

Cykl audycji radiowych z zakresu edukacji i promocji zdrowia pod nazwą **"Pytanie do specjalisty"**

Cykl audycji o tematyce zdrowotnej, których gospodarzem jest dr hab. med. Jan Kochanowicz – dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. W każdym odcinku programu zaproszeni lekarze specjaliści poruszają zagadnienia związane z chorobami charakterystycznymi dla młodzieży i osób starszych.



e-biuletyn informacyjny



Zadanie dofinansowane ze środków Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego na realizację w 2021 r. zadań publicznych w sferze ochrony i promocji zdrowia, w tym działalności leczniczej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

1. Covid-19 objawy i leczenie

Dr n. med. Jarosław Tałałaj

Jest pan specjalistą chorób płuc i rehabilitacji leczniczej. Jak to się dzieje, że się zostaje specjalistą w dwóch dziedzinach? Ja mam tylko jedną – neurologię.

Te dziedziny uzupełniają się i to znakomicie. Większość życia zawodowego przepracowałem jako pulmonolog – specjalista chorób płuc. Jednakże zawsze ci pacjenci wymagali wspomagania w ich przewlekłych chorobach, czyli rehabilitacji oddechowej. Z czasem postanowiłem spróbować wyspecjalizować się w tej dziedzinie, która oczywiście ma szerszy zakres, niż tylko działania na układzie oddechowym, ale myśląc przede wszystkim o pacjentach z przewlekłymi chorobami układu oddechowego i układu krążenia.

Pan doktor jest zastępcą kierownika Klinice Rehabilitacji Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Jak można trafić rehabilitację ambulatoryjną do szpitala, kto na nią kieruje, jakie są wskazania?

Rehabilitacja ambulatoryjna skupia pacjentów z różnymi dolegliwościami, chorobami różnych narządów i układów. Trwa 10 dni ćwiczeniowych, czyli dwa tygodnie, licząc po 5 dni w tygodniu. Szerokie grono lekarzy może na nią skierować. To przede wszystkim lekarz rodzinny, ale też specjaliści z zakresu ortopedii, neurologii, chirurgii, chorób wewnętrznych. Pacjent przechodzi przez cykl kwalifikacyjny, przez wizytę kwalifikacyjną, jest ustalany termin rozpoczęcia rehabilitacji. Zwykle terminy te są odległe, ale w Klinice Rehabilitacji USK te kolejki są stosunkowo krótkie na tle innych ośrodków. Na pewno pacjenci mogą zacząć rehabilitację w tym roku i to jesienią. Staramy się wykonać jak najwięcej czynności przy pacjentach i jak najwięcej pacjentów przyjąć. Kolejka w USK wynosi w tej chwili najwyżej dwa- trzy miesiące, a nie lata, jak to się dzieje w innych ośrodkach w województwie. Warto dodać, że rehabilitacja ambulatoryjna rozwija się. Na drodze rozporządzenia ministra zdrowia i zarządzenia prezesa NFZ, poszerza się grono pacjentów i spektrum chorób, które można rehabilitować w warunkach ambulatoryjnych. Przykładem są choroby układu krążenia, czyli pacjenci głównie po zawale serca lub zabiegach kardiologicznych. Drugim rodzajem rehabilitacji wyspecjalizowanej są pacjenci po przebytej chorobie Covid-19. Od kilku tygodni mocą zarządzenia prezesa NFZ mamy możliwość leczenia właśnie tej grupy pacjentów w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej.

Skierowanie na rehabilitację jest ulubioną formą pracy neurologów. Bo leki stosowane przy zespołach bólowych mają całe spektrum działań niepożądanych. Rehabilitacja jest natomiast działaniem mało ryzykownym, jeśli chodzi o skutki uboczne. Jakie zabiegi można zaoferować pacjentowi i kto decyduje o tym, jakie zabiegi może on otrzymać?

Lekarz kierujący pacjenta do jednostki leczenia rehabilitacyjnego, ambulatoryjnej czy szpitalnej, w skierowaniu proponuje rodzaj zabiegów w odniesieniu do choroby pacjenta. To ten lekarz daje propozycję trybu postępowania leczniczego. Pacjent trafia do fizjoterapeuty. Podczas wizyty wstępnej fizjoterapeuta ustala szczegółowy program fizjoterapii. Jednakże czasami z powodów czysto medycznych, chorób towarzyszących i innych przeciwwskazań, fizjoterapeuta korzysta z konsultacji lekarza specjalisty rehabilitacji, by mieć pewność, że proponowany tryb rehabilitacji jest właściwy. W ten sposób pacjent może rozpocząć rehabilitację. Czynności fizjoterapeutyczne zawierają się w trzech grupach. Pierwszą jest kinezyterapia, czyli leczenie ruchem o różnym charakterze. Fizykoterapia to medycyna fizykalna, która opiera się o różnego rodzaju bodźce: elektryczne, pola magnetycznego, światła

laserowego, dźwięku itd. Trzecią grupą jest masaż, stosowany w różnej formie, ręczny, wodny i powietrzny, w zależności od potrzeb i możliwości jednostki wykonującej rehabilitację. W tym wszystkim jest też miejsce na balneoterapię czyli leczenie w środowisku wodnym. Środowisko wodne jest niezwykle pomocne w cyklu rehabilitacji. Woda daje wyporność, łatwiej wykonać odpowiedni ruch, skoordynować go. Woda może też zawierać różne substancje mineralne. Rehabilitacja jest szerszym pojęciem niż fizjoterapia, fizjoterapia jest składową procesy rehabilitacji. Fizjoterapia oznacza wykonanie pacjentowi zaleconych zabiegów. Natomiast rehabilitacja to postępowanie lecznicze, podawanie leków, jeśli jest taka potrzeba, konsultacje wspomagające: np. psychologa, dietetyka i leczenie przewlekłych chorób towarzyszących.

Jakie zabiegi w Klinice Rehabilitacji USK są preferowane?

To zależy od wskazań. U pacjentów po ostrych incydentach wieńcowych, zawale mięśnia serca, kluczową formą jest kinezyterapia czyli leczenie ruchem. Czyli wzmaganie ogólnej wytrzymałości organizmu, poprawa czynności mięśni szkieletowych, mięśnia serca i oddechowych. Podobnie jest w rehabilitacji pulmonologicznej. Tu przechodzimy do pacjentów po Covid-19. Ta choroba niszczy przede wszystkim układ oddechowy, płuca. Dlatego ustalono tryb postępowania oparty o fizjoterapię oddechową.

Powikłania po Covi-19 mogą być rozległe. Wirus niszczy wszystkie tkanki i narządy w ciele. W zależności od sytuacji, możliwości i potrzeb, ale mając też na względzie przeciwwskazania medyczne, stosujemy dodatkowe czynności rehabilitacyjne, nie tylko lecząc ruchem, wspomagając się innymi grupami fizjoterapii, jak zabiegi fizykalne, masaż, balneoterapia. Ale trzonem leczenia jest ruch, stosowany do możliwości pacjenta. Dlatego na początku leczenia jest wykonywane badanie kwalifikacyjne. Musimy ustalić, jaka jest wydolność pacjenta, poczucie duszności i choroby, potem ustalamy plan postępowania, wielkość obciążenia wysiłkiem fizycznym.

Rehabilitacja ambulatoryjna czy szpitalna? Która jest bardziej efektywna?

Rehabilitacja jest dziedziną leczniczą, którą powinno się stosować jak najwcześniej. Im wcześniej rozpoczniemy rehabilitację, tym łatwiej jest pokonać chorobę, lub nie dopuścić do trwałych następstw chorób ostrych lub przewlekłych. Klucz tkwi więc w czasie, nie miejscu. Mam doświadczenie z tymczasowego oddziału zakaźnego, którym kierowałem podczas trzeciej fali Covid-19. Pacjenci, którzy przychodzili do nas w ostrej fazie choroby, byli poddawani wczesnym czynnościom rehabilitacyjnym. Teraz mam pewność, że to postępowanie przyspieszyło powrót do zdrowia.

W szpitalnych oddziałach rehabilitacyjnych, pacjenci przebywają całą dobę z powodu cięższego przebiegu choroby, gorszej sprawności, którzy nie mogą samodzielnie przybyć do miejsca rehabilitacji i z niego wrócić. Oni muszą być pod nadzorem pielęgniarско-lekarskim całą dobę. Natomiast rehabilitacja ambulatoryjna to ta, do której przyjdą pacjenci o lżejszym przebiegu choroby, którzy mogą przyjechać, zrobić szereg ćwiczeń czy zabiegów i wrócić samodzielnie do domu. To ciężkość przebiegu choroby powinna decydować o tym, gdzie pacjent się znajdzie, czy w leczeniu ambulatoryjnym, czy szpitalnym.

Czy to dobry czas, by rehabilitować się po covidzie? Skoro fala przeszła, skoro przechorowaliśmy, to może to nie jest już powód do zmartwień?

Widzimy, że u większości pacjentów, którzy chorowali na Covid-19, dolegliwości przewlekają się, trwają szereg tygodni, miesięcy. Płuca ulegają degradacji, zniszczeniu. Leczenie połączone z rehabilitacją ma za zadanie powstrzymać destrukcję płuc i poprawić efektywność pracy układu oddechowego. Więc na pewno rehabilitacja jest konieczna. Oczywiście nie u wszystkich pacjentów. Większość osób przechodziła covid bezobjawowo i bez powikłań. Ale w grupie, gdzie choroba spowodowała spustoszenie w narządach wewnętrznych, głównie płucach, potrzeba bezwzględnie rehabilitacji jako kontynuacji dotychczasowego leczenia. Dlatego w aktualnych kryteriach kwalifikowania do rehabilitacji pocovidowej jest granica 6 miesięcy od zakończenia leczenia ostrej fazy choroby do podjęcia rehabilitacji. Wiemy już, że niepodjęcie rehabilitacji w tym czasie, może spowodować utrwalenie zmian w płucach lub innych

narzędziach. Dlatego jeszcze raz powtarzam: im szybciej rozpoczęta rehabilitacja, tym lepsze efekty.

Kto decyduje o tym, że po przebyciu Covid-19 rehabilitacja nam się należy? Kto może nas skierować do takiej rehabilitacji ambulatoryjnej? Jakie trzeba spełnić kryteria?

W zasadzie każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego ma prawo skierowania do rehabilitacji ambulatoryjnej. Przede wszystkim są to lekarze, którzy wypisywali pacjentów z oddziałów zakaźnych, gdzie leczono covid, ale w głównej mierze te skierowania wystawiają lekarze rodzinni. To najwygodniejsza i najszybsza droga dla pacjenta – skorzystać z pośrednictwa lekarza rodzinnego.

W rehabilitacji ambulatoryjnej kwalifikacja jest stosunkowo prosta. Musimy ustalić, na podstawie skal, jakie wypełnia pacjent, jakie jest poczucie duszności, męczliwości, stopień samodzielności, jaka jest ogólna wydolność pacjenta. Ustalenie faktycznego stanu pacjenta, jego wydolności, samodzielności decyduje o tym, jak intensywne będą ćwiczenia, czy będą potrzebne inne zabiegi rehabilitacyjne. Tak dzieje się w czasie wizyty wstępnej. Aczkolwiek lekarz kierujący powinien mieć świadomość, że skierowanie na rehabilitację pocovidową ma sens, gdy są ku temu wskazania. Zgłaszali się bowiem do nas pacjenci bez żadnych objawów, po bezobjawowym przechorowaniu covid. Kiedy nie ma żadnych objawów ani powikłań trudno mówić o zasadności rehabilitacji. W tej sytuacji raczej zalecałbym uprawiać rekreacyjny sport, ale to może robić każdy we własnym zakresie.

Zapisujemy się na rehabilitację, czekamy kilka tygodni czy miesięcy, rehabilitacja trwa dwa tygodnie. Jaka jest efektywność jeśli nie będziemy potem tych ćwiczeń powtarzać?

Pewnie żadna, bo organizm zapomina bodźce, jakie otrzymuje w czasie rehabilitacji. Każdy wie, że jeśli się nie ruszamy, nie ćwiczymy fizycznie, dochodzi do atrofii mięśni, przyrasta tkanka tłuszczowa, brzuch rośnie. Systematyczność jest kluczowa. Stąd wspomaganie dietetyczne, psychologiczne, szczególnie w grupach z rehabilitacją pocovidową i kardiologiczną. Musimy zmienić nawyki, staramy się wypromować właściwe zachowania prozdrowotne pacjentów i ich opiekunów. Incydentalny ruch nic nie da, jak jeżeli nie będzie wykonywany systematycznie. Staramy się nauczyć pacjentów prostych ćwiczeń i wypromować potrzebę systematyczności. Byłbym szczęśliwy, gdyby pacjenci kontynuowali w domu te ćwiczenia, których uczą się u nas.

Rehabilitacja nie jest sportem. Nie chodzi o bicie rekordów każdego dnia, ale o systematyczność, aktywność, która pozwoli utrzymać dobry stan organizmu, w dobrej kondycji.

Warto jest również na odwiedzić stronę internetową WHO. Tam w zakładce Covid-19 znajdziemy w polskiej wersji samouczek, kilkunastostronicowy dokument prezentujący proste ćwiczenia, które można wykonywać w domu chorując na covid. To proste ćwiczenia nóg, rąk, w pozycji siedzącej, przy łóżku i w łóżku. Polecałem to swoim pacjentom i zwykle stosowali te ćwiczenia z dobrym efektem.

Jakie objawy powinny skłonić pacjenta, który przechorował covid, aby udać się do lekarza specjalisty z prośbą o skierowanie na rehabilitację. Kiedy rehabilitacja pomoże?

W głównej mierze to objawy związane z niewydolnością układu oddechowego i krążenia. Nasi pacjenci nie mogą dojść do siebie po chorobie, osiągnąć kondycji jaka była przed chorobą, mają poczucie łatwej męczliwości, zadyszkę, nie mogą wykonać takiego wysiłku, jak przed chorobą. I to się przeciąga, trwa tygodnie, miesiące, a oni nie mogą samodzielnie wrócić do stanu zdrowia sprzed choroby. To wiąże się z uszkodzeniem układu oddechowego, zwłaszcza płuc. Z drugiej strony miewają zaburzenia pracy serca, pracy tętnic, dużą zmienność ciśnienia tętniczego. Ciśnienie przyrasta ponad normę, albo obniża poniżej normy. Objawy choroby układu krążenia mogą być podobne do tych, jakie są przy niewydolności układu oddechowego. Chore serce też może powodować uczucie zadyszki, zmęczenia, niemożność wykonania wysiłku takiego, jak przed chorobą. Pacjenci mogą też mieć objawy ze strony układu nerwowego. Niekoniecznie ciężkie, ale dokuczliwe dla pacjentów, bo to są zaburzenia pracy

pojedynczych nerwów, tzw. mononeuropatie, nieokreślone dolegliwości bólowe mięśni czy stawów.

Mamy skierowanie na rehabilitację pocovidową. Zgłaszamy się do Kliniki Rehabilitacji w USK. Co nas tam czeka?

Pacjenci zaczynają rehabilitację w takim samym trybie, jak wszyscy pacjenci oczekujący na rehabilitację ambulatoryjną. W tej chwili kolejki nie ma, w zasadzie przychodzący do nas z marszu mogą zacząć rehabilitację. Czas trwania rehabilitacji jest określony zarządzeniem prezesa NFZ, wynosi 18 dni ćwiczeniowych, nie częściej niż 3 dni w tygodniu plus dni potrzebne na badania kwalifikacyjne wstępne i końcowe. Taka rehabilitacja trwa więc kilka tygodni. Nie jest to specjalnie obciążająca dla pacjenta forma leczenia, bo tempo, intensywność ćwiczeń zwiększa się wraz z czasem, zgodnie z możliwościami pacjenta, w zależności od jego wytrzymałości, poprawy siły mięśniowej. Fizjoterapeuci kontrolują stan pacjenta w czasie zabiegów, mierzą ciśnienie, tętno, częstość pracy serca itd.

Jakie zabiegi są stosowane u pacjentów w ramach rehabilitacji pocovidowej?

Przede wszystkim jest to kinezyterapia, czyli leczenie ruchem. Tu wykorzystujemy przede wszystkim jazdę na rowerach stacjonarnych – cykloergometrach. Do tego są stosujemy ćwiczenia ogólnousprawniające – to taka dość łagodna gimnastyka, która poprawia ogólną wytrzymałość, koordynację ruchów, płynność ruchu. Bóźcowanie mózgu za pomocą właściwie prowadzonego ruchu to dobra forma leczenia. Możemy stosować też trening stacyjny, czyli szybkie zmiany grupy ćwiczeń, treningi marszowe czyli przejście odpowiedniego dystansu w odpowiednim czasie. Uzupełniamy to wszystko innymi formami fizjoterapii, w zależności od indywidualnych wskazań.

Rehabilitacja pocovidowa to nowa forma leczenia, która ewoluuje. Pan doktor był na szkoleniu w tym zakresie w szpitalu w Głuchołazach. Jak tam to wygląda i jakie wzorce udaje się przenieść do USK?

Szpital w Głuchołazach prowadzi tę rehabilitację na podstawie pilotażu Ministerstwa Zdrowia. Rozpoczął się on rok temu, wciąż trwa i ma trwać jeszcze rok. To rehabilitacja w warunkach szpitalnych, w oddziałach stacjonarnych, gdzie pacjenci przebywają całą dobę. Ustalono pewne formy, modele rehabilitacji, w oparciu o ogólnie panującą wiedzę. Osią leczenia jest fizjoterapia oddechowa, którą można podzielić na kilka modeli, od A do E, gdy A dotyczy pacjentów w najlepszym stanie, a E dotyczy pacjentów w najcięższym stanie. Wykonując badania kwalifikacyjne dobieramy odpowiedni model fizjoterapii oddechowej. Ten program pilotażowy dał podstawę do opracowania formy rehabilitacji pacjentów obecnie przyjmowanych do uzdrowisk i oddziałów rehabilitacji. Minister zdrowia i NFZ oparli się na dokonaniach zespołu szpitala w Głuchołazach, który wdrożył ten program pilotażowy. Oczywiście są pewne drobne różnice, ale istota jest zawsze ta sama: leczenie ruchem, odpowiednio dobranym w odpowiednim tempie, zgodnie z możliwościami pacjenta. Rehabilitacja pocovidowa jest nowym zjawiskiem, trzeba było sprawdzić czy te znane wcześniej standardy będą efektywne, okazuje się, że tak.

Szpital w Głuchołazach to znany ośrodek od lat. Tam prowadzona jest rehabilitacja kardiologiczna i pulmonologiczna. Możliwość podglądania organizacji pracy w rehabilitacji po Covid-19 pozwoliło mi wdrożyć na naszym terenie ten schemat postępowania.

Czy w obecnej sytuacji, gdy mamy potężne upały, aktywność ruchowa jest wskazana?

Upały są rzeczywiście dużą przeszkodą. Ale można wybrać się na spacer czy wykonać jakąkolwiek aktywność fizyczną wczesnym rankiem lub późnym wieczorem, gdy panują bardziej znośne warunki atmosferyczne. Pamiętać przy tym trzeba o ochronie przed słońcem w postaci czapki, okularów, filtra przeciwsłonecznego. I przede wszystkim nawadniać się. Nasze ciało traci bardzo dużo wody podczas upałów, łatwo jest się odwodnić, szczególnie w starszym wieku.

A krioterapia? W jakich sytuacjach i wobec jakich pacjentów jest stosowana, jakie ma zastosowanie w rehabilitacji?

Krioterapia jest dość szerokim pojęciem. Możemy tu mówić o komorze kriogenicznej, która służy do oziębienia całego ciała w krótkim czasie, bądź stosowania niskich temperatur miejscowo. Krioterapia miejscowa wywodzi się wprost z medycyny sportu. To czysto przeciwbólowe leczenie. Szybkie schłodzenie uszkodzonych ścięgien czy mięśni zmniejsza napływ komórek zapalnych, poczucie bólu.

Natomiast komory kriogeniczne służą do szybkiego schłodzenia całego ciała, do minus 100 st. C lub poniżej. Tu wykorzystujemy grę układu nerwowego, który reguluje stan naszych naczyń, tętnic skórnych, mięśniowych, ale też tych głębokich, które znajdują się w wątrobie, nerkach, mózgu. Bardzo szybkie obniżenie temperatury spowoduje skurcz jednych tętnic, a poszerzenie drugich i ułatwienie przepływu krwi np. w mózgu, nerkach, wątrobie i narządach wewnętrznych. Zimno ma również za zadanie wzmacniać układ odpornościowy. O ile podczas morsowania mamy do czynienia ze stopniowym przyzwyczajaniem do niskich temperatur, komora szybko obniża temperaturę w krótkim czasie, tu nie musimy się przyzwyczajać. Samo wejście do komory nie sprawia przykrych wrażeń. Mamy tu osłonięte stopy, dłonie, uszy i czujemy raczej ciepło, nie zimno, mrowienie, a nie ból. Działanie przeciwbólowe, wspomagające układ krążenia i odporność ogólną to główne cele krioterapii.



Dr n. med. Jarosław Tałała

2. Płuca pokovidowe – jak leczyć

prof. dr hab. n. med. Wojciech Naumnik

Covid-19 już ponad rok dominuje w naszych rozmowach, prywatnych i zawodowych, w mediach. Mamy kolejne wersje wirusa. Wiemy też, że wirus Sars-Cov-2 uszkadza płuca. Jak to się dzieje?

Rzeczywiście, jesteśmy zaskoczeni rozmiarem uszkodzeń, jakie wirus może spowodować w układzie oddechowym, bo praktycznie takich obrazów radiologicznych i takiego rodzaju uszkodzeń, do tej pory nie widzieliśmy. Ten wirus wchodzi do układu oddechowego i gwałtowna reakcja immunologiczna zapalna jest tak potężna, że system immunologiczny nie zawsze jest w stanie sobie z tym poradzić i bardzo często sobie nie radzi. Wiemy, że pod wpływem procesu zapalnego, każdego wirusa czy bakterii, dochodzi do próby regeneracji uszkodzonego mięszu, w tym przypadku płucnego czy pęcherzyka, a tu organizm nie potrafi sobie z tym poradzić. I albo dochodzi natychmiast do gwałtownego włóknienia i tych płuc raptem ubywa i chory nie ma czym oddychać, albo – często wcześniej – dochodzi do gwałtownej reakcji zapalnej. To się nazywa burza cytokinowa, czyli te wszystkie komórki z organizmu, odpowiadające za stan zapalny, wędrują do układu oddechowego, wędrują po całym organizmie. A ponieważ jest to nowy wirus, komórki odpornościowe są zaskoczone, że widzą takiego wirusa i są patologiczne reakcje. Skutkiem może być uogólniona reakcja ustroju, tzw. ostra niewydolność oddechowa. A jeśli chory jest dodatkowo obciążony chorobami współistniejącymi, np. już ma małą wydolność płuc, gdyż choruje na POChP, pali papierosy, bądź ma osłabioną odporność, bo np. choruje na nowotwór czy bierze leki obniżające odporność, to organizm może tego nie wytrzymać i chory może umrzeć. Czyli jest to ogólnoustrojowa reakcja zapalna na patogen, którego organizm wcześniej nie widział. I niestety często organizm pacjenta, zwłaszcza obciążonego, przegrywa tę walkę.

Wiemy, że wirus Sars-Cov-2 trafia przez układ oddechowy do organizmu. Czy od razu trafia do płuc? Czy krąży w całym organizmie?

Pacjent zwykle na początku ma dolegliwości ze strony górnych dróg oddechowych, to może być utrata węchu, smaku, ale też katar, gorączka. Potem, gdy wirus przejdzie niżej, bo np. oddychamy w środowisku zakażonym, zachodzi ta gwałtowna reakcja ustroju i dochodzi do niewydolności oddechowej. To, że wirus jest już niżej, zaatakował płuca, widzimy robiąc zdjęcie rtg czy tomografię klatki piersiowej. Wirus wchodzi do układu oddechowego, ale efekty jego działania można znaleźć w całym organizmie. Ta reakcja zapalna, nadmierna tych komórek, dotyczy także układu nerwowego, mięśnia sercowego, płuc, ale i komórek krwi. Wiemy, że krew ma zwiększoną tendencję do tworzenia zakrzepów, zatorów. Ciągłe jeszcze wiele nie wiemy o tej chorobie.

W jakich sytuacjach pacjent z koronawirusem trafia do szpitala?

Pacjenci są przyjmowani na oddział szpitalny albo gdy mają bardzo wysoką gorączkę, albo niską saturację, którą najczęściej samodzielnie mierzą pulsoksymetrem. Tutaj standardy zachodnie mówią, że gdy saturacja spada poniżej 94 procent, trzeba się zwrócić po pomoc lekarską. Ale jak ktoś ciężko pracuje, np. na wsi, to często ma zwykle saturację na takim poziomie. Dlatego w warunkach polskich przyjęto, że gdy wynik jest poniżej 92 proc., jest to powodem do niepokoju. Także gdy pacjent odczuwa duszność. Pojęcie duszności też jest subiektywne, dlatego trzeba zmierzyć częstość oddechu. Jeśli jest powyżej 20 – 24 na minutę, jest to powód do skorzystania z pomocy lekarskiej.

W badaniu internistycznym co najbardziej niepokoi lekarzy w przypadku pacjentów z Sars-Cov-2?

Niepokojące jest, gdy osłuchujemy pacjentów i słyszymy trzeszczenia obustronne. To sugeruje, że mamy masywne zapalenie płuc. Zwracamy też uwagę na to, co pacjent zgłasza. Często jest to chory z chorobami współistniejącymi, może odczuwać np. kołatanie serca, mieć problemy z ciśnieniem, mieć zaburzenia świadomości, mogące wynikać z tego, że chory jest niedotleniony, mieć pogorszenie cukrzycy. Mogą też np. wystąpić objawy neurologiczne. Jak pacjent jest niedotleniony, może być w ciężkim stanie, co nas też od razu bardzo niepokoi.

Jak przebiega leczenie? Jakie leki są stosowane w tej chorobie?

Dwa czynniki determinują kwalifikację pacjenta do podania leku przeciwwirusowego, jakim jest rendesivir. To czas wystąpienia objawów – jeśli pacjent ma dolegliwości z górnych dróg oddechowych, katar, gorączkę od tygodnia i do tego dochodzi spadek saturacji poniżej 92 procent. Wtedy dajemy rendesivir. Wcześniej, na początku pandemii, takim chorym podawane było też osocze ozdrowieńców, teraz jest to trochę kontrowersyjne zdanie nt. przydatności osocza.

Jak chory ma dolegliwości powyżej 8 dni, widzimy, że pogarsza się oddechowemu, saturacja spada, wykonujemy gazometrię krwi i zastanawiamy się, jakiej formy tlenoterapii użyć. Często samo podanie tlenu przez cewnik donosowy czy maseczkę nie wystarcza. Możemy też stosować wysokoprzepływową terapię donosową. O ile przez cewnik donosowy pacjentowi podawane jest 5-6 litrów tlenu na minutę, teraz mamy możliwość podania nawet 60 litrów tlenu na minutę, po to by pacjent miał odpowiednie utlenowanie krwi. Obserwujemy pacjenta, badamy gazometrię, jak widzimy, że dalej jest za mało tlenu we krwi, mogą to być wskazania do intubacji. Dyskutujemy z anestezjologami na ten temat. Opieka nad pacjentem jest bowiem wielodyscyplinarna.

U wielu chorych dochodzi do nadkażenia bakteryjnego, bo wirus niszczy drogi oddechowe, nabłonki, a obok pacjenta są bakterie, które są w każdym szpitalu. Może dojść do nadkażenia bakteryjnego i wówczas oceniamy czy dać antybiotyki i jaki. Krew ma też tendencję do tworzenia zakrzepów, dlatego dajemy heparynę, by zabezpieczyć pacjenta od powikłań zatorowo-zakrzepowych.

Jak chory jest już zadbane, ma podany lek antywirusowy, jest wdrożona profilaktyka antyzakrzepowa, jest odpowiednio natlenowany, obserwujemy go. Może być tak, że stosowana jest wysokoprzepływowa tlenoterapia, ale za godzinę nie ma tlenu we krwi i trzeba pacjenta natychmiast intubować. Albo odwrotnie, daliśmy leki, tlen, kortykosteroidy żeby zahamować napływ komórek w płucach i możemy obniżyć stężenie tlenu i przejść na cewnik donosowy, bo pacjent się poprawia.

Podobno pacjenta z niewydolnością oddechową lepiej jest położyć na brzuchu, bo jest wtedy lepsze utlenowanie krwi?

Zauważyliśmy, że to ma duże znaczenie. Nauczyliśmy się stosowania tej metody od kolegów z intensywnej terapii. Jeżeli płuca są całe zajęte stanem zapalnym, nacieczone, pacjent leży na plecach, to trzeba go trochę zmotywować, powiedzieć, proszę położyć się na brzuchu czy przyjąć pozycję półsiedzącą. Okazuje się, że ta zmiana położenia płuc, w których zawsze jakaś treść jest, ma duże znaczenie. Kilkukrotnie się przekonaliśmy, że pacjenci mający wskazania do intubacji, ułożony na brzuch lub w pozycji półsiedzącej, uniknęli intubacji. Zaczęli oddychać w taki sposób, że stężenie tlenu we krwi wzrosło, poczuli się lepiej. Pamiętam dwóch takich bardzo otyłych pacjentów, którzy co 6 godzin zmieniali pozycję, kładąc się na brzuch i uniknęli intubacji. To też zahacza o rehabilitację oddechową, bo to jest stymulowanie pacjenta, aby się ruszał.

Jakie badania dodatkowe się wykonuje, które pokazują, w jakim stopniu doszło do uszkodzenia płuc?

To tomografia komputerowa, często uzupełniona o podanie kontrastu, aby zobrazować naczynia, czy nie ma zatorowości płucnej. Oceniamy także markery mówiące o tzw. burzy cytokinowej. To parametr nazywający się interleukina 6 – takie białko świadczące o tym, że jest nasiloną reakcją zapalną. Te markery stanu zapalnego, które powodują, że dajemy

przeciwiała, aby ta burza cytokinowa się ograniczyła. Robimy też często badania kardiologiczne: ekg, echo serca, gdyż u 15 proc. pacjentów jest odczyn ze strony serca – mogą mieć zajęte serce. I widzimy, jak oznaczamy markery sercowe, że one są podwyższone. Interesuje nas także wydolność nerek, musimy patrzeć, czy chory się nie odwodni. Często jest tak, że są to chorzy z wieloma chorobami, które występowały wcześniej. Dlatego korzystamy z tomografii komputerowej głowy, ośrodkowego układu nerwowego, bo są powikłania neurologiczne, wykonujemy też usg jamy brzusznej. Ale w opiece nad pacjentem z covid skupiamy się głównie nad wydolnością oddechową, bo to jest główny problem pacjenta.

Ta burza cytokinowa, zniszczenie płuc w przebiegu Covid-19. Czy płuca wracają potem do normalnego funkcjonowania? Co to takiego płuco pocovidowe?

U większości pacjentów płuca wracają do swojej normalnej funkcji, ale nie u wszystkich. Dlatego u tych pacjentów po wypisie ze szpitala zaleca się, aby najpóźniej w ciągu 3 miesięcy zjawili się na kontrolę, gdyż ta burza cytokinowa, reakcja zapalna, mogą skutkować tym, że płuca w przyszłości mogą zacząć włóknieć. Jeżeli pacjent miał stosowaną wysokoprzepływową tlenoterapię, dodatkowe systemy wspomagania oddechu, to jest to czynnik ryzyka, że może mieć zwłóknienia płuc w przyszłości. Musi go obejrzeć pulmonolog. Najlepiej w ciągu miesiąca-dwóch. Trzeba zrobić zdjęcie rtg klatki piersiowej, badania czynnościowe. Dobrze jest je porównać z poprzednimi badaniami. Na tej podstawie oceniamy czy płuca w badaniach radiologicznych mają zmiany odwracalne czy nieodwracalne. Jak widzimy, że tkanka łączna tak się zorganizowała, że tworzy się obraz na tomografii komputerowej przypominający plaster miodu, to wiemy, że sytuacja jest nieodwracalna. Ale jak w badaniach obrazowych widzimy taki przymglony obraz płuca, to sytuacja jest zwykle odwracalna. Wówczas lekarze podają kortykosteroidy, by tę sytuację odwrócić i często z dobrym efektem.

Często jest tak, że nawet gdy nie widzimy zmian na zdjęciu rtg, w tomografii, nawet w badaniach czynnościowych, 60 proc pacjentów nadal odczuwa duszność, niemożności wzięcia wdechu, nadmierną męczliwość. Te płuca są już niestety trochę zmienione, ale na szczęście dla pacjentów w większości to zmiany odwracalne.

Co to są badania czynnościowe?

Jeżeli chory oddychał tlenoterapią, było to ciężkie zajęcie płuc i nadal ma objawy, ma duszności, odczucie niepełnego wdechu, czasem kaszlu, trzeba wykonać co najmniej spirometrię, a także – według standardów – tzw. badanie DLCO, które mówi co się dzieje między pęcherzykiem a naczyniem, tzw. śródmiaższem płuca. Jak ta wartość jest zła, są wskazania do kontynuacji leczenia.

Jak wygląda spirometria?

Spirometria to badanie, odbywające się w pozycji siedzącej. Pacjent wkłada do ust ustnik, trzeba nabrać głęboko powietrza i jak najszybciej, jak najmocniej je wydmuchać. Komputer przelicza ile tego powietrza zostało wydmuchane w czasie pierwszej sekundy i jak to się ma do naszej pojemności oddechowej. Na tej podstawie możemy ocenić, czy oskrzela są zwężone czy nie, czy pojemności życiowe są prawidłowe czy nie u danego pacjenta.

Mówił pan też o badaniach inwazyjnych w przypadku pacjentów covidowych. Jakie to badania?

Zdarza się, że robimy zdjęcie, tomografię u pacjenta, który miał covid i niektóre zmiany wydają się nam podejrzanym, nie koniecznie mogące być efektem tego stanu zapalnego. Może być tak, że przez wykonywanie tych badań wykryjemy np. nowotwór płuca czy inne choroby, o których pacjent nie wiedział. Dlatego gdy widzimy taką podejrzaną zmianę, kierujemy do szpitala w celu wykonania badań inwazyjnych. Może to być bronchoskopia, podczas której oglądamy jak wygląda drzewo oskrzelowe od środka, oceniamy jak wygląda błona śluzowa, czy możemy pobrać materiał czy nie. Jeżeli na zdjęciach radiologicznych klatki piersiowej czy w tomografii nie podobają nam się pewne struktury, np. są jakieś cienie w klatce piersiowej, można skierować pacjenta na biopsję płuca, aby fachowiec oglądający materiał pod mikroskopem mógł ocenić czy są to prawidłowe komórki czy nie.

Przeszliśmy farmakologiczne leczenie, co dalej? Czy rehabilitacja ma znaczenie?

Rehabilitacja ma bardzo ważne znaczenie. Pacjent już w oddziale covidowym jest zachęcany przez nasze fizjoterapeutki do tego, by się ruszał, by wstał. Wykonuje się odpowiednie ćwiczenia. Ruch jest najważniejszy w tej sytuacji. Trzeba ćwiczyć mięśnie układu oddechowego. Wszyscy wiemy, że jak nie używamy przez jakiś czas np. rąk, to mięśnie zanikają. To samo z układem oddechowym. Trzeba ćwiczyć, starać się wydmuchiwać głęboko powietrze. My każdemu pacjentowi opuszczającemu nasz oddział dajemy taką książeczkę wydaną przez WHO, w której jest m.in. zachęta do odpowiednich ćwiczeń, są tam też wskazówki np. co zrobić, gdy chory odczuwa duszność, ma problem z przyjmowaniem pokarmów, są rady jak wspomóc mięśnie oddechowe, by było łatwiej. Nieraz widziałem pacjentów, którzy nie dawali rady przejść paru metrów do łazienki, a po kilku dniach odpowiedniego treningu, wysiłku przy pomocy fizjoterapeuty, czuli się dużo lepiej, mieli lepszą wydolność. Chorym po wyjściu ze szpitala zalecamy też np. codzienny, spokojny spacer, przez 20 minut. Rehabilitacja jest bardzo ważna, poprawia rokowania u pacjentów, wiemy to na pewno.

Czy zwłókniałe płuca podlegają regeneracji? Mamy szansę na odwrócenie tych zmian czy z nami zostaną, tak jak blizny pogruźlicze?

Przyjmuje się że u 15-20 proc. pacjentów te zmiany pozostaną. Ale często jest tak, że nie mają one żadnego znaczenia dla funkcjonowania naszego organizmu. Robimy spirometrię czy badania czynnościowe i nie mają znaczenia w funkcjonowaniu pacjenta. Ale widzimy też sytuacje, że dochodzi do włóknienia tak gwałtownego, że pacjent jest kandydatem do przeszczepienia płuc. To rzadkie sytuacje, ale się zdarzają. Pamiętam 48-letnią pacjentkę, mającą wcześniej zdrowe płuca, która po miesiącu stała się inwalidką oddechową, wymagająca ciągłego podawania tlenu. Jest kandydatką do przeszczepu płuc. Te ćwiczenia oddechowe, rehabilitacja, to siłownia dla układu oddechowego. Rehabilitacja oddechowa, odpowiedni wysiłek oddechowy, rozwój mięśni oddechowych i płuca szybciej się rehabilitują.

Jakie nasze wcześniejsze dolegliwości zwiększają ryzyko ciężkiego przebiegu Covid-19? Czy pacjenci np. z cukrzycą, nadwagą, w starszym wieku, ciężiej chorują? Jak to wygląda z perspektywy oddziału covidowego?

Na pewno pacjenci otyli, z nadciśnieniem tętniczym, nowotworowi, biorący leki obniżające odporność, kortykosteroidy, chorzy z POChP, gdzie te płuca są już uszkodzone, przechodzą covid ciężiej. Ale co ciekawe, np. astma nie jest czynnikiem powodującym cięższy przebieg. Także choroby alergiczne nie powodują zwiększonego ryzyka.

Na pewno też pacjent dbający o siebie, prowadzący zdrowy tryb życia, w dobrej kondycji fizycznej, lepiej będzie znosił wszelkie infekcje wirusowe, bo ma większe rezerwy ustroju. Ale tu też nie ma reguły, mieliśmy bowiem 20-30-latków, u których przebieg Covid-19 był dramatycznie ciężki.



prof. dr hab. n. med. Wojciech Naumnik

3. Koronawirusy – nowe warianty

prof. dr hab. Joanna Zajkowska

Zanim przejdziemy do tematu dzisiejszej audycji – Sars-Cov-2, takie pytanie: Czy w szpitalu jest bezpiecznie? Zakażenia szpitalne, czy to tylko wirusy, czy są inne czynniki, których należy się obawiać?

Robimy wszystko, żeby w szpitalu było bezpiecznie. Poza covidem istnieje mnóstwo innych bakterii. Każdy z nas ma w sobie i na sobie miliardy bakterii, które wnoszą do szpitala. Wśród tych bakterii są te wielooporne, ich ilość też się nasiliła w czasie pandemii. Ponieważ cały świat alarmuje, że nadużywamy antybiotyków, przyjmując je generujemy szczepy wielooporne i nosimy je ze sobą. Zatem procedury szpitalne są skierowane na to, aby bronić się przed tymi bakteriami, aby nie przenosiły się one na inne osoby. Temu służą procedury szpitalne: reżim epidemiologiczny, badania przesiewowe przed przyjęciem, badania mikrobiologiczne. Staramy się, żeby było jak najbezpieczniej.

Właśnie – antybiotyki. Przyjęło się stosowanie ich na przeziębienie. To dobry kierunek leczenia?

Antybiotyki są jednym z najlepszych wynalazków współczesnej medycyny, dzięki nim leczymy gruźlicę, bardzo wiele ciężkich stanów bakteryjnych. Natomiast niestety są one nadużywane. Ponieważ antybiotyk celuje nie tylko w tę bakterię, na której nam zależy, ale też wymiata wszystkie inne bakterie, które są na niego wrażliwe, zostawiając te, które są na niego odporne. To generuje nam te szczepy odporne. Ponieważ te geny oporności, ten talent do przeżywania wśród antybiotyków, jest przekazywany między bakteriami, które się dzielą takim patentem, że mogą przed bakteriami uciekać. I to jest to niebezpieczeństwo. Obawiamy się, że XXI wiek, współczesna medycyna, coraz gorzej sobie radzi ze szczepami wieloopornymi. Dlatego jest bardzo wiele programów chroniących antybiotyki, aby używać ich tylko wtedy, gdy są niezbędne.

Głośno było ostatnio o takiej wieloopornej bakterii New Delhi. Czym się ona charakteryzuje i dlaczego jest groźna w szpitalu?

To bakteria *klebsiella pneumoniae*, która często bytuje w przewodzie pokarmowym ludzi. W Indiach jest gorszy dostęp do lekarzy, jest bardzo duża populacja i jest duże nadużywanie antybiotyków. Tam wygenerowała się ta *klebsiella pneumoniae*, która nabyła oporność na wiele antybiotyków. Jest ją trudno wyeliminować. U zdrowych osób ta bakteria, która bytuje w jelicie, może nie robić żadnej krzywdy, jesteśmy tylko nosicielami. Ale jak trafimy do szpitala, i trzeba przyjąć inne antybiotyki, może okazać się, że wśród licznych bakterii, które mamy w jelicie, potrafi przeżyć tylko ona. I potrafi wyrządzić dużo szkód, leczyć ją niezwykle trudno.

To stało się w Indiach, ale w Polsce też mamy chyba szansę przy stosowaniu antybiotyków na każdą dolegliwość, wyhodować taką oporną na antybiotyki bakterię?

Dokładnie, i tak się dzieje. Mapy nadzoru epidemiologicznego pokazują, że Polska jest jednym z krajów, gdzie te szczepy wielooporne mają duże pole do popisu. Być może zbyt jesteśmy ostrożni i bierzemy te antybiotyki na zapas. Tak nie powinno być. Należy je chronić i stosować tylko wtedy, gdy mamy do czynienia z zakażeniem bakteryjnym i gdy wiadomo konkretnie jakim. Wybieramy wtedy antybiotyk, nie przedłużamy kuracji i bierzemy ich profilaktycznie.

Czy to prawda, że stosowanie antybiotyków różni się w zależności od położenia geograficznego? Im bardziej na północ, tym mieszkańcy stosują ich mniej?

Taka tendencja jest zauważalna, bo na południu mamy bardziej liczne populacje, niższy status socjo-ekonomiczny, krajów takich jak Indie, Indonezja czy Meksyk. Tam te antybiotyki są nadużywane. Kraje skandynawskie mają natomiast bardzo restrykcyjną politykę stosowania antybiotyków, nadzorowaną przez izby lekarskie. Lekarze nie mogą stosować ich więcej niż to zalecane i jest to precyzyjnie kontrolowane.

Obecnie mamy coraz mniej pacjentów z Covid-19 hospitalizowanych, statystyki mówią o ok. 100 osób dziennie zakażonych w Polsce, w naszym województwie to pojedyncze przypadki. Czy to znaczy, że Klinika Neuroinfekcji UMB odpoczywa?

W żadnym wypadku. Działamy w sposób hybrydowy. Mamy przygotowane miejsce dla pacjentów covidowych, natomiast przyjmujemy pacjentów z licznymi chorobami infekcyjnymi, których nie brakuje. Teraz np. mamy szczyt zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu. Natomiast ta niska zachorowalność na covid obecnie nie powinna uśpić naszej czujności. Wszelkie prognozy, modelowanie matematyczne i to co dzieje się wokół Polski wskazują na to, że ta czwarta fala będzie i będzie intensywna tam, gdzie poziom wyszczerpienia od covid jest relatywnie niski.

Kleszcze nie zeszły w pandemii na drugi plan? Dużo jest pacjentów z chorobami odkleszczowymi w porównaniu do ubiegłych lat?

Kleszcze mają się dobrze, ich nie interesuje covid. Ubiegły rok był niefortunny, oddziały zakaźne były bowiem przeznaczone dla chorych covidowych, pacjenci z kleszczowym zapaleniem mózgu trafiali na inne oddziały: internistyczne, neurologiczne. Tych przypadków nie było mniej, bo chętniej spędzaliśmy czas w lesie, parku, ale nie było często rejestrowane. Oddziały zakaźne są zobowiązane do raportowania każdego przypadku, oddziały internistyczne czy neurologiczne nie mają w tym takiego doświadczenia. I ilość zgłoszonych przypadków była w ub. roku w Polsce relatywnie niska, w przeciwieństwie do krajów sąsiednich: Czech, Niemiec, Austrii czy Litwy, – tam tych przypadków było zdecydowanie więcej. W tym roku kleszcze też mają się dobrze, sprzyja temu pogoda: deszcze, wilgoć. I mamy sporo zachorowań.

Czy to że przez pandemię zmienił się styl naszego wypoczynku, nie wyjeżdżamy do innych krajów, a raczej odpoczywamy w lesie czy najbliższej okolicy, zwiększyło ilość zachorowań?

Sądząc po pacjentach, którzy trafiają do naszej poradni, tuż po pokłuciu przez kleszcza, tych przypadków jest dużo, nie tylko u nas, ale też w oddziałach w Hajnówce czy Bielsku Podlaskim. Część osób wyjeżdża za granicę, ale część wypoczywa w Polsce, np. na Mazurach. Pacjentów, którzy zgłaszają się do poradni z rumieniem wędrującym, będącym wczesnym objawem boreliozy, jest dużo. Objawy kleszczowego zapalenia mózgu pojawiają się zwykle od tygodnia do 28 dni od pokłucia. Ile będzie tych przypadków w tym roku, zobaczymy.

Jak uniknąć kontaktu z kleszczem i zachorowania?

Kleszczyce są sprytne i przebiegłe i szukają źródła krwi, która potrzebna im jest do dalszego rozwoju. Równie chętnie zaatakują zwierzę, jak człowieka. Dlatego trzeba próbować je do tego zniechęcić. One są ślepe, głuche, nie wyczuwają światła. Ale wyczuwają zapach ludzkiego potu, zapach człowieka, drgania i przygotowują się na zbliżający się ciepły kształt, który obiecuje im posiłek z krwi. Możemy oślepić kleszcza wykorzystując repelenty. Dobrze też mieć długie nogawki i rękawy. W przypadku boreliozy, ważne jest oglądanie całego ciała po powrocie do domu i jak najszybsze usunięcie kleszcza, bo sprawi to, że krętki nie dostaną się do organizmu, bo kleszczyca musi posiedzieć przynajmniej 24 godziny w skórze, by te krętki przekazać. Natomiast przy kleszczowym zapaleniu mózgu wczesne usunięcie kleszcza już nie pomoże, bo wirusy znajdują się w gruczołach ślinowych kleszcza i ta ślina jest wprowadzana w momencie wkłucia -ponieważ pomaga kleszczom skuteczniej żerować. W związku z tym jedyny skuteczny sposób na uniknięcie kzm, to się zaszczepić.

Czy jest perspektywa na szczepionkę od boreliozy?

Trwają prace, ale nie ma jeszcze takiej szczepionki.

Wracając do Covid-19. Media donoszą ciągle o nowych wariantach, był wariant brytyjski, południowoafrykański, brazylijski? Skąd tyle odmian tego wirusa?

Wirus jest rzeczywiście niezwykle. Ma rezerwuar zwierzęcy, z którymi tak bezpośrednio nie mamy kontaktu. Udało mu się przeskoczyć na człowieka. Są różne teorie, co było bezpośrednim źródłem zakażenia. Wirus znalazł możliwość wejścia do ludzkich komórek przez receptor, znajdujący się w górnych drogach oddechowych. Sama budowa wirusa mnie kojarzy się z kasztanem, czyli taka zielona kulka z kolcami, która ma brązowy środek. Wirus świetnie namnaża się w organizmie ludzkim. On nie jest sprytny, nie wykonuje jakiś celowych działań, ale powieliła się w bardzo wielu kopiach. W którymś momencie może powstać błąd, przekłamanie. I okazuje że tych błędów jest dużo. Czasem taki błąd może pomóc wirusowi w dokładniejszym atakowaniu komórek. Ten wirus zmienił kilka swoich cech wędrując z Chin, przez wszystkie kontynenty i tam gdzie ma dogodne miejsce do namnażania się, im więcej kopii tworzy, im więcej osób jest chorych, tym większa szansa na tworzenie błędów czy też mutacji. Te mutacje są dość liczne, trudno je nawet policzyć. Natomiast układ mutacji może stworzyć wariant, który chętniej się namnaża. To obserwowaliśmy przy wariacie brytyjskim, gdy okazało się że w pewnym regionie Anglii przyrost zakażeń znacznie przyspieszył. Jak się przyjrzało okazało się, że ten wariant jest bardziej zaraźliwy. Ale na tym nie koniec, ten wariant brytyjski wyparł wcześniejsze warianty wirusa, w Indiach powstał kolejny wariant, w Brazylii – powstał brazylijski, w Pd Afryce – południowoafrykański. Ponieważ tych wariantów się namnożyło, a samo nazywanie krajem, gdzie został rozpoznany trochę stygmatyzuje, mamy teraz litery alfabetu, i tak wariant brytyjski został wariantem alfa, indyjski – delta, mamy teraz wariant lambda, który powstał w Peru w Ameryce Pd, znaleziono go już w Australii.

Wspomniała Pani, że wirus dostaje się do organizmu przez górne drogi oddechowe.

Czyli jak go dotkniemy ręką na jakiejś powierzchni, ale mamy maseczkę na twarzy, nic nam nie grozi i przez skórę się nie dostanie do organizmu?

Tak, wirus dostaje się przez górne drogi oddechowe, nasze śluzówki, ale i spojówki. Czyli np. pocierając oko brudną ręką, możemy wprowadzić sobie go do organizmu. Natomiast nie mamy żadnych informacji, aby dostawał się on do organizmu przez uszkodzoną skórę. Nawet gdyby się dostał, to on ma klucz do naszych komórek, ten kolec, który musi dopasować się do receptora AC2, który znajduje się głównie w górnych drogach oddechowych, gruczołach ślinowych. Dlatego namnażając się tam, bardzo łatwo zakażamy się mówiąc, śpiewając czy krzycząc, czy nie mając maseczki, bo z kropelkami śliny możemy go przekazywać dalej.

Przy pierwszej wersji wirusa mówiło się, że jeden pacjent zakaża jednego- dwóch kolejnych, ale podobno nowe warianty, szczególnie wariant delta, to już 6-8 osób.

Czym to jest spowodowane?

Te mutacje, które powstają, powodują, że ten kolec, który znalazł klucz do naszych komórek przez receptor AC2, przez modyfikacje tego kolca, drobne mutacje, jest coraz bardziej dopasowany. Coraz skuteczniej, coraz szybciej łączy z tym receptorem AC2, co powoduje że dużo intensywniej zakaża, i mniejsza ilość wirusa może wywołać zakażenie. Czyli osoba zakażona przy kichnięciu czy mowie zakazi więcej osób, niż to było przy wcześniejszych wariantach.

