



**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" V 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 2024 r. zadań publicznych w sferze ochrony i promocji zdrowia, w tym działalności leczniczej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.



e-biuletyn informacyjny



1. Pytanie do NFZ-co nowego w systemie



Agata Dyszkiewicz i Sebastian Łopatecki

Opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej oraz programy profilaktyczne, z których warto skorzystać były tematem ostatniej audycji z cyklu „Pytanie do specjalisty”. Gośćmi prof. Jana Kochanowicza byli Agata Dyszkiewicz, Zastępca Dyrektora ds. Świadczeniobiorców i Służb Mundurowych Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ i Sebastian Łopatecki, kierownik działu kontraktowania świadczeń POW NFZ

W ostatnim czasie pojawiło się pojęcie opieki koordynowanej. Co pod nim się kryje i jak do tego podejść? Jaka jest intencja, że Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadza coś takiego jak opiekę koordynowaną?

AD: Z pojęciem tym spotykamy się od ubiegłego roku. Ale opieka koordynowana została wprowadzona jako świadczenie gwarantowane już od października 2022. Przez cały ubiegły rok tak naprawdę myśmy to świadczenie wdrażali przy pomocy przychodni rodzinnych i szpitali, które mają taką formę opieki, dlatego że po ich stronie była ogromna praca do wykonania. Szpitale i przychodnie musiały pozyskać specjalistów do tej formy opieki, musiały nabyć sprzęt specjalistyczny i musiały zapewnić dostęp pacjentom do badań specjalistycznych.

Na czym ta forma opieki polega? Najkrócej mówiąc, jest to przeniesienie sporej ilości badań w przypadku najczęściej występujących schorzeń przewlekłych z poziomu specjalisty na poziom naszego lekarza rodzinnego. Dla pacjenta oznacza to, że już nie musi uzyskać skierowania od swojego lekarza POZ do lekarza specjalisty, potem od specjalisty na badania, nie musi wykonywać tej wędrówki po poradniach specjalistycznych, dowiadywać się o czas oczekiwania na wizytę czy diagnostykę.

A z naszego punktu widzenia jest to jakość świadczenia. Bo nie ukrywajmy, nasz lekarz rodzinny wie o naszym stanie zdrowia prawie wszystko. A my jako społeczeństwo bardzo lubimy zażywać wiele leków, wiele suplementów, czyli mamy tutaj do czynienia ze zjawiskiem polipragmazji, a przy tym nie często przyznajemy się przed różnymi lekarzami specjalistami jakie leki przyjmujemy. Dla pacjenta i dla lekarza to też oznacza bezpieczeństwo procesu leczniczego, bo zarówno lekarz, jak i pacjent na każdym etapie leczenia mogą skorzystać z konsultacji specjalistycznej, ale rozumianej jako bliski dostęp lekarza specjalisty, w odejściu od tradycyjnie rozumowanego skierowania, biegania po poradniach, dowiadywania się o czas oczekiwania.

Czy my jako społeczeństwo - mówię nie jako pracownik ochrony zdrowia, tylko jako pacjent - jesteśmy mentalnie do tego przygotowani? Przecież my się najlepiej znamy na polityce i na leczeniu i sami wiemy doskonale, gdzie mamy pójść, do którego specjalisty. Bardzo często jest tak, że idziemy do lekarza rodzinnego, nie po to, żeby zasięgnąć porady, ale po to, żeby uzyskać konkretne skierowanie, zlecenie na konkretne badanie.

AD: Każdy Polak jest lekarzem, każdy Polak jest piłkarzem. To są nasze dyscypliny narodowe. Ale taka forma opieki jest bardzo potrzebna. Jako pacjenci powinniśmy się przyzwyczaić, że medycyna to jest wiedza bardzo specjalistyczna i nie wystarczy sobie wpisać objawy w Google i na tej podstawie diagnozować. Nowa forma opieki jako opieka kompleksowa pozwala na to, żeby leczenie było prowadzone w sposób efektywny i bezpieczny. Dla płatnika, jakim jesteśmy też te wskaźniki jakościowe są bardzo istotne, a przede wszystkim chcemy przekazywać pieniądze tam, gdzie świadczenia są realizowane możliwie szeroko, możliwie kompleksowo i możliwie jak najbliżej domu pacjenta. Oczywiście to świadczenie było poprzedzone pilotażem. W trakcie ubiegłego roku mieliśmy bardzo wiele spotkań z lekarzami rodzinnymi. Część lekarzy bardzo szybko weszła w tę formę opieki koordynowanej, przyznając, że faktycznie sposób prowadzenia poradni w tej chwili się nieco zmienia, bo też trzeba zmienić swoje podejście do pacjenta. Już nie wystarczy tylko przyjmować pacjenta, wydawać mu skierowanie do specjalisty albo na badania. Trzeba pacjenta traktować holistycznie, całościowo. W ramach tej formy opieki mamy kompletnie nowe świadczenia, mamy dietetyka, mamy porady edukacyjne. I coraz więcej pacjentów z tego korzysta.

Jakich pacjentów dotyczy opieka koordynowana? Czy to muszą być osoby z konkretnymi schorzeniami?

Dotyczy to pacjentów z konkretnymi schorzeniami, pełnoletnich i niepełnoletnich. Jeszcze do końca czerwca ubiegłego roku korzystali tylko pacjenci powyżej osiemnastego roku życia. Od 1 lipca ubiegłego roku są to już także pacjenci pediatryczni. Mamy 5 ścieżek diagnostycznych, które też dzięki sugestii środowiska medycznego dotyczą tych najczęstszych przewlekłych, cywilizacyjnych schorzeń. To ścieżka kardiologiczna - leczymy tu nadciśnienie tętnicze, przewlekłą niedokrwienną chorobę serca, migotanie przedsionków. Ścieżka druga to diabetologia, czyli stany przedcukrzycowe, cukrzyca. Ścieżka trzecia to pulmonologia - astma i POChP, czyli przewlekła obturacyjna choroba płuc. Jest też ścieżka endokrynologiczna - tarczycowa i ścieżka nefrologiczna - najnowsza, która dotyczy przewlekłych schorzeń nerek. Czyli bardzo szeroki zakres schorzeń, które mogą być leczone na poziomie naszego lekarza rodzinnego, przy współpracy z lekarzem specjalistą. Ale przy współpracy, a nie z odesłaniem pacjenta do lekarza specjalisty, gdzie pacjent „znika”, przez kilka lat jest leczony u specjalisty i lekarz domowy nie wie co się z nim dzieje.

A czy każdy lekarz rodzinny ma w ofercie taką opiekę? Czy to są wyselekcjonowani lekarze? Jak będąc pacjentem mam tam trafić, zorganizować sobie skoordynowaną opiekę?

AD: Najlepiej, kiedy lekarz, u którego złożyliśmy deklarację, ma podpisaną umowę o opiekę koordynowaną. To jest aneks do kontraktu, nie jest to nowa umowa. W tej chwili w woj. podlaskim mamy 103 podpisane umowy i cały czas wpływają kolejne wnioski. Bardzo nas cieszy to, że przychodnie zgłaszają nowe wnioski, ale zgłaszają także poszerzenie ścieżek diagnostycznych. Bo rozpoczynaliśmy od aneksów na jedną ścieżkę diagnostyczną, na dwie ścieżki. Obecnie ponad 1/4 umów jest na 4-5 ścieżek diagnostycznych, czyli maksimum tego, co pacjentowi w ramach tej formy opieki można proponować. Jak spojrzymy na populację naszego województwa, 46% populacji jest już pod opieką koordynowaną, czyli to są pacjenci tych poradni, które przystąpiły do takiej formy opieki. I to jest bardzo budujące, bo średnia ogólnopolska jest nieco niższa.

A czy lekarz rodzinny wcześniej takimi pacjentami się nie zajmował? Czy trzeba było wprowadzenia opieki skoordynowanej?

Lekarze POZ nie mieli prawa wykonywania części badań diagnostycznych, jakie były wykonywane u specjalisty. Czyli jeżeli lekarz rodzinny podejrzewał u pacjenta np. chorobę serca, a nawet był przekonany, że takie schorzenie faktycznie występuje, tylko było potrzebne jedno badanie echo serca, żeby dać odpowiedź, wtedy musiał wysłać pacjenta do specjalisty. Specjalista musiał z kolei uznać za wskazane medycznie, żeby tego pacjenta wysłać na echo serca. Pacjent czekał na przyjęcie do specjalisty, potem na wykonanie echa serca. Bo nie oszukujmy się, to nie były badania, które były wykonywane jednocześnie przy przyjęciu do poradni specjalistycznej przez lekarza specjalistę. W tej chwili, jeżeli lekarz POZ podejrzewa schorzenie serca ma prawo wysłać pacjenta do podwykonawcy na echo serca. Ma wynik tego badania, może go skonsultować, czego nie było w tym poprzednim rozwiązaniu, ze specjalistą kardiologiem. Mamy tu możliwość konsultacji między lekarzami, ale też, jeżeli lekarz rodzinny uznaje, że warto byłoby skonsultować pacjenta z lekarzem specjalistą, mamy dopuszczalną formę konsultacji pacjent - lekarz specjalista. Część poradni na takie konsultacje zaprasza do siebie na dany dzień lekarzy specjalistów i pacjentów. Dla szybkości wymiany informacji konsultacja lekarz - lekarz może się odbywać także zdalnie. Jako płatnik przy konsultacji lekarz - pacjent my raczej widzimy taki standardowy schemat porady medycznej, czyli badanie przedmiotowe, badanie podmiotowe, bez możliwości wykonywania tejże konsultacji zdalnie. Ta konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista daje bezpieczeństwo i dla pacjenta, i dla lekarza, czy jego sposób podejścia do postawienia diagnozy jest jest słuszny.

Wspominała pani o wcześniejszym pilotażu. Czy ta skoordynowana opieka przyspieszyła diagnostykę czy jednak w tych zawiłościach systemowych gdzieś pacjent się zagubił? Czy to było taką wartością dodaną, że nasza diagnoza została szybciej postawiona?

W roku 2023 z tej formy korzystało nieco ponad 18000 pacjentów. Ale za pierwszy kwartał tego roku mamy już ponad 22000 pacjentów. Czyli te wyniki przemawiają za tym, że pacjenci chcą sobie takiej formy opieki. Bo co tu ukrywać - jest łatwiejszy dostęp, jest krócej, jest szersza diagnostyka, nie trzeba się meldować w 15 różnych punktach specjalistycznych i zbierać wyniki badań po to, żeby specjalista postawił mi diagnozę. Zawsze mogę do specjalisty być przekierowana, jeżeli mój lekarz uzna to za stosowne.

Natomiast też to, co powiedziałam, ma swoją podbudowę w statystykach. My ciągle mamy, jeżeli chodzi o specjalistkę, zbyt mało porad pierwszorazowych, czyli takich porad, gdzie na tej wizycie pierwszorazowej mamy postawienie pełnej diagnozy pacjentowi i zaproponowanie kompleksowego modelu leczenia. Dalej lekarze specjaliści - i nie jest to absolutnie żaden wytyk, wolą mieć pacjenta, którego prowadzą kilka lat, gdzie co jakiś czas pacjent się melduje na kontrolę, przepisują mu leki, czasami zmieniają ordynację. No, ale taki model przyjmowania i funkcjonowania opieki specjalistycznej mamy. I mamy też to, o czym wiedzą wszyscy - kolejki oczekujących.

Na jakie konkretne badania, w ramach tej opieki skoordynowanej pacjent może liczyć? Wspomniała pani dyrektor już o echu serca. To rzeczywiście badanie wysokospecjalistyczne i ścieżka dotarcia takiego zwykłego pacjenta do tego badania to zwykle wielomiesięczne oczekiwanie. Jakie jeszcze badania są przewidziane?

AD: Ścieżka kardiologiczna jest chyba najbogatszą w badania diagnostyczne. Poza echem serca, to są holtery ciśnieniowe, z pomiarem całodobowym, 48- godzinnym, 72-godzinnym. To także próby wysiłkowe, badania USG Doppler tętnic szyjnych i naczyń kończyn dolnych. W przypadku pulmonologii - to spirometria i próba wysiłkowa. W diabetologii - też USG naczyń kończyn dolnych. Czyli cały panel diagnostyki do tej pory wykonywany tylko u specjalistów.

Gdy do lekarza rodzinnego trafia pacjent z podejrzeniem choroby, która kwalifikowałaby go do opieki skoordynowanej, jest kierowany na poradę wstępną, w ramach której wykonywane są badania, które potwierdzą lub wykluczą chorobę. Jak potwierdzą, mamy poradę kompleksową. Tu jest nie tylko rozpoznanie, ale też zalecenie pewnych zachowań, np. aby co jakiś czas

zgłaszać się do dietetyka. Tu warto powiedzieć, że pacjenci początkowo opierali się tym wizytom u dietetyka, którego przecież mieli za darmo. W tamtym roku ok. 20 proc. pacjentów zjawiało się na wizycie. Pierwszy kwartał tego roku jest już bardziej optymistyczny. A to bardzo ważne, aby korzystać z takiej porady, bo często możemy nie uświadamiać sobie drobnych błędów, które popełniamy, np. w łączeniu produktów, a dietetyk nam tu pomoże.

Jestem tu jednak trochę sceptyczny, bo jako pacjenci owszem, tabletkę byśmy chętnie przyjęli, ale jak mamy zachowywać rygor dietetyczny, które pozbawiają nas jedzenia, przyjemnych dań, tego schabowego ociekającego tłuszczem, to mimo że wiemy, że może to powodować pewne zaburzenia, z tego nie rezygnujemy. Czy dietetyk przekona taką osobę do zmiany nawyków?

AD. Ja jestem zwolennikiem małych kroczków, można na początek zamiast całego kotleta zjeść pół albo ćwiarteczkę, a resztę talerza dopełnić surówką. I powoli dojść do tego, że odpowiednia dieta będzie uzupełnieniem tego co dobrego dla siebie możemy zrobić. Cudów nie ma, jak niewłaściwie będziemy się odżywiać, farmakoterapia albo przestanie działać, albo trzeba będzie przyjmować dużo leków. Często nie są tu potrzebne rewolucyjne zmiany. A np. w schorzeniach kardiologicznych bez zmiany nawyków mamy marne szanse powodzenia.

Jesteśmy w przededniu sezonu grillowego, który u nas cieszy się dużym powodzeniem i w naszych warunkach wiąże się z niejednym błędem dietetycznym. Może przydałoby się więcej edukacji, takiego szerszego wyjścia do społeczeństwa. Bo jednak fast foody bardziej docierają do ludzi niż zdrowe żywienie.

AD: Bo łatwiej po nie sięgnąć, niż pokombinować jak się zdrowo odżywiać. Ale jak powiedziałam, nie tracę nadziei. Lekarze też zajmują się edukacją zdrowotną. Niejednokrotnie radzą pacjentom, aby zgubili parę kilogramów nie ze względu na urodę, ale właśnie na zdrowie. W szkołach też mamy edukację o prozdrowotnym trybie życia. Także my jako NFZ od wiosny do jesieni wszędzie, gdzie się pojawiajemy z naszymi akcjami, nieraz w bardzo małych miejscowościach, edukujemy.

Czy opieka koordynowana to jest dodatkowy obowiązek dla lekarzy rodzinnych? Czy jest finansowe wsparcie dla tych podmiotów, które ją oferują?

AD: Kwestia czy lekarz przystępuje do programu jest jego suwerenną decyzją, nie jest to obowiązek. Każda poradnia ma swój budżet wynikający ze stawki kapitałowej, te pieniądze są nadal. Opieka koordynowana to dodatkowe pieniądze. Przy pierwszym wyliczeniu budżetu mamy algorytm, bierzemy pod uwagę ilość pacjentów, kwestie wiekowe i zachorowalność. Płacimy za wykonaną usługę, każde świadczenie jest wycenione, np. porada kompleksowa to 200 zł, biopsja aspiracyjna - ponad 800 zł. To są konkretne pieniądze. Lekarze w zasadzie nie zgłaszali uwag co do kwestii finansowania. Podnosili za to, że trzeba zmienić sposób myślenia, aby skosztować te pieniądze. Mamy jeszcze tzw. dodatek za wielochorobowość w przypadku pacjentów przewlekle chorych. Także jest szereg rozwiązań finansowych, które powinny motywować poradnie do przystępowania do tego programu.

Czy to jest dobry moment na apel do pacjentów, którzy z powodu chorób serca, endokrynologicznych czy nefrologicznych są pod opieką poradni specjalistycznych, aby wrócili do lekarza rodzinnego i zostali objęci skoordynowaną opieką?

AD: To są pacjenci, którzy już zostali zdiagnozowani, ale zawsze mogą do lekarza rodzinnego wrócić. Specjalista też może uznać, że choroba jest tak ustabilizowana, że lekarz rodzinny może prowadzić pacjenta. A lekarz rodzinny może uznać za właściwe rozszerzenie ścieżki diagnostycznej i wykonanie innych badań, np. pacjent leczony diabetologicznie może też być prowadzony kardiologicznie.

Ok. 100 podmiotów podpisało już umowy na realizację programu, a jest dalsze zainteresowanie? Czy państwo też jesteście zainteresowani dalszym rozwijaniem programu?

AD: Bardzo byśmy chcieli, aby wszyscy lekarze rodzinni przystąpili do tej formy opieki. Cały czas prowadzimy nabór wniosków, staramy się je szybko rozpatrywać, aby od każdego następnego miesiąca ta opieka była realizowana. 46 proc. populacji znajdujące się pod opieką koordynowaną to niezły wynik. Najpopularniejsze ścieżki to ścieżka kardiologiczna i endokrynologiczna.

Inna możliwość zadbania o zdrowie i bezpłatnego zbadania się to realizowany od kilku lat Program 40 plus. Jak wygląda zainteresowanie korzystaniem z tego programu?

AD: Program 40 plus był wprowadzony w 2021 r., jeszcze w czasie pandemii. Była wtedy mowa o tym, że po covidzie społeczeństwo wymaga gruntownego przebadania się. A tu można było dostać skierowanie na badania nawet bez kontaktu z lekarzem.

Sł: Ten program został stworzony w celach badawczych, sprawdzenia naszej świadomości jako pacjentów, którzy dbają o siebie. Sami decydują, czy przystąpią do programu. Program miał trwać początkowo 9 miesięcy, do marca 2022 r., został przedłużony, bo początkowa zgłaszalność nie była na takim poziomie jak przewidywał minister zdrowia wprowadzając ten program.

Na chwilę obecną w naszym województwie skorzystało z niego 60 proc. uprawnionych kobiet i 40 proc. mężczyzn. A to naprawdę wystarczy 5 minut, aby wypełnić ankietę, potem zapisać się do wybranego laboratorium na badanie. Potem samo badanie i ewentualnie pójście z wynikami na konsultację z lekarzem.

Ja już dwa razy skorzystałem z programu 40 plus, polecam wszystkim, aby skorzystać i być bardziej świadomym swego zdrowia.

Jest to pewne zaskoczenie, że z badań skorzystało 60 proc. kobiet. W naszej audycji rozmawiałem z ginekologami, którzy mówili o zgłaszalności na poziomie 25 proc. na profilaktykę raka szyjki macicy. To też bezinwazyjne badanie, a daje szansę na wykrycie wczesnych zmian i szansę na wyleczenie. Panowie zawsze mieli mniej po drodze z lekarzem. Ale jak panie z panami nas słuchają, mam nadzieję, że i panowie dołączą do tego grona.

AD: Jak panie zgłosiły się już na badania 40 plus, apeluję aby udać się też na diagnostykę w kierunku raka szyjki macicy i mammografię. To nieinwazyjne i niebolesne badania. Wykonajmy je, będziemy mieć to z głowy i będziemy wiedzieć, co się z nami dzieje. Im wcześniej zostaną wykryte niepokojące zmiany, tym większa szansa na powrót do zdrowia.

Jakie dokładnie badania są wykonywane w programie 40 plus?

Sł: Wspólne dla kobiet i mężczyzn są pomiar ciśnienia, masy ciała, wzrostu, obwodu w pasie, obliczenie wskaźnika BMI. Jest też wykonywana morfologia krwi obwodowej, określenie stężenia glukozy, poziomu cholesterolu całkowitego z profilem lipidowym, próby wątrobowe, poziom kreatyniny, poziom kwasu moczowego, badanie ogólne moczu oraz na krew utajona w kale. U mężczyzn jest jeszcze dodatkowe badanie: określenie antygenu PSA. Apeluję, aby skorzystać z tych badań, ankietę można wypełnić przez profil IKP lub u lekarza rodzinnego lub przez linię telefoniczną dedykowaną programowi 40 plus: +48 800 100 101.

AD: Ankieta jest bardzo krótka, ale warto abyśmy odpowiadali szczerze, bo tylko wtedy to ma sens. Mamy tam 6 części dotyczących różnych obszarów naszego życia. Są pytania o spożywanie alkoholu, wysiłek fizyczny, o historię nowotworów w rodzinie. Wykonajmy ankietę z ciekawości, jak to wygląda, ale i szczerze. Wtedy tak zostanie dobrany panel badań, że będzie to miarodajne.

Czy w programie są też dedykowane laboratoria, gdzie te badania możemy wykonać?

Sł: Tak, ich lista jest na stronie NFZ. To laboratoria, ale czasem umowę z nami ma też lekarz rodzinny, u którego można próbki zdać i tam trafiają potem wyniki. Jak wybieramy laboratorium, tam odbieramy wyniki i możemy zgłosić się z nimi do lekarza rodzinnego, aby je

omówić. Lekarz może pogłębić diagnostykę, a nawet skierować na którąś ze ścieżek opieki koordynowanej w razie potrzeby.

Pan skorzystał z tych badań już dwukrotnie. Jak często można te badania powtarzać?

SŁ: Badanie można powtórzyć po roku. Skierowanie jest wystawiane automatycznie na podstawie pierwszej przeprowadzonej ankiety. Warto to zrobić, program trwa do czerwca br., o ile nie zostanie przedłużony.

A jak wygląda profilaktyka raka jelita grubego i kolonoskopia? Jakie jest zainteresowanie wśród pacjentów?

SŁ: Poza tym, że NFZ finansuje takie badania, są też z finansowane z innych źródeł, trudno więc określić, jaki jest stan realizacji w województwie. Na pewno nasz program cieszy się dużą popularnością, zgłaszalność jest duża. Skierowany jest do osób w wieku od 50 do 65 lat oraz osób od 40 do 49 lat w przypadku których posiadają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano nowotwór jelita grubego. Z roku na rok więcej osób się zgłasza na badania. Nasza wiedza, samoświadomość rośnie, co oznacza, że będziemy coraz częściej korzystać z badań profilaktycznych, aby przedłużać życie.

Podsumowując: badania profilaktyczne to proste badania, które dają nam szansę na uniknięcie zachorowania. Zwlekanie z diagnostyką powoduje, że trafiamy do specjalisty z objawami, rozległymi zmianami, powikłaniami, gdy leczenie jest już ograniczone.

AD: To prawda. Będę jeszcze raz namawiać panie na wykonywanie cytologii i mammografii. Nie ma tu żadnych problemów z dostępnością. Każdy ginekolog, który ma umowę z NFZ może pobrać materiał do cytologii. Mammografia jest stacjonarna, ale też w regionie do wielu miejsc dojeżdżają mammobusy. Nie bójmy się badać, zróbmy raz w roku sobie takie święto, nie muszą to być nasze urodziny, że idziemy na badania profilaktyczne. Wszystkie te, które możemy wykonać.

Zachęcam też do korzystania z kiosku profilaktycznego, który znajduje się w siedzibie podlaskiego oddziału NFZ przy Pałacowej 3 w Białymstoku. Tam zmierzmy, zważymy, zmierzmy ciśnienie, zmierzmy siłę ręki dominującej i omówimy wyniki. Jak będą nieprawidłowe, nasi konsultanci poradzą, aby skierować się do lekarza.

2. Pytanie do Pielęgniarki i Położnej



dr Barbara Bebko i mgr. Bożena Mikiewicz

Rola pielęgniarek i położnych w systemie zdrowotnym była tematem ostatniej audycji z cyklu „Pytanie do specjalisty”. Gośćmi prof. Jana Kochanowicza były: położna dr n. o zdr. Barbara Bebko, naczelną pielęgniarką w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku i Bożena Mikiewicz, pielęgniarka oddziałowa Oddziału Intensywnej Terapii USK w Białymstoku

Spotkaliśmy się, aby porozmawiać o roli pielęgniarki i położnej w opiece nad naszym zdrowiem. To, że ja jestem lekarzem, to nie znaczy, że nie wymagam opieki, nie trzeba zadbać o zdrowie. A w organizacji ochrony zdrowia rola pielęgniarki i położnej jest ważna. Czym się zajmuje na co dzień pielęgniarka?

BM: Pielęgniarki udzielają świadczeń zdrowotnych, które mają na celu zachowanie zdrowia, przywrócenie zdrowia czy ratowanie zdrowia, świadczeń które są udzielane w czasie procesu leczenia. Muszą one ocenić warunki zdrowotne pacjenta, ocenić jego zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną, na opiekę pielęgnacyjną. Jeżeli dokonają tej oceny, muszą też zaplanować sobie działania tak, żeby te deficyty na najwyższym poziomie uzupełnić. Poza tym praca pielęgniarki polega też na edukacji pacjentów, żeby utrzymać ten stan zdrowia. To też nie tylko świadczenia bezpośrednio przy pacjencie. Pielęgniarki wykonują swój zawód też poprzez naukę zawodu, czyli szkoląc na uczelniach, ucząc przyszłe koleżanki. Jest też praca w administracji na rzecz ochrony zdrowia, są także pielęgniarki, które prowadzą badania naukowe w dziedzinie pielęgniarstwa. Poza tym pielęgniarstwo to jest też praca na rzecz samorządu.

Kontaktując się z szeroko pojętą ochroną zdrowia, czy to gdy idziemy do naszego lekarza rodzinnego, czy do specjalisty, czy na izbę przyjęć szpitala, wiele zadań wykonuje pielęgniarka. Pielęgniarki i pielęgniarze są na bloku operacyjnym, na oddziałach. Czyli w całokształcie ochrony zdrowia na każdym etapie, w każdym miejscu są pielęgniarki, ale i pielęgniarze – bo panów chyba też przybywa w tym zawodzie?

BM: Panowie coraz częściej wybierają ten zawód, widać to po studentach, którzy przychodzą z uczelni na praktyki na oddziałach, że już jest znaczna ich grupa. I bardzo dobrze, bo są takie obszary, gdzie jednak w kwestiach technicznych panowie są niezastąpieni.

A czym zajmują się położne?

BB: To wszystko, co powiedziała pani Bożena, oczywiście położna również wykonuje. Przede wszystkim zgodnie z ustawą o pielęgniarzach i położnych – to bardzo ważny dla nas akt prawny, który powstał dawno temu, teraz następuje jego nowelizacja. Położna przede wszystkim pracuje w obrębie kobiety i z kobietą i w obrębie noworodka, czyli na oddziałach położniczo-ginekologicznych, noworodkowych oraz jako położna środowiskowa. Zawód położnej również jest samodzielnym zawodem, tak jak zawód pielęgniarka.

Czyli panowie nie mogą być pod opieką położnej?

BB: Niestety nie, zabrania tego ustawa. Jest w niej napisane, że położna może opiekować się płcią męską do ósmego tygodnia, czyli 2 miesiąca życia. Potem taki noworodek zostaje przekazany pod opiekę pielęgniarki z POZ i to ona sprawuje nad nim opiekę. Oczywiście dziewczynka nadal jest pod opieką położnej, ponieważ dziewczynki i kobiety w różnym okresie rozwoju mogą potrzebować pomocy położnej i w tym aspekcie to jest położna środowiskowa.

Kto może wykonywać zawód pielęgniarki i położnej? Czy mówimy o jakiejś szczególnej predyspozycji do tego zawodu?

BM: Predyspozycje zapewne trzeba mieć, ale wykonywanie zawodu pielęgniarki jest przede wszystkim uwarunkowane prawnie. Określa to ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z 15 lipca 2011 r. W myśl tej ustawy pielęgniarka, aby mogła wykonywać swój zawód musi przede wszystkim posiadać prawo wykonywania zawodu. Jest ono przyznawane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych osobom, które przedstawią świadectwo ukończenia lub też dyplom ukończenia szkoły pielęgniarskiej. Te osoby muszą posiadać pełną zdolność prawną, mieć nieposzlakowaną opinię i przedstawić też zaświadczenie o stanie zdrowia.

Nie wystarczą tu same predyspozycje - że ktoś chce być pielęgniarką, bo się potrafi opiekować itd. To jest profesja, która musi być poparta dyplomem.

Natomiast jeśli chodzi o predyspozycja, to na pewno trzeba mieć empatię, być wrażliwym na ludzkie cierpienie. Trzeba chcieć pomagać ludziom i być odpornym na stres. Na oddziale, w którym pracuję, większość działań wiąże się z ratowaniem życia ludzkiego, pacjenci są w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, więc żeby sprawnie wykonywać swoje zadania, czynności, pielęgniarka musi mieć odporność na stres.

Czy w przypadku położnych potrzebne są takie same cechy?

BB: To zależy od tego, gdzie ta pielęgniarka czy położna będzie pracować. Często osoba, która wybiera kierunek pielęgniarstwo, położnictwo zderza się potem z rzeczywistością szpitalnego oddziału, którą tak naprawdę dla niego jest bardzo obca, ponieważ ma do czynienia z życiem ludzkim, z największą wartością, jaką jest zdrowie. Niejednokrotnie rozmawiając z położnymi i pielęgniarkami, zastanawiają się, że to chyba nie jest do końca to, co sobie wyobrażali idąc na te studia. Bo tu potrzebna jest empatia, cierpliwość, ale również postawienie się w sytuacji drugiego człowieka. Bo ja mogę być zawsze też osobą chorą, ktoś z mojej rodziny może być również pacjentem. I wyobrażenie sobie tego, jest wydaje mi się też bardzo istotne. Myślę też, że ważne jest dobre komunikowanie się, ponieważ to nie tylko pacjent, ale również i jego rodzina, która niejednokrotnie jest dla nas pomocna, jako dla zespołu terapeutycznego, ale

niestety niejednokrotnie ma też inne wyobrażenie na temat hospitalizacji czy stosowanych przez pielęgniarkę czy położną metod.

A przede wszystkim my jako pacjenci i ta rodzina jesteśmy w przeogromnym stresie, ponieważ mamy duże zagrożenie dla naszego zdrowia i życia. I nie zawsze potrafimy sobie z tym poradzić, co jest zresztą zresztą zrozumiałe. A czego my jako pacjenci możemy oczekiwać od pielęgniarki? Na przestrzeni lat te uprawnienia zawodowe się rozwijają. W ostatnim czasie słyszymy o wizytach specjalistycznych, ale też o wystawianiu recept przez pielęgniarki.

BM: Te uprawnienia były stopniowo rozszerzane, bo zarówno jedna ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej, jak i druga poszerzyła kompetencje i taką swobodę decyzyjności co do świadczeń pielęgnacyjnych. Obecnie pielęgniarka ma możliwość wypisywania recept, ordynowania leków, z wyłączeniem tych, które mają określone substancje silnie działające. Może też ordynować środki, które są przeznaczone potem do dalszej pielęgnacji w domu pacjenta, np. opatrunki, cewniki, materace przeciwoodleżynowe. Oczywiście jest to związanego kontynuacja leczenia. Poza tym może wykonać badanie fizykalne i może też udzielać porad. Wiąże się to oczywiście z tym, że musi posiadać określone kwalifikacje i kompetencje.

A jak jest w przypadku pań położnych? I czy panowie też wykonują ten zawód?

BB: Jeżeli chodzi o Białystok, to mieliśmy jednego pana, który studiował na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMB kierunku położnictwo. Obecnie pracuje na Uniwersytecie, czyli tak naprawdę w swoim zawodzie, bo uczy przyszłe pielęgniarki, przyszłe położne. Nie pracował nigdy na oddziale.

Jeżeli chodzi o samodzielność zawodu pielęgniarki czy też położnej, to ministerstwo zdrowia wyszło naprzeciw, jeżeli chodzi o nadanie pewnych kompetencji dla nas i możemy od 2019 roku udzielać samodzielnych porad. To są porady w obrębie diabetologii, kardiologii, chirurgii, porady położnicze i ginekologiczne. Wydaje mi się, że tak naprawdę nasze społeczeństwo nie do końca ma wiedzę, że mając możliwość kontaktu z lekarzem, który jest wiodącym, jeżeli chodzi o jednostkę chorobową danego pacjenta, ma również możliwość spotkania się z pielęgniarką, co daje takie holistyczne podejście do tego pacjenta, zwiększa jego potencjał, jeżeli chodzi o zdrowienie. My, pracując w zespole interdyscyplinarnym: lekarz, pielęgniarka czy położna, widzimy pacjenta w szerszy sposób. Wydaje się, że wówczas pacjent ma możliwość szybszego powrotu do zdrowia, do pracy, do rodziny.

Jeżeli mówimy o zawodzie położnej na przekroju wieków, już w Starym Testamencie jest wspomniane, że była położna, która przyjmowała porody, również Arystoteles wspomina o kobiecie, która przyjmowała porody, która miała ogromne doświadczenie i ogromny prestiż w tamtejszych czasach.

W Europie położna się pojawiła tak naprawdę we Francji i w Niemczech w XVII wieku. W Polsce pierwsza szkoła była we Lwowie w 1773 roku, a w Krakowie pierwsza bardzo dobra szkoła była na przełomie XVII/XIX w. Później po drugiej wojnie światowej niestety nastąpił troszeczkę zwrot, jeżeli chodzi o pracy położnej, ponieważ wówczas powstały tak zwane izby porodowe, no i były oddziały. Nastąpiła ogromna medykalizacja porodu. Wszedł również też ginekolog jako płęć męska. Obecnie trend się diametralnie zmienił. Wychodzimy z tej medykalizacji, wchodzimy w zupełnie inny obszar, czyli naturalne podejście do aspektu porodu, ciąży. I do tego jest właśnie położna przygotowana. Położna samodzielnie może prowadzić fizjologiczną ciążę, może samodzielnie prowadzić poród fizjologiczny. Od jakiegoś czasu jest otwarty Dom

Narodzin w Warszawie, gdzie tylko i wyłącznie pracują położne i to położne od samego początku, czyli od przyjęcia pacjentki do wypisu. sprawują opiekę nad taką kobietą.

Dążymy do naturalnych porodów, natomiast wiąże się to też z bólem, który powoduje dyskomfort. Czy w tym przypadku, jeśli są tylko same panie położne, pacjentki rodzące mają szansę na znieczulenie porodu?

BB: Oczywiście, dlatego, że to jest tylko pewna alternatywa. Oczywiście są porody tak zwane rodzinne. W szpitalu klinicznym realizujemy takie porody. Pacjentce towarzyszy bliska osoba, to nie musi być mąż czy ojciec dziecka, to może być również przyjaciółka, mama, osoba zaufana i pacjentka sama wybiera, czy chce rodzić bez znieczulenia, czy ze znieczuleniem. O tym mówi bardzo ważny dokument dla położnych i pacjentek - standard opieki okołoporodowej, gdzie krok po kroku, czyli tydzień po tygodniu, mamy informację, co takiej pacjentce ciężarnej się należy. I tak samo w czasie porodu, jeżeli chce mieć znieczulenie, oczywiście ma do tego prawo, a my jako podmiot leczniczy, który realizuje zadania Ministerstwa Zdrowia, powinniśmy to uszanować. Oczywiście to są dodatkowe elementy, dlatego, że na taką salę powinny również wkroczyć lekarz anestezjolog, położna z odpowiednimi kwalifikacjami. Ale pacjentki powinny same wybierać, jak chciałyby rodzić.

Czy położne też nabyły jakieś dodatkowe kompetencje w ostatnich latach? Mogą np. wypisywać recepty?

BB: Tak, zarówno pielęgniarki jak i położne mogą wypisać receptę, oczywiście w zależności od kwalifikacji. Mogą też udzielać samodzielnie porad laktacyjnych dla pacjentki w domu, nie tylko na oddziale. Pacjentka, która rodzi ma zgodnie ze standardem opieki okołoporodowej, mieć możliwość spotkania się z położną laktacyjną, która powinna nauczyć ją, w jaki sposób naturalnie karmić. Taka pacjentka jest przekazywana do położnej środowiskowej i tam ciąg dalszy takiej opieki sprawowanej nad pacjentką i noworodkiem się odbywa. Ta porada laktacyjna może mieć miejsce w czasie całego okresu karmienia, który może trwać nawet i do drugiego roku życia dziecka, zgodnie z zaleceniami WHO.

Co pielęgniarka może zrobić bez zlecenia lekarskiego, na jakie świadczenia medyczne możemy tu liczyć?

BM: W zakresie świadczeń zapobiegawczych to na pewno edukacja pacjenta i jego rodziny w przypadku cukrzycy. W zakresie zdrowia psychicznego to edukacja osób, które mają problem z uzależnieniami. W zakresie świadczeń diagnostycznych to między innymi wykonywanie badań fizykalnych, np. monitorowanie poziomu znieczulania. Jeżeli chodzi o świadczenia lecznicze, to pielęgniarki ostatnimi laty nabyły duże umiejętności, doświadczenie i kwalifikacje odnośnie leczenia ran. W tej dziedzinie mogą dobierać same metody leczenia ran. Jest to trochę nie do końca doprecyzowane prawnie, bo czasami, jeżeli chodzi o ranę chirurgiczną, to trochę obawiają się, że wyjść do poza swoje kompetencje. Niemniej pielęgniarki coraz częściej otwierają swoje gabinety, gdzie doradzają pacjentom, jak radzić sobie z raną. Oczywiście wszystko jest uwarunkowane tym, że mają ku temu odpowiednie kwalifikacje.

Głównie chodzi tu o rany przewlekłe podudzi, w stopie cukrzycowej.

BM: To stopa cukrzycowa, ale często też rany pooperacyjne, które różnie się goją, i pacjent, jak wychodzi do domu, ma z tym problem. Pielęgniarki współpracują w tych kwestiach z lekarzami, bo to jest na tej zasadzie, że mają prawo dobrać rodzaj opatrunku i metodę leczenia rany, ale jeżeli coś wymaga konsultacji, to wysyłają do chirurga.

W przypadku pań położnych porada laktacyjna rzeczą jest oczywistą. A jakie są dodatkowe kompetencje czy uprawnienia, które dają możliwość szerszej opieki nad paniami?

BB: To prowadzenie fizjologicznego porodu. Kiedyś praktycznie poród był nie tyle zmarginalizowany, jeżeli chodzi o farmakoterapię, ale było tam dużo obszarów, jeżeli chodzi o pracę lekarza. Teraz, jeżeli mamy do czynienia z typowym porodem fizjologicznym, to przy takiej pacjentce jest tylko i wyłącznie położna. Oczywiście czuwa lekarz, który jest na dyżurze, ale to położna odpowiada za efekt i etapy postępowania. Jeżeli mamy do czynienia z porodem fizjologicznym i noworodkiem fizjologicznym, czyli noworodkiem donoszonym, który w skali Apgar został oceniony w punktacji dobrej lub bardzo dobrej, to bezpośrednio opiekę sprawuje położna na oddziale noworodkowym. Czyli ona podejmuje decyzję, gdzie on będzie leżał, czy można go przekazać do matki na rooming in. Wydaje mi się, że to są bardzo ważne aspekty, aczkolwiek nie do końca położne może zdają sobie z tego sprawę, że to jest taka odpowiedzialność, bo mamy do czynienia z najmniejszym pacjentem, który nie powie, że go boli noga lub głowa. Tu bardzo ważna jest obserwacja w tym okresie poporodowym, gdzie w razie potrzeby wkracza lekarz neonatolog.

Dużą rolę przykładą się w tej chwili do laktacji i rola położnych jest w tym względzie nieoceniona, bo radzą młodym matkom jak najlepiej zadbać o to, aby ta laktacja była obfita i żeby dziecko nie głodowało. Czy jakieś wskazówki dla młodych mam można by tu przekazać?

BB: Wydaje mi się, że trzeba tutaj zacząć od początku, czyli na przykład od szkoły rodzenia, ewentualnie spotkanie się z położną środowiskową, która w ramach swoich kompetencji może udzielać porad tych związanych z ciążą. W szkole rodzenia położna przekazuje informacje dotyczące prawidłowości w żywieniu noworodka, odnośnie technik karmienia i związanych z tym ewentualnie patologii. Informacje związane z laktacją przekazuje położna laktacyjna, która jest na oddziale noworodkowym. Najważniejsze, co możemy przekazać dla pacjentki, to jest przede wszystkim uwierzenie w siebie i w to, że się uda, bo tak naprawdę karmienie piersią troszkę zaczyna się od głowy, od jej takich mocnych stron. I to my położne jesteśmy od tego, by te mocne strony zauważyć u pacjentki. My mówimy: dasz radę, potrafisz. Trudności są, ale są po to, żeby je ewentualnie zminimalizować. Tych trudności może też wcale nie być. Przekazujemy też ważne aspekty dotyczące prawidłowego żywienia w formie edukacji, różnego rodzaju broszur.

Jeśli młoda matka ma za dużo mleka, czy mamy na to jakiś sposób?

