



Magicznych Świąt Bożego Narodzenia,
pachnących choinką i rozświetlonych pierwszą gwiazdką,
wypełnionych radością, spokojem i miłością – życzy Redakcja

ŚWIAT LEKARZA

MEDYCYNĄ • FARMACJĄ • NAUKĄ • KULTURĄ • PRAWO • POLITYKĄ

ISSN 1899-9069

cena 23,00 zł (w tym 8% VAT)

NR 8/2017 (59)



KONFERENCJA
SENAT RP
21 LISTOPADA 2017



SENAT I NOBEL 2017



WICEMINISTER ZDROWIA
MAREK TOMBARKIEWICZ:
TO BYŁ WAŻNY ROK



Innowacyjne leczenie cukrzycy str. 50 | Trudne choroby krwi str. 30
Sytuacja chorych na raka jelita grubego str. 40

KONFERENCJA
SENAT RP
21 LISTOPADA 2017

Po pierwsze zdrowie – program przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym

str. 20





SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ



KONFERENCJA
SENAT RP
21 LISTOPADA 2017

PO PIERWSZE ZDROWIE





FOT. TOMASZ ADAMASZEK

BADANIA PRZESIEWOWE PODSTAWĄ POLITYKI ZDROWOTNEJ

21 listopada 2017 r. w Senacie odbyła się konferencja „Po pierwsze zdrowie – badania przesiewowe podstawą polityki zdrowotnej”, zorganizowana przez marszałka Stanisława Karczewskiego. Współorganizatorami debaty byli: Komitet Nauk Klinicznych PAN, Światowe Centrum Słuchu, Rada Główna Instytutów Badawczych przy wsparciu Naczelnej Izby Lekarskiej oraz towarzystw naukowych: Towarzystwa Otolaryngologów, Foniatrów i Audiologów Polskich, Sekcji Prewencji i Epidemiologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego.

Jednym z celów konferencji było podsumowanie akcji „Po pierwsze zdrowie”, przeprowadzonej z inicjatywy prof. Henryka Skarżyńskiego i Światowego Centrum Słuchu w 2017 r., podczas trasy programu I Polskiego Radia SA „Lato z Radiem”, we współpracy z TVP SA, do udziału w której zaproszono wybitnych specjalistów z wielu dziedzin medycyny. Na konferencji zaprezentowano wyniki badań przesiewowych przeprowadzonych podczas tej akcji. Przedstawiciele różnych dziedzin medycyny mówili na temat stanu zdrowia Polaków. Z wystąpień specjalistów wynika, że stan zdrowia rodaków nie jest dobry. Badania przesiewowe prowadzone przy szerokiej obsłudze medialnej służą edukacji społeczeństwa oraz wspomagają kreowanie zachowań prozdrowotnych.

W konferencji wzięli także udział dziennikarze, którzy zajmują się tematyką medyczną, nauką i ochroną zdrowia. Ich wypowiedzi stanowiły komentarz do prezentacji lekarzy specjalistów. ■

Zachęcajmy do badań

DR STANISŁAW KARCZEWSKI

| MARSZAŁEK SENATU

Podczas jednego z takich spotkań pewien pan profesor zawstydził mnie, bo zapytał obecnych „jak dużo z Państwa tu siedzących i mówiących o problemie przeszło wszystkie badania?”. Rąk podniesionych do góry nie było tak dużo. Sam również tej ręki nie podnosiłem, zawstydzony chowałem się za plecami kolegów. W tej chwili mogę podnieść rękę, ale jeszcze nie tak zdecydowanie, bo na razie wszystkich badań nie zrobiłem, choć te najważniejsze już są za mną. Musimy zachęcać do badań.

Razem z panem ministrem Radziwiłłem zastanawialiśmy się, jak zachęcić do szczepień przeciwko grypie, jak wytoczyć walkę tym, którzy mówią nieprawdę o szczepieniach. W efekcie zaszczepiliśmy się z panem ministrem przeciwko grypie przed kamerami, po to żeby zachęcić Polaków i dać przykład. Również po to, żeby wzbudzić dyskusję i odważnie powiedzieć, że szczepienia są niezbędne i konieczne.

Trzeba zachęcić lekarzy, żeby wykorzystywali kontakt z pacjentem i wykonywali badania. Trzeba zachęcić samorządowców, w których rękach jest wiele możliwych instrumentów, do propagowania badań. Np. przy okazji uroczystości czy festynów oprócz zabawy i radości jest możliwość prowadzenia profilaktyki zdrowotnej. Chcemy, żeby akcja badań przesiewowych była akcją ciągłą, promowaną przez telewizję i radio. I jestem przekonany, że to przyniesie efekt. Mam nadzieję, że dzięki temu coraz więcej Polaków zacznie dbać o zdrowie, postanowi rzucić palenie, ograniczyć spożycie alkoholu, zdrowo się odżywiać i regularnie aktywnie spędzać wolny czas. ■



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Zdrowie rodaków to ważny temat

WALDEMAR KRASKA | SENATOR

Senat zawsze jest otwarty na problemy służby zdrowia i ochrony zdrowia. W tej kadencji odbyło się wiele konferencji poświęconych zdrowiu rodaków. Konferencja „Po pierwsze zdrowie – badania przesiewowe podstawą polityki zdrowotnej” została zorganizowana m.in. przez Komitet Nauk Klinicznych PAN, Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu przy wsparciu Naczelnej Izby lekarskiej oraz wielu towarzystw naukowych. Konferencja „Po pierwsze zdrowie” ma na celu przekazanie środowisku parlamentarzyistów, polityków oraz społeczeństwu – za pośrednictwem mediów – informacji o wynikach przeprowadzonych badań przesiewowych, które podczas I edycji programu objęły prawie całą Polskę. ■





FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Promocja **badania przesiewowych** **w różnych specjalnościach**

PROF. DR HAB. N. MED. HENRYK SKARŻYŃSKI
| ŚWIATOWE CENTRUM SŁUCHU IFPS

Logo programu „Po pierwsze zdrowie” powstało w siedzibie Polskiego Radia podczas rozmowy z panem Rafałem Porzezińskim – dyrektorem radiowej Jedynki, kiedy wspólnie zastanawialiśmy się i szukaliśmy symbolu, który byłby odzwierciedleniem naszych działań. Program ten nie miałby bowiem większego odzewu, gdyby nie współpraca środowiska medycznego z dyrekturą i dziennikarzami Polskiego Radia, Telewizji Polskiej i przedstawicielami innych mediów. Pro-

gram został zainicjowany przeze mnie, a następnie wsparty przez Komitet Nauk Klinicznych PAN i Radę Główną Instytutów Badawczych. Głównym realizatorem w roku 2017 było Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, Instytut Narządów Zmysłów, towarzystwa naukowe i zespoły eksperckie z wielu specjalności medycznych. Przedsięwzięcie mogło zostać zrealizowane z głównymi partnerami: Polskim Radiem i TVP oraz pod patronatem Naczelnej Izby Lekarskiej.

NAJWIĘKSZE NIEKOMERCYJNE WSPARCIE ZDROWIA POLAKÓW

Cały ciężar organizacyjny i logistyczny pierwszej edycji programu „Po pierwsze zdrowie” wzięliśmy, jako zespół Światowego Centrum Słuchu IFPS na siebie i z dumą mogę powiedzieć, że było to największe tego lata przedsięwzięcie niekomercyjnego wsparcia zdrowia Polaków. W programie wzięli udział eksperci i przedstawiciele różnych dziedzin medycyny: periodontologii, otolaryngologii, audiologii, foniatrii, kardiologii, okulistyki, urologii, dermatologii, chirurgii naczyniowej, rehabilitacji, neurologii i dietetyki. Na szczególne uznanie zasługuje zaangażowanie młodych lekarzy, studentów z kół naukowych, techników, pielęgniarek, którzy z wielkim entuzjazmem, zaangażowaniem i pasją uczestniczyli w programie. Nie tylko z uśmiechem przyjmowali setki pacjentów, ale także chętnie zbierali dane ankietowe, wypełniali kwestionariusze, z których powstanie specjalny raport z wytycznymi do badań przesiewowych w różnych specjalnościach medycznych. Pierwsza edycja programu była pilotażowa, choć realizowana z dużym rozmachem w całej Polsce przez całe lato.

CEL – DOTARCIE DO JAK NAJWIĘKSZEJ LICZBY OSÓB

Zasadniczym celem przedsięwzięcia było przeprowadzanie badań przesiewowych w różnych specjalnościach na rzecz promocji powszechnych programów profilaktycznych pozwalających na wczesne wykrywanie wielu schorzeń, zwłaszcza chorób cywilizacyjnych. Aby było to możliwe, zaproponowaliśmy – jako środowisko medyczne – konkretne działania, gdyż samo mówienie o problemach nie wystarczy. Trudności ze zrozumieniem i z dostępem do możliwie powszechnych badań przesiewowych mogą dotyczyć dużych grup społecznych, a nawet całych populacji. Jeżeli dotyczy to milionów osób, to niewielki błąd organizacyjny czy merytoryczny, w założeniach, jest powielany i zwielokrotniony. Przed zaproponowaniem takich badań masowych konieczne jest dopracowanie wszystkich, nawet najmniejszych, detali. Jeżeli chcemy powiedzieć polskiemu społeczeństwu, że jesteśmy w stanie – jako środowisko medyczne – zorganizować na szeroką skalę powszechne badania przesiewowe, to musimy pamiętać, że badania te muszą być szeroko dostępne.

Mieliśmy zatem na celu dotarcie do jak największej liczby osób, które chciały skorzystać z porad lekarzy specjalistów. Myślę, że to założenie udało się zrealizować: podczas tegorocznej trasy „Lata z Radiem” udzielono konkretnych porad lub przeprowadzono konsultacje u ponad 5000 zainteresowanych i znacznej grupy ich rodzin i bliskich. W większości były to bardzo konkretne rozmowy i wskazówki, które kierowały pacjenta ➤



KAPSUŁA BADAŃ ZMYŚŁÓW

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu jako lider konsorcjum złożonego z Politechniki Warszawskiej, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Centrum Słuchu i Mowy Sp. z o.o. oraz Greenfusion Sp. z o.o. realizuje projekt pt. „Zintegrowany system narzędzi do diagnostyki i telerehabilitacji schorzeń narządów zmysłów (słuchu, wzroku, mowy, równowagi, powonienia, smaku), akronim – INNOSENSE”, który dofinansowany jest przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju z programu Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych – STRATEGMED.

Celem projektu INNOSENSE jest opracowanie i przygotowanie do wdrożenia wielofunkcyjnej kapsuły diagnostyczno-rehabilitacyjnej (kapsuła badań zmysłów), która umożliwia poprawę dostępu do badań profilaktycznych osób z zaburzeniami narządów zmysłów, a także ich rehabilitację. Zespół zintegrowanych urządzeń pozwala nie tylko na jednoczesną diagnostykę wzroku, słuchu, mowy, równowagi, powonienia oraz smaku, lecz także zdalną telerehabilitację pacjentów ze schorzeniami narządów zmysłów, w tym osób z wszczepionym implantem słuchowym.

