

Cykl audycji radiowych z zakresu edukacji i promocji zdrowia pod nazwą

"Pytanie do specjalisty IV edycja"

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.

Zadanie dofinansowane ze środków Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego na realizację w 2023 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.



e-biuletyn informacyjny



1. Nowotwory szyi i głowy.



prof. Marek Rogowski

Nowotwory szyi i głowy były ostatnim tematem audycji z cyklu „Pytanie do specjalisty”. Gościem prof. Jana Kochanowicza był prof. Marek Rogowski z Kliniki Otolaryngologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Porozmawiamy dziś o temacie interdyscyplinarnym – nowotworach głowy i szyi. To dziedzina nie tylko laryngologów, ale też swój udział w leczeniu mają chirurdzy szczękowi, stomatolodzy, onkolodzy, chirurdzy plastyczni. Przypomnijmy, co rozumiemy pod pojęcie nowotworów głowy i szyi? Już wielokrotnie rozmawialiśmy na ten temat, bardziej za sprawą tygodnia profilaktyki, który odbywa się zawsze jesienią. Teraz poruszamy ten temat z wyprzedzeniem, ale o tak ważnym problemie nie możemy przecież zapominać także w czasie roku.

Dokładnie. Bo nowotwory nie czekają. A nowotwory głowy i szyi obejmują wszystko to, co znajduje się w obrębie naszej głowy i szyi, za wyjątkiem mózgu i zębów. Aczkolwiek czasami i w te sąsiednie struktury musimy wkraczać. Są to nowotwory, które zajmują statystycznie 7. miejsce pod względem częstości występowania, a dotyczą narządów związanych często z jakością życia, jak chociażby mowa – gdy mamy guz języka, głos – przy raku krtani, a przy zatokach oczodół może być zaatakowany, co grozi ślepotą. Do tego dochodzą zaburzenia smaku, węchu, słuchu. Jest to więc istotna grupa, o której się nie myśli, bo te nowotwory mają kiepski PR. Mówi się głównie o nowotworach piersi, prostaty, raku płuc. A tymczasem np. rak krtani jest bardzo częstym nowotworem, który często towarzyszy rakowi płuc, często go wyprzedza. Są to też wszystko nowotwory tytoniozależne.

No właśnie – tytoniozależne. Czy mamy jakieś czynniki, które predysponują do nowotworów w obrębie głowy i szyi?

Taki udowodniony związek jest między tytoniem a rakiem krtani, gardła i płuc. W Polsce na szczęście nie żuje się betelu, który jest popularny w Indiach i tam rak języka, jamy ustnej występuje w większym stopniu niż w krajach europejskich. Poza tytoniem czynnikiem predysponującym do nowotworów głowy i szyi jest alkohol, głównie ten stężony, który

doskonale działa jako rozpuszczalnik. Jak ktoś go nadużywa, uszkadza błonę śluzową i ułatwia karcinogenom przeniknięcie w głąb błony śluzowej. A pijąc i paląc wielokrotnie zwiększa to ryzyko.

Kolejny czynnik predysponujący do zachorowania to zatrucie środowiska. To, co jest w dymie tytoniowym, znajduje się też w smogu, czyli tym, czym oddychamy, szczególnie w niektórych porach roku. Także chemia w otoczeniu, bliżej nie znane czynniki związane z niepohamowanym rozwojem cywilizacji (czytaj chciwością), powodują, że tworzą się warunki do rozwoju nowotworów.

A czynniki biologiczne, wirusy?

Tak, o tym też trzeba pamiętać. To HPV czyli wirus brodawczaka ludzkiego, związany z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, popieranymi we współczesnym świecie, które mogą być niebezpieczne. Ale ten wirus na każdego może „wskoczyć”, więc szczepienie dzieci przeciwko wirusowi HPV ma sens. Zapobiega nowotworom zależnym od tego wirusa. Nie zawsze jednak udaje się uniknąć czynników ryzyka, nie mamy np. wpływu na to co jest w środowisku. Jakie objawy powinny więc nas zaniepokoić, skłonić do wizyty u lekarza? Takie objawy niepokojące, są też objawami nieswoistymi, ale jak utrzymują się dłużej niż przy zwykłej infekcji, warto o tym pomyśleć. Nawet stworzono taki algorytm, że gdy jeden objaw utrzymuje się powyżej trzech tygodni, trzeba skontrolować go u lekarza. I tak jeśli chodzi o jamę ustną, do wizyty u lekarza powinno nas skłonić np. owrzodzenie, które się nie goi, jakieś naloty białe czy czerwone (to może być leukoplakia czy erytroplakia – ale to już lekarz rozstrzygnie). Także bóle w obrębie języka promieniujące do ucha. Ostatnio miałem pacjenta w wieku 91 lat, w dobrej formie, byłego wojskowego, który palił przez wiele lat, za kołnierz też nie wylewał, i w wieku 91 lat zaczął mu dokuczać ból promieniujący do ucha. Trafił do stomatologa, który zaproponował, żeby może protezę podpiłować. W końcu trafił do nas. Proste badanie i okazało się, że miał podśluzowo wyczuwalny naciek na nasadzie języka. Pobraliśmy wycinek, okazało się, że to rak. Ale jako że pacjent trafił szybko na leczenie, ma szansę wyjść z tego.

Czyli oglądajmy siebie, sprawdzajmy, zwracajmy uwagę czy nie ma wizualnych zmian w obrębie jamy ustnej. Warto np. obejrzeć czasem język w lusterku. Ale też warto chyba zwracać uwagę na inne objawy, np. głos.

Jak najbardziej. Krtań to narząd głosu. Jak pojawia się np. chrypka, nie mająca związku z przeziębieniem, zwłaszcza u palących, trwająca powyżej 3 tygodni, jak najbardziej trzeba się skontrolować. Wystarczy proste badanie – laryngolog może zajrzeć do gardła i przy pomocy lusterka stwierdzić co się tam dzieje. I albo skierować na leczenie, albo stwierdzić, że to banalna sprawa.

Także np. krwawienie z nosa, jednostronny niezbyt ładnie pachnący wyciek z nosa – może być to objaw guza w obrębie nosa, zatok. Pojedynczy guz na szyi – może to być zwykła torbiel, a może być to guz przerzutowy – trzeba o tym pamiętać. To też wymaga diagnostyki, badanie USG, ewentualnie biopsja, odpowiedzą nam co jest problemem. Najradsze są guzy kości skroniowej, czyli przewodu słuchowego zewnętrznego, czyli tego co się na skórze dzieje. To także dotyczy skóry twarzy. Przyznajmy, kto podczas opalania smaruje kremem z filtrem mażowinę uszną i przewód słuchowy? No rzadko to się zdarza. A nie powinniśmy o tym zapominać, bo promieniowanie ultrafioletowe jest niebezpieczne i może powodować raka skóry, który będzie penetrował do przewodu słuchowego zewnętrznego, ucha środkowego i może powstać rak kości skroniowej i będzie potrzebny duży zabieg podstawy czaszki, aby usunąć guz. Także zmiany na twarzy, które są rogowaceniem słonecznym, mogą prowadzić do raka, najczęściej podstawnokomórkowego. Częste są też guzy ślinianek, zazwyczaj łagodne, jeśli chodzi o duże ślinianki, natomiast złośliwe w obrębie drobnych, podżuchwowych czy podjęzykowych. Każdy guz w obrębie głowy i szyi powinien nas niepokoić.

Zaniepokojeni jakimś objawem trafiamy do specjalisty. Jak wygląda wtedy badanie? Czy trzeba się do niego jakoś specjalnie przygotować?

To może być badanie „z marszu”, nie trzeba być nawet na czczo. Jeśli mamy niepokojące zmiany, można zrobić fiberoskopię, czyli oglądamy wszystko przez taki cieniutki endoskop z kamerą. Czasem trzeba skierować pacjenta do szpitala na badanie laryngoskopowe, czyli zajrzeć do krtani i pod mikroskopem pobrać próbkę do badania, jak jest to uzasadnione.

Jak to wygląda – oglądacie wizualnie, wziernikami po kolei nos, uszy, gardło?

Jeśli chodzi o laryngologię, w zasadzie wszystko możemy zwizualizować przy pomocy endoskopu. Ale też w lampce laryngologicznej dokładnie można ocenić jamę ustną, gardło. Jeśli chodzi o ucho to jest potrzebny mikroskop. W klinice mamy różne endoskopy, które pozwalają nam precyzyjnie określić co dolega pacjentowi.

Jeśli podejrzenia idą w złą stronę – na jakie badanie dodatkowe może lekarz skierować pacjenta?

Przede wszystkim konieczne jest badanie histopatologiczne, jeśli jakaś zmianę zaobserwujemy, która nas niepokoi. Pobieramy wycinek i anatomopatolog określa z czym mamy do czynienia, czy to zmiana łagodna i czy podejrzana i będzie to podstawa do odpowiedniego leczenia.

A badania obrazowe, są pomocne w diagnostyce?

Są pomocne, wtedy kiedy trzeba. Zazwyczaj wystarczą podstawowe badania, które określają, czy idziemy dalej z diagnostyką, czy trzeba wykonać tomografię czy rezonans. USG jest badaniem podstawowym jeśli chodzi o szyję, najszybciej można wykryć wtedy wszelkie zmiany. Przy głowie jest to tomografia lub rezonans.

Mamy rozpoznanie, przystępujemy do leczenia. W onkologii obowiązuje triada: operacja, chemioterapia, radioterapia. Tu także wszystkie te metody mają zastosowanie?

Zależy od stopnia zaawansowania i postaci histopatologicznej. Ale w przypadku laryngologii, jak nie jest zaawansowany nowotwór, wszystko się dobrze kończy po działaniach chirurgicznych. Np. po usunięciu struny głosowej z nowotworem zwykle nie ma przerzutów do węzłów chłonnych, ale gdy jest większy zabieg, trzeba niekiedy naświetlać szyję, gdzie znajdują się węzły chłonne, które wcześniej usuwamy podczas operacji. Ale taka profilaktyczna radioterapia jest rutynowo stosowana. W przypadkach niektórych chorób stosowana jest radiochemioterapia, czyli napromienianie z lekami onkologicznymi. To nie tylko chemioterapia. Teraz powoli mamy już doskonałe metody biologicznego czy immunostymulującego leczenia. Każdy nowotwór ma już powoli swój lek, który pozwala mu bez działań ubocznych działać. Aczkolwiek zawsze jest to pewne uzupełnienie terapii podstawowej.

Jeśli potrzebny jest zabieg w klinice laryngologii, jak pacjent jest do niego przygotowywany?

Przede wszystkim musimy znać rozległość zmiany, którą chcemy usunąć, czyli potrzebne są wcześniejsze badania obrazowe. Ważny jest stan ogólny pacjenta- dobrze jak pacjent jest dobrze odżywiony, ma pod kontrolą cukrzycę i inne choroby. To zazwyczaj wystarcza, jak mamy pełną diagnostykę i badania obrazowe. W wielu przypadkach nowotworów w obrębie jamy ustnej, gardła, stosowane jest obecnie leczenie wewnątrzustne, bez konieczności ingerencji przez skórę, chyba że trzeba skontrolować węzły chłonne, wtedy wykonuje się tzw.

limfadenektomię. Ale wiele operacji odbywa się obecnie endoskopowo, czyli „przez dziurkę od klucza” i z dobrym efektem.

Czy te zabiegi wiążą się z jakimiś powikłaniami, ryzykiem?

Zawsze pacjent wyraża świadomą zgodę na zabieg, rozmawiamy przed operacją i przekazujemy szereg informacji nt. działań ubocznych. Mogą być powikłania, ich nie można się pozbyć. Czasem gdy pacjent jest bardziej dociekliwy, rozmawiamy też na temat rokowania, choć wielu nie chce o nim słyszeć na początku. Czasem jedna rozmowa nie wystarczy, bo zwykle trafiający do szpitala pacjent jest na początku trochę zagubiony, przestraszony, dopiero jak się zaadoptuje, możemy dłużej porozmawiać i przedstawić wszystkie za i przeciw.

Pacjenci często nie chcą wiedzieć, ale ja zapytam – jakie są rokowania w nowotworach głowy i szyi?

Rak to nie wyrok, jak jest odpowiednio wcześniej wykryty, mamy szansę na wyleczenie. Jeśli wykrywamy go później, też mamy terapię, która wydłuży życie chorego i poprawi jego jakość. Darujemy mu wiele lat życia w dobrej jakości, aż mu pan Bóg pozwoli zejść z tego świata.

Na zakończenie przypomnijmy jeszcze raz o czynnikach ryzyka, czyli co robić, jak żyć, aby uniknąć nowotworu.

Po pierwsze profilaktyka – to gałąź medycyny, która ma przyszłość i od nas zależy czy będziemy zdrowi w dużej mierze. Tytoń i alkohol, szczególnie ten stężony, powinny być wykluczone z naszego życia. Trzeba też dobrze się odżywiać – dieta oparta głównie na warzywach i owocach, unikać chemii, zanieczyszczenia środowiska. I mieć dobry nastrój – dobry nastrój to odporność. Jak mamy zdrowy układ immunologiczny i silną psychikę, możemy mieć w dużej mierze pewność, że nowotwór nas ominie. A jako że stają się dostępne szczepienia od HPV – je także rekomenduję.



2. Czy to już astma?



prof. Marcin Moniuszko

Astma była ostatnim tematem audycji z cyklu „Pytanie do specjalisty”. Gościem prof. Jana Kochanowicza był prof. Marcin Moniuszko kierownik Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Alergologia to dyscyplina, która w tej chwili chyba eksploduje ilością różnego rodzaju schorzeń, które my jako ludzie doświadczamy. Prawda czy fałsz?

Absolutna prawda. Wszystkie liczby za tym przemawiają. Mamy wzrost liczby chorób alergicznych o bardzo różnym podłożu. Alergia to w ogóle bardzo niekiedy trudna sprawa, złożona pod tym względem, że rzadko kiedy zatrzymuje się na jednym narządzie. W związku z tym alergolodzy nie są i nie powinni być specjalistami od jednej części ciała, jednego organu. Na ogół alergia nie jest na tyle łaskawa, że zatrzymuje się np. tylko i wyłącznie na nosie, tylko i wyłącznie na przewodzie pokarmowym czy tylko i wyłącznie na dolnych drogach oddechowych czy na skórze. Tak się jakoś składa, że w większości przypadków, w mniejszym lub większym stopniu, ale zaatakowane są albo objęte jakimś procesem wszystkie z tych układów, narządów. Alergia to jest de facto oczywiście choroba naszych czasów, ale naszych czasów w takim trochę szerszym pojęciu, epoki tej nowoczesnej. Ale to też nie jest tak, że nagle populacji zmienił się genom. Swoją drogą na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku jesteśmy prekursorami, liderami wielu badań genomicznych. A jeżeli mówimy o liczbach, wedle takich najbardziej aktualnych polskich badań, 40% populacji jest objęte jakimś procesem alergicznym, ma jakąś chorobę alergiczną. Największa część z nich to choroby alergiczne górnych dróg oddechowych. Sporej części z nich towarzyszy również astma, bo to jest jedna z najbardziej ukrywających się i jedna z najczęściej mylonych z innymi jednostkami chorób. A tych alergii jest bardzo dużo. To jest konsekwencja tego, jak tam się zmieniło środowisko w ostatnim czasie, w ostatnich stu kilkudziesięciu latach, jak zmieniło nam się narażenie na wszelkiego rodzaju infekcje, których przed 100, 200, 300 laty było naprawdę

bardzo dużo. A skoro zmieniło nam się narażenie, to nasze organizmy musiały się w tym odnaleźć i ten kipiący energią układ immunologiczny, który wcześniej walczył, a to z gruźlicą, a to z dżumą, a to z tyfusem, czy innego rodzaju chorobami, w pewnym momencie rozwoju cywilizacji został pozbawiony swoich głównych, najbardziej niebezpiecznych wrogów. Nie powiem, że został zupełnie bezrobotny, ale z pewnością zmienił mu się profil zainteresowań. A jako że nic w przyrodzie nie lubi próżni, to nasz układ immunologiczny, w bardzo dużym uproszczeniu oczywiście, zaczął znajdować sobie zupełnie różne zajęcia. Co doprowadziło do powstania między innymi takich chorób jak choroby alergiczne układu oddechowego, które często prowadzą do astmy. Astma, jest jedną z najczęstszych chorób towarzyszących alergii, choć potrafi się rozwinąć się również bez pomocy alergii. ,

Czy dobrze zrozumiałem, że choroby alergiczne to nie to, że nasze organizmy w jakiś sposób pozbawione zostały czystości, pozmieniały się, to raczej nasze otoczenie się zmieniło i w inny sposób atakuje nasz organizm?

To bliższe i dalsze otoczenie, bo z jednej strony przede wszystkim zmienił nam się styl życia. Bo tak naprawdę w kontekście chorób alergicznych, mówimy o tak zwanej i cywilizowanej części świata, która nie jest zbyt duża, do której my też należymy, gdzie te choroby dominują. Co się zmieniło? I duże i drobne rzeczy wokół nas. Generalnie poprawiła się jakość opieki zdrowotnej. Zmniejszyła się liczba zakażeń, pojawiły się na szczęście szczepienia, które sprawiły, że ludzie nie umierają w wieku dziecięcym na całą masę chorób, na którą kiedyś umierali. I w związku z tym, że częściej szczęśliwie przeżywają, że częściej przez życie można przejść bez kontaktu ze znaczną liczbą zakażeń, szczególnie bakteryjnych, które jeszcze przed 150 laty były powszechne i często prowadziły do śmierci, to ten układ immunologiczny, który wcześniej ciągle był stymulowany tym, żeby walczyć z jakimiś bakteriami, teraz zaczyna trochę na siłę szukać zajęcia. Zaczął się więc ukierunkować na coś, co do tej pory było zupełnie niewinne. Bo czy roztocza kurzu domowego nagle się pojawiły w XX czy XXI wieku? No nie, były zawsze tam, gdzie byli ludzie. Bo nie wiem, czy mogę zdradzić tę tajemnicę, ale roztocza kurzu domowego żywią się naszym naskórkiem. Tam gdzie są ludzie, tam są roztocza kurzu domowego. To jest jedna z najczęstszych alergii, tylko wcześniej nasz układ immunologiczny nie był nimi zainteresowany. Miał inne sprawy na głowie po prostu. Także trawy, chwasty, drzewa. Czy nagle pojawiły się w wieku XX? Przecież są to wszystko rośliny, które były z nami przez całe wieki. Ale wcześniej nasz układ immunologiczny miał inne sprawy do załatwienia. Przede wszystkim musiał pilnować, że jak dojdzie do zranienia w czasie jakiejś akcji wojennej, militarno-łowieckiej, to musiał szybko doprowadzić do zagojenia się. Jak się pojawiały te całe masy bakteryjnych kwestii, najczęściej niestety śmiertelnych, to musiał się wtedy mobilizować. XX wiek to olbrzymia rewolucja cywilizacyjna, przynajmniej w jakiejś części świata, tej wysoko rozwiniętej. Jako społeczeństwo, jako populacja, cenę za to ponosimy taką, że nasz układ immunologiczny, ponieważ nie musi walczyć o życie, postanowił czymś innym się zająć. I zaczął zajmować się tymi roztoczymi kurzu domowego, które były z nami przez tyle czasu. Pyłki traw, pyłki drzew, pyłki chwastów, psy i koty były przecież od paru tysięcy lat. No z kotami, to jest inna sprawa na zupełnie inną audycję -czy one chcą być z nami, czy tylko chcą, byśmy je karmili. Ale psy były z nami bardzo, bardzo długo. I nagle z braku lepszego zajęcia układ immunologiczny zaczął się nimi interesować i wytworzył odpowiedź, na którą te wspańskie zwierzęta czy te wspańskie rośliny czy drzewa nie zasługują.

Ciekawe jest to, jak niewielkie pozornie nawet wydawałoby się różnice w poziomie cywilizacji wpływają na częstość chorób alergicznych. Podam dwa przykłady. Kiedy wykonywaliśmy badania częstości chorób alergicznych w Polsce, były badane ośrodki miejskie i ośrodki wiejskie, ale taka tradycyjna wieś, na której prowadzona była hodowla zwierząt. I okazało się, że to właśnie w ośrodku wiejskim tej alergii jest mniej, choć tam jest więcej traw, drzew. I wydawałoby się, że ekspozycja na alergen jest większa. Ciekawe jest to, że ten częstszy kontakt z pracą na roli i pracą ze zwierzętami stymuluje nasz układ immunologiczny, szczególnie za pomocą tych bakterii, które są obecne właśnie w hodowli zwierząt w taki sposób, że nasz układ immunologiczny w mniejszym stopniu interesuje się tymi trawami, drzewami, chwastami czy zwierzętami typu koty i psy. Czyli jest ta zbawienna rola bakterii, które tam występują. Inny

bardzo ciekawy przykład. Jest taka piękna kraina na granicy Finlandii i Rosji, która nazywa się Karelia. Lud tam jest jeden, ma bardzo podobny profil genomiczny, klimat tam jest jeden. Ale po II wojnie światowej doszło do tego, że przez Karelię przeszła granica, wcześniej radziecko-fińska, a obecnie rosyjsko-fińska. Przeprowadzono bardzo ciekawe badanie na temat tego, po której stronie jest więcej chorób alergicznych. Jak się państwo domyślają, po stronie fińskiej jest wyższy dochód per capita, lepszy dostęp do opieki zdrowotnej itd. . Po stronie rosyjskiej jest więcej zakażeń pasożytniczych, gorszy dostęp do służby zdrowia. I co może nie jest już zaskoczeniem, ale po stronie fińskiej statystyki chorób alergicznych są wystrzelone pod niebo, a po stronie rosyjskiej – niewielkie. Pokazuje to, że to, co my robimy ze sobą, jaki mamy dostęp do służby zdrowia, jak jesteśmy leczeni, co się z nami dzieje, w znaczący sposób wpływa na to, jak nasz układ immunologiczny reaguje. Nasze organizmy są generalnie bardzo dynamicznymi strukturami. I my na każdą sytuację reagujemy, na stresową, ale również na sytuacje takie, kiedy jesteśmy pozbawieni na przykład stymulacji czymś, czyli co do tej pory w nas istniało. Oczywiście to jest bardzo taka uproszczona hipoteza, ale układ immunologiczny nie lubi być bezrobotny i dlatego rozwija albo choroby alergiczne albo autoimmunologiczne, bo też mamy niestety wzrost liczby chorób autoimmunologicznych. I w tej fińskiej części Karelii zresztą tych chorób autoimmunologicznych, chociażby cukrzycy typu I, jest też znacząco więcej, niż po stronie rosyjskiej. To te zmiany w otoczeniu, to jakie leki przyjmujemy, ile infekcji przeszliśmy, z czym mieliśmy do czynienia w znaczącym stopniu wpływa na nas, a nasz układ immunologiczny się do tego w ten czy inny sposób dostosowuje.

Temat naszego dzisiejszego spotkania to astma. Co to takiego jest, jak byśmy to mogli zdefiniować w sposób prosty, zrozumiały?

To grupa chorób, które mają pewne wspólne cechy. To są napady duszności, którym wynikają ze skurczu oskrzeli, co da się poznać poprzez to, że pacjent słyszy granie w klatce piersiowej, świsty, furczenia. Często towarzyszą temu również napady kaszlu czy uczucie ciężaru w klatce piersiowej. To jest zespół objawy, które są charakterystyczne dla astmy. I rzeczywiście jest spora część pacjentów, która rozwija w pełni klasyczne objawy i są to pacjenci, co do których ani oni sami, ani lekarze nie mają żadnych wątpliwości, że mają do czynienia z astmą. Ci pacjenci wiedzą, że muszą się leczyć, bo objawy występują cały czas i oni po prostu tego potrzebują. Choroba im ciągle o tym przypomina i taki pacjentów mamy w Polsce myślę, że około kilkuset tysięcy. Problem tylko polega na tym, że my przez długie lata nie tylko w Polsce, ale w całym świecie utożsamialiśmy astmę tylko i wyłącznie z napadami duszności i wszystkie wysiłki całego świata medycznego skoncentrowane były na tym, jak pacjenta wydobyć z napadu duszności. Na tej fali chociażby w Polsce w latach 70. powstawały i tworzyły się kliniki alergologii, między innymi w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, bo pacjenci byli bardzo długo leczeni z tych napadów duszności, w które wpadali. Nie było wtedy niestety jeszcze leków wziewnych i pacjenci, często za pomocą pewnych niezbyt skomplikowanych, ale skutecznych tylko że na dłuższą metę sposobów leczenia, za pomocą kroplówek zawierających takie preparaty jak aminofilina, sterydy systemowe, po iluś tam dniach, tygodniach z takiego napadu duszności wychodzili i to wszyscy traktowaliśmy jako sukces. Po jakimś czasie ci pacjenci wracali, bo znowu kolejny napad astmy kładł ich do łóżka i po raz kolejny oni potrzebowali tej pomocy. I kliniki alergologii w całej Polsce były założone pacjentami, którzy leczyli się z powodu zaostrzenia astmy.

Dzisiaj dojrzeliliśmy już do tego, choć muszę przyznać, że dosyć długo to zajęło społeczeństwu i środowisku naukowemu, że ważne jest nie tylko leczenie napadów astmy, ale przede wszystkim – zapobieganie tym napadom. . Bo trudno jest o gorsze uczucie niż uczucie duszności. Ból oczywiście jest czymś, czego się śmiertelnie też boimy. On ma swoje różne stopnie nasilenia, ale bólowi nie zawsze towarzyszy uczucie umierania. Natomiast duszność, jak zapytacie państwo osoby, które przez to przechodziły albo zobaczylibyście, jak wygląda, jak zachowuje się ta osoba, to jest to uczucie, kiedy w jej oczach często widać widmo nadchodzącej śmierci. To fatalne uczucie i człowiek robi naturalnie wszystko, żeby z takiego uczucia się wydobyć. Dzisiejsza nasza strategia leczenia, która niestety nie chce wszędzie się przyjąć, polega na tym, żeby nie czekać na to, aż pacjenta złapie to przerażające uczucie

duszności, ale żeby skoncentrować nasze wysiłki na tym, żeby do tego nie doprowadzić. Czyli leczyć pacjenta z góry, kiedy on jeszcze nie ma tego ostrego napadu astmy tylko wtedy, kiedy coś się z nim zaczyna dziać, a najlepiej jeszcze wcześniej – nie doprowadzić go do sytuacji, kiedy on będzie miał jakiegokolwiek zaostrzenie. Przełomem było wprowadzenie w roku 1969 w Wielkiej Brytanii pierwszego leku wziewnego na astmę. W Polsce upowszechnił się w latach 70. lek wziewny, rozkurczający oskrzela i to była rewolucja po prostu, bo nagle pacjentom dosyć szybko można było pomóc, wyprowadzić z tego napadu astmy. I to było wspaniałe, fantastyczne, z tym, że trochę padliśmy ofiarą sukcesu tego leku. Ponieważ leki tego rodzaju, które dalej z nami są, typu salbutamol czy fenoterol, przerywają duszność, ale z drugiej strony pacjenci są tak zakochani w tych preparatach, że uznają je za najważniejszy lek w ich życiu i na nim opierają całe leczenie i de facto czekają do kolejnego razu, żeby móc wziąć ten lek, żeby pozbyć się tego uczucia duszności. Dzisiaj już wiemy, że o ile psychologicznie można zrozumieć takie postępowanie, że pacjenci kochają te leki, bo im pomagają pozbyć się uczucia duszności, to wiemy, że niestety za daleko taką strategią nie zajedziemy, ponieważ to nie leczy astmy. Bo astma to nie jest tylko choroba, w której chodzi tylko o skurcz oskrzeli. Skurcz i ta duszność, która jest tak dla pacjenta przerażająca, jest tylko samym końcowym etapem tego procesu. Najważniejsze jest to, że astma to jest po prostu fatalne, przewlekłe zapalenie toczące się na terenie dolnych dróg oddechowych, które samo się niestety nie wyleczy i samymi lekami rozkurczowymi my tego zapalenia nie rozpędzimy. My musimy zastosować leki, które będą to zapalenie hamowały – i są to glikokortykosteroidy wziewne.

Panie profesorze, zanim powiemy o leczeniu, proszę jeszcze o podsumowanie objawów, które powinny pacjenta zaniepokoić i określenie czy z tymi objawami pacjent powinien od razu udać się do specjalisty czy raczej zasięgnąć porady u lekarza rodzinnego.

Duszność, kaszel napadowy, uczucie grania w klatce piersiowej, uczucie ciężaru w klatce piersiowej są to objawy, które powinny budzić naszą czujność. Na początku zawsze lekarz rodzinny, zawsze warto się poradzić. Choć myślę i mam nadzieję, że bardzo często w takich sytuacjach lekarze rodinni będą starali się również posiłkować wsparciem nas specjalistów. Ale ciekawe jest też, że jeżeli chodzi o rozpoznanie, to astma niestety jest w Polsce kompletnie niedoszacowana. My wiemy już, że w Polsce są 4 miliony osób, które mają objawy astmy. Z tego rozpoznanie ma postawione 2 miliony. To wiemy ze statystyk NFZ. Z tego leczenie otrzymuje jeden milion, to wiemy ze statystyk dotyczących wypisywania recept. Niestety wykupywane są głównie leki, które niestety nie są leczeniem przeciwzapalnym, czyli nie leczą astmy przyczynowo tylko leczeniem doraźnym. Leczenie opiera się na tym, że „jak coś się będzie działo, wezmę sobie leki i będę dawał radę”. Jedną z przyczyn tego, że praktycznie 3/4 astmy jest nierozpoznane, jest to, że nie zawsze astma jest na tyle złośliwa, że daje objawy cały czas. Jednym z większych takich kłopotów, jest to, że u bardzo wielu pacjentów astma budzi się albo ujawnia wtedy, gdy pacjenci przechodzą przez objawy infekcji. I wtedy pacjenci uważają, że wszystko, co się z nimi dzieje, to jest owa infekcja, bo rzeczywiście mają temperaturę, ból gardła, leci im z nosa i do tego dołącza się kaszel z graniem w klatce piersiowej. I pacjenci sami się diagnozują, że mają zapalenie oskrzeli. Tymczasem w bardzo wielu sytuacjach, szczególnie jeżeli towarzyszy temu właśnie takie uczucie grania w klatce piersiowej, uczucie duszności, to jest sytuacja, w której infekcja, najczęściej wirusowa, po prostu uaktywnia proces zapalny astmy. Bo umówmy się, jak ktoś nie jest maratończykiem, może mając astmę bardzo długo funkcjonować, nawet o tym nie wiedząc. Po prostu od czasu do czasu zakasze jak się przebiegnie za autobusem albo wbiegnie na któreś piętro. I to zwykle jest tak, że to owa infekcja jest tym czynnikiem, który to budzi, ale pacjent wtedy myśli, że to jest przecież zapalenie oskrzeli. I idzie po antybiotyk. Oczywiście po jakimś czasie te objawy przechodzą. I tak co roku w sezonie infekcyjnym bierze antybiotyk, zupełnie niepotrzebnie. Natomiast zachęcam, by szczególnie zwracać uwagę właśnie na takie napady kaszlu, napady uczucia grania w klatce piersiowej w okresach infekcyjnych. Nie wszystko jest tym typowym zapaleniem oskrzeli. Czasami to jest przebudzenie się astmy i w bardzo wielu takich sytuacjach, jak pacjenci już trafiają do specjalisty, to my rozpoznajemy astmę. Włączamy wtedy takim pacjentom leczenie przeciwzapalne, w postaci wziewnych glikokortykosteroidów i cud –

zapalenia oskrzeli znikają. Bo włączyliśmy leczenie przeciwzapalne. Glikokortykosteroidy uspokajają błonę śluzową, gaszą pożar tego zapalenia i sprawiają, że błona śluzowa zaczyna być znowu szczelna, że wirusy nawet jeśli ją atakują wpadają, to się od niej odbijają albo przynajmniej nie robią w niej aż takiego bałaganu zamieszania.

Mamy objawy, zdecydowaliśmy się po kilku infekcjach na wizytę u specjalisty. Co nas tam czeka? Jak wygląda wizyta u alergologa? Czy pacjent w jakiś szczególny sposób powinien się przygotować, spełniać jakieś kryteria?

My przyjmujemy każdego pacjenta z otwartymi rękami, naprawdę nie trzeba się specjalnie przygotowywać. Nie trzeba spełnić specjalnych kryteriów, żeby czuć czy podejrzewać siebie o rozpoznanie astmy. Po prostu jeżeli ktokolwiek w okresach infekcyjnych albo w okresie wiosenno-letnim, kiedy poza tym, że wie, że np. jest uczulony na pyłki traw czy drzew i wtedy czuję się gorzej, ma też uczucie ciężaru w klatce piersiowej czy kaszel, to nie składamy wszystkiego na alergię. To może być po prostu astma. Alergia bardzo zwiększa ryzyko astmy, więc jeżeli kaszлемy w czasie sezonu pylenia, a wiemy, że jesteśmy uczuleni, to prawdopodobnie możemy mieć jeszcze astmę. A wtedy warto przyjść do specjalisty. Nie trzeba się specjalnie przygotowywać. My wszystkim się tutaj jesteśmy w stanie zająć i zaopiekować. W zależności od tego, czy pacjent przyjmuje jakieś leki planujemy wykonanie testów alergicznych albo w tym momencie, albo kolejnym razem. W zależności od tego, jak się pacjent czuje, wykonujemy badanie spirometryczne. Ale tu też uwaga, bo istnieje pewna taka miejska legenda i to bardzo często widzę też u pacjentów. Badanie spirometryczne jest badaniem czynnościowym układu oddechowego, które sprawdza, czy oskrzela są skurczone z powodu np. napadu astmy albo długo trwającej astmy. Tak się składa, że jeżeli nie jesteśmy w czasie napadu, to może być tak, że ta spirometria, to badanie czynnościowe, będzie bardzo dobre, będzie normalne. I czasami niektórzy myślą, że skoro mają dobre badanie, to nie mają astmy. Ja wtedy mówię im, że cieszę się, że była dobra spirometria, bo świadczy o tym, że potencjał jest bardzo dobry. Ale astma nie jest chorobą, w której musi być cały czas skurcz oskrzeli, ten skurcz może się częściej lub rzadziej zdarzać. Jeżeli nie trafimy na moment tego zaostrzenia, spirometria może być dobra, ale dobra spirometria nie jest dowodem na to, że to nie astma. Dlatego ważną rzeczą jest też wywiad zebrany od pacjenta. Zadajemy kilka konkretnych pytań, które pozwolą nam zrozumieć, co w przeszłości z pacjentem się działo, np. podczas infekcji, czy czuł objawy duszności, świsty, fuczenia, granie w klatce piersiowej, kaszel, ciężar. Jeżeli tak, to w jakich sytuacjach do tego dochodziło. Do rozpoznania astmy najważniejszy jest wywiad, czyli informacja zebrana od pacjenta i ona absolutnie upoważnia nas jako lekarzy specjalistów, ale też każdego lekarza, do rozpoznania astmy – postawienia kodu i wypisania leków wziewnych na refundację. Spirometria jest bardzo pomocna, ale tu musimy trafić w moment, w którym pacjent jest w momencie zaostrzenia. Nie zawsze zbiega się to z terminem wizyty. W zależności od tego, w jakim stanie jest pacjent, jesteśmy w stanie zaplanować diagnostykę, zaplanować mu leczenie przewlekłe oraz na momenty zaostrzeń. I co jakiś czas tacy pacjenci mają wykonywaną spirometrię. Zwykle jest to raz na rok, to w zależności też od potrzeby. No chyba, że pacjent traci kontrolę astmy, czyli ma pewne objawy w międzyczasie. Wtedy takie badanie spirometryczne wykonujemy nieco częściej.

Nie chcemy, by w naszym zabieganym świecie ktoś myślał, że wizyta u alergologa wiąże się z jakąś specjalną celebrą. Po prostu przyjdźcie Państwo do nas, my będziemy wiedzieli, co dalej zrobić. Zrobimy testy, zrobimy badania czynnościowe układu oddechowego, zbierzemy dokładny wywiad, ustawimy plan leczenia na lepsze i gorsze momenty. Od tego jesteśmy i z przyjemnością służymy taką pomocą.

Te elementy leczenia w czasie naszego spotkania cały czas się przewijają. Mamy leki rozszerzające oskrzela, leki sterydowe. Czy możemy to podsumować? Z jaką receptą najczęściej taki pacjent z astmą z gabinetu wychodzi? I z jakim przesłaniem – czy to leczenie przewlekłe czy doraźne?

Z przesłaniem takim, żeby być przygotowanym na momenty dobre i momenty złe. Podstawą leczenia są leki wziewne i są dwie grupy leków, które są tu kluczowe. Ważne są przede

wszystkim leki przeciwzapalne. Absolutną podstawą leczenia astmy, co do której pacjenci mają pewne problemy z akceptacją, są glikokortykosteroidy wziewne. Są one podstawą leczenia astmy nie tylko wtedy, kiedy pacjent się źle czuje, ale mają doprowadzić do tego, żeby on się źle nie poczuł, czyli leczyć go przeciwwrzędnie wcześniej, czyli również w tych momentach, kiedy wydaje się, że jest zupełnie dobrze albo całkiem dobrze pacjent też powinien otrzymywać lek przeciwzapalny. Ale nie mówimy tu o niesteroidowych lekach przeciwzapalnych przeciwbólowych, których pełne są sklepy i dyskonty. Podstawą są glikokortykosteroidy wziewne. Niestety steroidy nie tylko pacjentom, ale i lekarzom źle się kojarzą. Problem polega na tym, że czasem wrzucamy pojęcie steroidy do jednego worka, gdy tymczasem to tak trochę, jakbyśmy porównywali beczkę bimbrowa z łyżeczką syropu, który jest oparty na jakimś alkoholu. I tu alkohol i tu alkohol, a efekty działania będą jednak trochę różne. Steroidy nie są same w sobie dobre czy same w sobie złe. Wszystko zależy od tego, przez jaki czas i w jakich dawkach je stosujemy. W przypadku leczenia astmy, podobnie jak wielu innych chorób alergicznych, stosujemy naprawdę bardzo małe dawki. I to stosujemy je w postaci wziewnej, czyli miejscowej. One osiadają, zostają na drogach oddechowych i tam robią swoją robotę. Trzeba by bardzo dużo tych wziewnych steroidów brać, żeby efekt systemowy się ujawnił i nie można porównywać tych steroidów wziewnych z sytuacjami, które są doskonale znane chociażby w leczeniu chorób neurologicznych czy reumatologicznych, kiedy naprawdę musimy stosować duże dawki steroidów, dlatego że jest potrzeba silnego zahamowania aktywnego procesu zapalnego. Tu mówimy o przewlekłym leczeniu bardzo, bardzo małymi dawkami steroidów wziewnych, których nie ma co się obawiać. Przeciwnie – należy się obawiać nieleczenia steroidami wziewnymi, należy się obawiać nieleczenia astmy, bo nieleczenie astmy steroidami wziewnymi to wystawianie się na łaskę i niełaskę okoliczności przyrody i natury. Napad astmy może pojawić się w zupełnie nieoczekiwanej sytuacji. Naszym celem jest do tego nie doprowadzać, gasić ten pożar, jakim jest przewlekłe zapalenie. Steroidy wziewne są podstawą tego leczenia. I pacjent od nas nie wyjdzie bez recepty na steroidy wziewne.

W zależności od stopnia nasilenia objawów pacjent dostanie też albo lek rozkurczający oskrzela albo tylko na czas napadów, albo jeżeli choroba jest nieco bardziej już zaawansowana lub dająca się we znaki, dostanie ten steroid wziewny w jednym preparacie z lekiem rozkurczającym oskrzela. To jest taki ostatni pomysł ostatnich kilkunastu lat, kiedy środowisko naukowe postanowiło znaleźć sposób na pacjentów, którzy nie chcieli brać profilaktycznie steroidów wziewnych, a tylko w momencie napadów chcieli się leczyć. Stworzono lek, który jednocześnie rozkurcza i działa przeciwzapalnie. I to jest w tej chwili praktycznie obowiązujące leczenie. Większość naszych pacjentów otrzymuje w jednym preparacie dwa leki, przeciwzapalny, który jest najważniejszy, i lek rozkurczowy, który zapewnia prawidłowe rozszerzenie światła oskrzeli. W zdecydowanej większości przypadków takie leczenie pozwala doskonale przejść przez każdy problem.

Jak w każdej chorobie jest kilka, kilkanaście procent pacjentów, którzy mają ciężki przebieg astmy, gdzie nawet pomimo optymalnego leczenia są problemy i tak bywa również w dzisiejszych czasach, choć jest to o niebo mniej niż było kilkadziesiąt lat temu. Dla tych pacjentów mamy specjalne programy biologiczne. W ogóle mamy złoty czas do leczenia astmy: pełny arsenał przeróżnych leków wziewnych, a także refundowane w programach lekowych leczenie biologiczne.

Czy rokowania w astmie są optymistyczne?

Rokowania co do tego, by trzymać astmę w kontroli są bardzo dobre, w 80-90 proc. Dla tych kilku- kilkunastu procent pacjentów z ciężkim przebiegiem astmy mamy te metody specjalne, gdy musimy wejść z leczeniem nowoczesnym, opartym o przeciwciała monoklonalne, które jest bardzo bezpieczne. Rokowanie co do całkowitego wyleczenia astmy nie jest zbyt optymistyczne. Astma pozostaje z pacjentem przez długi okres życia, z tym że nie staje się przeszkodą, jeśli dobrze ją leczymy. Mało tego, cała masa sportowców to są astmatycy, np. wielu pływaków, innych sportowców, złotych medalistów olimpijskich. Astmę ma np. David

Beckham, Diane Keaton, Bill Clinton, Sharon Stone – cała masa aktywnych osób. Dzisiejsze leczenie daje fantastyczne efekty, nie zakłóca funkcjonowania, tylko trzeba chcieć się leczyć. Jak się dobrze leczymy, nie trzeba ograniczać aktywności fizycznej czy życiowej. Przeciwnie – tak ustawię leczenie, by pacjent robił to, co dotychczas. Tylko niewielki procent pacjentów musi się ograniczać.

A co czeka pacjentów, którzy nie znaleźli poradni alergologicznej w USK, albo jak znaleźli poradnię, wyszli z receptą, to nie znaleźli potem apteki do wykupienia leków?

Trudno powiedzieć, co się wydarzy. Astma jest bardzo nieprzewidywalna. Jak jej nie kontrolujemy, nie kontrolujemy zapalenia, to zapalenie idzie wtedy swoimi ścieżkami i naprawdę nie wiadomo, co się wydarzy. Kiedy możemy spodziewać się zaostrzenia? W okresie infekcyjnym, który w naszym klimacie trwa on od września do kwietnia. A połączenie nieleczonej astmy i infekcji to mieszanka wybuchowa. Jest spora szansa, że taki pacjent będzie czuł się źle. Niewykluczone, że wyląduje na SOR-ze. Dlatego tak ważne jest to rozpoznanie, szczególnie gdy infekcje tak tu mieszają. Niestety są pacjenci, którzy ciężko przechodzą infekcję i nawet nie wiedzą, że jest tak dlatego, że mają astmę.

Nie warto czekać na zaostrzenie choroby, duszność, kaszel. Warto zaufać lekom wziewnym, glikokortykosteroidom, których naprawdę nie należy się obawiać. Moim ulubionym momentem, jest gdy pacjent pyta: czy ja naprawdę muszę dalej brać leki, nic się ze mną nie dzieje, nie mam już żadnych objawów? Wtedy mówię: to jesteśmy w domu. Ale dalej trzeba leki brać. Mamy też tutaj możliwości zmniejszania dawek. Leczenie jest bardzo spersonalizowane, zasada jest tu prosta – stosowana jest najmniejsza dawka leków, która pozwala w pełni kontrolować chorobę.

3. POZ, SOR, NPL



Agata Dyszkiewicz, Anna Rzemek

Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej i szpitalnych oddziałów ratunkowych – to tematy audycji z cyklu „Pytanie do specjalisty”. Gośćmi prof. Jana Kochanowicza były Agata Dyszkiewicz, zastępca dyrektora ds. świadczeniobiorców i służb mundurowych Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Anna Rzemek, naczelnik Wydziału Spraw Świadczeniobiorców w POW NFZ

Dzisiaj chcemy porozmawiać o organizacji ochrony zdrowia. Podstawą jest tutaj podstawowa opieka zdrowotna (POZ) – jak sama nazwa wskazuje. Co to takiego jest ten POZ, z punktu widzenia Narodowego Funduszu Zdrowia?

AD: Jest to podstawa, to taka opieka medyczna, która jest najbliżej nas – pacjentów, naszych rodzin, dzieci. Często mówimy też, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest przewodnikiem pacjenta po pozostałych jej sferach, czyli specjalistycie i leczeniu szpitalnym. Od POZ zaczyna się funkcjonowanie pacjenta w całej przestrzeni opieki zdrowotnej.

Czy każdy z nas ma takiego lekarza rodzinnego? A jeśli nie – jak się do niego zapisać.

AD: Myślę, że 99 proc. populacji ubezpieczonych powinno mieć i chyba raczej ma swojego lekarza rodzinnego. To takie pojęcie, które od 1999 roku krąży w naszym systemie – mój lekarz pierwszego kontaktu, moja pielęgniarka rodzinna, położna. Deklarację składa się tu bardzo prosto – idziemy do wybranej przez nas poradni i składamy deklarację w formie papierowej, można to też zrobić przez swoje konto IKP lub elektronicznie.

ARZ: IKP czyli Internetowe Konto Pacjenta to takie internetowe drzwi do informacji o naszym zdrowiu, korzystaniu z systemu opieki zdrowotnej. Mamy tu bezpośredni dostęp do historii naszego zdrowia, a nawet do informacji o naszym ubezpieczeniu zdrowotnym czy o zwolnieniach lekarskich.

AD: I tam też jest taka ikonka, przez którą można złożyć deklarację do lekarza POZ.

A skąd te IKP się bierze?

AD: To platforma cyfrowa, na którą logujemy się przez stronę www.pacjent.gov przez swój login, który możemy dostać w NFZ i hasło, które wybierzemy lub prościej – tak jak do banku – przez bankowość elektroniczną. Posługujemy się wtedy tym samym loginem i hasłem.

ARZ: Jest też aplikacja Moje IKP, którą można pobrać na telefon. Administratorem jest tu Centrum e-zdrowia, także nie trzeba się bać o swoje dane medyczne, one są zabezpieczone, monitorowane. A mamy w ten sposób na bieżąco dostęp do informacji o swoim zdrowiu, możemy mieć na telefon e-receptę, e-skierowanie, sprawdzimy jakie leki recepturowe wykupiliśmy, czy jesteśmy ubezpieczeni. Dzięki aplikacji można też wybrać lekarza, pielęgniarkę czy położną POZ. Trwają prace, aby w tej aplikacji mieć też kartę EKUZ.

Czy są jakieś zalecenia, jakiego lekarza czy pielęgniarkę POZ możemy wybrać? Czy jest to obwarowane miejscem zamieszkania czy sami o tym decydujemy?

AD: Nie ma rejonizacji, pacjent ma tu swobodny wybór, z tym że trzeba wziąć pod uwagę, że jeżeli wybierzemy lekarza rodzinnego 200 km od naszego miejsca zamieszkania, to teoretycznie jest to możliwe, ale jak wyglądałaby taka opieka w praktyce? Owszem, są teleporady czy e-recepty, ale czasem, np. na bilans dziecka trzeba wybrać się do lekarza osobiście. Czyli korzystajmy z prawa wyboru, ale wybierajmy rozsądnie.

A co jeśli chcemy zmienić lekarza POZ? Jak wygląda wtedy procedura?

ARZ: Złożona deklaracja jest ważna do czasu, dopóki nie wybierzemy nowego lekarza rodzinnego. Możemy zmienić go dwa razy w roku bez ponoszenia kosztów. Jeśli robimy to częściej, wtedy na konto NFZ trzeba uiścić 80 zł opłatę za każdą następną zmianę. Ale dwa razy w roku możemy zmiany dokonać bezpłatnie. Ważne jest, aby mieć zaufanie do lekarza czy pielęgniarki, którzy nami się opiekują. Choć czasem decyduje o tym np. zmiana miejsca zamieszkania i wtedy dwa razy w roku możemy dokonać tej zmiany bezpłatnie.

Gdy pacjent jest niezadowolony z dotychczasowej opieki lekarza rodzinnego i chce dokonać zmiany, często krępuje się żeby pójść do poradni i zrezygnować z usług. Czy jest taka potrzeba?

AD: Nie ma potrzeby, aby iść do poradni, z której chcemy się wycofać. Wystarczy, że pójdziemy do tej poradni, do której chcemy się zapisać. Tam składamy nową deklarację. Można też to zrobić przez IKP lub elektronicznie. My jako płatnik przy rozliczeniu świadczeń porównujemy, która deklaracja pacjenta jest aktywna, która nie i przyjmujemy tę najnowszą.

A czego najczęściej dotyczą skargi pacjentów w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej? Co najczęściej ich niepokoi?

AD: Jeśli chodzi o skargi, w ostatnim czasie obserwujemy remis pod kątem tego, jakich rodzajów świadczeń dotyczą – tu po równo prym wiodą POZ i specjalistyka. Głównym tematem skarg w POZ jest niestety brak możliwości telefonicznego kontaktu z poradnią. Jakoś tak się utrwaliło od momentu pandemii, że niektórzy świadczeniodawcy nieroztropnie podchodzą do tego obowiązku, że mają zapewnić telefoniczny kontakt z poradnią. Stąd nasze działania dyscyplinujące. Są oczywiście poradnie, na które od lat nie było żadnych skarg i jest ich naprawdę bardzo dużo.

Pacjenci zwykle są zżyci z lekarzem rodzinnym i jak dochodzi do sytuacji, która skutkuje skargą, to jest to chyba najwyższy stopień niezadowolenia i sygnał dla Państwa, że należy baczenie się temu przyjrzeć. Czy te skargi pacjentów rzeczywiście się potwierdzają?

AD: Tak jak obserwujemy skargi i to jak ewoluują, widzimy coraz więcej skarg, które są zasadne. Czyli wniosek jest taki, że jak pacjent się skarży, to naprawdę ma rację. To nie jest skarga na to, że wejście do poradni mi się nie podoba, ale na to, że za drzwiami poradni postępowanie personelu było niewłaściwe. To np. brak możliwości umówienia się do lekarza, niewystawienie zwolnienia, mimo że objawy wskazywały, że byłoby to zasadne. Część pacjentów skarży się też na współpracę z lekarzem pod kątem postępowania medycznego. W takim przypadku sugerujemy, aby pacjent rozważył jednak zmianę lekarza. Bo POZ, jak każda inna gałąź medycyny, musi opierać się na zaufaniu lekarz-pacjent. Nie ma innego, lepszego leczenia niż opartego na zaufaniu.

Ja uważam, że leczenie to trochę porażka ochrony zdrowia, bo raczej o profilaktyce powinniśmy myśleć. Ale my lubimy się leczyć, najlepiej zaawansowanymi, drogimi metodami, a jak trzeba coś z siebie dać, poświęcić, by to zdrowie było, to już niekoniecznie się angażujemy. Czy programy profilaktyczne też są w gestii medycyny rodzinnej?

AD: W gestii POZ mamy jeden program profilaktyczny – profilaktyka schorzeń układu krążenia (CHUK). Przysługuje pacjentom w wieku od 35 do 65 lat, będącym na liście aktywnej lekarza, bez rozpoznania schorzeń takich jak cukrzyca i przewlekła choroba nerek. Można skorzystać z tej profilaktyki co 5 lat. Opiera się ona o badania krwi: profil lipidowy, cholesterol. Lekarz też mierzy nam wskaźnik BMI.

Ze spotkań z pacjentami wiemy, że profilaktyka pod kątem zmiany nawyków, aktywności fizycznej niekoniecznie cieszy się powodzeniem. Ale staramy się te bariery łamać.

Dodam, że poza profilaktyką CHUK w POZ, mamy jeszcze program Profilaktyka 40 plus. Tu nie trzeba iść w tym celu do lekarza po skierowanie. Wystarczy na IKP wypełnić odpowiednią ankietę, program generuje wtedy panel badań i e-skierowanie, z którym idziemy do punktu, który wykonuje badania, a z potem z wynikami do lekarza POZ. Tu skracamy sobie drogę – nie musimy iść po skierowanie do poradni.

Czy pacjenci chętnie korzystają z tego programu Profilaktyka 40 plus?

AD: Jako Podlaskie mamy niezły wskaźnik, bo 11 proc. uprawnionych skorzystało już z tego programu. Są województwa gdzie ten wskaźnik jest znacznie niższy. Ale też to tylko 11 procent. Czyli jak nie trzeba skierowania, to nie myślimy o profilaktyce.

Jako płatnik, też dbamy o profilaktykę. Zapraszamy wszystkich chętnych do nas, na Pałacową 3 w Białymstoku, do kiosku profilaktycznego.

ARZ: Na sali obsługi w Białymstoku mamy stanowiska profilaktyki, na których staramy się informować i zainteresować osoby, które do nas przychodzą w różnych sprawach, ich stanem zdrowia. Kiosk profilaktyczny to takie kameralne pomieszczenie, do którego wystarczy wejść, by dokonać samodzielnie podstawowych pomiarów. Możemy się zważyć, zmierzyć i uzyskać informację o składzie naszego ciała, BMI, o tym ile mamy wody w organizmie, w odniesieniu do norm do wieku i płci. Wyniki można omówić z doradcą ds. profilaktyki. To też dobry przyczynek, aby zacząć dbać o siebie, bez potrzeby porad lekarskich. Oczywiście, jeśli wyniki pomiarów są niepokojące, kierujemy taką osobę do lekarza.

W ostatnim czasie novum to opieka koordynowana. Jaki jest jej zamysł? Kto z niej może korzystać i czy każdy POZ w tym uczestniczy?

AD: Jest to nowe świadczenie gwarantowane, które weszło od ub. roku. Wcześniej testowaliśmy tę opiekę jako województwo w jednej poradni. Naszą ambicją jest, aby jak najwięcej przychodni brało w tym udział. I od czerwca mamy już 90 takich przychodni, to ponad 30 proc. wszystkich placówek. Z opieki koordynowanej mogą korzystać pacjenci pełnoletni. Są tu cztery grupy chorób: schorzenia kardiologiczne (typu utrwalone migotanie przedsionków), diabetologia (profil cukrzycowy), endokrynologia i pulmonologia.

Znakomita część pacjentów korzystająca z poradni specjalistycznych, gdzie leczenie polega na badaniu kontrolnym co jakiś czas i przepisaniu leków, może być z powodzeniem prowadzona przez lekarzy POZ. To pokazują dane od świadczeniodawców. Pierwszorazowa wizyta w opiece specjalistycznej to wizyta kompleksowa: badanie, diagnoza. I 14 proc. pacjentów w woj. podlaskim to pacjenci pierwszorazowi. My chcemy, aby było ich jak najwięcej. Te 80 kilka procent to pacjenci stale pojawiający się na wizycie. Część z nich powinna być prowadzona przez lekarza POZ. Ale nie jest też tak, że lekarz POZ sam będzie takiego pacjenta prowadził. Lekarze POZ mają prawo konsultowania pacjenta z lekarzem specjalistą. Nie jest to skierowanie do specjalisty w tradycyjnym rozumieniu. To się odbywa w bardzo szybkiej ścieżce. Część lekarzy rodzinnych zaprasza nawet specjalistów do siebie do poradni, tam umawiają pacjentów i są konsultowani. W ramach opieki koordynowanej jest też opieka

dietetyczna – raz na 4 miesiące wizyta u dietetyka. Są postulaty lekarzy, aby mogło się to odbywać częściej.

Lekarze rodzinni, uczestniczący w programie mogą też wykonywać badania, które do tej pory były w panelu specjalistycznym. To holter 12-godzinny, 24-godzinny, czy też echo serca. To bardzo upraszcza życie pacjentowi. Bo wcześniej, aby zrobić takie badanie musiał najpierw pójść po skierowanie do specjalisty, umówić się w kolejkę, iść na wizytę i jeżeli lekarz uznał za zasadne, jeszcze umówić na echo serca i też poczekać w kolejce. W tej chwili mamy to od razu w pakiecie przy pierwszym przystanku, u lekarza POZ.

To podobne rozwiązanie jak w opiece onkologicznej – tam też obowiązuje taka skrócona ścieżka.

ARZ: Tak, to podobne rozwiązanie, chodzi o to, aby pacjent w POZ czuł się zaopiekowany, czuł się objęty kompleksową opieką lekarza, pielęgniarki, ale i koordynatora. Bo to on czuwa nad tą ścieżką, nad pacjentem, żeby wiedział, że to lekarz rodzinny jest gospodarzem leczenia i w razie potrzeby skonsultuje ze specjalistą, czy z dietetykiem. Koordynator będzie też przypominał o badaniach. To wszystko dla pacjenta ma być prostsze i bardziej efektywne dla systemu, dla nas wszystkich.

Czas pandemii wiele w naszym życiu zmienił. Pojawiła się np. teleporada, wtedy z przymusu, ale zdomowiała się na dobre w ochronie zdrowia. Czy to dobry kierunek z punktu widzenia NFZ? Czy nie brakuje trochę tego kontaktu między lekarzem a pacjentem?

AD: Teleporada jest kolejnym dobrodziejstwem cywilizacyjnym i to mówię z całą stanowczością. Bo w jakim miejscu w czasie pandemii byśmy byli, gdyby nie e-recepty i e-skierowania. Byłoby bardzo trudno pójść po papierową receptę czy skierowanie do poradni. Czyli teleporada jak najbardziej – tak, jako jedna z form kontaktu lekarz-pacjent. My przez jakiś czas, ok. 1,5 roku temu, mieliśmy skargi pacjentów, że lekarze nadużywają teleporad, że cała praca lekarzy POZ to teleporady. Potem pojawiła się nowelizacja standardu opieki w POZ i teleporady doprecyzowano. Także teleporada tak, ale nie gdy pacjent nie wyraża na to zgody. Także nie w przypadku choroby nowotworowej, dziecka do lat 6 – chyba że jest to stałe zalecenie lekarskie, wizyta kontrolna.

Teleporada jest jedną z form kontaktu lekarz-pacjent, ale nie można ograniczać prawa przysięcia do lekarza, jeśli pacjent nie życzy sobie teleporady.

Jak wygląda kwestia transportu medycznego pacjentów? Jest czasem tak, że jedni tego rozwiązania nadużywają, inni krępują się, by skorzystać, mimo potrzeby. Co pacjentowi przysługuje w ramach ubezpieczenia? W jaki sposób lekarz rodzinny może tu pomóc w dotarciu do specjalisty czy szpitala?

ARZ: Po pierwsze transport medyczny przysługuje pacjentowi, gdy nie może on samodzielnie dotrzeć do szpitala czy przychodni. Gdy stan zdrowia to uniemożliwia, lekarz może wystawić zlecenie na transport do szpitala, zakładu opieki długoterminowej, na wizytę do specjalisty. Pacjent wtedy za transport nie płaci, jest to pokrywane ze środków ubezpieczenia zdrowotnego. Jest też coś takiego jak transport daleki w POZ – dotyczy to transportu powyżej 120 km w obie strony. Czasem pacjentowi jego stanie zdrowie może pomóc tylko specjalistyczny ośrodek, który jest daleko. Wtedy lekarz rodzinny może zlecić transport, ale zgodę na to musi wydać dyrektor oddziału NFZ. Pacjent składa wniosek, lekarz potwierdza, że stan zdrowia pacjenta uniemożliwia mu dojazd, a leczenie jest wymagane w tak dalekim ośrodku. Jest to finansowane odrębnie, nie ma przeszkód, aby ten transport był przez nas sfinansowany, jeśli są ku temu wskazania.

Lekarze rodzinni, POZ-y otwarte są między godz. 8-18, w dni robocze, w święteczne nie pracują. Co wtedy ten pacjent może zrobić, aby uzyskać w razie potrzeby pomoc? Gdzie się może zwrócić?

AD: To, że poradnia rodzinna pracuje od poniedziałku do piątku, od godz. 8 do 18 nie oznacza, że pacjenci poza tym okresem są pozbawieni opieki medycznej, ponieważ tutaj wkracza nam nocna i święteczna opieka zdrowotna. Działa ona poza okresem pracy POZ, czyli w dni

powszednie od godz. 18 do 8, a w dni wolne i święta całodobowo. To świadczenie, które przysługuje nam w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia, które nie jest stanem nagłym, który mieści się w kompetencji lekarza POZ, a nie kwalifikowałby nas do wizyty na SOR. Może to być np. angina, przeziębienie.

Gdzie szukać tej nocnej i świątecznej pomocy w Białymstoku?

Od 2017 roku w Białymstoku taka opieka jest świadczona w szpitalu wojewódzkim, miejskim i DSK. W województwie przy każdym szpitalu powiatowym funkcjonuje nocna i świąteczna opieka zdrowotna.

Powiedzieliśmy o chorobach, z którymi możemy zgłosić się do nocnej opieki. Czego tam możemy się spodziewać, jakiej pomocy?

AD: Mamy tu dwa rodzaje porady: ambulatoryjną, na miejscu, i wyjazdową, do domu pacjenta, gdy lekarz uzna że jest to konieczne ze względów medycznych. Lekarz w ramach nocnej opieki ordynuje leki, może wystawić zwolnienie, skierowanie do szpitala, jeśli uzna, że pacjent się do tego kwalifikuje. Może wydać zlecenie na zastrzyki, jak uzna że to konieczne. Są one wykonywane przez pielęgniarkę z nocnej opieki, a potem kontynuowane przez naszą pielęgniarkę rodzinną.

Działa to też w drugą stronę – jak lekarz rodzinny przepisze cykl zastrzyków, które muszą być wykonywane też w dni świąteczne, to też w ramach nocnej opieki te zastrzyki będą wykonywane.

Jak wyglądają wizyty domowe w ramach nocnej opieki? Kto o tym decyduje? Czy to jeden lekarz jest od wizyt domowych i ambulatoryjnych?

AD: To nie jest tak, że jest jeden lekarz w powiecie od nocnej opieki. Nasze białostockie placówki mają osobne zespoły do wizyt ambulatoryjnych i domowych. To lekarz decyduje, na podstawie zgłoszenia, czy wizyta domowa ma się odbyć. Dla celów dokumentacyjnych wszystkie szpitale mają obowiązek nagrywania zgłoszeń telefonicznych, one są przez rok przechowywane. Jest to pomocne rozwiązanie z punktu widzenia ewentualnych późniejszych skarg pacjentów.

Czy w ramach nocnej i świątecznej opieki pacjent może być przetransportowany do szpitala?

AD: Tu transportu sanitarnego nie ma. Jeśli jest jednak konieczność przewiezienia pacjenta do szpitala, a lekarz stwierdzi to na wizycie domowej, wzywa karetkę systemową i czeka na jej przyjazd z pacjentem, aby bezpiecznie go przekazać. Personel nocnej opieki zawsze czeka wtedy na zespół ratownictwa medycznego.

Są sytuacje nagłe, niepokojące, wypadki. Jak wtedy zorganizowana jest opieka zdrowotna? Co jest podstawą? SOR?

AD: SOR to nie panaceum na każdą naszą bolączkę, jest stworzony do obsługi zdarzeń nagłych. SOR jest takim trochę eksterytorialnym miejscem w szpitalu, bo jest częścią państwowego systemu ratownictwa medycznego. To oddział szpitalny, ale jego funkcjonowanie reguluje ustawa o ratownictwie medycznym. Jest częścią systemu, po zespołach ratownictwa medycznego.

W jakich sytuacjach możemy się tam zgłosić?