Przy pierwszej wersji wirusa przebywanie z osobą chorą powyżej 15 minut w jednym pomieszczeniu, stwarzało ryzyko, że się zakazimy. Podobno przy nowych mutacjach można się zakazić nawet wchodząc do pomieszczenia, w którym wcześniej była chora osoba?

Dokładnie tak. Główną drogą zakażenia w tych pierwszych wariantach była droga kropelkowa, stąd ten czas przebywania 15 minut twarzą w twarz w odległości mniejszej niż 1,5 metra. Dzięki wyselekcjonowaniu tych bardziej zakaźnych wariantów, jak delta, okazuje się że te wyschnięte kropelki aerozolu mogą unosić się w powietrzu i zakażać. Porównujemy

go zakaźnością do wirusa odry. Czyli powinniśmy być jeszcze bardziej ostrożni. Już nie tylko maseczki i odległość 1,5 metra, ale wietrzenie pomieszczeń, trzymanie dystansu, zwłaszcza jak nie jesteśmy zaszczepieni.

Czy należy spodziewać się wzrostu zakażeń jesienią?

Tak, modele matematyczne biorące pod uwagę zdolność do zakażenia mierzoną wskaźnikiem R, powrót z wakacji, dzieci w szkole, zamykanie się jesienią w pomieszczeniach, wskazują, że jest możliwa duża ilość zakażeń.

Czym jest wskaźnik R?

To ilość osób, które może zakazić osoba zakażona. W przypadku wirusa odry jedna osoba może zakazić do 20 osób. Wariant delta ma R nieco niższy, ale zdecydowanie wyższy niż wcześniejsze warianty.

Czy jesteśmy w stanie przewidzieć, w którą stronę wirus będzie mutował i przygotować się na te mutacje? Być krok przed wirusem?

Możemy być krok przed wirusem, jeżeli się zaszczepimy. Bo szczepienie w dotychczasowych wariantach gwarantuje nam lekki przebieg albo brak choroby. Te szczepionki, które są w tej chwili, w stosunku do obecnych wariantów są bardzo skuteczne. Jeżeli będziemy zaszczepieni, mamy tarczę ochronną, nie dajemy wirusowi szans na namnażanie się. Gdyby udało się uzyskać poziom wyszczepienia taki, jakiego oczekujemy, nie damy szans na mnożenie się i tworzenie nowych wariantów. To jest jeden z celów szczepień tzw. populacyjnych. Czyli nie tylko chronimy siebie i najbliższych, ale nie dajemy możliwości tworzenia nowych wariantów.

Jak pani ocenia przebieg szczepień w Polsce, zwłaszcza w woj. podlaskim, w Białymstoku?

Uważam, że dostęp do szczepionek bardzo dobrze zorganizowano. Pokonaliśmy początkowe trudności z utrzymaniem temperatury, dowożeniem, dystrybucją, potem wszystko dobrze zadziałało. Uważam, że trochę zaniedbaliśmy edukację. Dlatego, że osoby, które chciały się zaszczepić, już się zaszczepiły, ale mamy też grupę osób, które są niezdecydowane. I warto o nie zaważyć. Powody, dla których ludzie się nie szczepią są czasem błahe, to głównie lęk przed nową szczepionką, obawa o własne zdrowie. Gdyby było to omówione z lekarzem, np. podstawowej opieki zdrowotnej lub takim, do którego mamy zaufanie, to myślę, że jeszcze wiele osób byśmy przekonali do szczepień. Tej akcji edukacyjnej nie ma. Powinniśmy trafiać do różnych grup, wykorzystując różne sposoby, inaczej do młodzieży, inaczej do osób starszych. Brakuje tych informacji rzetelnych, prawdziwych, bo są odczyny poszczepienne. Należy wytłumaczyć, kto jest obciążony ryzykiem, jaka jest korzyść ze szczepienia w stosunku do zachorowania na covid. A covid potrafi być chorobą dramatycznie ciężką, o czym przekonaliśmy się po tej ogromnej liczbie zgonów, jaka miała miejsce jesienią i wiosną.

To nie jest tak, że gdy wiosną było dużo zakażeń, każdy w otoczeniu miał chorego lub sam chorował, dużo osób zmarło, to wtedy widząc zagrożenie, w obawie przed chorobą byliśmy bardziej skłonni by się zaszczepić. Teraz tego zagrożenia nie ma, jest poluzowanie, są wakacje i zapomnieliśmy o niebezpieczeństwie?

Wystarczy zobaczyć, co się dzieje w krajach sąsiednich, Wielkiej Brytanii, Izraelu, gdzie młodsze grupy nie są wyszczepione, Portugalii, Hiszpanii. Tych zakażeń przybywa i na pewno trafią do nas. Komunikacja z innymi krajami, to sieć naczyń połączonych. Mimo restrykcji, te przypadki będą przywleczone. Wirus mając przed sobą osoby niezaszczepione, na pewno z tej okazji skorzysta. Teraz można natomiast spokojnie zaplanować szczepienie, nie denerwując, że będziemy czekać w kolejkach, że zabraknie szczepionki. Bardzo do tego zachęcam, mając doświadczenie z leczenia chorych z covid. Ryzyko powikłań poszczepiennych jest naprawdę relatywnie nikłe. Ciężkie powikłania zdarzają się 4 na milion podanych dawek. Dyskomfort po podaniu szczepionki w postaci bólu w miejscu wkłucia,

objawów grypopodobnych przez 2-3 dni, mija, a mamy gwarancję, że nie trafimy do szpitala, że nie umrzemy z powodu covidu.

Szczepionka była przygotowywana na tą wersję oryginalną wirusa. Czy nie ma niebezpieczeństwa, że szczepienie może być nieefektywne?

Badania wskazują, że szczepienie jest efektywne. Może w wariantcie delta mniej efektywna jest pierwsza dawka, ale po drugiej uzyskujemy już wysoką skuteczność, porównywalną z pierwszym wariantem wirusa. Wirus mutuje, te mutacje pojawiają się we wszystkich białkach wirusa, ale szczepionka jest skierowana tylko na te kolce, czyli żeby zablokować to białko, które wnika do naszych komórek. Czyli neutralizuje tego wirusa. Tu tych mutacji jest trochę mniej, one postępują trochę wolniej. Mamy więc jeszcze trochę czasu, by przygotować się. Być może w przyszłości pojawią się kolejne warianty wirusa, które wymkną się temu nadzorowi szczepionek. Ale w tej chwili możemy być spokojni, że one działają.

Sceptycy mówią: w Izraelu zapłacili, sprowadzili szczepionkę, zaszczepili się, a teraz chorują. Wielka Brytania szczyciła się wysokim poziomem wyszczepienia, a obecnie padają rekordy zakażeń. Dlaczego?

Chorują, ale nie umierają. Chorują osoby młodsze, czyli te nie zaszczepione, do których nie dotarł program szczepień, bo szczepione są coraz młodsze roczniki. A to są ludzie aktywni socjalnie, mający dużo kontaktów. Dlatego teraz tych zakażeń jest dużo wśród młodzieży, osób w średnim wieku. Ciężkie przebiegi są u niezaszczepionych lub zaszczepionych jedną dawką. Natomiast patrząc na statystyki, mimo wysokiego poziomu zakażeń, mamy relatywnie bardzo mało zgonów.

Teraz w Rosji mamy też dużo zachorowań, jest także wariant delta, i tam śmiertelność jest wysoka, bo poziom wyszczepienia wśród osób starszych jest niski.

W grypie co roku potrzebna jest nowa szczepionka. Czy jak pandemia utrzyma dłużej na świecie, może być ryzyko, że co roku trzeba będzie odnawiać szczepienie przeciwko Covid-19??

Nie wiem czy co roku, ale jest to możliwe. Pewne koronawirusy, czyli kuzyni Sars- Cov- 2 funkcjonują, co roku mamy infekcje wywoływane przez te inne koronawirusy, ale to nie są dramatycznie ciężkie choroby. Natomiast jeżeli przebieg Covid-19 będzie nadal taki ciężki, będą się pojawiały nowe warianty, możliwe że takie szczepienie będzie potrzebne. Chyba że będzie szczepionka uniwersalna, takie badania nad szczepionką mozaikową, czy też hybrydową, która uwzględnia wszystkie mutacje, są już prowadzone. Ona łącząc te kolce z różnych wariantów generuje nam odporność na wszystkie warianty. Być może w tym kierunku pójdzie nauka.

Jak postępować, aby ograniczyć ryzyko zachorowania, rozprzestrzeniania choroby?

Gwarancja żeby nie zachorować, to nie kontaktować się z nikim. Ale tak się nie da. Jeżeli chcemy utrzymywać kontakty z innymi ludźmi, to najlepsza metoda jest szczepienie, bo ono chroni nas i te osoby, z którymi spotykamy, a czasem są to nasi starsi rodzice czy starsza sąsiadka, dla których choroba może być bardzo ciężka. Jak nie możemy być zaszczepieni, to oczywiście dystans, maseczki, dezynfekcja rąk. Nic mądrzejszego nikt jeszcze nie wymyślił.

Te zasady towarzyszą nam już bez mała dwa lata. Dwie poważne fale zachorowań już za nami. Czy ta nowa fala, która wystąpi, przewyższy te poprzednie?

W mojej ocenie jako epidemiologa, patrząc na mapę Polski, fale mogą wyglądać różnie w różnych regionach. W dużych aglomeracjach miejskich, gdzie poziom wyszczepienia jest duży, jest większy poziom zaufania do szczepionek, wydaje się że zachorowań powinno być mniej, a nawet jeśli będą, to wśród zaszczepionych będą to przebiegi łagodne. Natomiast tam, gdzie mamy seniorów, osoby starsze niewyszczepione, obecność wirusa grozi ciężkim przebiegiem. Te fale regionalnie mogą wyglądać różnie. Myślę, że w regionach, gdzie nie

osiągnęliśmy dostatecznego wyszczepienia, by nie było szans na transmisję wirusa, ta fala może osiągnąć potężne rozmiary.

Czy szczepić się po przechorowaniu covid?

Szczepić się. Tylko nie od razu po przechorowaniu, ale po upływie 3 miesięcy lub później. Gdyż po chorobie generujemy przeciwciała, ale przeciwko wszystkim białkom wirusa, dlatego te siły naszego organizmu są rozproszone, żeby wyprodukować przeciwciała przeciwko różnym białkom. Natomiast podanie szczepionki jest skierowane, podajemy tylko kawałek tego wirusa i wzmacniamy. Szczepionka jest skalowalna, czyli dajemy odpowiednią ilość antygeny i generujemy odpowiedź przeciwko temu białku powierzchniowemu, czyli tym kolcom. Okazuje się w badaniach, że tzw. odpowiedź hybrydowa – czyli połączenie tej odpowiedzi naturalnej i szczepionkowej, daje bardzo dobre efekty, daje wysoki poziom przeciwciał neutralizujących, nie pozwalających wniknąć wirusowi do naszych komórek.



prof. dr hab. Joanna Zajkowska

4. Szczepienia w zwalczaniu chorób zakaźnych

dr hab. n. med. Maciej Kondrusik

Choroby zakaźne za sprawą Covid -19 zyskały nowe życie, zaczęliśmy je bardziej postrzegać. Doniesienia medialne, każda strona internetowa to covid. To swoista covidomania.

Sytuacja chyba niejako stymuluje tego typu informacje. To się pojawiło półtora roku temu, od momentu, gdy przez dekady choroby zakaźne były sporadyczne, czasem wspominało się o nich w wiadomościach jako o przypadkach skądś zawleczonych, małych ogniskach w jakichś lokalizacjach. Ale to nie był to ogólnokrajowy, ani ogólnoswiatowy problem.

Pamiętam, jak mówiło się o Eboli.

Ale wciąż z dystansu geograficznego na tę chorobę patrzyliśmy, mieliśmy pojedyncze przypadki podejrzeń. To były lata 2015-16.

Przyzwyczailiśmy się też do naszych lokalnych kleszczy.

I chorób przez nich przenoszonych, które w tej chwili wyglądają wręcz łagodnie, spokojnie, chociaż ci, co bywają pokłuci, są zaniepokojeni i próbują to diagnozować, wyjaśniać i ewentualnie leczyć.

Od kiedy pojawiły się choroby zakaźne? To znak naszych czasów czy nasi dalecy przodkowie też coś o tym wiedzą?

Termin choroby zakaźne pojawił się wraz z identyfikacją drobnoustrojów i wytłumaczeniem ich wpływu na nasze zdrowie i życie. Zaczęto o tym mówić z perspektywy potencjalnych zakażeń na przełomie XIX i XX wieku. Wcześniej wiadomo było, że jest jakiś czynnik, powodujący inwazję, a u danego osobnika, który kontaktując się z innymi osobnikami również rozwija podobne objawy choroby. Tu głównie myślimy o ospie prawdziwej, tej pierwszej chorobie, która niszczyła ludzkość przez lata i pierwszej chorobie, przeciwko której udało się opracować szczepionkę, czyli skuteczną profilaktykę, dobrze ponad 100 lat temu.

W leczeniu chorób zakaźnych, szczególnie bakteryjnych, stosowane są antybiotyki. Teraz coraz częściej mówi się o nadużywaniu antybiotyków. Kluczowym momentem walki z chorobami zakaźnymi były chyba szczepienia?

Szczepienia – sukcesywnie i stopniowo wprowadzane. Na terenie naszego kraju pierwsze szczepienia to były lata 1813-15, wraz z armią napoleońską, która przekierowywała się na wschód. Wprowadzono wtedy pierwsze szczepienia populacyjne, konkretnych roczników uczniów czy żołnierzy.

Początek szczepień to dojarka, która twierdziła, że zachorowała na krowiankę (ospę krów), więc ospa prawdziwa jej nie grozi. Dlaczego takie spostrzeżenie nie wyszło z wysokospecjalistycznych laboratoriów, tylko rozmowa z pracującą kobietą dała impuls do nowego kierunku w leczeniu?

Tym, który zauważył tę zależność był angielski doktor Edward Jenner, pracujący na przełomie XVIII i XIX wieku. Jego zaplecze technologiczne było bardzo skromne. To było na zasadzie relacji, że kontakt z krowianką i kontakt przezskórny, przez dłonie – bo te zmiany ospy krowiej były obecne na wymionach – dawało zabezpieczenie na nadchodzące epidemie ospy

prawdziwej. Nikt nie wiedział nic o przeciwciałach, o krzyżowej odporności, o wirusach jako takich. Po prostu czyste zjawiska, które obserwowano, zauważano i próbowano się do nich odnosić.

Jaka jest idea szczepień? Dlaczego one nas chronią? Każdy z nas w dzieciństwie przyjął zazwyczaj całą gamę szczepionek, które mają nasz organizm przygotować do funkcjonowania w życiu dorosłym.

Chodzi o to, że jesteśmy okrażeni przez drobnoustroje: wirusy, bakterie, duża część z nich ma zdolności patogenne, czyli wywoływania objawów chorobowych, które u kolejnych osobników mogą się różnie manifestować. Każdą chorobę niektórzy mogą przejść stosunkowo łagodnie, a dla innych będzie to choroba śmiertelna. Ospa prawdziwa, od której wyszliśmy, charakteryzowała się dosyć dużym współczynnikiem śmiertelności, ale to też się zmieniało i różnie wyglądało w różnych populacjach.

Natomiast kontakt układu odpornościowego każdego osobnika z antygenami danego drobnoustroju, ale podanymi drogą alternatywną niż tą naturalną, czyli zazwyczaj przez drogę pokarmową czy inhalację, powoduje wytworzenie przeciwciał, niejako trochę omijając te naturalne drogi przejścia. Obecność tych przeciwciał gwarantuje, że osobniki w ten sposób eksponowane na te antygeny drobnoustroju, przy kontakcie z nim będą reagowały mniej dramatycznie lub wcale.

Antygen, przeciwciała – co to takiego?

To białka krążące w naszej krwi. Antygeny to fragmenty struktur drobnoustrojów: bakterii lub wirusów, które mają zdolność immunogenną, czyli stymulowania wytwarzania przeciwciał. Przeciwciała wytwarzamy my, konkretnie nasze limfocyty, w kontakcie z tymi drobnoustrojami, i one mają za cel neutralizowanie tych antygenów. I ta reakcja powoduje dezaktywację całego drobnoustroju. Oczywiście są bardzo różne antygeny na każdym drobnoustroju i przeciwciała do niektórych z nich mają zdolności neutralizujące jeśli chodzi o rozwój zakażenia.

Czyli w szczepieniu wprowadzamy w różny sposób antygen – ten wirus, bakterię?

Te antygeny są izolowane z drobnoustrojów. Mogą być to całe drobnoustroje, zabite czy poddane dezaktywacji, bez zdolności biologicznych do namnażania czy rozwoju, ale ta stymulacja układu odpornościowego dalej istnieje.

Jakie są rodzaje szczepionek? Słyszymy teraz o szczepionkach mRNA, wektorowych, hybrydowych.

To wszystko przyszłość. Natomiast punkt wyjścia to były drobnoustroje o znanej patogenności i fragmenty z tych drobnoustrojów. Czyli izolowano antygeny. W większości były to albo całe zabite drobnoustroje (takie szczepionki są obecnie historyczne, z racji na liczne objawy uboczne) albo zabite o obniżonej aktywności biologicznej lub też fragmenty drobnoustrojów.

A szczepionki wektorowe?

Posługiwały się też antygenami danego drobnoustroju, ale tu chodziło też o to, aby ułatwić prezentację tego antygeny limfocytom, które krążą w naszym organizmie. Stąd wykorzystywane są też inne wirusy, którym wszczepia się ten antygen patogeny, który łatwo rozprzestrzenia się w organizmie i kontaktuje z limfocytami.

Szczepionki wektorowe są teraz w powszechnym wykorzystywaniu. To szczepionki przeciwko koronawirusowi: Astra Zeneca, Johnson & Johnson, Sputnik. A jak to się ma w przypadku Pfizera, Moderny?

To zupełnie nowa technika, opracowana znacznie wcześniej, która była w trakcie różnych faz, badań. Punktem wyjścia było opracowanie preparatów zabezpieczających przed chorobami nowotworowymi. Ale okazało się, że można próbować też z innej strony. My jesteśmy zbudowani, każda nasza komórka, z kwasów nukleinowych. Te kwasy nukleinowe są odpowiedzialne za namnażanie, rozwój i syntezę. To zostało wykorzystane, że właśnie te fragmenty sekwencji aminokwasów, zostały wbudowane w mRNA, i to się bardzo łatwo

wbudowuje w nasz materiał genetyczny i zaczyna się namnażanie, produkcja przeciwciał do tych tworzonych białek. To całkowicie nowa technologia, teraz jest to stosowane w stosunku do wirusów, a w przyszłości miejmy nadzieję pomoże w walce z nowotworami.

Jak jest z ryzykiem? Nie jest to trochę już manipulacja na genach?

Badania przed pandemią były robione na ograniczonych grupach populacyjnych, dopiero teraz ta ekspozycja jest powszechna. Jak szczepimy miliony ludzi, wiadomo, że część z nich ma jakieś dolegliwości. Teraz analizuje się, na ile jest to związane ze szczepionką, a na ile mogło się i tak zdarzyć. To wymaga czasu. Perspektywa roku, od kiedy stosujemy szczepionki, to dość krótko, stąd niepokój wielu ludzi. Ale z drugiej strony te miliony zaszczepionych, którzy uzyskali uodpornienie i nic się nie dzieje, to coś o co walczymy, by zatrzymać epidemię.

A wcześniejsze szczepionki też wywoływały emocje?

Też emocje wywoływały. Chociażby w przypadku krowianki, są ryciny z XIX w. gdzie pokazywano, że ludziom zaszczepionym wyrastają ogony czy rogi krowie. Oczywiście doszliśmy do momentu, że tych szczepionek już nie stosujemy, bo nie ma takiej potrzeby, ten wirus został wyeliminowany całkowicie. Ospa prawdziwa to jedyna choroba, którą dzięki szczepieniom udało się wyeliminować z powierzchni ziemi całkowicie.

A jak to jest ze szczepieniami przeciwko grypie? Jaka to technologia? Co rok trzeba przecież przyjmować nową.

To się wiąże z charakterem wirusa. Wirus grypy był dość powszechny – choć ten ostatni rok z racji na powszechne stosowanie maseczek bardzo chyba zmieni epidemiologię grypy – a te wirusy mają taką właściwość, że w sposób „niechlujny” się namnażają, aminokwasy mogą się dublować albo wypadać i z sezonu na sezon są spore różnice w kolejnych typach wirusa. Stąd tendencja, by co sezon opracowywać nową szczepionkę – mówimy o półkuli północnej, bo tutaj grypa jest sezonowa. Nie zawsze łatwo się to wpasowuje w nowy sezon, bo szczepionki pojawiają się we wrześniu, sezon zaczyna się od października, a bazujemy na danych z poprzedniego sezonu. Wirus potrafi pójść w kierunku niezaplanowanym i rok do roku efektywność szczepień potrafi być różna.

Dobrze zrozumiałem, że pandemia Covid-19 pozbawi nas grypy?

Ilość przypadków grypy w ostatnim roku dramatycznie spadła. Sposób funkcjonowania społeczeństwa, zakrywanie twarzy, izolacja, powodowały, że transmisja wirusa znacznie się zmniejszyła. Ilość przypadków grypy była dramatycznie mniejsza, niż w latach poprzednich.

To nie tak, że nie było mody na rozpoznawanie grypy? U wszystkich rozpoznawaliśmy covid?

Na pewno trzeba brać to pod uwagę w pewnym zakresie.

W szczepieniach dużo emocji budzą działania niepożądane. Jakie to mogą być skutki?

One są różnorodne. Zawsze istniały, zawsze się o tym wspominało. Tak na poważnie zaczęło się o tym mówić w związku ze szczepionką MMR (odra, świnka, różyczka) od wczesnych lat 90., od tych słynnych artykułów wiążących szczepienie z autyzmem. Co nie zostało potwierdzone, a wręcz zostało wyjaśnione, że jest inaczej. Ale ta informacja poszła, co było podstawową pożywką dla późniejszych ruchów antyszczepionkowych. Na pewno w każdym przypadku może się zdarzyć nieprzewidywana reakcja, ale to dotyczy jednostek. W wypadku epidemiologii my mówimy o całej populacji na danym terenie, w zakresie grup wiekowych. Tu cel jest jeden: szczepimy całą populację, aby populacja była bezpieczna. A dramatyczne sytuacje pojedynczych jednostek mogą się zdarzyć, nie jest to planowe, ani pożyteczne, ale brać pod uwagę trzeba. Dlatego istnieje cały system zgłaszania odczynów niepożądanych, aby je eliminować czy redukować. Eliminować się nie da, bo reakcje na podawane czynniki są nie do przewidzenia.

Jaki procent populacji musi być zaszczepiony, uodporniony, abyśmy byli bezpieczni w stosunku do danej choroby?

Mogę powiedzieć np. na podstawie szczepień przeciwko chorobom zawartym w naszym kalendarzu szczepień. Wykonalność w naszym kraju wciąż jest bardzo wysoka, oscyluje w granicach 95-98 proc. populacji. Zakładając nawet, że ok. 4-5 proc. populacji nie reaguje na te szczepionki wytworzeniem uodpornienia, to i tak jest to ponad 90 proc., co dawało nam komfort, że te choroby faktycznie w naszym kraju nie istniały.

W przypadku koronawirusa, to zależy od jego rodzaju. W przypadku odmiany Delta ten próg wyszczepialności jest znacznie podwyższony, bo inwazyjność tego wirusa jest wyższa, niż poprzednich szczepów, stąd mówi się o 70-90 proc., aby zabezpieczyć populację przed problemem.

Dlaczego zdarza się, że organizm nie reaguje na szczepionkę?

To jest indywidualnie zmienne. Część ludzi może mieć układ odpornościowy na tyle nieaktywny, że ta stymulacja w postaci podania szczepionki nie jest wystarczająca, żeby wyprodukować przeciwciała. Mnóstwo ludzi ma przecież różne choroby, również hematologiczne, jeżeli chodzi o limfocyty. Czasem trzeba powtórzyć szczepienie, zwiększoną dawką, a czasami po prostu tacy pacjenci, w literaturze zwani „non responders”, funkcjonują. Oni nie są w stanie wytworzyć uodpornienia. Zresztą np. w przypadku covid efektywność szczepień określa się na ponad 90 procent, zakładając, że kilka procent populacji zaszczepionej nie jest w stanie wytworzyć uodpornienia.

Czy możemy mówić o długofalowych objawach niepożądanych? Wiadomo, że objawy grypopodobne, bóle, gorączka, to reakcje bezpośrednie po szczepieniu. A czy są możliwe długofalowe konsekwencje dla organizmu?

Większość niepożądanych odczynów poszczepiennych jest analizowana w związku z przeprowadzonym szczepieniem, czyli w jakimś przedziale czasowym od podania szczepionki. Nie ma informacji o tym, że w perspektywie dłuższej, miesięcy czy lat, ta szczepionka może jeszcze dodatkowo oddziaływać.

Dlaczego noworodki szczepi się od WZW typu B?

Większość porodów dokonuje się w szpitalu, to obce środowisko, jest też kontakt z innymi ludźmi o różnym statusie. Więc jest ekspozycja.

W przypadku szczepienia od gruźlicy trwają dyskusje, czy powinna być szczepiona jako obowiązkowa. To jest uzależnione od ilości zgłaszanych przypadków choroby w danym roku na 100 tys. mieszkańców. U nas to oscyluje wokół 20, nie spada znacząco. Większość krajów Europy Zachodniej, tam gdzie ta ilość przypadków jest poniżej 10 na 100 tys., nie szczepi. U nas ciągle nie ma tej wyraźnej tendencji spadkowej, poniżej kilkunastu do kilku przypadków na 100 tys.

Jakie są inne szczepienia w kalendarzu szczepień?

W ostatnim czasie weszło szczepienie od rotawirusów (wirusowe biegunki niemowląt), są też szczepienia przeciwko DTP (krztusiec, błonica i tężec), powtarzane kilkakrotnie. Ekspozycja na tężec jest powszechna, krztusiec wciąż się też zdarza. Są szczepionki przeciwko haemophilus B, pneumokokom, odrze, śwince i różyczce. Są też zalecane szczepienia przeciwko ospie wietrznej czy meningokokom typu B i C. Tych szczepionek jest cały zespół, są rozpisane na lata, od 0 do 18 roku życia, są zarówno obowiązkowe, jak i zalecane.

Czy nie ma niepokoju, że to nadmierne bodźcowanie, bombardowanie szczepieniami młodego organizmu?

Od dziesiątków lat te programy szczepienne były opracowywane, znamy konsekwencje ich funkcjonowania. Czy wpłynęły w sposób negatywny na nas? Do tej pory nie zauważono związku między wykonalnością kalendarza szczepień a schorzeniami obecnymi w populacji.

Mamy masę szczepień, a tylko jedną chorobę udało się na trwałe wyeliminować.

Tak. Teraz czekamy na polio. To choroba historyczna od lat 50-60, przypadki występują jeszcze w 2-3 rejonach świata. To kwestia podawania szczepionek, aby wyeliminować tego wirusa z

powierzchni ziemi. Są kraje, gdzie realizacja szczepień jest utrudniona, jak Nigeria, Pakistan i Afganistan, gdzie polio wciąż jest obecne. Cała reszta świata wydaje się być wolna. My w Polsce ciągle szczepimy od polio, mamy dwie dawki w kalendarzu szczepień.

Czego można spodziewać w przyszłości? Czy szczepienia przejmą inne terapie?

Na pewno nie. Natomiast byliśmy w takim dobrostanie do pewnego momentu. Mieliśmy określoną liczbę patogenów, które znaleźliśmy, staraliśmy się znaleźć skuteczne sposoby zapobiegania rozwojowi tych zakażeń. Stąd szczepionki, nowe wersje. A tu okazuje się, że pojawiły się nowe patogeny, dotąd nieznane, które mają patogenność dość znaczącą i kierunek naszej aktywności musi być nastawiony na to, aby zabezpieczać, a nie tworzyć preparaty bezpieczniejsze, łatwiejsze do podania.

Rodzice często stają przed dylematem, czy szczepić pojedynczymi szczepionkami, czy pięcio- lub sześciowalentnymi? Z jednej strony chronimy dziecko przed traumą związaną z ukłuciem, ale czy to równoważy ten potężny bodziec dla takiego młodego organizmu? Czy nie lepiej przy pojedynczych szczepionkach pozostać, iść zgodnie z kalendarzem szczepień?

Te złożone preparaty, pięcio-, sześcioważne, nie są refundowane. To propozycja, że można w ten sposób ułatwić, przyspieszyć czy zredukować stres dziecka. Tendencje ogólnoswiatowe są takie, aby jednak iść w te preparaty złożone, bo to ułatwia wyszczepialność. Nie ma żadnych danych, aby one wiązały się z liczniejszymi NOP-ami lub ich efektywność była mniejsza.

Na początku akcji szczepieniowych przeciwko covid było dużo emocji, słyszeliśmy o szczepieniach poza kolejką, celebrytów. Minęło pół roku i nie chcemy się szczepić wcale.

To dosyć smutne. Ta część populacji, która ma świadomość zagrożenia i zaufanie do władz, wiedzy medycznej, wykorzystwała szanse i się zaszczepiła. Część społeczeństwa ma dystans, część niechęć do szczepień i mamy problem. Te poczucie, że epidemia odchodzi, zmienia się w zależności od roczników. Od początku była mowa, że choroba to zagrożenie głównie dla ludzi starszych i wyszczepialność wśród tych starszych roczników jest zdecydowanie większa niż wśród młodszych. Choć teraz szczepionka jest dla wszystkich już od 12 roku życia. Ja jestem za tym, aby wyszczepić maksymalną liczbę ludzi, żeby zatrzymać wirusa.

Co zrobić, by zachęcić nieprzekonanych?

Nie jestem w stanie powiedzieć. Teraz jest nawet loteria, są jakieś bonusy za to, że ktoś się zaszczepi. Jesteśmy trochę przy ścianie i każda metoda jest dobra. Z drugiej strony rządzący nie mają tej odwagi, aby zrobić te szczepienia obowiązkowymi.



dr hab. n. med. Maciej Kondrusik

5. Choroby zakaźne – czy tylko wirusy?

prof. dr hab. Anna M. Moniuszko-Malinowska

Od kilkunastu miesięcy czołówki wszystkich mediów zajmuje Covid-19. Skąd wzięła się ta nazwa?

To choroba koronawirusowa. Nazwa pochodzi od nazwy czynnika ją wywołującego czyli covid jako coronavirus disease. A 19 to rok, w którym ten patogen został zidentyfikowany.

W Polsce koronawirus pojawił się wiosną 2020. W 2019 wszystko rozpoczęło się w Chinach. Czy od początku było wiadomo, że ten wirus tak zmodyfikuje życie na świecie?

Nie było wiadomo, ale już od samego początku pojawiały się doniesienia na temat istniejącego nowego zagrożenia, na temat tego patogenu. Warto przypomnieć, że z koronawirusami żyliśmy od dawna. Dotychczas zidentyfikowanych jest 7 gatunków koronawirusów, cztery z nich powodowały łagodne infekcje przeziębieniowe, dwa wywołały w przeszłości poważniejsze epidemie. Tu mam na myśli wirus Sars- Cov-1, który w 2002 roku wywołał epidemię w Chinach i wirusa Mers. Wiedzieliśmy, że ten nowy koronawirus może być niebezpieczny, nie wiedzieliśmy tylko jak bardzo, jak duża będzie zakaźność, jak szybkie będzie rozprzestrzenianie się tego wirusa i jakie będą straty, jaka będzie śmiertelność.

Mers, Sars- Cov-1 – to były wirusy o których słyszeliśmy, ale poza Indochiny nie wydostały się na szerszą skalę. Jakież doświadczenia zostały jednak zebrane. Czy tamte kraje odrobiły lekcje?

Bardzo dużo nauczyliśmy się dzięki wiedzy z tamtych epidemii. Potrafiliśmy szybko zidentyfikować ten patogen, badania genetyczne pokazały, że ten nowy wirus Sars-Cov-2 był w 80 proc. homologiczny do wirusa Sars-Cov-1 i w 50 proc. do wirusa Mers. Poznanie tej budowy i poznanie działania wirusa pozwoliło na tak szybkie zdobycie wiedzy na temat i przebiegu klinicznego i możliwości diagnostycznych i możliwych terapii koronawirusa. Dzięki tej wiedzy, którą mieliśmy i temu jak szybko dokonuje się postęp w nauce i medycynie, mogliśmy tak dużo nauczyć się w ciągu półtora roku pandemii.

Sars-Cov-1, Mers są niebezpieczne, podobnie jak Sars-Cov-2. A te pozostałe koronawirusy, czy one są w Europie? Czy spotykamy je na co dzień, czy nasze organizmy miały z nimi do czynienia?

To wirusy, z którymi nasze organizmy miały do czynienia, z tym, że one wywołują łagodne infekcje, skąpoobjawowe i bezobjawowe. Nie miały więc takiego znaczenia jak ten nowy wirus, który zadomowił się praktycznie na całym świecie.

Koronawirus a grypa. Czy te wirusy mają ze sobą wiele wspólnego?

To dobre pytanie. Podczas minionego roku baliśmy się, że będzie dochodziło do koinfekcji czyli współwystępowania zakażenia wirusem grypy i koronawirusem, aczkolwiek życie pokazało, że zdecydowanie więcej było zakażeń koronawirusowych. One są podobne w przebiegu klinicznym, natomiast koronawirus zdecydowanie częściej powoduje te formy z ciężkim zajęciem płuc, wymagającym hospitalizacji i leczenia w oddziale intensywnej terapii.

Jeden z poprzednich naszych gości, też z Kliniki Neuroinfekcji, doc. Kondrusik powiedział, że grypy w minionym sezonie nie mieliśmy, bo to, że maseczki były tak popularne powodowało, że nie było transmisji wirusa. Czy tak było rzeczywiście, czy

może zaczęliśmy wszystko diagnozować jako koronawirus i to co rozpoznawane było wcześniej jako grypa, teraz trafia do „worka” z koronawirusem?

Maseczki odgrywają rolę w przenoszeniu wszystkich patogenów, które są przenoszone drogą kropelkową, więc jak najbardziej noszenie maseczek i reżim sanitarny miało wpływ na zmianę epidemiologii jeśli chodzi o gripę. Natomiast jeżeli chodzi o diagnostykę, to gdy pacjent w sezonie grypowym trafiał do naszej kliniki, miał także wykonywane testy na gripę. Także nie było tak, że całkowicie zapomnieliśmy o tej diagnostyce. Pamiętamy cały czas, że inne choroby też istnieją. Ale zdecydowanie więcej było infekcji koronawirusowych u pacjentów hospitalizowanych.

Czy możemy opisać, jak wygląda koronawirus?

Najważniejszą składową tego wirusa jest materiał genetyczny plus białko. Tu głównym białkiem jest białko S, czyli białko spike, za pomocą którego wirus łączy się z naszym nabłonkiem w drogach oddechowych, również z komórkami jelit i komórkami śródbłonna. Ta budowa wirusa umożliwia mu wnikanie do komórek i rozpoczęcie zakażenia nas i rozwój choroby, czyli Covid19.

Żeby zachorować wystarczy jeden mały wirusek czy potrzeba wiele czynników?

To tak jak w przypadku każdej choroby. U jednego przysłowiowy jeden wirusek spowoduje ciężką chorobę, a inny człowiek będzie odporny i zwalczy ten patogen. W przypadku koronawirusa, na szczęście 80-90 proc. zakażeń wirusem kończy się w stadium pierwszym, gdy pacjent nie ma objawów lub ma skąpe objawy i może zostać w domu i być leczony ogólnodostępnymi lekami. To nie jest tak, że każdy będzie mieć ciężkie zapalenie płuc i będzie wymagał intensywnej terapii. Aczkolwiek biorąc pod uwagę ogromną liczbę przypadków zakażeń Sars-Cov-2 – w Polsce to ponad 2,8 mln przypadków plus szara strefa, która się nie diagnozowała – to są ogromne liczby i to nas przeraża cały czas.

Jesteśmy po trzeciej fali koronawirusa, jest chwila oddechu, są wakacje, jest piękna pogoda. Wydaje się jednak nieuniknione, że za parę tygodni staniemy w obliczu kolejnej fali zachorowań. Jakie objawy powinny nas zaniepokoić i sprawić, byśmy zostali jednak w domu.

Pandemia Covid-19 mam nadzieję, że nauczyła nas takiej samodyscypliny i tego, żeby gdy mamy objawy grypopodobne zostawać w domu. Bo dotąd większość z nas – nie oszukujmy się – jak miało gorączkę czy łamanie w kościach, starało się to zbić lekami przeciwgorączkowymi czy przeciwbólowymi i szło do pracy. Pandemia uświadomiła nam, że takie zachowanie jest bardzo nieodpowiedzialne, możemy zakażać wszelkie osoby, z którymi mamy wtedy kontakt. A zaniepokoić powinny nas takie objawy jak gorączka, kaszel, duszność, zaburzenia węchu i smaku. Ostatnio coraz częściej pojawiają się też zaburzenia ze strony układu pokarmowego: nudności, wymioty, biegunki. To spowodowane jest nowymi wariantami wirusa, które się pojawiają i mogą pojawić w Polsce na większą skalę. Często pacjenci zgłaszają też osłabienie, ogólne zmęczenie. To są objawy, które powinny nas zaniepokoić i skłonić do zostania w domu i kontaktu z lekarzem rodzinnym.

Jaka diagnostyka nas wtedy czeka?

Ja jestem ogromnym zwolennikiem diagnostyki, gdyż wtedy wiemy, z czym mamy do czynienia i jak leczyć takiego pacjenta. Nawet jak to jest jakaś najgorsza choroba świata, to jak wiemy jaka to choroba, staramy się wtedy skutecznie pomóc. Nie wszyscy diagnozowali się w czasie pandemii, z różnych przyczyn. Dopiero potem przychodzili do laboratorium wykonywać badania serologiczne z ciekawością, czy to był covid, bo były takie objawy. Dlatego moja prośba, aby w przypadku wystąpienia niepokojących objawów, od razu iść na diagnostykę. Złotym standardem nadal są testy molekularne PCR, czyli oparte na wykrywaniu materiału genetycznego wirusa. W Polsce obowiązują testy, które wykrywają przynajmniej dwa geny wirusa. One są bardzo łatwo dostępne. Jak tylko pacjent zgłasza objawy, bez problemu może je wykonać. Drugą metodą diagnostyczną są testy antygenowe, które jeszcze rok temu miały niską czułość i swoistość, więc istniało duże ryzyko niewykrycia zakażenia u pacjenta i te testy

nie były dopuszczone do użytku. Ale obecnie charakteryzują się dużo wyższą czułością i swoistością. Ich wykonanie zajmuje 15-30 minut, po tym czasie mamy odpowiedź. Jeśli test antygenowy wychodzi dodatni, nie musimy go potwierdzać tym testem PCR, który jest troszkę dłuższy. Natomiast jeżeli wychodzi ujemny – nadal złotym standardem jest test PCR.

Mamy dodatni wynik testu, nie najlepsze samopoczucie, trochę gorączki, bóle mięśni. Jakie objawy powinny nas na tyle zaniepokoić, że powinniśmy udać się do szpitala?

Wyróżniamy cztery stadia kliniczne przebiegu choroby. To pierwsze stadium, bezobjawowe lub skąpoobjawowe, dotyczy pacjentów, którzy czują się źle, aczkolwiek ich saturacja jest powyżej 94 procent. Tu przydaje się pulsoksymetr, dzięki któremu możemy zmierzyć poziom wysycenia krwi tlenem. Jak saturacja spada poniżej 94, to znak, że coś złego dzieje. Jeśli saturacja jest dobra i mamy tylko te objawy typu bóle mięśni, gorączka, kaszel, możemy stosować ogólnie dostępne leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe. U pacjentów leżących warto pamiętać też o profilaktyce przeciwzakrzepowej, czyli stosowaniu heparyn. Jeżeli się pojawi duszność, można wziąć kortykosterydy, ale tylko w formie wziewnej i w niewielkich dawkach. Jeśli chodzi o antybiotyki – to cały czas podkreślamy, że one nie działają na wirusy, to leki przeciwbakteryjne. Jak nie ma nadkażenia bakteryjnego, nie stosujemy antybiotyków.

Możemy pójść po te leki do apteki?

Oczywiście, że nie możemy wyjść z domu. Jak mamy dodatni test i objawy, to znaczy że wykazujemy też największą zakaźność. Trzeba pamiętać, że największa zakaźność występuje między 2 dniem przed pojawieniem się objawów, trwa do 5 dni, po tych 5 dniach stopniowo spada, do 10 dni. Jeżeli pacjent ma symptomy choroby, to doliczamy jeszcze 3 dni od ustąpienia objawów. Ta zasada dotyczy pacjentów immunokompetentnych, czyli ze zdrowym układem odpornościowym. Natomiast jeżeli są jakieś zaburzenia w układzie odpornościowym, to ten czas wynosi 20 dni. To okres, kiedy pacjent zakaża. Nie wolno wtedy wychodzić z domu, trzeba się izolować i przetrwać ten czas, żeby nie stwarzać zagrożenia innym osobom, tak by epidemia się nie rozprzestrzeniała. Warto poprosić kogoś bliskiego, aby w tym czasie nas wspomógł i kupił potrzebne leki, kładąc je np. na wycieracze.

Co jak zdrowienie nie idzie zgodnie z naszymi oczekiwaniami? Jak rozpoznać kolejne stadia choroby?

Jeżeli choroba rozwija u pacjenta, coraz gorzej się czuje, gorączkuje, do kaszlu dochodzi duszność, czuje się bardzo osłabiony, z pomocą znów przychodzi pulsoksymetr. Jeśli saturacja spada, to znak, że powinniśmy udać się jak najszybciej do szpitala. Ważną wskazówką jest to, że jeżeli pacjent zgłosi się do szpitala w ciągu pierwszego tygodnia od rozpoczęcia objawów, to mamy narzędzie do walki: lek przeciwwirusowy remdesivir, który jest skuteczny w tym pierwszym tygodniu. Podczas trzeciej fali pandemii był problem, bo pacjenci często myśleli, że się sami wyleczą w domu, albo stosowali leki, które nie mają udowodnionego działania naukowego, i to wpływało na ten czas. Przyjeżdżali do nas w 10, 12, 14 dniu, a wtedy możliwości terapeutyczne są ograniczone. Dlatego jeżeli cokolwiek nas niepokoi, lepiej jest zgłosić się na SOR, by rozwiązać te wątpliwości i gdy trzeba, jak najszybciej wdrożyć leczenie przeciwwirusowe.

Kolejne stadia to już są stadia zagrażające życiu.

Kolejne stadium to stadium tzw. burzy cytokinowej. Bo to pierwsze stadium, to stadium wynikające z fazy wirusowej, to czas gdy wirus jest w naszym organizmie, replikuje się, namnaża. Nasz organizm oczywiście się broni. Potem dochodzi do wyrzutu cytokin, jest burza cytokinowa, czyli tworzy się stan zapalny. To jest to kolejne stadium, w którym ten lek przeciwwirusowy nie działa. Natomiast mamy wtedy inne leki, chociażby blokery receptorów dla interleukiny-6, są też stosowane steroidy systemowo. To jest leczenie bardziej objawowe, niż przeciwwirusowe. Najlepiej jest nie doprowadzić do tego stadium. Jeżeli to się nie uda, choroba postępuje, zajmuje coraz większe obszary płuc, wtedy pacjenci często wymagają leczenia w oddziale intensywnej terapii.

Bardzo ważnym elementem leczenia jest też tlenoterapia, tlen to cudowny lek dla pacjentów z koronawirusem. W zależności od stadium choroby stosujemy albo zwykłą tlenoterapię przez maskę albo terapię wysokoprzepływową, a w końcowym stadium – respirator.

Podobno oddychanie podczas leżenia na brzuchu poprawia utlenowanie organizmu. Wiadomo dlaczego?

Tak, mamy takie doświadczenia, że tzw. pozycja na brzuchu ułatwia oddychanie, rozprężanie się płuc. Dzięki temu pacjenci też łatwiej się wentylują. Dlatego w pewnych etapach u pewnych pacjentów jest to zalecane.

Jakie jest rokowanie w przypadku zakażenia koronawirusem? Wspomnieliśmy, że 80-90 proc. są to łagodne przebiegi, ale jak to przebiega u tych pozostałych chorych?

Koronawirus charakteryzuje się śmiertelnością na poziomie 2-3 proc. W Polsce jest to ok. 2,5 proc., bo zmarło 75 tys. osób, a zakażonych zidentyfikowanych było 2,8 mln. Natomiast to, co pozostaje po covidzie, to kolejny problem. Na początku pandemii, gdy nie wiedzieliśmy z jakim wrogiem walczymy, staraliśmy się jak najwięcej nauczyć, żeby opanować te ostre stany, czyli wynaleźć narzędzia diagnostyczne i leki skuteczne na koronawirusa. Natomiast teraz przychodzi nam się mierzyć z tzw. long covidem, czyli dolegliwościami zgłaszanymi przez pacjentów, które utrzymują się wiele tygodni, a nawet miesięcy po covidzie. Pacjentów zgłaszających się do poradni z tym problemem jest bardzo dużo, mają bardzo różne objawy. Począwszy od przewlekłego utrzymywania się zaburzeń węchu i smaku. Miałam pacjentkę, która przez 6 miesięcy nie odzyskała węchu. Wydaje się, że to drobny objaw, a ona o mało nie spaliła własnego domu, bo nie czuła nic. Są pacjenci, u których przewlekłe utrzymuje się duszność. Tu pomocna jest współpraca ze specjalistami chorób płuc, do których często kierujemy pacjentów. Są pacjenci, którzy zgłaszają długotrwałe wypadanie włosów, inni – powikłania kardiologiczne (np. tzw. skoki ciśnienia czy zaburzenia rytmu serca). Czyli szeroka gama różnych objawów pod nazwą long covid, z którymi musimy sobie poradzić. Rehabilitacja oddechowa czy sanatoria, które się otwierają dla pacjentów pocovidowych, to wszystko wynika z zapotrzebowania, bo mamy bardzo dużo pacjentów mających powikłania po chorobie.

Wspomniała Pani, że wirus zmienia swoje oblicze, dochodzą więc nowe objawy, jak te ze strony układu pokarmowego. Dlaczego tak się dzieje?

To naturalna konsekwencja, on chce po prostu przetrwać, więc mutuje. Np. wariant Delta powoduje zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, ale też coraz częściej mówi się o tym, że powoduje także zaburzenia słuchu. Ten obraz kliniczny trochę się zmienia. Zobaczmy, co będzie, bo istnieją już kolejne warianty, zobaczmy, czy będą równie niebezpieczne, jak wariant indyjski.

Ten wariant indyjski odrobił lekcje z rozprzestrzeniania się, bo ma też dużo większą zakaźność od tej oryginalnej, chińskiej wersji wirusa. Natomiast jaki jest najprostszy sposób, by uniknąć rozprzestrzeniania się infekcji?

Gdyby ta audycja odbywała się rok temu, powiedzielibyśmy, że dystans, dezynfekcja i maseczka, bo czekamy cały czas na szczepionkę. Jako że mamy już szczepionkę to trzeba powiedzieć, że szczepienia, szczepienia i jeszcze raz szczepienia. Pacjenci, którzy są teraz hospitalizowani, to są pacjenci nieszczepieni. Gdy pytamy dlaczego, nie potrafią znaleźć odpowiedzi, natomiast rozpaczliwie pytają: czy przeżyję, czy będę żyć? Może przypadki tych pacjentów, którzy z powodu różnych nieuzasadnionych medycznie przekonań się nie zaszczepili i zachorowali, mógłby być przykładem dla innych, którzy ciągle wahają, a wiemy, że w Polsce ponad połowa populacji jeszcze się waha. A skoro jest taka broń, jest taka profilaktyka, bezpieczna, bo praktycznie mnie ma powikłań po szczepionkach, to dlaczego z tego nie skorzystać. To jest bardzo nierozsądne. Żeby pandemię wygasić potrzebna jest odporność populacyjna. Jak w przypadku wirusa odry, gdzie udało się wygenerować odporność populacyjną dzięki szczepieniom, a potem zburzyć to przez działania ruchów antyszczepionkowych i wzrastającą liczbę osób uchylających się od szczepienia, ten wirus znowu się pojawił. Bez szczepienia, bez populacyjnej odporności, nie damy rady.

Co jest takiego w szczepionce, że zabezpiecza nasz organizm przed zachorowaniem?

Podajemy szczepionkę, czyli pozwalamy naszemu organizmowi zetknąć się z tą częścią patogenu i nasz organizm wytwarza wtedy przeciwciała i komórki pamięci. Po co to robi? Jeżeli kolejny raz zetknie się z tym patogenem ze środowiska, będzie pamiętać, że już coś takiego było i wtedy te „wojska” ruszą do akcji i będą bronić naszego organizmu. To ogólna zasada działania szczepień i ja nie widzę innej możliwości pokonania pandemii jak szczepienia. I oczywiście dystans, dezynfekcja, maseczka.

Czy przechorowanie covid też nas w jakiś sposób chroni przed kolejną infekcją?

To jest do końca nie zbadane. Logicznie wydawałoby się, że tak. Są badania prowadzone w wielu krajach, na temat długości utrzymywania się przeciwciał po covidzie, odpowiedzi komórkowej i tak naprawdę wiele jeszcze nie wiadomo. Trudno przewidzieć, jak będzie u ozdowieńców. Są przypadki, że ktoś zachorował 2-3 razy. Na pewno szczepienie uchroni przed ciężkim przebiegiem, przed zgonem. Nie ma innej drogi.

Mamy różnego rodzaju szczepionki przeciwko Covid-19. Jaką szczepionkę najlepiej wybrać?

Skoro wszystkie zostały dopuszczone na rynek, myślę, że nie ma co wymyślać która, jaka, gdzie. Wszystkie są dopuszczone, bezpieczne, niektóre mają ciut większą, inne ciut mniejszą skuteczność. Ale tu bez dylematu – warto się po prostu zaszczepić, by wygenerować odpowiedź.

Czy można jeszcze coś zrobić, by zapobiec zachorowaniu. Np. zdrowy tryb życia?

Jest zawsze bardzo ważny, równie ważny jak zdrowy rozsądek. Nie tylko przy infekcjach koronawirusowych, ale przy każdych innych infekcjach. Po prostu starajmy się żyć zdrowo, odżywiać się zdrowo, uprawiać sport. Wtedy nasza odporność na pewno jest większa i organizm łatwiej sobie radzi z wszelkimi wrogami.



prof. dr hab. Anna M. Moniuszko-Malinowska

6. Czy warto skorzystać z programu profilaktycznego 40+

lek. med. Anna Kalinowska

Teleporady, czyli przeniesienie porad lekarskich do świata wirtualnego, budzą wiele emocji, spotkały się nawet z ostrym stanowiskiem ministra zdrowia. Jak to wygląda w przypadku Uniwersyteckiego Lekarza Rodzinnego przy USK w Białymstoku? Czy też działacie w e-przestrzeni?