Kapsuła niewątpliwie przyczyni się do osiągnięcia znaczącego postępu w dziedzinie diagnostyki i terapii schorzeń narządów zmysłów, które dotyczą ogromnej populacji osób na świecie – zarówno dzieci, jak i dorosłych. W odniesieniu do osób po 50. r.ż. są one jedną z głównych przyczyn wykluczenia społecznego i zawodowego.

Wyniki badań wskazują, że 1 na 3 osoby powyżej 65. r.ż. ma problemy ze słuchem, co wpływa na komunikację i może przyczynić się do izolacji społecznej, lęku, depresji i zaburzeń poznawczych.

Wyposażenie małych i średnich ośrodków gminnych, szkół oraz innych instytucji w tworzoną kapsułę diagnostyczno-terapeutyczną znacząco zwiększy dostęp do kompleksowej diagnostyki schorzeń i tym samym wykrywalność chorób, która jest kluczowa dla prawidłowego rozwoju dzieci oraz dla podnoszenia komfortu życia i aktywności ludzi starszych.

Obecnie nie ma na świecie takiego urządzenia, wyposażonego w najnowocześniejsze testy przesiewowe i diagnostyczne, w którym możliwe jest wykonywanie badań przesiewowych samodzielnie przez pacjenta, a więc bez udziału specjalistycznego personelu. ■

- na dalsze leczenie do właściwej jednostki, skracają czas wielospecjalistycznej diagnostyki.

Jednocześnie celem programu było zebranie wielu informacji i opracowanie konkretnych raportów, tzw. twardych danych, które winny być uwzględniane w konstruowaniu polityki zdrowotnej państwa. W formie odpowiedniego raportu zostaną one przygotowane dla Ministerstwa Zdrowia. Nie chcemy mówić o programie jako o jednorazowej akcji. Mamy zamiar osiągnąć sukces, na który stać nasze środowisko, i stworzyć program wielospecjalistycznego całorocznego wsparcia zdrowia Polaków – Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym. Często przypomina się, że nasze społeczeństwo się starzeje. Niestety poza retoryką, nie spotykamy często konkretnych działań czy wręcz programów, by wyjść temu naprzeciw. Chcemy i możemy to zmienić.

WYNIKI BADAŃ

Podczas programu uzyskaliśmy twarde dane, które – po opracowaniu przez ekspertów poszczególnych specjalności – powinny być uwzględnione w konstruowaniu polityki zdrowotnej państwa. Dane te potwierdzają potrzebę ponownego zorganizowania takiego przedsięwzięcia jakim jest program „Po pierwsze zdrowie”, który pozwala na wcześniejsze wykrycie wielu chorób, zwłaszcza tych określanych mianem cywilizacyjnych, dotyczących dużych grup społecznych.

Wyniki badań tylko w naszej specjalności pokazują zatrważające dane: ponad 70 proc. badanych pacjentów w najstarszej grupie wiekowej - senioralnej ma problemy ze słuchem. Program jest zatem jedną z niewielu form dotarcia do tej coraz większej, ale zamkniętej w domach, mało aktywnej grupy docelowej.

KAPSUŁA BADAŃ ZMYŚŁÓW

Do kolejnej edycji programu w 2018 r. chcemy zaprosić również przedstawicieli nowych specjalności, tak aby był jeszcze bardziej atrakcyjny dla Polaków. Pomysł ten stawia nas jednak przed odpowiedzią na pytanie, jaki ma być czas trwania, zasięg i zakres przedsięwzięcia. Chcielibyśmy, aby było to przedsięwzięcie całoroczne, z udziałem jak największej liczby specjalności. W związku z kontynuacją zakończonej akcji planujemy także wzmocnienie roli Polskiej Akademii Nauk i współpracującego z nią grona ekspertów w ramach Komitetu Nauk Klinicznych oraz Komitetu Zdrowia Publicznego PAN, grona konsultantów krajowych, aby byli oni jak największym wsparciem merytorycznym dla Ministerstwa Zdrowia w obszarze, który obejmuje program.

Podczas kolejnej edycji programu – jako przedstawiciele otolaryngologii, audiologii, foniatrii – planujemy prezentację jednego z naszych najnowszych innowacyjnych osiągnięć – kapsuły badań zmysłów. Jest to zintegrowany system narzędzi do diagnostyki i telere-

habilitacji schorzeń narządów zmysłów, czyli słuchu, wzroku, równowagi, smaku, powonienia. Przy realizacji tego projektu współpracujemy m.in. z Politechniką Warszawską, Instytutem Narządów Zmysłów, Katedrą Okulistyki II Wydz. Lek. WUM, Katedrą Otolaryngologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy i wieloma innymi eksperckimi zespołami. Obecnie nie ma na świecie takiego zintegrowanego systemu urządzeń, dzięki któremu można wykonać badanie najważniejszych narządów zmysłów, w jednym miejscu i krótkim czasie. Aby diagnozować zaburzenia kolejnych narządów, pacjenci muszą odwiedzić kilka ośrodków – oznacza to wiele wizyt i nierzadko długie miesiące oczekiwań na konsultacje. Dla wielu osób diagnostyka jest na tyle uciążliwa, że rezygnują z badań i leczenia. Co istotne, zawartość zintegrowanych urządzeń – umieszczonych w takiej uniwersalnej kapsule – umożliwiać będzie nie tylko diagnostykę, lecz także zdalną telerehabilitację pacjentów ze schorzeniami narządów zmysłów – w tym na przykład osób ze wszczepionym implantem słuchowym. Odsetek pacjentów dotkniętych schorzeniami narządów zmysłów rośnie, zarówno wśród dzieci, jak i w grupie seniorów. Niewykryte i nieleczone zaburzenia u dzieci utrudniają ich rozwój, a po 65. r.ż. są jedną z głównych przyczyn wykluczenia społecznego i zawodowego. Jest szansa, że dzięki nowemu urządzeniu uda się w znacznym stopniu pokonać te problemy. Rozwiązania teleinformatyczne umożliwią zebranie wszystkich wyników badań wykonanych w każdej kapsule i przetworzenie ich w zintegrowany sposób, tak aby łatwo można było wyciągnąć wnioski na temat wielu chorób o podłożu neurodegeneracyjnym, których diagnostyka jest możliwa.

Bardzo dziękuję Panu Marszałkowi Stanisławowi Karczewskiemu, że możemy po raz kolejny spotkać się w Senacie RP i rozmawiać z udziałem Jego i parlamentarzystów o ważnych problemach dotyczących służby zdrowia i nauk medycznych. Dziękuję wszystkim, którzy bardzo aktywnie włączyli się do realizacji programu. Szczególne podziękowania kieruję do liderów: prof. Grzegorza Opali, prof. Renaty Górskiej, prof. Iwony Grabskiej-Liberek, prof. Grzegorza Opolskiego, prof. Tomasza Konopki, prof. Sławomira Majewskiego, prof. Piotra Radziszewskiego, prof. Marii Barcikowskiej, prof. Piotra Andziaka. Dziękuję wszystkim młodym lekarzom i studentom z kół naukowych, którzy brali udział w programie. Dziękuję również Telewizji Polskiej i Polskiemu Radiu, że tyle o nim mówiono, a naszą pracę pokazywano. Bardzo dziękuję Państwu za wystąpienia i prezentacje. To, że zechcieliście się podzielić z nami Waszą wiedzą, uważam za bezcenne. Od lat практикуjemy formę dialogu ekspertów i dziennikarzy z udziałem Pana Marszałka Stanisława Karczewskiego w Senacie RP. Dziękuję wszystkim za współpracę. ■



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Dotarliśmy z informacjami pod strzechy

MARCIN STEFANIAK
| TELEWIZJA POLSKA

Telewizja Polska od lat, zgodnie z misją nadawcy publicznego, działa na rzecz upowszechnienia edukacji prozdrowotnej. Dzieje się to m.in. w oparciu o instrukcję Ministerstwa Zdrowia, o wskazania zawarte w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020. Wielki program badań przesiewowych „Po pierwsze zdrowie” doskonale się w tę strategię wpisuje. Tegorocznej trasie „Lata z Radiem” towarzyszyliśmy z kamerą w różnych miejscowościach. Podsumowaliśmy akcję na antenie TVP2 w programie „Pytanie na śniadanie”, gdzie 19 września gośćmi specjalnymi byli prof. Górski i prof. Skarżyński.

Mobilne Centrum Medyczne wzbudziło ogromne zainteresowanie naszych widzów. Tylko jednego dnia odbyło się tam tysiąc konsultacji lekarskich. W ramach promocji programu „Po pierwsze zdrowie” w akcji brały udział, oprócz wspomnianego „Pytania na śniadanie”, również program poranny w TVP1 „Dzień dobry Polsko”, ale przede wszystkim programy lokalne: „Obiektyw”, „Panorama”, „Aktualności” i in. To, że mogliśmy dotrzeć z informacjami pod strzechy, do niemal każdego zainteresowanego, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach, to zasługa zasięgu regionalnej TVP3 i radiowej Jedyńki, które umożliwiły szeroką informację o tej akcji. ■



FOT. ARCHIWUM IFPS

Bez kolejek, bez skierowań i bezpłatnie

RAFAŁ PORZEZIŃSKI
| DYREKTOR PROGRAMU 1 POLSKIEGO RADIA

Badania w ramach akcji „Po pierwsze zdrowie” były prowadzone w specjalnych laboratoriach, zainstalowanych koło studia plenerowego radiowej Jedyńki i dostępne były dla wszystkich chętnych, z różnych dziedzin medycyny. Odbywały się we wszystkich miastach i przez wiele godzin. W sumie w czasie wakacji udało się udzielić konsultacji i przebadać blisko 6 tysięcy osób. Dodam, że bez kolejek w dusznych poczekalniach... Czasem w plenerze jakaś kolejka była, ale zawsze w ramach tego oczekiwania działo się coś atrakcyjnego. Bez stresu, bez skierowań i bezpłatnie. Olbrzymia grupa doskonale obsłużonych Polaków przez lekarzy niemal wszystkich specjalności. Ogromne podziękowania za ten wysiłek logistyczny, za doskonałą współpracę na trasie, także współpracę antenową, bo trzeba podkreślić, że pan profesor Henryk Skarżyński i jego przyjaciele oraz współpracownicy mają doskonały zmysł antenowy, bardzo dobrze wypracowany i rozwinięty, dzięki czemu ich wkład w edukację i propagowanie w eterze profilaktyki chorób cywilizacyjnych był ogromny.