BB: Tak mamy sposób. Od stycznia w USK otworzyliśmy bank mleka kobiecego, ponieważ nie każda mama może karmić swoim pokarmem, z różnych przyczyn, niezależnych od siebie, a dziecko wcześniak czy na przykład chory noworodek, powinien być żywiony tym optymalnym najlepszym pokarmem. Oprócz pokarmu matki, tym drugim pokarmem z wyboru powinno być mleko z banku mleka kobiecego. Zachęcam panie, jeżeli mają za dużo pokarmu, aby się podzieliły tym mlekiem. Jest ono nazywane białą krwią. Oczywiście musi być tu o spełnionych szereg wymogów, od wywiadu, poprzez badania tego mleka, ale również i zgodę matki noworodka, dla którego to mleko przekażemy. Mamy już pierwsze dawczynie, już karmimy tym mlekiem pierwsze wcześniaki, które u nas się rodzą. Przybierają na wadze, mają się dobrze.

Czyli to mleko jest dedykowane dla wcześniaków i noworodków chorych. To nie ma tak, że można sobie zamówić takie mleko w banku mleka, bo nie chcemy karmić własnym?

BB: Obecnie nie ma takiej możliwości, a co przyniesie nam jutro? Nie wiem.

Czasem problemem są zlecenia lekarskie, co do których pielęgniarki lub położne mówią, że nie mogą ich wykonać. Jakie mogą być problemy na styku lekarz - pielęgniarka? Jako lekarz, też z dużym zainteresowaniem o tym posłucham.

BM: Zdarzają się sytuacje, kiedy pielęgniarka ma prawo odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, jeżeli to wykracza poza jej kompetencje, kwalifikacje i jeżeli coś jest niezgodne z jej sumieniem. Ale warunek jest taki, że nie może tego zrobić, kiedy odmowa tego zlecenia mogłaby spowodować poważny uszczerbek na zdrowiu i zawsze w przypadku odmowy musi być bezpośrednio poinformowany lekarz, który wydał to zlecenie, tudzież osoba przełożona pielęgniarki. Zawsze powinno być to wpisane w dokumentację medyczną pacjenta. Może też odmówić wtedy, kiedy sytuacja zdrowotna pacjenta od czasu wystawienia zlecenia do realizacji się zmieniła, czyli zadziały się takie czynniki, że wykonanie tego zlecenia spowodowałoby niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta. Na pewno to nie wygląda w ten sposób, że „odmawiam i nie wykonam”, tylko po prostu informuję lekarza że np. pacjent ma zlecony wlew z chlorkiem potasu, a poziom z ostatnich badań wychodzi wysoki, wtedy lekarz po prostu to koryguje. Pielęgniarka musi być czujna, bo ponosi taką samą odpowiedzialność, w przypadku jakiegoś błędu, który zawsze może się wydarzyć, więc poniekąd weryfikuje wpis, który jest w dokumentacji pacjenta.

Czy możemy określić obowiązki pielęgniarki i położnej? Czy panie mają w jakiś sposób to zapisane?

BM: Przede wszystkim pielęgniarka musi z należytą starannością wykonywać swoje obowiązki, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w oparciu o prawa pacjenta, o kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej. I pielęgniarka, która jest czynna zawodowo, powinna się ustawicznie kształcić, żeby pracować zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dlatego, że w medycynie postęp jest tak szybki, że nie można się zatrzymać, bo wtedy się cofamy.

W szpitalu organizujemy takie szkolenia, które są obowiązkowe dla personelu, po to właśnie, żeby poprzez kształcenie zapewnić bezpieczeństwo i dla personelu, i dla pacjenta.

W przypadku lekarzy mamy cały cykl kształcenia podyplomowego, robimy specjalizacje, różnego rodzaju kursy doskonalące. Jak w przypadku położnych i pielęgniarek to się odbywa i czy są możliwości takiego dalszego kształcenia?

BB: Mamy 4 formy kształcenia podyplomowego. Jest to kurs specjalistyczny, kursy kwalifikacyjne, specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa i kursy różnego rodzaju doszkalające. I pielęgniarka, położna mając na uwadze to ustawiczne kształcenie, które jest wpisane w nasz zawód, ustawę, powinna podnosić swoje kwalifikacje. Zawód lekarski ma coś takiego jak punkty edukacyjne, pielęgniarki i położne nie są obecnie zobligowane do zbierania tych punktów edukacyjnych, czy udokumentowania, że odbyły te kształcenie. Ale Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych już przymierza się do trochę innego podejścia do tego ustawicznego kształcenia właśnie poprzez zbieranie tych punktów i udokumentowywanie. Prawdopodobnie raz na 5 lat będą weryfikowane kwalifikacje pielęgniarek i położnych. Te kwalifikacje to przede wszystkim wiedza, ale to też i bezpieczeństwo pacjenta.

Czy pielęgniarka może zastąpić położną, a położna pielęgniarkę?

BB: Nie, to są dwa odrębne zawody, samodzielne, które mają trochę inny tok kształcenia, aczkolwiek na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMB. Ale mamy dwa wydziały: pielęgniarstwa i położniczego. Jeżeli chodzi o położną, to w obszarze zajęć, wszystkich praktycznych, ćwiczeń,

student ma obszary położniczo-noworodkowo-ginekologiczne i POZ, a student pielęgniarstwa – pozostałe.

Co sprawia, że zawód pielęgniarki i położnej jest takim zawodem samodzielnym, niezależnym?

BM: Dzięki ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej zarówno tej z 1996 roku, jak i z 2011 roku pielęgniarki zyskały większy zakres, jeżeli chodzi o autonomię w wykonywaniu różnego rodzaju świadczeń, czyli stały się zawodem samodzielnym i od tego czasu nie są postrzegane przez pryzmat tylko i wyłącznie zleceń lekarskich. Zawód pielęgniarki to jest profesja wyuczona, pielęgniarka jest zobligowana do ciągłego ustawicznego kształcenia. Pielęgniarka stała się raczej takim współpartnerem, jeżeli chodzi o współpracę z lekarzem. Myślę, że jej wiedza, to, że ma kontakt z pacjentem przez 24 godziny w 7 dni w tygodniu, powoduje że jej spostrzeżenia są na tyle rzetelne i kompetentne, że lekarze dostrzegają w niej partnera w pracy. Mamy swoją swoją działkę, wykonujemy zlecenia lekarskie, ale wykonujemy je w oparciu o własną wiedzę, własne doświadczenie. Nikt nie daje nam konkretnych wskazówek jak coś wykonać, my musimy tę wiedzę posiadać. I nie jest tak, że lekarz stoi i nas pilnuje.

Czy coś szczególnego jeszcze można dodać ze strony położnych?

BB: Położna towarzyszy kobiecie od narodzin do śmierci i uczestniczy chyba w najcudowniejszym momencie jej życia, czyli pojawieniu się tego nowego życia. I wydaje mi się, że to dodaje wyjątkowości dla tego zawodu. Cud narodzin, cud pierwszego krzyku młodego człowieka jest niezapomniany.

3. Centra Zdrowia Psychicznego



Agata Dyszkiewicz, Sebastian Łopatecki

Zmiany w opiece psychiatrycznej dorosłych oraz dzieci i młodzieży były tematem ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gośćmi prof. Jana Kochanowicza byli Agata Dyszkiewicz, Zastępca Dyrektora ds. Świadczeniobiorców i Służb Mundurowych Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ i Sebastian Łopatecki, kierownik działu kontraktowania świadczeń POW NFZ

Chcemy porozmawiać dziś o reorganizacji, reformie leczenia psychiatrycznego. Budzi to dużo emocji, bo też mieliśmy sporo medialnych doniesień, które mogły powodować niepokój, że nasze zdrowie psychiczne nie będzie należycie zadbane. Co to takiego są te Centra Zdrowia Psychicznego i jaka jest idea tej reformy, która jest wprowadzana?

AD: To trzeba sięgnąć do 2017 roku, wtedy pojawił się czołowy dokument w tym zakresie, czyli rozporządzenie rady ministrów o Narodowym Programie Zdrowia Psychicznego. Po wielu badaniach specjaliści stwierdzili, że należy powoli odejść od modelu opieki rozproszonej, czyli takiej jaką mieliśmy do tej pory, gdzie każda poradnia ma swoją umowę z funduszem, swój zakres, swoich stałych pacjentów przyjmowanych od dawna. Tylko tak naprawdę jak z pacjentem coś się dzieje, to nie bardzo wiadomo, gdzie, komu tego pacjenta przekazać i nikt tak naprawdę nie koordynuje dalszego leczenia pacjenta. Po wypisaniu ze szpitala pacjent jest sam i albo się zgłosi, żeby kontynuować leczenie do poradni, albo się nie zgłosi. I takim modelem, który jest skierowany na potrzeby pacjenta, na współpracę wszystkich jednostek, są właśnie te centra zdrowia psychicznego (CZP). W ubiegłym roku mieliśmy rzeczywiście szumy medialne. Miało to miejsce na przełomie listopada ubiegłego roku i stycznia tego roku. Związane było to ze zmianą modelu organizacji świadczeń, zwłaszcza na terenie miasta Białystok.

Czyli podwaliny pod tą reformę były w 2017 roku.

AD: Tak, i od 2018 roku na terenie naszego województwa już powstawały CZP. A CZP są takim tworem, którego nie wybiera NFZ w wyniku postępowania konkursowego, tak jak w każdym innym rodzaju świadczenia. Konkretny podmiot leczniczy, który ma pełnić taką rolę, jest

wskazany w rozporządzeniu ministra zdrowia i od 2018 roku, w tymże rozporządzenie minister zdrowia włączał konkretne podmioty jako CZP, przyporządkowując im ich obszar działania, czyli najczęściej powiat. Prawie na końcu zostało włączone miasto Białystok ze wskazaniem jakie trzy podmioty na tym terenie pełnią taką funkcję.

W mieście Białystok centra powstały na początku 2023 roku i wszyscy świadczeniodawcy, którzy do tej pory wykonywali umowę na podstawie zawartych z nami umów, powinni byli liczyć się z tym, że współpraca w takim kształcie z NFZ kiedyś dobiegnie końca. Pierwsze podejście do sieci CZP to był już pierwszy kwartał 2023, tylko na tym etapie początkowym jeszcze podmioty się nie dogadały między sobą, z poszczególnymi poradniami zdrowia psychicznego, a zależało nam na tym, żeby jak najwięcej jednostek się skonsolidowało, bo tylko wtedy ta opieka psychiatryczna, taki bardzo szeroki model finansowania i kontraktowania i realizacji świadczeń dla pacjenta ma sens. Stąd myśmy nie wypowiedzieli od razu w pierwszym kwartale ubiegłego roku obowiązujących umów. Patrzyliśmy jak wygląda realizacja świadczeń i w listopadzie wystosowaliśmy do podmiotów informacje, że umowy obowiązują do 31 grudnia 2023 i nie będą przedłużane. I wtedy powstał właśnie medialny szum. Część podmiotów jakby się obudziła i dopiero zauważyła, że od kilku lat reforma zdrowia psychicznego ma miejsce. Niestety zaczęło się włączanie w tą sprawę medialną także pacjentów. Co uważam za niedopuszczalne, bo pacjent w kryzysie psychicznym musi czuć bezpieczeństwo, musi mieć stabilizację. On nie może otrzymywać od swojej poradni informacji, że „ja nie wiem, gdzie ja będę pana leczył za 2 tygodnie”. Generalnie finalnie wszystko skończyło się dobrze. Prawie wszystkie podmioty poza dwiema poradniami przystąpiły jako podwykonawcy do CZP. Dla pacjenta oznacza to tyle, że jego poradnia nie zmieniła adresu. Jest to to samo miejsce, ci sami lekarze i jest zapewniona opieka.

Może doprecyzujemy, co to takiego te Centra Zdrowia Psychicznego? Na co może pacjent tam liczyć?

AD: Jest to pomoc przeznaczona dla pacjentów pełnoletnich, którzy zamieszkują dany obszar CZP, czyli konkretne powiaty i na przykład miasto Białystok. Mamy 3 podmioty współpracujące z 9 podwykonawcami i generalnie mapa świadczeniodawców psychiatrycznych na terenie miasta się nie zmieniła. Nie mamy tylko CZP w 2 powiatach w regionie: wysokomazowieckim i sokólskim. Tam jeszcze jesteśmy na etapie tworzenia centrów, a to oznacza, że pacjenci korzystają z zakresu świadczeń psychiatrycznych na warunkach dotychczasowych. Ale nie ma nigdzie białej plamy, jeżeli chodzi o dostęp do świadczeń. Co jest istotne, CZP jest opłacane ryczałtem, który wynika z populacji danego obszaru i wszystkie świadczenia, które do tej pory były realizowane na podstawie umów standardowych z nami zawartych, przechodzą do kompetencji centrów.

W CZP pacjent ma zapewnioną kompleksową, interdyscyplinarną opiekę, ma tę opiekę zapewnioną bardzo szybko, dostosowaną do stanu swego zdrowia i zaplanowaną w indywidualny sposób. Jeżeli czuje, że jest mu niezbędna pomoc psychiatryczna, psychologiczna, że coś z nim się dzieje niepokojącego, może się udać sam, czy z bliską osobą, na konsultacje do punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego (PZK) w CZP. Nie jest potrzebne żadne skierowanie. Część punktów działa od poniedziałku do piątku od godziny 8:00 do godziny 18:00. Część punktów przez całą dobę przyjmuje pacjentów. W takim punkcie pacjent trafia na konsultacje bądź do psychologa, bądź do lekarza psychiatry i albo trafia na ścieżkę pomocy psychologiczną, albo lekarza psychiatry. Nie ma tu kolejki. Maksymalny czas na

konsultacje z lekarzem psychiatrą w przypadku pilnym to jest 3 dni i my już wiemy po rocznych analizach, że średni czas oczekiwania na taką konsultację nie przekracza tych 3 dni.

Czyli założenia reformy się sprawdzają?

AD: Założenia reformy się sprawdzają, jak najbardziej. Dodam, że mamy w CZP dwa rodzaje personelu wspomagającego - to są asystenci zdrowienia i koordynator tej opieki. Jeżeli chodzi o takiego asystenta zdrowienia, jest to w ogóle kompletne novum w naszej dziedzinie. To jest osoba, która sama przeżyła głęboki kryzys psychiatryczny. Jest to oczywiście osoba po właściwych przeszkoleniach, która ma wymagane certyfikacje i która doskonale wie, jak należy rozmawiać z pacjentem, który potrzebuje pomocy. Jest to osoba, która uczestniczy we wszelakich pracach zespołu interdyscyplinarnego, bo tak jak już mówiłam, pacjent w centrum nie jest prowadzony tylko i wyłącznie przez psychologa, albo przez lekarza psychiatrę. Nad terapią czuwa cały sztab ludzi, jest lekarz, jest psycholog, jest asystent zdrowienia, jest koordynator, który dba o to, żeby pacjent pojawiał się na wizycie, żeby pacjentowi pomóc w zachowaniu relacji z jego środowiskiem, z jego rodziną.

Także pacjent, który kończy leczenie stacjonarne w szpitalu psychiatrycznym, przed wypisem musi mieć kontakt ze swoim Centrum Zdrowia Psychicznego. Czyli jego CZP musi mieć informację, że pacjent jest hospitalizowany i musi mieć informację, kiedy wychodzi ze szpitala, właśnie po to, żeby z nim się skontaktować. Standardy organizacyjne dają tu niespełna tydzień na podjęcie kontaktu z pacjentem, który opuszcza mury szpitala psychiatrycznego i włączenie go do szeregu różnych form opieki i pomocy, jakie to centrum sprawuje.

Obowiązuje tu rejonizacja? Np. jestem mieszkańcem Sokółki, natomiast całe moje życie, aktywność, jest związana z Białymstokiem. Czy mogę skorzystać z CZP w Białymstoku?

AD: Oczywiście, natomiast później jest to ewentualna kwestia rozliczenia między podmiotami. Ale to pacjenta absolutnie nie obchodzi. Pacjent ma zagwarantowaną opiekę tam, gdzie się zgłosi. Nie ma tutaj żadnej rejonizacji. Pacjent jest najważniejszy.

W ramach tej opieki w CZP mamy kontakt z psychologiem, z psychiatrą, asystentem zdrowienia, koordynatorem. A na co jeszcze można liczyć?

AD: Mamy różne terapie, sesje wsparcia rodzinnego, rozmowy konsultacyjne z bliskimi pacjenta, asystowanie pacjentowi w kontaktach z podmiotami zewnętrznymi. Możemy też liczyć na pomoc w tym, jak uzyskać świadczenie socjalne, bo czasami pacjenci zgłaszają się w takim stanie, że nie bardzo wiedzą jak sobie w tej pomocy instytucjonalnej poradzić.

A jeśli pacjent wymaga leczenia szpitalnego, na jakiej zasadzie to się odbywa?

AD: Przede wszystkim musimy zwrócić uwagę, że reforma zakłada odejście od leczenia stacjonarnego. Ale oczywiście wtedy, kiedy jest to wymagane to leczenie stacjonarne się odbywa.

Bo kiedyś to było tak, że gdy psychiatra stwierdzał, że nie poradzi sobie z leczeniem ambulatoryjnym wystawiał pacjentowi skierowanie do szpitala. I pacjent tam albo trafił, albo nie trafił. Albo jeśli był w stanie zagrażającym sobie czy otoczeniu, to trafiał pod przymusem na leczenie szpitalne. Jak to w tej chwili wygląda?

AD: W tej chwili mamy dwa reżimy prawne. Jeżeli pacjent, który jest pod opieką CZP i zespół terapeutyczny uznaje, że faktyczny stan zdrowia pacjenta jest taki, że wymaga leczenia w szpitalu stacjonarnym, przekazuje pacjenta do szpitala psychiatrycznego. Potem przed

wypisem CZP musi mieć informacje o tym, kiedy ten pacjent wychodzi, w jakim jest stanie, żeby zabezpieczyć jego dalsze funkcjonowanie w jego środowisku. Natomiast jeżeli zespół terapeutyczny podczas kontaktu z pacjentem (który odbywa się przynajmniej raz w tygodniu), zauważa, że pacjent jest w stanie, który zagraża jego bezpieczeństwu, bezpieczeństwu jego bliskich i innych osób, to wtedy w grę wchodzi ustawa o przymusowym leczeniu psychiatrycznym. I wtedy pacjenta przyjmujemy do szpitala psychiatrycznego wbrew jego zgodzie.

Powiedzmy więcej o asystencie zdrowienia, bo to duża zmiana jakościowa. To osoba doświadczona, która sama już przeszła wszystkie etapy zdrowienia, wie jak to w praktyce wygląda. Kto może takim asystentem zdrowienia oprócz tego, że jest to były pacjent, zostać? Czy są potrzebne konkretne predyspozycje, szkolenia, wykształcenie?

AD: Przede wszystkim to są konkretne szkolenia, konkretne certyfikaty. Od strony pacjenta ważne jest to, że pacjent ma z kim rozmawiać, nie wysilając się - ja celowo używam takiej formy - na szczerość w stosunku do personelu medycznego. Nie zawsze i nie o wszystkim chcemy od razu powiedzieć lekarzowi, psychologowi. To też wymaga pewnego otwarcia od strony pacjenta, a pacjent w kryzysie może niekoniecznie też chcieć mówić o wszystkim otwarcie. Po to ma koordynatora i asystenta zdrowienia, który tak naprawdę jest jego przyjacielem, przyjaciółką, który go popilotuje, któremu powie: „Masz w tej chwili taką fazę, ja też to przeżywałem, zrobiłem to i to, uważaj na to czy na tamto, a tutaj masz pomoc”.

A jaka jest rola koordynatora w Centrum Zdrowia Psychicznego?

AD: O ile asystent jest przyjacielem, to koordynator jest przewodnikiem pacjenta i dba o to, żeby pacjent pojawiał się na wizytach, dba o kontakt z pacjentem, o przekazywanie informacji wszystkim instytucjom pomocowym, z jakich ten pacjent korzysta, jest w kontakcie z lekarzem POZ pacjenta. Bierze też udział, tak jak i asystent zdrowienia, w spotkaniach całego zespołu terapeutycznego.

Pierwsze Centrum Zdrowia Psychicznego w naszym województwie powstało 2018 roku, czyli mamy doświadczenia już kilkuletnie. Który region województwa jako pierwszy przystąpił do tej nowej formy opieki psychiatrycznej i jak to w tej chwili tam wygląda, z perspektywy tych kilku lat?

AD: Pierwsze były Suwałki, i to bardzo szybko się rozprzestrzeniło na konkretne obszary i sąsiadujące powiaty. Mieliśmy tam do czynienia z takim modelem, który chcieliśmy wprowadzić w Białymstoku, czyli szpital w Suwałkach funkcjonował na zasadzie podwykonawstwa z dotychczasowymi świadczeniodawcami i tam nie było żadnych niepokojów społecznych, pacjenci przychodzili do swoich dotychczasowych poradni. Bo pacjent nie musi wiedzieć, że nastąpiła zmiana instytucyjna. On przychodzi do swojej poradni, ma tam spotkanie z zespołem terapeutycznym, z koordynatorem, lekarzem, psychologiem. Być może dostrzega to, że jest to trochę w inny sposób zorganizowane, że jest bardziej zaopiekowany, bezpieczny.

Natomiast po całym roku funkcjonowania CZP w Białymstoku i w innych powiatach, które dołączały w ciągu roku, mamy dane świadczące o tym, że chyba jednak o taką opiekę właśnie pacjentom chodzi. Bo w ubiegłym roku skorzystało z opieki CZP ponad 30000 osób, z czego około 70% pacjentów było w pomocy czynnej, czyli to są pacjenci z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, którzy korzystają z opieki asystenta zdrowienia i z opieki koordynatora.

Celem wprowadzenia CZP było zmniejszenie poziomu hospitalizacji psychiatrycznych. Jak przyłożymy liczbę pacjentów centrum do liczby hospitalizacji psychiatrycznych, to mniej więcej około 5% hospitalizacji psychiatrycznych jest jeszcze ciągle troszeczkę za dużo, ale już zauważamy tendencję spadkową.

Bo też pacjent zaopiekowany w sposób ambulatoryjny rzadziej wymaga hospitalizacji. Pobyt w szpitalu psychiatrycznym to też jest swego rodzaju stygmatyzacja dla tych pacjentów.

AD: Jest stygmatyzacja, jest to też dla pacjenta stres. Potem należy odbudować ten jego poziom bezpieczeństwa, który był do momentu hospitalizacji.

Wiemy już, jak wygląda reforma w przypadku dorosłych, a jak to jest w przypadku dzieci i młodzieży? Przez wiele lat w województwie nie mieliśmy leczenia szpitalnego, były jedynie poradnie zdrowia psychicznego. W tej chwili od kilku lat już funkcjonuje oddział psychiatryczny przy Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Jak ta opieka wygląda, gdzie rodzice czy opiekunowie mogą o taką pomoc dla swoich dzieci się ubiegać?

Sł: Równocześnie z reformą psychiatrii dla dorosłych, ministerstwo przeprowadziło wielką reformę psychiatrii dziecięcej. W 2019 roku w zespole ministerialnym powstał taki pomysł, żeby zmienić rozproszoną opiekę psychiatryczną dziecięcą, która tak naprawdę nie była blisko środowiska, a w dużych miastach wojewódzkich. Postanowiono utworzyć 3 poziomy opieki specjalistycznej skierowanej do dzieci. I tak pierwszy poziom jest to stricte opieka środowiskowa, która jest najbliższej i zlokalizowana w jak najmniejszej jednostce terytorialnej, czyli powiecie. Ustalono, że na jeden ośrodek pierwszego poziomu powinno przypadać około 12,5 do 15 tys. osób poniżej osiemnastego roku życia. W województwie podlaskim mamy jeden ośrodek w każdym powiecie i w Białymstoku dodatkowo trzy. Czyli ta dostępność jest na optymalnym poziomie. Ośrodek ma za zadanie zapewnić swoim młodym podopiecznym wsparcie emocjonalne, ale także współpracę z innymi ośrodkami. Czyli to nie tylko kontakt pacjent - psycholog czy psychoterapeuta, ale także ewentualna pomoc w szkołach, w ośrodkach wychowawczych czy nawet w rodzinie tego podopiecznego.

A kogo spotkamy w takim ośrodku? Czy jest to psycholog czy psychiatra dziecięcy? Bo cały czas jesteśmy bombardowani informacjami o dużych problemach kadrowych, o braku psychiatrów dziecięcych. Kto w tym powiecie stanowi taką pierwszą pomoc?

Sł: Personel, który jest dostępny w tym pierwszym poziomie to psycholog, psychoterapeuta i terapeuta środowiskowy. To są osoby, które udzielają świadczeń w takim pierwszym kontakcie. To od nich ewentualnie wychodzi informacja, czy jest potrzeba dalszej konsultacji, czy jest wymagana opieka specjalistyczna na wyższych poziomach.

Drugi poziom jest już skoncentrowany na grupę powiatów, najczęściej na drugi poziom przypada od 4 do 5 pierwszych poziomów. Staramy się, żeby tych poziomów nie było za dużo, ale żeby one były faktycznie tak zorganizowane, żeby tej pomocy specjalistycznej udzielać wtedy, kiedy jest najbardziej potrzebna. W drugim poziomie mamy rozszerzenie personelu o lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dziecięcej oraz dodatkowo poza poradnią dodatkowo jest ośrodek dzienny rehabilitacyjny, gdzie dzieci są obejmowane zajęciami terapeutycznymi. Dla pacjentów, którzy takiej formy terapii potrzebują mamy tu terapię zajęciową, grupową, indywidualną, sesje rodzinne.

Jeśli chodzi o trzeci poziom, to tak jak pan profesor wspominał, przez 11 lat nie mieliśmy opieki na poziomie szpitalnym dziecięcym. W 2022 roku udało się nam podpisać umowę po

wieloletnich konsultacjach i próbach. W końcu DSK zorganizował taki oddział, przystąpił do konkursu i od 2022 roku udziela tych świadczeń na trzecim poziomie. W DSK jest szerszy pakiet opieki - jest tu i poziom drugi i trzeci, czyli leczenie szpitalne. Tu na chwilę obecną, na 34 łóżka, które są przez nas zakontraktowane, obłożenie jest stałe - około 100%, a kolejka oczekujących jest zerowa, czyli szpital przyjmuje pacjentów na bieżąco. Nie ma takiego ryzyka, że pacjent wymagający opieki specjalistycznej musi czekać w bardzo długich kolejkach.

Ostatnie lata to rozwój różnego rodzaju nowych technologii, technologii cyfrowych. To niesie za sobą postęp, ale z drugiej strony i uzależnienie. Młodzież jest bardzo w tym względzie bardzo podatna. Czy mamy dla takich młodych ludzi jakąś możliwość pomocy?

SŁ: Tak, taki program został uruchomiony z uwagi na to, co się zadziało w trakcie pandemii czyli odizolowania. Ten okres pokazał, jaki jest problem z uzależnieniem od nowych technologii, szczególnie wśród młodzieży.

Ministerstwo wprowadziło program pilotażowy pt. Cyber pod koniec 2021 roku. W każdym województwie został wybrany jeden podmiot, który obejmował opieką dzieci i młodzież do 18 roku życia, które mogły mieć problem z uzależnieniem od nowych technologii cyfrowych. W naszym województwie taki program prowadzi Stowarzyszenie Droga w Białymstoku. Pacjenci mają zapewnioną tam pomoc psychologa, psychoterapeuty, terapeuty zajęciowego i lekarza psychiatry. Prowadzone są sesje grupowe, indywidualne, rodzinne. Czyli to też jest taki pakiet podobny do oferowanego w pierwszym poziomie opieki psychiatrycznej, ale jednak skupiający się na uzależnieniu od nowych technologii. Pracują tam specjaliści, którzy tylko w tej kwestii się obracają, którzy wiedzą, jak podejść do tego pacjenta, czy faktycznie to jest już problem, czy jeszcze można nad tym zapanować. Prowadzona jest praca z pacjentem, ale i z jego rodzicem, wskazując mu, jakie metody może zastosować, aby temu dziecku ograniczyć dostępność do technologii i uświadamiając, że nie robi się tym krzywdy. Na początku zgłaszalność do tego programu była bardzo mała, rzędu 12 osób. Ale już w kolejnym pełnym roku działaniami było objętych 485 osób. To pokazało, że są chętni, ale też, że jest problem, bo jednak ci pacjenci zaczęli się zgłaszać. Co też ministerstwo zauważyło, bo pierwotnie program miał zakończyć się w czerwcu br., ale zostanie przedłużony z uwagi na zgłaszalność.

AD: Bardzo często młodzież sobie nie uświadamia konsekwencji zbyt długiego, zbyt częstego korzystania z telefonu komórkowego. Z punktu widzenia piętnastolatka, telefon komórkowy i Internet, media społecznościowe to jest coś naturalnego. Tylko nie widzi czasu, jakie pochłania mu korzystanie z tego telefonu, tego że zanikają relacje w rodzinie, nie ma oparcia, nie ma rozmów. Ten młody człowiek jest wyizolowany z jego otoczenia naturalnego, a mało tego, jego rówieśnicy zachowują się tak samo. Gdzieś te więzi między młodzieżą też zanikają.

To prawda – na przerwie w szkole zwykle wszyscy grzecznie siedzą na ławeczce, każdy ze swoim smartfonem i nikt ze sobą nie rozmawia, tylko do siebie piszą. Myślę, że ten problem jest na tyle duży, często niezauważony przez rodziców, bo dotyka on też rodziców, ponieważ oni też już są często uzależnieni od social mediów. A w jaki sposób można trafić na taką terapię do Stowarzyszenia Droga?

SŁ: Do objęcia opieką nie jest wymagane skierowanie, wystarczy skontaktować się ze Stowarzyszeniem Droga i tam ustalić zasady przyjęcia. Tutaj akurat pacjent musi stawić się z rodzicem, czyli to rodzic powinien się skontaktować w sytuacji, kiedy widzi, że może być problem. Nie zawsze tak musi być, ale lepiej dmuchać na zimne i taki problem przedyskutować

ze specjalistą i być spokojnym, nawet jeśli dziecko nie zostanie objęte opieką lub będzie skierowane do innej formy opieki.

Podsumowując – mamy wiele możliwości leczenia i najważniejsze jest to, żebyśmy się nie bali skorzystać z form pomocy, które są dostępne.

AD: Czy tego chcemy, czy nie, to wszystkie prognozy zdrowotne wskazują na to, że zaburzeń psychiatrycznych, psychicznych, różnych manii, depresji po stronie pacjentów dorosłych, ale i dzieci, będziemy mieli coraz więcej i musimy się z tym zmierzyć. My się nie możemy wstydzić tego, że coś nas niepokoi. Depresja nie powstaje z dnia na dzień. Jest to też pewien proces. Nie możemy się wstydzić schorzenia psychicznego, depresji. Musimy starać się o pomoc. Wszystko da się wyprostować i wyprowadzić. A jak wiemy, mamy do kogo się zgłosić i mamy zapewnioną fantastyczną opiekę.

4. Czy nadciśnienie boli?



prof. dr hab. Edyta Zbroch

Nadciśnienie tętnicze było tematem ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza była prof. Edyta Zbroch, kierownik Kliniki Hipertensjologii, Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Spotykamy się, aby porozmawiać o dosyć nietypowej specjalności Pani Profesor - hipertensjologii. Co to za dziedzina?

Hipertensjologia to dziedzina, która zajmuje się nadciśnieniem tętniczym. Jest w niej trochę endokrynologii, trochę nefrologii, trochę kardiologii, a także neurologii. A to dlatego, że nadciśnienie tętnicze jest to choroba, która obejmuje - mówiąc kolokwialnie - całego człowieka, która może powodować powikłania większości narządów. Od chorób mózgu, przez choroby serca, naczyń, miażdżycę, po choroby nerek. Z drugiej strony także choroba tych narządów, czyli np. nerek może wywołać nadciśnienie tętnicze. Czyli hipertensjologia to zlepek różnych dziedzin, które po trochu mają związek z nadciśnieniem tętniczym.

Kiedy mówimy o nadciśnieniu tętniczym, jak można je rozpoznać?

Nadciśnienie tętnicze to jest podwyższona wartość ciśnienia tętniczego, ale nie może to być jeden pomiar. Czyli jak ktoś zmierzy sobie ciśnienie i ma przekroczoną wartość 140/90 mmHg, to nie możemy powiedzieć, że ma nadciśnienie. Jest podejrzenie nadciśnienia, ale aby je rozpoznać, trzeba je jeszcze zdiagnozować. Musi być pomiar wartości ciśnienia kilkakrotny, np. na dwóch różnych wizytach lekarskich. Jeśli pacjent ma bardzo wysokie wartości, powyżej 180/100 mmHg w kilku pomiarach przy jednym spotkaniu, możemy powiedzieć z dużym prawdopodobieństwem, że ma nadciśnienie. Chodzi o stale podwyższone ciśnienie tętnicze, powyżej 140/90 mmHg, aczkolwiek najnowsze zalecenia są takie, że jeżeli ta wartość jest powyżej 130/85 mmHg, to już trzeba zwrócić uwagę, czy pacjent nie ma nadciśnienia tętniczego.

Kiedyś pokutowało określenie, że im więcej lat, tym wyższe ciśnienie. Czy te wartości 140/90 mmHg, 130/85 mmHg są dla każdego wieku?

Kryteria rozpoznania nadciśnienia tętniczego nie mają znaczenia jeśli chodzi o wiek. Zawsze są takie same. Natomiast u osób powyżej 80 roku życia łagodniej podchodzimy do leczenia nadciśnienia tętniczego, rozpoczynamy leczenie dopiero gdy przekracza 150, bo u osób

starszych też często występuje tzw. nadciśnienie skurczowe, gdy to dolne ciśnienie, rozkurczowe, jest prawidłowe. Jest to związane trochę ze zmianami miażdżycowymi, które pojawiają się z wiekiem u każdego.

Jak często trzeba mierzyć sobie ciśnienie i co to znaczy: skurczowe, rozkurczowe?

Wszyscy powinni mierzyć sobie ciśnienie, każdy zdrowy dorosły przynajmniej raz w roku, a osoby z obciążeniem chorobami sercowymi odpowiednio częściej. Nawet przy okazji, np. podczas wizyty u kogoś z rodziny, kto ma aparat ciśnieniowy, warto wykonać taki pomiar u siebie. Coraz więcej osób ma aparaty do mierzenia ciśnienia w domu, są one zwykle w pełni zautomatyzowane.

Trzeba tylko pamiętać, aby mierzyć ciśnienie prawidłowo, czyli w warunkach spoczynku, nie w stanie nerwowości, czy np. po bieganiu. Zawsze trzeba najpierw usiąść, odpocząć kilka minut, dopiero potem założyć mankiet od aparatu automatycznego i zmierzyć ciśnienie. Ta pierwsza wartość to ciśnienie skurczowe, druga - rozkurczowe, a trzecia wartość to czynność serca. Po pierwszym mierzeniu należy chwilę odpocząć i zmierzyć ciśnienie drugi raz. I zwykle ten drugi pomiar jest już niższy. Wtedy albo wyciągamy średnią albo zapisujemy sobie tylko ten drugi pomiar. To jest prawidłowo zmierzone ciśnienie.

Czy dużo osób ma te wartości powyżej 140/90 mmHg?

Szacuje się, że 30 proc. populacji Polski ma nadciśnienie tętnicze, a poza tym co 4. osoba nie wie, że je ma. Nadciśnienie nie boli, nie jest to choroba, która skłoni, by pójść do lekarza i się zbadać. Czasem może powodować bóle głowy, ale też nie wiadomo, co jest pierwsze, czy ból głowy powoduje nadciśnienie czy odwrotnie. Dlatego zalecamy, aby mierzyć ciśnienie nie tylko wtedy, gdy jest niedobre samopoczucie, ale także w stanie dobrego samopoczucia. Bo może się okazać że jest nadciśnienie, a nie daje objawów. Natomiast nadciśnienie, choroby sercowo-naczyniowe to pierwsza przyczyna zgonów w Polsce i na świecie. Nadciśnienie może powodować poważne powikłania, jak: udary niedokrwienny czy krwotoczny, choroby serca, począwszy od zawału, czyli miażdżycy tętnic wieńcowych, migotania przedsionków, niewydolność serca, miażdżycę tętnic kończyn dolnych, prowadzącą często nawet do amputacji, chorobę nerek, która może prowadzić nawet do konieczności dializoterapii. Nadciśnienie tętnicze jest chorobą powszechną i często nie rozpoznawalną. Trafiają do nas pacjenci, u których pierwszym objawem nadciśnienia było np. napad migotania przedsionków, a nawet udar.

Nadciśnienie nie boli, ale czy - oprócz pomiaru oczywiście - jakieś objawy mogą sugerować, że możemy mieć problem z ciśnieniem tętniczym?

Oprócz wspomnianych już bólów głowy, to może być np. uczucie zmęczenia, niemożności skoncentrowania się na czymś, skupienia się, kołatania serca, ogólne osłabienie, uczucie ciśnienia w głowie, szczególnie z tyłu. Drętwienia rąk też mogą być związane z nadciśnieniem. A także duszności, problemy z wysiłkiem, gdy np. nigdy nie było takiego problemu, a nagle po przejechaniu 5 km rowerem jest nam ciężko. Jak występują takie objawy, warto udać się do lekarza. Ale warto najpierw sobie pomierzyć w warunkach spokoju ciśnienie, bo u lekarza czasem występuje „objaw białego fartucha”. Ten czynnik emocjonalny ma ogromne znaczenie, nawet u osób, które już leczą nadciśnienie.

Jak wygląda diagnostyka nadciśnienia tętniczego, jakich badań możemy się spodziewać i jak wygląda prowadzenie takiego pacjenta?

Pacjent powinien mieć przede wszystkim wykonaną diagnostykę przyczyn nadciśnienia tętniczego, nie wystarczy je rozpoznać i dać leki. Nadciśnienie może być wtórne do chorób (to ok. 5-10 proc. przypadków) i trzeba zawsze wykonać diagnostykę w kierunku tych przyczyn wtórnych. Nadciśnienie mogą powodować chociażby choroby tarczycy, choroby nerek, serca. Dlatego pacjent powinien mieć wykonane podstawowe badania laboratoryjne, później ewentualnie echo serca, ekg, potem ewentualnie całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego.

Czasem przyczyną nadciśnienia może być tzw. bezdech senny – warto o tym pomyśleć gdy ktoś chrapie. Dobrze zebrany wywiad czasem wskazuje na przyczynę. Zachęcam, aby w przypadku podwyższonych wartości ciśnienia zgłaszać się do lekarza pierwszego kontaktu i przynajmniej podstawowe badania zrobić. Zachęcam też do badania moczu, które może nam pokazać zanim pojawią się objawy we krwi, że coś dzieje np. z nerkami.

Pomiar ciśnienia powinien odbywać się w spokoju, w określonej pozycji. A które sytuacje fizjologiczne powodują, że ciśnienie jest wyższe niż normalnie i czego powinniśmy unikać przed pomiarem, aby nie zafałszować wyniku?

De facto większość sytuacji codziennych powoduje wzrost ciśnienia tętniczego, jedynie sen powoduje jego obniżenie. Dlatego jak wykonujemy całodobowy pomiar, to widzimy w którym momencie pacjent spał. Natomiast przed pomiarem na pewno warto powstrzymać się od wypicia kawy, która może podnieść ciśnienie, nie należy też palić papierosów. I nie mierzymy ciśnienia w sytuacji stresowej, ale także gdy coś nas boli, bo organizm reaguje wzrostem ciśnienia na ból. Nie należy też mierzyć ciśnienia zaraz po pionizacji, trzeba posiedzieć 5 minut, wyciszyć się, odpocząć i dopiero mierzyć.

Jak wygląda obecnie leczenie nadciśnienia tętniczego? Jakie leki otrzymuje pacjent?

Niezależnie od tego, ile leków zostanie przepisanych przez lekarza, zawsze obowiązują modyfikacja stylu życia. Zdrowy styl życia zawsze obowiązuje. Jest dieta DASH, ułożona specjalnie przeciwko nadciśnieniu tętniczemu, którą warto zastosować. Jest oparta na warzywach, produktach pełnoziarnistych, mięso jest w niej obecne rzadko, i jeśli już to chude, drobiowe. Udowodniono, że już ta dieta sama w sobie może prowadzić do obniżenia ciśnienia, niezależnie od leków. Do tego oczywiście potrzebna jest odpowiednia aktywność fizyczna, zdrowy sen i oczywiście unikanie stresu. O to ostatnie chyba najtrudniej. Dobry wpływ na obniżenie ciśnienia ma np. psychoterapia. Jak ktoś jest otyły, to redukcja masy ciała ładnie obniża ciśnienie, niezależnie od leków. Mam pacjentów, którzy po schudnięciu przestali brać leki od nadciśnienia. W społeczeństwie panuje ciągle przekonanie, że leczenie nadciśnienia obowiązuje już do końca życia. Choroba nie mija, jest to leczenie do końca życia, jeśli status jest utrzymywany. Ale jak ktoś schudnie, jest możliwe jest odstawienie leków. Leczenie jest potrzebne, gdy ciśnienie jest wysokie i wymaga leczenia. Jeżeli pacjent zastosuje się do zaleceń, modyfikacji stylu życia, zmieni dietę, jest duże prawdopodobieństwo, że uda się przynajmniej zredukować liczbę leków.