Nasza poradnia nie była i nie jest zamknięta dla pacjentów. Nasi pacjenci przychodzą do nas bardzo często, wiedzą, że mogą się spotkać z lekarzem, mogą zostać zbadani. Nawet było zdziwienie wśród pacjentów, których szczepiliśmy, że u nas można normalnie dostać się do lekarza rodzinnego. I często rezygnowali ze swoich poradni, by się do nas przepisać. Bo ten osobisty kontakt z pacjentem jednak musi być.

Jacy pacjenci mogą zapisać się do poradni rodzinnej przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku?

Każdy może się zapisać, od noworodka do podeszłego wieku. To jest poradnia rodzinna. Można korzystać z e-porad, a jeśli ktoś chce przyjść, nie ma problemu. Lekarz zbada, porozmawia. Wiemy, że pacjenci czują się wtedy bezpieczniej, sama wizyta w poradni ich uspokaja i przez to są zdrowsi.

Czy problemy zdrowotne pacjentów poradni ULR zmieniły się z powodu koronawirusa?

Zmieniły się. Jest duże nasilenie depresji zwłaszcza u osób starszych. A u dzieci, niestety, widzimy otyłość. Teraz będziemy nad tym pracować. Jeżeli chodzi o pacjentów, którzy mieli utrudniony dostęp do swoich lekarzy rodzinnych, to tutaj pojawiły się otyłość, nadciśnienie, co spowodowały złe nawyki żywieniowe, zły tryb życia, bo część osób pracowało z domu i to są skutki.

Skąd wzięła się ta depresja u starszych osób?

Takie osoby bały się podczas pandemii wyjść z domu, ale i rodzina nie pozwalała na to ze względów bezpieczeństwa. Dopóki nie było szczepień, to powodowało zamknięcie i izolację tych osób. Takie osoby często spędzały święta same. To nasilało uczucie niepokoju, lęków. Bardzo dużo leków antydepresyjnych przepisywaliśmy takim osobom. Teraz, gdy już się trochę otworzyło, jest nieco lepiej.

A nadwaga i otyłość u młodych ludzi, to też efekt zamknięcia i złego trybu życia?

Tak i złych nawyków żywieniowych. Jak dziecko chodzi do szkoły, nie ma tam stałego dostępu do lodówki, jak w domu. Ma więcej ruchu. To nie tylko zajęcia z WF-u. Nawet samo wyjście do szkoły to już ruch. A gdy dziecko siedzi w domu, wiadomo, że głównie przed komputerem. Nie zawsze chce czy może wychodzić na podwórko, bywa że nie ma z kim się bawić. I na bilansach widzimy, że nadwaga staje się u dzieci powszechna.

Co można takim młodym osobom zalecić? A także ich rodzicom i dziadkom? Czy to powinna być jakaś dieta?

Ja nie uznaję słowa dieta. Ona kojarzy się pacjentom z czymś co wezmą i zaraz będzie wszystko dobrze. Ani długotrwała ani nagła dieta nie jest dobra. Uczę moich pacjentów zdrowych nawyków żywieniowych. Nie jest to tak, że od jutra nie jem już nic niezdrowego. Bo organizm

tez takiego szoku nie lubi i taki młody człowiek zaraz się zniechęci. Więc mówię: odstaw chipsy, słodkie napoje, ale stopniowo, pomału. To staje się rutyną i przestaje im to przeszkadzać. Nie kilka rzeczy naraz, tylko stopniowo. I tak pomału, drobnymi krokami uczymy właściwej diety. W naszej poradni są dwie dietetyczki: ja i koleżanka skończyłyśmy dietetykę kliniczną. Pomagamy, edukujemy, robimy zajęcia edukacyjne. I tu trzeba zacząć od rodziców.

Nadwaga i otyłość chyba często są rodzinne? Widzimy nieraz całą taką korpulentną rodzinę.

Tak, zdarza się, że rodzice mówią: a bo ja taki byłem, on wyrośnie. Nie zdają sobie sprawy, że dziecko z nadwagą jest dyskryminowane w szkole. Ono się wstydzi iść na basen, przebrać w szatni. Bo widzi, że odstaje trochę od rówieśników. Boi się, że ktoś źle popatrzy, powie „grubas”. To rodzi problem psychiczny u dzieci, z którym trudno sobie poradzić. Dlatego trzeba uświadomić rodziców, żeby nie czekali aż dziecko „wyrośnie”, ale zaczęli stosować zasady zdrowego trybu życia, które dziecko potem wyniesie z domu.

Zachęcenie do wspólnych spacerów z rodzicami czy dziadkami ma w przypadku młodzieży sens?

Zawsze warto spędzić czas z rodziną, nawet wspólne gotowanie, jedzenie z dziećmi. Zdrowe nawyki wynoszą potem z domu. Młodzież goni, biegnie, nie ma czasu. A życie przemija i może warto to docenić, pójść na spacer z babcią, dziadkiem. I babcia się wtedy rozrusza i wnuczek zwolni.

Wspólne gotowanie, ale najlepiej według przepisów, które pozwolą uniknąć błędów dietetycznych?

Nie oszukujmy się, wiadomo, jaka jest polska kuchnia, nie nauczymy się nagle jeść owoców morza czy samych sałatek. Tylko może mniej tłusto, mniejsze porcje. Niedawno ok. 40-letni pacjent pytał mnie, jak ma schudnąć, skoro żona dobrze gotuje. Wystarczy zamiast dwóch łyżek ziemniaków – zjeść jedną, jeden kotlet zamiast dwóch. Lepiej mieć uczucie niedojedzenia niż przesyty.

Jakie jeszcze problemy zdrowotne pojawiły się w dobie pandemii?

Pandemia narzuciła pewne ograniczenia, był zakaz wychodzenia z domu, teleporady i pacjenci nie korzystali z pełni usług naszej poradni. Badania były rzadziej wykonywane. A choroby postępują, jak np. hipercholesterolemia. Bywa, że można było ją wcześniej uregulować dietą, a teraz potrzebne są już leki.

Cholesterol jeden z istotnych czynników miażdżycy, która może skończyć się zawałem mięśnia sercowego, udarem mózgu, niedokrwieniem kończyn i wieloma ograniczeniami w przyszłości. To nie jest tak, że ten poziom cholesterolu tu i teraz nas ogranicza, to są skutki, które mogą pojawić się za kilka, kilkanaście lat.

Tak, ale można temu zapobiec, to spowolnić. Aby tak się stało, trzeba się badać.

Ten brak diagnostyki został też dostrzeżony przez władze, ministerstwo zdrowia. Wprowadzono program 40 plus. Co to za program? Jakie są jego założenia i czy warto z niego skorzystać?

Warto. To jest program dla osób, które ukończyły 40 rok życia. Polega na tym, że na podstawie wybranych badań laboratoryjnych robimy bilans zdrowia pacjenta. Ten bilans pokazuje nam, czy pacjent ma jakieś czynniki ryzyka rozwoju chorób, czy nie. Według danych, za 43 proc. zgonów w Polsce odpowiadają choroby układu krążenia, za 25 proc. – choroby nowotworowe. Ten program jest skierowany po to, by wyłapać te czynniki ryzyka chorób układu krążenia. Zapisy do programu odbywają się przez Internetowe Konto Pacjenta lub telefonicznie, przez Domową Opiekę Medyczną, pod numerem 790544988. Trzeba wypełnić krótką ankietę, która nie zajmuje dużo czasu. Są pytania o wzrost, wagę, ogólny stan zdrowia aktualny. Jest też pytanie o palenie papierosów. Po wypełnieniu ankiety w ciągu ok. 5 dni otrzymujemy e-skierowanie na badania. Z takim skierowaniem i dowodem osobistym można

udać się do każdego punktu, który realizuje program 40 plus. Oczywiście zapraszamy do nas, do poradni Uniwersyteckiego Lekarza Rodzinnego.

Na jakie badania może liczyć pacjent w ramach programu?

Badania dzielą się na trzy grupy. Pakiet dla kobiet to morfologia, stężenie cholesterolu całkowitego albo kontrolny profil lipidowy, stężenie glukozy, ocena funkcji wątroby (AlAT, AspAT, GGTP – enzymy wątrobowe), kreatynina, badanie ogólne moczu, kwas moczowy i badanie na krew utajoną w kale. W przypadku mężczyzn te badania są jeszcze rozszerzone o diagnostykę w kierunku raka gruczołu prostaty czyli PSA. Pakiet wspólny dla kobiet i mężczyzn to pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar masy ciała, wzrostu, obwodu w pasie oraz obliczenie wskaźnika masy ciała BMI, a także ocena miarowości rytmu serca. Trzeba pamiętać, że nie wszystkie badania u każdego pacjenta będą wykonywane. Wszystko zależy od tego, co wyniknie z odpowiedzi na pytania w ankiecie. System wygeneruje wtedy określone badania. Dlatego warto dobrze wypełnić ankietę.

Co te badania mają na celu wykryć?

Morfologia krwi wykrywa np. niedokrwistość. Z kolei profil lipidowy składa się z pomiaru cholesterolu całkowitego, HDL, LDL i trójglicerydów. On nam wskazuje na zwiększone ryzyko u pacjenta. Pomiar poziomu glukozy to diagnostyka w kierunku cukrzycy. Nieprawidłowa glikemia na czczo może świadczyć o stanie przedcukrzycowym.

Enzymy wątrobowe mogą mówić o nieprawidłowej funkcji wątroby, co jest związane np. z uszkodzeniem po lekach albo tym, że tworzy się jakiś proces, który zaburza jej funkcję. To wskaźnik przesiewowy, gdy są nieprawidłowe wyniki, by w następnym etapie zrobić usg.

Poziom kreatyniny mówi nam o pracy funkcji nerek, czy prawidłowo filtruje krew, czy jesteśmy prawidłowo nawodnieni, czy nie ma tam żadnych zastojów, co jest niepokojące, bo powstają z tego obrzęki. Badanie ogólne moczu pokazuje czy nie ma zakażenia, krwinek w moczu, które świadczą że coś dzieje z nerkami.

Badanie gruczołu krokowego ma na celu kontrolę pod kątem profilaktyki nowotworowej. Badanie kału na krew utajoną jest robione w kierunku wykrycia nowotworów jelita grubego. Pacjenci często, zwłaszcza mężczyźni nie podają w trakcie wywiadu czy jest krew w kale, kobiety bardziej zwracają na to uwagę.

A poziom kwasu moczowego?

To badanie wykonujemy u naszych pacjentów z palca. Bardzo wielu pacjentów ma podwyższony kwas moczowy i o tym nie wie. Kwas moczowy związany jest z nieprawidłową dietą. I stąd nasza edukacja zdrowotna i dietetyczna. Często samą dietą udaje się zbić kwas moczowy. Krysztalki kwasu moczowego gromadzą się w stawach i powodują ból stawów. I pacjent mówi: a bo ja mam zwyrodnienie, a się przeciążyłem, a to często wina kwasu moczowego.

Jak można obniżyć ten kwas dietą?

Poziom kwasu moczowego jest wrażliwy na to, co jemy. Mamy program edukacyjny dla pacjentów z dną moczanową. Pacjent nie wiąże zwykle objawów z dietą i podwyższonym kwasem. Często przypadkiem wychodzi ten wysoki poziom. Jak go zbijemy do normy, to okazuje się, że i bóle stawów mijają.

Jakie jeszcze badania są w pakiecie?

Jest też pomiar ciśnienia tętniczego, ocenę miarowości rytmu serca, wzrost, waga i obwód pasa. Jest to też w ankiecie, ale pacjenci często zaniżają wagę, my weryfikujemy potem to, co pacjent napisał. Sprawdzamy też wskaźnik BMI, który świadczy o nadwadze i otyłości. Jest on zależny od wagi i wzrostu. Jeśli wynosi powyżej 25 oznacza to nadwagę, powyżej 30 – otyłość. Poniżej 18 to niedowaga.

Mamy wyniki wszystkich badań, co dalej?

Następnym etapem powinna być wizyta u lekarza rodzinnego. Jeśli wyniki są niejasne, albo niepokojące, to lekarz rodzinny powinien skierować pacjenta na dalszą diagnostykę, np. usg

brzucha czy kolonoskopię. Chodzi o to, żeby pacjent nie schował tych wyników do szuflady i nic z tym dalej nie robił.

Jak to wygląda w poradni Uniwersyteckiego Lekarza Rodzinnego?

Jak wyniki naszych pacjentów są nieprawidłowe, staramy się sami zbić cholesterol i kierujemy na kolejne badania. Wszystkie badania są robione u nas w szpitalu, więc wyniki są dostępne od razu lekarzom. I wdramy albo leczenie albo profilaktykę zdrowotną, edukację pacjenta. Program ma na celu wykrycie czynników ryzyka, zapobiec rozwojowi choroby. To jest bardzo ważne, aby uświadomić pacjentom, aby nie czekali, aż coś zacznie boleć albo ciśnienie wzrośnie. Tylko temu zapobiec. Zapobiec jest łatwiej niż później leczyć. I taniej.

Skąd wzięło się u Pani połączenie medycyny rodzinnej z dietetyką?

Wszystkie choroby zależą od tego, co jemy. Dlatego chciałyśmy z koleżanką się doszkolić, aby pomóc pacjentom z tej drugiej strony. Nie ma dietetyków na NFZ, trzeba za to zapłacić. U nas w poradni jest to w pakiecie, w trakcie jednej wizyty. Układamy diety, motywujemy do zmiany nawyków żywieniowych.

Czy jest prosty sposób dietetyczny na to, by być zdrowym i w dobrej formie?

Wszystko jest dla ludzi, ale wszystko z umiarem. Zawsze lepiej być nieprzejeżdżonym. To najprościej, żeby nie liczyć kalorii, bo to męczy. I stopniowo rezygnować z tych złych nawyków. Po prostu jeść mniej. I oczywiście aktywność fizyczna. Wystarczy wyjść na spacer. Nawet 5, 10, 15, 30 minut na początek. I ten dystans stopniowo wydłużać. To dużo daje. I jest to coś, co mamy za darmo, a z tego kompletnie nie korzystamy.



lek. med. Anna Kalinowska



7. Migotanie przedsionków

prof. dr hab. n. med. Anna Tomaszuk-Kazberuk

Pani Profesor, kardiologia – to tylko serce? Problemy sercowe, to do Pani?

Oczywiście, kardiologia to głównie serce, ale to także duże naczynia. Kardiologia jest szeroką dziedziną, łączącą się ściśle z innymi dziedzinami medycyny, np. endokrynologią, mam tu na myśli np. cukrzycę, choroby tarczycy. Chorób serca nigdy nie rozpatrujemy osobno, ponieważ występują one bardzo często z innymi problemami zdrowotnymi.

Miałem na myśli te bardziej emocjonalne problemy, a Pani mówi z punktu widzenia medycznego.

Tak, ale muszę też powiedzieć, że różnego rodzaju napięcia emocjonalne, przedłużające się stresy na pewno nie sprzyjają dobremu stanowi serca. To jeden z czynników związanych z chorobami serca, np. chorobą wieńcową.

Dzisiejszym naszym tematem jest migotanie przedsionków. Zanim przejdziemy do tego schorzenia przyda się wyjaśnienie, co to takiego te przedsionki?

Serce ludzkie zbudowane jest z czterech jam. Najważniejsze dwie to są komory: lewa i prawa. Do komory lewej wchodzi lewy przedsionek, a do prawej – prawy. Przedsionki mają znaczenie w napełnianiu się komór i pracy serca, sprawnym transportowaniu krwi z serca do wszystkich organów ciała.

Co się dzieje podczas migotania przedsionków?

Migotanie przedsionków to rodzaj zburzenia rytmu serca, w którym dochodzi do elektrycznego chaosu, bałaganu w przedsionkach. Przedsionki przestają się sprawnie kurczyć, przez co gorzej napełniają się komory serca i krążenie nie jest tak wydolne, jak było przy rytmie prawidłowym. Ten rytm prawidłowy nazywamy rytmem zatokowym. Migotanie przedsionków to istotne zaburzenie rytmu i nie jest, jak się kiedyś uważało, wcale takie niewinne. To poważna choroba, którą trzeba koniecznie wykrywać i leczyć.

W normalnych warunkach jak serce przepompowuje krew, jak ona krąży?

Krew wpływa do serca żyłami, przepływa przez przedsionki, następnie komory i przepływa do dużych naczyń tętniczych, potem coraz mniejszych i w ten sposób następuje ukrwienie wszystkich ważnych narządów, takich jak np. mózg, ale też narządów w klatce piersiowej, jamie brzusznej. Zdecydowanie bez, choćby minimalnie wydolnego serca, nie da się żyć, podobnie jak bez sprawnego funkcjonowania mózgu. Natomiast migotanie przedsionków wprowadza tutaj osłabienie serca. Objawia się nierównym biciem. To jest najbardziej charakterystyczny objaw, który mogą u siebie zauważyć pacjenci: nierówne bicie serca. Mówi się o tym palpitacje czy kołatanie serca. Pacjent jest zwykle wtedy także osłabiony, ma zawroty głowy, czasem odczuwa bóle w klatce piersiowej albo duszność. Jego wydolność wysiłkowa spada.

Każdy z nas może poczuć takie kołatanie, bicie serca przy większym wysiłku, np. podbiegnięciu do autobusu. Ale wtedy nie jest to czymś niepokojącym?

Kiedy biegniemy czy wykonujemy jakiś wysiłek, odczuwamy kołatanie, ale jest to miarowe, szybkie bicie serca. Natomiast przy migotaniu przedsionków to bicie jest niemiarowe, chaotyczne. Można to sprawdzić np. badając sobie tętno, jeśli ktoś umie, na tętnicy na nadgarstku. Kiedy jest ono niemiarowe, nasuwa się podejrzenie, że to może być migotanie przedsionków. Także aparat do mierzenia ciśnienia może pokazać arytmie. Wtedy warto jak najszybciej udać się do lekarza, bo migotanie przedsionków może grozić poważnymi konsekwencjami.

Co może predysponować do tego, że przedsionki przestają spełniać swoją funkcję, ich normalny rytm przyspiesza w sposób niekontrolowany?

Na chorobę wpływ ma przede wszystkim podeszły wiek. To choroba ludzi w starszym wieku. Mniej więcej 1 proc. populacji może mieć migotanie przedsionków, ale jest ono zdecydowanie częstsze po 60 roku życia, a najczęstsze po 80 roku życia. Nawet co 4. osoba po 80 r.ż. może mieć migotanie przedsionków i nie zawsze o tym wie. Po drugie, im więcej chorób towarzyszących jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby tarczycy, wady zastawki, tym większe ryzyko migotania przedsionków. Dlatego naszą rolą, jako lekarzy, jest skuteczne leczenie tych chorób, które leżą u podłoża migotania przedsionków. Czyli skuteczne leczenie cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, chorób tarczycy, hipercholesterolemii. I zachęcanie do prowadzenia tzw. zdrowego trybu życia.

Właśnie, z punktu widzenia kardiologa, co kryje się za tym pojęciem zdrowego trybu życia? To jest dość szerokie pojęcie.

To szerokie pojęcie, o którym słyszymy zewsząd. Po pierwsze to tzw. zdrowa dieta, zawierająca mało tłuszczów zwierzęcych, a dużo warzyw. Druga rzecz to ruch, jak marsze, pływanie, jazda rowerem. Trzeba też unikać przewlekłego stresu, nie nadużywać alkoholu, nie palić papierosów. To rzeczy banalne, znane, ale wiemy jak trudno zastosować się do tych zaleceń.

Czyli nie da się tego schabowego nawet co jakiś czas zjeść, tylko ciągle same warzywa?

Myślę, że na schabowego od czasu do czasu można sobie pozwolić. Do wszystkiego trzeba podchodzić z rozsądkiem. Oczywiście wszystko zależy też od tego, jakie choroby pacjent ma i jakie wartości cholesterolu czy ciśnienia są naszym celem. Najpierw w życiu człowieka mamy do czynienia z czynnikami ryzyka, a potem pojawiają się choroby takie jak : cukrzyca, nadciśnieniowemu miażdżycy, które predysponują do wystąpienia migotania przedsionków.

Miażdżycy w sercu i naczyniach to skąd się bierze? Mamy na to jakiś wpływ, czy musimy się zgodzić, że z wiekiem nasze naczynia ulegają zmiażdżycowaniu?

Mamy na to wpływ i powinniśmy nad tym wszyscy pracować. Bo wielkie nakłady, które w skali światowej idą na leczenie miażdżycy, czyli wszczepiane stenty, operacje serca, mniej dają ludzkości niż nasze własne dbanie o zdrowie w skali mikro. Każdy powinien zadbać o swój organizm, to najbardziej efektywne, wydajne i skuteczne. Tu znowu wracamy do czynników ryzyka, które wpływają na coś, co nazywamy śródbłonkiem. Ten śródbłonek to wewnętrzna warstwa, która wyściela naczynia wieńcowe, które biegną na powierzchni serca. Zdrowy tryb życia wpływa na dobrostan śródbłonka. Od zaburzenia funkcji śródbłonka zaczyna się całe zło, które nazywamy miażdżycą.

Ważny jest ruch. Ile tego wysiłku dla przeciętnego człowieka powinno być? To udział w półmaratonie czy wystarczy piechotą pójść po zakupy do sklepu?

Są wytyczne dotyczące wysiłku fizycznego. Okazuje się, że, to potrzebujemy ok. 5 godzin tygodniowo wysiłku na umiarkowanym poziomie, czyli między pół godziny a 45 minut dziennie codziennie. Liczy się też systematyczność, nie tylko czas trwania wysiłku. Moim zdaniem każda aktywność fizyczna w pewnym sensie się sumuje, czyli warto dalej zaparkować samochód czy nie korzystać z windy. Ale towarzystwa kardiologiczne zalecają wysiłki, które są ciągłe. Np. wysiłek, który trwa pół godziny jest na pewno wysiłkiem właściwym. Polecamy głównie marsze, marszobiegi, pływanie, jazdę rowerem.

Kiedyś nasz gość, kardiolog, prof. Włodzimierz Musiał zalecał „psa na receptę”.

To bardzo dobra rzecz, bo „wyciąga” człowieka z mieszkania, każe spacerować. Pies łagodzi obyczaje, daje dużo radości, nieraz niweluje stres u pacjentów kardiologicznych, którzy są często starsi, samotni. Te spacerki odgrywały też pozytywną rolę w czasie pandemii, gdy ludzie byli izolowani, kontakty były ograniczone. Pies nieraz okazywał się ratunkiem.

Wracając od migotanie przedsionków. Gdy zaczynamy odczuwać niepokojące objawy, czyli to kołatanie, przyspieszone bicie serca, czy wystarczy teleporada lekarza rodzinnego?

Zwrócenie się do lekarza rodzinnego to prawidłowy ruch. Na pewno nie może to być wizyta przez telefon. Lekarz ma bowiem obowiązek zarejestrowania migotania przedsionków w badaniu ekg, by rozpocząć leczenie. Dlatego, że leczenie migotania przedsionków jest poważne. To leczenie przeciwkrzepliwe, które prowadzi do istotnego rozrzedzenia krwi. Poza tym dochodzi leczenie przeciwaritmiczne. Takiej diagnozy nie można postawić przez telefon.

Lekarz rodzinny potwierdza migotanie przedsionków w badaniu ekg. Co dalej czeka pacjenta?

Pierwsze rozpoznanie migotania w ekg wymaga dalszych badań. Szukamy przyczyny migotania, a więc sprawdzamy, czy pacjent nie ma nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, wady serca. Za tym idą inne badania diagnostyczne, jak echo serca, prześwietlenie klatki piersiowej, zbadanie poziomu cukru, hormonów tarczycy. Bardzo ważna jest wizyta lekarska, rozmowa, badanie, która ujawni przyczynę i pozwoli postawić prawidłową diagnozę i ustalić dalsze postępowanie.

Kiedy lekarz rodzinny kieruje pacjenta do kardiologa?

Kompetencje lekarza rodzinnego są duże i może on rozpocząć leczenie antyarytmiczne i przeciwkrzepliwe. Jednak musi się upewnić, czy to migotanie przedsionków nie jest manifestacją jakiejś poważnej wady serca czy niewydolności serca. Dlatego pacjenci kierowani są do kardiologów, by się upewnić i przeprowadzić np. badanie echokardiograficzne, co jest wstępem do kwalifikacji pacjentów do leczenia tabletkami albo leczenia zabiegowego, czyli tzw. ablacji.

Co daje badanie echokardiograficzne serca?

To badanie pokazujące funkcję serca jako całości, rozmiar lewego przedsionka. Może też pokazać coś, co jest groźne w migotaniu przedsionków, a mianowicie zakrzep. Migotanie przedsionków jest bowiem groźne dlatego, że w zakamarkach lewego przedsionka, w tzw. uszku, mogą w czasie migotania tworzyć się zakrzepy, które z prądem krwi mogą być wypychane i niestety często wędrują do głowy, powodując udary niedokrwienne mózgu, o czym Pan Profesor, jako specjalista neurolog od udarów mózgu, wie najlepiej.

Rzeczywiście, migotanie przedsionków i powstający zakrzep jest bardzo częstą przyczyną udaru – to 15 proc. przypadków. Trafiają do nas pacjenci z niedowładami, zaburzeniami widzenia, mowy i nie wszystkim udaje się pomóc, cofnąć objawy. Część deficytów neurologicznych mimo leczenia pozostaje. Dlatego warto wiedzieć jak uniknąć migotania, jakie wdrożyć leczenie, by nie było takich powikłań w postaci udaru mózgu, którego leczenie mocno obarczone ryzykiem niepowodzenia. Co więc zrobić, gdy taki epizod w postaci migotania przedsionków dzieje się np. wieczorem, czy w dzień wolny. Na ile istotny jest czas, kiedy zgłosimy się do lekarza rodzinnego?

Kiedy wystąpi kołatanie serca, trzeba dostać się do specjalisty. Może nie jest to kwestia minut, czy pół godziny, ale trzeba zobaczyć się z lekarzem w najbliższym możliwym czasie, najlepiej tego samego dnia, by sprawdzić, czy występuje migotanie przedsionków. Lekarz może rozpocząć wtedy terapię, która uchroni nas przed powikłaniem, jakim jest udar niedokrwienny mózgu. Gdy wdrożone jest leczenie przeciwkrzepliwe, pacjent może czuć się stosunkowo bezpiecznie, bo napady migotania czy utrwalona arytmia nie grożą mu już udarem niedokrwiennym ani zatorom do innych narządów czy układów. To leczenie daje ochronę i jest podstawowym leczeniem w migotaniu przedsionków. Drugi rodzaj leczenia, który bardzo pomaga pacjentom, to wpływanie na objawy. Dysponujemy lekami antyarytmicznymi, które mogą zmniejszyć nieprzyjemne objawy jak kołatanie serca, duszność, bóle. I trzecia bardzo ważna rzecz – lekarz będzie zajmował się też podłożem, przyczyną migotania przedsionków. Czyli zajmie się leczeniem cukrzycy, nadciśnienia tętniczego,

schorzeń tarczycy czy diagnozowaniem wady serca. Każdy etap leczenia jest tu bardzo ważny, aby ulżyć w objawach i wydłużyć życie pacjenta.

Leczenie przeciwkrzepliwe jest bardzo istotne w migotaniu przedsionków. Pacjenci często mają jednak wątpliwości, bo np. przyjmując leki trzeba robić badania krwi systematycznie albo przyjmują aspirynę, a ona podobno nie działa. Co można powiedzieć wtedy pacjentowi?

Według wszelkich standardów leczenia pacjent jest obecnie w centrum decyzyjnym, to partner lekarza, który decyduje o możliwościach leczenia. Pacjent może mieć różne obawy, musimy przedstawić mu wszystkie możliwości leczenia i co się pod tym kryje. Ta antykoagulacja, czyli leczenie przeciwkrzepliwe, to była kiedyś aspiryna. Ale dziś już wiemy na podstawie dużych, ważnych badań, że aspiryna nie spełnia żadnej roli w zapobieganiu udarom niedokrwinnym, nie jest potrzebna w migotaniu przedsionków. Natomiast to, co powinniśmy stosować, to leki rozrzedzające krew. Przy lekach starszej generacji, jak warfaryna, acenokumarol, które są antagonistami witaminy K, trzeba sprawdzać stopień rozrzedzenia krwi, i w zależności od tego dobierać dawkę leku. Ale od 11 lat mamy nowe leki przeciwkrzepliwe, są one znacznie bezpieczniejsze od leków starej generacji, a niektóre skuteczniejsze. Ja polecam właśnie te leki nowej generacji. Mają one jedną, podstawową wadę – są droższe od tych starszych. Ale to skuteczna ochrona przed udarem i zatorami. Właściwie każdy pacjent z migotaniem przedsionków, który przekroczył 65 r.ż. powinien być leczony przeciwkrzepliwie. A im starszy pacjent i więcej chorób towarzyszących, tym większe ryzyko udaru i tym bardziej trzeba się przyłożyć do tego, by wyjaśnić mu cel leczenia i wdrożyć leczenie przeciwkrzepliwe.

Pacjent z migotaniem przedsionków staje często przed dylematem, czy poszukiwać pomocy, aby przywrócić rytm zatokowy czy pogodzić z niemiernym biciem, przyjmować leki rozrzedzające krew?

Stanowisko towarzystw kardiologicznych jest takie, że zazwyczaj umiarawiamy każdy pierwszy napad, który się przedłuża. Dajemy sercu szansę. Zwykle umiarawiamy pacjentów co najmniej kilka razy. Robimy to albo przy pomocy kroplówek, albo kardiowersji elektrycznej, kiedy płytko pacjenta znieczulamy i umiarawiamy go przy pomocy prądu. Brzmi to groźnie, ale pacjent tego nie czuje. To zabieg niebolesny, skuteczny, który właściwie nie daje istotnych powikłań. Ale to, czy umiarawiamy pacjenta do skutku zależy też zwykle od tego, czy pacjent ma przykre objawy. Zwykle wtedy sam chce, aby migotanie usunąć z jego życia. Natomiast pacjenci, którzy nie odczuwają przykrych objawów, nie będą mocno zabiegać o rytm zatokowy. Decyzja co do umiarawiania zawsze podejmowana jest wspólnie: lekarz, pacjent, jego rodzina, opiekunowie.

Przy utrwalonym migotaniu przedsionków, jakie jeszcze leki oprócz przeciwkrzepliwych pacjent przyjmuje?

Często migotanie przedsionków łączy się z kołataniem serca. Rolą lekarza jest ulga w tych objawach, czyli zwolnienie tego szybkiego bicia serca, by pacjent żył w jak największym komforcie. Takie napady migotania dają bowiem niski komfort życia. Pacjent szuka wtedy pomocy na SOR, w gabinecie lekarskim.

Czasem mówi się o trzepotaniu przedsionków, czy to jakaś odmiana migotania?

Trzepotanie przedsionków to też zaburzenie rytmu, ale ma inną naturę. Często nie daje niemiernego bicia serca, jest jeszcze trudniejsze do rozpoznania, może być równie groźne, jeśli chodzi o powikłania, jak udar i zakrzepy. Dlatego obowiązują te same zasady leczenia przeciwkrzepliwego.

Jakie jeszcze mogą być powikłania migotania przedsionków?

Migotanie przedsionków osłabia serce i przyczynia się do rozwoju niewydolności serca. Przedsionki nie kurczą się i nie dopełniają komór jak powinny, i mniejsza ilość krwi jest wypychana do aorty. Pacjenci mogą być osłabieni, mogą nie móc wykonywać zwykłego wysiłku. Te nie tylko palpacje, ale też duszność czyli gorszy komfort życia.

Czy pacjentom z migotaniem można dać jakąś złotą receptę na funkcjonowanie?

Jak ktoś zauważy u siebie niemiernie bicie serca, palpacje, gdy przypadkowo zbadane tętno czy aparat do mierzenia ciśnienia wskażą arytmie, należy zwrócić się do lekarza pierwszego kontaktu czy kardiologa albo internisty. Właściwe rozpoznanie jest kluczowe, by rozpocząć leczenie. Leczenie przeciwkrzepliwe jest najważniejsze, ale też leczenie objawów oraz leczenie przyczyny także są ważne. Pacjent ma wtedy mniej napadów, albo trwają one krócej, albo przerwy są dłuższe. Pacjentom możemy zaoferować leczenie i farmakologiczne i zabiegowe, czyli ablację.

Uszko przedsionka – co to za struktura? Możemy jakoś zapobiegać zastojom w tym miejscu?

To taka miła nazwa pewnego zakamarka w górnej części przedsionka w sercu, które jest wąskiego kształtu. Tam wpływa krew i wypływa. Jeśli rytm jest prawidłowy, to uszko sprawnie się opróżnia i nie sprawia żadnych problemów. Kiedy przedsionek przestaje się kurczyć, dochodzi tam do zastoju krwi i mogą tworzyć się zakrzepy. Nie wiadomo do końca po co to uszko jest w sercu. Prawdopodobnie potrzebne jest po to, aby zwiększyć objętość przedsionka. Ale w przypadku migotania, może być groźnym miejscem tworzenia zakrzepów. Nowoczesna medycyna zabiegowa, przynosi nowe techniki. Oprócz ablacji, która może przy pomocy ciepła lub zimna izolować miejsca, gdzie rodzi się migotanie przedsionków, jest też metoda polegająca na zamykaniu uszka lewego przedsionka. To jest bardzo dobre rozwiązanie dla osób, które z różnych względów nie mogą być leczone przeciwkrzepliwie. Np. ktoś miał wylew krwi do mózgu, czyli udar krwotoczny i nie może być leczony przeciwkrzepliwie, warto zatkać uszko lewego przedsionka. Do tego mamy różne urządzenia, które przezskórnie implantujemy, zatykamy to miejsce i powodujemy, że w tym miejscu zakrzepy więcej nie mogą się wytwarzać.

Jesteśmy w dobie pandemii Sars Cov-2. Czy w przypadku kardiologii też obserwujemy powikłania z tym związane?

Są dwa rodzaje ofiar Covid-19. To ci pacjenci, którzy zachorowali na Covid, a wiadomo, że im więcej pacjent ma chorób kardiologicznych, i jest starszy, tym ciężiej przechodzi Covid-19. Mamy też pośrednie ofiary pandemii – czyli pacjentów, którzy z powodu strachu przed zakażeniem w porę nie zgłaszali się do lekarza i nie mieli postawionej diagnozy. Co najgorsze u niektórych wystąpiło to najgroźniejsze powikłanie, jakim jest udar. Niektórzy pacjenci nawet z objawami udaru opóźniali kontakt z lekarzem, wezwanie karetki czy udanie się na SOR, byle uniknąć ryzyka zakażenia wirusem SARS-Cov-2. A w takich przypadkach, nawet mimo pandemii, nie wolno czekać.

Podsumowując chciałabym jednak zakończyć optymistycznie. Pamiętajmy, że z migotaniem da się żyć i można żyć długie lata, pod warunkiem właściwego leczenia.



prof. dr hab. n. med. Anna Tomaszuk-Kazberuk

8. Nowotwory płuc w dobie pandemii

prof. dr hab. n. med. Robert Mróz

Panie Profesorze, czy w dobie pandemii udaje się czasami pośpiewać?

Tak, nawet przedwczoraj byłem w studiu w Warszawie, wsiadłem w samochód po pracy w klinice, nagrałem ciekawą – myślę – piosenkę. Potem o godz. 5 wsiadłem w samochód i o 8 byłem w pracy.

O czym jest ta piosenka, jeśli to nie tajemnica?

O miłości, która się miała nie zdarzyć. Piosenka nie jest pisana przeze mnie. Mogę zdradzić, że zostałem zaproszony na płytę Marka Dyjaka i zaśpiewałem w duecie z bardzo znaną postacią w świecie muzyki i filmu, ale tego już nie zdradzę.

O muzyce można by pewnie długo rozmawiać. Ale nasza codzienność zmodyfikowana została przez pandemię, która przetacza się przez cały świat. W dobie koronawirusa inni pacjenci giną, nie docierają do lekarzy. Jednym z takich problemów, który został przez pandemię zaniedbany, są chyba schorzenia nowotworowe płuc?

Tak to prawda. To z czym mierzymy się już półtora roku, czyli covid, wywarł wpływ na to, że pacjenci z rakiem płuca, mam wrażenie, zostali zapomniani przez system i świat. Trudno się dziwić, że skupiliśmy się na walce z koronawirusem, ale to, co wydarzyło się u pacjentów z rakiem płuca, nie ma precedensu. Ci ludzie przez wiele miesięcy pozostawali w domach, z nowymi dla nich dolegliwościami, takimi jak kaszel, zmiana charakteru kaszlu, postępująca duszność, krwioplucie, nawracające infekcje układu oddechowego. Z różnych powodów nie zgłaszali się do lekarza, bądź zgłaszali się do lekarza pierwszego kontaktu i natrafiali na teleporady, których skuteczność w tym przypadku jest bliska zeru. I tak przez wiele miesięcy tacy pacjenci pozostawali w domach, a nowotwór rósł.

Co to za choroba rak płuca?

Rak płuca to nowotwór złośliwy układu oddechowego. Najczęściej z komórek nabłonka dróg oddechowych oskrzeli, ale również z pęcherzyków płucnych, rozwijają się komórki nowotworowe, które „uciekły” spod nadzoru immunologicznego. Otóż w naszym organizmie codziennie toczy się walka między nowo powstającymi nowotworami, w takim bardzo, bardzo wczesnym stadium, a tzw. nadzorem immunologicznym, czyli naszym układem odpornościowym, który pilnuje, aby te komórki nowotworowe nie mogły się rozwijać i na tej bardzo wczesnej fazie zakończyły swoje życie. Sprawny układ immunologiczny powoduje, że nowotwory nie rozwijają się. Natomiast gdy dochodzi do upośledzenia tego nadzoru, np. w przewlekłej depresji, w przewlekłym osłabieniu odporności, np. u osób, które są w podeszłym wieku, mają liczne choroby współistniejące, ten układ immunologiczny może zawodzić. Wtedy z własnych komórek organizmu – w tym przypadku w układzie oddechowym – rozwija się nowotwór i to on powoduje te dolegliwości, o których wspominałem. A mianowicie pojawienie się u palaczy innego kaszlu, niż ten zwykły odkrztuśny poranny, albo pojawienie się przewlekłego kaszlu u osób niepalących, to też postępująca duszność, nawracające infekcje układu oddechowego. Mały guzek zamyka oskrzela, wokół niego tworzy się środowisko sprzyjające rozwojowi bakterii, co powoduje, że rozwija się niewielkie zapalenie. Objawem może być niewielka zwyżka ciepłoty ciała, niewielki kaszel. Im większy guz, tym rozmiar zapalenia jest większy. Wtedy zwykle z objawami typowo zapalnymi pacjent zgłasza się do lekarza pierwszego kontaktu. Lekarz, szczególnie jeśli jest to teleporada, rozpoznaje infekcję układu oddechowego, nie myśli o nowotworze. Podaje antybiotyk, jeden, drugi, co powoduje przejściową poprawę, bo antybiotyk działa na bakterie. Ale nie działa na ten rozwijający się guz, a więc jest tylko kwestią czasu, kiedy pojawi się kolejna infekcja i z taką kolejną infekcją pacjent znowu idzie do lekarza pierwszego kontaktu, znowu otrzymuje kolejny kurs

antybiotykowy. Rekordziści z rozwijającym się nowotworem potrafili nie zgłaszać się do specjalisty nawet przez 6-9 miesięcy.

Brzmi to dramatycznie. Jak częste jest to schorzenie w naszej populacji? Ilu Podlasiaków choruje na raka płuca?

Zapadalność w całej Polsce to 23 tys. nowych przypadków rocznie, więc możemy mówić u nas o ok. 2 tys. nowych pacjentów. Niestety, śmiertelność jest podobna. Tyle samo pacjentów umiera, a szacuje się, że to nawet są liczby wyższe, choć to trudno wytłumaczyć.

Powtórzmy więc, jakie objawy powinny nas zaniepokoić? Kiedy nie zadawać się teleporadą, domagać się badań dodatkowych?

Gdy mamy uporczywy, zazwyczaj suchy kaszel lub zmianę charakteru kaszlu. Również ból w klatce piersiowej, postępująca duszność, nawracające infekcje układu oddechowego, które tylko przejściowo ulegają poprawie. Niezwykle ważne jest, by domagać się od lekarza wykonania zdjęcia rtg klatki piersiowej, bo nawet gdy w badaniu przedmiotowym rozpoznamy zapalenie płuc, nie możemy wykluczyć rozwijającego się nowotworu. Tym pierwszym ogniwem rozstrzygającym, skłaniającym do dalszej diagnostyki w kierunku raka płuca, jest zdjęcie rtg płuc. To badanie proste, dostępne, wystarczy tylko uzyskać skierowanie i je wykonać.

Czy niewielka ilość krwi w plwocinie powinna nas zaniepokoić?

Tak, krwioplucie może być wczesnym objawem raka płuca. Wtedy, zazwyczaj myjąc zęby i odpływając, osoba już chora stwierdza takie charakterystyczne czerwone kropki bądź żyłki na niezmięnionej plwocinie. To krwioplucie spowodowane jest porażeniem włosniczek, czyli drobnych naczyń krwionośnych, przez rozwijający się nowotwór. Tak też może się dziać w infekcji wirusowej, dlatego każde krwioplucie powinno skłaniać do zgłoszenia się do lekarza pierwszego kontaktu lub specjalisty. Jak krwioplucie jest bardziej masywne, gdy widoczna jest już jasna krew w plwocinie, to jest to objaw już późnego raka płuca. To tzw. krwioplucie z nadżarcia, czyli kiedy nowotwór nadżera naczynie krwionośne.

A jak jest z wydolnością, sprawnością czy tolerancją wysiłku u pacjentów?

Na nowotwory płuc najczęściej chorują palacze, którzy zwykle chorują też na POChP, czyli przewlekłe zapalenie oskrzeli i rozedmę płuc. I ta choroba powoduje, że u pacjentów jest upośledzona wydolność układu oddechowego, wydolność fizyczna. Natomiast rozwijający się rak upośledza wydolność dopiero w późnej fazie, gdy pojawiać się może wysięk w jamie opłucnowej, gdy nowotwór zajmuje już dużą objętość układu oddechowego. Ale zazwyczaj ta upośledzona wydolność wiąże się z leżącą u podstaw raka płuca odytoniową POChP.

Trafiamy do lekarza, robimy zdjęcie rtg płuc. Co dzieje się dalej przy podejrzeniu choroby nowotworowej?

Dzisiaj w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku dysponujemy naprawdę bardzo dobrą aparaturą, bardzo dobrym know-how, czyli systemem Lung Cancer Unit, który powoduje bardzo szybką ścieżkę diagnostyczną, pozwalającą nam na pełne rozpoznanie oraz ustalenie rodzaju i przygotowanie do leczenia pacjenta między 5 a 10 dniem od zgłoszenia się. To jest naprawdę duże osiągnięcie organizacyjne, logistyczne. Skupiamy dzisiaj wszystkich specjalistów zajmujących się leczeniem raka płuca w LCU w USK. To jest coś, z czego bardzo się cieszymy. Rak płuca jest chorobą koszmarną, ale zależy nam bardzo na wczesnym rozpoznaniu, bo tylko zabieg operacyjny, do którego może dojść tylko we wczesnej fazie nowotworu, pozwala nam na pełne wyleczenie pacjenta, usunięcie doszczętne nowotworu z układu oddechowego. Tylko wtedy rokowanie co do życia jest najlepsze. A gdy pacjent zgłasza się do nas w późnym stadium, w fazie rozsiania choroby, możemy już tylko zastosować leczenie paliatywne, a nie radykalne.

Jakie badania dodatkowe czekają pacjenta w trakcie diagnostyki, konsultacji w ramach Lung Cancer Unit?

Przede wszystkim obrazowanie, czyli tomografia komputerowa klatki piersiowej, tzw. PET CT, czyli pozytonowa emisyjna tomografia komputerowa, która pozwala na bardzo precyzyjne

zlokalizowanie nowotworu i sprawdzenie, czy nowotwór się nie rozsiał, na sprawdzenie lokalizacji w całym ciele. To też usg jamy brzusznej, klatki piersiowej. Może też to być tomografia brzucha.

Drugą grupą są badania endoskopowe. Dzisiaj dysponujemy bardzo zaawansowanymi aparatami, jak videobronchoskopami, co pozwala nam na obrazowanie drzewa oskrzelowego, wejście głęboko do oskrzeli. Na końcu tych videobronchoskopów znajdują się sondy usg, które pozwalają nam na zastosowanie techniki obrazującej to, co znajduje się za ścianą oskrzeli. Jeszcze do niedawna mogliśmy oglądać tylko wnętrze oskrzeli. Dzisiaj możemy szukać guza lub zmienionych nowotworowo węzłów chłonnych. Pod kontrolą usg nakłuwamy cieniutką igiełką te podejrzane zmiany, aby uzyskać tkankę do badania histologicznego. Podstawą do rozpoznania jest obrazowanie pod mikroskopem. Bo określenie typu histologicznego raka płuca decyduje o rodzaju leczenia. Również tę tkankę kierujemy na zaawansowane badania genomiczne. W USK mamy też świetną pracownię genomiczną, gdzie określamy mutacje, które zachodzą w genach raka. Bo dziś mówimy o medycynie spersonalizowanej. Przygotowujemy leczenie „na miarę”, bardzo precyzyjnie dostosowane do typu i podtypu genetycznego raka płuca.

Wspomniał pan o zespole, który diagnozuje pacjenta. Kto wchodzi w jego skład oprócz kluczowych pulmonologów?

Wszyscy jesteśmy kluczowi: pulmonolog, radiolog, radioterapeuta, chirurg klatki piersiowej, onkolog kliniczny, patolog. Również dietetyk, psycholog kliniczny, koordynator konsylium. To wszystko są specjaliści, którzy pozwalają nam na podejmowanie decyzji w jednym miejscu i jednym czasie, dyskutować nad optymalnym leczeniem. Możemy też wspólnie dobierać ścieżkę diagnostyczną. Zwykle 80 proc. pacjentów to tzw. pacjenci typowi, gdzie mamy ustalone algorytmy postępowania. Natomiast gdy trafiają do nas chorzy bardziej skomplikowani, wtedy konsylium jest nieocenione.

Badania genomiczne dają nowe możliwości w planowaniu leczenia. To znak naszych czasów?

Tak, to XXI wiek. Jestem dumny, że w Białymstoku mamy takie laboratorium w Zakładzie Patomorfologii UMB, które niedawno uzyskało bardzo wysoki certyfikat jakości pozwalający na prowadzenie tychże badań genomicznych. Dlaczego to takie ważne? Jeszcze do niedawna opieraliśmy się tylko na typie histologicznym i wyróżnialiśmy podstawowe typy raka płuca: drobnokomórkowy i niedrobnokomórkowy. Dzisiaj to nie wystarcza. U tych pacjentów, których nie możemy zoperować, nie dysponujemy tylko chemioterapią, ale takimi metodami jak chemioradioterapia, immunoterapia. I te typy leczenia uzależnione są od rodzaju mutacji, które stwierdzamy w nowotworze, a te mutacje wykrywane są właśnie dzięki badaniom genomicznym. Cieszymy się, że mamy laboratorium w Białymstoku i możemy poznać wyniki badań w kilka dni, bo zależy nam na czasie. To nie jest tak, że rak rośnie wolno. Każdy dzień jest na wagę złota i tak jak wspominałem, naszym celem jest pełna diagnostyka między 5 a 10 dniem od zgłoszenia pacjenta.

Co predysponuje do nowotworu płuc? Wiemy, że kluczowe jest palenie papierosów i wszelkiego tytoniu. Wiadomo, że w dymie tytoniowym znajduje się ok. 2 tys. substancji toksycznych, jak elementy trutki na szczury. A jakie są jeszcze inne czynniki ryzyka?

Dym tytoniowy to jest to, czego boimy się najbardziej. Dzisiaj już nawet mówimy o 7 tys. szkodliwych, rakotwórczych substancji w nim się znajdujących. Jest to nie tylko palenie czynne, ale i bierne. Jak ktoś pali w domu, jego domownicy też są narażeni na dym tytoniowy, i nawet ci niepalący czynnie są w grupie ryzyka. Natomiast innymi czynnikami predysponującymi do zachorowania są te mające wpływ na naszą odporność, nasz nadzór immunologiczny, mianowicie niedożywienie, depresja, choroby przewlekłe, stres. W mniejszym stopniu wpływ ma narażenie zawodowe na substancje toksyczne, jak np. ołów. Przede wszystkim jest to jednak dym tytoniowy. Dlatego wszystkich palaczy namawiam do zgłoszenia się do specjalisty. Nawet jak ktoś wielokrotnie próbował rzucić palenie i bezskutecznie, proszę się nie zrażać. Proszę zgłosić się do specjalisty pulmonologa, my wiemy jak pomóc rzucić ten straszny nałóg.

A jak jest z wpływem na rozwój nowotworu płuc zanieczyszczenia środowiska? Jesteśmy u progu sezonu grzewczego, z kominów za chwilę zacznie wydobywać się dym o różnych zapachach.

Dobrze, że my możemy cieszyć zielonymi płucami Polski, nie mamy takiej atmosfery jak mieszkańcy Małopolski, Krakowa, okolic Żywca, bądź Chełma, ale w dalszym ciągu mamy wpływ na to, by powietrze było czystsze, szczególnie w okresie grzewczym. Już nie tylko palenie śmieci czy plastiku bardzo zanieczyszcza powietrze, ale też spalanie węgla, szczególnie węgla zasiarczonego, tego taniego. Zanieczyszczone powietrze to też istotny czynnik rozwoju chorób układu oddechowego, jak POChP, astma oskrzelowa i oczywiście nowotwór płuca.

Jakie możliwości terapeutyczne oferuje dzisiejsza nauka? Jak wygląda leczenie nowotworu płuca?

Dzięki najnowszym technikom endoskopowym i obrazowym możemy określić zaawansowanie nowotworu, co jest krytyczne dla planowania leczenia. Jeśli nowotwór jest w stadium zlokalizowanym, kwalifikuje się do zabiegu operacyjnego i dążymy do tego, by wszystkich pacjentów potencjalnie operacyjnych móc zoperować. Nie wszystkich udaje się zoperować, mimo nawet wczesnej postaci nowotworu, najczęściej z takiego względu, że choroby towarzyszące, jak POChP, poczyniły już takie spustoszenie w organizmie, że potencjalne usunięcie nawet niewielkiego obszaru objętości płuc razem z nowotworem jest niemożliwe, bo pacjent nie przeżyłby operacji. Jeżeli nowotwór już rozwinął się na tyle, że mówimy o tzw. chorobie rozsianej lub na tyle duży, że nacieka duże struktury klatki piersiowej i nie jest możliwe jego doszczętne usunięcie, sięgamy po inne techniki: radioterapię, chemioterapię i ostatnio immunoterapię. I metody skojarzone: radiochemioterapię przedoperacyjną, zabieg, immunoterapię. Możemy to leczenie zamiennie stosować. Dysponując profilem genetycznym nowotworu możemy planować precyzyjnie techniki, sposoby leczenia w sekwencjach następujących po sobie, co powoduje, że możemy powoli mówić o raku płuca jako o chorobie przewlekłej.