Program I Polskiego Radia od lat służy Polakom jako medyczny edukator, zarówno poprzez „Lato z radiem”, jak i „Cztery pory roku”, w czwartkowej „Eurece” redaktora Artura Wolskiego, także w sobotniej „Pigułce na zdrowie”, w czasie audycji nocnych, gdzie słuchacze mogą bezpośrednio otrzymać poradę lekarską, również podczas debat tematycznych np. o chorobach cywilizacyjnych. Temat chorób cywilizacyjnych jest często poruszany w naszych audycjach.

Mam nadzieję, że przyszłoroczną trasę „Lata z radiem” także obejmą patronatem pan profesor i jego świetna ekipa. ■

Ocena i zarządzanie ryzykiem sercowo-naczyniowym

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

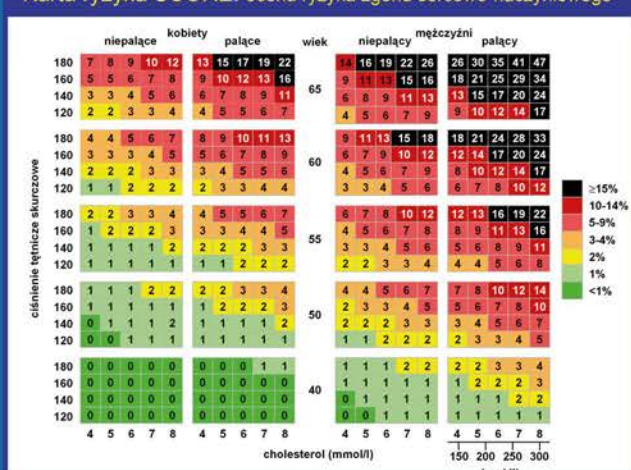
PROF. DR HAB. N. MED. GRZEGORZ OPOLSKI

| I KATEDRA I KLINIKA KARDIOLOGII,
WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

Główne przyczyny zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia to czynniki ryzyka takie jak nadciśnienie tętnicze, niezdrowa dieta, hipercholesterolemia, nadwaga i otyłość, palenie tytoniu, hiperlipidemia. Te czynniki możemy podzielić na modyfikowalne i te, które są poza możliwościami wyeliminowania, czyli wiek, płeć czy czynniki genetyczne. W ostatnich latach następuje zmiana profilu ryzyka sercowo-naczyniowego. Częściej obserwujemy otyłość i nadwagę, zaburzenia gospodarki węglowodanowej i cukrzycę, ale też spadek palenia papierosów oraz średniego stężenia cholesterolu. Najlepszym przykładem na to, jak zmienia się ryzyko sercowo-naczyniowe i jego profil są badania w Sejmie przeprowadzone w latach 2000 oraz 2006. Porównanie profilu ryzyka sercowo-naczyniowego parlamentarzystów, średnia wieku 49 lat: stężenie cholesterolu 212 (2000) i 195 (2006), otyłość brzuszna 57 proc. (2000) i 78 proc. (2006). Nastąpiła również zmiana aktywności fizycznej na siedzący tryb życia, tzw. sedentaryzm, czyli długotrwale uczestnictwo w czynnościach z minimalną aktywnością ruchową i niskim wydatkiem energetycznym.

Od 15 lat Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne stara się wdrożyć prostą skalę, czyli Kartę Ryzyka SKOR (ocena ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego u osób bez choroby sercowo-naczyniowej). Oparta jest na bardzo prostych elementach: płeć, wiek, palenie papierosów, skurczone ciśnienie tętnicze i stężenie cholesterolu. Ta

Karta ryzyka SCORE: ocena ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego



karta pozwala ocenić ryzyko zgonu w ciągu 10 lat. Każda osoba powyżej 40. r.ż. powinna znać swoje ryzyko zgonu z powodu chorób serca. Przy niskim ryzyku zgonu możliwa jest modyfikacja czynników ryzyka i ocena za następne 5 lat. Przy wysokim powinna nastąpić intensyfikacja działań diagnostycznych, pełny lipidogram, glikemia i działania terapeutyczne. Poddanie się ocenie całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego powinno nastąpić u mężczyzn powyżej 40. r.ż., u kobiet powyżej 50. r.ż. oraz u osób z podwyższonym ryzykiem (rodzinny wywiad przedwczesnej choroby sercowo-naczyniowej, rodzinna hiperlipidemia).

Łatwą, intuicyjną metodą zrozumienia i przedstawienia prawdopodobnego skrócenia długości życia jest wiek serca. Okazuje się, że wiek serca dorosłych Polaków jest wyższy o około 7 lat w stosunku do wieku metrykalnego.

Wiedza Polaków o czynnikach ryzyka sercowo-naczyniowego została zmierzona na podstawie badania ankietowego. Według autorów badania świadomość na temat chorób sercowo-naczyniowych jest coraz lepsza, ale wciąż niezadowalająca, dlatego potrzebne jest zorganizowanie programów edukacyjnych i propagujących profilaktykę.

W ramach zarządzania ryzykiem sercowo-naczyniowym należy monitorować bilans energetyczny, czyli dokonywać codziennego rachunku aktywności ruchowej i spożytej liczby kalorii, mierzyć ciśnienie tętnicze, lipidogram, glikemię, obwód w pasie, znać swoje ryzyko w skali SCORE i wykorzystywać nowoczesne technologie do wsparcia serca, tzn. używać aplikacji do badania parametrów medycznych, których wyniki można przekazać lekarzowi. Badania naukowe pokazują, że korzystanie z prostych, łatwych technik, które pozwalają nam ocenić ryzyko sercowo-naczyniowe, skutecznie przyczynia się do prewencji chorób sercowo-naczyniowych. ■



Zamiast dobrych rad... edukacja

RED. AGNIESZKA POCHRZĄST-MOTYCZYŃSKA | PAP

Zeby ustalić, jakie czynniki mają wpływ na ryzyko chorób serca i naczyń, w Europie i USA przeprowadzono badania obejmujące wiele tysięcy chorych. Przez lata obserwowano ich, leczono, sprawdzano, u których osób częściej występują groźne dla życia choroby. Tak powstały tablice, np. SCORE, które służą do oceny ryzyka zgonu danej osoby z powodu chorób układu krążenia w ciągu następnych 10 lat na podstawie występujących u niej czynników ryzyka. Są one wykorzystywane również w Polsce. To ważne narzędzie, ale bez edukacji pacjenta nie da się dobrze prowadzić profilaktyki. Pacjenci wielokrotnie chcieliby zmienić coś w swoim życiu, by uniknąć zawału lub udaru, ale nie wiedzą, od czego zacząć.

Sporo czynników ryzyka sercowo-naczyniowego podlega modyfikacji. Mamy wpływ na ich ograniczenie. Osoba, która nie ma rzetelnej wiedzy na ten temat, nie ma możliwości świadomej dbałości o zachowania promujące zdrowie. Przyjrzyjmy się tym czynnikom z punktu widzenia pacjenta. Pamiętając o tym, że większość osób z chorobą wieńcową obciążona jest więcej niż jednym z nich.

Co słyszą pacjenci i dlaczego to nie działa?

1. „Musi pan przestać palić”. To za mało! Z danych warszawskiego Centrum Onkologii wynika, że połowa palaczy myśli o rzuceniu palenia. Nielicznym osobom udaje się je rzucić za pierwszym razem. Średnio potrzebnych jest 7-8 prób, by pozbyć się nałogu. Najskuteczniejsze jest poradnictwo w połączeniu ze wsparciem farmakologicznym.

2. „Musi pan schudnąć. Proszę się zdrowo odżywiać”. Ale jak? Pacjent jest bezradny i szuka diet w internecie. Powinien być skierowany do dietetyka, który pokaże mu złe nawyki żywieniowe i poda wskazówki oraz przepisy na nowe, zdrowsze dania.

3. „Ma pan za duży cholesterol. Musi pan go unikać”. Brakuje konkretnych wskazówek, że wystarczy kilka zmian w diecie i cholesterol będzie niższy. Mniej cholesterolu we krwi to niższe ryzyko zawału czy udaru, lepsze samopoczucie oraz szansa na to, że lekarz odstawi lub zmniejszy dawki leków. Dzięki zmianie sposobu odżywiania możemy obniżyć cholesterol nawet o 20 proc.! Dobrze, by lekarz powiedział, że spadek masy ciała o 10 kg powoduje średni spadek stężenia trójglicerydów o 30 proc., złego cholesterolu o 15 proc. i wzrost dobrego o 8 proc.

4. „Musi pan ćwiczyć”. Jeśli pacjent ma otyłość brzuszna, powinien otrzymać nie tylko wskazówki dietetyczne, ale także plan ćwiczeń. Warto, by lekarze mówili o korzyściach wynikających ze spaceru: 30 min. marszu dziennie może zmniejszyć objawy depresji aż o 36 proc.; 60 min. spaceru dziennie zmniejsza ryzyko otyłości o 50 proc.; dwie godziny marszu tygodniowo redukują ryzyko udaru mózgu o 30 proc.; 3,5 tys. kroków dziennie zmniejsza ryzyko rozwoju cukrzycy o 29 proc.

WHO podaje, że ok. 80 proc. przypadków chorób serca, udarów mózgu oraz cukrzycy typu 2, a także połowy nowotworów można uniknąć, o ile uda się wyeliminować najważniejsze czynniki ryzyka. Jest o co walczyć, ale pacjenci potrzebują konkretnych wskazówek dotyczących zmiany ich stylu życia. ■

Współczesne możliwości profilaktyki neurologicznej

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. DR HAB. N. MED. MARIA BARCIKOWSKA
| KLINIKA NEUROLOGII CENTRALNEGO SZPITALA
KLINICZNEGO MSWIA W WARSZAWIE

Udar mózgu stanowi bezpośrednie zagrożenie życia i jest na pewno najważniejszym wyzwaniem dla neurologa, natomiast otępienie jest stanem przewlekłym i stanowi duże wyzwanie dla organizacji służby zdrowia i dla ekonomii państwa. Średnio w roku mamy do czynienia z 60-70 tys. udarów, z czego około 20 tys. pacjentów będzie na dłuższy okres lub wręcz na stałe osobą niesamodzielną ruchowo albo poznawczo. Z drugiej strony mamy do czynienia z bardzo dużą populacją 500 tys. osób z otępieniem, z czego około 310 tys. to pacjenci z chorobą Alzheimera. Z tej liczby około 20 proc. znajduje pomoc lekarską, diagnozę i leczenie. Badania przesiewowe, które można by zaoferować pacjentom z otępieniem, przede wszystkim w chorobie Alzheimera, nie są badaniami prostymi. Badania przesiewowe w fazie, kiedy chory nie ma jeszcze objawów klinicznych, są bardzo trudne z powodów etycz-

nych, moralnych, braku leczenia i stygmatyzacji. Natomiast badania przesiewowe, których celem byłoby leczenie większej grupy pacjentów, to ważny cel i ważne wyzwanie.

