

Po pierwsze zdrowie

Badania przesiewowe
podstawą realnej polityki zdrowotnej

RAPORT

PULS
Medycyny

32nd Politzer Society Meeting



2nd World Congress of OTOLOGY



Warsaw, Poland 2019

Organizers



WORLD HEARING CENTER
OF THE INSTITUTE OF PHYSIOLOGY AND PATHOLOGY OF HEARING



INSTITUTE
OF SENSORY ORGANS



Po pierwsze zdrowie

Badania przesiewowe
podstawą realnej polityki zdrowotnej

RAPORT

Spis treści

Wstęp

senator Waldemar Kraska, Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia 7

Wystąpienie Marszałka Senatu RP Stanisława Karczewskiego 8

Wykład wprowadzający: „Po pierwsze zdrowie”
we współpracy z Polskim Radiem Pr1 i TVP

prof. Henryk Skarżyński 9

Edukacyjna rola Polskiego Radia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych

dyr. Rafał Porzeziński, Polskie Radio 11

Działania prozdrowotne TVP na przykładzie
ogólnopolskiego programu „Po pierwsze zdrowie”

dyr. Marcin Stefaniak, TVP 13

Badania przesiewowe w profilaktyce periodontologicznej

prof. Renata Górka, prof. dr hab. n. med. Tomasz Konopka 17

Komentarz – red. Jadwiga Kamińska, Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia 20

Działania Polskiego Towarzystwa Okulistycznego
na rzecz profilaktyki w okulistyce

*prof. Iwona Grabska-Liberek, lek. Anna Plichta, lek. Aleksandra Opala, lek. Ewelina Czapka,
lek. Małgorzata Rembińska, lek. Renata Tomaszewska, lek. Wojciech Suda* 21

Komentarz – red. Justyna Wojteczek, Serwis Zdrowie PAP 23

Badania przesiewowe w urologii

prof. Piotr Radziszewski, dr n. med. Witold Cieśla 24

Komentarz – red. Dariusz Dewille, TVP3 26

Ocena i zarządzanie ryzykiem sercowo-naczyniowym

prof. Grzegorz Opolski 27

Komentarz – red. Agnieszka Pochręst-Motyczyńska, Serwis Zdrowie PAP 29

Współczesne możliwości profilaktyki neurologicznej

prof. Maria Barcikowska, prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opala, prof. dr hab. n. med. Jarosław Sławek 30

Komentarz – red. Artur Wolski, Polskie Radio Pr1 31

Profilaktyka raków skóry

prof. Sławomir Majewski 33

Komentarz – red. Katarzyna Pinkosz, Do Rzeczy 34

Profilaktyczne badania przesiewowe w chirurgii naczyniowej

prof. Piotr Andziak, dr n. med. Witold Cieśla 36

Komentarz – red. Paweł Kruś, Świat Lekarza 38

Profilaktyka raka i otyłości jest możliwa. Mamy na to dowody

prof. Mirosław Jarosz 39

Komentarz – red. Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, Puls 41

Badania przesiewowe słuchu

prof. nadzw. Krzysztof Kochanek, prof. dr hab. n. med. Piotr H. Skarżyński 42

Komentarz – red. Henryk Szrubarz, Polskie Radio Pr1 43



Wydawca:
Bonnier Business (Polska) sp. z o.o.
ul. Kijowska 1
03-738 Warszawa

Prezes:
Patricia Deyna

Redaktor naczelny:
Małgorzata Konaszczuk

Redakcja:
ul. Kijowska 1
03-738 Warszawa
tel. 22 333 99 91
fax 22 333 97 35
redakcja@pulsmedycyny.pl

Biuro reklamy:
tel. 22 333 97 37 (38)
fax 22 333 97 35

Redakcja i Wydawca nie ponoszą odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń ani za udostępnianie ich osobom nieuprawnionym. Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Zastrzegamy sobie prawo do korektury i skracania tekstów oraz zmiany ich tytułów. Bonnier Business (Polska) 2017. Wszystkie prawa zastrzeżone.

Wstęp

Po pierwsze zdrowie – badania przesiewowe podstawą polityki zdrowotnej to temat konferencji, która odbyła się w Senacie 21 listopada z inicjatywy marszałka Senatu Stanisława Karczewskiego. Debatę otworzył senator Waldemar Kraska, przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia.

Założenia programu „Po pierwsze zdrowie” zostały opracowane przez prof. Henryka Skarżyńskiego na podstawie długoletnich doświadczeń zdobytych przez zespół Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w wyniku zakrojonych na szeroką skalę badań populacji pod kątem wczesnego wykrywania zaburzeń słuchu, wzroku i mowy.

Konferencję współorganizowały komitety naukowe, m.in. Komitet Nauk Klinicznych PAN, Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, Rada Główna Instytutów Badawczych przy wsparciu Naczelnej Izby Lekarskiej oraz wiele towarzystw naukowych, m.in. Towarzystwo Otorynolaryngologów, Foniatrów i Audiologów Polskich, Sekcja Prewencji i Epidemiologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Polskie Towarzystwo Okulistyczne, Towarzystwo Periodontologiczne, a także grupy eksperckie wielu specjalności.



SENATOR WALDEMAR KRASKA

Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia

W Konferencji uczestniczyli również politycy, specjaliści z różnych dziedzin medycyny i przedstawiciele mediów: Polskiego Radia, TVP oraz Redakcja „Pulsu Medycyny”.

Moderatorami debaty byli: prof. Henryk Skarżyński, przewodniczący Komitetu Nauk Klinicznych PAN oraz Krzysztof Jakubiak, redaktor naczelny „Pulsu Medycyny”.

Wystąpienie Marszałka Senatu – Stanisława Karczewskiego

Ile osób poddaje się badaniom przesiewowym, które należy przeprowadzić w określonym wieku? Niestety ta liczba jest wciąż niewielka. Dlatego musimy stale zachęcać Polaków, aby badali się, ale także lekarzy, żeby angażowali się w promowanie badań przesiewowych, a samorządowców, dziennikarzy, by nagłaśniali tę kwestię – powiedział marszałek Stanisław Karczewski. – „Zastanawialiśmy się już, jak zachęcić społeczeństwo do szczepień przeciwko grypie, jak walczyć z tymi, którzy nie wierzą w Evidence-Based Medicine i niszczą wieloletni dorobek naukowców, mówiąc nieprawdę o szczepieniach. Gdybyśmy się nie szczepili, to teraz musielibyśmy leczyć choroby, które zostały już dawno wyeliminowane. Tutaj nie ma wątpliwości, że one są konieczne i należy podtrzymać obowiązek szczepień. Dziś jednak będziemy mówili o badaniach przesiewowych, badaniach szeroko zakrojonych, które służą zdrowiu i nauce.”

Marszałek podziękował profesorowi Henrykowi Skarżyńskiemu za wielką pracę, którą wkłada w propagowanie powszechnych badań przesiewowych. Dziękował także specjalistom z różnych dziedzin, którzy wzięli udział w debacie. S. Karczewski zapowiedział, że była to pierwsza z cyklu takich konferencji, które odbędą się w Senacie. Ważne, aby akcja zachęcania do udziału w badaniach przesiewowych miała charakter akcji ciągłej, promowanej przez Polskie Radio, zwłaszcza przez „Lato z Radiem” i Telewizję Polską.

Zaznaczył, że ważne jest propagowanie idei badań przesiewowych, zachęcał, by podczas



STANISŁAW KARCZEWSKI

Marszałek Senatu

obchodów różnych uroczystości, świąt – obok zabawy – ludzie mieli możliwość wykonania badań. „Badania przesiewowe mają bowiem sens, gdy nie są jednorazową akcją, ale gdy są przeprowadzane cyklicznie i wykonywane na szeroką skalę” – zaznaczył marszałek.

„Będziemy mówili codziennie Polakom, że trzeba się badać, że powinniśmy się badać. Jestem przekonany, że ta akcja przyniesie rezultaty i coraz więcej Polaków będzie dbało o swoje zdrowie, zerwie ze szkodliwymi nałogami, zacznie się dobrze odżywiać i znajdzie czas na aktywność fizyczną” – powiedział na zakończenie marszałek Stanisław Karczewski.

„Po pierwsze zdrowie” we współpracy z Polskim Radiem Pr 1 i TVP

prof. Henryk Skarżyński

Symbol programu „Po pierwsze zdrowie” nie bez powodu składa się m.in. z takich elementów jak „jedyńka” czy „fala”, albowiem owa „jedyńka” to znak pierwszego programu Polskiego Radia, natomiast fala jest wyrazem siły, z jaką idea ta rozchodzi się podczas transmisji i całej działalności Polskiego Radia. Przedsięwzięcie nie odniosło by tak ogromnego sukcesu, gdyby nie realizowały go wspólnie środowisko medyczne wspierane przez media, przez Polskie Radio i Telewizję Polską.

Do grupy inicjatorów programu „Po pierwsze zdrowie” od samego początku należeli członkowie Komitetu Nauk Klinicznych PAN reprezentujący różne specjalności, członkowie Rady Głównej Instytutów Badawczych, towarzystwa naukowe oraz zespoły eksperckie, a także wiele innych instytucji, które współrealizowały program. Należy podkreślić ogromną rolę, jaką odegrało tu Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, które wzięło na siebie ciężar organizacyjny i logistyczny programu. Jest to największe niekomercyjne przedsięwzięcie, które w ramach wielu specjalności miało miejsce w lecie 2017 r.

Dzięki patronatowi Naczelnej Izby Lekarskiej, która upowszechniła to przedsięwzięcie, możliwe były spotkania na trasie z wieloma osobami, które wspierały akcję. Wiele zaangażowanych w akcję osób, przede wszystkim ogromna liczba ludzi młodych, pokazało, że można pomóc drugiemu człowiekowi, jednocześnie wyciągając z tych badań określone wnioski i wartości.



PROF. DR HAB. N. MED.
DR H.C. MULTI HENRYK SKARŻYŃSKI

Najważniejszym celem programu była przede wszystkim promocja badań przesiewowych w różnych specjalnościach na rzecz powszechnych badań profilaktycznych, obejmujących duże grupy społeczne, a właściwie całą populację. Jeżeli natomiast problem dotyczy całych populacji, to niewielki błąd w założeniach organizacyjnych czy merytorycznych przekłada się na ogromną liczbę osób i jest powielany. Aby więc z pełną odpowiedzialnością móc powiedzieć polskiemu społeczeństwu, że środowisko medyczne jest w stanie zorganizować na szeroką skalę realne działania związane z profilaktyką zdrowotną, to owe działania muszą być powszechne, tanie i dostępne, wtedy to będzie prawdziwy sukces.

Kolejnym celem było dotarcie do jak największej liczby osób, które chciały skorzystać z porad ekspertów, biorących udział w akcji i niejednokrotnie były to bardzo konkretne i wymierne badania. Duża liczba pacjentów uzyskała profesjonalne porady, które skróciły czas dotarcia do lekarza, do specjalisty czy właściwej jednostki.

Celem trzecim było wypracowanie wytycznych, dzięki którym program nie pozostałby jednorazową akcją. Słowo akcja sugeruje, że wydarzenie jest zamknięte w określonych ramach czasowych. Sukcesem natomiast byłoby stworzenie podstaw do wielospecjalistycznego całorocznego wsparcia zdrowia Polaków w formie różnych działań umożliwiających przeciwdziałanie między innymi wielu chorobom cywilizacyjnym czy też docieranie do poszczególnych grup społecznych i ich określonych problemów zdrowotnych, jak na przykład do grupy seniorów.

W wyniku przeprowadzonego programu „Po pierwsze zdrowie” konkretną pomoc otrzymało pięć tysięcy osób, wielu członków rodzin tych osób uzyskało pomoc pośrednią. Zdobyto twarde dane, które powinny być uwzględnione w konstruowaniu polityki zdrowotnej państwa po opracowaniu przez ekspertów z poszczególnych specjalności. Otrzymane dane potwierdzają potrzebę organizowania powszechnych programów, umożliwiających wczesne wykrywanie chorób, zwłaszcza cywilizacyjnych, które będą dotyczyły coraz większej części społeczeństwa. Zebrane informacje pokazały, jak duży odsetek, bo ponad 70% najstarszej populacji, ma problemy ze słuchem. Do dzieci łatwo dotrzeć, chociażby w środowisku szkolnym, i łatwo je objąć takim powszechnym badaniem. Natomiast grupa seniorów to jest ta część społeczeństwa, do której trudno jednak dotrzeć. Dlatego bardzo ważne jest poszukiwanie różnych form zachęty, dotarcia do pacjentów, chociażby właśnie połączenie zabawy, rozrywki z badaniami profilaktycznymi wykonywanymi przez ekspertów.

Jakie są perspektywy programu po tym przedsięwzięciu, które udało się przeprowadzić latem 2017? Przede wszystkim udało się poszerzyć grono partnerów i patronów programu.

Najważniejszym celem programu była przede wszystkim promocja badań przesiewowych w różnych specjalnościach na rzecz powszechnych badań profilaktycznych, obejmujących duże grupy społeczne, a właściwie całe populacje.

Było to największe przedsięwzięcie niekomercyjne, jakie dotychczas miało miejsce i należy się zastanowić, w jakiej postaci powinno ono być kontynuowane. Czy ma to być akcja rzeczywiście całoroczna, mająca na celu pokazanie ludziom możliwości współczesnej medycyny, w której latem prowadzono by spotkania weekendowe, a w pozostałych miesiącach odbywałyby się większe konferencje w dużych miastach. Perspektywy programu to przede wszystkim poszerzenie badań przesiewowych w różnych specjalnościach. Życzeniem organizatorów jest, żeby kolejne spotkania pozwoliły na to, aby powiedzieć o roli Polskiej Akademii Nauk, grupy eksperckiej, o zaangażowaniu konsultantów krajowych w różnych specjalnościach i o roli resortu, który będzie wspierał to przedsięwzięcie. Istnieje wiele pomysłów, które są ukryte w możliwościach różnych zespołów. Jednym z wielu przykładów jest prototyp finalnego produktu, mający służyć do badań zmysłów. Dzięki niemu będzie można dotrzeć do dużej grupy senioralnej i w sposób zintegrowany zebrać informacje dotyczące chorób na podłożu neurodegeneracyjnym. To może mieć miejsce w takiej formule jak jest, to jest jeden z programów Narodowego Centrum Badań i Rozwoju.

Edukacyjna rola Polskiego Radia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych

Rafał Porzeziński

Podczas wakacyjnej akcji „Po pierwsze zdrowie” możliwe było udzielenie pomocy kilku tysiącom osób w wielu miastach w Polsce. Fakt łatwej dostępności do wybitnych specjalistów z różnych dziedzin medycyny spowodował złamanie bariery wstydu, obawy, lenistwa przez mieszkańców i turystów w dwudziestu miastach w Polsce. Dwa świetne miesiące z „Latem z Radiem” to wielki wkład dla profilaktyki w Polsce. Najcenniejsze były rzecz jasna darmowe badania lekarskie doskonale przygotowane i realizowane przez zespół Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu. Badania profilaktyczne prowadzone były w mobilnych laboratoriach, instalowanych koło studia plenerowego Programu I Polskiego Radia i dostępne dla wszystkich chętnych z zakresu różnych dziedzin medycyny. Odbываły się w wielu miastach i przez wiele godzin, minimum od 9.00 do 15.00, a niekiedy nawet dłużej. W sumie w ciągu wakacji udało się udzielić konsultacji i przebadać blisko 6000 osób, bez kolejek w dusznych poczekalniach, a jeśli czasami w plenerze powstała kolejka, podczas oczekiwania zawsze działało się coś atrakcyjnego. Wszystko odbywało się bez stresów, bez skierowań i co bardzo ważne bezpłatnie. Ogromne podziękowania za ten wysiłek dla wszystkich osób biorących udział w tym programie.