AD: Przepisy mówią, że na SOR zgłaszamy się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Są tu trzy komponenty: nagłość wystąpienia objawów, ten objaw ma być na tyle niepokojący, że grozi w krótkim czasie pogorszeniem stanu zdrowia, śmiercią, poważnym uszkodzeniem funkcji ciała. Ten stan nagły ma powodować natychmiastowe podjęcie medycznych czynności ratunkowych i leczenie. Czyli to silna definicja. To nie jest np. brak leków na nadciśnienie, bo nie przedłużyliśmy recepty, to pójdę na SOR to mi ktoś wypisze. Oczywiście, taki pacjent zostanie przyjęty, pewnie po 4 godz. oczekiwania, bo to będzie kategoria niebieska.

A jak w praktyce to wygląda? Dostosowujemy się do tych zapisów prawnych?

AD: Bramy SORu są otwarte dla każdego pacjenta, tylko jeśli nasz stan nie jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego, będziemy poddani segregacji medycznej, i jeżeli otrzymamy najniższą kategorię – niebieską i zieloną, możemy być nie przyjęci i przekierowani do POZ.

Zdarzyła nam się skarga na SOR pacjenta, który biegał i doznał kontuzji stawu skokowego. Nie była ona zbyt poważna, skoro dopiero pan po 4 dniach udał się na SOR. Pacjent był zbulwersowany, że siedział 3 godziny, a na SORze nic się nie działo. Został w końcu przyjęty, ale złożył skargę na czas oczekiwania. My zwróciliśmy mu uwagę, że to, że na korytarzu nic się nie dzieje, nie znaczy, że za drzwiami nie są ratowani pacjenci. Stąd mój apel: SOR jest miejscem dla każdego, ale w pierwszej kolejności ma zajmować się ratowaniem życia i zdrowia. Jeśli otrzymamy kategorię zieloną, czas oczekiwania może wynieść kilka godzin, to nie powinno być nic bulwersującego, bo to znaczy że nasz stan zdrowia jest na tyle stabilny, że nie musimy w pierwszej kolejności być przyjęci przez lekarza.

Właśnie, co oznaczają te kolory na SORze?

AD: To tzw. triaż, czyli segregacja medyczna pacjentów. Gdy trafiaamy na SOR, meldujemy się w rejestracji, lekarz, ratownik albo pielęgniarka systemu ratownictwa dokonuje triażu. To wykwalifikowany personel medyczny, który ma doświadczenie na oddziałach urazowych, aby stwierdzić, czy jak nie jestem po wypadku a boli mnie głowa, to za chwilę pęknie mi krwiniak albo będzie udar. W zależności od tego, jaki jest nasz stan zdrowia, dostajemy kategorie medyczną. Czerwona oznacza, że mamy być przyjęci natychmiast, pomarańczowa – do 10 minut, a zielona lub niebieska – to stan niezagrażający życiu i zdrowiu, oczekiwanie może wynieść do 240 minut, czyli do 4 godzin.

Kiedy pacjent może zostać przekierowany z SORu do poradni specjalistycznej lub POZ?

AD: Najczęstsze przypadki dotyczą sytuacji, gdy pacjenci nie zostali zaopatrzeni w kontynuację leków, a czują, że np. z ciśnieniem coś się dzieje. Przychodzą na SOR, mają utrwalone nadciśnienie od wielu lat, ale nie wzięli dziś leków. SOR nie jest miejscem do ustabilizowania stabilnego ciśnienia i gdzie można przyjść po wystawienie recepty. Tacy pacjenci mogą być przekierowani do lekarza rodzinnego lub specjalisty. My jako płatnik określamy wysokość ryczałtów na SORach przeprowadzając analizę stanu ciężkości pacjentów. Jest tu 6 sześć grup, dwie pierwsze to pacjenci z procedurami medycznymi, które kwalifikują się do POZ. I tych grup nadal na SORach jest najwięcej.

Czyli SOR-y obciążane są nie swoją pracą.

AD: Jeszcze do niedawna była praktyka wypisywania przez lekarzy rodzinnych skierowań na SOR-y, teraz w systemie nie ma takiej możliwości. Przepisy mówią, że na SOR idzie się bez skierowania.

A na co najczęściej się skarżymy w przypadku SOR-ów?

AD: Długi czas oczekiwania – to najczęściej. Zdarzają się też skargi na nieprzyjęcie pacjenta na SOR. My jako oddział monitorujemy bardzo szczegółowo, jak tryb przyjęcia od zespołu ratownictwa medycznego (ZRM) wygląda, czy zawsze pacjent jest przyjmowany, badamy też czas przyjęcia. Powinno to być płynne, aby karetka nie czekała, bo ktoś inny może tego zespołu potrzebować. Dopuszczalny czas przyjęcia to 15 minut, jeśli trwa to dłużej zaczynamy pytać szpital dlaczego było przekroczenie. Pytamy też, dlaczego nie przyjęto pacjenta od ZRM, czasem kończymy nakładaniem kar umownych na szpitalu.

Czy pacjent może wybrać sobie SOR, na który trafi jadąc karetką? Skoro mamy wolny wybór szpitala?

AD: Tu nasza zgoda jest ograniczona, takiej dowolności nie ma. Pacjent może mieć swoje preferencje, ale decyduje kierownik zespołu ratownictwa medycznego, bądź wskazanie od naczelnego dyspozytora medycznego od wojewody.

4. Suplementy



prof. dr hab. Maria H. Borawska

Suplementy diety były tematem audycji z cyklu „Pytanie do specjalisty”. Z prof. Marią Borawską z Zakładu Bromatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku rozmawiał prof. Jan Kochanowicz

Dzisiejszy temat to temat budzący sporo emocji – suplementy diety. Wiele się o tym mówi. Każdy z nas jest specjalistą od suplementów, kupujemy jako społeczność mnogie ilości różnego rodzaju środków. A jak tak naprawdę jest, czy one są nam potrzebne, niezbędne, czy nam pomagają? A może jest wręcz odwrotnie?

Jest mi miło, że mogę powiedzieć na ten temat co nieco, bo suplementami diety zajmowałam się bezpośrednio w Głównym Inspektoracie Sanitarnym przez 13 lat, gdzie wydawałam opinie razem z zespołem. Na pewno są i minusy i plusy suplementów.

A jak możemy zdefiniować, co kryje się pod tą nazwą suplement, co to takiego jest? To jest skoncentrowane źródło witamin, minerałów i innych aktywnych substancji odżywczych albo fizjologicznych. Te fizjologiczne dają np. duże możliwości zastosowania w suplementach różnych ziół. Jest tu jedno zastrzeżenie – suplementy nie mogą być lekami, czyli jeżeli są wątpliwości, czy to jest lek czy suplement diety, przed wprowadzeniem do obrotu musi być ocena Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Ale też często mamy bardzo podobne nazwy produktu, a jedno jest lekiem, drugie – suplementem.

Natomiast jeżeli kupujemy suplementy, zwykle nie mamy żadnych informacji o efektach ubocznych składników, co jest zawsze wymienione przy lekach. Bywa, że ktoś przeczyta takie informacje przy leku i często już jest przestraszony i prawie nie chce brać tego leku. Przy suplementach takiej informacji nie ma. Musi być tylko na każdym opakowaniu takiego produktu, pod widoczną nazwą główną suplementu napis, że jest to suplement diety. W Polsce – co nie jest jeszcze w Europie całkowicie obowiązujące – jest też określone, ile witamin i mikroelementów może być w tych suplementach. Ale jeżeli mamy zioła, inne różne ekstrakty, to tutaj często nie mamy do końca określonej tej dawki. I nie wiemy, w którym momencie przekraczamy dawkę, a w którym jeszcze nie.

Poza tym przy suplementach oprócz braku tego opisu działań niepożądanych, nie mamy też wskazań do zastosowania, chyba że te wskazania obejmują już wcześniej przebadane względem żywności oświadczenia żywieniowe lub zdrowotne. I to często producenci

suplementów wykorzystują, dają taki składnik, który ma przebadane oświadczenie zdrowotne, np. sam cynk i już można dopisać te oświadczenie do suplementu.

Jeśli chodzi o przyjmowanie suplementu i zauważenie ewentualnych efektów ubocznych – lekarz tego nie kontroluje. Zresztą z danych wynika, że suplementy diety zaleca tylko 23% – 25% lekarzy. Często ludzie je przyjmują pod wpływem reklam czy informacji z Internetu.

Ale chcę powiedzieć jedno – nie jest też tak, że wszystkie suplementy są złe.

Co nas powinno skłonić do tego, aby sięgnąć po suplementy? Czy wtedy, gdy nasz organizm w jakiś sposób zaczyna się domagać jakiś składników? Czy są tu jakieś ogólne zalecenia? W ostatnim czasie dużo się mówi chociażby o suplementacji witaminy D3, że mamy niedobory. Niektórzy mówią, że może wystarczy więcej spacerować na słońcu, dać szansę organizmowi na taką naturalną suplementację i produkcję witaminy. Swego czasu bardzo dużo uwagi poświęcano też niedoborowi jodu w naszym społeczeństwie, szczególnie tu, na naszym terenie. Wprowadzono sól jodowaną. Czy aby na pewno w tej chwili nie mamy z tym problemu? Co powinno decydować o tym, że sięgamy po suplementy?

Bardzo często jest tak, że czujemy się zmęczeni, czasami niektórzy wpadają w takie stany melancholii, prawie na granicy depresji, tracą aktywność i to może już świadczyć o tym, że czegoś nam brakuje. A dlaczego? Ponieważ jeżeli nawet staramy się spożywać żywność bio, taką ogólnie dostępną, to jak wykazały badania, ta intensywna uprawa np. warzyw powoduje to, że składniki mineralne, jak również ilość witamin znacznie się obniżyła w tych produktach. Wobec tego możemy mieć niedobory, a już zwłaszcza, jak ktoś stosuje jakieś specjalne diety, które mogą je powodować. Uważam, że w ten czas uzupełnienie tych niedoborów właśnie w postaci suplementów czy leków jest jak najbardziej wskazane. Bo wspomniana witamina D jest jednocześnie i suplementem diety i lekiem, w zależności, co kupujemy. Jeśli chodzi o naturalną suplementację, to młodzi mogą wyjść, kiedy jest pełne słońce i rzeczywiście ich organizm wytworzy tą formę witaminy D i ją uzupełni. Ale osoby starsze, po 60 roku życia, już tej witaminy D nie wytwarzają i obecnie, przy takim też niedoborze światła, zaleca się suplementację przez cały rok. Dlaczego to jest ważne? Bo witamina D to nie tylko sprawa kości. To sprawa w ogóle odporności naszego organizmu, ale też działania przeciwnowotworowego. I to nie jest poziom 20-30 ng/ml jako metabolitu witaminy D we krwi, ale powinniśmy mieć zakres od 60 do 80 ng/ml. Ten zakres jest takim opisanym zakresem, który ma działanie przeciwnowotworowe. A ile osób bada stężenie tego metabolitu we krwi? Bardzo mało. A warto to sobie oznaczyć. Bezpieczeństwo mamy do 100 ng/ml, a Amerykanie uważają nawet do 150 ng/ml. W przypadku niedoboru, jeżeli my tej witaminy D sobie nie dostarczymy, to niestety efekt tego będzie też widoczny. To niebezpieczeństwo, chociażby związane z rozwojem nowotworów, rośnie z wiekiem i z niedoborem witaminy D. I np. większość osób z glejakami mózgu, z którymi mam do czynienia, po oznaczeniu poziomu witaminy D, jest zadowolona, bo ma 30 ng/ml. Ale to za mało. Dlatego trzeba stosować suplementację. Można kupić chociażby w formie kropli i odpowiednio dawkować tę witaminę. Tylko co jest ważne – witaminy D nie popijamy wodą, bo witaminy A, D, E i K, to są witaminy rozpuszczalne w tłuszczach. Jeżeli my to popijamy wodą, to niewiele tej witaminy się wchłonie. Najlepiej dawkować ją sobie wtedy, kiedy jemy tłuste rzeczy. Nawet jeżeli mamy kanapkę z masłem, wystarczy wtedy witaminę nakropić czy połknąć kapsułkę, żebyśmy mieli szansę ją wchłonąć i żeby rzeczywiście ona w naszym organizmie mogła zaistnieć.

Jeżeli chodzi o jod, to rzeczywiście kiedyś tego jodu brakowało. Zanim weszliśmy do Unii Europejskiej, w sprzedaży była tylko sól jodowana, po wejściu do UE mamy sól niejodowaną i jodowaną. Aczkolwiek ten stosowany jodan nie jest według mnie korzystny. Jeżeli tą sól dodamy do gotowania ziemniaków, to może nawet potem być szkodliwa dla naszej tarczycy. Także warto sprawdzać hormony tarczycy i patrzeć, czy mamy funkcję tarczycy utrzymaną na odpowiednim poziomie.

Drugi taki pierwiastek, którego w Polsce brakuje to selen. Teraz jest to już w mniejszym zakresie, ale kiedyś jak badaliśmy zawartość selenu we krwi, to była poniżej tej zalecanej

normy. Obecnie mamy dostęp do żywności z całego świata, mamy już troszeczkę więcej tego selenu, ale mimo wszystko bardzo często jest na dolnej granicy. Dlatego przyjmowanie suplementów diety z selenem musi być pod nadzorem, bo np. po miesiącu przyjmowania porcji selenu dziennie, łatwo można przekroczyć normy i wejść w efekt toksyczny oddziaływania selenu. Dlatego ja osobiście polecam raczej produkty bogate w selen – to nie tylko ryby, ale np. orzechy brazylijskie. Z badań w naszym Zakładzie Bromatologii docent Katarzyny Sochy wynika, że mniej więcej 3-4 orzechy brazylijskie to jest taka dzienna dawka naszego selenu. I myślę, że jest to też w miarę bezpieczne. Tylko ważne, aby ten orzech, który kupujemy, był świeży, dobrej jakości. I żebyśmy trzymali go w lodówce, żeby nam nie jełczał. No i nie zjadamy całej paczki od razu.

Decydujemy się na przyjmowanie suplementów diety. Gdzie powinniśmy je kupić? Teraz są praktycznie wszędzie dostępne, nie tylko w aptekach, ale też i w sklepach drogerijnych, na stacji benzynowej, w sklepach spożywczych. Na co powinniśmy zwrócić uwagę i czym powinniśmy się kierować podczas zakupów?

Według danych statystycznych mniej więcej 53% ludzi kupuje suplementy diety w aptece. I wydaje mi się, że jest to najlepsze miejsce, ponieważ farmaceuci, którzy tam pracują, mają odpowiednią wiedzę, są szkoleni. Tak samo dietetycy, jeżeli ktoś ustala sobie dietę z dietetykiem. Ale warto zawsze spytać o radę, poszukać informacji o danym suplemencie, np. w PubMed. Bo czasami jakiś suplement może kosztować 2-3 razy tyle co inny, który będzie podobny, a nawet będzie miał dwa razy więcej tej substancji czynnej.

Ważne jest też, żeby w suplementach, jeżeli są to kapsułki, było jak najmniej tych niepotrzebnych składników dodatkowych. Takim przykładem jest wycofany już dwutlenek tytanu, który nadaje białą barwę. On był w nanocząstkach i okazało się, że te nanocząstki mogą powodować zmiany nowotworowe. A był też używany np. do lukrowania pierników do ciast. Na szczęście go wycofano, ale tu państwa uczulam – sprawdzajcie leki, bo nie ma go w suplementach, ale nadal może być w lekach. Czyli pierwsza rzecz – czytamy skład, starajmy się, aby ten skład był czysty, miał też jak najmniej barwników. Bo po co nam łykać kapsułkę czerwoną z barwnikiem, który w większych ilościach będzie dla nas toksyczny albo na granicy jest toksyczności, kiedy możemy połknąć preparat przeźroczysty, w żelatynowej kapsułce i nie będzie to niebezpieczne.

Szukajmy sprawdzonych producentów, firm, które już istnieją od dawna. To mogą być też polskie firmy, które sprzedają często wiele różnych suplementów taniej, niż te ze Stanów Zjednoczonych.

Część suplementów jest bardzo dobrych. Np. berberyna, którą badaliśmy w naszym zakładzie. Ale jest też tak, że jest ona produkowana przez różne firmy, nie wszystko jest z kłącza berberysu, może być jeszcze z innych roślin, np. z kłącza *Coptis* (Złote nici japońskie), gorzknika kanadyjskiego, czy mahonii pospolitej.

Był też bardzo dobry suplement – ekstrakt z czerwonego ryżu, który świetnie obniżał cholesterol. Mam znajomego, który brał statyny, okazało się, że dostał zniszczenia osłonek mielinowych nerwów, poleciłam mu suplementy właśnie z tym ekstraktem z czerwonego ryżu i rzeczywiście świetnie ten cholesterol musiał obniżyć. Niestety wycofano te produkty, wprowadzono w zamian takie ze znacznie mniejszą ilością tej monakoliny K i teraz trzeba zbyt dużo kupić, zbyt dużo wydać pieniędzy, żeby to brać.

Brałam ostatnio internetowo udział w obradach EFSA i tam szykują się już, żeby też berberynę sprawdzać. Owszem trzeba sprawdzić jej działanie u kobiet ciężarnych i u dzieci, ale żeby to nie było takie działanie, że się ją wycofa, bo w wielu wypadkach berberyna poprawia funkcjonowanie np. wątroby. My jak badaliśmy jej stosowanie w połączeniu z naszym PPE 1400, który jest certyfikowany przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku przy glejaku, były świetne efekty. Pacjenci z glejakiem mózgu, którzy mieli przeżyć góra 15 miesięcy, nadal żyją, a najstarsza pacjentka żyje już 9 lat. Inni przeżyli już 7; 6,5; 5,5 lat po operacji. To są też młodzi

ludzie, którzy założyli rodziny, mają dzieci i normalnie funkcjonują. Byłoby źle, żeby czasami te dobre zioła, które też były w naszej tradycji, znikły.

Bo też co innego, jeżeli będziemy kupowali suplementy diety z ziołami gdzieś z Chin, ze Wschodu, które nie były w naszej tradycji.

Ale zwykle, gdy coś takiego widzimy, od razu już się czujemy zdrowsi, bo uważamy, że to co nasze, to nie musi być dobre. Natomiast jak egzotyka troszeczkę pachnie, to już jesteśmy od razu bardziej tym zainteresowani.

To prawda, ale część tych suplementów niestety nie spełnia warunków, z badań różnych wynika, że często są to oszustwa, były w nich np. znajdowane resztki zwłok, czy dodawany lek, który działa bardzo silnie. A dlaczego może być to niebezpieczne? Ponieważ my genetycznie możemy być nieprzystosowani do metabolizmu tych aktywnych substancji, które te suplementy będą zawierały. Te genetyczne uwarunkowania też są ważne. Jeżeli nie ma badań przeprowadzonych chociażby w ramach badań naukowych, na pewnej grupie ludzi czy w Polsce, czy w Europie, to ja bym była bardzo ostrożna, dlatego, że jest niebezpieczeństwo, niestety, że ten suplement diety może być dla nas szkodliwy. Także uważajmy i raczej bierzmy to, co przez wieki u nas było, czy to w medycynie ludowej, czy potem wprowadzone w Polsce.

Ja z własnego przykładu wiem, kiedy miałam silną alergię na wszystko, mój układ immunologiczny nie był sprawny, byłam leczona sterydami. Wypisałam się z kliniki i zaczęłam zbierać kłącze berberysu i ziele uczezu, które potem było tematem pracy doktorskiej w Zakładzie Farmakognozji naszego Uniwersytetu Medycznego. I wykazano, że rzeczywiście stymuluje on ten układ odpornościowy i dzisiaj dzięki temu ja normalnie funkcjonuję. Kiedy osłabiam się, to wracam do tego postępowania.

Przy lekach wszyscy wiemy, że musimy pilnować konkretnych zaleceń lekarskich, ponieważ jeśli przedawkujemy, to będziemy mieli efekty toksyczne, a jeśli będziemy o przyjmować za mało, to nie będzie efektu terapii terapeutycznej. Jak jest w przypadku suplementów? Czy jest niebezpieczeństwo przedawkowania? Czy jednak my przyjmując suplementy też powinniśmy myśleć o tym, że może dojść do przedawkowania, co może się okazać dla naszego organizmu szkodliwe?

Oczywiście jest to prawda, bo są zioła, które możemy, jak ziele uczezu, cały czas pić i ono się nam nie gromadzi, ale są zioła, przy których jeżeli w nadmiernej dawce ekstrakt z tego zioła przyjmujemy, niestety mogą wystąpić efekty niekorzystne. Dlatego dobrze jest, jeżeli jest ustalane dawkowanie, żebyśmy tego dawkowania raczej nie przekraczali.

Tutaj jeszcze jest pewne inne niebezpieczeństwo. Jeżeli przyjmujemy suplement i leki, może zachodzić interakcja. Bardzo często ludzie przyjmują leki i suplementy i nie myślą o tych interakcjach. Dlatego warto spytać lekarza prowadzącego czy farmaceutę, czy to połączenie jest bezpieczne. Tak samo, jeżeli wybieramy się na jakiś zabieg czy operację do szpitala - odstawmy suplementy. Często ludzie nie wiedzą, że nawet taki ekstrakt z czosnku trzeba odstawić co najmniej tydzień przed zabiegiem operacyjnym, żeby potem nie było problemu z ciągłym krwawieniem. Może być tak, że leki i suplementy wchodzi w interakcje i potem lekarz się dziwi, że nie ma efektu leczenia, pacjent czuje się coraz gorzej, a to może wynikać z tego złego połączenia leku i całej gromady suplementów.

Jak jest z bezpieczeństwem suplementów? Leki są pod nadzorem farmaceutycznym, mamy stały monitoring kontroli jakości przy produkcji. Jak jest w przypadku suplementów, czy one też są poddane rygorom oceny jakości? Czy przyjmując dany preparat możemy być pewni, że nie ma tam jakichś dodatkowych niespodzianek, które całe szczęście, jeśli są obojętne dla naszego organizmu, ale czasami mogą tam się znaleźć substancje, które wręcz mogą nam szkodzić.

Niestety nie ma tej pewności. Leki są najpierw badane, jak również jeżeli są jakieś nowe metody produkcji, to muszą być automatycznie wprowadzane. Tego nie ma przy suplementach. Nie ma tu badania. Producent rejestruje w GIS suplement i wprowadza go do

obrotu. Badania są sporadyczne, bo drogo kosztują. Główny Inspektorat Sanitarny czy PZH wykonują określone badania wyrywkowo.

W tej chwili jest też taki problem z produktami pszczelimi, pyłkiem pszczelim, ponieważ okazuje się, że występują w nich już przekroczenia tzw. alkaloidów pirolizydynowych. To nie jest wina pszczelarza czy pszczoły, one naturalnie są wytwarzane w roślinach, kiedy czują się zagrożone przez roślinożercę czy przez inne konkurencyjne chwasty, które obok rosną i roślina chce przetrwać. Ale te alkaloidy pirolizydynowe uszkadzają nam wątrobę, płuca. Ostatnio EFSA wprowadził obniżenie dopuszczalnej zawartości sumy tych alkaloidów i się okazało, że nawet całe serie pyłków kwiatowych musiały zostać wycofane ze względu na to, że stanowią zagrożenie dla naszego zdrowia.

Powiem tu jeszcze o innym rodzaju suplementów diety. Ostatnio szczególnie modne są badania probiotyków czyli suplementy, które poprawiają nam mikrobiom jelitowy. Okazało się, że jest to bardzo ważne, że to nie jest tylko funkcjonowanie naszych jelit, ale też funkcjonowanie całego organizmu. Ta popularność tych badań spowodowała to, że na rynku pojawiło się bardzo dużo dobrych suplementów diety, które nie tylko wtedy kiedy mamy zaburzenia jelitowe, ale zaburzenia funkcjonowania naszego organizmu, warto by było, nie tylko poprzez jogurty czy mleko zsiadłe, uzupełniać.

Czy musimy sięgać tutaj po kapsułki? Czy nie wystarczy jogurt czy np. własnoręcznie wyprodukowane zsiadłe mleko, albo kiszona kapusta?

Myślę, że jest to dobra droga, ale oczywiście zależy z jakiego mleka to robimy, jaki jest skład tego mleka, chociażby tych kwasów korzystnych tłuszczowych. Inaczej jest kiedy krowa chodzi po polu i żywi się trawą, roślinami, które rosną, a inaczej, kiedy jest zamknięta. A większość takiego mleka niestety mamy z takich hodowli zamkniętych.

Oczywiście jak najbardziej i kiszone ogórki i kiszona kapusta pomagają nam poprawić ten mikrobiom jelitowy, ale musimy zwracać też uwagę na to, jak sobie sami ukisimy, żeby tam się nie wdała pleśń albo jak kupujemy kapustę, żeby była kiszona, nie kwaszona, bo to są różne produkty i tych bakterii wtedy nie będzie. One też i giną w trakcie przetwarzania i kiedy chcemy szybko uzupełnić albo mamy ukierunkowanie w określonym działaniu, np. na ośrodkowy układ nerwowy tych naszych drobnoustrojów i chcemy szybko zmienić ten nasz mikrobiom jelitowy, to uważam, że dobrą formą jest przez jakiś czas pobrać probiotyki. Tak, żebyśmy ten mikrobiom swój własny ukierunkowali w innym kierunku. Ja jak sobie kupuję taki probiotyk, to kupuję taki, że tam są co najmniej 4 formy lactobacillus i 4 formy bifidobakterii.

O suplementach moglibyśmy pewnie długo rozmawiać, ale nie mogę się oprzeć jeszcze pytaniu, wiedząc, że pani jest uznanym ekspertem w dziedzinie miodów, co z naszymi miodami – czy są bezpieczne, w jaki sposób poznać dobry miód i ile tego miodu powinniśmy spożywać?

Miody mamy w Polsce naprawdę często dobre, szczególnie na Podlasiu. Tak samo jak i produkty pszczele, np. propolis. Ale jest też niebezpieczeństwo, że te miody mogą być skażone kadmem i ołowiem. I jeżeli ktoś przyjmuje taki suplement, który na przykład przy glejaku trzeba przyjmować codziennie, to jest kumulacja tych metali w organizmie. Dlatego dobrze by było, żebyśmy kupowali miody od pszczelarzy, którzy mają swoje pożytki pszczele w terenach czystych, otoczonych lasami.

Generalnie trochę bardziej bogatsze we właściwości odżywcze są te późniejsze miody, bo przy tych wcześniejszych miodach to jeszcze pszczoły były dokarmiane, cukrem, syropem cukrowym.

Ale miód jak najbardziej bym polecała. Tylko nie w nadmiarze, bo tam trochę tej fruktozy jednak jest. Ale ma też flawonoidy, ma te biopierwiastki, które są korzystne i powinniśmy z tego korzystać. Tak samo inne produkty pszczele, jak chociażby pyłek kwiatowy czy mleczko pszczele. Np. jeżeli ktoś ma kłopoty z funkcjonowaniem mózgu w wieku starszym, to się

okazuje, że te neurony bardzo dobrze odbudowuje mleczko pszczele, np. jako ekstrakt z pyłkiem kwiatowym.

A jak możemy rozpoznać dobry miód? Trudno jest to sprawdzić samemu. Ale można to już zbadać, bo już są metody, by sprawdzić zawartość miodu np. u nas w Zakładzie Bromatologii. Aczkolwiek jeżeli kupujemy płynny miód, jedyne co możemy sprawdzić to czy nie ma za dużo wody. Lejemy go wtedy z góry łyżeczką i patrzymy czy tworzy się stożek, jeżeli tak, to znaczy, że ilość wody nie jest przekroczona i wtedy nam nie fermentują takie miody w domu. A jeżeli nam się to rozplywa, to znaczy tej wody jest już za dużo. I to jest właściwie jedyna rzecz, którą możemy sprawdzić.



5. Czym oddychamy?



doc. Łukasz Kuźma

Wpływ zanieczyszczenia powietrza na zdrowie to temat ostatniej audycji z cyklu „pytanie do specjalisty”. Gościem prof. Jana Kochanowicza był doc. Łukasz Kuźma z Kliniki Kardiologii Inwazyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Zajmuje się pan kardiologią inwazyjną, ale chcielibyśmy porozmawiać dziś o temacie, który leży w kręgu zainteresowań pana docenta. To zanieczyszczenie środowiska, jego wpływ na nasze zdrowie. W recenzji pana habilitacji prof. Marianny Janion czytamy, że „wg koncepcji Marca Lalonde’a z 1974r. jednym z istotnych czynników warunkujących stan zdrowia człowieka, w około 20 proc. jest to środowisko fizyczne. Korzystny wpływ na zdrowie mają czyste powietrze, woda i gleba, dobre warunki mieszkaniowe, zdrowa i bezpieczna praca”. Jak to w rzeczywistości jest?

W rzeczywistości te tematy bardzo się łączą. Ok. 20, a mówi się, że nawet 50 proc. determinantów naszego stanu zdrowia w dzisiejszych czasach, to nasze środowisko. To czym oddychamy, to gdzie żyjemy, bezpośrednio wpływa na nasze zdrowie. Stąd też łączność między kardiologią, kardiologią inwazyjną, neurologią, a stanem naszego środowiska. Zanieczyszczenie powietrza, smog, może wpływać zarówno na rozwój przewlekłej choroby wieńcowej, jak i wyzwać ostre zespoły wieńcowe, ostre zespoły mózgowo, czy udary mózgu.

Wydaje się, że rozmawianie o zanieczyszczeniu środowiska w Białymstoku, woj. podlaskim, tzw. Zielonych Płucach Polski, jest trochę na wyrost.

Zanieczyszczenie powietrza rocznie przyczynia się do przedwczesnych zgonów 50 tys. osób w polskiej populacji skracając każdego mieszkańca o dwa lata życia. Ten efekt jest odczuwalny także u nas, w Białymstoku czy na Podlasiu. Paradoksalnie nasze rejony, zwane Zielonymi Płucami Polski, też mają bardzo duży poziom zanieczyszczenia. Jest ono związane z niską emisją. My nawet nazwaliśmy je „polski smog”. Zanieczyszczenie powietrza charakterystyczne dla terenów Polski wschodniej: woj. warmińsko-mazurskiego, podlaskiego, lubelskiego, jest to zanieczyszczenie powietrza powstałe z niskiej emisji spalania śmieci w przydomowych piecach, niskiej jakości paliw, co powoduje wyjątkowo toksyczne i negatywne efekty zdrowotne. W naszych pracach jako pierwsi skupiliśmy się na rejonach uznawanych za wolne od zanieczyszczenia powietrza i udowodniliśmy, że także w tych rejonach odczuwalny jest efekt działania smogu na zdrowie i życie mieszkańców.

Czyli w naszym regionie choć my tego smogu nie widzimy, nie mamy tu dużych zakładów produkcyjnych, dużych trucicieli, to każdy z mieszkańców ma swój indywidualny udział w zanieczyszczeniu środowiska?

Tak, nie ma wysokiej emisji, ale ta niska emisja, rozproszona, z gospodarstw domowych, szczególnie jest widoczna w miastach takich jak Białystok, a nawet na wsiach i daje efekt skumulowany w postaci dużych poziomów zanieczyszczeń. Są one duże szczególnie zimą, gdy dochodzi ogrzewanie domów i mieszkań, wtedy mamy o 70-80 proc. przekroczone normy jeśli chodzi o zanieczyszczenie powietrza w postaci zawieszonych pyłów. Ten smog działa na wszystkich nas, znajduje się w powietrzu, którym wszyscy oddychamy. W Białymstoku podczas poprzedniej zimy, która była dość łagodna, mieliśmy odnotowane przekroczenia dziennych norm w ok. 60 proc. dni.

To niepokojące. Ja lubię chodzić na spacer po osiedlu, ale jak zaczyna się sezon grzewczy, odnoszę wrażenie, że często to, co przez wakacje udało się nam zgromadzić, ląduje w piecach. Dym ma wtedy różny kolor i zapach. To chyba brak odpowiedzialności za własne zdrowie. Palimy czymś, co się nie nadaje do tego. Podobno śmieci dzieli się na takie, które można palić w dzień i takie, co bezpieczniej palić w nocy, bo dają kolorowy dym.

Rzeczywiście w godzinach wieczornych, mimo braku ruchu samochodowego, poziomy zanieczyszczeń są wyższe, co związane jest z ogrzewaniem przydomowym. A dlaczego Białystok uznawany jest za wolny od zanieczyszczeń powietrza? Przez brak stacji pomiarowych. W Polsce mamy tylko 180 stacji pomiarowych na prawie 312 tys. km kw. powierzchni. To mało. One nie oddają w pełni zagrożenia tym zanieczyszczeniem. Z drugiej strony jako lekarze widzimy efekty zanieczyszczenia powietrza obserwując zwiększoną liczbę przyjęć chorych. To szczególnie pacjenci z ostrymi zespołami wieńcowymi, udarami, zawałami mięśnia sercowego, ale nawet z zaostrzeniem przewlekłej choroby nerek, astmy. To także rosnący stale odsetek dzieci z astmą, atopowymi chorobami skóry, a także ogólnymi objawami wpływu smogu jak dekoncentracja, nawracający kaszel, zapalenie spojówek. Pamiętajmy, że ze smogiem jest ten problem, że musimy działać dość szybko, bo toksyczne efekty jego wpływu kumulują się w organizmie. Czyli krótkie działanie może nam wyzwolić np. udar mózgu czy ostry zespół wieńcowy, ale wieloletnie przewlekłe narażenie na smog powoduje nieodwracalne zmiany chorobowe, które dotyczą całego układu krwionośnego, sercowo-naczyniowego i oddechowego.

Co najbardziej niepokoi naukowców w powietrzu, jakie czynniki? Które są najbardziej niebezpieczne dla naszego zdrowia i czy można je wyeliminować ze środowiska?

Niepokoi nas wszystko. Smog jest zanieczyszczeniem powietrza składającym się z mieszaniny zanieczyszczeń gazowych, to głównie tlenki azotu, tlenki siarki, węglowodory aromatyczne, ale też z pyłów zawieszonych. To drobne cząstki zawieszone w powietrzu, które wdychamy. Niektóre przechodzą przez płuca, wywołując efekt toksyczny w obrębie całego organizmu.

Klasyczny smog typu londyńskiego, był wywołany głównie przez kopalnie, duże zakłady przemysłowe, wyzwalające duże poziomy zanieczyszczeń z tlenkami siarki, azotu. W Polsce mamy do czynienia najczęściej z tzw. polskim smogiem, wynikającym z niskiej emisji i tam głównym źródłem zanieczyszczeń są pyły zawieszone, o bardzo małej średnicy, przez co mogą przenikać w głąb organizmu i siać kardiotoksyczne efekty. Ale oprócz tego w Polsce pojawia się też smog fotochemiczny, typu Los Angeles, gdzie głównym problemem są węglowodory aromatyczne oraz tlenki azotu wynikające z przemian związanych z wysokim nasłonecznieniem i emisją gazów z ruchu drogowego. Ale również, co ciekawe, od kilku lat mamy też nowy rodzaj smogu, niespotykany nigdy wcześniej – są to pyły saharyjskie. W związku ze zmianami klimatycznymi, zmianą różnicy temperatur, zmieniały się wiatry i coraz częściej, szczególnie we wschodnie nasze regiony, dopływa do nas drobny pył uniesiony z Sahary – głównie sole krzemu, sole innych metali, które wdychamy i które osadzają się w naszych organizmach, w szczególności w płucach.

Czyli mamy tu dwie grupy objawów: takie podrażnienie, kiedy kichamy, prychnamy, ten dym nas drażni, ale też o działaniu ośrodkowym – gdy ten pył dostaje się przez pęcherzyki płucne do krwiobiegu i wpływa na nasze funkcjonowanie.

Tak, wszystkie gazy i pyły zawieszone o średnicy poniżej 2,5 mikrometrów,, którymi oddychamy, przenikają przez barierę w płucach. Działają w organizmie w sposób uogólniony, uszkadzając go w obrębie układu krwionośnego, doprowadzając do miejscowego stanu zapalnego, działając pro zakrzepowo oraz uszkadzając śródbłonek. Ale też działają w taki sposób uogólniony, przez zwyczajne zwiększenie ciśnienia tętniczego krwi, tętna, indukcję arytmii. A ten przewlekły stan zapalny, wynikający z przewlekłego narażenia na zanieczyszczenia powietrza prowadzi do skumulowania tych negatywnych efektów.

Czy możemy jakoś zbadać, w jaki sposób nasz organizm jest zatruty?

Możemy. Na podstawie naszych dużych badań epidemiologicznych przeprowadzonych w Polsce, ale też Europie, udowodniliśmy wpływ ogólnego narażenia na zanieczyszczenie powietrza związane z przewlekłym wzrostem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych oraz jako czynnika wyzwalającego. W badaniach opartych na mniejszych populacjach pokazaliśmy, że oddychanie zanieczyszczonym powietrzem powoduje, że w moczu kumulują się metale ciężkie czy różne metabolity. Ale też opracowaliśmy pewne rozwiązania – to nasz autorski wskaźnik, który nazwaliśmy pyłolata. Jest to indeks podobny do paczkołat, czyli ryzyka związanego z paleniem papierosów, gdzie schemat oparty jest na tym, jak dużo papierosów się wypala. Tu szacując na podstawie badań przewlekłe narażenie na zanieczyszczenie powietrza, w prosty sposób określamy obciążenie w postaci pyłolat. Jest to jeden z czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.

Wspomniał pan o paczkołatach, czyli nie możemy nie wspomnieć o paleniu papierosów, gdzie bezpośrednio wdychamy zanieczyszczenia z dymem tytoniowym. Jak możemy te dwa czynniki porównać?

To jest to samo, ja nawet mówię, że zanieczyszczenie powietrza jest nowym paleniem. Z paleniem może jeszcze sobie nie poradziłem, ale na pewno świadomość społeczna jest duża. Jeśli chodzi o zanieczyszczenia powietrza – świadomości tej nie ma albo jest niska. Na pewno władze na poziomie samorządowym czy krajowym nie podejmują działań, aby z tym walczyć. Paląc papierosy głównie sobie szkodzimy, pomijając palenie bierne oczywiście. Zanieczyszczając powietrze szkodzimy najczęściej sąsiadom, albo całemu społeczeństwu. Efekty są o wiele większe.

Jak wspomniałem, z powodu zanieczyszczenia powietrza dochodzi do 50 tys. zgonów w Polsce, to są ostrożne szacunki. Średnio każdy ma skrócone życie o ponad 2 lata z powodu zanieczyszczenia powietrza. To są bardzo duże liczby ale również obciążenie dla opieki zdrowotnej. Z drugiej strony jest ciągle brak świadomości, mechanizmów, aby przekonać decydentów o konieczności działań, co powoduje że temat jest pomijany. Polska jest obecnie najbardziej zanieczyszczonym państwem w Europie.

Co możemy zrobić? Palenie można rzucić. Ale jak możemy uchronić się przed tymi zanieczyszczeniami ogólnymi? Czy prowadzenie aktywnego trybu życia w warunkach jesienno-zimowych jest w tej sytuacji dla nas korzystne?

Na pewno aktywność fizyczna na zewnątrz dalej wydaje się być korzystna, szczególnie przy niskich i umiarkowanych poziomach zanieczyszczeniach powietrza – ale tylko dla osób zdrowych. U osób starszych, z wielochorobowością czy dzieci – już te umiarkowane czy nawet niskie zanieczyszczenia powietrza przyniosą więcej efektów negatywnych niż zdrowotnych. Jeśli chodzi o osoby zdrowe dopiero przy bardzo wysokich stężeniach zanieczyszczeń ma to więcej skutków negatywnych niż pozytywnych. Pamiętajmy jednak, że w Polsce zimą poziomy zanieczyszczeń przez większość dni są wysokie, a nawet czasem alarmujące. Jak się zatem zabezpieczać? Potrzebne są złożone wielofalowe mechanizmy. Na pewno potrzebna jest większa świadomość, własne działania w kontekście postaw proekologicznych, prozdrowotnych. Na pewno trzeba wywierać presję na decydentów, propagować te organizacje, partie, które widzą konieczność zmiany i obiecują realne działania. W domu

możemy stosować oczyszczacz powietrza, ale co dalej, po wyjściu na podwórko? Są już rozwiązania technologiczne, np. wózki dla dzieci z oczyszczaczami powietrza, są zestawy dla biegaczy w postaci nausznych oczyszczaczy powietrza, ale to ciągle rozwiązania dla nielicznych. Bez działań systemowych, na poziomie samorządowym i krajowym, nie dokona się duża zmiana. Jednakże zawsze ta zmiana musi się to zacząć od nas samych, dopiero nasze mikrozmiany i nasze żądania, mogą wpływać na decydentów, aby dokonali zmian systemowych.

W Białymstoku w ostatnich latach jeździ smogobus. To dobry kierunek do dyscyplinowania społeczeństwa?

Kierunek jest dobry, bo w Białymstoku brakuje stacji pomiarowych, smogobus mógłby wspomóc dyscyplinowanie mieszkańców, ale jego efektywność tego z tego co wiem, jest bardzo niska. Smogobus jeździ rzadko, nie przyjeżdża na wezwania mieszkańców, a jak już wspomnieliśmy, śmieci pali się głównie nocy. Dlatego ja jednak uważam, że powinniśmy głównie nastawiać się na edukację, zachętę do zmian, zwiększanie świadomości, stosować rozwiązania zachęcające mieszkańców do zmiany źródeł ciepła, wymiany tzw. kopciuchów. Wszyscy musimy uświadomić sobie skalę problemu i to, że wielka zmiana zaczyna się od nas samych, od naszych gospodarstw domowych i małych społeczności.

6. Dieta cud



prof. Lucyna Ostrowska

Diety cud były tematem audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza była prof. Lucyna Ostrowska, kierownik Zakładu Dietetyki i Żywienia Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz kierownik Ośrodka Leczenia Otyłości i Chorób Dietozależnych w Białymstoku.

Rozmawiamy dziś o dietach, temacie budzącym wiele emocji. Pani profesor – diety cud. Są takie, czy to tylko taki dobry chwyt marketingowy?

To dobry chwyt marketingowy. Natomiast zależy też, jakiego cudu oczekujemy, bo jeśli tego cudu oczekujemy niewielkiego, to być może są takie diety, które taki cud mogą dać. Jeżeli chcemy zredukować 2- 3 kg, to myślę, że takie cudy następują, jeśli się zmobilizujemy, dobierzemy do siebie właściwą dietę. Natomiast jeżeli chcemy to robić w ramach leczenia choroby otyłościowej, to niestety z przykrością muszę stwierdzić, że nie ma cudownej diety. Mimo że przeglądając chociażby Internet, można się dowiedzieć, że takie diety rzekomo istnieją. Niemniej jednak nauka mówi coś przeciwnego. Jeśli tym cudem ma być wyleczenie choroby, choroby przewlekłej, choroby o różnym podłożu, to sama dieta zwykle tutaj nie wystarcza i trzeba bardzo indywidualnie i długoterminowo pracować, żeby pacjent osiągnął poprawę kliniczną w leczeniu tej choroby. Natomiast jeśli chodzi o cud, który ma nastąpić przed wakacjami po to, żeby ładnie wyglądać w stroju kąpielowym, czy mieć fajną sylwetkę do pokazania się na wakacjach, to myślę, że są takie diety, które te 2- 3 kg mniej mogą zapewnić.

Zapytam troszeczkę tak przewrotnie: czy my powinniśmy żyć na diecie, cały czas się odchudzać, czy może powinniśmy normalnie się odżywiać i nie udawać, że okresowo wprowadzamy restrykcje, które mocno dezorganizują nasze życie?

Powiem tak – każdy z nas stosuje jakąś dietę, lepszą albo gorszą. I myślę, że tutaj warto powiedzieć, że dieta to tak naprawdę racjonalne żywienie, czyli żywienie, które ma służyć naszemu zdrowiu, dawać nam energię do życia i też dawać nam swego rodzaju przyjemność z tego, co zjadamy. Natomiast warto się nauczyć takich zasad prawidłowego żywienia, żeby wiedzieć, jak się żywić, żeby nie szkodzić swojemu organizmowi. Znając swoje zasady, stosując te zasady, można się wtedy tak bardzo nie pilnować, ale trzeba pilnować tych zasad. Co to za zasady? Przede wszystkim organizm dobrze funkcjonuje, jeżeli jest odżywiany w godzinach zgodnych z naszymi biorytmami żywieniowymi. Czyli w momencie, kiedy wstajemy, warto uruchomić naszą przemianę materii i w ciągu pół godziny do godziny spożyć śniadanie. Warto pamiętać, że drugie śniadanie to tak naprawdę porcja owoców bądź jogurt z owocami i jest to

absolutnie wystarczająca dla każdego z nas porcja jedzenia. Potem lunch albo obiad, ale nie powinien on być w godzinach późnych popołudniowych, bo wtedy nasze hormony, enzymy trawienne pracują już w gorszym rytmie, a po godzinie 17:00 zaczynają ten rytm zwalniać. Natomiast po godzinie 19:00 w naszej strefie klimatycznej w ogóle nie powinno się jeść, ponieważ tempo metabolizmu spada i wydzielanie enzymów trawiennych również jest gorsze. Czyli warto się nauczyć takiego trybu żywienia: śniadanie jemy pół godziny do godziny po wstaniu; potem po 2-3 godzinach jemy drugie śniadanie, małe przekąskowe, wystarczy garść owoców; około godz. 13-14 lunch; potem około godz. 16-16.30 powinniśmy zjeść drugą porcję owoców na podwieczorek i około godziny 18-19 kolacja. I to byłoby zgodne z tym, co potrzebuje nasz organizm w naszej strefie klimatycznej. Należałoby się też nauczyć takich prawidłowych produktów, które warto stosować w swojej kuchni, czyli przede wszystkim, żeby to nie były produkty tłuste, majonezy, ketchup, musztarda, czy biały chleb w dużych ilościach. Trzeba natomiast spożywać codziennie przynajmniej 3 porcje warzyw, czyli do śniadania, do obiadu i do kolacji, a tylko 2 porcje owoców, czyli do drugiego śniadania i do podwieczorku. Plus do tego woda w ilości około 2 litrów dla kobiet, a ok. 2,5 litra dla mężczyzn i w zasadzie nic więcej nie musimy umieć.

Tak tradycyjnie w naszej kulturze posiłkiem najważniejszym, bo 3-daniowym, jest obiad. Natomiast cały czas w żywieniu podkreśla się ważność śniadania. Czy rzeczywiście powinniśmy za wszelką cenę na to śniadanie zwracać uwagę?

Dawniej uważaliśmy, że śniadanie powinno być takim dużym posiłkiem i ono powinno być dużym posiłkiem dla osób, które potem nie jedzą drugiego śniadania i jedzą tzw. późny obiad. Wtedy rzeczywiście organizm potrzebuje energii po to, żeby wykonać codzienne czynności zawodowe. Natomiast osoby, które są w stanie zapewnić sobie odżywianie w postaci porcji owoców na drugie śniadanie i lunchu właściwej porze, czyli około 13-14, absolutnie nie powinny jeść dużego śniadania. Ale śniadanie jeść powinny, bo tak jak powiedziałam, śniadanie jest tym posiłkiem, który pobudza metabolizm, czyli pobudza nasz organizm do pracy i to jest wartościowe. Swoim pacjentom, którzy nie jedzą śniadań i mówią, że potem mają bardzo duże apetyty po południu i z tego powodu niestety przybierają na wadze mówię, że niedźwiedź leży praktycznie całą zimę i nic się z nim złego nie dzieje, ponieważ on zwalnia metabolizm, bo nie je. Chcąc mieć pobudzony metabolizm i prawidłowy proces metabolizowania energii, to ten metabolizm należy pobudzać rannym śniadaniem.

A czy jest jakaś wzorzec śniadania, do którego powinniśmy dążyć? Są np. śniadania włoskie, gdzie mamy kawę i ciastko czy francuskie z croissantem?

My żyjemy w innej, trochę chłodniejszej strefie klimatycznej. W związku z tym nasze śniadanie na pewno powinno zawierać białko, czyli albo jajko, albo kawałek mięsa, czyli wędliny czy ryby. Może to być też produkt mleczny. Dobrze, jeśli jest to białko pochodzenia zwierzęcego. Natomiast osoby, które nie jedzą produktów pochodzenia zwierzęcego powinny zapewnić sobie białko roślinne, czyli produkty strączkowe. Tutaj świetnym rozwiązaniem jest chociażby humus. Osoby, które łączą świat roślinny ze światem zwierzęcym, mogą np. zjeść owsiankę, do której dodadzą mleko czy jogurt.

Tak naprawdę nie ma jakiegoś przepisu, że powinno się jeść na śniadanie albo kanapkę, albo owsiankę, albo jajecznicę. Po prostu każde śniadanie codziennie powinno być inne, bo tylko w różnorodności produktów jesteśmy sobie w stanie dostarczyć w ciągu tygodnia wszystkich potrzebnych składników odżywczych, a jest ich minimum 60. Idealne śniadanie, to śniadanie, które zawiera białko i które zawiera witaminy, czyli powinny tam być warzywa. Czyli może to być np. jajko i pomidor. Jeśli potrzebujemy, możemy połączyć to jeszcze z węglowodanami, czyli produktami zbożowymi, czyli albo kanapka, albo kasza, albo właśnie owsianka.

Skupmy się na jajku. Kiedyś mówiono, że to produkt, który zawiera dużo cholesterolu, w związku z tym podwyższa cholesterol i jest niezdrowe i powinniśmy tych jajek unikać. Później była mowa, że cholesterol w jajku to jest ten dobry cholesterol i powinniśmy jednak jajka spożywać. Okazuje się też, że jajka to także źródło różnego rodzaju substancji

odżywczych. Z drugiej strony, dobrze wysmażone jajko najlepiej, aby było dodatkowo z boczkiem, który nie jest taki zdrowy. To jak to jest z tym jajkiem?

Oczywiście zawsze prawda tkwi pośrodku. Na pewno jajko jest produktem, który cholesterol zawiera, zarówno ten zły – frakcji LDL, jak i ten korzystny HDL. Zwolennicy jajek powiedzą, że ma ten dobry, czyli ten HDL, a przeciwnicy powiedzą, że ma ten LDL. Natomiast jajko jest takim produktem wzorcowym, podobnie jak mleko, jeśli bierzemy pod uwagę świat zwierzęcy. Część osób jednak coraz częściej rezygnuje ze świata zwierząt i jajek nie zje ze względu na to, że to świat zwierzęcy. Ale jajko ma doskonałe białko, dobrze przyswajalne, ma doskonałe żółtko, a żółtko z kolei to dobrze zemulgowany tłuszcz, więc łatwo strawny. No może ten smażony na patelni z boczkiem to już niekoniecznie, ale jeśli sobie lubimy zrobić jajko sadzone, to możemy go zrobić bez tłuszczu. Jest prosty sposób: zagotowujemy wodę lekko osoloną i jajko po wybiciu ze skorupki spuszczaamy na tą gotującą się wodę, a następnie łyżką cedzakową przechylamy na drugą stronę i mamy świetnie zrobione beztłuszczowe jajko w koszulce. Polecam, warto spróbować.

W jajku mamy żelazo, czyli coś co nas pokrzepi i pozwoli budować naszą krew, jak też cholinę, która buduje nasz układ nerwowy. Jajko jest więc świetnym produktem, ale przez to, że jednak ma ten cholesterol frakcji LDL w swoim składzie to dla osób, które mają zaburzenia gospodarki lipidowej i zwłaszcza wysoki cholesterol LDL w surowicy krwi, zalecamy 3 jajka tygodniowo: 2 jajka zjedzone jednorazowo, a jedno jako jajko dodane do produktów. Natomiast osoby, które nie mają problemów z cholesterolem frakcji LDL, czyli mają te niskie stężenia, pozwalamy na 5 jajek tygodniowo. Chyba, że są z grupy ryzyka, że ktoś w rodzinie ma takie problemy, to wtedy pod kontrolą cholesterolu frakcji LDL decydujemy się czy 3 czy 5. Natomiast osoby młode mogą spożywać jedno jajko codziennie.

Są takie populacje europejskie, między innymi Austriacy, gdzie bez jajka nie zaczynają śniadania. To jest tam podstawowy produkt. Ale te kultury tak funkcjonują od wielu, wielu lat, a może i pokoleń, w związku z tym też mają pewnie polimorfizmy żywieniowe, które im na to pozwalają, że mogą w ten sposób funkcjonować. Natomiast u nas w Polsce jajka jak najbardziej polecam na śniadanie, może nie smażone, a właśnie ugotowane na miękko, bo jest łatwiej strawne niż te na twardo. Plus te jajka w koszulce, o których opowiadałam zrobione na parze czy na wodzie – to też świetny produkt odżywczy.

Kolejna kontrowersja, która mi się od razu nasuwa, to jest mleko. Funkcjonuje stwierdzenie, że dorośli nie powinni pić mleka, ewentualnie mogą spożywać produkty mlekopochodne. Ja sam za każdym razem, gdy nie mogę sobie odmówić mleka przy porannym kakao czy porannej owsiance, przypominam sobie że już troszeczkę mam tej dorosłości za sobą. Czy aby sobie nie szkodzę tym mlekiem?

Nie ma powodu, żeby mleko osobom dorosłym odstawić, wręcz przeciwnie. Uważam, że jeśli są to osoby, które całe życie mleko piły, to je powinny pić, aż to życie się zakończy. Ponieważ im jesteśmy starsi, tym mamy większy problem z gospodarką wapniem, a jest to najlepsze źródło wapnia. I stąd uważam, że jeśli ktoś je dobrze toleruje, nie ma alergii na białko mleka krowiego, nie ma nietolerancji laktozy, powinien mleko spożywać. Niekoniecznie trzeba je spożywać na surowo, jeśli ktoś nie lubi, to może pić je właśnie w postaci kakao czy zupy mlecznej czy owsianki.

Ta odpowiedź bardzo ucieszy Kubę, który siedzi za konsoletą, ponieważ on dnia nie rozpoczyna bez kakao.

Bardzo dobrze, bo to świetny napój, absolutnie wskazany, ponieważ tam oprócz mleka jest kakao, a kakao to magnez, a magnez to pierwiastek życia. Także jestem za, pod warunkiem, że nie jest za mocno wysłodzone.

Owoce czy warzywa? Mówimy o drugim śniadaniu, o podwieczorku, a owoce zawierają cukry proste i u osób zagrożonych cukrzycą, u cukrzyków są raczej niewskazane. Czy nie powinniśmy jednak zrezygnować z owoców na korzyść warzyw?

Musimy na pewno spożywać i produkty owocowe, i warzywne, ale owoce w mniejszej ilości. W owocach znajduje się fruktoza, która metabolizuje się do triglicerydów, czyli niekorzystnych tłuszczów, które też przyczyniają się, podobnie jak cholesterol LDL, do miażdżycy, więc na pewno jest to niedobry kierunek dla osób, które mają kłopoty z metabolizowaniem fruktozy. I na pewno osoby dorosłe powinny owoce spożywać w określonych porcjach. Każdy z nas ma tę porcję wymierzoną własną garstką i te 2 garstki dziennie na pewno nikomu nie zaszkodzą. Natomiast owoce też nam są potrzebne w diecie, ponieważ zawierają bardzo dużo witamin, zwłaszcza witamin antyoksydacyjnych, czyli tzw. wymiataczy wolnych rodników tlenowych, między innymi działających ochronnie na układ sercowo-naczyniowy. Natomiast osoby dorosłe mające problemy z gospodarką węglowodanową, a zwłaszcza osoby chore na cukrzycę, rzeczywiście muszą bardzo uważać, które owoce spożywają i zawsze powinny wybierać owoce o niższym indeksie glikemicznym, czyli takie, które zawierają mniej cukru. Ale znowu, jeżeli jest to nie więcej jak ich własna garstka na drugie śniadanie i jeszcze potem spalana w postaci ruchu, to też im się nic złego nie stanie. I tak bardzo ten cukier im się nie podwyższy w surowicy krwi.

Natomiast my w Polsce mamy taką tendencję do przesadzania z owocami po to, żeby zjeść więcej owoców, a nie zjeść warzyw, a to powinna być tendencja odwrotna: jemy więcej warzyw, a mniej owoców. Natomiast zupełna rezygnacja z owoców jednak nie jest wskazana, ponieważ one jednak zawierają trochę inne składniki niż warzywa. Generalnie warzywa w Polsce też nie są tak często jedzone, bo gdybyśmy chcieli zupełnie zrezygnować z owoców, to każdy nasz posiłek powinien zawierać warzywa. A my w sezonie jeszcze warzywa jemy, ponieważ są smaczne pomidory, smaczna papryka, smaczna pietruszka, smaczna marchewka, ale zimą już jest zdecydowanie gorzej i tak naprawdę zaczynamy się odżywiać warzywami przetworzonymi głównie z własnych słoików albo kapustą kwaszoną. Nie mówię, że ona jest zła, ale zwykle jemy to tylko do obiadu. Natomiast zapominamy, że warzywa powinniśmy jeść do śniadania, do obiadu i do kolacji. Plus owoce do drugiego śniadania i do podwieczorku. I teraz jeżeli rezygnujemy z owoców, to musimy zrobić sobie jakąś sałatkę na drugie śniadanie i na podwieczerek, żeby te wszystkie posiłki były zabezpieczone w witaminy, minerały i błonnik pokarmowy, który jest niezbędny dla naszego przewodu pokarmowego. Generalnie powiedziałabym tak: dzieci mogą sobie tych owoców tak bardzo nie limitować, natomiast osoby dorosłe powinny limitować do 2 garstek dziennie i do tego 3 razy w ciągu dnia jeść warzywa: do śniadania, obiadu i kolacji.

Skoro wspomnieliśmy o obiedzie, tym głównym posiłku dnia, czy możemy określić, jakie standardowe elementy powinien zawierać? Czy dobre jest to tradycyjne podejście, że ma być zupa, drugie danie, czyli ziemniaki, surówka, kotlet i na koniec obowiązkowo deser?

No nie, to są nasze tradycje żywieniowe, ale absolutnie nie ma w racjonalnym żywieniu obowiązku, żeby to tak wyglądało. Patrząc na inne kraje europejskie chociażby, to nigdzie w Europie poza nami, może jeszcze Austriacy jedzą ten swój rosół, nikt nie jada takich obiadów. Jest to zwykle obiad złożony albo tylko z zupy, zwłaszcza w porze letniej, kiedy się robi zupy na zimno, czyli z pomidorów czy chłodnik z buraków, albo z drugiego dania. Natomiast w Polsce chyba trochę z tym wszystkim przesadzamy, zwłaszcza jeśli do zupy dodajemy makaron, ziemniaki albo kaszę, to wtedy już na drugie danie nie powinno się tego samego wkładu węglowodanowego dodawać. Powinno się wtedy to drugie danie zjeść w postaci porcji mięsa czy porcji ryby i warzyw bądź tylko jakieś strączki. Czy deser musi być? To też jest takie rozpasanie, bo absolutnie on żywieniowo nie jest tam potrzebny, a nawet bym powiedziała, że jest szkodliwy, bo im mamy więcej produktów białkowo-tłuszczowych w obiedzie, to zjedzenie do tego fermentujących węglowodanów spowoduje, że będziemy mieli takie uczucie przepełnienia, wzdymania żołądka. I wtedy jest tak zwane popuszczanie pasa, czyli po prostu brakuje nam zapięcia na obwodzie. Myślę, że deser jest już przesadą, że to rzeczywiście powinno być stosowane tylko i wyłącznie jak jesteśmy na jakiś przyjęciach, imprezach, po to żeby ten obiad był taki bogatszy, wyjątkowy. Natomiast na co dzień absolutnie nie polecam po obiedzie nawet spożywania owoców, ponieważ one też będą fermentowały. Myślę, że po to jest stworzony podwieczerek, żeby sobie ten deser czy ten owoc przenieść na

podwieczerek, żeby zrobić przerwę między tym, co mamy w żołądku po spożyciu obiadu i nie wrzucać na ten produkt białkowo-tłuszczowy dodatkowo fermentującego węglowodanu.

Owoce przewijają się przez naszą rozmowę jako takie złe i dobre, a ja mam pytanie bardzo konkretne, bo podobno owoców wieczorową porą nie można spożywać. Czy to znaczy, że jeśli zrezygnuję z kolacji i zastąpię ją owocem, to będzie duży błąd dietetyczny?

Będą to dwa błędy dietetyczne. W polskiej strefie klimatycznej nie powinno się owoców jeść po godzinie 17. Niestety, później się źle metabolizują, nie mamy ruchu, w związku z tym te węglowodany, cukry proste, będą się przetwarzały w triglicerydy. Zły jest też pomysł, żeby nie jeść kolacji. Kolacja powinna być kolacją białkową, więc kawałek jakiegoś sera z pomidorem czy jakiś twarożek ze szczypiorkiem jak najbardziej tak, natomiast owoce po godzinie 17:00 – nie.

Pytanie od słuchacza: Zauważyłem, że w sklepie są dostępne różne batony proteinowe i chciałem zapytać, czy one są zarezerwowane tylko dla sportowców, czy może można je jeść jako taką zwykłą przekąskę i czy one pomagają w jakiś sposób w odchudzaniu?

Bardzo dobre pytanie. Rzeczywiście to jest taki nowy produkt, ja nazywam to produktem cywilizacyjnym. To są takie zastępniki prawidłowego żywienia. Batony proteinowe były stworzone kiedyś z myślą o sportowcach, ponieważ sportowcy wymagają dużo większej podaży białka w niewielkiej skoncentrowanej porcji. To m.in. to, co opowiadał kiedyś Adam Małysz, który mówił, że je kanapkę z bananem – chciał w ten sposób zwiększyć dostawę białka roślinnego do ustroju. Po to, żeby nie musiał jeść takiej kanapki, stworzono batony proteinowe z dużą zawartością białka. Nie jest to coś dla wszystkich, ale dla osób, dla których jest to celowane, czyli dla sportowców. Natomiast czy jest to produkt polecany w odchudzaniu? Nie. Osoby, które myślą o odchudzaniu, najczęściej mają problem z nadwagą albo już z otyłością, i znowu nadmiar białka może być też nadmiarem dostarczanych kalorii. To nie jest tak, że białko jest takie bezkarne, że my możemy go jeść, ile chcemy, ponieważ to też jest produkt, który zawiera swoją wartość energetyczną. Poza tym zwiększenie ponad zapotrzebowanie w diecie białka, może powodować również stłuszczenie wątroby, może powodować uszkodzenie komórki wątrobowej, może uszkodzić nerki, ponieważ nadmiar białka w ustroju musi być przez te dwa narządy metabolizowane. Jeśli jest to osoba zdrowa, to najprawdopodobniej sobie z tym metabolizowaniem nadmiaru białka poradzi. Natomiast jeśli jest to osoba, która już ma jakieś problemy ze stłuszczoną czy zwłóknioną wątrobą, to już może sobie z tym nie poradzić. Tak samo osoba w wieku starszym, która ma umiarkowaną niewydolność nerek. Ale zawsze kij ma dwa końce i część osób, która chce spożywać jakiegokolwiek batony, a wie, że nie może spożywać batonów słodkich, z dużą cukrów prostych i tłuszczu, zwłaszcza nasyconego, sięga po te batony proteinowe, bo one mają mniejszą wartość kaloryczną. Jeśli wybieramy między jednym i drugim, to może lepszy byłby wybór tego proteinowego. Ale na pewno nie jest to produkt na schudnięcie.

Podajemy dodatkowy wysiłek, zaczynamy ćwiczyć, aby schudnąć, zwiększamy swój wydatek energetyczny. Ale jest rzeczą naturalną, że każdy wysiłek jednocześnie jest dla organizmu takim bodźcem, że zwiększa łaknienie. Jak z tym sobie poradzić, czy jest jakiś sposób, żebyśmy ten organizm oszukali, żeby wysiłku, który popełnimy, nie zrekompensować sobie potem w dwójnasób?