Natomiast leczenie farmakologiczne nadciśnienia zaczynamy od preparatów dwuskładnikowych, czyli dwóch leków w jednej tabletkce. Potem możemy dołożyć kolejny lek w tabletkce trójskładnikowej. Podajemy je raz dziennie. Dobór leków jest indywidualny, zależy od wielu czynników dodatkowych.

Jak jest ze skutecznością terapii? Czy są szanse, aby nasze ciśnienie utrzymać w ryzach?

Szanse są całkiem spore, jak stosujemy się do zaleceń i utrzymujemy ten stan. Niestety, jak pokazują badania, po roku stosuje zalecenia tylko 50 proc. pacjentów albo i mniej. Gdybyśmy stosowali się do zaleceń dietetycznych i przyjmowania leków, jest spora szansa, że to nadciśnienie, kontrolowane przez lekarza, by spadło. Ale natura ludzka jest taka, że jak poprawi się, pacjent już sobie pozwala na więcej, redukuje sam sobie dawki, albo przyjmuje leki co drugi dzień. A leczenie nadciśnienia jest stałymi dawkami i codziennie tym samym. Do tego dążymy.

A jeśli mamy nadciśnienie tętnicze, ale nie stosujemy się do zaleceń, nie udało się nam zmodyfikować stylu życia, nie przyjmujemy leków. Co nam wtedy grozi?

Powikłania mogą być bardzo groźne: udar krwotoczny czy niedokrwienny i wszystkie jego konsekwencje, zawał, niewydolność serca, miażdżyca tętnic, migotanie przedsionków, które nierozpoznane może prowadzić do udaru; przewlekła choroba nerek, która nieleczona może prowadzić do schyłkowej niewydolności nerek i konieczności leczenia nerkozastępczego. Długoterminowe nadciśnienie może też powodować mikroudary, zmiany naczyniopochodne

mogą dawać problemy z myśleniem. Także jest to spustoszenie w całym organizmie. Dlatego bardzo ważne jest odpowiednie leczenie nadciśnienia.

W różnych zaleceniach mówi się, że jedną z przyczyn nadciśnienia jest sól. Czy rzeczywiście powinniśmy jej unikać?

Sód obecny w soli jest niekorzystny dla organizmu, zatrzymuje wodę, doprowadza do nadciśnienia tętniczego. Normy pozwalają na spożywanie ok. 5 gram soli dziennie, to jedna mała łyżeczka. Ale Polacy zażywają mniej więcej 15 g soli na dobę. To zdecydowanie za dużo. Niestety, sól jest obecna w wielu produktach gotowych, głównie konserwowanych, przetworzonych, w zupkach chińskich, wędlinach. Dlatego najlepiej stosować dietę opartą na własnych produktach, gdzie mamy kontrolę nad ilością soli i np. upiec mięso zamiast kupować przetworzone. Zamiast soli można używać więcej przypraw ziołowych. Ale diety całkowicie bezsolnej też nie zalecam, bo także nie jest korzystna, choć na pewno jest mniejszym zagrożeniem.

5. Pytania do Dyrektora Szpitala, co nowego w ofercie leczenia stacjonarnego?



prof. Jan Kochanowicz

Gościem audycji „Pytanie do specjalisty” był prof. Jan Kochanowicz, dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, na co dzień gospodarz audycji, z którym rozmawiał ks. Mateusz Kiczko, dyrektor Radia Orthodoxia

Pan profesor jest nie tylko specjalistą w dziedzinie neurologii, ale też od 28.04.2020 roku dyrektorem Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. To już ponad 4 lata. Jest pan dyrektorem, ale czy też aktywnym zawodowo lekarzem?

Niestety, już coraz mniej. Przewaga moich działań to obecnie zadania administracyjne. Z utęsknieniem czekam, aż sprawy administracyjne nie będą zajmować mi tyle czasu co obecnie. Może byłoby inaczej, gdyby to był mniejszy szpital, ale USK to prawie 40 klinik, 50 poradni, ponad 3 tysiące personelu, w tym 900 lekarzy, 1100 pielęgniarek. To rocznie ponad 60 tys. pacjentów hospitalizowanych i ponad 200 tys. przyjmowanych w poradniach specjalistycznych. Pracujemy 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. To szpital, który nigdy nie zasypia i zawsze czeka, aby udzielić Państwu pomocy.

Sprawdziłem, że szpital zatrudnia 3400 pracowników – to największy pracodawca w regionie?

To jest sprawa dyskusyjna, mamy czasem mniej, czasem więcej pracowników, bo jest tu dynamika zatrudnienia. Ale porównywalni jesteśmy do Pronaru i ekipy pana Sergiusza Martyniuka.

Jak się kieruje taką dużą placówką?

Ja szpitala nie budowałem, szpital to kilkudziesięcioletnia historia, to wielopokoleniowy zespół. I pewne zadania to jest kwestia zespołu. Bo dyrektor nawet najmłodszy, nie jest w stanie sam prowadzić takiego szpitala. To jest kwestia odpowiedzialności pracowników. I tu mamy bardzo dobry zespół, od pracowników gospodarczych, administracyjnych, przez salowe,

sanitariusz, pielęgniarki, po lekarzy: szkolących się, pracowników, docentów, profesorów, kierowników klinik. USK to instytucja, która funkcjonuje już kilkadziesiąt lat, gdzie są pewne procedury. W medycynie opieramy się bowiem na procedurach. Mamy też certyfikat jakości, co oznacza że postępowanie z pacjentem jest bezpieczne, odbywa się w jak najwyższym komforcie i z najwyższą jakością. Pacjent jest leczony według pewnego schematu, jest zaopiekowany. To wszystko jest doświadczenie wielopokoleniowe, przekazywane przez lekarzy, pielęgniarki. My tego wszystkiego się nawzajem uczymy. Młody lekarz, który przychodzi do pracy do danej kliniki, poznaje od podstaw zasady funkcjonowania, starsi uczą go jak badać pacjenta, jak go leczyć, jak postępować w czasie dyżuru, różnych sytuacjach kryzysowych. Każdy z nas pogłębia swoją wiedzę na spotkaniach naukowych, praktycznych, i stale ją odnawia, bo w medycynie jest ciągły postęp: stale wchodzi nowe terapie, nowe leki. I chcemy naszym pacjentom zapewnić optymalny dostęp do najnowszych terapii.

W szpitalu mamy pewną hierarchię, na jej szczycie stoi dyrektor. A kto stoi nad dyrektorem USK?

Organ założycielski szpitala czyli rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Obecnie jest nim jeszcze prof. Adam Krętowski, ale jesteśmy już po wyborach, mamy rektora-elekta, prof. Marcina Moniuszko, który obejmie obowiązki od 1 września. Natomiast bezpośrednio, roboczo dyrektor szpitala współpracuje z prorektorem ds. klinicznych, którym jest prof. Janusz Dziecioł.

Pamiętam, że prof. Moniuszko był gościem naszej audycji z cyklu „Pytanie do specjalisty”.

Tak, prof. Moniuszko jest specjalistą alergologiem, rozmawialiśmy z nim na temat astmy.

Kiedy wchodzi pan do Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego czuje się bardziej lekarzem, dyrektorem czy menadżerem albo przełożonym?

Nie mam czegoś takiego. Gdy wchodzi do kliniki, to są pacjenci. Ale jednocześnie załatwiam różne problemy administracyjne, jakie się pojawiają. Trudno to rozdzielić. Z perspektywy tych 4 lat widzę, że zarządzanie jest bardzo absorbujące, pochłania sporo czasu. Chyba nie ma prostego rozwiązania, nie da się wszystkiego tak ustawić, aby tego nie trzeba było korygować. Tym bardziej, że cały czas mamy postęp, trzeba nadążyć za najnowszymi technologiami. Są wprowadzane nowe regulacje prawne. Chociażby ostatnio, o czym rozmawialiśmy na antenie Radia Orthodoxia, była reforma psychiatrii, powstały Centra Zdrowia Psychicznego. Jedno z takich CZP mamy w USK. To wymagało organizacji od podstaw, wiązało się z przeniesieniem do Białegostoku z Choroszczy Kliniki Psychiatrii, która teraz jest w kompleksie przy ul. Skłodowskiej. Jest też np. Program 40 Plus, o którym także rozmawialiśmy na naszej antenie, który też jest realizowany u naszego lekarza rodzinnego.

W USK pacjent znajdzie szeroką, kompleksową opiekę. Mamy cały szereg klinik, część z nich to kliniki monopolistyczne, czyli w naszym regionie są tylko w tym szpitalu, jak: kardiochirurgia, neurochirurgia, chirurgia naczyń i transplantologia, hematologia, torakochirurgia. Często mówimy, że nasz szpital jest największym szpitalem klinicznym, ale jednocześnie największym szpitalem powiatowym. Każdego dnia przyjmujemy bowiem kilkuset pacjentów, którzy wymagają takiej codziennej opieki. Mamy też własną medycynę rodzinną, czyli tą podstawę w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. I wspomniane już 50 poradni specjalistycznych. Zapewniamy też pacjentowi opiekę diagnostyczną, mamy też laboratoria i zakład radiologii.

Z czego to szerokie spektrum wynika?

To też kwestia akademickości. Uczelnia to kształcenie przeddyplomowe i podyplomowe adeptów medycyny. Nie tylko lekarzy, ale też pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, fizjoterapeutów. Aby wykształcić np. lekarza, musi on poznać wszystkie dyscypliny, aby po zakończeniu studiów mieć ogólny jak ta ochrona zdrowia wygląda. Szpital kliniczny musi to udostępnić, aby móc przekazać podstawy wiedzy praktycznej. Bo można coś obejrzeć w internecie czy przeczytać, ale to praktyczna nauka zawodu daje pewność, że student, który kończy medycynę na UMB jest praktycznie przygotowany do dalszego etapu kariery. Czeka go jeszcze 13 miesięczny staż, tacy lekarze z ograniczonym prawem wykonywania

zawodu też trafiają do nas – mamy 160 stażystów. W czasie studiów czy stażu, lekarz podejmuje decyzję, czy i w jakim kierunku będzie się specjalizować. W USK mamy ponad 200 rezydentów, którzy specjalizują się w konkretnej dyscyplinie. Szkolenie takie trwa 5-6 lat i obejmuje program leczenia specjalistycznego. Kończąc specjalizację albo równolegle można prowadzić ścieżkę kariery naukowej, zając się badaniami, które mogą zaowocować publikacjami, uzyskaniem stopnia dr n med., potem dr hab. Uwieńczenie kariery naukowej to uzyskanie tytułu profesora. To wszystko możliwe jest dzięki współpracy UMB i USK.

Czy studenci z UMB mają zagwarantowane w USK miejsce na rezydenturę i praktyki?

Na praktyki tak, ale rezydentura to ogólnopolskie postępowanie. Jest baza miejsc rezydenckich i o tym, gdzie się ktoś dostanie decydują punkty uzyskane z egzaminu lekarskiego. Jest lista rankingowa. Te bardziej popularne specjalizacje wymagają wyższej punktacji, mniej popularne – mniej. Do konkurencji stają lekarze po stażu z całej Polski. Może być tak, że ktoś dostanie miejsce specjalizacyjne w Białymstoku, a jest mieszkańcem np. Zielonej Góry.

Rozmawiamy o studentach, o medycynie. Natomiast w Polsce często narzekamy na służbę zdrowia, na kolejki do specjalistów. Czy w Polsce pana zdaniem brakuje lekarzy? I czy gdyby było ich więcej, może udałoby się te kolejki skrócić?

Myślę, że personelu lekarskiego brakuje. Może w USK, dzięki współpracy z UMB, te problemy kadrowe nie są tak duże. Natomiast z dużymi problemami borykają się szpitale wojewódzkie, powiatowe, poradnie specjalistyczne. Widzę tu duży niedobór. Zwiększanie kształcenia jest jak najbardziej konieczne. Musimy też pamiętać, że kształcimy na tyle dobrze naszych młodych lekarzy, że bez problemu znajdują potem zatrudnienie w Europie Zachodniej, mając unijne prawo wykonywania zawodu. Tam uposażenie jest dużo wyższe. Natomiast do nas trafiają, też bardzo dobrzy, specjaliści zza wschodniej granicy. I chętnie zatrudniamy lekarzy specjalistów i specjalizujących się z Białorusi, którzy te zasoby kadrowe nam uzupełniają i te braki kadrowe są troszeczkę mniejsze. Aczkolwiek lekarzy globalnie brakuje. Do tego dyżurowy system pracy jest wyczerpujący i nie zawsze lekarz ma czas, aby odpocząć.

Czy zauważa pan jako pracodawca jakieś zmiany, jeżeli chodzi o zatrudnienie tych starszych i tych młodych lekarzy? Teraz dużo się mówi o tym, że rynek pracy się zmienia, że młodzi mają zupełnie inne oczekiwania. Czy to widać również jeśli chodzi o służbę medyczną?

Oczywiście, to jest inne pokolenie, inny system pracy, inne prawo pracy. Gdy ja zaczynałem pracę nikt nawet nie pomyślał, aby po dyżurze pójść do domu. Przychodziło się na godz. 8 do szpitala, był normalny dzień pracy, potem zostawało się na dyżur do 8 rano i kończyło pracę po kolejnym dniu pracy. To było normalne. W okresach świątecznych czy wakacyjnym nieraz przychodziłem do szpitala na dwie doby. Teraz przepisy to uniemożliwiają. Lekarz zatrudniony na umowę o pracę po dyżurze ma obowiązek odpoczynku, aby móc się zregenerować.

Z drugiej strony zmieniają się realia prawne, wzrasta roszczeniowość pacjentów. Musimy pamiętać, że pracujemy pod presją prawną, czy na pewno wszystkiego dopilnowaliśmy. Nie zawsze to ma uzasadnienie praktyczne, ale bywa, że ważniejszy jest przepis niż dobro pacjenta.

Wspomniał pan profesor o roszczeniowości pacjentów. Czy do pana jako dyrektora szpitala trafiają skargi od pacjentów?

Na bieżąco rozpatrujemy skargi, różne wątpliwości pacjentów. Bardzo często w przypadku USK rozmowa z pacjentem, jego rodziną i konfrontacja z lekarzem, pielęgniarką czy innym personelem, który jest podejrzany o nieprawidłowości czy błędy, wyjaśnienie tego, powoduje, że pacjenci zaczynają rozumieć sytuację. Sprawy niestety trochę zaogniają media, bo aż kipią od takich „sensacyjek”. Dużo lepiej medialnie się sprzedaje jakaś nieprawidłowość czy sytuacja patologiczna. A pacjent, który spędza dużo czasu przed telewizorem, słuchając radia czy śledząc strony internetowe, gdzie wrzucane są nie zawsze nie do końca sprawdzone informacje, gdy trafia do szpitala od razu jest podejrzliwy. Bo naczytał się czy słyszał jakie nieszczęście kogoś spotkało na SOR czy w szpitalu i też jest przygotowany, że musi tu walczyć o przeżycie. Buduje się poczucie zagrożenia, a jego naprawdę nie ma. My jesteśmy po to, aby

Państwu pomóc. Natomiast rozumiemy, że siłą rzeczy człowiek poddany takiej presji medialnej nie jest w stanie racjonalnie ocenić swojej sytuacji, zwłaszcza jak na to nałożą się rzeczywiste dolegliwości.

W przypadku lekarzy rodzinnych jest rejonizacja, jesteście przypisani do danego lekarza. Jak to jest w przypadku szpitali? Czy mamy prawo wyboru, w jakim szpitalu chcemy się leczyć?

Mamy prawo wyboru także w przypadku lekarzy rodzinnych. Nie ma tu żadnej rejonizacji. To my decydujemy, z opieki którego lekarza rodzinnego chcemy skorzystać. Polega to na złożeniu tzw. deklaracji. Ja oczywiście zachęcam, aby być pod opieką Uniwersyteckiego Lekarza Rodzinnego na ul. Waszyngtona 15 w Białymstoku.

Tak samo jest w przypadku szpitala. Pacjent wybiera, gdzie chce się leczyć. Wyboru nie ma tylko wtedy, jak jest to sytuacja nagła, jakieś nagłe zachorowanie czy wypadek. Wtedy to Zespół Ratownictwa Medycznego zdecyduje, gdzie przywiezie pacjenta, na który SOR. Nie ma możliwości, abyśmy np. mając wypadek w okolicach Siemiatycz powiedzieli, że chcemy jechać np. do szpitala do Warszawy. To ZRM zadecyduje, gdzie trafimy z danym schorzeniem.

W Polsce oprócz publicznej służby zdrowia mamy prywatne szpitale i kliniki. Są one coraz bardziej powszechne. Czy jakość usług jest tam inna niż w publicznych placówkach? Publiczne szpitale są lepsze czy gorsze?

Nie jest to pytanie do mnie. Jako dyrektorowi USK trudno jest mi wypowiadać się o konkurencji. Ale biorąc pod uwagę np. porody, w szpitalu klinicznym w ub. roku urodziło się ponad 2 tys. dzieci, nie obserwujemy tąpnięcia demograficznego. Dlaczego tak się dzieje? Zapewniamy kobietom rodzącym i noworodkom pełną opiekę, od szkoły rodzenia, przez opiekę koordynowaną, poród, połóg. Jeśli pacjentka sobie życzy, ma znieczulenie do porodu, doświadczeni położnicy odbierają poród. Na dziecko czeka wykwalifikowany zespół neonatologów. U nas odbywają się też wszelkie porody, które mają ryzyko powikłań. Zespół lekarzy położników, neonatologów jest przygotowany do najbardziej krytycznych sytuacji, także tych nieprzewidzianych przy naturalnych porodach. Gdzie miały urodzić się suwalskie czworaczki? Urodziły się oczywiście w USK.

Tak samo jest w przypadku innych zabiegów czy terapii. Owszem prosty zabieg można wykonać w każdym szpitalu, ale jak dochodzi do powikłań lub konieczności rozszerzenia operacji, często nie ma takich możliwości w mniejszym szpitalu powiatowym czy prywatnym, a u nas specjaliści są zawsze przygotowani.

A jak to jest z leczeniem za granicą. Czasem słyszy się w mediach, że jakąś operację można wykonać tylko za granicą. A dlaczego nie w Polsce? To kwestia specjalistów, sprzętu?

W medycynie zdarzają się przypadki bardzo rzadkie, także nie wszystkie operacje wykonujemy np. w naszym szpitalu. Jak ich jest w kraju np. 10-15 w ciągu roku, to wykonywanie jednej u nas raz do roku powodowałoby, że doświadczenie personelu, lekarzy, byłoby niewielkie. Dlatego lepiej takiego pacjenta przekazać do ośrodka, który ma doświadczenie, w którym odbywa się więcej zabiegów. Jest to dla dobra pacjenta.

Także nie wszystkie operacje są wykonywane w Polsce, czasem trzeba skorzystać z pomocy ośrodka w Europie. Ale warto pamiętać, że jest możliwość skorzystania z finansowania takiego leczenia przez NFZ. Czyli nie tylko w przypadkach nagłych, gdy jesteśmy za granicą i coś się stanie to z kartą EKUZ możemy skorzystać z pomocy, ale możemy też starać się o leczenie planowe, specjalistyczne. Decyzję o takiej terapii podejmują tu konsultant wojewódzki i krajowy w danej dziedzinie.

Powiedzieliśmy już, że media lubią sensacyjne informacje związane ze służbą zdrowia. Ale też często w mediach pojawiają się informacje, że dany szpital jest zadłużony, że są wielomilionowe straty. Z czego to wynika? Czy to wina zarządzających szpitalami?

Trudno mi odpowiadać za innych dyrektorów, USK nie ma problemów finansowych. Bilansujemy się. Jak to jest w innych szpitalach, nie wiem. Ale rzeczywiście okresowo mamy problemy z rytmicznością opłaty za wykonane świadczenia medyczne przez NFZ. To wynika z

umów i nadwykonań. My nie jesteśmy w stanie przewidzieć, ile osób zgłosi się z danym schorzeniem. Natomiast są podpisywane umowy i gdy są przekraczane, jest oczekiwanie, żeby zostały skorygowane. I o ile za część świadczeń płatność jest rytmiczna, to na część oczekujemy przez kilka miesięcy, a część w ogóle nie jest opłacana przez NFZ.

W pandemii mieliśmy do czynienia z telemedycyną. Jak to się sprawdziło? Czy takie teleporady zastąpią wizyty tradycyjne? Może jest to sposób na kolejki?

To pozostaje, możemy z tego nadal korzystać, zarówno lekarze rodzinni, jak i specjaliści. W niektórych sytuacjach jest to rozwiązanie korzystne, ale też nie oszukujmy się i wygodne dla pacjenta. Natomiast nie da się przenieść całości opieki nad pacjentem w przestrzeń tzw. wirtualną czy telefoniczną. Ale wizyty kontrolne, przypomnienie pacjentom o konieczności wykonania badań, to upraszcza funkcjonowanie, jest ułatwieniem dla pacjenta. Nie trzeba jechać nieraz kilkadziesiąt kilometrów do specjalisty, można telefonicznie uzyskać poradę, receptę, zlecenie badań dodatkowych i pojawić na wizycie specjalistycznej z wynikami i ta wizyta już jest dużo pełniejsza.

Cztery lata bycia dyrektorem to spory czas, dużo się wydarzyło, tym bardziej że był też okres pandemii. Jak pan profesor te 4 lata podsumuje, także z punktu widzenia pandemii?

Nie chciałbym mówić o przeszłości, raczej patrzymy w przyszłość. Szpital jest organizmem żywym i chcemy dalej się rozwijać. Cieszymy się, że byliśmy w stanie pacjentom pomagać. Natomiast teraz koncentrujemy się na dalszym rozwoju i likwidacji tzw. długu zdrowotnego. Po okresie pandemicznym mamy do nadrobienia sporo diagnostyki, zabiegów, terapii. Szpital jest też na etapie rozwoju części onkologicznej. Mimo że nie jesteśmy szpitalem specjalistycznym onkologicznym, w ub. roku było u nas 15 tys. hospitalizacji związanych z leczeniem onkologicznym. To są przede wszystkim hospitalizacje diagnostyczne, leczenie niepowodzeń i powikłań leczenia onkologicznego. W wielu przypadkach, np. nowotworów płuc, nowotworów hematologicznych, endokrynologicznych, ośrodkowego układu nerwowego to nasz szpital jest jedynym miejscem leczenia. Zabiegamy o możliwość stosowania u pacjentów, oprócz chemioterapii, immunoterapii i leczenia operacyjnego, także radioterapii i brachyterapii. Bylibyśmy wtedy pełnoprofilowym szpitalem onkologicznym, co wydaje się kluczową rzeczą dla regionu, województwa, bo oprócz szczególnej pomocy dla pacjentów onkologicznych, byłoby to też poszerzenie bazy dydaktycznej. Czyli możliwości kształcenia przeddyplomowego, aby uwrażliwić młodych adeptów medycyny na problem onkologiczny, a w kształceniu podyplomowym, aby specjaliści różnych dziedzin wiedzieli na bieżąco jak przebiega proces diagnostyki i leczenia chorych onkologicznych.

Czego mogę życzyć panu profesorowi jako dyrektorowi szpitala?

Przede wszystkim jak najbardziej zadowolonych z opieki pacjentów, z tego jak nasz szpital jest postrzegany. A także, aby nasi pracownicy, niezależnie czy to profesorowie, czy tzw. niższy personel pomocniczy, byli zadowoleni z tego miejsca pracy i byli dumni, że mogą nieść pomoc dla naszych pacjentów.

6. Kochanie czy przychodzi do nas Alzheimer?



dr Katarzyna Klimiuk

Choroba Alzheimera była tematem ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza była dr Katarzyna Klimiuk, kierownik oddziału geriatry SPP ZOZ w Choroszczy, która pracuje też w poradni geriatrycznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

Jacy pacjenci przychodzą do geriatry?

Do geriatry może przyjść każdy pacjent, który ukończył 60 rok życia. Ale nie każdy, kto ukończył 60 r.ż, potrzebuje opieki geriatrycznej. To specyficzny i wyjątkowy pacjent, który ma wiele chorób, bierze wiele leków, ma wiele różnych dolegliwości.

Z jakimi schorzeniami najczęściej pacjenci trafiają na oddział czy do poradni ?

jest to pacjent z wieloma chorobami somatycznymi czyli chorobami układu krążenia, oddechowego, endokrynologicznego, z chorobami układu ruchu, ale też z zaburzeniami psychicznymi, nastroju i z zaburzeniami pamięci. Gdy pacjent lub jego rodzina, bliscy zauważają, że jest inny niż wcześniej, że nie radzi sobie w funkcjonowaniu, w życiu codziennym bądź zawodowym, tak jak wcześniej radzę poprosić o radę geriatrę.

Kiedy możemy mówić o zaburzeniach pamięci? Czasem chyba każdemu zdarza się o czymś zapomnieć. Mówię tu np. o sobie -nawet dziś umówiłem spotkanie, nie wpisałem w kalendarz i zapomniałem o nim. Czy to już jest problem?

Absolutnie nie. To jest kwestia wielu obowiązków i zadań, które są przed daną osobą. A kiedy należy się niepokoić? Kiedy zaburzenia pamięci zaczynają przeszkadzać w codziennym funkcjonowaniu. Zdarza się nam zgubić klucze, szukamy ich i w końcu znajdujemy w torebce. Natomiast jeśli znajdujemy je np. w lodówce, to może być już niepokojące. Albo gdy ktoś chodzi codziennie do osiedlowego sklepu po przetwory mleczne i raptem nie potrafi tam znaleźć mleka, czyli gubi się w znanym sobie miejscu, to może to budzić niepokój. Albo ktoś kto do tej pory obsługiwał pralkę, a nagle nie potrafi jej włączyć to jest to sygnał do podjęcia interwencji. Czyli widzimy takie zachowania, które odbiegają od typowego dotychczasowego funkcjonowania i są one wskazaniem, aby udać się do specjalisty. A im wcześniej tym lepiej. Nawet jeśli dotyczy to osoby przed 60-tym rokiem życia.

Zaburzenia pamięci a otępienie –czym to się różni?

Otępienie jest takim „workiem”, do którego wrzucamy wiele synonimów, chorób, określeń medycznych i niemedycznych, jak demencja, miażdżyca, demencja starcza, skleroza, które nam się kojarzą z tym, że osoba starsza ma prawo nie pamiętać czy dziwnie się zachowywać. Nieprawda. Musimy różnicować zaburzenie otępienne czyli chorobę od zaburzeń związanych z prawidłowym starzeniem się. To zadanie specjalistów. Normalna starość może przebiegać ze słabszą koncentracją, uwagą, ale jeśli dołączają się inne objawy jak trudności w wykonywaniu dobrze znanych czynności, trudności w podejmowaniu prostych decyzji, w nazywaniu, w liczeniu, w planowaniu, gubienie słów, braku orientacji w przestrzeni, czasie, odkładanie rzeczy na niewłaściwe miejsca, zmiany nastroju jak apatia, agresja, depresja, myślimy o chorobie, z których najczęstszą postacią jest choroba Alzheimera.

To właśnie główny temat naszej audycji. Jak możemy zdefiniować chorobę Alzheimera?

Jest najczęstszą chorobą otępienną. To choroba neurodegeneracyjna, w której dochodzi do uszkodzenia i zaniku komórek nerwowych. Zaburzone są najwyższe funkcje korowe odpowiedzialne za pamięć, koncentrację, uwagę, liczenie, mowę, za orientację w czasie i przestrzeni. Upośledzeniu tych funkcji towarzyszą zaburzenia kontroli emocji, zachowań społecznych i motywacji. Jeżeli dochodzi do tych zaburzeń -najczęściej na początku występują zaburzenia pamięci -wówczas prawdopodobieństwo wystąpienia choroby Alzheimera jest wysokie.

Jak często geriatrzy spotykają się z chorobą Alzheimera?

Bardzo często. Z uwagi na starzejące się społeczeństwo mamy coraz więcej seniorów, szczególnie po 80 r.ż., a jedynym niezaprzeczalnym czynnikiem ryzyka zachorowania jest wiek. Nie chroni tu wykształcenie, zdrowe żywienie, choć te czynniki mogą uchronić przed wczesnym zachorowaniem. Ta choroba występuje nawet u 40-letnich i 50-latków, ale w tym wieku jest tak niecharakterystyczna, że pacjent najczęściej nie zgłasza się do geriatry, a do innych specjalistów. Natomiast w poradniach i na oddziałach geriatrycznych nawet 80 proc. pacjentów to pacjenci z Alzheimerem.

Kiedy powinniśmy bliską osobę, dziadka, rodzica czy współmałżonka wystąpić do specjalisty podejrzewając u niego chorobę Alzheimera? Na jakie objawy zwrócić uwagę w i codziennym kontakcie? Czasem to bardzo trudne, bo jak obcujemy z kimś na co dzień, jakoś się adaptujemy do jego zachowań. Te zmiany mogą być widoczne bardziej jak rzadziej kogoś widzimy, np. przyjeżdżamy do babci co kilka tygodni. Co powinno nas wtedy zaniepokoić?

Tak się często zdarza, szczególnie przy świętach, spotkaniach rodzinnych, że np. wnuczka, która odwiedza babcię raz pół roku zauważa, że jest to inna babcia. Np. jest apatyczna, zniechęcona, nie ma przyjemności spędzania czasu razem, wycofuje się z życia rodzinnego, ucieka od towarzystwa, bo czuje, że pewnych rzeczy nie słyszy, nie zapamiętuje, nie rozumie. Taka osoba może być rozdrażniona, reagować agresywnie na jakieś drobne gesty, modulację głosu, nieadekwatnie do sytuacji. Wszystko to są sygnały, że coś się może dzieć z naszym bliskim i warto udać się po pomoc do specjalisty. Im taka starsza osoba ma większe zasoby intelektualne, im dłużej pełniła funkcje zawodowe i cechowała się inteligencją emocjonalną, tym później osoby bliskie zauważają jakiś deficyt, bo potrafi się dobrze maskować. I bywa, że ktoś, kto przebywa z taką osobą na co dzień widzi, że ona się zmienia, np. jest ciągle niezadowolona, stale coś chce, wielokrotnie pyta o to samo, wybudza się w nocy szukając toalety, a bliscy widzący ją raz na jakiś czas, uważają, że nic się nie dzieje, że przecież „pyta o wnuki, rozmawia”. Tacy opiekunowie często potem mówią nam, że nie mają wsparcia w dzieciach, w bliskich, są uważani za przewrażliwionych. Często są to tragiczne historie, życiowo dotykające.

Mówimy o zaburzeniach snu, a to chyba naturalne, że im mamy więcej lat, tym krócej śpimy.

Tak. Ale nie chodzi tu o ilość, ale jakość snu i to, że ten sen jest przerywany u pacjenta chorego. On zasypia, ale wybudza się po godzinie-dwóch i uważa, że się wyspał. Jakość snu jest bardzo

istotna i o to każdego pacjenta, który przychodzi do poradni zawsze pytamy. Dobry sen to podstawa, aby w ciągu dnia normalnie funkcjonował, nie podsypiał, był aktywny, a mógł odpocząć w nocy. Dlatego, gdy jest problem, sięgamy po farmakoterapię, ale i metody niefarmakologiczne.

Ale też starsi panowie często mają problemy z prostatą i wstają w nocy, a także osoby z niewydolnością krążenia i obrzękami nóg często się wybudzają, by iść do toalety.

Dlatego żeby diurezę wymusić z rana podajemy leki, aby obrzęki wynikające z niewydolności serca, żylniej, czy nerek móc wysikać w ciągu dnia. Ale jeśli pacjent wstaje w nocy, idzie do toalety i potem bez problemu zasypia, to nie jest to problem. Jak nie jest zmęczony po tym, jak się wybudza, to jest ok.

W przypadku gdy zauważymy problemy z pamięcią u bliskiej osoby, do kogo skierować pierwsze kroki? Do geriatry, neurologa czy psychiatry?

To zależy od pacjenta. Jeśli dominującym problemem są zaburzenia depresyjne, zaburzenia zachowania, behawioralne i dodatkowo zaburzenia pamięci, to pierwszą myślą może być pójście do psychiatry. Pacjent z zaburzeniami równowagi, zawrotami głowy, omdleniami i zaburzeniami pamięci – wtedy warto wykonać badanie neurologiczne w pierwszej kolejności. A każdy pacjent, i z zaburzeniami równowagi, i z upadkami, i z zaburzeniami behawioralnymi, i z chorobami somatycznymi – do geriatry.

Jak wygląda wizyta u geriatry? Jak pacjenta z zaburzeniami pamięci na nią przygotować? Wiele osób odczuwa niepokój związany z wizytą u takiego specjalisty.

Chciałabym odczarować ten lęk, niepokój pacjenta, ale i opiekuna przed pójściem do geriatry. To specjalista mający wiedzę i umiejętności w leczeniu wielu chorób. Dlatego podstawą jest dobre przygotowanie do spotkania, tak aby w trakcie wizyty jak najwięcej czasu poświęcić na badanie pacjenta i rozmowę o tym, co dalej robimy. Należy wcześniej przygotować i mieć ze sobą listę wszystkich leków, które pacjent przyjmuje i to nie tylko leków na receptę, ale i OTC. Niestety coraz więcej starszych osób przyjmuje mnóstwo suplementów, które niekoniecznie są mu potrzebne, a często są powielane i robią zamieszanie w terapii. Chodzi tu także o chętnie przyjmowane przez starsze osoby mieszanki ziołowe. Lista powinna być z dawkami i porą podawania leków. Bo czasem lek moczopędny podawany wieczorem powoduje, że pacjent ma zaburzenia snu, bo wstaje do łazienki. Albo ktoś przyjmuje lek pobudzający na noc, a powinien z rana. Już sama zmiana pory podawania leków pomoże w złagodzeniu objawów. Potrzebna jest także pełna dokumentacja medyczna. Niestety nie mamy jeszcze aplikacji, dzięki której lekarz miałby w systemie dostęp do całej dokumentacji medycznej pacjenta z różnych szpitali i poradni, gdzie mógłby prześledzić, na jakie cierpi choroby, czy był np. udar, zawał, czy były upadki ze złamaniami, endoprotezoplastyka. A te informacje wpływają na to, co dalej możemy zaproponować pacjentowi i w jakim zakresie. Czy np. będziemy walczyć o centymetr mniej obwodu podudzia czy pozwolimy na większy obrzęk, ale też lepszy komfort życia i funkcjonowania.

Po zapoznaniu się z tymi informacjami, rozpoczynamy diagnostykę zaburzeń pamięci. Jest odpowiedni panel badań, aby potwierdzić, czy jest to faktyczne zaburzenie pamięci, a może jest to otępienie np. rzekome.

Czy na takiej wizycie pacjent przechodzi jakieś testy?

Tak, i pacjent zwykle boi się tego, niezręcznie się czuje. Nie jest to robione na pierwszej wizycie, chyba że jest to podstawowy test rysowania zegara, który od razu daje odpowiedź, czy mamy do czynienia z zaburzeniami poznawczymi. Na kolejnych spotkaniach zaleca się wykonywanie testów psychometrycznych, najlepiej aby wykonywał je neuropsycholog lub psycholog wykwalifikowany w wykonywaniu tych testów, które dają odpowiedź z jakim stopniem otępienia mamy do czynienia i w jaką stronę idziemy. Czy mamy do czynienia z łagodnymi zaburzeniami funkcji poznawczych, czy jest to choroba Alzheimera, czy otępienie czołowo-skroniowe, a może otępienie z ciałami Lewy'ego.

Czy geriatrzy korzystają z badań dodatkowych i jakich?

Zdarza mi się słyszeć na wstępie wizyty w poradni geriatrycznej: „jest pani naszą ostatnią nadzieją”. Pacjent ma już wykonane wszystkie możliwe badania ale nie wie co z nich wynika. Ma MRI głowy, kręgosłupa, badania krwi, moczu, pomiary ciśnienia, tętna, badania kardiologiczne, ultrasonograficzne. Tylko nie wiadomo, co dalej robić. I zadaniem geriatry jest wyciągnąć wnioski. Ale nie każdy pacjent ma zrobiony taki panel. Jak przychodzi do nas pierwszy raz, aby móc potwierdzić, że ma zaburzenia otępienne, musimy wykluczyć inne przyczyny. Te przyczyny mogą być metaboliczne, czyli zlecamy cały panel badań biochemicznych, by sprawdzić czy to nie jest niedoczynność tarczycy, hiperkalcemia, hipowitaminoza B12. Kolejną rzeczą jest badanie obrazowe. Często pacjent pyta, czy widać otępienie w rezonansie. Niestety nie widać. To zbyt ogólne badanie. Owszem, jak mamy do czynienia z jamą malacyjną, z licznymi zmianami o charakterze naczyniopochodnym, i mamy do tego niewyrównaną cukrzycę, nadciśnienie tętnicze i niewydolność serca, to możemy podejrzewać, że może to być otępienie naczyniopochodne. Ale badanie obrazowe wyklucza nam inną przyczynę otępienia, np. guz mózgu czy otępienie z powodu choroby Hakima (wodogłowie normotensyjne). Są też na szczęście projekty badawcze, do których można pacjenta zaprosić celem wykonania szczegółowych badań, jak badanie PET głowy, oznaczenie patologicznych białek beta -amyloidu, białka Tau, fosfo-Tau z płynu mózgowo-rdzeniowego, a nawet z surowicy krwi. Mamy wówczas większe prawdopodobieństwo postawienia diagnozy. Czasem dziecko opiekujące się latami chorym na Alzheimera chce się przebadac w tym kierunku. To też jest możliwe. Prawdopodobieństwo zachorowania w kontekście genetycznym nie jest duże, to ok 1,5% wszystkich zachorowań i dotyczy tylko dziedzicznej rodzinnej postaci (FAD). Badania wykazują, że najczęściej gen predysponujący do wystąpienia choroby Alzheimera przekazywany jest dziecku od matki, znacznie częściej niż od ojca. Można wykonać badania genetyczne. Pomoże to określić ryzyko choroby u potomków osoby chorej ale należy pamiętać że obecność genu nie oznacza zachowania ale większe ryzyko.

Jak wygląda leczenie choroby Alzheimera? Mamy tu coś do zaproponowania pacjentom? Często mówi się, że w takim przypadku już nie da się pomóc.

Mówi się, że jeżeli nie ma leczenia przyczynowego choroby, to po co farmakoterapia? Ale tak nie jest. Na polskim rynku są dostępne trzy preparaty stosowane w leczeniu choroby Alzheimera. To donepezyl, rywastygmina i memantyna. Dlaczego je stosujemy, mimo że nie jest to leczenie przyczynowe? Bo one łagodzą objawy, opóźniają proces chorobowy, bo dzięki nim otępienie łagodne do umiarkowanego może utrzymywać się na podobnym poziomie nawet 10 lat. Jak nie będziemy stosować farmakoterapii dołączą się inne zaburzenia, proces otępienia przyspieszy i będzie o wiele trudniej pomóc takiemu pacjentowi.

Jakie są rokowania? Jak wygląda przebieg choroby i na jakim etapie pacjent wymaga już opieki instytucjonalnej?

Trzeba być przygotowanym, że w ostatnim okresie choroby Alzheimera i innych otępień, pacjent wymaga opieki całodobowej, instytucjonalnej. Jest to bardzo indywidualne. Jeden pacjent może mieć przebieg zaburzeń błyskawiczny w ciągu roku, inny przez 10 lat stopniowo będzie tracić funkcje psychiczne, motoryczne. Ale zawsze im szybciej zaopiekujemy się, wdrozymy terapię, także chorób współistniejących somatycznych, tym dłużej możemy liczyć na komfort i jakość życia pacjenta i jego bliskich. Dlatego proces opieki nad chorym jest różnorodny. Ja staram się zawsze mieć w poradni czas na niefarmakologiczne zalecenia dla opiekuna. Każdy innych wskazówek potrzebuje. Są różne historie, sytuacje z chorym, opiekunowie mówią, jak sobie z tym poradzili, pytają czy mają tak dalej robić. Nie ma tu jednej recepty, wskazówki. Ale im szybciej nauczymy się postępować z pacjentem, tym lepiej. Jest dostępna literatura, opracowania, linki edukacyjne, które pomagają opiekunowi zrozumieć chorobę i nauczyć się postępować z chorym na otępienie. Co ważne, nigdy opiekun emocjonalnie związany z chorym, nie ma dystansu do tej choroby. Cały czas będzie widział mamę, tatę, współmałżonka. Dlatego instytucje, czy osoby dochodzące do pacjenta, terapeutyci

zajęciowi, asystenci osób starszych są na cenę złota. Zawsze proponuję, aby dać sobie pomóc, myśleć o obcym opiekunie, zdystansowanym emocjonalnie do podopiecznego, który profesjonalnie się nim zajmie.

Jest takie przekonanie, że pobyt w szpitalu osoby z otępieniem w krótkim czasie bardzo pogarsza jej stan, że wracając potem do naturalnego środowiska nigdy nie wraca do poziomu sprzed pobytu w szpitalu.

