Bo to są choroby, które w sposób naprawdę częsty zabierają mężczyznom najpierw dobrą jakość życia, a potem zabierają im życie. A stosunkowo łatwo można jakby stwierdzić ich obecność, pod warunkiem, że są po prostu ci mężczyźni badani. Także ja tu zachęcam wszystkim panów do tego, żeby zwrócili na tą zakładkę uwagę „*choroby gruczołu krokowego*” z tego względu, że tam jest

też dużo takich informacji. Być może któryś z panów po przeczytaniu tego, postanowi udać się do urologa i to będzie ten *właściwy moment* do tego, żeby to zrobić.

M: Dobrze. Tak już zupełnie na koniec - gdyby osoba słuchająca naszego nagrania miała zapamiętać z niego jedną rzecz, taką najważniejszą, to co najlepiej żeby zapamiętała?

D: Myślę, że *dysfunkcje seksualne* są bardzo częste, bardzo często występują. I są to te takie *lampki ostrzegawcze* na tej tablicy rozdzielczej. I *nie bagatelizujemy ich*, nie podchodzimy do tego obojętnie, tylko starajmy się wyjaśnić tą całą sytuację, bo być może *to jest ten moment*, który właśnie spowoduje, że uratuje to nam po prostu życie.

M: Bardzo dziękuję za rozmowę.

D: Ja również bardzo dziękuję.

Wiem, że to już mówiłem, ale zwrócę uwagę na to jeszcze raz. W moich nagraniach często opowiadałem o konieczności wsłuchania się w potrzeby swojego organizmu. Powstał na ten temat nawet dedykowany podcast, jest to odcinek *WNZO 069, Jak wsłuchać się w potrzeby organizmu*. To jest bardzo ważne. Każdy z nas jest inny, każdy potrzebuje odrobinę innej diety, innego traktowania swojego organizmu. Jak temu podołać? Właśnie wsłuchać się w swój organizm! On nam wysyła sygnały. Tylko my nie zawsze jesteśmy w stanie je zdekodować, zrozumieć, zauważyć. Sam jestem mężczyzną więc jakby z pierwszej ręki wiem jak kwestia potencji seksualnej jest postrzegana wśród mężczyzn. Żeby niepotrzebnie nie rozwlekać powiem tylko, że.... jest to ważne. A co robi organizm? Upraszczając, jeżeli zawałasz sprawę z dbaniem o siebie, dieta, aktywność fizyczna to dostajesz od niego bardzo mocny i bardzo bolesny sygnał w postaci zaburzenia erekcji. Czy Ci się podoba czy nie tak to sobie natura wykombinowała. Czy można sobie wyobrazić bardziej wyraźny, bardziej czytelny sygnał? Sygnał, że pora w swoim stylu życia coś zmienić. No właśnie.... A co zmienić w odżywianiu? Mnóstwo informacji jak zrobić pierwszy krok w zmianie diety znajdziesz w tym podcaście. W notatkach do tego podcastu znajdziesz tę rozmowę w formie łatwego do przeczytania transkryptu, możesz go sobie bezpłatnie ściągnąć i krok po kroku wprowadzać w życie zmiany, które zaproponował mój dzisiejszy gość. Możesz też.... Albo nie inaczej...

Wyobraź sobie, że idziesz drogą i dochodzisz do rozjazdu, skrzyżowania. Droga prowadząca w lewo jest kręta i wyboista, poprzecinana prostymi jak struny fortepianowe koleinami. W każdym wgłębieniu jest woda a pod nią kleiste błoto, które spowalnia marsz śmiałków, którzy nią podążają. Co gorzej, choć trudno w dzisiejszych czasach to sobie wyobrazić na tej drodze, wyobraź sobie, na tej drodze nie ma nawet zasięgu telefonii komórkowej! Jak w ciemną i wietrzną noc, gdy utkniesz lub zabłądzisz to nie ma nawet sposobu na wezwanie pomocy. Po prostu skandal! Po prawej stronie natomiast jest gładka i prosta autostrada. Oświetlona i dobrze oznaczona, aby nie było wątpliwości czy podążasz we właściwym kierunku. Zasięg też tam jest, do tego nawet co kilkaset metrów są telefony dzięki którym w razie wątpliwości możesz wezwać pomoc. Którą drogę wybierasz???