Polskie Radio w ostatnich latach odgrywa coraz większą rolę w profilaktyce chorób cywilizacyjnych. Program I Polskiego Radia od lat wiernie służy Polakom jako medyczny edukator, zarówno w audycjach „Lato z Radiem”, „Cztery



RAFAŁ PORZEZIŃSKI

Dyrektor i redaktor naczelny
Programu I Polskiego Radia

Pory Roku”, „Eureka” i „Pigułka na zdrowie” redaktora Artura Wolskiego, „Czas pogody” redaktora Zbyszka Krajewskiego, jak i w audycjach nocnych, gdzie często można bezpośrednio otrzymać poradę w trakcie trwania audycji, albo też w debatach odbywających się w Programie 1 PR. W audycjach poruszane są problemy chorób cywilizacyjnych, jak cukrzyca, otyłość, krótkowzroczność, depresja, ale także uzależnienia. Te oczywiście, bo powszechne, jak alkohol, narkotyki, ale też coraz bardziej egzotyczne, takie jak hazard, praca, agresja, seks, pornografia, komputer, zakupy, kompulsywne jedzenie lub niejedzenie. To są śmiertelne zagrożenia i właśnie

W audycjach poruszane są
problemy chorób
cywilizacyjnych, jak
cukrzyca, otyłość,
krótkowzroczność,
depresja, ale także
uzależnienia. Te
oczywiste, bo powszechne jak
alkohol, narkotyki,
ale też coraz bardziej
egzotyczne, takie jak
hazard, praca, agresja, seks,
pornografia, komputer,
zakupy, kompulsywne
jedzenie lub niejedzenie.

radio, jak żadne inne forum stwarza okazję do podzielenia się tymi problemami, poszukiwania pomocy w sposób wygodny, bezpieczny, anonimowy i nieangażujący ani sił, ani środków. Fakt, że można usłyszeć na antenie radia najwybitniejszych specjalistów, którzy odnoszą się do osobistego problemu danej osoby, to z pewnością rzecz nie do przecenienia. Ogromna liczba specjalistów wspiera powyższe działania radia od lat i jest to przeprowadzane profesjonalnie oraz zawodowo. Niewątpliwie bariera wstydu, którą trzeba pokonać, by wybrać numer radiowego studia, jest o wiele łatwiejsza do pokonania, niż zdobycie się na wizytę u kilku kolejnych lekarzy z często wstydlwym problemem.

Dobro rzadkie, jakim jest czas antenowy daje niezwykłą możliwość niesienia nadziei, a czasem rozwiązania bezpośrednio do domów problemów przyszłych pacjentów, zwłaszcza osób starszych, samotnych, słabo wykształconych, z małych miejscowości i wsi, mających bardzo często ogromny lęk przed skorzystaniem z pomocy lekarza. Kiedy jednak na antenie swojego ukochanego radia osoby te słyszą, że ich problem nie jest odosobniony, że bardzo wiele ludzi szuka pomocy w takiej lub podobnej sprawie i ją znaj-

duje, wówczas otwiera się przed chorym prawdziwa „autostrada” do leczenia i w konsekwencji uzdrowienia.

Nie bez powodu wśród chorób cywilizacyjnych wymienione zostały niezwykle powszechne, bardzo niebezpieczne uzależnienia. Oczywiście radio nie jest w stanie nawet w czasie stu audycji wyrwać kogoś z jego uzależnienia, ale na pewno może pomóc i pomaga w uznaniu bezsilności wobec uzależnienia własnego bądź uzależnienia osoby bliskiej. Coraz więcej młodych ludzi ucieka w wirtualny świat Internetu, pornografii od prawdziwego życia i relacji; w narkotyki i hazard od uczciwego budowania swojego rozwoju osobistego i zawodowego. Dzięki audycjom prowadzonym w radiu możliwe jest zahamowanie wchodzenia w ten głęboki kryzys uzależnienia od chwili identyfikacji problemu, autodiagnozy dokonanej nawet niejednokrotnie podczas trwania dyżurów telefonicznych.

Od dwóch lat na antenie Programu 1 PR o godz. 20.00 we wtorki autor wykładu prowadzi audycję „Ocaleni”, w której można poznać historię powrotów ze śmierci uzależnienia do pełni życia. To są historie ludzi, które powinny skończyć się źle, ale tak się nie stało, ich historie trwają i to trwają bardzo pięknie. Jest to świetna okazja do profilaktyki uzależnień, ale i do budzenia do życia tych, którzy w uzależnienia już zabrnęli, oraz okazja, żeby odpowiedzieć ich bliskim, jak pomóc ludziom uzależnionym. Bardzo często największą cenę za czyjeś uzależnienie płaci rodzina. Nie mając wiedzy i jasności jak pomóc osobie uzależnionej, rodzice, współmałżonkowie a często i dzieci osoby chorej ponosząc konsekwencje nie swoich działań nie pomagają w wychodzeniu z tego problemu, jeszcze go pogłębiają. W przypadku uzależnień bardzo toksycznych, jak alkoholizm, hazard, narkotyki, osoby współuzależnione często spłacają długi, usprawiedliwiają, kłamią za osoby uzależnione zamiast konfrontować je z konsekwencjami ich własnych, chorych działań. Radio jest świetnym miejscem, w którym możemy przekazać wiedzę, jak nie pomagać w rozwoju choroby, ale wskazać drogę prowadzącą do zdrowia fizycznego, psychicznego i duchowego.

Działania prozdrowotne TVP na przykładzie ogólnopolskiego programu „Po pierwsze zdrowie”

Marcin Stefaniak

Telewizja Polska od lat zgodnie z misją nadawcy publicznego działa na rzecz upowszechniania profilaktyki prozdrowotnej. Dzieje się to między innymi na podstawie instrukcji ze strony Ministerstwa Zdrowia oraz wskazań zawartych w narodowym programie zdrowia na lata 2016–2020. Wielki program badań przesiewowych „Po pierwsze zdrowie” dokładnie wpisuje się w tę strategię. W czasie trwania akcji, telewizja w różnych miejscowościach towarzyszyła z kamerą przewoźnej klinice Pana Profesora Henryka Skarżyńskiego. 19 września 2017 r. akcja została podsumowana na antenie „Pytania na Śniadanie”, porannego programu, który nadawany jest w TVP2. Ze względu na pomoc, której udzielono tysiącom potrzebujących i ich zadowolenie (o czym dowiadujemy się z bezpośrednich kontaktów z widzami), wydaje się, że słuszne byłoby kontynuowanie programu w kolejnych latach, co pozwoliłoby oddziaływać na świadomość coraz szerszej rzeszy widzów.

W czasie trwania programu okazało się, że najlepszymi formami przekazu i informowania odbiorców są albo głos ich ulubionego spikera radiowego, albo też znajome twarze prowadzących, w tym wypadku programu „Pytanie na Śniadanie”, który bardzo chętnie włączał się do akcji. Podczas jego emisji naocznie przekonano się, jak wielkie zainteresowanie widzów budzi projekt „Po pierwsze zdrowie”. W ciągu jednego dnia odbywało się po 1000 konsultacji. Ze



MARCIN STEFANIAK

Dyrektor TVP

względu na charakter firmy, budynek telewizji przyciąga sporo osób. Stworzyło to okazję do skierowania ich zainteresowania na odcinek programu poświęcony profilaktyce prozdrowotnej i zachęciło odwiedzających do przeprowadzenia badań. Oprócz programu „Pytanie na Śniadanie” również w „Dzień Dobry Polsko” – porannym programie TVP1 przybliżyliśmy problematykę powszechnych badań kontrolnych. Natomiast największą pracę wykonały programy lokalne „Obiektyw”, „Panorama” i „Aktualności”, dzięki którym zaistniała możliwość dotarcia z informacjami właściwie „pod strzechę”, więc do każdego

zainteresowanego, zwłaszcza w małych miejscowościach. Zatem przede wszystkim program pierwszy Polskiego Radia i regionalne anteny TVP przekazywały najszybszą informację o tej akcji.

TVP promuje treści związane z profilaktyką prozdrowotną również w innych obszarach. W czasie wakacji szczególne znaczenie ma promowanie honorowego dawstwa krwi, wiadomo bowiem, że w tym okresie banki krwi szczególnie potrzebują dawców. Z tego względu kolejny raz ustami celebrytów TVP zachęcała do honorowego krwiodawstwa. Włączyła się też w akcję Ministerstwa Zdrowia promującą honorowe dawstwo krwi „Czerwona nitka”.

W programach, filmach i serialach, które są prezentowane na antenach TVP, zamieszczane są treści, które związane są z profilaktyką prozdrowotną. Dobrym przykładem jest program walki z chorobami nowotworowymi. Treści związane z profilaktyką rakową są regularnie i w rozmaity sposób implementowane do seriali i programów publicystycznych. Ustami ulubionych bohaterów przekazywane są najnowsze wiadomości z dziedziny onkologii, zachęcają oni do profilaktyki, ale także podają informacje o skutkach ewentualnego zaniedbania w tym obszarze. Podczas akcji, takich jak „Po pierwsze zdrowie”, szczególnie przemawia do widzów mówienie w pierwszej osobie. Relacje naocznych świadków, osób, które poddały się określonym badaniom, które

Telewizja Polska od lat
zgodnie z misją nadawcy
publicznego działająca na rzecz
upowszechniania
profilaktyki prozdrowotnej
Dzieje się to między innymi
na podstawie instrukcji
ze strony Ministerstwa
Zdrowia oraz wskazań
zawartych w narodowym
programie zdrowia
na lata 2016–2020.

opowiadają, że to pomogło i uratowało życie, albo też po prostu poprawiło komfort życia, bo przecież za takim badaniem i diagnozą zazwyczaj idą konkretne działania. W wypadku długofalowych programów, np. profilaktyki nowotworowej, profilaktyki zawałowej mięśnia sercowego, cukrzycy skuteczne w oddziaływaniu na widzów jest implementowanie tego rodzaju treści do fabuł seriali. Nie bez znaczenia jest też wsparcie telewizyjnych celebrytów, którzy uwiarygodniają przekazywane informacje o akcjach i wydarzeniach, które są związane z profilaktyką prozdrowotną.

Rola badań przesiewowych
w profilaktyce
zdrowotnej

Badania przesiewowe w profilaktyce periodontologicznej

prof. dr hab. n. med. Renata Górka

Wykład dotyczy badań przesiewowych w periodontologii, w profilaktyce periodontologicznej. Periodontologia jest dziedziną stomatologii, która zajmuje się chorobami błony śluzowej i chorobami przyzębia. Choroba przyzębia jest chorobą tkanek otaczających ząb, jest chorobą infekcyjną, przewlekłą, która nieleczona prowadzi do dysfunkcji narządu żucia, zaburzenia estetyki, utraty uzębienia, ale także wpływa niekorzystnie na stan naszego zdrowia. Badania ostatnich lat wykazały związek i wpływ zapalenia przyzębia na takie choroby, jak choroby serca, udar mózgu, choroby płuc, cukrzyca, porody przedwczesne z niską wagą urodzeniową. Ostatnio mówi się także o związku zapalenia przyzębia z rakiem trzustki czy reumatoidalnym zapaleniem stawów. Wyniki badań epidemiologicznych przeprowadzone w 2012 i 2014 roku w dwóch grupach wiekowych 35–44 lata i 65–74 lata wykazały, że odsetek osób ze zdrowym przyzęciem wynosił 1,6% w grupie osób młodszych i 0,6% w grupie starszych, natomiast leczenia specjalistycznego wymagało prawie 19% w grupie młodszej i niemal 28% w grupie starszej.

Wyniki tych badań są niezadowolające i konieczna jest zmiana tej niekorzystnej sytuacji, do czego okazją był między innymi udział w akcji „Po pierwsze zdrowie”. W trakcie jej trwania przebadano 715 osób, było to badanie ankietowe, ale także był to instruktaż higieny jamy ustnej połączony z przekazywaniem informacji na temat wpływu zapalenia, patologii wystę-



PROF. DR HAB. N. MED. RENATA GÓRSKA

Prezes Polskiego Towarzystwa
Periodontologicznego
Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia
Warszawski Uniwersytet Medyczny

pujących w jamie ustnej na stan zdrowia ogólnego. W badaniu wzięły udział głównie osoby dorosłe, 63% stanowiły kobiety, większość z nich to byli mieszkańcy średniej wielkości miast oraz z wykształceniem średnim lub z wykształceniem wyższym.

W czasie badania ankietowego zadano kilka pytań, z których jedno z ważniejszych dotyczyło liczby zębów. Liczba zębów maleje wraz z wiekiem. Okazuje się, że po 65 roku życia średnia liczba zębów to 13. Choroba przyzębia powstaje na skutek zaburzenia funkcji pomiędzy bakteriami znajdującymi się w płytce nazębnej a odpo-

wiedzą gospodarza. Niewątpliwie na odpowiedź gospodarza wpływają czynniki ryzyka. W badanej grupie pierwszej u 58% osób stwierdzono nadwagę lub otyłość, 14% paliło papierosy, 9% chorowało na cukrzycę. Czynnikiem inicjującym zapalenie przyzębia są bakterie znajdujące się w płytce nazębnej, ale są one konsekwencją niestety złej higieny jamy ustnej. Na pytanie dotyczące częstości szczotkowania zębów respondenci odpowiadali zupełnie szczerze, że nie szczotkują zębów albo szczotkują raz dziennie. Podobnie zresztą te różnice były znamienne statystycznie na korzyść kobiet i dużego miasta, w mieście rzeczywście tych osób nieszczotkujących był prawie 1%, natomiast w małych miasteczkach czy wśród osób zamieszkujących wieś aż 7%.

Jeżeli chodzi o akcesoria do higieny jamy ustnej respondenci stwierdzili, że stosują głównie szczoteczkę manualną, aż 68% nigdy nie używało szczoteczki elektrycznej, 43% nie używa nitki dentystycznej, która stanowi znakomitą prewencję przed zapaleniem dziąseł, i 33% nie używało żadnych płynów do płukania jamy ustnej. Kolejne pytanie dotyczyło terminu ostatniej wizyty u stomatologa. Okazało się, że 14% przez ostatnie 2 lata nie odbyło takiej wizyty, 12% nie było u stomatologa w ciągu ostatniego roku.

Ankieta internetowa, którą przeprowadzono u prawie 500 osób, poruszała temat świadomości chorób przyzębia oraz tego, jak mogą one wpływać negatywnie na stan zdrowia ogólnego, na poszczególne choroby. Stwierdzono, że w grupie

Choroba przyzębia jest chorobą tkanek otaczających ząb, jest chorobą infekcyjną, przewlekłą, która nieleczone prowadzi do zaburzenia dysfunkcji narządu żucia, zaburzenia estetyki, utraty uzębienia, ale także wpływa niekorzystnie na stan naszego zdrowia.

osób młodszych – do 30 roku życia – takiej wiedzy nie ma prawie 80%, a w grupie osób starszych 35–50 lat odsetek osób, które mają świadomość związku chorób przyzębia z chorobami ogólnymi wynosi około 30%.