Bardzo dużo osób przecenia wydatek energetyczny, który poniesie przez wysiłek fizyczny i myśli, że przez to, że tak dużo wydatkowało, może zjeść potem więcej niż zwykle. Niestety tak nie jest. Dla przykładu, żeby spalić pączka, który nie jest oblepiony lukrem i nie ma nadzienia, i ma około 300- 350 kalorii, trzeba by było godzinę pedałować na rowerze. A zwykle ktoś przejeżdża pół godziny i już mówi, że się zmęczył i na pewno jak zje pączka, to mu nie zaszkodzi, bo on ma mniej kalorii niż wydatkowało. A jest odwrotnie – pączek ma więcej kalorii niż się wydatkowało przez te pół godziny ruchu. I stąd się zbiera dodatni bilans energetyczny.

A odpowiadając na pytanie, jak zapobiec takiemu uczuciu nagłego głodu po wysiłku fizycznym? Przede wszystkim ten wysiłek fizyczny musi być do każdego z nas dobrany, czyli nie można z nim przesadzać, że poćwiczę dużo po to, żeby dużo zjeść. Wysiłek musi też być rozłożony w

czasie i z odpowiednią częstotliwością w zależności od wydolności danej osoby. Jeżeli chcemy rzeczywiście się fajnie bilansować, jeśli chodzi o wydatkowanie energii, to ten wysiłek powinien być rozpoczynany od małego wysiłku, czyli od 10-15 minutowego. Taki nie zwiększy nam gwałtownie łaknienia, jesteśmy w stanie nad tym łaknieniem zapanować. Na pewno po wysiłku fizycznym powinniśmy w ciągu godziny dostarczyć sobie jakąś porcję węglowodanów, a później w kolejnej godzinie jakąś porcję białka po to, żeby odbudować przynajmniej to, co żeśmy stracili w czasie tego wysiłku jeśli chodzi o masę mięśniową i glikogen w mięśniach. Jest to takie przyzwolenie, że możemy trochę więcej zjeść. Ale to nie może być z kolei bardzo dużo, bo znowu idziemy nie w tę stronę. Wysiłek fizyczny rozpoczynamy od małej dawki, a potem ją zwiększamy, co przyzwyczaja nasz organizm też do tego, że tak od razu się na to jedzenie nie rzucimy. Czyli zaczynamy zwykły ruch, chociażby spacerowy czy jazdę na rowerze od 10 -15 minut, po nim nie mamy napadu głodu, więc jemy normalny posiłek, który był zaplanowany na tę porę dnia. Potem rozszerzamy ten ruch do pół godziny, później do 45 minut, potem do 60 minut itd. I to jest sposób na to, żeby organizm się adoptował do ruchu, a jednocześnie nie zwiększał potrzeby gwałtownego apetytu po tym gwałtownym wydatku energetycznym. Trzeba dobrać ruch i ten ruch odpowiednio dawkować, to i organizm przyzwyczai się do tego, że nie musi tak łapczywie żądać tego pokarmu, żeby zregenerować to, co stracił. I to jest chyba jedyna metoda, żeby zapanować i nad ruchem, i nad tym zwiększonym łaknieniem.

Pytanie od słuchaczki: Chciałabym zapytać o dietę ketogeniczną, czy jest zdrowa? Można spożywać tam bardzo dużą ilość tłuszczów i człowiek chudnie. Ostatnio byłam na takiej diecie i faktycznie schudłam, ale koleżanka powiedziała mi, że to niezdrowe. Proszę o fachową opinię w tej kwestii.

Bardzo dziękuję za to pytanie. Rzeczywiście, diety ketogeniczne stały się bardzo modne przy odchudzaniu. Tylko że odchudzanie to nie to samo, co leczenie otyłości. Odchudzanie to jest coś, co zastosuję krótko, osiągnę sukces, a potem niech się dzieje wola Boża. No i ta wola Boża niestety nie będzie korzystna dla tej osoby. Po zastosowaniu diety ketogenicznej, trzeba umieć z tej diety ketogenicznej wyjść i musi to być pod opieką lekarza albo dietetyka. Podczas tej diety zmieniamy tor metaboliczny i nasz organizm, czyli nasze mięśnie i głównie ośrodkowy układ nerwowy nie odżywiają się glukozą, odżywiają się ciałami ketonowymi. I chcąc wrócić potem do takiej normalnej diety, czyli z zawartością węglowodanów (których na diecie ketogenicznej jest niewiele, poniżej 100 g dziennie), jest to duży trud, ponieważ zjedzenie czegośkolwiek: kawałka chleba, jakiegoś placka, czegoś z mąki, owocu czy też dużej ilości warzyw spowoduje duży wyrzut insuliny. Insulina jest takim hormonem, który działa na ośrodek głodu i zmusi nas do bardzo dużego łaknienia. I jemy. Cóż się wtedy stanie? Cały sukces, który był na diecie ketogenicznej bardzo szybko znika. A poza tym jeszcze mamy zaburzenia metaboliczne, ponieważ mamy wtedy bardzo szybko budujący się proces insulinooporności, czyli gorszą odpowiedź tkanek efektorowych na insulinę tkanki tłuszczowej, tkanki mięśniowej wątroby. Takie huśtawki dla organizmu nigdy nie są dobre.

Natomiast dieta ketogeniczna jest dietą uznaną za dietę leczniczą w jednej sytuacji – kiedy mamy u dzieci padaczkę lekooporną i jest planowane, że zostaną na tej diecie do końca życia. Czyli nie zmieniamy im torów metabolicznych. Ta dieta jest w tym przypadku zastosowana po to, żeby zmniejszyć tę reaktywność ośrodkowego układu nerwowego i ona rzeczywiście działa.

Ale jak mówiłam, w dietach jest tak, że wszystko ma dwie strony. Złą stroną diety ketogenicznej będzie ten efekt odbicia, pogorszenie gospodarki węglowodanowej. Natomiast obecnie trwają prace nad połączeniem diety ketogenicznej i śródziemnomorskiej. Jest to coś nowego. Dieta ketogeniczna, która ma swoje bardzo ścisłe kryteria, czyli odpowiednią proporcję tłuszczu i białek do węglowodanów, została połączona z elementami diety śródziemnomorskiej. Czyli zabrano z diety ketogenicznej dużą porcję tłuszczów nasyconych, a wrzucono na to miejsce tłuszcze nienasycone, czyli oliwę z oliwek i same oliwki. Jest to coś, co poprawia trochę zdrowotność diety ketogenicznej, bo ta klasyczna ma bardzo duży wsad kwasów tłuszczowych nasyconych, czyli tych miażdżycogennych. Mamy dowody naukowe, że

diety ketogeniczne stosowane dłużej niż 2-3 lata powodują tak zwany efekt odbicia, czyli bardzo duże triglicerydy, obniżony HDL cholesterol, a podwyższony LDL cholesterol, czyli dyslipidemię mieszaną najgorszą z możliwych. Ale jeżeli w tej diecie zmieniamy te kwasy tłuszczowe nasycone czyli konkretnie mięso, na ryby i na oliwę, to są to lepsze kwasy tłuszczowe dla naszego organizmu, nie takie miażdżycogenne. Badania trwają i być taka dieta keto śródziemnomorska okaże się dla niektórych osób dobrą dietą.

Często integralnym elementem odchudzania jest tak zwany efekt jo-jo. Jak sobie z tym poradzić?

Po prostu nie stosować bardzo restrykcyjnych diet, czyli stosować diety o nieco zmniejszonej wartości energetycznej. Nie róbmy sobie takich diet, gdzie chcemy osiągnąć w tydzień dużą redukcję masy ciała i zamiast zjedzenia 2200 kalorii jemy 500- 800 kalorii dziennie. Wiadomo, że na tym długo nie wytrzymamy, a jeżeli zwiększymy kaloryczność, to organizm zawsze się obroni i po prostu wykorzysta to i z powrotem tą masę nabierze. Trzeba postrzegać nasz organizm jako stosujący prawo zachowania energii. Ile tej energii dostarczymy w postaci posiłku, płynu i posiłków półpłynnych, to tyle musi być przetworzone w naszym organizmie i jeśli tej energii nie wydajemy na pracę zawodową, na naszą podstawową przemianę materii i całkowitą przemianę materii, to ta energia w nas zostaje.

Jak to sprawdzać? Najlepiej ważyć się raz w tygodniu. Jeśli w ciągu tygodnia stoimy z masą ciała w miejscu, to znaczy dostarczyliśmy tyle energii, ile nasz organizm potrzebował. Jeżeli chcemy zredukować wagę, bo mamy nadmiar masy tkanki tłuszczowej, to wtedy musimy zrobić deficyt energetyczny. I nie róbmy tego deficytu o 1000 kalorii dziennie, bo wtedy ten efekt jo-jo nastąpi, bo nie wytrzymamy długo na takiej diecie. Zróbmy ten deficyt 300-500 kalorii codziennie i w tym wytrwamy dłużej. Bo po co np. zjadać dodatkowo pączka czy batonika. Jeśli się w ten sposób będziemy zachowywali, rozumiejąc, że tak naprawdę mamy jeść po to, żeby nasz organizm mógł funkcjonować, a nie objadać się, żeby ten organizm przepełniać i potem go zmuszać do tego, żeby musiał oddawać, to nie będzie tego efektu jo-jo.

Natomiast każda cudowna dieta, która daje duży deficyt energetyczny i szybką utratę masy ciała, nie tylko zabiera nam z ustroju tkankę tłuszczową, ale też masę mięśniową, a zabierając masę mięśniową obniża nam metabolizm, spoczynkową przemianę materii. Więc po takiej diecie cud mamy mniejsze zapotrzebowanie, a wracamy do tego co jedliśmy. Stąd ten efekt jo-jo, który zwykle przerasta to, co żeśmy mieli na początku. Stosując drastyczne diety, redukujemy i masę mięśniową i masę tłuszczową jednocześnie. Masa mięśniowa niestety się tak szybko nie odbuduje, ale tłuszczowa szybko się zbierze.

Ja pamiętam takie czasy, gdy rodzicom ciężko było nas zagonić do domu. Większość czasu spędzaliśmy na podwórku. W tej chwili mamy sytuację odwrotną, że ciężko tym rodzicom jest wygonić dzieci na podwórko. Dodatkowo ich aktywność ruchowa związana jest tylko i wyłącznie z obsługą komputera, tableta, smartfona, plus spożywanie różnego rodzaju przekąsek. Wiąże się to z przyrostem masy ciała. Dlatego też mamy kolejne pytanie od słuchaczki, która ma syna w wieku 14 lat, który waży 87 kg. Jaką dietę powinien stosować, aby schudnąć?

To trudne pytanie, nie widząc tego chłopca, nie wiem ile on ma wzrostu, żeby wyliczyć, jaki ma wskaźnik BMI, czyli jaki ma stopień nadwagi albo otyłości. Od tego uzależniamy bowiem terapię, którą powinien zastosować. Sama dieta może i wystarczy, ale myślę, że też powinniśmy porozmawiać z tym dzieckiem o ruchu, jest on bardzo ważny. I znowu, jeżeli zaczniemy mu stosować bardzo restrykcyjną dietę, to na krótko ją zastosuje, albo i nawet nie będzie w stanie jej zastosować i nie osiągniemy tego sukcesu terapeutycznego. Warto tu skorzystać z porady lekarza albo dietetyka i po prostu dobrać tą dietę indywidualnie, w zależności od tego jaki jest ten wskaźnik masy ciała, stopień otyłości, sprawności tego dziecka, czy ono jest w stanie jeszcze podjąć dodatkową aktywność ruchową i jaką. Tak naprawdę, w redukcji masy ciała potrzebne nam są mniejsze dawki energii w postaci

pokarmu, ale jednocześnie zwiększenie wydatkowania w postaci ruchu i dopiero jak to zadziała, to jesteśmy w stanie osiągnąć sukces terapeutyczny.

Mówimy często o takiej sezonowej nadwadze, że jest rzeczą naturalną, że w okresie jesienno- zimowym przybieramy na wadze, bo jest to zimno i powinniśmy mieć więcej tkanki tłuszczowej. Czy jest to norma, taka fizjologia?

Nie. Każdy z nas ma tak zwaną należną masę ciała. Niezależnie od pory roku ona jest niezmienną, czy też powinna być niezmienną. I po to umiemy się izolować od zimna w postaci ciepłego domu, ciepłego miejsca pracy, kupionej odzieży, że nam odkładanie tkanki tłuszczowej na zimę nie jest potrzebne. Może jest to potrzebne dla Eskimosa, który rzeczywiście ma skrajne warunki mieszkaniowe i on nie jest się w stanie odizolować od tego chłodu, który ma na zewnątrz. I tam rzeczywiście ta dieta jest inna. Ale to też nie jest tak, że Eskimosi na zimę tyją bardziej, a w porze tak zwanego lata szczupleją. Czyli zbieranie tkanki tłuszczowej na zimę nie jest fizjologią w świecie człowieka. Ale też nie obserwuję takiej prawidłowości u swoich pacjentów, bo część osób właśnie przybiera latem, a zimą szczupleje. Dlaczego latem? Bo latem pojawiają się owoce w nadmiarze i jedzenie kobiałeczki truskawek na raz, kobiałeczki czereśni, dwóch pojemniczków malinek, bo akurat teraz są. Dodatkowo jeszcze pojawiają się lody, gofry z bitą śmietaną, wyjazdy na wakacje. Ruch nie zawsze na tych wakacjach jest taki, jak sobie zaplanujemy. Bo oczywiście jadąc na wakacje każdy planuje, że będzie chodził po górach, po czym te góry zwiedza jeżdżąc kolejką albo spacerując drobnym kroczkiem, zającąc właśnie w nadmiarze lody i gofry. I dużo moich pacjentów przyjeżdża po wakacjach i mówi: o jejku, żeby już szybciej zimy albo zimą jestem w stanie kontrolować to, co jem – nie wyjeżdżam, nie mam hotelu all inclusive albo nie jem takich dodatkowych rzeczy, nie piję drinków, nie grilluję. Czemu część osób z kolei przybiera masy ciała zimą? Ponieważ jest mniej ruchu na świeżym powietrzu, ludzie zamykają się w domach, bo jest zimno, bo jest brzydka pogoda, bo pada śnieg albo pada deszcz. Do tego wchodząc z zimnego otoczenia, czyli z podwórka do domu, łaknienie wzrasta. I wtedy zamiast odczekać ten pierwszy głód, od razu się rzucamy na to jedzenie w domu i jemy za dużo. Zimą jemy też bardziej kalorycznie. Bo warzyw nie ma tych smacznych, więc ich nie jemy, a zaczynamy jeść więcej produktów mięsnych, jajek, robimy różnego rodzaju zawiesziste drugie dania z sosami. Latem nam się tego nie chce. Latem to łaknienie jest trochę mniejsze, bo jest ciepło, nam się bardziej chce wtedy pić, mamy mniejszą ochotę na ziemniaki czy makaron polane sosem, wolimy zjeść coś lekkiego, czyli jakieś zupy typu botwinka, chłodnik. Kolacje raczej są bardziej warzywne, sałatkowe, a zimą kolacja zwykle jest ciężka, jest to albo coś co zostało z obiadu, albo kanapka z jakimś mięsem i zwykle bez warzywa.

Czyli podsumowując – to nasze zachowania żywieniowe powodują, że mamy takie specyficzne pory przybierania na wadze.

Czy nasze spotkanie możemy podsumować stwierdzeniem: nie ma cud diety jest cud umiaru?

Absolutnie jest to świetne podsumowanie. Myślę, że każdy ten swój umiar zna. I gdyby chciał pomyśleć, że odżywiamy się dla siebie, dla swojego organizmu, żeby on był zdrowy i jemy, to co nam służy, a nie jemy tego, co nam nie służy, to tak naprawdę umiemy wszystko.

7. Zdrowe serce



prof. Anna Tomaszuk-Kazberuk

Jak dbać o serce – to temat audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza była prof. Anna Tomaszuk-Kazberuk z Kliniki Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, podlaski konsultant wojewódzki ds. kardiologii

Serce – jak jest ważne, to wszyscy wiemy, ile sprawia nam problemów – także. A czy „amory” mają związek z naszym sercem?

Pozytywne emocje zawsze dobrze wpływają na zdrowie. Z drugiej strony te negatywne emocje – jak zapaść złość, gniew, żal, na pewno wpływają negatywnie, na to mamy dane literaturowe. Serce pracuje w rytm tego, co dzieje się w naszej głowie, znane są związki depresji z niewydolnością serca czy innymi chorobami serca. Rola serca i układu krążenia dla naszego organizmu jest nie do przecenienia, to jeden z głównych układów, które utrzymują nas przy życiu – poza oczywiście mózgiem i układem neurologicznym. Myślę, że tak powinniśmy chronić serce, aby osiągnąć coś, co jest najważniejsze – tzw. zdrową starość. Do tego powinien dążyć każdy lekarz, aby życie naszego pacjenta było długie, a przy tym w miarę możliwości komfortowe. A żeby to osiągnąć, trzeba dbać o serce.

Zdrowa starość, czy też może raczej powiedzmy sędziwy wiek lub złota jesień życia – czy to w ogóle jest możliwe?

Oczywiście. Życie ludzkie wydłużyło się na przestrzeni ostatnich wieków, a zwłaszcza dekad, i prewencja chorób serca ma ogromne znaczenie. W dwóch ujęciach. Pierwsze to prewencja, którą my sami możemy zastosować, żeby przedłużyć sobie życie, a druga to jest prewencja ogólna, populacyjna, całego społeczeństwa, którą prowadzą różne organizacje rządowe, pozarządowe, NFZ. Nie do przecenienia jest jednak zwłaszcza to, jak my sami dbamy o swoje zdrowie. Gdyby porównać dbanie o swoje zdrowie w zakresie indywidualnym do tego jakie nakłady idą na służbę zdrowia globalnie, można powiedzieć, że większe znaczenie ma dbanie indywidualne o swoje zdrowie niż te wszystkie sale operacyjne, stenty, stentgrafty, wynagrodzenia dla lekarzy wykonujących procedury medyczne. Jeśli idzie o choroby serca nasze zdrowie jest głównie w naszych rękach. Czyli prewencja (zapobieganie): obniżenie cholesterolu, ciśnienia, zerwanie z paleniem, siedzącym trybem życia – te wszystkie rzeczy są bardzo ważne.

A kiedy jest ten najlepszy moment, aby o te serce zadbać? Czy w momencie gdy zaczyna nam coś dolegać, czy jednak wcześniej?

Należy dbać o serce od najmłodszych lat. Nasze zachowanie czyli to jakie mamy nawyki żywieniowe, to czy uprawiamy sport czy nie, czy palimy papierosy – bardzo mocno kształtuje nasza rodzina, to znacząco wpływa na dziecko. Dlatego prewencja powinna być stosowana od wczesnego dzieciństwa. Zawsze warto skierować się ku zdrowemu odżywianiu, ruchowi. Z drugiej strony jest to trudne do wykonania – stosowanie diety (najlepiej aby była to dieta śródziemnomorska), wykonywanie wysiłku fizycznego. Gdyby ruch można było zapisać pigułce, prawdopodobnie byłaby to najczęściej sprzedawana pigułka na świecie. Bo powinniśmy zażywać ruchu, a zwykle nie chce nam się tego robić.

Czyli od najmłodszych lat nie czekamy na objawy, nie dopuszczamy, aby rozwinęła się choroba serca, na każdym etapie życia dbamy o swoje zdrowie. A jak pojawiają się czynniki ryzyka, jak podwyższony cholesterol, podwyższone ciśnienie, zwiększona masa ciała, powinniśmy już na tym etapie mocno interweniować, aby nie dopuścić do sytuacji, gdy uszkodzone zostaną narządy i pojawi się choroba wieńcowa.

Mówi pani, że dieta w dbaniu o zdrowie jest kluczowa, najlepiej ta śródziemnomorska. Czym się ona charakteryzuje, bo chyba znacznie różni się od naszej lokalnej diety?

Dieta śródziemnomorska wywodzi się od diety Kreteńczyków, którzy sto lat temu stosowali prawdziwą dietę opartą głównie na tym, co wyspa Kreta dawała swoim mieszkańcom, a więc lokalną oliwę, wino i nabiał. Była to dieta zawierająca ryby, owoce morza, a mało mięsa, nie było tam mięsa przetworzonego. To była dieta ogólnie zdrowa i nie wymyślono do dziś diety zdrowszej. Ta dieta oparta jest na tych wspomnianych przed chwilą zasadach plus na zbożach, czyli chlebie z pełnego przemiału i kaszy. To są główne źródła energii, na których powinniśmy się oprzeć. Natomiast z pewnością należy ograniczyć mięso. Dziś mówi się, że człowiek świadomy powinien zjadać nie więcej niż 35 dag do pół kilograma mięsa na tydzień, czyli mięsa nie powinno się jeść codziennie, a już zwłaszcza tego przetworzonego, gotowego do odgrzania. Powinniśmy też jeść ryby, najlepiej tłuste ryby morskie. To niestety jest dziś dyskusyjne. Bo chociaż spożywając co najmniej dwa razy w tygodniu tłuste ryby morskie obniżamy ryzyko udaru (o 6 proc.), choroby miażdżycowej serca (o 16 proc.), to w związku z ogromnym zanieczyszczeniem środowiska, obecnością metali ciężkich w oceanach, dziś jest to temat do dyskusji, czy spożywanie ryb jest zdrowe. Np. we Francji lekarze radzą kobietom w ciąży, aby nie jadły ryb morskich, bo mogą być szkodliwe dla płodu.

W zdrowej diecie z pewnością powinno być dużo warzyw, nieco mniej owoców. Powinno spożywać się 20 dag warzyw i 20 dag owoców dziennie, codziennie. Trzeba też uważać na sól – nie powinno być jej w diecie więcej niż 5 gram dziennie.

Ale sól to u nas podstawowa przyprawa, jest we wszystkich produktach, jest też konserwantem, chroniącym żywność przed zepsuciem, więc chyba jest też niezbędna?

Ograniczenie soli to pierwsze zalecenie dla osoby z nadciśnieniem. Ale to nie znaczy, że soli nie powinniśmy jeść wcale. Powinniśmy ograniczyć jej ilość do 5 gramów dziennie, aby nie zwiększać ryzyka nadciśnienia tętniczego, bo jest ono czynnikiem, który w największym stopniu wpływa na życie ludzkości globalnie. Nadciśnienie tętnicze jest tak powszechne, obecne w każdym wieku, w każdej populacji, niemal zawsze występuje w przypadku wielochorobowości, że ma kolosalny wpływ na zdrowie ludzkości. Dlatego należy sól ograniczać. Czyli nie dosalamy przy stole. To dobra zasada.

Pytanie od Słuchaczki: Czy picie trzech kaw dziennie jest dobre dla serca?

Kawa ma bardzo dobrą prasę ostatnio, jest wiele publikacji, że picie kawy jest wręcz dobroczynne. Trzeba tylko rozróżnić kawę niefiltrowaną i filtrowaną. Niefiltrowana, to ta gotowana ze zmielonych ziaren, jak grecka, turecka. Taka kawa może przy dużym spożyciu, nieco podwyższać ten zły cholesterol LDL. Kawa filtrowana, czyli z ekspresu czy rozpuszczalna, nie szkodzi, a przeciwnie, poprawia zdrowie. Spożycia 2-3 kaw filtrowanych dziennie nikt nie zabrania, przeciwnie, można je spożywać, to bardzo podnosi jakość życia. Mówię to ze swojej perspektywy.

Kawa jednak podnosi ciśnienie, jest bezpieczna u osób z nadciśnieniem?

Miałoby to znaczenie, gdyby pić wiele filiżanek bardzo mocnej kawy jednego dnia, a następnego nie pić wcale. Wtedy dochodziłoby do wahań ciśnienia. Stałe, codzienne spożywanie kawy nie jest niekorzystne.

Kolejną sprawą jest alkohol. Mówi się, że czerwone wino jest idealne dla serca, inna opinia głosi zaś, że alkohol w każdej postaci i dawce jest szkodliwy. Jakie jest pani profesor zdanie na ten temat?

Swoje zapatrywania na ten temat opieram na wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, a one mówią, że należy ograniczyć spożycie alkoholu absolutnego do 100 gramów na tydzień. Gdybyśmy przeliczali to na wódkę – to byłoby to ok. 200 gramów na tydzień. Oczywiście nikt nie zaleca, żeby zacząć tyle pić. To wytyczne, mówiące o tym, że jak ktoś pije więcej, powinien ograniczyć się do tej ilości. Przeliczając to na liczbę drinków – w naszej szerokości geograficznej można przyjąć ok. 10 g alkoholu absolutnego na drinka – nie powinno się pić więcej niż 10 drinków na tydzień. Oczywiście nie jest też zalecana kumulacja, np. wszystkie drinki w jednym dniu.

A czy alkohol jest korzystny? Jedna z teorii mówi, że rodzaj alkoholu ma znaczenie i wino jest korzystniejsze niż w piwo czy wódka, ze względu na zawartość resweratrolu i innych substancji działających przeciwmiażdżycowo. Niby tak, ale znacznie więcej tych substancji znajduje się nie w winie, ale w skórkach winogron, które są wyrzucane.

Kilka lat temu w Lancecie ukazała się bardzo poważna publikacja, solidnie pogłębiona analiza, zwana w świecie naukowym metaanalizą, podsumowująca wiele badań naukowych na ten temat, z której wynika, że alkohol nie ma ani jednej korzyści dla zdrowia. Ma za to negatywny wpływ nie tylko na serce i wątrobę, ale toksyczny wpływ na wiele narządów. Okazuje się, że te publikacje, które chwaliły alkohol sugerując, że służy zdrowiu, w większości były sponsorowane przez producentów alkoholu, w tym wina. Dlatego zawsze trzeba stosować krytyczne podejście do tego, co nam się reklamuje.

Wiadomo też na pewno, że palenie papierosów wpływa negatywnie na zdrowie, jest przyczynkiem chorób nowotworowych. A jak wpływa ma ono na serce?

Zdecydowanie niekorzystnie i w każdym wieku rzucenie palenia, nawet w wieku podeszłym, ma pozytywne znaczenie i warto to zrobić. Oczywiście gdy ktoś rzuci palenie w wieku 50 lat, robi więcej dla swego zdrowia niż gdy rzuci palenie mając lat 80. Ale warto zerwać z paleniem w każdym wieku i bronić się przed paleniem biernym, które też zwiększa ryzyko zawału i innych powikłań ze strony serca. Rzucenie palenia to najpozyteczniejsza rzecz, jaką dla siebie można zrobić.

Muszę przyznać, że my lekarze często zalecamy pacjentom rzucenie palenia, ale często robimy zbyt mało, aby ich w tym wesprzeć. To silny nałóg, z którym samotnie bardzo trudno sobie poradzić. Dlatego ważne jest tu wsparcie psychologa, psychiatry, kardiologa czy lekarza rodzinnego. Warto też korzystać ze wsparcia farmakologicznego, są tabletki dostępne bez recepty, a także bardziej profesjonalne preparaty na receptę. Palenie prowadzi do miażdżycy, ale też raka płuca i innych nikotynozależnych nowotworów, dlatego warto zrezygnować z palenia za wszelką cenę.

W ostatnich latach mamy wysyp różnych napojów energetyzujących, jest ich cała masa. Jak one wpływają na serce i nasz organizm?

Bardzo negatywnie, zdecydowanie odradzam ich spożywanie, nawet od czasu do czasu. Wpływają negatywnie na ciśnienie, na tętno. Podwyższone przez długi czas tętno u człowieka powoduje to, że może on krócej żyć. Dlatego powinniśmy nie tylko zadbać o ciśnienie, ale też o tętno. Jego wartość wyższa o 10 zwiększa o kilkanaście procent szansę wystąpienia rozmaitych powikłań. Napoje energetyzujące, ale też wszelkie kolorowe napoje słodzone są szkodliwe i mówi się, że energia, która pochodzi z tych napojów nie może przekroczyć 10 proc. dziennego zapotrzebowania. Czyli ich spożycie należy ograniczyć do absolutnego minimum, a najlepiej je wyeliminować, bo zawierają tylko szkodliwe substancje, nie mają żadnych

pożytecznych wartości. Są oparte na cukrach prostych, co prowadzi do otyłości, zaburzeń przemiany materii. Jak jesteśmy spragnieni pijmy wodę, kawę, herbatę – to są zdrowe napoje.

Kolejny znak naszych czasów to różnego rodzaju dopalacze. Jak one wpływają na nasz organizm?

Na szczęście nie jest to domena kardiologii dorosłych, pacjenci używający dopalaczy są często w wieku nastoletnim. Ale zdarzają się też młodzi dorośli, zwłaszcza mężczyźni, którzy po zażyciu takiej substancji trafiają do nas. Zażycie takich substancji może oznaczać bardzo poważne konsekwencje ze strony serca, nie do przewidzenia w chwili ich zażycia, reakcja jest tu indywidualna, a wachlarz objawów nieograniczony, włącznie ze śmiercią pacjenta. Sięganie po te substancje jest ogromnym ryzykiem. Mogą one powodować ostrą niewydolność serca, nazywaną obrzękiem płuc, a nawet zatrzymanie krążenia – to najbardziej niebezpieczne stany w kardiologii, bezpośrednio zagrażające życiu.

W dużej mierze substancje te mają nieznaną pod względem toksykologicznym skład. O ile znamy niektóre narkotyki, wiemy jak pomóc pacjentowi w przypadku zatrucia, o tyle przy zażyciu dopalaczy jest duża trudność w pomocy pacjentowi.

A jak to jest z narkotykami – mówi się, że te łagodne to są fajne.

Chodzi tu zapewne o marihuanę leczniczą. My w kardiologii jej nie stosujemy, to domena onkologów. Jest stosowana zwykle, aby zwiększyć apetyt w trakcie leczenia onkologicznego, poprawić sen pacjenta, uspokoić chorego. Lecznicze znaczenie jest tu istotne. Chodzi tu o frakcje CBD i THC marihuany. W kardiologii nie ma to szerszego zastosowania.

Z drugiej strony są narkotyki ciężkie, które mogą prowadzić do zatrzymania krążenia, skurczu tętnicy wieńcowej, rozległych zawałów, prowadzących do niewydolności serca, śmierci. Więc na pewno nie sięgajmy po ciężkie narkotyki. Na szczęście tych przypadków zatruc i hospitalizacji z tego powodu na Podlasiu nie jest dużo.

Jakie są najczęstsze problemy kardiologiczne wśród mieszkańców Podlasia?

Zwykle to niewinne początki złego. W pewnym wieku 40, 50 -lat robimy badania i widzimy, że ciśnienie mamy podwyższone, okazuje się że i cholesterol LDL podwyższony. Głównym grzechem jest wtedy zaniechanie. To dotyczy nie tylko chorych, ale i lekarzy. To zjawisko, które polega na tym, że człowiek mówi do siebie „pomyślę później”, „odłożę” „nie mam czasu”. To powoduje, że czynniki ryzyka przekształcają się z czasem w uszkodzenie narządów: serca, nerek. Potem to uszkodzenie narządów staje się jawne, pojawiają się bóle, duszność, zmęczenie. I wtedy już nazywamy chorobę serca. I o ile w tym pierwszym stadium, gdy pacjent zauważył podwyższony cholesterol czy ciśnienie, wszystko było jeszcze odwracalne, mogliśmy zadziałać, wyzerować licznik, to gdy jest nazwana choroba serca, pacjent trafia do grupy najwyższego ryzyka powikłań. Wtedy już nie ma powrotu do tego pierwszego punktu. Jak ktoś miał zawał, ma znacznie większe ryzyko tego, że znowu będzie mieć zawał, gdy miał już udar – też ma zwiększone ryzyko kolejnego udaru. Są ludzie, którzy mają tzw. ekstremalne ryzyko – to są pacjenci, którzy w ciągu dwóch lat mieli zawał i mają jeszcze dodatkowe czynniki np. zajęte miażdżycą wszystkie tętnice wieńcowe, albo mają do tego cukrzycę, chore nerki, przeżyły udar, czy np. miażdżycę w tętnicach nóg. To ryzyko się zwiększa w miarę jak zaniedbujemy czynniki ryzyka. To można porównać do pochyłej drogi, gdzie na początku stoimy i myślimy, że nic nam nie jest, a na końcu łapiemy oddech, bo jest nam duszno, bo mamy niewydolne serce.

Jak ocenić to ryzyko? Najprościej w gabinecie lekarskim, im bardziej doświadczony lekarz, tym lepiej, ale mamy też do tego narzędzia. Są skale, które przykładamy do chorego, określając ryzyko. Mamy taką prostą skalę dotyczącą kolejnych 10 lat i możemy określić, czy pacjent dozna w tym czasie zawału, udaru czy będzie żył. W kilka sekund lekarz wie, z jakim chorym ma do czynienia. Inaczej taka ocena nie jest łatwa. Przychodzi do nas pacjent, można powiedzieć „stoi w płaszczu obcy człowiek”, a my mamy w kwadrans ocenić, na ile jest zagrożony kardiologicznie. Dobrze, aby te skale nie były stosowane jako narzędzie tortur, ale

jako narzędzie perswazji, czyli uświadamiały, że ryzyko jest wysokie, ale jeśli pacjent o siebie zadba, obniży cholesterol, ciśnienie, schudnie, to ryzyko spadnie do niższej wartości.

Wielką bolączką leczenia jest też grzech zaniechania, czyli jakiś czas się stosujemy do zaleceń, potem odpuszczamy. A nie jest najważniejsze osiągnięcie celu, np. schudnięcie, ale utrzymanie tego przez następne dekady życia. Chodzi o to, aby jak najdłużej „biec do mety”, życie to dziwny bieg, zwycięża ten, który przybiega ostatni.

Pytanie od Słuchaczki: Często po wysiłku fizycznym, albo gdy jestem zdenerwowana odczuwam ból w klatce piersiowej i czasem duszność. Czy to może oznaczać, że mam problemy z serce?

Słuchaczka wymieniła najbardziej sztanarowe objawy w kardiologii: ból i duszność. Ból zamostkowy nawet wytrawnym kardiologom nieraz sprawia trudność, zwłaszcza u kobiet w młodym i średnim wieku. Na szczęście te bóle często nie oznaczają choroby wieńcowej.

Najbardziej niepokoją nas bóle zamostkowe, rozlane. Bóle kłujące zwykle mają charakter mięśniowo -nerwowy. Bóle, które nasilają w czasie wysiłku i zdenerwowania, mogą niepokoić. Koniecznie trzeba skonsultować się z lekarzem, na początku rodzinnym, bo przyczyn bólu może być co najmniej kilka i lekarz będzie potrafił je zróżnicować. W dalszym etapie, jeśli istnieje podejrzenie choroby serca, trzeba wykonać ekg, badanie krwi, echo czy test wysiłkowy. Można przy tej okazji odkryć wiele niepokojących rzeczy, jak wysoki poziom cholesterolu czy chorobę tarczycy.

Duszność jest objawem przykrym, głównie wskazującym na niewydolność serca. Ale duszność może też wynikać z choroby tarczycy, niedokrwistości, innych przyczyn, które należy wyeliminować. Nie wolno jej lekceważyć. Trzeba udać się do lekarza rodzinnego, on, gdy stwierdzi zagrożenie, może zlecić dalszą diagnostykę, np. echo serca, próbę wysiłkową. One pozwolą ustalić prawdziwą przyczynę przed bardziej zaawansowaną diagnostyką.

Natomiast w przypadku ciężkiego bólu w klatce piersiowej, który nie ustępuje, lub ciężkiej duszności, natychmiast trzeba wzywać karetkę lub , zależnie od sytuacji, jechać pilnie na SOR. Tu nie należy zwlekać.

Wiele osób odczuwa kołatanie serca. Czy to powód do rzeczywistego niepokoju?

Takich pacjentów jest coraz więcej, bo społeczeństwo się starzeje. W takim przypadku trzeba koniecznie ustalić, co jest przyczyną niemiaryowości. Czyli udać się do lekarza, aby ten zbadał pacjenta i wykonał ekg. Jeśli w czasie tego badania wystąpi kołatanie serca, można zazwyczaj określić, czy to skurcze dodatkowe w sercu czy może jest to zaburzenie rytmu zwane migotaniem przedsionków. Nie jest to choroba śmiertelna sama w sobie, ale daje objawy niepokojące, dręczące, nierównego bicia serca, niepokoju, lęku, czasem niemożliwości wykonania wysiłku. Migotanie przedsionków niestety może dawać powikłania zakrzepowozatorowe, w tym udar niedokrwieny mózgu. Także jak ktoś ma takie objawy lub ciśnieniomierz wskazuje, że jest arytmia, trzeba udać się z tym problemem do lekarza rodzinnego, aby rozstrzygnął, czy to sprawa banalna, czy też sprawa istotna, która wymaga leczenia przeciwkrzepliwego, czyli jak mówią pacjenci, „rozrzedzającego krew”. Obecnie lekarzy obowiązuje aktywne poszukiwanie pacjentów, którzy odczuwają kołatanie serca, a nie są to kołatania łagodne. Jest wręcz obowiązek badania chorych pod tym kątem, bo przyczynę nierównego bicia serca zawsze trzeba wyjaśnić.

Z jakim przestaniem dla zdrowego serca kończymy naszą audycję?

Dbanie o układ krążenia to zasadnicza rzecz, jeśli chodzi o nasze zdrowie. Choroby układu krążenia przeważają jako przyczyna śmierci w Europie, one przewyższyły nawet choroby nowotworowe. Nowotwór stygmatyzuje, wywiera kolosalne wrażenie na pacjencie, który stosuje się do wszelkich zaleceń lekarza. Jeśli ktoś słyszy, że ma nadciśnienie, niewydolność serca, robi to na nim mniejsze wrażenie niż powinno. A przecież choroby układu krążenia to główna przyczyna zgonów. Czyli należałoby dbać o siebie, jak najbardziej się da. Zdrowie nie jest wszystkim, ale wszystko bez zdrowia nie miałoby większego znaczenia.

Często pytam swoich studentów, czy krótkie życie może być spełnione. Oni często uważają, że tak, jeśli było intensywne, ciekawe. Ja jako lekarz, uważam że nie. Podaję przykład Alberta Camusa, który dostał nagrodę Nobla i zaraz potem zginął w wypadku samochodowym. Prasa pisała o tym, jaka to tragedia – a nie, że miał spełnione krótkie życie.

Wszyscy chcielibyśmy dożyć wieku sędziwego, ale w dobrej kondycji. Chcielibyśmy być sprawni, nie łąpać tchu, móc spacerować, podróżować, żyć pełnią życia. Dzisiejsza farmakoterapia jest przełomowa, są grupy leków, które są prawdziwymi darami dla chorych, leki mają dziś moc. Ale prewencja jest nie do przecenienia. Dbajmy o serce, to pozwoli nam żyć w komforcie. A to jest chyba najważniejsze.

8. Jak rzucić palenie?



prof. Napoleon Waszkiewicz

Jak radzić sobie z uzależnieniem od palenia – to temat ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza był prof. Napoleon Waszkiewicz, kierownik Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Mamy porozmawiać dzisiaj o uzależnieniu od palenia. Ale zanim przejdziemy do tego tematu, poświęćmy chwilę organizacji pracy Kliniki Psychiatrii UMB. W ciągu ostatniego roku to się zmieniło i klinika nie jest już w Choroszczy, tylko przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Jak ocenia pan te zmiany, jak się teraz pracuje?

Warunki są bardzo dobre i o to mi chodziło, żeby ten nasz pacjent, który jest szczególnie wrażliwy na otoczenie zewnętrzne, na to jak się go traktuje, miał warunki takie, które spełniają już standardy ogólnoswiatowe. To powoduje, że on rzeczywiście lepiej się czuje i czuje się bardziej poważnie traktowany, bardziej ważny. I do takich lepszych warunków szybko można się przyzwyczaić.

Jesteśmy w obliczu reorganizacji leczenia. Kiedyś mieliśmy poradnie, oddziały szpitalne, a teraz mamy nowy projekt – Centra Zdrowia Psychicznego. Co to takiego jest i jak to wpłynie na nasze zdrowie psychiczne? Czy to jest krok w dobrym kierunku?

W dobrym, bo to jest sprawdzone już na świecie, ma też sporo lat ten projekt w Polsce. W Białymstoku te centra powstały od nowego roku. To ma za zadanie koordynację pracy, pomocy pacjentowi. I to jest bardzo dobry projekt. Tylko wszystko musi być w normie. Nie jest możliwe, żeby np. odejść całkowicie od szpitali psychiatrycznych. Był kiedyś taki projekt w Niemczech i we Włoszech, gdzie próbowano maksymalnie ograniczyć i w ogóle pozbyć się oddziałów psychiatrycznych i pójść w kierunku centrów zdrowia psychicznego, czyli z wyjściem do pacjenta, ale okazało się, że oddziały też są potrzebne, oczywiście mniejsze, a nie ogromne, gdzie ta opieka ogranicza się tylko do przetrzymywania pacjenta. Bo potem taka osoba wychodzi z oddziału do swego środowiska i ma znów te same trudności. Natomiast w swoim środowisku taki pacjent czuje się bezpieczniej i łatwiej się nim zaopiekować. Dlatego większy sens ma taka pomoc w miejscu życia pacjenta i to przyświecało głównie powstaniu tych centrów zdrowia psychicznego. Działa w nich też ta opieka środowiskowa, gdzie jeździ się do pacjenta. Nasza Klinika Psychiatrii też jest częścią Centrum Zdrowia Psychicznego, czyli oddział też służy tym pacjentom, którzy wymagają hospitalizacji.

Panie profesorze, wracamy do tematu naszego dzisiejszego spotkania. Mimo wielu akcji medialnych, ale też negatywnego postrzegania palenia, cały czas mam wrażenie, że palaczy nie ubywa, a wręcz taka nieformalna moda wśród młodzieży powoduje, że liczba osób palących, mimo udowodnionego toksycznego wpływu na organizm, rośnie. Dlaczego nie udaje się, mimo takiego zaangażowania, ograniczyć palenia?

Bo te legalne substancje psychoaktywne, które są na rynku, jak alkohol czy nikotyna, ale też nie zapominajmy o kawie, bo kofeina jest stymulantem, pomagają nam poprawić nastrój. Generalnie ludzie lubią sobie czasami poprawiać nastrój różnymi substancjami. I tak naprawdę jest to ta niszka. Jak kiedyś wprowadzono „suchoj zakon” w Rosji, czy też prohibicję w Stanach Zjednoczonych i nie sprzedawano oficjalnie alkoholu, to się okazało, że tego alkoholu sprzedawano więcej, tylko że pod ziemią i nie było pieniędzy na walkę profilaktyczną z tym uzależnieniem. Dlatego też część osób pali, bo sobie w ten sposób próbuje pomagać. Oczywiście jest to nie najlepszy sposób na pomoc, ale możemy jedynie uświadamiać społeczeństwo i w miarę to kontrolować, całkowita redukcja nie jest raczej możliwa. Natomiast wchodzi różne nowe formy palenia. Kiedyś były tylko zwykłe papierosy i paliło 20 proc. populacji. Teraz pali trochę mniej, ale te zwykłe papierosy są w mniejszym stopniu produkowane i mniejsze jest rozpowszechnienie palenia tradycyjnych papierosów. Są one w tej chwili zastępowane przez elektroniczne papierosy czy podgrzewacze tytoniu. Jest takie badanie przeprowadzone wśród młodzieży, które mówi, że o ile w ciągu ostatnich lat nastąpiła rzeczywiście redukcja palenia tradycyjnych papierosów, to 20 razy wzrosło palenie tych elektronicznych. Więc tak naprawdę mnóstwo osób, które w ogóle by nie paliły nikotyny w tej chwili sięga po te elektroniczne papierosy. I te szkody na tym polegają, że generalnie te nowe papierosy są niby zdrowsze, ale one nie są zdrowe. Pamiętam jak w USA taki bardzo duży koncern produkujący m.in. te elektroniczne papierosy oraz podgrzewacze tytoniu, zaczął reklamować je w szkołach, że są zdrowsze od tradycyjnych papierosów. I co zostało w głowie młodzieży – to, że one są zdrowe. Do tego te zwykłe papierosy śmierdzą, a te nowe – nie, one nawet pachną, co tak naprawdę ma też zachęcić młodzież do palenia. A jak pali młodzież, to później dorośli palą także. I w efekcie o ile ta szkodliwość elektronicznych form dla zdrowia jest mniejsza, to szkodliwość społeczna jest dużo większa w tej chwili niż tych tradycyjnych papierosów.

Czy możemy określić, kto głównie sięga po papierosy? Młodzieżą na pewno kieruje ciekawość, ale czy możemy tu też określić status emocjonalny takiej osoby, która sięgając najpierw z ciekawości, ma też większe ryzyko na uzależnienie od palenia?

Tak, ale to na wszystkie uzależnienia można tak naprawdę rozpropagować tego typu idee. Jest udowodnione, że osoby, które mają jakiegoś rodzaju trudności emocjonalne, jakiś rodzaj konfliktów, czy odczuwają przewlekły stres, próbują redukować to sobie różnymi substancjami, między innymi papierosami. Bo to coś tam na chwilę im daje. Choć na dłuższą metę coś też zabiera, jak każdy nałóg. Ale te chwilowe poprawy są na tyle atrakcyjne tym osobom, że one regulują sobie emocje w ten sposób. Przecież w zwykłych papierosach są też m.in. substancje przeciwdepresyjne, tak zwane inhibitory monoaminooksydazy, które podnoszą trochę nastrój. Stąd na przykład po odstawieniu tradycyjnych papierosów czasami nawet potrafi wystąpić depresja. I oczywiście w zwykłych papierosach jest mnóstwo innych substancji, które są spalane w tych 700- 800 stopniach i powodują też wszelkiego rodzaju nowotwory, choroby serca i innych narządów.

Natomiast podgrzewacze spalają się w 300 stopniach i tam już związki karcynogenne występują w mniejszym stężeniu, ale występują. Z kolei elektroniczne biosy mają 150 stopni spalania i tam niewiele jest tych substancji karcynogennych, ale pojedyncze aldehydy też jakieś się znajdują. Więc tak naprawdę w tych nowych formach jest niby dużo mniejsza szkodliwość dla zdrowia, ale dużo więcej osób w społeczeństwie je pali, więc ta szkodliwość jest jednak duża. To tak jak z alkoholem – niby substancją bardzo mocno szkodliwą nie jest, ale jak rozpowszechnienie picia jest bardzo duże w populacji, to tak naprawdę szkodliwość społeczna jest ogromna.

Panie profesorze, a czy zmienia się ten profil osób, które się uzależniają, na przestrzeni lat? Wcześniej byliśmy głównie poddawani reklamom, było to modne. Pamiętam filmy, gdzie papieros był takim atrybutem, czy słynną reklamę papierosów z kowbojem. Teraz tego nie ma. Czy teraz inna grupa osób się uzależnia?

Palą ci, którzy mają trudności z odstawieniem palenia. Wcześniej więcej osób rzeczywiście paliło, teraz trochę mniej, ale odstawiły te osoby, które dały radę odstawić. W ostatnich latach zmieniło się prawo, palenie jest piętnowane, nie można palić w wielu miejscach publicznych czy w zakładach pracy. Ograniczyło to, jak należało się spodziewać, ten proces palenia. Ale część osób sobie nie radzi z odstawieniem, bo ma jakieś trudności, jest to im potrzebne, gdzieś tam reguluje im ten dzień, wprowadza jakiś harmonogram. Tym osobom można pomóc. Trzeba wyjść od przyczyny palenia, ale też od tych trudności. Można pomóc terapią, ale też farmakologicznie.

Jeśli chcemy z tego uzależnienia się wyplątać, dać szansę, może nie na cofnięcie się zmian, które w organizmie zaistniały, ale na spowolnienie czy ich zahamowanie, jak należałoby się do tego zabrać? Czy jest jakaś taka złota recepta, czy raczej trzeba się nastawić na żmudny, cierpliwy proces takiego pozbywania się nałogu?

To tak jak we wszystkich nałogach i chorobach, jest to bardzo zależne od danej osoby, profilu osobowościowego. Jeżeli była przyczyna ewidentna tego nałogu, to można się zająć tą przyczyną i zredukować troszkę napięcia z tym związane i być może skutkiem będzie zaprzestanie palenia. Natomiast jeżeli trudno jest to zostawić, to możemy oprócz terapii czy rozmowy o szkodliwości palenia, pomóc pacjentowi farmakologicznie. Mamy mnóstwo leków, które pomagają. Jest nikotynowa terapia zastępcza, mamy gumy, spreje itd. Są inhalatory z nikotyną, pomocne dla osób, które nie wiedzą, co zrobić z rękami po odstawieniu papierosów. Te inhalatory wyglądają jak papieros i dostarczają nikotynę, ale to jest jedna substancja, a nie setki lub tysiące wywołujących nowotwory i choroby wszystkich narządów. Możemy też dołączyć leki. Mamy np. bupropion, lek, który był początkowo lekiem przeciwdepresyjnym, ale zaobserwowano, że 1/3, a nawet więcej pacjentów redukuje lub rzuca palenie w trakcie stosowania tego leku. I później stał się lekiem w terapii antynikotynowej. Mamy np. wareniklinę, która działa podobnie jak nikotyna, na podobne receptory. Możemy też przejść na formy zastępcze redukcji szkód, czyli na przykład na te elektroniczne papierosy albo na podgrzewacze tytoniu. Będzie mniejsza szkoda dla organizmu i łatwiejsze rozstanie w nałogiem. Mamy naprawdę mnóstwo możliwości. Dodam, że nikotynowe terapie zastępcze weszły w roku, w którym się urodziłem – 1978. Wtedy zastosowano pierwszy raz gumy nikotynowe u palaczy przebywających na łodziach podwodnych w Norwegii. I okazało się to sukcesem.

Na opakowaniach papierosów mamy różne obrazki, które mają odstraszać od palenia. Ale zwykle jest tak, że palacz nawet jak na to patrzy, to tego nie widzi, ponieważ jest to coś negatywnego, co go w jakiś sposób stygmatyzuje. Czy można powiedzieć, że bardziej przejmują się tymi obrazkami osoby niepalące, bo one je widzą, a palacz w ogóle ich nie dostrzega?

W przypadku palacza następuje tu adaptacja do bodźca, poza tym nie chce tego dostrzegać, bo z drugiej strony palenie coś mu daje, coś robi w jego organizmie, w jego psychice. Żeby ten zysk z niepalenia był widoczny, to musi trochę lat upłynąć. Natomiast odstawienie papierosów jest natychmiast odczuwalne, prowadzi dość szybko do pogorszenia samopoczucia. To ta przyczyna. Mimo, że taki obrazek na opakowaniu papierosów może na chwilę odstraszyć, po jakimś czasie nałóg przeważa. Ale też nie u wszystkich, bo jednak pewna skuteczność tych obrazków została zaobserwowana. Natomiast mogą one zniechęcać do rozpoczęcia palenia te osoby, które nie palą.

Pytanie od Słuchaczki: Przez 20 lat byłam palaczem papierosów, od 2 lat nie palę. W jakim czasie mój organizm się zregeneruje?

Jak się bardzo długo paliło, to organizm przez wiele lat będzie się naprawiać. Na pewno pierwsze efekty można zaobserwować po pół roku – roku od rzucenia palenia, jest już dużo

lepsze samopoczucie. Ale trzeba pamiętać, że płuca, mózg, inne organy były długo uszkodzane i ta regeneracja potrwa. Oczywiście jest to też osobniczo zmienne, osoba młoda zregeneruje się szybciej, starsza – wolniej.

Pytanie od Słuchaczki: Mój sąsiad ma ponad 80 lat, całe życie palił, mówi, że jest zdrowy. Czy to możliwe, że papierosy nie wyrządziły żadnej szkody w jego organizmie?

Przede wszystkim pogratulowałbym genetyki. To po pierwsze, ale wiele też zależy od tego, co jeszcze ta osoba robi w życiu, jak dba o inne sfery, czy żyje w miarę zdrowo. Ale przede wszystkim to zależy od genów, metabolizmu. To tak jak z jedzeniem: ja jem tłuste, inna osoba też je tłuste, u mnie nic się nie dzieje, a druga osoba ma wysoki cholesterol i inne problemy. Czy też np. część osób pije filiżankę kawy z rana i czuje się dobrze, a niektórym po tej filiżance kawy drżą ręce. Były nawet badania, które wykazały, że część osób pijących kawę ma wyższe ryzyko zawału, a inne – nie. Także nie można wszystkich wrzucać do jednego worka. Może w przypadku tego 80-latka genetyka bardziej sprzyja radzeniu sobie z toksynami, które dostarczył.

Czy jest jakaś wskazówka, aby rzucenie palenia było prostsze? Mam znajomych, którzy starali się pokonać nałóg, a potem wystarczył jeden bodziec, by nastąpił nawrót uzależnienia. Czy np. lepiej rzucić papierosy od razu, czy stosować metodę ograniczania, np. co tydzień papieros mniej?

Większą skuteczność ma rzucenie niż ograniczenie. Bo w tym drugim przypadku często okazuje się, że jednak wciąż palimy. Ale też jak się rzuci od razu, powstaje pewna nisza, pustka. I w głowie i w ciele. I trzeba pomyśleć, co z tym zrobić, jak zagospodarować. Jeśli to będzie np. aktywność fizyczna, jakieś hobby, spotkania z ludźmi, to pomaga w rzuceniu palenia. A jak tylko rzucimy palenie, jest bardzo duże zagrożenie powrotu do nałogu.

Do jakiego specjalisty najlepiej się udać po pomoc, jeśli chcemy zerwać z nałogiem?

Najlepiej do psychiatry, ale też lekarze rodzinni mają możliwości, aby pomóc w wyjściu z takiego nałogu, mogą przepisać leki.

Czy warto sięgnąć po reklamowane substancje, które mają pomóc zrezygnować z palenia? Nasz słuchacz pyta tu o konkretny preparat desmoxan z cytyzyną.

Jest kilka preparatów na rynku, które farmakologiczne działają na podobne receptory jak nikotyna i są skuteczne. Ten preparat ma to do siebie, że działa w najkrótszym okresie, bierze się go 25 dni, przy innych ten czas to 7-12 tygodni. To dobry preparat, w formie tabletek. Pewnie jakby był w formie inhalacyjnej, skuteczność mogłaby być jeszcze wyższa.

Jak radzić sobie po rozstaniu z nałogiem z tymi rytuałami palacza, jak np. brak spotkań towarzyskich – w zakładach pracy są przecież wyznaczane specjalne miejsca dla palaczy, to swoisty kącik towarzyski, wymiany poglądów i gdy przestajemy palić, czujemy się wyalienowani?

Wtedy warto zastanowić się, dlaczego nie radzimy z samotnością bez papierosa. To jest praca dla terapeuty, jeśli socjalizacja jest przyczyną palenia. Natomiast ruch ręka-usta ma ogromne znaczenie. Ten sam preparat antynikotynowy w formie papierosa jest ponad dwukrotnie skuteczniejszy niż ten w postaci gumy czy spreju. Jest to istotne dla regulacji rytmu.

Jak jest ze skutecznością rzucania palenia? Ilu osobom się to nie uda?

Niestety, dla większości.

Wtedy poddajemy się czy podejmujemy kolejne próby?

Z każdą kolejną próbą zwiększają się szanse na skuteczność, co 10-20 próba kończy się tu sukcesem. Wiele oczywiście zależy od przyczyny, jak ktoś ma np. raka płuca, ta skuteczność na pewno będzie wyższa, ale i motywacja już dość drastyczna. Natomiast jeśli ktoś po prostu próbuje rzucić palenie, ta skuteczność wynosi zaledwie kilka procent. Stosowanie preparatów wspomagających podwaja lub potraja te kilka procent, co daje już kilkadziesiąt procent skuteczności, a jak jest to preparat w formie ręka-usta, to jeszcze podwaja skuteczność.

Jak ważna jest perswazja ze strony środowiska i rodziny palacza? Takie namawianie do rzucenia nałogu jest skuteczne czy niekoniecznie?

To może być skuteczne, ale nie zawsze. Zależy od tego, jak zwrócimy się do palacza. Jeżeli będzie to tylko samo „nie pal”, skuteczności nie będzie. Jak powiemy „zależy mi na tobie, chcę abyś był zdrowy, abyśmy byli razem, itd.” szanse, że będziemy wysłuchani są dużo większe. Warto też wspierać bliską osobę pozytywnie, czyli jak np. po jakimś czasie się złamie i sięgnie po papierosa, nie mówić „jaka to bieda, że znowu palisz” ale „zobacz ile udało się wytrzymać bez palenia”.

9. Życie z cukrzycą



prof. Irina Kowalska

Jak żyć z cukrzycą – to temat ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza była prof. Irina Kowalska, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Rozmawialiśmy już o tym, co zrobić, aby nie mieć cukrzycy. Ale niestety, bywa że nie zastosowaliśmy się do tych rad i nas ta choroba zaatakuję. Co to znaczy mieć cukrzycę? Jak z nią żyć?

Przypomnę, że cukrzyca to nie jest jedna choroba, to zespół jednostek chorobowych i w zależności od tego, jaki typ cukrzycy mamy rozpoznany, to ten tryb życia będzie się nieco różnił. Cukrzyca typu 1 najczęściej występuje u dzieci i młodych dorosłych, ale może też zdarzyć się w każdym okresie życia. O tym typie cukrzycy mówimy, że to cukrzyca insulinozależna. To znaczy, że nasza trzustka nie wytwarza insuliny i jedynym sposobem leczenia jest podawanie insuliny z zewnątrz. We współczesnej diabetologii zmienił się sposób podawania insuliny. W cukrzycy typu 1 jedynym akceptowanym sposobem leczenia jest metoda intensywnej insulinoterapii. To znaczy, że przy użyciu różnych insulin próbujemy odtworzyć fizjologiczny sposób wydzielania insuliny. Czyli przed posiłkami dajemy insulinę, która działa krótko, szybko, a na noc podajemy insulinę o przedłużonym działaniu. Możemy to realizować za pomocą dwóch głównych metod: wstrzykiwaczy, szczególnie popularnych w populacji dorosłych oraz za pomocą osobistej pompy insulinowej. Obecnie praktycznie cała pediatryczna populacja chorych na cukrzycę typu 1 ma podawaną insulinę za pomocą osobistej pompy insulinowej. Postęp technologiczny jest tu ogromny. Pompy bazują na algorytmach sztucznej inteligencji, w tych najnowszych generacjach pomp zatrzymywany jest wlew insuliny, jeśli spada stężenie glukozy i wznowione podawanie insuliny, jeżeli odczyt sensora wskazuje na podwyższone stężenie glukozy. Czyli w zakresie podawania insuliny dokonał się ogromny postęp. Oczywiście życie małego dziecka z cukrzycą jest nieco inne, niż dziecka bez cukrzycy, ale postęp technologiczny znacznie pomaga rodzicom, rodzinie, w kontroli wyników u dzieci. Dzieci mogą natomiast normalnie uczestniczyć w zajęciach szkolnych, mają też wręcz obowiązek brać udział w zajęciach WF-u. Oczywiście nauczyciel powinien wiedzieć, że dziecko ma cukrzycę i może częściej korzystać z urządzeń elektronicznych, bo teraz aplikacje są w smartfonach. Jeśli dzieci są dobrze leczone, zapobiega to rozwojowi powikłań cukrzycy w wieku dorosłym.

Zaintrygowała mnie ta pompa insulinowa. To nie jest chyba taka prosta pompa?

Dążymy do tego, aby to działało na zasadzie sztucznej trzustki. Pierwsze urządzenia polegały na tym, że wspólnie z pacjentem ustaliliśmy tempo przepływu insuliny, rozpisywaliśmy na poszczególne godziny, wyliczaliśmy bolusy posiłkowe. Był duży udział pacjenta, jeśli chodzi o ustawienia pompy. Nowsze generacje są sprzężone sensorami, dochodzi informacja, jakie jest stężenie glukozy, to jest dodatkowa funkcjonalność. Co ważne, mówiąc o życiu z cukrzycą, koncentrujemy się głównie na leczeniu, ale dodatkową zdobyczą jest możliwość dobrego monitorowania stężenia glukozy. Kiedyś glukometr był olbrzymim urządzeniem, potem stawały się one coraz mniejsze. Obecnie mają specjalne aplikacje, gdzie można przejrzeć wyniki z ostatniego miesiąca. Ale kolejny krok to systemy ciągłego monitorowania glikemii. Zakładamy pacjentom sensory działające 7-14 dni, ale mogą być takie, które zakłada się raz na 6 miesięcy, gdzie za pomocą aplikacji odczytujemy stężenie glukozy. Wiemy na pewno, że korzystanie z systemów ciągłego monitorowania glikemii jest bardzo ważne, praktycznie tak samo jak podawanie leków. Ponieważ pacjent sam podejmuje decyzje terapeutyczne, bo może zmierzyć cukier tyle razy, ile potrzebuje, może monitorować jak wzrasta stężenie glukozy po danym posiłku i reagować: zwiększyć czy zmniejszyć dawkę insuliny.

Na cukrzycę typu 1 najczęściej chorują osoby młode, stojące u progu życia zawodowego. Czy skoro mamy tak duży postęp to są i ograniczenia zawodowe, możliwości funkcjonowania takich osób? Czy na coś szczególnie trzeba zwracać uwagę?

Staramy się, aby to że ktoś choruje na cukrzycę typu 1 nie ograniczało możliwości wyboru zawodu. Ale o czym musimy pamiętać – z cukrzycą typu 1 i z terapią insuliną wiąże się ryzyko niedocukrzeń. Przy takich hipoglikemiach odczuwalnych pacjent szybko zareaguje, ale boimy się tych ciężkich niedocukrzeń, gdzie pacjent może stracić przytomność. Ale pacjent wyedukowany tak naprawdę nie powinien doświadczyć ciężkiej hipoglikemii. Pracodawca musi jednak wiedzieć, że ma osobę z cukrzycą typu 1 w załodze. Zaznaczę jednak, że większość zawodów może być przez takie osoby wykonywana. Mamy wielu sportowców z cukrzycą typu 1, którzy osiągają ogromne sukcesy, m.in. w kajakarstwie mamy tu mistrza olimpijskiego.

Warto przy tej okazji wspomnieć ogromne osiągnięcie polskiej diabetologii. Mianowicie ośrodek krakowski z ośrodkiem poznańskim zorganizowały wyprawę wysokogórską na pięcioletnią grupę osób z cukrzycą typu 1, leczonych za pomocą osobistej pompy insulinowej. Wcześniej nikt nie wchodził tak wysoko, bo to też jest kwestia tego, jak będą działać urządzenia, czy wszystko będzie bezpieczne. Inicjatorem wyprawy był prof. Tomasz Klupa, który też zapewniał wraz z zespołem opiekę dla osób, które się wspinały. Osiągnęli cel, powstało przy tej okazji dużo informacji praktycznych dla osób z cukrzycą. Dlatego staramy się promować wiedzę, że cukrzyca typu 1 nie powinna wpływać na codzienne życie, tylko trzeba zrozumieć sposób leczenia. Jest wiele osób znanych, które chorują, wśród aktorów, polityków. To pokazuje, że można aktywnie pracować, mimo rozpoznanej choroby.

Czas na cukrzycę typu 2. Jak w tym przypadku żyć z chorobą?

Tak jak ze stanem przedcukrzycowym. Te zalecenia, które były wcześniej, obowiązują nadal. Natomiast co się zmieniło tu w ostatnich latach. Otóż większość osób z cukrzycą typu 2 jeszcze do niedawna byłaby leczona lekami, które mogą spowodować istotny spadek cukru we krwi. A hipoglikemia jest szczególnie groźna u osób starszych, bo mało tego, że sama utrata przytomności może różnie się skończyć, mogą też być powikłania ze strony układu krążenia, upośledzenie zdolności poznawczych. Obecnie dysponujemy lekami, które są stosowane do obniżenia glukozy i nie powodują niedocukrzeń. Jest to bardzo bezpieczne leczenie. Trzeba tylko brać regularnie przepisane leki. W tej chwili trochę zmienił się paradygmat. Dobieranie leków teraz jest trochę jak szycie na miarę – dobiera się leki w zależności od tego, czy są choroby współistniejące, ale też jakie są warunki socjalne pacjenta, możliwości poznawcze, socjoekonomiczne. Mówi się obecnie, że w cukrzycy typu 2 bardzo ważne jest postępowanie behawioralne. Czyli nie należy rezygnować z ruchu, czyli np. spacerów z psem, sąsiadką. Znaczenie ma też zdrowy sen, dieta.