To nie jest przesądzone. Ale rzeczywiście obserwujemy takie sytuacje. Nie tylko szpital, ale każdy proces zapalny, czy jest to przeziębienie, czy zapalenie układu moczowego, oddechowego spowoduje pogorszenie funkcjonowania u osoby z otępieniem. Może pojawić się majaczenie, agresja, bądź apatia, wahania cukru, ciśnienia, nieuzasadnione upadki. Jest to burza z piorunami na morzu otępienia. Dopóki nie wyleczymy zapalenia dopóty nie uzyskamy poprawy. Kolejna kwestia to nowe otoczenie. W swoim środowisku chory czuje się bezpiecznie. Otoczony bliskimi osobami, znajomymi meblami, ma ulubiony kubek, a raptem znajdzie się w innym łóżku, szpitalnej sali to reaguje niepokojem. Na szczęście jeśli pacjent jest dobrze zaopiekowany w szpitalu, jest traktowany przyjaźnie przez personel, uruchomiony przy pomocy fizjoterapeutów, ma wyleczony proces zapalny to wracając do domu jest sprawniejszy, a nawet lepiej funkcjonuje niż przed pójściem do szpitala. Dlatego jeśli wiemy, że choremu pomożemy hospitalizacją, wyleczymy zaburzenia, z jakimi się zgłosił, dodatkowo ocenimy go psychometrycznie, to jest to zasadne.

Na zakończenie, recepta do zastosowania - co możemy zrobić, aby uniknąć otępienia, choroby Alzheimera, zaburzeń pamięci? Czy są tu jakieś nefarmakologiczne metody?

To pytanie, a na które wielu próbuje odpowiedzieć, co zrobić, żeby móc dożyć spokojnej, pozytywnej starości. Nie ma tu jednej recepty, ale są zalecenia, dzięki którym możemy żyć lepiej, dłużej i w dobrej jakości. To przede wszystkim socjalizowanie się. Jeżeli spotykamy się w różnej formie, np. z przyjaciółmi przy lampce czerwonego wina – jest to wręcz zalecona profilaktyka choroby Alzheimera. Jak dodamy zdrową dietę, 20-30 minut ruchu codziennie, plus zadbamy o to, aby nie zachorować na choroby przewlekłe, jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, a jeżeli one już są to będziemy odpowiednio je kontrolować, mamy gwarancję, że może zachorujemy później albo nie zachorujemy w ogóle.

7. Czy muszę iść do szkoły jak mam pryszczę?



dr hab. n. med. Hanna Myśliwiec

Ochrona skóry przed słońcem była tematem ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza była dr hab. n. med. Hanna Myśliwiec z Kliniki Dermatologii i Wenerologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

Mamy czerwiec, słońce coraz bardziej przypieka, cieszymy się z tego, czekamy na ten czas. Ale czy to dobrze dla naszej skóry?

Lubimy słońce, ja też je lubię, więc nie będę tak całkiem odradzać, ale korzystajmy z kąpeli słonecznych z umiarem, z rozsądkiem, przy zastosowaniu filtrów i pewnych reguł, tak żebyśmy byli bezpieczni. Promieniowanie słoneczne w ok. 7 proc. to promieniowanie ultrafioletowe. Wiemy o nim, że wyrządza duże szkody naszej skórze, powoduje oparzenia słoneczne, przebarwienia, choroby skóry. Wpływa na starzenie się skóry, nowotwory, czerniaka. Jedyne co dobrego możemy o nim powiedzieć, to że wpływa na produkcję witaminy D. Ale gdyby na szali położyć z jednej strony produkcję witaminy D, a z drugiej ryzyko powstawania nowotworów skóry, czerniaka, to ja bym nie ryzykowała.

A czy promieniowanie słoneczne, które dociera do nas przez szybę, też jest ryzykowne?

Tak, też jest ryzykowne. Przez szybę nie przechodzi promieniowanie UVB, czyli to, które powoduje produkcję witaminy D. Natomiast światło UVA, ultrafioletowe, światło widzialne i podczerwone, przechodzą przez szybę okienną. I co więcej promieniowanie UVA jest mniej więcej podobnie aktywne przez cały rok, dlatego osoby szczególnie wrażliwe na promieniowanie słoneczne, również w okresie zimowym, przez cały dzień, nawet będąc w pomieszczeniu, powinny się chronić przed słońcem.

Czy wszyscy są tak samo wrażliwi na słońce? Mówi się np., że osoby o ciemnej karnacji mogą dłużej przebywać na słońcu, a osoby o jasnej skórze, z piegami, raczej go unikać.

To prawda, osoby o tzw. jasnym fototypie, czyli jasnej karnacji, są bardziej narażone na oparzenia słoneczne i występowanie nowotworów skóry. I one same to czują, mówią, że opalają się najpierw „na różowo”. Czyli mają poparzenia słoneczne, a to jest stan zapalny i świadczy o tym, że słońce im nie służy. Osoby o ciemnej karnacji, ciemnych fototypach, są bardziej odporne na promieniowanie słoneczne.

Ale nie tylko to, jaki mamy typ skóry, wpływa na to czy jesteśmy bezpieczni na słońcu. Wpływa na to także wiek – bo wiadomo, że noworodki, niemowlęta i małe dzieci muszą być bardziej chronione. Także osoby po przeszczepach narządów, mają bardzo wysokie ryzyko - ok. 40 proc. będzie miało nowotwory skóry, najczęściej raka podstawno kolczystokomórkowego, ale również czerniaka, w związku z tym powinny się chronić. Jest to spowodowane lekami immunosupresyjnymi, które przyjmują. Na słońce powinny też uważać osoby starsze, nadwrażliwe, chorujące na choroby skóry jak trądzik różowaty, toczень, inne fotodermatozy. Także wiele osób musi unikać promieniowania słonecznego.

A czy leki mają wpływ na wrażliwość na słońce? Niedawno przeczytałem w ulotce antybiotyku - popularnej doksycykliny, że trzeba unikać słońca. Dlaczego i czym grozi jak wyjdziemy na słońce?

Jest wiele grup leków fototoksycznych, doksycyklina jest tu jednym ze sztanदारowych przykładów. Bardzo często powoduje reakcje fototoksyczne. Również inne antybiotyki z grupy ciprofloxacyny i chinolonów, hormony, ale też np. statyny, niesteroidowe leki przeciwzapalne NLPZ (ibuprofen, ketoprofen), leki hormonalne (antykontracepcja, HTZ), niektóre leki przeciwgrzybicze, ale też leki stosowane w leczeniu dermatologicznym, czyli retinoidy i preparaty miejscowe: kosmetyki i kremy zawierające wyciągi roślinne, np. z dziurawca. Ale też niestety kremy z filrami mogą powodować nadwrażliwość na słońce.

Dziurawiec to dość popularny preparat, na jakie jeszcze rośliny trzeba uważać?

Wiele roślin jest fototoksycznych, mogą silnie działać. To np. stokrotka, nagietek, chryzantemy, nawłóć, pietruszka, seler. Czyli nie tylko barszcz Sosnowskiego, taki sztanदारowy przykład rośliny fototoksycznej. Na szczęście nie jest on popularną rośliną.

Czym się objawia kontakt z taką rośliną?

W liściach, rzęskach, łodygach roślin fototoksycznych są furanokumaryny, które powodują reakcję fototoksyczną, wchłaniają się przez skórę. Nawet do dwóch dni po kontakcie z taką rośliną trzeba stosować kremy z filtrem, bo grozi nam ryzyko wystąpienia reakcji fototoksycznej podobnej do reakcji oparzeniowej, czyli stan zapalny, rumień, zaczerwienienie i pieczenie skóry, a następnie wystąpienie pęcherzy wypełnionych treścią surowiczą, spęszczających, a więc potem nadżerki, rany, strupy. Przy rozległych powierzchniach skóry narażonych na kontakt z taką rośliną, naprawdę mogą to być poważne reakcje fototoksyczne.

Jak w takim razie bezpiecznie korzystać z kąpeli słonecznych?

Trzeba stosować kremy z filtrem przeciwsłonecznym, to złota zasada. Poza kremami polecamy okulary przeciwsłoneczne, czapki z daszkiem, kapelusze, odzież specjalistyczną z filrami, czy specjalne ubrania kąpielowe dla dzieci i młodzieży. Trzeba też unikać oparzeń słonecznych.

Jaki krem z filtrem wybrać, aby był dla nas odpowiedni?

Tu jest pewien problem, bo ostatnio mamy w Polsce więcej słońca niż historycznie bywało i mamy narażenie na słońce bardziej nasilone. SPF z liczbami to oznaczenie ochrony przeciwko UVB. Jak mamy duże narażenie słoneczne, czyli intensywnie świeci słońce albo indeks (można to łatwo sprawdzić w internecie przy aplikacjach pogodowych) jest powyżej 4, to ochrona powinna być solidna, czyli SPF 30 i powyżej. Gdy indeks jest 1,2 jest bezpiecznie, 3,4 – powinniśmy stosować ochronę umiarkowaną. Ale na opakowaniu kremu z filtrem powinna też być informacja, że chroni on od promieniowania UVA (może być to oznakowane jako UVA w

kóteczku, ale też np. PPD, IPD). Dla osób z fotodermatozami, przebarwieniami, które borykają z fotonadwrażliwością, dodatkowo warto, aby krem chronił też przed światłem widzialnym. Pojawiają się już bowiem pierwsze dowody naukowe na to, że będzie ono nasilało wiele schorzeń, a jego w widmie słonecznym jest powyżej 40 kilka procent.

Wybraliśmy krem z filtrem, jak go stosować? Czy na co dzień wystarczy posmarować to najbardziej ekspozujemy, czyli nos, uszy i kark, czy trzeba jednak zabezpieczyć całą skórę?

Powinniśmy chronić całą skórę ekspozowaną, czyli również dłonie, ręce, nogi, jeżeli są odsłonięte,

ale nos, małżowiny uszne, o których często zapominamy, szczególnie u dzieci. Nie jest błędem, aby chronić i tę skórę przykrytą odzieżą. Ważna jest także ilość kremu, bo moce filtra oceniane są na podstawie przykrycia skóry 2 mg kremu. To by oznaczało, że gdybyśmy chcieli posmarować się na plaży, będąc w stroju kąpielowym, to na jedno smarowanie ciała trzeba zużyć ok. 30 ml kremu, czyli nawet 1/4 mniejszej tubki. Czyli tego kremu używamy dużo, nie oszczędzamy. Czasem na filtrach jest też informacja, że jest on wodoodporny. To znaczy, że utrzymuje 50 proc. swojej skuteczności po dwukrotnym zanurzeniu na 20 minut w wodzie. Nie mówimy tu o wycieraniu ręcznikiem. Wytarcie ręcznikiem eliminuje krem, musimy nałożyć go od nowa.

Na opakowaniach niektórych kremów jest czasem informacja, że wystarcza na 2 godziny ochrony. Czy są kremy o przedłużonym działaniu, czy zawsze co 2 godziny podczas ekspozycji na słońce, stosujemy nową warstwę?

Tak, przy kremach z takim oznakowaniem, powinniśmy smarować się co dwie godziny. Takie krótsze działanie dotyczy głównie kremów drogeryjnych. Są też marki apteczne, droższe, które mają badania na 6-8 godzin aktywności. Im filtr bardziej chemiczny, tym szybciej pod wpływem słońca może się rozkładać. Filtry nie są też termostabilne. Czyli jeśli krem z filtrem leżał z nami na plaży w pełnym słońcu, to narażenie na ciepło spowodowało, że te filtry się rozłożyły i nawet jeśli krem ma jeszcze okres ważności dwa lata i zostało go pół w tubce, to za rok ten filtr już będzie nieaktywny. Podobnie jak filtr zostawimy w nagrzanym samochodzie, też przestanie być aktywny.

A co z witaminą D? Jak będziemy stosować te filtry, to będzie się dalej wywarzać?

Okazuje się, że my zwykle nie smarujemy tego kremu z filtrem tyle, jakie są rekomendacje i jakie są badania w warunkach laboratoryjnych i jest wiele badań i dowodów naukowych na to, że takie standardowe stosowanie kremów z filtrem nie obniża produkcji witaminy D w skórze na tyle, aby był jej niedobór i niedostatek. Jak ktoś faktycznie bardzo mocno się chroni, i stosuje dużo tych filtrów, to należy witaminę D suplementować.

Zawsze mam obniżony poziom witaminy D, a staram się dużo na słońcu przebywać. Ale ten poziom nie podnosi się.

Trudno powiedzieć, na podstawie badań wydaje się, że 20-minutowa ekspozycja przedramion i twarzy w szczycie nasłonecznienia, czyli w godz. 12-13 w naszych warunkach klimatycznych, powinna wystarczyć aby zabezpieczyć dobową dawkę witaminy D. Ale jeśli po okresie zimowym, gdzie nie suplementowaliśmy witaminy, mamy duży niedobór, jeden dzień ekspozycji na pewno nie wystarczy. Trzeba by kilka dni i wtedy rozpędzona produkcja witaminy D powinna nam jednak spowodować wzrost witaminy do poziomu prawidłowego. Na pewno skóra nie wytworzy witaminy D więcej, niż go potrzebujemy, nie wytworzy się jej za dużo, tylko do wartości prawidłowych. A skąd może być niedobór witaminy D mimo przebywania na słońcu? Być może wpływ mają warunki atmosferyczne, nie ta godzina, zachmurzenie, mogą powodować że ta dawka jest niedostateczna.

Mówimy o słońcu, ale i sztuczne opalanie, w solariach, nadal ma swoich zwolenników.

Solarium to promieniowanie UVA, czyli nie wyprodukujemy tu witaminy D. Czasem pacjenci mówią, że jak wybierają się zimą do Egiptu, to dzięki solarium przygotowują skórę na słońce i

będzie odporna na promieniowanie słoneczne. Tak nie jest. Kremy z filtrem to właściwa ochrona, solarium nie spowoduje tej ochrony. Poza tym solarium nie daje nam wiedzy, jak dużą dawkę UVA przyjmujemy, a na pewno jest ona bardzo duża, bo w naturalnych warunkach promieniowanie UVA nie powoduje ciemnienia skóry. A wysoka dawka promieniowania UVA będzie powodowała starzenie skóry i oczywiście nowotwory skóry.

Są też schorzenia, w przypadku których mówimy o leczeniu światłem. Np. pacjenci z łuszczycą powinni się opalać, co powoduje remisję schorzenia. Słońce czy światło jest też czymś pozytywnym, podnosi nastrój, wydziela się trochę pozytywnych endorfin i hormonów radości życiowej.

Nawet podobno serotonina wydziela się pod wpływem promieniowania słonecznego. Wiele osób na tyle lubi słońce, że mamy nawet osoby uzależnione od opalania, nazywa się to tanoreksja.

Jeśli chodzi o leczenie, mamy wiele chorób, które poddają się leczeniu światłem. Najczęściej stosowane jest promieniowanie UVB o długości 311 nanometrów. To jest jedna wiązka, wyselekcjonowana, która jest najskuteczniejsza, działa przeciwzapalnie i immunosupresyjnie na skórę, powodując najmniejsze szkody. Wskazaniami są tu takie choroby jak łuszczycyca, atopowe zapalenie skóry, bielactwo. Drugim klasycznym sposobem leczenia jest promieniowanie UVA, które jest mniej dostępne, bo te lampy są drogie. My w USK mamy taką najnowszą w woj. podlaskim lampę. Ta lampa wymaga dodatkowego uwrażliwienia na światło, czyli trzeba przyjąć tabletki oxoralenu, po to, aby po godzinie ekspozycji skórę na dawkę leczniczą promieniowania. Takie naświetlanie przyjmuje się w cyklach, zwykle zalecamy 20 lamp. Ale to zależy od pacjenta. Wszystko odbywa się w warunkach kontrolowanych, pacjent jest pod kontrolą, jak pojawia się barwnikowa zmiana, jesteśmy w stanie ją ocenić i w razie wątpliwości wyciąć. Pacjent bezpiecznie podlega leczeniu.

Mamy też nowe wskazania do światłoterapii, to wszystkie rodzaje świądu, wypryski, chłoniaki z komórek T. Mamy też nowoczesne metody, stosowane głównie w medycynie estetycznej, leczenia światłem ledowym, ono też może działać przeciwzapalnie, ale ma też inne działania, które wymagają sprecyzowania.

Jak trafić na taką terapię światłem? Czy potrzebne jest skierowanie, gdzie się zgłosić?

Pacjent potrzebuje skierowania od lekarza rodzinnego do poradni dermatologicznej, z nim trafia na do naszej poradni dermatologicznej w szpitalu klinicznym na ul. Żurawią, tam po wizycie u dermatologa, jeśli ma odpowiednie schorzenie o odpowiednim nasileniu, dostaje skierowanie na lampy i nawet od następnego dnia może zacząć terapię. Nie ma tu wielkich kolejek, mamy dwie lampy z UVB, jedną z UVA, na bieżąco możemy zapisać pacjenta na cykl naświetlań.

W pewnym wieku u młodych ludzi pojawiają się pryszcze. To często dramatyczna sytuacja, jak nastolatek rano staje przed lustrem i widzi to nieszczęście na twarzy. Te pryszcze to co to takiego jest?

Potocznie nazywamy tak grudkę lub krostę, czyli wykwit trądzikowy. Dotyczy najczęściej młodzieży, nastolatków, młodych dorosłych, najczęściej występuje na twarzy i może powodować niezadowolenie. Trądzik wymaga leczenia przeciwzapalnego, dlatego zapraszamy takich pacjentów do poradni dermatologicznej. Dodam jeszcze, że kiedyś mówiło się, że słońce leczy trądzik, dziś już tak nie mówimy. Owszem ono może maskować objawy trądziku, bo jest immunosupresyjne czyli przeciwzapalne, ale w konsekwencji narażenia skóry trądzikowej na promieniowanie słoneczne następuje grubienie naskórka, to zatyka ujścia mieszków łojowo-włosowych powodując powstawanie wykwitów, zaskórników i grudek. W efekcie wszyscy pacjenci z trądzikiem, którzy nie chronili się przed słońcem latem, z nasileniem zmian wrócą do nas jesienią.

Jak wygląda leczenie trądziku?

Pierwszym podstawowym lekiem w przypadku niezbyt nasilonych zmian jest miejscowe leczenie retinoidami w postaci kremów. Jeżeli trądzik jest bardziej nasilony, oprócz retinoidów, stosowany jest antybiotyk ogólny z grupy światłotoksycznej. Jak i to nie przynosi poprawy, mamy leczenie jeszcze bardziej zaawansowane: doustne retinoidami, które w 80 proc. przynosi trwałą poprawę. Wszystko zależy od tego, jakie jest nasilenie, lokalizacja zmian, jaki jest wiek pacjenta, jakie są inne schorzenia. Leczenie dobiera dermatolog.

Czy są powikłania nieleczzonego trądziku? I czy z pryszczami trzeba chodzić do szkoły?

Zachęcam, by chodzić do szkoły. Trądzik to nie jest przeciwwskazanie, chyba, że ktoś ma naprawdę poważne problemy psychiczne z tego tytułu lub np. w szkole koledzy go piętnują z tego powodu. Może bym wtedy jako rodzic na jeden dzień czy dwa bez szkoły się zgodziła. Natomiast powikłania przy trądzikach nawet o nie ciężkim przebiegu, mogą nastąpić w postaci przebarwień czy blizn. Możemy je potem leczyć, zmniejszać, ale jest ryzyko, że blizny zostaną do końca życia.

8. Czy warto prosić o pomoc? Zachowania ryzykowne.



dr n med. Anna Bańkowska-Łuksza

Zdrowie psychiczne było tematem ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza była dr Anna Bańkowska-Łuksza, specjalista psychiatra, kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Czym są Centra Zdrowia Psychicznego (CZP)?

Od ponad roku na rynku usług medycznych pojawiły się Centra Zdrowia Psychicznego. Jest to system nowoczesnego podejścia do opieki nad pacjentami z problemami psychicznymi. CZP są rodzajem opieki ambulatoryjnej, aczkolwiek nie zawierają tylko poradni, ale też podjednostki tych poradni. W skład CZP wchodzi: poradnia zdrowia psychicznego, zespół opieki środowiskowej oraz oddział dzienny psychiatryczny. Poradnie zdrowia psychicznego były od dawna, natomiast teraz jest w nich zdecydowanie większa ilość psychologów i psychoterapeutów, współpracujących z psychiatrami, pomagających w diagnozie i terapii. Pacjenci mają szerszy zakres terapeutyczny, a psychiatrzy większy komfort pracy. Zespoły opieki środowiskowej to pracownicy, którzy odwiedzają w domach naszych pacjentów. To wykwalifikowani specjaliści, by nieść pomoc pacjentom, którzy z różnych powodów nie są w stanie udać się do poradni, bo są np. obłożnie chorzy, albo z racji objawów choroby psychicznej. W takim zespole są: pielęgniarki, psychologowie, terapeuci środowiskowi, pracownicy socjalni. Nawiązują oni relację z pacjentami, ich rodzinami, starają się przybliżyć opiekę medyczną w środowisku tych pacjentów. To bardzo ułatwia nam psychiatrom dotarcie do pacjentów. Trzeci element CZP to oddziały dzienne psychiatryczne, czynne w ciągu dnia przez ok. 5 godzin. Pacjenci przychodzą tu rano, wychodzą po południu. Mają różne rodzaje opieki: psychoedukację, psychoterapię, terapię zajęciową, różne zajęcia towarzyskie. Taka terapia jest prowadzona przez 10 tygodni. Pacjenci przychodzą pięć dni w tygodniu. Pomaga to im w przełamaniu barier społecznych, poczucia izolacji, zmienia się ich nastawienie do świata, jest im łatwiej funkcjonować i podejmować decyzje.

Jak trafić do takiego Centrum Zdrowia Psychicznego?

Na terenie Białegostoku powstały trzy centra, które obejmują miasto Białystok i sąsiednie powiaty. To CZP na ul. Swobodnej, CZP w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym przy ul.

Wołodajowskiego 2 oraz CZP przy ulicy Radzywińskiej. Nie trzeba żadnego skierowania, aby uzyskać pomoc. Wystarczy się zgłosić do takiej instytucji. Można do nas przyjść i w dniu zgłoszenia uzyskać pomoc psychologa. Psycholog jest pierwszą osobą do kontaktu z pacjentem, przeprowadza rozmowę, odpowiada na pytania pacjentów i stawia wstępną diagnozę. I wtedy podejmujemy decyzję, gdzie kierujemy dalej pacjenta.

A kto powinien się zgłosić do takiego centrum? Jak poznać, że wymagamy pomocy psychiatry, psychoterapeuty czy psychologa?

Warto przyjść, gdy odczuwamy pewien rodzaj dyskomfortu psychicznego, mamy poczucie braku kontroli nad własnym życiem, obniżony nastrój. Gdy taki obniżony nastrój utrzymuje się powyżej dwóch tygodni, pacjent nie ma siły zająć swoimi obowiązkami, czuje się przemęczony, nic go nie cieszy, ma poczucie beznadziei, jak najbardziej powinien przyjść do CZP po pomoc. Nie ma tu ograniczeń wiekowych czy diagnostycznych. Zazwyczaj jest tak, że martwimy się o jesień, gdy jest mniej słońca, dłuższe noce, wszyscy mamy prawo gorzej się czuć, mieć obniżony nastrój. Gdy nie pomaga nam wtedy ciepły koc i herbata, warto przyjść po pomoc. Czasem wystarczy rozmowa z psychologiem, kilka spotkań z psychoterapeutą.

Smutek, dystymia czy depresja? Jak je odróżnić?

To fachowe nazwy, zwłaszcza dystymia, to ostatnio modne słowo. Dystymię cechuje przewlekłe obniżony nastrój, nie osiąga poziomu depresji, który trwa co najmniej dwa lata. Mówimy o pacjentach, przewlekłe zmęczonych, nie zdolni do odczuwania pozytywnych emocji, niska samoocena, zamartwiają się. Taka mała depresja. Nie warto cierpieć z powodu dystymii, czy depresji, ale przyjść i skorzystać z pomocy specjalistów.

Jak człowiek z zaburzeniami depresyjnymi jest postrzegany przez otoczenie? Czy osoby bliskie mogą mu jakoś pomóc?

Osoby, które doznają zaburzeń depresyjnych bardzo często spotykają się z niezrozumieniem najbliższych, bo rodzina mówi: „weź się w garść”, „leniwy jesteś”, „co się z tobą dzieje”, „chłopaki nie płaczą”. Pacjenci przyznają, że nie ma nic gorszego niż tego rodzaju „wsparcie”. Człowiek gdyby mógł się wziąć w garść, to by się wziął. Pacjenci często czują się samotni, niewiele mówią o swoim cierpieniu, doświadczają go, ale myślą, że im się wydaje, że to minie. A w rzeczywistości mówienie o tym może zmniejszyć napięcie i ułatwić uzyskanie pomocy. Ktoś bliski, komu ufamy nam doradzi, wysłucha, i zachęci do pójścia po pomoc.

Jak wygląda leczenie depresji?

U pacjentów z depresją, główne elementy terapii to jest podjęcie leczenia farmakologicznego oraz wsparcie psychologiczne. Nasze leki są nowoczesne, coraz bardziej skuteczne, dobierane indywidualnie do potrzeb każdego pacjenta. Nie należy bać się leczenia farmakologicznego. Zdarza się, że pacjent przyznaje, że bał się brać leki, nie wykupił ich, bo ktoś mu powiedział: „może nie bierz”, „może Ci zaszkodzić”. Dobrze dobrany lek jest skuteczny, nie wywołuje męczących działań ubocznych. Jedyna trudność – musimy mieć czas i chęć pacjenta do współpracy, aby dobrać właściwy lek. Gdy przepisujemy pacjentowi lek, najpierw sprawdzamy, czy lek jest dobrze tolerowany, nie powoduje objawów ubocznych, następnie oceniany jest efekt terapeutyczny. Dobrze dobrany lek powoduje, że pacjent wraca do aktywności, do pracy, jego życie staje się łatwiejsze. Leki te można stosować wiele miesięcy, jeśli jest taka potrzeba. I nieprawdą jest że są to leki, które uzależniają.

No właśnie, panuje ciągle przekonanie, że jak się zacznie brać leki psychiatryczne, to już nie można przerwać terapii?

Absolutnie, to mit, który istnieje, a nie należy w to wierzyć. Leki stosowane w psychiatrii nie uzależniają. Do dyspozycji mamy wiele grup leków, tylko jedna ma potencjał uzależniający. To benzodiazepiny, przedstawiciel Relanium, które przy dłuższym stosowaniu mogą pacjenta uzależnić. Psychiatrzy stosują te leki bardzo ostrożnie. Są stosowane jako leki uspokajające. Ale nie jest to takie uzależnienie, jak od alkoholu czy narkotyków. Terapia farmakologiczna trwa w

zależności od rodzaju choroby i częstości ich nawrotów. Terapia dobierana jest indywidualnie. Trwa kilka miesięcy a czasem wymaga systematycznego stosowania przez wiele lat.

Jak jest ze skutecznością leczenia depresji?

Nowoczesne leki stosowane w leczeniu depresji, to leki, które dają efekt terapeutyczny po 3-4 tygodniach stosowania. Potrzebujemy czasu i cierpliwości pacjenta, aby zadziałały. Po uzyskaniu efektu terapeutycznego, stosujemy je 8 miesięcy, czasem dłużej. Nie odstawiamy leku gwałtownie. Zmniejszamy dawkę, aby sprawdzić jak pacjent się czuje, jeśli nie ma pogorszenia stanu zdrowia, możemy zakończyć terapię.

Co grozi pacjentowi z depresją, który nie podejmie terapii?

Ogromny dyskomfort życia, poczucie nieszczęścia, izolacji, braku siły, poczucie bycia niespełnionym, gorszym. Człowiek nie jest w stanie pracować, funkcjonować w rodzinie. W niektórych przypadkach mogą pojawić się myśli samobójcze. Jeśli macie Państwo kogoś takiego w otoczeniu, polecamy nie czekać, ale udać się do CZP lub na izbę przyjęć psychiatryczną, aby lekarz zweryfikował niebezpieczeństwo, ocenił ryzyko.

Swego czasu dużym problemem były dopalacze. Jakie zagrożenia niosą te substancje dla organizmu?

Przed wszystkim przyjmowanie substancji nieznanego pochodzenia, gdy nie wiemy co jest w środku, nie znamy składu, powoduje, że my lekarze nie potrafimy pomóc pacjentowi, nie mamy antidotum. Przecież jakby ktoś kazał nam wsadzić dłoń do torby, gdy nie wiemy co jest w środku, to się boimy. A młodzi ludzie zazwyczaj nie boją się brać czegoś, co może uszkodzić trwale centralny układ nerwowy. Spotkałam się z pacjentami, którzy mieli w wywiadzie tzw. towarzyskie stosowanie takich środków psychodelicznych, co skończyło się ciężką chorobą psychiczną. Mózg jest na tyle delikatny, tak dla nas ważny, że głupotą jest poddawanie go działaniu substancji, których nie znamy, które mogą uszkodzić tkankę mózgową. To może skończyć się naprawdę poważnymi problemami, chorobą psychiczną, inwalidztwem, czy nawet śmiercią.

Na nasz mózg wpływa też na pewno popularna, powszechnie dostępna substancja - alkohol. Kiedy jest ten sygnał, że pijemy za dużo, że nie radzimy sobie z nałogiem? Jak nie dopuścić do takiej sytuacji?

Badania naukowe dowodzą, że alkohol ma działanie depresyjne na centralny układ nerwowy. Zdarzyło się wśród moich pacjentów, że osoby, które wypity towarzysko dużą ilość alkoholu, potem przez kilka miesięcy borykały się z obniżonym nastrojem. Alkohol to ogromna zbrodnia naszej cywilizacji. Kardiologowie wprowadzają są zdania, że warto czasem wypić lampkę wina, aby wzmocnić pracę układu sercowo-naczyniowego, ale psychiatrzy zalecają, by nie pić, a jeśli już, to ostrożnie. Kiedy jest niebezpieczeństwo uzależnienia? Uczono mnie, że nie ma nic gorszego niż systematyczne picie niewielkich ilości alkoholu, gdyż takie picie, najbardziej uzależnia. Kobiety zdecydowanie szybciej się uzależniają od alkoholu, szybciej postępuje ich degradacja. Moja ukochana babcia Leonarda, powiedziała do mnie kiedyś w ten sposób: „wiesz Aniu dlaczego nie piję? Bo mi smakuje. Nie ma takiego alkoholu, który by mi nie smakował, więc nie piję”. Dlatego też mówię do pacjentów uzależnionych na izbie przyjęć: skoro ci smakuje, nie pij. Alkohol zniszczy Ci zdrowie, odbierze rodzinę, pracę, szacunek od ludzi, spowoduje kalectwo i śmierć.

O uzależnieniu mówimy, gdy następnego dnia sięgamy po alkohol, „musimy klinować”.

To wymaga terapii, gdzie po pomoc wtedy się zwrócić?

Mamy dużo ośrodków specjalistycznych w Białymstoku i na terenie województwa. Mamy też wielu terapeutów uzależnień. Można skorzystać z tej naprawdę szerokiej oferty pomocy. Ale jeżeli ktoś ma w domu problem alkoholowy, i ta osoba nie chce się leczyć, bo mu z tym dobrze, sobie radzi, jest też terapia dla osób współuzależnionych - Al-Anon. Pomóc alkoholikowi można okrężną drogą – gdy żona lub mąż pójdą na terapię Al-Anon, nabiorą wiedzy, odporności

psychicznej i ta zmiana, może spowodować, że alkoholik pójdzie się leczyć. Jak ktoś żyje z alkoholiem, cierpi z tego powodu, ustępuje, łagodzi, przyjmuje przeprosiny po ostrym picie, zalecam spróbujcie tej terapii. Jest cenna do odbudowania poczucia własnej wartości. Jest też terapia dzieci osób uzależnionych - DDA (dorosłe dziecko alkoholika). Te osoby też mogą uzyskać pomoc z racji przeżytych trudności życiowych, poczucia krzywdy, braku poczucia bezpieczeństwa w dzieciństwie, co może mieć wpływ na dorosłe funkcjonowanie.

Ostatnio w mediach zrobiło się głośno o nowych rodzajach narkotyków, są dosyć przerażające obrazki z ulic miast amerykańskich, europejskich. Narkotyki te wkraczą też już do Polski. To chyba też już problem naszego społeczeństwa?

Jak najbardziej, to bardzo niebezpieczny, szybko degradujący, niszczący rodzaj narkotyków, prowadzący do śmierci. Tym bardziej należy się wystrzegać i nie próbować, nie być ciekawym. Spotkałam ludzi, którzy kilka razy wzięli narkotyki i uzależniali się. Każdy z nas ma różne predyspozycje do uzależnień, nie sprawdzajmy tego.

Jakie symptomy powinny nas zaniepokoić u osób bliskich, że coś jest nie tak, że mogą być uzależnione od narkotyków czy alkoholu? Jakie zachowanie powinno wzmocnić naszą czujność?

Zmiana sposobu funkcjonowania, pewien sposób izolowania, zmiana trybu życia, spłaszczenie zainteresowań, porzucenie studiów albo pogorszenie się w nauce, pogorszenie społecznego funkcjonowania, unikanie spojrzeń. Zawsze mówię rodzicom, aby od dzieciństwa wspólnie jedli posiłki z dziećmi, nie tyle, aby kulinarnie je wychować, ale gdy jemy wspólnie widzimy wtedy oczy dzieci. Jesteśmy w stanie nauczyć się rozpoznawać ich emocje, a to bardzo ważne, jak je znamy, to gdy dzieje się coś złego, najszybciej z nich to wyczytamy.

Osoby, które zażywają narkotyki często nie mają potrzeby jedzenia, chudną, unikają kontaktów z najbliższymi, mogą też zniknąć, gdyż potrzebują czasu by dojść do równowagi. Zawsze warto rozmawiać z nastolatkami, aby wiedziały jakie są nasze emocje, czego się obawiamy w temacie narkotyków i alkoholu. Oczywiście tego nie można zrobić przez tydzień czy dwa. To jest budowanie relacji przez lata.

Ja mam wrażenie, że nasz świat jest najbardziej nieszczęśliwy z tego powodu, że jesteśmy populacją ludzi samotnych. Epidemia jeszcze bardziej to pogłębiła. Spotykamy się mniej, rzadziej, nauczyliśmy się funkcjonować tylko w obrębie własnych mieszkań. Sąsiedzi się nie znają, rodziny straciły swoją łączność. To jest tak naprawdę główny problem naszej cywilizacji - samotność. Zawsze mówię, że jak jest jedna osoba, to siedzi i smuci się, jak są dwie - jest już lepiej, pojawia się rozmowa, a gdy są 3-4, to już ujawnia się lepsza energia, jest śmiech, weselsze opowieści. Dlatego należy spotykać się ze sobą, to naprawdę dla nas cenne. Jesteśmy stworzeni do tego, aby żyć we wspólnocie, a nie obok siebie. Im mniej samotności tym mniej problemów i zaburzeń psychicznych.

9. Czas na ciążę?



prof. Monika Zbucka-Krętowska

Czas na ciążę – to temat ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza była prof. Monika Zbucka-Krętowska, kierownik Zakładu Endokrynologii Ginekologicznej i Ginekologii Wieku Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, lekarz Poradni Zdrowia Reprodukcyjnego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Media donoszą o niżu demograficznym, coraz powszechniejszej niechęci do posiadania potomstwa. Jak to w praktyce wygląda? Czy rzeczywiście rodzi się coraz mniej dzieci?

Tak faktycznie jest, obserwujemy coraz niższą liczbę urodzeń w naszym kraju. Jest to problem złożony, bo z jednej strony sytuacja geopolityczna nie sprzyja podejmowaniu przez młodych ludzi decyzji o posiadaniu potomstwa, a z drugiej - dynamicznie narasta problem niepłodności wśród osób w wieku reprodukcyjnym. Problem ten zdecydowanie wymaga podjęcia działań. Mam tu na myśli jak najszybsze podejmowanie decyzji o ciąży i w razie problemów z zajściem w ciążę - jak najszybsze podejmowanie decyzji o diagnostyce, czyli udaniu się do specjalisty.

Czy to nie jest tak, że decyzja o ciąży, posiadaniu potomstwa, wynika ze struktury naszego życia? Obecnie młodzi dorośli coraz dłużej uczą się, studiują, do pracy idą zwykle po skończeniu 24-25 roku życia, dopiero wtedy dochodzi do stabilizacji. Nasi dziadkowie, pradiadkowie wchodzili w tę dorosłość, podejmowali pracę, zwykle w wieku ok. 20 lat. Teraz jest to te 5 lat później. I czy nie jest też tak, że im ktoś jest starszy, tym większy jest problem z zajściem w ciążę?

Zdecydowanie tak, wiek jest jednym z głównych czynników ryzyka problemów z zajściem w ciążę. I to dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Chociaż u kobiet, zwłaszcza po 35. roku życia, mamy dynamiczne obniżenie rezerwy jajnikowej. To co obserwujemy wśród osób młodych, to to, że system edukacji wydłuża moment na podjęcie decyzji o posiadaniu potomstwa, na ten wiek już późny reprodukcyjny, w porównaniu do naszych dziadków czy pradiadków.

Natomiast oczywiście wiek nie jest jedynym czynnikiem ryzyka. Do nas do diagnostyki trafiają pary nawet przed 30. rokiem życia. Zresztą, niepłodność tak naprawdę jest jedyną chorobą, która dotyczy dwojga ludzi, więc diagnostyka powinna dotyczyć pary. Błędem jest, gdy kobieta zgłasza się sama do poradni, i przez dłuższy czas jest tylko ona diagnozowana, i w tym czasie traci tę rezerwę jajnikową, gdy wiemy, że dzisiaj obserwujemy globalne pogorszenie parametrów potencjału reprodukcyjnego. Z jednej strony mamy czynnik męski, który globalnie

uległ pogorszeniu do tego stopnia, że zmienione są parametry nasienia. Z drugiej strony u pacjentek obserwujemy szereg nieprawidłowości, również endokrynologicznych, które utrudniają bądź uniemożliwiają zajście w ciążę. Dlatego tak ważne jest, aby jak najszybciej rozpocząć diagnostykę. Zgodnie z definicją o niepłodności, mówimy wtedy, kiedy para stara się o potomstwo przez przynajmniej 12 miesięcy, i gdy tej ciąży nie ma, to taka para powinna zgłosić się do specjalisty ginekologa endokrynologa. U pacjentek po 35. roku życia po pomoc trzeba się udać już po 6 miesiącach bezowocnych starań o dziecko.

Dodam, że niepłodność obecnie dotyczy coraz większej grupy par w wieku reprodukcyjnym, mniej więcej co 5-tej pary starającej się o ciążę.

Gdzie taka para po tym roku bezskutecznych starań o ciążę powinna się udać? Jak wygląda taki proces? Od czego trzeba zacząć?

Najlepiej, aby taka para jak najszybciej udała się do specjalisty, który zajmuje się problemem leczenia niepłodności. Są to najczęściej ginekolodzy endokrynolodzy. Taką diagnostykę prowadzimy u nas w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, w Poradni Zdrowia Reprodukcyjnego i taka diagnostyka przeprowadzana jest u kobiety i mężczyzny równolegle.

Po szczegółowej diagnostyce udaje nam się ustalić przyczynę niepłodności, bądź nie. Statystycznie udział czynnika męskiego i żeńskiego mniej więcej rozdziela się po połowie. Tzn. ok. 40 proc. to czynnik męski i ok. 40 proc. – żeński. A w przypadku do 20 proc. par mamy niepłodność niewyjaśnionego pochodzenia, tzw. idiopatyczną. To znaczy, że po szczegółowej diagnostyce nie znajdujemy przyczyny. Te pary wymagają dalszego postępowania pod postacią technik wspomaganego rozrodu.

W przypadku kobiet, jakie problemy uniemożliwiają zajście w ciążę najczęściej?

Najczęstszą przyczyną są zaburzenia owulacji. A co powoduje zaburzenia owulacji – to wymaga diagnostyki endokrynologicznej, bo zdarza się tak, że są to pacjentki mające zaburzenia funkcji tarczycy albo inne zaburzenia endokrynologiczne. A także jedną z głównych przyczyn jest niestety coraz częściej występująca otyłość i nadwaga, czyli nieprawidłowa masa ciała. I to nie jest tylko kwestia estetyki, ale otyłość znacznie utrudnia zajście w ciążę. Nawet jeśli kobieta z nadwagą bądź otyłością zajdzie w ciążę, to niestety mamy dużo wyższe ryzyko powikłań. Dotyczą one częściej występujących poronień, częściej występującego porodu przedwczesnego, licznych patologii w czasie ciąży, a także zwiększonego ryzyka wad wrodzonych. Dlatego efektem nas satysfakcjonującym jest urodzenie zdrowego dziecka, a nie tylko uzyskanie ciąży.

Nie wystarczy włączyć skuteczne leczenie technikami wspomaganego rozrodu, jeśli nie usuniemy tej podstawowej przyczyny niepłodności. Bo nawet program pozaustrojowego zapłodnienia ma dużo mniejszą skuteczność u kobiet otyłych, jeżeli nie zmobilizujemy pacjentki do przywrócenia prawidłowej masy ciała.

Wspomniała pani o zaburzeniach hormonalnych, a one kojarzą się raczej ze starszym wiekiem. Czy pacjentki, które przychodzą do poradni wiedzą, że mają takie problemy? Mają jakieś objawy?

Czasem pacjentki zgłaszają się mając objawy np. zaburzeń funkcji tarczycy, ale czasem pacjentka nie ma żadnych objawów klinicznych, dopiero w badaniach laboratoryjnych odnajdujemy np. niedoczynność lub nadczynność tarczycy. Natomiast zaburzenia funkcji tarczycy znacznie zwiększają ryzyko poronień, a także uniemożliwiają zajście w ciążę. Dlatego tak ważne jest, by je diagnozować i skutecznie leczyć. Rzadziej zdarzają się inne hormonalne zaburzenia jak hiperprolaktynemia, czyli mikrogruczolak przysadki.