Paradoksalnie, te dwie różne choroby neurologiczne, czyli udar mózgu i otępienie, mają te same czynniki ryzyka i prewencja dotyczy takich samych działań. Zapobieganie chorobom neurologicznym wieku podeszłego – ażeby było skuteczne – powinno rozpoczynać się już w wieku średnim. W niektórych krajach udało się osiągnąć dzięki działaniom edukacyjnym i prewencyjnym spadek liczby osób z otępieniem po 65. r.ż. Badania wykazują, że w krajach o wysokim dochodzie liczba pacjentów z otępieniem będzie spadać, natomiast w krajach o średnim i niskim dochodzie oraz gorzej zorganizowanej służbie zdrowia – wręcz przeciwnie.

Ogromnym osiągnięciem polskiej neurologii jest zorganizowanie służby zdrowia, która skutecznie zaj-

muje się pacjentami z udarem. W przypadku choroby Alzheimera, poza wyzwaniem jej rozpoznania w odpowiednim czasie i wszczęcia leczenia, drugim, całkiem nowym, jest prewencja wtórna. W chorobie Alzheimera mamy do czynienia ze zjawiskiem bardzo długiego, niemego okresu trwania choroby. Przez około 20 lat mózg jest niszczone przez patologiczne białka, zanim chory zgłosi pierwsze objawy. To jedyny okres, kiedy pacjenta można leczyć, bo kora ma jeszcze właściwą liczbę neuronów. To jest zadanie nowoczesnej prewencji, by wpłynąć na odkładanie się białka beta-amyloidowego i tau w odpowiednim okresie, kiedy chory jeszcze kompensuje swoje deficyty mózgowie i obumierającą populację komórek. Tylko wtedy jest możliwe leczenie przyczynowe. Żeby oznaczyć obecność białka tau i beta-amyloidowego w płynie mózgowo-rdzeniowym, wystarczy zrobić jego badanie. Jest ono już skuteczne na 25 lat przed objawami klinicznymi. Jest też tanie. W naszym ośrodku robimy je niemalże rutynowo, czyli mamy pacjentów, o których wiemy, że w ich mózgu toczy się już proces alzheimerowski i celem naszych działań prewencyjnych jest zapobieżenie pojawieniu się objawów klinicznych.

Pierwszy narodowy plan prewencji, finansowany przez państwo, powstał w Stanach Zjednoczonych w 2012 roku. Oprócz tego od 2013 roku na świecie są prowadzone pierwsze próby leczenia przyczynowego choroby Alzheimera. Ten projekt się rozwija i rozrasta. Są to pacjenci ze znaną mutacją. Nasz ośrodek odnalazł tego rodzaju populację w Polsce, obecnie liczy 40 rodzin. Chcemy te osoby włączyć do programu pierwszego na świecie leczenia przyczynowego. I to jest ta prewencja wtórna, którą można nazwać nowoczesną. ■



Trzeba postawić na profilaktykę neurologiczną

RED. ARTUR WOLSKI | KOMENTATOR RADIOWEJ JEDYNKI

Prognozy GUS szacują, że w Polsce w 2025 r. osób po 60. r.ż. będzie ponad 10 mln. Warto więc zapytać: jaka jest nasza kondycja zdrowotna.

Diagnostujemy, i to w różnych grupach wiekowych: nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, cukrzycę, otyłość, miażdżycę. A nie od dziś wiadomo, że te choroby mogą prowadzić do zespołów otępiennych. Za połowę zespołów otępiennych odpowiada choroba Alzheimera. Po udarze i każdym kolejnym incydencie udarowym, a to około 70 tys. incydentów rocznie, następuje skokowe i trwałe pogorszenie funkcjonowania osoby chorej. Gorzej myślimy, pamiętamy, mamy kłopoty z orientacją, rozumieniem i oceną faktów. Trudniej się uczymy i mamy problemy z odtwarzaniem wcześniej nabytych umiejętności. I to jest najkrótsza diagnoza medyczna.

Ale ile będzie kosztował nas taki stan zdrowia Polaków jako społeczeństwo? To nietrudno przewidzieć i obliczyć. Przybędzie całkiem pokaźna grupa ludzi słabych, chorych, bezbronnych i – być może – wykluczonych. Dlaczego wykluczonych? Bo zaczynamy tworzyć społeczeństwo oparte w swojej budowie na kastowości, powstałej już w starożytnych Indiach, gdzie tworzyły się zamknięte grupy broniące swoich interesów. Dziś jest podobnie, a grupy te kreowane są przez korporacje, pieniądze, dostęp tylko

nielicznych do pożądanych dóbr. Nie bez znaczenia w tym procesie jest polityka. Jaka jest konkluzja z tak skrótovej diagnozy społeczno-medycznej?

Najwyższy czas postawić na profilaktykę neurologiczną. Czy to się opłaca? Odpowiedź brzmi: TAK, i mamy na to dowody naukowe. W krajach o rozwiniętej świadomości społecznej i dobrze zorganizowanej służbie zdrowia (USA, Niemcy, Szwecja, Wielka Brytania) liczba osób otępiących spada z 10 proc. w populacji powyżej 65. r.ż. do 8 proc.

Co to oznacza w ujęciu globalnym? To miliony ludzi ocalonych, którzy unikną otępienia, a więc i wykluczenia. Pamiętajmy, że nie ma w życiu takiej sytuacji, w której nie można pomóc innym – trzeba tylko chcieć i odkryć w sobie przyzwyczajenie do bycia użytecznym dla innych. I to jest zadanie dla nas, dziennikarzy, ale i przedstawicieli świata nauki: wspólna praca na niwie wiedzy i edukacji. Po co? Aby wyrobić w świadomości społecznej oraz w działaniach polityków przekonanie i pewność, że lepiej zapobiegać, niż leczyć. To nasze wspólne wyzwanie misyjne powinno być jak koncert na wielo fortepianów w celu stworzenia symfonii o zdrowiu, nadziei, dobrostanie zdrowia, szczęściu i empatii dla słabych oraz chorych, a także o obowiązku służby wobec chorego. ■



Profilaktyka raków skóry

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. SŁAWOMIR MAJEWSKI | KATEDRA DERMATOLOGII I WENEROLOGII, WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

Raki skóry należą do najczęstszych nowotworów występujących u człowieka, w niektórych populacjach stanowią do 75 proc. wszystkich nowotworów. Najczęstszymi nowotworami skóry są: rak podstawnokomórkowy, rak kolczystokomórkowy i czerniak złośliwy. Ten pierwszy rzadko daje przerzu-

ty, ale wykazuje tzw. miejscową złośliwość, czyli niszczy tkanki i wymaga bardzo często specjalistycznej chirurgii plastycznej. Rak kolczystokomórkowy z kolei jest rakiem, który wywołuje przerzuty, i wreszcie najbardziej złośliwy nowotwór, czyli czerniak, to około 5 proc. raków skóry.

Ocenia się, że ryzyko zachorowania w ciągu życia u rasy kauka-

skiej to około 20 proc. Najczęściej dotyczy to dojrzałej albo starszej populacji, ale czerniak złośliwy występuje również u młodych osób. W krajowych rejestrach notuje się między 12 a 20 tys. przypadków, ale należałoby tę liczbę pomnożyć razy 2 albo razy 3, gdyż większość tych nowotworów jest diagnozowana na wczesnym etapie i usuwana w gabinetach prywatnych, ale lekarze nie mają nawyku zgłaszania do krajowego rejestru nowotworów.

Do czynników ryzyka rozwoju raka skóry zaliczamy przede wszystkim promieniowanie ultrafioletowe, słońce i sztuczne źródła, czyli solaria. Prewencja pierwotna to oczywiście edukowanie społeczeństwa na temat właściwych zasad fotoprotekcji oraz objawów na skórze, które mogłyby sugerować obecność zmian przednowotworowych. Prewencja wtórna to edukowanie pacjentów, z jakimi zmianami skórnymi powinni zgłosić się do specjalisty

Epidemiologia raków skóry

75% wszystkich nowotworów złośliwych

Rak
podstawnokomórkowy
(BCC) – 80%

Rak kolczystokomórkowy
(SCC) – 15-20%

Czerniak złośliwy skóry
(MM) – 5%

oraz regularne badania dermatologiczne. Największym problemem jest zmiana nawyków.

Polska brała udział w programie Epiderm, czyli w europejskiej inicjatywie zapobiegania nowotworom skórnym. Były to największe badania tego typu przeprowadzone w Europie. Konkluzje i zalecenia programu stanowią dla nas podstawę do dalszych badań. M.in. zostały one przeprowadzone w ramach akcji „Po pierwsze zdrowie”. Podczas badań dermatologicznych zdiagnozowaliśmy kilkudziesięciu chorych z zaawansowanymi zmianami przednowotworowymi albo inwazyjnymi nowotworami. Prowadziliśmy także badania ankietowe w celu poszerzenia i potwierdzenia badań Epiderm. Wiedza społeczeństwa na temat szkodliwości ekspozycji na ultrafiolet jest niedostateczna. Brakuje też świadomości, że powszechnie stosowane leki moczopędne czy przeciw nadciśnieniu mogą również zwiększać ryzyko zachorowania.

Na podstawie naszych dotychczasowych badań postulujemy stworzenie programu screeningowego, czyli systemu procedur, które w efekcie obejmą większą liczbę osób przebadanych dermatologicznie. Np. zadaniem dla lekarzy rodzinnych byłoby wstępne rozpoznanie zmian skórnych podczas badania swoich pacjentów. Planujemy też skoordynowane działania edukacyjne z udziałem mediów, adresowane do poszczególnych grup wiekowych, zwłaszcza do dzieci i młodzieży. Przewidujemy, że po jednoczesnym uruchomieniu programu screeningowego i programu edukacyjnego do roku 2050 powinniśmy uzyskać efekt w postaci zmniejszenia o 30 proc. przypadków czerniaka złośliwego, 35 proc. przypadków nabłonniaka i prawie 50 proc. raka kolczystokomórkowego.

Myślę, że jest wiele do zrobienia. Mam nadzieję, że z pomocą środowiska lekarzy rodzinnych uda się przynajmniej przebadać i uświadomić więcej pacjentów. ■



Lekarze odkrywają związek między nowotworami skóry a promieniowaniem UV

RED. KATARZYNA PINKOSZ | ŚWIAT LEKARZA, DO RZECZY

Gdy pojawiały się pierwsze doniesienia o związku raka płuca z paleniem papierosów, prześmiewcy twierdzili, że oskarżać papierosy o raka płuca, to tak samo jak oskarżać noszenie nylonowych rajstop o wywoływanie raka. Dziś już nikt nie kwestionuje faktu, że papierosy sprzyjają zachorowaniom na wiele typów nowotworów. Podobnie bardzo powoli przebija się świadomość, że słońce może szkodzić, choć nadal jeszcze opalona skóra dla wielu osób jest symbolem dobrego wypoczynku na nadmorskiej plaży lub w ciepłych krajach. W Internecie można zresztą znaleźć wiele informacji, że zagrożenie słońcem i solariami to przesada.