Pytanie od Słuchaczki: Jakiś czas temu zdiagnozowano u mnie cukrzycę typu 2, na czczo poziom cukru to 115-120 mg/dL. Mam lekką nadwagę, ale planuję schudnąć. Czy to możliwe że po wysiłku fizycznym i zastosowaniu diety cukrzyca ustąpi?

Myślę, że jeśli pani zastosuje się do zaleceń lekarza i faktycznie wprowadzi postępowanie behawioralne, jeśli uda się stracić kilka kilogramów, być może dojdzie do remisji cukrzycy. Posłużę się tu badaniem, wykonanym w Szkocji, gdzie pacjentom z krótkotrwałą cukrzycą odstawiono leki, wprowadzono tylko dietę, dość restrykcyjną. Był to gotowy produkt o niskiej kaloryczności – poniżej 1000 kcal. Celem było sprawdzenie, czy po roku wystąpi remisja cukrzycy. Dieta była rozpisana na 3 miesiące, potem było stopniowe rozszerzanie diety. Odstawiono na ten czas leki. To wiązało się oczywiście ze spadkiem masy ciała. Po roku sprawdzono, że im wyższy był ten spadek wagi, tym częściej występowała remisja cukrzycy. My teraz w diabetologii pracujemy nad tym, aby ustalić kryteria remisji cukrzycy, ponieważ np. pacjent z cukrzycą po operacji bariatrycznej, jak utraci masę ciała, często nie spełnia już kryteriów rozpoznania cukrzycy.

Mówimy o aktywności ruchowej i diecie w cukrzycy. A co jest ważniejsze?

Najważniejszy jest ruch. Wracam do cytatu dr Oczko, że ruch zastąpi wiele leków, a żaden lek nie zastąpi ruchu. Bo wiele osób stosuje bardzo restrykcyjne diety, widzimy, że więcej się dietą nie uzyska. Dlatego każda aktywność fizyczna, najmniejsza, najprostsza, byle codzienna, systematyczna jest ważna. Może to być praca na działce, jazda na rowerze, pływanie, taniec. Co kto lubi.

Czy jest możliwość, aby zużyć ten za wysoki cukier samą aktywnością fizyczną, bez konieczności podawania insuliny?

W cukrzycy typu 1 musi być ta podaż insuliny z zewnątrz, tylko dobieramy dawki, w zależności od tego jaki rodzaj wysiłku planujemy. W typie 2 przy odpowiedniej aktywności fizycznej, regularnej, jeżeli jesteśmy na początku drogi, może uda się nawet wycofać z terapii.

Czy są ćwiczenia bardziej polecane i takie, których raczej unikać? Jaka aktywność jest najkorzystniejsza?

Kiedys uważano, że liczy się głównie wysiłek tlenowy, nie oporowy. Teraz wiemy, że ważny jest także ten wytrzymałościowy. Zalecamy i ten, i ten. Szczególnie to jest ważne u osób po 65, 70 roku życia, gdy gwałtowne chudnięcie powoduje utratę masy mięśniowej. Tu ćwiczenia oporowe są ważne, aby tej masy nie utracić.

Ćwiczenia wytrzymałościowe to te o wyższej intensywności, np. na siłowni. Wysiłek tlenowy to z kolei np. lekki bieg, szybki spacer, gdy nie dochodzi do produkcji kwasu mlekowego w mięśniach. Oczywiście u osób starszych z cukrzycą typu 2, najpierw trzeba ocenić wydolność, aby określić, co można robić, aby z chorym sercem nie iść na bieżnię i ćwiczyć godzinę dziennie, bo to niebezpieczne.

Generalnie zalecenia są takie, że powinno to być 150 minut wysiłku fizycznego na tydzień, czyli ponad 20 minut dziennie. Ważne, aby to był ruch regularny, oprócz normalnych aktywności.

Jak funkcjonować dietetycznie, ruchowo, gdy jest niepowodzenie w leczeniu cukrzycy, pojawiają się powikłania?

Bardzo ważne jest, aby od początku cukrzycę dobrze leczyć, wtedy na pewno powikłań nie będzie, albo rozwiną się w znacznie mniejszym stopniu. Jeśli się już pojawiają, są np. zmiany na nacie oka, uszkodzone nerki, choroba niedokrwienna serca, wtedy postępowanie jest dobierane indywidualnie. Ale mimo wszystko zachęcamy takie osoby do aktywnego uczestnictwa w codziennym życiu.

Co ważne, trzeba też rozmawiać z rodziną, aby wytłumaczyć, że ona musi stanowić wsparcie dla takiej osoby. Bo samemu jest bardzo trudno. Wszyscy jedzą wszystko, a taka osoba – nie. Dlatego najlepiej jak cała rodzina je to, co osoba z cukrzycą, aby nie była ona stygmatyzowana. A dieta cukrzycowa jest dietą zalecaną dla nas wszystkich – bo ona po prostu eliminuje cukry proste. To jest dieta dla całej rodziny.

Mówi się, że owoce są zdrowe, trzeba je spożywać, ale w cukrzycy podobno jest inaczej. I pytanie od Słuchacza: jakich owoców nie powinno się jeść przy podwyższonym cukrze we krwi?

Przed wszystkim tych, które są bardzo słodkie, jak winogrona, śliwki, które mają wysoki indeks glikemiczny. Polecane owoce to natomiast wiśnie, maliny, porzeczki, agrest, truskawki. Zasada jest taka, że te owoce, które są słodkie, mimo że najsmaczniejsze, nie są zalecane. Ale też nie możemy chorych pozbawiać całkowicie owoców, w tej piramidzie żywienia, zgodnie z którą na talerzu połowę miejsca powinny zajmować warzywa, a pozostałą połowę węglowodany, białko i tłuszcze, można zaplanować jakąś porcję owoców w tych węglowodanach. Ale starajmy się wybierać te, które mają nieduży ładunek glikemiczny.

Elementem cukrzycy typu 2 jest nadwaga, otyłość. Na ile jest to istotne w leczeniu cukrzycy, jeśli zredukujemy wagę?

90 proc. cukrzycy typu 2 jest związana z otyłością. Obecnie mamy leki, które oprócz tego że działają ochronnie na trzustkę, redukują też masę ciała. Mamy coraz nowsze generacje tych leków. Uważa się, że utrata powyżej 15 proc. masy ciała, może nawet spowodować remisję cukrzycy. W ubiegłym roku podczas zjazdu Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego nawet padło sformułowanie, że to nawet może być cel terapeutyczny, bo obecnie taki cel to osiągnięcie odpowiedniego stężenia glukozy, wyrażonego odsetkiem hemoglobiny glikowanej, która powinna wynosić 7%. Ale teraz coraz częściej mówi się, że celem terapeutycznym powinna też być utrata masy ciała.

10. Leczenie za granicą



Agata Dyszkiewicz, Grzegorz Popowski

Leczenie za granicą, leczenie uzdrowiskowe oraz opieka długoterminowa to tematy ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza była Agata Dyszkiewicz, Zastępca Dyrektora ds. Świadczeniobiorców i Służb Mundurowych Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Grzegorz Popowski, Naczelnik Wydziału Współpracy Międzynarodowej POW NFZ

Granice są otwarte, możemy podróżować, zdecydowana większość krajów świata jest dla nas dostępna. Gdzie, bez wykupienia ubezpieczenia prywatnego, możemy liczyć na bezpłatną pomoc w ramach ubezpieczenia w NFZ, gdyby nam się coś stało?

GP: Od momentu kiedy Polska weszła do Unii Europejskiej, generalną zasadą jest to, że nasze ubezpieczenie idzie za nami. To wszystkie kraje UE, plus dodatkowo 5 państw: Norwegia, Islandia, Szwajcaria, Księstwo Lichtenstein i Wielka Brytania zwana obecnie też Zjednoczonym Królestwem. W tych krajach w nagłych przypadkach, okazując odpowiednie dokumenty, możemy uzyskać pomoc w przypadku nagłych zdarzeń, wypadków, możemy korzystać z publicznej służby zdrowia.

To porozumienie obowiązuje mimo, że Wielka Brytania dokonała brexitu?

GP: Wielka Brytania wychodząc z Unii Europejskiej podpisała umowy, które dają uprawnienia zarówno osobom, które jadą do Wielkiej Brytanii jak i osobom z Wielkiej Brytanii, które przyjeżdżają do nas. Dokumenty brytyjskie są honorowane u nas i tak samo polska karta jest honorowana w Wielkiej Brytanii.

Natomiast Islandia czy Norwegia to kraje popularne jako kierunek pracy Polaków, ale nigdy nie aspirowały nawet do UE.

GP: Te kraje należą do Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA) i przyjęły ustawodawstwo unijne wypracowane przez kraje unijne, dające uprawnienia ludziom podróżującym w różnych celach, także związanych z pracą. Te kraje łącznie z UE tworzą sieć, gdzie te uprawnienia są respektowane.

A księstwo Lichtenstein?

GP: Jest państwem stowarzyszonym z UE w strefie wolnego handlu. Są też inne małe państwa takie jak Andora, San Marino, Watykan, Monako, które nie są związane z UE i tam

prawodawstwo unijne nie sięga. Dlatego jeżeli celem naszych wojaży są te kraje, dobrze by było mieć prywatne ubezpieczenie.

A jaki jest status Szwajcarii?

GP: Też jest państwem należącym do wspólnoty wolnego handlu. Nasze dokumenty tam obowiązują. Dodam, że np. z krajów dawnej Jugosławii, nasze uprawnienia obowiązują w państwach UE Chorwacji i Słowenii, pozostałe kraje nie są stowarzyszone.

Wyruszamy w podróż, jakie dokumenty trzeba mieć ze sobą, aby w razie potrzeby skorzystać z pomocy w innym państwie?

GP: Jeśli naszym celem jest podróż, a nie zamieszkanie w innym państwie, jedynym dokumentem jest Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ). Ten dokument zawiera nasze dane, ma też określoną datę ważności. Wydawany jest dla każdej osoby wyjeżdżającej, czyli nie wydaje się go na całą rodzinę, ale na każdą konkretną osobę,

Kto może taką kartę otrzymać?

GP: Karta EKUZ potwierdza, że osoba, która się nią legitymuje jest w Polsce objęta ubezpieczeniem zdrowotnym i w razie problemów zdrowotnych kosztami świadczeń należy obarczyć Polskę. Można ją wyrobić składając wniosek online, przez E-PUAP lub internetowe konto pacjenta, można też przyjść w tym celu do oddziału NFZ albo wysłać wniosek pocztą. Jeśli wybierzemy wizytę osobistą w oddziale, karta jest wydawana od ręki, trwa to około minuty. Wniosek jest bardzo prosty, wystarczy wpisać imię, nazwisko, numer PESEL. Karta obowiązuje w całej UE, z krajami stowarzyszonymi, do czasu obowiązywania jej daty ważności.

Co się dzieje, jeśli wyjechaliśmy i zapomnieliśmy zabrać kartę EKUZ albo nie zdążyliśmy jej wyrobić, a zdarzy się nam problem zdrowotny?

GP: Są takie sytuacje, mamy wtedy dwie możliwości. Pierwsza to kontaktujemy się z NFZ i mówimy o tej sytuacji, wtedy wydawany jest tzw. certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ, który tak jak EKUZ potwierdza uprawnienia, jest ważny w konkretnym okresie czasu. Taki certyfikat NFZ może wysłać mailem czy faxem bezpośrednio do szpitala. Druga droga – musimy sami opłacić koszty leczenia, wziąć rachunek i wystąpić do NFZ o refundację kosztów.

Jakie świadczenia są gwarantowane w takim ubezpieczeniu? Czy można zaplanować sobie jakiś zabieg za granicą, np. operację przepukliny, czy dotyczy to tylko zdarzeń nagłych?

GP: Definicja tych świadczeń, które przysługują w ramach EKUZ jest dość skomplikowana: to świadczenia niezbędnie konieczne z punktu widzenia medycznego na przewidywany okres pobytu. Celem tych świadczeń jest zapewnienie pacjentowi pobytu w warunkach bezpiecznych dla zdrowia i nie zmuszanie go do powrotu do swego państwa w celu uzyskania tych świadczeń.

Czyli przepukliny planowo nie można zoperować, ale jak uwięźnięcie i będzie potrzebna nagła operacja, to już tak?

GP: Jak najbardziej, taki zabieg jest wtedy pilny. Tak samo jak ktoś pojedzie na zagraniczną wycieczkę i np. rozboli go ząb, może pójść do stomatologa. To jak najbardziej sytuacja niezbędnie konieczna z punktu widzenia medycznego. Natomiast jeśli np. student spędza rok akademicki na zagranicznej uczelni, to jego uprawnienia się rozszerzają i ma prawo np. iść do stomatologa na przegląd, zbadać zęby. . O tym, czy jest to świadczenie niezbędnie konieczne decyduje lekarz, który wie, co jest pacjentowi potrzebne i czy może poczekać, czy świadczenie jest konieczne tu i teraz.

Jak jest z refinansowaniem? W różnych krajach są różne odpłatności za leczenie, nie wszędzie obowiązuje refundacja leków, bywa, że w Polsce lek jest bezpłatny, a w innym kraju trzeba zapłacić za niego 100 procent. Które prawo obowiązuje pacjentów – kraju z którego przyjechaliśmy czy w którym jesteśmy?

GP: Trudno, aby każdy lekarz znał ustawodawstwo 30 kilku państw. Dlatego zawsze obowiązuje prawo państwa, na terenie którego się znajdujemy. Wiąże się to niestety z kosztami, które czasami musimy ponieść. W większości krajów obowiązują dopłaty do

leczenia. Np. we Francji czy Belgii jest określony limit na ok. 60-80 proc. Z kolei np. w Niemczech obowiązuje odpłatność za pobyt w szpitalu to 10 euro za każdy rozpoczęty dzień pobytu. Wiele państw ma równoległe dwa systemy – publiczny i prywatny. W publicznym leczymy się często nawet bezpłatnie, a w prywatnym koszty trzeba pokryć w stu procentach. Tu EKUZ nie zadziała. Trzeba mieć świadomość, do jakiego państwa jedziemy, z czego możemy skorzystać, jak wyglądają ewentualne dopłaty i wtedy przemyśleć kwestię dodatkowego ubezpieczenia.

A jeśli leczymy się w prywatnej klinice, to możemy się ubiegać o refundację?

GP: Nie znamy nigdy sytuacji po drugiej stronie, dlatego zawsze wniosek o refundację przyjmujemy. Zgodnie z prawem unijnym o wysokości refundacji decyduje prawo danego państwa. Ten wniosek, rachunek, trafia do instytucji np. belgijskiej czy francuskiej, gdzie pacjent uzyskał świadczenia i to ona zgodnie ze swoim prawem zdecyduje o kwocie, którą my jako NFZ mamy oddać naszemu pacjentowi. Z tym, że jeżeli to będzie rachunek z kliniki prywatnej, to kwota zwrotu będzie wynosić 0, zgodnie ze wskazaniem, że jest to usługa poza publiczną służbą zdrowia. Czyli jeśli ktoś chce skorzystać z karty EKUZ, powinien leczyć się w publicznej służbie zdrowia danego kraju.

Wspomniał pan o studentach, którzy wyjeżdżają na 9-10 miesięcy za granicę na studia. Jak to wygląda w ich przypadku? Tu też obowiązuje karta EKUZ? Albo w przypadku dłuższej pracy za granicą?

GP: Jeżeli ten pobyt ma być długi, czyli trwający rok, w grę może wejść zmiana państwa zamieszkania. Możemy wystąpić wtedy o dokument S1, który daje nam prawo do pełnego zakresu świadczeń w tamtym państwie. On wskazuje, że Jan Kowalski, polski ubezpieczony, przeniósł się do danego kraju i chce być ubezpieczony w lokalnej kasie chorych. Po rejestracji dostanie dokument uprawniający go do korzystania z publicznej służby zdrowia w takim zakresie jak każdy ubezpieczony obywatel danego kraju UE.

A jeśli posiadacz tego dokumentu przyjedzie do Polski, co wtedy?

GP: Nadal zachowuje polskie ubezpieczenie. Ma prawo do świadczeń w Polsce, bo jest u nas ubezpieczony i ma prawo do świadczeń w państwie, gdzie mieszka. To obejmuje też członków rodziny. Jeśli ktoś np. ma firmę, przenosi się na jakiś czas za granicę, w Polsce miał ubezpieczoną żonę i dzieci, oni też mogą wyjechać i otrzymać pełne prawo do świadczeń. Te uprawnienia idą za nami. Jednak o tym, czy członek rodziny może być zarejestrowany, decyduje zawsze instytucja danego kraju, która sprawdza, czy taka osoba spełnia warunki członka rodziny.

Czy jak wyjeżdżamy do pracy za granicą, mamy tam ubezpieczenie, tracimy uprawnienia w Polsce?

GP: Trzeba sprawdzić, czy utraciliśmy polskie ubezpieczenie. Generalnie w państwie, w którym ktoś pracuje, jest ubezpieczony. Wtedy jadąc stamtąd do Polski, trzeba z tamtego państwa wziąć kartę ubezpieczenia zdrowotnego.

A jak wygląda planowane leczenie za granicą? Jeśli mamy potrzebę, czujemy że najlepiej będzie poddać się zabiegowi w innym kraju UE, czy możemy to zaplanować? Swego czasu popularne były wyjazdy, nawet autobusami, na operację zaćmy na Litwę czy do Czech.

GP: Mamy możliwość trojakiego leczenia za granicą. Zawsze musi być to świadczenie znajdujące się w koszyku świadczeń gwarantowanych – czyli leczenie, które bezpłatnie jest realizowane w Polsce lub za częściową odpłatnością przy lekach. Jeśli to świadczenia niewymagające pobytu w szpitalu do dnia następnego – i nie są związane z protonoterapią i radioterapią, wymagających uprzedniej zgody prezesa NFZ – to na takie zabiegi jak zaćma, możemy pojechać do dowolnego kraju UE, uzyskać świadczenie i wystąpić o zwrot kosztów. O zwrot kosztów można ubiegać się według polskich zasad – trzeba przejść całą procedurę, czyli mieć skierowanie czy receptę, złożyć dokumenty. Możemy otrzymać refundację w wysokości takiej, ile za to świadczenie NFZ płaci w Polsce. Potrzebna jest do tego faktura i dokumentacja medyczna.

Czy jest możliwość prowadzenia terapii protonowej za granicą? W Polsce już jest prowadzona.

GP: Pacjent musi uzyskać uprzednią zgodę. Czyli wystąpić z wnioskiem do prezesa NFZ. W Polsce protonoterapia jest ograniczona tylko do obszaru oka i tylko protonoterapia oka w takiej sytuacji uzyska zgodę. Natomiast wymagane wypełnienie wniosku, wypełnia go lekarz specjalista, on wskazuje do jakiej placówki skierowałby pacjenta. Pacjent ma prawo wtedy albo skorzystać z dyrektywy transgranicznej, gdzie musi zapłacić za świadczenie z własnej kieszeni i ubiegać o zwrot lub NFZ może automatycznie przekształcić wniosek na zgodę wynikającą z kolejki. Czyli jeżeli pacjent jest u nas zapisany w kolejce, czeka na zabieg, ale jego stan wskazuje, że to leczenie musi odbyć szybciej niż wynika z kolejki, może prosić o wydanie zgody na leczenie w innym państwie. Wówczas prezes NFZ może wydać zgodę na leczenie, chyba że znajdzie w Polsce szpital, który zrealizuje to świadczenie w terminie wskazanym przez specjalistę.

Czy możemy skorzystać z leczenia poza państwem unijnym, np. w USA czy Chinach?

GP: Taka możliwość istnieje w bardzo konkretnej sytuacji. Jeżeli mamy jakieś schorzenie, jest konieczne leczenie, ale nikt w Polsce nie chce się tego podjąć, są tu dwie przesłanki – musi to być leczenie gwarantowane, ale nie wykonywane w Polsce i to leczenie musi gwarantować poprawę stanu zdrowia lub wyleczenie pacjenta. Wówczas kierując wniosek do prezesa NFZ można uzyskać zgodę na takie leczenie w dowolnym kraju świata. I mamy pacjentów którzy byli poddani leczeniu w USA.

Dodam jeszcze jedną rzecz. W przypadku wyjazdów turystycznych, zawsze warto pamiętać o ubezpieczeniu komercyjnym. Mamy wakacje, zdarzają się wypadki, trudne sytuacje. EKUZ gwarantuje nam tylko leczenie zgodne z prawem danego państwa. Np. Francja pokrywa tylko 80 proc. kosztów leczenia, 20 proc. trzeba pokryć z własnej kieszeni. Przy poważniejszych schorzeniach to spore sumy. Tak samo np. kwestia koniecznego transportu powrotnego, w przypadku poważnego zachorowania – EKUZ tego nie obejmuje. W przypadku poważnego wypadku i śmierci – również nie ma żadnych świadczeń.

AD: Nie warto też brać najtańszej wersji tego dodatkowego ubezpieczenia. Warto poczytać jakie świadczenia takla prywatna polisa obejmuje i jak wygląda powrotny transport do kraju w razie poważnego zachorowania.

Kolejny nasz temat to leczenie uzdrowiskowe. To leczenie czy wczasy? Bo wyjeżdżamy do miejsc atrakcyjnych turystycznie, które zapewniają też masę atrakcji dodatkowych, nie tylko zabiegi lecznicze.

AD: To jest leczenie. Ale miejscowości uzdrowiskowe są położone w atrakcyjnych geograficznie obszarach naszego kraju, bogatych w zasoby naturalne, które są elementem leczenia uzdrowiskowego. Dobrze, abyśmy uświadomili sobie, że leczenie uzdrowiskowe różni się od rehabilitacji i fizjoterapii, tym że wykorzystywane są zabiegi bodźcowe, które na pacjenta działają bardzo silnie. Często pacjenci przyznają, że ta moc oddziaływania tych zabiegów jest naprawdę bardzo duża. Trzeba też pamiętać, że w uzdrowisku musimy nauczyć się wypoczywać i odpoczywać w czasie leczenia. Często pacjenci się burzą, że 3-5 zabiegów mają rozplanowane na cały dzień, a woleliby od godz. 10 do 11 mieć wszystkie i potem czas wolny na inne rzeczy. Ale w leczeniu uzdrowiskowym ważny jest odpoczynek między zabiegami. W sanatoriach istnieją wypoczynalnie, to pomieszczenia na bardzo wysokim poziomie estetycznym, gdzie po zabiegu należy przyjść i wypocząć. I np. pacjenci korzystający z kąpieli siarkowych mają po zabiegu wskazany wypoczynek 10-15 minutowy w tej wypoczynalni.

Czy można wybrać sobie miejsce, gdzie pojedziemy do sanatorium? Jeśli chcę np. pojechać do Buska Zdroju czy Solca, mogę dostać skierowanie właśnie tam?

AD: Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wypisywane jest pacjentowi przez lekarza POZ, specjalistę lub lekarza ze szpitala i nie jest to skierowanie na żądanie. Lekarz bierze pod uwagę stan zdrowia ogólny pacjenta, choroby współistniejące i główną chorobę, będącą podstawą skierowania. One dają profil leczniczy. O tyle możemy zasugerować NFZ, że chcemy jechać np.

do Kołobrzegu, Buska czy Ciechocinka, o ile choroba, która jest podstawą skierowania i choroby współistniejące, są zgodne z profilem leczniczym danej miejscowości sanatoryjnej. Kierunki lecznicze wynikają z zasobów naturalnych. I o ile w 90 proc. sanatoriów mogą być leczone schorzenia z zakresu narządu ruchu, reumatologia, ortopedii, to już nie niekoniecznie wszędzie jest pulmonologia, bo do tego kierunku już wymagamy pewnych pierwiastków w powietrzu.

Czyli decyduje nasza choroba, ale też NFZ. My wskazujemy termin i miejsce leczenia uzdrowiskowego. W planach jest reforma tego systemu, która zakłada, że pacjent sam sobie będzie wybierał miejsce leczenia uzdrowiskowego, ale wybór ten będzie ograniczony do sanatoriów zgodnych z jego stanem zdrowia. Czyli jeśli ktoś będzie miał skierowanie związane ze schorzeniem płuc, nie będzie widział w systemie tych miejsc, które nie są dedykowane do jego stanu zdrowia.

Będzie też można zdecydować, czy nie chcemy czekać i wybieramy ośrodek, gdzie można pojechać szybciej, czy jak jest to popularny obiekt to np. za dwa lata?

AD: Pacjent będzie mógł wybrać filtr czasu oczekiwania – jak jest zainteresowany najszybszym leczeniem, to wybierze miejsce tam gdzie ta kolejka jest najkrótsza, a jak jest zainteresowany konkretnym miejscem, a ono jest popularne, musi się liczyć z tym, że poczeka nawet 2-3 lata.

Kto decyduje o tym, że mamy wskazania do leczenia sanatoryjnego i o zabiegach? Jakie są przeciwwskazania do takiego wyjazdu?

AD: O wskazaniach decyduje lekarz kierujący, który wystawia skierowanie. Bierze on też pod uwagę przeciwwskazania. Nawet jeśli nasze schorzenia predysponują nas do wyjazdu do sanatorium. Przeciwwskazaniem do wyjazdu jest ciąża i połów. Wyjechać do sanatorium nie może też osoba, która jest w czynnej fazie choroby nowotworowej albo nie upłynęło jeszcze 5 lat od zakończenia leczenia chłoniaka, czerniaka złośliwego i białaczki. W przypadku innych nowotworów – musi minąć 12 miesięcy od zakończenia leczenia.

To nie jest tak, że urzędnicy NFZ są źli i nie przydzielają miejsca w sanatorium, ale lekarz konsultant, który u nas pracuje i pracownicy Funduszu nie podpiszą się pod skierowaniem, jak jest jakakolwiek wątpliwość, ślad, że pacjent był leczony onkologicznie. Bo jakby nie upłynął ten bezpieczny okres od zakończenia leczenia, a pacjent zostałby poddany silnemu leczeniu bodźcowemu, mogłoby dojść do nawrotu choroby onkologicznej.

Jaka jest różnica między szpitalem uzdrowiskowym i sanatorium?

AD: Nie jest to jedno i to samo. Sanatorium uzdrowiskowe, do którego może skierować lekarz poz, jest w części płatne przez pacjenta, przebywamy w nim w ramach urlopu wypoczynkowego, chyba że jesteśmy już na emeryturze. Wskazania do leczenia w sanatorium są bardzo szerokie. W przypadku szpitala uzdrowiskowego, jedziemy tam w bardzo krótkim okresie czasu po wystąpieniu leczenia szpitalnego, czyli po wypadkach, zawałach. W zasadzie odbywa się to bez kolejki, pacjentów wysyłamy na bieżąco. Jest to kontynuacja leczenia szpitalnego w innych warunkach. W przypadku kardiologii, mamy jeszcze rehabilitację kardiologiczną dla pacjenta, który jest po wypisie ze szpitala stacjonarnego, ale jeszcze jest na tyle słaby, że nie może jechać do szpitala uzdrowiskowego i w ramach rehabilitacji kardiologicznej nad tym pacjentem pracujemy i go wzmacniamy. W szpitalu uzdrowiskowym przebywamy w ramach zwolnienia lekarskiego i jest ono bezpłatne całkowicie dla pacjenta.

Czy w sanatorium można dokupić zabiegi? Jest to dopuszczalna forma rozszerzenia leczenia?

AD: Wiemy, że pacjenci dokupują zabiegi dodatkowe, jest to fakt. Natomiast my finansujemy nie mniej niż 3 zabiegi dziennie związane z jednostką chorobową, na którą pacjent ma skierowanie. Jak ktoś ma skierowanie na ból kręgosłupa, ma zabiegi związane z tą jednostką chorobową.

Ile pacjent musi dopłacić do leczenia w sanatorium?

Leczenie w sanatorium jest częściowo odpłatne, my za 21 dni pobytu płacimy świadczeniodawcom 3529 zł. Natomiast pacjent w sezonie wakacyjnym ponosi opłatę od 249

zł w pokoju wieloosobowym bez pełnego węzła sanitarnego do prawie 900 zł za jednoosobowy z pełnym węzłem sanitarnym. Plus podatek uzdrowski na rzecz gminy, to kilka złotych dziennie. W szpitalu uzdrowskim tej opłaty za klimat nie ma.

Poruszamy dziś jeszcze jeden temat – opieka długoterminowa. Do jakich pacjentów jest ona skierowana i co to takiego jest?

AD: Opieka długoterminowa to pojęcie potoczne i bardzo szerokie. To świadczenia, które przeznaczone są dla pacjentów niepełnosprawnych, którzy wymagają całodobowego nadzoru specjalistycznego, ale niekoniecznie lekarskiego, u których w zasadzie tzw. leczenie przyczynowe zostało zakończone. W ramach tej opieki mamy świadczenia paliatywne i hospicyjne oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. W ramach tej pierwszej grupy świadczeń – paliatywnych i hospicyjnych, nastąpiła radykalna zmiana związana z poszerzeniem kwalifikacji pacjentów. Generalnie są to świadczenia dla pacjentów z nieuleczalną chorobą, u których leczenie przyczynowe zostało zakończone i z chorobą, która nie rokuje nadziei na wyleczenie. Dawno temu był zapis, że pacjent kierowany do hospicjum jest to pacjent w fazie terminalnej. Nie ma takich zapisów w tej chwili. Już musimy odejść od postrzegania hospicjów, że tam trafiają tylko pacjenci w fazie terminalnej. Oczywiście też, ale nie tylko. Jak spojrzymy na kryteria kwalifikacji do hospicjum, mamy tu 64 jednostki chorobowe, podzielone na kwalifikacje osób dorosłych i dzieci. U dorosłych są to też trwałe owrzodzenia odleżynowe, kardiomiopatie, nowotwory. Punktem wyjścia jest jednostka chorobowa, która się znajduje w wykazie i stan zdrowia pacjenta. W zależności od stanu zdrowia pacjent jest kierowany albo do stacjonarnej opieki albo do opieki domowej. Jest też poradnia paliatywna, która realizuje świadczenia ambulatoryjnie, ale też w domu, na rzecz takiego pacjenta, który jeszcze nie został zakwalifikowany do hospicjum domowego.

Mówimy tu o chorych w ciężkim stanie, u których rokowanie jest poważne. Czy w tej sytuacji są jakieś ograniczenia w opiece długoterminowej, choroby, które z niej wykluczają?

AD: Jedyne kryterium wykluczające jest takie, że jak korzystamy z jednej formy opieki długoterminowej, to już nie korzystamy z drugiej formy. Czyli jak przebywamy w zakładzie opieki długoterminowej, to nie można w tym samym czasie być objętym opieką hospicjum stacjonarnego, jak przebywamy w hospicjum domowym, nie możemy korzystać w tym czasie z pielęgniarstwa opieki długoterminowej.

Choroba psychiczna w ostrej fazie wyklucza z tych dwóch form świadczeń, ale dla takich pacjentów niesamodzielnymi mamy inne formy opieki i leczenia.

To pacjenci w ciężkim stanie, często potrzebna jest im wentylacja mechaniczna, która kojarzy nam się raczej z obecnością na OIT, gdzie respirator to podstawowe narzędzie leczenia. Jak to się odnajduje w opiece długoterminowej?

AD: Prowadzimy wentylację mechaniczną poza szpitalem: stacjonarnie i w warunkach domowych. Tutaj znowu punktem wyjścia do kwalifikacji czy będzie to zakład opiekuńczo-leczniczy dla pacjentów wentylowanych czy opieka domowa, jest stan pacjenta. Jeśli pacjent będzie potrzebował całodobowego nadzoru specjalistycznego, kierujemy go do zakładu całodobowego, gdzie będzie miał opiekę. Natomiast jeśli pacjent ma warunki w swoim środowisku, jego rodzina jest zainteresowana, aby przeszkolić się w opiece nad pacjentem, jest też wentylacja domowa. Mamy kilkudziesięciu takich pacjentów. Nie tylko przebywają pod wentylacją stałą, pod respiratorem, jest też wentylacja okresowa, to np. godzina dziennie przy przewlekłej niewydolności oddechowej. W zależności od tego, czy wentylacja jest inwazyjna czyli przez respirator, czy są to łżejsze formy, są różnice w sprawowaniu opieki przez personel medyczny, częstotliwości odwiedzania przez lekarza anestezjologa, pielęgniarkę, rehabilitanta. Co jest istotne, skierowanie do wentylacji mechanicznej wydaje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, ale pacjent ma mieć wydaną kwalifikację po zakończonym leczeniu szpitalnym. Tej kwalifikacji dokonuje po zakończonym leczeniu pod respiratorem lekarz na OIT, a w przypadku wentylacji okresowej – także lekarz pulmonolog.

Często chcemy, aby taki pacjent był z nami w domu. Czy jest forma wsparcia w warunkach domowych, np. przez pielęgniarkę, która będzie nas regularnie odwiedzać?

AD: Na takie wsparcie też możemy liczyć. To pielęgniarska opieka długoterminowa domowa. Tu kwalifikacja do opieki zależy od wyniku skali Bartel – pacjent musi mieć mniej niż 40 punktów. Oceniana jest jego zdolność do wykonywania czynności codziennych: spożywanie posiłków, ubieranie się, przemieszczanie się po mieszkaniu, korzystanie z toalety. Skala punktuje na 3 wyróżnikach 0, 5, 10 punktów. Jak pacjent uzyskuje mniej niż 40 punktów, kwalifikuje się do pielęgniarskiej opieki długoterminowej. W ramach takiej opieki pielęgniarka jest u pacjenta nie mniej niż 4 dni w tygodniu, świadczy świadczenia pielęgniarskie, edukuje też rodzinę jak opiekować się pacjentem, także współpracuje z lekarzem rodzinnym. Stawiamy tu na jakość i nie chcemy, aby taka pielęgniarka miała zbyt wielu pacjentów pod opieką i jej czas wizyty u pacjenta byłby krótki, dlatego jest taki ogranicznik, że jak ma pod opieką pacjentów pod różnymi adresami, w ramach swojej pracy może zajmować się nie więcej niż 6 osobami. Jeżeli pacjenci są pod wspólnym adresem, np. w DPS-ie, pielęgniarka może sprawować opiekę nad 12 pacjentami. Jesteśmy po konkursie ofert na realizację świadczeń długoterminowych i od 1 lipca powiększyliśmy liczbę świadczeniodawców, było ich 28, będzie 40. Generalnie nie ma kolejek do takiej formy opieki.

O to kolejki chciałem spytać, skoro pielęgniarka może tylko 6 lub 12 pacjentami się zajmować. I jak to wygląda w hospicjach czy ZOL-ach?

AD: Staramy się wykorzystać potencjał zgłoszony przez świadczeniodawców, jak nie stać nas w jakimś okresie roku na opłacenie wszystkich łóżek, potem je dofinansowujemy. Czasem zdarza się, że mimo zwiększenia liczby łóżek, potencjał personelu jest niższy. Nie może bowiem być, że ZOL ma 53 łóżka i 1 lekarza i 2 pielęgniarki. My bardzo precyzyjnie określamy etaty przeliczeniowe i wymagamy określonego potencjału kadrowego, aby pacjenci mieli właściwą opiekę. Czasy oczekiwania nie są długie. Jak trzeba poczekać na miejsce, to w hospicjum stacjonarnym, bo w hospicjum domowym nie może być kolejek. W momencie zgłoszenia pacjent ma być objęty opieką.

11. Bóle głowy. Migrena



prof. Alina Kułakowska

Bóle głowy – to temat ostatniej audycji z cyklu „Pytanie do specjalisty”. Gościem prof. Jana Kochanowicza była prof. Alina Kułakowska z Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, podlaski konsultant ds. neurologii, a także prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Neurologii.

Nasz dzisiejszy temat to ból głowy. Ale na początek zapytam: Co nowego słysząc w neurologii? W którą stronę zmierza?

Zacznijmy może od tego, czym jest neurologia, bo może nie wszyscy to wiedzą. Neurologia to dział medycyny zajmujący się diagnostyką i leczeniem chorób układu nerwowego – ośrodkowego, czyli mózgu i rdzenia kręgowego oraz obwodowego, czyli nerwów obwodowych, które dochodzą do praktycznie wszystkich narządów, w tym do mięśni, które wprawiają w ruch. Czyli jest to bardzo szeroka dziedzina medycyny i obejmuje wiele różnych chorób o różnej etiologii, poczynając od naczyniowej, zapalnej, nowotworowej, zdarzają się też zatrucia i urazy.

Neurologia w ostatnim czasie z jednej strony rozwija się bardzo prężnie. Od lat 90-tych ub. wieku poprawiły się nowe metody diagnostyczne. Przede wszystkim mamy świetne metody neuroobrazowe, takie jak coraz powszechniejsza tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, PET, także diagnostyka genetyczna poszła do przodu. Możemy coraz lepiej diagnozować choroby neurologiczne i je coraz lepiej leczyć. Mamy w neurologii wiele nowych leków. Przez wiele lat neurologia była traktowana jako taka dziedzina, w której możemy zdiagnozować wiele chorób, ale w zasadzie niewiele możemy pacjentom pomóc. Obecnie mamy liczne nowe leki w chorobach, których kiedyś nie mogliśmy skutecznie leczyć, chociażby w stwardnieniu rozsianym, chorobie Parkinsona czy rdzeniowym zaniku mięśni. Leczenie udaru mózgu zmienia się na naszych oczach – jesteśmy w stanie udrażniać zamknięte naczynia i przywracać funkcje przynajmniej niektórym z naszych pacjentów. Również jest wiele nowego w przypadku bólów głowy.

Ból głowy to coś takiego, że każdy z nas go doświadczył. Można powiedzieć, że każdego bolała, boli lub będzie boleć głowa. To objaw powszechny. Dlaczego tak jest?

Tak, to prawda, że trudno znaleźć dorosłego człowieka, którego nigdy w życiu nie bolała głowa. Przyczyn bólu głowy jest całe mnóstwo. Czy to choroba czy objaw? Jeżeli mamy pacjenta z bólem głowy, to pierwsza rzecz, nad którą się zastanawiamy, to czy jest to pierwotny ból głowy, czy ból głowy objawowy. Ponieważ ból głowy może być objawem bardzo

wielu różnych chorób, i to chorób różnych narządów, nawet bardzo odległych od głowy, jak np. niewydolność nerek, niewydolność wątroby. Ale mamy też grupę bólów głowy tzw. pierwotnych, które są same w sobie chorobą, której głównym i zazwyczaj jedynym objawem jest ból głowy. Najczęstszy jest tu ból głowy typu napięciowego, a na drugim miejscu jest migrena. Szacuje się, że migrena występuje u ok. 15 proc. populacji, a napięciowy ból głowy jest jeszcze częstszy.

Czy jak zaczyna nas boleć głowa, to jest to powód do niepokoju i powinniśmy pędzić do lekarza czy przeczekać lub wziąć tabletkę?

Są takie tzw. czerwone flagi, czyli pewne towarzyszące bólowi głowy objawy, które powinny budzić naszą czujność. I wtedy powinniśmy pomyśleć o zgłoszeniu się do lekarza. Te cechy to bardzo nagły początek ostrego bólu, czyli gdy siedzimy w dobrostanie, nic nam nie dolega i nagle pojawia się bardzo silny ból, jak uderzenie pioruna w głowę, który nie mija, mimo przyjęcia tabletki przeciwbólowej. Niepokoić powinny także bóle głowy, które wystąpią nagle z utratą przytomności, z innymi towarzyszącymi objawami typu niedowład, czyli osłabienie którejś z kończyn, zaburzenia równowagi, czy zaburzenia czucia. Bóle głowy z gorączką to też ciekawe zagadnienie – z jednej strony taki ból może być np. objawem zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, ale z drugiej, jak ktoś ma infekcję, której towarzyszy gorączką to też zazwyczaj pojawia się ból głowy. Niepokojące są też bóle głowy u osób, które mają w wywiadzie np. przebytą chorobę nowotworową.

Zwykle te pierwotne bóle głowy, np. migrena i napięciowy ból głowy, zaczynają się w młodym wieku, u nastolatków, u młodych dorosłych. Więc niepokojące są bóle głowy u małych dzieci, np. przedszkolnych i bóle u osób starszych, po 50, 60 roku życia, które wcześniej nie miały bólów głowy. Jeśli się pojawiają, to wymaga konsultacji lekarskiej, chociażby u lekarza POZ, który po zebraniu wywiadu, zbadaniu pacjenta, zdecyduje, czy należy skierować taką osobę do neurologa.

Jak wygląda ten napięciowy ból głowy? Czym się charakteryzuje?

Jak mówiłam, to ból bardzo powszechny, zwykle pojawia się w sytuacjach stresowych, przemęczenia, przewlekłego stresu, przepracowania, w sytuacjach konfliktowych. Może mieć charakter epizodyczny, czyli zdarzać się raz na jakiś czas, ale może też mieć charakter przewlekły, czyli być obecny nawet codziennie. Zwykle jest tępy, opasujący, o charakterze ucisku, jakby ktoś nałożył na głowę za ciasną czapkę, za ciasną obręcz. Nie jest to ból pulsujący, tętniący. Nie towarzyszą mu dodatkowe objawy jak wymioty, nudności, światłowstręt czy przeculica na dźwięki. Czyli jest to taki ciągły uporczywy, umiarkowany nasilony ból całej głowy. Pacjent, mimo, że ma ten ból głowy, zwykle jest w stanie pójść do szkoły, do pracy, zrobić zakupy, ugotować obiad. Nasilenie bólu napięciowego zwykle jest umiarkowane. Szczególnie jeśli ból ma charakter przewlekły, to często u takich osób stwierdza się obniżenie nastroju – nastrój depresyjny i podwyższony poziom lęku. Czasem dochodzi tu do błędnego koła, bo pacjenta boli głowa, zaczyna się tym martwić, a to zdenerwowanie, niepokój, lęk, dodatkowo może nasilać ból głowy. To dosyć częsta sytuacja u pacjentów z przewlekłym napięciowym bólem głowy. Tu aby pacjentowi pomóc, jest wskazane, aby udał się do neurologa, żeby ten go zbadał i wytłumaczył mu istotę tej choroby. Tego bólu wyleczyć niestety nie umiemy, natomiast zastosowanie odpowiedniego leczenia, uspokojenie pacjenta, wytłumaczenie, że ból nie zagraża życiu, nieraz zastosowanie leków przeciwdepresyjnych, może dać dobre efekty.

A jak wygląda ból migrenowy? On budzi dużo emocji, ma też swoje konotacje w literaturze.

Ból migrenowy jest bardziej spektakularny. Mamy dwa typy migreny. Pierwszy, rzadszy, to migrena z aurą – u niektórych osób przed wystąpieniem bólu migrenowego pojawiają się objawy zwiastunowe, najczęściej zaburzenia widzenia, mroczki, ubytki w polu widzenia, zamazany obraz. To poprzedza o kilkanaście – kilkadziesiąt minut wystąpienie bólu migrenowego. Pacjent już wie, że będzie miał migrenę. Potem zaczyna się ból, zwykle połowiczny, zajmujący pół głowy, najczęściej to ból tętniący, pulsujący. Często towarzyszą mu nudności i wymioty. Bardzo charakterystyczne jest to, że aktywność ruchowa nasila ten ból,

taka zwykła aktywność jak chodzenie, wchodzenie po schodach. Często towarzyszy temu bólowi fotofobia i fonofobia, czyli nadwrażliwość na światło i na dźwięki. Ból migrenowy zwykle jest dosyć mocno nasilony. Pacjent często nie jest w stanie pójść do pracy, do szkoły, stara się znaleźć ciche pomieszczenie, bez światła i położyć się w spokoju. Bo czynnikiem przynoszącym ulgę jest sen i jak pacjentowi uda się zasnąć, zwykle budzi się bez bólu głowy. Oprócz migreny z aurą jest też migrena bez aury, zwana migreną zwykłą. Ból przypomina ten w klasycznej, ale trochę też napięciowy ból głowy. Zaczyna się bez żadnych zwiastunów, może być i połowicznie lub obejmować całą głowę.

Pacjent cierpiący na bóle głowy decyduje się pójść do neurologa. Jak wygląda spotkanie z lekarzem, czy trzeba się do niego jakoś przygotować?

Najważniejszy w diagnostyce bólów głowy, tak jak zresztą wszystkich chorób neurologicznych, jest wywiad z pacjentem, czyli zebranie od pacjenta dokładnych informacji na temat dolegliwości, z którą przychodzi. Czyli pacjent powinien się zastanowić, jak ma opisać te swoje bóle głowy, czy są ciągłe, czy napadowe, ile czasu trwa taki ból głowy, czy towarzyszą mu nudności, wymioty, nadwrażliwość na światło, dźwięki. Jaka jest lokalizacja, charakter bólu. Ważne jest też zebranie informacji na temat przebytych chorób, a także wywiad rodzinny, bo np. migrena bardzo często występuje rodzinie. Potem pacjent jest badany neurologicznie, są oceniane funkcje ruchowe, czuciowe, funkcje mózdzku, wszystkie nerwy. I po takim badaniu w niektórych przypadkach lekarz neurolog może już rozpoznać konkretną chorobę. Nie zawsze wymagane jest od razu skierowanie pacjenta na rezonans magnetyczny czy na tomografię. Ale zazwyczaj jest też tak, że po zebraniu wywiadu, badaniu, neurolog zleca pewne badania dodatkowe, bo jak mówiłam, bóle głowy mogą być objawem wielu różnych chorób. Warto np. zmierzyć ciśnienie tętnicze krwi – skoki ciśnienia mogą objawiać się silnym bólem głowy, warto też zrobić podstawowe badania laboratoryjne, jak morfologia, by sprawdzić czy pacjent nie ma np. anemii, warto oznaczyć poziomu cukru. A w niektórych przypadkach pacjent kierowany jest na badania neuroobrazowe.

A co te badania neuroobrazowe mogą nam pokazać?

One pozwalają uwidocznąć struktury wewnątrzczaszkowe, ale też kości czaszki i czepec, czyli mięśnie, które pokrywają kości czaszki. Wykonując te badania możemy zobaczyć patologiczne zmiany, które ewentualnie u pacjenta mogą występować, takie jak guzy mózgu, zmiany naczyniopochodne, zmiany pourazowe. W przypadku pierwotnych bólów głowy (ból głowy typu napięciowego, migrena) obraz mózgu jest prawidłowy, nie zobaczymy tam żadnych patologii, które powodują te bóle.

Dużo emocji u pacjentów odbierających wyniki rezonansu wywołuje opis „poszerzone przestrzenie Virchowa-Robina”. Co to takiego jest i czy jest to powód do niepokoju?

To nie jest powód do niepokoju, to jest fizjologia. U każdego z nas mózg jest zaopatrywany przez naczynia krwionośne, do neuronów musi docierać krew, która doprowadza tlen i glukozę, żeby nasze komórki nerwowe mogły prawidłowo funkcjonować. Drobne naczynka, które leżą w mózgowiu, są otoczone taką przestrzenią, którą nazywamy przestrzenią Virchowa-Robina. One występują u każdego człowieka. Natomiast niekiedy te przestrzenie są troszkę szersze, co nie jest żadną patologią. Zdarzają się bardzo skrupulatni radiolodzy, którzy wszystko wypunktowują, nie tylko patologię, ale także opisują zmiany fizjologiczne, które zauważą przy oglądaniu badania rezonansu.

W opisach rezonansu zdarza się także „torbiel pajęczynówki”, która budzi jeszcze większe emocje. Niektórzy pacjenci od razu myślą, że mają guza. A to nie jest nic złego. Nasz mózg otoczony jest trzema oponami, takimi błonami łączno-tkankowymi. Między pierwszą z nich – oponą mięką a drugą – oponą pajęczą jest przestrzeń, w której znajduje się płyn mózgowo-rdzeniowy, pełniący funkcję takiej ochronnej „poduszki wodnej”. Mózg jest bardzo delikatnym narządem (ma konsystencję galaretki) i jest zamknięty w czaszce – w twardej puszcze kostnej, i gdyby nie był jakoś chroniony, to przy każdym naszym ruchu uderzał by w kość czaszki, byłby niszczone. Stąd jest ta przestrzeń podpajęczynówkowa, w której znajduje się płyn mózgowo-rdzeniowy, amortyzujący drobne urazy. I ta przestrzeń też ma różną szerokość, w różnym

miejscach i u różnych ludzi. U niektórych osób zdarzają się jej poszerzenia nazywane torbielami pajęczynówki. Nie należy tym się niepokoić.

Czy bóle głowy możemy w jakiś sposób leczyć?

W przypadku bólów głowy objawowych, czyli spowodowanych inną określoną chorobą, należy zająć się leczeniem tej choroby. Czyli jeżeli mamy np. niewyrównaną cukrzycę, źle leczone nadciśnienie tętnicze – trzeba te choroby leczyć.

Natomiast napięciowy ból głowy to ból, któremu często towarzyszy obniżony nastrój, czyli depresja, lęk, więc tu najlepsze efekty daje zastosowanie leku przeciwdepresyjnego, jak również wszelkie formy relaksu, czyli np. spacer, sanatorium, joga. W przewlekłych napięciowych bólach głowy wskazana jest ostrożność z przyjmowaniem niesterydowych leków przeciwzapalnych, tych najczęstszych leków przeciwbólowych, które dostępne są bez recepty. Bo jak pacjent będzie ich za dużo przyjmować, może rozwinąć tzw. ból głowy polekowy. Wtedy dochodzimy do sytuacji, że pacjenta ciągle boli głowa i bierze coraz więcej leków. Nie możemy do tego dopuszczać. Dlatego gdy mamy napięciowy ból głowy przyjmujemy leki przeciwbólowe tylko gdy głowa bardzo boli i nie potrafimy sobie z tym poradzić bez leku. Gdy ból jest niewielki, raczej powinniśmy iść na spacer, poleżeć, zrelaksować się. I rozważyć włączenie leków przeciwdepresyjnych.

Natomiast jeśli chodzi o migrenę, te napady zwykle są bardzo silne i leki mają za zadanie przerwanie napadu bólowego. Mamy tu różne leki, od zwykłych przeciwbólowych, które kupujemy bez recepty, do leków takich specjalnie dedykowanych migrenie, jak tryptany, czy nowa grupa leków, tzw. gepanty. Odkryto niedawno, że za występowanie migrenowych bólów głowy jest odpowiedzialna pewna substancja, która nazywa się peptyd CGRP i opracowano już leki, które oddziałują na tą substancję, i doskonale nadają się do przerywania bólów głowy. Ale jeżeli mamy pacjenta, u którego napady migreny są częste i on źle reaguje na te doraźne leki, można pomyśleć o profilaktyce, czyli lekach, które pacjent zaczyna przyjmować, aby te bóle głowy nie występowały. I mamy tutaj całą gamę różnych preparatów. Niedawno wszedł w życie nowy program lekowy – program profilaktyki migreny przewlekłej. Nie każdy pacjent z migreną kwalifikuje się do leczenia w programie lekowym. Program dedykowany jest tylko dla niektórych pacjentów, z migreną przewlekłą, którzy przynajmniej 15 dni w miesiącu mają ból głowy migrenowy. W programie nowoczesne leki pacjent otrzymuje za darmo. W programie mamy kilka linii leczenia, zaczynamy od leków farmakologicznych w formie tabletek, jak nie są skuteczne, podajemy iniekcje toksyny botulinowej w okolice mięśniówki czołowej, karku, jak to nie daje efektu, podajemy leki iniekcyjne, które oddziałują na wspomniany peptyd CGRP.

Jak jest z efektywnością leczenia bólów głowy? Czy należy uzbroić się w cierpliwość, czy efekty są szybkie?

Każdy przypadek jest inny, indywidualny. Niestety, pierwotnych bólów głowy nie potrafimy wyleczyć. Czyli jak ktoś ma migrenę czy napięciowy ból głowy, będzie ta choroba towarzyszyć mu w życiu, ale staramy aby jak najmniej obniżała mu jakość życia. U części pacjentów łatwo udaje się opanować te bóle głowy, mamy też niestety pacjentów, u których jest znacznie trudniej i trzeba uzbroić się w cierpliwość i znaleźć tę najwłaściwszą metodę.

Czy pacjentowi grożą powikłania, jak nie podejmie leczenia?

W przypadku napięciowego bólu głowy ryzykiem jest rozwój depresji, znaczne obniżenie jakości życia. Przy migrenie jest nieco większe ryzyko powikłań naczyniowych. Często widzimy u takich pacjentów w badaniu rezonansem drobne zmiany niedokrwienne. Ale pierwotne bóle głowy to nie są stany zagrożenia życia. Mimo że są uciążliwe i nie możemy ich wyleczyć, nie zagrażają one życiu i zdrowiu.

Tego nie możemy powiedzieć o wtórnych bólach głowy, które często zagrażają zdrowiu i życiu. Kiedy powinniśmy bez zbędnej zwłoki zgłosić się po pomoc do specjalisty?

Niebezpieczne mogą być te wtórne bóle głowy, które są manifestacją ciężkiej i zagrażającej życiu choroby. Około 5 procent wszystkich bólów objawowych to takie bóle. Powinno nas

niepokoić, kiedy ból jest nagły, bardzo ostry, nie reaguje na leki, kiedy narasta w czasie. Np. boli coraz bardziej, coraz częściej, ból budzi w nocy. Takie nasilanie się bólu w czasie zdarza się w przypadku rosnącego wewnątrzczaszkowo guza. Niepokojący jest także ból z towarzyszącą gorączką, jak nie znamy jej przyczyny, szczególnie u osób mających w wywiadzie pogryzienie przez kleszcza, bo częste w naszym regionie jest kleszczowe zapalenie mózgu i borelioza.

Generalnie ból głowy jest to problem powszechny i choć nie powinniśmy go bagatelizować, to też nie z każdym trzeba od razu iść do lekarza.

Tak. A im bardziej przewlekły jest charakter bólu, tym możemy czuć się spokojniejsi. Jeżeli kogoś boli głowa od 20-30 lat, charakter bólu jest cały czas taki sam i nic się z pacjentem do tej pory nie stało, to jest to zapewne przewlekły napięciowy ból głowy i niestety głowa może pacjenta boleć już do końca życia. Oczywiście powinniśmy dolegliwości bólowe złagodzić poprzez odpowiednie leczenie.

Jest jeszcze jeden rodzaj bólu głowy – pojawiający się na drugi dzień, po spożyciu napojów wysokoprocentowych. Czym jest wywołany i czy można jakoś temu zapobiec?

Najprościej jest nie przyjmować substancji, które powodują ten ból głowy. Ale też spożycie alkoholu i ból związany z metabolizmem alkoholu – działaniem produktów metabolicznych jego przemiany, to jedne z najczęstszych przyczyn bólu głowy w naszym kraju. Ale nie tylko alkohol może wywołać ból głowy. Zdarzają się też bóle po niektórych lekach, szczególnie po lekach obniżających ciśnienie krwi, które rozszerzają naczynia krwionośne. Zdarzają się też bóle głowy po odstawieniu niektórych substancji, np. kawy. Jeżeli ktoś dziennie wypija kilka filiżanek kaw i nagle przestanie ją pić, to pojawi się, na szczęście przejściowo, ból głowy.

12. Życie po pandemii



prof. Robert Flisiak

Życie po pandemii to temat audycji z cyklu „Pytanie do Specjalisty”. Gościem prof. Jana Kochanowicza był prof. Robert Flisiak, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Pan profesor jest kierownikiem Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Jest to klinika, w której był pierwszy pacjent covidowy na Podlasiu i było najwięcej hospitalizowanych pacjentów z COVID-19. Natomiast my spotykamy się dzisiaj, aby porozmawiać o życiu po pandemii. Z perspektywy lat wiemy już, że podejmowane decyzje nie zawsze były trafione, borykaliśmy się z diagnostyką, pomysłów na leczenie było dużo. Tworzyły się legendy, że leki są przed nami ukrywane. Dopiero po wielu miesiącach pojawiły się rzeczywiście leki, które okazały się skuteczne w leczeniu COVID-19, później szczepienia. Jak z tej perspektywy pan profesor teraz ocenia tę sytuację?

Teraz to łatwo nam oceniać i krytykować, nawet, a może nawet przede wszystkim samego siebie. Ale pamiętajmy, że był wtedy zupełnie inny poziom naszej wiedzy, zupełnie inna świadomość społeczna. Zresztą te mity cały czas krążą i one zostaną już z nami. I gdy pojawi się nowa pandemia, odżyją te mity dotyczące np. szczepionek, bo one są już niestety zakorzenione i pojawiły się przecież przed pandemią. Oczywiście, że w tej chwili możemy krytykować na przykład zamknięcie, ale przypomnijmy sobie, że pierwszej fali w Polsce praktycznie nie było. W porównaniu z Włochami albo nawet z Francją, z Niemcami czy z Wielką Brytanią, do nas COVID dotarł najpóźniej, więc my relatywnie wcześniej, niż inne kraje podjęliśmy działania, które były wtedy bardzo radykalne. I społeczeństwo bardzo było przestraszone i respektowało je. Pamiętamy te puste ulice. Oczywiście, że to było działanie nadmiarowe, ale kto wiedział, w którym miejscu jest ten właściwy punkt? Prawda jest taka, że pierwszej fali praktycznie u nas nie było, bo wtedy docieraliśmy do maksymalnie kilkuset zachorowań dziennie i szybko to wygasło wraz z nadejściem lata. I myśleliśmy, dlaczego my jesteśmy narodem wybranym, który uszedł covidowi spod kosy. Natomiast potem okazało się, że to właśnie dzięki tym nadmiarowym działaniom, temu że ograniczono kontakty, tych zachorowań nie było.

Ale Chiny pokazały też, że jeżeli nadmiernie bronimy się przed zakażeniami, to eliminujemy możliwość uodpornienia naturalnego. Ale z drugiej strony eliminujemy czy ograniczamy ryzyko zgonów. I pytanie, co jest ważniejsze. Nie ma złotego środka. Pamiętajmy, że pokazywano przykład Szwecji, w której łagodnie podchodzono. Ale na koniec po całej pandemii, jeżeli

uznamy, że ona już się skończyła, to okazało się, że wszędzie wyszło mniej więcej tak samo. Oczywiście najgorzej wyszło w krajach, które mają niedofinansowaną opiekę zdrowotną, czyli krajach naszego regionu w Europie, bo my musimy się porównywać w Europie. I tutaj były te zgony nadmiarowe, w znacznie wyższym odsetku niż w innych krajach europejskich. To był wynik tych wieloletnich zaniedbań, niedofinansowania systemu opieki zdrowotnej, który utrudniał właściwe postępowanie.

Wspomniał pan profesor o Szwecji, bo ona rzeczywiście była takim ewenementem w podejściu do sytuacji pandemicznej. A może to było rzeczywiście lepsze rozwiązanie, takie, które stawiało na odporność naturalną, bo w leczeniu chorób zakaźnych to albo unikamy zakażenia, albo nabywamy odporność naturalną, albo szczepimy się.

A jeżeli nie możemy szczepić, powinniśmy masowo identyfikować i leczyć zakażenia, jeżeli taka możliwość jest i tu przykładem jest chociażby HCV. Ale wracając do pytania. Na koniec okazało się, że wskaźniki śmiertelności wcale nie są takie lepsze. Oczywiście będą różnice wynikające też z systemu sprawozdawczości. Niby jest Unia Europejska, ale tak naprawdę każdy kraj ma inny system sprawozdawczości i naprawdę bardzo trudno jest porównywać te wskaźniki, którymi się kierowaliśmy pomiędzy krajami. Przykładowo, jeżeli w jednym kraju liczy się tylko pacjentów, u których jest wynik dodatni i do nich się odnosi śmiertelność, ale testy robi się masowo, to ta śmiertelność będzie niska, a w krajach, w których robi się testy tylko tym, którzy mają objawy, to śmiertelność będzie wyższa. Chociaż de facto niczym one się nie różnią. Także w ostatecznym rozrachunku w tej Szwecji wcale nie wyszło tak dobrze. U nich w początkowym okresie bardzo dużo osób w podeszłym wieku zmarło, czyli zdarzyło na początku to, co u nas na końcu. Także potem się to wyrównało.

A jak na tym tle, w tym całokształcie nasze województwo podlaskie wygląda? Jak można ocenić decyzje, które tutaj zapadały i jak wyglądamy na tle kraju?

U nas nie było tych obrazków kolejek karetek stojących pod izbami przyjęć, ale to nie znaczy, że nie było problemów. Oczywiście, że były. Głównym problemem zapanowania nad pandemią było to, że zawiodły systemy logistyczne, komunikowania się, dystrybucji pacjentów. Nie było takiego centrum zarządzającego praktycznie w żadnym województwie, bo nawet centrum zarządzania kryzysowego praktycznie nic nie mogło zrobić. Nie mogło wymusić na żadnym oddziale przyjęcia pacjenta, na przykład z zawałem, tylko dlatego, że miał dodatni wynik, mogli co najwyżej prosić. Więc to był główny problem w całej Polsce. Na Podlasiu tego nie było tak widać może. Bo możemy porównać się na przykład ze Śląskiem – tam jest dużo szpitali, one są porozrzucane. W związku z tym te karetki jeździły pomiędzy szpitalami. W Białymstoku wyboru specjalnie nie było, więc można było co najwyżej z USK do szpitala MSWiA próbować wysłać pacjenta, który według nas powinien otrzymać tam pomoc. Potem pojawiły się specjalistyczne oddziały w terenie, na przykład dializoterapii, w Hajnówce czy w Bielsku Podlaskim i z tego powodu to rozlokowanie pacjentów było łatwiejsze. To nie znaczy, że ono funkcjonowało prawidłowo. Według mnie cały czas ustawa o ratownictwie paraliżuje nas w sytuacji zagrożeń epidemiologicznych. I niestety nie widzę, żeby wyciągnięto z tego wnioski. Ustawa o ratownictwie obowiązywała ratowników i zespoły transportowe w czasie pandemii w najbardziej ostrych jej okresach w takim samym zakresie, w takiej samej formie, jak w okresie zacinza między epidemiami, jakby nie było zagrożenia epidemicznego, a przecież funkcjonowanie powinno być zupełnie inne w takiej sytuacji.

A jak to powinno być zorganizowane w pana profesora opinii?

Ja od początku byłem zwolennikiem tego, że każdy szpital w takich warunkach jak mamy w Polsce, powinien być przygotowany na sytuację epidemiologiczną, czyli w każdym szpitalu powinna być pula miejsc, która ewentualnie będzie dedykowana. Ludzie powinni być szkoleni na taki wypadek, od razu dedykowani. Powinno być tak, że gdy rząd ogłasza np. stan zagrożenia epidemicznego, włączane są z automatu procedury – szpitale zmieniają tryb funkcjonowania, wydzielają 10%, potem w miarę potrzeb 15- 20% miejsc, od razu z dedykowanym personelem, który być może już w umowie o pracy powinien mieć zapisane

wyrażnie, że w sytuacji epidemiologicznej będzie dedykowany do obsługi takiego stworzonego ad hoc oddziału.

A jak wygląda zainteresowanie specjalizacją po takim szumnym okresie epidemii? Czy przybędzie nam specjalistów chorób zakaźnych?

Nie sądzę, bo to działało jak miecz obosieczny. W ostatecznym rozrachunku oczywiście u nas pojawiły się osoby zainteresowane, ale jak wiem, w kraju wcale to nie wpłynęło na jako zwiększenie zainteresowania. Ja w pewnym momencie, jako szef Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (PTEILCHZ), postanowiłem zliczyć szablę, bo pojawiły się na samym początku pandemii głośnie zapewnienia ze strony ministerstwa o tysiącach lekarzy specjalistów chorób zakaźnych gotowych do zajmowania się tymi chorymi. Poprzez oddziały towarzystwa poprosiłem o przedstawienie ilu mamy specjalistów, ilu rezydentów, ilu emerytów, którzy jeszcze pracują, bo przecież tacy są, zwłaszcza na prowincji i są mocnym wsparciem. I okazało się, że raptem to jest koło 500 osób w całej Polsce.