A czy te zaburzenia funkcji tarczycy mogą być pokłosiem katastrofy elektrowni w Czarnobylu, narażenia na tamto promieniowanie? Czy mamy przez to w ostatnich latach więcej chorób tarczycy?

Zdecydowanie to wydarzenie miało wpływ na zaburzenia funkcji tarczycy, na zwiększoną częstotliwość występowania chorób nowotworowych tarczycy. Natomiast dzisiaj sytuacja się

trochę zmieniła. Jeszcze kilkanaście-kilkadziesiąt lat temu mieliśmy zaburzenia funkcji tarczycy spowodowane głównie niedoborem jodu. Dziś nasze pożywienie jest przejadowane, co skutkuje zwiększonym ryzykiem chorób autoimmunologicznych. Taką najczęstszą chorobą jest tu autoimmunologiczne zapalenie tarczycy - tzw. choroba Hashimoto, którą dość często obserwuję w poradni wśród kobiet w wieku reprodukcyjnym.

A hormony płciowe: estrogeny, progesteron, prolaktyna – jak tu w przypadku zaburzeń wygląda wpływ na zajście w ciążę?

Jeśli chodzi o gonadę, najczęstsze są zaburzenia owulacji. Jak nie ma owulacji, taka pacjentka nie ma szans na zajście w ciążę. Jednym z powodów jest też przedwczesne wygaszenie funkcji jajnika. To znaczy, że pacjentka zbyt wcześnie traci potencjał reprodukcyjny, zwykle zgłasza się do lekarza z powodu wtórnego braku miesiączki. Jeżeli zdiagnozujemy u niej przedwześnie niewydolność jajników, taka pacjentka ma szansę na zajście w ciążę jedynie korzystając z dawstwa oocytów.

A inne przyczyny problemów z zajściem w ciążę? Mówi się o stanach zapalnych, o leczeniu onkologicznym?

Przewlekłe stany zapalne w obrębie miednicy mniejszej mogą powodować to, że pojawią się zrosty w jamie brzusznej. I taka sytuacja może prowadzić do niedrożności jajowodów. I takie pacjentki nie mają innej możliwości leczenia jak techniki wspomaganego rozrodu.

Częstszym czynnikiem są nieprawidłowości w obrębie macicy, czyli np. mięśniaki macicy czy polipy endometrialne. Te pacjentki wymagają wcześniejszej interwencji chirurgicznej, zanim przystąpimy do leczenia technikami wspomaganego rozrodu. Natomiast w przypadku chorób onkologicznych, które coraz częściej występują u młodych osób, niestety najczęściej leczenie chemioterapeutyczne lub radioterapeutyczne doprowadza do uszkodzenia gonady, co może skutkować nieodwracalną niepłodnością. Dlatego tak ważne jest, aby przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego zabezpieczyć płodność pacjenta, ważne jest aby specjalista nie zapominał, że jego pacjent czy pacjentka będzie może za kilka lat starać się o ciążę.

A jak jest w przypadku panów? Jakie schorzenia powodują, że nie mogą mieć dzieci?

Panowie bezwzględnie są potrzebni do zajścia w ciążę. Natomiast globalnie na całym świecie obserwujemy pogorszenie parametrów nasienia. Jest to bardzo niepokojące, że ten potencjał reprodukcyjny człowieka ulega dynamicznemu pogorszeniu. Wpływ na to ma niewątpliwie zanieczyszczenie środowiska, to co jemy i styl życia. Styl życia doprowadza do tego, że parametry nasienia często nie spełniają norm.

O jaki styl życia tu chodzi?

Panowie dość często stosują różne używki, papierosy, alkohol, substancje psychoaktywne, które niewątpliwie uszkadzają proces spermatogenezy co ma wpływ na nieprawidłowy obraz nasienia.

To także ekspozycje na pole elektromagnetyczne – zwykle przebywamy w świecie komputerów, smartfonów, macbooków i to wszystko jest w okolicy naszego ciała. Mamy na to dowody, że pole elektromagnetyczne związane z używaniem tych urządzeń elektronicznych, ma wpływ na uszkodzenie procesu spermatogenezy, który dzieje się w jądrach. Jądra są poza ciałem, dlatego że wymagana jest niższa temperatura niż temperatura ciała. To znaczy, że podgrzewane fotele w samochodach są dobrobytem i komfortem, ale dla kobiet, mężczyźni nie powinni z nich korzystać, zwłaszcza ci, którzy starają się o potomstwo. To samo dotyczy innych substancji toksycznych, które mogą potencjalnie uszkadzać proces spermatogenezy.

A ten magiczny testosteron? Jak on się zachowuje u młodych osób, czy są problemy z jego poziomem i czy to też wymagają diagnostyki?

Diagnostyka hormonalna wymagana jest kiedy mamy nieprawidłowy obraz nasienia. Natomiast ważnym aspektem jest stosowanie egzogenego testosteronu. Panowie lubią stosować różne używki, chodząc na siłownię, by zwiększyć masę mięśniową, a stosowane

androgeny egzogenne niestety, zgodnie ze sprzężeniem zwrotnym ujemnym, hamują proces spermatogenezy. I mężczyzna może się nie mieścić w futrynę, być ekstra umięśniony, a w badaniu nasienia możemy nie zaobserwować plemników.

A jak jest z innymi hormonami przysadkowymi?

Hormony przysadkowe, mówimy tutaj o gonadotropinach, odgrywają kluczową rolę jeśli chodzi o funkcję gonad. I diagnozujemy takie zaburzenia przysadki, są to dużo rzadsze sytuacje, zwykle to hipogonadyzm hipogonadotropowy, czyli mamy bardzo niskie bądź nieoznaczalne stężenia gonadotropin, albo odwrotna sytuacja, kiedy jest duża ilość wydzielanych gonadotropin co oznacza, że gonada nie podejmuje funkcji, czyli została uszkodzona w procesie autoimmunologicznym, albo po leczeniu onkologicznym, albo po wspomnianym stosowaniu egzogennego testosteronu.

Mamy diagnozę, wiemy co jest przyczyną niepłodności pary, jak wygląda leczenie?

Gdy znajdziemy przyczynę, w sensie zaburzeń endokrynologicznych jak zaburzenia funkcji tarczycy, hiperprolaktynemia czy otyłość, mamy możliwość skutecznego leczenia. Jak nie znajdujemy przyczyny albo mimo jej usunięcia kobieta nie zachodzi w ciążę, jedynym sposobem postępowania jest wtedy sięgnięcie po techniki wspomaganego rozrodu czyli program pozaustrojowego zapłodnienia. W tej chwili mamy idealną sytuację w kraju, bo od 1 czerwca mamy refundację programu pozaustrojowego zapłodnienia. To leczenie jest bardzo kosztowne, teraz nasze władze zdecydowały się na refundację tych procedur. Wszystkie pary, które mają problem z zajściem w ciążę, przeszły diagnostykę i leczenie przyczynowe nie przyniosło efektu, powinny zgłaszać się do tego programu.

A jaka skuteczność leczenia, gdy mamy ustaloną przyczynę, czyli w przypadku np. zaburzeń hormonalnych? Ile par doczeka się potomstwa bez konieczności korzystania z programu pozaustrojowego zapłodnienia?

Na pewno zwiększamy szansę tej pary, natomiast nie mamy statystyk pokazujących jaka jest skuteczność leczenia zaburzeń funkcji tarczycy i późniejszego zajścia w ciążę. Na pewno jest to pierwszy krok, który przyspieszy osiągnięcie ciąży. Ale jeśli taka para nie będzie zachodziła w ciążę, wtedy trzeba zastosować techniki wspomaganego rozrodu. Leczenie tej nieprawidłowości endokrynologicznej, zwiększy też skuteczność technik wspomaganego rozrodu. Bo skuteczność programu pozaustrojowego zapłodnienia sięga 45-50 proc., ale musimy pamiętać, że trzeba doprowadzić tę parę do zlikwidowania tych innych przyczyn. Bo np. skuteczność programu pozaustrojowego zapłodnienia u kobiet otyłych jest dużo niższa.

Jak wygląda droga pary do poddania się pozaustrojowemu zapłodnieniu?

Taka para powinna przede wszystkim zgłosić do ośrodka realizującego program pozaustrojowego zapłodnienia. W USK, program realizowany jest w Poradni Zdrowia Reprodukcyjnego. Jak taka para wcześniej nie podejmowała żadnych prób leczenia, powinna zgłosić się do naszej poradni, przeprowadzimy najpierw diagnostykę, a potem skierujemy do leczenia technikami wspomaganego rozrodu. Nie jest potrzebne skierowanie, ale trzeba zabrać ze sobą dokumentację, jeśli leczenie było już podejmowane.

Jak dużo par w poprzednio realizowanym w USK ministerialnym programie leczenia niepłodności zakończyło ten program sukcesem?

Poprzedni program dotyczył kompleksowej opieki kompleksowej pary, borykającej się z problemem niepłodności. Program dotyczył głównie diagnostyki. Wiemy, że sama diagnostyka w niektórych przypadkach nie pomoże. Ale w części przypadków udało nam się zdiagnozować przyczynę i takie pacjentki otrzymały leczenie. To były pacjentki z zaburzeniami funkcji tarczycy, hiperprolaktynemią czy otyłością. I udawało się czasem otrzymać ciążę. Zdarzało się nawet, że w trakcie diagnostyki pacjentka dzwoniła, że test ciążowy wyszedł dodatni. Najprawdopodobniej była to para, gdzie rozpoznana byłaby niepłodność idiopatyczna i część z tych par uzyskała w kolejnych miesiącach ciążę.

Może sam fakt, że podejmujemy diagnostykę, powoduje, że pary stają się spokojniejsze i ten stres jest mniejszy i łatwiej o ciążę. Czy czynnik stresogenny ma tu znaczenie?

Niewątpliwie stres blokuje różne procesy i może być to ten aspekt blokujący. Ale czasem para stara się o dziecko od 5 lat bez efektu. Przypomnę tylko, że o niepłodności mówimy, gdy para stara się o dziecko przez minimum 12 miesięcy, ale regularnego współżycia. A regularne współżycie oznacza 2-3 razy w tygodniu. Dla niektórych to ciężka praca, która może jednak okazać się efektywna.

10. Tradycja czy nowoczesność, jak pogodzić w kuchni?



mgr Marcelina Radziszewska

„Tradycja czy nowoczesność - jak pogodzić w kuchni wielopokoleniowe aspekty zdrowego odżywiania” to temat ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza była mgr Marcelina Radziszewska, dietetyk z Zakładu Dietetyki i Żywnienia Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Temat naszej dzisiejszej audycji to: „Tradycja czy nowoczesność - jak pogodzić w kuchni wielopokoleniowe aspekty zdrowego odżywiania”. A czy my tak generalnie, jako mieszkańcy Białegostoku, Podlasia, zdrowo się odżywiamy?

To zależy. Na pewno taka tradycyjna kuchnia podlaska jest z jednej strony zdrowa, ze względu na to, że jest bogata w warzywa, ale też można powiedzieć, że jest niezdrowa, ze względu na to, że dość sporo rzeczy jest jednak smażonych, obfitujących w tłuszcze nasycone. Jeżeli jest to mięso, to jest to bardziej wieprzowina, która też dostarcza nam nasyconych kwasów tłuszczowych, co będzie skutkowało odkładaniem się tkanki tłuszczowej oraz zaburzeniami metabolicznymi. Nie można więc powiedzieć jednoznacznie, bo na pewno też każdy człowiek nie odżywia się tak samo. Zależy to chociażby od wieku. Te młodsze pokolenia coraz bardziej mają świadomość zdrowego odżywiania.

Przed wejściem na antenę rozmawialiśmy o takim hormonie, który nazywa się grelina. Co to jest takiego?

Jest to tzw. hormon głodu. Grelina jest hormonem, który jest wydzielany w naszym przewodzie pokarmowym i trafia do ośrodkowego układu nerwowego, gdzie działa na ośrodek głodu. Głównie wydzielany jest przed posiłkiem, a także w trakcie długotrwałego niespożywania żadnych posiłków. Hormon ten będzie wpływał na nasze odczuwanie głodu, tzw. ssanie w żołądku i chęć spożycia posiłku.

Czyli jak mamy za dużo tego hormonu, to jest duża szansa, że złapiemy w jakiejś perspektywie czasowej nadwagę, a później otyłość?

Ten hormon jest jednym z wielu czynników, który może wpływać na to, że nadmiernie będziemy spożywać pokarm, w wyniku tego może rozwijać się choroba otyłościowa, nadwaga.

Ale jest to jeden z licznych czynników rozwinięcia się choroby otyłościowej, bo tutaj duże znaczenie ma też nasz sposób życia, odżywiania się.

A czy organizm oferuje coś w kontrze do greliny?

Tak, między innymi hormon cholecystokinina, GIP oraz GLP-1, które będą pobudzać ośrodek sytości. Dzięki temu w trakcie spożywania posiłku i po posiłku będziemy odczuwać nasycenie, sytość, co będzie nas powstrzymywać od jedzenia przynajmniej przez kolejne 3-4 godziny. Dlatego też ta odległość pomiędzy posiłkami powinna być zachowana, żeby nie zaburzać wydzielania tych hormonów.

Czy my możemy sami sobie w jaki sposób pomóc, tak aby te hormony, które przeciwdziałają grelinie pobudzić, żebyśmy mieli poczucie takiego wysycenia, a jednocześnie nie łapali tych dodatkowych kilogramów, które później obciążają nasz układ kostno-stawowy, obciążają nasze serce, które powodują, że jesteśmy bardziej podatni na różnego rodzaju choroby. W jaki sposób możemy sami sobie pomóc?

Właśnie sposób naszego życia jest głównym czynnikiem do rozwoju nadwagi, choroby otyłościowej. Dlatego powinniśmy zwrócić uwagę na to, ile aktywności fizycznej mamy codziennie, zadbać o to, żeby przynajmniej 30 minut codziennie się poruszać. To nie musi być siłownia, wystarczy jakiś szybki spacer. Np. w drodze do pracy zawsze można gdzieś dalej postawić samochód, by kawałek się przejść, albo po pracy wykonać szybki spacer. Jeżeli mamy pracę siedzącą, warto starać się poruszać w trakcie przerwy, gdzieś się przejść, a nie siadać cały czas zajmować pozycję siedzącą. Niestety, szybki tryb życia powoduje, że nie zwracamy uwagi na to co, co jemy, a także jak spożywamy posiłek. Powinniśmy się skupić na tym, żeby jednak mieć czas na spożycie posiłku w spokojnej atmosferze, bez nadmiernego pośpiechu i zwrócić uwagę na to, co kładziemy na talerz, bo to jest jednak bardzo ważne i jest głównym czynnikiem, który będzie wpływał na rozwój nadwagi i choroby otyłościowej. Warto spożywać dużo warzyw, zwłaszcza sezonowych, w mniejszej ilości również mogą to być owoce, a ograniczyć cukry proste czyli białe pieczywo, częściej wybierać pełnoziarniste odpowiedniki, a także pamiętać o włączeniu do diety kasz. Wydaje się może, że to zajmuje dużo czasu, ale nie jest to aż tak czasochłonne, np. kaszę można sobie ugotować dzień wcześniej.

Jest to rzecz prosta, natomiast mam wrażenie czasami, że ten brak czasu to my sami sobie generujemy, poświęcając wiele godzin na oglądanie telewizji czy przeglądanie internetu. I ten czas, który możemy poświęcić np. na aktywność ruchową nam umyka. Jest takie zalecenie, że w ciągu dnia powinno się zrobić przynajmniej 10 000 kroków, pomogą to nam mierzyć nasze smartfony. Sam staram się to co dzień zrealizować. To nie jest trudne, jeśli w ciągu dnia staramy się pójść na spacer. Ale wracając do tematu naszego spotkania. Powiedziała pani o tym, że młodzież ma już taką wiedzę, że trzeba się zdrowo odżywiać. A ja odnoszę odwrotne wrażenie, że to właśnie młodzież uwielbia słodkie napoje gazowane, do tego chipsy, batoniki. Jak to z punktu widzenia specjalisty dietetyka wygląda?

Jeżeli chodzi o młodzież w wieku licealnym czy gimnazjalnym, to rzeczywiście są to głównie fast foody, jakieś szybkie przekąski. Młodzi ludzie mają świadomość zdrowego odżywiania się, jednakże jest im trudno to włączyć do codziennego funkcjonowania. Dlatego też tutaj duże znaczenie ma edukacja prozdrowotna tych osób, żeby zwrócić uwagę, że nie tylko fast foody mogą być smaczne ale posiłki przygotowane z produktów naturalnych i nieprzetworzonych również są apetyczne.

Taką najbardziej świadomą grupą są osoby w wieku około 30 lat, które są świadome zdrowego stylu życia, bardzo często szukają wolnego czasu aby przynajmniej trochę się poruszać i włączyć do codziennej rutyny aktywność fizyczną. I to oni mogą być głównym elementem, który może edukować młodzież oraz dzieci, żeby już od najmłodszych lat z domu wносиły zdrowe nawyki żywieniowe i zdrowy styl życia. Tutaj ważna jest edukacja, pokazanie młodszemu pokoleniu, że da się zdrowo odżywiać, da się prowadzić aktywny styl życia bez jakiś wielkich wysiłków.

A średnie pokolenie, takie w wieku 40-50 lat, dobrze się odżywia?

Mam wrażenie, że zależy to od środowiska, czasami od stopnia wykształcenia. Na pewno inaczej będą odżywiać się ludzie, którzy mają wyższe wykształcenie, większą dostępność do produktów, a inaczej będą się odżywiać osoby, które mają wykształcenie niższe. One będą raczej opierać się na tradycyjnym żywieniu, co nie zawsze jest zdrowe, ponieważ w tym wypadku często dieta opiera się głównie na produktach smażonych. Ja przynajmniej pamiętam, że tak było u moich dziadków czy u moich rodziców, że raczej były te kotlety w panierkach smażone na tłuszczu.

Powinna być tu taka zdrowa równowaga, wiadomo że nie wyeliminujemy tego z dnia na dzień całkowicie, ale jednak powinniśmy szukać alternatywy. Równie dobrze możemy upiec coś w piekarniku, co już będzie znacznie zdrowsze i poleć oliwą już po przygotowaniu. Dobrze jest zadbać, by do obiadu zawsze pojawiły się warzywa - surówki, sałatki, tylko nie dodawajmy do nich majonezu, a oliwy z oliwek. Wydaje się, że jest to mało smaczne, ale gwarantuję, że smakowitość potrawy jest zachowana i na pewno będzie to bardziej sprzyjające naszemu zdrowiu.

A grupa senioralna, 60 +?

Podobnie. Na pewno w ich jadłospisie znajdziemy wartościowe produkty i dania, jak między innymi zupy jarzynowe. Dla takich osób szczególne znaczenie mają warzywa gotowane, ponieważ z powodu dość powszechnego w tym wieku występowania zaburzeń funkcjonowania przewodu pokarmowego forma surowa może być gorzej tolerowana. A wiadomo, że młodsze pokolenia powinny opierać się na surowych warzywach, bo one dostarczą więcej witamin i składników mineralnych. U seniorów pojawiają się też niezdrowe elementy diety jak smalec lub masło w dużej ilości oraz potrawy smażone, które dostarczają dużej ilości nasyconych kwasów tłuszczowych i w konsekwencji mogą przyczyniać się do rozwoju zaburzeń lipidowych. Dodatkowo osoby te spożywają duże ilości pieczywa pszennego, które dostarcza dużej ilości cukrów prostych, wpływających na zaburzenia gospodarki węglowodanowej i w konsekwencji rozwoju cukrzycy.

Podejmujemy decyzję, że od jutra będziemy się zdrowo odżywiać. Jak śniadanie takiego pana jak ja, czyli w wieku 60 lat, powinno wyglądać? Czy przysługuje mi bardzo pyszne słodzone kakao ze słodką bułeczką na śniadanie?

Średnio, bo jednak są to cukry proste, które dostarczą nam energii i na pewno jest to bardzo smaczne, ale ta energia szybko zostanie wykorzystana i w konsekwencji pocujemy już w krótkim czasie zmęczenie i chęć spożycia kolejnego posiłku. Śniadanie powinno być podstawowym posiłkiem w ciągu naszego dnia, powinno nam dostarczyć energii na cały dzień. Powinny w nim znaleźć się na pewno węglowodany złożone, dostarczy ich nam między innymi pieczywo pełnoziarniste, płatki owsiane (najlepiej górskie, zalane wrzątkiem) i dzięki temu również dostarczymy błonnika pokarmowego. Do płatków można dodać owoce, jeżeli nie mamy żadnych zaburzeń związanych z gospodarką węglowodanową. Do posiłku warto też dołączyć jakieś źródło białka czyli na przykład jogurt naturalny, który dodatkowo dostarczy nam probiotyków. Może to być też jakiś kefir czy maślanka. Do pieczywa pełnoziarnistego dodajemy oczywiście warzywa, teraz mamy sezon na świeże pomidory, ogórki czy sałaty, więc powinniśmy z tego jak najbardziej korzystać. Też pamiętajmy o zdrowych tłuszczach czyli jakaś oliwa z oliwek czy olej rzepakowy. I źródło białka czyli jakieś sery twarogowe chude czy wędliny, tylko również zwracajmy uwagę na to, jakiej jakości jest to wędlina, żeby nie były to jakieś bardzo przetworzone produkty. Takie wędliny też możemy wykonywać sami w domu, chociaż wiem że czas nie zawsze na to pozwala, może to być chociażby pierś z kurczaka upieczona w piekarniku i pokrojona na plasterki.

A takie tradycyjne, męskie gospodarcze śniadanie: boczek i jajka. Pięknie przysmażone, zrumienione. Co na to dietetyk?

Boczek, jajka na maśle, obfitują w nasycone kwasy tłuszczowe. Nasycone kwasy tłuszczowe będą powodowały zaburzenie gospodarki lipidowej i mogą przyczynić się do rozwoju chorób, jak miażdżyca i w konsekwencji tego zatorowości, udaru mózgu czy zawału mięśnia sercowego. Czyli jest to szkodliwe. Ja nie mówię, żeby z dnia na dzień z tego zrezygnować, ale powinniśmy starać się o modyfikację, jeżeli już mamy nasycone kwasy tłuszczowe w postaci boczku, to dobierajmy do tego jakieś zdrowsze dodatki, czyli np. warzywa, pełnoziarniste pieczywo.

Po jakim czasie od śniadania powinien być następny posiłek?

Kolejny posiłek czyli drugie śniadanie, powinien być spożyty około 3, do maksymalnie 4 godzin po pierwszym posiłku. Takie odległości powinny być zachowane pomiędzy wszystkimi posiłkami.

Co na to drugie śniadanie? Ja nie mam pomysłu, ponieważ należę do tych osób, które niestety nie jedzą tego drugiego śniadania.

Bardzo często zdarza się pomijanie tego posiłku, a nie powinniśmy o tym zapominać. To nie musi być jakiś bardzo czasochłonny w przygotowaniu posiłek, bo to powinna być lekka „przekąska”. Przekąska w postaci na przykład jakiejś kanapki, najlepiej z pieczywa pełnoziarnistego, czy garści orzechów, do tego można dołączyć jogurt pitny naturalny, czy jakiś owoc lub sałatka przygotowana w domu.

Obiad, w ciągu tygodnia pracy może nie jest to posiłek zbyt wystawny, natomiast w dni wolne, szczególnie w dni świąteczne, często wjeżdża danie za daniem. Syta zupa, potem oczywiście obowiązkowo różnego rodzaju kotlety, ziemniaki, kompot, a na koniec jeszcze bardzo słodki deser. Jak na to patrzy dietetyk?

Powinniśmy to trochę zmienić. Po pierwsze obiad musi być pełnowartościowy i sycący, ale nie nadmiernie obfity. Bardzo często jednak ludzie jedzą oczami i przez to objadają się. Bardzo szybko też spożywają ten posiłek, nie zwracają uwagi na to, jak dużo dania mają na talerzu. Powinniśmy się skupić na tym, żeby jednak posiłek był spożywany powoli, dzięki temu szybciej odczujemy sytość i nie objemy się nadmiernie. Czyli zupa tak, ale powinniśmy zwrócić uwagę na to, jak jest przygotowana, żeby nie była ona na tłustych kawałkach mięsa, a bardziej chudych, mogą być to też wywary warzywne, a także żeby nie była zabieleną śmietaną. Wtedy też ograniczymy wartość energetyczną, ilość nasyconych kwasów tłuszczowych. Bardziej skupmy się na tym, żeby w zupie znalazły się warzywa, żeby jednak było to dostarczenie witamin, składników mineralnych, a nie nasyconych kwasów tłuszczowych. Jeżeli chodzi o drugie danie, to tutaj ziemniaki jak najbardziej mogą się pojawić. One nie są źródłem dużej wartości energetycznej, tak jak powszechnie się uważa, że jeżeli chcemy zredukować masę ciała to rezygnujemy z ziemniaków. Ale powinniśmy zwrócić uwagę na to, jak one są przygotowane, aby były ugotowane bądź też pieczone w piekarniku, a nie smażone czy okraszone tłuszczem. Muszą być podane bez tej okraszy na talerzu. Może to brzmi mniej smacznie, ale taki sposób podania jest jednak bardziej sprzyjający naszemu zdrowiu. Jeżeli chodzi o jakieś mięsa tu też zwróćmy uwagę na to, aby może one były upieczone w piekarniku, a nie smażone na głębokim tłuszczu, szczególnie na smalcu, żeby jednak unikać i ograniczać ilość nasyconych kwasów tłuszczowych. I bardzo ważne jest to, aby jednak pojawiły się warzywa w postaci sałatki czy surówki, do której dodamy zdrowe tłuszcze w postaci oliwy z oliwek czy oleju rzepakowego. Ten deser odstawmy sobie czasowo na podwieczorek i też zwracamy uwagę, żeby to nie były zawsze jakieś ciasta. Zdrowa dieta opiera się w 80 procentach na zdrowych produktach, w 20 procentach może pojawić się w naszym jadłospisie jakaś słodycz czy coś mniej zdrowego, ze względu na to, że jeżeli będziemy się tylko ograniczać, to nasz organizm też będzie czuł przymus i nie będzie nam sprawiać przyjemności przygotowywanie posiłków oraz prawidłowy sposób żywienia. A zdrowy sposób żywienia nie powinien być negatywnym skojarzeniem, lecz powinien być po prostu naszym stylem życia.

Przewija się w naszym spotkaniu cały czas olej rzepakowy i oliwa z oliwek. W tej chwili dostępność tych produktów jest przeogromna, w sklepach można kupić różnego rodzaju oleje, także np. olej ryżowy czy lniany. Czy jest jakaś gradacja, które są zdrowsze, z którego oleju powinniśmy korzystać, czy z tego naszego rzepakowego czy jednak ta oliwa z oliwek, czy też może olej ryżowy?

Większość olei roślinnych dostarcza nam jednonienasyconych lub wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, które są jak najbardziej prozdrowotne, wpływają pozytywnie na funkcjonowanie naszego organizmu. Można oceniać, które są mniej lub bardziej zdrowe, ale olej rzepakowy chyba jest najbardziej dostępny, także cenowo, dla każdego. A jest naprawdę bardzo dobry do wykorzystania w naszej kuchni. Tylko powinniśmy zwracać uwagę na to, aby był to nierafinowany olej rzepakowy, dodawany też w odpowiednim czasie do naszych potraw czyli nie przed przygotowaniem, żebyśmy go nie poddawali obróbce termicznej, bo wtedy tracimy „zdrowe” kwasy tłuszczowe. Najlepiej dodać go do surówki, sałatki. I jak najbardziej jest to dobry wybór w codziennym gotowaniu. Oliwa z oliwek oczywiście też dostarcza nam jednonienasyconych kwasów tłuszczowych. Natomiast między innymi olej lniany czy z czarnuszki jest jednak cenowo mniej dostępny dla większości ludzi, dlatego jeżeli nie ma takiej możliwości, żeby wybrać te droższe, to jak najbardziej olej rzepakowy czy oliwa z oliwek są wystarczające w codziennym odżywianiu się.

Dzień odżywiania kończymy kolacją. Kiedy powinniśmy tą kolację zjeść tak, aby było to najzdrowsze dla naszego organizmu i co w tej kolacji powinniśmy zobaczyć?

Kolacja powinna być spożyta ok. 2-3 godziny przed snem. Nie o osiemnastej, tak jak mówią niektóre zasady. Kiedyś było powiedziane, że każdy do osiemnastej powinien zjeść kolację, co jest nieprawdą, bo niektóre osoby kładą się dość późno spać, przez co taki posiłek ostatni o godzinie 18 może być dla nich spożyty zbyt wcześnie, w wyniku czego mogą odczuwać głód zanim się położą. Dlatego powinny to być te 2-3 godziny przed snem, żeby doszło już do strawienia posiłku i spokojnego snu, bez obciążenia, ale też bez odczuwania głodu przed snem.

Ostatni posiłek powinien być na pewno lekkostrawny, żeby przez całą noc się nie męczyć. Można spożyć jakieś kanapki, ale mogą to być też kasze, na przykład kasza jaglana, z dodatkiem produktów białkowych czyli np. sera twarogowego, jogurtu naturalnego, kefiru. I oczywiście jakiś dodatek warzyw.

W tradycji chrześcijańskiej pojawiają się posty. Czy to jest dla naszego organizmu rzecz korzystna czy powinniśmy raczej z tradycją walczyć? Mamy oprócz postów takich dłuższych, których jest w prawosławiu cztery, posty dniowe: środa, piątek i jeszcze kilka dni w ciągu roku. Czym jest taki post, w którym pewnych produktów szczególnie mięsnych wyrzekamy się, dla organizmu? Czy to jest korzystne czy raczej powinniśmy się odżywiać cały czas tak samo.?

Jeżeli chodzi o rezygnację z produktów mięsnych, to nie wpływa to negatywnie na nasz organizm wręcz przeciwnie - może wpłynąć dobrze, bo jednak bardziej prozdrowotne są warzywa, nasiona roślin strączkowych czy spożywane w tym czasie ryby, które także są bardzo ważne w naszym codziennym jadłospisie, bo dostarczają nam ważnych kwasów omega 3. Czyli eliminacja tych produktów mięsnych na krótki okres czasu nie będzie negatywnie wpływać na organizm. Oczywiście one też są potrzebne, bo dostarczają nam żelaza czy witaminy B 12, więc co jakiś czas muszą pojawiać się w jadłospisie. Natomiast jeśli chodzi o post polegający na wstrzymywaniu się od posiłków na dłuższe okresy czasu, to tutaj oczywiście nie będziemy walczyć z tradycjami, ale jeżeli pojawia się to rzadko nie będzie aż tak negatywnie wpływać na nasz organizm. Ale takie długotrwałe całkowite wstrzymywanie się od posiłków, czyli takie głodówki, niestety zaburzają funkcjonowanie naszego organizmu, więc nie powinny się pojawiać często w naszym życiu.

Są takie modne diety owocowo-warzywne, w których zaczynamy spożywać tylko owoce i warzywa przez kilka tygodni. Co w tym czasie się dzieje w naszym organizmie? Uczestnicy takich diet mówią, że pierwsze kilka dni to jest coś straszego, a później jest ulga.

Nie polecamy jako dietetycy jakiejś alternatywnej diety ze względu na to, że nasz organizm potrzebuje każdego składnika, potrzebuje białek, tłuszczów, węglowodanów, a taką dietą warzywno-owocową nie dostarczymy sobie białka, nie dostarczymy sobie tłuszczów, które też są potrzebne. Białko jest potrzebne do budowy każdej komórki naszego organizmu, do budowy masy mięśniowej, więc tutaj jednak dochodzi do zaburzeń funkcjonowania organizmu, do zaburzeń funkcjonowania komórek, narządów. Takim osobom może się wydawać, że one czują się lepiej, ale organizm z czasem będzie pokazywał, że nie funkcjonuje dobrze, że coś jest nie tak. Będą zaczynały źle funkcjonować narządy zaczynały, może dojść do rozwoju jakichś chorób. Nie polecałabym stosowania takich alternatywnych diet.

Czyli trzeba też uważać z dietą wegańską i wegetariańską?

Tak, tutaj też jednak wymaga to uwagi, bo nie dostarczymy sobie wszystkich składników mineralnych czy witamin tylko i wyłącznie produktami pochodzenia roślinnego, a które są jednak potrzebne naszemu organizmowi.

Pokutuje w społeczeństwie takie stwierdzenie, że mleko jest dla dzieci. Czy powinniśmy jako dorośli zrezygnować z produktów mlecznych?

Myszę że jeżeli po produktach mlecznych nie mamy żadnych zaburzeń funkcjonowania przewodu pokarmowego, to nie powinniśmy z tego zrezygnować, zwłaszcza że te produkty dostarczają nam białka, wapnia, witamin, więc jak najbardziej one powinny znajdować się w naszym jadłospisie. Jeżeli nie samo mleko, to fermentowane produkty mleczne, jak jogurty, kefiry czy maślanki. Sfermentowane produkty mleczne mają mniej zawartej w mleku laktozy, której osoby starsze już mogą nie tolerować, więc mogą być lepiej przyswajane i powinny znajdować się w jadłospisie każdego człowieka.

Są też idealne na upalne letnie dni, tak aby się schłodzić. Czyli przyjemne z pożytecznym. Nie byłbym sobą jakbym nie zapytał jeszcze o używki. Taką najpopularniejszą używką jest alkohol. Jak to się lokuje w zaleceniach dietetycznych?

Alkohol nie powinien się znajdować w naszym codziennym życiu, raczej powinniśmy go eliminować.

A od święta?

Od święta ograniczone ilości są tolerowane, jednak jesteśmy ludźmi i sędzę że niejedna osoba korzysta z tej używki. Powinniśmy jednak dbać o to, żeby nie było to zbyt często i w nadmiernych ilościach. Każda dawka alkoholu jest niebezpieczna i wpływa negatywnie na zdrowie, ale taka dawka, która może być spożywana, to dla kobiety 10 -20 g czystego etanolu, dla mężczyzn 30 g i tego powinniśmy się trzymać i nie przekraczać tych ilości alkoholu.

Na rynku jest sporo tak zwanych napoi energetycznych, lubianych zwłaszcza przez młodzież. Jak to się ma ze zdrowym odżywianiem?

Napoje energetyzujące bardzo negatywnie wpływają na nasze zdrowie. Młodzież teraz nie widzi w tym nic złego, ze względu na to, że to będzie wpływać na organizm przyszłościowo, co do młodzieży nie zawsze dociera, bo jednak ona żyje tu i teraz, nie zwraca uwagi na to co będzie w przyszłości. A napoje energetyzujące będą źle wpływały na funkcjonowanie serca, układu nerwowego, układu krążenia, co może przyczynić się do rozwoju w przyszłości udaru mózgu, zawału mięśnia sercowego i wielu innych chorób.

A czy mała czarna rano jest zdrowa?

Kawa jak wpływa dość prozdrowotnie na organizm, zawiera polifenole, które będą korzystnie wpływać na funkcjonowanie naszych narządów, serca, układu nerwowego więc tutaj nie widzę

przeciwwskazań, żeby ta kawa pojawiała się, chyba że występuje nadciśnienie tętnicze czy inne zaburzenia funkcjonowania układu krążenia. Wtedy powinniśmy bardziej uważać, ale stosując się do odpowiednich zaleceń, nie ma konieczności całkowitej eliminacji kawy.

11. Czy warto zaprzętać głowę?



prof. Napoleon Waszkiewicz

Kiedy warto skorzystać z pomocy psychiatry – to temat ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza był prof. Napoleon Waszkiewicz, kierownik Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Żyjemy coraz szybciej, coraz bardziej zaprzęcamy sobie głowę różnymi wiadomościami. To nie zawsze się w tej głowie u nas mieści, w związku z tym zaczynamy mieć obniżony nastrój. Kiedy to jest tylko przemęczenie, a kiedy już jest problem, który wymaga konsultacji ze specjalistą i ewentualnie leczenia? I czy my te wszystkie wiadomości musimy przeczytać?

Gdyby tak było, to wtedy rzeczywiście - witam u mnie w gabinecie. Ale nie musimy. Być ze wszystkim bieżąco, to by było trudno. Chyba trzeba zaakceptować, że jesteśmy tylko ludźmi, nie jesteśmy sztuczną inteligencją i nie da rady tego wszystkiego jakoś ekspresowo przefiltrować, uśrednić. Ale jeżeli próbujemy być idealni, to wtedy mamy problem, bo to stresuje. Dlatego taki umiar, jak zresztą we wszystkim, np. w jedzeniu czy w relacjach, jest niezbędny, żeby mieć spokój. Bo spokój to jest niestresowanie się, a przynajmniej zminimalizowanie tego stresu, bo nie jesteśmy w stanie raczej bez niego żyć.

Drugi aspekt to social media. Czujemy się w obowiązku, że musimy wszystko na bieżąco śledzić, zareagować na każdą wiadomość, na każdego newsa, musimy go skomentować, musimy być zauważeni, bo podobno jak nas tam nie ma, to nie istniejemy.

Na pewno osoby, które z tego żyją, mają satysfakcję, że mają wtedy więcej lajków i to wpływa na ich finanse. Ale one z tego żyją. Natomiast osoby, które żyją tym, a nie z tego, czasami rzeczywiście przychodzą do specjalisty z poczuciem winy, że czegoś nie zrobiły. Bo ktoś coś ogłosił, ale nie zalajkowały i jest poczucie winy, że może powinienem, bo mnie zaraz wyrzuci ze znajomych. Jak zapytamy, czy zna tę osobę w tzw. realu – to nie. To jest strach o znajomości, których nawet tak naprawdę nie ma. I takie poczucie bycia odrzuconym. Bo przecież mam 2 tysiące przyjaciół na Facebooku. Tego się nie da kontrolować, ale część osób oczywiście próbuje i w związku z tym później jest poczucie winy, jest stres, że czegoś nie zrobiłem, czegoś nie zauważyłem, nie wrzuciłem czegoś. Czasem jest to nasilone do takiego stopnia, że część osób ma obniżone poczucie swojej wartości, dochodzi stres, a jak jest stres, uruchamia się reakcja immunologiczna, a także często depresyjność albo zaburzenia lękowe, a nawet czasem zdarzają się psychozy. Dlatego we wszystkim, na ile się da, musi być umiarkowanie.

Bardzo często mamy teraz taki obrazek: jest przerwa w zajęciach, grupa młodzieży stoi, siedzi, nikt z nikim nie rozmawia, wszyscy tylko piszą na telefonach, nawet siedząc obok siebie. Czym może skutkować taka sytuacja?

Wirtualnymi dolegliwościami też. To znaczy dolegliwości będą w realu, ale pochodzą ze świata trochę takiego wirtualnego, bo to, co jest na ekranie, nie daje nam pełnej gamy odczuć. Pamiętam taką audycję, w której uczestniczyłem, w której było poruszane, co najbardziej poprawia aktywność naszego mózgu: pisanie na komputerze, pisanie na telefonie czy pisanie ręczne. I jest to niewątpliwie pisanie ręczne, bo to aktywuje w nas wiele różnych emocji. Także w inny sposób się angażujemy w social mediach, w takie relacje komputerowe, a inne emocje uruchamiają się w nas w realu, gdy widzimy daną osobę, rozmawiamy z nią, towarzyszy temu dużo większa gama emocji, w związku z tym lepiej też to pamiętamy. I jeżeli mamy takie naturalne emocje, to one wzbudzają w nas cały wachlarz różnych kolorów naszych odczuć. Natomiast w telefonie są mniej złożone, w związku z tym jest mniejsza aktywność naszych okolic czołowych czyli większa podatność tak naprawdę też do depresyjności.

Jakie symptomy powinny nas skłonić do skorzystania z pomocy psychologa, psychiatry? Czy są jakieś takie dolegliwości czy odczucia, które powinny nam powiedzieć: słuchaj to jest ten moment, że powinienes zwrócić się o pomoc do specjalisty.

Jeśli chodzi o taką depresyjność, to np. w okresie żałoby, jeżeli dołącza się brak energii, takie spowolnienie, obniżone poczucie swojej wartości i oczywiście myśli samobójcze, co oznacza, że jest komuś niezwykle ciężko. Czasami ktoś nie chce sobie rzeczywiście czegoś zrobić, tylko nie chce mu się żyć - to są wtedy myśli tzw. rezygnacyjne.

Czasami niektóre infekcje wirusowe, zwykła grypa, potrafią wywołać w nas taką reakcję, bo depresja jest taką reakcją zapalną organizmu. Stres też jest reakcją zapalną, często aktywuje depresję. I to powoduje, że to zapalenie zmniejsza aktywność okolic czołowych. Tak samo jest często po infekcji. Stąd najbardziej takim infekcyjnym wirusem był covid. Czasami widzimy po zwykłej grypie takie powikłanie w postaci znacznego spowolnienia, braku energii, braku chęci, motywacji, izolowania się, brak koncentracji, czasami problemów ze spaniem. To są wszystko także objawy depresyjne, stąd mówi się o takim lekkim neurozapaleniu w depresji. Natomiast wszystkie te objawy, czyli spowolnienie i brak energii, plus obniżone poczucie swojej wartości, zwłaszcza jeżeli to jest bardzo dokuczliwe, powinny skłaniać do kontaktu ze specjalistą.