Wyniki badań wskazują, że konieczna jest zmiana sytuacji, która ma miejsce obecnie w Polsce. Pomocne mogą się w tym przypadku okazać media i dziennikarze, którzy starali się zainteresować społeczeństwo tym tematem. Naprzeciw oczekiwaniom wyszedł także Narodowy Fundusz Zdrowia, który od 1 lipca 2017 podniósł wycenę punktu, tak że sytuacja zaczyna się zmieniać na korzyść, niemniej wsparcie dziennikarzy jest nadal konieczne.

Badania przesiewowe w profilaktyce periodontologicznej

prof. dr hab. n. med. Tomasz Konopka

Drugim obszarem zainteresowania periodontologii są choroby błony śluzowej jamy ustnej, a spośród nich głównie zmiany przednowotworowe oraz rak kłoczysto-komórkowy. W tym przypadku przede wszystkim sytuacja epidemiologiczna dotycząca mężczyzn jest w Polsce niekorzystna. Jeżeli chodzi o występowanie raka błony śluzowej jamy ustnej to jest ono wyższe niż w wielu krajach europejskich. Polska sytuuje się powyżej średniej, jeszcze gorsza jest statystyka jeżeli chodzi o umieralność z powodu tego raka, ponieważ jest ona znacznie wyższa niż w krajach zachodnich. Głównym problemem jest zgłaszanie się pacjentów i w związku z tym rozpoznawanie choroby w późnym stadium. Ostatnie badania dotyczące sytuacji w Polsce pokazują, że to jest prawie 2,5 tysiąca przypadków w roku; jednocześnie stwierdzono zdecydowany związek z płcią męską. Zupełnie niezrozumiałe jest to, że w Polsce ludzie umierają z powodu na przykład raka wargi, który jest bardzo łatwo dostrzegalny i daje stosunkowo późno przerzuty. Świadczy to o tym, że ten behaviour polegający na tym, że pacjenci zgłaszają się późno do lekarza, czyli nie są diagnozowani we właściwym czasie, jest bardzo zły. Porównanie Polski i Szkocji w 2014 roku pokazuje, że o ile częstość występowania tego raka jest podobna, o tyle już umieralność w Polsce jest o wiele wyższa z powodu późnego zgłaszania się do specjalisty. Przeżycia 5-letnie są w Polsce niższe niż w innych krajach, w krajach wysoko cywilizowanych na przykład najwyższa przeżywalność w przypadku raka jamy ustnej została stwierdzona w Izraelu, natomiast w Polsce ta umieralność jest 2,7% wyższa w przy-



PROF. DR HAB. N. MED.
TOMASZ KONOPKA

Katedra i Zakład Periodontologii
Wydział Lekarsko-Stomatologiczny
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu

padku mężczyzn, 1,7% w przypadku kobiet niż w innych krajach Unii Europejskiej.

Jak w związku z tym powinna wyglądać profilaktyka? Przede wszystkim należy eradykować czynniki ryzyka. Obecnie podstawowe dwa czynniki ryzyka to miks nikotynowo-alkoholowy. W przypadku tych chorób nawet minimalna interwencja antynikotynowa jest bardzo istotna. Należy również pamiętać, że występowanie raka jamy ustnej dotyczy głównie młodych ludzi, a związane jest to z zachowaniami seksualnymi, również ryzykownymi, homoseksualnymi, a więc tutaj transmisja zakażenia HPV jest bardzo istotna. Są to dwa bardzo ważne czynniki ryzyka, o których powinno się

bardzo dużo mówić i je w skuteczny sposób eliminować.

W codziennej praktyce klinicznej najczęściej obserwuje się zaburzenia potencjalnie nowotworowe, które występują w jamie ustnej, ze szczególnym uwzględnieniem leukoplakii, która jest najczęściej stwierdzaną zmianą. Są to zmiany, które na szczęście późno dają zmiany nowotworowe, a więc jest czas na to, żeby zdiagnozować i wyleczyć. Trzeba więc podkreślać, że i tutaj tylko wczesne zgłoszenie się do lekarza stomatologa jest prostym remedium na profilaktykę nowotworów.

Badania przeprowadzone za granicą wykazały, że opóźnienia diagnostyczne w raku jamy ustnej są dość duże. Obecnie badania prowadzone w Polsce pokazują, że opóźnienia, szczególnie jeżeli chodzi o pojawienie się pacjenta u lekarza

pierwszego kontaktu, a następnie u specjalisty, są jeszcze większe. Jaka więc powinna być taktyka jeśli chodzi o profilaktykę onkologiczną jamy ustnej? Przede wszystkim konieczne jest włączenie badań jamy ustnej do takiego ogólnego skriningu dotyczącego osób powyżej 40. roku życia. Samobadanie jamy ustnej jest bardzo ważne, bo skoro profilaktyką raka piersi jest samobadanie, to tak samo można badać jamę ustną. W grupach wysokiego ryzyka takie badanie byłoby bardzo wysoce potrzebne. Oczywiście istotne są minimalna interwencja antynikotynowa, właściwe leczenie stomatologiczne, wcześniejsze pobieranie materiału do badania histopatologicznego oraz ten 8-stopniowy skrining dotyczący badania stomatologicznego, który powinien prowadzić lekarz stomatolog, ale także może go prowadzić sam pacjent.

KOMENTARZ



redaktor
Jadwiga Kamińska
Dziennikarski Klub
Promocji Zdrowia

Bardzo ważne jest poruszenie tematu chorób przyzębia, bo jak wynika z wykładu jest to nieuświadomiana choroba społeczna, będąca czynnikiem ryzyka wielu chorób. Jest to jeden z groźnych czynników ryzyka chorób ogólnoustrojowych. Tylko 1% Polaków ma zdrowe przyzębie. Przerażające jest, jak wiele osób posiada czynnik ryzyka cukrzycy, zawału serca, udaru wynikający z procesu zapalnego, który toczy się wokół tkanek otaczających ząb. Jak z tego wynika 99% społeczeństwa polskiego

potrzebuje pomocy w zakresie zabiegów higieniczno-prewencyjnych jeżeli chodzi o choroby przyzębia, ale aż 30% wymaga profesjonalnej opieki periodontologicznej. W Polsce pracuje obecnie 400 specjalistów z dziedziny periodontologii, przeważnie są oni dostępni jedynie w klinikach Akademii Medycznych, natomiast w przypadku mniejszych miejscowości, ale nawet niejednokrotnie większych miast nie ma dostępu do takich specjalistów, w związku z czym pacjenci są właściwie pozbawieni szans leczenia.

Bardzo ważną sprawą jest także wycena tego rodzaju zabiegów przez NFZ, ponieważ zabiegi periodontologiczne do lipca bieżącego roku były wycenione poniżej kosztów i w związku z tym generowały straty w placówkach medycznych. Efektem tego było ograniczenie tych procedur stomatologicznych we wszystkich gabinetach i zniechęcanie młodych stomatologów do podejmowania takiej specjalizacji, czego konsekwencją jest niewielka liczba periodontologów w kraju.

Od 1 lipca 2017 r. dzięki Ministerstwu Zdrowia i NFZ dwukrotnie zwiększono wycenę tych procedur i jest to pocieszająca informacja. Aby zmienić ten katastrofalny stan, ponieważ jesteśmy na szarym końcu Europy jeśli chodzi o stan przyzębia Polaków, potrzebna jest świadomość i umiejętność profesjonalnego czyszczenia zębów. Niestety polskich dzieci nie uczy się w szkołach higieny jamy ustnej, nie uczy się również w domach, stąd konsekwencje. W Polsce pilnie potrzebny jest program profilaktyczno-leczniczy, który powinien być wdrożony jak najszybciej jeżeli chodzi o choroby przyzębia. Zrobiono to w wielu krajach i tylko jednym przykładem takiego programu jest telewizja włoska. W ubiegłym roku prowadziła ona kampanię, gdzie w spocie telewizyjnym było jedno przesłanie: Jeżeli twój dentysta specjalną sondą nie wykonał ci badania stanu przyzębia – zmień dentystę. Takie kampanie, w które włączają się media radiowe i telewizyjne, są w Polsce niezbędne i bardzo pilne do wdrożenia.

Działania Polskiego Towarzystwa Okulistycznego na rzecz profilaktyki

prof. dr hab. n. med. Iwona Grabska-Liberek,
lek. Anna Plichta, lek. Aleksandra Opala, lek. Ewelina Czapka,
lek. Małgorzata Rembińska, lek. Renata Tomaszewska,
lek. Wojciech Suda

W chwili obecnej w Polsce istnieje kilka ważnych zagadnień okulistycznych wymagających poprawy. Pierwszym z nich jest AMD, czyli zwyrodnienie plamki związane z wiekiem. Jak wskazuje nazwa choroba dotyczy ludzi w podeszłym wieku, dlatego starzejące się coraz bardziej społeczeństwo oznacza wzrastającą liczbę chorych na to schorzenie i konieczność zwiększenia nakładów na ich leczenie.

Kolejnym ważnym tematem dotyczącym wielu pacjentów są operacje zaćmy. Mimo że udało się skrócić czas oczekiwania na tego typu zabiegi, dzięki dodatkowym finansom przeznaczonym do końca roku na ten cel, to jednak kolejki nie uległy skróceniu drastycznie, ponieważ pacjentów oczekujących na operację jest coraz więcej.

Następnym ważnym zagadnieniem jest jaskra, która jest podstępny złodziejem wzroku, doprowadzającym do ślepoty. Nadal jest to w Polsce palący problem, duża liczba chorych nie wie, że choruje na tę chorobę. W roku 2017 podczas Światowego Tygodnia Jaskry na bardzo dużą skalę PTO zorganizowało tak zwaną białą sobotę. Pacjenci mieli przeprowadzone podstawowe badanie okulistyczne z badaniem ciśnienia wewnątrzgałkowego, wypełniali także ankiety na temat stanu swojego zdrowia. Badaniu poddano osoby, które w ciągu ostatniego roku nie były u okulisty i które nie chorują na jaskrę. Akcja miała na celu wyszukać pacjentów z dużym ryzykiem zachorowania bądź już chorujących na jaskrę, a niewiedzących o tym. U 18% osób stwierdzono



PROF. DR HAB. N. MED.
IWONA GRABSKA-LIBEREK

Kierownik Kliniki Okulistyki
Centrum Medycznego Kształcenia
Poddyplomowego SPSK
im. prof. dr W. Orłowskiego
w Warszawie

podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe, a aż 35% wymagało dalszej diagnostyki w kierunku jaskry, z czego diagnoza potwierdziła się prawdopodobnie w około połowie przypadków. Przebadano ponad 2,5 tysiąca osób. Hasło, które będzie towarzyszyło przyszłorocznym badaniom przesiewowym, a będą one trwały również tydzień, to: Nie trać jaskry z pola widzenia. Planowane jest przebadanie jeszcze większej liczby osób – ok. 3 tys. Uruchomiona zostanie również infolinia,

dzięki której pacjent będzie wiedział, gdzie może się zgłosić w danym dniu w danym mieście do okulisty. W dalszym ciągu przeprowadzana jest zbyt mała liczba operacji przeciwjaskrowych w naszym kraju, w Europie tylko Ukraina jest od nas na gorszym poziomie. Należy pamiętać, że ryzyko progresji jaskry jest bardzo duże i dotyczy znacznej grupy osób. Co do leczenia zachowawczego tej jednostki chorobowej to w Polsce zachowywane są standardy europejskie, stosuje się najpierw prostaglandyny.

Jeżeli chodzi o choroby cywilizacyjne, które okuliści diagnozują i leczą w porozumieniu z lekarzami innych specjalności, takie jak np. retinopatia nadciśnieniowa czy też cukrzycowa, pomocna byłaby idea kompleksowego przesiewowego badania dla szerokiej grupy pacjentów. Program „Po pierwsze zdrowie” wpisuje się w tę ideę.

Należy również zwrócić uwagę na istniejący problem pacjentów niedowidzących i niewidomych. W Polsce aż 35% chorych niepełnosprawnych stanowią osoby z uszkodzeniem narządu wzroku. Polskie Towarzystwo Okulistyczne we współpracy z Polskim Związkiem Niewidomych tworzy standardy i procedury, które są następnie stosowane przy badaniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Rehabilitacja osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu wzroku nie jest jeszcze do końca prawidłowo prowadzona, jest za mało ośrodków i funduszy. Istnieją jednak pewne przesłanki, które pozwalają przypuszczać, że w przyszłym roku środków na rehabilitację, w tym także na rehabilitację wzrokową będzie więcej. Według danych WHO 80% pacjentów tej grupy można poddać leczeniu, dlatego potrzebne są fundusze na badania przesiewowe, profilaktyczne, diagnostykę i leczenie.

Polskie Towarzystwo Okulistyczne istnieje od 1911 roku, w statucie ma wpisana działalność publiczną na rzecz ochrony i promocji zdrowia w społeczeństwie. Istnieje strona Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, gdzie edukujemy lekarzy okulistów oraz innych specjalności, gdzie publikowane są wytyczne. Do tej pory opublikowano 26 takich opracowań, na których Ministerstwo Zdrowia opiera się w swoich programach. PTO dba również o seniorów. Powstał na przykład portal dla pacjentów, na którym mogą zadawać pytania ekspertom z dziedziny okulistyki, omawiane są tam także różne jednostki chorobowe,

Należy zwrócić uwagę,
że pacjenci w Polsce zgłaszają
się zdecydowanie za późno do
lekarzy specjalistów,
a co trzeci Polak
nie był u okulisty.

można znaleźć informacje jak im przeciwdziałać, gdzie można się zgłosić po pomoc.

Należy zwrócić uwagę, że pacjenci w Polsce zgłaszają się zdecydowanie za późno do lekarzy specjalistów, a co trzeci Polak nie był u okulisty. Stąd od dawna postulujemy, aby znieść skierowania do okulisty, żeby pacjent nie musiał stać w kolejce do lekarza rodzinnego po skierowanie, tylko bezpośrednio trafił do nas lekarzy.

Ważnym zagadnieniem są wreszcie badania przesiewowe, które były prowadzone w tygodniu jaskry (ww.) oraz w poradniach okulistycznych u osób zgłaszających się do okulisty po raz pierwszy. Przebadano w ten sposób ponad 3 tys. osób. W tym roku w ramach „Po pierwsze zdrowie” wykonano badanie przesiewowe u 206 osób, ostatni raz u okulisty byli oni średnio 2,5 roku wcześniej, a 7% nigdy wcześniej nie było badane przez okulistę. W 2018 r. akcja prowadzona przez PTO zostanie szerzej rozpropagowana i specjaliści dotrą do większej liczby miast. PTO wspiera także projekt kapsuły do badania zmysłów, która wspaniale sprawdza się podczas pierwszych badań przesiewowych.

Na koniec jeszcze warto wspomnieć o inicjatywach PTO takich jak promowanie karty praw pacjenta z zaćmą. Wszyscy jesteśmy pacjentami, wszyscy chcemy być dobrze poinformowani o schorzeniu i chcemy, żeby lekarz miał dla nas czas.