A może takim rozwiązaniem jest kształcenie w tym kierunku w ramach przygotowania podyplomowego, w ramach specjalizacji? Część dyscyplin medycznych ma przecież staże na oddziałach zakaźnych.

Mało tego, teraz przy zmianach w programach specjalizacji wiele specjalizacji chce rozszerzyć czy wydłużyć staż m.in. w choroby zakaźne. Ja szczerze mówiąc, jestem przeciwnikiem tego. Bo tak naprawdę, te staże cząstkowe w dziedzinach, z którymi na co dzień dana osoba nie będzie się stykała, a zwłaszcza w takiej dziedzinie jak choroby zakaźne, gdzie nam się zmienia wiedza bardzo szybko i sytuacja epidemiologiczna się zmienia, nie mówię tu o epidemii, ale o tych zagrożeniach dnia codziennego, to to, co ten stażysta zobaczy w tej chwili, za parę lat będzie kompletnie nieaktualne. Podobnie będzie to dotyczyło innych specjalności. Niestety nie mamy się co oszukiwać. Medycyna stała się specjalistyczna. Nawet medycyna rodzinna jest wyspecjalizowana w pewnych chorobach, w pewnych zagadnieniach, zwraca bardziej uwagę na pewne rzeczy, na inne mniej. I nie da się obecnie stworzyć lekarza, który będzie się znał na wszystkim i będzie we wszystkim dobry. Dlatego lepiej by było, żeby po prostu osoby zdawały sobie tylko sprawę z tego, że w sytuacji zagrożenia mogą być przekierowane i dlatego powiedziałem, że być może w umowie o pracę powinno to być już zawarte.

Myślę, że w chorobach zakaźnych to też jest troszeczkę takiego lęku przed niewiadomym, bo w przypadku zagrożenia pandemicznego bardzo często przez jakiś czas nie wiemy z czym mamy do czynienia. Musimy się uczyć. Ja zawsze wspominam sytuację, gdy pojawili się u nas w Polsce pierwsi pacjenci zakażeni HIV, u których potem AIDS się rozwijał. Pamiętam, ile było lęków, jakie były problemy z przygotowaniem, zorganizowaniem opieki. A w tej chwili z perspektywy ponad 30 lat patrzymy na to już tak na spokojnie.

Przykro powiedzieć, ale zdarzają się cały czas dziwne sytuacje, gdzie ten lęk, a właściwie niewiedza niestety bierze górę. I to nie chodzi tylko o AIDS, ale nawet o choroby weneryczne. Ostatnio słyszałem taką anegdotę od kolegów z jednego z ośrodków, że lekarze odmówili skonsultowania pacjentów z kiłą, bojąc się, że ulegną zakażeniu.

To znaczy, że w tym przypadku kształcenie i drogi zakażenia kiłą nie zostały zapamiętane...

Czyli trudno też będzie kogoś skłonić do zdobycia wiedzy w dziedzinie, która go specjalnie nie interesuje. Tak naprawdę myślę, że lepszym rozwiązaniem byłoby pozostawienie fakultatywnego stażu, gdzie specjalista albo kierownik jego specjalizacji mógłby ustalić, co będzie w jego przypadku wskazane. Przecież te mogą być bardzo różne w różnych regionach kraju. Inne będą w dużym mieście, inne w małym mieście, a i tu i tu ci ludzie się specjalizują.

Wracając do tematu audycji. Już jesteśmy po pandemii COVID-19?

Byśmy tego chcieli, ale tak naprawdę tego nie wiemy. WHO jeszcze nie ogłosiło zakończenia pandemii, a dopiero wtedy, kiedy nie będzie na żadnym kontynencie ognisk zachorowań, wtedy WHO będzie mogło odwołać pandemię, co podejrzewam, że nie tak szybko nastąpi.

Jak to w tej chwili z takim zagrożeniem wygląda, w naszym regionie i na świecie. Czy są jeszcze regiony o dużym zagrożeniu?

Nie, w tej chwili to nie ma już takich regionów o dużym zagrożeniu, ale to jest też taka pora roku. My naprawdę to się przekonamy jesienią, na ile ta pandemia wygaśa. Natomiast warto zwrócić uwagę na wyniki badań, jakie właśnie puściliśmy do publikacji, gdzie porównaliśmy tego omikrona wczesnego, który jeszcze trochę nam napędzał strachu omikronem późnym. Wszyscy zauważyliśmy, że w momencie, kiedy zaczął dominować wariant omikron, te zachorowania w porównaniu zwłaszcza z tym, gdy delta dominowała, były znacznie łagodniejsze. Ale po tym zaczęliśmy też obserwować, że wraz z upływem czasu, tak mniej więcej od połowy ubiegłego roku, te zachorowania stały się jeszcze łagodniejsze, pomimo, że przyszedł sezon jesienno-zimowy. W ramach prowadzonego od początku projektu SARSTer prowadzonego przez PTEILCHZ zrobiliśmy analizę na dużych grupach i okazało się, że oczywiście wszystko jest łagodniejsze, z jednym wyjątkiem. Otóż chorzy, u których dojdzie już do zapalenia płuc, gdzie zmiany w płucach są stwierdzone, ryzyko ciężkiego przebiegu, śmierci jest takie samo. Nie zmieniło się. Rzadziej natomiast dochodzi do tego zapalenia płuc. Więc musimy pamiętać i musimy być czujni w grupach osób, które są narażone na taki cięższy rozwój choroby, czyli u osób w podeszłym wieku, osób z deficytami odporności, u osób z chorobami towarzyszącymi, które doskonale wiemy, że pogarszają rokowanie. W tych grupach nadal nie możemy lekceważyć. Jeżeli pojawi się nam na 80-latek z cukrzycą, jeszcze z otyłością, u którego stwierdzimy zmiany w płucach, to naprawdę trzeba uważać na to, czy nie będzie z nim w ciągu paru dni źle.

Chwilowo mamy jednak taki spokój. Myślę, że i w klinice też tych pacjentów jest mało.

W tej chwili nawet jeżeli dochodzi do zakażenia, pacjenci nie wymagają hospitalizacji, więc w klinice ich nie mamy.

Czy są jakieś wnioski, takie społeczne zalecenia na przyszłość? Co możemy zrobić, aby takiej sytuacji uniknąć? Czy ja, jako obywatel, mogę w jakiś sposób zapobiec różnego rodzaju sytuacjom pandemicznym i czy takie strukturalne działania ogólne w ochronie zdrowia powinny być podjęte, z myślą o tym, że coś się nowego wydarzy. Bo czy będzie kolejna pandemia? Będzie, tylko nie wiadomo kiedy.

Pamiętajmy, że zanim był COVID, to była epidemia eboli w Afryce Zachodniej, były grypa ptasia, grypa świńska. Były też zakażenia koronawirusowe, była epidemia MERS, była epidemia SARS na początku tego wieku. Epidemie niestety są wpisane w losy ludzkości i z tym się musimy pogodzić. Jeżeli chcemy zmniejszyć ryzyko rozprzestrzeniania się epidemii, to musielibyśmy zrezygnować z samolotów, z podróżowania, z kontaktów międzyludzkich, więc rzeczy, które są niemożliwe do zrezygnowania i których nie zmienimy. Natomiast no trzeba korzystać z tego, co cywilizacja nam dostarczyła, czyli szczepienia. Niestety szczepionki nie są w Polsce popularne. Na początku w swojej naiwności wierzyłem, że COVID i doniesienia o pracach nad szczepionką zamkną usta antyszczepionkowcom. Okazało się, że wprost przeciwnie. To było woda na młyn, wystarczy parę faktów odwrócić do góry nogami i już można opowiadać bzdury, nakręcając jeszcze bardziej ruch antyszczepionkowy. Także to to jest bardzo trudna sprawa, ale trzeba sobie zdać sprawę, że szczepienie, które stało się dostępne w trakcie pandemii pozwoliło bardzo wielu ludziom dotrzeć do czasu omikrona, czyli łagodnego przebiegu choroby. Wielu pozwoliło przetrwać dominację delty, czyli tego najgroźniejszego wariantu. Bo nie ulega wątpliwości, że osoby, które były zaszczepione łagodniej chorowały, jeżeli w ogóle. My to widzieliśmy. Każdy pacjent, który trafiał do nas, miał wywiad zbierany w kierunku szczepień, więc nie wzbudza to wątpliwości wśród lekarzy, którzy zajmowali się pacjentami z COVID-19, że szczepienia nam dały czas. Nawet jeżeli one nie dają stuprocentowej gwarancji przed zakażeniem, dają szansę na łagodniejszy przebieg choroby. Ja nie wiem na przykład, gdybym nie dostał szczepionki, czy w okresie delty nie zachowałbym ciężko i nie skończyłoby się to dla mnie tragicznie, a tak to miałem lekki katar w marcu 2022 i pamiętam, że mówiłem wtedy, że tak łagodnej infekcji to nie pamiętam, kiedy przechodziłem.

Panie profesorze, skąd biorą się w naszym społeczeństwie i czy to jest domena naszego społeczeństwa, ruchy antyszczepionkowe? Czy to jest proces, który też i w innych krajach występuje?

Ten proces jest w wielu krajach, on dotyczy i zarówno krajów bogatych i tych ubogich. Oczywiście wiele zależy od sposobu prowadzenia edukacji od poziomu szkoły podstawowej czy nawet przedszkola. I poziomu uświadczenia społecznego. Także to nie jest jakaś nasza domena. U nas specyfika polega na tym, że w czasach PRL-u szczepienia były uznane za obligatoryjne, obowiązkowe. Ci, którzy buntowali się przeciwko władzy, to byli ludzie wyedukowani bardzo często i oni mimo wszystko przeciwko szczepieniom nie protestowali. Natomiast potem nastąpiło chyba takie odreagowanie, że „żyję w wolnym kraju, nikt mi nie będzie mówił, co mam robić”. Niestety obawiam się, że mogły tu być też działania takie troszkę polityczne, które kształtowały zamieszanie w Polsce i taki miały cel. Tego nie można wykluczyć, nikogo za rękę nie złapiemy, nikomu nie udowodnimy, ale nie można wykluczyć tego typu działań. Natomiast w ogóle szczepienia w Polsce właściwie nie wyglądają. Najlepiej to widać przez pryzmat tych szczepień, które nie są obowiązkowe, czyli np. grypy. Ten poziom wyszczepienia jest niziutki w porównaniu z innymi krajami. I to on świadczy o tym podejściu Polaków do szczepień.

Teoretycznie zakładamy, że COVID-19 nas opuszcza lub opuścił. Jakie są w tej chwili zagrożenia w chorobach zakaźnych, co jest niepokojące? O czym żeśmy zapomnieli? I co nas czeka?

Na tym polega urok chorób zakaźnych, że one nas zaskakują. Nie jesteśmy w stanie przewidzieć, w którą stronę pójdzie ewolucja poszczególnych wirusów. Już pomijając koronawirusa. Spójrzmy, czy ktoś mógł przypuszczać, że ptasia grypa zajmie się kotami? . Równie dobrze mogłaby przeskoczyć na psy. To jest kwestia zbiegu okoliczności, gdzie wirus cały czas mutuje i w pewnym momencie ta zmutowana forma trafia na organizm wrażliwy. Raz jest tym organizmem wrażliwym kot, innym razem pies, a innym razem może okazać się człowiek. Kto wie, czy na przykład z kotów nie przeskoczy ten wirus na nas i będziemy mieli ciężkie przebiegi grypy. Taki scenariusz też jest możliwy.

Musimy cały czas pamiętać, że na świecie są ogniska bardzo groźnych chorób, już pomijając ebolę, ale mamy też dengę. Na szczęście te wirusy nie podlegają takiej zmienności, więc nie są w stanie zaskakiwać nas przynajmniej pod względem ich zachowań patogenetycznych, ale epidemiologicznie one nas zaskakują co jakiś czas i pojawiają się te zagrożenia. Także tak naprawdę nie jesteśmy w stanie przewidzieć, z której strony środowisko otaczające nas zaatakuję. Jeszcze w latach osiemdziesiątych praktycznie nikt nie wiedział o koronawirusach. To były jakieś mrzonki wąskiej grupy naukowców, którzy nawet nie byli w stanie zorganizować dobrego sympozjum dużego, bo tych osób, które wiedziały cokolwiek na temat tych wirusów, było tyle, co kot napłakał.

Po ostatnich trzech latach moglibyśmy chyba za to już w każdej gminie taką konferencję urządzić.

No tak, mamy samych ekspertów. Natomiast to ilustruje, że może się okazać, że pojawią się wirusy stwarzające nowe zagrożenia.

A skoro wszyscy stajemy się ekspertami, to może przez to i nasza świadomość zdrowotna spowoduje, że znając możliwości transmisji wirusów, zmienimy swoje zachowania?

Jest pan optymistą. Proszę zauważyć, że równolegle do narastania wiedzy na dany temat narasta poziom niewiedzy i dezinformacji na dany temat, proporcjonalny, a może nawet czasami większy. To nam zilustrowała pandemia, z tymi wszystkimi mitami dotyczącymi terapii i szczepionek, i wręcz negocjowania całkowitego istnienia czegoś takiego jak COVID.

Wróć do wirusowego zapalenia wątroby. To jest domena pana pracy. Jak w tej chwili wygląda leczenie, diagnostyka? Czy możemy się czuć bezpiecznie? W przypadku WZW typu B dzięki szczepieniom jest chyba szansa, że nas opuści.

Tak, ale to nie zmienia faktu, że są osoby, które jeszcze przed szczepieniami uległy zakażeniu albo nawet po szczepieniu, bo pamiętajmy, że szczepionka żadna nie ma stuprocentowej skuteczności. Szczepionki przeciw zakażeniu HPV mają tę zaletę, że dają odporność na całe życie, ale nie u każdego. Są osoby, które z jakichś względów nie odpowiadają, czy to z powodu

deficytu odporności, czy też jakiegoś feleru genetycznego. I nie mamy tych ostrych, świeżych zakażeń wirusowych zapaleń wątroby typu B, ale wcale nie jest tak, że nie diagnozujemy. Regularnie diagnozujemy świeżo wykryte zakażenia i najgorsze jest to, że one są rozpoznawane w późnym stadium, gdy wirus uczynił już spustoszenie w wątrobie, gdy się rozwinęła marskość wątroby, a co gorsze, nawet rak wątroby. Tego problemu nie rozwiązaliśmy do końca, jeżeli nie będziemy mieli programu badań przesiewowych. A możliwości techniczne są, bo są szybkie testy, takie same jak te, które stosowaliśmy w przypadku COVID, one są nawet bardziej czułe i swoiste, bo one są znane od wielu lat i dopracowane. Poza tym te wirusy są bardziej stabilne niż koronawirus. Ten problem dotyczy jeszcze bardziej zakażeń HCV. Praktycznie regularnie rozpoznajemy zbyt późno wykryte zakażenia. No bo jeżeli pacjent, u którego świeżo rozpoznajemy zakażenie HCV ma rozpoznaną marskość lub zaawansowane włóknienie w wątrobie, to znaczy, że można było go zdiagnozować wcześniej. Wtedy skuteczność leczenia może nie byłaby większa, bo w tej chwili te leki są bardzo skuteczne, ale wątroba byłaby zdrowsza. A wtedy ten pacjent żyłby dłużej, a przede wszystkim jakość jego życia byłaby znacznie lepsza. Bo nawet jak w marskości zdiagnozujemy, rozpoczniemy leczenie, to zmiany nawet się cofają, ale nie do końca, więc zawsze jest lepiej leczyć wcześniej niż później.

Czy są tu jakieś objawy, które powinny nas skierować do lekarza?

Niestety jest tak, że we wczesnych stadiach zakażenia wirusami B i C nie ma objawów albo są bardzo niespecyficzne. Mało tego, nawet może nie być cech uszkodzenia wątroby. Ale jeżeli przy okazji wykonywania badań krwi będzie widoczny wzrost aktywności aminotransfer alaninowych, to już powinien być to sygnał dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, żeby zrobić test temu pacjentowi. I ja mam nadzieję, że ta wiedza do lekarzy dociera, ale dobrze, żeby pacjenci sami się pilnowali. Mało tego, w tej chwili w ramach podstawowej opieki zdrowotnej jest tak zwany budżet powierzony. Każdy lekarz rodzinny ma prawo, obowiązek wręcz, korzystać z niego i w ramach badań, które się tam znajdują, jest badanie przeciwciał anty HCV. Każdy pacjent, zwłaszcza w gdy już w wieku 30-40 lat, powinien zażyczyć sobie podczas wizyty zrobienia tego testu anty HCV, zwłaszcza, ale nie tylko, jeżeli w przeszłości miał wielokrotnie kontakt z opieką zdrowotną, a kto z nas nie miał chociażby wielokrotnych kontaktów ze stomatologiem. A także jeżeli popełnił w młodości jakiś błąd i raz czy dwa zdarzyło się skorzystać z używek dożylnych, także kiedy poddał się tatuowaniu, piercingowi.

Wielu z nas miało kontakt z opieką zdrowotną wtedy, kiedy reguły profilaktyki przeciwdziałania zakażeniom nie były takie wyśrubowane, jak w tej chwili mamy. Te zakażenia miały miejsce. Jeszcze 20-, 20 parę lat temu to ryzyko było duże. W tej chwili my zbieramy to żniwo tych zakażeń. Świeżych w tej chwili praktycznie nie ma albo są sporadyczne, rzadkie. Natomiast jeżeli 20-30% chorych, którzy rozpoczynają leczenie u nas ma rozpoznaną już marskość wątroby, to znaczy, że gdzieś coś przegapiliśmy, oni przegapili, ale przede wszystkim lekarz opiekujący się nimi coś przegapił.

Wątroba jest rzeczą ważną. Ale czy powinniśmy jeszcze diagnozować się w innych schorzeniach tak profilaktycznie, żebyśmy też naszym bliskim nie zaszkodzili, a też ograniczyli transmisję choroby?

Zawsze musimy pamiętać o ryzyku zakażenia HIV. Jeżeli mieliśmy w przeszłości jakiegokolwiek niekontrolowane kontakty seksualne, zawsze musimy wtedy brać pod uwagę nawet minimalne, ale jednak ryzyko, że doszło do tego zakażenia. Nic prostszego jak zbadać się w kierunku zakażenia HIV. Zarówno w przypadku HIV, jak i w przypadku zakażeń HCV, leczenie w obecnym czasie jest wysoce skuteczne, a korzyści z niego są tym większe im na wcześniejszym etapie zakażenia leczenie zostanie wdrożone. Ja nie jestem zwolennikiem mnożenia sposobów badania się, poszukiwania u siebie chorób. Aczkolwiek badania przesiewowe w kierunku zwłaszcza HCV i w kierunku HIV to jest to, co możemy zrobić i dzięki czemu możemy uzyskać doskonały efekt, bo są wspaniałe leki.

Życie po pandemii trwa. Natomiast różnego rodzaju schorzenia cały czas na nas czekają, wśród nich sporo chorób infekcyjnych. Czy w kolejnej pandemii będą to wirusy? Chyba bardziej prawdopodobne niż bakterie?

Ale musimy pamiętać o narastającym problemie antybiotykooporności, więc bakterie nam też robią się coraz wredniejsze.

A dlaczego narasta ta antybiotykooporność? Czy to tak zmyślne są te bakterie czy może my też sami temu pomagamy?

Pomagamy, bo masowo stosujemy antybiotyki, niestety, bardzo często na wszelki wypadek. Z drugiej strony w sytuacji ostrego zakażenia trudno nie decydować się na antybiotykoterapię, więc tak mimo woli stajemy się sprawcami tej antybiotykooporności. A bakteria? No cóż, będzie szukała sposobu na przeżycie jak każdy organizm żywy. W związku z tym, ta komórka bakteryjna, która wytworzy mechanizmy oporności na antybiotyk będzie miała skłonność do namnażania się. I w ten sposób następuje selekcja szczepów opornych. Te, które są wrażliwe, zanikają a namnażają się i stwarzają zagrożenie te które są odporne na działanie antybiotyków. I tych bakterii coraz bardziej nam niestety przybywa.

13. Życie przed cukrzycą



prof. Irina Kowalska

Profilaktyka cukrzycy to temat ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza była prof. Irina Kowalska, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Nasz dzisiejszy temat to profilaktyka – czyli jak żyć, aby nie doprowadzić do cukrzycy. Czy jest na to sposób, czy też gdy mamy predyspozycje genetyczne, to jesteśmy na zachorowanie na cukrzycę skazani?

Tu odpowiedź jest dość optymistyczna. Ale zacznę od tego, że mamy różne typy cukrzycy. Cukrzyca typu 1, jest to proces autoimmunologiczny i nie znamy tu metod prewencji, które sprawią, że uda się jej zapobiec. Oczywiście jest coraz więcej badań w tym kierunku, są próby stosowania nowych grup leków, ale nawet jeżeli potrafimy zdiagnozować, że ktoś ma zwiększone ryzyko, nie umiemy zapobiec rozwojowi cukrzycy typu 1. Przypomnę, że cukrzyca typu 1 to cukrzyca insulinozależna, dotycząca najczęściej dzieci, młodych dorosłych, choć może też zdarzyć się w późniejszym okresie życia. Typ 1 cukrzycy leczymy insuliną. Nie mamy tu skutecznych metod prewencji, próbujemy opóźniać ujawnienie się choroby, ale nie potrafimy jej zapobiec. Ten typ cukrzycy dotyczy ok. 8-10 proc. wszystkich chorych na cukrzycę.

Natomiast zupełnie inna jest sytuacja jeśli chodzi o cukrzycę typu 2. Choruje na nią prawie 90 proc. wszystkich chorych z cukrzycą. Ten typ cukrzycy, jest w pewnym sensie uwarunkowany genetycznie, ale jest tu bardzo silny czynnik środowiskowy. I tu jest ta dobra informacja, bo nawet jeżeli odziedziczyliśmy niekorzystny układ genów, to poprzez prawidłowe odżywianie, zmianę trybu życia, jesteśmy w stanie zapobiec rozwojowi cukrzycy typu 2.

Mamy na to dowody. Potwierdzają to badania z początku lat 2000-ych. W USA przeprowadzono badanie, do którego zaproszono osoby z otyłością i tzw. stanem przedcukrzycowym. Stworzono trzy grupy: pierwszą, tzw. placebo – w tej grupie zaproponowano pacjentom rutynowe postępowanie, stosowane zwykle u osób z podwyższoną glikemią na czczo, ale jeszcze bez cukrzycy, czyli zalecenie zdrowej diety, aktywności fizycznej, ale bez żadnego nadzoru odnośnie wykonywania tych zaleceń. Grupa druga oprócz rutynowych zaleceń dostawała lek – metforminę, od lat stosowany w leczeniu cukrzycy i stanu przedcukrzycowego. Trzecia grupa – to były osoby, które dostały bardzo szczegółowe zalecenia żywieniowe, zalecenie rzucenia palenia oraz stosowania regularnej aktywności fizycznej. Było to ściśle kontrolowane i nadzorowane, do pomocy zaangażowane

zostały rodziny pacjentów. Celem badania było obniżenie ryzyka cukrzycy, czyli niedopuszczenie u pacjentów do przejścia ze stanu przedcukrzycowego w cukrzycę. Badanie miało trwać 5 lat, ale zauważono, że w tej trzeciej grupie wyniki są bardzo korzystne i badanie przerwano po niecałych 3 latach. W tej trzeciej grupie w porównaniu do grupy placebo redukcja zachorowania na cukrzycę była aż o 58 procent. Czyli tak naprawdę prosta interwencja – oczywiście prosta w słowach, bo w codziennym życiu bardzo trudna do zastosowania – okazała się skuteczna.

Powiało optymizmem.

Tak, bo okazuje się, że mamy wpływ na to, czy zachorujemy, ale trzeba z tą informacją dotrzeć do osób z grupy ryzyka. Już osoba z otyłością jest w grupie ryzyka rozwoju cukrzycy. Ale otyłość definiujemy nie tylko jako podwyższony wskaźnik BMI, ale również jako nieprawidłowy obwód talii. Jeszcze BMI może nie być wysokie, ale tendencja do gromadzenia tkanki tłuszczowej na brzuchu niesie ryzyko rozwoju cukrzycy.

O stanie przedcukrzycowym mówimy kiedy utrzymuje się podwyższone stężenie glukozy na czczo, w granicach między 100 a 125 mg/dl, ale pacjent nie spełnia jeszcze kryteriów rozpoznania cukrzycy, bo aby ją rozpoznać, trzeba wykonać doustny test tolerancji glukozy. I jeżeli w 2 godzinie po obciążeniu glukozą mamy glikemię powyżej 200 mg/dl rozpoznajemy cukrzycę. U osób w stanie przedcukrzycowym jeżeli ta wartość w 2 godzinie testu będzie między 140 a 199 mg/dl – wówczas jest to upośledzona tolerancja glukozy, a jeżeli glikemia jest podwyższona na czczo, a prawidłowa w 2 godzinie – rozpoznajemy nieprawidłową glikemię na czczo. Czyli mamy dwa stany przedcukrzycowe: nieprawidłowa glikemia na czczo i upośledzona tolerancja glukozy. Oczywiście te dwa zaburzenia mogą występować łącznie, wtedy ryzyko rozwoju cukrzycy jest znacznie większe. My już wtedy wiemy, że wydzielanie insuliny przez komórkę beta trzustki jest zbyt małe, ta insulina nie działa jak trzeba. I aby to działanie poprawić, najprostszą metodą jest zmiana trybu życia.

Była mowa, że ważna jest aktywność ruchowa i zmiana diety. Jaka ta dieta powinna być?

To jest tzw. dieta cukrzycowa, czyli po prostu dieta zdrowego człowieka. Przede wszystkim trzeba eliminować cukry proste, czyli słodocze. Generalnie można jeść je tylko do 30. roku życia, a osoby z otyłością, stanem przedcukrzycowym, nie powinny jeść słodoczy wcale. To nie tylko cukierki, ale też wszystkie ciastka, które są bombą kaloryczną. Eliminujemy też wszelkie przekąski, jak chipsy czy krakersy. Nie jest też wskazany alkohol, który dodatkowo pobudza apetyt. Natomiast jemy rzeczy zdrowe, dbając o odpowiednie proporcje węglowodanów, białka i tłuszczów oraz dużo błonnika powinno być w naszej diecie. Czyli połowę naszego talerza powinny zajmować warzywa, a pozostałą część po połowie białko (np. mięso czy ryby) i węglowodany.

Należy też zwracać uwagę na w miarę regularne spożywanie posiłków. Jeśli jemy raz dziennie wieczorem, na pewno nie uda się masy ciała utrzymać, bo organizm będzie starał się magazynować energię. Są osoby, które nie lubią jedzenia śniadań, powinny jednak tak sobie ustawić posiłki, aby ich satysfakcjonowały i były o odpowiednich porach. Muszą też być okresy posiłkowe i międzyposiłkowe, nie można jeść co godzinę, ale wtedy, gdy czujemy głód. Ważne jest też spożywanie posiłków przy stole, nie każdy w swoim pokoju, co sprzyja kulturze jedzenia. Wszyscy wtedy wiemy co jemy i możemy zadbać o właściwe nawyki od najmłodszych lat. Jeżeli uda nam się jeść regularnie i tylko tyle aby zaspokoić głód, nie będziemy mieć problemu z nadmiarem masy ciała.

Obecnie mówi się też o tym, że ma znaczenie to, w jakiej kolejności spożywamy to, co mamy na talerzu. Czyli jak są nim warzywa, węglowodany i białko w postaci ryby czy mięsa, trzeba zacząć od warzyw, bo ma to wpływ na metabolizm.

Trzeba też pamiętać, że wraz z wiekiem zapotrzebowanie kaloryczne jest coraz mniejsze.

A jak powinna wyglądać właściwa aktywność ruchowa? Czy może to być każdy ruch, czy jest lepsza i gorsza aktywność?

Odpowiedziałabym, że każda aktywność fizyczna jest korzystna. Zawsze przytaczam tu słowa doktora Oczo, że ruch zastąpi każdy lek, a żaden lek nie zastąpi ruchu. To prawda, którą każdy powinien powiesić sobie na ścianie i jak nie chce mu się wyjść na spacer to przeczytać te słowa i jednak wyjść. Natomiast trzeba stosować taką formę ruchu, jaka będzie akceptowana przez daną osobę. Najważniejsze jest to, aby ten ruch odbywał się codziennie. Gdy ktoś np. ma psa i wyprowadza go dwa razy dziennie, to ten wysiłek tlenowy ma już zaliczony. W tej chwili nawet w cukrzycy mówi się że ważny jest wysiłek oporowy, aby budować masę mięśni, bo z wiekiem dochodzi do zaniku masy mięśniowej. Ważne jest, aby przy odchudzaniu jak najmniej tracić masy mięśniowej. Odbudowanie jej w starszym wieku jest bowiem bardzo trudne. Czyli ruch jest dobry każdy, ale jak się da dołożyć do niego element wysiłku wytrzymałościowego, będzie korzystniej.

Przypomina mi się tu opowieść jednej z lekarek rodzinnych z okolicznych miejscowości, która mówi, że jest taki okres w roku, gdy pojawiają się „żółte tabletki” i jej gabinet pustoszeje. To czas, gdy wszyscy chodzą do lasu na kurki, które – oprócz walorów smakowych – zmuszają do ruchu, bo zbierając je trzeba jednak pochodzić i pozginać się.

Najważniejsze z punktu widzenia osoby zagrożonej cukrzycą jest to, aby ruch był regularny. Może to być nawet spacer naokoło bloku, ale ważne, aby to było codziennie. Ale trzeba pamiętać, że trzeba się przy tym wysiłku fizycznym troszkę zmęczyć, troszkę spocić. To bardzo ważne, zwraca się na to ogromną uwagę.

Zalecenia towarzystw naukowych, towarzystw diabetologicznych obecnie zwracają również uwagę na odpowiednią ilość snu. Ważne jest też dostosowanie zaleceń nefarmakologicznych do warunków socjalnych pacjenta. Inne zalecenia będą wobec szefa dużej firmy w centrum Warszawy, a inne wobec mieszkańca wsi gdzieś dalej od miasta. Taka osoba i tak będzie miała ruchu dużo, trzeba więc myśleć co jeszcze można jej zalecić.

Na ten aspekt nefarmakologiczny terapii cukrzycy zwracała uwagę pani prof. Kinałska, która zawsze zaczynając wykład o cukrzycy mówiła: pamiętajcie Państwo, że leczenie dzieli się na nefarmakologiczne i farmakologiczne i to pierwsze jest ważniejsze.

Natomiast ja gorąco zachęcam do ruchu. Mieszkam przy parku Zwierzynieckim i serce rośnie, gdy patrzę, jak co roku przybywa osób spacerujących, chodzących z kijami, jeżdżących na rowerach, biegających. Wydaje się, że świadomość społeczna zmierza w dobrym kierunku.

Czy można zrezygnować z diety, a postawić tylko na aktywność ruchową? Czy to uchroni nas przed cukrzycą?

Jak wykreujemy ujemny bilans energetyczny, to na pewno schudniemy. Cukrzyca typu 2 jest związana z nadmiarem masy ciała, praktycznie nie ma szczupłych pacjentów z typem 2 cukrzycy. I naprawdę ta interwencja jest prosta, tylko musi być systematyczna.

A jaka jest rola bliskich? Czy członkowie rodziny powinni angażować się w pomoc przy zmianie trybu życia pacjenta?

Rola członków rodziny jest ogromna. Tak jest w przypadku cukrzycy typu 1 u dzieci, gdzie rodzice są zwykle ogromnym wsparciem, starają się dawać dobry przykład dzieciom przestrzegając tej samej diety.

Myślę, że jak jest wsparcie wśród najbliższych, szanse na sukces w redukcji masy ciała są znacznie większe. Codziennie samemu jest trudno się zmobilizować, a jak ktoś z bliskich zachęci: wyjdźmy na spacer, mimo że pada, albo zrezygnujmy z kolacji, jest łatwiej.

Te badanie amerykańskie zostało zakończone po 3 latach spektakularnym wynikiem. Czyli wystarczy tyle czasu, aby uchronić się przed cukrzycą?

Powiem więcej. Mamy obserwacje również późniejsze po zakończeniu tego badania. Bezpośrednio po zakończeniu badania zaplanowano przedłużenie badania i w całej grupie zastosowano modyfikację stylu życia. Mamy obserwację po 10, 15 latach od

zakończenia badania. I co się okazało, te osoby, które od początku były w tej trzeciej grupie, nawet po 15 latach mają o kilkanaście procent mniejsze ryzyko rozwoju cukrzycy.

Dostępne jest badanie brytyjskie, gdzie osobom z krótkim wywiadem cukrzycy typu 2, leczonym różnymi lekami, zaproponowano zastąpienie diety gotowym produktem o kaloryczności niespełna 1000 kcal, na okres 3 miesięcy i potem stopniowo tą dietę rozszerzano. Celem było sprawdzenie, czy po 12 miesiącach nastąpi remisja cukrzycy. Okazuje się, że takim postępowaniem można doprowadzić nawet do remisji cukrzycy. Wiązało się to najczęściej z utratą masy ciała. Im większy procent utraty masy ciała, tym większe szanse na remisję cukrzycy. Na każdym etapie, nawet jak już rozpoznamy cukrzycę, warto o tym mówić.

My w diabetologii stoimy teraz w obliczu zmieniającej się farmakoterapii. Wchodzą nowe generacje leków, jeszcze silniejsze niż te, które są teraz dostępne. Pacjentowi z typem 2 cukrzycy, jeśli spełnia kryteria, wymaga takiego wsparcia, możemy nawet dzięki nowoczesnym terapiom czasami odstawić insulinę.

A co z pacjentami, którym nie uda się zmianą nawyków żywieniowych i aktywnością ruchową zmniejszyć wagi i ryzyka rozwoju cukrzycy?

Nie u wszystkich uda nam się uzyskać sukces, z różnych względów. Wówczas są leki, które możemy stosować w leczeniu otyłości. Wsparcie farmakologiczne powoduje też utratę masy ciała i daje korzystne efekty. Ale zawsze utrzymujemy też zalecenia dietetyczne. Nie będzie sukcesu gdy nie będzie zmiany stylu życia. Wiemy, że samo przyjmowanie leku, jeśli się nie zmieni dotychczasowych zachowań, nie przyniesie istotnych korzyści. Celem jest nauczanie się prawidłowych zachowań, aby nie być na całe życie uzależnionym od przyjmowania leków. One mają nam w tym tylko pomóc.

Leki na cukrzycę to gorący ostatnio temat. Efekt ich stosowania, czyli to, że powodują znaczną redukcję masy ciała, powoduje, że krążą legendy, że wystarczy już tylko tabletki, nie potrzeba ani diety, ani aktywności ruchowej, aby schudnąć. To prawda czy mit?

Na pewno lek nie załatwi wszystkiego. Oczywiście one są bardzo pomocne, dobrze że są, w leczeniu cukrzycy są bardzo ważne. Oprócz tego, że po ich stosowaniu spada stężenie glukozy, w większości te leki mają też bardzo korzystne działanie sercowo-naczyniowe, a dodatkowy element to utrata masy ciała, z którą osoba z cukrzycą typu 2 walczy. Bardzo ważne w tym jest, że leki te nie dają hipoglikemii, czyli niedocukrzeń. To jest bezpieczne leczenie.

14. Wady wzroku u dzieci



prof. Alina Bakunowicz-Łazarczyk

Wady wzroku u dzieci były tematem ostatniej audycji z cyklu “Pytanie do specjalisty”. Gościem prof. Jana Kochanowicza była prof. Alina Bakunowicz-Łazarczyk, kierownik Kliniki Okulistyki Dziecięcej z Ośrodkiem Leczenia Zeza Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz konsultant wojewódzki ds. okulistyki

Okulary czy szkła kontaktowe stają się w naszym życiu codziennością. A jak to jest u nowo narodzonych dzieci? Jak one widzą, jak postrzegają świat? Co nauka na ten temat mówi?

W przypadku prawidłowo rozwiniętego narządu wzroku u dziecka, i nie ma żadnej przyczyny, która powodowałaby brak możliwości widzenia, to już po urodzeniu taki noworodek widzi. Nie jest to oczywiście, jak u starszych dzieci bo na początku jest trochę bardziej niewyraźne, nieostre. Rozwój widzenia trwa do ok. 10 roku życia. Początkowo, do 1. roku życia specjalizuje się ostrość wzroku, to najważniejszy czas do wytworzenia się prawidłowego widzenia u dziecka. Potem, od 4-6 miesiąca życia wytwarza się pojedyncze widzenie obuoczne, czyli koordynacja obu gałek ocznych, która pozwala na prawidłowe przestrzenne widzenie, czyli tzw. stereopsję. Zaraz po urodzeniu, do ok. 4 miesiąca życia, dziecko posługuje się raz jednym, raz drugim okiem. Nie ma wytworzonej tzw. fuzji. Na siatkówkach w obu oczach powstają obrazy, one muszą w mózgu być zlane w jeden obraz i od momentu zlania się tych obrazów, czyli wytworzenia tej fuzji, zaczyna się kształtować widzenie przestrzenne. To ma bardzo ważny wpływ na rozwój dziecka. Od momentu wytworzenia fuzji dziecko zaczyna wyciągać rękę w kierunku zabawki. Ważne, aby miało wtedy wiszące nad łóżeczkiem kolorowe zabawki, które będą stymulowały rozwój widzenia, także przestrzennego.

U nowo narodzonych dzieci na początku ruchy gałek ocznych są niesymetryczne, oczy mogą polecieć w górę, w dół, w bok. Rodzice często denerwują się, że dziecko zezuje. Jeśli ma ono dopiero miesiąc-półtora, nie należy się tym martwić. Zaczynamy myśleć, że dziecko zezuje, dopiero jeśli ukończy ono 4. miesiąc życia, kiedy wytwarza się fuzja, która powinna utrzymywać w prostym ustawieniu gałki oczne. Wtedy należy udać się z dzieckiem do okulisty. Natomiast zawsze, nie wolno czekać jeżeli cokolwiek dzieje się z okiem dziecka, np. źrenica ma inny kolor niż czarny, jest np. biała czy żółta, wtedy trzeba natychmiast zgłosić się z dzieckiem do okulisty lub na ostry dyżur okulistyki dziecięcej. To może być bowiem zaćma wrodzona, która jak najszybciej powinna być zoperowana, co umożliwia prawidłowe widzenie, może to

też być coś groźniejszego, jak rozwijający się nowotwór: siatkówczak. Czyli musimy patrzeć w oczy dziecka, bo to jest bardzo ważne.

Co powinno jeszcze zaniepokoić rodziców czy dziadków? Na co powinni zwracać uwagę?

Przede wszystkim ważne jest wykluczenie zezu. Jak dziecko skończy 6 miesięcy, nie ma prawa zezować. Jeśli widzimy, że jedno oko zbacza na zewnątrz do środka czy do góry, trzeba zgłosić się do poradni okulistycznej dziecięcej. Trzeba też zwracać uwagę, jak zachowuje się dziecko, które już chodzi, zaczyna interesować światem. Jeśli włączamy mu np. bajkę i dziecko podchodzi blisko telewizora, może to być spowodowane wadą wzroku. To głównie jest nadwzroczność. Jeśli ta wada jest powyżej 3 dioptrii i nie zostanie wyrównana w odpowiednim czasie to w pewnym momencie dziecko może zacząć zezować, ponieważ nadwzroczność predysponuje do wytworzenia zezu zbieżnego. Natomiast jeżeli rodzice czy dziadkowie dziecka są krótkowidzami a któreś ma zezu zbieżnego wadę dużą, powyżej minus 6 dioptrii, to taka wada ma uwarunkowania genetyczne i jest przekazywana następnym pokoleniom, zwłaszcza wnukom. W związku z tym, jeżeli w rodzinie występuje wada wzroku i coś nas niepokoi, np. dziecko za blisko ogląda telewizję, trzeba sprawdzić czy nie ma krótkowzroczności. Obecnie krótkowzroczność jest plagą. Są dwa rodzaje tej wady wzroku. Może być to krótkowzroczność środowiskowa, która pojawia się zwłaszcza w okresie szkolnym i jest związana z intensywną pracą do blizy. Tu winne są powszechne smartfony, komputery, brak przebywania na świeżym powietrzu i brak przerw przy intensywnej pracy do blizy. Najczęściej widzimy to teraz u dzieci w 8 roku życia. Ja jak zaczynałam pracę w okulistyce, ta krótkowzroczność środowiskowa pojawiała się w 10-11 roku życia, teraz ta granica przesunęła się o 2-3 lata do przodu.

Bywa, że rodzice dla uspokojenia dają dziecku tablet czy smartfon, dziecko ma go przed oczami i wręcz się „wyłącza”. Tymczasem konsekwencją może być wada wzroku, krótkowzroczność. Czyli unikajmy tego, za wszelką cenę.

Jest grupa rodziców, którzy kosztem zdrowia dziecka starają się mieć wolny czas. Nie karmimy dziecka, kładąc obok smartfon, aby dziecko oglądało bajkę. To powinno być zabronione. Czasem widzę, jak rodzice wychodzą z dzieckiem w wózku na spacer i dziecko 1,5 – 2-letnie zamiast korzystać z tego, że jest na podwórku, patrzeć na piękną zieleni dookoła, ma w ręku smartfon. To podstawowy błąd. Im wcześniej damy dziecku smartfon i zacznie ono pracować intensywnie do blizy, tym wcześniej powstanie u niego krótkowzroczność środowiskowa.

Trzeba pamiętać, że od 7 roku życia, gdy dziecko już idzie do szkoły, trzeba dbać o fizjologię pracy wzrokowej. Kiedy dziecko pisze, czyta, rysuje, co godzinę robimy przerwę, najlepiej półgodziną. Wiem, że to często jest nie do zrobienia, zwłaszcza u starszych dzieci, które muszą po powrocie ze szkoły odrobić lekcje. Ale te minimum 15 minut przerwy powinno być. Nawet w szkole są przerwy między lekcjami, one obowiązują też w domu. Polecam to także dorosłym, zwłaszcza tym, którzy siedzą w laptopach, aby podczas pracy co godzinę zrobić sobie 10-15 minut przerwy, czyli wstać, odpocząć, popatrzeć przez okno na zieleni, przejść się, wypić herbatę, zjeść jabłko.

Teraz na całym świecie podkreśla się, że dzieci powinny jak najwięcej przebywać na świeżym powietrzu. Taka norma, nawet zimą czy jesienią, to godzina dziennie, choć to mało, dziecko powinno być codziennie ok. 2 godzin na świeżym powietrzu, a już w lecie to ponad pół dnia.

To taki problem naszych czasów – nas kiedyś ciężko było zagonić z podwórka do domu, teraz jest odwrotnie. W szkole z kolei często obserwujemy takie zjawisko, że po 45-minutowej lekcji, podczas przerwy, dzieci zamiast wyjść na podwórko czy korytarz, zostają w ławkach z telefonami w ręku. Czyli ta przerwa dodatkowo obciąża wzrok. Ten wzrok nie odpoczywa.

Są takie szkoły, gdzie dziecko nie może przynosić telefonu, albo musi go zostawić przed lekcjami w kancelarii. Uważam, że to bardzo dobrze, jak nauczyciele zabraniają uczniom korzystać w szkole z telefonów komórkowych. Może być on wyłączony w plecaku, ale nie może być używany, także w czasie przerwy.

Czy w przypadku krótkowzroczności środowiskowej, jest szansa na zahamowanie tego procesu u dziecka?

Do niedawna były małe możliwości, mogliśmy stosować soczewki okularowe czy szkła kontaktowe u dzieci od 13. roku życia. Była też metoda ortokorekcji, czyli zakładania specjalnych uciskających soczewek w nocy. Natomiast od 2021 roku mamy nową możliwość. Są dostępne nowe rodzaje szkieł, które są nie tylko szklami korekcyjnymi, ale też szklami leczniczymi. Są trzy firmy, które są obecnie na rynku polskim, które mają w ofercie soczewki stworzone do korekcji krótkowzroczności u dzieci. Wstawiane są do okularów, dobranych przez optyków, którzy mają certyfikaty stosowania tych soczewek. To są szkła, które hamują postęp wady. Zaczęłam je stosować u pacjentów w październiku 2021, teraz mam pod opieką grupę 55 dzieci, u których te szkła bardzo dobrze spełniają zadanie w wyhamowaniu postępu wady. Po roku noszenia szkieł ta wada postępuje o 0,25 – 0,5 dioptrii, ale to nic w stosunku do tego, że przed zastosowaniem takich specjalnych szkieł rocznie postępowała o 1 – 1,5 dioptrii. Są pacjenci, którzy wcześniej musieli zmieniać szkła co pół roku, teraz nawet po roku nie muszą tego robić. Nadal mają pełną ostrość wzroku.

Należy jednak wziąć pod uwagę, że okulary to jedno, a do tego potrzebna jest wspomniana już fizjologia pracy wzrokowej: przerwy co godzinę, świeże powietrze, nie przesiadywanie w telefonie non stop. Pacjenci i ich rodzice dostają instrukcję, jak należy postępować. Jeżeli będzie to wdrożone razem z okularami efekt będzie bardzo zadowalający.

Krótkowzroczność środowiskowa postępuje najczęściej do 18 roku życia. Okazuje się, że u 14-15 latków po zastosowaniu tych nowych okularów, wada ulega zahamowaniu. To obecnie największe dobrodziejstwo, bo można zatrzymać wadę przy małej albo średniej krótkowzroczności.

Krótkowzroczność środowiskowa to jedno, a jaki jest ten drugi rodzaj krótkowzroczności?

To ta krótkowzroczność uwarunkowana genetycznie. Jest to wada niebezpieczna, powyżej minus 6 dioptrii i należy pamiętać, że jest dziedziczona. Jeżeli dziecko 2-3 letnie ma wadę wzroku minus 0,75 do minus 1, i ta wada postępuje, to w wieku 10-11 lat, gdy dochodzi do intensywnego wzrostu dziecka, następuje też wzrost gałki ocznej i wada „leci” błyskawicznie do przodu. Należy pamiętać, że to są uwarunkowania genetyczne, więc my nie wpłyniemy na to, że wada się zatrzyma, ale możemy zwolnić postęp krótkowzroczności przez odpowiednie okulary czy szkła kontaktowe. Ale zwłaszcza tym dzieciom rodzice powinni wyłączyć internet w smartfonie, tak aby służył tylko jako telefon, do rozmawiania czy wysyłania wiadomości. Te dzieci i tak mają do czynienia z komputerem w szkole i przy odrabianiu lekcji w domu. Trzeba jednak pamiętać, aby pracowały na dużym ekranie, monitor powinien być wielkości przynajmniej 17 cali, ustawiony na odległość wyciągniętej ręki dziecka. Wtedy zmieniamy pracę do bliży na pracę do odległości pośredniej i stwarzamy warunki bezpieczniejszej pracy wzrokowej, a tym samym zabezpieczamy dziecko przed dalszym, bardzo szybkim postępowaniem krótkowzroczności.

Czy nadwzroczność jest spotykana u dzieci?

Tak, i jak mówiłam związana jest z zezem zbieżnym. Bardzo często wystarczy sprawdzić wadę refrakcji, jeżeli tam są plusy, często odpowiednio dobrane okulary powodują, że zez w okularach znika. Natomiast jeżeli dziecko ma nadwzroczność i okulary nie wyrównują tego zezu, pozostaje leczenie operacyjne.

Krótkowzroczność wiąże się z kolei z zezem rozbieżnym. Tu konieczne często są ćwiczenia konwergencji, lekarz okulista włącza dodatkowe ćwiczenia, nawet do stosowania w domu, można jeszcze stosować ćwiczenia ortoptyczne w warunkach poradnianych.

Czy astygmatyzm występuje u dzieci?

To jest wada związana z nieprawidłową budową rogówki, która w odpowiednich osiach inaczej załamuje promienie świetlne. Efektem tego jest złe widzenie przy czytaniu – pewne części liter się zamazują i do dali. U małego dziecka, jak ma np. rok i nieduży astygmatyzm, można zaczekać z jego wyrównaniem do wieku ok. 3 lat, gdy dziecko pójdzie do przedszkola, zaczyna

coś malować, rysować. Jeżeli astygmatyzm jest dużego stopnia powyżej 1,5 dioptri, to jak najwcześniej powinien być wyrównany.

Stożek rogówki – co to za wada i czym skutkuje?

To schorzenie rogówki. Polega na tym, że różnica w osiach pionowych i poziomych jest bardzo duża, inaczej załamują te dwie krzywizny. Ta rogówka, która normalnie ma kształt takiej kuli, zmienia się w kształt stożka. Ostry stożek rogówki zwykle nie występuje u dzieci, najczęściej u dorosłych, może być jednak problem z ostrością wzroku i wyrównaniem wady okularami.

Wiemy, że zez nie powinien niepokoić u dzieci do 6 miesiąca życia, a jak zareagować, kiedy zezuje starsze dziecko? Kiedy iść do specjalisty? I jakie są szanse na pomoc takiemu dziecku?

Szanse są olbrzymie. Zaniepokoić powinno, gdy zezuje dziecko w wieku powyżej 6 miesiąca życia. Takie dziecko musi trafić do okulisty. Może okazać się, że to nadwzroczność i wystarczy nałożyć dziecku okulary i problem zezu w okularach zniknie. Ale jak okaże się, że dziecko nie ma wady wzroku, i jest duży kąt zezu, takie dziecko jak najszybciej leczymy operacyjnie, aby ustawić mu prosto oczy, dać mu możliwość wytworzenia widzenia obuocznego. Gdy dziecko zaczyna nagle zezować w wieku 3,4 lat, nie pomagają okulary, też może wymagać leczenia operacyjnego.

W naszej klinice tych zezów operujemy bardzo dużo, mamy doświadczenie wieloletnie – klinika istnieje już 26 lat. Efekty są bardzo dobre. Mamy też możliwość leczenia toksyną botulinową.

Chcę zaznaczyć, że bardzo ważne jest wieloletnie doświadczenie ośrodka, w którym operowane są dzieci. Dziecko, to nie jest osoba dorosła. Gdy operujemy dziecko 3-4 letnie, musimy mieć w głowie pytanie, co będzie się z nim działo, gdy będzie mieć 20 kilka lat. Wiadomo, że urośnie, zmieni się wada wzroku, chodzi o to, aby zabieg w wieku 3-4 lat nie spowodował, że z zezu zbieżnego w wieku dziecięcym, pacjent dorosły będzie miał zezu rozbieżnego, który też będzie trzeba operować.

U dorosłych skorygowanie zezu daje efekt natychmiastowy i trwały. U małych dzieci jest różnie, bo na przestrzeni lat ten kąt zezu często ulega zmianom. Bardzo ważna jest też współpraca z rodzicami, którzy powinni wiedzieć, że leczenie to nie jest na dziś i teraz, tylko jak mamy zezu rozbieżnego, to konieczne są ćwiczenia konwergencji przez wiele lat w warunkach domowych. Niestety dzieci często nie chcą ćwiczyć, rodzice zniechęcają się i ten efekt może się pogorszyć.

W Polsce jest kilka ośrodków dziecięcych operujących zezu i uzyskujących bardzo dobre efekty. Nasza polska szkoła okulistyczna jest szkołą bardzo dobrą, czerpiemy z wielu naszych profesorów-nestorów. Moim guru była prof. Krzystkova, która stworzyła ośrodek krakowski, strabologię w Polsce. Ja u niej nauczyłam się wielu metod operacyjnych, które potem od razu zaczęliśmy wykonywać w Białymstoku. Także mamy w Polsce dobre tradycje i na pewno nie mamy się czego wstydzić, jeśli chodzi o porównanie z ośrodkami europejskimi.

Możemy chyba zakończyć takim stwierdzeniem, żeby jak najczęściej wyganiać dzieci na podwórko.

Tak, pomoże to nie tylko w zapobieganiu wadom wzroku, ale też wspomogą rozwój fizyczny dziecka. Ortopedzi alarmują, że przez siedzenie przed komputerem czy w telefonie jest coraz więcej przypadków wad postawy, skrzywienia kręgosłupa u dzieci. Neurolodzy mówią, że rośnie pokolenie, które ma problemy z koncentracją, psychologowie alarmują o problemach z nawiązywaniem kontaktów międzyludzkich. W USA powstają już nawet ośrodki odwykowe dla nadużywających nałogowo smartfonów. Dlatego zabierajmy dzieci na spacer, bez względu na porę roku, ta godzina na świeżym powietrzu na pewno dobrze zrobi i dla dorosłego i dla dziecka.



15. HIV i AIDS – wiedza ratuje



dr Marta Milewska-Buzun

HIV i AIDS to tematy ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza była dr Marta Milewska-Buzun z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

Dziś chcemy porozmawiać o temacie związanym z wieloma mitami. To HIV i AIDS. Ta panika, która powstała na przełomie lat 80/90 ub. stulecia, związana z tymi zakażeniami, utrzymuje się jeszcze?

Może nie jest to już panika, ale zdecydowanie lęk jest. Jest to lęk przed nieznanym. Był taki moment, gdy trochę wystraszyliśmy się tej choroby. Na początku zakażenie wirusem HIV doprowadzające do rozwoju AIDS, było chorobą śmiertelną, nie było tu bogatych i biednych, choroba była sprawiedliwa wobec wszystkich. Były takie osoby jak Freddie Mercury czy Rock Hudson, które na pewno byłoby stać na bardzo dobre leczenie, natomiast tego leczenia nie było. I ludzie zobaczyli, że tu nie ma żartów, jak zakazisz się HIV, to umrzesz. I w latach 90-tych, gdy zaczęto się bać tej choroby, widać bardzo wyraźny spadek zachorowań. Natomiast nie trwało to długo. W 1996 r. wynaleziono skuteczną terapię antyretrowirusową, która zakażenie wirusem HIV z choroby śmiertelnej przekształciła w chorobę przewlekłą.

Przestajemy się bać HIV i AIDS, ale czego tak naprawdę się baliśmy? O jakiej chorobie mówimy, czym jest HIV i AIDS i czy ten lęk był uzasadniony?

HIV jest to ludzki wirus nabytego niedoboru odporności, należący do rodziny retrowirusów. Atakuje komórki limfocytów CD4+, które są bardzo ważne w organizmie, odpowiadają za odporność, za to żeby ten układ immunologiczny pracował prawidłowo. Rozróżniamy dwa typy wirusa HIV: HIV-1 i oraz HIV-2. HIV – 1 odpowiada za pandemię, która pojawiła się na świecie, HIV-2 był endemiczny dla Afryki Subsaharyjskiej. W tej chwili, gdy nasilona jest emigracja ludności, to się zmienia i nie do końca jest tak, że nie będziemy mieli tych dwóch typów wirusa.

Natomiast w latach 80-, 90-tych zakażenie HIV oznaczało śmierć. Nielezione zakażenie prowadziło do rozwoju choroby, którą nazywamy AIDS. Jest to zespół nabytego upośledzenia odporności, objawiający się wystąpieniem chorób oportunistycznych. Jest tak, że pewne patogeny w sobie nosimy, nawet gdy chorujemy, np. na zapalenie płuc, nie są one groźne, bo układ immunologiczny panuje nad tym, zachowuje tą równowagę. W momencie gdy wirus HIV niszczy stopniowo ten układ immunologiczny, a może tak się dzieć nawet przez wiele lat, gdy nie wiemy, że jesteśmy zakażeni, w pewnym momencie okazuje się, że nasz organizm już się

nie broni i pojawiają się choroby wskaźnikowe. Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS określa, jakie to są choroby wskaźnikowe. Ich wystąpienie uzasadnia już postawienie diagnozy AIDS.

Co ważne, taka osoba nawet nie wie, że zakaża, nie ma bowiem żadnych objawów, które mogłyby ją zaniepokoić. Te objawy pojawiają się dopiero, gdy są deficyty odporności.

A ile osób jest zakażonych HIV i choruje na AIDS na świecie, w Polsce i w naszym regionie? Jaka to jest skala?

Skala jest bardzo duża, zarówno w skali światowej, jak i Polski. Na świecie szacuje się, że pod koniec minionego roku żyło ok. 38 mln ludzi zakażonych HIV i chorujących na AIDS. W Polsce jest to ok. 30 tys. W naszym ośrodku w Białymstoku leczymy 350 chorych. Z tym, że to są dane, o których my wiemy. Szacuje się, że ok. 60 proc. chorych jest jeszcze nie zdiagnozowanych. Wskaźniki są rosnące, tych osób przybywa. Wciąż dominuje tu Afryka Subsaharyjska, tam jest najwięcej tych zakażeń, w ponad 80 proc. dotyczy to dziewczynek i młodych kobiet. Ale zakażenia rozprzestrzeniają się już na Azję Środkową i Południową oraz na Europę Zachodnią. W całej Europie nasilone są ruchy migracyjne, bardzo dużo ludzi przybywa też z Afryki, transmisja wirusa jest więc szeroka. I o ile w Europie i krajach rozwiniętych ta diagnostyka HIV/AIDS jest na wysokim poziomie, tak w krajach rozwijających się tak to niestety nie wygląda.

A jak wygląda diagnostyka w kierunku HIV/AIDS? Gdzie można się zgłosić na takie badanie?

Diagnostyka jest bardzo prosta, nie jest też droga. Każda osoba może zgłosić się do punktu diagnostyczno-konsultacyjnego i wykonać badanie w kierunku obecności wirusa HIV. Jest to badanie anonimowe. Można też wykonać je praktycznie w każdym laboratorium diagnostycznym. W tym celu pobiera się krew, tak jak podczas badania np. morfologii, nie trzeba się specjalnie przygotowywać.

Co ważne, jest też taki trend ogólnoswiatowy, aby promować samotestowanie, wykonywanie testów przesiewowych w różnych populacjach, np. w grupach gdzie spotykają osoby o konkretnej orientacji seksualnej czy na spotkaniach dużej grupy młodzieży, np. koncertach. To są bardzo proste testy, wykonuje się je ze śliny czy przez nakłucie opuszka palca. W aptekach są też testy do samodzielnego wykonania w domu. Zachęcam do ich wykonywania. Nie chodzi o to, aby podchodzić do tego paranoicznie, ale jak ktoś ma za sobą ryzykowne zachowanie czy narażenie na kontakt z wirusem, a nie chce z różnych względów iść do punktu konsultacyjno-diagnostycznego, może samodzielnie wykonać test w domu. Bardzo ważne jest tylko to, aby te testy były certyfikowane, dlatego najlepiej kupować je w aptece. Taki test zawiera instrukcję, jak go prawidłowo wykonać i trzeba ściśle tej instrukcji przestrzegać. Jest tam też informacja, gdzie udać się, jak wynik testu będzie pozytywny. Natomiast jeżeli była wyraźna ekspozycja, ryzykowne zachowanie, trzeba zgłosić się do punktu konsultacyjno-diagnostycznego, ewentualnie do laboratorium i pobrać krew, aby ocenić, czy doszło do zakażenia.

Jeśli chodzi o badania z krwi, mamy dwa testy przesiewowe. Mamy teraz testy tzw. IV generacji, które pokażą obecność antygenów charakterystycznych dla HIV już po okresie 2 tygodni od momentu ryzykownego zachowania czy ekspozycji na wirusa. Natomiast przeciwciała test nam pokaże po okresie 4-12 tygodni od ekspozycji. Jak okaże się, że te dwa testy przesiewowe są pozytywne, testem rozstrzygającym jest test Western-blot. Trzeba też pamiętać, że mamy tzw. okienka serologiczne. Nie ma sensu wykonywać testu następnego dnia po potencjalnym narażeniu na zakażenie HIV, bo on nic nie wykaże. Trzeba uzbroić się w cierpliwość, odczekać 2 tygodnie czy dłużej i dopiero wykonać test. Oczywiście dotyczy to osób, które od momentu ekspozycji nie miały ponownego narażenia przez cały okres diagnostyki. Inaczej testowanie nie ma sensu, trzeba zaczynać je od początku.

Uważam, że każda osoba aktywna seksualnie powinna przynajmniej raz w życiu poddać się testowi w kierunku HIV. Z badań jakie wykonywałam odnośnie jakości życia osób zakażonych wirusem HIV, wynika, że młodzież chętnie poddałaby się takiej diagnostyce, ale niekoniecznie chce, aby przy tym byli rodzice. I dobrze, aby takie miejsce było np. w okolicy szkoły,

niekoniecznie w ośrodku medycznym. Jest więc sporo do zrobienia w tym obszarze. Każda osoba powinna móc wykonać taki test. Są zawody, z reguły służby mundurowe, gdzie diagnostyka jest wykonywana w ramach badań okresowych, ale nie wszędzie tak się dzieje. A to bardzo ważne, bo im wcześniej wychwycimy zakażenie, tym wcześniej możemy wdrożyć terapię i jest szansa na mniej osób zakażonych po drodze.

Wykonaliśmy test, wynik jest dodatni, co wtedy?

Z całą pewnością nie panikować. To nie jest już choroba śmiertelna, z tym żyjemy, stosujemy terapię. Jak taki test wykonany w zaciszu domowym wyjdzie nam pozytywny, to nie ma innego wyjścia, jak udać się do lekarza specjalisty. Na stronie Krajowego Centrum ds. AIDS mamy listę wszystkich ośrodków zajmujących się terapią takich pacjentów. Można zgłosić się bez skierowania i zdiagnozować dodatkowo. Jeżeli test wykonaliśmy w ośrodku i lekarz przedstawia wynik badania i wiemy że jesteśmy zakażeni wirusem HIV, lekarz informuje też, co dalej. A dalej jest leczenie. Mamy bardzo skuteczną terapię antyretrowirusową. Ludzie, którzy ją przyjmują dożywają takiego samego wieku, jak populacja zdrowa. Warunkiem jest jednak podjęcie leczenia. Jak go nie podejmiemy, nie przeżyjemy.

Czy są jednak jakieś objawy, które mogą wskazywać na zakażenie wirusem HIV, sprawić, że możemy zacząć to podejrzewać?

Mogą nas nakierować pewne objawy. Zakażenie wirusem HIV przebiega w trzech fazach: A, B, C. Faza A tuż po zakażeniu, jest w zasadzie bezobjawowa, ale osoby zakażone wirusem HIV w okresie ok. 6 tygodni od ryzykownej sytuacji, mogą mieć objawy grypopodobne, czyli bóle kostne, biegunka, wysypka, podwyższona temperatura, powiększone węzły chłonne. Z reguły łączy się to z infekcją wirusową, gripą. To mija, żyjemy dalej, nic nie dzieje. Natomiast jeśli dotyczy to osoby, która w jakikolwiek sposób się eksponowała, była narażona, to jeśli w takim okresie od tego zdarzenia ma te objawy, powinna na pewno zdecydować się na wykonanie testu. W okresie klinicznym B też w zasadzie nic nie dzieje, może trochę częściej chorujemy. Z całą pewnością należy zwrócić uwagę, gdy pojawia nam się znikąd podwyższona temperatura – 38 stopni, powtarzające się infekcje płuc, które trudno się leczy, infekcje drożdżakowate w jamie ustnej, nagłe chudnięcie. Te objawy powinny zwrócić naszą uwagę, że coś jest nie tak. W okresie klinicznym C, czyli zakażeń oportunistycznych, jeżeli co najmniej dwa razy w roku występują zapalenia płuc, które trudno się leczy, jeżeli występują pojedyncze ropnie mózgu czy niewyjaśnione kandydozy przełyku, zakażenia grzybicze, trzeba wykonać test na HIV. Bardzo ważna jest tu czujność lekarzy i wiedza pacjenta, bo on nadal może bardzo dobrze się czuć, ale mieć wysoką wiramię. Ona najwyższa jest zawsze na początku zakażenia, gdy wirus intensywnie namnaża i w momencie gdy organizm nie jest w stanie walczyć z wirusem, czyli gdy mamy AIDS.