Także jeśli nie radzimy sobie z jakimiś trudnościami, np. w relacjach z innymi ludźmi, warto udać się do terapeuty, żeby popracować trochę nad tym, żeby umieć sobie lepiej radzić. Bo taka stała obecność ludzi wokół nas jest potrzebna, to nas aktywuje, jest to niezwykle ważne dla naszego mózgu. Dlatego w przypadku trudności, może warto pójść do psychiatry, który jest w stanie rozstrzygnąć, czy to jest problem do terapii czy do leczenia farmakologicznego.

Smutek, obniżony nastrój, to chyba każdemu z nas się zdarza. A co to takiego dystymia - takie pojęcie, które ostatnio jest dość modne?

To tzw. mała depresja. Czyli nie spełnia to wszystkich kryteriów depresji, ale są pojedyncze objawy, które wskazują na takie trochę obniżone samopoczucie. Mówimy wtedy, że taka osoba jest dystymiczna, czyli smutna. My rzadko diagnozujemy dystymię, ale z kolei w Stanach Zjednoczonych diagnozuje się ją często. Tam mówią o małej depresji, jest też osobowość depresyjna. Są też kryteria dwuletnie utrzymywania się takiego obniżonego nastroju. Ale nigdy osoba w dystymii nie będzie miała potrzeby hospitalizacji, nie będzie miała myśli samobójczych. To będzie raczej taki trudny okres, trwający powyżej 2 lat, gdzie może być lekko obniżony nastrój, jakieś problemy z koncentracją, lekki brak energii, ale wszystkie te objawy będą niewystarczające, żeby określić że to depresja.

A czym jest depresja i jak często jest diagnozowana?

Epidemiologicznie zaburzenia nerwicowo-lękowe są na pierwszym miejscu zaburzeń psychicznych w populacji – dotyczą prawie 20% z nas w ciągu roku według statystyk. Depresja

dotyczy od 7 do 10% populacji rocznie, a w ciągu życia nawet do 25 %. Natomiast te poważne schorzenia: schizofrenia, dwubiegunowość dotykają od 1 do 2% populacji.

Są trzy takie podstawowe objawy depresji: po pierwsze obniżony nastrój, po drugie spowolnienie psychoruchowe wynikające z braku energii i anhedonia, czyli brak odczuwania przyjemności czy radości z tego, co dotąd nas cieszyło. Ja zwłaszcza patrzę na ten brak energii. Np. w depresji poporodowej jest takie poczucie, że w sumie coś powinnam czuć do dziecka, ale nie czuję, jest taka obojętność i wtórne poczucie winy. Kiedyś mówiliśmy, że to tzw. depresja anestetyczna, czyli z takim znieczuleniem. Nastrój wtedy nie musi tu być obniżony, może być apatyczność. Czyli taka osoba nie odpowiada na bodźce: ani radosne, ani smutne.

Jaka jest tego przyczyna, co się dzieje w naszym mózgu, że mamy depresję? Pan profesor tutaj mówił o stanie zapalnym, to może tą depresję antybiotykiem jakimś albo lekiem przeciwzapalnym można potraktować?

Są takie prace, które mówią o tym, że leczenie przeciwzapalne rzeczywiście podnosi nastrój. Nawet w takich zaleceniach suplementacji mówi się, że np. kwasy omega 3 czy witamina D3 mają właściwości przeciwzapalne. Są różne leki przeciwzapalne, które też jakoś tam skuteczność w depresyjności osiągnęły. Myśmy nawet robili swoje porównanie, takie metaanalizy, to okazuje się, że nasze leki przeciwdepresyjne redukują stan zapalny, zmniejsza się wtedy to wyhamowanie okolic czołowych poprzez ten stan zapalny, w związku z tym one się bardziej aktywują. Natomiast czy to jest główna przyczyna, ja tego nie wiem. My to badamy. Ważna jest też nasza podatność biologiczna, jedna osoba na stres zareaguje depresją druga nie. Liczy się też czas - jedna osoba po roku stresu przewlekłego będzie reagować depresyjnością, a druga osoba po 10 latach dopiero. Ważny jest wywiad, pytamy czy w rodzinie była depresja czy nie, to nam też mówi o tym czy warto włączać już leczenie czy jeszcze nie. Natomiast na pewno jeżeli jest umiarkowana i ciężka depresja, to leczenie jest potrzebne, żeby ta osoba się nie męczyła.

Przyjmuje się, że to panie są bardziej skłonne do takiego obniżonego nastroju, objawów depresyjnych, a panowie są tacy twardsi. Jak to w epidemiologii, w statystyce to wygląda?

Epidemiologicznie tak, depresja i zaburzenia nerwicowo-lękowe częściej, nawet dwukrotnie, występują u kobiet. Ale z kolei za czym się kryją panowie? Dwu-trzykrotnie częściej się uzależniają od alkoholu, czyli zapijają ten swój zły nastrój, nie wiedząc o tym, że alkohol działa bardzo depresjogenicznie. I tak naprawdę potęgują to wszystko, ale wtedy u tych osób bardziej diagnozuje się uzależnienia niż depresję. Jest męska skala depresji, ona jest bardzo podobna do takiej depresji młodzieżowej. Czyli ten mężczyzna nie powie, że jest mu smutno, brakuje energii np. gdy ktoś wtedy od niego czegoś wymaga, jako od „głowy rodziny”; zaczyna być wtedy drażliwy, zły, odpowiada zdawkowo na pewne pytania, czasami pójdzie nawet w ryzykowne zachowania. Taka drażliwość, złość, zachowania ryzykowne, używanie różnych substancji, będą częściej towarzyszyć mężczyznom. Wiąże się to z tym trudniejszym mówieniem o tym że jest ciężko i smutno. Zresztą łatwiej zaakceptujemy populacyjnie kobietę, która powie że jest jej smutno, niż mężczyznę, który powie, że jest mu smutno, bo powstaje pytanie, co z tym zrobić, jak poruszyć temat.

Czyli jeśli my np. w rodzinie takiego pana nie zauważamy i kończy się tym, że on, aby sobie ulżyć w tym stresie, sięga po alkohol, konsekwencją tego jest uzależnienie. I trafia on już w statystykach do osób uzależnionych a nie depresyjnych. A lepiej jest leczyć uzależnienie czy depresję?

Uzależnienie zawsze utrudnia bardzo mocno leczenie. Ale są takie trudne statystyki, które mówią że kobiety 3 razy częściej dokonują prób samobójczych, ale mężczyźni są 3 razy bardziej skuteczni. Czyli mężczyzna trzyma w sobie coś do tego momentu, aż postanawia coś sobie zrobić. Chodzi o to że pomoc istnieje i tak naprawdę dobre jest dowiedzenie się o tych emocjach swoich, pójdzie na terapię i nauczenie się rozwiązywania pewnych trudności. Bo trzymanie tego w sobie nic nie załatwia, to potęguje stres. To jest tak jak ta para w czajniku –

zbiera się i w pewnym momencie ulatuje w jakiś sposób. Jeżeli ulatuje w sposób uzależnieniowy, to uzależnienie też później zwiększa niestety ryzyko podjęcia prób samobójczych. I czasami takie poproszenie o pomoc może być trudne, ale może jak coraz więcej będziemy o tym rozmawiać, to część mężczyzn pomyśli sobie, że może warto, że to nie jest niemęskie mówienie o tym, że jest mi przykro, smutno, nie radzę sobie, potrzebuję pomocy. To nie jest tak, że mężczyzna powinien wziąć się w garść – nie, nie powinien, nie ma takich dużych garści.

Jaka jest wskazówka dla bliskich takiej osoby: małżonków, rodziców, dzieci - jak taką osobę w swoim otoczeniu zidentyfikować i w jaki sposób jej pomóc, zanim będzie uzależniona lub wykona jakieś nieodwracalne kroki?

Chyba jedyną taką formą na to wszystko jest rozmowa. Czasami się boimy, że jak będziemy rozmawiać o próbach samobójczych, to może komuś to przyjdzie do głowy. Nie, ta osoba, która jej dokonuje, już od dawna o tym często myśli. Tu chodzi o to, że rozmowa o tym pozwala to przewentylować, czyli pozwala wyrzucić z siebie te napięcie, bo to te napięcie, które gromadzi się w środku, po prostu w pewnym momencie jest za duże do zniesienia. Dlatego część osób sięga po alkohol, kobiety też często po benzodiazepiny, czyli takie uspokajające leki. Natomiast rozmowa pozwala tak naprawdę na odpuszczenie tym emocjom, bo wyrzucenie tego z siebie powoduje, że jest trochę lżej. Czyli już powiedziałem, że jest mi ciężko. I to chyba jest jedyna tak naprawdę możliwość, żeby sobie poradzić. Bo takie doraźne sposoby: a to pobiegać, a to zjeść czekoladę, wziąć suplementy jakieś - można w to iść, ale może jednak warto pójść do psychiatry. Jeżeli on stwierdzi problem, skieruje na terapię.

A jeśli zauważamy, że coś się dzieje z bliską osobą, warto pytać czy chce porozmawiać, czy możemy w czymś pomóc. Czasem już samo zauważenie tego, powiedzenie komuś, że musi być ci z trudno z tym wszystkim, powoduje, że ten ciężar ogromny spada i otwiera się pole do dyskusji.

Kiedy państwo sięgają po leki, a w jakich sytuacjach kierują na terapię?

Wtedy kiedy są somatyczne objawy depresji, czyli brak energii, spowolnienie psychoruchowe, kiedy jest poczucie winy bardzo duże, dajemy leki. Czasami są depresje psychotyczne, kiedy już tak narasta ten stres w środku, ten brak energii, niechęć, poczucie bezwartościowości, że taka osoba mówi, że wszystko przeze mnie, oni mają przeze mnie same kłopoty, ja jestem temu wszystkiemu winien. A jak jestem winien, to spotka mnie za to kara. Później zaczynają się urojenia prześladowcze, że coś będzie źle, urojenia winy, kary, że całą rodzinę przeze mnie spotka katastrofa. Nawet bywają urojenia nihilistyczne - pamiętam taką panią, która poprosiła nas o wyniesienie na śmietnik, bo mówiła, że nie ma sensu jej dawać tabletek, bo ona jest pusta w środku, wszystko zgniło. Czasem depresja narasta do takich hipochondrycznych urojeń, że ja mam wszystkie choroby świata. Wtedy to już ewidentnie trzeba leczyć, nie tylko lekami przeciwdepresyjnymi, ale też daje się lekkie leki przeciwpsychotyczne.

Natomiast jeżeli objawy są bardzo lekkie i widzimy, że ewidentnie za tym stoi np. sytuacja w rodzinie, czy to co się dzieje w środowisku, to warto skierować na psychoterapię.

Natomiast jeżeli są silne objawy depresji, z tym spowolnieniem, warto włączyć wtedy leki, bo taka osoba żeby skorzystać z terapii, musi mieć tą koncentrację. Bo depresja jest rodzajem pseudootępienia, czyli te funkcje poznawcze, jak te czoło zwalnia, są powolne i w tym momencie warto dać leki, żeby ta osoba skorzystała z terapii, żeby miała do tego energię i motywację.

O lekach psychiatrycznych mówi się, że jak zaczniesz raz brać, to już do końca życia. Prawda czy mit?

Nieprawda, mit. Są osoby, które na przykład mają bardzo trudne środowisko, żyją np. z kimś, kto nadużywa alkoholu, jest uzależnioną osobą, tak więc w całym domu wrze non stop. Jeżeli ta osoba nie zacznie jakoś działać i nie zadba o siebie w tym wszystkim, czyli na przykład nie

pójdzie do miejskiej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych i nie zgłosi takiego męża, żony czy taty do leczenia odwykowego, to te leki pomagają tolerować frustrację, usuwają te zapalenie wywołane stresem. Ale jeżeli nie zabierzemy tego czynnika, który powoduje stres, np. w problemach w relacjach, ktoś już 20 lat nie może się odnaleźć, powtarza swoje schematy, to warto skierować taką osobę na terapię, żeby coś zmieniła, żeby stres nie doorganizował tej osoby stale.

Ważne jest też to rozróżnienie, kiedy kierować na terapię, a kiedy nie. Czyli gdy są np. problemy w relacjach - na terapię, ale kiedy dołącza się biologia depresji - włączamy leki i być może też na terapię warto taką osobę wysłać.

Jaka jest skuteczność leczenia? Jaka jest szansa na pomoc dla takiej osoby z depresją?

Bardzo duża, bo skuteczność samego leczenia tzw. depresji biologicznej to jest ponad 70%. Więc jest duża skuteczność. Nawet jeżeli jej nie ma, to mamy leki przelatujące tą lekooporność, więc tak naprawdę w tej chwili mamy jedną z największych w medycynie skuteczności, co jest dosyć niezwykle, bo to tak naprawdę są nasze emocje, a możemy je polecić. Jeżeli połączymy to z terapią, to długość leczenia przy lekkich epizodach to przeważnie około pół roku do roku, 2 lata i więcej jeżeli był ciężki epizod np. psychotyczny. Jeżeli jest to np. osoba starsza, gdzie są te zmiany już organiczne/zanikowe w mózgu, to trzeba dłużej czasami polecić. Wszystko zależy od różnych czynników, ale zawsze terapia pomaga, żeby ta depresja nie wracała.

A jeśli mimo zaleceń nie podejmujemy się leczenia, czym to może skutkować?

Tym, czego najbardziej my jako psychiatrzy się obawiamy, czyli takim myśleniem, że już nic nie warto, że właściwie nie warto żyć. Często samobójstwo popełniają te osoby, które nie szukają pomocy. Bo takie jest myślenie: co mi pomoże rozmowa, co mi pomoże lek, jeżeli ja czuję, że jest beznadziejnie. Tak nie jest. Osoby, które decydują się pójść po pomoc, często potem mówią, że już dawno powinni byli z niej skorzystać. Bo się okazuje, że po rozmowie terapeutycznej bardzo wiele rzeczy się w życiu zmienia. Część osób uważa, że terapia nie działa, bo co może dać rozmowa, jeśli i tak rozmawiają z kolegami czy przyjaciółmi. Ale to nie jest ta wiedza profesjonalna, jaka stoi za terapią, np. o schematach myślowych, gdzie wiele się zmienia nawet podczas czasami jednej rozmowy.

To tak pokutuje troszeczkę, że jak dostanę tabletkę, albo zrobią mi operację, to mam takie poczucie leczenia. A już to że mam zmienić tryb życia, swoje zachowania, z kimś porozmawiać to już nie. Może w tym jest problem, że my nie bardzo wierzymy w terapię, zwłaszcza grupową, gdzie spotykamy się z grupą nieznanymi osobami. Czy powinniśmy się tego obawiać?

No nie. Właśnie tego się dowiadujemy podczas tej wizyty, choćby pierwszej, że tak naprawdę nie mamy wiedzy o sobie, o naszych emocjach, o naszych trudnościach, my to uogólniamy. To jest taki mechanizm projekcji, że w innych denerwują nas te rzeczy, które w sobie nas denerwują i bardzo często jest tak, że mierzymy innych swoją miarą. Że coś ze mną jest nie tak, bo nie potrafię się dogadać albo coś z nimi nie tak, bo nie potrafią się ze mną dogadać, a tu się okazuje, że czegoś się dowiem o sobie, co pozwala w inny sposób, z innej perspektywy, na siebie spojrzeć. I zmienić te schematy myślenia. Np. wybieram samotność, bo nie mogę się z kimś dogadać i tak naprawdę profilaktycznie stosuję odrzucenie takie, że nie będę się wychylał, nie będę w kierunku tej drugiej osoby szedł. A okazuje się, że ta druga osoba ma dokładnie podobne myślenie - podszedłbym do niej, porozmawiał. Ale skoro ona się ode mnie trochę oddala, to znaczy nie chce, nie akceptuje mnie. Czyli my myślimy, że ktoś nas nie akceptuje, a się okazuje, że ta druga osoba dokładnie podobnie myśli. Chodzi o nabycie pewnych umiejętności oceny takiej realnej sytuacji i też zauważenie tego, z czym się ma trudność, że to mogą być takie schematy myślowe, które nam mówią, że to jest jedyna droga, a okazuje się, że tych ścieżek możliwych do wyboru jest kilkadziesiąt.

Prześlaniem z naszej dzisiejszej audycji będzie chyba takie zalecenie dla naszych słuchaczy, aby zastanowili się nad rodziną, znajomymi, sąsiadami, czy ktoś nie ma objawów depresyjnych, nie ma obniżonego nastroju, nie wycofuje się. Wtedy spróbujmy z nim porozmawiać, dotrzeć do niego, zachęcić do tego, aby opowiedział o swoich trudnościach i ewentualnie skorzystał z pomocy specjalisty, np. zgłosił się do Centrum Zdrowia Psychicznego. Czy to jest dobry plan?

Tak i myślę, że warto zawsze tak od siebie troszkę wychodzić. Jak powiemy, że mi jakoś ciężko z tobą rozmawiać, nawiązać kontakt, a bardzo bym chciał, to już mówi o tym, że ja mam trudność, a nie tylko i wyłącznie ta druga osoba. Jak zaczniemy od siebie, możemy sprawić, że ta druga osoba łatwiej się otworzy.

12. Mamo tato złapałem wirusa, czy mam alergię?



prof. Marcin Moniuszko

Alergia czy wirus – to temat audycji z cyklu „Pytanie do specjalisty”. Gościem prof. Jana Kochanowicza był prof. Marcin Moniuszko, rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierownik Kliniki Alergologii UMB

Pan profesor jest kierownikiem Kliniki Alergologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, ale też rektorem-elektem Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Jak wyglądają te ostatnie dni?

To jest oczywiście bardzo intensywny czas. Społeczność akademicka obdarzyła mnie niesamowitym zaszczytem, powierzając mi tę funkcję. Wielka, ogromna odpowiedzialność, ale też wspaniałe wyzwanie i zaszczyt, też dlatego, że przychodzi pracować mi jako przyszłemu rektorowi w gronie prawdziwych pasjonatów i to jest coś naprawdę niesamowitego. A odpowiedzialność dlatego, że nasz Uniwersytet Medyczny jest uczelnią na swój sposób wyjątkową. Zawsze też mówię że sam Białystok jest miastem przepięknym i najwspanialszym na świecie, choć kocham wiele również innych miast. Samo Podlasie jest regionem ze wszech miar wyjątkowym i na tej mapie obejmującej to piękne i wyjątkowe miasto i ten niesamowity region jakim jest Podlasie, UMB jest też bardzo specjalnym miejscem. Specjalnym dlatego, że spoczywa na nim - oprócz tych zadań, które spoczywają na każdej uczelni, czyli kształcenie przyszłych pokoleń czy prowadzenie badań naukowych - także prowadzenie szpitali klinicznych, czyli miejsca gdzie na co dzień decydują się losy życia i śmierci setek osób. Takich hospitalizacji w samym tylko Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym, kierowanym przez pana dyrektora, jest blisko 60000, więc każdego dnia przekłada się to na setki konkretnych decyzji o losach poszczególnych pacjentów. I to jest ta też ogromna odpowiedzialność, którą tak wielu pracowników UMB, którzy często jednocześnie są pracownikami naszych szpitali klinicznych, niesie. I wszyscy zdają sobie sprawę z tej odpowiedzialności i to też czyni naszą uczelnię, której szpitalne są integralną częścią, wyjątkową na mapie naszego regionu. Poza tym nasi absolwenci za chwilę będą również decydować o konkretnych losach konkretnych ludzi, o ich życiu i śmierci, poprawie jakości tego życia, co jest bardzo ważnym zadaniem i też sprawia, że te procesy dydaktyczne, które są przecież wspólne dla wielu różnych typów uczelni, w tym naszym przypadku obarczone są jeszcze większym poziomem odpowiedzialności. Tak samo jak prowadzenie badań naukowych. To też jest niezwykle ważna motywacja dla bardzo wielu

naukowców, ale zawsze w tle czy w perspektywie każdego takiego badania naukowego, jest jakiś kolejny krok służący poprawie metod diagnostycznych albo terapeutycznych, nie zawsze bezpośrednio, ale czasem stanowi to kolejny krok, kolejną cegiełkę w budowie tego naszego fundamentu wiedzy medycznej.

Jestem w pełni świadomy z zakresu tej odpowiedzialności, ale fakt że to jest praca wśród wyjątkowych ludzi, którzy też mają olbrzymie poczucie odpowiedzialności, poczucie misji i oddają tej uczelni, temu szpitalowi, pacjentom, studentom, badaniom, swoje życie, zdrowie, ambicje, to jest wielki zaszczyt. I nie jest to kokieteria, to jest po prostu fakt. W innym przypadku w ogóle nie odważyłbym się podejmować takiego wyzwania, które owszem jest samo w sobie zaszczytem, ale właśnie poprzez ten olbrzymi zakres odpowiedzialności byłoby niemożliwe do realizowania. To jest też piękne w naszej uczelni, naszych szpitalach, że działamy zespołowo, że tu nie ma gwiazd. które promują same siebie, tylko działamy jako zespół i zawsze to dobro naszych pacjentów, studentów, społeczności jest na pierwszym miejscu. Ale jest to też, jak pan dyrektor sam doskonale wie, bardzo często niewdzięczna praca. Z pewnością jest bardzo wiele różnych innych zajęć, które mogłyby zapewniać spokojniejsze życie, niż funkcja rektora czy dyrektora, ale jednak to dobrze, że są tacy wariaci, którzy chcą czasem podejmować też takie trudne zadania. Bo trzeba i myślę że nasze społeczeństwo, nasi pacjenci, tego oczekują i my wszyscy jesteśmy gotowi, żeby dać z siebie jak najwięcej.

Wracamy do spraw czysto klinicznych, pacjenckich, bo pan profesor oprócz tego, że jest rektorem, naukowcem, to też jest praktykiem, lekarzem, który na co dzień pomaga pacjentom. I takie pytanie: czy to alergia czy to wirus? Czy możemy w ogóle to zróżnicować? Jak odpowiedzieć dziecku, które pyta rodzica: czy to alergia czy wirus?

To nie tylko jest problem dla dzieci, to jest problem także dla wielu dorosłych, ale też dla nas lekarzy. Choć pozornie, czy na kartach podręczników te dwie sytuacje mogą prezentować się rozłącznie czy niezależnie, to życie nie jest czarno-białe. Zawsze mówimy swoim studentom, że skończyły się czasy, kiedy chorzy chorowali pojedynczymi rozdziałami z podręczników. Teraz jedne sytuacje wcale nie wykluczają drugich i tak bywa również w przypadku pewnych spraw związanych z alergią i z infekcjami wirusowymi.

Sam problem alergii dotyczy bardzo dużej grupy społeczności. Bo wedle różnych analiz statystycznych, między innymi wykonanych w naszym regionie, nawet 40% spośród nas może mieć jakiś problem alergiczny i to jest potwierdzone badaniami, nie tylko tym, że pacjenci myślą że mają alergię. Najczęściej problemem są alergie wziewne. Choć w alergologii najtrudniejszymi problemami są te, które potrafią prowadzić do tych najbardziej dramatycznych konsekwencji czyli anafilaksji. I to są sytuacje związane z alergią na przykład na leki, które potrafią naprawdę bardzo utrudnić życie czy stanowić wręcz bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia całkiem sporej grupy pacjentów. To też budzące czasami grozę sytuacji w okresie wiosenno-letnio- wczesnojesiennym związanym z aktywnością przesympatycznych i niesłychanie pożytecznych owadów jakimi są pszczoły czy osy, które wbrew pozorom są też bardzo pożyteczne, ale które u kilku procent społeczeństwa mogą doprowadzić czasem do reakcji, które mogą naprawdę stwarzać bardzo duże ryzyko. To jest problem, do którego trzeba podchodzić z głową i tu też służymy swoją swoją pomocą i pomagamy setkom pacjentów, nie tylko z Białegostoku i regionu, a często nawet spoza regionu. Inną kwestią są przykłady alergii na pokarmy, kiedy też niektóre reakcje mogą doprowadzić do fatalnego końca.

Natomiast alergie wziewne są tym, co dotyczy stosunkowo największej grupy spośród nas, sam też z tym problemem borykam. Mówimy tu o około 25-30 procentach społeczności, czyli około dziesięciu, a może nawet kilkunastu milionach Polaków, których ten problem może dotyczyć w bardzo różnym zakresie, ale także w bardzo różnym czasie. Bo to są alergie całoroczne, jak na roztocze kurzu domowego, dotyczące około 20 kilku procent społeczności, ale też te najbardziej popularne alergie na pyłki, na przykład traw, które zwykle od czerwca, w tym roku to i od maja, prawie że do końca wakacji występują, czy występujące teraz w powietrzu pyłki chwastów, czy też występujące wczesną zimą czy na początku wiosny pyłki drzew. Poza tym mamy w naszych domach zwierzęta: psy, koty, króliki itd., a od kwietnia do października w

powietrzu są zarodniki grzybów pleśniowych. Więc naprawdę jest z czego wybierać. I znowu tutaj te alergię wcale nie są takie rozłączne, bo jak ktoś jest uczulony na roztocza kurzu domowego, nie znaczy że to koniec. Tak się składa, że jedna alergię lubi promować kolejną i zwykle te alergię chodzą nie tylko parami, ale całymi kolumnami. Ale my alergolodzy mamy naprawdę wiele narzędzi, żeby sobie z tym poradzić i na szczęście w zdecydowanej większości radzimy sobie z tym problemem, także poza poziomem szpitala, w poradniach alergologicznych. W poradni alergologicznej USK jesteśmy zawsze do dyspozycji naszych pacjentów.

Ale są też czasami sytuacje, kiedy to rozpoznanie nie jest takie zupełnie oczywiste. Dlatego właśnie że istnieją, pomimo pewnych różnic, pewne trudności z rozróżnieniem przez niektórych pacjentów czy jego objawy są związane z alergią, czy też z infekcją. I nie musimy tu mówić tylko o wirusie Sars-Cov-2 i o COVID-19, ale to jest pole około 200 czy nawet większej liczby różnego rodzaju innych wirusów, które powodują przeróżne objawy ze strony dróg oddechowych i czasem te objawy są dosyć podobne. Bo to jest tak, że takie kichanie może zdarzyć się i w przypadku alergii, ale też w przypadku infekcji wirusowej. Wyciek z nosa jasnej wydzieliny może zdarzyć się i w przypadku alergii, i w przypadku infekcji wirusowej. Także świąd może występować i tu i tu, podobnie zaczerwienienie czy łzawienie oczu. Nie zawsze jest to takie oczywiste.

Ale możemy sobie te rozpoznania uprawdopodobnić, są pewne objawy, które sprawiają, że one są trochę bardziej charakterystyczne. Bo jak ktoś ma jeszcze np. wysoką gorączkę, to mniej myślimy o alergii, bardziej o infekcji wirusowej.

A czy temperatura może towarzyszyć alergii?

Jest bardzo dużo konfuzji w tej kwestii, spowodowanej również historią i tradycją. Bo w XIX wieku po raz pierwszy zidentyfikowano, że jest taki problem jak kichanie wśród rolników pracujących szczególnie w Anglii przy przy sianokosach. Jeden z lekarzy, który to obserwował, dziwił się, że tacy przeziębieni są w środku lata. Kiedy próbowano zgłębić ten temat, to określono to schorzenie mianem hay fever czyli gorączka sienna, na zasadzie takiej, że to jakaś infekcja może, która jest spowodowana przez siano. To było takie intuicyjne wtedy rozpoznanie i ono trochę zostało.

Sama w sobie reakcja alergiczna raczej nie generuje podwyższenia temperatury, chyba że ktoś na słońcu bardzo długo przebywa i po prostu doszło do podwyższenia ciepłoty ciała, natomiast podwyższenie ciepłoty ciała nie jest cechą charakterystyczną reakcji alergicznej. Ale też przy infekcjach wirusowych podwyższenie ciepłoty ciała zdarza się stosunkowo rzadko. Czasem te inne objawy: ból w obrębie nosa, czy zmiana charakteru tej wydzieliny na żółtozieloną, bardziej świadczy o tym, że ma charakter infekcyjny niż alergiczny. Albo fakt że występuje to po jednej stronie, a nie po dwóch, to też bardziej wskazuje na infekcję niż na alergię. Alergia zwykle atakuje po obu stronach naszego naszego organizmu, infekcja potrafi czasem przez moment opanować jedną tylko stronę, choć też tylko w niektórych okresach swojego życia. Kaszel może pojawiać się w reakcji alergicznej i w reakcji wirusowej. Dlatego czasem, szczególnie w pierwszych godzinach występowania objawów, nie wszyscy muszą mieć świadomość, szczególnie jeżeli dotychczas nie wiedzieli że taką alergię mają. Bo jak ktoś już wie i wpadnie rowerem na łękę w czerwcu, to zdaje sobie sprawę że jego napad kichania czy kaszlu będzie związany z tymi sytuacjami.

Ale bardzo często problemy pojawiają się również wśród nas lekarzy, w tym okresie późnozimowym czy wczesnowiosennym, kiedy wydaje nam się, że co tam takiego może pylić w lutym czy w marcu, i zapominamy że jest to bardzo aktywny okres pylenia drzew: olszy, leszczyzny, później w kwietniu dochodzi jeszcze brzoza. Nie widać jeszcze zielonych łęk, zielonych drzew, więc ludzie traktują to, że to taki okres przedwiosenny i myślą, że wszystko co się z nimi dzieje to jest infekcja. Oczywiście są osoby, które wykonują testy i szybko uzyskają diagnozę, ale nie wszyscy od razu się wybiorą do lekarza. Jest szereg różnych sytuacji, które mogą tę diagnozę opóźniać. Czasami pierwszym elementem, który może nam o tym powiedzieć, czy mieliśmy do czynienia z alergią czy też z infekcją jest zastosowanie leku przeciwalergicznego.

Czyli jak lek pomógł to alergią, jak nie - to wirus?

Oczywiście to nie jest jakiś standard, ja mówię o sytuacji takiej partyzanckiej, kiedy ktoś w danym momencie nie ma możliwości umówić się do lekarza. Leki przeciwalergiczne, przeciwhistaminowe, nie mają w sobie takiej tajemnej mocy, żeby jakoś specjalnie wpłynąć na przebieg infekcji wirusowej, ale w przypadku reakcji alergicznej większy czy mniejszy, ale ten efekt w zdecydowanej większości przypadków się będzie pojawiać.

Pamiętajmy, że jesteśmy jednym z najbardziej rozwiniętych krajów świata i problem alergiczny jest bardzo rozpowszechniony, ale i infekcji mamy ogromne ilości, i te tematy wcale nie muszą być rozłączne. Problem polega na tym że jeden temat bardzo nakręca drugi, albo promuje drugi, czyli osoby alergiczne, które nie podjęły właściwego leczenia, nie tyle że obniżają sobie komfort życia, ale obniżają sobie również poziom odporności przeciwko infekcjom wirusowym. I jest to coś, o czym bardzo często zapominamy i coś co sprawia, że te infekcje wirusowe u około 30% naszego społeczeństwa przechodzą zdecydowanie gorzej. Dotyczy to również nieleczonej astmy - alergią bardzo często potrafi niestety przenieść się na poziom dolnych dróg oddechowych, powodując objawy związane są z astmą. Astma nie musi być tylko alergiczna. A niewłaściwe albo niewystarczające leczenie alergii czy astmy albo niepodjęcie tego leczenia, sprawia że owszem w danej chwili obniża nam się komfort życia, ale przede wszystkim otwieramy wrota przeciwko wirusom, których jest tak pełno dookoła nas, że po prostu nie jesteśmy w stanie przed nimi się ochronić. Nieleczona alergią, nieleczona astma sprawia, że ten poziom naszej obrony spada bardzo nisko, bo nieleczona alergią, nieleczona astma, w zdecydowanym stopniu wpływa na stan bariery naszych dróg oddechowych, górnych i i dolnych. Ta bariera to jest błona śluzowa, która po prostu pilnuje tego, żeby wirusy, które tam wpadają, zostały szybciotko zneutralizowane. Po to jest to leczenie, które podejmujemy i w przypadku alergii, i w przypadku astmy, żeby opanować to zapalenie jakim jest proces alergiczny. Problem polega na tym, że ono tak do końca nigdy nie znika i bardzo ważne w tym wszystkim jest to, żeby to zapalenie gasić.

Mamy ku temu skuteczne rozwiązania. Na poziomie górnych dróg oddechowych to są przede wszystkim leki przeciwhistaminowe i glikokortykosteroidy donosowe, na poziomie dolnych dróg oddechowych - przede wszystkim wziewne glikokortykosteroidy, które w genialny sposób potrafią w zdecydowanej większości przypadków bardzo skutecznie to zapalenie zmniejszyć, nie do końca może zawsze zgasić, ale trzymać pod taką dużą kontrolą. Zmniejszenie poziomu tego zapalenia sprawia, że poprawia się stan obrony, tej bariery, tego muru przed wirusami, który mamy. I pacjenci z alergią, którzy nie podejmują tego leczenia, chorują zwykle niestety pod wpływem wirusów, które spotykają, dłużej, ciężiej. Częściej pojawiają się u nich powikłania, częściej ta infekcja się toczy, są dłużej wyłączeni z aktywności, pojawia się szereg innych komplikacji. To jest ten efekt domina, który tak często widzimy niestety w medycynie. A pamiętajmy, że mówimy bardzo często o pacjentach, którzy są w sile wieku, tzw. w wieku produkcyjnym: pracują, uczą się itd. I nie podejmując właściwego leczenia alergii, po prostu wystawiają się na atak tychże wirusów, bo te choroby niestety bardzo siebie lubią. Alergia nieleczona, astma nieleczona, to jest takie zaproszenie do tańca wirusów, a one tylko na to czekają. Natomiast bardzo nie lubią jeżeli my podejmiemy leczenie, bo odbudowujemy mur, odbudowujemy barierę. I one już w tej barierze nie mogą poszaleć zbyt mocno.

W niektórych sklepach, ale przede wszystkim w każdej apteka bombarduje nas całą gamą różnego rodzaju leków na alergię, dostępnych bez recepty. Czy te leki mają wartość taką kliniczną, czy powinniśmy po nie sięgać?

W sklepie spożywczym na szczęście tych leków akurat nie dostaniemy, tam częściej mamy leki związane z łagodzeniem objawów infekcji czyli różnego rodzaju niesteroidowe leki przeciwzapalne. Leków przeciwalergicznych tam za bardzo nie uświadczymy, a jeżeli takowe tam są pojawiają, to raczej sklep spożywczy niekoniecznie jest gwarantem tego, że mamy do czynienia z lekiem przeciwalergicznym właściwej jakości. Natomiast w aptekach możemy bez recepty otrzymać wiele preparatów przeciwhistaminowych, które są preparatami wysokiej jakości. Ale warto pamiętać, że jest to dobra tak zwana pierwsza pomoc czy nawet samopomoc

w takich nagłych przypadkach, kiedy akurat nie jesteśmy w stanie pojawić się w gabinecie i otrzymać recepty od lekarza. Niedobrze by się stało gdyby wyszło nam takie zachowanie w krew. Zresztą te leki w aptekach są wprawdzie dostępne bez recepty, ale jest coś za coś. To zwykle jest mniejsza liczba tabletek za wyższą cenę i zdecydowanie bardziej ekonomicznie opłaca się otrzymać ten sam lek w większej liczbie i na receptę. Bardzo często na tej receptce może znaleźć się też poziom odpowiedniej refundacji, który sprawi że będzie to bardziej znośny ekonomicznie zakup.

Warto też przy późniejszym kontakcie ze specjalistą zasygnalizować jak ten lek bez recepty zadziałał w danym momencie. Tych preparatów jest ponad 200, nie ma chyba alergologa w Polsce, który wymieniłby chociaż połowę wszystkich preparatów przeciwhistaminowych, które są dostępne na rynku. Śmiejemy się nawet, że wszystkie nazwy kojarzące się z alergią już dawno się skończyły i są coraz bardziej egzotyczne. Warto, by wśród tych leków wybierać te czy prosić o te leki, które nie powodują albo stwarzają niskie ryzyko efektu usypiającego. Pamiętajmy, mówimy o ludziach, którzy najczęściej są bardzo aktywni, prowadzą samochody, operują jakimiś maszynami. Wszyscy zwracają uwagę na kwestie alkoholu i słusznie, natomiast też trzeba pamiętać, że niektóre leki przeciwalergiczne z tak zwanej starej generacji, dostępne również bez recepty, mogą wywołać podobny efekt, takiego znacznego obniżenia sprawności psychoruchowej, spowolnienia reakcji czy nawet sennałości. Czasami pacjenci, którzy już mają swoją historię leczenia są w stanie sami powiedzieć, który lek wywoływał u nich taką reakcję, a który nie. Ale tu szczególnie apeluję do tych osób, które po raz pierwszy taką decyzję będą podejmowały, by wybierać lek, który ma zmniejszone ryzyko takich efektów.

Wszystko to jest jednak leczenie objawowe, a kluczowe, jak zawsze w medycynie, jest leczenie profilaktyczne. I tu mamy jako alergolodzy magiczną broń w naszych rękach. To jest coś niesamowitego czyli odczulanie, to jest immunoterapia swoista.

Ale zanim powiemy o immunoterapii, to powiedzmy o narzędziu, które tylko i wyłącznie specjaliści wypisują - leki sterydowe. O negatywnym działaniu sterydów żeśmy się nacytali czy nasłuchali, i bywa że pacjent wiedząc ile objawów niepożądanych jest po sterydach, to nawet jak wykupi receptę wypisaną przez alergologa, tego leku nie będzie zażywał, bo będzie się bał. A czy jest czego się obawiać?

Padamy czasami ofiarą wielu stereotypów, że sterydy równa się spadek odporności i wszystkie inne niepożądane działania. Nie można wrzucać wszystkiego do jednego worka. Wszystko zależy od postaci leku i od dawki, a dawki sterydów w alergologii są od mikrogramów do gramów. Jesteśmy na Podlasiu i ja czasem używam oburzającego być może przykładu, że to tak jakby porównywać łyżkę jakiegoś syropu, który ma w sobie jakiś skład alkoholu, z beczką bimbru z Puszczy Knyszyńskiej. I to alkohol i to alkohol, ale mówimy o zupełnie różnych efektach, dawkach, stężeniach. I niestety czasami sterydy są wrzucane do jednego worka zła niesamowitego. Niestusznie, bo pamiętajmy że nikt sterydów nie stosuje tak sobie, na wszelki wypadek i zawsze jest jakiś powód. A w alergologii, także w przypadku leczenia astmy, mówimy o postaci wziewnej tychże leków w zdecydowanej większości przypadków i mówimy o dostarczaniu dawek mierzonych w mikrogramach, które trafiają czy to do naszego nosa czy to do naszych oskrzeli i trzeba być naprawdę bardzo zdeterminowanym, żeby doszukiwać się wtedy tych efektów niepożądanych. Mówimy tu o stosowaniu leków, które działają w zdecydowanej większości przypadków po prostu miejscowo i tam robią świetną robotę gasząc to zapalenie. bardzo wielokierunkowo i bardzo skutecznie. Co jest paradoksem, stosowanie takich miejscowych glikokortykosteroidów wbrew pozorom nie obniża odporności, ale podwyższa tę odporność przeciwko infekcjom wirusowym. Bo gasi zapalenie alergiczne.

Ten lek w dużych dawkach potrafi być lekiem immunosupresyjnym, który rzeczywiście potrafi tą odporność obniżyć i w dawkach, które są w tabletkach czy w kroplówkach takie działanie rzeczywiście może posiadać. Natomiast w sytuacji alergii, astmy, to są mikrogramy w postaci aerozolu, inhalatorów, które działają w zdecydowanej większości po prostu miejscowo, na poziomie albo górnych albo dolnych dróg oddechowych i one nie mają szansy wyrzucić tych efektów, których tak się wszyscy obawiamy. A w większości przypadków, paradoksalnie, wręcz ten poziom odporności przeciwko wirusom mogą po prostu podwyższyć.

Pan profesor wspomniał o tej magicznej broni na uczulenie – odczulaniu. Co to jest takiego, bo brzmi atrakcyjnie.