Jakie jest rokowanie w raku płuca?

Zależy od stopnia zaawansowania i typu histologicznego raka płuca. Jeżeli mamy do czynienia z niedrobnokomórkowym rakiem płuca – a tych jest najwięcej – we wczesnym, operacyjnym stadium, możemy mówić o dobrym rokowaniu, o pełnym usunięciu choroby z organizmu. Jeśli jest to wczesny nowotwór, zazwyczaj objętość usuwana z płuc jest też niewielka. Płuca niezmienione chorobowo mają bardzo duży zapas na wysiłek. Zdecydowanie najlepsze rokowanie jest wtedy, gdy możemy pacjenta zoperować i usunąć guz z płuc. Natomiast w przypadku tych technik skojarzonych: chemo-, radio- i immunoterapii, mówimy zwykle już o wydłużeniu życia i czas przeżycia takich chorych sięga tylko w niewielkim odsetku 5 lat.

Immunoterapia – co w niej jest takiego szczególnego, co daje pacjentowi?

Najpierw może parę słów o chemioterapii. Założenia chemioterapii polegały na tym, że substancje, które tam podajemy, niszczą tzw. szybko dzielące się komórki, jakimi są komórki nowotworowe. Ale takie są też np. komórki włosa, nabłonka przewodu pokarmowego. Dlatego chemioterapia nie jest leczeniem bardzo precyzyjnym, powoduje szereg działań ubocznych. Dziś mamy leki, które je minimalizują, ale chemioterapia dociera do całego organizmu i może mieć wpływ na funkcjonowanie ważnych dla życia organów. Natomiast immunoterapia opiera się na wspomaganiu układu immunologicznego. Nawet jak nowotwór wymknie się spod kontroli nadzoru immunologicznego, a wymknie się też dlatego, że nowotwór sam w sobie produkuje różnego rodzaju substancje blokujące układ immunologiczny. Immunoterapia ma przeciwdziałać tym blokadom, które powoduje w komórkach nowotwór. Przez podawanie przeciwciał w precyzyjny sposób walczymy z nowotworem na poziomie submolekularnym, czyli tym wewnątrzkomórkowym, przeciwdziałając tym efektom negatywnym, co powoduje, że nasze komórki odpornościowe zaczynają zwalczać nowotwór. To bardzo precyzyjne działanie, w odróżnieniu od chemioterapii, nie obciążone tak dużą ilością działań ubocznych. Odwracamy proces, powodujemy, że nasze własne komórki zaczynają walczyć z nowotworem.

I dotyczy to całego ciała. Jeśli mamy do czynienia z przerzutami odległymi, to nawet do mózgu, gdzie nie docierała nawet najbardziej agresywna chemioterapia, immunoterapia dociera. Nawet w nowotworach rozsianych mamy niewspółmierne efekty. Czas przeżycia pacjentów przy zastosowaniu precyzyjnej immunoterapii jest 3-5 letni, gdy przy chemioterapii czas przeżycia 2-letni był dużym osiągnięciem.

Czy przy diagnozowaniu covid, gdzie pacjenci trafiali do szpitala z powodu zaburzeń oddechowych, duszności i wykonywano im zdjęcia rtg, udawało się przy okazji wykryć nowotwory?

Tak, nawet kilka dni temu byli w poradni pacjenci, ozdrowieńcy pocovidowi, u których wykonywaliśmy badania kontrolne i niestety okazało się, że jakkolwiek covid wycofał się, to stwierdziliśmy, że mamy do czynienia z podejrzeniem rozwijającego się nowotworu. W większości dotyczy to palaczy.

Chcę zwrócić uwagę na jeszcze jedną sprawę. O ile dobrą rzeczą jest kierowanie pacjentów z kaszlem, krwiopluciem, nawracającymi infekcjami do specjalistów, tak niedobłą jest kierowanie na zdjęcie rtg lub nawet tomografię komputerową płuc osób, które łagodnie przechorowały covid, nie mają żadnych objawów. Te badania są wtedy niewskazane. Dzisiaj, gdy jeszcze mierzymy się z falą pacjentów pocovidowych, to tylko blokuje nasze poradnie. Wykonujemy te zdjęcia bezzasadnie.

Elementem, który upośledza naszą odporność, jest też stosowanie nieuzasadnione antybiotyków, które przyjmujemy na każde przeziębienie.

W pulmonologii, medycynie rodzinnej, antybiotyki to niezwykła broń, która zmieniła obraz medycyny, bez nich nie wyobrażamy sobie dzisiaj walki z szeregiem chorób, głównie infekcyjnych. Niemniej jednak, jest to broń obosieczna. Nadużywanie antybiotyków często spowodowane jest nieprawidłowym stosowaniem, np. podawaniem u osób w wieku dojrzałym antybiotyków uważanych dziś za nieskuteczne, co powoduje, że on nie pomaga, ale skutecznie zabija florę bakteryjną jelit.

Nie bójmy się antybiotyków, ale bójmy się ich nieprawidłowego stosowania.

Z naszej rozmowy wynika ważny wniosek, że powinniśmy wzmacniać naszą odporność. Jakie zalecenia ma tu pulmonolog?

Takie jak większość specjalistów: aktywność fizyczna, dobre odżywianie (bo otyłość to nie tylko odkładanie się tkanki tłuszczowej, ale ciężka choroba metaboliczna, która wpływa na odporność i funkcjonowanie całego organizmu). A także unikanie używek, niepalenie papierosów. Nie mówię tu nic szczególnego, ale wystarczy to zastosować.



prof. dr hab. n. med. Robert Mróz

9. COVID-19 szczepienia-pytania słuchaczy

prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak

Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii UMB, mieszcząca się przy ul. Żurawiej, jako pierwsza w regionie przyjęła pacjentów z COVID-19. Jak to wygląda z tej półtorarocznej perspektywy?

Pierwszy pacjent z COVID-19 trafił do kliniki w marcu ub. roku. I od tej pory nie było dnia, aby takich pacjentów nie było. Owszem w tej chwili jest ich mało i są to osoby łagodnie przechodzące chorobę, ale były okresy naprawdę ciężkie, gdzie praktycznie cała klinika była obłożona zakażonymi wirusem SARS-CoV-2 i co gorsza, bardzo często były to bardzo ciężkie przypadki. Były okresy, gdy nie było dnia bez zgonu albo dwóch. Zaczynałem dzień od telefonu do kliniki, jeszcze z drogi do pracy, rozmawiałem z lekarzem dyżurnym. Potem na odprawie, omawialiśmy każdego pacjenta, wypracowywaliśmy nowe metody postępowania. Co kilka dni spotykaliśmy się z szefami innych polskich Klinik on-line dzieląc się doświadczeniami. One znalazły potem odzwierciedlenie w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Prowadziliśmy analizy danych, obserwacje, efektów różnych sposobów leczenia. Na początku to było chaotyczne, bo nie było informacji w prasie fachowej, mieliśmy wyrywkowe doniesienia w internecie z Chin, potem z Lombardii. Nie były to jednak poważne artykuły czy opracowania badawcze, więc te metody trzeba było wypracować. Z czasem to nastąpiło.

Z tej prawie dwuletniej perspektywy można powiedzieć, które decyzje dotyczące kierunków leczenia, terapii były błędne? Pierwsze doniesienia z Chin były przecież bardzo enigmatyczne, że coś się dzieje w Wuhan, mamy do czynienia z zakażeniem, ale podchodzono do tego banalnie, bo w Chinach nie raz już był wirus, był Mers, Sars. Jak ocenia Pan ewolucję decyzji, podejmowanych w terapii Sars-Cov-2? Mieliśmy przecież różne leki, czasem decyzje były wręcz egzotyczne.

Pamiętam, 8 stycznia 2020 r. byłem w Madrycie na spotkaniu komitetu naukowego, który przygotowywał kongres Europejskiego Towarzystwa Chorób Zakaźnych i Mikrobiologii Klinicznej. Tam skupili się wszyscy eksperci z chorób zakaźnych i mikrobiologii klinicznej z Europy i nie tylko. Pierwszego dnia ktoś spytał, czy coś wiadomo o wirusie, którego wykryto w Chinach, padła odpowiedź, że na razie nie. Następnego dnia pojawiła się informacja, że to może być koronawirus. Czyli 8 stycznia czołowi europejscy eksperci z chorób zakaźnych nie wiedzieli jeszcze, co to jest i co z tego wniesie. Wracając do pytania. Trudno powiedzieć, czy decyzje wtedy podejmowane były błędne. Wtedy nie mieliśmy alternatywy. Pojawiła się informacja że lopinawir+rytonawir, znany pod nazwą kaletra może być skuteczny. To lek przeciwwirusowy, który był nam znany z terapii HIV. Mieliśmy go w aptece sporo, był pod ręką, bo był stosowany w profilaktyce u osób po ekspozycji i – już rzadziej – także u chorych. Zналиśmy jego ograniczenia, działania niepożądane, więc zaczęliśmy go stosować, z braku czegokolwiek innego. Potem pojawiła się chlorochina, więc też zaczęliśmy ją stosować. Wartość naukowa tych wszystkich doniesień była mizerna, ale innych nie było. Dziś wiemy, z perspektywy, że te leki nie miały prawa zadziałać.

Potem pojawił się pierwszy zarejestrowany lek, który przeszedł badania kliniczne, był wcześniej badany w Eboli, SARS-CoV-1, ale nie można było wtedy przetestować tego leku na dużych populacjach, bo tamte epidemie szybko wygasły. Szybko przeprowadzone badania kliniczne dowiodły, że lek może być skuteczny jeśli odpowiednio wcześniej się go poda. Zaczęliśmy go stosować. W międzyczasie zainicjowałem jako prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych projekt – SARSTer, który miał zbierać

dane z ośrodków w Polsce o sposobach leczenia i analizować schematy postępowania. Dzięki temu mamy własne badania nad remdesivirem i tocilizumabem kolejnym lekiem, który już w późniejszej fazie choroby jest stosowany. Wykazaliśmy też na własnych badaniach, że osocze ozdowieńców raczej nie jest tym, co nam pomoże, przynajmniej w takich stężeniach jakie otrzymujemy z RCKiK.

Teraz jesteśmy w takim momencie, że tych zachorowań jest stosunkowo mało, ale one na pewno będą, zwłaszcza w naszym regionie, gdzie poziom zaszczepienia jest niski. Możemy się pocieszać tym, że zagęszczenie ludności jest stosunkowo niewielkie, więc te ogniska, jakie będą się pojawiać, będą małe, ale na pewno będą, więc ludzie będą chorować i będą umierać. Jesteśmy teraz przygotowani, wiemy kiedy i jaki lek podać. Nie mówiąc już o szczepionce, która na szczęście przyszła dosyć szybko, jak na historię medycyny i uratowała życie milionom ludzi.

Przed nami zapewne czwarta fala pandemii. Tymczasem antycovidowcy, antyszczepionkowcy są zdania, że to spisek, snują różne teorie.

Przede wszystkim nie ma wśród antycovidowców nikogo, kto pracował w oddziale hospitalizującym pacjentów z Covid-19. Bo jak ktoś pracował na takim oddziale, to przekonał się, że ta choroba nie jest małą grypką. Że dzieją się tragedie ludzkie, stan człowieka zmienia się z godziny na godzinę. Że chory łąpie powietrze jak ryba wyjęta z wody. Ci, którzy sprzeciwiają się wiedzy o chorobie i którzy przeczą skuteczności, po prostu nigdy nie widzieli chorych, bo nie pracowali na takim oddziale. Nawet jeśli pominiemy badania kliniczne, które dowiodły skuteczności szczepień, dowód najlepszy na to, że szczepienie jest efektywne, ja i mój zespół widzimy na co dzień. Widzimy pacjentów, którzy chorują na COVID-19, ale nie byli zaszczepieni. Jeśli zdarzy się pacjent zaszczepiony, zwykle choroba ma łagodny przebieg chyba, że pacjent ma poważne obciążenia, które sprzyjają przełamaniu bariery odporności. Wiadomo, że szczepionka jest skuteczna w 90-95 proc., co i tak w historii medycyny jest najwyższym wskaźnikiem skuteczności szczepionki, więc pozostaje ten 5-10% margines, że ktoś zachoruje. Ale gros pacjentów to osoby niezaszczepione.

Jest rzeczą niepodlegającą dyskusji, że szczepienia uratowały ludzkość przed wieloma epidemiami, tragediami, nie widzimy już pacjentów np. z Heinego-Medina. Nie kwestionujemy szczepień. Pojawia się natomiast wątpliwość, lansowana też przez antyszczepionkowców, że badania nad szczepionką na covid zostały tak szybko przeprowadzone, że nie mamy wiarygodnych danych, że był zbyt krótki czas, na powstanie dobrej szczepionki.

To nieprawda. Technologia, na bazie której powstały te szczepionki, została opracowana już bardzo dawno temu. Nawet ta najnowocześniejsza mRNA, została opracowana ok. 20 lat temu. Problem polegał na tym, że nie było szansy by ją sprawdzić. Bo można ją było sprawdzić tylko w stanie zagrożenia epidemiologicznego. Jej konstrukcja jest na szczęście taka, że to platforma, na którą można ponakładać pewne struktury, które spowodują produkcję przeciwciał. Można te elementy wymienić. Istotą była właśnie ta platforma zasadnicza, która pozwalała przenieść do komórki materiał stymulujący produkcję swoistych antygenów, a te przeciwciał. Aby sprawdzić czy to zadziała w praktyce klinicznej trzeba było dużej epidemii. Próbowano tę technologię testować już 10 lat temu na Eboli, ale to było tylko kilka tysięcy zachorowań. Dopiero teraz, w momencie gdy pojawiła się taka duża liczba chorych, powstała możliwość przeprowadzenia ostatniego etapu badań. Ja dawno nie widziałem tak przekonujących wyników, opartych na tak dużych liczbach osób badanych – po kilkadziesiąt tysięcy przy każdej ze szczepionek, do każdego z ramion – gdzie ponad wszelką wątpliwość wykazano, że w grupie, która dostawała aktywną szczepionkę zachorowania były sporadyczne, a w grupie z placebo niestety liczba chorych rosła z upływem czasu. Nie można powiedzieć, że te badania były przeprowadzone zbyt szybko, bo to co się zdarzyło w ostatnim czasie to było zwieńczenie kilkudziesięciu lat badań. Pamiętajmy jeszcze o jednym. Nie dziwi nas to, że dzisiejszy smartfon ma taką moc, jaką jeszcze dziesięć lat temu miał duży komputer? Nie dziwimy się postępowi technologicznemu jaki dokonuje się z dnia na dzień w naszym życiu codziennym, a dziwi nas, że w medycynie zainwestowano duże pieniądze w zdrowie ludzkie i dokonano takiego skoku technologicznego?

Jak przebiega proces rejestracji szczepionki, zanim zostanie ona dopuszczona do użycia? Czy mamy potwierdzenie niezależnych badań, agencji, które dopuszczają ją do stosowania wśród ludzi?

Szczepionka jest analizowana jak każdy lek, który gdy pojawia się pierwszy raz po trzech fazach badań na rynku, to najpierw dostaje rejestrację tymczasową. Ja uczestniczyłem w wielu badaniach klinicznych, mam ponad 20-letnie doświadczenie badań klinicznych z lekami przeciwwirusowymi. Badaliśmy bardzo wiele leków, przeciw wirusowi HCV, HBV i HIV. Dzięki tym badaniom problem WZW zszedł na margines chorób zakaźnych, problem jest tylko w wykrywaniu, a w przypadku HIV przyjmowania leków przez całe życie. Każdy z tych wielu leków, który stawał się dostępny, dostawał najpierw taką rejestrację tymczasową, która pozwala na dalsze monitorowanie, ale już w praktyce klinicznej. To pozwala Europejskiej Agencji ds. Leków czy Amerykańskiej Agencji ds. Leków i Żywności na ciągły nadzór nad lekiem z możliwością błyskawicznego wycofania zgody. Mamy leki, przy których badania kliniczne trwają jeszcze 10 lat po zarejestrowaniu. Lek jest już normalnie dostępny, stosowany masowo u milionów chorych, a jednocześnie trwają badania nad odległymi efektami terapeutycznymi. Przecież oceny wpływu na długość życia nie da się przeprowadzić nawet w kilka lat. Jednocześnie z drugiej strony jeśli wykazano dobre efekty, czy etycznym będzie czekanie kilkadziesiąt lat na dalsze wyniki badań? Zarzut, że w przypadku szczepionki wydanie tymczasowej decyzji jest przejawem utrzymywania eksperymentu jest absurdem, bo takie postępowanie jest czymś typowym. Zresztą chyba czas skończyć tę dyskusję, bo pierwsza ze szczepionek uzyskała już pełną rejestrację. Agencje – europejska i amerykańska – stawiają sobie zawsze pytanie, czy korzyści przewyższają ryzyko. Jeśli ryzyko jest wyższe, niż korzyści, nie dadzą autoryzacji. W przypadku szczepionek przeciw COVID-19, gdy codziennie umierały tysiące ludzi, nie było wątpliwości, że te korzyści zdecydowanie przewyższają ewentualne ryzyko. Osobiście uważam, że agencje EMA i FDA czasem działają wręcz zbyt wolno dążąc do perfekcjonizmu.

Na rynku mamy kilka szczepionek. Czy te poszczególne preparaty różnią się? Którą z punktu widzenia eksperta najlepiej zastosować?

One różnią się technologią. Mamy dwie szczepionki w tej najnowocześniejszej technologii mRNA i te w technologiach bardziej konwencjonalnych. Życie pokazało, że szczepionki mRNA mają zalety, bo dają bardzo szybko wysoki poziom odpowiedzi, natomiast nie można wykluczyć, że te bardziej konwencjonalne dadzą dłuższy czas trwania odpowiedzi. Tego jeszcze nie wiemy. W momencie gdy każdy z producentów podejmował decyzję o uruchomieniu badań klinicznych, zakładał jakąś strategię. Większość firm przyjęła założenie, że dajemy dwie dawki szczepionki. Jedna z firm się wyłamała i postanowiła zastosować model jednodawkowy. Dzisiaj otrzymałem informację o wynikach badań, gdzie w szczepionce tej jednodawkowej po 8 miesiącach podano drugą dawkę. Okazało się że podanie w odstępie 8 miesięcy drugiej dawki powodowało tak silną odpowiedź, jaką obserwujemy teraz w badaniach klinicznych po trzeciej dawce w pozostałych szczepionkach.

Czekamy teraz na decyzję Europejskiej Agencji Medycznej i Amerykańskiej Agencji ds. Leków i Żywności, co do dawki przypominającej. Pojawiają się wątpliwości czy trzecia dawka nie jest przejawem dążenia producentów do mnożenia zysków. Na pewno nie jest to spis firm w odniesieniu do osób z deficytem odporności, którym ta dodatkowa, stymulująca dawka była potrzebna, bo zostało to potwierdzone już w badaniach.

Jakie jest uzasadnienie kliniczne tej trzeciej dawki?

Właśnie jest wiele szumu, a zapominamy, że to jest dosyć typowy schemat w szczepieniach w zwalczaniu chorób wirusowych. Taka najbardziej znana stosowana masowo szczepionka, przeciwko WZW typu B, jest właśnie trzydawkowa. Pierwsza dawka podawana jest po urodzeniu, potem po miesiącu i po 6 miesiącach. Pamiętam, że na początku tych szczepień, gdy przed laty zaczynało jej stosowanie u medyków zalecano, aby oprócz tych 3 dawek zasadniczego szczepienia, dawkę przypominającą podawać co trzy lata. Osobiście otrzymałem dwukrotnie dawki przypominające. Potem okazało się, że nie ma takiej potrzeby. Nie można wykluczyć, że i w przypadku COVID-19 tak będzie. Aczkolwiek teraz te agencje, o których

wspomniałem, analizując dane, co pozwoli na stwierdzenie, czy przeciętny obywatel, który przyjął podstawowe szczepienie, wymaga jeszcze tej dodatkowej.

Szczepienia są skuteczne, jak w takim razie wytłumaczyć obecną sytuację epidemiczną w krajach, które mają wysoki odsetek zaszczepionych, jak Izrael czy Wielka Brytania? To pionierzy w szczepieniach i obecnie w ilości zachorowań.

Te kraje są także pionierami w wyszukiwaniu zakażeń i testowaniu. My bardzo się emocjonujemy liczbami osób określanych jako zakażone. Ale to, co codziennie jest podawane, to nie są zakażenia, ale zidentyfikowane wyniki dodatnie. Wiele osób poddaje się testowaniu nie dlatego, że mają objawy choroby, ale dlatego że sytuacja ich zmusza do posiadania wyniku testu. Jeśli u nich wychodzi wynik dodatni to wcale nie oznacza choroby, a nawet zakaźności dla otoczenia.

Dlaczego w Izraelu nastąpił taki wzrost? Oni wprowadzili zasadę śledzenia każdego przypadku zakażenia, każdego wyniku dodatniego. Jak u kogoś stwierdzany jest wynik dodatni, są badani wszyscy z otoczenia w pracy i w domu. Jeśli wykonuje się tak dużo badań, nic dziwnego, że znajdzie się niejawnie klinicznie przypadki osób z dodatnim wynikiem. Istotne jest, by nie zwracać uwagi na wyniki dodatnie, ale na ilość zajętych łóżek. Bo w szpitalach lądują ci, którzy faktycznie są chorzy. To liczba osób hospitalizowanych de facto odzwierciedla intensywność epidemii. W Izraelu i Wielkiej Brytanii ta liczba hospitalizacji wzrosła znacznie łagodniej niż liczba zidentyfikowanych wyników dodatnich. Drugi istotny parametr to liczba zgonów. Krzywa zgonów w Izraelu i Wielkiej Brytanii jest też znacznie bardziej płaska niż była przy poprzednich falach i jest znacznie niższa od krzywej liczby przypadków.

Co rusz pojawia się nowa mutacja wirusa. Najpierw nazywano je od państw, gdzie stwierdzono pierwsze przypadki, potem zmieniono to na litery alfabetu greckiego. Jest tyle mutacji, że mówi się, że może zabraknąć tych liter. Dlaczego wirus tak mutuje?

To jest w naturze każdego wirusa, że ma bardzo intensywną zdolność reprodukcji. W każdym momencie reprodukcji jest ryzyko błędu kodu genetycznego. Te błędy kodu genetycznego to są właśnie mutacje, które odpowiadają za pojawienie się nowych wariantów. Te warianty mogą mieć inną charakterystykę epidemiologiczną np. większą zakaźność czy zmieniać obraz kliniczny. Czy ten wirus jest bardziej zmienny i częściej mutuje niż inne wirusy? Nie, bo przy takiej masowości, jaką obserwujemy, ta liczba wariantów, które odbiegają od wariantu pierwotnego z Wuhan jest znikoma. Pierwszy wariant, przy którym zaczęliśmy mówić, że coś się zmieniło, to gdy w Lombardii pojawił się wirus. Ale on nie powodował większej zakaźności i nie zmienił profilu choroby. Dopiero wariant brytyjski (alfa) okazało się, że ma większą zakaźność, co wzbudziło niepokój. Kolejny wariant – delta, też miał coś zmienić, ale okazało się, że wprawdzie zakaźność jest wysoka, ale nie zmieniło się nic w śmiertelności. Przeciwnie, w Indiach widzimy w tej chwili spadek liczby zakażeń. Przypomnijmy, że wirus grypy potrafi zmienić się diametralnie w ciągu jednego sezonu, tak że wymusza na nas konieczność zmian w strukturze szczepionek. SARS-CoV-2 przynajmniej na razie charakteryzuje się relatywnie małą zmiennością, nie aż taką jakiej się obawialiśmy. Mijają prawie dwa lata a nie stało się nic co w znaczący sposób przełamałoby odporność pochorobową czy uzyskaną za pomocą szczepień.

A najnowsze doniesienia – wersja kolumbijska, która jest podejrzana o to, że wymyka się szczepieniom?

Gdyby się wymykała szczepieniom, mielibyśmy jej propagowanie w całej Europie. A po pojawieniu pojedynczych przypadków ten wariant został zdominowany przez deltę. Zasada jest taka, że wygrywa w środowisku wirus mocniejszy, bardziej ekspansywny. Wcale nie wygra wirus, który jest bardziej zabójczy, bo on zabija gospodarza i nie będzie miał szansy się rozprzestrzenić. Tych wariantów powstaje codziennie setki, jak nie tysiące, na świecie. Mieliśmy przecież też wariant podlaski. To jest istotne wtedy, gdy ten wariant zaczyna wypierać dotychczasowy, a tak się nie dzieje. Dominujący na tę chwilę jest wariant delta.

Szczepienia chronią przed każdą mutacją? Czy jest niebezpieczeństwo, że pojawi się mutacja, przed którą szczepienia mogą nas nie zabezpieczyć?

Jest takie ryzyko, że nastąpi zmiana w strukturze wirusa, która doprowadzi do powstania wariantu omijającego częściowo odporność. Na pewno nie będzie to całkowita zmiana, bo wtedy mielibyśmy do czynienia z całkowicie nowym wirusem. Co to oznacza? Że nawet jeśli ulegniemy wtedy zakażeniu, to nie będzie to taki ciężki przebieg. Od dawna wiadomo, że szczepienia, nie eliminują całkowicie ryzyka zakażenia, one przede wszystkim redukują liczbę cząstek wirusa dostających się do organizmu, a przez to łagodzą przebieg choroby. Tutaj też to się sprawdza. Zmiana w strukturze wirusa musiałaby być diametralna i powodować takie zmiany fenotypowe wirusa, by doprowadzić do całkowitego omijania skuteczności szczepionki. Oczywiście jest możliwe zmniejszenie skuteczności neutralizacji przez przeciwciała. Właśnie dlatego może będziemy potrzebować więcej przeciwciał, czego może dostarczyć dawka przypominająca.

Jaka jest różnica między przechorowaniem a szczepieniem?

To jest bardzo dobre pytanie. Nad tym w tej chwili wszyscy pracują. Wiele wskazuje na to, że przechorowanie odpowiada pod względem ochrony, stymulacji układu odpornościowego, szczepieniu. Do tego stopnia, że były robione badania, gdzie po przechorowaniu stosowano jedną dawkę szczepionki normalnie dwudawkowej i parametry odpowiedzi immunologicznej były takie same, jak u tych, co dostali dwie dawki szczepionki. Te parametry swoistej odporności były bardzo podobne w tych grupach.

To dlaczego jak dostajemy paszport covidowy szczepienie daje nam nielimitowaną odporność, a przechorowanie na 180 dni?

To decyzje administracyjne, one nie zawsze muszą być oparte o wiedzę medyczną. Czasami jest to taki asekurantyzm z powodu braku konkretnych badań. Badania odporności po szczepieniu były prowadzone przez dłuższy czas, a te po przechorowaniu nie miały takiej dokładności.

Czyli możemy przyjąć, że przechorowanie jest równe szczepieniu?

Tak, ale udowodniono, że dodanie drugiej dawki wzmacniało i dawało taki poziom odporności jak pełny cykl szczepień. Czyli jednak po przechorowaniu warto się zaszczepić chociażby szczepionką jednodawkową. To bym uznał za optymalne postępowanie.

Pytanie słuchacza: Dlaczego redakcja przeprowadza wywiady mające na celu propagowanie preparatów niezbadanych, będących w fazie testów klinicznych, za których skutki uboczne nikt nie ponosi odpowiedzialności?

Argumentami antyszczepionkowców było zawsze to, że obie agencje: europejska i amerykańska, dały szczepionkom autoryzację tymczasową. Ale to już jest nieprawda. Niedawno amerykańska agencja, a lada moment także europejska, "zdejęły" tymczasowość z przynajmniej jednej szczepionki. A że nie widzimy różnic między profilem bezpieczeństwa poszczególnych szczepionek, jest kwestią czasu, że podobny los czeka pozostałe preparaty. Nie można więc powiedzieć, że to eksperyment. Już wspominałem, że badania nad szczepionkami trwały dziesięciolecia. Przeprowadzono doświadczenia, badania kliniczne na dziesiątkach tysięcy ludzi, potem było to potwierdzane w praktyce klinicznej. Chyba, że chcemy nazywać monitorowanie jakichkolwiek leków eksperymentowaniem. Wtedy nawet o aspirynie będziemy mówić, że cały czas jest w stadium eksperymentu bo producenci są zobowiązani monitorować i raportować działania niepożądane.

Pytanie od słuchacza: Dlaczego nie są poruszane kwestie zgonów i tzw. NOP-ów po szczepieniu, a jest bardzo dużo takich przypadków, np. zapalenie mięśnia sercowego, zakrzepica itd.

Działania niepożądane są wpisane w stosowanie leków, zarówno tych syntetycznych jak i tych stworzonych przez naturę. Np. ziołowa naparstnica potrafi zabić, nie mówiąc o wielu działaniach niepożądanych. Każdy lek ma wpisane w swoje działanie ryzyko działań

niepożądanych. Tylko zawsze trzeba mierzyć proporcje. Szacuje się, że ok. 40-50 proc. osób zgłasza po szczepieniu działania niepożądane, ale w większości są to działania, które można zaakceptować. To ból ramienia, zaczerwienienie, lekka gorączka. Ci, którzy je odczuwają, akceptują je. Oczywiście zdarzają się te bardzo ciężkie, łącznie z zagrażającymi życiu, np. u osób w wieku podeszłym, z zespołem tzw. kruchości, gdzie każdy incydent, nawet iniekcja soli fizjologicznej, może wyzwoić zagrożenie życia. Niestety, te przypadki zdarzają się ale w nieproporcjonalnie mikroskopijnych ilościach w porównaniu ze zgonami spowodowanymi COVID-19. Wspomniano o zapaleniu mięśnia sercowego. Tak może się zdarzyć, bo szczepionka stymuluje odpowiedź immunologiczną. Ale wirus tym bardziej taką reakcję powoduje, plus szereg innych działań, powodujących uszkodzenia wielonarządowe, a w tym mięśni sercowego, niewydolność oddechową, zniszczenie płuc, zaburzenia krzepnięcia i niestety śmierć.

Pytanie od słuchacza: Dlaczego nie zadajecie trudnych pytań odnośnie tego, że na dzieciach prowadzony jest eksperyment medyczny? W 8 placówkach w Polsce dzieci poddawane są tej terapii, co jest niezgodne z 39 artykułem Konstytucji

Z tego co wiem, ten zarzut został już dawno obalony, bo autorzy tej plotki nie byli w stanie wskazać tych placówek, gdzie stosowany jest ten „eksperyment” – chodzi zapewne o stosowanie szczepionek u bardzo małych dzieci. Bo stosowanie szczepionek u dzieci poniżej 12 roku życia ma miejsce, ale w ramach badań klinicznych, które prowadzimy na ludziach w przypadku bardzo wielu leków i od zawsze. W przypadku dzieci prowadzone są wyłącznie badania 3 fazy, gdy bezpieczeństwo leku nie budzi już wątpliwości, gdy lek, a w tym wypadku szczepionka była już stosowana u setek milionów dorosłych, a jedyna wątpliwość wymagająca wyjaśnienia to skuteczność u dzieci. Bez tych badań klinicznych nie mielibyśmy leków do leczenia dzieci, wiele z nich by zmarło, a ludzkość by wyginęła.

Pytanie od słuchacza: Dlaczego nie ma pytań, odnośnie takich leków jak amantadyna, iwermektyna, które pomagają w stu procentach?

W piśmiennictwie wiele miesięcy temu, gdy pojawiały się doniesienia o skuteczności kaletry, chlorochiny, były też doniesienia o skuteczności amantadyny. Warto dodać, że pierwotnie amantadyna była zarejestrowana jako lek przeciw grypie. Niestety szybko pojawiło się szereg mutantów odpornych na amantadynę, i dlatego nikt rozsądny nie stosował jej w leczeniu grypy. Potem znalazła zastosowanie w leczeniu objawów choroby Parkinsona. Doniesienia, na których opierają się zwolennicy amantadyny, to badania przeprowadzone na kilkunastu chorych, jedne w Polsce, drugie w Meksyku, którym podawano lek z powodu właśnie tej choroby i nie zachorowali. Ale to nie jest dowód na skuteczność przeciwwirusową. To najwyżej efekt prewencyjny, ale on wymagałby potwierdzenia w badaniach na tysiącach chorych. Czy mamy wierzyć wynikom obserwacji na kilkunastu osobach, a podważać wyniki badań na kilkudziesięciu tysiącach, jakie przeprowadzono przed rejestracją szczepionek?

Jedyna w miarę duża praca nad skutecznością amantadyny, przeprowadzona na około 300 chorych z Meksyku, udowodniła ponad wszelką wątpliwość skutecznością amantadyny. Wygląda na to że wiara w amantadynę tli się już tylko w Polsce, bo na świecie poza naszym krajem nikt nie prowadzi aktualnie badań klinicznych nad tym lekiem.

W Polsce dwa ośrodki badawcze prowadzą prace, ale jak do tej pory, nie dostarczyły dowodów na skuteczność amantadyny. Badacze mają problem ze zrekrutowaniem pacjentów. Wbrew szumowi, zwolenników nie jest tak dużo a przez to chętnych do udziału w badaniu nie ma wielu. Iwermektyna – to lek przeciwwrobaczy, który nigdy nie miał potwierdzonych właściwości przeciwwirusowych. Stosowano go w krajach trzeciego świata w początkach pandemii tak jak my lopinawir/rytonawir, bo był łatwo dostępny. Pojawiły się doniesienia z Indonezji, Indii, Pakistanu, Filipin. W USA była presja podobna do tej jaką mieliśmy w Polsce z amantadyną, więc przeprowadzono duże badanie, które udowodniło, że efekt był zerowy. Zresztą, to lek przeciwpasożytniczy, nie ma podstaw nawet teoretycznych do jego stosowania.

Pytanie od słuchacza: Dlaczego nie mówi się o tym, że mamy ponad 150 tys. nadmiarowych zgonów, nie na covid, spowodowanych brakiem dostępu do lekarza?

Oczywiście, że to jest prawda. Ta liczba może nie jest taka, bo wiemy o 70 paru tysiącach zgonów. Jak temu zaradzić? Nie dopuszczać do tego, żeby system opieki zdrowotnej ulegał paraliżowi przez jedną chorobą zakaźną. A jedynym skutecznym sposobem jest szczepienie.

Pytanie od słuchacza: Dlaczego nie ma pytań odnośnie fałszywych testów PCR, które pokazują wynik w zależności od ustawionych cykli. Jak to jest, że ktoś z rodziny ma wynik pozytywny, nie ma objawów, a inni domownicy mają wynik negatywny?

Tak może być, dlatego, że jedna osoba nie zakażyła pozostałych osób, chociażby dlatego że miały już odporność, a może dlatego, że wynik był fałszywie dodatni. To się zdarza. To jest medycyna, ona ma swoje ograniczenia. Tak jak nie mamy szczepionki o 100 proc. skuteczności, nie mamy leków o 100 proc. skuteczności, tak nie mamy metod diagnostycznych o 100 proc. skuteczności. Przy pobieraniu materiału na badania takie jak test PCR jest wiele momentów, gdzie można popełnić błąd. Po pierwsze pracownik może pobrać próbkę zawierającą niewystarczającą ilość materiału, wtedy wynik może być fałszywie ujemny, albo przez przypadek dotykając zanieczyszczoną rękawiczką krawędzi próbki spowodować, że próbka zostanie skażona u osoby nie zakażonej. Podobnie może stać się w momencie, gdy próbka jest wyjmowana i procedowana w aparacie. To są rzadkie przypadki, ale musimy je brać pod uwagę. Dlatego zawsze, jak jest niespójność obrazu klinicznego z wynikiem, bierzemy to pod uwagę.

Pytanie od słuchacza: Dlaczego nie ma pytań odnośnie dyskryminacji sanitarnej i dzielenia ludzi?

Dyskryminacja i segregacja trąci rasizmem. Ten apartheid, do którego się porównuje działania przeciwepidemiczne, to jest sytuacja, w której żadna osoba nie ma możliwości wyboru, bo na przykład trudno raczej zmienić kolor skóry. Tutaj decyzja należy do nas, czy się zaszczepimy, czy nałożymy maseczkę. Podejmując tą decyzję, musimy brać pod uwagę konsekwencje – na przykład że dostaniemy mandat albo zachorujemy. Podejmujemy świadomą i dobrowolną decyzję. Nikt nikomu na siłę nie wkłada maseczki na twarz, nikt nikogo nie łapie i na siłę nie szczepi. Gdzie tu dyskryminacja? Osoby które nie chcą się szczepić same się dyskryminują. Na szczęście jest ich już mniejszość, bo 60% populacji uprawnionej zaszczepiła się. Pozostali są outsiderami z własnego wyboru.

Co Pan Profesor sądzi o przymusie szczepień przeciwko Covid-19?

Nie jestem zwolennikiem tego pomysłu. Mógłbym się skłaniać do obowiązkowego szczepienia pracowników opieki zdrowotnej, ale z punktu widzenia praktycznego, to nie ma sensu ponieważ 90 proc. zaszczepiło się dobrowolnie. W USK to 94 proc., a w mojej Klinice – 100 procent. Wprowadzanie zapisu wzbudzi więcej kontrowersji i agresji niż to warte. Dlatego skłaniam się do tego, aby edukować, dostarczać wiedzę, tłumaczyć. A jeżeli to nie działa, reszta w rękach teorii Darwina, czyli selekcja naturalna – w populacji zostaje pula genetyczna tych rozsądniejszych.



prof. dr hab. Robert Flisiak

10. Cukrzyca-profilaktyka, leczenie niefarmakologiczne

dr n. med. Katarzyna Siewko

Choroby endokrynologiczne – co to za choroby?

Endokrynologia jest bardzo szeroką dziedziną medycyny, dokładniej – interny. Zajmuje się zaburzeniami hormonalnymi, a jej odłamek jest diabetologia, związana z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej, dokładniej z szeroko rozumianą cukrzycą.

Czyli tarczyca, nadnercza, przysadka, narządy rodne – to wszystko się ze sobą wiąże.

Cukrzyca to chyba najczęstsza w społeczeństwie choroba endokrynologiczna. Co to za choroba?

Cukrzyca jest epidemią XXI wieku. Jest to choroba związana z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej. Cukrzycę rozumiemy bardzo szeroko. Począwszy od stanu przedcukrzycowego, który w obecnych czasach już się leczy, przez dwa główne rodzaje cukrzycy: typ 1 o podłożu autoimmunologicznym, czyli związany z wytworzeniem przeciwciał przeciwcukrzycowych i typ 2 cukrzycy (związany z zaburzeniami wydzielania hormonu produkowanego przez komórki beta trzustki). Jeszcze jest trzecia grupa cukrzycy tzw. o znanej etiologii, w skład której wchodzi między innymi cukrzyca związana z mutacją jednego genu, z towarzyszeniem innych chorób: w przypadku nowotworów, głównie trzustki czy w przypadku zapalenia trzustki. Szereg tzw. swoistych postaci cukrzycy. One są rzadsze, ale również występują.

Cukrzyca to za dużo cukru w organizmie?

To za dużo cukru we krwi.

Stan przedcukrzycowy- co się kryje pod tym pojęciem i co się z pacjentem wtedy dzieje?

W zasadzie nic się nie dzieje, pacjent nie ma żadnych objawów. Natomiast jest to tzw. dzwonek alarmowy, że coś zaczyna się dziać, i jak nic nie zmienimy w tym momencie, to za krótszy lub dłuższy czas rozwinie się cukrzyca. To dotyczy głównie cukrzycy typu 2.

Za rozumieniem stanu przedcukrzycowego kryją się dwa zaburzenia: nieprawidłowa glikemia na czczo, związana z tym, że mamy nieprawidłowy cukier na czczo mierzony z krwi żyłnej (nie z palca), pomiędzy 100 a 126 mg/dl i mamy tzw. upośledzoną tolerancję węglowodanów, stan przedcukrzycowy który związany jest z tym, że w 120 minucie testu obciążeniowego z glukozą, glikemia jest między 140-199 mg/dl.

Jak dużo osób choruje na cukrzycę? Jaka to skala? Jak dużo osób jest niezdiagnozowanych?

Niezdiagnozowanych jest bardzo dużo. Sam prawidłowy poziom glikemii na czczo nie stanowi o tym, że nie ma zaburzeń gospodarki węglowodanowej. Te osoby nam uciekają. I tu jest rola lekarzy rodzinnych, którzy powinni dbać o to, aby każdego pacjenta po 45 roku życia przynajmniej raz na 3 lata wysłać na tą krzywą cukrową, wykonać tzw. badania przesiewowe, aby wykluczyć zaburzenia gospodarki węglowodanowej, czyli zaburzenia wiążące się z tym, że im dłużej trwa nierozpoznana cukrzyca, tym dłużej rozwija ona swoje powikłania, niezależnie od tego, czy o tym wiemy, czy nie.

Czyli same stwierdzenie przy rutynowych badaniach krwi, że poziom cukru jest prawidłowy nie gwarantuje, że nie mamy cukrzycy? Dopiero krzywa cukrowa odpowie na to pytanie?

Krzywa cukrowa też, ale już od tego roku nasze zalecenia polskie, ale i światowe, mówią o tym, że gdy wskaźnik zwany hemoglobiną glikowaną przekracza 6,5 proc., mamy prawo rozpoznać cukrzycę, niezależnie od tego czy cukier przygodny czy badany na czczo, będzie prawidłowy.

Jak często powinniśmy badać cukier?

Każda osoba powyżej 45 roku życia raz na trzy lata powinna mieć badania przesiewowe. A niezależnie od wieku – jak ma nadwagę lub otyłość, nadciśnienie, chorobę serca, oraz tekobiety, które przeszły cukrzycę ciążową czy z zespołem policystycznych jajników. Jest szereg czynników, które niezależnie od wieku predysponują albo zobowiązują lekarzy pierwszego kontaktu do badań przesiewowych w tym kierunku.

Cukrzyca na początku nie daje objawów, a czy są jakieś symptomy, że możemy podejrzewać, że coś jest jednak nie tak, i upoważnia to nas, by dobijać się wtedy do lekarza rodzinnego?

Tak, tylko typ 1 cukrzycy, związany ze zniszczeniem większości komórek produkujących insulinę, zwykle zaczyna się dość nagle. Pacjent szybko chudnie, trafia do lekarza z wysokim cukrem, objawami zakwaszenia czyli kwasicy. Tu czasu na zastanowienie się nie ma.

Natomiast typ 2 cukrzycy, który dotyczy 90 proc. wszystkich cukrzyc, niestety trwa latami -do 10 lat od pierwszych objawów pacjent ma często nierozpoznana chorobę. Objawy są skromne.To, że pacjent coraz więcej pije, nie zawsze jest zauważalne, bo to idzie w czasie i pacjent o tym zapomina. Ale jeśli wstaje w nocy oddać mocz, a dotąd tak nie było, czy zaczyna chudnąć bez specjalnego odchudzania się, to powinien to być znak, aby pomyśleć o cukrzycy. . Niestety, często pierwszym objawem cukrzycy są już powikłania w postaci udaru czy zawału, albo zmiany na kończynach – tzw. zespół stopy cukrzycowej.

Mówi Pani, że pacjent z cukrzycą chudnie, a ta choroba raczej kojarzy się z nadwagą.

Ja mówię już o objawach bardzo drastycznych, gdy te cukry we krwi są już bardzo wysokie, rzędu 300, 400, 500 mg/dl. Cukier na poziomie 200 mg/dl jest zwykle nie odczuwany przez pacjenta i pacjent wtedy nie chudnie. Faktycznie cukrzyca typu 2 najczęściej przebiega z nadwagą lub otyłością.

Czy możemy dietą i naszym zachowaniem wpłynąć na profilaktykę cukrzycy?Możemy tu coś dla siebie zrobić?

Absolutnie tak. Zdrowy styl życia jest najważniejszy. To dotyczy nie tylko cukrzycy, ale też np. chorób sercowo-naczyniowych.Dietazwana śródziemnomorską, jest najzdrowsza. Styl życia to zmiana nawyków. Chodzi o wysiłek fizyczny. Jak każdy z nas zredukuje swoją masę ciała przynajmniej o 7 procent i będzie tego pilnować, to jest to już bardzo dużo.

Mamy rozpoznanie, krzywa cukrowa jest nieprawidłowa.Jakich badań może dalej się spodziewać pacjent?

Zależy, z czym pacjent trafia, czy ze stanem przedcukrzycowym, czy już z rozpoznaną cukrzycą. Jak mamy rozpoznany typ 2, to wykonujemy badania w kierunku ewentualnych powikłań cukrzycy. Czyli powinno być badanie okulistyczne, kontrola funkcji nerek, kontrola sercowo-naczyniowa (badania takie jak echo serca, ekg), sprawdzana jest gospodarka lipidowa, głównie poziom cholesterolu LDL. Cukrzyca to nie jest jedna jednostka chorobowa, za wysoki cukier we krwi uszkadza naczynia, nerwy.Wiemy np. że neuropatia może rozwijać się już w stanie przedcukrzycowym. Ona uszkadza nerwy, a w momencie jej rozpoznania nie da się jej już cofnąć, jedyne co można utrzymać ją na tym poziomie, na którym jest.

Powikłania oczne?

To retinopatia. To jest uszkodzenie naczyń w siatkówce oka wiąże się z tym, że pacjent coraz gorzej widzi, aż do ślepoty.

Zdiagnozowaliśmy cukrzycę, zaczynamy ją leczyć. Czy rozpoczynamy terapię od diety?

Dieta i zmiana stylu życia na każdym poziomie leczenia i trwania choroby -tak. Jeszcze kilka lat temu była zasada, że trzy pierwsze miesiące leczymy dietą i zmianą stylu życia, czyli wysiłkiem fizycznym, potem, gdy to nie zda rezultatu, włączamy leki. Obecnie już nie czekamy. Od razu podajemy leki, dobre, działające na różny mechanizm tej choroby, które z jednej strony obniżają cukier, a z drugiej działają jako leki prewencyjne w rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych czy nerkowych.

Tabletki czy zastrzyki?

To zależy od typu cukrzycy. W typie 1 cukrzycy, jedynym lekiem jest insulinoterapia. Teraz nasz ośrodek w USK dysponuje pompami insulinowymi, dedykowanymi dla osób do 26 roku życia (jest refundacja na osprzęt), sporo mamy tych pomp. Na pompy też są przestawiane kobiety planujące ciążę lub będące w ciąży. W typie 2 cukrzycy w zależności na jakim etapie mamy pacjenta w chwili rozpoznania. Jak mamy bardzo wysoki cukier, czasem na początku stosowana jest insulina. Mamy szereg leków, doustnych albo w formie zastrzyków, ale są to nieinsulinowe leki przeciwcukrzycowe.

Czym jest wspomniana wcześniej cukrzyca ciążowa?

Cukrzyca ciążowa to cukrzyca rozpoznana pierwszy raz w ciąży. Na szczęście teraz ginekolodzy przesiewowo badają panie w kierunku zaburzeń gospodarki węglowodanowej, czyli mają wykonywane badania: glukozę na czczo lub między 24 a 26 tygodniem ciąży screeningowo wykrywają cukrową, na podstawie których rozpoznaje się lub wyklucza cukrzycę. Jeśli pacjentka przeszła w poprzedniej ciąży cukrzycę, to przed planowaniem kolejnej lub w kolejnej ciąży wykonuje się test obciążenia glukozą nie czekając na 24-26 tydzień. Jeśli którykolwiek wynik przekracza wartości referencyjne, rozpoznajemy cukrzycę ciążową

Jaki jest wtedy tryb postępowania? Stosowane są leki?

Na szczęście 90 proc. kobiet z rozpoznaną cukrzycą ciążową jest tylko i wyłącznie na diecie cukrzycowej. Te panie na tyle się pilnują, że to wystarcza, nawet chudną, tak pilnują wartości prawidłowych glikemii. Jak nie wystarcza dieta, zostaje nam insulina, czasem do jednego posiłku, czasem do 2-3, czasem potrzebna jest intensywna insulinoterapia z insuliną długodziałającą włącznie.

Jaki jest największy problem w leczeniu cukrzycy? Gdzie pacjenci najczęściej nie współpracują?

Oczywiście, że dieta. To dotyczy nie tylko chorych na cukrzycę. Zachowanie diety to niby najprostszy sposób leczenia, ale niestety najtrudniejszy. Bo zachowanie reżimu i własnej samokontroli jest niestety najtrudniejsze. Zła dieta u pacjentów z cukrzycą to najczęstsza przyczyna za wysokich cukrów. Kładziemy takiego pacjenta do szpitala, nie zmieniamy mu nic w leczeniu, ale jak nie dojada, nie robi więc dodatkowych błędów żywieniowych, wychodzi z idealnymi cukrami.

Czy dobre jest takie postępowanie, że chory na cukrzycę nie rezygnuje z ciastka, ale bierze wtedy dodatkową tabletkę czy zastrzyk?

Życie idzie swoim torem, trudno jest często z tych pokus życiowych zrezygnować. Jeden mały kawałek ciasta nikomu nie zaszkodzi, ale nie może to być pół blaszki. Owoce też są zdrowe, ale nie kilogram, a np. jedno jabłko. Wszystko zależy, jak pacjent jest wyedukowany. Pacjent widzi się z lekarzem raz na jakiś czas, między wizytami sam sobie jest lekarzem. Jak oszuka, to tak naprawdę okłamuje siebie. Każdy wysoki cukier szkodzi. Nieważne co pacjent zje, ważne jest, aby był prawidłowy cukier.

Mówiła Pani o takim parametrze jak hemoglobina glikowana? Co to takiego jest?

To wskaźnik, który mówi nam o średnich wartościach glikemii w ciągu ostatnich trzech miesięcy. Jej odsetek u zdrowych osób wynosi od 4 do 6 proc., dla dobrze wyrównanej cukrzycy typu 1 ten zakres wynosi 6,5 proc., a dla cukrzycy typu 2 – do 7 procent.

Dieta nie jest najlepszą stroną pacjenta, leczenie też. Jakie mogą być powikłania cukrzycy? Powtórzmy to jeszcze raz, co będzie się działo, gdy pacjent nie dostosuje się do zaleceń.

Cukrzyca, wysoki cukier we krwi uszkadza naczynia i nerwy. One są w całym organizmie, czyli powoli uszkadzane są różnego rodzaju narządy. Mamy trzy główne powikłania w postaci chorób sercowo-naczyniowych (czyli zawały, często niestety bezobjawowe), neuropatie (czyli uszkodzenie nerwów): obwodową autonomiczną, związane z tzw. szybkim biciem serca w spoczynku, kiedy mamy zaburzenia potliwości, zaburzenia wchłaniania pokarmów z przewodu pokarmowego. Czyli tak naprawdę wszystko, od oczu, przez serce, nerki, wszelkie naczynia i nerwy, ta nieszczęsna choroba nam uszkadza.