W przyszłym roku PTO planuje jeszcze szerzej uczestniczyć w badaniach przesiewowych: w tygodniu jaskrowym oraz podczas akcji „Po pierwsze zdrowie”. Musimy pamiętać, że społeczeństwo szybko się starzeje i problem okulistycznych chorób cywilizacyjnych będzie rósł, dlatego akcji badań przesiewowych powinna przyświecać idea: „Uncja zapobiegania jest warta funta leczenia” – Benjamin Franklin.

KOMENTARZ



**redaktor Justyna
Wojteczek**
„Serwis Zdrowie PAP”

Ostatnie działania Polskiego Towarzystwa Okulistycznego należy przedstawić jako wzór do naśladowania. Jest to rzeczywiście nieprawdopodobny dorobek. Problemy narządu wzroku są oczywiście bardzo poważne społecznie. Mocną stroną okulistów jest po pierwsze fakt, że nie jest z liczbą tych specjalistów w Polsce tak dramatycznie, jak na przykład z liczbą periodontologów,

więc nie ma takiego dużego problemu deficytu kadrowego w tej specjalności, a po drugie – gabinety okulistyczne w Polsce są naprawdę bardzo dobrze wyposażone. Złe wiadomości są takie, że obowiązuje skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu do okulisty i jest niska wycena z NFZ. Te dwa czynniki razem są powodem tego, że ludzie późno zgłaszają się na badania albo nie wykonują badań kontrolnych wzroku. W kontekście tego, że problemy narządu wzroku stają się coraz poważniejsze, należy wziąć pod uwagę także profilaktykę wtórną: ludzie, którzy już mają jakieś zaburzenie wzroku i fakt, że obecnie wiadomo, iż 60 proc. pacjentów okulistycznych nie przestrzega zaleceń lekarskich, czyli zmienia sobie dawki leków albo ich nie bierze, albo odstawia na jakiś czas. W kontekście tego, że jest taki trudny dostęp do okulisty, jest to dramat. Tu trzeba podkreślać konieczność edukacji spo-

lecznej. Dziennikarze powinni zwrócić uwagę na medycynę holistyczną, na schorzenia, które wpływają również na rozmaite inne układy ciała, jak cukrzyca czy nadciśnienie.

Gdy człowiek trafia do internisty, jak wielu ludzi otrzymuje informację: ma pan nadciśnienie, proszę zwracać uwagę na wzrok, proszę zapisać się na kontrolę do okulisty. Warto by było podnosić świadomość lekarzy, żeby pacjentów edukowali, ponieważ pacjenci najwięcej wiadomości wynoszą od lekarzy. Media też jak najbardziej powinny tutaj być pomocne. Prasa kobieca rozpowszechniła wśród swoich czytelniczek potrzebę ćwiczenia mięśni oka z uwagi na to, że ma to również przeciwdziałać zmarszczkom. Dobrze by było stworzyć też nową modę na to, żeby szerzyć wiedzę, że np. niewłaściwe oświetlenie też powoduje zmarszczki w okolicach oczu, i oczywiście na konieczność profilaktyki pierwotnej.

Badania przesiewowe w urologii

prof. Piotr Radziszewski
dr n. med. Witold Cieśla

Badania profilaktyczne i przesiewowe w dziedzinie urologii są dosyć trudne do przeprowadzenia ze względu na specyficzny zakres zainteresowania tej dziedziny medycyny. Obecnie w Polsce zachorowalność na nowotwory złośliwe cały czas rośnie, częstość zachorowania na nowotwory układu moczowego niestety też wzrasta. Jeżeli chodzi o śmiertelność to odnotowano pewną poprawę. Lepiej zapobiegać, oczywiście, natomiast czasami zapobieganie jest niemożliwe. W urologii w zasadzie poza dołączeniem się do chóru głosów, że dym tytoniowy jest sprawcą większości nowotworów, dużych możliwości zapobiegania nie ma, ale istnieją bardzo duże możliwości wczesnego wykrywania, a to wczesne wykrywanie przekłada się na wyniki leczenia i na koszty, które są przeznaczane na leczenie. Na stronie KRiN zamieszczono wiele programów profilaktycznych, ale wczesnego wykrywania w odniesieniu do urologii niestety tam nie ma. Na świecie 5-letnia śmiertelność w przypadku nowotworów nieustająco się zmienia. Największe zmiany obserwuje się w raku gruczołu krokowego i również w Polsce one zachodzą, ale rak pęcherza i rak nerki to nadal zabójcy wielu osób i jeżeli chodzi o raka pęcherza, to w Polsce sytuacja wygląda tragicznie.

Z jednej strony mężczyźni niechętnie korzystają z porady urologa, ale z drugiej strony średni czas oczekiwania na poradę w poradni urologicznej to ponad rok. Urologi się starzeją, niedługo ponad 50% urologów będzie po 60 roku życia, a kolejny problem jest taki, że urologi bardzo chętnie przyjmowaliby pacjentów już wstępnie przebadanych, czyli pacjentów, którzy bez pod-



PROF. DR HAB. N. MED.
PIOTR RADZISZEWSKI

Klinika Urologii Ogólnej,
Onkologicznej i Czynnościowej
Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie

stawowej opieki zdrowotnej przyszli do lekarza specjalisty z kompletem podstawowych badań, niewykraczającym poza zakres, który leży w gestii lekarza POZ.

Zachorowalność na raka prostaty w Polsce wynosi 15%, umieralność 8%, pomiędzy rokiem 2000 a 2005 te wartości się zmieniły, to znaczy wzrosła zachorowalność, a w zasadzie wzrosła wykrywalność dzięki wprowadzeniu badań PSA, natomiast umieralność nie jest na poziomie takim, jaki byłby zadowalający i nadal Polska od zagranicy odstaje w sposób istotny. Ryzyko wykrycia raka prostaty w ciągu całego życia w 2007 roku wynosiło 16%, ocenia się, że będzie to około 20% w 2020 i powstaje pytanie, co z tym można zro-

bić. Istotne jest, aby wykrywać nowotwory ograniczone do narządów, czyli takie, które umiemy leczyć i co ważniejsze zidentyfikować te nowotwory, które zabijają, i leczyć je agresywnie, a te nowotwory, które nie zabijają, obserwować.

Czy wykonywać badania przesiewowe? Oczywiście tak. Badania europejskie udowodniły 51% redukcję ryzyka zgonów w ramieniu skринingowym. To są fakty, z którymi nie można dyskutować. *Number needed to screen* dla raka piersi to 377, dla raka prostaty cały czas się zmienia w dół, to jest 293. *Number needed to treat*, żeby uratować jedno istnienie ludzkie, dla raka piersi – 10, dla raka gruczołu krokowego – 12. Norma PSA nie istnieje, nie ma czegoś takiego jak PSA w normie, interpretacji musi zawsze dokonać urolog, dlatego nie powinno się przeprowadzać tzw. dzikich skринingów, wykonywanych na poziomie powiatu, dzięki którym ktoś np. chce sobie polepszyć popularność polityczną, więc przeprowadza skринing dla tysiąca mężczyzn, z którego nic nie wynika, bo nikt potem nie zweryfikował tego badania. Jeżeli popatrzeć się na wytyczne Europejskiego Towarzystwa Urologicznego, które są zaakceptowane przez Polskie Towarzystwo Urologiczne, to się okazuje, że należy stawiać na wczesną wykrywalność. Pierwsze PSA wykonuje się po 40 roku życia i powinien je zinterpretować urolog. Po 75 roku życia, bo ta granica się coraz bardziej przesuwą, nie powinno się wykonywać badań przesiewowych PSA. Proste przykazanie, oznacz PSA po 40 roku życia, a jednak pacjenci najczęściej przychodzą do urologa bez wyniku PSA. W przypadku raka występującego w rodzinie trzeba te badania robić zdecydowanie wcześniej.

W przypadku raka pęcherza także rośnie zachorowalność, głównie u mężczyzn, u kobiet pozostaje ona cały czas na wzrastającym, ale mniej poziomie, notuje się wzrastającą umieralność i nadal zbyt późno wykonuje się operacje. Ostatnie dane o całkowitym przeżyciu po cystektomii potwierdzają, że 50% pacjentów umiera 24 miesiące po jej wykonaniu. Nadal bowiem nie są diagnozowane nowotwory typu zabójca, czyli naciekające na błonę mięśniową. Jeżeli wykryje się nowotwór wcześniej, to istnieje możliwość jego leczenia. Jak go wykryć? Bardzo prosto, wykonywanie USG i cystoskopii, niebagatelizowanie banalnego krwimoczu bez bólu. W Polsce powinny powstać ośrodki cystoskopowe. Należy dążyć do tego, aby pacjent z bezbólowym krwio-

Z jednej strony mężczyźni
niechętnie korzystają z porady
urologa, ale z drugiej strony
średni czas oczekiwania na
poradę w poradni urologicznej
to ponad rok.

moczem nie czekał rok na wizytę u urologa, tylko żeby miał w ciągu tygodnia, dwóch wykonaną cystoskopię i efekt netto zdrowotny będzie tutaj w tym momencie niesamowity. Pamiętać należy, że czynnikiem ryzyka jest palenie papierosów. Wczesna cystektomia w przypadku tych naciekających nowotworów ratuje życie, ale powinna być wczesna.

Kolejny nowotwór, na który trzeba zwrócić szczególną uwagę, to rak nerki. Tutaj zachorowalność wynosi 3%, umieralność 3% dla mężczyzn, 2% dla kobiet. W przypadku tego nowotworu nastąpiła niejaka poprawa, wprowadzono nowe leki, które pozwalają wyleczyć nowotwory zaawansowane, ale jeżeli się popatrzy na krzywe przeżycia, to im wcześniej rozpozna się ten nowotwór, tym lepiej, wtedy można go wyleczyć tanio i skutecznie.

Badania przesiewowe są proste. Dobrze wykonane raz do roku USG jest najtańszym badaniem przesiewowym, które można pacjentom zaproponować, bo wtedy można wykryć nowotwór nerki, usunąć go z nerki i pacjent wychodzi w ciągu kilku dni zdrowy i ma duże szanse, że nie będzie miał wznowy i przerzutów odległych. Nadal pojawiają się pacjenci, którzy są operowani z powodów innych i nie mieli nigdy w życiu wykonanego USG jamy brzusznej i przychodzą z nowotworem, który ma 6–7 cm i z przerzutami do płuca.

Na koniec trzeba podkreślić, że wbrew pozorom kardiologia ma dużo wspólnego z urologią i tutaj rzeczywiście można ze sobą współpracować. Zespół metaboliczny, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca to są ciś zabójcy Polaków, natomiast mężczyźni mają znakomity biomarker skринingowy, który pozwala na wykrycie tych zaburzeń odpowiednio wcześniej, to są zaburzenia erekcji. Jeżeli u młodego człowieka pojawiają się wcześniej zaburzenia erekcji, to nie należy ich

bagatelizować, trzeba przeanalizować, czy ci mężczyźni nie mają zespołu niedoboru testosteronu, nie są ospali, niechętni do pracy, nie mają problemów ze skupieniem i nie należy tego kłaść na karb przemęczenia, bo wcześniej wykryte zabu-

rzenia erekcji poprzedzają incydenty sercowo-naczyniowe około 3-5 lat. W tym momencie taki pacjent z zaburzeniami erekcji tak naprawdę powinien się zgłosić bardzo szybko najpierw do urologa, ale potem do kardiologa.

KOMENTARZ



redaktor
Dariusz Dewille
TVP3

Pani Profesor przekazał mnóstwo informacji, a więc można domniemywać, że problem jest znany środowisku urologicznemu, uro-onkologia jest tematem, który nie jest nowy. Jeżeli jest to tak doskonale zbadane przez środowisko medyczne, to powstaje pytanie,

dla czego ta śmiertelność Polaków jest aż tak duża, dlaczego odstajemy od średnich europejskich. Czy to jest wiedza tajemna, która jest dostępna tylko dla Pana Profesora, czy też ona schodzi do poziomu lekarza pierwszego kontaktu, czy raczej urologa pierwszego kontaktu, bo Pan sugeruje, że urolog powinien być właściwie na równi z lekarzem pierwszego kontaktu, że do urologa powinniśmy trafiać bardzo szybko, ale jednocześnie czas oczekiwania na wizytę wynosi około roku. Jako mężczyzna nie spotkałem się z sytuacją, kiedy lekarz pierwszego kontaktu zadałby mi pytanie, czy mam jakiegokolwiek problemy urologiczne, a więc czy mój barometr informuje o jakichkolwiek problemach zdrowotnych. Pytanie, czy lekarz był po prostu delikatny, że nie chciał

zadawać intymnego pytania, czy też nie wiedział. Pacjent powinien być świadomy, ale o wiele bardziej świadomy pewnych rzeczy wypadałoby żeby był lekarz pierwszego kontaktu. Pan Profesor narzekał na to, że badania urologiczne są analizowane nie przez urologa, a przez lekarza pierwszego kontaktu, tutaj powinniśmy z tymi badaniami trafiać do specjalistów. W takim razie, jeżeli wszystko jest diagnozowane przez środowisko medyczne, dla czego nie ma pewnych procedur systemowych, dla czego pewne rzeczy nie są rutynowo stosowane. Czy można liczyć na informacje, co będzie za 3-5 lat jeśli chodzi o procedury, sposób leczenia, badania przesiewowe. Na razie brakuje takiej informacji.

Ocena i zarządzanie ryzykiem sercowo-naczyniowym

prof. dr hab. Grzegorz Opolski

Głównymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego są: palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, niezdrowa dieta, nadwaga, otyłość i cukrzyca. Czynniki te można podzielić na modyfikowalne, tj. jak palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, cukrzyca i otyłość, oraz będące poza możliwościami naszego wpływu: wiek, płeć czy czynniki genetyczne. W ostatnich latach jesteśmy świadkami zmiany profilu ryzyka sercowo-naczyniowego. Zmniejsza się częstość palenia papierosów oraz średnie stężenie cholesterolu. Niestety tym korzystnym zmianom towarzyszy jednocześnie wzrost częstości występowania nadwagi i otyłości oraz cukrzycy. Dobrą ilustracją tych zmian są wyniki badania, które zostało przeprowadzone wśród polskich parlamentarzystów w 2000 roku i powtórzone w 2006 roku. Średnia wieku badanych była podobna i wynosiła 49 lat. Otyłość brzuszna stwierdzono u 57% parlamentarzystów w 2000 roku i 78% w 2006 roku, co wskazuje na istotny wzrost. Średnie stężenie cholesterolu odpowiednio 212 mg/dl i 195 mg/dl.

W zmianę profilu czynników ryzyka sercowo-naczyniowego wpisuje się siedzący tryb życia, który obejmuje coraz więcej osób, w tym zwłaszcza młodzież. Wprowadzony został termin sedentaryzm, czyli długotrwałe uczestnictwo w czynnościach z minimalną aktywnością ruchową i niskim wydatkiem energetycznym. To niewątpliwie czynnik ryzyka.



PROF. DR HAB. N. MED.
GRZEGORZ OPOLSKI

I Klinika i Katedra Kardiologii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Badania przesiewowe odgrywają podstawową rolę w wykrywaniu czynników ryzyka miażdżycy. Wykrycie czynników ryzyka w okresie bezobjawowym umożliwia wdrożenie interwencji nefarmakologicznych i farmakologicznych, odsuwających w czasie rozwój choroby, a niekiedy cofających zmiany chorobowe.