Jest to od ponad 100 lat stosowana metoda i uważam, że alergolodzy są bardzo uprzywilejowani spośród innych specjalności, bo mają w swoich rękach metodę, która pozwala im odwrócić zupełnie bieg choroby. Przecież my w większości - jestem też specjalistą chorób wewnętrznych - kiedy pracujemy z wieloma chorobami przewlekłymi, niestety, i to jest naszym wielkim bólem, pomagamy pacjentom w sytuacji, gdy szereg zmian w organizmie niestety jest już nieodwracalnych. Staramy się opóźnić ten postęp choroby albo przywrócić jak najlepsze funkcjonowanie, ale ciągle jest tak, że wiele procesów jest już niestety nieodwracalnych. A to odczulanie ciągle mnie zadziwia, choć tyle lat z tym tematem pracujemy. Jest to sytuacja, w której nasz rozchwiany układ immunologiczny, bo alergologia jest swego rodzaju rozchwianiem układu immunologicznego, jego nadmierną aktywnością wobec czegoś co przecież przez tyle lat, tyle tysięcy nie było dla nas żadnym zagrożeniem (jak pyłki drzew, traw, sieć zwierząt, roztocza kurzu domowego), bywa przywracany do właściwego porządku poprzez proces odczulania. Czyli jest uczulenie, a tu jest odczulanie, ta immunoterapia swoista. Magia tego procesu polega na tym że odczulanie jest przeprowadzone za pomocą dokładnie tego samego alergenu, na który ktoś jest uczulony. Tak proste, a tak genialne w swojej prostocie, że ciągle śmieją się oczy i usta kiedy człowiek sobie myśli, jak fajnie, że tego typu metoda jest. Tylko że jest jedna subtelna różnica. W takim procesie alergicznym nam się wydaje, że tych pyłków jest dużo, że roztocza kurzu domowego jest dużo, z punktu widzenia samego organizmu one potrafią być miejscowo czasami bardzo przeszkadzające. A w immunoterapii swoistej genialną prostotą tego procesu jest to, że my tego alergenu podajemy więcej. To jest taki atak układu immunologicznego poprzez te większe stężenie alergenu. My oczywiście to bardzo kontrolujemy, robimy to stopniowo, ale w pewnym momencie ten układ immunologiczny jest pod takim atakiem tego alergenu, że zaczyna obojętnieć. Ja czasami mówię, że to tak jak ktoś długo na nas krzyczy - na początku się przejmujemy, ale później myślimy: niech tam sobie krzyczy. W tym odczulaniu pacjent otrzymuje zawsze wyliczoną i indywidualnie dopasowaną dawkę alergenu, ale jest to o tyle więcej niż pacjent jest w stanie spotkać się w naturalnym środowisku, że układ immunologiczny, który wcześniej chciał od razu reagować wobec danego alergenu, dostając go tyle, że w pewnym momencie mówi „dobra mam tego dość, niech już będzie”. A my później utrwalamy ten proces w ustalonych odstępach czasu. To jest tak genialne swoje prostocie. To jest po prostu powtarzanie podawania nie jakiegoś cudownego leku w odczulaniu, ale dokładnie tego samego alergenu, na który ktoś jest uczulony, oczywiście w odpowiedni sposób przygotowanego w postaci zawiesiny, ekstraktu, tabletek czy kropelek. I gorąco tu do państwa wszystkich tym problemem dotkniętych apeluję, żeby skorzystać z odczulania, bo alergolodzy świetnie sobie z tą metodą radzą.

A aby tej magii doświadczyć, trzeba się zgłosić do poradni alergologicznej przy USK w Białymstoku. Tam uzyskamy pomoc - diagnostykę, leczenie, łącznie z leczeniem w odczulającym.

Tak, zapraszam do naszej poradni alergologicznej. Czasem ten proces odczulania może trwać 4-5 lat, ale efekty są przez kolejne lata. Nie zawsze to 100 proc. uwolnienie od alergii, ale efekt jest zawsze widoczny. To nie tylko mniej leków, ale lepsze samopoczucie i mniejsze ryzyko astmy. I szereg innych korzyści. A jak dobrze poleczymy alergię, czy astmę, lepiej przejdziemy też przez wirusa, mniej ten wirus nam zaszkodzi.

13. Szczepienia HPV i inne męskie, niemęskie tematy



prof. Paweł Knapp

Szczepienia przeciwko wirusowi HPV były tematem ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza był prof. Paweł Knapp, kierownik Uniwersyteckiego Centrum Onkologii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku

Dużo emocji budzą szczepienia przeciwko wirusowi HPV. Jak z punktu widzenia ginekologa onkologa odbiera pan ten pomysł, by szczepić nastolatki?

Jest to dla mnie zupełnie niezrozumiałe, dlaczego szczepienia przeciwko wirusowi HPV niosą tyle kontrowersji i tyle emocji. Mamy przecież bardzo wnikliwe, dokładne badania, które pojawiły się już 2006 roku i miały bardzo dobrą prasę medyczną, ale i ogólnospołeczną, i jednoznacznie pokazywały zasadność szczepień. Powiem tyle - kiedy w 2006 w krajach skandynawskich i w Australii zostały wprowadzone populacyjne szczepienia, to znaczy każda dziewczynka i każdy chłopiec wieku od 10 do 26 roku życia zostali zaszczepieni, to w chwili obecnej, po ok. 20 latach nie ma raka szyjki macicy w Australii w klinicznej, epidemiologicznej postaci. Nie ma też raka szyjki macicy w Skandynawii. Studenci medycyny z tamtych krajów, żeby zobaczyć jak wygląda kliniczna postać raka szyjki macicy, muszą wyjeżdżać do tych krajów, gdzie ten problem występuje. Jaki to jest problem? Straszny. Statystycznie 5 osób codziennie umiera z tego powodu. To prosty rachunek, ile kobiet mogłoby żyć dzięki działaniom profilaktycznym. A szczepienia należą do tzw. profilaktyki pierwotnej. To znaczy, że znamy czynnik, jakim jest wirus brodawczaka ludzkiego HPV i jesteśmy w stanie wyeliminować go z populacji dzięki szczepieniom. Tym bardziej, że szczepienia te zostały obecnie rozszerzone na grupę 9-14 lat. Są to zarówno chłopcy, jak i dziewczynki. Jest to bardzo dobra, tzw. biała kartka do zapisania. Tu jest czyste działanie medyczne, kiedy uczymy nasz system immunologiczny, jak bronić się przed tym wirusem. A jest to w chwili obecnej wirus, który jest wirusem populacyjnym. W 1972 r, prof. Harald zur Hausen stwierdził jednoznacznie, że wirus HPV jest ściśle powiązany z rakiem szyjki macicy. Ale sam wirus jest znany od 3 mld lat, nie jest wykryty wczoraj. Dziwi mnie argumentacja, że szczepienia będą zachęcać do wczesnej inicjacji seksualnej lub do dziwnych zachowań seksualnych. Nie zgadzam się z tym. Jest absolutna konieczność szczepień. Powtarzam, jest to wirus populacyjny, z którym albo mieliśmy, albo będziemy mieć kontakt. Nie da się przed nim obronić.

Czyli ten wirus towarzyszy ludzkości od początku, wcześniej po prostu nie wykryto zależności między zakażeniem wirusem, a rakiem szyjki macicy?

Tak, ale to nie jest tylko rak szyjki macicy, ale także rak sromu, pochwy, odbytu, krtani. W 15 proc. uczestniczy również w epidemiologii raka płuca. Czyli szczepienia to nie tylko zapobieganie rakowi szyjki macicy, musimy zdać sobie sprawę, że my w ten sposób zapobiegamy stanom przednowotworowym. Stąd moje oburzenie i niezrozumienie dla antyszczepionkowców, którzy posługują się niesprawdzonymi informacjami.

Są też pytania, jak szczepionka wpływa na płodność. Nie wpływa. Ukazało się bardzo duże duńskie badanie w 2022 roku, na ponad 4 tys. przebadanych pacjentek. Większość z tych kobiety, wspomniane ponad 4 tys. przebadanych, mają obecnie swoje dzieci. Ten argument, czyli wpływ szczepionki na płodność został również obalony.

Jak to się dzieje, że wirus HPV predysponuje do całego szeregu chorób nowotworowych? Mamy różne wirusy dookoła nas, głównie powodują mniej lub bardziej nasilone dolegliwości infekcyjne. A dlaczego ten wirus akurat powoduje takie zmiany w organizmie, że rozwijają się choroby onkologiczne?

To jest bardzo cwany wirus. On wie, że jak będzie bardzo szybko, zostanie rozpoznany przez system immunologiczny, który mamy i wytwarzamy przez cały okres naszego życia. Bo żyjemy przecież w środowisku wirusów grypy, paragrypy, krztuśca i innych, które wytwarzają w naszym organizmie odporność. Wirus HPV o tym wie i „przebiera się” za cząstki, które są akceptowalne w organizmie, są pod kontrolą. Dlatego między innymi, wszelkie programy profilaktyczne, kiedy zdaliśmy sobie sprawę, że wirus HPV uczestniczy w karcinogenezie, są rozciągnięte na okres powtarzalności raz na 3 lata. Bo żeby doszło do choroby, jaką jest rak szyjki macicy statystycznie potrzebujemy ok. 5 lat. To dość długi czas działania wirusa. W pierwszej kolejności wirus musi wniknąć do organizmu. Czyli nabłonna szyjki macicy. A mamy dwa nabłonki: wielowarstwowy płaski i nabłonek jednowarstwowy gruczołowy. Wirus wnika do nich, a żeby oszukał organizm musi się ukryć. I ukrywa się wchodząc do komórki i tam w niej siedzi. Komórka to cytoplazma i jądro. Wirus w pierwszej kolejności siedzi w cytoplazmie i tam zaczyna się namnażać. Namnaża się szybko i wolno. Jak mamy jednorazową infekcję, ona nie ma znaczenia dla naszego organizmu, ale wirus wie, że musi się ukryć w tej cytoplazmie, schować za jądrem i dzielić się produkując coraz więcej tych wirusów. Te wirusy reinfekują czyli jeszcze raz wnikają w ten nabłonek i krążą. W pewnym momencie wnikają do jądra komórkowego. W pierwszym etapie są niewidzialne, i powodują zmiany w naszym DNA. Tworzą się klony komórek, które zaczynają powielać ten błąd genetyczny. On może zostać w pewnym momencie rozpoznany przez nasz system immunologiczny – i tu kłaniają szczepienia. Ale jak pacjentka nie jest zaszczepiona, często wirus przemyca się przez ten system kontroli i zaczyna namnażać nieprawidłowe linie komórkowe i mamy gotowego raka.

Szczepienie to swoista bramka, jak bramka na lotnisku. Tu każda komórka, która się ma podzielić, musi być sprawdzona, czy jest dobra. Jak mamy błąd genetyczny, uszkodzone DNA, które się ukryło, to ta bramka nie jest w stanie tego rozpoznać. Ale jak postawimy 11 bramek, to ta kontrola będzie coraz bardziej wnikliwa, i spowoduje że te bramki wyłapią tą chorą komórkę i ją wyeliminują. Na tym polega zasada szczepień szczepień.

Aby szczepienia zadziałały, trzeba się zaszczepić. Kogo obejmuje program profilaktyczny? Czy to tylko osoby 9-14 lat, czy można też zaszczepić się w starszym wieku i czy ma to wtedy sens?

Wspomniana grupa populacyjna 9-14 lat jest najlepsza, bo to biała kartka, w której my wpisujemy e specjalne kody, które tworzą te wspomniane bramki do łapania chorych komórek. Ale okazało się, że ta szczepionka jest na tyle genialna, że FDA - Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków wydała jednoznaczny opinię, że szczepienia są dedykowane do 45 roku życia, również dla pacjentek, które chorowały na stany przednowotworowe szyjki macicy, ale też pochwy i sromu.

Grupa 9-14 lat jest idealna, bo zaczynamy uczyć system immunologiczny obrony, ale również 30-letnia pani ze zmianami na szyjce, leczona z tego powodu, po uzyskaniu dobrego badania cytologicznego po leczeniu może być zaszczepiona. Ta młodsza grupa, 9-14 lat - dwiema szczepionkami, do 45 roku życia, która miała kontakt z wirusem - musi być zaszczepiona 3 dawkami. I jest to bardzo wysoka immunogenność, czyli zdolność do rozpoznania i eliminacji wirusa. Warto się szczepić.

Trochę lęku wywołały szczepionki mRNA przy okazji pandemii Covid-19. W przypadku HPV jakiego rodzaju jest to szczepionka? Czy były badania nad tą szczepionką?

Jeśli chodzi o szczepienia przeciwko wirusowi HPV to bardzo bezpieczna szczepionka, gdyż z wirusa zostało wyjęte DNA, a to co uczy nasz organizm jak ma się zachowywać, kiedy wirus wtargnie do niego, to jest jego osłonka. To są białka, które tworzą otoczkę i szczepionka tylko na podstawie tych białek jest w stanie stworzyć odpowiedź immunologiczną. A przecież do organizmu wnika cała cząsteczka, z DNA przy normalnej infekcji. Tu nie mamy DNA, mamy „nauczyciela”, który uczy limfocyty, jak mają się zachować, gdy wniknie pełnoprawna cząsteczka z DNA. To mechanizm, który jest fenomenalny. Dlaczego tego się boimy?

Nie zgadzam się z tym, że nie ma badań. Wystarczy wpisać w internecie hasło: badanie FUTURE II i będzie gotowa informacja na temat zasadności i skuteczności szczepień.

To jedna z nielicznych szczepionek, która powoduje w naszym organizmie 99,6 proc. odporności i skuteczności działania. Chyba więc warto.

Jakie jest zainteresowanie tymi szczepieniami w naszym regionie, w Polsce i innych krajach?

W Podlaskiem tylko ok. 11 proc. rodziców zaszczepiło swoje dzieci. Taka jest niestety odpowiedź na możliwość zaszczepienia. Dla porównania kraje skandynawskie, Francja: 100 proc. Niemcy prawie 100 proc. Tylko jak ten poziom jest powyżej 95 proc. ma to sens, wtedy ta populacja jest bezpieczna.

Jak do tego dołożymy jeszcze badanie cytologiczne wykonywane w programach profilaktycznych raz na 3 lata, to mamy genialne narzędzia zapobiegania rakowi szyjki macicy i stanom przednowotworowym.

Niestety, w Uniwersyteckim Centrum Onkologii mamy coraz młodsze pacjentki, chorujące na stany przednowotworowe i raka szyjki macicy. Najmłodsza pacjentka w UCO miała 19 lat, miała pełnoobjawowego raka szyjki macicy, który na szczęście został wcześniej wykryty.

Wspomniał pan o cytologii. Co to za badanie i czy panie chętnie z niego korzystają?

Cytologia to pobranie komórek do badania pod mikroskopem z szyjki macicy. Badanie trwa 10 minut i może uratować życie kobiecie.

Badania cytologiczne są wykładnikiem profilaktyki wtórnej. Czyli populacja pań, np. w woj. podlaskim, raz na 3 lata powinna mieć wykonaną cytologię z szyjki macicy. Czyli to co już zostało powiedziane, pobieramy specjalną szczoteczką z szyjki macicy komórki i oglądamy je pod mikroskopem. Obserwujemy trend, że kobiety zaczęły pojawiać się na tych badaniach. Wielka szkoda, że nie mamy badań profilaktycznych zorganizowanych tak, jak w innych krajach, tu system niestety zawodzi. Natomiast z tej populacji pozornie zdrowej poszukujemy chorych i wtedy włączamy działania diagnostyczno-terapeutyczne, które mają znaleźć w danej chorej procesy przednowotworowe i raka. Jeżeli populacja jest zaszczepiona, to te działania profilaktyczne, mimo że skierowane do całej populacji tego województwa, są mniej wyrażone w ilości znajdowanych przypadków. Proszę sobie wyobrazić, że jak nasz szpital 15-20 lat temu prowadził działania profilaktyczne dla miasta Białegostoku i wybranych gmin województwa, znaleźliśmy 216 stanów przednowotworowych. Kiedy te działania nie są skoordynowane, mamy obecnie ponad 400 przypadków. Statystyka jest nieubłagana.

Jakie objawy powinny panie zaniepokoić, że to może być rak?

Przede wszystkim wszystkie plamienia, które pojawiają się po kontakcie seksualnym są bardzo niepokojące. Także czasem kojarzące się z infekcjami upławy, nawracające, trudno leczone się czy nie dające się leczyć, powinny zwrócić uwagę pacjentki czy lekarza. Często jest tak, że moi

koledzy nie badają wnikliwie, nie zakładają wziernika, nie stosują badania dwuręcznego zestawionego, tylko robią USG. To błąd, panie powinny domagać się pełnego badania ginekologicznego.

Także bóle w podbrzuszu, krwimocz, czasem po prostu brzydki zapach, który może sugerować, że coś się dzieje nieprawidłowego, powinny zapalić tą czerwoną lampkę, aby iść do ginekologa. To często te 10-15 minut, które mogą uratować zdrowie i życie, dlatego mamy sobie tego nie ofiarować. Musimy mówić o tym wszystkim, żeby coś się zmieniło. Mam takie marzenie, aby UCO przemianować na Uniwersyteckie Centrum Leczenia Chorób Przednowotworowych, aby trafiały tu pacjentki leczone tylko z powodu zmian przednowotworowych, które nie doprowadzą do raka. Mam nadzieję, że tak będzie.

Jakie znaczenie mają tu akcje społeczne przypominające o zagrożeniu nowotworami? Przy UCO prężnie działa też zrzeszające pacjentki stowarzyszenie Eurydyki.

Organizacje propacjenckie to pancerna pięść, jeśli chodzi o negocjacje z ministerstwem czy z NFZ. To panie często chore onkologicznie - nie ma lepszego przekazu, niż takie pacjentki. Bez środowisk propacjenckich nie byłoby nowoczesnego leczenia w Polsce, gdyby nie ich zaangażowanie, ich determinacja.

Czy po takich akcjach jest większe zainteresowanie wizytami pań u lekarzy?

Absolutnie tak. Takie akcje uświadamiają korzyści ze szczepień, profilaktyki, przypominają, aby zapisać się do poradni, lekarza. Po takich akcjach, mniej więcej z miesięcznym opóźnieniem pojawia się u nas w UCO więcej pacjentek, z nowotworami, których często nie możemy zoperować, ale w których możemy wdrożyć leczenie onkologiczne, które blokuje chorobę. Być może taka pacjentka nie trafiłaby do nas i chorobę by przespała. To niezmiernie istotne, abyśmy działali wszyscy razem.

Rak szyjki macicy to jeden z nowotworów. Ale jakie jeszcze nowotwory zagrażają kobietom i jakie objawy powinny zaniepokoić i skłonić, aby szukać pomocy, diagnostyki?

O ile wszelkie krwawienia z dróg rodnych, macicy, powodują, że panie natychmiast udają się do lekarza, tak np. rak jajnika nie daje żadnych objawów. Zaczyna się często od prostych objawów gastrycznych, jak odbijanie, problemy z trawieniem. Często te pacjentki zgłaszają się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i są leczone, ale to nie pomaga. Kolejnym specjalistą jest wtedy jest gastrolog, który zwykle nie znajduje w badaniach obrazowych żadnej patologii. Pacjentka kierowana jest do chirurga, potem od chirurga do ginekologa. Ja – ginekolog onkolog, jestem piątym specjalistą. Zwykle mija rok, a dla raka jajnika to potężny czas i robi, co mu się żywnie podoba w organizmie. Często pacjentki trafiają z zaawansowaną postacią nowotworu. Dobra chirurgia to jedyny czynnik predykcyjny, który wpływa na to, jak szybko pojawi się choroba i na całkowite przeżycia. Jeżeli mamy dobrą chirurgię, to te czasy bardzo długie. Jak byłem studentem, rak jajnika zawsze był chorobą śmiertelną, obecnie jest chorobą przewlekłą. Jak mamy dobrą chirurgię dobre leczenie systemowe, czyli chemioterapię i to, co te nasze pacjentki wywalczyły, czyli nowoczesne dodatkowe leczenie onkologiczne, te panie mają naprawdę ogromną szansę. W chwili obecnej choroba wraca dopiero po 5-6 latach. A każdy dzień wyrwany chorobie to dzień, który jest na życie dla danych pacjentek. Jako że rak jajnika nie daje specyficznych objawów, raz do roku wizyta u ginekologa, z badaniem z wziernikiem, badaniem ginekologicznym dwuręcznym zestawionym, do tego dobre USG, wykonywana przez eksperta. jest w stanie wyłapać guza na w miarę wczesnej postaci.

14. Czas na ojcostwo



prof. Sławomir Wołczyński

Czas na ojcostwo – to temat ostatniej audycji z cyklu „Pytanie do specjalisty”
Gościem prof. Jana Kochanowicza był prof. Sławomir Wołczyński, kierownik Kliniki Rozrodczości i Endokrynologii Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Czy istnieje taki złoty okres dla panów, kiedy najlepiej jest zostać ojcem? Czy każdy wiek jest dobry?

Teoretycznie każdy wiek jest dobry, ponieważ jeżeli jest zachowana płodność, to w każdym wieku można zostać ojcem. Ale nie jest to najlepsze rozwiązanie, dlatego że u mężczyzn gamety dzielą się, podlegają działaniu promieniowania kosmicznego, różnych czynników chemicznych i mutują. Czyli im ojciec jest starszy, tym jest większe prawdopodobieństwo zmian mutacyjnych u dzieci. Oprócz tego jest też oczywiście kwestia wychowania dzieci. Więc myślę, że najlepszy okres na zostanie ojcem jest do 50. roku życia. Ale oczywiście są różne sytuacje w życiu.

Nie da się ukryć, że wskaźniki demograficzne w Polsce są dramatyczne. Spada liczba urodzeń, jest nas coraz mniej. Gdzie pan profesor widzi przyczynę?

Przyczyn jest bardzo dużo. Na spadek dzietności przede wszystkim mają wpływ zmiany społeczne, ale są tu też uwarunkowania polityczne. Powinniśmy zabezpieczyć bezpieczeństwo rozrodcze kobiet, ale żeśmy tego nie zrobili w naszym kraju. Ale tendencja jest europejska. W całej Europie obniża się liczba rodzących się dzieci, jest to bardzo niepokojące, bo musimy posiadać pewien potencjał liczbowy, żeby kraj się mógł rozwijać. Choć oczywiście zawsze można to wyrównać ruchami migracyjnymi. Jest też sporo czynników społecznych, od uwarunkowań mieszkaniowych, karier zawodowych, przez to, że ta kariera sprzyja posiadaniu dzieci, że łatwiejsze jest życie. Więc tę decyzję o macierzyństwie, ojcostwie, odkłada się na później. I są oczywiście czynniki medyczne – gdy ktoś chce, ale z przyczyn medycznych nie może zająć w ciąży.

Użył pan profesor sformułowania zabezpieczenie potencjału rozrodczości kobiet. Jak to można zrobić?

W Polsce zabezpieczyć płodność u kobiety można tylko ze wskazań medycznych, gdy np. rozwija się endometrioza, choroby autoimmunologiczne, czy też w procesie zagrożenia utraty

płodności u kobiet chorych onkologicznie, pobierając komórki jajowe przed zastosowaniem leczenia i mroząc je na czas po terapii. Nie ma natomiast możliwości zabezpieczenia płodności kobiety ze wskazań socjalnych, co jest popularne w innych krajach. Czyli kobieta, która odkłada decyzję o macierzyństwie ze wskazań socjalnych, nie ma możliwości zamrożenia komórek jajowych. A u kobiety bardzo szybko starzeje się komórka jajowa. Dlatego powinniśmy zabezpieczać płodność i męską, i żeńską.

Mężczyzna powinien zostać ojcem do 50 r. życia, ale taki najbardziej optymalny czas jest chyba do 30. roku życia.

Absolutnie, to zabezpiecza również wychowanie dzieci. Najlepiej gdy ojcem zostaje człowiek młody, ale już dorosły, mający już status społeczny, jakąś pozycję, zabezpieczenie socjalne.

A jak to jest u kobiet -jaki wiek jest najbardziej optymalny?

U kobiet już po 35. roku życia jakość komórek jajowych zdecydowanie się pogarsza. Komórka jajowa jest największą komórką w ustroju i ona się najwcześniej starzeje. Zmniejsza się rezerwa jajnikowa, jest coraz mniej pęcherzyków, bo one się wyczerpują wraz z wiekiem, aż do menopauzy. Do tego pogarsza się funkcjonalność komórek jajowych.

Kiedyś ten najlepszy czas, aby pobrać się i zacząć starać się o dzieci, był właśnie po ukończeniu średniej szkoły, w wieku 18-20 lat.

Gdy ja studiowałem, mniej więcej 60-70 proc. studentów na 5 -6 roku miało już dziecko. Dziś są to pojedyncze osoby. Przesuwa się też wiek pierwszej ciąży. Kiedyś kobieta rodząca pierwsze dziecko w wieku 29 lat to była tzw. „stara pierwiastka”. Dziś nie ma takiego pojęcia. A średnia wieku rodzących to 29 lat. I ten czas się stale przesunęła, na po 30-tce. A nawet pojawia się spora grupa, która stara się o dziecko dopiero po 40-tce. ale tu odsetek powodzeń jest niski.

Także u mnie na studiach koleżanki zachodziły w ciążę, koledzy zostawali ojcami. W moim przypadku też tak było, kończąc studia miałem już dwóch synów. Teraz studia są raczej bez dzieci, potem zaczyna się kariera zawodowa, doktorat i nie ma czasu na dziecko. A potem przybywa lat i problemów, które utrudniają zajście w ciążę czy zostanie ojcem. Kto zwykle jest tu bardziej „winny”, kobieta czy mężczyzna?

Może nie mówmy o winie, a o przyczynie. Teraz ta przyczyna przesunęła się w kierunku męskim.

Gdzie tkwi ten problem? Dlaczego tak się dzieje?

Zmniejsza się liczba plemników w ejakulacie, co zmniejsza szansę na powodzenie. Jednocześnie pogarsza się morfologia plemników, pogarsza się ich ruch. I w związku z tym pojawia się bariera w postaci braku zapłodnienia. Duża grupa jest taka, że gdzieś to jądro zostaje zaprogramowane na mało wydolną spermatogenezę. Przyczyn można upatrywać nawet w życiu płodowym, gdzie matka poddawana jest działaniu różnych czynników chemicznych, jak np. popularne ksenoestrogeny, które przechodzą przez łożysko i programują gonadę na niewydolną. Stąd również, prawdopodobnie, wzrasta częstość raków jądra – to są problemy powiązane ze sobą. Obserwuje się, że w krajach Europy co roku 2-3 procent więcej jest raków jądra. Upatruje się przyczyny właśnie w tym, że ta dysgenetyczna gonada powstaje już w okresie płodowym. I potem już nie można nic zrobić.

Te ksenoestrogeny, to co to takiego jest?

Bisfenole we wszystkich tworzywach sztucznych, soczewkach, wypełnieniach zębów itd. Mikroplastik działa na cały nasz ustrój, upośledza też proces rozrodczy. Prawdopodobnie to środowisko, które wytworzyliśmy, działa niekorzystnie na rozwój gonady.

Także jak ktoś pije w nadmiernej ilości alkohol, pali papierosy, używa narkotyków – to też zdecydowanie obniża zdolność zapładniającą plemników.

Czy oprócz czynników środowiskowych mamy czynniki chorobowe?

Jest grupa genetycznie uwarunkowana, na poziomie jądra, podwzgórza czy przysadki. Ale nie jest to duża grupa. Natomiast najczęściej nie potrafimy wskazać czynnika. Oczywiście np. ekspozycja na pestycydy, lakiery, pogarsza płodność, ale najczęściej po jej odstawieniu jest powrót do pełnej efektywności plemników. Spermatogeneza trwa 72 dni, czyli potrzeba 3 miesiące po ekspozycji i ta płodność wraca.

Czyli ważne jest dbanie o ten czynnik środowiskowy, unikać alkoholu, dymu tytoniowego, ale także trzeba pamiętać o zdrowym trybie życia, odżywianiu, aktywności fizycznej. To w przypadku panów. A jak w jest u pań?

Kiedy ja zaczynałem pracę w zakresie leczenia niepłodności, dominował czynnik jajowodowy. Teraz dominuje endometrioza, to jest czynnik, który najbardziej upośledza. Z tym czynnikiem jajowodowym sobie poradziliśmy, mamy lepsze techniki operacyjne. Natomiast endometrioza pozostaje trudna do wykrycia, skryta, czasem są pojedyncze ogniska w jamie brzusznej, a już upośledza to zdecydowanie płodność. Wśród innych czynników są także zaburzenia owulacji, dominuje tu zespół policystycznych jajników, pozostałe występują rzadziej. No i wiek. Bo wraz z wiekiem zmniejsza się płodność u kobiety.

A hormony? Na ile testosteron jest ważny w poczęciu dziecka?

Jest ważny, a ponieważ jest ważny, to myślano, że wystarczy w terapii podać testosteron. A podanie testosteronu powoduje, że wzrasta jego stężenie w surowicy, a obniża działanie wszystkich czynników wewnętrznych i spermatogeneza się pogarsza. Czyli testosteron nie ma najmniejszego znaczenia w terapii. Można go stosować, jeżeli jest niedobór testosteronu, ale dopiero po zakończonym procesie rozrodczym.

Czyli środki anaboliczne, mające poprawić masę mięśniową, mogą pozbawić panów zdolności do poczęcia. A w przypadku kobiet? Jaki wpływ ma podawanie hormonów?

Jak potrzebna jest substytucja, np. w tabletkce antykoncepcyjnej, to nie wpływa na płodność. Oczywiście przy długiej antykoncepcji nasilają się inne problemy ginekologiczne i wraz z wiekiem może się pojawić problem płodności. Ale samo stosowanie antykoncepcji nie powoduje wpływu na płodność.

Jak wygląda diagnostyka pary, która ma problem z zajściem w ciążę?

Na początku zawsze wykonujemy próbę biologiczną. Czasem wydaje się, że jest czynnik ograniczający płodność, ale okazuje się, że nie ma problemu z zajściem w ciążę. Ale jeżeli mamy rok, drugi i nie ma ciąży, albo kobieta jest po 35. roku życia, to ta diagnostyka powinna być wcześniejsza. Powinniśmy ocenić ogólną budowę anatomiczną narządu rodowego, wykonać USG, sprawdzić drożność jajowodów, ocenić czy jest owulacja. Jak kobieta regularnie miesiączkuje to na 99,5 proc. cykl owulacyjny jest. Pojawia się też problem z diagnostyką endometriozy. Na świecie stosuje się obecnie rezonans, u nas to laparoscopia, która pozwala też ocenić stan jajowodów, macicy. To w moim odczuciu podstawowa metoda diagnostyczna. Musimy też ocenić rezerwę jajnikową, czyli to ile jest jajnika w jajniku, jak nie ma to szansa jest znikoma.

U mężczyzn podstawową metodą jest badanie nasienia. U części badanie jest prawidłowe i nie należy dalej poszerzać diagnostyki. Jak występuje problem, np. małej liczby plemników, to wykonujemy dalsze badania, np. usg moszny, bo może być rak jądra. Zaburzenia hormonalne u mężczyzn, kiedy nie funkcjonuje układ podwzgórzowo-przysadkowy, to dość rzadka przyczyna. Prowadziliśmy wspólnie z zespołami z Francji swego czasu badania odnośnie tych przyczyn i ustawienia leczenia i przez okres ok. 10 lat mieliśmy ok. 50 takich pacjentów.

Natomiast niestety najczęściej u mężczyzn nie potrafimy wskazać przyczyny. Problemem jest to, że jest stałe, złe nasienie i nie ma ciąży. Przyjęto, że duża zdolność zapładniająca nasienia jest do 14 mln na mililitr ejakulatu, co najmniej 30 proc. w ruchu i co najmniej 4 proc. form prawidłowych. Poniżej 5 mln plemników to bardzo poważny czynnik męski i zostają wtedy tylko metody rozrodu wspomaganego medycznie.

Jak pan profesor ocenia kwestię stresu? Czy przewlekły stres jest czynnikiem powodującym zmiany hormonalne i uniemożliwiającym zajście w ciążę?

Tu z reguły mówi się o stresie wyłączającym oś podwzgórzowo-przysadkową. Taki stres zdarza się, podatniejsze są kobiety. Były przypadki, że np. zgon ojca w trakcie matury i związany z tym stres spowodował zablokowany rytm krwawień u kobiety, albo gdy kobieta była przypadkowym świadkiem morderstwa i doszło do totalnego zablokowania funkcji podwzgórza.

Natomiast nawet w krańcowych sytuacjach, w bardzo stresowych warunkach, np. podczas wojny, były ciążę. Chociaż np. po trzęsieniu ziemi kolejne badania nasienia były gorsze niż przed. Natomiast codzienny stres takiego efektu nie ma. Ale może wpływać na życie seksualne, a to się przekłada na zachodzenie w ciążę.

Mamy problem z poczęciem. W jaki sposób możemy pomóc takiej parze?

Jak jest zaburzenia jajczkowania, trzeba indukować jajczkowanie. Ale część pacjentek odpowiada bardzo intensywnie i można doprowadzić do ciąż 5-6- racych, co wiąże się z zagrożeniem położniczo-neonatologicznym, więc powinniśmy tego unikać. Ale tu leczenie zachowawcze jest skuteczne. Natomiast leczenie czynnika jajowodowego jest w tej chwili praktycznie niewykonywane, bo przynosiło mierne wyniki. Z kolei przy endometriozie uważano, że usunięcie ognisk poprawia płodność, ale okazało się, że efekty są gorsze, jeśli na początku będziemy leczyli zachowawczo, a potem stosowali metodę rozrodu wspomaganego medycznie. Jeśli będziemy od początku stosowali metodę rozrodu wspomaganego medycznie, te wyniki są zdecydowanie lepsze.

Dzisiaj jest odejście od wielu metod mało skutecznych w leczeniu niepłodności, wiążących się z ryzykiem dla pacjentek. Dziś podstawową metodą, poza próbą biologiczną, są metody rozrodu wspomaganego medycznie czyli inseminacje, metoda pozaustrojowego zapłodnienia z wszystkimi modyfikacjami. W naszym kraju teraz ze względów politycznych i demograficznych jest wreszcie na to przyzwolenie. W wielu krajach do 10 proc. ciąż jest uzyskiwanych dzięki metodzie pozaustrojowego zapłodnienia, u nas to nieco ponad 1 procent. Wskaźniki demograficzne można poprawić przez właściwe stosowanie metod rozrodu wspomaganego medycznie.

Taki program refundacji in vitro został wprowadzony, jest realizowany m.in. w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Kto może się do niego zgłosić?

Pary, które mają problem z niepłodnością. Czyli jest zdiagnozowany problem niepłodności, podjęto leczenie zachowawcze albo zakwalifikowano pacjentów jako pierwotne wskazanie do pozaustrojowego zapłodnienia. Program jest bardzo liberalny, w porównaniu do pierwszego programu ministerialnego, który miał dużo bardziej restrykcyjne kryteria, dotyczące np. wieku czy rezerwy jajnikowej. Ale z pierwszego programu urodziło się blisko 24 tys. dzieci i nadal się rodzą. Są pacjentki, które urodziły po 4 dzieci, a jedna - 5. Teraz te wyniki pewnie będą gorsze, bo zliberalizowano warunki i praktycznie każda para z niepłodnością może się zgłaszać do programu, po wykonaniu diagnostyki i podjęciu próby leczenia.

15. Czy postawa kobiety to podstawa? - choroby kręgosłupa.



doc. Katarzyna Kapica-Topczewska

Schorzenia kręgosłupa to temat ostatniej audycji z cyklu „Pytanie do specjalisty”. Gościem prof. Jana Kochanowicza była doc. Katarzyna Kapica-Topczewska z Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Czy kręgosłup kobiety różni się od kręgosłupa mężczyzny?

Myślę, że nie, jeśli chodzi o anatomię. Natomiast nasza postawa ma wpływ na zdrowie kręgosłupa. Nieprawidłowa postawa powoduje przeciążenia, co może prowadzić do uszkodzeń tkanek, zmian zwyrodnieniowych i w konsekwencji do bólu kręgosłupa. Takie bóle są często bardzo dokuczliwe i mogą utrzymywać się przez długi czas.

Z jakich elementów się składa kręgosłup? I które sprawiają najwięcej kłopotów?

Kręgosłup składa się z kilku odcinków i ma naturalne krzywizny. Wyróżniamy kręgosłup szyjny, piersiowy i lędźwiowy. Największą ruchomość, największe ryzyko uszkodzeń, mają odcinki szyjny i lędźwiowy. Odcinek piersiowy jest mniej ruchomy, ponieważ jest połączony z klatką piersiową, co sprawia, że jest mniej podatny na urazy. Jednak ze względu na swoją mobilność, odcinki szyjny i lędźwiowy najczęściej powodują dolegliwości bólowe. Kręgosłup ma naturalne krzywizny: lordozę w odcinku szyjnym i lędźwiowym oraz kifozę w odcinku piersiowym. Gdy krzywizny te ulegają zaburzeniu, na przykład wskutek nieprawidłowej postawy, dochodzi do przeciążeń, które mogą powodować uszkodzenia tkanek. Kręgosłup jest zbudowany z trzonów kręgow, oddzielonych od siebie elastycznymi poduszkami-dyskami, które składają się z żelowego środka otoczonego włóknistą chrząstką. Te dyski pełnią rolę amortyzatorów, umożliwiając kręgosłupowi odpowiednią ruchomość i absorpcję obciążeń, na przykład podczas biegania, chodzenia czy tańczenia. U młodych osób poduszki-dyski są dobrze uwodnione i elastyczne, co zapewnia im odpowiednią funkcję amortyzującą. Niestety, z wiekiem tracą one wodę i elastyczność, co prowadzi do ich spłaszczenia. To zjawisko jest przyczyną obniżenia wzrostu w starszym wieku. Jeśli kręgosłup jest nadmiernie obciążony, dysk może się przemieścić, uszkadzając struktury, takie jak rdzeń kręgowy i korzenie nerwowe. To może

powodować objawy neurologiczne, takie jak ból, osłabienie siły mięśniowej czy zaburzenia czucia.

Czy my, dorośli możemy jeszcze zadbać o elastyczność kręgosłupa? Czy można spowolnić te procesy, które pojawiają się z wiekiem i są w pewien sposób nieuniknione?

Tak, są różne sposoby, które powinniśmy stosować. Przede wszystkim powinniśmy zadbać o odpowiednią higienę życia i pracy. Gdy traktujemy nasz kręgosłup odpowiednio, on odwdzięcza się nam dobrą kondycją. Zazwyczaj kręgosłup wcześniej sygnalizuje problemy, ale często ignorujemy te sygnały, zwłaszcza gdy jesteśmy zapracowani, zwłaszcza po 30. i 40. roku życia. Najczęstsze problemy wynikają z nieprawidłowej postawy, takiej jak nadmierne pochylanie głowy do przodu podczas pracy przy komputerze, czytania książek czy używania smartfona. Powoduje to przeciążenia i uszkodzenia kręgosłupa. Bardzo ważna jest prawidłowa postawa, czyli ergonomia pracy, odpowiednie ustawienie komputera, korzystanie ze smartfona z głową w neutralnej pozycji i dbanie o prawidłową postawę ciała. Tak naprawdę głowę powinniśmy nosić wysoko – nie chodzi o to, aby ją zadzierać, ale aby była ustawiona w najbardziej fizjologicznej pozycji. Podobnie, przeciążenia mogą dotyczyć kręgosłupa lędźwiowego pod postacią pracy siedzącej, czy prac fizycznych polegających na dźwiganiu ciężarów. A kręgosłup nie lubi długotrwałych, jednostajnych pozycji. Kręgosłup lubi ruch.

Znakiem naszych czasów są smartfony, czyli coś, co jest powszechnie dostępne, ale małe literki na ekranach powodują, że bardzo często korzystając z nich pochylamy głowę. Mówi się nawet o szyi smartfonowej. Dlaczego tak się dzieje?

Głowa jest zbudowana z czaszki, która jest podtrzymywana przez mięśnie szyi oraz kręgosłup. Gdy pochylamy głowę do przodu, cały jej ciężar spoczywa na mięśniach szyi i kręgosłupie szyjnym. W tej pozycji dochodzi do ogromnego przeciążenia. Kręgosłup, szczególnie w tej części, nie jest przystosowany do dźwigania tak dużych obciążeń przez dłuższy czas. Problem staje się szczególnie dotkliwy, gdy spędzamy wiele godzin dziennie z pochyloną głową nad smartfonem. Jak już wspomniano, kręgosłup nie toleruje długotrwałych, wymuszonych pozycji. U młodych osób krążki międzykręgowe są dobrze uwodnione i elastyczne, co pozwala na szybszą regenerację po takich obciążeniach. Niestety, wraz z wiekiem zdolność do regeneracji kręgosłupa maleje, a czas powrotu do pełnej sprawności znacząco się wydłuża. Sumujące się przeciążenia i brak odpowiednich przerw na regenerację prowadzą do stopniowej degradacji kręgosłupa. W rezultacie w bardzo niefajny sposób ten kręgosłup nam odpowie - pod postacią silnego bólu.

Niestety, jako społeczeństwo zaczynamy prowadzić coraz bardziej osiadły tryb życia. Do pracy jedziemy samochodem, w pracy spędzamy godziny na siedząco, wracamy samochodem, siadamy do posiłku, potem przed telewizorem czy ze smartfonem. Jak to się odbija na naszych kręgosłupach?

Fatalnie. Kręgosłup jest przystosowany do utrzymywania pionowej postawy ciała i przeciwdziałania grawitacji. I on utrzymuje nam tę pozycję pionową, ale w niej niektóre mięśnie pracują intensywnie, część mięśni jest bardzo napiętych, wykonuje olbrzymią pracę, a inne są nieaktywne. Należy wzmacniać te osłabione mięśnie oraz rozluźniać nadmierne napięte. W związku z tym, profilaktyka zmian w kręgosłupie, to przede wszystkim aktywność fizyczna, taka jaką lubimy - mogą to być spacer, jazda na rowerze, taniec. Najważniejsze jest, aby się ruszać. Poza tym dobrze funkcjonujący mięsień to rozciągnięty mięsień. Kiedy byliśmy młodszy, potrafiliśmy zrobić skłon i dotknąć palcami podłogi. Wraz z wiekiem tracimy tę elastyczność, ponieważ nasze mięśnie stają się skrócone. Dlatego wszelkie ćwiczenia rozciągające, nawet prosta gimnastyka, którą pamiętamy z lekcji WF-u, wykonywane regularnie, choćby przez 10-15 minut dziennie lub kilka razy w tygodniu, mogą przynieść ogromne korzyści. Takie systematyczne ćwiczenia są doskonałą profilaktyką chorób kręgosłupa i pomagają utrzymać go w dobrej kondycji przez długie lata.