Cukrzyca boli?

Jest postać bólowa i bezbólowa cukrzycy. Cukrzyca, szczególnie długotrwała, kiedy mamy objawy polineuropatii, nie boli. Jak nie boli, to pacjent nic nie czuje, ale choroba często potrafi uszkodzić np. kończyny dolne. Pacjent nie czuje wtedy np. poparzeń, gorącej wody. I mamy zmiany na stopach kończące się nawet amputacją.

Czyli to powikłania są największym problemem w cukrzycy?

Tak, bo powikłań najczęściej nie da się cofnąć. Jak się uszkodzi wzrok, my go już nie uleczymy, pacjent nie będzie widział. Jak zamputujemy nogę z powodu stopy cukrzycowej, będzie kaleką. Jeżeli będzie niewydolność nerek – pacjent będzie dializowany. Gdy dozna zawału – będzie miał uszkodzone serce.

Pani doktor, jakie może być więc przesłanie dla naszych słuchaczy? Jak żyć, aby nie trafić do pani na konsultację?

Starać się prowadzić zdrowy styl życia, pilnować masy ciała, żeby chociaż nie przybierać na wadze, jak już jest ciężko schudnąć. Oczywiście najlepiej, aby ta masa ciała była prawidłowa. Próbujemy zdrowo się odżywiać. To nie musi być dieta cukrzycowa. Bo dieta cukrzycowa jest dietą zdrowego człowieka. Czyli im mniej cukrów prostych, niższy indeks glikemiczny (IG) pokarmów, tym lepiej.

Co to takiego indeks glikemiczny?

To taki indeks pokarmów. Im IG jest niższy, tym lepiej, bo pokarm dłużej zalega w żołądku. Im dłużej zalega w żołądku, im dłużej się wchłania z przewodu pokarmowego, tym mniejszy jest wyrzut insuliny, a im mniejszy jest wyrzut insuliny, tym mamy mniejszą insulinooporność i tym jesteśmy szczuplejsi.

Jakie to te dobre pokarmy?

To nieograniczona ilość warzyw, one wszystkie mają niski IG. Ale raczej surowe, niż gotowane, jeżeli już gotowane, to tzw. al dente, czyli na półtwardo. Bo im wyższa temperatura, bardziej rozgotowane warzywo, to tym indeks glikemiczny jest większy.

Owoce – każdy owoc ma własny cukier, są wskazane ze względu na witaminy, jakie mają, kwestia jest ilości. Jeśli chodzi o pieczywo, to wybierajmy chleb ciemny razowy, on ma niższy IG niż białe pieczywo, bo kaloryczność chleba jest podobna. Np. pumpernikiel ma wysoką kaloryczność, ale jest najzdrowszy, bo ma najniższy IG. Z mięsa nie wieprzowina, ale wołowina. Generalnie im więcej jest warzyw, a mniej węglowodanów na talerzu, tym lepiej. 1/3 posiłku to powinny być węglowodany, 2/3 warzywa i inne składniki takie jak m.in. białko.

Można słodzić? Cukier, czy raczej miód?

W przypadku cukrzycy nie można. Najzdrowsze jest niesłodzenie. Jak już musimy to robić, wybieramy słodziki. Słodziki są przebadane, ich dawki dobowe są bezpieczne. Mamy do wyboru naturalne produkty jak ksylitol, czyli sok z brzozy czy roślinną stewię. Na stewii można piec ciasta.

Miód też jest słodki i kaloryczny, ale zdrowy i potrzebny. Jestem wnuczką pszczelarzy, przepadam za miodem, on na pewno nikomu nie zaszkodzi, ale niestety tylko w bardzo małych ilościach. Generalnie nic nie szkodzi, tylko w odpowiednich ilościach.



dr n. med. Katarzyna Siewko

11. Palenie i zanieczyszczenie środowiska przyczyna POChP

prof. dr hab. Wojciech Naumnik

POChP – co kryje się za tymi literami? Co to za choroba?

Skrót POChP oznacza Przewlekłą Obturacyjną Chorobę Płuc. Jest to jedna z głównych przyczyn śmiertelności w społeczeństwie – w tej chwili jest to trzecia przyczyna zgonu na świecie. Obturacja oznacza zwężenie, czyli dochodzi do zwężenia oskrzeli. W POChP wynika to z wieloletniego stanu zapalnego, powodowanego przez jakieś zanieczyszczenia, najczęściej dym tytoniowy. W wyniku tego przewlekłego stanu zapalnego w płucach dochodzi do destrukcji, zniszczenia mięszu płucnego i te „siły” idące od strony mięszu płucnego uciskają na drogi oddechowe i powodują ich nieodwracalne zwężenie. Kiedyś mówiono, że na POChP składają się dwie jednostki chorobowe: przewlekłe zapalenie oskrzeli i rozedma. Dochodzi do sytuacji, że pacjent może nabrać powietrza, ale ma problem z jego wypuszczeniem, czyli wydechem. Obserwujemy u pacjentów, że ich klatka piersiowa jest rozdęta, trochę jak bęben – to objaw rozedmy, typowej dla POChP.

Czyli mamy z jednej strony patologię w oskrzelach: przewlekły stan zapalny, a z drugiej strony mamy z zewnątrz ucisk na oskrzela. Oskrzel są jednak dość sprężyste, czyli aż tak duże siły tam zachodzą?

Tak, aż tak duże siły. Oskrzel u pacjentów chorych na POChP są bardziej sztywne. W wyniku działania tytoniu i innych szkodliwych składników następuje destrukcja i pęknięcie przestrzeni międzypęcherzykowych. To potężne siły, które uciskają na oskrzel, powodują ich zamknięcie i są przyczyną trudności w oddychaniu.

Jak duży jest to problem? Śmiertelność jest mocno niepokojąca, a jak dużo osób choruje na POChP? W naszym regionie szcycimy się tym, że mieszkamy w zielonych płucach Polski i zanieczyszczeń mamy mniej.

Głównym zanieczyszczeniem jest dym tytoniowy. On odpowiada za 90 proc. przypadków zachorowań na POChP. W pozostałym zakresie to skutek działania innych czynników, takich jak zanieczyszczenie powietrza czy bierne palenie. Szacuje się, że w Polsce choruje 2,5 mln osób, z czego tylko milion o tym wie. Generalnie po 40. roku życia co 10 osoba jest chora na POChP, tylko nie każdy o tym wie. Więc problem jest dość poważny. Nie każdy sobie zdaje sprawę, że kaszel przewlekły u osoby, która pali tytoń, może wskazywać na to, że coś się dzieje złego z układem oddechowym i może to być właśnie POChP.

Co pacjenta powinno zaniepokoić, jakie objawy mogą świadczyć o rozwoju POChP?

Takim pierwszym niepokojącym objawem jest poranny przewlekły kaszel, z odkrztuszaniem niewielkiej ilości plwociny. Wszyscy wiemy, że jak się przeziębimy, kaszлемy przez tydzień-dwa, jeżeli to się przedłuży, idziemy do lekarza. Tymczasem jest powszechnym przekonaniem, że jeżeli ktoś pali papierosy, to musi kaszleć. Mówi się nawet o „kaszlu palacza”. Tymczasem każdy kaszel trwający powyżej 4 tygodni powinien nas zaniepokoić i skłonić do wizyty u lekarza.

Jeżeli czynnego mięszu płuc jest mało i są one rozdęte, wówczas chory może odczuwać duszność. Często dopiero wówczas pacjent idzie do lekarza. Może być już za późno aby pomóc.

Jeżeli płuca źle funkcjonują, organizm jest niedotleniony, pojawiają się też inne problemy: z sercem, nadciśnieniem tętniczym, krzepliwością krwi. POChP to choroba złożona, wieloczynnikowa.

Jakie badania diagnostyczne są wykonywane u pacjenta z podejrzeniem POChP?

Podstawowym badaniem jest badanie mierzące maksymalny wydech, czyli spirometria. To proste badanie, podczas którego przy użyciu odpowiedniego oprzyrządowania, pacjent proszony jest, aby przez ustnik zrobił maksymalny wydech. Chodzi o to, aby jak najsilniej i jak najszybciej wydymać powietrze i wytrzymać 6 sekund. Komputer to przelicza, w zależności od normy, wieku, wzrostu. Możemy wówczas ocenić stopień zwężenia oskrzeli, czyli obturacji. POChP z definicji jest nieodwracalną lub prawie nieodwracalną obturacją.

Drugie ważne badanie, służące do zobrazowania płuc, to zdjęcie rtg klatki piersiowej. Pamiętajmy, że mamy do czynienia z palaczami tytoniu, może więc się okazać np. że w płucach rośnie guz.

To dwa badania podstawowe i najbardziej istotne w diagnostyce POChP.

Czy badanie tomograficzne klatki piersiowej ma znaczenie w diagnostyce tej choroby?

W samym rozpoznaniu nie ma, ale w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej, obecności guza lub nietypowego przebiegu warto wykonać tomografię komputerową.

A badanie bronchoskopowe? Ono budzi trochę leku, bo to wziernikowanie, wprowadzanie narzędzi do drzewa oskrzelowego.

W diagnostyce POChP nie jest to badanie stosowane. Wykonujemy je wówczas, gdy mamy wątpliwości, np. pacjent odpluł krwią, nastąpiła zmiana charakteru kaszlu lub wykonaliśmy badanie radiologiczne i zobrazowaliśmy zmiany w mięszu płucnym. Czyli wykonujemy to badanie, gdy mamy podejrzenie nowotworu, gruźlicy lub jest nietypowy obraz kliniczny choroby.

Bronchoskopia ma także zastosowanie w leczeniu rozedmy. Jeżeli widzimy, że fragment płuca jest rozdęty, umieszcza się za pomocą bronchoskopu zastawkę, która pozwala na wyjście powietrza, ale nie pozwala mu wejść. To ciekawa i nowoczesna metoda leczenia rozedmy.

Palenie jest podstawowym czynnikiem wywołującym POChP. Jaki jest jego wpływ na nasze płuca, choroby nowotworowe, jaki to jest mechanizm działania?

W skład dymu tytoniowego, oprócz nikotyny, wchodzi kilka tysięcy zidentyfikowanych szkodliwych substancji, które, jak udowodniono, powodują raka płuca. Są tam różnego rodzaju metale, związki chemiczne, które wchodzi też w skład farb, lakierów, paliwa rakietowego, trutek na szczury, środków do konserwacji zwłok.

Dym tytoniowy to czynnik, który upośledza ruch rzęsek, tą naturalną obronę błony śluzowej, która jest w naszych oskrzelach. Dochodzi do porażenia rzęsek i wszelkiego rodzaju zanieczyszczenia jest trudno usunąć na zewnątrz. Jest zastój wydzieliny oskrzelowej w drogach oddechowych.

Proszę zauważyć jeszcze jeden aspekt: zwierzę, jeżeli wyczuje szkodliwy związek chemiczny będzie unikało z nim kontaktu, a człowiek świadomie się naraża i stosuje taką używkę, która jest mieszaniną różnych szkodliwych chemikaliów.

Chory na POChP musi „zapracować” sobie na tą straszną chorobę, ponieważ powstaje ona po 20-30 latach palenia papierosów.

Czy palenie bierne jest równie szkodliwe?

Okazuje się, że ten boczny strumień dymu tytoniowego, wydychany przez palacza na zewnątrz, jest nawet bardziej szkodliwy niż środkowy strumień, który wdycha palacz. Osoba biernie paląca po wielu latach jest tak samo narażona na zachorowanie na raka płuca, jak też na POChP.

Jakie są możliwości leczenia POChP? Jak można pomóc pacjentom?

Nie potrafimy wyleczyć tej choroby, ale można pacjentowi pomóc, stosując leki poprawiające komfort życia. To stosowanie leków wziewnych, rozszerzających oskrzela. Szereg badań pokazuje, że leki wziewne zmniejszają częstość zaostrzeń infekcyjnych, wówczas postęp choroby jest wolniejszy. Lekarz dobiera leki wziewne na podstawie wyników badań spirometrycznych oraz częstości zaostrzeń w ciągu roku. To jest leczenie podstawowe. Zdarza

się, że pacjent ma objawy niewydolności oddechowej i wymaga ciągłego stosowania tlenu. W dalszym etapie, gdy dochodzi do pogorszenia wydolności oddechowej stosuje się aparaty do nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej. Do tej metody leczniczej kwalifikujemy na podstawie badania gazometrii krwi.

Pamiętajmy, że chorzy na POChP mają szereg chorób współistniejących: niewydolność krążenia, nadciśnienie, cukrzyca, które też należy prawidłowo leczyć. Bardzo ważna jest rehabilitacja oddechowa. Nawet proste ćwiczenia, np. na rowerze czy bieżni, codzienne 20-o minutowe spacerowanie są bardzo cenne. Jeżeli chory nie może wychodzić na zewnątrz, niech próbuje spacerować po domu, pokoju. Aktywność ma bardzo duże znaczenie. Udowodniono, że rehabilitacja, odpowiednia aktywność oddechowa, wydłuża życie u pacjentów. Każde ćwiczenie to swego rodzaju siłownia dla mięśni oddechowych i sprawia, że choremu będzie lepiej oddychać.

Rozpoczęliśmy leczenie POChP, można nadal palić?

Zawsze zachęcam, aby rzucić palenie. Obserwujemy wiele tragedii coraz młodszych pacjentów, umierających z powodu raka płuca czy niewydolności oddechowej. Niepokoi nas, to że coraz więcej kobiet pali i umiera z powodu raka płuca. Jest to obecnie czołowy zabójca nowotworowy kobiet w Polsce, a POChP to trzecia przyczyna zgonów na świecie. Zawsze trzeba rozważyć rzucenie palenia. Nawet jeżeli ktoś mając np. 60 lat rzuci palenie, to ma dwukrotnie mniejsze ryzyko zachorowania na raka płuca niż gdyby palił do 75 roku życia. Warto rzucić palenie w każdym wieku. To trucizna i przyczyna wielu chorób.

Jakie jest rokowanie w zaawansowanej POChP? Trochę z niepokojem przyjąłem to, że nie mamy możliwości zahamowania procesu chorobowego, a jedynie łagodźmy objawy, a choroba postępuje?

Jedyne, co możemy zrobić, to spowolnić przebieg POChP poprzez zmniejszenie częstości zaostrzeń i poprawić komfort oddychania. Ale ta choroba będzie postępowała. Złe wartości w badaniu spirometrycznym nadal z wiekiem będą się obniżały. Przez stosowanie leków możemy ten proces tylko spowolnić. Ale jeżeli dodatkowo rzucimy palenie, będziemy prowadzić zdrowy tryb życia, to rokowanie sobie poprawimy. Zachęcam też do szczepień, bo wszelkie dostępne szczepienia w kierunku różnych chorób wirusowych, również od grypy, poprawiają rokowania u chorych na POChP.

Jesteśmy ciągle okresie pandemii Covid-19. Jakie są rokowania u pacjenta z POChP, który zachoruje na covid?

POChP to czynnik ryzyka niepomyślnego przebiegu Covid-19. Taki pacjent już ma mało pojemności życiowej płuc, ma zniszczony układ oddechowy. Jeżeli płuca chorego zostaną zaatakowane wirusem Sars-Cov-2 to pacjent może tego nie wytrzymać. Niestety jest dużo zgonów u takich pacjentów.

W jaki sposób pacjenci z POChP mogą ograniczyć ryzyko powikłań związanych z Covid-19? Jesteśmy u progu czwartej fali pandemii, której raczej nie unikniemy.

Doskonale wiemy, że pacjent, który przebył covid, może powtórnie zachorować. Ale w badaniach naukowych stwierdzono, że u pacjenta, który się zaszczepił i zachoruje, płuca nie są wtedy zajęte. Odpowiedź nasuwa się sama – profilaktyka w postaci szczepień chroni przed ciężkim zachorowaniem na Covid-19. I to stwierdziło wiele uznanych autorytetów. Pamiętam kilka miesięcy temu publikacje, w których porównywano zachorowania w Wielkiej Brytanii i Rosji. Zachorować w obydwu państwach było ich tyle samo, ale inny był stopień wyszczepienia. W Wielkiej Brytanii, gdzie ten wskaźnik był znacznie wyższy, było 25 razy mniej zgonów. To jednoznaczny dowód, że zaszczepienie chroni przed ciężkim przebiegiem ze strony płuc. To mnie jako pulmonologa przekonuje.

Jakie może być przesłanie, by uniknąć POChP?

Rzućmy palenie, na to nigdy nie jest za późno. Dbajmy o swoje płuca, róbmy wszystko, co proponuje nam obecna nauka, by uchronić się przed zachorowaniem, ciężkim zapaleniem.

Jesteśmy u progu sezon grzewczego, kolega, który pracuje w Zakopanem, mówi, że tam śmieci dzieli się na te, które można palić w dzień, bo dym jest bezwonny i niewidoczny i te, które pali się w nocy.

Myślmy o sobie, ale i o sąsiadach, gdy wrzucamy coś do palenia. Pamiętam, jak ostatniej zimy wracając z pracy wieczorem, dojeżdżając do pięknego miasta na Podlasiu, musiałem w samochodzie zamknąć wszystkie nawiewy, bo nie było czym oddychać. Czuć było, że każdy tam korzysta z tej nocy i pali tym, co ma. Dbajmy o powietrze, swoje otoczenie. Owszem, przyczyną POChP w 90 proc. jest palenie tytoniu, ale na te pozostałe 10 proc. wpływa to, co dokładamy do pieca, czym oddychamy. U osób wrażliwych, np. małych dzieci czy alergików, to będzie główny czynnik ryzyka zachorowania na POChP.



prof. dr hab. Wojciech Naumnik

12. Błędy dietetyczne u osób starszych

dr hab. n. med. Renata Markiewicz-Żukowska

Bromatologia – to brzmi niepokojąco. Co to za dziedzina?

Nazwa ta pochodzi od dwóch słów: broma i logos. Broma (dopełniacz: bromatos) to pożywienie (gr.), a logos – nauka. Czyli bromatologia to nauka o żywności i wpływie żywienia na zdrowie człowieka. Bromatologia zajmuje się analizą jakości produktów spożywczych, oznaczaniem ilości składników odżywczych w produktach. Badamy też wpływ żywienia, stosowania diety na stan zdrowia, odżywienie organizmu, zawartość składników mineralnych w organizmie.

Tematem naszej audycji są błędy żywieniowe, popełniane przez osoby starsze. Skąd się one biorą? Wydaje się, że osoby starsze nie powinny ich popełniać.

Niestety, w każdym wieku można popełniać błędy żywieniowe. Robią je już rodzice względem małych dzieci. Trzeba mieć świadomość, że złe nawyki utrwalone w młodości, trudno potem zmienić w starszym wieku. Na pewno przestrzeganie zasad zdrowego żywienia w połączeniu z odpowiednim stylem życia, czyli odpowiednio dużą aktywnością fizyczną, unikaniem stresu, niepaleniem papierosów, sprzyja utrzymaniu dobrego stanu zdrowia w każdym, i młodszym, i starszym wieku.

Jak powinna wyglądać prawidłowa dieta osoby starszej?

U osób starszych dzienne zapotrzebowanie na składniki odżywcze, jak białko, tłuszcze, węglowodany oraz większość składników mineralnych i witamin, nie różni się generalnie od zapotrzebowania osób młodych. Najistotniejszą różnicą jest to, że w starszym wieku ulega obniżeniu zapotrzebowanie energetyczne, głównie ze względu na zmniejszoną aktywność fizyczną, co wynika z pogarszania się kondycji danej osoby. W związku z tym dieta osób starszych musi mieć większą tzw. „gęstość odżywczą”. Chodzi o to, aby dostarczać odpowiednią ilość składników odżywczych w kalorycznie mniejszej porcji. Po prostu osoba starsza powinna jeść mniejsze porcje, ale te posiłki powinny mieć dużą „gęstość odżywczą”. W tym celu trzeba spożywać produkty dobrej jakości.

Co kryje się za tą dobrą jakością? Jakie produkty najlepiej wybierać w sklepie?

Najlepiej sięgać po produkty jak najmniej przetworzone. Obecnie mamy w sklepach bardzo dużo produktów gotowych do spożycia, które wystarczy podgrzać, ale to produkty wysoko przetworzone. Tymczasem warto czytać etykiety i wybierać produkty, zawierające najkrótszą listę składników dodatkowych, ograniczoną tylko do tych niezbędnych w toku produkcyjnym. Czasem nie możemy bowiem uniknąć dodatku np. środka przedłużającego trwałość czy ułatwiającego formowanie danego produktu. Dobrze też, żeby wybierane przez nas produkty zawierały pełnowartościowe białko, wielonienasycone kwasy tłuszczowe, węglowodany złożone (do których należy błonnik), były bogate w witaminy i składniki mineralne oraz zawierały inne substancje biologicznie aktywne, np. polifenole.

Po produkty mało przetworzone, to chyba najlepiej wybrać się do warzywniaka, a nie do sklepu spożywczego?

Tak by było najlepiej, aby samemu kupować warzywa, owoce, mięso, produkty zbożowe, a potem je przetwarzać, przygotowywać dania w warunkach domowych.

Czyli przede wszystkim wybieramy produkty dobrej jakości, z jak najmniejszą ilością różnych dodatków. O czym jeszcze powinniśmy pamiętać podczas zakupów?

Jak wybieramy się na zakupy, dobrze jest sporządzić wcześniej listę produktów, które będą nam potrzebne do przygotowania potraw. Chodzi o to, by kupić tylko niezbędne produkty, nie marnować żywności. Wybieramy się na zakupy nie głodni, ale po posiłku, aby spokojnie kupować, nie brać za dużo do koszyka. I koniecznie trzeba czytać etykiety, na nich znajduje się dużo informacji. Nie wybieramy np. produktów z dużą ilością składników dodatkowych.

Warto też sięgać po produkty lokalne, polskie, one są najbardziej odpowiednie dla osób mieszkających na danym terenie. Mamy coraz więcej małych sklepików specjalizujących się w sprzedaży np. warzyw, nabiału czy produktów mięsnych, które bardziej dbają o jakość produktów. Dobrze jest robić zakupy u takich drobnych sklepikarzy, choć oczywiście wygodniej jest pojechać do dużego sklepu i wszystko na raz kupić.

Czy warto sięgać po owoce i warzywa, które nie są „nasze”, czyli banany, pomarańcze, cytryny, czy modne awokado? Czy nasz organizm potrzebuje takich produktów?

Cytrusy są spożywane głównie jako doskonałe źródło witaminy C, ale mamy też nasze polskie odpowiedniki. Tyle samo witaminy C co w pomarańczy czy cytrynie jest w truskawkach, malinach, a jeszcze więcej – w czarnej porzeczce. Np. w cytrusach jest ok. 50 mg tej witaminy na 100 g produktu, w czarnej porzeczce nawet więcej, bo ok. 180 mg/100 g, a zapominamy o tym i nie sięgamy po czarną porzeczkę. Jak ktoś nie lubi czarnej porzeczki, może jeść czerwoną czy żółtą. To też cenne źródła witaminy C. Niekoniecznie musimy kupować cytrusy, tym bardziej, że są one sprowadzane i spryskiwane środkami chemicznymi, a niektóre osoby mają uczulenie na te środki.

Jaka jest geneza błędów żywieniowych u osób starszych? Skąd one się biorą?

Sposób żywienia i zaspokajania potrzeb żywieniowych w dużej mierze zależy od stanu zdrowia. Wiadomo, że ok. 80 proc. seniorów choruje na choroby przewlekłe, których przybywa z wiekiem. Skutki tych chorób nakładają się na zmiany fizjologiczne, zachodzące wraz z wiekiem. Dochodzi do gorszego funkcjonowania całego organizmu. Ważnym ograniczeniem prawidłowego odżywiania są np. choroby jamy ustnej, brak uzębienia, a nawet niewłaściwie dobrane protezy, które powodują trudności z gryzieniem i żuciem. Wówczas osoba eliminuje wartościowe produkty lub spożywa je, ale nie w pełni je rozdrabnia, połyka większe kęsy. A jak produkt nie zostanie dobrze rozdrobniony, będziemy mieli ograniczone wchłanianie składników pokarmowych. Chcę podkreślić, że proces trawienia niektórych składników pokarmowych rozpoczyna się już w jamie ustnej – dochodzi tam do wstępnego trawienia węglowodanów, za co odpowiada enzym amylaza w ślinie. Tłuszcze też są wstępnie trawione przy udziale ślinowej lipazy. Dlatego konieczne jest dokładne gryzienie, długie żucie, wzbogacanie kęsu w ślinę. Często osoby starsze mają problem z wydzielaniem śliny, odczuwają suchość w jamie ustnej, mają trudności z połykaniem.

Dużym problemem jest też to, że osoby starsze czasem nie odczuwają głodu i nie czują pragnienia. Trzeba im przypominać, żeby zjadły śniadanie, piły wodę czy inne napoje. Osoby starsze często same prowadzą gospodarstwo domowe, bo np. mąż czy żona już nie żyją, są osamotnione i tracą chęć do przygotowywania i spożywania posiłków. To może prowadzić do niedożywienia, co z kolei pociąga za sobą pogarszanie zdrowia i rozwinięcie niektórych schorzeń. Dlatego dobrze, by dzieci czy wnuki odwiedzały taką starszą osobę, co może ją zmobilizować do tego, by przygotować, nawet wspólnie, smaczny posiłek, oczywiście najlepiej zdrowy.

Mówimy o niedoborach, a czy osoby starsze mogą też w nadmiarze sobie dostarczać jakichś składników?

Tak, błędy dietetyczne dotyczą zarówno niedoborów jak i nadmiarów. Takim problemem jest zbyt wysokie spożycie cukrów prostych. One są wszechobecne i występują nie tylko w cukrze, który dosypujemy do napojów czy potraw, ale w również w słodyczach i słodkich napojach. To duży problem. Należy unikać tych produktów, a bardziej skłaniać się do wprowadzania węglowodanów złożonych, z których dopiero po strawieniu uwolni się glukoza. Jest to bardzo

ważne w przypadku chorych na cukrzycę, ale nie tylko. Obserwowane po spożyciu cukrów prostych gwałtowne skoki stężenia glukozy nie są dobre, bo po szybkim wzroście gwałtownie obniża się stężenie glukozy i zaczynamy czuć tzw. wilczy głód.

Problemem jest też spożywanie tłustych mięs i przetworów mięsnych. Należy ograniczać tłuszcze nasycone pochodzące z mięsa, w zamian starać się wprowadzać do diety oleje. Najbardziej pożądanym jest olej lniany, który też jest produkowany na naszych terenach, czyli jest produktem lokalnym. Jest on źródłem cennych kwasów omega 3. Warto dodawać łyżeczkę oleju do surówki np. z kapusty kiszzonej czy innej warzywnej. Można też np. zrobić pastę na bazie białego sera, z dodatkiem oleju lnianego i przypraw, w zależności od upodobań, takich jak pieprz, czosnek, cebulka. Olej lniany można nawet traktować jako szybką przekąskę. Gdy jesteśmy głodni, wlewamy go trochę do jakiegoś naczynia i maczamy w nim pieczywo, najlepiej z pełnego przemiału, nieoczyszczonej mąki. To świetna przekąska. Bardzo smaczny jest też olej z pestek dyni, który ma charakterystyczny zapach i smak, przypominający pestki dyni i ciekawy kolor – ciemnozielony.

Takim produktem, o którym zawsze mówi się przy okazji nadciśnienia czy chorób serca, jest sól. W każdym z produktów jest jej pod dostatkiem, a lubimy sobie jeszcze dosolić. Czy to zdrowe?

Warto najpierw spróbować daną potrawę, poczuć jej smak i dopiero wtedy zdecydować, czy chcemy ją dosolić. Zamiast soli można dodać odrobinę soku z cytryny, zioła, pieprz. Może okazać się, że sól nie jest potrzebna. Jej spożycie jest ok. 3 razy większe niż rekomendacje WHO, które mówią, że dziennie wolno spożywać maksymalnie 1 łyżeczkę soli ze wszystkich źródeł. Sól ma wiele niekorzystnych działań i powinna być ograniczana szczególnie u osób z nadciśnieniem czy z cukrzycą. A to przecież główne choroby, występujące u osób starszych.

Jest taka opinia, że mleko czy nabiał to produkty tylko dla dzieci, których dorośli powinni unikać. To prawda?

Często osoby dorosłe nie trawią surowego mleka, bo enzym, który rozkłada laktozę znajdującą się w mleku, z czasem zanika. Dzieci zazwyczaj mają ten enzym, kiedy piją mleko. Natomiast jeśli przestaną spożywać mleko, to z czasem laktaza przestaje być produkowana. Ale jeżeli przez całe życie pijemy mleko i nie odczuwamy dolegliwości żołądkowo-jelitowych, to znaczy, że enzym się wydzielił i powinniśmy pić mleko. Tym bardziej, że mleko i produkty mleczne są niezwykle cennymi produktami, i jest ich ciągle za mało w naszej diecie. Są one źródłem białka pełnowartościowego, które dostarcza niezbędnych aminokwasów, ważnych w regeneracji organizmu, w rozwoju mięśni. Produkty mleczne są też źródłem wapnia, a jego niedobór jest, niestety, powszechny w diecie osób młodych i starszych.

Jedną z przypadłości osób starszych są zakażenia układu moczowego. Czy możemy temu zapobiegać dietą?

Zakażenia układu moczowego są poważnym problemem, nie tylko u osób starszych, szczególnie u kobiet. By temu zapobiegać trzeba zadbać o właściwą podaż wody. Odpowiednio duże spożycie powinno zapewnić 5-6 mikcji dziennie – taki przepływ moczu, może zmniejszyć ryzyko, że bakterie skolonizują drogi moczowe. Zaleca się do każdego posiłku spożywanie około szklanki wody lub innego napoju.

A woda gazowana czy niegazowana? Osobiście lubię gazowaną, ale zwykle słyszę, że jest niezdrowa.

Polecana jest woda niegazowana, ale jak ktoś nie lubi wody, albo pije np. napoje kolorowe, to może najpierw pić wodę gazowaną, a potem przestawić się na niegazowaną. Wodę gazowaną czasem nawet jest dobrze wypić, gdy cierpimy na niestrawność, aby lepiej się poczuć.

Na co szczególnie zwracać uwagę, by zapobiegać niedoborom żywieniowym u osób starszych?

Dieta koniecznie powinna być urozmaicona. Starsi ludzie często zapominają o jedzeniu i jedzą np. tylko dwa razy dziennie, a powinno być 5-6 posiłków dziennie, najlepiej w równych

odstępach czasu. Należy unikać spożywania przekąsek. Najważniejsze jest urozmaicenie diety – warto korzystać z sezonowych warzyw, owoców, do których jest w danym momencie dostęp. Teraz mamy buraki, marchewkę, kiszoną kapustę i ogórki. Polecana jest też aktywność fizyczna – chociażby spacer czy dla bardziej wprawionych jazda na rowerze, pływanie. Ważna jest również ekspozycja na promieniowanie słoneczne, warunkujące syntezę w skórze witaminy D. Szczególnie u osób starszych obserwowany jest deficyt tej witaminy i dlatego zaleca się ją suplementować przez cały rok.

Pytanie od słuchacza, który cierpi na skurcze mięśni nóg, szczególnie łydek. Czy może to być związane z niedoborami w diecie?

Takie skurcze to częsta dolegliwość osób starszych, mogą pojawiać się w nocy i w dzień. Przyczyną może być nieprawidłowa dieta, spożywanie zbyt małej ilości płynów prowadzące do odwodnienia organizmu, które z kolei wpływa na różne procesy metaboliczne. Osoby starsze przyjmują też sporo leków, więc jeżeli nie będą wypijać przy tym dużo płynów, to produkty rozkładu tych leków będą wydalone w zwolnionym tempie. Oprócz płynów duże znaczenie może mieć niedobór takich składników jak potas, magnez i wapń. Inną przyczyną skurczów może być przyjmowanie niektórych leków moczopędnych, przeczyszczających, które powodują utratę potasu czy magnezu. Skurcze mogą też być wynikiem intensywnego wysiłku fizycznego, gdy dojdzie np. do urazu mięśni łydek. Nawet siedzący tryb życia może być przyczyną skurczów nocnych. I oczywiście niektóre choroby.

Co w tej sytuacji? Można kupić w aptece jakiś preparat magnezu, ale może lepiej uzupełnić w jakieś produkty diety?

Bogate w magnez jest kakao i czekolada. Najbardziej polecam czekolady deserowe i gorzkie, mogą być z dodatkiem np. żurawiny, rodzynek, orzechów. Źródłem magnezu są też produkty zbożowe z pełnego przemiału i orzechy. One są twarde, co jest kłopotem dla osób mających problem z żuciem, ale można je zmielić i dodać w takiej formie np. do sałatki czy do jogurtu. Najlepiej jest też wybierać regionalne, popularne orzechy: włoskie czy laskowe. Np. orzechy włoskie mają dobry stosunek kwasów omega-3 do omega-6, są źródłem białka, magnezu i innych składników.

Kończymy naszą audycję takim przesłaniem, aby robiąc zakupy sięgać po lokalne produkty, które pozwolą nam na właściwe zbilansowanie diety, aby żadnego składnika w niej nie zabrakło i abyśmy utrzymywali właściwą masę ciała. Do tego na pewno ważna jest aktywność ruchowa, która poprawi nam kondycję i nasz metabolizm. A przy lepszej kondycji można sobie i czasem pofolgować z dietą.

Oczywiście, czasem możemy „zaszaleć”, zjeść w barze szybkiej obsługi czy przetworzony produkt. Nasz organizm poradzi sobie z tym, tylko żeby to nie było zbyt częste. Ale raz na jakiś czas można wyłamać się z zasad prawidłowego żywienia.



dr hab. n. med. Renata Markiewicz-Żukowska

13. Mikroelementy w diecie – dzieci i osoby starsze

dr hab. Katarzyna Socha

Tematem dzisiejszej audycji są mikroelementy. Co kryje się pod tym pojęciem, jakie to są składniki naszej diety?

Mikroelementy należą do składników mineralnych, nie są to te podstawowe składniki odżywcze, które dają nam energię do codziennego funkcjonowania, jak białko, tłuszcze, węglowodany. Generalnie składniki mineralne dzielimy na makro- i mikroelementy, w zależności od ich ilości w organizmie i niezbędnej ilości w diecie. Te składniki mineralne, których mamy więcej, to makroelementy. Jest ich siedem. To wapń, magnez, potas, sód, chlor, fosfor i siarka. To składniki, na które zapotrzebowanie wynosi powyżej 100 mg na dzień i mamy ich więcej w organizmie.

Natomiast zapotrzebowanie na mikroelementy jest śladowe, poniżej 100 mg dziennie i ich zawartość w organizmie jest o wiele niższa – wynosi poniżej 0,1 proc. To dzienne zapotrzebowanie może wynosić kilka miligramów, a nawet kilka mikrogramów, ale mimo to są one niezbędne do zachowania zdrowia, niezbędnych procesów metabolicznych. Pełnią np. funkcje antyoksydacyjne, dbają o równowagę kwasowo-zasadową, elektrolitową, odpowiadają za prawidłowe ciśnienie.

Do najważniejszych mikroelementów zaliczamy: żelazo (ze względu na jego istotność dla organizmu w dawniejszych źródłach zaliczany do makroelementów), cynk, selen, miedź, jod, chrom, mangan i pierwiastki o bardzo śladowej ilości, jak molibden, kobalt czy wanad.

Można chyba powiedzieć, że w organizmie możemy znaleźć niemal całą tablicę Mendelejewa?

Tak, bo oprócz korzystnych składników mineralnych, mamy szereg substancji toksycznych, jak kadm, ołów, arsen, rtęć, które nie mają żadnej korzystnej roli w naszym organizmie, ale niestety, nie jesteśmy w stanie ich wyeliminować z organizmu, środowiska, ze względu na przemysłową działalność człowieka, ale też ich naturalne występowanie, np. w skałach.

Na te korzystne pierwiastki jest ustalona dzienna norma spożycia i prawidłowy zakres referencyjny w surowicy krwi. Na pierwiastki toksyczne mamy ustaloną maksymalną dopuszczalną zawartość w żywności, w niektórych produktach spożywczych (np. rybach badamy zawartość rtęci czy arsenu) i w organizmie – można np. zbadać czy nie doszło do zatrucia organizmu danym pierwiastkiem wykonując odpowiednie badania biochemiczne krwi.

Pamiętam, że kiedyś normą była benzyna ołowiowa i wiadomo było, że pracownicy stacji benzynowych są narażeni na zatrucie ołowiem, byli monitorowani przez medycynę pracy. Kiedyś powszechne też były termometry rtęciowe, teraz już ich właściwie nie ma. Czyli niektóre niekorzystne składniki eliminujemy z naszego codziennego życia. Zaniepokoiło mnie natomiast to, że w rybach jest rtęć, a przecież uważamy je za zdrowe, pożyteczne i pożądane w diecie?

Ryby powinny być stale monitorowane. To ile zawierają np. rtęci, zależy od tego, skąd pochodzą, czy z zanieczyszczonych akwenów. Występuje coś takiego jak zjawisko biomagnifikacji, czyli im bardziej drapieżny osobnik, im starszy i większy, w kolejnych łańcuchach ognia pokarmowego gromadzi więcej rtęci. Dlatego ryby są zalecane w diecie, ale dwa razy w tygodniu, ze względu na zawartość dobrych składników, jak wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, mikroelementów. Była taka kontrowersyjna

kampania ph. „Jedz rybę codziennie”. Ale przy codziennym spożywaniu nie mamy pewności, ile dostarczymy sobie rtęci. Np. w USA u kobiet ciężarnych zaleca się nie więcej niż 200 g tuńczyka tygodniowo (czyli jedna puszka), bo to akurat jedna z ryb drapieżnych dużych, gdzie stwierdzone są podwyższone zawartości rtęci.

Mimo różnych działań, eliminacji termometrów rtęciowych czy wprowadzenia benzyny bezołowiowej, cały czas te toksyczne pierwiastki w środowisku krążą. Nie jesteśmy w stanie ich się pozbyć. W wielu dziedzinach są stosowane, np. w paliwie lotniczym. Mamy też np. rtęć w wypełnieniach stomatologicznych – uważa się, że jak mamy powyżej 4 takich wypełnień to jest to też pewne źródło narażenia.

Prowadzimy działalność, by zmniejszyć ilość pierwiastków toksycznych, ale nie jest możliwe by je całkowicie wyeliminować.

Wróćmy do tych korzystnych pierwiastków. Dlaczego są potrzebne i co robić, aby ich nie zabrakło, ale też i nie przedobrzyć z ich ilością w naszym życiu?

Taki ważny mikroelement to żelazo – odpowiada za wytwarzanie hemoglobiny oraz prawidłowe funkcjonowanie układu nerwowego. Jest niezbędny. Nadmiar rzadko się zdarza, chyba że ktoś stosuje wysoką suplementację. Zdecydowanie częściej dochodzi do niedoborów żelaza. Żelazo jest też składnikiem nisko biodostępnym dla organizmu. Mamy dwa rodzaje żelaza w pożywieniu: hemowe (mięso, podroby, produkty z krwią, ryby), lepiej przyswajalne i niehemowe (pochodzące z produktów roślinnych, zbożowych, orzechów), które jest mniej dostępne dla organizmu. Trzeba też pamiętać, że ta dostępność zależy także od czynników ułatwiających wchłanianie. Np. kwaśne środowisko będzie pomagało w dostępności żelaza, czyli warto razem z nim spożywać produkty z witaminą C. Z kolei chociażby mocna herbata, taniny, fosforany, nadmiar błonnika pokarmowego utrudnia biodostępność żelaza.

Jakie sytuacje powodują, że żelaza jest za mało? Na co powinniśmy zwrócić uwagę?

Niedobór żelaza to niedokrwistość i jej następstwa, czyli wpływ na układ krwiotwórczy, ale i na cały organizm. Jak organizm będzie niedotleniony, niedożywiony to wpływa to na układ nerwowy, obniżone procesy poznawcze, nieprawidłowy wygląd skóry, upośledzenie termoregulacji, zaburzenia w funkcjonowaniu hormonów tarczycy.

Najlepszym sposobem, aby nie dopuścić do niedoborów żelaza jest urozmaicona dieta. Trzeba zadbać o produkty bogate w żelazo, zwiększyć ilość czynników poprawiających jego biodostępność.

W przypadku stwierdzonych niedoborów rozwiązaniem może być suplementacja.

Wiadomo, że zwiększone zapotrzebowanie na żelazo jest u kobiet w ciąży, bo tu niedobór może powodować porody przedwczesne, większe ryzyko śmierci okołoporodowej noworodków. Także kobiety w wieku rozrodczym potrzebują więcej żelaza, w porównaniu do mężczyzn, związane jest to z cyklem miesięczkowym i stratami żelaza podczas miesiączkowania.

Cynk kojarzy się każdemu raczej z blachą ocynkowaną, tym co jest na dachu. A jakie funkcje pełni on w naszym organizmie?

Jest to jeden z najistotniejszych pierwiastków, i też często dochodzi do jego niedoboru. Cynk przede wszystkim pełni ważną funkcję antyoksydacyjną. Jest składnikiem albo kofaktorem ok. 300 enzymów. Jednymi z najważniejszych są oksydoreduktazy, spośród nich cynkowo-miedziowo zależna dysmutaza ponadtlenkowa – to enzym, który zwalcza w naszym organizmie wolne rodniki. Stres oksydacyjny uważany jest za jedną z chorób cywilizacyjnych, powoduje zapoczątkowanie różnych schorzeń. W jego wyniku powstają różne procesy zapalne, choroby układu sercowo-naczyniowego, występuje ryzyko procesów nowotworowych. Wolne rodniki są niezwykle reaktywne, to powoduje, że bardzo łatwo uszkadzają nasze komórki, tkanki, kiedy są w nadmiarze. Dlatego ważna jest równowaga między oksydantami a antyoksydantami w organizmie. I te antyoksydanty trzeba dostarczać z dietą.

Wolne rodniki mają też pewne korzystne funkcje, o nich się mniej mówi. W dzisiejszych czasach niestety na skutek złej diety: spożywania żywności wysoko przetworzonej, utlenionych

tłuszczów, alkoholu, ale też palenie papierosów, do tego brak snu, stres, nadmierna aktywność fizyczna i nasz organizm przestaje radzić przy niedoborze antyoksydantów. Szczególnie w wieku starszym ta zdolność ochronna jest słabsza i cynk w walce z wolnymi rodnikami jest bardzo istotny.

Cynk wykazuje działanie przeciwzapalne, ma też korzystne funkcje jeśli chodzi o odporność, działanie przeciwwirusowe. Są też badania mówiące o tym, że suplementacja cynkiem w przebiegu Covid-19, szczególnie tych ciężkich zakażeń, zmniejsza śmiertelność wśród pacjentów.

Wiadomo, że możemy kupić tabletki z cynkiem, ale jak z dietą, w sposób naturalny dostarczyć sobie cynk? Na jakie produkty zwrócić uwagę?

Zawsze zalecamy, by zacząć od urozmaiconej diety. Czasem, gdy mamy stwierdzony biochemiczny niedobór cynku, to warto suplementację rozważyć. Ale zaczynamy od diety. Najbogatszym produktem w cynk są ostrygi. Ale to na pewno drogi produkt i nie każdy je lubi. Z naszych, bardziej dostępnych produktów dobrym źródłem cynku będą produkty zbożowe z pełnego przemiału, mięso, ryby, orzechy. Orzechy generalnie są dobrym źródłem wszystkich makro i mikroelementów. To jeden ze sposobów zwiększenia tych składników mineralnych w diecie, np. w ramach przekąsek między posiłkami warto sięgać po orzechy, a nie chipsy. Warto też zamienić pieczywo z białej mąki na pieczywo z mąki z pełnego przemiału, która ma więcej składników mineralnych i sięgać np. po chleb razowy czy graham. Kasze też będą dobrym źródłem składników mineralnych, w tym cynku, tak jak pestki słonecznika, dyni. Te wszystkie produkty mają może mniej cynku niż ostrygi, ale też pokryją nasze zapotrzebowanie w znacznym stopniu.

Kolejny ważny mikroelement to selen. Za ich doskonałe źródło uważane są orzechy brazylijskie. Jak w diecie zbilansować ilość selenu?

Przy naszej polskiej tradycyjnej diecie jest niskie ryzyko przekroczenia poziomu selenu, Polska generalnie należy do terenów niedoborowych jeśli chodzi o zawartość selenu. Zawartość selenu w żywności związana jest z zawartością w środowisku, a my mamy raczej tereny ubogo selenowe.

Selen jest istotny tak jak cynk. To dwa mikroelementy najbardziej wpływające na naszą odporność, mające działanie przeciwzapalne, przeciwnowotworowe. Selen to też silny antyoksydant.

W badaniach w naszym zakładzie wykazaliśmy obniżone stężenie cynku i selenu w przypadku chorób neurodegeneracyjnych (jak choroba Alzheimera, Parkinsona), chorób autoimmunologicznych, jak choroba Hashimoto, stwardnienie rozsiane, bielactwo, łuszczyca. Takim jedynym produktem, gdzie możemy łatwo przekroczyć zalecany poziom selenu są orzechy brazylijskie. Ale to też zależy od miejsca, skąd pochodzą. Badaliśmy je w naszym zakładzie i okazało się, że te sprowadzane z terenów Amazonii zawierają bardzo dużo selenu, nawet zdarzało się, że 1,5 orzecha zaspokajało dzienną dawkę selenu, czyli 55 mikrogramów. Ale już w przypadku orzechów pochodzących z San Paulo, aż 11 orzechów pokrywało to dzienne zapotrzebowanie. Wyliczyliśmy, że bezpieczna dzienna dawka to 3-4 orzechy. To jest bardzo dobry suplement, z dobrą biodostępnością, nie ma potrzeby kupowania tabletek.

Inne produkty bogate w selen to ryby. Badaliśmy te z Warmii i Mazur i większość rodzajów ryb można było uznać jako dobre źródło selenu. Czyli standardowa porcja pokrywa powyżej 15 proc. dziennego zapotrzebowania. Inne źródła selenu to niektóre warzywa, grzyby, czosnek.

Polska jednym z największych producentów miedzi na świecie. Miedź towarzyszy nam w naszym życiu codziennym, na co dzień korzystamy z udogodnień techniki zawierających elementy miedziowe. A jak to jest w organizmie? Do czego nam potrzebna jest ta miedź?

Miedź jest ważnym mikroelementem, też pełni funkcje antyoksydacyjne, odpowiada za stan tkanki łącznej, stan skóry, stan żył i tętnic. Ważna jest równowaga między cynkiem a miedzią. Zapotrzebowanie na miedź jest sporo mniejsze niż na cynk, bo na cynk to ok 10 miligramów, na miedź – ok. 1 miligrama. Stosunek miedzi do cynku w organizmie jest uważany za wskaźnik

stresu oksydacyjnego i jak jest podwyższona zawartość miedzi w stosunku do cynku, jest to niekorzystne. Stwierdziliśmy, np. w procesach zapalnych, nowotworowych, autoimmunologicznych, udarach, że w surowicy pacjentów wskaźnik miedź-cynk jest niekorzystny na skutek nadmiaru miedzi.

Ta równowaga jest też ważna w innych pierwiastkach, np. wapń z magnezem, sód z potasem też współdziałają. Ważna jest odpowiednia proporcja. Zawsze powtarzamy, że nie tylko sama ilość, i zapotrzebowanie są ważne, ale te pierwiastki muszą ze sobą współdziałać. W naturalnych produktach one zwykle są w dobrej proporcji. Natomiast na suplementy diety należy uważać, a jeżeli je przyjmujemy, to w sposób kontrolowany. Jak mamy stwierdzony niedobór w surowicy konkretnego składnika, to sięgamy po preparat jednoskładnikowy. Czasem lepiej przyjąć preparat wieloskładnikowy, bo niektóre składniki muszą konkurować ze sobą, by było to działanie korzystne.

Ale najlepiej dostarczać sobie mikroelementy w produktach naturalnych?

Suplementacja czasem jest potrzebna, ale to powinno być poprzedzone badaniami biochemicznymi. Nie wszystkie suplementy są dobrej jakości, trzeba o tym pamiętać. Są różne formy, organiczne, nieorganiczne. Te najtańsze są to zwykle nieorganiczne tlenki, o bardzo słabej przyswajalności.

Nasze tereny były uznawane za endemiczne pod względem jodu, mamy jego niedobory. Od wielu lat mamy jednak sól jodowaną. Jakie jest znaczenie jodu w organizmie? Czy właściwe jest jodowanie soli, skoro jej nadmiar szkodzi ?

Jodowanie soli wprowadzono pod koniec lat 90., jako sposób zapobiegania niedoborom jodu w populacji. Są dane, które mówią, że nie mamy już tych niedoborów, ale są i takie, że jednak ten niedobór w populacji występuje. Z tym związany jest z kolei wzrost schorzeń tarczycy. Jod jest istotny w kontekście wytwarzania hormonów tarczycy, które mają wpływ na wiele funkcji, rozwój mózgu, układu nerwowego, kostnego, regulują proces wzrostu, dojrzewania. Jest potrzebny kobietom w ciąży. Efekty niedoboru jodu to wole endemiczne, guzkowe, upośledzenie funkcji poznawczych, niedoczynność tarczycy.

Wprowadzono jodowanie soli, ale z czasem zaczęto też ostrzegać przed nadmiarem soli – jak jest jej za dużo w diecie, rośnie ryzyko nadciśnienia, raka żołądka. Dlatego warto sięgać po inne źródła tego pierwiastka jak ryby, algi, owoce morza, wiśnie. Jod można też dostarczać przez układ oddechowy – na terenach morskich można się go nawdychać.

Na naszym terenie wody studzienne zawierają duże ilości żelaza i manganu. Czy to może być dla nas niebezpieczne?

Na pewno nie powinniśmy suplementować manganu dodatkowo. Rzadko wychodzą jego niedobory. My od lat badamy składniki mineralne u osób chorych, ale zawsze mamy też grupę kontrolną osób zdrowych. I mamy obserwację, że wcześniej nawet osoby zdrowe z naszych rejonów miały nadmiar manganu w ustroju w porównaniu do wartości referencyjnych. Teraz rzadziej te przekroczenia się zdarzają.

Mangan w nadmiarze jest rozpatrywany pod kątem pierwiastka toksycznego. Ma wtedy niekorzystny wpływ na układ nerwowy, jest zwiększone ryzyko choroby Parkinsona. W odpowiedniej ilości jest ważny, m.in. do prawidłowej gospodarki węglowodanowej, układu kostnego, chrzęstnego. Nie powinniśmy szukać produktów szczególnie bogatych w mangan. Znajduje się on np. w orzechach, herbacie.

Kobalt, molibden – czy te pierwiastki w naszym regionie stanowią jakiś problem?