Podstawą prewencji chorób sercowo-naczyniowych jest ocena ryzyka sercowo-naczyniowego. Jak oceniać ryzyko sercowo-naczyniowe? Obecnie dysponujemy szeregiem metod oceny ryzyka sercowo-naczyniowego. W codziennej

praktyce u osób zdrowych zaleca się ocenę całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego, gdyż miażdżycę jest zwykle efektem działania kilku czynników ryzyka. Od 15 lat zalecaną skalą oceny ryzyka sercowo-naczyniowego jest skala SCORE. Skala SCORE pozwala na oszacowanie 10-letniego ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych, u osób bez choroby sercowo-naczyniowej. Ryzyko to określane jest przy użyciu tablic SCORE na podstawie wieku, płci, palenia tytoniu, skurczowego ciśnienia tętniczego oraz stężenia cholesterolu lub też ilorazu stężenia całkowitego cholesterolu/frakcji HDL. Za podwyższone przyjmuje się ryzyko zgonu wynoszące co najmniej 5%.

Kiedy oceniać całkowite ryzyko sercowo-naczyniowe? Ryzyko sercowo-naczyniowe należy systematycznie oceniać u mężczyzn powyżej 40 roku życia, oraz u kobiet powyżej 50 roku życia. Bardzo dobrym parametrem, w kontekście prewencji pierwotnej chorób sercowo-naczyniowych, jest wiek serca. Ryzyko danej osoby z kilkoma czynnikami ryzyka odpowiada wiekowi tej samej osoby i z tym samym poziomem ryzyka, ale z idealnie kontrolowanymi czynnikami ryzyka. Okazuje się, że wiek serca dorosłych Polaków jest wyższy o około 7 lat w stosunku do wieku metrykalnego.

Co wiedzą Polacy o czynnikach ryzyka chorób sercowo-naczyniowych? Studenci naszego koła naukowego przeprowadzili badanie ankietowe, w ramach którego zadali szereg pytań dotyczących czynników ryzyka, znajomości własnej wagi, obwodu pasa, wiedzy o wybranych chorobach serca. Z podsumowania badania wynika, że świadomość Polaków na temat czynników ryzyka i chorób sercowo-naczyniowych

W codziennej
praktyce u osób zdrowych
zaleca się ocenę całkowitego
ryzyka sercowo-
naczyniowego, gdyż
miażdżycę jest zwykle
efektem działania kilku
czynników ryzyka.

jest wciąż niezadowalająca i potrzeba jest zorganizowanych programów ukierunkowanych na edukację w zakresie profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych.

Jak zarządzać swoim ryzykiem sercowo-naczyniowym? Przede wszystkim znam swoje ryzyko sercowo-naczyniowe – wiek swojego serca. A więc wiem, jakie mam ciśnienie tętnicze, stężenie cholesterolu, obwód w pasie i jaki jestem aktywny fizycznie. Na tej podstawie można opracować plan wsparcia mojego serca.

W ostatnich latach coraz większe znaczenie w samoocenie ryzyka sercowo-naczyniowego odgrywają aplikacje zainstalowane na urządzeniach mobilnych (smartfony, tablety). Obecnie Polacy mają ponad 60 mln smartfonów. Aplikacje mobilne mogą służyć jako narzędzie monitorowania, archiwizacji danych dotyczących tętna, ciśnienia tętniczego, ekg, codziennego rachunku aktywności fizycznej i spożytej ilości kalorii. Dzięki aplikacjom medycznym możemy się wynikami naszych badań dzielić ze swoimi znajomymi czy swoim lekarzem.

KOMENTARZ



redaktor Agnieszka
Pochrzęst-Motyczyńska
„Serwis Zdrowie” PAP

W swoim komentarzu chciałabym postawić się w roli pacjenta. Po analizie dostępnych danych stwierdziłam, że bardzo dużo ludzi ma wysokie ryzyko sercowo-naczyniowe, dlaczego? Główne przyczyny zostały wymienione, ale trzeba też zaznaczyć, że ludzie ci są zagubieni. Edukacja pacjenta jest bardzo słaba, wiele osób słyszy od lekarza, że są w grupie ryzyka i nie wiedzą, co z tym zrobić. Bardzo często, jeżeli lekarz powie, że jest się w grupie ryzyka z powodu na przykład palenia i trzeba przestać palić, pacjent nie wie, co dalej. Dobrze

by było, żeby ten pacjent usłyszał, że najskuteczniejsze rzucenie palenia będzie to, gdy uda się do jakiejś poradni, są telefony infolinii bezpłatnej, dobrze żeby też wiedział, że nielicznym osobom udaje się rzucić palenie za pierwszym razem, średnio potrzeba do tego 7-8 prób, by pozbyć się nałogu. Dobrze by było, gdyby pacjent mógł porozmawiać z lekarzem pierwszego kontaktu, bo wiadomo z badań, że jeżeli włączy się jakieś wsparcie farmakologiczne, to szansa na rzucenie palenia jest większa. Warto wiedzieć także o tym, że taka konsultacja z lekarzem powinna się odbyć czasami minimum tydzień przed datą, kiedy pacjent chciałby zaprzestać palenia, bo musi wcześniej zacząć brać leki, żeby to było skuteczne.

Takich konkretnych informacji pacjent powinien dostać bardzo dużo. Pacjenci słyszą też często, że muszą schudnąć. Świetnie, tylko jak? Tutaj najlepsza byłaby konsultacja u dietetyka, który przekazałby pacjentowi kilka prostych rad, co on mógłby zrobić, żeby choleste-

rolu się pozbyć, bo przecież dzięki zmianie sposobu odżywiania można obniżyć cholesterol nawet o 25% i to mogłoby go przekonać, że nie musi jeść teraz tylko warzyw, tylko będzie poinformowany, jakie konkretne zmiany powinien wprowadzić, by uzyskać efekt. Młodzi ludzie potrafią znaleźć źródła wiadomości na temat cholesterolu, ale starsi zostają trochę zagubieni. Wydaje się, że dla nich byłby pomocny jakiś poradnik, który byłby przygotowany przez ekspertów.

Wszędzie się podkreśla, że aktywność fizyczna jest niezbędna i to jest profilaktyka związana z chorobami serca, a także nowotworowa. W tej dziedzinie również można dać pacjentom konkretne narzędzia. Na przykład profilaktyka połączona z telerehabilitacją, żeby pokazać tym ludziom, co oni mają zrobić, np. przez pół godziny dziennie uprawiać nordic-walking. Taka edukacja i kompleksowa profilaktyka dałyby na pewno bardzo dobre efekty.

Współczesne możliwości profilaktyki neurologicznej

prof. dr hab. n. med. Maria Barcikowska

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opala

prof. dr hab. n. med. Jarosław Sławek

Prewencja i badania przesiewowe w neurologii obejmują przede wszystkim dwa najważniejsze problemy stojące przed neurologami. Pierwszym z nich jest udar mózgu, który jest bezpośrednim zagrożeniem życia i stanowi na pewno najgroźniejsze wyzwanie dla neurologa. Drugim problemem jest otępienie, które jako stan przewlekły jest dużym wyzwaniem dla organizacji służby zdrowia i ekonomii państwa. Obecnie w ciągu roku orientacyjnie dochodzi do 60–70 tysięcy udarów a 20 000 z tych pacjentów to będą osoby na zawsze bądź na dłuższy okres niesamodzielne ruchowo albo poznawczo. Jednocześnie mamy do czynienia z populacją 500 000 osób z otępieniem. W Polsce nie prowadzono badań epidemiologicznych, ale według badań Alzheimer Europe to jest właśnie taka liczba, z czego uważa się, że 310 000 osób to są pacjenci z chorobą Alzheimera. Według danych firm farmaceutycznych, wobec braku innych danych, w Polsce wydaje się, że pomoc lekarską, diagnozę i leczenie uzyskuje ok. 20% osób z otępieniem. W tej chwili podnosi się nawet w Polsce konieczność tworzenia rejestrów i jak się wydaje pacjenci z otępieniem to byłaby bardzo dobra grupa chorych, dla których powinno się takie rejestry stworzyć. Rejestry pacjentów z otępieniem wprowadzono już w wielu krajach, ale są to przede wszystkim państwa bardzo zamożne i być może w najbliższym czasie trzeba się liczyć z faktem, że takiego rejestru w Polsce nie będzie. Jeżeli chodzi o badania przesiewowe, które można by było zaoferować pacjentom z otępieniem, przede wszystkim w chorobie Alzheimera, to nie są to badania bar-



PROF. DR HAB. N. MED.
MARIA BARCIKOWSKA

Klinika Neurologii CSK MSWiA
IMDiK PAN w Warszawie

dzo trudne technicznie. Problem stanowi fakt, że badania przesiewowe w fazie, w której chory nie ma jeszcze objawów klinicznych, są wątpliwe z powodów etycznych, moralnych, wobec braku leczenia, ale i stygmatyzacji. Z drugiej strony badania przesiewowe, których celem byłoby wczesne rozpoznanie objawowej fazy choroby, jej leczenie (na obecnym etapie wyłącznie objawowe) większej grupy pacjentów niż te osiągnięte w Polsce 20%, to jest ważny cel i wyzwanie dla Państwa. Od lat polskie organizacje pacjenckie naciskają, żeby badania przesiewowe pacjentów objawowych wykonywać na możliwie szeroką skalę. To, że w naszym kraju jest leczonych

20% pacjentów, nie jest najgorszym wynikiem – plasuje nas na ok. 10 miejscu od końca wśród państw europejskich. Światowe statystyki dowodzą, że sytuacja optymalna to jest 50% pacjentów objętych opieką służby zdrowia. Nigdy nie osiąga się 100%, być może tylko w krajach skandynawskich uda się do takiego wyniku przybliżyć. Jeśli chodzi o prewencję w chorobach neurologicznych to paradoksalnie te dwie kluczowe choroby, czyli udar mózgu i omdlenie, charakteryzują się tymi samymi czynnikami ryzyka i tym samym prewencja dotyczy takich samych działań, co jest tematem wielu opracowań naukowych w ostatnim czasie.

Istotnie trudnym wyzwaniem jest fakt, że zapobieganie chorobom neurologicznym wieku

podeszłego, takim jak udar mózgu i omdlenie, żeby było skuteczne, powinno rozpoczynać się już w wieku średnim (to znaczy wczesne rozpoznanie i leczenie nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, zaburzeń rytmu serca, patologicznych przesunięć lipidogramu, a także unikanie używek, aktywność ruchowa i zdrowa dieta) i to jest bardzo trudna cezurą, bo wymaga budowania dużej świadomości społecznej i doskonałej wręcz organizacji służby zdrowia. Tylko bowiem w wieku średnim, a jest na ten temat bardzo dużo badań, można w istocie osiągnąć efekty prewencyjne w tych dwóch grupach. Zasadą epidemiologiczną jest fakt, że po 65 roku życia 10% populacji to będą ludzie z omdleniem. W niektórych krajach już teraz udało się osiągnąć, dzięki działaniom edukacyjnym i pre-

KOMENTARZ



redaktor Artur Wolski
Program 1 Polskiego Radia

Prognozy Głównego Urzędu Statystycznego szacują, że w Polsce do roku 2025 osób po 60 roku życia będzie ponad 10 milionów. Jaka jest nasza kondycja zdrowotna? Diagnozujemy w bardzo różnych grupach wiekowych nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, cukrzycę, otyłość, miażdżycę, ale nie od dziś wiadomo, że te choroby mogą prowadzić do zespołów omdleniowych. Za połowę tych zespołów omdleniowych odpowiada między innymi choroba Alzheimera. Po udarze i po każdym kolejnym incydencie udarowym następuje skokowe i nieustępnie trwałe pogorszenie funkcyjono-

wania osób chorych. Pacjent zaczyna gorzej myśleć, ma problemy z kojarzeniem faktów, są problemy z orientacją i oceną faktów, które rozgrywają się wokół. Gorzej też działa pamięć: sensoryczna, krótkotrwała i długotrwała. Istnieją kłopoty z odtwarzaniem tego, co kiedyś się wydarzyło, a odtwarzanie nabytych w przeszłości umiejętności staje się prawie niemożliwe. To jest oczywiście krótka diagnoza medyczna, ale ile nas jako społeczeństwo będzie kosztowało to, że mamy taki stan zdrowotny w Polsce? To nie jest trudne do przewidzenia i policzenia. Przybędzie nam przede wszystkim ludzi: słabych, bezbronnych i chorych, a być może i wykluczonych. Zaczynamy w swojej strukturze społecznej tworzyć społeczeństwo o budowie kastowej. A te uprzywilejowane grupy już widać, tworzą je korporacje, biznes, pieniądze, tworzy też świat polityki. Co z tej diagnozy medyczno-społecznej będzie wynikało – dla Polaków, dla zdrowia? Jakiego działania należy podjąć? Najwyższy czas postawić na profilaktykę, w tym wypadku neurologiczną. Czy to się

opłaca? – dowody naukowe jasno wskazują, że tak. W krajach o rozwiniętej świadomości społecznej i dobrze zorganizowanej służbie zdrowia (USA, Niemcy, Szwecja, Wielka Brytania) liczba osób omdleniowych spadła z 10% w populacji powyżej 65 roku życia do 8%. W strukturze globalnej są to miliony ludzi ocalonych od zespołu omdleniowego, czyli ludzi, których można znowu włączyć do społeczeństwa. To jest ogromny zysk i wartość, o której trzeba pamiętać. A można to wszystko osiągnąć między innymi dzięki profilaktyce. Nie ma w życiu takiej sytuacji, w której człowiek nie mógłby pomóc innym, trzeba tylko chcieć i odkrywać w sobie pewną przyzwoitość do bycia użytecznym dla innych. I to jest zadanie dla nas, dla dziennikarzy, dla świata nauki. Musimy zagrać na wielu fortepianach wielką symfonię, która będzie symfonią serc, symfonią mądrości, zauważenia innych, tych słabszych i wyrobienia w sobie poczucia, że nasza praca, zarówno badacza, lekarza, jak i dziennikarza, to codzienna służba na rzecz osoby chorej i słabej.

wencyjnym, spadek tej magicznej liczby z 10% do 8%, co przekłada się na wiele milionów ludzi bez cech otępienia. Wiadomo, że w krajach o wysokim dochodzie i wysokiej kulturze zdrowotnej liczba pacjentów z otępieniem będzie spadać. W innych krajach o mniejszym budżecie (takich jak Polska), będziemy konfrontowani z szybko rosnącą liczbą pacjentów z otępieniem. Organizacja opieki nad chorym z udarem w Polsce jest ogromnym osiągnięciem polskiej neurologii, również we współpracy z kardiologami. W efekcie tej współpracy udało się stworzyć w naszym kraju skuteczne zasady leczenia chorych z udarem, na poziomie europejskim.