Wiedza na temat szkodliwości słońca i opalania w solarium powoli jednak przebija się do społeczeństwa. Większość osób przynajmniej stosuje kremy z filtrem, choć trudno uwierzyć w to, że wszystkie osoby opalające się na plaży używają odpowiedniej ilości kremów przeciwsłonecznych chroniących skórę przed promieniowaniem UV.

Korzystną zmianą, jaka dokonała się ostatnio, jest wprowadzenie zakazu korzystania z solariów przez dzieci i młodzież poniżej 18. roku życia. Od lat apelowali o to onkolodzy, podkreślając, że młoda, niedojrzała skóra jest najbardziej narażona na uszkodzenie i pojawienie się nowotworu. Zakazy w naszym społeczeństwie nie są przyjmowane pozytywnie – ten jednak nie budził większych sprzeciwów. Trzeba mieć nadzieję, że zakaz korzystania z solariów i dyskusja, jaka wokół niego się toczyła, spowodują, że osoby, które do tej pory z nich korzystały, stwierdzą, że jednak nie warto narażać zdrowia dla krótkotrwałego efektu opalenizny.

Lekarze i naukowcy odkrywają związek między nowotworami skóry a promieniowaniem UV, zwracają też uwagę na inne czynniki ryzyka. Jednak wiedza na ten temat dociera do społeczeństwa głównie dzięki mediom. To od mediów zależy, czy będą latem propagować opalanie na plaży, czy aktywny wypoczynek nad morzem, w górach, nad jeziorami – tak, by chronić skórę przed nadmiarem promieni UV. Tak jak nie jest przyjęte pokazywanie w mediach osób z papierosem, tak warto nie pokazywać w dobrym kontekście leżenia na plaży na słońcu. I namawiać do badań profilaktycznych. To właśnie jest społeczna odpowiedzialność mediów. ■



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Profilaktyczne badania przesiewowe w chirurgii naczyniowej

PROF. DR HAB. N. MED. PIOTR ANDZIAK

| KLINIKA CHIRURGII OGÓLNEJ I NACZYNIOWEJ,
CSK MSWIA W WARSZAWIE, KRAJOWY KONSULTANT
W DZIEDZINIE CHIRURGII NACZYNIOWEJ

Wśród schorzeń będących przedmiotem zainteresowania chirurgii naczyniowej uzasadnienie dla prowadzenia profilaktycznych badań przesiewowych znajduje badania w kierunku zwężenia tętnic szyjnych oraz tętniaków aorty brzusznej. Oba schorzenia rozwijają się długo, nie dając dolegliwości. Pierwsze ich objawy mogą stanowić zagrożenia dla zdrowia i życia. 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.

Błazka 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 powodować ich niedrożność, wywołując objawy przemijającego niedokrwienia mózgu bądź ciężkie udary niedokrwienne, będące przyczyną kalectwa lub zgonu. Ze względu na powierzchowne położenie tętnica szyjna jest łatwo dostępna dla badania ultrasonograficznego. Rozpoznanie objawowego lub bezobjawowego zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej przekraczającego 70 proc. stanowi wskazanie do zastosowania jednej z metod pierwotnej lub wtórnej profilaktyki udaru niedokrwinnego: farmakologicznej lub dwóch metod operacyjnych – klasycznego udrożnienia albo angioplastyki z implantacją stentu.

W Europie stwierdza się 1 100 000 nowych udarów rocznie. 10–15 proc. chorych doznaje udaru z powodu ➤

Badania przesiewowe mogą uchronić ludzi przed śmiercią

RED. PAWEŁ KRUSZ | ŚWIAT LEKARZA

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 udarowi niedokrwiennemu.

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 koń-

czynach 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 i jest ostrzeżeniem przed zagrożeniem udarem niedokrwiennym. 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-ra-

mię: to badanie jest wykonywane zbyt rzadko. Z reguły przeprowadzają je kardiolodzy i angiolodzy 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 obsłudze, a jeśli chodzi o koszty eksploatacji, prowadzą 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. ■



FOT. TOMASZ ADAMASZEK



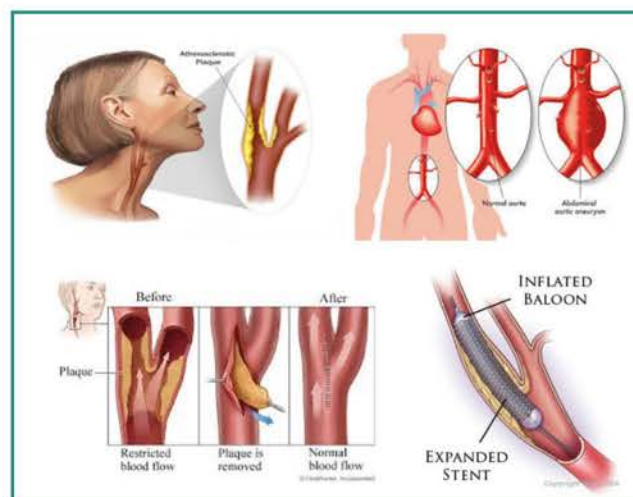
FOT. TOMASZ ADAMASZEK

➤ bezobjawowego zwężenia tętnicy szyjnej. Czy rzeczywiście są to zwężenia bezobjawowe? Oczywiście nie. Z wielu badań wynika, że każda blaszka miażdżycowa umiejscowiona w tętnicy szyjnej wewnętrznej jest źródłem mikrozatorów, a im większy stopień zwężenia, tym większe ryzyko występowania mikrozatorów obwodowych. Niewielkie fragmenty blaszek miażdżycowych lub skrzepin 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 niedokrwiennego 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 (2017 r.). Wskazania do prowadzenia badań 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. Zlecaną metodą obrazowania jest ultrasonografia. Poza zastosowaniem 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. Towarzystwa naukowe zalecają prowadzenie badań przesiewowych w wybranej grupie chorych. 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 jest wcześnie 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 śmiertelność z tym związaną. Ma też 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 proc. do 55 proc., a śmiertelność po planowych operacjach tętniaków aorty nie przekracza 8 proc., zwykle waha się w granicach 3-4 proc. 80 proc. chorych z pękniętym tętniakiem umiera przed uzyskaniem pomocy medycznej. Rozpoznanie tętniaka aorty brzusznej o średnicy 55 mm u mężczyzny i 52 mm u kobiety jest wskazaniem do operacji – klasycznej lub wewnątrznaczyniowej. Te dane uzasadniają konieczność prowadzenia profilaktycznych badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej.

Badania przesiewowe w kierunku tętniaka aorty brzusznej są prowadzone są przy użyciu ultrasonografii. Do chwili obecnej przeprowadzono 10 badań, głównie u mężczyzn powyżej 65. r.ż. Wyniki wykazały, że częstość występowania tętniaków w tej grupie chorych waha się od 4 do 9 proc. Wytyczne towarzystw naukowych wskazują na korzyści płynące z wykonywania jednorazowych badań przesiewowych przy zastosowaniu ultrasonografii u mężczyzn powyżej 65. r.ż. W Polsce badania przesiewowe w kierunku tętniaka przeprowadził zespół pod kierunkiem prof. Arkadiusza Jawienia w województwie kujawsko-pomorskim. Częstość występowania tętniaków aorty brzusznej wśród mężczyzn powyżej 65. r.ż. wyniosła 9 proc., a w wieku powyżej 60. r.ż. 6 proc. Kolejne badanie przesiewowe w kierunku tętniaka aorty brzusznej zaplanowano w Polsce na lata 2018-2020. ■



Profilaktyka raka i otyłości jest możliwa

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. DR HAB. N. MED. MIROSŁAW JAROSZ | DYREKTOR INSTYTUTU ŻYWNOSCI I ŻYWIENIA W WARSZAWIE

W ciągu ostatnich 20 lat 313 tys. osób w Polsce uniknęło zachorowania na raka i dotyczy to nowotworów o najgorszym rokowaniu, czyli takim, w którym szansa przeżycia 5 lat wynosi do 15-20 proc. Dotyczy to raka żołądka, raka jelita grubego, raka przełyku, raka pęcherzyka żółciowego. W krajach europejskich w przypadku niektórych nowotworów obserwuje się

zhamowanie wzrostu lub niewielki spadek zachorowalności, ale nie taki jak obserwujemy w Polsce.

313 tys. osób uniknęło zachorowania, w tym 188 tys. na raka przewodu pokarmowego i 125 tys. na raka płuca. Dało to oszczędności blisko 9,5 mld złotych, biorąc pod uwagę koszty pośrednie i bezpośrednie. Te istotne zmiany są spowodowane wieloma czynnikami. Jedną z przyczyn takich wyników jest zmiana nawyków żywieniowych.



niowych wśród Polaków. W okresie ostatnich 20 lat doszło do zmniejszenia spożycia mięsa czerwonego i jego przetworów, zmiany struktury spożycia tłuszczów, zmniejszenia spożycia tłuszczów zwierzęcych nasyconych, zmniejszenie spożycia cukrów prostych i soli. Natomiast systematycznie wzrasta spożycie warzyw i owoców, jak również witamin antyoksydacyjnych i polifenoli. Dodatkowym czynnikiem jest zmniejszenie palenia tytoniu. Jednak jak spojrzemy na całość epidemiologii nowotworów w Polsce, to obserwujemy wzrost zachorowań. Ale jest on związany m.in. ze wzrostem zachorowań na raka macicy, raka sutka, raka gruczołu krokowego. Innymi czynnikami są wzrost otyłości; palenie tytoniu wśród kobiet; alkohol; wysokie spożycie mięsa przetworzonego, soli i słodczy; niskie spożycie warzyw, owoców, produktów mlecznych, błonnika, ryb; niskie spożycie witaminy D w diecie. Można powiedzieć, że znamy diagnozę. Wiemy, jakie czynniki powodują wzrost zachorowań i jakie hamują ten wzrost.

Walka z otyłością jest możliwa, czego dowodzą wyniki szwajcarsko-polskiego programu edukacyjnego, który objął 10 proc. uczniów w ciągu dwóch lat. W efekcie nie tylko zostało spowolnione narastanie nadwagi, a nawet zanotowaliśmy spadek otyłości o 3 proc. W wyniku tego programu nie zachorowało 8 tys. dzieci i młodzieży. Wydaliśmy 800 tys. złotych. Gdybyśmy objęli cały kraj tym programem, 80 tys. dzieci nie zachorowałoby na nadwagę i otyłość. Posiadamy diagnozę i narzędzia, żeby taki program przeprowadzić. Trzeba na to wyłożyć 8 mln złotych i rozważyć, jak dysponować środkami finansowymi i jaką strategię wydatków przyjąć, żeby przeznaczyć pieniądze na skuteczną medycynę prewencyjną, ponieważ program udowodnił, że można osiągnąć bardzo dobre wyniki. ■



Czy profilaktyka nowotworów i otyłości jest możliwa? Jest, ale...