A kiedy należy wdrożyć leczenie?

O tym decydują lekarze zakaźnicy. Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, leczenie wdraża się niezwłocznie po zdiagnozowaniu zakażenia. Nie czekamy na wystąpienie chorób wskaźnikowych czy odpowiedniego poziomu limfocytów CD-4. Ma to tylko dobre strony, nie pozwoli wirusowi na rozmnożenie się do niebezpiecznych granic, nie dojdzie do uszkodzeń, ubytków spowodowanych brakiem odporności.

Jeśli szybko się zdiagnozujemy, podejmiemy leczenie, jakie są szanse na wyzdrowienie i normalne funkcjonowanie zawodowe i społeczne?

W świetle dzisiejszej wiedzy na wyzdrowienie szans nie mamy. Jest to choroba przewlekła nieuleczalna. Trzeba przyjmować leki. Jak odstawimy leki, wirus zacznie na nowo się namnażać. Celem leczenia jest wyciszenie wirusa, nie pozwolenie, aby się w sposób niekontrolowany namnażał w organizmie. Choroby nie wyleczymy, ale skutecznie możemy nad nią panować. Rokowania są dobre, jeśli pacjent jest adherentny, czyli współpracuje z lekarzem, stosuje się do proponowanego leczenia. Często u pacjentów uzależnionych np. od alkoholu czy narkotyków, depresyjnych, ta adherencja spada i ich rokowanie może być niepomyślne, bo nie przestrzegają zaleceń w zakresie przyjmowania leków. A to tylko 1 tabletką dziennie i można żyć jak reszta społeczeństwa i dożyć późnej starości. Dzięki leczeniu

antyretrowirusowemu populacja ludzi z wirusem HIV dożywa późnej starości. Nasz najstarszy pacjent miał 77 lat. Oczywiście też musimy liczyć z tym, że tacy pacjenci chorują tak jak populacja zdrowa w sensie zakażenia wirusem HIV, np. na nowotwory i ta śmiertelność z powodu innych chorób występuje, ale sam wirus przestał być już wyrokiem.

Na początku, jak pojawił się HIV i AIDS, na Zachodzie pacjentami zakażonymi byli głównie homoseksualiści, w Polsce byli to raczej narkomani, którzy jedną igłą i strzykawką posługiwali się. Była też grupa pacjentów po transfuzji krwi. Jak to wygląda obecnie, jaki jest profil pacjentów?

Na początku epidemii AIDS te osoby nazywano tzw. 4H, kojarzono to z grupami ryzyka: chorzy na hemofilię, heroiniści, Haitińczykowie oraz homoseksualiści. Początkowo tylko z tymi grupami łączono zakażenie wirusem HIV. Potem zaczęły chorować kobiety, czyli okazało się, że nie jest to tylko domena tych 4 grup. Chorowały też dzieci matek HIV-pozytywnych. Nasza wiedza odnośnie dróg zakażenia przez lata poszerzyła się. Obecnie w zasadzie nie jesteśmy w stanie zakażyć się przez przetoczenie krwi – oczywiście mówię tu o wysoko rozwiniętych krajach. Jeżeli chodzi o grupy ryzyka, to w krajach Afryki Subsaharyjskiej możemy mówić o zakażeniach heteroseksualnych, dotyczących głównie młodych kobiet, ich dotyczy 85 proc. zakażeń. W Europie i Azji to przede wszystkim mężczyźni o orientacji homoseksualnej i biseksualnej, osoby sprzedające i korzystające z usług seksualnych, a także osoby wstrzykujące narkotyki drogą iniekcji. Do zakażeń wirusem HIV dochodzi też w środowiskach więziennych. To obecnie najważniejsze grupy ryzyka.

Z tym wiąże się recepta dotycząca tego, jak uniknąć zakażenia. Czyli najskuteczniejsze jest unikanie ryzykownych zachowań związanych z zażywaniem narkotyków czy relacjami seksualnymi. Czy jeszcze w jakiś sposób można zapobiec zakażeniu?

W związku z tym, że nie umiemy skutecznie wyleczyć, pozostaje nam tylko unikać ryzyka zakażenia. Z całą pewnością powinniśmy wykonywać badania, jak podejmujemy współzycie czy zmieniamy partnera. Powinniśmy unikać sporadycznych kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia. Wirus nie przenosi się może jakoś bardzo łatwo, są sytuacje że ktoś ma ileś kontaktów seksualnych i nie ulegnie zakażeniu, ale są też osoby, które po pierwszym kontakcie zostały zakażone. Dotyczy to w szczególności osób młodych, choć ten trend się zmienia. Teraz osoby przeżywające tzw. drugą młodość, po 50. roku życia, które podróżują, są otwarte na różne doświadczenia, i zdarza się, że kogoś „fantazja poniesie”. Tak naprawdę stały, wierny partner daje nam gwarancję, o ile nie był wcześniej zakażony. Osoby przyjmujące narkotyki dożylnie – na szczęście jest to obecnie już nieliczna grupa, powinny pamiętać, aby używać własnych igieł.

Trzeba też pamiętać, że kobieta zakażona wirusem HIV może przenieść zakażenie na dziecko. Lekarze ginekolodzy powinni zlecać przyszłej mamie badanie na obecność wirusa HIV, oczywiście za zgodą pacjentki. Nie należy tu odmawiać, czuć się jakoś piętnowaną. Jeżeli okaże się, że jest zakażenie wirusem HIV, można wtedy szybko wdrożyć terapię antyretrowirusową. Taka mama jak przyjmuje leki, ma 99 proc. szansy na urodzenie zdrowego dziecka. Te leki są bezpieczne dla dziecka, nie wykazują działania teratogennego. Bardzo ważna jest tu też współpraca lekarza ginekologa z lekarzem chorób zakaźnych. Trzeba też pamiętać, że taka mama ma zakaz karmienia piersią, bo może przekazać wirusa dziecku, im dłużej karmi, tym to ryzyko wzrasta.

Wiemy, że wirus HIV w organizmie dobrze się rozwija, a jak to jest poza organizmem człowieka? Czy mamy ryzyko zakażenia, gdy wchodzimy do pokoju, w którym była osoba chora i dotykamy różnych rzeczy? Czy musi być ten bezpośredni kontakt z krwią osoby zakażonej? Czy możemy bezpiecznie podać takiej osobie rękę?

Należy pamiętać, że my ludzie jesteśmy powleczeni skórą, która jest doskonałą barierą. Jeśli ta skóra jest nieprzerwana, nie mamy uszkodzonego naskórka, jakiś otwartych ran, to absolutnie nie należy obawiać się takich osób. Pamiętajmy, że wirus HIV jest bardzo wrażliwy, bardzo dobrze czuje się w ludzkim organizmie, ale nie będzie czuł się dobrze w organizmie komara – nie bójmy się ich. Jak jesteśmy w jednym pomieszczeniu z osobą zakażoną wirusem

HIV i nas i tą osobę ugryzie komar, nie ma się czego obawiać. Komary nie przenoszą zakażenia. Wirus poza organizmem żyje bardzo krótko. Jest bardzo wrażliwy na temperaturę. W temperaturze powyżej 56 stopni C ginie mniej więcej w okresie 10-20 minut, w temperaturze 100 stopni C – natychmiast. Jest to wirus bardzo wrażliwy na promieniowanie słoneczne, eksponowany na słońce ginie. Natomiast niska temperatura trochę mu pomaga przetrwać, jeśli jest poniżej 4 stopni C, dłużej w krwi czy wydzielinie będzie mieszkał, ale nie jest to dla nas zakaźne. Oczywiście zawsze najlepiej nie dotykać strzykawek i igieł osób zakażonych.

Ale przez samo dotyknięcie rzeczy, które taka osoba wcześniej dotykała, nie jesteśmy w stanie się zakażyć. Możemy korzystać z tych samych sztućców, naczyń, toalety, basenu. To nie jest dla nas groźne. Zawsze trzeba oczywiście zachować pewne podstawowe zasady higieny. Wirus jest wrażliwy na środki chemiczne do dezynfekcji oraz zwykłą wodę i mydło. Mycie rąk bardzo pomaga. Jak osoba zakażona np. zwymiotuje czy się skaleczy, takie miejsce dezynfekujemy, ranę zaklejamy plastrem. Oczywiście te czynności wykonujemy w rękawiczkach, bo nigdy nie ma pewności czy nie mamy jakiś mikrouszkodzeń, choć taka droga zakażenia jest mało prawdopodobna.

A czy da się zapanować nad lękiem? Jak pokonać tę wiadomość traumatyczną, że jest się zakażonym wirusem HIV?

Myślę, że to jest kwestia przekazania tej informacji przez osoby, które mówią pacjentowi o pozytywnym wyniku testu. Chodzi o to, aby nie wzbudzić w nim lęku czy paniki. Powinny paść pytania, czy pacjent potrzebuje wsparcia psychologicznego, czy jest ktoś, kto może wesprzeć. Są różne organizacje, z którymi można go skontaktować, są fora internetowe. Bardzo dużo pacjentów ucieka w stronę duchową w tym momencie – tu duża rola organizacji kościelnych, które mogą ich wspomagać.

Sama diagnoza jest trochę jak uderzenie obuchem w głowę. Mimo, że badania wskazują, że większość pacjentów jej się spodziewa. Ale i tak diagnoza jest tym najbardziej traumatycznym wydarzeniem, to tzw. osvajanie nieznanego łądu. Dotyczy to i pacjenta, i jego rodziny. Ważne jest, aby przeanalizować, z kim chce porozmawiać o tym. Nie zawsze warto zostawić tę informację tylko sobie i gryźć się z nią. Najczęściej rodzice są tu bardzo otwarci, wspomagają dziecko. Nie zawsze jest też tak, że np. współmałżonek odrzuci zakażonego partnera, są związki, które przez to przechodzą. Trzeba pamiętać, że nie tylko dla osoby zakażonej jest to duża trauma. Dla rodziny również. Ale z reguły rodzina jest potężnym wsparciem i o te relacje rodzinne należy dbać, starać utrzymywać w najlepszych stosunkach. Nie należy izolować się, uciekać od społeczeństwa i rodziny. Aczkolwiek jest grupa osób zakażonych HIV, która z nikim nie podzieliła się tą informacją i z tym się lepiej czuje. Wszystko jest kwestią naszych potrzeb wewnętrznych. Tym trzeba się kierować.

Ważne jest też, żeby wywiązać się z obowiązków prawnych, które ma osoba zakażona HIV. Trzeba powiadomić o zakażeniu obecnych partnerów seksualnych, a także byłych partnerów seksualnych, chyba że mamy pewność, że do zakażenia nie mogło dojść wcześniej. Taki moment ujawnienia na pewno też jest bardzo trudny.

Ale przede wszystkim już na początku, po usłyszeniu diagnozy, takim wsparciem powinien być lekarz, który podpowie do kogo można się zgłosić w razie potrzeby po wsparcie. Wiele informacji na ten temat jest też na stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS. Jest wiele miejsc, gdzie można zgłosić się po takie wsparcie. Na pewno zamykanie się z tą informacją o zakażeniu w swoim świecie i przeżywanie tego w sposób dramatyczny jest niewłaściwe. Tego robić nie wolno.

16. Rehabilitacja, AOS i leczenie szpitalne



Agata Dyszkiewicz, Karolina Lasik

Rehabilitacja, ambulatoryjna opieka specjalistyczna i leczenie szpitalne – to tematy ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gości prof. Jana Kochanowicza były Agata Dyszkiewicz, zastępca dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia i Karolina Lasik z działu kontraktowania świadczeń POW NFZ.

Jakie formy rehabilitacji są finansowane przez NFZ? Na co możemy liczyć? Czy możemy zamówić sobie np. masaż rehabilitacyjny?

KL: W koszyku świadczeń gwarantowanych znajdują się różne formy rehabilitacji. Taką najbardziej podstawową formą jest fizjoterapia ambulatoryjna i lekarska ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Kolejne formy to rehabilitacja domowa, rehabilitacja w ośrodku lub oddziale dziennym oraz rehabilitacja na oddziale stacjonarnym. Ta ostatnią dzielimy na rehabilitację ogólnoustrojową, neurologiczną, pulmonologiczną i kardiologiczną.

Kto może nas skierować na rehabilitację i jak długo takie skierowanie jest ważne? Wiemy, że są kolejki i nie zawsze od razu pomoc możemy otrzymać.

KL: Skierowanie wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, jest ono zawsze wymagane, nie ma tutaj odstępstw. W przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej i lekarskiej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej skierowanie może wystawić lekarz dowolnej specjalizacji, mający umowę z NFZ. Natomiast w przypadku rehabilitacji domowej skierowanie wystawia lekarz poz, jest to lekarz, do którego mamy najłatwiejszy dostęp. Na pozostałe formy rehabilitacji kieruje lekarz poradni specjalistycznej lub oddziału, w zależności od tego, jaki będzie zakres świadczeń. Najczęściej jest tak, że na rehabilitację może nas skierować lekarz z oddziału lub poradni rehabilitacyjnej, neurologicznej, ortopedycznej, reumatologicznej, ale w zależności też od różnych zakresów świadczeń ta lista jest rozszerzona. Np. jeśli chodzi o rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku oddziale dziennym, to oprócz tych wymienionych lekarzy, w przypadku zaostrzenia choroby przewlekłej, skierowanie może wystawić także lekarz poz.

Skierowanie ważne jest tak długo, dopóki nie ustała przyczyna jego wystawienia lub nie zostało zrealizowane, czyli pacjent np. nie odbył cyklu zabiegów. W przypadku rehabilitacji w warunkach domowych i fizjoterapii ambulatoryjnej, skierowanie musi zostać zarejestrowane w ciągu 30 dni od wystawienia, po tym czasie straci ważność. Dlatego warto jak najszybciej po otrzymaniu skierowania zapisać się w kolejkę, tak aby skierowanie nie straciło swojej ważności.

Czy można zapisać się w tą kolejkę w kilku poradniach i potem wybrać, gdzie chcemy skorzystać z pomocy?

KL: Niestety nie ma takiej możliwości, należy zdecydować się na jedną poradnię i tam się zarejestrować.

Jak długo trwa taka rehabilitacja? Czy to zależy od jej rodzaju?

KL: W dziale fizjoterapii cykl zabiegowy trwa do 10 dni, średnio jest 5 zabiegów dziennie dla pacjenta. Jeśli chodzi o rehabilitację w warunkach domowych, trwa ona 80 osobodni w roku kalendarzowym. Rehabilitacja w ośrodku dziennym trwa od 15 do 30 osobodni, o długości decyduje lekarz z ośrodka biorąc pod uwagę stan zdrowia pacjenta. Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego oraz rehabilitacja w ośrodku dziennym dla osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy trwa do 120 dni w roku kalendarzowym. Mamy też rehabilitację stacjonarną – tu czas jest różny. I tak rehabilitacja ogólnoustrojowa trwa do 6 tygodni, neurologiczna nawet do 16 tygodni, kardiologiczna – do 5 tygodni i pulmonologiczna – do 3 tygodni.

Jaka jest kwalifikacja do rehabilitacji domowej, kto może się o taki zakres świadczeń ubiegać?

KL: To pacjent, który nie może samodzielnie dotrzeć do działu fizjoterapii, dodatkowo pacjent musi mieć jedno ze schorzeń – najczęściej są to pacjenci po udarach, z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, po endoprotezach stawu biodrowego czy kolanowego, chorzy na RZS, w stanach wegetatywnych. Skierowanie może wystawić lekarz poz, natomiast kwalifikacji dokonuje lekarz lub fizjoterapeuta, który pracuje w ośrodku rehabilitacji domowej.

Jest taki termin: wizyta fizjoterapeutyczna. Co to takiego jest?

KL: To spotkanie fizjoterapeuty z pacjentem. Wizyta fizjoterapeutyczna odbywa się na początku i końcu cyklu zabiegowego, w rehabilitacji ambulatoryjnej i domowej. Fizjoterapeuta ocenia początkowy stan pacjenta, przeprowadza badania, proponuje dalszą formę rehabilitacji, zleca zabiegi, a na końcu ocenia jak przebiegła rehabilitacja, jakie są postępy i daje dalsze zalecenia. Takie wizyty realizują fizjoterapeuci z uprawnieniami, czyli z tytułem magistra i 3-letnim doświadczeniem pracy w zawodzie lub specjaliści fizjoterapii. To bardzo dobrze wyszkolony pracownik medyczny, mający kwalifikacje, aby pacjenta jak najlepiej do odpowiedniego postępowania terapeutycznego zakwalifikować.

Trzeba pamiętać, że pacjenci często długo czekają w kolejce na zabiegi i to schorzenie, z którym wiązało się skierowanie, może się w tym czasie pogłębić. Fizjoterapeuta musi ocenić, czy stan pacjenta się nie pogorszył, czy nie trzeba mu bardziej intensywnej rehabilitacji zaproponować. Teraz nie ma już obowiązku, aby lekarz kierujący na fizjoterapię ambulatoryjną zlecał pacjentowi konkretne zabiegi, jak to było kiedyś, a nawet jeśli są zlecone, fizjoterapeuta zawsze może je zmienić. On patrzy całościowo i dostosowuje wszystko do stanu zdrowia pacjenta.

Z rehabilitacji często korzystają osoby z niepełnosprawnościami. Ostatnio wprowadzono dodatkowe uprawnienia pacjentom ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Co się zmieniło?

KL: Przede wszystkim taki pacjent ze znacznym stopniem niepełnosprawności może korzystać ze świadczeń rehabilitacyjnych poza kolejnością. To oznacza, że zostanie przyjęty w najszybszym możliwym terminie. Nie będzie to z dnia na dzień, bo wiadomo, że cykl zabiegowy trwa 10 dni, ale jak dana grupa go zakończy, będzie mógł być przyjęty od razu, gdy będzie taka możliwość. Oprócz tego, pacjent ze znacznym stopniem niepełnosprawności jest też przyjmowany bez kolejki w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – tu jest jednak obowiązek, że musi być przyjęty w dniu zgłoszenia lub maksymalnie w ciągu 7 dni od momentu, gdy zgłosił się do poradni. Tacy pacjenci mogą mieć udzielanie świadczenia bez skierowania, ale nie dotyczy to rehabilitacji. Tu zawsze wymagane jest skierowanie.

Takim novum jest rehabilitacja pulmonologiczna. Na czym to polega?

KL: To rodzaj rehabilitacji dla pacjentów, którzy wymagają czynności rehabilitacyjnych w oddziale szpitalnym, gdzie mają zapewniony nadzór lekarski, pielęgniarski. Czas trwania tej rehabilitacji, jak już wspominałam, wynosi do 3 tygodni. Świadczenia udzielane są 6 dni w tygodniu, w cyklach przed i popołudniowych. Pacjent otrzymuje średnio 5 zabiegów dziennie. Ważne jest, że taką rehabilitację można przedłużyć powyżej 3 tygodni, jeśli są ku temu wskazania.

Pacjentami są tu najczęściej osoby z POChP, rozedmą płuc, mukowiscydozą, po zaostrzeniu astmy, z pylicą płuc. Skierowanie może tu wystawić lekarz z poradni lub oddziału alergologicznego, chirurgii klatki piersiowej, gruźlicy i chorób płuc.

Trochę zapomnieliśmy już o covid, który uszkadzał płuca. Czy ta grupa pacjentów jeszcze wymagaj rehabilitacji?

KL: Mieliśmy swego czasu rehabilitację pocovidową, dedykowaną pacjentom, którzy przebyli covid. Obecnie taka rehabilitacja już nie funkcjonuje, skończył się bowiem stan epidemii.

Na czym polega rehabilitacja neurologiczna? Do kogo jest skierowana ta forma świadczeń?

KL: Jest skierowana do wszystkich, bez względu na wiek, którzy mają schorzenia neurologiczne i wymagają kompleksowego postępowania rehabilitacyjnego i całodobowego nadzoru pielęgniarki i lekarza. Taka rehabilitacja trwa do 6 do 16 tygodni. Tu też jest możliwość przedłużenia, jeśli stan pacjenta tego wymaga. Najczęściej pacjentami oddziału rehabilitacji neurologicznej są pacjenci z porażeniem połowicznym (w naszym województwie stanowią ponad 35 proc.), dużo jest też osób po udarze mózgu. Bardzo ważne tu jest, aby kierować takich pacjentów na rehabilitację neurologiczną – często jest tak, że przy wypisie z oddziału szpitalnego pacjent nie dostaje skierowania na rehabilitację i ma zablokowaną drogę do tych świadczeń. Często pacjent nie jest świadomy, ale jest tu duża rola rodziny. Warto dopytać o zalecenia, poprosić o skierowanie, tak aby pacjent mógł znaleźć się na oddziale rehabilitacji neurologicznej lub korzystać ze świadczeń w domu, w ramach rehabilitacji domowej.

Czasem lekarze stają tu przed dylematem, bo na oddziałach rehabilitacji neurologicznej, zwłaszcza w aglomeracji białostockiej, gdzie mamy tylko dwa takie oddziały – w szpitalu wojewódzkim i w Choroszczy, dla pacjentów po udarach często nie ma miejsca. Co w takiej sytuacji?

KL: Pacjent powinien trafić na taką rehabilitację jak najszybciej, najlepiej od razu po leczeniu ostrej fazy choroby. W województwie jest kilka takich ośrodków, jeśli w Białymstoku nie ma miejsca, nie bójmy się skorzystać z oddziału w innym ośrodku w województwie, nawet w Suwałkach czy w Łomży, tak aby ta rehabilitacja jednak mimo wszystko była.

Rodziny pacjentów po udarze zwykle niechętnie decydują się na to, aby swoją bliską osobę przekazać gdzieś w dalsze miejsce, opiekun najczęściej jest w starszym wieku i odwiedzanie chorej osoby to dla niego cała wyprawa. Czy jest szansa, że liczba miejsc rehabilitacyjnych w Białymstoku wzrośnie?

AD: Staramy się, aby liczba miejsc rehabilitacyjnych neurologicznych stale rosła, czasem to się udaje. Ale nie wzrasta tak szybko, jak byśmy chcieli. Rozumiemy dylemat rodziny, ale trzeba wziąć pod uwagę, że albo będzie się mieć w domu ojca czy męża niepełnosprawnego bez rehabilitacji i deficyty będą się pogłębiały albo w trosce o jego zdrowie zorganizujemy wszystko tak, aby go umieścić w tym oddziale, który deklaruje jego przyjęcie, nawet jeśli jest to w Suwałkach czy w Łomży.

Kolejny nasz temat to ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS). Czy do lekarza specjalisty zawsze wymagane jest skierowanie?

AD: O ile w przypadku rehabilitacji zawsze wymagane jest skierowanie, w przypadku AOS takiej jednoznacznej odpowiedzi nie ma. Skierowanie nie jest wymagane w sytuacji korzystania z porad kilku konkretnych specjalistów lub gdy mamy taki problem zdrowotny, który daje nam prawo do korzystania z AOS bez skierowania bądź jesteśmy pacjentem, który ma prawo do skorzystania z AOS bez skierowania. I tak skierowanie nie jest wymagane do specjalisty ginekologa, psychiatry, onkologa i wenerologa. Do wszystkich pozostałych specjalistów, także

do dermatologa i okulisty, o co często pytają nas pacjenci, skierowanie trzeba mieć. Może je nam wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, czyli najczęściej nasz lekarz rodzinny. Skierowanie nie jest wymagane jak chorujemy na gruźlicę oraz jesteśmy nosicielem wirusa HIV, jeśli wizyta jest związana z tym problemem. Jak ma to wpływ na choroby współistniejące, także porada specjalisty może się odbyć bez skierowania. Skierowania nie wymaga też leczenie psychiatryczne związane z leczeniem uzależnień. U dzieci i młodzieży świadczenia psychologiczne, psychoterapeutyczne, środowiskowe także realizowane są bez skierowania. Natomiast do grona pacjentów, którzy mają prawo korzystać z AOS bez skierowania należą: osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności, inwalidzi wojenni, kombataneci, osoby represjonowane z powodów politycznych, skierowane do pracy przymusowej, były deportowane, żołnierze zawodowi.

W nagłej sytuacji mamy prawo zgłosić się na SOR, a możemy zgłosić się do poradni bez skierowania, jeśli nasz stan jest niepokojący, ale nie na tyle, by iść na SOR?

AD: Stan nagły może być kwalifikowany jako podstawa do zgłoszenia się bez skierowania do poradni. W każdym innym przypadku, jak nie mamy uprawnienia do skorzystania ze świadczeń bez skierowania, musimy to skierowanie mieć.

Chcemy udać się do specjalisty, ale zwykle są tu kolejki. Jak się w tym odnaleźć?

AD: Jak mamy skierowanie lub nie mamy, bo nie musimy, to analizujemy jakie poradnie działają na NFZ i do jakiej chcemy się zapisać biorąc pod uwagę albo lokalizację albo czas oczekiwania. Wystarczy wejść na naszą stronę internetową w zakładce dla pacjenta znaleźć terminarz leczenia i przejrzeć jakie są czasy oczekiwania w poszczególnych poradniach i ilu pacjentów czeka przed nami. Wtedy do wybranej poradni dzwoniemy lub udajemy się z kodem skierowania i zostajemy wpisani w kolejkę.

Lista oczekujących to nie jest kajet prowadzony w poradni, ale to gwarant tego, że termin leczenia będzie ustalony w oparciu o obiektywne medyczne kryteria, bez podejrzenia dyskryminowania pacjenta w jakikolwiek sposób. Przepisy mówią jasno, że gdy nie ma środków aby każdemu zapewnić poradę tu i teraz, pacjent musi mieć termin leczenia wyznaczony tylko i wyłącznie w oparciu o kryteria obiektywne i medyczne, zgodne z jego stanem zdrowia.

Skierowanie może też mieć formę „pilne” czyli na cito.

AD: Tak i tutaj mamy rozporządzenie ministra zdrowia z 2005 r., mówiące o kryteriach jakimi powinni kierować się lekarze, którzy włączają pacjenta na listę oczekujących. Mamy tu podział na przypadki pilne i stabilne. Lekarz kierujący bierze po uwagę ogólny stan zdrowia pacjenta, schorzenia współistniejące i pełną dynamikę procesu chorobowego. I skutek tego procesu chorobowego – czy dojdzie do nagłego załamania stanu zdrowia czy nie. Jeśli jest takie niebezpieczeństwo, pacjent jest kierowany do kategorii cito. We wszystkich innych przypadkach jest to kategoria stabilna. Czasem pacjenci się burzą, że otrzymali skierowanie do szpitala na cito, ale lekarz przyjmujący chciałby to zweryfikować na podstawie dokumentacji i stanu zdrowia. Ale lekarz szpitala ma prawo, aby zweryfikować to kryterium.

Wróć jeszcze do rehabilitacji – tu też mamy kryterium pilne i stabilne. Jak wynika z naszych analiz listy oczekujących u świadczeniodawców, w przypadku rehabilitacji jest taka prawidłowość, że liczba osób ze skierowaniem „cito” jest wyższa niż ze skierowaniem stabilne. Te „pilne” często jest na życzenie pacjenta, stąd potrzeba tej weryfikacji stanu zdrowia przynajmniej przy leczeniu szpitalnym.

A gdy jesteśmy w grupie osób uprzywilejowanych i możemy bez kolejki skorzystać ze świadczenia, to znaczy, że przychodzimy do lekarza, otwieramy drzwi, mówimy: ja bez kolejki i każemy pacjentowi będącemu w gabinecie poczekać?

AD: To jeden z przedmiotów skarg, jakie piszą pacjenci – czy to uprawnienie oznacza, że wchodzi przed wszystkimi innymi. Nie, takiego uprawnienia nie ma żadnej pacjent, wyjątek to stan nagły, np. zawał lub sytuacja zagrożenie życia. Jest to prawo do przyjęcia poza kolejnością, ale wynikające tylko z listy oczekującej. W AOS poradnia wyznacza wtedy takiemu

pacjentowi termin wizyty maksymalnie w ciągu 7 dni od dnia zgłoszenia, jeśli wizyta nie może odbyć się w dniu zgłoszenia. O tym, czy pacjent będzie przyjęty przed innymi pacjentami, pomiędzy nimi czy na końcu, decyduje lekarz.

Wizyta bez kolejki za nami, ale mamy zlecone badania dodatkowe, np. echo serca, usg dopplerowskie. Co wtedy z kolejką, nadal nie obowiązuje?

AD: Bardzo pożądanym modelem jest, aby w dniu porady pacjent był też przediagnozowany. Czasem jest jednak tak, że na badanie potrzebne do pełnej diagnozy lekarskiej, trzeba trochę poczekać. Ale wtedy prawo przyjęcia poza kolejnością w przypadku badań diagnostycznych nie działa.

Mamy skierowanie do poradni, ale nasz stan zdrowia nie pozwala na samodzielne dotarcie na wizytę. Kto w tej sytuacji powinien o ten transport zadbać?

AD: Lekarz rodzinny wystawia zlecenie na transport do poradni specjalistycznej tylko jeśli kieruje pacjenta do specjalisty. To transport tylko na wizytę pierwszorazową. Jak pacjent dalej musi być pod opieką poradni specjalistycznej, a wymaga transportu – skierowanie wystawia lekarz specjalista.

Nie mamy skierowania, albo ma ono wady formalne. Czy poradnia – jak wymusimy uzyskanie porady – może nas wtedy obciążyć kosztem?

AD: Jak nie mamy skierowania, a nie należymy do grupy uprzywilejowanej, poradnia ma prawo obciążyć nas rachunkiem za wizytę. Jeżeli skierowanie ma wady, zastanowiłabym się, dlaczego w dobie e-skierowań został mu nadany status „oczekujące do realizacji”, a nie zostało zwrócone lekarzowi kierującemu.

Lista oczekujących – po co ona jest prowadzona? Czy nie jest po to, aby NFZ miał co kontrolować?

AD: NFZ ma co kontrolować i bez listy. Ale lista jest bardzo ważnym elementem opieki zdrowotnej, jest gwarancją, że nie ma dyskryminacji przy wyznaczaniu pacjentowi terminu realizacji świadczenia. Są tu uprawnienia i zobowiązania. Często pacjenci się skarżą, że zostali skreśleni przez poradnię z listy oczekujących bez powiadomienia, jeszcze przed realizacją świadczenia. To niedopuszczalne, my zawsze wtedy ingerujemy i żądamy wpisania pacjenta na listę z zachowaniem jego terminu. Poradnia nie może zmienić terminu bez kontaktu z pacjentem.

A czy w ogóle można zmienić termin wizyty w AOS?

AD: Jeżeli poradnia wskazuje konkretny termin, to jest to zobowiązanie do realizacji świadczenia w tym terminie. Wpisy na listę oczekujących muszą uwzględniać potencjał świadczeniodawcy, możliwości finansowe wynikające z kontraktu z NFZ. Przychodnia ma prawo do zmiany terminu świadczenia, ale nie może zrobić tego bez wiedzy pacjenta i pacjent z tego tytułu nie może ponosić żadnych ujemnych konsekwencji. Poradnia musi powiadomić pacjenta, że zmienia mu termin na późniejszy czy wcześniejszy, natomiast jak zmieni na wcześniejszy, a pacjent nie wyrazi na to zgody, ma do tego prawo. Wtedy musi termin wynikający z tej pierwszej rezerwacji. Przychodnia wtedy informuje kolejnych oczekujących o zmianie terminu. Po stronie pacjenta też są obowiązki – jak nie może zjawić się na wizycie, trzeba poinformować o tym poradnię i poprosić o przełożenie na kolejny termin.

Czy są tu jakiekolwiek konsekwencje, czy poradnia może pacjenta, który notorycznie nie zgłasza się na wizyty, np. wpisać na czarną listę czy w jakiś sposób dyscyplinować?

AD: Jedyną konsekwencją, jaką poniesie pacjent, który się nie zgłosi na wizytę, jest to, że ten termin traci. Ale nie bezpowrotnie, bo ma prawo ubiegać się o przywrócenie na listę oczekujących. Nie ma żadnych innych środków dyscyplinujących.

Przechodzimy do leczenia szpitalnego. Czy do szpitala zawsze trzeba mieć skierowanie?

AD: Co do zasady zawsze potrzebne jest skierowanie, poza sytuacją nagłą. Uprawnienie do kierowania pacjenta do szpitala ma każdy lekarz wykonujący zawód, także ten pracujący w

prywatnym gabinecie, o ile cel leczenia nie może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych.

Czy pacjent może dowolnie wybrać szpital, w którym chce się leczyć?

AD: Nie ma tu rejonizacji, można wybrać szpital dowolnie, ale tylko o ile nie wiezie nas do szpitala karetka. Wtedy nie możemy zasugerować, że chcemy np. jechać do Moniek. Prawo do wyboru szpitala ulega wtedy zawężeniu – decyzję podejmuje kierownik ZRM, dyspozytor lub koordynator wojewódzki.

Czasem pacjenci trafiają do szpitala w różnym stanie, szpital powiadamia wtedy policję. Kiedy jest taki obowiązek?

AD: Mamy takie trzy przypadki z ustawy o działalności leczniczej. To sytuacja jeśli po przyjęciu dziecka upłynął czas 4 godzin, od kiedy nie można skontaktować się z rodzicami czy opiekunami dziecka. To przyjęcie lub zgon osoby o nieustalonej tożsamości (tu szpital ma 8 godzin na powiadomienie policji) oraz przyjęcie osoby, o której szpital został uprzedzony przez policję, że może być to osoba zaginiona.

Czy można hospitalizować pacjenta, który nie jest w stanie podjąć świadomej decyzji o tym, że chce być leczony. Mówię tu np. o pacjentach psychiatrycznych.

AD: Punktem wyjścia jest zawsze zgoda na leczenie pacjenta, świadomego mniej lub bardziej czy ubezwłasnowolnionego częściowo. To zgoda, która ma fundamentalne znaczenie, bez niej niewiele można zrobić, chyba że mówimy o zgodzie zastępczej, wydawanej przez sąd opiekuńczy, rodzinny. Pacjenci psychiatryczni podlegają innym regulacjom prawnym. Jeśli taki pacjent nie wyraża zgody na leczenie, jest w ścisły sposób badane to, czy nie stanowi on zagrożenia dla siebie lub osób postronnych.

Jak wygląda sprawa wyjścia ze szpitala. Czy można opuścić szpital w każdej chwili, mówiąc dziękuję i do widzenia?

AD: Możemy powiedzieć dziękuję, do widzenia i wyjść, nawet w piżamie szpitalnej. Tylko pacjent musi być świadomy, co się dalej stanie. Zawsze może wypisać się na żądanie, jeśli ma taką wolę. Bez zgody pacjenta szpital niewiele jest w stanie zrobić. Jak pacjent wypisuje się na własne żądanie, lekarz musi mu jednak wytłumaczyć, co z nim się może stać, jak zaprzestanie leczenia. Ta rozmowa musi być odnotowana w historii leczenia pacjenta. Jak wypisu małoletniego domagają się jego rodzice lub jedno z rodziców, a dwoje ma pełną opiekę, a stan zdrowia dziecka wątpliwy na tyle, żeby uzasadniał wypis, zawsze lekarze mogą wystąpić do sądu opiekuńczego o zgodę na hospitalizację pacjenta. To dotyczy też dorosłych, którzy są częściowo ubezwłasnowolnieni i mają orzeczoną kuratelę. Zawsze dobro pacjenta decyduje. Zdarza się też dyscyplinarne wypisanie ze szpitala, gdy pacjent trochę narozrabiał – ale tu też stan zdrowia i dobro pacjenta są najważniejsze. Pacjenta można dyscyplinarnie wypisać tylko, gdy jego życiu i zdrowiu nie zagraża bezpośrednio niebezpieczeństwo.

Na co najczęściej skarżą się pacjenci w przypadku leczenia szpitalnego?

AD: Pacjenci mają dwie ścieżki, by zgłosić naruszenie swoich praw: po części do rzecznika praw pacjentów, po części do oddziału NFZ. Najczęściej skarżą się na naruszenie prawa do informacji. Jest to bardzo szerokie prawo, pacjent ma być informowany o rozpoznaniu, rokowaniach, możliwych metodach leczenia. Nie wystarczy powiedzieć pacjentowi: zapalenie płuc, tylko trzeba poinformować, co będzie z pacjentem dalej, jakie metody leczenia można mu zaproponować, a jak są ograniczone możliwości w danej placówce, lekarz powinien wskazać placówkę gdzie takie leczenie pacjent otrzyma. Prawo do informacji często jest fundamentem zgody na leczenie. Bez zgody tej nic nie zrobimy. Swego czasu była sprawa sądowa, gdy świadek Jehowy nie wyrażał zgody na przetoczenie krwi, jego stan zdrowia się pogorszył i wbrew jego woli przetoczono mu preparaty zastępcze, pacjent przeżył, ale sprawa skończyła się w sądzie. Na każdą inicjatywę medyczną pacjent musi wyrazić zgodę. Ta musi być zgoda świadoma. Kolejny problem jest związany z poinformowaniem rodziny i osób bliskich o stanie zdrowia pacjenta. Jak pacjent jest świadomy, wskazuje przy przyjęciu do szpitala osobę upoważnioną do informowania o jego stanie zdrowia. Nie wchodzimy tu w relacje, kim ta

osoba jest dla pacjenta. Na żądanie pacjenta można udzielić informacji każdej osobie. Natomiast w sytuacji gdy pacjent jest nieprzytomny, wychodzimy z przepisów ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty i mamy tu odesłanie do katalogu osób bliskich. To każda osoba pozostająca we wspólnym pożyciu. Niestety często szpitale nie udzielają informacji o stanie zdrowia osobom, które mieszczą się w tej kategorii, a wychodzą z założenia, że to musi być mąż, żona czy rodzina, nie biorą pod uwagę osób pozostających w tym bliskim pożyciu z pacjentem.

A jak to jest w przypadku dzieci – tu najczęściej rodzice czy opiekunowie decydują o sposobie leczenia. Czy osoby małoletnie mogą tu mieć swoje zdanie?

AD: Pacjent małoletni ma również prawo do informacji. Granicą pełnej informacji jest 16 lat – jak pacjent ma je ukończone, traktujemy go jak osobę dorosłą. Decyzję podejmuje rodzice, ale ten 16-latek ma prawo do wyrażenia zdania, czy akceptuje daną metodę leczenia. Poniżej 16 roku życia pacjent powinien otrzymać informację w zakresie w takim, jakim jest w stanie przyjąć. Ale małoletni nie może być pominięty w tym procesie diagnostyczno-leczniczym.

Jak wygląda kwestia odmowy przyjęcia dziecka do szpitala?

AD: Są tu szczególne obwarowania prawne. Jak mamy odmowę przyjęcia dziecka do szpitala, to ta odmowa musi być skonsultowana uprzednio przez lekarza o tym decydującego z ordynatorem, zastępcą lub kierującym oddziałem i wynik ma być wpisany w dokumentacji medycznej. Takie rozwiązanie pojawiło się kilka lat temu po tym, jak odmowa przyjęcia dziecka do szpitala zakończyła się jego zgonem.

17. Szczepimy się – gdzie i kiedy?



prof. Anna Moniuszko-Malinowska

Szczepienia były tematem ostatniej audycji z cyklu „pytanie do specjalisty”. Gościem prof. Jana Kochanowicza była prof. Anna Moniuszko-Malinowska, kierownik Kliniki chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Skończyła się pandemia koronawirusa, czy to znaczy, że specjaliści chorób zakaźnych mają teraz czas wolny i odpoczywają, czekając na kolejne pandemic?

Obecnie w naszym oddziale hospitalizujemy różnych chorych w tym z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych. Większość to są pacjenci z kleszczowym zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych. Obserwujemy wydłużenie okresu narażenia na pokłucia przez kleszcze i stały wzrost zapadalności na choroby przez nie przenoszone. Kiedyś, takie zachorowania obserwowaliśmy od kwietnia do września, teraz mamy już październik i takich chorych nadal leczymy. Spowodowane jest to między innymi ociepleniem klimatu. Natomiast druga grupa pacjentów, ze względu na to, że rozpoczął się sezon jesienny, to są osoby z wszelkimi infekcjami dróg oddechowych, np. COVID-19. Ponadto leczymy wiele innych chorób zakaźnych nie wykazujących sezonowości.

Choroby zakaźne to przede wszystkim szczepienia i to jest temat dzisiejszej audycji. Hasło szczepienie, szczepionka wzbudza dużo różnych emocji, nie zawsze są to emocje pozytywne. Chciałbym, żebyśmy przypomnieli, dlaczego to szczepienia są podstawowym i kluczowym elementem w zapobieganiu i w leczeniu chorób zakaźnych?

Myślę, że warto przypomnieć, czym jest szczepionka. To jest taki preparat, który w założeniu imituje naturalne zakażenie człowieka. Podanie szczepionki aktywizuje układ immunologiczny do produkcji przeciwciał i do produkcji komórek pamięci, które w momencie styczności z prawdziwym patogenem, wirusem czy bakterią gotowe są do obrony naszego organizmu. Szczepienia chronią przed zachorowaniem bądź łagodzą przebieg choroby, a co najważniejsze – zapobiegają zgonom z powodu tych zakażeń. I to widzieliśmy na przykładzie pandemii COVID-19. Kiedy rozpoczęliśmy szczepienia, to te zachorowania miały łagodniejszy przebieg u osób, które były szczepione i praktycznie nie występowały tam zgony. Były oczywiście wyjątki, nieliczne zgony spowodowane różnymi chorobami współistniejącymi, ale nie samym zakażeniem koronawirusem.

Jak długie doświadczenia mamy ze szczepieniami? Podczas pandemii, szczepionki od COVID-19 i ich rodzaje, to były takie duże wydarzenia medialne. Natomiast to chyba nie jest początek szczepień w terapii ludzi.

Jak najbardziej. Mówiąc o początku szczepień, to należy pamiętać o ojcu wakcynologii, czyli o Edwardzie Jenner'ze, który już w 1796 roku zaszczepił chłopca przeciwko ospie prawdziwej. Wtedy to była choroba w dużym odsetku śmiertelna – prowadząca do poważnych powikłań, a Jenner wymyślił, że jeżeli zaszczepi podając wirusa krowianki, czyli takiego wirusa, który u ludzi praktycznie nie wywoływał żadnej poważnej choroby, to dzięki pokrewieństwu tych wirusów wywoła odporność i zabezpieczy taką osobę przed zachorowaniem na ospę prawdziwą. Oczywiście, wtedy też były protesty, ludzie nie wierzyli w skuteczność tych szczepień, ale dzięki przekonaniu dużej ilości krajów i dzięki obowiązkowym szczepieniom, tej choroby dziś nie ma. W 1980 roku Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła, że świat jest wolny od ospy prawdziwej, całkowitą eradykację patogenu na świecie. Podobne plany są realizowane w przypadku szczepionki na polio. Światowa Organizacja Zdrowia zakładała, że do 2020 roku świat będzie wolny od polio. Niestety, pandemia troszkę pokrzyżowała te plany i wirus występuje w niektórych krajach, chociażby w Pakistanie czy w Afganistanie. W Polsce polio, czyli choroby Heinego-Medina nie występuje od niemal 40 lat, ale ciągle jeszcze niektórzy pamiętają tych pacjentów, którzy mają niedowłady po polio, jako skutek zachorowania przed wprowadzeniem obowiązkowych szczepień. Historia medycyny pokazała, że szczepienia są bardzo skuteczną bronią, że gdyby nie było szczepień, to na pewno w chwili obecnej nie żyłoby na Ziemi tyle ludzi ile żyje i nie dałoby się tylu osób uratować.

Pani profesor wspomniała o takich dramatycznych chorobach, o których zapominamy, które nas nie dotyczą, bo nikt już ospy prawdziwej nie pamięta, a to rzeczywiście był dramat, który dziesiątkował populację. W tej chwili zdarzają się jeszcze pacjenci z uszkodzeniami neurologicznymi po polio, ale sprzed kilkudziesięciu lat, czyli sprzed epoki szczepień, natomiast nie ma takich pacjentów wśród osób młodych, którzy byli poddani szczepieniom zgodnie z kalendarzem szczepień. A skoro sam już to powiedziałem, to co to takiego jest ten kalendarz szczepień?

To jest bardzo ważny dokument, który jest taką wskazówką i przewodnikiem w naszym życiu, jak powinniśmy się szczepić, kiedy powinniśmy się szczepić. To ma szczególne znaczenie w pediatrii, gdzie tych szczepień jest bardzo dużo, zarówno obowiązkowych, jak i zalecanych. W kalendarzu szczepień wszystko jest rozpisane szczegółowo, co podajemy od razu po urodzeniu, w kolejnych tygodniach, miesiącach, latach życia. Z reguły jest to pilnowane przez rodziców oraz lekarzy rodzinnych. W kalendarzu szczepień są szczepienia obowiązkowe, są też szczepienia zalecane i o tych szczepieniach zalecanych też warto mówić, dlatego, że dzięki rozwojowi medycyny, różnych technologii, mamy coraz więcej możliwości szczepień. Na przykład taką ciekawą nowością jest szczepienie przeciwko RSV, czyli temu wirusowi, który atakuje drogi oddechowe, co jest bardzo ważne u pacjentów z mukowiscydozą, z astmą, z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, czyli pacjentów obciążonych, gdzie zakażenie nawet takim zwykłym wirusem może bardzo zaostrzyć przebieg choroby podstawowej, a nawet doprowadzić do poważnych powikłań. Można powiedzieć, że kalendarz szczepień to jest taki nasz przewodnik po profilaktyce szczepiennej i ułatwia nam po prostu życie. Co jest ważne, ten kalendarz szczepień też jest dostosowywany do aktualnych sytuacji epidemiologicznych. Np. przeciwko odrze, śwince, różyczce kiedyś szczepiliśmy drugą dawką dzieci w wieku 10 lat, teraz drugą dawkę podaje się dzieciom przed pójściem do szkoły. Pojawiają się też nowe preparaty, które są uwzględniane w tym kalendarzu. -

Jesteśmy w sezonie jesiennym i zdarzają się pacjenci z różnego rodzaju infekcjami: a to grypa, a to RSV, a to COVID. Czy możemy w jakiś sposób przeciwko temu się zabezpieczyć, spróbować złagodzić przebieg tych schorzeń? Czy może jest jakieś uniwersalne szczepienie, które pozwoli nam na przejście tego okresu sezonu infekcyjnego w sposób bezpieczny?

Myślę, że nasi słuchacze doskonale wiedzą o szczepieniu przeciwko grypie, o szczepieniu przeciwko COVID-19 i właśnie chociażby o wspomnianej przeze mnie szczepionce przeciwko RSV. Co jest ważne, szczepienie przeciwko grypie powinno być powtarzane co roku. Obecnie to szczepienie jest bezpłatne w pewnych grupach wiekowych – u pacjentów powyżej

sześćdziesiątego piątego roku życia, u kobiet w ciąży i u dzieci od szóstego miesiąca do osiemnastego roku życia. Natomiast 50% odpłatności dotyczy osób między osiemnastym a sześćdziesiątym czwartym rokiem życia. Więc tak naprawdę potrzebna jest tylko nasza chęć, żeby się zaszczepić. Szczepienie może się odbywać u lekarza rodzinnego lub w innych placówkach, które te szczepienia oferują, ale również w aptekach. Co ciekawe, od 1 listopada mają być możliwe szczepienia przeciwko grypie, przeciwko pneumokokom i od 1 grudnia przeciwko COVID-19 w aptekach, więc ta dostępność przynajmniej teoretyczna szczepień jest bardzo duża. Wystarczy nasza chęć i świadomość. Szczepimy się po to, żeby nie mieć tego ciężkiego przebiegu choroby. Pamiętajmy, że to są infekcje wirusowe. Wirusowe zapalenie płuc jest bardzo ciężkim zapaleniem i szczepienie pozwala złagodzić przebieg infekcji i też minimalizuje ryzyko zgonu.-

Pacjenci czasami pytają, czy jak już rozwiną chorobę, mogą się zaszczepić. Nie – szczepić musimy się wcześniej. Gdy zachorujemy, to jest za późno na szczepienie.

Sceptycy szczepień przeciwko grypie podnoszą, że nie szczepimy się tu przeciwko wirusowi, który w danym roku wystąpi, ale przeciwko wirusom, które były w latach poprzednich. Czy w takiej sytuacji ma takie szczepienie sens?

Z wirusem grypy jest sytuacja o tyle złożona, że ten wirus ma taką zmienność antygenową – antygenowy drift i shift i po to ta szczepionka musi być dostosowywana do danego wariantu wirusa co roku, żeby zabezpieczyć w jak największym odsetku potencjalny wirus, który będzie występował w danym sezonie. Ten problem jest znany od lat. Dane zbierane są przez Światową Organizację Zdrowia z różnych zakątków świata i na tej podstawie opracowywany jest najbardziej prawdopodobny skład antygenowy.

A czy nie lepiej jest pozwolić organizmowi samemu się zapoznać z tymi wirusami? Czy nie byłoby lepsze takie naturalne nabycie odporności, a nie przez szczepionkę?

W przeszłości dość słynne były ospa- lub odra-party. Niektórzy rodzice specjalnie eksponowali swoje pociechy na zakażenie wirusem, czyli jak dziecko w otoczeniu gdzieś było chore, to wtedy organizowano imprezę. Wszyscy zbierali się w zamkniętym pomieszczeniu po to, żeby zakazić się naturalnie. Niestety nigdy nie możemy wiedzieć, u kogo dana infekcja przebiegnie łagodnie, a u kogo będą to dramatyczne przebiegi i jest to bardzo nierozsądne podejście, zwłaszcza w świecie, w którym mamy takie dobrodziejstwo, jakim jest szczepienie. Eksponowanie się na chorobę, przeciwko której jest szczepionka, naprawdę nie ma sensu. Szkoda zdrowia.

Kiedy powinniśmy się zaszczepić przeciwko grypie, żeby to szczepienie było najbardziej efektywne?

Teraz jest bardzo dobry czas na szczepienie przeciwko grypie, więc gorąco zachęcam wszystkich, którzy jeszcze tego nie zrobili. Natomiast nawet jeżeli ktoś się spóźni jeszcze kilka tygodni, to też ma to sens, dlatego, że najwięcej zachorowań będzie od stycznia do marca, przed tym boomem zimowo-wiosennym. Szczepmy się nawet dziś.

Czy takie szczepienie wymaga od nas jakiegoś szczególnego przygotowania? Skoro od wielu chorób możemy zaszczepić się nawet w apteczkę?

To jest bardzo dobre pytanie i też było wiele dyskusji toczonych na ten temat, kto może kwalifikować do szczepienia. Generalnie zasady szczepień są proste, jeżeli chodzi o szczepionki takie jak grypa – musimy się czuć zdrowi, nie mieć gorączki i wtedy możemy się zaszczepić.-
Możliwość szczepień np. w aptekach została wprowadzona po to, żeby zwiększyć dostępność ludzi do szczepień. Jeżeli byśmy chcieli szczepić na masową skalę, tak jak to było w przypadku COVID-19, a kwalifikacje przeprowadzałby tylko lekarz, to wtedy system byłby niewydolny. Dlatego zostało to rozszerzone o punkty apteczne.

Czy po szczepieniu możemy się spodziewać jakiś powikłań? Powinniśmy się na coś przygotować, szczególnie zwrócić uwagę? Są osoby, które mówią, że dopiero jak się zaszczepiły to zachorowały, bo wcześniej przez wiele lat były zdrowe.

Znany jest termin NOP, czyli niepożądanego odczynu poszczepiennego, czyli różnych objawów, które występują po szczepieniu. Są łagodne NOPy i są poważne NOPy i co jest bardzo ważne, powinniśmy raportować te odczyny. Czyli jeżeli pacjent odczuwa jakieś dolegliwości, to powinien to zgłosić lekarzowi, który kwalifikował do szczepień, dlatego, że jest to ewidencjonowane w raportach. Ważne jest, żeby poznać te działania niepożądane po poszczególnych szczepionkach. Oczywiście każde szczepienie, zanim zostanie wprowadzone na rynek, jest bardzo szczegółowo badane, a działania niepożądane są wyliczane na ilość przyjętych dawek i to nie jest tak, że jakiś lek zostanie włączony na rynek bez takich badań. Tak więc pod tym kątem możemy się czuć bezpieczni. Natomiast mogą się pojawić różne działania niepożądane. Na szczęście najczęściej są łagodne. To ból w miejscu podania szczepionki, przemijająca gorączka, bóle mięśni, uczucie rozbicia, osłabienia, czyli objawy łagodne, na pewno lżejsze niż choroba, przeciwko której się szczepimy. To nie jest też tak, że każdy pacjent ma dolegliwości po szczepieniu.

Swego czasu było dużo emocji ze szczepieniem przeciwko COVID-19, a jak w tej chwili te szczepienia wyglądają? Czy to jest jeszcze sprawa aktualna? Czy po zakończeniu pandemii zapomnieliśmy już o szczepionkach przeciwko wirusowi SARS-CoV-2?

Obecnie w Polsce cały czas dostępna jest ta szczepionka, która była na wiosnę, czyli dwuwalentyna i można się nią zaszczepić w Białymstoku w 2 punktach. Nie jest to już tak ogólnodostępne szczepienie. Natomiast wszelkie instancje europejskie zaaprobowwały już szczepionkę przeciwko nowemu wariantowi XBB.1.5. Ta szczepionka jest dostępna już na rynkach europejskich. Zaszczepiło się nią tysiące osób. W Polsce jeszcze ten preparat nie jest dostępny, według obietnic ma być w listopadzie.

Ciągle mamy pacjentów, którzy chorują na COVID-19 i wymagają hospitalizacji. Oczywiście jest ich o wiele mniej. U osób, które mają przewlekłe choroby układu oddechowego, układu krążenia, choroby nowotworowe, przebieg może być naprawdę niepokojący i warto pamiętać o szczepieniu.

Czy jest grupa pacjentów, która powinna ze szczególną atencją podejść do proponowanych szczepień? Czy są schorzenia, w których wręcz zalecamy, nakazujemy szczepienia czy jakieś grupy wiekowe?

Na pewno osoby po 60-65 roku życia powinny zdecydowanie bardziej starannie przykładać się do szczepień, np. przeciwko pneumokokom – wystarczy jedna szczepionka. W przypadku grypy szczepienie trzeba powtarzać co roku, ale to jest nieobciążające szczepienie. Wszystkie osoby, które są chore na choroby przewlekłe, jak te epidemie dwudziestego pierwszego wieku: otyłość, cukrzyca, nadciśnienie, choroby układu krążenia, choroby neurologiczne, jak najbardziej powinny się szczepić. Co ciekawe, obecnie np. osoby po splenektomii obligatoryjnie są szczepione przeciwko meningokokom, pneumokokom czy Haemophilus influenzae typ b (Hib), czego wcześniej nie było.

Generalnie wszystkie osoby z chorobami współistniejącymi powinny pamiętać o tym, że są takie narzędzia profilaktyczne, jak szczepienie, bo mogą przeżyć z powodu nowotworu, a umrzeć z powodu błahej infekcji wirusowej, która w tym przypadku może się okazać śmiertelna.

Zaczęliśmy nasze spotkanie pytaniem, jacy pacjenci są w tej chwili w klinice i była mowa o pacjentach z kleszczowym zapaleniem opon mózgowych i mózgu. A czy tutaj szczepienia mogą nam w jakiś sposób pomóc, mogą nas uchronić?

Tak i tutaj chciałabym powiedzieć coś, o czym mówimy od lat. Mianowicie leśnicy, czyli grupa zawodowo narażona na pokłucie przez kleszcza są obligatoryjnie szczepieni przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu. Praktycznie nie obserwujemy leśników wśród pacjentów z tą chorobą. Rolnicy – druga grupa zawodowa, bardzo mocno ekspozycja na pokłucie przez kleszcza, już nie są objęci tym szczepieniem i mamy bardzo wielu rolników wśród pacjentów. Natomiast nie ma leśników z kleszczowym zapaleniem mózgu, co potwierdza, że warto się szczepić. Coraz częściej spędzamy czas rekreacyjnie na łonie natury, chodzimy na spacer, biegamy po lesie, mamy zwierzęta, z którymi chodzimy na spacer. Proszę pamiętać, że kleszcze

to już nie tylko lasy i zarośla, ale nawet park i ogródki przydomowe. Kleszcze są wszędzie i skoro istnieje możliwość profilaktyki swoistej przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu, to jak najbardziej warto z niej skorzystać.

Kiedy powinniśmy się przeciwko kleszczowemu zapaleniu opon mózgowo rdzeniowych i mózgu zaszczepić?

Kiedyś mówiło się, że przed sezonem aktywności kleszczy, natomiast teraz nie mamy wytycznych, jeżeli chodzi o czas – każdy czas jest dobry. Pamiętajmy, że są 3 dawki w szczepieniu podstawowym, a potem jest dawka przypominająca co 3 lub co 5 lat w zależności od populacji i w zależności od grup ryzyka. Zaszczepienie już 2 dawkami daje ponad 90% odporności.

W przypadku boreliozy ciągle nie mamy szczepionki. Dlaczego tak się dzieje? Czy jest w ogóle szansa na to, że będziemy mieli szczepionkę przeciwko boreliozie?

Tutaj jest nadzieja, dlatego, że trwają badania trzeciej fazy nad szczepionką przeciwko boreliozie w Stanach Zjednoczonych i w Europie. Mogę się pochwalić, że nasz ośrodek bierze udział w tym badaniu klinicznym. Zrekrutowaliśmy pacjentów, którzy mieli podane 3 dawki szczepionki, obecnie są w okresie obserwacji. Jest to już ostatnia faza badań klinicznych, więc mamy nadzieję, że w 2025 roku ta szczepionka się pojawi. Być może w perspektywie również się pojawi taka szczepionka, która umożliwi szczepienie przeciwko 2 patogenom, czyli przeciwko wirusowi kleszczowego zapalenia mózgu i przeciwko bakterii *Borrelia burgdorferi*. To jest nasze takie życzenie, takie marzenie.

Prace są zaawansowane. Obserwujemy bardzo dobrą odpowiedź, jest niedużo działań niepożądanych, głównie to są bóle w miejscu wkłucia czy przemijająca gorączka, więc naprawdę bardzo dobry profil bezpieczeństwa tego preparatu. Prowadzimy badania na najwyższym światowym poziomie i mam nadzieję, że się uda.

Mówimy o chorobach, które są u nas, nie musimy się nigdzie wybierać, aby zachorować. Natomiast bardzo wiele osób podróżuje, często w odległe, egzotyczne rejony świata. Czego mogą się tam spodziewać, jak powinno się przygotować do takiej podróży? I czy np. wszystkie kraje w Europie są na tyle bezpieczne, że możemy tam tak z dnia na dzień ruszyć i nie bać się, że wrócimy z jakąś infekcyjną pamiątką?

Jeżeli chodzi o Europę, to tak naprawdę większość krajów ma podobny profil jak Polska. Natomiast w poradni medycyny podróży wykonywane są szczepienia przed podróżami do bardziej odległych zakątków. To głównie Azja Południowo-Wschodnia: Tajlandia, Wietnam, Kambodża, Indie. Jeśli chodzi o Afrykę, popularne są podróże do Kenii, Tanzanii, Zanzibaru, bardzo dużo osób wchodzi na Kilimandżaro. Bardzo dużo osób podróżuje też do Ameryki Środkowej i Południowej. Warto pamiętać, że istnieją możliwości zabezpieczenia się przed chorobami tropikalnymi w postaci szczepień. Pomocna jest żółta książeczka szczepień, obowiązkowa przy wjeździe do niektórych krajów ze względu na szczepienie przeciwko żółtej febrze, którą nosimy ze sobą jak paszport. Lekarz, który kwalifikuje do szczepień z zakresu medycyny podróży, rozpisuje szczepienia. Najlepiej zgłosić się około 2 miesiące przed planowaną podróżą, żeby to wszystko sensownie rozplanować, ponieważ potrzebny jest czas na szczepienia. Możemy się zaszczepić przeciwko takim chorobom, jak dur brzuszny, błonica, tężec, polio, wirusowe zapalenie wątroby typu A. Wchodzą też ciągle nowe szczepionki. Od kilku lat jest dostępna szczepionka przeciwko japońskiemu zapaleniu mózgu, niedługo będzie szczepionka przeciwko Chikungunya – to taka choroba tropikalna, która może przysporzyć dużo problemów. Jest szczepionka przeciwko dendze, trwają prace nad kolejnymi szczepionkami z medycyny tropikalnej, więc myślę, że naprawdę lepiej jest się zaszczepić niż cierpieć, zwłaszcza będąc w odległym zakątku, gdzie dostęp do służby medycznej może być różny. Lepiej tam po prostu nie zachorować i skoro mamy taką możliwość, to trzeba z tego korzystać.

A jak to wygląda w przypadku malarii? Czy tutaj możemy liczyć na szczepienie czy w jakiś inny sposób zabezpieczamy się, przygotowując się do egzotycznej podróży?

Niestety, nadal nie mamy ogólnodostępnej szczepionki przeciwko malarii. Prowadzono prace nad szczepionką, która była podawana w Afryce dzieciom. Natomiast istnieje profilaktyka farmakologiczna. Leki stosujemy przed podróżą, w trakcie podróży i po podróży, czyli w okresie wylęgania tej potencjalnej choroby. Zapobiegają one ciężkiemu przebiegowi choroby i śmierci. Jak najbardziej można, a nawet trzeba się po taką profilaktykę zgłosić.

A czy zmiany klimatu, ocieplenie, nie doprowadzą do tego, że przenoszona przez komary malaria pojawi się w Europie? Bo to raczej temperatura decyduje o tym, czy malaria się rozwinie czy też nie.

Boimy się tego zjawiska. Ze względu na ocieplenie klimatu widzimy, że pewne choroby, które nie występowały na danym terenie, obecnie tam występują. Ze świata chorób przenoszonych przez kleszcze chociażby takim przykładem jest Szwecja, gdzie kleszcze występowały tylko w określonym obszarze, obecnie rozprzestrzeniają się na nowe obszary, więc znajdują tam dobre warunki do życia. Podobnie jest z komarami. One również znajdują nowe miejsca do życia, a dobrym przykładem jest chociażby wspomniany przeze mnie wirus Chikungunya, który wywołał wiele zachorowań we Włoszech w 2008 roku, gdzie doszło do zakażenia w trakcie podróży pacjenta, a następnie obserwowano tam lokalne epidemie, gdyż lokalne komary okazały się być zdolne do przenoszenia wirusa na kolejne osoby. Więc jeżeli tylko te wektory znajdą warunki do swojego rozwoju i do przetrwania, to my również będziemy obserwować te choroby.

Szczepienia towarzyszą nam od lat. Natomiast bardzo aktywne są także ruchy antyszczepionkowe, które domagają się likwidacji szczepień. Jest cała masa teorii spiskowych, które temu towarzyszą. Jak pani profesor, z punktu widzenia zakaźnika, specjalisty, który na co dzień spotyka się z chorobami, to zjawisko postrzega?

To przerażające zjawisko, ale tak naprawdę te osoby przestają być antyszczepionkowcami, jak ciężko zachorują. Jeżeli ktoś ciężko zachoruje, zaczyna wierzyć w sens szczepień, w profilaktykę, w zalecenia, które są wydawane. Naprawdę, my nie robimy tego dlatego, że mamy takie hobby czy taką pracę, tylko z troski o ludzi. Jeżeli wiemy, że środki profilaktyczne są dostępne to warto w ten sposób pomagać ludziom. Stare hasło: lepiej zapobiegać niż leczyć, powinno być również przewodnikiem w chorobach zakaźnych.



18. Z czym do okulisty?



dr Łukasz Lisowski

Z czym do okulisty – to temat ostatniej audycji z cyklu „Pytanie do specjalisty”. Gościem prof. Jana Kochanowicza był dr Łukasz Lisowski z Kliniki Okulistyki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Kiedyś do okulisty można było iść bez skierowania. A jak to wygląda obecnie?