Natomiast jeżeli chodzi o chorobę Alzheimera, to poza tym wyzwaniem, żeby rozpoznać tę chorobę w odpowiednim czasie i zacząć leczenie, którego ciągle w Polsce nie rozwiązaliśmy, nowoczesna medycyna niesie już nam następne. W ostatnich latach na świecie pojawiło się wyzwanie nowatorskie, czyli prewencja wtórna choroby Alzheimera, to znaczy rozpoznawanie i leczenie pacjentów z toczącym się procesem zwyrodnienia alzheimerowskiego – ale jeszcze bez objawów klinicznych. Okres presymptomatyczny choroby Alzheimera trwa 15-20 lat, podczas którego mózg jest niszczone przez toksyczne białka (beta-amyloid i białko tau), a chory nie odczuwa żadnych objawów. Zacznie je zgłaszać dopiero wtedy, kiedy w obszarach mózgu odpowiedzialnych za procesy pamięciowe zginie więcej niż 50% neuronów. Nowoczesna prewencja wtórna – to leczenie chorego zanim zostanie przekroczona ta krytyczna liczba neuronów i tym samym zanim chory zacznie skarżyć się

na zaburzenia pamięci. To jest oczywiście dosyć egzotyczny problem w Polsce, bo w naszym kraju mamy do czynienia z walką o rozpoznanie chorych objawowych, jednakże należy pamiętać o nowych badaniach i możliwościach, które się pojawiły na świecie. Żeby oznaczyć obecność białka tau i beta-amyloidu w płynie mózgowo-rdzeniowym wystarczy zrobić badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i to badanie jest skuteczne na 25 lat przed objawami klinicznymi. Jest to badanie wykonywane już w kilku ośrodkach w Polsce. Inną metodą rozpoznania przedklinicznego jest wykonanie badania genetycznego. 1,5% osób z chorobą Alzheimera to chorzy, u których choroba jest spowodowana przez jednogenną mutację, o 100% penetracji. Ta grupa chorych, o których wiemy, że nieuchronnie zachorują, to kohorta, która może dostarczyć nam danych na temat przebiegu patologicznych procesów, będących powodem zaburzeń pamięci, ale też pierwsza grupa, która może być leczona przyczynowo w okresie przedobjawowym. W USA pierwszy Narodowy Plan Działań Prewencyjnych dla nosicieli patogennych mutacji, finansowany przez Państwo, a nie przez firmy farmaceutyczne, powstał w 2012 roku, a od 2013 r. są prowadzone próby eksperymentalnego leczenia przyczynowego choroby Alzheimera, tym razem finansowane przez firmy farmaceutyczne. Projekt leczenia przyczynowego w fazie przedklinicznej – DIAN-TU obejmuje coraz większą populację chorych, nosicieli mutacji sprawczej. W Polsce jak dotąd zidentyfikowano 40 rodzin, które mogą być włączone do programu DIAN-TU.

Profilaktyka raków skóry

prof. dr hab. n. med. Sławomir Majewski

Raki skóry należą do najczęstszych nowotworów występujących u człowieka, w niektórych populacjach nawet do 75% wszystkich nowotworów to nowotwory skóry, z czego najczęstszy jest rak podstawnokomórkowy, rak kolczystokomórkowy na drugim miejscu i wreszcie czerniak złośliwy. Ten najczęstszy rzadko daje przerzuty, ale wykazuje miejscową złośliwość, czyli niszczy tkanki, jeżeli zmiana jest rozległa, wymaga bardzo specjalistycznej chirurgii plastycznej. Rak kolczystokomórkowy jest rakiem, który wywołuje przerzuty, i wreszcie najbardziej złośliwy nowotwór, czyli czerniak, który stanowi około 3-5% raków skóry. Ocenia się, że ryzyko zachorowania na raka skóry w ciągu życia u rasy kaukaskiej wynosi około 20%, najczęściej dotyczy to dojrzałej albo starszej populacji, ale czerniak złośliwy występuje także u młodych osób, a u młodych kobiet czerniak złośliwy skóry jest najczęstszym złośliwym nowotworem. Trudno powiedzieć o epidemiologii, albowiem nie tylko w Polsce, ale w wielu innych krajach zgłaszalność raków skóry nie jest kompletna. Rocznie notuje się między 12 a 20 tys. przypadków, ale szacuje się, że prawdopodobnie trzeba pomnożyć tę liczbę razy 2 albo 3, ponieważ większość z tych nowotworów na wczesnym etapie jest diagnozowana i usuwana w gabinetach prywatnych i lekarze nie mają w nawyku zgłaszania danych do krajowego rejestru nowotworów. Oczywiście część tych zmian wymaga bardzo specjalistycznych zabiegów chirurgicznych, są to często zmiany mnogie, na twarzy, stanowią też problem natury kosmetycznej a nie tylko bezpośredniego zagrożenia stanu zdrowia i życia.



PROF. DR HAB. N. MED.
SŁAWOMIR MAJEWSKI

Klinika Dermatologii i Wenerologii WUM
w Warszawie

Czynniki ryzyka to przede wszystkim promieniowanie UV, zarówno słońce, jak i sztuczne źródła światła, a zwłaszcza intensywna ekspozycja na ultrafiolet. Poparzenia słoneczne w dzieciństwie to główny czynnik ryzyka rozwoju czerniaka złośliwego w wieku dojrzałym. Badania ankietowe, które wykonywane były w Europie i w ramach programu prowadzonego w Polsce wskazują, że około 20-25% dzieci ulega kilku poparzeniom słonecznym drugiego stopnia w ciągu pierwszych 10 lat życia. Dodatkowo należy pamiętać o czynnikach genetycznych, pierwszym jest fototyp skóry, czyli jasna karnacja, niektóre choroby genetyczne, przewlekłe

choroby skóry związane z immunosupresją. Co ważne mamy coraz większą liczebnie populację osób, które są w stanie immunosupresji. To są biocyprze przeszczepów narządowych, cierpiący na choroby reumatyczne, reumatoidalne, z autoagresji, pacjenci z wirusem HIV i AIDS.

Prewencja pierwotna to edukacja na temat właściwych zasad fotoprotekcji, na temat objawów na skórze, które mogłyby sugerować obecność zmian przednowotworowych i wreszcie prewencja wtórna, czyli edukacja pacjenta, który powinien wiedzieć, z jakimi zmianami przyjść do lekarza, nawyk samobadania i regularne badania dermatologiczne.

Główny problem to jest zmiana nawyków. Polska brała udział programie EPIDERM, który obecnie jest kontynuowany. Udział brało w nim 8 krajów, 1370 pacjentów z rakami skóry, ponad 1,5 tysiąca osób zdrowych. Przeprowadzono bardzo dokładne badania epidemiologiczne dotyczące prewencji, czynników ryzyka, wiedzy ogólnej dotyczącej zagadnień zdrowotnych, analizy farmakoekonomiczne. Wyniki zostały opubliko-

Raki skóry należą do najczęstszych nowotworów występujących u człowieka, w niektórych populacjach nawet do 75% wszystkich nowotworów to nowotwory skóry, z czego najczęstszy jest rak podstawnocomórkowy, rak kolczystocomórkowy na drugim miejscu i wreszcie czerniak złośliwy.

KOMENTARZ



redaktor
Katarzyna Pinkosz
„Do Rzeczy”

Jeśli chodzi o nowotwory skóry i słońce, to wydaje się, że sprawa jest bardzo prosta. Można od razu powiedzieć: nowotwór skóry – słońce, tak jak: rak płuca – palenie papierosów. Kiedy pojawiały się pierwsze doniesienia, że papierosy powodują nowotwory, oponenci mówili, że to tak, jakby powiedzieć, że noszenie nylo-

nowych rajstop powoduje większe ryzyko zachorowania na raka. Dziś już istnieje powszechna świadomość, że papierosy powodują nowotwory. Mijamy nadzieję, że tak samo przebiega się do społeczeństwa wiedza o tym, że promienie UV mogą szkodzić. Słońce jest synonimem lata, wypoczynku, miłego spędzania czasu. Kiedy widzi się ogromną liczbę osób opalających się na plażach, to z całą pewnością można powiedzieć, że nie wszystkie z nich stosują dostateczną ilość kremów z filtrem. Przedstawione przez prof. Majewskiego dane dotyczące dzieci, które ulegają poparzeniom słonecznym, są szokujące. Bardzo dobrze się stało, że został wprowadzony zakaz korzystania z solarium przez dzieci i młodzież do 18. roku życia. Może jego wprowadzenie zwiększy również samoświadomość osób dorosłych.

Lekarze i naukowcy dbają o to, żeby propagować najnowszą wiedzę naukową. Ta wiedza przebiega się do społeczeństwa dzięki mediom. To od społecznej odpowiedzialności mediów zależy, co z tą wiedzą zrobią. Tak jak nie jest dobrze widziane pokazywanie w mediach osób palących papierosy, tak samo teraz w przypadku nowotworów skóry – to od mediów zależy, czy będą latem propagować leżenie i opalanie się na plaży, czy aktywny wypoczynek nad morzem, nad jeziorami, w górach. Tak samo jak sekundowaliśmy prof. Zatońskiemu i onkologom prowadzącym kampanie antynikotynowe, tak w tej chwili musimy sekundować dermatologom. Związek między promieniowaniem UV a chorobami nowotworowymi jest tak samo potwierdzony, jak związek między papierosami a rakiem.

wane w specjalnym suplemencie „British Journal of Dermatology”. Było to największe badanie przeprowadzone w Europie, z tak dokładną analizą danych – może stanowić podstawę zarówno w Polsce, jak i w innych krajów do wdrożenia praktycznych rozwiązań. Postanowiono, że badania będą kontynuowane w poszczególnych krajach i na pewną skalę zostały one przeprowadzone także w ramach programu „Po pierwsze zdrowie”. Oprócz badań dermatologicznych, gdzie zdiagnozowano rzeczywiście kilkudziesięciu chorych ze zmianami przednowotworowymi albo inwazyjnymi rakami, przeprowadzono także badania ankietowe, w których starano się jeszcze rozszerzyć lub potwierdzić wyniki uzyskane w ramach inicjatywy EPIDERM.

Potwierdza się, że wiedza pacjentów czy społeczeństwa na temat szkodliwości ekspozycji na ultrafiolet, zwłaszcza świadomość, że jej przewlekła ekspozycja bez poparzeń jest również szkodliwa, jest niewielka. Obecnie Prezydent podpisał ustawę, że solaria będą zakazane dla osób poniżej 18 roku życia. Zwraca uwagę brak świadomości, co dotyczy zwłaszcza osób star-

szych, że niektóre leki moczopędne, przeciw nadciśnieniu mogą również zwiększać ryzyko raka skóry, co potwierdzono w badaniach EPIDERM. Pacjenci nie wiedzą, jak mają oceniać swoje zmiany skórne, nie wiedzą, jak stosować preparaty przeciwsłoneczne. Należy stworzyć system umożliwiający wykonanie powszechnych badań przesiewowych, aby każdy miał szansę być zbadanym przez lekarza, konieczna jest elementarna znajomość przez lekarzy rodzinnych różnych zmian chorobowych na skórze, być może przydatny byłby jakiś system telemedyczny, gdzie pacjent mógłby być konsultowny w ramach skriningu, oraz oczywiście działania edukacyjne, które muszą być adresowane do różnych grup wiekowych, do każdej w inny sposób. Ogromną rolę powinny odegrać także środki masowego przekazu. Jeżeli udało by się przynajmniej w odniesieniu do fotoprotekcji przygotować takie programy edukacyjne, to ocenia się, że do roku 2050 uzyskano by efekt w postaci zmniejszenia o 30% przypadków czerniaka złośliwego, o 35% raka podstawnokomórkowego i prawie o 50% raka kolczystokomórkowego.

Profilaktyczne badania przesiewowe w chirurgii naczyniowej

prof. dr hab. n. med. Piotr Andziak
dr n. med. Witold Cieśla

Zgodnie z definicją badanie przesiewowe przeprowadza się wśród osób niedemonstrujących objawów choroby, w celu jej wykrycia i wczesnego leczenia, dla zapobieżenia poważnym następstwom choroby w przyszłości. Schorzenie poddawane badaniu przesiewowemu powinno stanowić istotny problem zdrowia publicznego, a w jego naturalnym przebiegu choroby występować wczesna, bezobjawowa faza. Ponadto dla badanego schorzenia powinien istnieć uznany standard leczenia oraz dowody na to, że jego leczenie we wczesnej, bezobjawowej fazie ma wpływ na losy chorego w odległej przyszłości.

Wśród schorzeń będących przedmiotem zainteresowania chirurgii naczyniowej uzasadnienie dla prowadzenia profilaktycznych badań przesiewowych znajdują badania w kierunku zwężenia tętnic szyjnych oraz tętniaków aorty brzusznej. Oba schorzenia rozwijają się długo nie dając żadnych dolegliwości. Pierwsze ich objawy mogą stanowić zagrożenia dla zdrowia i życia chorych. W przypadku zwężenia tętnic szyjnych mogą wystąpić objawy niedokrwienia mózgu lub siatkówki, z najgroźniejszym powikłaniem – udarem niedokrwinnym. U chorych z tętniakami aorty brzusznej pierwszym objawem może być jego pęknięcie z zagrażającym życiu krwotokiem.

Blaszka miażdżycowa będąca najczęściej przyczyną zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej stwarza ryzyko udaru niedokrwinnego w mechanizmie zatorowym. Jej fragmenty lub fragmenty skrzepliny na niej powstającej przenoszone z prądem krwi do tętnic wewnątrzczaszkowych mogą



PROF. DR. HAB. N. MED. PIOTR ANDZIAK

Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA
w Warszawie

powodować ich niedrożność, wywołując objawy neurologiczne o różnym nasileniu. Mogą to być objawy przemijającego niedokrwienia mózgu, w którym objawy neurologiczne wycofują się po kilku lub kilkunastu minutach, bądź ciężkie udary niedokrwienne, będące przyczyną kalectwa lub zgonu. Ze względu na powierzchowne położenie tętnica szyjna jest łatwo dostępna dla badania ultrasonograficznego. Jest ono metodą z wyboru w diagnostyce obrazowej zwężeń tętnicy szyjnej. Rozpoznanie objawowego lub bezobjawowego zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej przekraczającego 70% stanowi wskazanie do zastosowania jednej z metod pierwotnej lub wtórnej profilak-

tyki udaru niedokrwiennego: farmakologicznej lub dwóch metod operacyjnych – klasycznego udrożnienia albo angioplastyki z implantacją stentu. U chorych z bezobjawowymi zwężeniami tętnicy szyjnej wewnętrznej metodą pierwotnej profilaktyki jest leczenie operacyjne lub farmakologiczne. Wyjątkowo u tych chorych istnieją wskazania do angioplastyki z implantacją stentu. U chorych z objawowym zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej przekraczającym 70% zalecaną metodą wtórnej profilaktyki jest udrożnienie tętnicy szyjnej i leczenie farmakologiczne, a u chorych, u których ryzyko operacji jest duże, wskazane jest wykonanie angioplastyki.