EWA GWIAZDOWICZ-WŁODARCZYK

| REDAKTOR NACZELNA „PULSU”

Ludzie błagają bogów o zdrowie. Nikt jednak ze śmiertelników nie myśli, że zachowanie zdrowia leży w jego własnych rękach. (Demokryt)

Nie wszystko leży bezpośrednio w naszych rękach, ale mamy, chociaż częściowy, wpływ na tych, którzy o tym decydują. Istotne jest niedawne wystąpienie Rzecznika Praw Dziecka do ministra zdrowia o wprowadzenie porady żywieniowo-dietetycznej do koszyka świadczeń gwarantowanych. Marek Michałak podkreśla, że jednym z rozwiązań postulowanych przez przedstawicieli środowisk medycznych, organizacji pozarządowych, ekspertów i dietetyków jest m.in. uwzględnienie porady żywieniowo-dietetycznej w koszyku świadczeń gwarantowanych. Ekspert z Instytutu Pomnika-Centrum Zdrowia Dziecka przeprowadzili także badanie oceniające sposób żywienia i stan odżywienia w grupach wiekowych 6 i 12 miesięcy, które wykazało m.in., że niemowlęta w tych grupach wiekowych spożywają zbyt dużą liczbę posiłków dziennie.

Również prezes Najwyższej Izby Kontroli zabrał głos w tej sprawie. Najnowszy raport NIK „Odżywianie dzieci w szkołach” potwierdza, że 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. Owoce i warzywa na terenie szkoły zawsze spożywało zaledwie 10 proc. uczniów. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce zainicjowało wydanie w 2014 r. wspólnie z Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej i Polskim Towarzystwem Badań nad Otyłością „Wytycznych postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego”.

Prof. Ewa Małecka-Tendera, przewodnicząca sekcji pediatricznej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, podkreśla, że wytyczne są tylko wskazówkami dla lekarzy, jaką drogę postępowania zasugerować pacjentowi i jego rodzinie. Natomiast realizacja zaleceń leży wyłącznie po stronie zainteresowanych (a czasem i niezainteresowanych) leczeniem otyłości dzieci i ich rodziców. Leczenie to wymaga długotrwałej i wytrwałej mobilizacji całej rodziny, co, jak wiadomo, jest trudne.

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 „Przemyślane zakupy żywności”. Z własnego doświadczenia wiem, że dzieci chętnie biorą udział w tych akcjach.

Profilaktyka więc jest możliwa, ale... ■



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Badania przesiewowe słuchu

PROF. NADZW. DR HAB. MED. INŻ. KRZYSZTOF KOCHANEK
| INSTYTUT FIZJOLOGII I PATOLOGII SŁUCHU

Předstawię nasze polskie doświadczenia dotyczące badań przesiewowych słuchu w różnych populacjach: skoncentruję się na populacji dzieci w wieku szkolnym. Badanie przesiewowe inicjuje proces leczenia na etapie wczesnej interwencji medycznej. Jeżeli zrealizujemy doskonale ten proces, to efekty w audiologii są fantastyczne. Np. dzieci, które są implantowane przed ukończeniem pierwszego roku życia, w wieku trzech lat osiągają takie same kompetencje językowe jak ich rówieśnicy dobrze słyszący.

Częstość zaburzenia słuchu skłania do tego, żeby badania przesiewowe przeprowadzać w różnych populacjach wiekowych. Częstość zaburzeń narasta wraz

z wiekiem. W przypadku noworodków jest to 1-2‰, ale już u dzieci w wieku szkolnym to 15-20 proc., natomiast w wieku podeszłym sięga 70 proc.

Polska wyróżnia się w skali realizowanych badań przesiewowych słuchu i jakości tych programów. W przypadku noworodków celem badania jest wykrywanie zaburzeń wrodzonych. W wieku szkolnym badania mają na celu wykrywanie zaburzeń wrodzonych, które nie zostały rozpoznane wcześniej, oraz zaburzeń nabytych. Natomiast w wieku podeszłym badamy zaburzenia odbiorcze, przewodzeniowe i centralne.

Program badań przesiewowych noworodków objął ponad 5 mln dzieci. Natomiast program badań w kierunku zaburzenia słuchu u dzieci w wieku szkolnym

Wczesna Interwencja Słuchowa - od noworodka do wieku senioralnego



badanie przesiewowe

wczesna diagnostyka

wczesne leczenie i rehabilitacja

Badania epidemiologiczne



noworodki

1-2‰

młodzież szkolna

14-20%

> 65 r.ż.

> 60-70%

objął 1 mln uczniów. Pierwsze badania dzieci i młodzieży zostały przeprowadzone już w 1998 roku. W ostatnich latach liczba programów znacznie wzrosła i są realizowane we współpracy z różnymi podmiotami, tak jak tegoroczna współpraca z Polskim Radiem w ramach akcji „Po pierwsze zdrowie”, podczas której badaniami objęto ponad 5 tys. osób w różnym wieku.

Celem naszych dotychczasowych działań jest wczesne wykrycie zaburzenia i skierowanie pacjenta na diagnostykę i terapię, ale przede wszystkim uwrażliwienie społeczeństwa na problemy związane ze słuchem.

Przeprowadziliśmy badanie przesiewowe populacji 500 tys. dzieci w wieku szkolnym z obszarów wiejskich. Program realizowaliśmy od 2008 roku. Średnia częstość zaburzeń słuchu to około 12-13 proc. Co szóste dziecko ma zaburzenia obwodowe typu przewodzeniowego lub odbiorczego. Jeśli do tego dodamy zaburzenia w zakresie procesu przetwarzania centralnego informacji słuchowej to zaburzenia słuchu występują u co piątego dziecka. W przypadku dzieci, u których wykryliśmy jakieś zaburzenia związane ze słuchem i skierowaliśmy na badanie diagnostyczne, prawie 77 proc. rodziców nie miało świadomości istnienia takiego problemu.

Polska medycyna ma niebagatelny wkład w upowszechnianie badań przesiewowych słuchu, nie tylko w kraju, ale i w Europie. Z naszej inicjatywy podpisane zostały m.in. Europejski Konsensus Naukowy na temat badań przesiewowych słuchu, wzroku i mowy u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym oraz Konkluzja Rady Europy, która zaleca państwom członkowskim wprowadzanie tych badań przesiewowych do praktyki codziennej. Polski model badań przesiewowych upowszechniamy na całym świecie. Badania powinny odbywać się co 10 lat do ukończenia 50. r.ż., a następnie co 3 lata.

W badaniach, które robiliśmy podczas akcji „Po pierwsze zdrowie”, uczestniczyły przede wszystkim osoby w wieku podeszłym, powyżej 60. r.ż. U 70 proc. tych osób stwierdziliśmy zaburzenia słuchu. U 54 proc. zanotowaliśmy wyniki nieprawidłowe, w 78 proc. przypadków były to ubytki obustronne.

Wszystkie programy, które realizujemy, w skuteczny sposób prowadzą do skrócenia czasu i do diagnozy, i do terapii. ■



Trzeba leczyć każdą nieprawidłowość

RED. HENRYK SZRUBARZ

| POLSKIE RADIO

Badania przesiewowe słuchu przeprowadzane w całej Polsce to ogromna operacja logistyczna – trzeba dojechać do wielu miejsc – nieraz do małych miejscowości, wcześniej się umówić, uzyskać zgodę na badania, zapisać ich wyniki i wysłać je do instytutu. A potem opracować – i w konkretnym przypadku podjąć leczenie.

Z badań wynika, że 13-14 proc. dzieci ma zaburzenia słuchu typu obwodowego, czyli zaburzenia przewodzenia albo odbiorcze. Wcześniej (w 2008 roku) oceniono też centralne zaburzenia słuchu. I gdyby to zsumować – obwodowe i centralne – to okaże się, że co piąte dziecko ma jakiś problem, czyli co piąte wymaga pomocy.

Kiedy instytut inicjował badania przesiewowe noworodków – większość lekarzy nie chciała wierzyć, że w drugiej dobie życia można precyzyjnie zbadać słuch dziecka. Efekty społeczne są przeogromne: jeżeli rocznie wykrywamy 600-700 dzieci, które wymagają wspomagania implantem ślimakowym, a przed upływem 1. r.ż. otrzymują ten implant – to w 3. r.ż. mówią normalnie.

Można zapytać, czy warto uruchamiać program przesiewowy badający wszystkie noworodki. Amerykanie policzyli, że jeżeli się uwzględni wydatki na szkolnictwo specjalne, przedszkola specjalne, całą opiekę specjalistyczną, to koszty stworzenia odpowiednich miejsc pracy dla tych, którzy nie otrzymają drugiej szansy słuchowej, będą wyższe od kosztów screeningu, diagnostyki i terapii implantami.

Problem badań przesiewowych dotyczy jednego zagadnienia: diagnozy dają rodzicom informacje, że jest problem i co się powinno zrobić, ale nie można niczego nakazać. I stąd też ogromna rola mediów, żeby uświadamiać, że trzeba leczyć każdą nieprawidłowość. Jeżeli dziecko źle słyszy, to może z tego powodu mieć gorsze oceny. Po prostu gorzej słyszy nauczyciel, nie odbiera ważnych informacji przekazywanych na lekcji. Badania dowodzą, że do źle słyszącego dziecka dociera dwa razy mniej treści. Jeżeli ubytek słuchu jest większy – dzieci z wadami słuchu osiągają trzykrotnie gorsze wyniki nauczania. ■



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

**PROF. DR HAB. N. MED.
RENATA GÓRSKA** | PREZES
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
PERIODONTOLOGICZNEGO, ZAKŁAD
CHORÓB BŁONY ŚLUZOWEJ
I PRZYŻĘBIA, WARSZAWSKI
UNIwersytet Medyczny

Badania przesiewowe w profilaktyce periodontologicznej

Periodontologia jest dziedziną stomatologii, która zajmuje się chorobami błony śluzowej i przyzębia. Choroba przyzębia jest chorobą tkanek otaczających ząb, infekcyjną, przewlekłą, która nieleczona prowadzi do zaburzenia i 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 schorzenia takie jak choroby serca, udar mózgu, choroby płuc, cukrzyca, ale także związek z rakiem trzustki czy reumatoidalnym zapaleniem stawów. Wyniki badań epidemiologicznych przeprowadzonych w 2012 i 2014 roku wykazały w dwóch grupach wiekowych 35-44 r.ż. i 65-74 r.ż., że odsetek osób ze zdrowym przyzęciem wynosi 1,6 proc. w grupie młodszej i 0,6 proc. w grupie starszej, natomiast leczenia specjalistycznego wymagało prawie 19 proc. w grupie młodszej i prawie 28 proc. w grupie starszej.