Droga po lewej może być analogią tego jak do tej pory wygląda Twoje wprowadzanie zdrowego odżywiania. Niby znasz kierunek, ale stawiając kolejne kroki nie czujesz się pewnie. Zmagasz się z natłokiem sprzecznych informacji, niesmacznych i skomplikowanych przepisów, krytyki znajomych i zniechęcenia w rodzinie. Podejmujesz kolejne próby, ale robiąc jeden krok do przodu za chwilę utykasz w miejscu albo nawet cofasz się do tyłu.

Na szczęście jest też inna droga. Droga, którą przeszło już wiele osób, które z sukcesem odmieniły swój sposób odżywiania. Droga dobrze oznaczona, podzielona na proste do pokonania odcinki, których pokonanie natychmiast daje Ci konkretne efekty. Droga na której w każdej chwili możesz zapytać osobę, która już tę drogę przebyła.

Którą drogę wybierasz?

Jeżeli masz już dość zmagania się z wybojami na Twojej drodze do zdrowego odżywiania to mam dla Ciebie coś co Cię może zainteresować. W dniu publikacji tego podcastu to jest 2.10.2017 otwieramy na 5 dni sprzedaż naszego kursu internetowego *W 4 tygodnie zmień swoją kuchnię na zdrową*. Znajdziesz w nim przetestowany przez nas i sprawdzony w boju przez innych kursantów program, który w 4 tygodnie przeniesie Twoje odżywianie, odżywianie Twojej rodziny na zupełnie inny wymiar. Po przejściu tego kursu już nie będziesz się zastanawiać co jutro przygotować na obiad, śniadanie, kolację. Będziesz wiedzieć których produktów pozbyć się ze swojej kuchni i czym je zamienić. Poznasz sposoby na proste wprowadzenie do diety zdrowe produkty pełnoziarniste i zdrowe tłuszcze. Po tym kursie już nie będziesz się obawiać strączków, będziesz wiedzieć jak je przygotować, aby były smaczne i lekko strawne. Będzie też oczywiście o zdrowych słodyczach. Każda lekcja tego kursu składa się z filmu wideo, który wprowadza w lekcję i w prosty sposób wyjaśnia jak w praktyce wykorzystać nowo nabytą wiedzę w Twojej kuchni. Do tego w każdej lekcji

jest przepis, dzięki temu od razu, możesz nabytą wiedzę przećwiczyć. Oczywiście w lekcjach będzie też o motywacji i sprytnym zachęcaniu domowników do wdrażania zdrowego odżywiania. Wszystko jest ułożone w przejrzysty sposób, aby krok po kroku z lekcji na lekcję wprowadzać Ciebie i Twoją rodzinę w zdrowe odżywianie. Sprzedaż kursu będzie trwała tylko 5 dni, startuje w poniedziałek 2.10.2017 i będzie trwała tylko 5 dni, tj. do piątku 6 października 2017. Więcej informacji o tym kursie znajdziesz w notatkach do tego podcastu i na stronie www.wiecejnizzdroweodzywianie.pl/zdrowakuchnia. Co zrobić jeżeli słuchasz tego nagrania po tej dacie? Też możesz wejść na tego linka, zostawiając swój adres mail otrzymasz od nas informację, gdy kurs ten będzie znowu dostępny w sprzedaży.

To wszystko na dzisiaj, życzę Ci, dużo zdrowia i wytrwałości na Twojej drodze ku zdrowemu odżywianiu i do usłyszenia w kolejnym nagraniu. Cześć!