Nie wiemy za bardzo. To śladowe pierwiastki, rzadko się je bada. Kobalt jest potrzebny do syntezy witaminy B12, jej niedobór to ryzyko niedokrwistości, szczególnie u osób na diecie wegetariańskiej. Molibden, wanad są niezbędne do prawidłowej gospodarki węglowodanowej, przemian metabolicznych, ale też w kontekście pierwiastków toksycznych się je rozpatruje. Np. podwyższona ilość wanadu może być związana ze wzrostem ryzyka nowotworów.

Z innych mikroelementów ważny jest jeszcze chrom, który potrzebny jest do gospodarki węglowodanowej, przeciwdziałania otyłości. Ale też raczej ostrożnie należy tu podchodzić z

suplementacją. Ważny jest też stopień utlenienia, 3 stopień jest uważany za korzystny, 6 – już toksyczny.

Każdy z makro i mikroelementów ma swoje znaczenie, funkcję w organizmie. Czy możemy o różnicach w zapotrzebowaniu u dzieci, młodzieży, osób w sile wieku i seniorów?

To zależy który pierwiastek. Np. z grupy makroelementów zapotrzebowanie na wapń u małych dzieci przeliczając na masę ciała, jest zwiększone, podobnie u osób starszych. Zapotrzebowanie zwykle wylicza się na masę ciała, zależy też od wieku, płci, rozpatruje się je też ze względu na funkcję tych pierwiastków. Np. magnez (również z grupy makroelementów) odpowiada za siłę mięśniową, i u mężczyzn zapotrzebowanie jest większe niż u kobiet w tej samej grupie wiekowej. W przypadku niektórych pierwiastków, jeśli rola jest podobna, zapotrzebowanie nie różni u obu płci. Zwykle zwiększone zapotrzebowanie jest u kobiet ciężarnych, karmiących, u osób starszych też czasem się zwiększa. Są też różnego rodzaju choroby przewlekłe, które powodują gorsze wchłanianie składników mineralnych i zaleca się wtedy większą suplementację. Np. u chłopców w okresie dojrzewania jest zwiększone zapotrzebowanie na cynk, potem w okresie dorosłym już nie.

Generalnie na pewno urozmaicona dieta, skomponowana ze świeżych, nieprzetworzonych produktów, to najlepszy sposób na dostarczenie wszystkich składników mineralnych w odpowiedniej ilości.



dr hab. Katarzyna Socha

14. Nadwaga i otyłość – rola diety

prof. dr hab. Lucyna Ostrowska

Na stronie Zakładu Dietetyki i Żywienia Klinicznego UMB jest zamieszczone przepiękne zdjęcie z dużą ilością warzyw, owoców. Czy to znaczy, że są one szczególnie ważne w naszej diecie?

Na pewno tak, a zwłaszcza teraz, w okresie jesiennym, potrzebne są nam witaminy i minerały, by wzmocnić odporność. Potrzebny jest też błonnik pokarmowy, by prawidłowo pracowały jelita. Na pewno warzywa i owoce to przede wszystkim zdrowie. A my zajmujemy się promowaniem zdrowia przez zdrową żywność.

Nadwaga i otyłość w społeczeństwie występują coraz częściej. Kiedyś wydawało się, że to Amerykanie mają z tym największy problem. Teraz, patrząc na nasze ulice, wydaje się, że też idziemy w tę stronę. Czy to prawda?

To niestety prawda. Okazało się, że w ubiegłym roku odsetek otyłych dzieci w Polsce był największy w całej Europie. A skoro mamy otyłe dzieci, to potem mamy otyłe społeczeństwo w wieku dorosłym i związane z tym zaburzenia metaboliczne i choroby, takie jak cukrzyca, nadciśnienie, zawały, udary.

Czyli nie tylko dorównaliśmy, ale wyprzedziliśmy Zachód pod tym względem?

Wyprzedziliśmy pod tym względem Europę Zachodnią. Wcześniej dużo dzieci otyłych było w Niemczech, Hiszpanii, na Malcie. Teraz najwięcej jest ich w Polsce. To bardzo smutna wiadomość. Druga zła wiadomość, jaka się ukazała w publikacjach medycznych jest taka, że w 2020 roku, w czasie jednej fali pandemii przeciętny Kowalski przytył o 3 kg, co jest niepokojące, bo z kolei te osoby, które przechorowały Covid-19 – niestety chudły. Czyli patrząc statystycznie, jak ktoś schudł, a ktoś drugi przytył średnio 3 kg, to znaczy że tak naprawdę przytył więcej.

W drugiej fali pandemii przybyło już średnio 3,5 kg na dorosłego Polaka. Ostatnia fala nie została jeszcze policzona, a teraz mamy kolejną. A to oznacza, że w ub. roku zwiększyliśmy masę ciała przeciętnie o 6-7 kg. To jest naprawdę dużo. To oznacza, że osoby, które miały nadwagę przeszły w stan otyłości czyli choroby, a osoby, które były otyłe zwiększyły stopień otyłości czyli zwiększyły powikłania tej choroby.

Co takiego zadziało się podczas pandemii, że nas jest coraz więcej?

Przede wszystkim w marcu 2020 roku zostaliśmy wszyscy zamknięci w domach, większość osób przeszła na pracę zdalną. A w domu jest większy dostęp do żywności. Na początku wszyscy myśleliśmy, że tej żywności zabraknie, więc kupowaliśmy na zapas, głównie produkty z długą datą przydatności, a to głównie produkty mączne, kasze, makarony. Potem ta żywność zalegała na półkach, trzeba było ją zjeść. Przebywanie w domu oznaczało, że można było ją przygotować, był na to czas.

Druga przyczyna była taka, że wiele osób bało się, czy nie zachoruje, czy utrzyma pracę, z czego będzie żyć. Doszły więc stresy społeczne. I te stresy większość rozładowywała jedzeniem, a niektórzy niestety także alkoholem, co dawało jeszcze dodatkową wartość kaloryczną.

I trzecia rzecz – zamknięto siłownie, a stacjonarny tryb życia ma wpływ na zwiększanie masy ciała. Jedliśmy za dużo, za mało wydatkowaliśmy. I bilans był taki, że zebraliśmy to wszystko w tkance tłuszczowej.

To, że nas zamknięto w domach, nie pozwalano wyjść nawet do parku czy lasu, co oznaczało, że za jednym podpisem ograniczono nam tak potrzebną aktywność ruchową.

Ograniczenie aktywności ruchowej to jedno, ale i druga ważna rzecz – wiadomo, że odporność, którą chcieliśmy mieć, by przeciwstawić się wirusowi, jest tracona gdy źle się natleniamy, czyli nie jesteśmy na świeżym powietrzu, a zamykamy się w źle nawilgoconym pomieszczeniu,

ogrzewanym np. kaloryferem. Nasza odporność spadała, a narastała ilość tkanki tłuszczowej, która generowała powikłania. I statystyki za rok 2020 są bardzo niekorzystne – o 48 proc. wzrosło ryzyko śmierci na Covid-19 u osób z otyłością w stosunku do osób z prawidłową masą ciała. Okazało się, że powodów tego jest dużo. Przede wszystkim osoba chorująca na otyłość ma już generalnie gorsze warunki wentylacji, pracy układu oddechowego, miewa zespoły hipowentylacji, bezdechu sennego. A mając jeszcze zainfekowany układ oddechowy przez covid, osoby te trafiały na oddział intensywnej terapii, musiały być intubowane, sztucznie podtrzymywane... I niestety szybciej umierały.

Proszę przypomnieć, kiedy mówimy o nadwadze, a kiedy o otyłości? Jak można to sprawdzić u siebie? Czy wystarczy obejrzeć się w lustrze, np. w sklepie?

Niestety, lustra sklepowe są często tak dobierane, by nas zmniejszać, by przedstawić nas w tym korzystniejszym wizerunku. Dlatego chcąc odpowiedzieć na pytanie czy mamy problem z nadwagą, czy już chorujemy na otyłość, potrzebujemy wagi i centymetra. Wyliczamy wtedy wskaźnik BMI, w którym nasza masa ciała w kg to licznik, a mianownikiem jest nasz wzrost w metrach do kwadratu. Z tym że większość z nas ma tendencję do zawyżania wzrostu, dlatego trzeba zmierzyć go dokładnie, dobrą, sztywną miarką. Jak podzielimy te wartości przez siebie i wynik wskaże mniej niż 25, to znaczy że jest wszystko w porządku. Wynik BMI w przedziale 25-30 oznacza nadwagę, czyli stan, kiedy możemy nad tym jeszcze zapanować i staramy się nie zwiększać, a najlepiej wrócić do prawidłowej masy ciała. Jak wartość BMI jest równa albo przekroczy 30, mówimy o otyłości i jest to stan, w którym trzeba się starać, by nie zwiększyć tego wskaźnika. Bo każde zwiększenie go o 1, pogarsza rokowanie co do chorób towarzyszących otyłości. Tkanka tłuszczowa wydziela bowiem szereg substancji zapalnych, które nazywamy cytokinami, a burza cytokinowa powoduje, że zaczynają chorować poszczególne narządy i układy, co kończy się m.in. nadciśnieniem, cukrzycą, kamicą pęcherzyka, dną moczanową, zawałem, udarem.

Drugi ważny wskaźnik to obwód talii. Do jego zmierzenia potrzebny jest centymetr, tylko nie taki rozciągnięty, ale najlepiej nowy. Jak obwód talii u pań przekracza 80 cm, a u panów 94 cm, oznacza, że mamy problem z nadmiernym gromadzeniem się tkanki tłuszczowej w jamie brzusznej, co jest niekorzystne nawet u osób szczupłych. Może być tak, że masa ciała jest prawidłowa, BMI wynosi poniżej 25, a i tak będziemy chorowali, bo za dużo tkanki trzewnej gromadzi się w jamie brzusznej i to też powoduje zaburzenia metaboliczne.

Jest taka opinia, że nadwaga i pulchne kształty są mniej niebezpieczne niż tzw. pierś marynarska, która się trochę osunęła – co dotyczy szczególnie panów. Czy to prawda?

Mamy różne rodzaje otyłości. Każda jest chorobą, ale nie są to równoważne choroby. Jak mamy otyłość taką ogólną, czyli pośladkową i udową, to pacjent może chorować nie będzie z powodu zaburzeń metabolicznych, ale będzie miał obciążenia stawów, kręgosłupa, u panów częściej będzie występować nowotwór prostaty, a u pań – nowotwór macicy czy piersi. Te metaboliczne powikłania bardziej dotyczą otyłości brzusznej – przy tzw. „brzuchu piwnym”. Teraz też bardzo dużo takiej otyłości brzusznej mamy u kobiet, gdy jeszcze kilka lat temu panie głównie miały mniej groźną metabolicznie otyłość, czyli występującą głównie na udach i pośladkach.

Jaki jest związek otyłości z chorobami?

Tkanka tłuszczowa to nie tylko coś, co nosimy i co może przeszkadzać nam w dobrze fajnego ubrania. Ona składa się z takich komórek jak adipocyty. Jeśli zgromadziły one już maksymalną ilość energii, więcej nie dają rady, to przerastają, są niedotlenione i wchodzi w stan zapalny, broniąc się przed tą kumulacją energii. I produkują niedobre hormony i cytokiny, które z krwią krążą po całym ustroju i powodują gorszą pracę insuliny, czyli hormonu odpowiadającego za gospodarkę węglowodanową ustroju. Zwiększa się też wydzielanie leptyny – jest jej tak dużo, że nasz ośrodek sytości i głodu jej nie odbiera jak powinien i nie reaguje na sygnały, by więcej nie jeść. I zaczynamy chorować. Najczęstszym schorzeniem jest nadciśnienie tętnicze. Najprawdopodobniej jest ono wywołane bardzo dużą ilością produkowanej insuliny. Poza tym u osoby, która przybiera na masie ciała (a tak naprawdę na masie tkanki tłuszczowej), też

zwiększa się łożysko naczyniowe, bo serce więcej krwi musi przepompować. Powiększa się lewa komora i dochodzi do zaburzeń w układzie sercowo-naczyniowym i do nadciśnienia tętniczego. Dobra wiadomość jest taka, że przy redukcji masy ciała, jeśli nie mamy do czynienia ze skrajną otyłością, z BMI powyżej 40, jest to proces odwracalny, choć nie do końca. Jak mamy już powiększoną lewą komorę, ona się nie zmniejszy, ale możemy poprawić, czyli obniżyć ciśnienie tętnicze. Natomiast każda osoba, która wchodzi w stan otyłości powinna starać się, by jej już nie zwiększyć, a wręcz ją leczyć, bo potem procesów nieodwracalnych może być wiele. Nawet jak się zredukuje masę ciała. Np. jeśli wątroba, która była na początku tylko stłuszczone, przejdzie w stan zapalny i zacznie włóknieć, to jest to już nieodwracalny proces. Może jedzenie jest przyjemnością, sposobem na rozładowanie emocji, ale trzeba zdawać sobie sprawę z konsekwencji, jeśli budujemy przy tym tkankę tłuszczową trzewną.

Na co powinniśmy zwrócić uwagę, na jakie czynniki? Teraz nie jesteśmy już zamknięci, lasy i parki są otwarte. Wydaje się, że pandemia nie spowoduje niedoborów żywności, nie musimy zjadać zapasów. Na co więc uważać w codziennym życiu, aby tej masy nam ubyło i żebyśmy wrócili do zdrowia i rozmiarów sprzed pandemii?

Niestety, mimo że możemy już swobodnie wyjść na spacer, to wcale tak chętnie nie chodzimy. Otworzyły się siłownie, ale wcale się nie zapełniły. Nie wszyscy bowiem wrócili do aktywności fizycznej. A na pewno każdy ruch jest lepszy niż żaden i zdrowszy niż gdyby go nie było. Oczywiście przesada w ruchu i dyscypliny narażające na przeforsowanie się też nie są dobre. Ale spacer godzinny dla poprawy nastroju, natlenienia i kondycji – jak najbardziej polecamy.

Drugą istotną rzeczą jest prawidłowy sen. To też może być przyczyna wzrostu masy ciała, jeśli śpimy za krótko lub za długo. Wydzielający się wtedy niekorzystny hormon kortyzol powoduje odkładanie tkanki tłuszczowej. Prawidłowy sen u dorosłego powinien trwać około 7 godzin.

Trzeci element to dieta. Nie namawiam do skrajnych diet, ale do prawidłowego żywienia. Przede wszystkim warto sobie planować, co będziemy spożywać. Żeby nie było tak, że wstajemy i chwytamy na śniadanie to, co jest pod ręką. Warto zaplanować, że tego dnia będą to np. kanapki, kolejnego płatki, a następnego jajecznicą. Urozmaicenie tego jedzenia powoduje, że nie będziemy mieli niedoborów żywieniowych. Trzeba zwrócić uwagę na rozsądne porcje. Bo jeżeli raz w tygodniu się zważymy i okaże się, że przybraliśmy na wadze, to oznacza że przez tydzień jedliśmy za dużo, więcej niż nasz organizm potrzebował.

Co wybierać w żywności? Na pewno nie powinny to być produkty tłuste, choć nie mówię, żeby w ogóle ich unikać, ale je limitować. One zwykle są wysokokaloryczne. Generalnie im coś ma więcej tłuszczu lub cukru w sobie, tym tego powinniśmy jeść mniej. Wybierajmy chude gatunki mięsa, chude produkty mleczne, nie zawsze trzeba kanapkę smarować grubo masłem czy margaryną. Powinniśmy unikać takich produktów jak kiełbasy, golonki, boczki, pasztety czy parówki. Na pewno powinniśmy korzystać z warzyw, z owoców już trochę mniej – wystarczy dwie porcje, czyli dwie własne garstki dziennie. Najlepiej jeść owoce jako przekąskę między śniadaniem a obiadem oraz obiadem a podwieczorkiem.

Generalnie zasada prawidłowej diety jest taka, że pół talerza powinny zajmować warzywa, ¼ – białka (czyli jajko, ser, mięso, ryby) i ¼ – węglowodany (kromka chleba, dwa ziemniaki czy pół woreczka ryżu). Natomiast co my Polacy robimy źle? Przede wszystkim źle przygotowujemy mięsa. Zwykle są w jakimś sosie, a jak już nie ma sosu, to polewamy jakimś masłem, oliwą. Tłuszczu jest tam wtedy za dużo. Zbyt mało jemy grubych kasz, za dużo ziemniaków i makaronów. Za dużo spożywamy cukru i soli. To dwie białe śmierci. Cukier najlepiej wyeliminować całkowicie. On i tak znajduje się w większości produktów pochodzenia roślinnego. Nie należy pić słodkich napojów z kartonów. Należy też uważać na słone przekąski. One są niewskazane, bo nie liczy się, ile ich się zje. Najczęściej się je, aż się skończą. Lepsze będą paluszki z marchewki, papryki, głąby z kapusty, kalarepa. Nawet jak zrobimy do tych warzyw dipy z chudych jogurtów, z przyprawami, będzie to naprawdę świetna przekąska, przede wszystkim zdrowa i bez dużej ilości kalorii.

Namawiam wszystkich do wypijania 2 litrów płynów dziennie, panów – do 2,5 litra. I to płynów obojętnych, nie jakiś słodkich napojów. Na pewno nie piwa. Piwo przez wiele osób nie jest postrzegane jako alkohol, a ono też musi się zmetabolizować w wątrobie. To też produkt wysokokaloryczny. Duże piwo ma ok. 350-500 kcal, to bomba kaloryczna.

Warto też jak najmniej używać patelni. Ona nie jest niczym dobrym. Zawsze tam lejemy oliwę, to też tłuszcz, który się odłoży w tkance tłuszczowej.

Żeby sprawdzić, czy się dobrze żyje, trzeba raz w tygodniu się zważyć i zobaczyć, czy idzie się w dobrą czy złą stronę. Jak sobie nie radzimy, warto zgłosić się do lekarza, który zleci badania kontrolne i skorzystać z rady dietetyka.

W obecnej sytuacji warto też myśleć o wzmocnieniu swojej odporności. Czyli skontrolować zawartość witaminy D, w razie niedoborów zastosować suplementację lekiem. O odpowiednią dawkę najlepiej zapytać lekarza rodzinnego. Trzeba też zadbać o odpowiedni poziom cynku i selenu. Wskazane są ryby nawet trzy razy w tygodniu, orzechy (wystarczy zjeść 9 orzechów czy migdałów dziennie).

Ja jestem ogromnym wielbicielem jabłek. A Pani Profesor mówi, że owoce w dużych ilościach są jednak niekorzystne. Dlaczego?

Owoce dobrze wpływają na naszą dietę, są źródłem witamin, minerałów, błonnika pokarmowego, ale zawierają też fruktozę. U osób z nadwagą i otyłością fruktoza powoduje przekształcanie do triglicerydów, które będą się odkładały w tkance tłuszczowej. Dorosłemu człowiekowi w prawidłowo zbilansowanej diecie owoce są potrzebne w dwóch porcjach – każda wielkości naszej garści. Czyli takie jedno niewielkie jabłko na śniadanie i podwieczorek wystarczy. Na pewno nie 1,5 kg jabłek dziennie, jak potrafią jeść niektórzy moi pacjenci, aby zabić głód. Głodu nie zabijają, a zwiększają objętość żołądka. Jabłko też ma swoje kalorie, takie 1,5 kg to połowa dziennej diety redukcyjnej. Może się okazać, że jeden schabowy będzie mieć mniejszą wartość energetyczną niż te 1,5 kg jabłek. Poza tym niestety to rozciąganie żołądka powoduje, że chce się nam potem więcej jeść.

Mówiła Pani o 2 litrach płynów dziennie dla pań i 2,5 litra dla panów. Co wybierać?

To może być herbata, nie musi być czarna. Namawiam na herbaty zielone, białe, owocowe, oczywiście niesłodzone. Woda świetnie się sprawdza latem, gdy chce się nam pić. Zimą już nie zawsze się sprawdza, bo zmniejsza się pragnienie. Wielu moich pacjentów mówi, że ma wodowstręt, nie może na nią patrzeć. Dlatego proponuję kupić mnóstwo różnych herbat, sama czasem mam ich 16 w domu, różne smaki np. poziomkowa, malinowa, imbirowa, żeby je ciągle zmieniać. Co ważne, o tej porze roku nie pijemy herbaty zimnej. Jak przychodzimy do domu z zewnątrz i nie napijemy się czegoś gorącego, to zjemy dużo więcej, niż powinniśmy, gdyż organizm broni się przed wychłodzeniem. Dobrze jest wypić wtedy coś ciepłego, to rozładujemy to uczucie głodu i możemy pomyśleć o prawidłowo zaplanowanym posiłku.

Woda gazowana czy niegazowana?

W większości dietetycy osobom chorującym na otyłość zalecają niegazowaną, bo taki pacjent już ma problem z wypełnieniem brzucha dużą ilością tkanki tłuszczowej i uniesioną przeponą. Jak dodatkowo wypełnimy żołądek i jelita gazowaną wodą, przepona jeszcze bardziej się uniesie i zmniejszy się przestrzeń w klatce piersiowej. Pogarszają się wtedy warunki oddechowe i warunki pracy serca. Natomiast osoby, które nie mają dużego brzucha, mogą pić wodę gazowaną. Chyba, że ktoś ma refluks żołądkowo-przełykowy, to wtedy też nie jest ona wskazana.

Bardzo często jestem pytana czy pić wodę z cytryną. Taka woda jest tzw. alkalizującą. Większość z nas stosuje dietę mieszaną, je dużo produktów zakwaszających jak jajka, pieczywo, mięso, słodycze. Dlatego potrzebujemy w diecie produktów alkalizujących, by to zobojętnić. Takim produktem jest np. woda z cytryną czy cytryna. Taka woda także u osób mających zaparcia może też pobudzić perystaltykę jelit. Czyli woda z cytryną tak, ale już nie woda z cytryną i miodem – bo ta ma fruktozę, więc dla osoby chorej na otyłość będzie to niedobre.

Miód kojarzy się nam ze zdrowym produktem, a Pani sugeruje, że nie do końca?

Miód jest naprawdę bardzo dobrym produktem spożywczym, ale nie dla wszystkich. Dla osób zdrowych jest zalecanym produktem, zwłaszcza teraz, ponieważ podnosi odporność. Jest dobrym cukrem, ale to ciągle cukier. Osoby, które mają nadwagę czy są otyłe, a zwłaszcza jak

mają podwyższone triglicerydy, muszą go unikać albo ograniczać do łyżeczki – półtorej na dobę.

W sklepach zielarskich jest mnóstwo ziół, herbatek ziołowych. Czy warto wspomagać dietę ziołami? Po jakie mieszanki sięgać lub których unikać?

Nie jestem zwolennikiem samodzielnego dobierania ziół, myślę, że należy to zostawić lekarzom. Np. żeń szeń, zioło młodości, witalizujący, okazuje się, że może rozregulować układ sercowo-naczyniowy, z kolei np. imbir może powodować reakcje uczulające, nudności. Trzeba wiedzieć co dla kogo. Bezkarność stosowania ziół należy odłożyć do lamusa, nawet jak czytamy w internecie, że komuś pomogło, nam może zaszkodzić. Poza tym pojawiły się zioła, które są nie wiadomo jakimi mieszankami, niewiadomego pochodzenia. Mieliśmy takie niechlubne zioła chińskie czy tybetańskie, gdzie były dodawane śladowe ilości narkotyków albo leków. Zioła podlegają najmniejszej kontroli farmaceutycznej. Dlatego do stosowania ziół bez kontroli lekarza czy aptekarza bym nie namawiała.

W naszej tradycji kulinarnej popularne są grzyby. Spacerujemy, zbieramy. Czy przy odchudzaniu, właściwej diecie są potrzebne?

Nie mam jednoznacznej odpowiedzi. Zależy jak są przygotowane. Np. kanie smażone na maśle to produkt wysokokaloryczny. Także pieczarki czy boczniki zwykle są podsmażane czy duszone, to też produkt ciężkostrawny i wysokoenergetyczny (ze względu też na sosy). Natomiast jeśli grzyby są zamarynowane bez cukru i jak są zebrane przez osobę, która się na tym zna, to raczej dobry produkt. Kalorii ma niedużo, choć zbyt dużo cennych witamin i minerałów może nie ma. Jednak do rozładowywania wieczornego głodu namawiałabym bardziej do ogórka konserwowego. Nie kwaszonego, bo on przeciwnie – zachęca do jedzenia, tak jak kapusta kwaszona zwiększa łaknienie. Ale kwaszone produkty z kolei zawierają też korzystne bakterie, zalecane przy redukcji masy ciała. W chorobie otyłościowej niezmiernie ważne jest właśnie dostarczanie produktów kwaszonych lub probiotyków, po to, by poprawić mikrobiotę jelitową. Bo bakterie jelitowe mogą u pacjenta zrobić dużo złego: pogorszyć stan zapalny w ustroju, zmienić preferencje smakowe, mamy bakterie zwiększające chęć jedzenia słodkiego, mogą zaburzać produkcję neuroprzekaźników serotoninowych i sprzyjać depresji.

Wiadomo, że dieta mączno-ziemniaczana negatywnie wpływa na naszą wagę. Jest takie stwierdzenie, że same ziemniaki nie są problemem dietetycznym, większym jest to, co na nie położymy.

Dwa ziemniaki dziennie nikomu nie zaszkodzą, nawet pacjentowi chorującemu na otyłość. Ale też ziemniak ziemniakowi nierówny. On może mieć dużo wartości, zwłaszcza teraz, świeżo wykopany, będzie zawierał dużo witaminy C i potasu. Są takie odmiany, które można jeść ze skórką, pod którą tej witaminy C jest najwięcej. Ziemniaki różnią się też zawartością skrobi. Jak dbamy o wartość energetyczną posiłków, powinniśmy wybierać te z mniejszą zawartością skrobi. Poza tym ciepły ziemniak nie równa się zimnemu. Po ugotowaniu i wystudzeniu ma tzw. skrobię oporną, która mniej się wchłania i odżywia bakterie jelitowe, więc działa bardzo korzystnie. My niestety najczęściej jemy ziemniaki rozduszone lub w postaci pure, z masłem czy śmietaną, co podnosi indeks glikemiczny i powoduje wydzielanie nadmiernej ilości insuliny. Ale ziemniak saute, bez sosu czy masła, cały, krojony paseczkami i nie przetworzony (smażony czy w postaci frytek) – jak najbardziej może być w naszej diecie.

Czy czas spożywania posiłków ma znaczenie, ma wpływ na masę ciała, na to jak przyswajamy produkty?

Nie ma tu jednej odpowiedzi. Każdy z nas nosi zegar biologiczny zlokalizowany w podwzgórzu, który tyka co do wydzielania hormonów, enzymów. Zawsze podaję przykład kury, która ma mały mózg, a wie o której wstać, kiedy chodzić i dziobać, a kiedy iść do kurnika. Najpierw myślano, że idzie do kurnika, bo ma kurza ślepotę (tzw. zmierzchową) i nie widzi o zmroku. Ale się okazało, że ona idzie do tego kurnika nawet jak jest jeszcze widno, bo ma swój zegar biologiczny. I my mamy taki sam zegar. Jak ktoś go zaburza, je w nie swoich porach, będzie gorzej wydelał hormony i enzymy, gorzej będzie trawił, metabolizował. Jak ktoś się na to

godzi i je nieregularnie, ale mniej, i waga stoi w miejscu, to jeszcze pół biedy. Ale jak chce jeść nieregularnie, tyle ile jadł i masa ciała przybiera, to ten komfort się zaburzy. Dlatego warto dyscyplinować się godzinami. Ale dla niektórych takie pilnowanie godzin to z kolei za duży stres. Wtedy mówię trudno, aby tylko było tak, że jesz tyle ile potrzebujesz i nie przybierasz na wadze.

Pojawiły się teraz różne posty, godzinowe, dniowe, tygodniowe. Badania naukowe mówią, że te posty są równoważne z regularnymi posiłkami. Okazuje, że ludzie robiący posty „16 godzin nie jem i 8 godzin jem”, lepiej utrzymują należną masę ciała lub ją redukują. Wchodzą w taki rytm, że oczyszczają organizm przez 16 godzin, organizm się na to godzi i daje komfort, że nie będzie chorował, a oni wtedy jedzą przez 8 godzin i bardziej się pilnują co jedzą (oczywiście nie wszyscy).

Jestem zwolennikiem zegara biologicznego i za regularnym jedzeniem, ale znam osoby, które jedzą 2-3 posiłki dziennie i są zdrowe, nie mają nadwagi ani otyłości.

Generalnie nie jestem też za postami, bo kiedyś się kończą i potem zwykle wraca się do dawnych niedobrych nawyków żywieniowych i pogarsza się swój metabolizm oraz parametry cholesterolu i/lub glukozy. Nie lubię skrajności. Dlatego namawiam pacjentów do w miarę regularnego jedzenia, i tego, aby po godz. 18, a zwłaszcza 19 w naszej strefie klimatycznej, nie jeść. Także jak ktoś stosuje 16-godzinny post, to po 18 też nie powinien jeść. Nie może być tak, że ktoś zaczyna jeść od obiadu i potem je w nocy. Badania wykazały, że takie osoby częściej chorują na zaburzenia układu sercowo-naczyniowego.

Nie jest pani zwolennikiem postów, a w prawosławiu mamy cztery dłuższe posty, poza tym pości się w środy, piątki.

To co innego. To posty w imię czegoś wyższego, naszej wiary, uszanowania boskości. Nie pościmy po to, by potem się najeść, tylko pościmy, a potem jemy prawidłowo. Jestem przeciwna tym modnym postom internetowym, że pości się np. tydzień, a potem znowu można jeść co się chce, tłuste, słodkie, bo „schudłem i mogę to sobie odbić”.



prof. dr hab. Lucyna Ostrowska

15. Grypa czy COVID-19?

prof. dr hab. Robert Flisiak

Panie Profesorze, od ponad półtora roku zajmuje się Pan leczeniem i diagnostyką pacjentów z COVID-19. To temat, który znowu ożył. Rozmawialiśmy kilka tygodni temu, gdy wydawało się pozornie, że pandemia uległa uspokojeniu. Zachęcaliśmy do szczepień, ale nie miało to miejsca. Jak ocenia Pan obecną sytuację? Co dzieje się w województwie podlaskim, co dzieje się w kraju? Co nas czeka?

To dużo pytań w jednym. Oczywiście wszyscy wiedzą, że mamy dużą falę zachorowań na COVID-19 akurat na Podlasiu, taką, jakiej nie mieliśmy ani rok temu, ani wiosną. Wtedy cały kraj był równo „zalany”, a nawet w poprzednich falach trochę mniej u nas było pacjentów. No i to była ta dobra strona, ale i zła, bo przez to, ale też przede wszystkim przez niewystarczającą ilość zaszczepionych, wirus zaczął szukać sobie przestrzeni do życia – bo taka jest właśnie natura każdej epidemii wirusowej. Tak naprawdę każdemu wirusowi zależy przede wszystkim na rozprzestrzenianiu się, a najłatwiej się rozprzestrzeniać tam, gdzie nie ma odporności nabytej w sposób naturalny po przechorowaniu, ani tej nabytej po szczepieniu. I dlatego nie powinno być zaskoczeniem, że akurat wybrał nasz region, czyli Podlasie i Lubelszczyznę.

Cały czas tłumaczono nam, że my jesteśmy regionem oszczędzonym, ponieważ nie ma tutaj dużych skupisk ludzi. Białystok, mimo, że ma prawie status metropolii, nie jest dużym miastem, w województwie ludność jest raczej rozproszona po niewielkich miejscowościach. To przy poprzednich falach było czynnikiem, który chronił nas, bo nie było tego przemieszczania się wirusa i on sobie nie wędrował.

To prawda. Wtedy wirus nie miał optymalnych warunków do rozprzestrzeniania się akurat u nas. Znacznie lepiej mu szło to w tych wielkich centrach miejskich oraz w województwach o dużym zagęszczeniu – pamiętamy, co się działo na Górnym Śląsku. Ale to nie znaczy, że wirus zapomniał o nas. W momencie, gdy tam już nie ma przestrzeni zbyt dużej do rozprzestrzeniania się, wiadomym było, że ogniska zaczną wybuchać u nas. W tej chwili wydaje się, że osiągnęliśmy taki punkt kulminacyjny i w ostatnich dniach pojawiły się takie jaskółki optymistyczne, które wskazują na to, że liczba zakażeń będzie zmniejszała się, ale liczba zajętych łóżek w szpitalach, jeszcze przez 2-3 tygodnie będzie na wysokim poziomie. Będzie to duży poziom zajętości, blokujący niestety dostęp do opieki zdrowotnej innym chorym. To jest właśnie ten problem, który wydają się lekceważyć ludzie, którzy się nie szczepią, bo uważają, że ich to nie dotyczy. Nawet jeżeli nie zakażą się albo zakażą się i przejdą lekko chorobę, to może to ich dotknąć, bo zabraknie dla nich miejsca w szpitalu, gdy zachorują na inną chorobę. A przyczyną jest to, że oni i im podobni nie zaszczepili się.

Panie Profesorze, czy wirus ten sprzed półtora roku, ten wiosenny i ten obecny to jest taki sam typ wirusa? Czy on się zmienia? Słyszeliśmy o różnego rodzaju mutacjach, przybywało liter w alfabecie. Na jakim etapie w tej chwili jesteśmy?

Cały czas żyjemy z wariantem Delta. To, że on tak długo z nami jest, świadczy o tym, co sugerują pewne hipotezy, że możliwości ewolucji wirusa i poszukiwania jakiejś ucieczki przed naszą obroną populacyjną zaczynają mu się kończyć. To jest optymistyczne. Oby tak było, bo w pewnym momencie zaczyna brakować miejsc na tym kolcu, który się przyczepia do receptorów, które mogłyby ulec takiej zmianie, żeby być jeszcze bardziej przylepne, czyli żeby zwiększyć zakaźność. Wygląda na to, że wariant Delta ma już najwyższą, jaką mógł osiągnąć wirus SARS-CoV-2, zakaźność. Życie pokaże, czy tak będzie. Jeżeli chodzi o różnicę, faktycznie obserwujemy pewne różnice w obrazie klinicznym. Poza tym, że właśnie wariant Delta ma większą zakaźność, czyli łatwiej jest przenieść zakażenie z jednego człowieka na drugiego, powoduje pewne różnice w obrazie klinicznym. Udokumentowaliśmy je nawet w naszych

badaniach właśnie wysłanych do publikacji. Przede wszystkim widać znacznie częściej objawy dyspeptyczne, znacznie rzadziej pacjenci skarżą się natomiast na zaburzenia węchu i smaku, aczkolwiek sędzę, że w tej chwili po prostu stało się tak to oczywiste, że już nikt nie robi z tego sensacji.

Pacjenci może po prostu bardziej zwracają uwagę na dolegliwości żołądkowo-jelitowe, które są kłopotliwe, a brak węchu i smaku nie jest takim problemem?

Być może, natomiast ja bym nie zwracał na to uwagi, bo to są różnice w objawach fazy początkowej. Są one istotne bo ułatwiają rozpoznanie pozwalając na odpowiednio wczesne rozpoczęcie leczenia. Ale zagrożenie życia tak naprawdę pojawia się w 2 tygodniu choroby, bo wtedy ujawnia się burza cytokinowa, zaburzenia krzepnięcia, zatorowość, uszkodzenia płuc i wielu innych narządów. Wydaje się, że aktualnie więcej mamy zakrzepicy i że ma ona poważniejsze konsekwencje, prowadzące nawet do konieczności amputacji kończyn. Więc te zmiany są, ale choroba cały czas jest taka sama. Tak samo groźna. Natomiast to, co niepokoi w tej chwili nas lekarzy w zachowaniu pacjentów, to to, że zgłaszają się późno, usiłują przeczekać. Nie wiadomo dlaczego. Może być powodem to, że jest trudno dostać się w tej chwili do szpitala, ale w większości przypadków są to próby takiego przeczekania z nadzieją że choroba przebiegnie łagodnie. Tymczasem leki przeciwwirusowe, w tym ten nowy który mają się pojawić w najbliższym czasie, aby były skuteczne muszą być zastosowane w ciągu 5 dni od wystąpienia objawów.

Wydaje się, że przez SARS-CoV-2 zapomnieliśmy o innych wirusach. Mam wrażenie, że drugi rok jesteście bez grypy. Grypa w ogóle przepadła?

Pamiętajmy, że jest coś takiego jak nisza ekologiczna. Wszystkie żywe organizmy szukają swojej niszy i jak ją znajdą, to nikt inny nie może już jej zająć. Wygląda na to, że właśnie SARS-CoV-2 wyparł grypę. To nie będzie na pewno trwałe, bo grypa jest i wcześniej czy później wróci. Mogę nawet mieć obawy, że wirus, który zanika w środowisku, potem wraca ze zdwojoną siłą, bo społeczeństwo traci odporność. Ta odporność na poszczególne wirusy, w tym wypadku na grypę, spada nam z racji braku ciągłego kontaktu z patogenem w sposób naturalny. A jeszcze jeżeli dodamy niski poziom zaszczepienia przeciw grypie, to efekt jest taki, że za parę lat będziemy mieli taką epidemię wyrównawczą, która spowoduje chorobę u osób, które nie mają wystarczającego poziomu odporności. Tego samego, niestety, obawiam się w przypadku SARS-CoV-2, bo prawdopodobnie za rok jesienią będziemy mówić cały czas o SARS-CoV-2, tylko że to już będą pojedyncze przypadki. Prawdopodobnie nie będzie konieczności zajęcia tylu łóżek, ale obawiam się, że takie kliniki jak moja, będą w całości znowu zajęte. To będzie o tyle groźne, że my uspokojeni tym, że tych przypadków jest coraz mniej i w kolejnych latach będzie jeszcze mniej, stracimy czujność. I za jakieś 5, 6, 10 lat, ten wirus będący cały czas w środowisku, zidentyfikuje populację jako nie odporną i zaatakuje ponownie.

A jak to ma się z innymi chorobami zakaźnymi? Tak z niepokojem czytam o doniesieniach, jakoby odra miała powrócić.

Odra jest właśnie tą chorobą, która charakteryzuje się bardzo wysoką zakaźnością. Na dodatek ma w pewnym sensie podobną charakterystykę epidemiologiczną do SARS-CoV-2 ponieważ najwyższą zakaźność ma również przed wystąpieniem objawów. Odra zwykle nie obejmuje w obecnych czasach na szczęście tak dużej części populacji. Ale mamy ogniska, mamy nawroty spowodowane tym, że zaprzestano szczepienia się. Jest coraz więcej rodziców, którzy nie decydują się na zaszczepienie dzieci i zapominają o tym, że odra może być chorobą groźną dla życia maluchów.

Wracając do COVID-19. Jakie objawy powinny nas jako pacjentów zaniepokoić? Kiedy powinniśmy podjąć decyzję o zgłoszeniu się do szpitala? Czy wystarczy, że zrobimy test i gdy jest pozytywny powinniśmy już być w szpitalu?

Zdecydowanie nie namawiam do tego, żeby natychmiast jak pojawi się pierwszy objaw w postaci gorączki, kaszlu, dążyć do tego, żeby wylądować w szpitalu. Na szczęście większość zakażeń przebiega albo skąpoobjawowo, albo wręcz bezobjawowo. Przede wszystkim warto skontaktować się z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, który umożliwi nam wykonanie testu. Objawy w obecnej sytuacji, gdy mamy czas epidemii, są w zasadzie bardzo dobrym

wskaźnikiem, bardzo czułym i swoistym, pomimo, że w normalnych warunkach te objawy byśmy uznali za nieswoiste. Natomiast obecnie można śmiało powiedzieć, że jeżeli ktoś ma gorączkę, kaszel, to z dużym prawdopodobieństwem zachorował na COVID-19. Ale to trzeba potwierdzić. Dlatego potrzebny jest kontakt z lekarzem POZ, warto się też zaopatrzyć w pulsoksymetr, który pozwoli zobiektywizować uczucie, które może się pojawić u niektórych osób w postaci duszności. Jeżeli saturacja tlenu na pulsoksymetrze pokazuje nam mniej niż 94%, a jeszcze do tego z trudem zaczynamy łąpać powietrze, to jest sygnał, że trzeba wzywać pogotowie, bo taki pacjent powinien jak najszybciej znaleźć się w izbie przyjęć, lub w SORze w celu obiektywnej oceny jego stanu i uznania konieczności hospitalizacji. To jest ważne też z tego powodu, że tak jak powiedziałem, leki przeciwwirusowe wtedy mogą zadziałać. W najbliższym czasie pojawią się nowe leki, ale one też wymagają wczesnego podania. Parę dni temu Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (PTEILCHZ), którym kieruję, wydało kolejną wersję rekomendacji leczenia uwzględniającą nowoczesne leki, które będą możliwe do stosowania przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Będzie to pozwalało na wdrożenie terapii przeciwwirusowej już na etapie pobytu w domu, w łagodnych postaciach.

W tej chwili w szpitalu też są stosowane leki przeciwwirusowe, przede wszystkim remdesivir. Czy coś nowego jeszcze się pojawiło?

Ten lek, który stosujemy w tej chwili, jest jedynym zarejestrowanym lekiem przeciwwirusowym. Natomiast w najbliższym czasie powinien zostać zarejestrowany molnupiravir. Poza tym będą przeciwciała monoklonalne. Problemem pewnym jest tylko logistyka w polskim systemie opieki zdrowotnej, bo nie mamy w praktyce leków, które byłyby dystrybuowane centralnie do leczenia w podstawowej opiece zdrowotnej. POZ-y mogą wystawić receptę, na podstawie której pacjent kupuje lek. Być może będzie to rozwiązane tak, że będą w miastach wybrane apteki, do których będzie można zgłosić się po odebranie leku. Bo leki zakupione centralnie będą bezpłatne.

Dużo emocji w różnych środowiskach budzi ciągle temat leczenia amantadyną. Panie Profesorze, jaka jest prawda? Czy jest skuteczna w leczeniu zachorowania na koronawirusa?

Temat ciągle wraca, na dodatek podobno sprzedaż amantadyny zaczęła wzrastać, co świadczy o tym, że działania osób, które chcą zarobić na tym, są skuteczne. Niestety nic się nie zmieniło, jeżeli chodzi o naszą wiedzę. Przez 1,5 roku nie ma żadnych wyników badań potwierdzających skuteczność terapeutyczną tego leku, żadne rekomendacje na świecie, ani amerykańskie, ani europejskie, ani Światowej Organizacji Zdrowia, nawet nie wspominają o amantadynie. One wspominają o niektórych lekach, które na przykład przez jakiś czas rekomendowano albo obserwowano wyniki badań, takim jak np. iwermektyna, ale w ostateczności zdecydowano o ich nie rekomendowaniu do leczenia. Amantadyny nawet nie wymieniono w grupie nie zalecanych, bo po prostu nawet jej nie rozważano jako możliwość terapeutyczną w żadnym kraju poza Polską. No cóż, nie widać też u nas z badań klinicznych, które są realizowane, żeby miały z nich wynikać jakieś korzystne efekty. Ja chciałbym bardzo, żeby tani dobry lek był skuteczny, ale niestety, nie ma danych naukowych, które to potwierdzają.

Mamy remdesivir jako lek do stosowania we wczesnej fazie choroby. A czy w takim późniejszym stadium, gdy niestety pacjent próbował „przeczekać” w domu, zaczął się dusić, jest w ciężkim stanie, jest jeszcze dla niego jakaś szansa?

Tacy pacjenci, zwykle w 2 tygodniu choroby, którzy załamują się, budzą nasz największy niepokój, bo ich życie jest zagrożone. W fazie wirusowej, tej początkowej, rzadko się zdarza, żeby były jakieś zagrożenia życia, no chyba, że z racji chorób. Natomiast w 2-3 tygodniu rozwija się tzw. „burza cytokinowa” i wtedy dążymy do jak najszybszego jej stłumienia. Mamy akurat dobre doświadczenia, potwierdzone naszymi własnymi opublikowanymi wynikami badań z tocilizumabem, lekiem dobrze znanym przede wszystkim reumatologom, stosowanym przez lata w RZS. Tam lek jest stosowany przez wiele miesięcy. Natomiast w COVID-19 dajemy jedną dawkę, która ma uderzyć i wytłumić tę nadmierną reakcję zapalną. Pojawił się również baricitynib, który nawet trafił już do szpitali. Był on również stosowany w leczeniu RZS. O ile

tocilizumab hamuje interleukinę 6, to baricytynib hamuje tzw. kinazę janusową, również wpływając na wyciszenie nadmiernej aktywności zapalnej. Ten lek jest o tyle trudniejszy w stosowaniu, że jest przyjmowany wprawdzie w tabletkach, ale niestety przez kolejne dni w trakcie hospitalizacji. W przypadku tocilizumabu dajemy jedną dawkę, góra dwie, i to jest koniec terapii. Nie zawsze pacjent zareaguje. Czasami jest to zbyt późno, ale w wyniku naszych własnych polskich badań z projektu SARSTer, który koordynuję, z 30 polskimi ośrodkami, udało nam się wypracować kryteria pozwalające na optymalne podanie tego leku. Po prostu pewien poziom interleukiny 6 wskazuje nam, że to jest ten moment, kiedy trzeba uderzyć.

Mówiliśmy o powikłaniach zatorowych, o niedrożności tętnic, które nieraz kończą się dramatycznie koniecznością amputacji kończyn. Jakie inne jeszcze powikłania obserwują państwo u pacjentów w przebiegu COVID-19?

Powikłania zakrzepowo-zatorowe są inicjowane jeszcze w fazie wirusowej, ale tak naprawdę rozwijają się wtedy gdy wirusa już nie ma w organizmie. Najgroźniejsze zmiany mają miejsce w płucach, gdzie może dochodzić do zmian nieodwracalnych związanych ze zwłóknieniem płuc i zaburzeniami wymiany tlenu. To jest to, co widzimy, gdy pacjent trafia na oddział intensywnej terapii. Ci, u których wymiana tlenu między pęcherzykami a włosniczkami już staje się niemożliwa trafiają na ECMO. Niestety, tkanka płucna nie ma dobrych zdolności regeneracyjnych. W trakcie długotrwałej wentylacji mechanicznej niestety może dojść do uszkodzenia tkanki płucnej i odmy zagrażającej życia. Na to nakładają się infekcje bakteryjne, powodujące poważne zapalenia płuc czy nawet posocznice obejmującą cały organizm.

Wiele osób uważa, że mocno rozreklamowane są powikłania poszczepienne i wychodzą z założenia, że co mam ryzykować, szczepić się, skoro może nie zachoruję. A jak przechoruję to nabędę odporność. Jak to wygląda w statystykach, co nam grozi, jak się przyjmie szczepionkę, a co, gdy się zachoruje?

Prowadzimy nawet taką analizę danych z kilkunastu ośrodków polskich, które współpracują z nami. Analizujemy osoby, które przyjęły szczepionkę i jednak zachorowały. Są to przede wszystkim osoby w bardzo podeszłym wieku i schorowane. Pozostali nie wymagają hospitalizacji. Jednak najbardziej przekonującym argumentem powinno być porównanie ilu pacjentów wymaga leczenia szpitalnego z powodu COVID-19, a ilu wymaga hospitalizacji z powodu zaszczepienia. W mojej klinice nie przypominam sobie żadnego przypadku osoby, która z powodu następstw poszczepiennych trafiła do nas i domagała się hospitalizacji. Nie słyszałem też o takich przypadkach, za wyjątkiem może wyjątkowych sytuacji, w innych ośrodkach. A mówimy przecież o ponad 20 milionach już zaszczepionych Polaków, z których każdy przyjął przynajmniej dwie dawki. Nie przypominam sobie, żeby była mowa o tym, że oni szturmują szpitale i wymagają hospitalizacji. Te działania niepożądane, oczywiście, że są, ale w zdecydowanej większości są na tyle łagodne, że nie upośledzają codziennego funkcjonowania. Są oczywiście osoby, które zareagują osłabieniem, gorączką utrzymującą się przez 2-3 dni, ale jakoś im nie przychodzi do głowy, żeby biec z tego powodu na SOR.

A czy wiemy coś, bo to też budzi taki niepokój, o długofalowych negatywnych skutkach zaszczepienia się? Mówi się nawet, że w dwa lata po szczepieniu zaszczepiony umrze.

Życie pokaże, ale na razie nie ma żadnych przesłanek, które mówiłyby o jakichś odległych następstwach. Częstość działań niepożądanych jest mniejsza niż w przypadku innych szczepień. Jasne, że zdarzają się przypadki nawet zgonu po szczepieniu, ale nie z powodu szczepienia. Jeżeli szczepimy populację 80-90 latków, prawdopodobieństwo, że ktoś z nich w ciągu 2 tygodni po zaszczepieniu umrze z jakichkolwiek powodów jest bardzo wysokie. W związku z tym, nietrudno antyszczepionkom powiązać zaszczepienie ze zgonem.

Dużo emocji było związanych z krajem, który w bardzo krótkim czasie wyszczepił się – mam na myśli Izrael – a jednocześnie ta 4 fala pandemii przybrała tam dosyć pokaźne rozmiary. Czym możemy to wytłumaczyć?

Pamiętajmy, że Izrael nie jest jakimś liderem pod względem odsetka zaszczepionych, po prostu bardzo szybko osiągnięto tam poziom 60-65%, ale potem to się zatrzymało. Warto też pamiętać, że to, co jest raportowane, to nie są zachorowania na COVID-19. To nie są nawet zakażenia. To są wyniki dodatnie. A będzie tym więcej wyników dodatnich, im więcej się

testuje. Jeżeli w Izraelu monitoruje się bardzo ściśle każde przypadki, każde kontakty przypadków zakażeń i robi się bardzo dużo testów, to wykrywa się bezobjawowe przypadki osób z wynikami dodatnimi. To właśnie one są raportowane i niestety interpretowane tak samo jak osoby z pełnoobjawową chorobą. Tak samo jest traktowany wynik dodatni zarejestrowany w Polsce, jak i w Izraelu. Gdy tymczasem musimy pamiętać, że tam dotyczy to znacznie większej części populacji. Powinniśmy spojrzeć na odsetek wyników dodatnich w ramach robionych testów oraz patrzeć na liczbę hospitalizacji. To są w tej chwili bardziej obiektywne wskaźniki skali epidemii.

Jak w tym miejscu wygląda Polska jeśli chodzi o zgony, jeśli chodzi o zajętość łóżek i odsetek dodatnich wyników testów?

Niestety, jeżeli chodzi o liczbę testów, to od początku pandemii wyglądamy kiepsko. Jeżeli chodzi o odsetek wyników dodatnich, aktualnie jesteśmy na poziomie takiej średniej europejskiej. Natomiast jeżeli chodzi o hospitalizację czy zgony, zwłaszcza zgony, to zdecydowanie jest u nas gorzej niż w Niemczech. W Niemczech nawet jeśli krzywe epidemiczne zarejestrowanych przypadków szły do góry, to były obcinane. To był wynik działań prewencyjnych, jakie podejmował rząd i dodatkowo efekt doskonałej, wręcz najlepiej zorganizowanej na świecie opieki zdrowotnej.