Wyniki tych badań są niepokojące, dlatego z ogromną wdzięcznością przyjęliśmy zaproszenie pana prof. Skarżyńskiego do udziału w akcji „Po pierwsze zdrowie”. W czasie tej akcji przebadaliśmy 715 osób. Było to badanie ankietowe, ale też instruktaż higieny jamy ustnej oraz informacja na temat wpływu zapalenia i patologii występujących w jamie ustnej na stan zdrowia ogólnego. Większość badanych to były osoby dorosłe, 63 proc.

stanowiły kobiety, mieszkańcy miast średniej wielkości oraz z wykształceniem średnim lub wyższym. Badanie ankietowe wykazało, że po 65. r.ż. średnia liczba zębów to trzynaście. W grupie badanej 58 proc. miało nadwagę lub otyłość, 14 proc. paliło papierosy, 9 proc. chorowało na cukrzycę. Na zadane pytanie dotyczące częstotliwości szczotkowania zębów respondenci odpowiadali zupełnie szczerze, że nie szczotkują zębów lub szczotkują je raz dziennie. Różnice statystyczne wypadają na korzyść kobiet i dużych miast, gdzie osób nieszczotkujących było 1 proc., natomiast w małych miasteczkach 27 proc. W kategorii akcesoriów najczęściej szczotkujemy szczoteczką manualną, 68 proc. badanych nigdy nie używało szczoteczki elektrycznej, 43 proc. nie używało nitki dentystycznej, która stanowi znakomitą ochronę przed zapaleniem dziąseł, 33 proc. nie używało płynów do płukania jamy ustnej. Na pytanie kiedy odbywali ostatnią wizytę u dentysty 14 proc. odpowiedziało, że nie było u dentysty przez ostatnie 2 lata, 12 proc. w ciągu ostatniego roku.

Ankietę internetową na temat świadomości, że choroba przyzębia może wpływać na stan zdrowia ogólnego i poszczególne choroby przeprowadziliśmy wśród 500 osób. W grupie młodszej (do 30. r.ż.) takiej wiedzy nie ma prawie 80 proc., a w grupie starszej (35-50 r.ż.) odsetek osób, które mają świadomość związku choroby przyzębia z innymi, wynosi ok. 30 proc. ■



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Badania przesiewowe w profilaktyce raka błony śluzowej jamy ustnej

PROF. DR HAB. N. MED. TOMASZ KONOPKA | KATEDRA
I ZAKŁAD PERIODONTOLOGII, UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Występowanie raka błony śluzowej jamy ustnej w Polsce jest wyższe niż w innych krajach europejskich, jesteśmy powyżej średniej. Jeszcze gorsza statystyka występuje w przypadku umieralności z powodu tego raka, jest ona zdecydowanie wyższa niż w krajach Europy Zachodniej. Badania mówią o 2,5 tysiąca przypadków w roku. Jest to spowodowane zgłaszaniem się pacjentów w późnym, zaawansowanym stanie choroby. Zauważamy też zdecydowany związek z płcią męską. Niestety w dalszym ciągu w Polsce ludzie umierają z powodu raka wargi, który jest łatwo rozpoznawalny we wczesnym stadium, późno daje przerzuty, a mimo to diagnoza jest spóźniona. W tym przypadku znamienne jest, że pacjenci zgłaszają się zbyt późno do specjalisty. Porównanie Polski i Szkocji w 2014 roku pokazuje, że o ile występowanie jest podobne, to umieralność w Polsce jest znacznie wyższa. Niezbędna zatem staje się profilaktyka. W celu poprawy sytuacji należy eliminować czynniki ryzyka (nikotyna i alkohol).

Kolejnym problemem jest zachorowalność na raka jamy ustnej wśród młodych ludzi, związana z ryzykowymi zachowaniami seksualnymi, również z homoseksualizmem.

Naszą codziennością są zaburzenia potencjalnie nowotworowe, które występują w jamie ustnej, ze szczególnym uwzględnieniem leukoplakii. Pacjenci, u których ta zmiana się pojawiła i została wcześniej wykryta, mają dużo większe szanse na wyleczenie, ponieważ to zaburzenie późno przekształca się w zmiany nowotworowe – wczesne zgłoszenie się do specjalisty jest prostym remedium na profilaktykę nowotworu. Aktualnie prowadzimy badania nad opóźnieniem ze strony pacjenta i opóźnieniem diagnostycznym ze strony lekarza, czyli od momentu kiedy pojawiają się pierwsze zmiany w jamie ustnej do pojawienia się pacjenta u lekarza pierwszego kontaktu. Wstępnie badania wskazują, że czas postawienia diagnozy jest bardzo ważny. Taktika profilaktyki onkologicznej jamy ustnej powinna polegać na włączeniu badań jamy ustnej do ogólnego przeglądu zdrowotnego osób 40+, czyli w grupach wysokiego ryzyka. Poza tym minimalna interwencja antynikotynowa, właściwe leczenie stomatologiczne, pobieranie materiału do badania histopatologicznego, a przede wszystkim ośmiostopniowy przegląd podczas badania stomatologicznego, który powinien przeprowadzić lekarz dentysta, ale również może go prowadzić sam pacjent. ■



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Potrzebny jest program profilaktyczno-leczniczy chorób przyzębia

RED. JADWIGA KAMIŃSKA | DZIENNIKARSKI KLUB PROMOCJI ZDROWIA

Dużo mówi się o czynnikach ryzyka różnych chorób, takich jak palenie tytoniu, zła dieta, brak ruchu, otyłość, a o chorobach przyzębia rzadko i niewiele. Tymczasem, jak pokazują wyniki badań, tylko 1 proc. polskiego społeczeństwa ma zdrowe przyzębie. Pozostałe 99 proc. potrzebuje ukierunkowanego leczenia stomatologicznego z zastosowaniem zabiegów profilaktyczno-leczniczych albo profesjonalnego leczenia periodontologicznego. W Polsce jest 400 specjalistów periodontologów, którzy pracują głównie w ośrodkach akademickich. To powoduje, że wizyta u takiego specjalisty jest trudno dostępna. Do tej pory wycena procedur periodontologicznych była tak niska, że większość placówek ograniczała ich wykonywanie, bo generowały straty. To także zniechęcało młodych stomatologów do wyboru tej specjalizacji. Na szczęście od 1 lipca br., dzięki Ministerstwu Zdrowia i NFZ, dwukrotnie zwiększono wycenę tych procedur. Chciałabym tu podkreślić zaangażowanie prof. Renaty Górskiej, Prezes Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego, oraz specjalistów zrzeszonych w tym towarzystwie, w doprowadzenie do tych zmian.

Chorobie przyzębia i jej konsekwencjom można zapobiegać i skutecznie ją leczyć, ale potrzebna jest

wiedza i umiejętności właściwej higieny jamy ustnej już od najmłodszych lat. Niestety w polskich szkołach i wielu polskich domach nikt tego dzieci nie uczy. Konieczne jest także opracowanie i wdrożenie programu profilaktyczno-leczniczego chorób przyzębia w Polsce jako czynnika ryzyka chorób ogólnoustrojowych, tak jak zrobiono to w odniesieniu do czynnika ryzyka chorób krążenia czy nowotworów. Doświadczenia innych krajów pokazują wysoką skuteczność takich programów, np. w Finlandii i Norwegii dzięki nim zlikwidowano próchnicę zębów.

W wielu krajach w realizacji takich programów uczestniczą media. W ubiegłym roku we włoskiej telewizji emitowano wiele spotów dotyczących profilaktyki chorób przyzębia. W jednym z nich przekazywano następujący komunikat: „Jeżeli twój dentysta nie sprawdził specjalną sondą stanu twojego przyzębia – zmierz dentystę”. W innym kraju stomatolog, który stwierdza u pacjenta zaawansowaną chorobę przyzębia, wykonuje mu w swoim gabinecie pomiar poziomu cukru. Do współpracy z periodontologami zapraszani są także kardiologowie. Warto korzystać z doświadczeń innych krajów i jak najszybciej wprowadzić podobne działania u nas. ■



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Działania Polskiego Towarzystwa Okulistycznego na rzecz profilaktyki w okulistyce

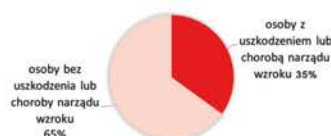
PROF. DR HAB. N. MED. IWONA GRABSKA-LIBEREK
| KLINIKA OKULISTYKI, SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL
KLINICZNY IM. PROF. W. ORŁOWSKIEGO W WARSZAWIE

Pacjentów senioralnych będzie coraz więcej, ponieważ społeczeństwo się starzeje. Kolejki do operacji zaćmy udało się trochę skrócić, dzięki dodatkowym finansom, niemniej jednak nie będą one, skrócone znacznie, ponieważ pacjentów przybywa. Jaskra jest

podstępny złodziej wzroku i prowadzi do ślepoty. Walczymy też o zwiększenie ilości operacji wykonywanych w Polsce. Jeżeli chodzi o choroby, które współistnieją z okulastyką, to idea kompleksowych badań przesiewowych w ramach programu „Po pierwsze zdrowie” bardzo trafnie wpisuje się w naszą spe-

Odsetek osób niepełnosprawnych posiadających uszkodzenia i choroby narządu wzroku*

OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE ~ 4,7 MLN

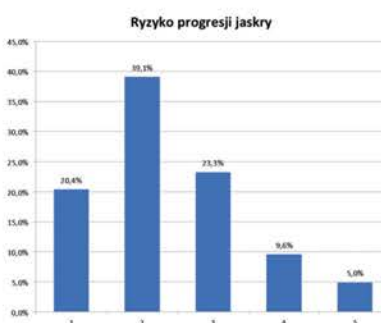


Według GUS w grupach schorzeń u osób niepełnosprawnych uszkodzenia i choroby narządu wzroku zajmują 4 pozycję po uszkodzeniach i chorobach narządu ruchu (59%), schorzeniach układu krążenia (47%) i schorzeniach neurologicznych (38%).

*na podstawie danych GUS, 2016



Ryzyko progresji



cializację, gdzie retinopatię nadciśnieniową i jak wyglądają naczynia na dnie oka możemy dojrzeć tylko my, okuliści, i prognozować, jak te naczynia wyglądają w całym organizmie. Tak samo jest z cukrzycą. Pierwsze zmiany obserwujemy właśnie na dnie oka i możemy pomóc diabetologom w rozpoznaniu cukrzycy poprzez zdiagnozowanie retinopatii cukrzycowej.

W Polsce żyje 5 milionów niepełnosprawnych, z czego 35 proc. to osoby z uszkodzeniem narządu wzroku. Są to osoby niedowidzące, czy wręcz niewidome.

Z danych WHO wynika, że 80 proc. z nich można poddać leczeniu i wyleczyć i dlatego tak potrzebne są profilaktyczne badania przesiewowe. Z innych danych wynika, że co trzeci Polak nigdy nie był u okulisty.