Są dwie możliwości. W pierwszej potrzebne jest skierowanie, czyli najpierw powinniśmy udać się do lekarza pierwszego kontaktu, który je wystawi. Ale jest też grupa procedur pilnych, z którymi można udać się bezpośrednio do poradni okulistycznej, bez skierowania. To np. ból oka, zaczerwienienie oka, gradówka, jęczmień, ciało obce w oku – czyli wszelkie stany nagłe, które niepokoją pacjenta, powodują dolegliwości bólowe.

A co się stanie, jeśli się pomylimy i okaże się, że nasz niepokój był na wyrost? Że nie była to pilna procedura, a przyszliśmy do poradni okulistycznej bez skierowania.

Pacjent otrzyma pomoc, ale jeśli okaże się, że nie była to procedura pilna, pozostaje kwestia rozliczenia z NFZ. Dlatego prosimy wtedy pacjenta, aby doniósł skierowanie, tak aby można było mu założyć kartę zgodnie z procedurami z NFZ.

Wśród nagłych stanów wymieniał pan m.in. ból i zaczerwienienie oka. W jakim przypadku to może być objaw niepokojący i kiedy powinniśmy udać się na taką pilną wizytę?

Gdy oko mocno boli, pacjent odczuwa światłowstręt, łzawienie, często oko jest zamknięte. Często dzieje się tak po tym, jak coś wbiło się w rogówkę, która jest silnie unerwiona. Także gdy coś wpadło do oka, pacjent je pocierał i została uszkodzona zewnętrzna część rogówki – nabłonek. To też powoduje silny ból, przekrwienie oka i zaniepokojony pacjent zwykle zgłasza się do poradni. Czasem dochodzi też do silnego wylewu podspojówkowego, występuje to zwykle po nocy. Może to być objaw okulistyczny jakiejś choroby ogólnej, np. pacjent przedawkował leków przeciwkrzepliwych lub przeciwplatekcyjne albo np. nocy był incydent skoku ciśnienia i pękło naczynie i wylała krew. Można w takiej sytuacji zastosować krople, które pomogą zresorbować krew. Natomiast pacjent powinien udać się do kardiologa czy swojego lekarza prowadzącego, aby skonsultować, czy nie powinien zmienić leczenia. Natomiast przy takich zapaleniach, zaczerwienieniach oka, które są izolowane, specjalista zazwyczaj, w zależności od stanu pacjenta, premedykuje przeważnie leczenie miejscowe, kroplowe.

A jęczmień, gradówka – co to są za schorzenia?

Zazwyczaj jak powieka jest obrzęknięta i zaczerwieniona, dochodzi do zamknięcia przewodu gruczołu, który znajduje się w powiece. Ten gruczoł odpowiada za produkcję warstwy lipidowej filmu łzowego. Gruczoł jest przytkany, a produkcja tej warstwy dalej jest i gruczoł się powiększa, bo nie ma ujścia. Powoduje to dolegliwości bólowe, zaczerwienienie. Jak dochodzi do nadkażenia, jest to stan nagły i potrzebna jest miejscowa antybiotykoterapia, czasem sterydoterapię, aby zmniejszyć ten stan zapalny i dolegliwości bólowe. Istotna jest też w takim wypadku higiena brzegów powiek, czyli należy przyłożyć ciepły, suchy kompres, aby to miejsce było rozgrzane i aby ta skóra się rozszerzyła, następnie należy wykonać masaż powieki. Jeśli jest to dolna powieka, okrężnym ruchem masujemy powiekę od dołu do góry, a jeśli górna – wykonujemy masaż od góry do dołu. W aptece są dostępne preparaty do higieny brzegów powiek, w formie płynu lub nawilżonych chusteczek, zazwyczaj po takiej higienie i masażu, oczyszczeniu brzegów powiek, stan miejscowy powinien się poprawić. Można też udać się do lekarza rodzinnego, który przepisze antybiotyk w maści oraz steryd. Leczenie zazwyczaj trwa do 2 tygodni. W większości przypadków objawy ulegają zmniejszeniu, zmiana ogranicza się i zanika. Ale jeśli jest to zmiana przewlekła, która trwa ponad miesiąc, warto zgłosić się do okulisty, najlepiej ze skierowaniem, wówczas można ją ostrzyknąć lub wyciąć.

Czy jęczmień i gradówka czymś się różnią?

Jęczmień to takie izolowane zapalenie, stan ostry, bardziej bolesny. Gdy przechodzi w postać przewlekłą, bez komponenty stanu zapalnego, a w powiece jest wyczuwalna grudka – jest to gradówka, którą można wyciąć, jak przeszkadza pacjentowi. Czasem zmiana jest bowiem na tyle mała, że tylko pacjent potrafi ją wyczuć palcem. Natomiast mamy tu możliwość leczenia operacyjnego, w warunkach ambulatoryjnych, w znieczuleniu miejscowym. Nie są tu zakładane szwy, jedynie opatrunek uciskowy przez kilka godzin. Potem zalecamy farmakoterapię z antybiotykiem, aby rana się nie nadkaziła.

Czy w takim okresie chorobowym panie powinny zrezygnować z makijażu?

Zalecamy, aby dbać wtedy o higienę brzegów powiek i nie stosować dodatkowych substancji, które mogą przytykać gruczoł, który staramy się oczyścić. Trzeba też pamiętać, że przy stosowaniu kosmetyków, gdy mamy aktywny stan zapalny, możemy przenieść zapalenie na drugą powiekę. Dlatego jak się leczymy, to się nie malujemy.

Pacjenci z jakimi schorzeniami najczęściej trafiają ze skierowaniem do poradni okulistycznej?

Zazwyczaj to zależy od poradni. U nas, w poradni przyklinicznej, mamy bardzo dużo pacjentów, którymi opiekowaliśmy się w klinice, po operacjach, po urazach, z jaskrą. W przypadku standardowych skierowań, zazwyczaj pacjenci trafiają do poradni z powodu zaburzenia widzenia. Około 40 roku życia wiele osób zaczyna mieć problem z małymi literkami, przy czytaniu ręka staje się za krótka, światło za mało jasne, aby odczytać. Wtedy jest kwestia doboru korekcji okularowej. Ale chcę zaznaczyć, że zgłaszanie się pierwszy raz w wieku 40 lat do okulisty, to trochę za późno. Badać się powinno wcześniej, zwłaszcza jeśli występują jakiegokolwiek schorzenia ogólne, jak cukrzyca. Jak ktoś ma rozpoznaną cukrzycę, jest kierowany do endokrynologa, ale powinien też od razu trafić do okulisty, aby obejrzeć dno oka. Także gdy ktoś ma problemy z widzeniem, musi mrużyć oczy, też powinien udać się do poradni, aby sprawdzić wadę refrakcji, czy nie potrzebuje korekcji okularowej. Przy okazji można wykonać badanie przedniego i tylnego odcinka oka, zmierzyć ciśnienie w oku. Warto przejść taką diagnostykę.

Jeśli nie mamy żadnych dolegliwości, to co ile lat takim badaniom profilaktycznym okulistycznym powinniśmy się poddawać?

W okresie szkolnym rodzice powinni zaprowadzić dzieci do okulisty, aby zobaczyć czy mają pełną ostrość wzroku, w szkole zwykle też są przeprowadzane takie badania przesiewowe, w których badana jest ostrość wzroku. Jeżeli mamy wadę wzroku, to do 21 roku życia należałoby do lekarza okulisty zgłaszać się co roku, bo w okresie dziecięcym uczymy się widzenia przestrzennego, postrzegania barwnego i ważne jest, aby skorygować wadę refrakcji. Później też warto raz w roku zgłaszać się do okulisty, aby ocenić dno oka, razem z obwodem siatkówki,

żeby wykluczyć zmiany, które mogą predysponować do odwarstwienia siatkówki. Takie ryzyko jest bowiem wyższe u osób z krótkowzrocznością niż u osób, które nie noszą okularów. Natomiast gdy nigdy nie byliśmy u okulisty, przeprowadzane testy były zawsze w porządku, to dobrze jest sprawdzić ostrość wzroku, dno oka i stosować się potem pod względem kolejnych wizyt do zaleceń okulisty. Po 40 roku życia do okulisty warto wybrać się nawet raz w oku, chyba że lekarz uzna, że wizyty powinny być częściej, albo rzadziej.

W czasie naszej rozmowy pojawiło się sformułowanie: jaskra. Co to za choroba? Czy można jej uniknąć?

Jaskra występuje, gdy dochodzi do uszkodzenia nerwu wzrokowego, wówczas mówimy o neuropatii jaskrowej. I niestety, w większości przypadków to choroba bezobjawowa, nie daje żadnych objawów. Czasem jest wykrywana przy okazji badań okresowych czy dobieraniu okularów po 40 r.ż. Gdyby jaskra dawała jakieś objawy, np. silny ból oka, pacjenci zgłaszałiby się szybciej i nie byłoby problemu z tym cichym zabójcą wzroku, jak jaskra jest określana. Mówimy tu o jaskrze otwartego kąta przesączenia, gdzie ciśnienie śródgałkowe jest nieprawidłowe, ale nie daje żadnych objawów. Przy jaskrze z zamykającym się kątem przesączenia, wtedy gdy pojawia się zaćma, powodująca że soczewka powiększa swoją objętość i dochodzi do zamknięcia kąta przesączenia, pacjenci zgłaszają się zwykle bardzo szybko na SOR z silnym bólem oka, połowy głowy, wymiotami.

A co dzieje się z naszymi oczami po tej magicznej 40-tce?

W oku jest mięsień rzęskowy, do którego ufiksowana jest soczewka i ten mięsień napina się i rozluźnia, akomodując soczewkę i powodując, że dobrze widzimy i do dali i do bliży. Od 40 r.ż. ten mięsień zaczyna być mniej wydajny, nie jest w stanie mocno się naprężyć, aby dobrze widzieć do bliży. Zazwyczaj wtedy najpierw odsuwamy sobie tekst, aby coś przeczytać, co na początku nam nie przeszkadza. Ale gdy ten mięsień staje się na tyle jest niewydolny, że ta ręka staje się „za krótka”, aby coś przeczytać, pacjenci zgłaszają się, by dobrać im okulary do czytania, aby wspomóc mięsień, który już nie tak wydajny jak np. 20 lat temu.

Jakie wtedy dobiera się okulary?

Jak ktoś ma dużą krótkowzroczność, dodaje się wtedy dodatek do bliży, w zależności od wieku, od plus 0,5 – 0,75, od 40-45 roku życia. Wraz z wiekiem co 2-3 lata wada refrakcji zwykle wzrasta o ćwierć dioptrii, chyba że pracujemy dużo do bliży, przy słabym oświetleniu, wówczas takie plusy mogą być większe. Jak ktoś ma oko normowzroczne, zakłada okulary tylko do czytania. U krótkowidzów można zastosować okulary progresywne, czyli takie, które powodują, że pacjent dobrze widzi do dali, odległości pośrednich i do bliży. Jest też grupa pacjentów, która nigdy wcześniej nie nosiła okularów, a po 40. roku życia wychodzi jakaś wada do dali np. nieduży astygmatyzm czy nadwzroczność. Takie osoby mają często problemy przy pracy do odległości pośrednich, np. do ekranu monitora. Można im zaproponować wtedy specjalne konstrukcje szkieł, tzw. szkła office, w których dobrze widzi się do bliży, czyli do czytania i do odległości półtora metra, czyli takiej, jak zwykle umieszczony jest ekran monitora.

Znakiem naszych czasów jest smartfon, wszyscy wpatrujemy się w te małe monitorki. Ma to konsekwencje w neurologii, jest tzw. sztywność smartfonowa, zespoły bólowe. Czy to ma wpływ też na funkcjonowanie naszego oka?

Ma to wpływ na oko i przez oko na cały organizm. W tym momencie mówimy już o pladze krótkowzroczności u dzieci, które bardzo dużo czasu spędzają do bliży. W szkole jest bardzo dużo pracy do bliży, do tego dodatkowo dochodzi kwestia smartfonów, komputerów. Coraz więcej osób potrzebuje okularów, aby dobrze widzieć do dali. Kolejną rzeczą, jaką powoduje przewlekła praca do bliży przy telefonie czy komputerze jest zespół suchego oka – mniej wtedy mrugamy, oko jest szerzej otwarte, film łzowy wyparowuje i w efekcie pacjenci skarżą się na pieczenie, swędzenie i łzawienie oczu. Dodatkowo jak za dużo czasu spędzamy przy ekranie telefonu, emitującym światło niebieskie, przez siatkówkę wpływa to na szyszynkę i może powodować zaburzenia snu. A przez to będzie wpływać też na cały organizm.

U osób starszych pojawiają się też zmiany zwyrodnieniowe w siatkówce, tzw. zwyrodnienie plamki związane z wiekiem AMD. Czym to schorzenie może się objawiać?

Teoretycznie AMD jest to zwyrodnienie związane z wiekiem u osób starszych, ale może dotyczyć również osób młodszych. Gdy mamy takie objawy, jak spadek ostrości wzroku, albo obraz zaczyna krzywić, proste linie wydają się krzywe, gdy patrzymy na kartkę papieru w kratkę, należy szybko udać się do okulisty, bo może to być postać neowaskularna AMD.

Wiele osób skarży się też na to, że jak patrzy pod światło, coś im „lata” w oku. Co to takiego jest i czy trzeba się tym niepokoić?

To są tzw. męty w ciele szklistym, które występują u większości pacjentów. Też są związane z wiekiem. Z wiekiem dochodzi do odwodnienia w ciele szklistym i włókna kolagenu zaczynają się krzyżować, a pacjenci podają, że coś przed okiem zaczyna latać. To proces fizjologiczny. Ale jak występuje, należy wziąć skierowanie i udać się do okulisty, aby ten przebadał ostrość wzroku i po zapuszczeniu kropli rozszerzających źrenicę dokładnie obejrzał wnętrze oka, siatkówkę, aby wykluczyć jakiegokolwiek zwyrodnienia czy czynniki, które mogą prowadzić do poważniejszych schorzeń, jak odwarstwienie siatkówki. W większości przypadków nic z tymi mętami nie da się zrobić, choć niektórym pacjentom to bardzo przeszkadza, próbują np. witreolizy laserowej. Natomiast jeśli takie muszki pojawią się nagle, np. po jakimś urazie czy podniesieniu czegoś ciężkiego, a nigdy ich nie było, należy szybko udać się do okulisty, bo mogło dojść do odwarstwienia siatkówki. Także jak pojawiła się nagle taka „zastona”, która się nie porusza, należy udać się na SOR.

Czy jeśli np. w godzinach nocnych, wieczornych widzimy takie rozbłyski światła, aureole, powinno to nas niepokoić?

Należy to wyjaśnić. Czasem przy ostrych atakach jaskry pacjenci opisują, że przy patrzeniu na źródła światła widzą rozbłyski, albo pacjentom, u których zaczyna się zaćma, to światło się rozdwaja. Dlatego zawsze w takich przypadkach należy udać się do okulisty.

19. Spojrzeć zaćmie w oczy



dr Łukasz Lisowski

„Spojrzeć zaćmie w oczy” – to temat ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza był dr Łukasz Lisowski z Kliniki Okulistyki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Tytuł naszej dzisiejszej audycji to „Spojrzeć zaćmie w oczy”

Bardzo dobry tytuł, bo zaćma występuje w oku i trzeba jej spojrzeć prosto w oczy.

Wyjaśnijmy więc, co to za schorzenie zaćma.

Zaćma to zmętnienie soczewki, naturalnej struktury oka, która odpowiada za załamywanie się światła na siatkówce. Gdy występuje, wówczas pacjenci mają gorsze widzenie, zgłaszają rozmazany obraz. Można to porównać do patrzenia przez brudną szybę. Czasem pacjenci mówią, że coś im wpadło do oka, pocierali, ale nadal źle widzą. Zazwyczaj jest to wtedy zaćma. W większości przypadków jest to choroba wieku starszego, teoretycznie powinna występować u osób po 60 r.ż. Natomiast często występuje też u osób młodszych, np. tych, które mają choroby ogólne, jak cukrzyca, które przyjmują steroidy. W niektórych przypadkach można mówić o zaćmie młodzieńczej, np. gdy taka osoba miała często zapalenie przedniego odcinka błony naczyniowej, stosowała krople ze sterydem. Wcześniejsze występowanie zaćmy mogą też powodować choroby układowe. Może też wystąpić zaćma dziecięca, gdy w okresie ciąży dziecko było narażone na jakieś czynniki chemiczne czy fizyczne.

Gdy ten zamazany obraz nie mija, kiedy trzeba zgłosić się do okulisty?

Na samym początku choroby pacjenci nie odczuwają dolegliwości i normalnie funkcjonują. Do okulisty zgłaszają się wtedy, gdy ostrość wzroku zaczyna być słabsza. W poradni są diagnozowani i w zależności od stanu miejscowego stosować można albo korekcję okularową, albo gdy ostrość wzroku jest równa lub gorsza niż 70 proc. – pacjenci są kwalifikowani do leczenia operacyjnego w ramach NFZ.

Jak wygląda procedura przygotowania do takiego zabiegu? Na co pacjent powinien się nastawić?

W naszej klinice najpierw pacjenci powinni zgłosić się ze skierowaniem na zabieg do ambulatorium lub sekretariatu. Można zadzwonić, jest specjalny numer telefonu (85 831 76 93), wysłać skierowanie mailem lub przyjść. Pacjent ma wtedy wyznaczany termin na

kwalifikację operacji zaćmy. Teraz nie ma żadnej kolejki, jeśli przykładowo ktoś zgłosi się w poniedziałek, już w środę może przejść kwalifikację, a w kolejny poniedziałek będzie operowany. Najlepiej, aby na taką kwalifikację pacjent zgłosił się z zaświadczeniem o stanie zdrowia od lekarza POZ, żebyśmy wiedzieli na co choruje, jakie przyjmuje leki, czy przechodził operacje. Podczas kwalifikacji dokładnie badamy takiego pacjenta okulistycznie – sprawdzamy ostrość wzroku, ciśnienie w oku, oglądamy przedni odcinek oka, siatkówkę. Jak stwierdzamy jakieś nieprawidłowości, kierujemy na dodatkowe badania. Po tej kwalifikacji pacjent otrzymuje propozycję terminu operacji. W wyznaczonym dniu rano zgłasza się na izbę przyjęć planowych, potem w klinice jest przygotowywany do zabiegu, operowany, następnie w sali pooperacyjnej czeka na dalsze zalecenia i wychodzi do domu.

Zaćma najczęściej dotyczy osób starszych, które często chorują przewlekłe, przyjmują mnóstwo leków. Czy taki pacjent musi się do operacji zaćmy specjalnie przygotować i np. odstawić niektóre leki?

Każdy pacjent jest oceniany indywidualnie i wszystko jest mu tłumaczone w ramach wizyty kwalifikacyjnej. W większości przypadków nie odstawiamy żadnych leków, ponieważ operacje zaćmy zwykle wykonywane są z tzw. małego cięcia. W naszej klinice to 2,2 mm. Poruszamy się w obrębie oka, w tkankach, które nie są unaczynione, ryzyko krwawienia jest minimalne. Natomiast zwykle przed zabiegiem pacjent otrzymuje receptę na krople z antybiotykiem, które powinien aplikować przez 3 dni przed zabiegiem do oka, które ma być operowane. To jest działanie profilaktyczne, aby wyjąłować worek spojówkowy. Natomiast na koniec zabiegu też podajemy pacjentowi antybiotyk do oka, przyjmuje też takie krople po operacji. Wszystkie informacje w tym zakresie są udzielane pacjentowi, dostaje też od nas kartkę z wszelkimi odpowiedziami na pytania.

Czy pacjentowi, który zwykle jest osobą starszą, podczas pobytu w szpitalu może ktoś towarzyszyć?

Jak najbardziej. Pacjenci z izby przyjęć są kierowani do kliniki, do pokoju przygotowań, gdzie są tylko pacjenci, ale rodzina może być obok, może być np. w patio w szpitalu, a także przebywać z pacjentem na sali pooperacyjnej. Jak dana osoba wymaga opieki, zachęcamy aby ktoś z nią był.

Czy wszyscy pacjenci mają wszczepiane takie same soczewki i czy zdarza się, że trzeba na nie czekać?

Są różne wady wzroku i różne soczewki. W trakcie kwalifikacji wyliczana jest moc soczewki jaka zostanie wszczepiona. W klinice mamy tzw. bank soczewek i mamy każdą typową soczewkę, jaką chcielibyśmy wszczepić pacjentowi. Ale zdarza się, że jak ktoś ma wysoką krótkowzroczność i potrzebuje rzadką soczewkę np. minus 2, czasem musimy ją zamówić. Okres oczekiwania wynosi zwykle 2-4 tygodnie. Można też wykonać operację z użyciem soczewki torycznej, która koryguje astygmatyzm. Taka soczewka produkowana jest pod dane oko. Okres oczekiwania wynosi tu 4 tygodnie. Są też przypadki, gdzie operujemy pacjentów z różnymi wadami wzroku, wadami budowy oka, jak stożek rogówki, którzy wymagają soczewek trudnych do wyprodukowania. Najdłużej na taką soczewkę czekaliśmy 6 miesięcy, bo tylko jeden producent w stanie podjąć się tego zadania. Musiał w tym celu przestawić linię produkcyjną. Pacjenci w klinice nie muszą ponosić żadnych dodatkowych kosztów, nawet gdy wszczepiamy drogie soczewki. Chodzi nam o to, aby pacjent widział po operacji jak najlepiej.

Sam zabieg wykonywany jest na bloku operacyjnym?

Tak. Pacjenci przygotowywani są do zabiegu na sali przygotowawczej, wpuszczane są krople rozszerzające źrenice, wielokrotnie także krople znieczulające, ponieważ zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym. Natomiast jeśli pacjent tego wymaga, jesteśmy w stanie zaoferować zabieg w znieczuleniu ogólnym.

Jak długo trwa taki zabieg?

Sam zabieg trwa około 15 minut, natomiast pacjent spędza na bloku ok. 30 minut, bo trzeba go tam dowieźć, położyć na specjalnym łóżku, zdezynfekować skórę wokół oka, które będzie

operowane, czasem wokół obu oczu, gdy są operowane jedno po drugim. Po zabiegu podawane są krople, zakładany opatrunek i pacjent jest odwożony na salę pooperacyjną.

Jak wygląda dalsza procedura? Pacjent dostaje jakieś zalecenia?

Pacjent po zabiegu idzie do domu, otrzymuje zalecenia i receptę na krople, zazwyczaj to trzy substancje czynne: antybiotyk, lek przeciwzapalny i steryd. Kolejnego dnia rano powinien samodzielnie zdjąć opatrunek, wpuścić krople i przyjść do kliniki okulistyki na kontrolę. Kolejne badanie kontrolne odbywa się w klinice po 2 tygodniach. Po ok. 4 tygodniach pacjent może udać się do okulisty czy optometrysty celem doboru korekcji okularowej do blizy. Często pacjenci już kolejnego dnia po zabiegu widzą bardzo dobrze, inni widzą jeszcze za mgłą, ale zazwyczaj w ciągu 2-3 dni ta ostrość wzroku się stabilizuje.

Czy podczas operacji zaćmy mogą wystąpić powikłania? Jakie jest ryzyko zabiegów?

Ryzyko powikłań jest bardzo małe, w literaturze najczęstsze powikłanie czyli pęknięcie torebki tylnej – takiego miejsca, w które wszczepia się tą sztuczną soczewkę, określane jest na ok. 2 proc. Natomiast my w klinice oferujemy pełnoprofilową opiekę pacjentom, jak coś się wydarzy, zawsze staramy się pomóc, zaproponować inne leczenie, jesteśmy w stanie odroczyć zabieg, wykonać witrektomię. Jak jest jakiegokolwiek powikłanie, robimy wszystko, aby pacjentowi jak najszybciej pomóc, żeby ostrość wzroku była jak najlepsza.

Podczas zabiegu wymieniliśmy soczewkę na sztuczną. Czy to oznacza, że mamy problem z głową, czy ta sztuczna soczewka nie zmętnieje?

W większości przypadków nie zmętnieje.

A czy mogą wystąpić jakieś inne zaburzenia widzenia?

U ok. 80 proc. pacjentów w ciągu pierwszych 5 lat po zabiegu dochodzi do tzw. zaćmy wtórnej. My wszczepiając soczewkę do torebki, usuwamy zmętniałe masy soczewkowe, ale dokładnie nabłonka w torebce soczewki nie jesteśmy w stanie oczyścić. Wraz z wiekiem może wystąpić zaćma wtórna, pacjenci zaczynają wtedy widzieć jak za mgłą. W takim przypadku zabieg usunięcia zaćmy wtórnej wykonywany jest już w poradni, trwa 1-1,5 minuty. Stosowane jest kroplowe znieczulenie, przycinamy laserem tą zmętniałą część i pacjenci znowu widzą tak, jak po operacji zaćmy.

A czy zaćmę możemy leczyć zachowawczo? Może są jakieś krople czy leki, które mogłyby ograniczyć czy odwlec to zmętnienie soczewki w czasie?

Proces zmętnienia soczewki jest naturalny i nie jesteśmy w stanie odwlec tego w czasie. Obecnie nie ma żadnej metody farmakologicznej, która mogłaby zastąpić leczenie operacyjne. Można stosować różne krople, które hamują progresję zaćmy, ale jedyną metodą wyleczenia zaćmy jest leczenie operacyjne. Natomiast jeśli pacjent nie kwalifikuje się jeszcze do operacji, to znaczy, że może jeszcze stosować korekcję okularową. Jeśli to dobrze funkcjonuje, nie proponujemy operacji.

Istotne jest, aby nie bać się operacji i nie odwlekać jej w czasie, bo i tak będziemy musieli się na tej sali operacyjnej spotkać. A my wolimy wcześniej operować, niż operować zaćmy mocno dojrzałe, gdy jest większe ryzyko powikłań, może dojść do obrzęku rogówki, czy musimy zrobić większe cięcie w rogówce, a pacjenci po zabiegu dłużej muszą dochodzić do siebie. Dlatego jeśli pacjent się kwalifikuje, warto jak najszybciej zgłosić się na zabieg.

Oddzielną grupą są pacjenci z cukrzycą, gdzie zaćma może być jeszcze nieduża, ale jest obwodowa i nie jesteśmy w stanie pacjenta dobrze zbadać albo dobrze polecić, np. wykonać laseroterapię siatkówki. Pacjent kierowany jest wtedy na operację, aby wymienić soczewkę, aby można go było dokładnie zbadać i wyleczyć tą chorobę, która jest w oku.

Skoro procesu zmętnienia soczewki nie da się spowolnić, to może można coś zmienić w trybie życia? Jest też teraz moda na rozmaite suplementy, może warto je stosować? Może jest tu ratunek dla naszego wzroku?

Ratunek dla wzroku to jest przede wszystkim odpowiednia higiena pracy, dbanie o choroby podstawowe. Jak ktoś jest chory na cukrzycę, i ta cukrzyca jest zaniedbana, ma wysokie skoki glikemii, to zaćmę będzie mieć wcześniej, niż pacjent, kto dba o odpowiedni wskaźnik BMI, stosuje się do diety, ma odpowiednią hemoglobinę glikowaną.

Nie można też dać sobie wmówić, że jakimiś magicznymi suplementami czy kroplami nagle uda cofnąć czy spowolnić proces chorobowy, na który pracowaliśmy wiele lat. Niestety, nie ma tutaj takiej złotej metody.



20. Nowości w cukrzycy



prof. Irina Kowalska

Nowości w cukrzycy – to temat ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza była prof. Irina Kowalska kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Listopad to taki miesiąc, kiedy więcej mówi się o cukrzycy, 14 listopada obchodziliśmy Światowy Dzień Cukrzycy. Dlaczego poświęcamy jej tyle uwagi?

Światowy Dzień Cukrzycy został ustalony przez Międzynarodową Federację Diabetologiczną jako dzień, w którym szczególnie dużo mówimy o cukrzycy. A dlaczego o niej mówimy? Głównie po to, aby zwrócić uwagę jak ważnym problemem i medycznym, i społecznym jest cukrzyca. Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna ustaliła, że hasłem na lata 2021-23 jest dostęp do opieki diabetologicznej. Musimy sobie zdawać sprawę, że opieka diabetologiczna to nie jest tylko praca lekarzy i pielęgniarek, to jest współpraca całego zespołu terapeutycznego, wszystkich osób, które zajmują się pacjentem z cukrzycą, czyli lekarzy, pielęgniarek, edukatorów, dietetyków, psychologów. Te wszystkie osoby wchodzi w skład zespołu terapeutycznego. Ale aby opieka diabetologiczna była zgodna z wytycznymi, potrzebne jest też poparcie osób, które decydują o tym, w jaki sposób ma wyglądać opieka zdrowotna w naszym kraju. Bardzo ważna jest tu współpraca z decydentami. To przekłada się na organizację opieki, refundację leków, co jest bardzo ważne, jeśli chodzi o osoby z cukrzycą. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne zainicjowało w tym roku obchody Światowego Dnia Cukrzycy już 7 listopada, a zwykle o cukrzycy mówimy cały listopad.

Dodam, że 14 listopada został wybrany jako Światowy Dzień Cukrzycy, bo to data urodzin sir Frederica Bantinga, jednego z odkrywców insuliny (w 1921 r.). Jej pierwsze podanie nastąpiło w 1922 roku.

Powinniśmy chyba obchodzić ten dzień cukrzycy przez cały rok, bo pacjenci z problemami borykają się na co dzień. A czy możemy przybliżyć naszym słuchaczom, co to jest ta insulina? Dlaczego jest taka ważna?

Insulina jest wydzielana przez komórki beta trzustki, jest odpowiedzialna za obniżenie stężenia glukozy we krwi. To jedyny hormon, który obniża stężenie glukozy. Jeśli insuliny brakuje, bo

dochodzi do zniszczenia komórki beta trzustki, albo insulina jest, ale nie może działać, wtedy dochodzi do podwyższonego stężenia glukozy we krwi i w konsekwencji rozwija się cukrzyca.

Jeśli chodzi o cukrzycę typu 1, która jest związana z destrukcją komórki beta trzustki, podanie insuliny to jedyny sposób leczenia. Odkrycie insuliny spowodowało, że cukrzyca z choroby śmiertelnej stała się chorobą przewlekłą. To było przełomowe odkrycie, już dwa lata później, w 1923 roku docenione Nagrodą Nobla. Dodam, że to nie jedyna Nagroda Nobla, związana z odkryciem insuliny. Potem była nagroda za poznanie składu aminokwasowego insuliny, struktury przestrzennej insuliny, a wreszcie ostatnia Nagroda Nobla, związana z odkryciem metody radioimmunologicznej do oznaczania insuliny. To zapoczątkowało zresztą oznaczanie innych hormonów.

Wspomniała pani profesor o dostępności do opieki diabetologicznej. Jak to wygląda w naszym regionie? Czy mamy wystarczającą liczbę lekarzy, pielęgniarek, edukatorów czy dietetyków?

To temat trudny, bo lekarzy diabetologów nie było do tej pory zbyt wielu, ale na szczęście zainteresowanie diabetologią jako specjalizacji jest coraz większe. Prawdziwym kłopotem jest natomiast niedobór pielęgniarek edukacyjnych, edukatorów, dietetyków i psychologów. Cukrzyca typu 1 często zaczyna się w dzieciństwie, to choroba na całe życie. Pacjenci muszą o niej stale pamiętać, towarzyszy im podczas dorastania, podejmowania pracy zawodowej. I ten dostęp do opieki dietetycznej powinien być jak najszerszy. Niestety, nie ma dużego zainteresowania wśród pielęgniarek, jeśli chodzi o specjalizację diabetologiczną. A to bardzo wdzięczna specjalizacja. Już Elliot Joslin, ojciec światowej diabetologii, mówił, że chory, który wie więcej, żyje dłużej. Ale żeby wiedział więcej, ktoś go musi wyedukować. Nie wszyscy są lekarzami, pielęgniarkami czy dietetykami. I powinniśmy postarać się, aby osoba z cukrzycą miała stały dostęp do edukacji. Bo można tworzyć zalecenia, ale najważniejsze jest, aby były one realizowane.

Cukrzyca kojarzy się z czymś co nie dokucza, nie ma żadnych objawów, nie boli. Jest chyba chorobą podstępną?

To zależy od typu cukrzycy. Typ 1 cukrzycy rozpoczyna się gwałtownie. Tej cukrzycy nie przeoczmy. Jeżeli dojdzie do destrukcji komórki beta, pacjent odczuwa wzmożone pragnienie, częste oddawanie moczu, osłabienie. Taka osoba musi uzyskać pomoc, trzeba wdrożyć leczenie insuliną. W typie 2 też leczymy pacjentów insuliną, ale na innych etapach choroby.

Natomiast typ 2 cukrzycy najczęściej wykrywany jest przypadkowo. Ubolewam, że w badaniach medycyny pracy nie ma oznaczania stężenia glukozy na czczo. Takie badanie powinno być wykonywane u każdej osoby po 45. roku życia, bez czynników ryzyka, raz na 3 lata, jeżeli stężenie jest prawidłowe (poniżej 100 mg/dl). U osób z grup ryzyka, czyli z każdym rodzajem nadwagi i otyłości, z chorobami serca i naczyń, zaburzeniami lipidowymi, nadciśnieniem tętniczym, badanie powinno być wykonywane co roku, aby uchwycić ten moment zagrożenia cukrzycą odpowiednio wcześniej. Na szczęście teraz zdarza się to coraz rzadziej, ale pamiętam pacjentów, u których pierwszym rozpoznaniem cukrzycy była stopa cukrzycowa, czyli bardzo dramatyczne powikłanie, które może zakończyć się nawet amputacją kończyny. Natomiast jak odpowiednio wcześniej rozpoznamy cukrzycę i szybko wdrożymy odpowiednie postępowanie, taka osoba ma szansę żyć wiele lat nie rozwijając powikłań. Dlatego tak ważne są systematyczne badania poziomu cukru.

To badanie nie jest skomplikowane, można je wykonać u lekarza rodzinnego, w każdym laboratorium. Aby zachęcić naszych słuchaczy do takiego systematycznego kontrolowania poziomu cukru, opowiedzmy może o tych powikłaniach, jakie może spowodować cukrzyca.

To badanie jest w koszyku badań, wkracza też teraz w diabetologii opieka koordynowana w POZ, gdzie zakres badań i konsultacji jest bardzo szeroki, wchodzi w to wizyty edukacyjne, dietetyczne. To daje nadzieję, że poprawi się jakość opieki diabetologicznej.

A dlaczego leczymy cukrzycę? Staramy się doprowadzić do prawidłowego stężenia glukozy choć zwykle pacjentowi stężenie glukozy o wartości 200 mg/dl, nie przeszkadza. Natomiast chodzi o to, że to przewlekłe utrzymujące podwyższone stężenie glukozy uszkadza naczynia i uszkadza nerwy. I to nie w jednym miejscu, a w całym organizmie. Dochodzi do uszkodzenia drobnych naczyń, pod postacią uszkodzenia naczyń siatkówki, uszkodzenia nerwów, to jedna z głównych przyczyn utraty wzroku; nerek -przewlekła choroba nerek, może skończyć dializami, uszkodzenie nerwów obwodowych – prowadzi do polineuropatii. Leczenie tego powikłania jest szalenie trudne, nerwów nie da się zregenerować. Trzeba o tym pamiętać.

To powikłania dotyczących drobnych naczyń i nerwów. Ale duże naczynia też nie są oszczędzane. Zawał mięśnia sercowego też często jest pierwszą manifestacją cukrzycy. Trzeba pamiętać, że to może dotyczyć naczyń wieńcowych, mózgowych, kończyn – wtedy rozwija się zespół stopy cukrzycowej.

Według wszystkich zaleceń i schematów leczenia cukrzycy, głównym celem jest prewencja powikłań. Staramy się leczyć optymalnie, aby zapobiec rozwojowi powikłań cukrzycy. Diagnostyka jest bardzo prosta, mamy narzędzia by leczyć i jak od początku będzie to dobre leczenie, powikłania się nie rozwiną.

Dodam, że hasłem tegorocznych obchodów Światowego Dnia Cukrzycy zaproponowanym przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne było „Cukrzyca: wczesne wykrycie-nowoczesne leczenie”.

Co czeka osobę, która się bada regularnie i u której zostanie rozpoznana cukrzyca?

Będziemy ją leczyć. Jak powiedziałam, do diabetologii wkroczyła opieka koordynowana, więc ma szansę zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej jak i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Mamy bardzo dużo zmian w leczeniu cukrzycy typu 1 i 2. Typ 1 leczymy insuliną. Postęp polega na tym, że metody podawania insuliny coraz bardziej przypominają fizjologiczne podawanie insuliny. W populacji pediatrycznej i u pacjentów do 26 roku życia leczenie za pomocą osobistych pomp insulinowych jest refundowane i większość pacjentów podaje insulinę za pomocą osobistej pompy insulinowej. Ale postęp technologiczny jest tu ogromny. Obecnie mamy pompy, które prawie zamykają pętlę, czyli decydują same o wstrzymaniu podaży insuliny, gdy cukier spada albo zwiększeniu tej podaży, gdy cukier rośnie. Mówi się nawet obecnie o dążeniu do automatycznego podawania insuliny jako preferowanym sposobie w terapii cukrzycy typu 1.

Natomiast w cukrzycy typu 2 mamy nowoczesne leki, które modyfikują przebieg choroby. To są dwie nowe grupy leków: leki inkretynowe i flosyny. Te grupy leków stanowią dodatkową wartość w leczeniu cukrzycy – nie dają niedocukrzeń, zapobiegają wzrostowi masy ciała.

Zmieniło się też podejście do leczenia cukrzycy. Kiedyś leczyliśmy etapowo, gdy pacjent miał zdiagnozowaną cukrzycę, włączaliśmy pierwszy lek, gdy nie osiągał dobrej kontroli metabolicznej, po 6 miesiącach dołączaliśmy 2 lek, potem 3, i jak nie było efektu, przechodziliśmy na insulinę. Teraz podstawowe jest pytanie, czy są choroby współistniejące, bo wiemy, że możemy dobrać lek, który będzie bardziej pasował. Wiemy, że jak pacjent cierpi na niewydolność serca czy nerek – kwalifikuje się do leczenia flosyną. Z kolei chory z otyłością – do leczenia agonistami receptora GLP1. Te leki oprócz tego, że redukują masę ciała, działają kardioprotekcyjnie, poprawiają funkcję serca. I np. pacjent po ostrym zespole wieńcowym u którego rozpoznano podczas hospitalizacji cukrzycę, powinien od początku dostawać któryś z nowoczesnych leków, aby zmniejszyć ryzyko w jego dalszym życiu. Mamy dowody, że te preparaty działają przeciwhiperglikemiczne, a jednocześnie redukują masę ciała.

W cukrzycy typu 2 czasem przychodzi moment, że musimy włączyć terapię insuliną, ale dysponując tymi nowoczesnymi lekami, często odstawiamy lub ograniczamy ilość dawek insuliny. Szczególnie dla osób starszych, którym zredukujemy wstrzyknięcia insuliny z 4 do 1 dziennie, to istotna zmiana, wpływająca na jakość życia. Te nowoczesne leki nie dają też niedocukrzeń.

A jak jest z dostępnością tych nowoczesnych preparatów?

Nowoczesne leki są obecnie refundowane w znacznie szerszym dostępie niż jeszcze kilka lat temu, możemy korzystać ze wskazań refundacyjnych u bardzo dużej grupy pacjentów. U niektórych pacjentów po 65 r.ż, część leków jest nawet bezpłatna. Chcielibyśmy refundować je każdemu, ale jeśli na cukrzycę choruje w Polsce 3 mln osób, koszt byłby ogromny.

Zachwycamy się nowymi terapiami, ale nie zapominajmy o leczeniu nefarmakologicznym.

Żaden lek nie będzie działał, jeśli nie będzie postępowania nefarmakologicznego, czyli przede wszystkim odpowiedniej diety. To trzeba sobie powtarzać jak mantrę – to nie żadna dieta cukrzycowa, ale dieta zdrowego człowieka. Wszyscy powinniśmy się tak odżywiać, niezależnie czy mamy cukrzycę czy nie. Jak ktoś w rodzinie choruje, pozostałym jej członkom też nie zaszkodzi ta dieta. To naprawdę zdrowa dieta. Należy przede wszystkim wyeliminować cukry proste i tłuszcze nasycone – tego nikt nie powinien jeść. Ta dieta opiera się głównie na warzywach: surowych, gotowanych, z węglowodanami złożonymi, białkiem pochodzenia roślinnego, z pewną ilością tłuszczu. W typie 2 cukrzycy, który często związany jest z otyłością, dieta musi być także ubogokaloryczna, bo oprócz celu glikemicznego bardzo ważna jest redukcja masy ciała. Każdy diabetolog może podać przykłady swoich pacjentów, którzy jakiś czas temu, gdy ważyli ponad 100 kg, potrzebowali kilku wstrzyknięć insuliny na dobę. Teraz dzięki nowoczesnemu leczeniu, schudli, nie biorą insuliny i czują się bardzo dobrze.

A aktywność ruchowa?

Też jest bardzo ważna. Ale musi być dostosowana do wieku, wydolności fizycznej. Jak ktoś nigdy nie uprawiał sportu, nie może stawać nagle do półmaratonu. Aktywność musi być umiarkowana, tlenowa, a najważniejsze aby była regularna. Jak ktoś ma psa, to super, bo codziennie 2-3 razy musi z nim wyjść na spacer. Powinna to być aktywność tlenowa, ale też oporowa, ale najpierw trzeba ocenić wydolność fizyczną, jaki jest stan serca, czy nie ma powikłań cukrzycy, zagrożenia stopą cukrzycową.

W zaleceniach PTD jest teraz nawet nowy rozdział poświęcony aktywności fizycznej dla osób z cukrzycą, dotyczący tego jaka powinna być ta aktywność, jak dostosować dawki leków i insuliny.

Jakie to zalecenia?

Jak powiedziałam – umiarkowany wysiłek fizyczny. Rekomendujemy 30 minut dziennie, codziennie. To mogą być spacer, jazda na rowerze, pływanie, taniec. Niech każdy wybierze to, co lubi. Chodzi o to, aby aktywizować mięśnie, ruszać się. A kluczowa jest systematyczność.

21. Bóle głowy u dzieci



dr Barbara Artemowicz

Bóle głowy u dzieci były tematem ostatniej audycji z cyklu „Pytanie do specjalisty”. Gościem prof. Jana Kochanowicza była dr Barbara Artemowicz, specjalista neurologii dziecięcej z Kliniki Neurologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Naszym dzisiejszym tematem są bóle głowy u dzieci. Kiedyś popularne było nawet takie powiedzenie, że „brzuszek i główka to szkolna wymówka”. Dlaczego dzieci boli głowa?

Muszę zacząć od tego, że bóle głowy są bardzo częstą dolegliwością u dzieci. Są takie dane, mówiące o tym, że ok. 70 proc. dzieci doświadcza przynajmniej raz w roku bólu głowy, natomiast na przewlekłe bóle głowy cierpi ok. 40 proc. młodzieży w wieku od lat 15 do 19, ponad 20 proc. dzieci w wieku 6-15 lat i nawet 4-19 proc. przedszkolaków. A dlaczego dzieci boli głowa? Przyczyn jest bardzo dużo. Warto zacząć od tego, że mózg nie boli, ponieważ mózg nie ma receptorów czuciowych. Natomiast mogą boleć mięśnie karku, mięśnie powłok czaszki, czepec ściągnięty, opona twarda, naczynia opony twardej, duże pnie nerwowe, duże pnie naczyniowe, zatoki żyłne. Bolą też struktury, które się w głowie mieszczą: oczy, uszy, zatoki przynosowe, zęby. To wszystko daje taką różnorodność bólów głowy, że bóle głowy występują u dzieci aż tak często.

I te podrażnienie struktur determinuje to, jakie mamy typy bólów głowy?

Tak, dla celów klinicznych i praktycznych, bóle głowy zostały sklasyfikowane. Możemy mówić o bólach głowy samoistnych, czyli pierwotnych bólach głowy i bólach głowy wtórnych, czyli objawowych.

Jeżeli chodzi o bóle głowy samoistne, są to bóle w których ból sam w sobie jest istotą, nie jest przyczyną żadnej choroby. Są to bóle nawracające, przewlekłe, ale nie są zagrożeniem życia i zdrowia dzieci i nie powodują żadnych zaburzeń w ich rozwoju psychoruchowym. Natomiast bóle głowy objawowe to bóle będące następstwem różnego rodzaju patologii, zarówno wewnątrzczaszkowych, jak i chorób innych narządów, nieraz bardzo odległych od głowy.

Najczęstsze u dzieci są bóle głowy samoistne, a wśród nich dominują bóle typu napięciowego. To bóle zlokalizowane na ogół w czole i skroniach, o charakterze tępych, opasującym, uciskającym. Nasilenie ich jest niewielkie, do umiarkowanego. Takie bóle nie zakłócają codziennej aktywności dziecka, ono może pójść do szkoły, może grać na komputerze. Ból utrzymuje się od pół godziny nawet do kilku godzin. Tym bólom nie towarzyszą wymioty,

czasem są nudności, czasem nadwrażliwość na światło lub hałas, ale nigdy razem – czyli albo na hałas albo na światło. Takie bóle utrzymują się długo, nawracają, nawet przez wiele dni w miesiącu.

Warto powiedzieć, że to często są bóle związane z różnego rodzaju stresami, trudnościami emocjonalnymi, rówieśniczymi, rodzinnymi, ale też spowodowane przez niedobór snu. Powodem może być brak aktywności fizycznej, ale też przeciążenie. Występują bowiem bóle głowy u dzieci, które są mistrzami w jakiejś dziedzinie sportu, trenują codziennie np. od godz. 5 do 7 rano, później jedzą śniadanie, idą do szkoły, następnie odrabiają lekcje. I często trafiają do poradni neurologicznej. Chociaż oczywiście nie każde dziecko tak reaguje, to jest to jeden z czynników decydujących o napięciowym bólu głowy.

Rodzice często pytają, skąd się biorą bóle głowy u dzieci. A przyczyna czasem jest bardzo prosta.

U dorosłych, głównie kobiet, migrena jest taką chorobą, która jest mocno dokuczliwa, potrafi wyłączyć z funkcjonowania społecznego, zawodowego. Czy u dzieci też się zdarza?

Migrena u dzieci jest bardzo częsta, dotyczy nawet ok. 10 proc. dziewcząt i 6 proc. chłopców. Są to bóle silne. Choć z zasady ból migrenowy jest bólem połowicznym, u dzieci zwykle boli raczej cała głowa. Bóle są pulsujące, o silnym natężeniu, takie dziecko do szkoły już nie da rady pójść. Bólowi towarzyszą wymioty, nudności, nadwrażliwość na światło, hałas. Takie dziecko jeżeli się położy, to już leży. Częstym objawem towarzyszącym migrenie jest tzw. aura migrenowa, czyli zaburzenia wzrokowe, czuciowe. Dziecko zgłasza, że nie widzi w centralnym polu widzenia, pojawiają się mroczki, zygzaiki, czasem zaburzenia widzenia po jednej stronie pola widzenia, czasem towarzyszy temu drętwienie policzka, języka, trudności z wysławianiem się, drętwienie kończyny górnej czy połowicze. Te objawy trwają kilkanaście- kilkadziesiąt minut, potem pojawiają się migrenowe bóle głowy. Objawy aury bardzo często niepokoją rodziców, którzy często w takich przypadkach zjawiają się z dzieckiem na SORze, bojąc się, że to udar mózgu.

Związane jest to chyba z coraz powszechniejszą świadomością, że w razie udaru im szybciej się zgłosimy do szpitala, tym lepiej, że można wtedy stosować nowe metody terapeutyczne. Ale brakuje chyba wiedzy, że udar jest głównie chorobą dorosłych w podeszłym wieku. Rzadko występuje poniżej 45 roku życia, a u dzieci zdarza się sporadycznie.

Tak, ale się zdarza. W ciągu roku mamy kilka przypadków udarów niedokrwiennych u dzieci.

U dorosłych zdarzają się też klasterowe bóle głowy. A u dzieci?

Zdarzają się, ale bardzo rzadko. Tak jak inne samoistne bóle głowy: trójdzielne autonomiczne, nerwobóle nerwów czaszkowych – to naprawdę sporadyczne sytuacje.

U dorosłych każde schorzenie związane z infekcją wirusową czy bakteryjną wiąże się często z bólem głowy. Jest to wtedy objawem innych chorób ogólnoustrojowych. A jak to jest u dzieci?

U dzieci bólów objawowych jest bardzo dużo. I jak powiedziałam, mogą być objawem każdego schorzenia, zarówno choroby ogólnoustrojowej jak i procesów patologicznych w obrębie głowy. Bóle głowy towarzyszą każdej infekcji z gorączką, czyli mogą wystąpić przy grypie, czy infekcjach przewodu pokarmowego albo w infekcji bakteryjnej, takiej jak angina. Ale to choroby, które są domeną pediatrów czy lekarzy rodzinnych, nie neurologów. Bóle głowy objawowe mogą też wystąpić w przypadku chorób zębów, zatok obocznych nosa, oczu, zapalenia ucha środkowego. Ustępują one po wyleczeniu infekcji.

Takim bólem objawowym, który jest zagrożeniem, jest ból głowy towarzyszący neuroinfekcji, czyli w przebiegu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Taki ból jest bólem silnym, zlokalizowany w okolicy czołowej i potylicy, towarzyszą mu wymioty, nudności, gorączka, światłowstręt. Często dochodzą objawy oponowe. W badaniu dziecko ma trudności z przygięciem głowy i dotknięciem brodą górnej części klatki piersiowej, czyli tzw. sztywność karku. Wtedy konieczne jest zgłoszenie się do SOR. Szybka diagnostyka w postaci wykonania

punkcji lędźwiowej i stwierdzenia, czy proces zapalny dotyczy ośrodkowego układu nerwowego, często decyduje o skutecznym leczeniu i braku późniejszych powikłań.

Poważnym bólem, aczkolwiek rzadkim, są bóle w przebiegu procesów wewnątrzczaszkowych, przebiegające z tzw. ciasnotą wewnątrzczaszkową, które występują przy rosnących guzach mózgu. Rosnąca masa powoduje ucisk na otaczające struktury, pnie naczyń, pnie nerwowe, powodując bóle rozpierające. Takie bóle narastają w czasie, występują głównie w pozycji leżącej, czyli nad ranem, towarzyszą im poranne wymioty, mogą się dołączać inne objawy uszkodzenia układu nerwowego. Takie bóle też są zagrożeniem zdrowia i życia, wymagają pilnej diagnostyki. Aczkolwiek taki ból jest późnym objawem procesu rozrostowego.

Takie bóle rozpierające towarzyszą też ropniom mózgu, narastającemu wodogłowiu. Inne bóle objawowe mogą występować w przebiegu niektórych wad rozwojowych mózgu, a także w przebiegu chorób psychicznych, depresji, zaburzeń emocjonalnych.

Jakie objawy w przypadku bólu głowy u dzieci powinny zaalarmować rodziców, kiedy rzeczywiście powinni udać się z dzieckiem na SOR czy do neurologa dziecięcego?

Mówi się o tzw. objawach alarmujących, określanych jako czerwone flagi. U dzieci takimi czerwonymi flagami jest ból głowy, który wystąpił po raz pierwszy w życiu, jest bardzo silny albo zmiana charakteru dotychczasowego bólu. Kolejnym objawem jest ból narastający w czasie, czyli wtedy kiedy zwiększa się częstość, nasilenie bólu, dochodzą nowe objawy – też wymaga konsultacji lekarskiej. Także bóle, którym towarzyszą inne objawy, czyli ból z gorączką, utratą przytomności, zaburzeniami równowagi, zaburzeniami chodu. Także ból, któremu towarzyszy np. opadanie powieki, asymetria źrenic, mięśni mimicznych twarzy, niedowład. Wszystko to powinno skłaniać do wizyty u neurologa, pediatry albo udania się na SOR. Także bóle głowy u dzieci poniżej 3 roku życia są objawem alarmującym, aczkolwiek u takiego małego dziecka ból często jest domniemany. Są to przeważnie bóle objawowe. Ale jeśli dziecko krzyczy, nie chce spać, ma utratę łaknienia, asymetryczne ustawienie głowy, rodzice też powinni szybko zgłosić się do lekarza.

Jeśli nie jest to sytuacja nagła, to gdzie rodzice powinni się zgłosić z dzieckiem cierpiącym na bóle głowy?

Jak nie jest to sytuacja alarmująca, powinno się zgłosić do lekarza rodzinnego. On zbada dziecko, zmierzy temperaturę, ciśnienie, jeśli potrzeba zleci podstawowe badania laboratoryjne, jak morfologia krwi, poziom glukozy. Często zaburzenia elektrolitowe czy hipoglikemia są przyczyną bólów głowy u dzieci. Może to też być objaw obecności pasożytów jelitowych. Jeśli lekarz rodzinny uzna, że konieczna jest konsultacja neurologiczna, wystawi skierowanie do poradni. Natomiast wszystkie bóle głowy z objawami alarmującymi lub niepokojące rodziców powinny skłaniać do wizyty w SOR.

Jak wygląda wizyta w gabinecie neurologa dziecięcego?

Zaczynamy od wywiadu, który pozwoli uściślić, jaki to jest ból. Ja najpierw rozmawiam z rodzicem, aby naświetlić sytuację, potem pytam dziecko. Jeśli dziecko jest w wieku szkolnym czy nastolatkiem, nie ma problemu, u małych dzieci często trzeba je najpierw odpowiednio przygotować, żeby chciały odpowiadać na pytania, czyli np. się pobawić. Pytam o to w którym miejscu boli głowa, od jak dawna, jak często, jak się dziecko czuje przy tych bólach, czy nie ma szumu w uszach, błysków w oczach itd. W tej chwili standardem jest określanie skali natężenia bólu. U dorosłych i młodzieży jest to proste, jest skala numeryczna, natomiast u dzieci używamy skali obrazkowej. Po jednej stronie skali mamy buźkę uśmiechniętą, zadowoloną, po drugiej stronie smutną, z grymasem. Dziecko potrafi pokazać, jak się czuje przy bólu głowy. Następnie wykonywane jest badanie neurologiczne. Dziecko może skojarzyć je z gimnastyką, mówimy np. aby wyciągnęło rączki czy dotknęło noska. W razie potrzeby zlecamy badania laboratoryjne, chociaż często pacjenci przychodzą już z wynikami badań zleconych przez lekarza rodzinnego. Przy podejrzeniu procesu toczącego się wewnątrzczaszkowo konieczne jest badanie neuroobrazowe: tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny. U dzieci lepsze jest badanie rezonansu magnetycznego, ponieważ jest pozbawione promieniowania

jonizującego i zdecydowanie więcej nam pokazuje. Trudność polega tu na tym, że jest dość długie, trwa 20-30 minut, towarzyszy mu hałas. Dlatego też staramy się przygotować dziecko do takiego badania. Dzieci małe lub z zaburzeniami rozwojowymi, niepełnosprawnościami intelektualnymi, mają wykonywane badanie w znieczuleniu ogólnym. Wtedy najpierw odbywa się kwalifikacja anestezjologiczna, a samo badanie wykonywane jest pod kontrolą anestezjologa.

Wspomniana punkcja lędźwiowa budzi wiele obaw u rodziców. Jest się czego bać?

Jest to stresujący zabieg, ale nie jest niebezpieczny. Płyn mózgowo-rdzeniowy pobieramy między 4 a 5 kręgiem lędźwiowym, gdzie jest bardzo szeroka przestrzeń i gdzie już nie ma rdzenia kręgowego. Oczywiście dziecko należy odpowiednio do tego przygotować, wytłumaczyć. Dzieciom małym i z utrudnioną współpracą taki zabieg wykonujemy w znieczuleniu ogólnym.

Czy w badaniach dodatkowych wykorzystywane jest badanie EEG?

Nie zalecamy tego badania w przypadku bólów głowy, ponieważ ono niewiele wnosi. Jest ono wykorzystywane do diagnostyki napadów padaczkowych, nie daje nam odpowiedzi na pytanie o przyczynę bólów głowy. Może być przydatne kiedy musimy różnicować aurę migrenową ze złożonym napadem padaczkowym, ale to są sporadyczne przypadki.

Wspomnę jeszcze ciekawej odmianie aury migrenowej – występującym u małych dzieci zespole Alicji w krainie czarów. To zaburzenia postrzegania, gdy dziecko widzi otaczające przedmioty, albo większe niż naturalnie (makropsje) albo mniejsze niż naturalnie (mikropsje), albo oddalone, albo przybliżone, albo widzi wręcz zniekształcone części własnego ciała. Dzieci często boją się o tym nawet mówić. Zdarza się, że rodzic z dzieckiem z takimi zaburzeniami też potrafi zgłosić się na SOR. Wówczas tłumaczymy czym to może być spowodowane. I w takich sytuacjach jest przydatne wykonanie badania EEG.

Zdiagnozowaliśmy bóle głowy. Jak wygląda leczenie i czy można też dziecku pomóc w sposób niefarmakologiczny?

Sposobów leczenia bólów głowy jest tyle, ile przyczyn. Inaczej leczy się bóle samoistne, inaczej objawowe. W przypadku bólu migrenowego zaleca się podanie leków przeciwbólowych, położenie się. Jeżeli migrena przedłuża się powyżej 72 godzin, co u dzieci zdarza się niezmiernie rzadko, należy udać się na SOR w celu podania dziecku leku przeciwbólowego dożylnie. W bólach napięciowych, jeśli ból jest silny, też możemy podać lek przeciwbólowy. Nie zalecamy tu jednak przewlekłego podawania leków. Tu z dużą pomocą przychodzą nam psycholodzy, którzy pomagają ustalić przyczynę bólów, znaleźć sposób radzenia z bólem. Nieraz potrzebne są terapie behawioralno-poznawcze, metody relaksacyjne czy terapie rodzinne, które podpowiedzą rodzicowi, co można zmienić w codziennej aktywności, życiu dziecka, aby minimalizować bóle głowy typu napięciowego. Na pewno umiarkowana aktywność fizyczna, wysypianie się, i nieraz tzw. psychoedukacja pozwala w dużej mierze poprawić samopoczucie pacjenta.

Natomiast leczenie objawowych bólów głowy zawsze jest przyczynowe i musi być jak najszybciej wdrożone, wówczas jest skuteczne i zapobiega rozwojowi powikłań.

U dorosłych w leczeniu migrenowych bólów głowy mamy rzeszę modnych leków, leczenie biologiczne, toksyną botulinową. Czy dzieci też mogą z tego korzystać?

U dzieci wszelkie nowe metody wchodzą z opóźnieniem. Wynika to z tego, że to specyficzna grupa wiekowa, gdzie badania kliniczne są prowadzone dopiero wtedy, gdy leki są sprawdzone, bezpieczne i skuteczne w populacji dorosłych. U dzieci jedynie możemy stosować donosowy sumatryptan, poza tym leczymy wyłącznie lekami przeciwbólowymi. Natomiast jeśli ból migrenowy utrzymuje się długo, zaburza funkcjonowanie, występuje z częstością więcej niż dwa epizody w miesiącu, możemy stosować leki profilaktyczne, ale to leki dostępne od kilkunastu lat na rynku. To pozwala nieco zmniejszyć nasilenie bólów głowy. Natomiast na te nowe terapie musimy poczekać.

Przypomnę też, że u dzieci nie wolno stosować leków przeciwbólowych zawierających np. kofeinę, ale przede wszystkim z kwasem acetylosalicylowym, czyli aspiryny, bo grozi to tzw. encefalopatią.

22. Chodzę, biegam, ćwiczę



prof. Karol Kamiński

“Chodzę, biegam ćwiczę” – to temat ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza był prof. Karol Kamiński, kierownik Zakładu Medycyny Populacyjnej i Prewencji Chorób Cywilizacyjnych.

Pan profesor na co dzień pracuje w wielu miejscach Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, ale podstawowym miejscem pracy jest Zakład Medycyny Populacyjnej i Prewencji Chorób Cywilizacyjnych UMB. Panie profesorze, co znaczy ta nazwa?

Mieliśmy pomysł, aby zbadać jak wygląda stan zdrowia mieszkańców Białegostoku i to jest główne zadanie naszego zakładu. Ale z samego badania jeszcze nikt nie wyzdrowiał. W związku z tym trzeba prowadzić jakieś działania, aby zapobiegać tym najczęstszym chorobom, stąd też druga część nazwy mojego zakładu, czyli prewencja chorób cywilizacyjnych. I na podstawie danych, które generujemy i badań, które przeprowadzamy, proponujemy działania, aby zapobiegać najczęstszym chorobom, najbardziej poważnym zagrożeniem zdrowotnym naszego społeczeństwa.

Wiele osób ma jakąś chorobę, a to ktoś choruje na cukrzycę, ktoś na serce, kogoś boli kręgosłup. A te choroby cywilizacyjne, to co to takiego jest?

To te wszystkie choroby, związane z naszym uregulowanym nadmiernie trybem życia. Faktem jest, że jest to trochę niezręczna nazwa, bo tak naprawdę można by powiedzieć, że są to choroby związane ze stylem życia, ale to już byłaby naprawdę bardzo długa nazwa zakładu. Wracając do sedna. Styl życia, to te niekorzystne zmiany związane z tym, że już nie funkcjonujemy jak 2 – 5 tysięcy lat temu, jemy dużo mięsa, dużo tłuszczu, mało warzyw, mało się ruszamy, co powoduje zmiany w naszym organizmie. To wszystko przekłada się na to, że chorujemy częściej na pewne choroby, takie jak otyłość i wszystkie związane z tym konsekwencje, jak nadciśnienie, choroba wieńcowa cukrzyca i jej powikłania. Także nowotwory są związane z otyłością i z małą ilością wysiłku fizycznego. Nieodpowiednia dieta przekłada się również na otyłość, nowotwory, choroby układu krążenia, choroby układu kostno-ruchowego. Kręgosłup boli zazwyczaj właśnie od siedzenia, od nieprawidłowego ruchu lub zbyt małej ilości ruchu. Czyli wiele bardzo częstych chorób ma wspólne źródło w niewłaściwym, czy też powiedzmy – „nowoczesnym” stylu życia.

To chyba tytuł naszej dzisiejszej audycji: „Chodzę, biegam, ćwiczę” jest jak najbardziej na miejscu.

Oby nam to się udawało, ponieważ właśnie to jest podstawowy sposób na zapobieganie wielu chorobom cywilizacyjnym: aktywność fizyczna, ruch dostosowany do wieku, możliwości, schorzeń i taki, aby przynosił jak najwięcej korzystnych efektów,

Aby chorobom przeciwdziałać, to najpierw musimy wiedzieć, gdzie jesteśmy. Temu służy program Białystok Plus, który ma ocenić stan zdrowia białostoczan. Generalnie widzimy, że jest nas coraz więcej, że jesteśmy coraz obszerniejsi. Kiedyś widzieliśmy to w filmach, zwłaszcza tych amerykańskich, jak społeczeństwo powiększa się i to nie ilościowo, tylko objętościowo. Jak to jest w przypadku białostoczan? Czy lubimy się ruszać?

W programie Białystok Plus oceniamy stan zdrowia białostoczan w wieku między dwudziestym a osiemdziesiątym rokiem życia. Na podstawie dotychczasowych badań możemy powiedzieć, że otyłość lub nadwagę ma około połowa naszej populacji. To jest bardzo duży odsetek, a jeżeli do tego dodamy jeszcze tylko otyłość brzuszna, czyli obwód brzucha przekraczający 80 cm u kobiet, a 94 cm u mężczyzn, który również jest związany z niekorzystnymi konsekwencjami, to przekraczamy tak naprawdę 50%. Czyli co drugi białostoczanin ma tę czy inną formę otyłości. Niestety nie jest to korzystne. Wynikiem jest więcej chorób związanych z otyłością w przyszłości.