W Europie stwierdza się 1 100 000 nowych udarów rocznie, co kosztuje budżety krajów Unii Europejskiej ponad 38 miliardów euro. Wśród tych chorych 10 do 15% doznaje udaru z powodu bezobjawowego zwężenia tętnicy szyjnej. Częstość występowania zwężeń tętnic szyjnych jest wyraźnie uzależniona od wieku – im starszą grupę badamy, tym odsetek osób dotkniętych tym schorzeniem jest większy. Czy rzeczywiście są to zwężenia bezobjawowe? Oczywiście nie. Przeprowadzono bardzo wiele badań, w których wykazano, że po pierwsze, każda blaszka miażdżycowa umiejscowiona w tętnicy szyjnej wewnętrznej jest źródłem mikrozatorów, a po drugie im większy stopień zwężenia, tym większe ryzyko występowania mikrozatorów obwodowych. Niewielkie fragmenty blaszek miażdżycowych lub skrzeplin przemieszczające się z prądem krwi do tętnic wewnątrzczaszkowych początkowo pozostają nieme, ale kumulacja tych mikrozatorów może powodować nieodwracalne uszkodzenia mózgu. Wyniki badania ACES (Asymptomatic Carotid Emboli Study) wykazały, że obecność mikrozatorowości w tętnicy szyjnej, ocenianej za pomocą dopplerowskiego badania przezczaszkowego, zwiększa 2,5-krotnie częstość występowania udaru niedokrwiennego i przemijającego niedokrwienia mózgu i aż 5-krotnie występowanie udaru niedokrwiennego. Dane te wyraźnie wskazują na to, że bezobjawowe zwężenia tętnic szyjnych tak naprawdę nie są bezobjawowe i dlatego w tych przypadkach uzasadnione jest prowadzenie badań przesiewowych.

Zalecenia dotyczące prowadzenia badań przesiewowych w kierunku zwężenia tętnic szyjnych znalazły się w najnowszych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej, które ukazały się w 2017 roku. Wskazania do

**Chorzy zostają objęci
programem leczenia
farmakologicznego
i eliminacji czynników ryzyka
miażdżycy, co wpływa na
zmniejszenie ryzyka sercowo-
naczyniowego i zmniejszenie
śmiertelności z tego powodu.**

przewodzenia badań przesiewowych w kierunku zwężenia tętnic szyjnych istnieją u chorych obciążonych czynnikami ryzyka miażdżycy, u chorych z nadciśnieniem tętniczym, hiperlipidemią, miażdżycowym niedokrwieniem kończyn dolnych, tętniakami aorty, palaczy tytoniu i osób z wywiadem rodzinnym chorób tętnic. Zalecaną metodą obrazowania jest ultrasonografia. Jakie korzyści niesie ze sobą przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku zwężenia tętnic szyjnych? Poza oczywistą korzyścią, jaką jest możliwość zastosowania jednej z metod pierwotnej profilaktyki, chorzy zostają objęci programem leczenia farmakologicznego i eliminacji czynników ryzyka miażdżycy, co wpływa na zmniejszenie ryzyka sercowo-naczyniowego i zmniejszenie śmiertelności z tego powodu. Jak jest ryzyko prowadzenia badań przesiewowych? Przede wszystkim możliwością błędnego rozpoznania znacznego stopnia zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej, co może skutkować kwalifikowaniem do operacji chorych, którzy tego nie wymagają. Mimo że badania przesiewowe nie zapobiegają udarom mózgowym, towarzystwa naukowe zalecają ich prowadzenie w wybranej grupie chorych obciążonych czynnikami. Potwierdzają to najnowsze wytyczne Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej. W Polsce badań przesiewowych w kierunku zwężenia tętnic szyjnych do tej pory nie prowadzono.

Tętniaki aorty brzusznej są drugim schorzeniem, w którym istnieje uzasadnienie dla prowadzenia profilaktycznych badań przesiewowych. Celem tych badań jest wczesne wykrycie i zapewnienie możliwości przeprowadzenia bezpiecznej operacji po przygotowaniu chorego. Taki sposób postępowania ma za zadanie zmniejszyć liczbę pęknięć tętniaków aorty brzusznej a przez to zmniejszenie śmiertelności z tym związanej.

Ma również spowodować zmniejszenie liczby operacji doraźnych wykonywanych z powodu pękniętych tętniaków aorty brzusznej. Wyniki tych operacji są znacznie gorsze w porównaniu z wynikami operacji planowych. Śmiertelność po operacjach pękniętych tętniaków aorty brzusznej waha się od 35% do 55%, a śmiertelność po planowych operacjach tętniaków aorty nie przekracza 8%, zwykle waha się w granicach 3–4%. Należy przy tym podkreślić, że 80% chorych z pękniętym tętniakiem umiera przed uzyska-

niem pomocy medycznej. Rozpoznanie tętniaka aorty brzusznej o średnicy 55 mm u mężczyzny i 52 mm u kobiety jest wskazaniem do operacji – klasycznej lub wewnątrznaczyniowej. Przytoczone dane uzasadniają konieczność prowadzenia profilaktycznych badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej.

Badania przesiewowe w kierunku tętniaka aorty brzusznej są prowadzone przy użyciu ultrasonografii. Do chwili obecnej przeprowadzono 10 badań, głównie u mężczyzn powyżej

KOMENTARZ



redaktor Paweł Kruś
„Świat Lekarza”

Panie Marszałku, Panie Senatorze,
Czcigodni Zebrani,

Pan Profesor Piotr Andziak podzielił się z nami bezcenną wiedzą o roli badań przesiewowych w chirurgii naczyniowej. Wymienił dwa bardzo ważne obszary terapeutyczne – tętniaki aorty brzusznej i zwężenia tętnic szyjnych. Wczesne operacje tętniaków aorty brzusznej mogą uratować życie pacjentów. Wczesne wykrycie zwężenia tętnic szyjnych może pomóc w zapobieganiu udaru niedokrwinnego.

Ale istnieją jeszcze dwa obszary związane z chorobami naczyń, gdzie zastosowanie badań przesiewowych może uchronić ludzi przed śmiercią lub ciężkim kalectwem. To zespół stopy cukrzycowej i niedokrwienie kończyn dolnych, spowodowane

zwężeniem tętnic w kończynach dolnych.

W 2016 roku środowisko Nagrody Zaufania Złoty Otis przeprowadziło społecznie akcję profilaktyczną polegającą na wykonaniu badania kostka-ramię. Celem akcji było propagowanie nowoczesnej i bardzo taniej metody prewencji udarów i przede wszystkim amputacji kończyn dolnych.

Badanie kostka-ramię pozwala określić wskaźnik ABI: jeśli ma on wartość poniżej 0,9, świadczy to o zwężeniu w tętnicach obwodowych – to ostrzeżenie przed zagrożeniem udarem niedokrwinnym.

Wynik badania „kostka-ramię” powyżej wartości 1,15 oznacza sztywnienie tętnic i pojawienie się zmian cukrzycowych i miażdżycowych.

Niewiele osób w Polsce słyszało o pomiarze wskaźnika „kostka-ramię”: to badanie jest wykonywane zbyt rzadko. Z reguły przeprowadzają je kardiolodzy i angiologowie u osób, które są już poważnie chore. Dlatego przebadaliśmy społecznie ponad 2000 osób, wyniki, zwłaszcza u ludzi starszych, budzą niepokój. Ale większy niepokój budzi brak możliwości rozwinięcia badań przesiewowych kostka-ramię siłami społecznymi.

Sytuację rozwiązałby tylko ministerialny zakup powiedzmy po 10 nowoczesnych urządzeń ABI dla każdego województwa. To wydatek poniżej 2 mln złotych w skali całego kraju.

Sprzęt nowoczesny jest niezawodny, co mogę potwierdzić jako użytkownik, łatwy w obsłudze, a jeśli chodzi o koszty eksploatacji, sprowadzają się one do rolek papieru takiego jak do kasy fiskalnej i pracy pielęgniarki. Badanie trwa 3 minuty i profilaktycznie powinien je wykonywać każdy Polak raz w roku. Osoby, z niepokojącym poziomem wskaźnika ABI, wiedziałyby o zagrożeniu i mogłyby same szukać pomocy specjalistycznej.

Czy warto, zamiast amputować około 12 tysięcy kończyn rocznie, zdecydować się na taki wydatek?

Warto. Bo jak podkreślali lekarze-praktycy, którzy zainspirowali akcję badania kostka-ramię – prof. Aleksander Sieroń, krajowy konsultant ds. angiologii i prof. Waldemar Kostewicz – past prezes Polskiego Towarzystwa Angiologicznego, chodzi o to, by pacjenci trafiali do lekarzy jak najwcześniej, nie w stanie, gdy amputacja jest jedyną możliwą terapią.

Dziękuję.

65 roku życia. Wyniki tych badań wykazały, że częstość występowania tętniaków w tej grupie chorych waha się od 4 do 9%. Jedynie w badaniach brytyjskich wykonanych w latach 2014–2015 wśród 400 000 osób stwierdzono niższą częstość występowania tętniaków aorty brzusznej nieprzekraczającą 2%. Wytyczne towarzystw naukowych wskazują na korzyści płynące z wykonywania jednorazowych badań przesiewowych przy zastosowaniu ultrasonografii u mężczyzn w przedziale powyżej 65 roku życia.

Nie zaleca się prowadzenia takich badań wśród mężczyzn powyżej 80 roku życia i u kobiet.

W Polsce badania przesiewowe w kierunku tętniaka przeprowadził zespół pod kierunkiem profesora Arkadiusza Jawienia w województwie kujawsko-pomorskim. Częstość występowania tętniaków aorty brzusznej wśród mężczyzn powyżej 65 roku wyniosła 9%, a w wieku powyżej 60 roku 6%. Kolejne badanie przesiewowe w kierunku tętniaka aorty brzusznej zaplanowano w Polsce na lata 2018–2020.

Profilaktyka raka i otyłości jest możliwa. Mamy na to dowody

prof. dr hab. n. med. Mirosław Jarosz

W ciągu ostatnich 20 lat, według szacunków Instytutu Żywności i Żywienia, 313 000 osób w Polsce uniknęło zachorowania na raka. Dotyczy to nowotworów o najgorszym rokowaniu, w którym 5-letnie przeżycie wynosi od kilku do 15–20%, czyli raka żołądka, raka jelita grubego, raka trzustki, raka przełyku, czy też raka pęcherzyka żółciowego. Powstaje zasadnicze pytanie: dlaczego tak się stało. To najlepszy wynik w Europie: 313 000 osób uniknęło zachorowania, w tym 188 000 na nowotwory przewodu pokarmowego i 125 000 na raka płuca. Szacunki pokazują, że dało to oszczędności około 9,4 miliarda złotych, biorąc pod uwagę koszty pośrednie i bezpośrednie.

W zależności od rodzaju nowotworów w różnych krajach europejskich obserwuje się zahamowanie wzrostu zachorowalności na nie lub niewielki spadek, ale nie w takim wymiarze jak w Polsce. Zaskakująca jest sprawa raka żołądka, w przypadku którego zachorowalność w naszym kraju na przestrzeni 20 lat zmniejszyła się prawie



PROF. DR HAB. N. MED.
MIROSLAW JAROSZ

Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie

2-krotnie, a przecież w polskiej populacji zakażenie *Helicobacter pylori*, najsilniejszy karcinogen, występuje wśród 70–80% Polaków. Co się stało?

Dwa lata temu Międzynarodowa Agencja do spraw Badań nad Rakiem ogłosiła nowy raport wskazujący na kancerogenne działanie mięsa przetworzonego i mięsa czerwonego. Jesteśmy w stanie ocenić, jak sposób żywienia Polaków na przestrzeni tych ostatnich 20 lat wpływał na zachorowania na poszczególne nowotwory. Korelacja między żywieniem a zachorowalnością jest bardzo ścisła. W latach wcześniejszych odnotowano 2-krotny wzrost spożycia mięsa czerwonego i 4-krotny wzrost zachorowalności na raka trzustki. Od 20 lat zmniejsza się spożycie mięsa czerwonego i zmniejsza się zachorowalność na raka trzustki.

W ostatnich latach obserwuje się też tendencję wyhamowywania zachorowania na raka jelita grubego, na co z pewnością wpłynęło wiele czynników żywieniowych. Dynamiczny wzrost spożycia przetworów mięsnych i mięsa czerwonego był skorelowany ze wzrostem zachorowalności na raka jelita grubego, a następnie wyraźny spadek spożycia mięsa czerwonego był jednym z czynników, który spowodował spowolnienie narastania zachorowania na raka jelita grubego. Co spowodowało te istotne zmiany? Wprawdzie nawyki żywieniowe Polaków nadal pod wieloma względami są nieprawidłowe, odległe od zaleceń i norm, ale mimo wszystko w tych ostatnich 20 latach zmieniły się i doszło do zmniejszenia spożycia mięsa czerwonego i jego przetworów, zmiany struktury spożycia tłuszczów, czyli zmniejszenia spożycia tłuszczów zwierzęcych, nasyconych, a wzrostu spożycia tłuszczów roślinnych. Dodatkowo zmniejszyło się spożycie soli, cukrów prostych, a obserwowano wzrost o 20-30% spożycia warzyw i owoców, witamin antyoksydacyjnych i polifenoli, wzrosło także spożycie kawy. Jednocześnie zmniejszyło się palenie tytoniu u mężczyzn.

Jeśli spojrzysz się całościowo na epidemiologię nowotworów w Polsce, to obserwuje się ich wzrost zachorowań, ale jest on między innymi

związany ze wzrostem zachorowalności na raka trzonu macicy, raka sutka, gruczołu krokowego. Wiąże się to ze wzrostem otyłości i palenia tytoniu wśród kobiet w Polsce oraz z czynnikami żywieniowymi, jak: wzrost spożycia alkoholu, nadal wysokie spożycie mięsa przetworzonego, izomerów trans, kwasów tłuszczowych nasyconych oraz soli i słodczy. Mniejsze od zalecanego jest spożycie warzyw, owoców, produktów mlecznych, błonnika, ryb, niski jest też poziom witaminy D w diecie.

Można zatem powiedzieć, że diagnoza jest znana, wiadomo, jakie czynniki powodują zdecydowany wzrost zachorowań i jakie czynniki go hamują, ale stało się to bez udziału medycyny naprawczej. Te 313 000 osób w Polsce i ponad 9 miliardów złotych oszczędności to nie zasługa działania medycyny naprawczej. Gdyby choć 1 miliard złotych przeznaczyć na edukację teraz, to może efekty byłyby jeszcze lepsze. Instytut Żywności i Żywienia udowodnił bowiem, że walka z otyłością jest możliwa. W ramach szwajcarsko-polskiej współpracy w projekcie „Zachowaj równowagę” w ciągu dwóch lat objęto 10% polskich uczniów programem certyfikacji placówek edukacyjnych Szkoła/Przedszkole Przyjazne Żywieniu i Aktywności Fizycznej, który spowodował nie tylko spowolnienie narastania nadwagi i otyłości, ale spadek otyłości o 3% w szkołach podstawowych. W wyniku realizacji tego programu uniknięto nadwagi i otyłości 8000 dzieci i młodzieży, przy wydatkowanych 800 000 złotych. Gdyby przeznaczono 8 mln złotych, to objęto by tym programem cały kraj i w ciągu 2 lat 80 000 dzieci nie miałyby nadwagi bądź otyłości. Kalkulacja ta wskazuje, gdzie warto lokować środki finansowe i jaką strategię wydatków przyjąć. Jak widać z przytoczonych wyników badań, możliwe są do osiągnięcia bardzo dobre efekty z wykorzystaniem dostępnych narzędzi edukacyjnych. Diagnoza jest, wiele narzędzi jest dostępnych.

KOMENTARZ



redaktor
Ewa Gwiazdowicz-
-Włodarczyk
„Puls”

Według Demokryta ludzie błagają bogów o zdrowie, a nie myślą o tym, że zdrowie leży w ich rękach. Rzeczywiście można powiedzieć, że zdrowie trochę leży w naszych rękach, ale także w rękach instytucji, które tworzymy.