Polskie Towarzystwo Okulistyczne istnieje od 1911 roku. W naszym statucie jest zapis o działalności publicznej na rzecz ochrony i promocji zdrowia w społeczeństwie. Zgodnie ze statutem edukujemy lekarzy medycyny rodzinnej, publikujemy wytyczne i standardy, na których m.in. opiera się Ministerstwo Zdrowia w swoich programach.

Przygotowaliśmy panel pacjenta seniora, gdzie są omówione choroby wraz ze sposobami przeciwdziałania, gdzie pacjent może zadać pytanie ekspertowi. W tym roku po raz pierwszy na tak dużą skalę zorganizowaliśmy podczas Światowego Dnia Jaskry tzw. białą sobotę, podczas której przebadaliśmy ponad 2,5 tysiąca osób, z czego 18 proc. miało podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe, a 35 proc. wymagało dalszej diagnostyki jaskry. Z tego potwierdzi się mniej więcej połowa. Przygotowaliśmy cząstkowy raport badań przesiewowych, którym zostało poddane 3 tys. osób. Badaliśmy głównie te, które zgłosiły się po raz pierwszy z jaskrą. U blisko tysiąca osób rozpoznano jaskrę początkową i średnio zaawansowaną. To znaczy, że pacjenci zgłaszają się do lekarza zbyt późno. Na tej podstawie postulujemy, żeby znieść skierowania do okulisty, żeby chory pacjent trafiał bezpośrednio do nas.

Nasz raport wśród czynników ryzyka choroby jaskry wymienia wiek, nadciśnienie, jaskrę w rodzinie. Niestety w liczbie dotychczasowych zabiegów przeciwjaskrowych i w wyposażeniu w sprzęt poradni plasujemy się na szarym końcu. Spośród badanych aż 40 proc. jest narażone na ryzyko progresji jaskry.

Podczas tegorocznej akcji „Po pierwsze zdrowie” w ramach badań przesiewowych przebadaliśmy 206 osób. Badani ostatnią wizytę wizyta u okulisty potwierdzali średnio 2,5 roku wcześniej, a 7 proc. nie było nigdy wcześniej badanych przez okulistę. Dlatego w 2018 roku rozszerzymy promocję badań okulistycznych na większą liczbę miast. Będziemy też wspierać projekt kapsuły do badań zmysłów i jej umieszczenia w miejscach dostępnych publicznie. Przygotowujemy również kartę praw pacjenta z załącznikiem w celu zapewnienia pacjentowi prawa do informacji o schorzeniu i profesjonalnych świadczeń. W przyszłym roku przeprowadzimy profilaktyczne badania przesiewowe podczas tygodnia jaskrowego oraz podczas akcji „Po pierwsze zdrowie”. ■



Dostępność do okulisty jest ograniczona

RED. JUSTYNA WOJTECZEK | PAP

Przed wszystkim chciałabym pogratulować i pokazać jako wzór profilaktyki działania Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, które w ostatnich latach dostało turbodoładowanie i osiągnęło liczący się dorobek. Problemy narządu wzroku stają się coraz poważniejsze i potrzebujemy odpowiedniej opieki medycznej. Po pierwsze, mocną stroną okulistów jest ich duża liczba. Po drugie, gabinety okulistyczne są bardzo dobrze wyposażone i jest dobry dostęp do sprzętu.

Niestety powszechna dostępność do okulisty jest ograniczona przez skierowania i niską wycenę świadczeń przez NFZ. Te dwa czynniki powodują, że pacjenci zgłaszają się późno do lekarza albo nie wykonują badań kontrolnych. Chciałabym jednak zwrócić uwagę na problem profilaktyki wtórnej. Okazuje się, że 60 proc. pacjentów okulistycznych nie przestrzega zaleceń lekarza. Dlatego potrzebna jest szeroka edukacja społeczna, żeby zmienić te statystyki. W ramach edukacji warto położyć nacisk na medycynę holistyczną, czyli uświadomienie związku i wpływu jednego schorzenia na inne choroby. Warto też podnosić świadomość lekarzy, żeby edukowali pacjentów, ponieważ najwięcej informacji wynoszą oni z gabinetów lekarskich. Bardzo istotną rolę w edukowaniu społeczeństwa i szerzeniu podstawowej wiedzy mogą odegrać media, dlatego niezbędna jest współpraca dziennikarzy ze środowiskiem lekarskim. ■

Badania przesiewowe w urologii



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. DR HAB. N. MED. PIOTR RADZISZEWSKI
KLINIKA UROLOGII OGÓLNEJ, ONKOLOGICZNEJ
I CZYNNOŚCIOWEJ, SZPITAL KLINICZNY
DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE

Cieszę się, że urologia została włączona do badań profilaktycznych w ramach akcji „Po pierwsze zdrowie”. Urologia jest zazwyczaj pomijana, ponieważ badania przesiewowe są dosyć trudne ze względu na specyficzny zakres zainteresowań tej dziedziny. Niestety w Polsce zachorowalność na nowotwory złośliwe wciąż rośnie, w tym również na nowotwory układu moczowego. Ale mamy możliwości wczesnego wykrywania, a ono przekłada się na wyniki leczenia i na koszty, które są przeznaczane na to leczenie. Dysponujemy dużą liczbą programów profilaktycznych, ale brakuje progra-

mu wczesnego wykrywania w odniesieniu do urologii. W świetle badań dotyczących śmiertelności z powodu nowotworów w ciągu ostatnich pięciu lat, obserwujemy największe zmiany w obszarze raka gruczołu krokowego, ale rak pęcherza to nadal zabójca wielu osób, a w Polsce sytuacja wygląda tragicznie. Niestety średni czas oczekiwania na wizytę w poradni urologicznej wynosi ponad rok. Pośrednim rozwiązaniem tego problemu mogłoby być kompleksowe przebadanie pacjenta na etapie podstawowej opieki zdrowotnej i wyposażenie go w komplet podstawowych badań przed poradą u specjalisty.

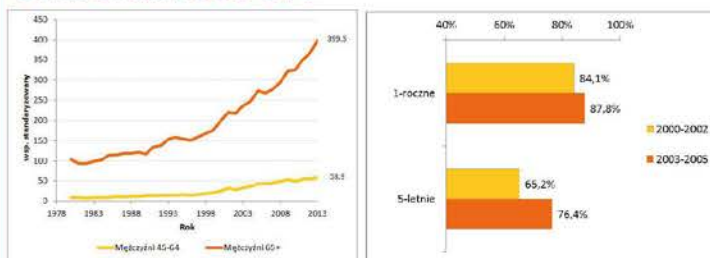
Zachorowalność na raka prostaty w Polsce wynosi 15 proc., umieralność 10 proc. i niestety w dalszym ciągu nie jest na poziomie innych krajów. Badania europejskie udowodniły, że dzięki badaniom przesiewowym redukujemy o 91 proc. ryzyko zgonu z powodu nowotworu, ponieważ wykrywalność rośnie. I temu powinny służyć badania PSA, czyli poziomu antygenu specyficznego gruczołu krokowego. Postulujemy przeprowadzenie pierwszego badania PSA po 40.r.ż. Powinien je zinterpretować urolog. Po 75. r.ż. nie powinniśmy już przeprowadzać badań przesiewowych.

W Polsce rośnie również zachorowalność na raka pęcherza, głównie u mężczyzn. Wczesna wykrywalność jest możliwa dzięki badaniom USG i cystoskopii. Podstawowym warunkiem jednak jest zaprzestanie bagatelizowania banalnego krwimoczu bez bólu.

Zachorowalność na raka nerki wynosi 3 proc., umieralność 3 proc. dla mężczyzn, 2 proc. dla kobiet. Obserwujemy lekką poprawę np. ze względu na nowe leki, które pozwalają leczyć wstecznie nowotwory zaawansowane. Jednak im wcześniej nowotwór zostaje wykryty, tym większa jest szansa na wyleczenie, tania i skutecznie. Dobrze wykonane badanie USG jamy brzusznej raz do roku jest najtańszym badaniem przesiewowym, które można pacjentom zaproponować. Po wczesnym wykryciu nowotworu jesteśmy w stanie szybko go usunąć z nerki, a pacjent ma bardzo duże szanse, że nie pojawią się przerzuty.

Nawiążę jeszcze do kardiologii, bo wbrew pozorom urologia ma bardzo dużo wspólnego ze schorzeniami kardiologicznymi. Mężczyźni mają doskonały biomarker screeningowy, który pozwala na wykrycie tych chorób odpowiednio wcześniej. Jest nim zaburzenie erekcji. Jeśli u młodego człowieka pojawiają się wcześniej zaburzenia erekcji, to należy zwrócić uwagę, czy nie ma zespołu niedoboru testosteronu lub problemu ze skupieniem się w pracy. Zaburzenia erekcji poprzedzają bowiem incydenty sercowo-naczyniowe o 3-5 lat. W tej sytuacji pacjent powinien zgłosić się najpierw do urologa, a następnie do kardiologa. ■

Rak prostaty Zachorowalność 15 % Umieralność 8%



Brakuje procedur systemowych

RED. DARIUSZ DEWILLE | TVP

Uroonkologia nie jest tematem nowym. Skoro ta dziedzina jest tak doskonale zbadana i zdiagnozowana przez środowisko medyczne, to można zadać pytanie dlaczego śmiertelność Polaków jest aż tak duża. Dlaczego odstawiamy od średnich europejskich?

Pan profesor Radziszewski sugeruje, że urolog powinien być właściwie na równi z lekarzem pierwszego kontaktu, że do urologa powinniśmy trafiać bardzo szybko. Ale czas oczekiwania na wizytę do urologa wynosi około roku. Przyznaję, że nie spotkałem się z sytuacją, żeby lekarz pierwszego kontaktu zadał mi pytanie, czy mam jakiegokolwiek problemy urologiczne. A więc czy mój „papierek lakmusowy” informuje o jakichkolwiek problemach zdrowotnych? Czy lekarz był na tyle delikatny i subtelny i nie chciał zadawać intymnego pytania, czy też po prostu nie wiedział, że powinien je zadać? Pacjent oczywiście powinien być świadomy, ale o wiele bardziej świadomy pewnych rzeczy powinien być lekarz pierwszego kontaktu. Badania urologiczne są analizowane nie przez urologa, ale przez lekarza pierwszego kontaktu, a z tymi badaniami pacjent powinien trafiać do specjalistów. W takim razie, jeżeli wszystko jest zdiagnozowane przez środowisko medyczne, dlaczego nie ma pewnych procedur systemowych? Dlaczego pewne rzeczy nie są rutynowo stosowane? Brakuje informacji o planowanych działaniach mających poprawić sytuację. Co będzie w przyszłym roku, za dwa lata, za pięć lat, jeśli chodzi o procedury, o sposób leczenia, o badania przesiewowe? ■