Trudno powiedzieć, czy jesteśmy już w szczycie tej 4 fali pandemii, czy jeszcze nie. Co powinno się zrobić strukturalnie w kraju, aby ograniczyć liczbę osób, które wymagają hospitalizacji, a jednocześnie też, co każdy z nas może zrobić, żeby przyczynić się do ograniczenia pandemii?

Wiele rzeczy, które powinny być zrobione, nie zostały zrobione. Wiele rzeczy, które mogły być zrobione, zostały zaniedbane. Z tych ostatnich to chociażby egzekwowanie w miejscach publicznych noszenia maseczek. Przecież są przepisy, które to określają. Niestety, o ile przed cmentarzami widziałem policjantów, którzy pilnowali nie wiem czego szczerze mówiąc, bo na otwartej przestrzeni nawet nie mieli podstaw do tego, żeby żądać zakładania maseczek, to o tyle przed galeriami handlowymi nie widziałem nigdy patrolu policyjnego, nie mówiąc o wnętrzu tych obiektów. Wystarczyłoby, żeby swoją obecnością mobilizowali osoby wchodzące do zakładania masek, to już by dawało taką pewną dyscyplinę. Tymczasem skoro ta konieczność dyscypliny nie była sygnalizowana, to wiadomo, jak zachowa się w takiej sytuacji społeczeństwo. I między innymi efekty tego teraz zbieramy. Wiemy, co zrobiły inne kraje, i co należałoby zrobić by zwiększyć liczbę osób zaszczepionych. Pierwsza była Francja, która wymusiła kontrolę certyfikatów szczepienia przy wejściu do miejsc publicznych zamkniętych i kolejne kraje podążały w tym samym kierunku. Austria ostatnio wprowadziła praktycznie całkowity lockdown. Tymczasem w Polsce jest problem, bo skoro nie egzekwuje się noszenia masek, to nawet wprowadzenie ostrzejszych przepisów mogłoby też nie być egzekwowane. Więc najważniejsza jest, i nie powiem tutaj nic odkrywczego, nieuchronność prawa, nieuchronność przepisów. Nawet najlepsze przepisy, jeśli nie są egzekwowane nie przyniosą efektów.

Osoby niezaszczepione mają szansę na zachorowanie, ale też zaszczepione mogą zachorować. Czy nie należałoby mówić o tym, że jeśli masz cechy infekcji, mimo że jesteś zaszczepiony, powinieneś pozostać w domu, na pracy zdalnej i zrobić test. Czy to nie jest moment, żebyśmy zaczęli promować taką autodyscyplinę? Czy to nie byłoby takim ograniczeniem rozprzestrzeniania się SARS-CoV-2?

To by było idealne rozwiązanie, gdyby wszyscy przestrzegali zasad autodyscypliny. No ale w praktyce polski system opieki zdrowotnej i świadczeń socjalnych wymaga zwolnienia, tego dokumentu, który usprawiedliwia naszą nieobecność i gwarantuje nam jakieś świadczenia. A w tym celu musimy się zgłosić i tak do lekarza, a w związku z tym, że wykryte zostanie u nas zakażenie, kwarantanna spadnie na naszą rodzinę. Także obawiam się, że wiele osób myśląc właśnie w ten sposób unika rozpoznania, mając świadomość, że prawdopodobnie są zakażeni i niestety idą w środowisko i roznoszą zakażenie. Właśnie to jest powód, dla którego próbuje się w tej chwili wprowadzić możliwość sprawdzania przez pracodawcę certyfikatu zaszczepienia i w oparciu o to podejmowania decyzji o miejscu zatrudnienia. Natomiast czy to

zostanie w naszym kraju wykorzystane? Przez niektórych pracodawców pewnie tak, jeżeli ta ustawa przejdzie. Mamy nadzieję, że będzie miała większość parlamentarną, bo bardzo dawno nie wprowadzono żadnego aktu prawnego, który mógłby hamować pandemię.

Czy w tej chwili rekomendowałby Pan dla rządu wprowadzenie lockdownu w naszym kraju? W innych krajach, ale też i w Polsce, udawało się w takim przypadku ograniczyć transmisję wirusa i te fale złagodzić. Czy na obecnym etapie pandemii to byłoby skuteczne?

Jestem przeciwnikiem takiego lockdownu, jaki był na przykład rok temu, czy na wiosnę. Bo te doświadczenia nauczyły nas, że nie wszystkie elementy lockdownu są potrzebne. Tak naprawdę wystarczyłyby lokalne ograniczenia wstępu do miejsc publicznych w obrębie powiatów, gdzie nastąpiła gwałtowna wyżka zachorowań. Z ograniczeń powinny być zwolnione osoby posiadające UCC (Unijny Certyfikat Covid). Na pewno nie powinny obejmować regionów, gdzie tych zakażeń jest mało, bo to nie ma sensu. Przecież nawet w województwie podlaskim, w żadnym momencie całe województwo nie było w równym stopniu zajęte. W tym samym czasie, gdy w Białymstoku było bardzo dużo zakażeń, były powiaty, w których tych zakażeń było stosunkowo mało, więc nie było uzasadnienia, żeby robić zamknięcie całego województwa. Należy też kierować się tymi przepisami, które już są. Czyli egzekwowanie masek w przestrzeniach zamkniętych. I mówię to ja, który nigdy nie byłem ortodoksem maseczkowym żądającym noszenia masek wszędzie i zawsze. Zawsze mówiłem, że w przestrzeni otwartej to jest bezsens. Zwłaszcza wtedy, kiedy kazano nam je nosić w lasach. Nie egzekwowałem też rygorystycznie masek gdy zachorowań praktycznie nie było, w okresie letnim. Natomiast w momencie, gdy pojawiło się zaostrzenie sytuacji, to stało się konieczne. To jest naprawdę sprawdzony element, pomimo tego, że różni mądrale uważają, że nie ma dowodów na skuteczność masek. Nie ma również wyników badań na przydatność spadochronu przy skoku z dużej wysokości, a jednak wszyscy je stosują.

Panie Profesorze, mówiliśmy o takim niebezpieczeństwie, że biologia może nam zafundować pandemię grypy. Bo zapomniemy o niej, chorując jako społeczeństwo na COVID-19. Może być to odra. Rozumiem przez to, że raczej powinniśmy się jako ludzkość, jako społeczeństwo, przygotować do tego, że co rusz jakaś forma infekcji czy to wirusowej, czy to bakteryjnej, będzie nam towarzyszyć?

Tak, powinniśmy o tym pamiętać, bo ludzkość traci pamięć nie tylko immunologiczną, ale też zapomina o tym, co się działo w średniowieczu, gdzie różne epidemie potrafiły zabić 30-40% całych narodów. Zapominamy o tym, co odra zrobiła z nieuodpornionymi na nią Majami, gdy odkrywcy nowej ziemi przywiekli to zakażenie dla narodu, który nigdy się nie zetknął z tym wirusem. Jeżeli spada odporność przeciwko danemu patogenowi, to stwarzamy warunki do szerzenia się takiej epidemii. Więc musimy się liczyć z tym, że epidemie będą powracały. W tym roku widzimy przecież u dzieci wzrost zakażeń wirusem RSV właśnie dlatego, że przez rok-dwa było ich mało, nie było ekspozycji, bo kontakty dzieci były ograniczone, więc automatycznie po zaciszu pojawia się wzrost liczby tych zakażeń.



prof. dr hab. Robert Flisiak

16. Otyłość – możliwość leczenia operacyjnego – osoby starsze

Dr hab. n. med. Hady Razak Hady

Na co dzień pracuje Pan w I Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, specjalizuje się Pan m.in. w operacjach bariatrycznych. Ale zanim przejdziemy do tematu naszej audycji, czyli chirurgicznego leczenia otyłości, proszę powiedzieć, Pan Profesor nie jest chyba białostoczaninem?

Z urodzenia nie jestem, ale jestem bardzo związany z Białymstokiem i Podlasiem. Przyjechałem do Polski z Iraku w 1984 roku, dostałem się na studia na Akademii Medycznej w Białymstoku. Potem tu zostałem, zrobiłem specjalizację z chirurgii, zajmowałem się nauką. Mam tytuł profesora w zakresie chirurgii ogólnej. Na co dzień zajmuję się głównie chirurgią małoinwazyjną czyli laparoskopową i leczeniem otyłości (czyli chirurgią bariatryczną).

Nie tęskni Pan za rodzinnymi stronami? Z której części Iraku Pan Profesor pochodzi?

Tęsknota zawsze jest. Wyjechałem mając 18 lat, po zdaniu matury. Mieszkalem w Najaf, w środkowej części Iraku, ok. 160 km na południe od Bagdadu. Najaf to święte miasto dla świata muzułmańskiego. Pochowany jest tam czwarty kalif islamu Ali Ibn Abi Talib, kuzyn proroka Mahometa.

Rodzina rozumieć została w Iraku. Czy udaje się Panu Profesorowi ją odwiedzać?

Moja rodzina, bracia i siostry mieszkają w Iraku, tam pracują, mają swoje rodziny. Nie często mogę ich odwiedzać, ale przed pandemią raz w roku na ok. dwa tygodnie tam jeździłem, dla rodziny, a czasem do pracy. Koledzy w Iraku zawsze namawiają mnie, aby trochę u nich pooperować.

Jak to się stało, że 18-latek pojawia się w tak odległym kraju jak Polska? To plan czy przypadek?

Polska w Iraku była bardzo znana, chociażby ze strony sportowej, piłki nożnej. Wszyscy znaliśmy takie nazwiska jak Dejna, Lato, Szarmach. Dla nas był to bardzo bliski to kraj. Natomiast ja chciałem studiować medycynę, a w Iraku nie udało mi to się, bo komputer wybrał mi inżynierię, która mi nie pasowała. Chciałem studiować medycynę. Wyjechałem najpierw do dawnej Jugosławii (teraz Macedonii), do Skopje, gdzie studiowałem język macedoński. Potem przyjechałem do Polski, do Łodzi, gdzie studiowałem język polski. Potem dostałem się na medycynę w Białymstoku. I tu zostałem.

To długa droga, ogromny chart ducha. A dlaczego akurat medycyna, to tradycje rodzinne?

W rodzinie nie było u nas lekarzy. Był daleki kuzyn kardiolog. Po prostu od średniej szkoły chciałem zostać lekarzem, rodzice o tym wiedzieli, w szkole nastawiałem się na naukę chemii, biologii. I wędrowałem między państwami, aż zdobyłem to, co chciałem.

Wspomniał Pan o tym, że gdy jeździ do Iraku, zdarza się tam popracować. Jak można porównać poziom medycyny w Iraku i w Polsce? Tamten kraj kojarzy nam się głównie z wojną, niepokojami społecznymi.

Historia medycyny w Iraku jest bogata. W średniowieczu była rozwinięta, Bagdad był centrum nauki dla regionu, Europy, tam był początek okulistyki, chirurgii, zaczęła się era anatomii. Potem nastąpił upadek Bagdadu, po inwazji Mongołów. Medycyna wróciła do Iraku w latach 60, 70, 80 XX wieku. Bagdad był uznanym centrum medycznym, wszyscy którzy chcieli zdobywać wiedzę tam jeździli. Potem wybuchły wojny. W 1991 roku zaczęła się wojna w Zatoce Arabskiej, co skończyło się przykro dla regionu i Irakijczyków. Każda wojna niszczy potencjał ludzki, ale i nauki. Obecnie między Irakiem i Polską jest duża różnica techniczna i umiejętności.

Ale naród iracki jest ambitny, chce i potrafi dużo robić, dlatego koledzy z Iraku, którzy dowiedzieli się, że wykonuję zabiegi małoinwazyjne, poprosili mnie o wykonywanie u nich takich operacji. I za każdy razem, gdy przyjeżdżam do Najaf, wykonuję zabiegi. Bywa, że zamiast spędzać czas z rodziną, jestem w szpitalu do późnych godzin i operuję. Ale ja mój zawód bardzo lubię, i chętnie bezinteresownie dzielę się z innymi umiejętnościami.

Przechodzimy do tematu naszej audycji. Otyłość to znak naszych czasów. Coraz więcej osób zмага się z tym problem. Leczenie to dieta, aktywność ruchowa, ale czasem to nie wychodzi. Kiedy lekarz rodzinny czy specjalista powinien skierować pacjenta do chirurga na operację bariatryczną?

Otyłość to problem globalny, szacuje się, że ok. 600 mln ludzi na świecie potrzebuje pomocy. Winna jest cywilizacja – zdobywanie jedzenia nie kosztuje obecnie nas zbyt wiele, nie trzeba wysiłku, pokonywania odległości, wystarczy mieć komórkę i jedzenie może znaleźć się na stole. Zaburzenia żywieniowe biorą się z tego, że człowiek je więcej niż wydaje energetycznie, ma mało ruchu, inne choroby towarzyszące. Nie ma też otyłości bez powikłań, czyli bez chorób serca, układu krążenia, oddechowego, wątroby, przewodu pokarmowego czy skóry. I trzeba leczyć otyłość, by nie doprowadzić do powikłań, które kończą się śmiercią.

Aby leczyć otyłość chirurgicznie, pacjent musi wcześniej przez minimum 3 lata podejmować leczenie zachowawcze, czyli dieta, aktywność fizyczna, pomoc psychologiczna, leczenie innych chorób czy zaburzeń metabolicznych. Jeśli to leczenie jest nieskuteczne, wtedy można skierować go do chirurga. Chirurg też ma wskaźniki, które bierze pod uwagę. NFZ refunduje zabiegi, jeśli pacjent ma BMI powyżej 40, czyli otyłość olbrzymią, bądź BMI powyżej 35, ale z minimum dwiema chorobami towarzyszącymi, jak nadciśnienie, przebyty zawał, choroby tarczycy, marskość czy stłuszczenie wątroby, refluks, zespół metaboliczny (np. cukrzyca typu II).

Wskaźnik BMI – co to takiego, czy możemy sobie sami go określić?

To wskaźnik, który obliczamy dzieląc masę ciała w kilogramach przez kwadrat wzrostu w centymetrach. Każdy telefon ma taką aplikację, która bez problemu obliczy nam BMI. Wskaźnik BMI jest ważny, bo pokazuje nam, czy masa ciała jest prawidłowa. Prawidłowe BMI mieści się między 20-25. Gdy wynik wynosi 25-29 oznacza to nadwagę, między 30 a 35 – otyłość I stopnia, 35-40 – otyłość II stopnia. Wskaźnik BMI powyżej 40 to otyłość III stopnia, czyli olbrzymia.

Czy jeśli ktoś ma BMI powyżej 40 to my to widzimy, np. na ulicy?

To, że człowiek jest otyły, widać. Jeśli ktoś ma duży obwód brzucha, ledwo chodzi, ma duszności, zbyt wysokie ciśnienie, czy jest spocony idąc do sklepu to znak, że coś dzieje się nieprawidłowego. Ważne jest, by coś z tym zrobić. Chociażby iść do lekarza rodzinnego lub innego specjalisty i poprosić o pomoc.

Co czeka pacjenta, który zgłasza się do chirurga na operację, bo jednak nie udało się mu dietą i aktywnością ruchową obniżyć BMI?

Najważniejszy jest wywiad. Wiadomo, że jak ktoś zgłasza się do chirurga, to go dużo psychicznie kosztuje. To już ostatnia deska ratunku. Bo to operacja, wiążący się z nią strach. Jak ktoś się na to decyduje, to na pewno potrzebuje pomocy. My zawsze najpierw sprawdzamy, czy przyczyna otyłości tkwi w diecie, czy jest to obciążenie rodzinne, czy choroby metaboliczne. Większość chorych, którzy do nas trafiają, jest już leczona przez specjalistów: endokrynologów, diabetologów, kardiologów, ma już np. rozpoznaną cukrzycę czy nadciśnienie tętnicze. Bywa, że kierują ich do nas ortopedzi, gdy chorzy przygotowani są do protezowania stawu biodrowego czy kolanowego, a nie można wykonać operacji jeśli pacjent nie schudnie 30-40 kg. Niektórzy trafiają do nas od neurochirurgów, przygotowani do operacji z powodu dyskopatii czy problemów z kręgosłupem.

U chirurga chory przechodzi krótką ścieżkę: ma wykonywane usg jamy brzusznej, gastroskopię (to kluczowe badanie, bo operacja jest głównie na żołądku), kobiety kierowane są także na badanie ginekologiczne. Jeśli pacjent ma problemy z sercem – wtedy wykonywane jest echo

serca, a gdy ma problemy z oddychaniem – spirometria. Ogólnie przygotowanie do operacji nie jest bolesne, zwykle w ciągu 2 miesięcy chory jest gotowy do zabiegu.

Czy do samej operacji trzeba się do niej szczególnie przygotować? Jak to wygląda ze strony pacjenta?

Wskazane jest, by pacjent przed operacją zredukował masę ciała. To mówi nam o tym, czy jest zmotywowany do zabiegu. Jak ktoś waży np. 150 kg i schudnie 5-10 kg to wiemy, że tego chce, że będzie współpracował z nami także po operacji. Niektórym zajmuje to miesiąc, innym 6 miesięcy. Ale musi schudnąć. Podczas przygotowania do zabiegu należy też zredukować alkohol, odstawić palenie tytoniu, zredukować węglowodany typu słodczy, bo wtedy masa wątroby zmniejsza się i łatwiej wtedy operację wykonać technicznie.

My wykonujemy zabiegi metodą laparoskopową, mało inwazyjną. Chory jest przyjmowany do szpitala rano, po kilku godzinach ma wykonywaną operację. W pierwszych godzinach po zabiegu wstaje, jest pierwszy spacer, mały wysiłek fizyczny, zależnie od stanu chorego. 80 proc. pacjentów w pierwszej dobie po operacji nie potrzebuje nawet leków przeciwbólowych, idą w dobrym stanie do domu. Chorzy w pierwszej dobie zaczynają też pić wodę niegazowaną. W drugiej dobie podajemy pierwsze posiłki płynne. W trzeciej dobie pacjent jest już w domu.

Jakie operacje bariatryczne są obecnie wykonywane? To zakładanie opaski czy wycięcie żołądka?

W chirurgii leczenia otyłości jest kilka zabiegów. Od zakładania opaski już Europa odchodzi, z powodu tego, że było dużo powikłań pooperacyjnych, a skuteczność jest niewielka w porównaniu do innych zabiegów. Najpopularniejsza obecnie na świecie operacja bariatryczna to rękawowa resekcja żołądka. Resekuje się żołądek obwodowo, zostaje tylko krzywizna mniejsza, szerokości kciuka. Ta operacja działa na dwóch płaszczyznach, nie tylko restrykcyjnie zmniejsza objętość jedzenia, jakie spożywa pacjent, ale też podczas zabiegu resekowane są komórki produkujące hormon grelinę, odpowiedzialny za łaknienie. Chorzy po operacji nie tylko mało jedzą, ale nie mają łaknienia takiego jak wcześniej. Przy tym operacja nie zmienia przebiegu przewodu pokarmowego.

U pacjentów otyłych z chorobami towarzyszącymi, jak cukrzyca typu 2, bardzo popularne są operacje mini gastric bypass i pełny gastric bypass. W tych zabiegach tworzy się z żołądka mały zbiornik objętości 30-40 ml, jest on zespalany z jelitem. Ten zabieg zmniejsza objętość jedzenia, ale też pasaż pokarmu jest krótszy niż zazwyczaj i mniej wchłania się przez jelita do organizmu.

Jaka jest skuteczność zabiegów? Ile tej wagi udaje się pacjentowi stracić?

Wszystkie operacje, oprócz opaski, są w 100 proc. skuteczne, nawet do roku czasu. Jeśli po roku współpraca pacjenta z zespołem medycznym jest utrzymana, efekt może utrzymywać się długo. My walczymy o to, aby spadek masy nie był jednorazowy, a utrzymał się jak najdłużej. Większość naszych chorych odnotowuje utratę 50 proc. nadmiernej masy wyjściowej w pierwszym roku.

Wiadomo, że chirurgia to też niepowodzenia. Jak to wygląda w tym przypadku? Pacjent otyły jest przecież obciążony często innymi chorobami.

Z danych krajowych i światowych wynika, że powikłania dotyczą do 1 proc. zabiegów. To niewiele, jak na leczenie chirurgiczne. To są bardzo duże operacje. Towarzystwo Chirurgów Amerykańskich określa je jako bardzo trudne – na 10 punktów, operacje bariatryczne dostają od 8 do 10 punktów. Większe operacje niż leczenie otyłości, jest tylko leczenie nowotworów jelita grubego, żołądka i trzustki. Trudno, żeby przy takich operacjach nie było powikłań, które czasem wynikają z chorób towarzyszących, dlatego chorzy są wcześniej konsultowani ze specjalistami. Ważne jest też wnikliwe przygotowanie anestezjologiczne do operacji, ważna tu jest ilość i jakość leków. W każdej, nawet najmniejszej operacji może wystąpić krwawienie, mogą powstać przetoki na przewodzie pokarmowym. Ale te powikłania w zabiegach bariatrycznych są niewielkie, wynoszą od 0,2 do 1 procenta, w zależności od ośrodka. Czasem powikłania są winą chorego – jak przestaje przestrzegać zaleceń czy diety w pierwszych dniach, tygodniach po zabiegu, np. pije alkohol, gazowane napoje. Leczenie to nie tylko zabieg i zespół

medyczny, chory musi być świadomy, czemu się poddaje i co go czeka po operacji. Musi z nami współpracować.

**Czy zdarza się, że mimo operacji nie udaje się skutecznie zrzucić nadmiaru kilogramów?
Jakie są wtedy przyczyny niepowodzenia?**

Niepowodzenie niestety leży po stronie chorego. To przede wszystkim nieprzestrzeganie diety, i jakościowo i ilościowo. W pierwszym okresie pooperacyjnym efekt zawsze musi być, bo pacjent ma mały żołądek i nie może jeść więcej. Ale ten mały żołądek zawsze można rozciągnąć, przyjmując stopniowo coraz większą dawkę jedzenia. Rzadko się to zdarza, ale bywa, że niektórzy pacjenci oszukują, i jak nie mogą już zjeść więcej np. gotowanego drobiu, robią sobie np. dwulitrową butelkę kakao i to wypijają. Wtedy trudno o jakikolwiek efekt. Ale to jest już zaburzenie psychologiczne. Dlatego takich pacjentów, którzy mają problemy psychologiczne, konsultujemy psychologicznie, a nawet psychiatrycznie.



Dr hab. n. med. Hady Razak Hady

17. Zaburzenia emocjonalne w pandemii – dzieci i osoby starsze

prof. dr hab. n. med. Napoleon Waszkiewicz

Na świecie od dwóch lat, w Polsce od ponad półtora roku, żyjemy w świecie covidowym. Wiadomości bez Covid-19 nie istnieją. Czy wpłynęło to na nasze zdrowie psychiczne, naszą kondycję emocjonalną?

Oczywiście. Myślę, że nie sposób tego, co się dzieje, nie odczuwać. Nawet jeśli nie chorowaliśmy, to pandemia ogranicza jednak nasze funkcjonowanie, choć już trochę mniej niż na początku, nie ma już takiego popłochu i strachu, jaki był wcześniej. I to widać. Jest teraz troszkę łatwiej, ale ta sytuacja znacząco wpłynęła na nasze zdrowie, także psychiczne. Są nawet obliczenia, że pandemia zwiększyła od 2 do 4 razy rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych.

Jakie są to zaburzenia przede wszystkim?

Bardzo często są to zaburzenia typu lękowo-nerwicowego, kiedy aktywuje się oś stresu. Więcej zaburzeń lękowych obserwujemy w populacji dorosłych i osób w późniejszym wieku. Natomiast w populacji najmłodszych dominują objawy depresyjne.

Co jest tego powodem: świadomość i strach przed zagrożeniem czymś nieznanym?

I strach i świadomość. Ale i samo poczucie, że „coś się dzieje, nie wiem co”. Napady lękowe w ogóle pojawiają się głównie u osób młodych, w wieku od kilkunastu do 30 kilku lat, a najwięcej w populacji od 20 do 30 roku życia. Objawy lękowo-nerwicowe wtedy występują, bo w tym okresie jest dużo zmian w życiu. U nastolatków takie wchodzenie w życie, to jest trudny okres. Dużo się zmienia. Bardziej zbliżamy się wtedy ku osobom, z którymi będziemy spędzać czas, szukamy swoich ścieżek, nie tych wytyczonych przez rodziców. To też wprowadza stres. Stąd dojrzewanie u osób młodych jest burzliwe. Wtedy częściej występują też objawy depresyjno – lękowe. Natomiast po 20 roku życia znów zaczynamy szukać czegoś w życiu i jest większa predyspozycja do zaburzeń lękowych. Wtedy też ośrodkowy układ dojrzewa, jest dużo zmian. Dojrzewanie ostatniej kory czołowej trwa do 20-25 roku życia.

Wspomniał Pan o osi stresu? Co to takiego?

To taka filogenetycznie bardzo stara struktura mózgu, układ limbiczny. Główne struktury to podwzgórze, przysadka i nadnercza. Tworzą one układ, w którym dokonuje się stała wymiana informacji – jedno napędza drugie. Np. mamy gdzieś tam wkodowane genetycznie, że boimy się węży, choć nigdy węża nie spotkaliśmy. Wykazano, że sam stres potrafi zmodyfikować ekspresję, czyli uwalnianie się niektórych naszych genów. On wtedy modyfikuje delikatnie nasz genom. I w związku z tym kolejne pokolenia odczuwają stres. Nam to nie jest potrzebne do życia obecnie, ale kiedyś, aby uciec przed zagrożeniem np. mamutem, trzeba było uaktywnić oś stresu i biec szybko. To jest niezbędna oś do ucieczki, obrony terytorium, walki.

Ale wirusa Covid-19 nie widać, to jak on może aktywować oś stresu?

Ale słysząc, wszędzie się o tym mówi, docierają do nas te bodźce, zagrożenie, że coś się dzieje. Jest strach. Na początku wszyscy zabezpieczaliśmy się jak na wojnę, jakby miało niczego nie być w sklepach. Widać było w społeczeństwie to zagrożenie. Ale trwa to już dość długo, więc być może będziemy bardziej zahartowani pod względem stresu, może inny wirus, który się pojawi, nie zrobi już takiego popłochu. Oczywiście, Covid-19 jest groźny, nie można go bagatelizować. To wszystko uaktywnia oś stresu, a to przyspiesza zaburzenia nerwicowo-lękowe.

Jeśli nie radzimy sobie z lękiem, wpływa on destrukcyjnie na nasze funkcjonowanie, gdzie powinniśmy szukać pomocy?

Jest bardzo wiele infolinii, które mogą doradzić, gdzie i do kogo się udać, czy do psychologa, czy psychiatry. Generalnie i terapeuci i psycholodzy w razie potrzeby wyślą też pacjenta do psychiatry. Dobrze jest zadzwonić, umówić się na wizytę. Wiele ośrodków działa teraz pod infolinią, i też skierują w odpowiednie miejsce.

Czego pacjent z zaburzeniami lękowo-nerwicowymi może się spodziewać podczas wizyty u psychiatry? Jak przekonać kogoś do takiej wizyty, która ciągle chyba stygmatyzuje?

To się już zmienia. Wiele osób przychodzi do psychiatry po prostu na rozmowę, bo nie wie, czy ma się czym martwić, czy nie. Tak naprawdę nie ma struktur społecznych, z których nie przychodziliby do nas pacjenci. Widzimy, że są coraz mniejsze opory przed korzystaniem z porady psychiatry. Jesteśmy w stanie wytłumaczyć, dlaczego dochodzi do obniżenia nastroju, objawów lękowych.

Covid bardzo mocno nasila zapalność, a depresja jest też stanem zapalnym. Widzimy teraz, że po przechorowaniu covidu wszystkie cytokiny, interleukiny, które tam się uaktywniają bardzo mocno, są podobne do tych, które są w czasie depresji. Kiedyś się dowiemy być może, że ta sezonowość depresji jest związana z jakimś zapaleniem, uaktywnieniem wirusa. W tej chwili jeszcze tego nie wiemy. Natomiast widzimy ogromne zmiany zapalne w depresji. Jak porównujemy prognozę postępu covidu w kierunku depresji, to jest to bardzo podobne. Ta burza cytokinowa wywołuje po prostu objawy depresji, i to bardzo silne, wręcz do takiego poczucia winy, pełnej izolacji, poczucia bycia prześladowanym. Czasem ta depresja może postępować nawet do psychozy. Ale ona bardzo dobrze się leczy i jest to dosyć proste leczenie.

Objawy nerwicowe możemy złagodzić farmakologicznie, zanim terapia zacznie odnosić skutek, bo trwa ona zwykle długo. Natomiast jak ktoś ma nasilone napady lęku, objawy somatyczne z całego ciała: coś go swędzi, piecze, boli, możemy włączyć leki. Na tyle wyrówna to jego stan, że można będzie kontynuować terapię. A psychoterapia pomoże mu potem radzić sobie ze stresem. To profilaktyka zaburzeń nerwicowych, ale też depresyjnych. Bo stres powoduje też zmiany zapalne i prowadzi też do depresji.

Leki stosowane przez psychiatrów zwykle wywołują też niepokój, że mogą uzależnić do końca życia.

Wiele osób o to pyta, mówi: tylko nie psychotrop. Wtedy pytam czy kawa z rana była. Jak była, to znaczy, że jeden psychotrop już był. Bo to jest stymulant. Tak naprawdę boimy się tego, a używamy różnego rodzaju stymulantów na co dzień. Leki przeciwdepresyjne nie uzależniają. Oczywiście, są też leki uzależniające, ale na tym polega rozsądek, by nie uzależnić pacjenta. Ja bardzo rzadko takie leki stosuję. Czasem, gdy jest bardzo duży lęk, daję taki lek pacjentowi na kilka dni, zanim zaczną działać właściwe leki przeciwdepresyjne. Natomiast jak już one zaczną działać, inne leki, jak np. benzodiazepiny uspokajające, są już niepotrzebne. Psychiatrzy nie powinni nadużywać leków uzależniających i na pewno ich nie nadużywają.

Wspomniał Pan Profesor o objawach depresyjnych u osób młodych. A wydaje się, że młodzież raczej jest beztroska, swobodna, nie obciążona bagażem trosk. Dlaczego depresja u takich osób się pojawia?

Bo kilka rzeczy im w życiu wtedy nie pasuje. Depresja jest całym workiem różnych zależności. Np. czujemy się smutni, bo coś nam nie idzie, np. w rodzinie jest jakiś trud, konflikty. Pojawia się samotność u takiego młodego człowieka. Zapytanie „jak tam w szkole?” nie wystarcza. Do takiej lekkiej samotności dołącza się stres i trudno jest wtedy się skoncentrować, uczyć się, szczególnie zdalnie. Jesteśmy wtedy w systemie rodzinnym, gdzie jest smutno, a pandemia odgranicza nas dodatkowo od osób, które dostarczają bodźców, od znajomych, przyjaciół. Ten cały cykl czynników plus trochę podatności biologicznej i plus ten stres powodują, że epizod depresji się pojawia.

To normalne, że młodzi ludzie szukają tego, co jest ważne w życiu. Zaczynają mieć refleksje, wielokrotnie smutne, zaczynają się interesować np. tematyką przemijania. Jest ok, jak to jest przejściowe, ale jak dołączają się do tego smutki zewnętrzne, trudności rodziny, plus izolacja od przyjaciół, którzy dostarczają energii, może epizod depresji wystąpić.

A osoby starsze? Przyjęło się, że są obciążone bagażem życiowym, ze skłonnością do smutku, czy one w dobie pandemii starają się mobilizować, czy też ta depresja się u nich nasila?

To zależy. Generalnie u osób starszych często występuje samotność sama z siebie. Część żyje z rodzinami, ale część oddzielnie. I w czasie pandemii ta izolacja była tu wyższa. Poza tym im osoba starsza, tym więcej schorzeń towarzyszących, co nasila strach. Depresja u osób młodych i u osób starszych wygląda inaczej. Osoby młode nieruchomieją, są osłabione, odczuwają brak energii. U osób starszych, w związku z tym, że są obciążone dodatkowymi chorobami jak nadciśnienie, choroby reumatologiczne, cukrzyca, choroby metaboliczne, pojawiają się zmiany naczyniopochodne w mózgu, pojawiają się też delikatne zaniki okolic czołowych. A czoło jest nam potrzebne do naszej aktywacji, tego, aby nie mieć depresji. Więc osoby starsze mają większe ryzyko wystąpienia depresji.

Jest taka statystyka, że u osób starszych na 3 próby samobójcze 1 jest skuteczna, a u młodszych na 20 prób – jedna. Ta skuteczność u osób starszych jest większa po pierwsze dlatego, że jest większa impulsywność, w związku z tym, że mózg się starzeje i byle zapalenie podwaja albo potraja ryzyko zaburzeń depresyjnych. To tak samo jak majaczenie u osób starszych – tam wystarczy jakieś małe zapalenie, np. układu moczowego i dochodzi do zaburzeń świadomości, zwłaszcza w godzinach wieczornych. Tak samo jest z depresją, gdy jest mała aktywacja tego czoła. Bo depresja nie jest tylko w układzie limbicznym, ale też jest w naszym czole. Im bardziej jest ono aktywowane, tym jest lepiej. A u osób starszych brak kontroli tego czoła powoduje, że podczas depresji są one bardziej w takim niepokoju, z pobudzeniem, z lękiem.

Jak można pomóc pacjentom z depresją? Czy to tylko leki? Czy są inne formy terapii? W jaki sposób nie przegapić tego krytycznego momentu – próby samobójczej?

Przede wszystkim, jeśli się da, trzeba rozmawiać. Ale depresja też często występuje u osób, które mają trudności w mówieniu o emocjach. Tak naprawdę podnosi to ryzyko depresji.

Natomiast leków mamy bardzo dużo. Wybieramy je nie tylko pod względem tego, co pasuje do danego pacjenta, ale też jakie mają działania niepożądane. Bo są np. leki, które poprawiają nastrój, ale też i bardzo dobrze działają na sen. Możemy je wstawić wtedy na wieczór i pacjent lepiej śpi.

Leków są dziesiątki. Są nawet leki donosowe, w sprayu, które szybko pozbawiają myśli samobójczych, ale na razie są zbyt drogie, by je stosować na co dzień.

Leki stosujemy zwykle, gdy jest nasilenie depresji, albo od początku leczenia, gdy widzimy, że wywiad rodzinny jest depresyjny. Wtedy możemy je włączyć, aby nastrój się poprawił.

Poza lekami możemy zalecić też np. więcej aktywności fizycznej, odpowiednią dietę. Były nawet takie badania, mówiące o tym, u ilu osób dieta śródziemnomorska poprawia nastrój.

Wydawało mi się, że nastrój to poprawia czekolada, a Pan mówi o diecie śródziemnomorskiej?

Czekolada działa trochę inaczej. Ona rzeczywiście jednorazowo podnosi nastrój, zawiera pochodne fenyletyloaminy, czyli prekursor amfetaminy, a więc trochę stymuluje. Ma anandamid, a więc pochodną kannabinoidów, marihuany, czy tryptofan czyli pochodną serotoniny. Ale wiadomo, że aby poprawić sobie mocno nastrój, trzeba by zjeść tej czekolady bardzo dużo, a wtedy raczej dostaniemy zaparcia niż ten nastrój poprawimy.

A dieta śródziemnomorska włączona u 4 osób, u jednej będzie dobrze działać przeciwdepresyjnie. Oczywiście, o ile ktoś ma energię, aby dbać o dietę. Często osoby

depresyjne po prostu mogą nie chcieć żyć i nie myśleć wtedy o zmianie diety czy aktywności fizycznej. Wtedy na pewno potrzebne jest leczenie. A jeśli są myśli samobójcze – skierowanie do szpitala, aby taka osoba była pod stałą obserwacją. Depresja mimo wszystko się dość łatwo leczy, ale to co jej towarzyszy, może być przeszkodą w zdrowieniu. I trudności rodzinne, jak pacjent wraca do środowiska, które go obciąża, np. gdzie tato nadal pije, są kłótnie w domu, nie ma z kim pogadać. Bo ważnym czynnikiem depresji jest samotność. Można być w domu z wieloma osobami, ale być samotnym.

Wspomniał Pan, że aktywność ruchowa, wysiłek poprawia efekty leczenia depresji. Jak to się dzieje, że spacer, jazda rowerem wpływają na poprawę nastroju?

Po pierwsze aktywujemy nasz układ krążenia i krążenie mózgowe też ulega wtedy poprawie. Sama aktywność powoduje dużą aktywację kory mózgu. W mózgu wzrastają czynniki neurotroficzne, ale też np. tzw. hormony szczęścia, jak endorfiny, enkefaliny – podnosi się ich poziom. Było takie badanie, w którym szczurom dano do wyboru kokainę i kołowrotek. I one chętniej wybierały kołowrotek, biegały w nim w pewnym momencie jak szalone, bardziej im to pasowało niż kokaina. Wręcz potrzebowały tego ruchu. Wstrzyknięto im naltrekson, czyli substancję która jest antagonistą opioidowym i okazało się, że szczury dostały zespołu abstynencyjnego. Czyli ruch w pewien sposób uzależnia, ale też poprawia całą aktywność mózgu.

Na pewno objawy smutku można poprawić przez ruch. Ale jak dochodzi do bardzo dużego spadku nastroju, utraty energii, poczucia własnej wartości, myśli samobójczych, to leczenie musi wejść w grę. Wtedy czekolada, ruch, zmiana diety, nie są wystarczające. To nie są aż tak silne poprawiacze nastroju.

Czy przechorowanie Covid-19 pozostawia ślad w naszej psychice?

Tak. Sporo osób trafia do nas mówiąc, że nigdy wcześniej nie miało trudności z psychiką, a nie ma teraz siły chodzić do pracy, wszystko je drażni, wszystko wkurza. Nie rozumieją co się z nimi dzieje. Gdy pytam, czy chorowały na covid, okazuje się, że tak, kilka miesięcy temu. Covid powoduje duże nasilenie stanów zapalnych, ale też pozakrzepowe zmiany powodują delikatne zmiany w mózgu. Badania pokazują, jak po przechorowaniu covid początkowo zaburzeniu ulega koncentracja, pamięć, a po 2-3 miesiącach pojawiają się zaburzenia pamięci przestrzennej. Wiele sfer w mózgu ulega pogorszeniu. Ale musimy pamiętać, że jest to w jakiś sposób przejściowe.

Co pacjent powinien wtedy robić? Iść do psychiatry czy przeczekać?

Jeśli to lekkie nasilenie, może być to przejściowe, ale jak po kilku miesiącach utrzymują się te objawy braku energii, to znaczy, że zapalenie mogło przetrwać w formie depresyjnej. Wtedy warto włączyć leczenie. Już po 2-3 tygodniach widać efekty, a po miesiącu można ocenić czy lek działa czy nie. Prawie wszyscy pacjenci widzą już wtedy dużą różnicę.

Na temat Covid-19 pojawiła się cała masa teorii spiskowych, nie do końca potwierdzonych. Skąd taka eksplozja takich informacji? Dlaczego z większym emocjonalnym zaangażowaniem słuchamy przekazów o jednostkowych przypadkach, a nie opieramy się na statystyce?

Bo jest nam wtedy łatwiej. Jak do końca jakiejś sytuacji nie rozumiemy, nie mamy na nią wpływu, to wymyślamy sobie czasem coś, co pomoże nam to znieść. Części osób pomaga tworzenie teorii spiskowych – jak sobie to jakoś, nawet fikcyjnie wytłumaczają, będzie im łatwiej, się uspokoją. Tak naprawdę nie wiemy, dlaczego tak się dzieje. Ale tak działa też czasem placebo w lekach – ono daje u 35-50 proc. osób poprawę.

Czy jest jakaś uniwersalna rada, jak nad sobą pracować, co robić, aby tę trudną sytuację pandemiczną, 4 falę, przetrwać? U niektórych jest coraz większy niepokój, lęk o najbliższych o swoją przyszłość.

Jest i to bardzo skuteczna i dobra. Mówić to, co się rzeczywiście czuje. Żeby „nie strzelać po sąsiadach”. Gdy komuś jest trudno, coś w pracy się dzieje, najbliżsi mogą za to oberwać, bo pojawia się złość, kumuluje się ta zła energia. Można oczywiście przemilczeć, nic nie mówić,

ale i tak przeżywać tę sytuację. Albo powiedzieć nawet trudną prawdę w rodzinie i wtedy łatwiej jest to znosić. Czasem nie mówimy dzieciom, czy osobom starszym, by je oszczędzić. Ale taki np. nastolatek będzie podwójnie zmartwiony, bo będzie widział, że coś się dzieje, a nikt go nie informuje o co chodzi. Po to jest rodzina, aby trudne rzeczy poruszać. Oczywiście nie musimy wszystkich we wszystkie szczegóły wprowadzać, ale warto żeby wszyscy domownicy wiedzieli, co się dzieje. To chyba jedyne panaceum – żeby rozmawiać o trudnościach. Nie jest to łatwe. Zwłaszcza dla panów, którym mówi się, że mężczyzna nie może płakać, pokazywać po sobie że cierpi, martwi się o coś. Bzdura – może.



prof. dr hab. n. med. Napoleon Waszkiewicz

18. Zwyródnienie plamki żółtej AMD czy można leczyć? – osoby starsze

dr Marta Pietruszyńska

Zwyródnienie plamki żółtej związane z wiekiem, określane jako AMD, to choroba, która często budzi niepokój. Co się za nią kryje?

Jest to choroba, która powinna budzić niepokój. Jest podstępna, na początku, gdy się rozwija i jeszcze można zapobiec jej skutkom, nie daje objawów, nie boli. AMD to degeneracja plamki żółtej, a ryzyko wystąpienia AMD rośnie wraz z wiekiem. Choroba występuje głównie u osób powyżej 50-60 roku życia, a z każdym rokiem ryzyko zachorowalności jest większe. O ile u 45-50 latków zapadalność wynosi 8 proc., to u 75-80-latków już 40 proc.

Plamkę żółtą każdy z nas ma. Jest to centralna część siatkówki, odpowiadająca za widzenie centralne. Dzięki plamce żółtej możemy rozpoznawać twarze, możemy czytać, dostrzegać różne szczegóły, rozróżniać kontrast. Gdy ona jest chora, to to widzenie centralne jest zaburzone.

Niepokojąco zabrzmiało to, że z wiekiem tak dużo osób może mieć problemy ze zwyródnieniem plamki. Jakie objawy powinny więc nas zaniepokoić?

Zanim powiemy o objawach, warto zadać pytanie, dlaczego na chorobę, której ryzyko rośnie z wiekiem, jednak nie wszyscy zapadają. Otóż poza wiekiem i predyspozycjami genetycznymi, istnieje szereg czynników czy też chorób cywilizacyjnych, które podwyższają to ryzyko zachorowania. Wiadomo np. że palenie papierosów 6-krotnie zwiększa to ryzyko, a także płeć żeńska – Amerykanie zrobili analizę, że zachorowania dotyczą 65 proc. kobiet i 35 mężczyzn. Inne czynniki ryzyka to choroby przewlekłe, jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby układu krążenia, zła dieta, otyłość, stres. Do zachorowania bardziej predysponuje rasa biała (90 proc. chorych) czy jasny kolor tęczówki (osoby mające błękitny kolor tęczówki chorują częściej).

Dlaczego kolor oczu ma wpływ na zachorowanie?

Prawdopodobnie jest to związane z zawartością ksantofili i wolnych rodników. Ale tak naprawdę patogeneza AMD jest nie do końca znana. Dlatego też nie ma cudownego leku na wyleczenie choroby. Jako że mechanizm jej powstawania jest nieznany, nie wiemy dlaczego u kogoś AMD występuje częściej, nie umiemy do końca jej leczyć i przewidzieć, czy u danej osoby wystąpi choroba czy nie.

Mamy dwie postacie AMD: powolną, łagodną, która przebiega w ukryciu, czyli tzw. suchą. Dotyczy ona 90 proc. chorych. I mamy postać agresywną, która przebiega gwałtownie i objawy pojawiają się nawet z dnia na dzień – to postać tzw. mokra, która może prowadzić do trwałych uszkodzeń siatkówki. Tutaj pacjenci na etapie wcześniej nie diagnozowanej choroby mają dużo gorsze rokowanie. Ale powinniśmy być czujni gdyż sucha postać AMD może transformować do mokrej.

By sprawdzić, czy nie mamy objawów choroby wystarczy wykonać prosty test Amslera. To kartka podzielona na kratki, pośrodku której znajduje się czarna plamka. Patrzymy na tą plamkę jednym okiem, zasłaniając drugie i sprawdzamy, czy linie są pod kątem prostym, czy nie falują, nie znikają, czy nie ma braku jakiejś części obrazu. Potem powtarzamy to z drugim okiem. Takie badanie pacjent sam może w domu przeprowadzić. Jeśli nie mamy tego testu, choć są powszechnie dostępne, można wziąć gazetę, zasłonić jedno oko i sprawdzić drugim, czy linie nie falują, literki gdzieś nie uciekają. Często pacjenci nie zdają sobie sprawy, bo patrzą

obuocznie, że w którymś oku procesy widzenia są zaburzone. Jak robimy test jednoocznie, można to wyłapać.

Robimy taki test w domu i zauważamy problemy. Co wtedy?

Należy niezwłocznie zgłosić się do okulisty, bo wczesna diagnostyka daje szansę na wcześniejsze zapobieganie bardzo złym skutkom tej choroby.

Jakie badania czekają wtedy pacjenta?

To badanie ostrości widzenia, pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego, badanie dna oka, wykonujemy też badanie OCT, czyli koherentną optyczną tomografię.

Przy badaniu ostrości widzenia sprawdza się, czy pacjent widzi dobrze z daleka, czy z bliska, zawsze badamy to jednoocznie, bo jedno oko może przejmować rolę drugiego.

Badanie ciśnienia wewnątrzgałkowego jest przeprowadzane dwiema metodami, najbardziej dokładną, z dotknięciem rogówki i aparatem air puff – trochę mniej dokładną. Nie jest ono badaniem niezbędnym do wykrycia AMD, ale w mojej opinii powinno wchodzić w skład rutynowego badania okulistycznego, aby zobaczyć, czy ciśnienie jest dobre, mając też z tyłu głowy inne choroby, jak jaskra, gdzie wysokie ciśnienie wewnątrzgałkowe jest czynnikiem ryzyka.

Zawsze wykonujemy badanie przedniego odcinka w lampie szczelinowej, wszystkie struktury od rogówki przez soczewkę, rozszerzamy źrenicę, badamy dno oka, tarczę nerwu wzrokowego i całą siatkówkę, sprawdzając czy nie ma innych niepokojących objawów. Zmiany dna oka mogą sugerować, że coś w żółtej plamce się dzieje. Sucha postać AMD charakteryzuje się druzami – to takie złogi na dnie oka, które każdy okulista przy lampie szczelinowej jest w stanie wykryć.

A OCT – co w trakcie tego badania spotka pacjenta?

To optyczna tomografia koherentna, ale w trakcie jej przeprowadzania nie jesteśmy narażeni na promieniowanie, tak jak w tomografii komputerowej, dlatego zupełnie nie powinniśmy się obawiać tego badania. Jest to bardzo ważne badanie, pozwalające na wczesnym etapie wykryć chorobę. Pokazuje ono, czy jest zmiana na dnie oka, czy są druzy, czy jest obecny płyn pod siatkówką. OCT jest w stanie wykryć zmiany podejrzane o AMD.

Jest jeszcze badanie angio-OCT, które pokazuje to, czego nie widać w OCT. OCT to złoty standard, a angio-OCT jest bardziej specjalistycznym badaniem, gdy zmiany są subtelne, ukryte. Pomaga wykryć, bez konieczności podania kontrastu, najmniejsze zmiany zachodzące w naczyniach i określić, czy mamy do czynienia z postacią wysiękową AMD.

Jeśli choroba postępuje, albo zbagatelizowaliśmy zaburzenia widzenia, co się dzieje?

Pojawiają się nowe objawy. Nagle pacjent może np. obudzić się i stwierdzić, że nie widzi, albo ma wielką czarną plamę przed okiem. Jest to szalenie niepokojący objaw, bo oznacza, że dzieją się niestety destrukcyjne rzeczy w plamce, pojawia się np. krwotok, który nie rokuje dobrze. Tu nie odkładamy wizyty „na za tydzień”, tylko natychmiast udajemy się do okulisty.

Nie powinniśmy do takich sytuacji dopuścić. Dlatego ważna jest profilaktyka. Tak zwany przegląd okulistyczny każda osoba po 40. roku życia powinna zrobić raz w roku, zwłaszcza jak mieliśmy w rodzinie chorych na AMD.

Rozpoznajemy AMD. Co możemy zaoferować pacjentowi? Czy jest skuteczne leczenie?

Jak mówiłam, patogenezę choroby nie jest znana i jedynym leczeniem obecnie jest takie, w którym nie dopuszczamy do progresji choroby. U wielu pacjentów po terapii widzenie się poprawia, ale celem jest to, by nie było gorzej. Ostrość widzenia jest bardzo ważna. Badania wskazują, że nawet 1/3 pacjentów z AMD, którzy dotąd np. czytali, jeździli samochodem, rozwiązywali krzyżówki i nagle nie mogą tego zrobić, przestają widzieć, ma depresję.

U pacjentów z mokrą postacią AMD, możemy zaoferować zastrzyki do wnętrza gałki ocznej, preparatami anty-VEGF. Mamy kilka preparatów na rynku. To iniekcje doszkliskowe, służące temu, aby płyn, który się zbiera upośledzając widzenie, wyeliminować, wysuszyć. A rokowanie

zależy od tego, na jakim etapie pacjent się zgłosi. Czas ma znaczenie – im szybciej rozpoczniemy terapię, tym rokowanie jest lepsze. Wiele zależy też od tego, jak siatkówka wyglądała na początku, jaka była wyjściowa ostrość widzenia. Na pewno pacjent musi być do końca życia pod kontrolą, bo to że przyjął lek nie znaczy, że choroba nie wróci. Bywają sytuacje, kiedy pacjent miał serię zastrzyków, płyn się wycofał, wraca na kontrolę za kilka miesięcy i znów jest problem, pacjent zgłasza gorsze widzenie bowiem pojawił się jest płyn. Dlatego pacjent musi przychodzić na kontrole do nas-okulistów, ale też się samokontrolować, przeprowadzając test Amslera lub taki ze zwykłą gazetą, o czym wspomniałam na początku naszej rozmowy.

Zastrzyk do oka – to brzmi mocno niepokojąco dla wielu osób. Wbijanie igły do oka wydaje się mocno stresujące. Jak się te zastrzyki wykonuje?