Jeżeli chodzi o aktywność fizyczną, to my oceniamy to na podstawie własnych odpowiedzi uczestników – sami mówią nam, jak bardzo się ruszają. Nie mamy możliwości tego zweryfikować, ale mamy możliwość ocenić pewne pośrednie parametry, takie jak siła uścisku dłoni, która mówi nam o tym, jak ktoś funkcjonuje, na ile wysiłek fizyczny jest ważny, jaka jest masa kości, masa mięśni. Robimy też test wysiłkowy, więc możemy ocenić wydolność fizyczną. W ten sposób możemy powiedzieć, na ile te elementy podawane nam przez uczestników są wiarygodne.

To zabrzmiało niepokojąco, że ponad połowa badanych osób jest otyłych lub z nadwagą. Czym w takim medycznym znaczeniu jest nadwaga, a kiedy mówimy o otyłości?

Mamy dwa sposoby opisywania otyłości. Pierwszy to parametr zwany wskaźnikiem masy ciała BMI, czyli stosunek masy ciała do kwadratu wzrostu wyrażonego w metrach. Jeżeli taki stosunek jest większy niż 25, a mniejszy niż 30, mówimy o nadwadze. Każdy z nas może łatwo ten wskaźnik BMI wyliczyć, można tu skorzystać z ogólnie dostępnych kalkulatorów w Internecie. Jeśli BMI przekracza 35 lub 40, czyli mówimy o drugim i trzecim stopniu otyłości, jest to szczególnie groźne. Mówimy tu już o otyłości zagrażającej życiu. Trzeba o tym pamiętać.

Niektórzy mówią, że nie mają nadwagi ani otyłości, tylko mają po prostu „niedobór wzrostu”. Ale jakby nie patrzeć, czy to jest „niedowzrost”, czy to jest nadwaga, czy to jest otyłość, mamy do czynienia z wyższym ryzykiem ciężkich, poważnych chorób w przyszłości.

Pan profesor wspominał o tej subiektywnej ocenie aktywności ruchowej. Wydaje się, że jest to naprawdę bardzo subiektywne, ponieważ w miarę jak nam masy przybywa, to traktujemy każdą aktywność jako już taki wysiłek nadmierny. Myślę, że mamy raczej skłonność do zawyżania naszej aktywności ruchowej niż do jej niedoszacowania. Jak sobie z tym radzicie?

Absolutnie to jest prawda. Ale u nas każdy uczestnik badania ma przeprowadzoną próbę wysiłkową, gdzie przechodzi na rowerze poszczególne etapy obciążenia i może zweryfikować to, jak się wtedy czuje. Czyli stopniowo zwiększamy obciążenie od łagodnego, przez umiarkowany, po duży wysiłek fizyczny. Często przy tym dużym wysiłku pacjent nie da już wcale rady jechać i dopiero przekonuje się, co to znaczy ten ciężki wysiłek fizyczny. I dopiero wtedy pytamy, ile czasu dziennie spędza w takim łagodnym, umiarkowanym i ciężkim wysiłku fizycznym. Tendencja do przeszacowania jest już wtedy zazwyczaj mniejsza, uczestnicy badania dużo bardziej wiarygodnie to przedstawiają.

Wysiłek fizyczny to jest coś przeciwnego od czasu spędzanego w pozycji siedzącej, czyli tak zwanego siedzącego trybu życia. A to jest oczywiście plaga naszych czasów. W naszym badaniu średnio czas spędzany w pozycji siedzącej przekracza 8 godzin dziennie. Można powiedzieć, że my mało chodzimy, mało się ruszamy, nawet mało śpimy, a głównie siedzimy.

To myślę, że po wysłuchaniu tej audycji wszyscy wyruszą na spacer i postarają się ten wskaźnik siedzenia zmniejszyć.

Mam nadzieję. Dodam, że razem z naszymi partnerami z innych organizacji, m.in. SocLabem i White Bits, przeprowadziliśmy akcję, w której uczniowie białostockich szkół średnich proponowali nam różne rodzaje kampanii społecznych przeznaczonych dla nastolatków. I oni zwrócili nam uwagę, że co my najczęściej mówimy, jak się spotykamy: „siadaj opowiadaj” czy „usiądź, porozmawiamy”. Oni zauważyli, że w naszej mowie, naszym sposobie funkcjonowania, kiedy jesteśmy serdeczni, mówimy, by usiąść, a nie: „pójdźmy na spacer,” czy „przejdźmy się, porozmawiajmy”. I zaproponowali, aby promować taki właśnie rodzaj aktywności, mówić „chodź, porozmawiamy” „przejdźmy się, porozmawiajmy”, „chodźmy na trening razem”, żeby to było bardziej takim naturalnym sposobem funkcjonowania, a nie „siadaj opowiadaj, co u ciebie słychać”.

W ramach projektu Białystok Plus badacie białostoczan. Czy jest szansa, żeby na takie badanie się zapisać? Jak państwo rekrutują swoich probantów?

Aby badanie było wiarygodne, musimy losować uczestników. Otrzymujemy anonimizowaną listę mieszkańców Białegostoku, zawierającą tylko wiek i płeć, i z tej listy każdego roku losowaliśmy odpowiednią grupę i występowaliśmy do Urzędu Miasta z prośbą o udostępnienie adresów tych osób. Chodzi o to, aby z każdej grupy wiekowej była adekwatna liczba osób wylosowanych. Do tych osób kierujemy zaproszenia pisemne i do tej pory około 5000 białostoczan otrzymało już od nas zaproszenie na badanie. To listy podpisane przeze mnie, z logo Urzędu Marszałkowskiego, Urzędu Miejskiego oraz Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, bo te 3 organizacje ze sobą współpracują przy tworzeniu tego badania.

Na badanie nie można się zapisać, jedynie trzeba mieć szczęście i być wylosowanym. Niestety, tylko nieco więcej niż 1/3 osób wylosowanych się zgłasza, mimo że jest to badanie, które pozwala naprawdę dużo dowiedzieć się o swoim stanie zdrowia, poczynając od wydolności fizycznej, przez stan serca, bo robimy EKG i echo serca, usg tętnic szyjnych. Badamy też skład masy ciała, czyli to, ile mamy tłuszczu, ile mamy mięśni, jaki mamy kości, czy on nie jest zbyt słaby. Robimy komplet badań krwi. Wykonujemy również badanie wzroku, badanie stomatologiczne. Mówimy także, jakie działania są potrzebne, aby utrzymać się w jak najlepszym zdrowiu.

Czyli kompleksowe badania, a mimo to na blisko 6000 zaproszeń 2000 osób się zgłosiło?

Około 2500. Ale nadal to jest mniej niż oczekiwaliśmy.

Czyli generalnie nie jesteśmy gotowi do tego, żeby spojrzeć prawdzie w oczy i poprosić o obiektywną ocenę stanu naszego zdrowia? Czy po prostu jesteśmy zajęci i nie mamy czasu na takie badania?

My to rozumiemy, że ktoś jest np. bardzo chory, ciężko mu do nas dotrzeć. Ale jeżeli ktoś otrzymał zaproszenie, a nie może brać udziału w badaniu, nadal serdecznie prosimy o kontakt, bo nawet telefonicznie można nam udzielić pewnych informacji. Możemy też wtedy umówić się na inny termin, np. na sobotę albo zaproponować inną formę badania, np. tylko sam formularz

Docelowo ile osób planujecie zaprosić lub przebadać?

My liczymy, że zaprosimy 8500 osób, zależy nam na tym, żeby przekroczyć 3000 przebadanych. To taka liczba, do której dążymy. Myślę, że powinniśmy ją osiągnąć. Zaproszenia będą wysyłane do końca trzeciego kwartału 2024 roku.

Czyli jeśli ktoś nie znalazł dotąd w swojej skrzynce pocztowej zaproszenia, to ma jeszcze szanse?

Jeszcze jest szansa, aby je otrzymać. A jeśli ktoś dostał zaproszenie, ale się gdzieś zapodziało, warto je odszukać i zadzwonić pod podany numer telefonu. Tylko trzeba pamiętać, że aby skorzystać z badań maksymalny czas pomiędzy zaproszeniem a badaniem to 2 – 2,5 roku, z uwagi na to, że po przekroczeniu tego okresu uczestnik automatycznie wchodzi w inną kategorię wiekową.

Wiadomo, że wykazujemy dużą tendencję do nadwagi, do otyłości. Czy możemy już też powiedzieć o jakichś innych spostrzeżeniach zdrowotnych wynikających z badania?

Bardzo nas niepokoi to, co obserwujemy, jeśli chodzi o cukrzycę i stany przedcukrzycowe. Jeżeli połączymy wszystkie przypadki cukrzycy i stanów przedcukrzycowych czyli takich, które zwiększają ryzyko rozwoju cukrzycy, znów osiągamy niemal 50% populacji. To jest bardzo, bardzo dużo. Oczywiście część z tych osób nie rozwinie cukrzycy, ale nadal sam fakt, że mają takie ryzyko, zwiększa również ryzyko sercowo-naczyniowe, czyli zwiększa ryzyko zawału, udaru. Dodam, że wśród osób, u których zdiagnozowaliśmy cukrzycę, połowa nie wiedziała o chorobie, czyli krótko mówiąc, co drugi cukrzyk nie wie, że ma cukrzycę. A jeśli przy okazji takiego badania zostaje zdiagnozowana cukrzyca, można podjąć wystarczająco wcześniej odpowiednie działania i dzięki temu zmniejszyć ryzyko niekorzystnych konsekwencji później.

Czyli to, do czego nawołują specjaliści, żebyśmy wykonywali badania profilaktyczne, jak najbardziej ma tutaj uzasadnienie.

Absolutnie tak. W przypadku cukrzycy warto zwrócić uwagę zwłaszcza na osoby otyłe i wykonywane przez nas parametry pokazujące stosunek masy mięśniowej do masy tłuszczowej. Im mniej masy mięśniowej w stosunku do masy tłuszczowej, tym gorzej, tym większe ryzyko cukrzycy. W związku z czym trzeba przede wszystkim się ruszać po to, żeby zwiększyć masę mięśniową, zmniejszyć masę tłuszczową, wprowadzić odpowiednią dietę, aby również zmniejszyć masę tłuszczową. W ten sposób będziemy przeciwdziałać ryzyku cukrzycy.

Pan profesor wspominał o otyłości brzusznej. Dlaczego jest tak groźna? Taki brzuszek piwny nie wydaje się dla wielu osób niepokojący.

Typ męski otyłości, czyli brzuszny, wbrew pozorom nie jest taki łagodny, a jest wręcz dużym zagrożeniem z uwagi na to, że jest mało postrzegany jako otyłość. Nierzadko BMI takich osób jest prawidłowe – poniżej 25, a jednocześnie duży obwód brzucha świadczy o tym, że ten tłuszcz gromadzi się w okolicy narządów wewnętrznych, powodując niekorzystne konsekwencje metaboliczne i zwiększając ryzyko powikłań zarówno metabolicznych, jak i sercowo-naczyniowych. O tym trzeba pamiętać, że ten tłuszcz zwiększa ryzyko powikłań takich jak zawał serca, nadciśnienie tętnicze czy udar mózgu.

My widzimy, że ta grupa osób z otyłością brzuszną jest znacząca. I jak przeliczyliśmy dokładnie, to procentowo mamy więcej kobiet z otyłością brzuszną, niż mężczyzn.

Teraz generalnie mniej się ruszamy. Kiedyś musieliśmy więcej pracować fizycznie, polować czy uprawiać pola, teraz siedzący tryb życia to znak postępu, luksusu.

Niestety, mniej się ruszamy, mamy też mniejsze potrzeby ruchu. Widzimy w naszych badaniach, że mamy mały odsetek ludzi, którzy ruch stosują jako formę wypoczynku. Zwłaszcza wśród mężczyzn w weekendy większość siedzi w domu i traktują to jako odpoczynek. A byłoby dobrze, gdyby to aktywność fizyczna była tą podstawową formą wypoczynku.

Widzimy też, że zmniejsza się różnica w stosunku siły mięśniowej u młodych i starszych. W naszej populacji mamy niską siłę mięśniową osób młodszych. Wraz z upływem czasu, ta masa nieubłagalnie będzie spadać. A to ta masa, którą budujemy w młodości, będzie nas trzymała przy życiu przez kolejne lata. Masa mięśniowa u osób po 70. roku życia warunkuje przeżycie w dobrym zdrowiu. Musimy inwestować w to, co w przyszłości się odpłaci. Inwestycja w zdrowie jest najlepszą inwestycją.

Myślimy tu o mięśniach w aspekcie ruchu, a to bardzo poważny organ warunkujący nasz metabolizm, wpływa na grę hormonalną, zmiany związane ze stanem zapalnym. Troszczymy się o naszą masę mięśniową, oczywiście w sposób fizjologiczny. Mówimy tu o tworzeniu zdrowej, silnej tkanki mięśniowej.

Mówiliśmy o problemie otyłości i cukrzycy. Jakie jeszcze inne schorzenia dotyczą białostoczan?

Białystok jest jednym z endemicznych terenów, które miały wcześniej duży niedobór jodu, w związku z tym mamy wysoką częstość guzków tarczycy. Większość guzków jest łagodna, ale raz na jakiś czas zdarzają się zmiany złośliwe. Warto o to zadbać, jak mamy powiększenie tarczycy i zbadać się w tym kierunku.

Kolejnym elementem, który badamy jest zdolność do zapamiętywania. Wydaje nam się, że te zaburzenia związane są z wiekiem starszym, ale inwestujemy w nie całe życie. U osób, które obecnie pozornie nie mają żadnych objawów zaburzeń pamięci, w rezonansie magnetycznym mózgu widzimy zmiany zapowiadające to, co może stać się za 10 lat. Widzimy to u osób bez ciężkich chorób, ale właśnie z cukrzycą, nadciśnieniem, hipercholesterolemią. Te stany nie bolą, ale budują się zmiany, z którymi będziemy się zmagać za 20 lat, ale wtedy nie będziemy w stanie ich cofnąć. Czyli, aby lepiej pamiętać, gdzie położyliśmy okulary, klucze, dokumenty, musimy inwestować w swoje zdrowie dużo wcześniej.

To dotyczy wielu aspektów, także profilaktyki cukrzycy, chorób serca. Warto o te elementy zadbać wtedy, gdy jeszcze nic złego się nie dzieje. Warto inwestować w siebie, w swój styl życia. Ale my nie mówimy, aby zmienić styl życia z dzisiaj na jutro. Jak się przez 40-50 lat funkcjonowało w określony sposób, trudno z dnia na dzień wszystko zmienić, ale warto stopniowo zadbać o lepszą dietę i zacząć jeść więcej warzyw, mniej produktów przetworzonych. Warto zacząć się ruszać, najpierw niech to będzie spacer, przejście się do pracy, potem może uda się przebiec jakiś dystans. Mówi się, że osoby, które robią poniżej 4000 kroków dziennie, mają najwyższe ryzyko zawału serca i udaru mózgu. Ale z każdym 1000 kroków, to ryzyko stopniowo się zmniejsza. Z każdym krokiem jesteście zdrowsi.

Prowadzicie też akcje promujące aktywność.

Mamy projekt, który prowadzimy z kolegami z Niemiec i Holandii, mający na celu wyłonić najważniejsze elementy, które stanowią największy problem lokalnie. U nas jest to siedzący tryb życia. Stworzyliśmy ulotki, materiały, akcje promocyjne, które mają zmniejszyć tendencję do prowadzenia tego niezdrowego siedzącego trybu życia. Chcemy też trafiać z tym do najmłodszych. Nawiązaliśmy współpracę z uczniami szkół średnich, którzy przygotowali różne strategie dotarcia do rówieśników, zachęcenia ich do mniej siedzącego trybu życia. Jedna z tych grup, wybrana przez jury, dostała szansę na stworzenie własnej kampanii w mediach społecznościowych. I nagrała taki film, w standardzie dla młodych, który jest dostępny na Instagramie czy Facebooku.

W przypadku aktywności ruchowej co takiego dzieje w organizmie? Dlaczego jest tak ważny?

Podczas wysiłku fizycznego szczególnie ważne jest, aby nie był zbyt krótki. Taki jeden epizod powinien trwać przynajmniej 20-30 minut, dopiero wtedy wiąże się z korzystnymi zmianami metabolicznymi. Pracujące mięśnie to jest bardzo istotny organ, czynny metabolicznie, który powoduje, że do komórek wchodzi glukoza niezależnie od insuliny, powoduje zużycie kwasów tłuszczowych, które są przetwarzane w wątrobie. Ta zmiana metaboliczna zachodzi po kilkudziesięciu minutach, w związku z czym mamy możliwość zużywania zapasów, które nasz organizm w sposób naturalny gromadzi..

Mamy biegać, pływać, spacerować czy chodzić na siłownię? Jaki wysiłek jest najlepszy dla naszego organizmu?

Wysiłek musi być przede wszystkim dostosowany do naszego organizmu i to zarówno psychicznie, jak i fizycznie. Są osoby które źle tolerują samotność i w takim wypadku np. bieganie samotne jest mało skuteczne. Z kolei np. osoby z problemami z układem kostno-stawowym nie będą w stanie biegać.

Co ważne należy też łączyć wysiłek aerobowy (jak bieganie, pływanie, jazda na rowerze) z wysiłkami oporowymi, związanymi z wyższym obciążeniem. Ale też nie powinno to być bardzo duże obciążenie, bo ciężkie wysiłki izometryczne zwiększają ciśnienie, zwiększają problemy związane z niektórymi chorobami. Ale ważne jest, aby je włączać, bo w większym stopniu zwiększają masę i siłę mięśniową. Musi być jednak balans między tymi dwiema grupami wysiłku, dostosowany do konkretnej osoby.

Jak się zmotywować do tej aktywności ruchowej, zwłaszcza w okresie jesienno-zimowym?

Trzeba pamiętać, że nigdy nie jest za późno, żeby zacząć, zawsze można zrobić pierwszy krok. Jak się siedziało 40 lat, nie znaczy, że nie można zacząć się ruszać. Oczywiście, nie można po tygodniu oczekiwać spektakularnych efektów. Po tygodniu ruszania się będą raczej bolały mięśnie. Ale powoli, stopniowo, z każdym dniem trzeba dać sobie szansę, wyjść, polubić to, co będzie się robiło, aby mieć z tego satysfakcję. Jeśli ktoś lubi towarzystwo, warto znaleźć kogoś, z kim razem pójdzie na spacer, nordic walking, basen. Wtedy w takiej grupie pomagamy sobie, wzmacniamy przekaz.

Podczas aktywności fizycznej dochodzi też do uwalniania endorfin, czyli hormonów dających szczęście. Kiedyś trzeba zacząć, ale trzeba też być konsekwentnym. Warto więc znaleźć wsparcie wśród znajomych czy rodziny.

23. Zdrowe Odżywianie



prof. Anna Witkowska

Zdrowe odżywianie było tematem ostatniej audycji z cyklu „Pytanie do specjalisty”. Gościem prof. Jana Kochanowicza była prof. Anna Witkowska kierownik Zakładu Biotechnologii Żywności Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Nieodzownym elementem naszego życia jest jedzenie. Czy tak generalnie w Polsce to zdrowo się odżywiamy, czy raczej mamy trochę grzeszków? Dieta tradycyjna, czy nasza lokalna, uważana jest raczej za taką dietę umiarkowanie zdrową. Jak z punktu widzenia specjalisty to wygląda?

Statystyki mówią, że niestety nie odżywiamy się najlepiej. Badania, które były prowadzone w Polsce, badania przekrojowe, na przykład badanie WOBASZ, mówią, że nasza dieta jest taka troszeczkę monotonna, że brakuje w niej niektórych składników, zwłaszcza istotnych z punktu widzenia prawidłowego funkcjonowania naszego ciała. I co za tym idzie, jeśli nie przestrzegamy diety, jeśli nasz tryb życia jest taki, że zbyt mało jest w nim aktywności fizycznej, palimy papierosy, w naszej diecie jest dużo takich produktów żywnościowych, które wpływają na powstawanie miażdżycy, to niestety często w wieku średnim czy w wieku późniejszym, może u nas dojść do chorób układu krążenia. To mogą być różne schorzenia, między innymi zawał serca, udar mózgu czy też choroby naczyń krwionośnych.

W przypadku schorzeń układu krążenia od lat mówi się Polakom, że należałoby nieco zwiększyć aktywność fizyczną czy zmienić dietę. Ale my ciągle jesteśmy przyzwyczajeni niestety do tego sposobu żywienia, który odziedziczyliśmy w spadku po swoich rodzicach. Na szczęście z pokolenia na pokolenie to troszeczkę się zmienia i teraz widzimy, że część młodych ludzi bardzo skrupulatnie przestrzega tych zaleceń żywieniowych, które są korzystne dla zdrowia. Ale jednocześnie też jest dużo żywności dostępnej na rynku. My czasami kupujemy jej naprawdę dużo i nieraz jest tak, że się przejadamy i mamy problemy ze strony przewodu pokarmowego.

Natomiast jeśli jemy bardzo dużo tłuszczów nasyconych, jeśli nasza dieta jest mało urozmaicona, jest w niej mało warzyw, za mało produktów zbożowych z pełnego przemiału, a zbyt dużo czerwonego mięsa, do tego dochodzi mała aktywność fizyczna, stres, to wszystko wpływa na nasz stan zdrowia.

My w naszych audycjach w Radiu Orthodoxya od wielu lat zachęcamy do aktywności fizycznej. Mówimy, też o roli odpowiedniej diety. Ale to nie jest też tak, że jeśli ja tydzień będę na diecie warzywnej, to od razu poczuję ulgę. Proces naszego zdrowienia lub chorowania jest rozłożony na lata. Czy możemy wyodrębnić jakieś szczególne składniki, jakieś markery, które inicjują uszkodzenie naczyń krwionośnych, które później skutkują zmianami miażdżycowymi?

Tutaj ważne znaczenie mają regularne badania laboratoryjne i to są stosunkowo proste badania biochemiczne, w których kontrolowany jest poziom cholesterolu. Jeśli poziom cholesterolu całkowitego czy cholesterolu LDL jest za wysoki, to powinno to w nas wzbudzić niepokój. Powinniśmy wtedy podjąć kroki, żeby ten poziom cholesterolu obniżyć. Dlaczego to jest tak ważne? Dlatego, że ten cholesterol zły, czyli cholesterol LDL, może prowadzić do uszkodzenia śródbłonna naczyniowego i do rozwoju miażdżycy. I skutkiem tego dosyć powolnego procesu, bo trwającego wiele lat, jest właśnie uszkodzenie tego śródbłonna i warstw wewnętrznych, które może prowadzić do wystąpienia miażdżycy, powstawania blaszek miażdżycowych. Efektem tego może być w skrajnych przypadkach zamknięcie naczyń krwionośnych i wystąpienie np. zawału serca czy udaru mózgu.

Czy jeśli okaże się, że ten cholesterol mamy za wysoki, są jakieś zalecenia dietetyczne, które pozwolą nam sobie pomóc w sposób nefarmakologiczny? Bo zawsze możemy zjeść coś bardzo tłustego i wziąć leki na obniżenie cholesterolu, tylko że to chyba nie jest rozwiązaniem. Chyba raczej powinniśmy dążyć do tego, żeby nasza dieta była tak skonstruowana, abyśmy w sposób naturalny spróbowali najpierw obniżyć poziom cholesterolu.

Tak, rzeczywiście polecane są różne sposoby żywienia po to, żeby właśnie po pierwsze zapobiegać. Najważniejsza jest profilaktyka, czyli sposób żywienia poczynawszy od najmłodszych lat. A jeśli mówimy o profilaktyce wtórnej, bo oczywiście ci pacjenci, u których występują choroby układu krążenia też powinni zmienić swoją dietę czy swój styl życia, trzeba się temu po prostu skrupulatnie przyjrzeć. Może tu pomóc dietetyk. My kształcimy na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMB dietetyków i oni są przygotowani do tego, żeby ocenić jadłospis i styl życia osoby, która się do nich zgłasza i udzielić odpowiednich wskazówek.

Natomiast jeśli chodzi o takie zalecenia ogólne dla nas Polaków, ale też i populacji światowych, dieta, która jest w tej chwili najbardziej polecana, to jest dieta śródziemnomorska. Są też inne polecane systemy dietetyczne, jak np. dieta DASH, która została opracowana w latach 90-tych zeszłego wieku po to, żeby ustalić czynniki, które stoją za obniżeniem ciśnienia tętniczego i je obniżyć.

Jeśli chodzi o dietę śródziemnomorską, to tak naprawdę to jest sposób żywienia. To nie jest jakiś ustalony system dietetyczny, tylko to są zebrane wiadomości. Poczynawszy od lat siedemdziesiątych zeszłego wieku doktor Ancel Keys i jego żona Margaret, studiowali sposób żywienia ludzi, którzy mieszkali nad basen Morza Śródziemnego, np. w Grecji, południowych Włoszech i ich zapadalność na choroby układu krążenia była znacznie niższa w porównaniu z innymi populacjami europejskimi. Przyjrano się sposobowi żywienia, stylowi życia i stwierdzono kilka takich zasadniczych cech tego stylu życia. Okazało się, że to nie tylko dieta, ale również aktywność. To były osoby, które często zamieszkiwały tereny wiejskie, więc wykonywały prace rolnicze, miały dużo tej aktywności fizycznej, były zdrowsze i dłużej żyły. Dodatkowy wpływ miały też takie czynniki jak chociażby spożywanie posiłków razem, kontakty z rodziną. To wszystko bardzo istotnie wpływało na zmniejszenie zachorowalności. Ale lata mijają i okazuje się, że we Włoszech, w Grecji, w innych krajach gdzie ta dieta śródziemnomorska kiedyś była rzeczywiście stosowana, jako taki zwyczajowy sposób żywienia, teraz to się niestety zmienia na niekorzyść. Tak jak i u nas. Myśmy jako Polacy kiedyś jedli np. więcej kasz, czyli tych produktów pełnoziarnistych. Ten model żywienia niestety zmienia się na bardzo niekorzystny i widzimy, że zachorowań na choroby układu krążenia jest niestety dużo. Czasami właśnie dopiero zagrożenie chorobą sprawia, że pacjenci zmieniają swoje nastawienie do życia, swój styl życia. Teraz bardzo często jeździmy samochodami czy

komunikacją miejską i tego ruchu mamy tak naprawdę za mało. Ważne jest też zapobieganie stresowi.

Pani profesor, pierwsze co się kojarzy z Grecją to oliwki i oliwa z oliwek. Co jest prozdrowotnego w tym produkcie?

Oliwa z oliwek jest rzeczywiście takim sztanदारowym produktem diety śródziemnomorskiej. Wynikło to ze zwyczajowej uprawy oliwek na tych terenach, dieta kształtowała się na bazie tych produktów, które były dostępne. W oliwkach znajduje się tłuszcz, który ma korzystny wpływ na śródbłonek naczyniowy. W oliwie przede wszystkim znajdują się kwasy tłuszczowe jednonienasycone, które nie podlegają utlenianiu, tak jak to jest w przypadku innych tłuszczów nienasyconych. I okazuje się, że właśnie kwasy tłuszczowe jednonienasycone są w stanie obniżyć poziom tego niekorzystnego cholesterolu LDL. Również oliwa z oliwek tzw. dziewicza, nie oczyszczona, bo tam oprócz tych kwasów tłuszczowych jednonienasyconych znajdują się również polifenole, czyli związki o działaniu antyoksydacyjnym. W Zakładzie Biotechnologii Żywności UMB we współpracy z Instytutem Kardiologii w Warszawie zajmujemy się badaniami dotyczącymi antyoksydantów. I w oliwie z oliwek są te związki. One zapobiegają różnym zmianom, modyfikacjom związanym z utlenianiem, między innymi właśnie cholesterolu LDL. Powinniśmy też zwracać uwagę na rodzaj wybieranego tłuszczu, jeśli jest to oliwa rafinowana, czyli oczyszczona, możemy ją wykorzystywać w sposób uniwersalny, czyli do gotowania, do smażenia, do przygotowania sałatek. Natomiast jeśli jest to oliwa dziewicza, czyli taka, która nie jest rafinowana, to możemy tę oliwę wykorzystywać do przygotowania sałatek, ewentualnie do gotowania. Natomiast nie nadaje się ona do smażenia, dlatego że te związki, które tam są zawarte, m.in. polifenole, ulegają spaleniowi i ten tłuszcz dymi. Przekłada się to na gorszą jakość produktów smażonych na takim oleju.

My w Polsce mamy olej rzepakowy, południowe regiony – olej słonecznikowy. Czym te oleje różnią się od oliwy z oliwek, czy one mają jakieś pozytywne oddziaływanie na nasz organizm? Rzepak przepięknie kwitnie w okresie wiosennym, jest to radość dla oczu. Ale czy spożywanie oleju rzepakowego jest też radością dla naszego organizmu?

Z pewnością tak. My żyjemy w Polsce, więc korzystamy z tych źródeł oleju, które mamy i olej rzepakowy jest nazywany oliwą północy. Wprawdzie nie ma identycznego składu co oliwa, ale właśnie zawiera dużo tych kwasów tłuszczowych jednonienasyconych i też zawiera część kwasów tłuszczowych wielonienasyconych. Olej rzepakowy jako taki łatwo dostępny dla nas, możemy wykorzystywać jak najbardziej. Jest on polecany w różnego rodzaju dietach.

Natomiast jeśli chodzi o olej słonecznikowy, tam się znajdują kwasy tłuszczowe wielonienasycone. One w odpowiednich proporcjach też muszą się znaleźć w diecie. Ale z kolei kwasy tłuszczowe wielonienasycone łatwiej ulegają utlenianiu i ten proces utleniania może zachodzić w trakcie temperaturowych procesów obróbki żywności, szczególnie smażenia, wtedy mogą powstawać takie izomery, które są niekorzystne. Mówi się, że te izomery trans jeszcze bardziej inicjują powstawanie miażdżycy niż same kwasy tłuszczowe nasycone.

Dlatego należy zwracać uwagę na jakość oleju i na sposób jego wykorzystania. Nie smażymy na oleju słonecznikowym, ponieważ ta obróbka termiczna może nam zaszkodzić, mimo że może smakować. I nie powinniśmy też smażyć na takich olejach, jak np. olej lniany, który zawiera kwas alfa-linolenowy. Te kwasy są niezbędne dla naszego ustroju i obróbka termiczna może je zmieniać chemicznie i wtedy będą oddziaływać niekorzystnie. Najlepiej jeśli takich radykalnych metod termicznych jak smażenie nie będziemy tu stosować. Takie oleje raczej nadają się tylko jako dodatek do potraw.

Jak pamiętam z podróży po Grecji, elementem tamtejszej diety jest mięso, jak np. smaczne suvlaki. Jak to się ma do zasad diety śródziemnomorskiej?

Ogólne zalecenia diety śródziemnomorskiej mówią nam o tym, żeby nie jeść dużo czerwonego mięsa, czyli mięsa wieprzowego, wołowego, baraniego. Rzeczywiście, w diecie w Grecji często są potrawy z mięsem i one są rzeczywiście bardzo smaczne, ale zwróćmy uwagę też na to, że

tam w każdej potrawie znajduje się też dużo warzyw. Grecy nie jedzą aż tyle mięsa, natomiast to co jedzą, to przede wszystkim właśnie potrawy z dużym dodatkiem różnych warzyw, np. bakłażana, cebuli, papryki czy pomidorów. A jeśli mówimy o warzywach w diecie śródziemnomorskiej, to powiedzmy trochę więcej na temat pomidorów, które są podstawą tej diety. Pomidory jedzmy na surowo, dlatego, że one zawierają dużo witaminy C w postaci nieprzetworzonej. Natomiast w pomidorach znajduje się także taki związek o działaniu przeciwutleniającym, który należy do karotenoidów, o nazwie likopen. I okazuje się, że obróbka cieplna powoduje, że ten likopen jest łatwiej przyswajalny, łatwiej wchłania się i wywiera to działanie przeciwutleniające w organizmie człowieka. W swojej diecie Grecy poza mięsem i warzywami wykorzystują też wspomnianą oliwę z oliwek, ale też np. różne nasiona, również nasiona roślin strączkowych, których w polskiej diecie niestety mało jemy. A przecież były one bardziej powszechne dawniej. Ta dieta Polaków w bardzo niekorzystnym kierunku się zmieniła, jemy po prostu coraz mniej warzyw i owoców i niejednokrotnie nie spełniamy tych norm spożycia. Mało w diecie jest tych nasion roślin strączkowych, a to między innymi białko roślinne, cenne składniki mineralne, witaminy z grupy B, błonnik pokarmowy. I ten błonnik pokarmowy odgrywa istotną rolę, zapobiegając przyczynom wielu chorób, nie tylko układu krążenia, ale też chorób nowotworowych. Dostarczycielami tego błonnika pokarmowego są takie pokarmy jak produkty zbożowe z pełnego przemiału, warzywa, owoce, nasiona roślin strączkowych, orzechy. Na te produkty żywnościowe musimy zwracać baczną uwagę.

Powinniśmy też, jeśli jemy za dużo, ograniczyć nieco spożycie mięsa. Mięso czerwone zastąpić mięsem drobiowym czy rybami. Oczywiście ja zdaję sobie sprawę z tego, że ceny w Polsce są galopujące i ceny żywności i ryb oczywiście też poszły w górę, ale na przykład na terenie Białostocczyzny często spożywa się np. śledzie. To tańsze gatunki ryb, ale zawierają dużo kwasów tłuszczowych nienasyconych z rodziny Omega 3, które są niezbędne w profilaktyce chorób układu krążenia. Również mięso z makreli zawiera kwasy Omega 3. Więc niekoniecznie musimy kupować te drogie ryby i starajmy się w miarę możliwości finansowych również włączać te produkty żywnościowe do naszej diety. To wpływa na zdrowie fizyczne, ale i odpowiednią kondycję psychiczną, bo oleje rybne działają pozytywnie na funkcjonowanie naszego układu nerwowego. Niestety Polacy ryb jedzą mało, kilkakrotnie mniej niż inne populacje europejskie, np. Portugalczycy czy Norwegowie.

Wspomniała pani o makreli, a w naszych sklepach to głównie ryba wędzona, a taka obróbka ma sporo negatywnych opinii. Jak to pogodzić?

Myślę, że w celu takiego zróżnicowania, urozmaicenia diety, wędzona makrela od czasu do czasu nikomu nie zaszkodzi. Może nie codziennie, bo jednak ten sposób przetwarzania powoduje, że z jednej strony produkt ulega wysyceniu różnymi związkami, które go konserwują, ale z drugiej strony też te związki w nadmiernych ilościach są dla nas niekorzystne. Natomiast rzeczywiście ryba jest smaczna i warto ją polecić. Ale też czasem makrelę można dostać i nie wędzoną i wtedy można ją samodzielnie przetwarzać. Natomiast śledzie są już takimi rybami, które w różny sposób można przetwarzać, są bogatym źródłem kwasów Omega 3 i należy je polecić.

W diecie śródziemnomorskiej nieodzownym elementem posiłków jest też wino, a po posiłku – raki. Jak ten dodatek w tej diecie się odnajduje?

Rzeczywiście mieszkańcy basenu Morza Śródziemnego często spożywali wino, ale w umiarkowanych bardzo ilościach. Na ogół wino czerwone, które zawiera dużo związków o działaniu antyoksydacyjnym o nazwie polifenole, a wśród tych polifenoli szczególnie flawonoidy. Niemniej jednak ostatnie dane epidemiologiczne mówią, że praktycznie każda dawka alkoholu może się przekładać na wystąpienie nowotworów, nie należy więc go aż tak reklamować. Dlatego być może dobrym rozwiązaniem byłoby spożywanie różnych soków, które zawierają te same związki, które zawiera czerwone wino, czyli polifenole. Chodzi tu o soki z winogron, ale też z innych owoców ciemnozabarwionych, np. z czarnej porzeczki, która w Polsce jest niedoceniana.

Te polifenole są to związki, które może w dosyć niskim stopniu wchłaniają się z przewodu pokarmowego jako takie związki pochodzące stricte z żywności, ale mikrobiota, która zasiedla przewód pokarmowy, powoduje transformację cząsteczek polifenoli i one są łatwiej wchłaniane i większa ich ilość występuje w krwiobiegu. Polifenole są takimi związkami, które z punktu widzenia budowy chemicznej w łatwy sposób mogą inaktywować wolne rodniki, czy też inne reaktywne formy tlenu, które produkowane są w naszym ustroju i których nadmiar może powodować uszkodzenia, modyfikację cholesterolu LDL i przyspieszać procesy miażdżycowe. Różnego rodzaju antyoksydanty mogą równoważyć ilość tych wolnych rodników, które powstają w naszym ustroju.

Natomiast związki o charakterze antyoksydacyjnym możemy dostarczać z dietą, na przykład właśnie w owocach, które zawierają dużo polifenoli. I powinniśmy wspomagać tę ochronę antyoksydacyjną poprzez dostarczanie związków egzogennych, które dostarczane są z dietą, a nie z suplementami diety, czyli powinniśmy zadbać o poprawę naszego sposobu odżywiania.

W naszej rozmowie padło sformułowanie dieta DASH. Co to za dieta, bo dotychczas nie spotkałem się z tym określeniem?

Ta dieta została opracowana przez pięć ośrodków naukowych w Stanach Zjednoczonych w latach 1993- 97. I obrazuje ona podejście naukowe do problemu zapobiegania i leczenia m.in. chorób układu krążenia, a jak się później okazało może też np. zapobiegać kamicy nerkowej.

Dieta DASH opiera się w większości na tych produktach, które występują też w diecie śródziemnomorskiej. Zaleca się w niej przede wszystkim spożycie dużych ilości warzyw, owoców, produktów pełnoziarnistych. Ale o ile w diecie śródziemnomorskiej mamy produkty mleczne, przede wszystkim fermentowane sery, to w przypadku diety DASH te produkty mleczne są, ale o obniżonej zawartości tłuszczu, bo wiemy, że tłuszcze zwierzęce to są tłuszcze nasycone, które mogą niekorzystnie wpływać na rozwój miażdżycy. Dieta DASH została tak skonstruowana, żeby dostarczać tych składników, które są dla nas niezbędne i które mają istotne znaczenie w profilaktyce i profilaktyce wtórnej chorób układu krążenia, mają obniżać ciśnienie tętnicze. Dieta DASH jest bogata w wapń, co ma istotne znaczenie w przypadku profilaktyki chorób układu krążenia, ale też w magnez i potas – to pierwiastki, które mają istotne znaczenie w obniżeniu ciśnienia tętniczego. W tej diecie podstawą jest też zredukowanie spożycia soli kuchennej. W Polsce i wielu krajach europejskich i na świecie, tej soli jemy za dużo w stosunku do zaleceń. W diecie DASH zaleca się, żeby tej soli było w pokarmach jak najmniej, nie więcej niż mała łyżeczka dziennie (można zamiast soli używać różnych przypraw).

Okazuje się, że dieta DASH obniża ciśnienie tętnicze skurczowe średnio o 11 mm Hg. Jest jeszcze dieta DASH Sodium, w której badacze amerykańscy skupili się na tym, żeby jeszcze dalej obniżyć to ciśnienie tętnicze i jeszcze bardziej ograniczyć spożycie soli. Tu zredukowano ten poziom sodu do 2/3 łyżeczki soli dziennie.

W diecie DASH zwrócono też uwagę na spożycie alkoholu, który powoduje wzrost ciśnienia tętniczego, więc w tej diecie jest niewskazany i zaleca się jego odstawienie lub ograniczenie spożycia.

Generalnie dieta DASH jest taką modelową dietą, podobnie jak ten śródziemnomorski model odżywiania.

Są też takie diety, które potrafią cofnąć objawy miażdżycy, jak dieta Ornisha. Jest to dieta bardziej restrykcyjna i nie każdy mógłby ją zastosować. Jest w niej dużo błonnika pokarmowego, produktów roślinnych. Ale to pokazuje, że nawet samą dietą jesteśmy w stanie wpływać na stan naszego ustroju pod względem zapobiegania chorobom układu krążenia.

W naszej rozmowie stale przewijają się warzywa, ich rola w diecie. Ale w naszej strefie klimatycznej na te warzywa takie naturalne to jest krótki sezon wiosenno-letni i wczesna jesień, później jesteśmy skazani na produkty szklarniowe z dużą ilością chemii, nawozów. Może powinniśmy sięgać po znane od dawna kiszonki?

Ależ oczywiście jak najbardziej, te techniki były od bardzo dawna stosowane przez ludzkość, kiszenie jak najbardziej jest polecane, a szczególnie kiszenie kapusty. W polskiej kuchni są też ogórki kiszane, ale pamiętajmy, że tam podczas kiszenia dodaje się też dużo soli. Natomiast w przypadku kapusty kiszonej ten proces kiszenia powoduje, że zachowaniu ulegają różne cenne składniki. Warzywa kapustne (poza kapustą to np. brukselka czy brokuły) są dobrym źródłem witaminy C, więc warto je spożywać chociażby z tego względu, ale też ze względu na różne inne substancje, takie jak polifenole czy związki siarki, które też wspomagają tę ochronę przeciwutleniającą organizmu. Proces kiszenia zachowuje witaminy i w sezonie zimowym jak najbardziej możemy korzystać z kiszonych produktów, zwłaszcza jeśli były uprawiane naturalnie, bez chemicznych dodatków.

Natomiast też proszę zwrócić uwagę na to, że znajdujące się na naszym rynku poza sezonem warzywa niekoniecznie muszą być produktami szklarniowymi, znajdziemy też np. świeże pomidory dostarczane z tych stref, gdzie jest słońce i ta uprawa może trwać przez cały rok.

Czyli warzywa powinny na stałe zagościć w naszych domach. A skoro mówiliśmy o naturalnych uprawach, to chyba najlepiej hodować warzywa na własnej działce, bo nie dość tego, że mamy wtedy satysfakcję, że mamy własne zdrowe produkty, ale zapewniamy też sobie aktywność ruchową. Także zachęcamy do tego naszych słuchaczy.

Ja myślę, że to jest świetne połączenie: praca na działce i uprawa własnych warzyw czy owoców. Tylko pamiętajmy o tym, żeby w odpowiedni sposób też je nawozić. Nawozy naturalne też nie zawsze przekładają się na zdrowotność tych produktów. Musimy odpowiednio te nawozy naturalne przekompostować, żeby nie przesadzić później z ilością azotanów i azotynów w takim produkcie żywnościowym.



24. Odcinek specjalny



prof. Jan Kochanowicz

W ostatnim odcinku z cyklu „Pytanie do specjalisty”, rozmawialiśmy z gospodarzem tego programu prof. Janem Kochanowiczem – dyrektorem USK w Białymstoku

Pan profesor od wielu lat prowadzi na naszej antenie audycję „Pytanie do specjalisty”. Od czego to wszystko się zaczęło i czy pamięta pan swoją pierwszą audycję w Radiu Orthodoxia? Pamiętam pierwszą audycję, byłem wtedy równie zestresowany jak osoba udzielająca wywiadu. Był to dr Anatol Aksiucik, rozmawialiśmy o kardiologii. To było niesamowite przeżycie, pewne elementy z tego spotkania mimo upływu kilkunastu lat, nadal są żywe. A te lata audycji na pewno dały jakieś doświadczenie, trochę rutyny, obycia z sytuacją, mikrofonem. To co jest mobilizujące, to słuchacze, którzy w spotkaniach prywatnych nieraz mówią: „a ten głos to ja skądś znam”. To charakterystyczne dla radia, że słuchacze kojarzą nas z głosem, a nie z wizji i treści, które przekazujemy są istotniejsze niż to, jak wyglądamy.

A skąd wziął się pomysł audycji?

W medycynie liczy się nie tylko leczenie, diagnostyka, wypisywanie tabletek czy operacje, ale też profilaktyka i informacja. Dla każdego z nas, nawet lekarza, kontakt z ochroną zdrowia, gdy coś nam dokucza, mamy jakieś problemy zdrowotne, to jest sytuacja stresowa. Mówienie o tym, przedstawianie objawów, dolegliwości, na które warto zwrócić uwagę, o tym, co nas czeka, jak pójdziemy do specjalisty, jakie mogą być zlecane badania dodatkowe, jak się do nich przygotować, myślę, że uspokaja pacjenta i niweluje taki lęk przed ochroną zdrowia. Bo w społeczeństwie pokutuje takie przekonanie, że ktoś „zaczął się badać i coś wybałał” i zaczęły się wtedy problemy. Tymczasem w wielu chorobach, zwłaszcza nowotworowych, wczesne wykrycie oznacza wyleczenie lub ograniczenie powikłań choroby. Dlatego tak ważne jest niebagatelizowanie zaproszeń na badania profilaktyczne czy okresowe. To wszystko złożyło się

na to, że po rozmowie ojcem Janem Kojłó, ówczesnym dyrektorem Radia Orthodoxia, które już funkcjonowało od kilku lat i Darkiem Sulimą, stwierdziliśmy, że może warto spróbować z takim przekazem w radiu, że może będzie zainteresowanie. Pamiętam, że pierwsza audycja była na 10-lecie radia. Wtedy włączyła się w to też Gazeta Współczesna, na jej łamach ukazywały się artykuły będące relacją z tych audycji. Z tym wiązały się ciekawe sytuacje, bo Gazeta Współczesna miała wtedy trochę większy zasięg niż nasze radio (wtedy obejmujące tylko Białystok i okolice), ta forma internetowa dopiero raczkowała i zdarzało się, że dzwonili czytelnicy i pytali gdzie te audycje można posłuchać. To nas mobilizowało do dalszego działania. Ile tych audycji dotąd w sumie jest nagranych, nawet nie wiem, trzeba by tu sięgnąć do archiwum radia i to policzyć.

Powiem, że tylko w przeciągu ostatnich 4 lat współpracy, ok. 100 audycji nagraliśmy. Ale jeszcze chciałbym sięgnąć do początków. Wtedy audycje były często prowadzone na żywo, słuchacze dzwonili, zadawali pytania. Jak pan profesor to wspomina?

Na pewno było to przeżycie, bo podczas audycji na żywo nie można czegoś powtórzyć, nagrać ponownie. Wszystko dzieje się w czasie rzeczywistym, dzwonią słuchacze, zadają pytania, nie zawsze proste. Dużo telefonów było też poza anteną, do czego i teraz zachęcamy, aby dawać nam zadania. Jak słuchacze są jakimś tematem zainteresowani, będziemy zapraszać specjalistę z danej dziedziny.

Dla słuchaczy dzwoniących też to duże przeżycie. Ale proszę się nie bać, kontaktować z radiem, to radio jest dla was, aby te różne wątpliwości rozwikłać.

Dla mnie to też bardzo duża nauka, ja wbrew pozorom dużo się uczę podczas takich audycji. Studia skończyłem już trochę lat temu, ta wiedza podstawowa, wyniesiona z poszczególnych lat kształcenia, klinik, stażu podyplomowego, ona umyka. Spotykając się z kolegami – specjalistami z różnych dziedzin, z ciekawością słucham też dla siebie, czasem jestem zaskakiwany. To co działo się w medycynie 30 lat temu, a to co jest teraz, to jest już inny świat. Są zupełnie inne możliwości terapeutyczne, diagnostyczne.

Chciałem o to zapytać, czy te audycje wyemitowane 10 lat temu byłyby dziś aktualne? Czy można porównać tę medycynę sprzed lat do obecnej?

W medycynie sytuacja jest bardzo dynamiczna. My ten postęp widzimy w każdej dziedzinie, w obrazowaniu, w radiologii. 30 lat temu nie było rezonansu magnetycznego, teraz powszechnego badania, bez którego nie wyobrażamy sobie chociażby diagnostyki układu nerwowego. Tomografia komputerowa dopiero raczkowała, pojawiały się pierwsze aparaty. Bardziej precyzyjna diagnostyka skutkowała tym, że pojawiło się zapotrzebowanie na coraz doskonalsze metody leczenia. Leczenie zabiegowe z operacji klasycznych przeszło do laparoskopowych, endoskopowych. Beneficjentami są nasi pacjenci, dla których kilka małych nacięć na brzuchu w porównaniu do dużej rany brzucha, to nieporównywalny komfort. Pacjent może na drugi dzień po zabiegu iść do domu i zapomnieć o dolegliwościach.

Pojawiły się nowe leki, także w chorobach, które kiedyś nie miały żadnego leczenia, mam na myśli stwardnienie rozsiane. Tu leki w latach 90-tych dopiero próbowały się pojawiać, teraz mamy kilkanaście leków skutecznych w terapii. Ostatnio gościliśmy prof. Irinę Kowalską, z którą rozmawialiśmy np. o niesamowitym postępie w leczeniu cukrzycy. Jeśli chodzi o dawkowanie insuliny pojawiły się inteligentne pompy insulinowe, analizujące nie tylko poziom cukru, ale i styl życia pacjenta, które planują kiedy jaką dawkę insuliny podać. Wkracza tu już w terapię sztuczna inteligencja. To ogromna różnica w porównaniu do podawania zastrzyków insuliny i klucia palca kilka razy dziennie.

A jak to jest z gośćmi programu? Czy chętnie przychodzą, w jaki sposób musi pan profesor ich zachęcać, aby wzięli udział w audycji? To najczęściej profesorowie, kierownicy klinik, specjaliści najwyższej klasy.

Generalnie nie ma z tym problemu, ale zdarza się, że nie każdy uważa, że ma predyspozycje, by wziąć udział w nagraniu. Czasem ktoś ma obawy, a potem okazuje się, że przełamuje się, zaczynamy rozmawiać i przekazujemy informacje w sposób praktyczny, bez fachowych

sformułowań. Takie proste przekazanie informacji, nawet trudnych, jest dużo bardziej zrozumiałe.

Nawet jeden z profesorów stwierdził, że wśród kolegów krąży pytanie, kiedy zostaną zaproszeni do Radia Ortohodoxia, bo to kwintesencja kariery zawodowej i naukowej.

Niektórzy goście okazywali się nie tylko specjalistami medycyny, jak prof. Robert Mróz, który jest też piosenkarzem.

Tak, pan profesor Mróz to na co dzień kierownik II Kliniki Chorób Płuc UMB, zajmuje się trudnymi pacjentami z chorobami płuc, niewydolnością oddechową, a nade wszystko nowotworami płuc i gruźlicą.

A pan profesor ma jakieś hobby?

Poza działalnością medyczną lubię spacerować, jeździć rowerem, a od czasu do czasu wybieram się na dłuższe wędrówki, tydzień- dwa, na taki trekking górski. Mamy sporo pięknych tras w Polsce, ale też w Europie. Niektóre udało się już pokonać. To przepiękne wspomnienia, a jednocześnie dar dla organizmu. W czasie wędrówek pieszych i rowerowych zwracam ten dług, który zaciągam, siedząc godzinami za biurkiem bez aktywności ruchowej.

W naszych audycjach często mówimy tym, aby wstać, pójść na spacer. Pan profesor też często mówi o tym psie, którego warto mieć.

To była też jedna z naszych ciekawych audycji z prof. Włodzimierzem Musiałem, ówczesnym kierownikiem Kliniki Kardiologii. Rozmawialiśmy o chorobie niedokrwiennej serca. Pan profesor mówił wtedy, że leki tak, ale najlepiej jeszcze pies na receptę. W chorobach krążenia, zwyrodnieniowych, ruch jest najlepszym lekarstwem, które nic nie kosztuje, poprawia nasze krążenie, poprawia nastrój. Ale wymaga systematyczności. Tu pies przychodzi z pomocą, bo wymaga spacerów, niezależnie od tego, czy mamy dzień pogodny czy deszczowy, zimę, czy lato, święto czy dzień roboczy. Musimy z nim wyjść, a to przepiękna dawka ruchu, pozwalająca na profilaktykę różnych schorzeń.

A czy od zawsze chciał pan zostać lekarzem?

Nie pamiętam. Pewnie w dzieciństwie miałem różne marzenia. Moje edukacyjne koleje losu były trochę zawite. Zanim trafiłem na medycynę, ukończyłem Technikum Rolnicze w Dojlidach. Wszystko wskazywało na to, że zostanę rolnikiem, bo pochodzę ze wsi, mieliśmy gospodarstwo rolne. Ale po zdaniu matury wybrałem studia medyczne i tak rozpoczęła się moja przygoda z medycyną.

Miał pan profesor swój ulubiony przedmiot w szkole?

Raczej to były nauki ścisłe, matematyka, fizyka, one mnie przekonywały, różne kalkulacje, wyliczenia, wzory. Też chemia. Język polski nie był moim najbardziej ulubionym przedmiotem. Podejrzewam, że mam jakąś formę dysgrafii czy dysleksji. Dopiero komputer i edytor tekstu poprawiający błędy poprawił moje spojrzenie na ortografię. Aczkolwiek maturę z polskiego zdałem.

A specjalizacja z neurologii, to był celowy wybór czy zbieg okoliczności?

Trochę zbieg okoliczności. Swego czasu prof. Michał Pryszmont, ówczesny kierownik Kliniki Neurologii do mnie zadzwonił z taką propozycją, że jest etat, czy nie chciałbym przyjść do pracy. Znaliśmy się prywatnie, ja dopiero ukończyłem medycynę, jeszcze nie wiedziałem do końca co chcę robić, byłem już po stażu w szpitalu wojewódzkim. Pracę w klinice neurologii zacząłem w 1995 roku, był to etat po odejściu na emeryturę prof. Eleonory Jankowicz, wcześniejszej wieloletniej kierowniczki kliniki. Myślę, że ta propozycja padła wtedy także z powodu mocnej feminizacji neurologii. Oprócz prof. Pryszmonta, w klinice był jeszcze tylko doc. Drozdowski, poza nimi była sama żeńska ekipa, bardzo zgrana zresztą. Teraz jest inaczej, mamy sporo młodych kolegów, adeptów neurologii, którzy się kształcą, mamy też kilku specjalistów. To już nie jest tak sfeminizowana dyscyplina. Jest też inna atmosfera pracy.

Powiedzieliśmy, że medycyna ewoluowała w ostatnich 30 latach. A jak to wygląda w przypadku lekarza, który kończy studia, robi specjalizację. Czy musi się potem jakoś doksztalać?

Medycyna to przygoda na całe życie. Nie można na chwilę zaniedbać siebie. To 6 lat studiów, które wymagają przyswojenia wiedzy teoretycznej i praktycznych umiejętności, potem mamy 13-miesięczny staż, gdzie adept przechodzi przez wszystkie dziedziny medycyny i podejmuje decyzję w jakim kierunku chce się specjalizować. Kiedyś specjalizacja uwarunkowana była możliwością zatrudnienia, teraz obowiązuje tryb rezydencki i pozarezydencki. W trybie rezydenckim dwa razy w roku odbywa się nabór i w zależności od tego, ile lekarz otrzyma punktów na lekarskim egzaminie końcowym, może startować do konkursu na poszczególne dyscypliny rezydenckie. Nie zawsze udaje się dostać do wybranej jednostki kształcącej czy na wybraną dyscyplinę, wtedy można próbować w innym miejscu lub w innej dziedzinie, albo próbować swych sił w kolejnym konkursie.

Z czego wynika to, że niektóre specjalizacje cieszą się większym zainteresowaniem?

Myślę, że decydują o tym trochę warunki późniejszej pracy. Dużą popularnością cieszy się np. medycyna rodzinna, gdzie nie trzeba dyżurować, pracuje się w trybie trochę urzędniczym, w godz. 8-18, tylko w dni robocze, z przerwą na wizyty domowe. To unormowana praca, nieporównywalna do dyscyplin zabiegowych czy medycyny ratunkowej, gdzie dyżury są 24-godzinne, lekarz musi być w gotowości cały czas. Pacjenci w bardzo ciężkim stanie, po wypadkach, udarach, zawałach, trafiają na SOR o każdej porze dnia i nocy. I czeka na nich zespół specjalistów. To inny rodzaj pracy, wymagający dużej odporności, umiejętności radzenia sobie z sytuacjami stresowymi.

A czy zdaniem pana profesora pacjenci na przestrzeni lat się zmienili? Mamy teraz rozwinięty internet, wiele osób zanim przyjdzie do lekarza, najpierw używa próbuje sobie coś „wygooglować”.

Są różne grupy pacjentów. Jest grupa, która przychodzi do lekarza z takim gotowym rozpoznaniem i są zdeterminowani, aby to rozpoznanie utrzymać. Trzeba nieraz długich rozmów, aby ich przekonać, że ich podejrzenia, na podstawie kilku objawów, nie potwierdzonych badaniem lekarskim, bez badań dodatkowych, mają niewiele wspólnego z rzeczywistością. A pacjent argumentuje, że jak wpisuje określone objawy w internecie, to mu wyskakuje właśnie taka diagnoza.

Ale internet nie zastąpi chyba nam lekarza?

Ten kontakt z lekarzem jest niezastąpiony. W internecie mamy tylko suche fakty, wpisujemy tylko objawy, niezależnie od ich gradacji. Dla nas może się wydawać, że ból jest objawem determinującym, najgorszym co może nas spotkać. A on jest często przypadkowym objawem towarzyszącym schorzeniu. Sedno dolegliwości tkwi w innym miejscu. Natomiast lekarz ocenia, przeprowadzając wywiad z pacjentem, używając podstawowych narzędzi np. słuchawek czy w przypadku neurologa młotka neurologicznego, jak organizm zachowuje się. Zleca badania dodatkowe, aby potwierdzić lub wykluczyć diagnozę. Dopiero jak ma rozpoznanie, zastanawia się nad leczeniem. Tego nawet najbardziej wymyślna sztuczna inteligencja nam nie zaproponuje. Owszem, internet jest ułatwieniem, np. przy prostym wypisywaniu recept, podpowiada nazwę leku, jaka jest refundacja, jakie są dawki leku. Komputery pomagają nam w diagnostyce – to analiza obrazów, rezonansu, tomografii. Taka pomoc daje nam szansę, aby pacjent był lepiej zaopatrzony.

Także żadna teleporada, czyli to, co nam zostało po pandemii, nie zastąpi kontaktu z lekarzem. W krótkich sytuacjach korygowania leczenia, przedłużenia terapii kontakt bezpośredni nie zawsze jest potrzebny, ale w diagnostyce pacjenta, kontakt z lekarzem jest nieodzowny. To zresztą w kształceniu na UMB podkreślamy, duży nacisk kładziemy na zajęcia praktyczne, tak aby student miał kontakt z rzeczywistym pacjentem. Bo suche fakty opisane w podręcznikach nie zawsze mają odzwierciedlenie w rzeczywistości. Rzadko pacjent trafiający do szpitala ma usystematyzowane objawy, najczęściej nie przeczytał wcześniej podręcznika medycyny i lekarz musi w praktyce zobaczyć, jak to wygląda. Dlatego ważna jest nauka praktyczna zawodu. Nasza

uczelnia stale zabiega o rozszerzenie bazy dydaktycznej o kolejne kliniki. Dużym wyzwaniem jest obecnie onkologia, uczulenie młodych lekarzy na problemy onkologiczne. Onkologia jest obecnie rzeczą dominującą w chorobach, oprócz tych związanych z szeroko pojętą miażdżycą, gdy kilkadziesiąt największy problem stanowią choroby infekcyjne.

A czy są szczególne rzeczy, które robią pacjenci, a które drażnią lekarzy? My już trochę o tym powiedzieliśmy, że czasem przychodzi pacjent i wszystko wie, tylko chce jakąś receptę czy zabieg. Ale może jeszcze na coś warto uczulić pacjentów?

Ja u swoich pacjentów nie widzę takich sytuacji. Dla mnie najważniejsze jest, że pacjent chce uzyskać poradę, szuka dla siebie pomocy. Może jedynie czasem trochę przeszkadza brak zaufania ze strony pacjenta, próba podważania diagnozy, choć jest to naturalne z drugiej strony, każdy jest niepewny w sytuacji choroby. Także nie widzę zachowań, które byłyby nieakceptowalne dla lekarza. Każdy z nas inaczej reaguje, musimy się do tego dostosować.

Od 2020 jest pan dyrektorem Uniwersyteckiego Szpitala klinicznego w Białymstoku, największego szpitala w woj. podlaskim. Jak z tego punktu widzenia pan sądzi – co mogłoby polepszyć system służby zdrowia w Polsce.

To chyba pytanie nie do dyrektora szpitala, ale raczej do ministra zdrowia. Natomiast ja myślę, że w głównej mierze, to różnego rodzaju limity, ograniczenia w świadczeniach zdrowotnych. Tego się nie da zaplanować, że będziemy tak i tak chorować, że tylu i tylu pacjentów trafi do szpitala. Mamy już wiele schorzeń w opłatach pozalimitowych, ale te opłaty nigdy za rzeczywistą pracę szpitala nie nadążają. Choć na szczęście to się zmienia. Np. kiedyś było tak, że limitowane były porody, ponadlimitowe wymagały dodatkowych uzgodnień. Teraz na szczęście każdy poród jest już opłacony przez NFZ.

Trochę kulejącą częścią jest też opieka ambulatoryjna, widzimy to po ilości pacjentów, którzy trafiają na SOR. To głównie pacjenci, którzy powinni być przyjęci w poradniach lekarzy rodzinnych czy poradniach specjalistycznych. Przyjmujemy ich, ale to wymaga zmian organizacyjnych, bo SOR-y są do ratowania życia i zdrowia, a nie załatwiania codziennych bolączek, wynikających z niewydolności ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

A jakie wyzwania stoją jeszcze przed medycyną? Jak może wyglądać za kolejne 30 lat?

Nie wiem, to jest pytanie dla następnego pokolenia. Myślę, że na pewno dalej postępować będzie komputeryzacja, cyfryzacja, badania diagnostyczne przeniosą się na poziom genów, poziom komórkowy. Widzę dużą szansę w diagnostyce genetycznej chociażby w chorobach nowotworowych. Teraz mamy rozpoznanie, na podstawie badania histopatologicznego stwierdzamy chorobę nowotworową, standard leczenia obejmuje podanie chemioterapii, radioterapii, czasem zabiegu operacyjnego. Ale wiemy, że każdy z nas jest inny, każdy inaczej reaguje na różne leki, widzę dużą szansę w personalizacji leczenia. Określenie jaki mamy garnitur genów, na ten podstawie dobierać leki, aby uniknąć działań niepożądanych. Może się okazać, że np. lek o słabszym działaniu może dla kogoś okazać się korzystniejszy i pozbawiony skutków ubocznych. Uważam, że leczyć trzeba pacjenta, a nie chorobę. To jak z garniturem, inaczej leży ten kupiony w sklepie, a inaczej ten uszyty na miarę.

W 2023 roku cykl „Pytanie do specjalisty” miał 24 audycje, dzięki panu profesorowi udało się je przygotować. Bardzo dziękujemy. Czy możemy liczyć na kolejne spotkania w nowym roku? Czy może są już pomysły na nowe audycje?

To ja dziękuję, że mogę w radiu prowadzić te audycje, że możemy naszym słuchaczom przekazać te wiadomości. W tym roku ciekawe także dla mnie były audycje ze specjalistami z NFZ, bo one nam pokazały w sposób praktyczny jak to jest. Wszyscy narzekamy na tą organizację zdrowia, a często to wynika z niewiedzy. Zespół specjalistów z NFZ pokazał nam, jak w tych meandrach nieraz biurokratycznych jako pacjenci mamy się poruszać. Natomiast jakie będą kolejne audycje – jeśli ojciec Mateusz pozwoli, niech słuchacze zadecydują, jakie mają potrzeby, o czym chcieliby posłuchać, czekamy na zadania i będziemy je realizować.





**RADIO
ORTHODOXIA**

Radio Prawosławnej Diecezji Białostocko-Gdańskiej

• Białystok 102.7 FM • Sokółka 91.3 FM • Bielsk Podlaski 98.7 FM • Siemiatycze 92.5 FM • Gródek 97,2 FM

Cykl audycji radiowych z zakresu edukacji i promocji
zdrowia pod nazwą

"Pytanie do specjalisty IV edycja"

Zadanie dofinansowane ze środków Urzędu
Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego na
realizację w 2023 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.



**Fundusze
Europejskie**
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