Chciałam powiedzieć o inicjatywie rzecznika praw dziecka, który niedawno wystąpił do ministra zdrowia z prośbą i wnioskiem o wprowadzenie porady żywieniowo-dietetycznej do koszyka świadczeń gwarantowanych, co jest rzeczą bardzo istotną. 2-3 lata temu środowiska medyczne wystąpiły z prośbą o wprowadzenie takiej porady żywieniowej dla kobiet w ciąży i rodzin dzieci do 36 miesiąca życia, co miało wpłynąć

na lepszą kondycję młodych Polaków oraz propagowanie tego, w jaki sposób te dzieci będą żyły w przyszłości. Eksperti z Centrum Zdrowia Dziecka przeprowadzili także badanie, dotyczące odżywiania dzieci 6- i 12-miesięcznych. Stwierdzono, że niemowlęta w tych grupach wiekowych spożywają zbyt dużą liczbę posiłków. Dlaczego – wg mnie dlatego, że wciąż jeszcze panuje przekonanie wśród rodziców, że dziecko nie może być głodne.

Następną istotną sprawą jest raport Najwyższej Izby Kontroli. „Odżywianie dzieci w szkołach”, z którego wynika, że w ubiegłym roku co piąte dziecko w wieku szkolnym miało nadwagę. Od 2012 do 2016 r. odsetek uczniów z nieprawidłową masą ciała wzrósł o ponad 5 proc. i w ubiegłym roku dotyczył już co piątego ucznia. Choć w szkołach prowadzone były ogólnopolskie programy profilaktyczne promujące zdrowe żywienie i działania edukacyjne kształtujące prawidłowe nawyki żywieniowe, nie zatrzymały one tej niebezpiecznej tendencji. Skuteczność programów żywieniowych „Mleko w szkole” oraz „Owoce i warzywa w szkole” osłabiała m.in. niezrealizowanie jednego z podstawowych założeń, czyli spożywa-

nia otrzymywanych produktów na terenie szkoły. Dzieci nie zjadały owoców i warzyw i albo je ze sobą zabierały, albo je wyrzucały, to jakiś bezsens organizacyjny.

Dwa lata temu Kolegium Lekarzy Rodzinnych razem z Towarzystwem Medycyny Rodzinnej i Polskim Towarzystwem Badań nad Otyłością opracowało wytyczne dla lekarzy rodzinnych dotyczące postępowania w przypadku nadwagi i otyłości leczonej przez lekarza rodzinnego i są to wskazówki, w jaki sposób ma pokierować rodziców, by dzieci mogły jeść zdrowo. Jednak brakuje skoordynowanej opieki. Jeżeli stwierdzi się otyłość u dzieci, to nie za bardzo wiadomo, gdzie one mają później trafić, i to jest ogromna luka w systemie, dość łatwa chyba do naprawienia.

Na terenie Warszawy realizowane są akcje łączące dydaktykę z zabawą. Np. „Mały dietetyk” – to cykl warsztatów o tematyce żywieniowej dla dzieci w wieku 4-7 lat prowadzonych w przedszkolach i szkołach oraz indywidualne konsultacje żywieniowe dla rodziców. Są także realizowane warsztaty dla rodziców „Przemysłane zakupy żywności”. Akcja informacyjna, edukacyjna może dać dobre rezultaty.

Badania przesiewowe słuchu

prof. nadzw., dr hab. n. med. Krzysztof Kochanek

prof. dr hab. n. med. Piotr H. Skarżyński

W audiologii, w przeciwieństwie do innych specjalności, przeprowadzenie badań przesiewowych jest bardzo proste. Istnieją niezwykle skuteczne narzędzia, dla których czułość i specyficzność jest bliska 100%, a współczynniki predykcji są również bardzo wysokie. W niniejszym referacie omówione zostaną przede wszystkim badania przesiewowe słuchu dzieci w wieku szkolnym.

Badanie przesiewowe inicjuje pewien proces, i znajduje się na początku każdego programu wczesnej interwencji medycznej. Jeżeli zrealizuje się ten proces, to efekty kliniczne w audiologii są fantastyczne. Na przykład dzieci, które są implantowane w pierwszych miesiącach życia, osiągają w wieku 3 lat takie same kompetencje językowe jak rówieśnicy dobrze słyszący. Wiadomo, że muszą być spełnione określone kryteria jeżeli ma być prowadzony program badań przesiewowych w odniesieniu do danego schorzenia. W przypadku słuchu wszystkie kryteria, które są stawiane programom przesiewowym, są spełnione. Wysoka częstość zaburzeń słuchu oraz wzrost częstości zaburzeń słuchu wraz z wiekiem skłaniają do tego, żeby badania przesiewowe realizować w różnych populacjach wiekowych. U dzieci w wieku szkolnym prawie co piąte dziecko ma zaburzenia słuchu, natomiast w wieku podeszłym 70% osób powyżej 70 roku życia ma różnego rodzaju problemy związane ze słuchem. Polska wyróżnia się na mapie świata jeżeli chodzi o skalę i jakość realizowanych programów. W przypadku noworodków celem programu jest wykrywanie zaburzeń wrodzonych i to w Polsce ma miejsce. U dzieci w wieku szkolnym chcemy wykrywać nie tylko zaburzenia wrodzone, które nie zostały



PROF. NADZW., DR HAB. N. MED.
KRZYSZTOF KOCHANEK

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
w Warszawie

wykryte wcześniej, ale również zaburzenia nabyte, natomiast w wieku podeszłym zaburzenia odbiorcze, przewodzeniowe i centralne. Taki jest cel badań przesiewowych słuchu w różnych populacjach wiekowych. Do tej pory badaniami przesiewowymi słuchu w Polsce zostało objętych ponad milion dzieci w wieku szkolnym. W misję działalności Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu od samego początku wpisana jest realizacja badań profilaktycznych i przesiewowych. M.in. dlatego prawie 20 lat temu zawiązano pewne konsorcjum 3 instytucji naukowych – polskich i zagranicznych i rozpoczęto działania na rzecz badań przesiewowych u dzieci w wieku szkolnym. W 1998 roku przejechaliśmy przez Polskę autobusem, zajrzeliśmy do 82 ośrodków, przeba-

daliśmy 6000 dzieci i wykryliśmy, że co szóste dziecko ma zaburzenia związane ze słuchem.

Główne programy realizowane w ostatnich latach, które objęły ponad 600 000 dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, to program realizowany we współpracy z Funduszem Składowym Ulbezpieczeń Społecznych Rolników i KRUS-em oraz program realizowany z samorządem Warszawy, chociaż trzeba zaznaczyć, że programów realizowanych w ostatnich latach jest znacznie więcej, np. badania przesiewowe realizowane przez Instytut we współpracy z „Latem z Radiem”. W ramach projektu „Po pierwsze zdrowie” objęliśmy opieką w roku 2017 ponad 5 tys. osób w różnym wieku. Kolejny bardzo ważny program, to program

realizowany na terenie województwa mazowieckiego. W ramach projektu „Po pierwsze zdrowie” objęliśmy opieką ponad 5 tys. osób w różnym wieku.

Cele wszystkich dotychczasowych działań, niezależnie od wieku są zbieżne, one są takie same. Jest to przede wszystkim wczesne wykrycie schorzenia i skierowanie pacjenta do szerszej diagnostyki i terapii, ale przede wszystkim uwrażliwienie społeczeństwa na problemy związane ze słuchem. Nowoczesne narzędzia przesiewowe mają wspólną cechę, przede wszystkim są mobilne i do tego wszystkiego tanie.

Jakie były wyniki tych badań? W programie skierowanym do młodzieży wiejskiej stwierdzono, że średnio częstość zaburzeń słuchu wynosi około

KOMENTARZ



redaktor Henryk Szrubarz

Program 1 Polskiego Radia

Badania przesiewowe są prowadzone w Polsce na skalę bezprecedensową w porównaniu z innymi badaniami przeprowadzanymi na świecie, na przykład w takich zaawansowanych jeśli chodzi o badania zdrowotne krajach jak Stany Zjednoczone czy Europa Zachodnia te badania w szkołach przeprowadzane nie są w tak pełnej skali jak w Polsce. Jeżeli do szkoły przyjeżdża diagnosta z tym oprzyrządowaniem mobilnym, to oferuje wszystkim tym uczniom badania całego zakresu słyszenia, badania progowe, audiometryczne, można dowiedzieć się nie tylko czy

dziecko słyszy, czy nie, ale jaka jest głębokość tego ubytku słuchu, jaka jest charakterystyka tego ubytku słuchu i w jakich częstotliwościach dziecko gorzej słyszy. Badania są zbierane w terminalu, potem przesyłane drogą internetową i zbierane w centrali, i algorytm wyrzuca te wszystkie dobre, prawidłowe wyniki, a potem specjalista zajmuje się tymi badaniami podejrzanymi i najważniejsza rzecz jest taka, że to dziecko, u którego stwierdzono wadę słuchu, nie zostaje pozostawione samemu sobie. Instytut gwarantuje, że to dziecko zostanie odpowiednio pokierowane i wyleczone. Jeszcze chciałbym się skupić na badaniach noworodków. Dwoje-troje dzieci na 1000 ma problemy ze słuchem, tak wynika z tych badań prowadzonych u tych 6-7-tygodniowych noworodków i wymaga potem leczenia, protezowania, ewentualnie zastosowania implantów około 700 dzieci w Polsce. Ktoś może zapytać, czy warto przeprowadzać badania przesiewowe na tak ogromną skalę, żeby potem te 700 dzieci wyleczyć. Według badań statystycznych przeprowadzonych

przez Amerykanów, wynika że jeżeli się zsumuje koszty szkolnictwa specjalnego, przedszkoli specjalnych, całej tej opieki specjalistycznej, to koszty stworzenia odpowiednich miejsc pracy dla tych, którzy potem nie otrzymują drugiej szansy słuchowej, będą wyższe od kosztu całego tego skriningu i to kolejny dowód na to, że badania przesiewowe w efekcie się opłacają. Przy okazji badania słuchu nie wolno bagatelizować tzw. banalnych katarów, które trwają dłużej niż tydzień czy dwa, dlatego że efekt niekorzystny dla zdrowia jest taki, że one uszkadzają w dłuższym procesie narządy słuchowe, co prowadzi do zapalenia ucha środkowego i w efekcie gorszego słyszenia. Warto zwracać uwagę na ukryte ubytki słuchu. Jeżeli pójdziemy do poradni audiologicznej i badania okazuje się są prawidłowe, ale mamy subiektywne wrażenie, że jednak nie słyszymy, jeżeli ktoś w otoczeniu głośno mówi, okazuje się że jest to efekt długiego przebywania w długotrwałej ekspozycji na hałas. To się uwidacznia po 10-20 latach i to też skutkuje gorszym słuchem.

Wśród dzieci z niedosłuchem
średnim lub znacznym
odsetek dzieci, które nie
słyszą tego, co mówią
wzrasta 4-krotnie, oczywiście
to się przekłada na wyniki
szkolne, bo tylko
połowa rodziców dzieci ze
znacznym niedosłuchem,
która wymaga protezowania,
zauważyła
u swoich dzieci problemy
ze słuchem.

12-13%, co 6 dziecko ma zaburzenia obwodowe typu przewodzeniowego lub odbiorczego. Jeżeli do tego dołączy się informację na temat częstości zaburzeń w zakresie przetwarzania centralnych procesów przetwarzania informacji słuchowej, to tych zaburzeń jest tyle, że co 5 dziecko ma jakieś zaburzenia ze słuchem. Mimo że przez lata już prowadzone są te programy, to jednak w dalszym ciągu potwierdza się w nich, że w przypadku dzieci, u których wykryto zaburzenia słuchu i skierowano je na badanie diagnostyczne, prawie 77% rodziców nie miało świadomości istnienia takiego problemu związanego ze słuchem. Jakie

są wyniki badań? Wśród dzieci z niedosłuchem średnim lub znacznym odsetek dzieci, które nie słyszą tego, co mówią wzrasta 4-krotnie, oczywiście to się przekłada na wyniki szkolne, bo tylko połowa rodziców dzieci ze znacznym niedosłuchem, która wymaga protezowania, zauważyła u swoich dzieci problemy ze słuchem. Wkład Polski do upowszechniania badań przesiewowych to jest podpisanie w Warszawie z naszej inicjatywy Europejskiego Konsensusu na temat badań przesiewowych słuchu, wzroku i mowy oraz podpisanie konkluzji Rady Europy, która zaleca krajom członkowskim Europy wprowadzenie tych badań przesiewowych do praktyki codziennej.

Jeśli chodzi o problematykę badań przesiewowych u osób w wieku podeszłym, to powinny się one odbywać co 10 lat po ukończeniu 50 roku życia, a następnie co 3 lata, natomiast to co jest smutne w przypadku osób dorosłych, które powinny być bardziej świadome zagrożeń, jakie niesie wada słuchu, to jest fakt, że pomiędzy wystąpieniem pierwszych objawów ze strony słuchu a konsultacją audiologiczną upływa od 15 do 20 lat. W badaniach prowadzonych w ramach programu „Po pierwsze zdrowie” docierały do nas głównie osoby w wieku podeszłym, powyżej 60 roku życia i aż u 70% tych osób stwierdzono zaburzenia słuchu. 54% miało wyniki nieprawidłowe, 78% przypadków to ubytki obustronne.

Należy podkreślić, że wszystkie programy badań przesiewowych słuchu, które się odbyły do tej pory, prowadziły do skrócenia czasu do diagnozy i rozpoczęcia terapii.

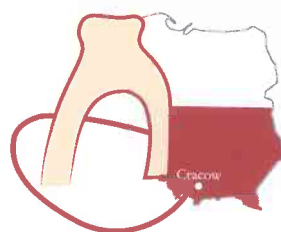


XXXV World Congress of AUDIOLOGY 2020 Warsaw, Poland

Organizers

 **WORLD HEARING CENTER**
OF THE INSTITUTE OF PHYSIOLOGY AND PATHOLOGY OF HEARING

 **INSTITUTE
OF SENSORY ORGANS**



The 4th International Symposium
on **Otosclerosis**
and **Stapes Surgery**
Poland, **Cracow**, 5-7 April 2018

Topics

- Audiology of otosclerosis
- Cochlear implants in otosclerosis and stapes fixation
- Cochlear otosclerosis
- Complications and revision stapes surgery
- Epidemiology and genetics of otosclerosis
- Learning curve in stapes surgery
- Long term results after stapes surgery
- Middle ear implants in otosclerosis and stapes fixation
- Otosclerosis – diagnostics
- Otosclerosis – surgical treatment
- Stapes fixation – etiologies
- Stapes fixation – diagnostics
- Stapes fixation – surgical treatment and complications
- Tinnitus in otosclerosis
- Vertigo in otosclerosis

Organizers

 **WORLD HEARING CENTER**
OF THE INSTITUTE OF PHYSIOLOGY AND PATHOLOGY OF HEARING

 **INSTITUTE
OF SENSORY ORGANS**

President

Prof. Henryk Skarżyński
M.D., Ph.D., Dr. h.c. multi

Materialy z konferencji

Po pierwsze zdrowie

Badania przesiewowe
podstawą realnej polityki zdrowotnej

Organizatorzy:

Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej Stanisław Karczewski
Przewodniczący Komitetu Nauk Klinicznych PAN
prof. dr hab. n. med. Henryk Skarżyński

Warszawa, 21 listopada 2017 r.