To może brzmi nieco strasznie, nawet lekarze niejednokrotnie mówią, że daliby sobie zrobić wszystko, ale igły do oka nie dadzą sobie wbić. Ale tak naprawdę, to nic strasznego, nie ma się czego bać. To bardzo mała cienka igła, a oko jest znieczulane przed podaniem zastrzyku. Pacjent zwykle nie odczuwa bólu. Zabieg odbywa się w sterylnych warunkach, powieki i spojówki są odkażane. Pacjent jest dużo wcześniej przygotowywany, ma podawane krople znieczulające do oka. To takie same krople, jakie podajemy przed operacją zaćmy. A skoro można zoperować oko w tym znieczuleniu, to tym bardziej można podać zastrzyk, który trwa ułamek sekundy. To tylko brzmi strasznie, ale robimy to od wielu lat, dajemy mnóstwo zastrzyków. Jest to terapia ratująca widzenie i umożliwiająca pacjentom funkcjonowanie. Pierwszy zastrzyk jest dla pacjentów zwykle najbardziej stresujący, potem nasi pacjenci się uspokajają. Nie miałam jeszcze pacjenta, który z powodu tego, że się bał, nie poddał się terapii. Dodajmy, że są to drogie zastrzyki, leczenie jest bardzo kosztowne, więc tym bardziej pacjenci powinni się na nie decydować.

Pacjent pokrywa koszty terapii czy jest ona refundowana przez NFZ?

Dzięki programowi lekowemu, który został wprowadzony kilka lat temu, w ramach publicznej opieki zdrowotnej pacjent, który zostanie zakwalifikowany do programu, nie płaci za lek, jest on refundowany. Zastrzyki są za darmo.

Jak długo trwa i jak wygląda takie leczenie w ramach programu?

W pierwszym roku terapii najpierw pacjent dostaje po jednym zastrzyku co miesiąc, to są trzy zastrzyki, bez względu na to, czy ten płyn zwiększa się czy nie, potem zastrzyk co dwa miesiące. Po roku jest możliwość wyboru terapii – czy robiony jest zastrzyk w ramach potrzeby pacjenta, czy zapisujemy pacjenta na zastrzyk i jeżeli jest lepiej wydłużamy ta terapię, a jeżeli jest gorzej – skracamy.

Natomiast pacjenci, którzy nie kwalifikują się do programu lekowego AMD, bo obowiązują tu szereg kryteriów, też mogą być leczeni tymi samymi preparatami anty-VEGF, ale w ramach innej terapii.

A jest leczenie w suchej postaci AMD?

To postać łagodna, zwykle nie daje dużych dolegliwości, ale z wiekiem druz może być więcej, mogą się zlewać, powodować upośledzenie widzenia. Swego czasu popularne były lasery do rozbijania druz, teraz odchodzi się od tego, bo badania pokazały, że niekoniecznie w dobrą stronę zmierza ta terapia. Teraz pacjentom z suchą postacią AMD proponuje się kontrolę, według zaleceń okulisty, a także odpowiednią dietę, suplementację z cynkiem, luteiną, zeaksantyną, preparaty miedzi. Zostało udowodnione, że mają one działanie wspomagające siatkówkę.

A co się stanie, jeśli pacjent z AMD wysiękowym nie leczy się?

Niestety, taki pacjent straci widzenie centralne, nie będzie widział. Płyn, który się zbierze, spowoduje, że komórki receptorowe ulegną uszkodzeniu, i nic ich nie będzie w stanie odbudować. Pacjent nie będzie w stanie czytać, oglądać tv, rozpoznawać ludzkich twarzy. To tak naprawdę ślepotą oka. Zdarza się, że pacjenci leczeni, ale zbyt późno, mogą oślepnąć. Ale pacjent, który nie podejmuje leczenia wcale, od razu jest skazany na porażkę, na prawną ślepotę tym okiem.

Naszą audycję możemy zakończyć przesłaniem – badajmy się okulistycznie. Nie zapominajmy o sobie i chodźmy do okulisty, by ocenić nasz wzrok. To nie tylko AMD, ale też jaskra, zaćma, czy chociażby nawet zmiany wzroku spowodowane wiekiem. Warto to sprawdzić.

Tak, nie bójmy się przyjść do okulisty. W naszej klinice mamy teraz krótki termin oczekiwania na zastrzyk, dajemy ich coraz więcej, mamy dodatkowe dni, gdy konsultujemy, kwalifikujemy pacjentów. Możemy zaoferować szybką terapię. Także w przyklinicznej poradni okulistycznej, z powodu zniesienia limitów, można szybciej dostać się na wizytę.



dr Marta Pietruszyńska

19. Schorzenia wzroku - zaćma.

dr n med. Małgorzata Wojnar

dr n. med. Diana Dmuchowska

Dlaczego wraz z wiekiem zwykle, aby przeczytać jakiś tekst, musimy go odsunąć na jakąś odległość? Niektórzy nawet mówią, że zaczyna im „brakować rąk”. Osoby, które są krótkowidzami mają wtedy poczucie, że im się wzrok poprawia. Ja sam z wiekiem z wady wzroku minus 6 przeszedłem na minus 5. Czy to znaczy, że wada wzroku się mi poprawia?

DD: To znaczy, że niestety dochodzi do procesów starzenia. To proces fizjologiczny, zupełnie normalny i czeka każdego z nas. Dla niektórych może być to korzystne, bo ktoś kto np. całe życie nosił okulary minus 3, dochodzi do momentu, że gdy znajomi będą potrzebować okularów do czytania, on może do czytania okulary zdejmować.

Natomiast mniej korzystne może to być dla osób nie przyzwyczajonych do noszenia okularów, którym ręce robią się „zbyt krótkie”, bo te okulary będą musiały zacząć nosić.

Tak jak powiedziałam, jest to normalny, naturalny proces starzenia, związany z tym, że z wiekiem zaczyna nam brakować akomodacji. Akomodacja jest procesem, który umożliwia nam widzenie do bliży. Wiąże się to z tym, że w oku dochodzi do skurczu mięśnia rzęskowego i dzięki temu naturalna soczewka, którą mamy, jest w stanie się odkształcać. Z wiekiem niestety ta tendencja się zmniejsza, soczewka robi się coraz bardziej sztywna i zaczyna nam tych dioptrii brakować. To nie jest coś, co się dzieje z dnia na dzień, ale proces który trwa. Osoba, która dotąd nie nosiła okularów, po 40-tce, powołutku najpierw musi zacząć używać plus 1, potem plus 2 i zwykle ok. 60-70 roku życia zbliża do plus 3 i to się w końcu stabilizuje.

Co w takiej sytuacji powinniśmy zrobić, jak zaczynamy mieć problemy z czytaniem, zaczyna nam światła brakować, czy same okulary nam pomogą?

DD: Po pierwsze ważna jest ocena okulistyczna, żeby wykluczyć wszystkie inne przyczyny, które mogą powodować, że gorzej widzimy. Jeśli uznajemy, że to jest po prostu starzenie – prezbiopia – wtedy optyk dobiera okulary.

Czy okulary raz dobrane służą nam do końca życia?

DD: One się zmieniają, bo zakres akomodacji zmniejsza się z wiekiem. Poza okularami, najczęściej stosowanymi, można też używać soczewki kontaktowe.

Co polecamy, jeśli ktoś nie jest w stanie zaakceptować swojej twarzy w lusterku w okularach.

MW: Oraz w momentach, gdy nie chcemy za każdym razem wyciągać tych okularów z kieszeni, gdy np. chcemy w sklepie przeczytać skład produktu. Soczewki są zdecydowanie wygodniejszą alternatywą dla leczenia prezbiopii, ale też wymagają trochę więcej od pacjenta. Bo cała otoczka noszenia takich soczewek i adaptacja soczewek do korygowania prezbiopii jest troszeczkę inna niż do zwykłych soczewek kontaktowych.

Czy w takiej sytuacji soczewki, które mają nam poprawić widzenie do bliży, nie stają się kłopotliwe do patrzenia w dal?

MW: Nie, te soczewki są tak skonstruowane, by do dali korekcja, którą nosimy lub nie potrzebujemy, była dobrana do naszego oka, natomiast to co potrzebujemy, by dobrze widzieć

z bliska jest umieszczone w innej części tej soczewki, tak abyśmy nie dostawali zawrotów głowy, nie musieli kręcić głową, aby dobrze widzieć z bliska. Ona jest tak skonstruowana, by ta korekcja dotyczyła tylko widzenia do tej mniejszej odległości.

To ciekawe rozwiązanie, bo czasem mam wrażenie, że osoby noszące okulary na łańcuszku czy rzemyku, to mają tam takie zbiorowisko kurzu i wszystkiego innego, co można nazbierać, że po ich założeniu to nawet nie wiadomo, czy jak je założymy, to cokolwiek zobaczymy.

MW: Już abstrahując od tego, że takie okulary są też najczęściej „wytycane” palcami, zanieczyszczone, przenosimy na nich mnóstwo zarazków, to jest to też mniej wygodne i dodatkowo coś, co trochę stygmatyzuje. Bo takie wiszące okulary to już jest coś, co daje informacje, że jesteśmy już 40- czy 50 plus. Soczewki pozwalają też zapomnieć o wieku.

Z wiekiem związana jest też choroba zwyrodnienie plamki żółtej – AMD. Brzmi to tajemniczo. Co to takiego jest i jakie są rokowania?

MW: Wiek, to naczelną warunek, by rozpoznać tę chorobę. To kryterium wiekowe zmieniało się przez ostatnie dziesięciolecia. Gdy zaczynałam pracę, takie kryterium dotyczyło osób od 60 roku życia, potem tę poprzeczkę zmniejszono do 50 r.ż. a obecnie do leczenia i postawienia rozpoznania kwalifikowani są chorzy, którzy ukończyli 45 r.ż. Zwyrodnienie plamki to jak sama nazwa wskazuje, choroba, która dotyczy plamki. Plamka to jest takie miejsce w siatkówce – siatkówka wyścięła wewnątrz gałkę oczną – gdzie znajdują się receptory. Jest to taki odbiornik. Jeśli mielibyśmy porównać nasze oko do aparatu fotograficznego, to soczewka, rogówka, jest jakby obiektywem, natomiast siatkówka może być porównana do kliszy fotograficznej. Na niej są zapisywane wszystkie obrazy odbierane przez pacjenta z zewnątrz. I plamka jest miejscem takiego najbardziej precyzyjnego, najlepszego pod względem jakości odbioru postrzeganego obrazu. Odpowiada też za centrum naszego pola widzenia. Dlatego też wszelkie choroby, niedyspozycje tej plamki, będą się szybko objawiały spadkiem ostrości widzenia i spadkiem w widzeniu centralnym.

Zwyrodnienie plamki to w zasadzie grupa chorób, bo dotyczy bardzo dużej grupy pacjentów, zwłaszcza w wieku podeszłym. Gros tych pacjentów na szczęście rozwija tzw. suchą postać zwyrodnienia, która owszem daje pogorszenie widzenia, ale nigdy nie są to dramatyczne spadki ostrości wzroku, nigdy nie jest to utrata całkowita widzenia. Taki pacjent przez wiele lat – w zasadzie do końca życia – pozostaje samodzielny, chociaż nie do końca w pełnym komforcie, ale jest w stanie samodzielnie funkcjonować.

15 procent pacjentów rozwija niestety tzw. postać mokrą czy też wysiękową. Tu rokowanie co do widzenia jest znacznie bardziej poważne. Ci chorzy w szybkim okresie tracą ostrość wzroku centralną i to jest utrata nieodwracalna.

Sama choroba, wysiękowe AMD, polega na tym, że w naszej plamce zaczynają pojawiać się patologiczne naczynia krwionośne, które to niszczą strukturę siatkówki. Dzieje się to w sposób nieodwracalny, dlatego, że zniszczone komórki nerwowe nie odrastają, nie są w stanie się zregenerować. I raz zniszczona siatkówka już nie ulegnie regeneracji. Dlatego tak ważne w tej chorobie jest wczesne rozpoznanie, monitorowanie i wprowadzenie odpowiednio szybko leczenia.

Co nas powinno zaniepokoić? Jakie objawy powinny nas skierować do okulisty?

MW: Przede wszystkim zaburzenia widzenia centralnego. To jest bardzo szerokie pojęcie, bo te zaburzenia widzenia centralnego mogą się pojawiać choćby w zaćmie. Natomiast tutaj zawsze pacjentom polecam, aby wykonać taki bardzo prosty test. Jak oglądamy telewizję, jakiejkolwiek wiadomości, gdzie na monitorze pojawia się pasek, zakrywamy wtedy najpierw jedno, potem drugie oko, i sprawdzamy, czy tak samo widzimy jednym i drugim okiem, czy ten pasek jest równy, czy nie ulega żadnemu zniekształceniu, nie pojawia się w polu widzenia żadna plama, która nam przesłania w jakiś sposób te litery.

Bardzo często pacjenci spostrzegają pierwsze oznaki AMD w widzeniu do blizy. Czyli gdy czytają, uciekają im literki, są przesłonięte przez plamkę, która raz jest, raz jej nie ma. Zawsze

warto w takiej sytuacji pójść do okulisty, by zweryfikować, czy to nie AMD, bo wczesne rozpoznanie i leczenie jest w stanie nas uratować.

Co z leczeniem? Skoro giną komórki nerwowe, które nie dają szansy na regenerację, mamy szansę na zatrzymanie tego procesu?

MW: Mamy szansę tylko w momencie bardzo wczesnego rozpoznania. Gdy ten proces postępuje, naczynia patologiczne już wyrosły, to nie jesteśmy w stanie wrócić do punktu wyjścia, te naczynia nigdy nie znikną. Tylko możemy ich czynność zastopować: rozrastanie się, przepływ krwi przez te naczynia. Bardzo często świadomi pacjenci, albo tacy, którzy pracują wzrokiem do bliży, wcześniej zauważają pierwsze symptomy. Jeśli szybko trafią do okulisty, który szybko też postawi odpowiednią diagnozę. Bo tu nie wystarczy tylko zwykłe poradniane badanie dna oka – wykonuje się badanie OCT, które potwierdzi z jakiego rodzaju zwyrodnieniem mamy do czynienia. I gdy zmiana jest początkowa, jesteśmy w stanie zastopować chorobę nawet na takim etapie, że pacjent potem nie odczuwa żadnej różnicy w widzeniu. Mam takich pacjentów.

Jak wygląda leczenie AMD? Wykonuje się zabiegi, daje zastrzyki, a może tabletki?

MW: Bardzo bym chciała, żeby to były tabletki, byłoby to znaczne ułatwienie naszej pracy. Bo pacjenci ze zwyrodnieniem plamki są naszymi pacjentami do końca życia, nawet jak nie wymagają trwałej terapii, wizyty kontrolne są wymagane w odpowiednich odstępach czasowych.

W leczeniu suchej postaci AMD stosujemy suplementację luteiną i zeaksantyną. To dwa środki poprawiające funkcję i metabolizm okolicy plamkowej. Dodatkowo suplementujemy antyoksydantami, takimi jak witamina C, witamina D. Suplementujemy cynk, selen, mangan. Konkretnego sposobu leczenia, mimo wielu prób, dotąd nie zatwierdzono. Nie ma jednej terapii, która pozwoliłaby cofnąć bądź zatrzymać proces zwyrodnienia plamki w postaci suchej.

Uważa się, że choroby ogólne, jak cukrzyca, nadciśnienie, mogą promować te zmiany, dlatego też ustabilizowanie i dobre prowadzenie chorób ogólnych wspiera ograniczanie tej choroby. Również prawidłowa dieta może mieć wpływ. Ale nie zapominajmy też o tym, że jest to choroba uwarunkowana genetycznie i tego nie jesteśmy jeszcze w stanie powstrzymać.

Problemem największym jest leczenie pacjentów z wysiękową postacią AMD. Tu leczenie jest bardziej konkretne, mam na myśli zastrzyki podawane do wnętrza gałki ocznej, które mają na celu zahamować rozrost tych patologicznych naczyń, przy okazji zmniejszając w nich przepływ. My mówimy, że chcemy je osuszyć, czyli wstrzymujemy ich rośnięcie i osuszamy krew, która w nich płynie, doprowadzając do tego, że zmiana robi się nieaktywna. Czyli zatrzymujemy chorobę w takim momencie, w jakim rozpoczęliśmy leczenie i zatrzymujemy tym samym taką ostrość wzroku, z jaką pacjent nam się pokazał. Przynajmniej 30 procent szczęśliwców ma poprawę ostrości wzroku, która objawia się większą ilością liter, którą pacjenci czytają na naszych okulistycznych tablicach. A nawet jeśli nie jest to wyraźna poprawa w zakresie odczytywania kolejnych rzędów tych liter na tablicach, to pacjenci odczuwają poprawę komfortu widzenia w kwestii widzenia kolorów, lepszego kontrastu, który się pojawia po zastosowaniu tej terapii.

Zastrzyki do oka – czy jest to bezpieczne? To chyba nie jest zabieg komfortowy, nawet dla lekarza. Czy pacjent powinien się tego obawiać?

MW: Obawiać może nie, choć jak każda ingerencja w organizm niesie za sobą pewne ryzyko możliwych powikłań. Te zastrzyki wykonywane są dosyć często. Zgodnie z reżimem, w pierwszym roku leczenia pacjent przyjmuje 7-8 iniekcji, w kolejnych 3-4 rocznie. By te bezpieczeństwo zachować, te zabiegi przeprowadzane są w warunkach sali operacyjnej, przygotowanie do takiego zastrzyku wygląda tak samo jak przygotowanie do operacji okulistycznej. Pacjent jest tak samo znieczulany, podawane jest znieczulenie kroplowe, mycie okołoperacyjne jest takie samo, jak byśmy mieli otwierać tę gałkę oczną. Także te zagrożenie, którego najbardziej się obawiamy, czyli wprowadzenie jakiegoś patogenu i zakażenia do gałki

ocznej, jest niwelowane poniżej 1 procenta. Mając tak ogromną grupę pacjentów, mogą powiedzieć, że na szczęście jest to bezpieczne pod warunkiem zachowania zasad aseptyki.

Kolejny temat naszego spotkania, to zaćma. Co to takiego, co kieruje pacjenta do gabinetu okulistycznego i co można z tym zrobić?

DD: Zaćma to są zmętnienia w obrębie soczewki. Mogą być różne przyczyny, ale znakomita większość to starzenie. Czyli jak odpowiednio długo pożyjemy, prawdopodobnie każdy z nas ją rozwinie. Przy czym są różne typy, zależy to od tego, która część soczewki jest zajęta i to też determinuje objawy, które zgłaszają pacjenci. Najczęściej pacjenci zgłaszają pogorszenie widzenia. Ponadto po operacji niektórzy pacjenci odkrywają, że były zmienione kolory (tylko to też zależy od typu zaćmy). Panie często zgłaszają, że nie widziały plam na bluzce, na dywanie, na firankach i po miesiącu rekonwalescencji po operacji zaczyna się ostre sprzątanie w domu.

Jak dochodzi do zmian w tej soczewce? Co się tam zaczyna takiego dziać, że nagle przestaje nam przetwarzać obraz?

DD: Funkcją soczewki jest skupienie światła. Aby promienie skupiły się na plamce i widzenie było wyraźne, muszą do niej dojść promienie światła. Najpierw załamuje je rogówka, która daje 43 dioptrie, potem jest soczewka, która daje kolejne 20 dioptrii i dzięki temu wszystko się załamuje tam, gdzie powinno – a jeśli tak się nie dzieje, to stosujemy okulary czy soczewki korekcyjne.

Soczewka jest zbudowana z różnych rodzajów białek, to są krystaliny. Soczewka z wiekiem cały czas rośnie, jak cebula, powstają kolejne warstwy, ale to wszystko dzieje się bardzo powoli. Na soczewkę ma wpływ to, co dzieje się w organizmie, soczewka to przez całe życie zbiera. Główne znaczenie ma promieniowanie UV. W naszej szerokości geograficznej zaćma rozwija się później, a np. u mieszkańców Egiptu, Indii – wcześniej. Nasz styl życia też ma wpływ, np. palenie papierosów.

Przy mniej typowych rodzajach zaćmy, np. przy zapaleniach, zaćmie pourazowej czy wrodzonej, inne czynniki wchodzi w grę.

Zaćma też wcześniej powstaje i szybciej się rozwija u osób z cukrzycą, bo w białkach zachodzą nieprawidłowe procesy związane z podwyższonym poziomem cukru.

Skutkiem jest to, że soczewka staje się nieprzezroczysta, zaczynamy widzieć za mgłą, jakby w brudnych okularach. Co możemy zaoferować pacjentowi, który zaczyna coraz gorzej widzieć?

MW: Mamy tylko jeden sposób pozbycia się zaćmy – jest to operacja. Oczywiście istnieje wiele rodzajów preparatów kroplowych, które mają według producentów tę zaćmę spowolnić, ale nie ma innego skutecznego sposobu na pozbycie się zaćmy niż zabieg operacyjny. Pacjentów kwalifikujemy po dokładnym badaniu okulistycznym, które polega na rozszerzeniu źrenic i obejrzeniu całej soczewki. Musimy ocenić, jak bardzo zaawansowana jest zaćma i wtedy decydujemy się, bądź też odwołujemy w czasie, zabieg operacyjny. Ja tylko ze swojej strony – lekarza, który zajmuje się plamką, dodam, że jest to bardzo ważne, aby tej zaćmy nie usuwać od razu, jak tylko pojawią się pierwsze objawy, dlatego że promieniowanie UV ma bardzo szkodliwy wpływ na plamkę i może przyspieszyć pojawianie się zmian zwyrodnieniowych związanych z wiekiem w plamce.

Operacja zaćmy jest jednym z przyjemniejszych zabiegów, które mamy w medycynie. Oczywiście sam zabieg może nie jest przyjemny dla pacjenta, ale efekty po nim – bardzo. Bardzo często jest to efekt "wow", bo pacjent, który dotąd nic nie widział, po zabiegu widzi znowu wszystko. To też zabieg prosty dla wytrawnego operatora, nie dochodzi do częstych powikłań. Tych zabiegów wykonujemy mnóstwo, grubo ponad połowa naszego społeczeństwa po 70 roku życia wymaga wymiany takiej soczewki.

Wspomniała pani o promieniowaniu UV, które przyspiesza powstawanie zmian. W jaki sposób możemy przed nim się uchronić? Zamykać się w domu, nie wychodzić na słońce? Co możemy zrobić?

DD: Stosować okulary przeciwsłoneczne z filtrem, ale tylko sprawdzone, z dobrego źródła. Ponieważ stosując okulary bez filtra możemy zrobić sobie krzywdę, gdyż nie będziemy się oszczędzać, będziemy patrzeć w stronę słońca. Ma to wpływ na powstawanie zaćmy, ale powiedzmy, że tu jeszcze można wykonać operację, ale przy wpływie promieniowania na plamkę, problem może być niekoniecznie odwracalny.

MW: Okulary przeciwsłoneczne po nałożeniu ich na nos w słoneczny dzień powodują, że rozszerza nam się źrenica, a okulary bez filtra wpuszczają nam jeszcze więcej tego szkodliwego światła, pogarszając tę sytuację, zarówno plamki, jak i zwiększając ekspozycję niepożądanych promieni na soczewkę.

Została rozpoznana zaćma. Jak wygląda cały proces przygotowania do zabiegu, czy długo się czeka? Kiedyś była mowa o wieloletnich kolejkach.

MW: Szczęśliwie od tych wieloletnich kolejek, które wynosiły nawet 3-4 lata, zmniejszyliśmy czas oczekiwania do operowania w zasadzie na bieżąco. W tej chwili czas oczekiwania zależy tylko od tego, kiedy pacjent może się pokazać. I w zasadzie w ciągu tygodnia-dwóch po kwalifikacji jest taki chory zapraszany na operację. Nie ma zapisywania się już w kolejki na przyszłość. W tej chwili w większości ośrodków w Polsce operacje wykonywane są na bieżąco. Pierwsza wizyta, gdy pacjent przychodzi do nas ze skierowaniem z poradni okulistycznej z rozpoznaniem zaćmy, odbywa się u nas w klinice mniej więcej tydzień-dwa przed planowaną operacją. W czasie takiego badania rozszerzamy źrenice i dokładnie badamy chorego kwalifikując go do odpowiedniego sposobu usuwania zaćmy. Ci pacjenci mają również wymierzone soczewki, które będą im potem wszczepiane, by mieć w dniu operacji już wszystko przygotowane. Badane są też inne parametry oka, musimy bowiem zabezpieczyć się w razie różnych niedomóg rogówki, musimy mieć odpowiednie preparaty, które pozwolą nam bezpiecznie przeprowadzić operację. W dniu przyjęcia pacjent jest przyjmowany do szpitala, wtedy wszystkie jego papiery są już gotowe i w zasadzie skupiamy się już tylko na przygotowaniu, znieczuleniu chorego i na samym zabiegu wymiany soczewki. Czyli usuwamy soczewkę, która jest zmętniała, a w to miejsce wszczepiamy soczewkę, która jest przezroczysta i da pacjentowi dobre widzenie do dali.

Ile czasu trwa hospitalizacja w przypadku operacji zaćmy? Jak to wygląda teraz, w dobie koronawirusa?

DD: : Przed przyjęciem na zabieg u pacjentów Kliniki Okulistyki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku pobierany jest wymaz w kierunku COVID-19. Jeśli wynik jest ujemny, zgłaszają się na zabieg w wyznaczonym dniu rano, a około godz. 13-14 już z wypisem idą do domu. Czyli jest to pobyt jednodniowy, trwa kilka godzin. Następnego dnia pacjenci powinni zgłosić się na kontrolę, a ostatnia kontrola ma miejsce po dwóch tygodniach.

Czy coś się teraz zmieniło w państwa pracy związku z tym, że część pacjentów z obawy przed koronawirusem nie zgłasza się na zabiegi? Może są mniejsze kolejki?

MW: Kolejek, jak wspomniałam, wcześniej także nie było. Natomiast jeśli mamy niepokój wewnętrzny, boimy się tego wirusa, to jest to operacja, z którą możemy poczekać pół roku. W większości przypadków niewiele to zmienia, oprócz oczywiście funkcjonowania w dyskomforcie, który daje nam zaćma. W tej chwili pacjenci, których zapraszamy na operację, dwa dni przed zabiegiem mają wykonywany wymaz, my też jesteśmy zdrowi na oddziale, więc odbywa się to w sposób bezpieczny. Ale jak wiemy, wirusem można zakazić się w niespodziewanych warunkach, więc nigdy nie można być pewnym na sto procent.

Pacjentów przed zabiegiem sprawdzamy, personel też jest badany, to chyba większą szansę na zakażenie wirusem mamy na zakupach, a jeszcze bardziej na spotkaniu towarzyskim niż w szpitalu. Ale chciałem jeszcze wrócić do soczewek. Miałem epizod, że chodziłem w szklach kontaktowych, ale przeszkadzało mi to, że po całym dniu trzeba je było na noc zdjąć, trzymać w odpowiednich płynach, rano nakładać. To było uciążliwe, szczególnie podczas podróży, gdzie nie zawsze są dobre warunki z zachowaniem higieny. Jak w chwili obecnej wygląda ta pielęgnacja soczewek?

DD: Nadal obowiązuje pielęgnacja soczewek, bo niestety z powikłaniami też się spotykamy. Natomiast jest jeszcze rozwiązanie pośrednie. To co mają zapewniać soczewki „dwa w

jednym”, czyli do bliży i dali, możemy też mieć w okularach. Mogą to być okulary dwuogniskowe, np. do dali i do bliży oraz okulary progresywne, w których widzimy do dali, odległości pośrednich i do bliży. Nie każdy jednak jest w stanie się do tego przyzwyczaić. Są też osoby, które bez takich okularów „żyć nie mogą”. Tak jak zawsze, wszystko ma swoje wady i zalety. Z soczewkami jest problem z pielęgnacją, z ostrożnością, a z drugiej strony z okularami wiemy jak jest, jak się wchodzi z zimna do ciepłego miejsca i parują.

MW: W kwestii soczewek należałoby wspomnieć o soczewkach wieloogniskowych, które może pacjent mieć wszczepione w czasie operacji zaćmy. Przy standardowym zabiegu operacji zaćmy wszczepiana jest pacjentowi soczewka, która daje mu dobrą ostrość wzroku do dali i wymaga to potem skorygowania, czyli noszenia okularów do bliży. Natomiast takim rozwiązaniem dla tych, którzy nie znoszą noszenia przy sobie okularów i wkładania ich za każdym razem, gdy chcą spojrzeć na coś z bliska, są soczewki wieloogniskowe, multifokalne. Dają możliwość dobrego widzenia i do dali i do bliży i wtedy do końca życia pacjent jest uwolniony od noszenia okularów. Niestety, nie jest to zabieg refundowany przez NFZ, więc pacjent musi go wykonać we własnym zakresie. Niemniej taka alternatywa jest.

Z wiekiem związana jest też jeszcze jedna choroba – jaskra. Co to za choroba?

MW: Jaskra też związana jest wiekiem, dotyczy najczęściej osób po 40 roku życia – mówimy tu o jaskrze prostej, która jest też najczęstszą jaskrą. Niestety też najczęściej dotyczy kobiet. Jest to zespół różnych chorób, które powodują, że w naszym oku podwyższone zostaje ciśnienie wewnątrzgałkowe. Takie podwyższone ciśnienie w oku powoduje ucisk na nerw wzrokowy. Jeżeli porównamy siatkówkę z odbiornikiem, a nerw wzrokowy z takim kabelkiem, który łączy ten odbiornik z mózgiem, który przetwarza cały widziany przez nas obraz, to w czasie trwania podwyższonego ciśnienia wewnątrzgałkowego, czyli w procesie jaskry, dochodzi do uciskania na włókna nerwu wzrokowego i zanikania tych kabelków, które doprowadzają obraz do naszej kory potylicznej, czyli do mózgu. Ten wzrost ciśnienia może być powodowany przez różne czynniki, najczęstszym powodem jest zaburzenie między ilością produkcji cieczy wodnistej, która wypełnia wnętrze gałki ocznej, a jej odpływem. Ilość wyprodukowanego płynu musi być równa temu, co odpływa z gałki ocznej, w przypadku zaburzeń tego odpływu dochodzi do zwyzek ciśnienia i tym samym ucisku na nerw wzrokowy i zaniku włókien nerwu wzrokowego co objawia się bardzo charakterystycznymi ubytkami w polu widzenia.

Co powinno nas zaniepokoić? Kiedy trzeba zwrócić się do lekarza?

DD: Właśnie w tym jest problem, że pacjent w tym typie jaskry zwykle nic nie zauważa, dlatego jest to niebezpieczna choroba. Bo z jednej strony nieodwracalna, bo tych kabelków już się nie da odtworzyć, z drugiej strony nie boli, pacjent widzi wszystkie literki na tablicy. Ubytki w polu widzenia, to są takie ciemne plamy, których pacjent może nie być świadomy. Dopiero jak się pojawiają w centrum i je zauważy, to jest już bardzo zaawansowany etap. W związku z tym wskazane jest, aby każdy człowiek po 40-tce pokazał się w poradni okulistycznej, bo sam może tego nie wychwycić. Poza tym ubytek w polu widzenia jednego oka może być rekompensowany przez drugie oko.

Są też inne rodzaje jaskry. Jest coś takiego, jak jaskra zamykającego się kąta. Pierwszym jej objawem może być bardzo silny ból głowy, z wymiotami, z pogorszeniem widzenia. Wtedy jest oczywiste, że taki pacjent się gdzieś zgłosi po pomoc i będzie to zdiagnozowane.

Jak często powinniśmy chodzić do okulisty po 40 roku życia?

MW: Uważa się, że raz na dwa lata to bezwzględne minimum, kiedy pacjent powinien się pokazać do okulisty i mieć wtedy zbadane dno oka, zmierzone ciśnienie wewnątrzgałkowe, obejrzany nerw wzrokowy – takie podstawowe badania okulistyczne, skupiające się na tych zmianach, które mogą być obserwowane w przebiegu jaskry. Nie ma tu jednak konkretnego algorytmu w przypadku żadnych z tych chorób. Tu czujność pacjenta jest kluczową sprawą.

Czyli jak po 40 roku życia zaczynamy mieć problemy z czytaniem, nie idziemy na rynecek i nie kupujemy okularów?

MW: To bardzo dobra okazja, by odwiedzić okulistę. Te okulary do bliży zmieniają się nam co 2-3 lata, warto przy okazji wizyty u lekarza upomnieć się o pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego. To już nam bardzo dużo da w kwestii podejrzenia jaskry, bo to nie jest

choroba, którą rozpoznajemy na jednej wizycie. To nie jest taki prosty algorytm, że pacjent przychodzi i rozpoznajemy jaskrę. To się dzieje tylko w momencie, gdy jest już zaawansowany proces jaskrowy. Natomiast te wczesne etapy wymagają monitorowania pacjenta. Wykonania mu badania pola widzenia, badania nerwów wzrokowych i oceny progresji tych zmian, w przeciągu pół roku czy roku, gdy coś stanowi dla nas niepokojący objaw.

Co mamy do zaoferowania pacjentom w leczeniu jaskry?

DD: Mamy cały wachlarz środków, które możemy zaproponować. Zaczyna się zwykle od kropli, też mamy ich całą gamę. Na zachętę, zwłaszcza dla pań wspomnę, że jest jedna z grup kropli – prostaglandyny, często stosowana jako lek pierwszego rzutu, które powodują, że rosną długie, ciemne rzęsy. Taki efekt uboczny, bardzo paniom pasujący. Ale oczywiście podstawowy efekt, jaki chcemy osiągnąć to obniżyć ciśnienie, bo to jedyne, co możemy robić aby ochronić nerw wzrokowy. Do rozważenia są tabletki, ale pomocniczo. W szczególnych przypadkach, jak się okaże, że krople są niewystarczające, może być wskazane wykonanie lasera bądź leczenie operacyjne. Natomiast jest bardzo istotne, by mieć świadomość, że jeśli leczenie będzie zaniedbane, bo „to przecież tylko kropelki”, to grozi nam utrata wzroku. I to niestety będzie nieodwracalne. Zaćmę można zoperować. Jaskrę też można zoperować, ale tu celem jest uchronienie tego, co pozostało, a nie powrót do tego, co było kiedyś. Nie odwrócimy zmian, które w nerwie wzrokowym powstały. Dlatego tak istotne jest, by pacjenci byli wyczuleni, szczególnie osoby, które w rodzinie mają te problemy, a potem odbywali regularne kontrole i regularnie stosowali leczenie, nie tylko przed wizytą.

Osobom, które wiedzą, że nie będą się stosowały do leczenia, nie będą stosować kropli, są alternatywy – zabiegi mniej lub bardziej inwazyjne. Mówimy o leczeniu operacyjnym.

MW: To nie zawsze kwestia chęci. Często np. starsi ludzie mają kłopot z podaniem sobie precyzyjnym kropli do oczu, to taki plan B, dla tych, co z kropelkami nie są w sobie stanie poradzić.



dr n. med. Małgorzata Wojnar, dr n. med. Diana Dmuchowska

20. Wady wzroku wieku podeszłego

dr n med. Małgorzata Wojnar

Dlaczego z wiekiem widzimy coraz gorzej?

Tak jak cały organizm, taki i oczy starzeją się, „zużywają” z upływem lat. Począwszy od pogorszenia widzenia, zaburzeń widzenia, skończywszy na poważnych utratach ostrości wzroku.

Czy to prawda, że krótkowidz z wiekiem widzi coraz lepiej?

To powszechny mit. Niestety, osoby krótkowzroczne, pod warunkiem że inne choroby oka ich nie dotyczą, do dali okulary będą nosiły te same. Może zmienić się tylko korekcja do pracy z bliska, do czytania, sama wada wzroku pozostaje taka, jak była. Chyba że mamy do czynienia z tworzeniem się powolnym zaćmy jądrowej, która tę refrakcję może zmienić. U osób, u których rozpoznajemy niewielkie zmiany zaćmowe, nie zauważamy tak dużego spadku ostrości, mogą w kierunku plusów zmieniać swoją wadę wzroku. Czyli osoba krótkowzroczna może mieć coraz mniejszą wadę wzroku, ale tylko do pewnego momentu, bowiem następuje w końcu chwila, że ta zaćma jądrowa na tyle przeszkadza w widzeniu, że ta ostrość wzroku, nawet z mniejszymi minusami, jest tak słaba, że nie pozwala na normalne funkcjonowanie.

Niektóre osoby skarżą się z kolei, że z wiekiem zaczyna im „brakować rąk” do czytania – muszą coraz dalej odsuwać lekturę.

To z kolei choroba związana z naszym Peselem – z wiekiem zmniejsza się bowiem elastyczność naszej soczewki, odpowiedzialnej za akomodację oka, czyli zdolność widzenia z bliska i daleka bez użycia okularów. U osób po 40 r. życia coraz mniej elastyczna jest ta soczewka, ma coraz mniejszą możliwość odkształcania i dopasowywania ostrości wzroku do widzenia z daleka i bliska. I coraz mocniej tę rękę musimy odsuwać od siebie, aby widzieć, aż do momentu że potrzebne są okulary, by sobie pomóc.

Wtedy okulista przepisuje okulary „plusy” do czytania do bliży?

Nie zawsze są to plusy. Osoby z krótkowzrocznością, do bliży będą nosić mniejszą korekcję niż ich własna. Np. 40- latek z wadą minus 6 dioptrii, będzie potrzebował do bliży drugie okulary minus 5. Przyjmuje się, że z każdą dekadą życia tych plusów przybywa, każda 10-latką to jeden plus więcej, do 70 r.ż., aż wada się stabilizuje i wtedy okulary plus 3-4 wystarczają do takiego codziennego funkcjonowania, widzenia z bliska.

Czy astygmatyzm też zmienia się z wiekiem?

Nie, to wada wzroku wynikająca z tego, jaki mamy kształt rogówki. Normalna rogówka powinna być jak idealnie okrągła piłka, przy astygmatyzmie ta rogówka jest jak piłka do rugby, czyli nierówna, jajowata. Szklą regulującą astygmatyzm są te same całe życie. Z wiekiem zmienia się tylko wada refrakcji.

A co, gdy wady wzroku się nakładają, do bliży potrzebujemy innych okularów, do dali innych. Można jakiś „miks” zaproponować wtedy pacjentom?

Najprostszym sposobem jest używanie wtedy szkieł dwuogniskowych lub bardziej popularnych – progresywnych, które dają możliwość widzenia do dali i bliży oraz odległości pośrednich, np. do pracy przy komputerze.

Czy kolor oczu ma znaczenie przy wadach wzroku?

Okazuje się, że tak. Może nie w determinujący sposób, ale uważa się, że osoby z jasnymi (czyli niebieskimi) tęczówkami są bardziej predysponowane do niektórych schorzeń okulistycznych. Wynika to z tego, że melanina, która jest barwnikiem występującym w naszych tęczówkach, chroni w pewien sposób przed szkodliwym światłem, zwłaszcza niebieskim widmem światła słonecznego, które może negatywnie wpływać na funkcjonowanie siatkówki, co ma zwłaszcza wpływ na choroby plamki, występujące z wiekiem. Dlatego warto nosić okulary przeciwsłoneczne z dobrymi filtrami. U osób z jasnymi tęczówkami częściej rozpoznawane są też wszelkie rodzaje jaskry.

Okulary przeciwsłoneczne można kupić niemal wszędzie. Na co warto zwrócić uwagę?

Takie okulary należy kupować w salonach optycznych, nigdy na ulicznym stoisku. Muszą to być okulary z filtrem UV, optymalnie z polaryzacją, bo komfort widzenia w słoneczny dzień jest wtedy znacznie większy.

Nosząc ciemne okulary niewiadomego powodzenia, przyciemniamy sobie wprawdzie obraz, który pada na siatkówkę, ale automatycznie rozszerza się nam źrenica, a jak rozszerza się źrenica, to jeszcze więcej światła wpada nam do oka. Jak wpada przez soczewkę bez filtra, aplikuje więcej niebieskiego widma, które szkodzi na oko. Dlatego tak bardzo istotne jest zastosowanie filtrów w okularach.

A tzw. okulary do czytania można kupić samemu w aptece czy drogerii?

Jeśli nie mamy żadnej wady wzroku, nie wymagamy specjalnej korekcji, te okulary do blizy będą proste. Można je kupić samemu, ale tylko w aptece, nie polecam bazarowych produktów, szczególnie zza wschodniej granicy, bo nigdy nie wiadomo, co to za szkła, czy obie soczewki są takie same, czy nie będziemy niepotrzebnie np. męczyć oka, nie będzie dochodzić do bólów głowy.

Pierwsze okulary zawsze dobrze, aby dobrał okulista czy optyk. Sprawdzi, czy to prosta wada wzroku, zwykła starczowzroczność. Potem kolejne okulary czy zapasowe można już dokupić w aptece.

Jakie choroby związane z wiekiem najczęściej diagnozują okuliści?

Najczęstszą chorobą jest zaćma. Blisko 70 proc. pacjentów ok. 70 r. oku życia choruje na zaćmę i wymaga zaopatrzenia chirurgicznego.

U osób starszych częste są też choroby, które dotyczą siatkówki, plamki. W krajach cywilizowanych (europejskich, USA) najczęstszą przyczyną ślepoty u osób po 60 roku życia jest zwyrodnienie plamki związane z wiekiem, czyli AMD. To choroba, która dotyczy bardzo wielu ludzi, już po 50 roku życia. W zależności od tego, jaki to rodzaj zwyrodnienia, daje różne objawy. AMD można podzielić na dwa odrębne rodzaje. Postać sucha dotyczy ok. 85 proc. chorych z AMD, pozostałe 15 proc. chorych ma postać wysiękową.

Co to jest ta plamka?

Najprościej mówiąc, nasze oko od środka wyłożone jest cieniutkim takim jakby dywanikiem, to siatkówka, w niej jest jedno szczególne miejsce – plamka. Ona odpowiada za nasze najlepsze widzenie, najlepszą ostrość wzroku, środek pola widzenia. W niej jest najwięcej czopków, czyli to miejsce odpowiada za nasze najlepsze widzenie barw. Czyli plamka odpowiada za najbardziej precyzyjną ostrość wzroku i widzenie kolorów. Każda choroba plamki zaburza widzenie środkowe, centralne, utrudniając nam życie.

Gdy mamy do czynienia z wysiękową postacią zwyrodnienia, zostaje odcięty środek pola widzenia. Osoby z taką czarną plamą przed okiem naprawdę mają trudności z codziennym funkcjonowaniem, jak ukrojenie kawałka chleba czy zalanie herbaty gorącą wodą.

Jakie objawy mogą nas zaniepokoić? Kiedy trzeba iść do okulisty?

Przebieg choroby może być różny. Jako że mamy dwoje oczu, pacjenci często nie zauważają, że coś dzieje się w jednym oku, dopiero gdy zmiany są już bardzo zaawansowane, idą do lekarza, mówiąc, że zauważyli coś dwa tygodnie temu. A to dzieje się od dawna, tylko drugie

oko nadrabiało za to chore i nie zauważyliśmy zmian. Aby sprawdzić, czy nic złego się nie dzieje, najprościej jest np. oglądając telewizję zasłonić jedno oko i sprawdzić, czy jest różnica widzenia między oczami.

Wszystkie zmiany, jakie są w centralnym polu widzenia, niewielkie mroczki, zaburzone widzenie barw, zakrzywienie obrazu są sygnałem że natychmiast trzeba udać się do okulisty.

Jakie badania wykonuje wtedy lekarz?

Przede wszystkim zbadana będzie ostrość wzroku, potem oglądanie dna oka po rozszerzeniu źrenic. To najprostsze badania, które dają odpowiedź na pytanie, potrzebna jest dalsza diagnostyka w kierunku zwyrodnienia plamki. Gdy mamy podejrzenie chorób plamki, kierujemy pacjenta na dwa podstawowe badania. Pierwsze to koherentna tomografia OCT, bezpieczne badanie, możliwe do wykonania bez rozszerzenia źrenica. Trwa kilkadziesiąt sekund, w 90 proc. przypadków daje pewność, z jakim schorzeniem mamy do czynienia, czy jest to sucha czy wysiękowa postać AMD. Od tego zależy dalsze postępowanie z pacjentem.

Drugim badaniem- uzupełniającym- jest angiografia fluoresceinowa, stosowana w niejasnych przypadkach- gdy OCT nie daje nam pewności co do diagnozy. Angiografia polega na dożylnym podaniu barwnika i wykonaniu serii zdjęć dna oka, a następnie ocenie wypełniania naczyń. Najnowszym badaniem jest tzw angioOCT- łączące oba wyżej wymienione metody diagnostyczne, nie wymagające jednak podania kontrastu.

Jak wygląda leczenie AMD?

Sporą rewolucją stało się w leczeniu tej choroby podawanie leków do gałki ocznej w zastrzykach. Bariera krwi-siatkówka uniemożliwia nam podanie leku do wnętrza oka, dlatego ta podaż musi być do środka, do gałki ocznej. Ale ten płyn też nie przedostaje się na zewnątrz, leki nie działają więc ogólnoustrojowo, są bezpieczne, mają niewiele działań niepożądanych, niewielu jest pacjentów wykluczonych z terapii.

Leczenie daje szansę na zatrzymanie choroby, zwłaszcza jak jest zastosowane w początkowej fazie. W wysiękowej postaci zwyrodnienia plamki dochodzi do rozrastania patologicznych naczyń, one zasłaniają widzenie i niszczą siatkówkę. Kluczowy jest moment rozpoczęcia leczenia, gdy zrobimy to szybko, szansa na zachowanie i poprawę widzenia jest bardzo duża. Gdy mamy do czynienia z postacią zaawansowaną choroby, z wytworzonymi bliznami, to lek tylko wstrzymuje dalszy postęp choroby, nie jest w stanie cofnąć zmian.

Dlatego bardzo ważne jak najszybsze zgłoszenie się do lekarza. Gdy tego zaniechamy, grozi nam nawet ślepota. Z tych patologicznych naczyń dochodzi do wylewów, zwłaszcza dotyczy to chorych leczonych przeciwkrzepliwymi lekami, które predysponują do takich wylewów z naczyń. Gdy dojdzie do krwotoku, ostrość wzroku spada dramatycznie i to często jest już spadek nieodwracalny.

Jak na wzrok wpływa cukrzyca? Mówi się o retinopatii cukrzycowej

Wszystko zależy od zaawansowania cukrzycy i tego, jak bardzo zaawansowane są zmiany w siatkówce. Uważa się, że pierwsze zmiany cukrzycowe na dnie oka pojawiają się już po 5 latach od wystąpienia cukrzycy, ale tak naprawdę z reguły nie wiemy ile ta choroba trwała, zanim ją wykryto. Wiemy kiedy zaczęliśmy ją leczyć.

Cukrzyca to drugie schorzenie po AMD, które pozbawia nas (mieszkańców Europy i USA) widzenia.

W cukrzycy te zmiany nie są takie charakterystyczne, jak w przypadku AMD, ostrość wzroku może wahać się w zależności od poziomu cukrów, wyrównania cukrzycy. Początkowo retinopatia cukrzycowa, gdy będziemy dobrze się prowadzić, może się wycofać.

Każdy pacjent cukrzycowy powinien odwiedzić okulistę przynajmniej raz do roku, by sprawdzić czy pojawiają się zmiany cukrzycowe. Nawet najlepsze wyniki glikemii, gdy są zmiany na dnie oka, wymagają korygowania. Jeśli pacjent wydaje się dobrze prowadzony, a zmiany postępują, to wymaga korekty leczenia i interwencji ze strony okulisty.

Jest tu wiele możliwości, od laseroterapii po zabiegi chirurgiczne. Laseroterapia zabezpiecza przed rozwojem zmian naczyniowych, tworzenia nieprawidłowych naczyń w siatkówce, pacjenci z zaawansowaną retinopatią muszą być laserowani.

Pacjenci są też prowadzeni z udziałem iniekcji do gałki ocznej. Obecnie jest bardzo duża pula chorób możliwych do leczenia za pomocą iniekcji, to nowa działka okulistyki. Są okuliści, którzy wyłącznie zajmują się leczeniem za pomocą iniekcji doszklistowych.

No właśnie zastrzyki do oka. To brzmi strasznie, ale można się do nich przekonać. Oko podobnie jak mózg, jest oddzielone barierą od krążenia, niewielka porcja leku podawana jest bezpośrednio do miejsca, gdzie lek ma działać, co jest dużo bardziej efektywne. Czyli nie ma co się bać?

Tak, zwłaszcza, że jest to podawane w pełnym znieczuleniu. Ale ten strach zawsze jest. Zazwyczaj po pierwszym zastrzyku pacjenci mówią jednak, że to nie było to takie straszne.

Jakie inne choroby mogą powodować powikłania okulistyczne?

To np. zmiany miażdżycowe. Ale tu leczymy zasadniczą chorobę, miażdżycę czy nadciśnienie. Same zmiany naczyniowe, miażdżycowe wpływają na postęp chorób gałki ocznej, m.in. AMD szybciej postępuje, gdy mamy zaawansowaną miażdżycę i nic z tym nie robimy, nie trzymamy diety, nie mamy odpowiedniej podaży warzyw i owoców, kwasów omega 3. Nie kontrolując cukrzycy, nadciśnienia, możemy pogarszać stan oczu.

Jak zmodyfikować dietę, by pomagała dbać o oczy?

Zdecydowanie podaż odpowiednich składników w diecie jest w stanie zabezpieczyć nas od rozwoju chorób. W przypadku chorób związanych z wiekiem, wystarczy zadbać o obecność antyoksydantów w diecie i najprostszych witamin: C, E.

W przypadkach chorób plamki trzeba pamiętać o dostarczaniu przede wszystkim kwasów omega 3, które wpływają na stan naczyń. Im w lepszym stanie są nasze naczynia, tym lepiej siatkówka będzie funkcjonować i będziemy lepiej widzieć.

Ja zawsze pacjentom mówię: jedzmy to, co zielone, tam jest najwięcej składników odpowiadających za procesy widzenia. W drugiej kolejności – to co czerwone. Te produkty zawierają najwięcej luteiny i zeaksantyny. To są takie karotenoidy, które odpowiadają za metabolizm siatkówki, metabolizm w czopkach, za nasze prawidłowe widzenie.

Warto kupować preparaty na dobry wzrok, których mnóstwo jest w aptekach?

W aptekach mamy wybór kilkuset preparatów, każdy producent prześciga się w ilości luteiny umieszczanej w preparacie. Nic z tego dobrego nie wynika, my potrzebujemy jej maksymalnie 10 mg na dobę, nie jesteśmy w stanie więcej wchłonać. W takich preparatach należy zwrócić uwagę, czy ich zawartość dopuszczona jest do stosowania, bo wiele tabletek nie ma w składzie tego, co zadeklarowane jest na pudełku.

Ja zalecam przede wszystkim prawidłową dietę. Nawet jajko zjedzone na śniadanie zapewnia nam już niemal w połowie ilość luteiny niezbędną do dziennego funkcjonowania siatkówki. Jajko na śniadanie, ogórek do obiadu, sałata na kolację i załatwimy sobie brak konieczności brania pigułek, które i tak pacjenci po 50-60 roku życia w ogromnej ilości zażywają.



dr Małgorzata Wojnar