Ból to wiodący objaw dolegliwości kręgosłupa. A czy jakieś inne objawy powinny nas jeszcze zaniepokoić?

Ból kręgosłupa skłania pacjenta do szybkiego szukania pomocy, ponieważ może być bardzo intensywny, długotrwały i prowadzić do unieruchomienia, co uniemożliwia mu codzienną aktywność zarówno w domu, jak i w pracy. Istnieją jednak inne objawy, które również powinny nas zaalarmować. Szczególną uwagę należy zwrócić na osłabienie siły mięśniowej, zwłaszcza w stopie. Może to objawiać się trudnościami w staniu na palcach lub piętach oraz opadnięciem stopy. Takie objawy wskazują na poważny problem neurologiczny i wymagają natychmiastowej interwencji lekarskiej. Innym objawem są zaburzenia czucia, takie jak drętwienie czy mrowienie w stopie. Równie poważnym sygnałem są zaburzenia pracy zwieraczy, np. trudności w oddawaniu moczu lub jego zatrzymanie. Takie sytuacje wymagają natychmiastowej konsultacji lekarskiej, najprawdopodobniej neurochirurgicznej. Wszystkie te objawy, zwane ogniskowymi objawami neurologicznymi, wymagają pilnej diagnostyki. W niektórych przypadkach konieczne może być przeprowadzenie zabiegu operacyjnego.

Czego może spodziewać się pacjent z dolegliwościami, który trafi do gabinetu neurologicznego? Jakie wykonuje się wtedy badania?

Przed wszystkim lekarz zbierze wywiad od pacjenta. Zapyta, czy ból pojawił się nagle, np. po podniesieniu ciężkiego przedmiotu, czy też narastał stopniowo. Wywiad obejmuje również pytania o inne choroby współistniejące, które mogą mieć wpływ na stan pacjenta. Następnie lekarz przeprowadzi badanie neurologiczne. Jeśli zajdzie taka potrzeba, lekarz może zlecić dodatkowe badania diagnostyczne oraz zaleca odpowiednie leczenie. Pierwszymi lekami z wyboru są zazwyczaj leki przeciwbólowe i przeciwzapalne. Jeśli pacjent odczuwa nadmierne napięcie mięśni przykręgosłupowych, mogą zostać przepisane również leki rozluźniające mięśnie. W przypadku, gdy występuje znaczna komponenta współczulna, mogą zostać włączone leki tonizujące. Pacjent często otrzymuje również zwolnienie lekarskie i zalecenie krótkiego unieruchomienia, trwające 4-5 dni w ostrym okresie bólowym. Kręgosłup nie lubi bezruchu. Dlatego, gdy ostry ból ustąpi, zalecana jest stopniowa aktywność fizyczna oraz fizjoterapia.

Jakie badania dodatkowe mogą być zlecone pacjentowi?

Pierwszym wyborem jest rezonans magnetyczny kręgosłupa. W zależności od lokalizacji bólu, pacjent kierowany jest na rezonans odpowiedniego odcinka kręgosłupa: szyjnego lub lędźwiowego.

Jeżeli pacjent nie może wykonać rezonansu, alternatywnie zlecana jest tomografia komputerowa.

Czy oprócz leczenia farmakologicznego można pacjentowi coś innego zaproponować na dolegliwości bólowe?

Można pacjenta skierować do neurochirurga w trybie pilnym i rozważyć operację. Ale jeżeli mamy typowy obraz kliniczny, polegający na występowaniu tylko dolegliwościach bólowych, ważne jest uspokojenie pacjenta i dokładne wyjaśnienie charakteru choroby. Dodatkowo zaleca się w ostrym okresie bólowym krótkoczasowo unieruchomienie, czyli odpoczynek w łóżku. Najczęściej lekarz zleca fizjoterapię, w jej trakcie pacjent uczy się, które mięśnie trzeba uruchomić, które rozluźnić, jakie ćwiczenia są dla niego najlepsze. Terapia manualna, zabiegi fizjoterapeutyczne, które może nie w stanie ostrym, ale po zmniejszeniu pierwszej fazy bólu są zalecane i stosowane. Ale myślę, że uzmysłowienie problemu braku aktywności fizycznej i przepisanie na recepcie 3 razy w tygodniu 30 minutowego spaceru, dużo więcej wniesie, niż terapia lekami przeciwbólowymi. W przypadku nadwagi ważne jest wprowadzenie działań zmierzających do redukcji masy ciała. Zmniejszenie obciążenia kręgosłupa poprzez utratę zbędnych kilogramów znacznie poprawia jego funkcję i zmniejsza dolegliwości bólowe. Edukacja pacjenta higienicznego trybu życia - żeby pamiętał o kręgosłupie i aktywności fizycznej. Bo ona nie tylko leczy kręgosłup, ale też zmniejsza ryzyko wystąpienia innych chorób:

układu krążenia, metabolicznych. Dodatkowo poprawia samopoczucie oraz kondycję psychiczną i fizyczną pacjenta.

Chociaż anatomicznie kręgosłup mężczyzny i kobiety się nie różni, to jest taka fizjologiczna sytuacja – czyli ciąża, kiedy kobiety przybierają na wadze, a powiększający się brzuch doprowadza do przeciążeń. Czy można przygotować się do tego okresu, czy kobieta w ciąży może coś dla siebie jeszcze zrobić?

Jeśli kobieta planująca ciążę zadba o swoje mięśnie i ogólny stan zdrowia, łatwiej przejdzie przez okres ciąży. Istniejąca nadwaga przed ciążą, dodatkowo wzrośnie w jej trakcie, znacząco obciążą kręgosłup. Również w czasie ciąży zalecane są proste ćwiczenia rozciągające i regularna aktywność fizyczna. Oczywiście, ruch wprowadzany pod nadzorem i w sposób rozsądny z pewnością przyniesie korzyści.

A panowie, którzy mają brzuch piwny czy marynarską pierś? Co im można zalecić?

Najprostszym sposobem na zwiększenie aktywności fizycznej jest kupienie psa, który naturalnie zmusza do regularnych spacerów. Można również zachęcić do jazdy na rowerze, zmienić dietę, wprowadzić więcej warzyw, ograniczyć węglowodany i unikać długotrwałego siedzenia.

Jeśli jednak tych wszystkich rad nie weźmiemy sobie do serca, czym to grozi i do czego to doprowadzi?

W chorobach kręgosłupa najczęściej mamy zespoły rwy. Rdzeń kręgowy kończy się na poziomie L1, L2. I jeżeli dochodzi do dyskopatii w odcinku szyjnym, niestety w pierwszej kolejności może wystąpić uszkodzenie korzeni nerwowych, powodujące silne dolegliwości bólowe, promieniujące do kończyny górnej. Bliskość rdzenia kręgowego sprawia, że dyskopia szyjna jest groźniejsza niż lędźwiowa. W dyskopatii kręgosłupa szyjnego rozpoznajemy rwę barkową, która objawia się promieniowaniem silnego bólu do całej dłoni albo poszczególnych palców, a także drętwieniem, mrowieniem ręki, osłabieniem siły uścisku. Natomiast jeżeli mamy ból w odcinku lędźwiowym, to występuje rwa kulszowa albo rwa udowa. W rwie kulszowej ból promieniuje po tylnej powierzchni uda, najczęściej do łydki, rzadziej do dużego czy małego palca stopy, może również powodować wystąpienie osłabienia siły mięśniowej stopy. W rwie udowej ból promieniuje po przedniej powierzchni uda i może powodować osłabienie prostowania stawu kolanowego.

Podsumowując: aby kręgosłup nam długo i szczęśliwie służył, utrzymujmy właściwą masę ciała i nie stwarzajmy powodów, aby był przeciążony.

I dodajmy do tego aktywność fizyczną, bo ona działa tylko prozdrowotnie.

Czy jest jakaś forma tej aktywności sportowej szczególnie korzystna dla kręgosłupa, czy może być każda, jaką lubimy?

Każda forma aktywności jest korzystna, najważniejsze, aby robić to, co lubimy i aby było to systematycznie. Osobiście lubię jogę, ponieważ wzmacnia mięśnie, które tego potrzebują, i rozluźnia te, które są napięte. Dodatkowo joga pomaga kształtować sylwetkę, zmuszając ciało do utrzymywania prawidłowej pozycji.

16. Jak przygotować rodzinę do wspólnego zdjęcia – stomatologia



prof. Teresa Sierpińska

Jak przygotować rodzinę do wspólnego zdjęcia – to temat audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza była prof. Teresa Sierpińska, kierownik Zakładu Protetyki Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, prodziekan ds. stomatologii na Wydziale Lekarskim UMB

Spotykamy się, aby odpowiedzieć na pytanie: Jak przygotować rodzinę do wspólnego zdjęcia? No właśnie, czy my tylko przy okazji robienia zdjęcia powinniśmy pamiętać o stomatologu?

Oczywiście nie. Pytanie jest trochę prześmiewcze, bo pacjenci od nas lekarzy stomatologów oczekują przede wszystkim estetyki uśmiechu. A estetyka jest ważna z punktu widzenia pacjenta, a trochę mniej ważna z punktu widzenia lekarza. Ponieważ za pięknym uśmiechem kryje się przede wszystkim zdrowie i funkcja. Jeśli chodzi o zdrowie, musimy pamiętać przede wszystkim o tym, że jama ustna może być źródłem infekcji, jeśli jest nieprawidłowo zaopiekowana bądź pozbawiona higieny. Przede wszystkim myślimy tu o próchnicy, która jest chorobą powszechną, zwłaszcza wśród coraz młodszych pacjentów. Niestety, dzieci z próchnicą przybywa i to jest bardzo zła prognoza na przyszłość. Natomiast u troszkę starszych osób mamy głównie do czynienia z zaniedbaniami higienicznymi, co się objawia zapaleniem dziąseł, czyli chorobami przyzębia i oczywiście bardzo często kamieniem. Warto zauważyć, że infekcja w jamie ustnej, to nie tylko infekcja w jamie ustnej, ale to infekcja w całym organizmie. Naukowe dowody świadczą o tym, że zwłaszcza choroby układu sercowo-naczyniowego mają związek z tym, co posiadamy w jamie ustnej. Dlatego też dbałość o higienę i przynajmniej raz w roku odwiedzenie lekarza stomatologa, by się pozbyć tej infekcji, jest jak najbardziej uzasadnione.

Jak ważny to temat przekonał się w trakcie niedawnego wydarzenia w Białymstoku, gdzie specjaliści z całego świata się zbrali i dyskutowali. Co to było za wydarzenie i dlaczego było takie ważne?

Rzeczywiście, 21 września zakończyliśmy 47. Kongres Europejskiego Towarzystwa Protetycznego. Dla nas lekarzy stomatologów, zwłaszcza protetyków, było to niezwykle ważne wydarzenie, ponieważ ostatni raz konferencja ETP odbyła się w Polsce 20 lat temu. Ubiegając się o miejsce, było mi bardzo trudno przekonać wykładowców z całego świata - gościliśmy

przedstawicieli z 42 krajów - do przyjazdu do Białegostoku. A podczas kongresu rozmawialiśmy o funkcji, czyli kolejnym aspekcie zdrowia jamy ustnej i całego organizmu. Bo funkcja to przede wszystkim żucie, a żucie to jest to, co się potem dzieje w przewodzie pokarmowym.

Z pierwszym zębkiem u dziecka wiąże się zwykle wiele emocji. Kiedy zaczynać myć zęby u takiego malucha? Czy można je myć niemowlakowi, czy może lepiej poczekać?

Higiena jamy ustnej dotyczy osób w każdym wieku, także tych najmłodszych. Tutaj zaczynamy od bardzo prostych zabiegów higienicznych, typu przemywanie chociażby zwykłą wodą i gazikiem zębów. Bardzo ważne jest też niepodawanie soków do picia w butelce, zwłaszcza w porze nocnej. To bardzo złe nawyki. Dzieci powinny być od najmłodszych lat odzwyczajane od cukru, dlatego że my sobie nie zdajemy sprawy, jak cukier jest wszechobecny. Wystarczy przeczytać etykietę soku dla dzieci, ile tam jest cukru. To nie łyżeczka, którą sypiemy do szklanki herbaty czy kawy, ale kilka, a czasem kilkanaście tych łyżeczek. Trudno oczekiwać, że dziecko pojone słodkim sokiem, nie będzie mieć próchnicy. A próchnica, zwłaszcza w bardzo młodym wieku, to szkody w układzie stomatognatycznym czyli układzie narządu żucia, które potem mają bardzo poważne konsekwencje w zasadzie dla całego życia.

A musy owocowe w ramach nagrody można podawać?

Trzeba najpierw sprawdzić, co jest w składzie takiego musu, a potem ewentualnie zaserwować dziecku.

Wspomniała pani profesor o tym niebezpieczeństwie, że infekcja w jamie ustnej ma wpływ na cały organizm. Dlaczego tak się dzieje?

Jama ustna to takie miejsce w organizmie człowieka, gdzie zaczynają się liczne narządy. To początek układu pokarmowego, chociaż gastroenterolodzy twierdzą, że zaczyna się od przełyku, ale to nieprawda. To też początek układu oddechowego. Natomiast ślina, która znajduje się w jamie ustnej, to płyn ustrojowy, który ma takie samo znaczenie jak chociażby krew.

Na co zwrócić uwagę podczas codziennego szczotkowania zębów, jak dobrze o nie zadbać? Czy ma znaczenie jakiej używamy szczoteczki lub pasty – ich wybór jest przecież ogromny.

Prawda jest taka, że szczotki do zębów trzeba użyć, nie ma znaczenia jaka jest pasta. Najważniejsza jest szczoteczka i mechaniczne usunięcie płytki, która gromadzi się po każdym spożyciu posiłku. Mechaniczne oczyszczanie jamy ustnej, także języka, ma istotne znaczenie jeśli chodzi o eliminację potencjalnych czynników zakażenia. Pasta ma nam pomagać, bo walory posiada walory smakowe czy dodatek fluoru. Co prawda zdania dotyczące tego czy jest on potrzebny czy nie, są podzielone, ale póki co nie ma lepszej profilaktyki próchnicy niż profilaktyka fluorkowa.

Jesteśmy na rocznej kontroli u stomatologa, lekarz stwierdza tu dziura, tu pęknięcie. Czy to można na stałe zabezpieczyć, czy jesteśmy skazani przez całe życie na korzystanie z usług dentysty?

Wyleczenie uzębienia i profilaktyka w zakresie chorób przyzębia nie jest raz na zawsze. Zabiegi higienizacyjne, czyli spotkanie z lekarzem i higienistką stomatologiczną, powinny być raz na pół roku przynajmniej, a raz na rok bezwzględnie. To uchroni nas przed infekcją, jeżeli chodzi o choroby przyzębia, które w tej chwili niestety, ale odgrywają bardzo dużą rolę, jeśli chodzi o utratę uzębienia. O ile z próchnicą potrafimy sobie poradzić, o tyle gorzej jest z wyleczeniem choroby przyzębia. Dlatego profesjonalne zabiegi higienizacyjne są takie ważne. My nie zawsze dokładnie potrafimy oczyścić zęby. Dlatego korzystanie z profesjonalnej higienizacji łącznie z instruktorem odnośnie dbałości o uzębienie ma niezwykle duże znaczenie.

Natomiast w przypadku próchnicy, przy dobrze założonych wypełnieniach i dbałości o higienę jamy ustnej, rzadko się zdarza, aby te wypełnienia rok nie przetrwały. Wypełnienia, które zabezpieczają ząb po usunięciu próchnicy, są zwykle na tyle trwałe, że powinny przetrwać kilka

lat. Prawidłowo przeprowadzone leczenie stomatologiczne i wypełnienie wszystkich ubytków powinno wystarczyć na znacznie dłużej.

A jak wygląda użycie nici stomatologicznych czy szczoteczek międzyzębowych – czy one mogą uszkadzać dziąsła? Czy jest wskazane korzystanie z takich akcesoriów?

Absolutnie jest wskazane, bo samą szczoteczką do zębów nie jesteśmy w stanie oczyścić dobrze przestrzeni międzyzębowych, zwłaszcza w odcinkach bocznych. Dlatego też nić dentystyczna jest bardzo wskazana. Ale musi być profesjonalna i właściwie użyta. Nie jest prawdą, że nić dentystyczna czy szczoteczka międzyzębowa uszkadzają przyzębie. Nić dentystyczna i szczoteczka międzyzębowa, a jeszcze lepiej irygator wodny, to są te narzędzia, które istotnie poprawiają higienę jamy ustnej.

Tracimy ząb, z różnych przyczyn, co w takiej sytuacji?

Rozwiązań jest bardzo wiele. Współczesna stomatologia pozwoli zastąpić taki ząb przy użyciu chociażby implantu. Ale musimy pamiętać, że implanty nie są dla wszystkich, są obwarowane bardzo szczególnymi wskazaniami. Zastąpienie brakującego zęba implantem w przypadku osób młodych i w przypadku pojedynczych zębów jest jak najbardziej uzasadnione, niezależnie czy jest to przedni czy tylni odcinek łuku zębowego. Oczywiście mamy nie tylko implanty. Mamy do dyspozycji też i mosty: pełnoceramiczne, złożone, adhezyjne czy tradycyjne.

Ostatecznie zawsze można wykonać uzupełnienie ruchome. Ja akurat uważam, że one nie zawsze spełniają w dostateczny sposób swoją funkcję, zwłaszcza w rozległych brakach zębowych. Bo jednak jest to нефизjologiczny sposób przenoszenia sił żucia. Jednak trudno jest się nauczyć na tyle sprawnie posługiwać protezą ruchomą, aby uzyskać odpowiednią wydolność żucia.

Czasem jest zalecenie, żeby pozbyć się tych zębów, które podobno mamy w nadmiarze, czyli ósemek. Czy to rzeczywiście jest konieczność?

Konieczność wynika ze wskazań. Jeżeli są wskazania do usunięcia zębów ósmych, to należy je usunąć. Natomiast ja osobiście nie zawsze jestem zwolennikiem tego rozwiązania. Jeśli ząb jest ustawiony nieprawidłowo i blokuje funkcję, należy go usunąć. Także wtedy, gdy wymaga leczenia kanałowego, a dostęp do niego jest bardzo trudny i nie można liczyć, że da się go prawidłowo wyleczyć, to bezpieczniej dla pacjenta, jest taki ząb po prostu usunąć.

Natomiast bardzo często bywa tak, że ósemka stoi w łuku prawidłowo i trzeba się dobrze zastanowić, bo często jest tzw. filar strategiczny. Jak powiedziałam, nie każdemu pacjentowi można wykonać leczenie implantoprotetyczne. Większej grupie można wykonać tradycyjne uzupełnienie protetyczne, jakim jest most. I wtedy taki ząb ósmy, który ma prawidłową budowę, jest dobrze osadzony w kości, można wykorzystać jako taki filar. Ponieważ most w jamie ustnej, wygląda dokładnie tak, jak most przez rzekę. Czyli żeby można go było wykonać, muszą być dwa filary. Często nie mamy już zębów szóstych czy siódmych, a ząb ósmy pozostał. Jak on prawidłowo funkcjonuje, można go wtedy wykorzystać. Gdybyśmy go nie mieli, pozostaje nam wtedy do wykonania proteza lub leczenie z użyciem implantów.

Pierwszy garnitur zębów – zęby mleczne, tracimy, ale dostajemy wtedy ten drugi garnitur. Czy jest szansa na trzeci?

Na razie nie mogę powiedzieć ani tak, ani nie. Trwają badania nad hodowlą zawiązków zębowych, tak jak hoduje się narządy czy też kości, czy skórę. W przypadku zębów jest to o tyle trudne, że ząb rozwija się dość wcześnie i najpierw rozwija się w kości, a potem zaczyna się wzrost zęba, następnie wierzchołek korzenia się zamyka i ząb w takich warunkach funkcjonuje potem w jamie ustnej. Problemem nie jest samo wyhodowanie zawiązka, co pobudzenie go do wzrostu. Bo my nie wyhodujemy tego zęba w laboratorium i nie włożymy do kości. To musi być zawiązek, który zostanie zaimplantowany do kości i który potem sam, pod wpływem różnych czynników, rozpocznie wzrost. To spora trudność, która wynika z naszej genetyki, naszego rozwoju. Dlatego pokonanie tych barier wydaje się być jeszcze trochę odległe, chociaż doniesienia literaturowe mówią, że szansa na to jest. Ale kiedy, trudno powiedzieć.

Wspomniała pani o oddziaływaniach infekcyjnych na organizm. Rzeczywiście specjaliści różnych dziedzin, jak kardiochirurdzy, ortopedzi, korzystają z konsultacji stomatologicznych przy zabiegach wymagających dużej ingerencji. Czy taki przegląd i usunięcie ognisk zapalnych ratuje pacjenta?

Nieprawidłowo wyleczone zęby, zwłaszcza endodontycznie, czyli kanałowo, mogą stanowić źródło infekcji. Ponieważ te bakterie w okolicy okołowierzchołkowej stale rezydują, nawet jak nie dają objawów, to w momencie obniżenia odporności organizmu, a tak się dzieje przy różnego rodzaju zabiegach, nie tylko tych rozległych, bo każdy zabieg chirurgiczny to ingerencja w odporność, zęby mogą stać się przyczyną licznych powikłań i niepowodzenia w leczeniu chirurgicznym.

Pani profesor wspomniała też o żuciu. Chcemy przekonać słuchaczy, że warto zadbać o zęby, odwiedzić stomatologa, uzupełnić braki w uzębieniu. Dlaczego to żucie jest takie ważne?

Moją drogę naukową rozpoczynałam we współpracy z Kliniką Gastroenterologii. Zrobiliśmy takie badania, cytowane wielokrotnie, na temat tego, jak braki zębowe nieuzupełnione wpływają na stan śluzówki żołądka. Okazuje się, że nieprawidłowo przeżuty pokarm sprzyja zapaleniu błony śluzowej żołądka. Te duże cząstki pokarmowe, które w przypadku niedokładnego żucia zalegają znacznie dłużej w przewodzie pokarmowym i żołądku, powodują bardzo nieprzyjemne dolegliwości. Okazało się również w tych badaniach, prowadzonych blisko 25 lat temu, gdy o bakterii helicobacter pylori w żołądku mówiło się dużo mniej, że infekcja h.pylori ma też powiązanie z nieprawidłowym żuciem. Czyli te zalegające duże cząstki pokarmowe sprzyjają nie tylko zapaleniu, ale i rozwojowi tej bakterii.

Opowiem też taką ciekawostkę. Kiedy przyszłam jako młody lekarz dentysta do śp. prof. Gabryelewicza, z pomysłem na moje badania, pan profesor odparł: „o czym ty dziecko mówisz, przecież to nieprawda, jakaś wyдумka”. My zrobiliśmy te badania, minęło dziesięć lat, pan profesor trafił do mnie jako pacjent, ponieważ stracił zęby. Pamiętał, że robiłam takie badania, usiadł na fotel i mówi: „teraz wiem o czym były badania, bo mam te dolegliwości, jakie pani opisała”. To było dla mnie największą pochwałą, że przekonałam tzw. niedowiarków, że jednak prawidłowa funkcja żucia ma znaczenie, nie tylko dla naszego komfortu, ale przede wszystkim dla naszego zdrowia.

Jak często trzeba myć zęby - dwa razy dziennie czy jak zalecają niektórzy - po każdym posiłku? I czy można takie mycie zastąpić żuciem gumy?

Co do gumy do żucia – ja jestem przeciwniczką jej używania, a na pewno trwałego żucia gumy. Pobudza ona aktywność mięśniową, szczególnie mięśni żucia, a taka nadaktywność może prowadzić do różnych nieprzyjemnych rzeczy z grupy zaburzeń czynnościowych narządu żucia. Guma nie jest najlepszym rozwiązaniem. A jeśli chodzi o higienę jamy ustnej, rzeczywiście, zęby najlepiej myć po każdym posiłku, ale trzeba pamiętać, że nie bezpośrednio po nim, ale w pewnym odstępie czasowym, żeby ślina mogła zadziałać remineralizująco na szkliwo zębów. Dlatego dwukrotnie mycie w ciągu doby jest bardzo uzasadnione. A jak ktoś zapomni, nie ma czasu czy ochoty, to należy umyć zęby chociaż ten jeden raz, po ostatnim posiłku, przed snem.

Kiedyś się mówiło, że wieczorem myje się zęby dla zdrowia, rano dla urody.

To prawda.

A jak długo szczotkować zęby? Mają to być 3 minuty?

Tak długo, aż będą czyste. Te 3 minuty to czas najbardziej optymalny. Ale jak używamy szczoteczki międzyzębowej, nitki, wiadomo, że ten czas się wydłuży. Jeśli ktoś używa szczoteczki elektrycznej to wie, że jest tam timer i po tym optymalnym czasie szczotkowania szczoteczka się po prostu wyłącza. Wtedy mamy względną pewność, że zęby są dokładnie umyte.

Szczoteczka miękka, twarda, średnia?

W zależności od wskazań. Periodontolodzy twierdzą, że w celu dbałości i nie uszkodzenia delikatnej struktury przyzębia, powinna to być szczoteczka średnia, a po zabiegach higienizacyjnych profesjonalnych czy z grupy periodontologicznych nawet miękka. Ja osobiście uważam, że miękka szczoteczka nie zawsze nam dokładnie oczyści zęby, dlatego średniej twardości wydaje się znacznie lepsza. Ale należy pamiętać o tym, że szczoteczkę należy regularnie wymieniać, najlepiej co 3 miesiące.

Czy sposób mycia zębów ma znaczenie?

Jest bardzo wiele metod, które pozwalają prawidłowo oczyścić zęby. Na pewno metoda szorowania nie jest najlepszą. Warto pamiętać, że raczej od dziąsła w kierunku powierzchni żującej, a nie odwrotnie, bo wtedy z pewnością będziemy odrywać przyczep dziąsła, który jest delikatny i trudny do odtworzenia. Delikatna struktura dziąsła musi być pod szczególną opieką. Bez szczoteczki, przy użyciu samych płynów do płukania jamy ustnej czy innych teoretycznie użytecznych narzędzi, nie zrobi się tego prawidłowo. Szczotka do zębów, nitka do zębów, szczoteczki międzyzębowe to są te narzędzia, które powinniśmy mieć na stałe blisko siebie.

Krwawienie z dziąseł to powód do niepokoju?

Tak, wskazana jest wtedy szybka wizyta u dentysty. Często przyczyną może być kamień i to taki, którego nie widać, czyli poddziąsłowy. On jest niebezpieczny, bo trwale uszkadza przyzębie. Dlatego krwawienie podczas szczotkowania jest sygnałem o konieczności szybkiej wizyty w gabinecie stomatologicznym.

17. Wszyscy idziemy na badania?- badania profilaktyczne



dr Anna Kalinowska

Badania profilaktyczne były tematem ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza była dr Anna Kalinowska, kierownik Uniwersyteckiego Lekarza Rodzinnego przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku

Dziś bardzo ważny temat – profilaktyka, czyli idziemy wszyscy na badania. Prawda to czy raczej tych badań unikamy?

Profilaktyka jest bardzo ważna, już Hipokrates powiedział, że lepiej jest zapobiegać niż leczyć. Niestety u nas jest z tym bardzo słabo. Badania profilaktyczne mają na celu wykrycie nieprawidłowości u osób zdrowych. Czyli osoby potencjalnie zdrowe powinny się przebadać raz na jakiś czas, by w razie potrzeby móc wcześniej zareagować i leczyć. Niestety, tak nie jest. Nawet jak wszedł program profilaktyczny 40 Plus, badalność pacjentów też nie jest większa. Z 20 mln uprawnionych Polaków, tylko 1,5 mln wygenerowało skierowania, a mniej niż połowa je zrealizowała.

Czyli program został zignorowany. Nie jesteśmy zainteresowani badaniami profilaktycznymi i ewentualna szansą na wykrycie nieprawidłowości we wczesnym stadium?

19 proc. Polaków w ogóle nie uważa, że profilaktyka jest ważna w życiu, że trzeba na to poświęcić czas. 64 proc. Polaków nawet jeśli się bada, nie diagnozuje się skutecznie i właściwie, czyli nie po rozmowie z lekarzem. Robią sami badania, których potem nie wiedzą jak zinterpretować i dopiero się do nas zgłaszają. Profilaktyka jest ważna, najlepiej najpierw porozmawiać o tym z lekarzem. Bo badania profilaktyczne nie w każdym momencie życia, np. podczas brania różnych leków, wyjdą właściwie do zinterpretowania przez lekarza.

Profilaktyka to nie tylko badania, ale też zdrowy tryb życia. Co to znaczy: zdrowy tryb życia?

Zdrowy tryb życia, to nie tylko odżywianie, odpowiednia dawka ruchu, ale też nasz tryb snu, radzenie sobie ze stresem, czas między odpoczynkiem a pracą. To wszystko nakłada się na w miarę prawidłowe funkcjonowanie organizmu. A profilaktyka jest tym wczesnym wykryciem nieprawidłowości u osób zdrowych.

Koleżanka lekarka, która pracuje w podbiałostockiej miejscowości, mówi, że w okresie letnim często jej „giną” pacjenci. To efekt „żółtych tabletek” czyli kurek, które się wtedy pojawiają i wszyscy zbierają w lesie i zamiast do lekarza, idą do lasu. To chyba dobre?

Tak, w naszej poradni też mamy dużo pacjentów seniorów, którzy na wiosnę jadą na działki, wracają dopiero jesienią. To jest właściwe, aby wyjść z domu, pospacerować, na działkę czy do lasu. To jest element profilaktyki.

Aktywność ruchowa wielu osobom kojarzy się z siłownią, uprawianiem sportów. Ale chyba każda forma ruchu, nawet pójdzie do pracy czy na zakupy piechotą, ma znaczenie?

Mam pacjenta, który ma 82 lata, jest po zawale, leków praktycznie żadnych nie bierze. Jego receptą jest codzienny 5 km spacer. Każdego dnia rano, deszcz nie deszcz, idzie. Ważna jest systematyczność. Ważne jest, aby wyjść z domu. Najpierw na kilka, kilkanaście minut, stopniowo to wydłużać. Nawet 30 minut spaceru codziennie to darmowe lekarstwo, dotlenia organizm, rozrusza stawy i nie jest drogim. Nie trzeba brać żadnych pigułek.

Poza aktywnością fizyczną ważne jest też zdrowe odżywianie. Tymczasem kuchnia polska, podlaska, taka tradycyjna, nie należy do najzdrowszych. O czym nie powinniśmy zapominać w codziennej diecie?

O warzywach i owocach sezonowych, naszych rodzimych, do każdego posiłku. I o tym, że warto korzystać ze sprawdzonych warzywniaków. Poza tym mniej smażenia więcej gotowania, pieczenia. Pamiętajmy też, że zdrowe nawyki wynosimy z domu. Tymczasem teraz rzadko które dziecko ma w szkole zrobiona przez rodzica kanapkę, przeważnie dostają parę złotych do sklepu, a tam nie do końca wszystko jest zdrowe. Dzieci najchętniej sięgają po wysokoprzetworzone i wysokokaloryczne produkty. Efekt jest taki, że mamy teraz coraz więcej młodych osób z nadwagą i otyłością, co jest dla nich dużym problemem. Ale niestety aktywność fizyczna jest obecnie wśród młodych niemożliwa, rządzą tablety, smartfony. Dlatego musimy wpajać dzieciom od najmłodszych lat zdrowe nawyki. One je muszą wynieść z domu.

Nie jest też czasem tak, że rodzice także są słusznej postury i możemy mówić o zaburzeniach odżywiania całej rodziny?

Dokładnie tak. Dziecko zwykle samo sobie nie gotuje, je to, co poda mu rodzic. Jak dania są w miarę zbilansowane, problemu nie ma. Jak dziecko wie, że lepiej zjeść jabłko niż chipsy, to też tego problemu nie ma. Jeśli dzieci nie wyniosą zasad zdrowego odżywiania z domu, to nie mają gdzie się ich nauczyć. W szkole tak naprawdę ważniejsze są inne sprawy. Dlatego trzeba wpajać te zdrowe nawyki w domu, potem te dzieci przełożą je swoim dzieciom.

Jak możemy profilaktykę dostosować do naszego pędu życiowego? Czy to wymaga poświęcenia jakoś dużo czasu?

Badania profilaktyczne warto zacząć od wizyty u lekarza rodzinnego przynajmniej raz w roku, żeby porozmawiać o tym, jakie badania warto zrobić. Profil badań profilaktycznych wzrasta z wiekiem, co 10 lat. Między 20-30 rokiem życia morfologia, glukoza, OB, mocz, cholesterol, ekg to są badania, które wykonujemy mniej więcej co 2-3 lata. Nie zapominajmy o kontroli stomatologicznej raz na pół roku, jak również RTG i USG jamy brzusznej co 5 lat. Po 30. roku życia wzrasta częstość tych badań, RTG i USG nadal co 5 lat, ale morfologia w zależności od wyników może być wykonywana co rok - dwa lata. Po 40. roku życia, gdy statystycznie jesteśmy już po połowie życia, badania są częstsze, częściej też wychodzą nieprawidłowe. Czyli badania z krwi co roku. Warto też już pomyśleć o kolonoskopii. Kolonoskopia wykonuje się co 5 lat u 40-49 latków mających w rodzinie chorego z nowotworem jelita grubego, a po 50. roku życia co 5 lat u wszystkich profilaktycznie. Badaniem przesiewowym do kolonoskopii, które jest też ujęte w programie 40 Plus jest badanie na obecność krwi utajonej w kale. Jeżeli wyjdzie dodatnie, jest wskazaniem aby pokierować pacjenta i szybciej diagnozować, bo to może objaw nowotworu jelita grubego.

Co można stwierdzić na podstawie tych poszczególnych badań?

Jeżeli chodzi o morfologię, tu najczęstszą przyczyną nieprawidłowych wyników jest niedokrwistość. Wynika ona i z diety, i z chorób utajonych, jak nowotwór jelita grubego. Gdy mamy nieprawidłowy poziom glukozy, może to świadczyć o cukrzycy, gdy mamy podwyższone OB – stan zapalny w organizmie. Kreatynina i mocz mówią o pracy i funkcji nerek. W programie 40 Plus mamy też parametry wątrobowe. Wątroba bardzo długo nie daje objawów, świetnie się regeneruje, nieprawidłowości są wykrywane przeważnie przypadkowo.

Wątroby w naszym życiu raczej nie oszczędzamy, ona cierpliwie znosi nasze nie do końca zdrowe zachowania, niweluje nasz nie do końca higieniczny tryb życia. Jest też coraz więcej chemii w jedzeniu, ale i popularna używka – alkohol – ją uszkadza. Była wprawdzie kiedyś mowa, że alkohol może profilaktycznie wpływać na układ krążenia, ale nie do końca okazało się to prawdą. Nefrolodzy są zdania, że nie ma bezpiecznej dla nerek dawki alkoholu. Mimo wszystko my ten alkohol spożywamy. Jak on działa na wątrobę?

Alkohol jest metabolizowany w wątrobie i działa źle na funkcję i pracę wątroby. Nawet aby zbadać parametry wątroby zaleca się, żeby wcześniej przez dobę nie spożywać alkoholu. Niestety, Polacy lubią alkohol, przy różnych okazjach nie wyobrażają sobie imprezy bez alkoholu. Co uszkadza wątrobę, ale tego od razu nie wiemy. To widać dopiero w późniejszym okresie. Mamy taką jednostkę chorobową jak alkoholowa niewydolność wątroby, spowodowaną nadmiernym spożyciem alkoholu.

Czyli alkohol z diety powinniśmy wyeliminować całkowicie, bo jednak ma więcej szkodliwego działania, niż działania profilaktycznego?

Dokładnie. Można spożywać najwyżej sporadycznie, w umiarkowanych ilościach, np. kieliszek wina.

A kolejne badania: moczu, kreatyniny – czego tu się dopatrujemy? Jakich dysfunkcji nerek możemy się tu spodziewać?

W badaniu moczu szukamy zakażenia układu moczowego, ewentualnie u kobiet także zakażenia układu rozrodczego. Jak również, gdy pojawi się cukier, podejrzewamy cukrzycę. Warto te badania zawsze omówić z lekarzem, bo czasem np. przy gorączce czy wysiłku mogą pojawić się parametry, które są fizjologiczne w tym momencie. Natomiast kreatyninę warto badać raz na rok, aby sprawdzić poziom filtracji nerek, czy one dobrze funkcjonują. Bo nerki też nie bolą.

Trzeba pamiętać, że jeżeli zaniedbamy nasze nerki, możemy być skazani na dializy a w ostateczności nawet być kandydatem do przeszczepu. Wtedy komfort życia spada drastycznie. Dlatego warto pamiętać o nerkach.

Pani doktor, program 40 Plus to była taka nadzieja, ale statystyka jest odwrotna. Jest tam też badanie przewidziane dla panów. Czy panowie z tego korzystają?

Nie bardzo. Panowie nie chcą się badać, bardziej niż kobiety. W tym programie można określić marker gruczołu krokowego PSA, to hormon wydzielany przy przyroście oraz nowotworach prostaty. Warto go badać już po 40. roku życia, bo prostata – tak jak wątroba i nerki - nie boli. Jeżeli chodzi o mężczyzn w ramach profilaktyki jest też – czego mężczyźni nie robią - samobadanie jąder, raz na 3 miesiące, a po 30-40 roku życia raz na miesiąc. Po 50. roku życia wskazane jest też badanie urologiczne.

Jakie objawy ze strony gruczołu krokowego powinny takiego pana zaniepokoić?

Zaburzenia w oddawaniu moczu, z przerwami, bo gruczoł rozrastając się uciska na cewkę moczową. Panowie w nocy wstają, czują parcie, ale nie mogą oddać moczu. Objawem zapalenia gruczołu krokowego jest gorączka, dreszcze, bóle brzucha – i też takich pacjentów niestety mamy.

Jak często powinno się PSA zbadać?

Po 40. r.ż raz na 2-3 lata, po 50. – co roku.

Inne badania są dedykowane tylko dla pań. Jakie to badania i czy panie są tu bardziej odpowiedzialne niż panowie?

Zdecydowanie, do czasu urodzenia dzieci. Już nastolatki powinny wykonywać samobadanie piersi raz na 3 miesiące, potem raz w miesiącu. Po 20. roku życia warto udać się do ginekologa, nawet tylko po to, aby porozmawiać, nie koniecznie na samo badanie. Po 20-30 roku życia warto zrobić raz na 2-3 lata usg narządów rodnych. Cytologia u pań między 24 a 65 rż jest w programie profilaktycznym raka szyjki macicy. Warto ją wykonać co 3 lata. Jeśli wynik będzie nieprawidłowy, lekarz zaleca częstsze badania. Mammografia jest zalecana po 45. roku życia, nie warto wykonywać wcześniej, bo jest tkanka gruczołowa w piersiach i może nie dać właściwego obrazu. Wcześniej warto wykonać USG piersi, co 2-3 lata, u niektórych przypadkach co roku. Mammografię wykonujemy co dwa lata. Pacjentki dostają zaproszenia na te badania, ale mało się zgłasza.

W naszej poradni w standardzie jest pytanie o ostatnią wizytę u ginekologa, o ile do 40. te panie jeszcze w miarę chodzą, potem mówią, że dawno, nie pamiętam, a są np. niepokojące bóle kręgosłupa.

Prof. Knapp, kierownik UCO, mówił u nas, że bardzo często jest tak, że mimo że ostatnie badanie ginekologiczne było w USKu pacjentki kilkanaście, kilkadziesiąt lat temu, to bardzo dokładnie pamięta datę, bo była to data urodzenia dziecka. To świadczy o niedbaniu o siebie. Dlatego mam apel do młodszych słuchaczy - zabierzcie swoje mamy na takie badanie. Ja wożę swoją mamę raz w roku, jesienią, bo wiem, że sama nie pójdzie. Warto aby lekarz porozmawiał, zbadał, zobaczył czy nic się nie dzieje.

Jak dużym problemem jest rak jelita grubego i czy chętnie korzystamy z badań profilaktycznych z nim związanych?

To duży problem. Już nawet samo badanie przesiewowe kału na krew utajoną nie każdy chce zrobić. Trzeba je robić, bo pokazuje, czy jest już problem. Czasem to badanie jest fałszywie dodatnie, bo np. pacjent coś zjadł albo miał jelitówkę. Ale to zawsze wtedy powtarzamy.

Natomiast kolonoskopia to może nie jest do końca przyjemne badanie, ale niebolesne. A lekarze mogą zobaczyć stan błony śluzowej, czy są polipy, usunąć je w trakcie badania, jeśli są do 15 mm. Potem jest zalecana kontrolna kolonoskopia. Wśród naszych pacjentów, którzy wykonali kolonoskopię i zostały usunięte polipy, są bardzo zadowoleni, bo za kilka lat z tych polipów być już problem. Dlatego naprawdę warto wykonać to badanie.

Raka jelita grubego możemy wykryć dużo wcześniej, bo najpierw się pojawia polip. Mamy czas od pojawienia się polipa do jego zrakowacenia, aby dać sobie szansę na wyleczenie, uniknięcie choroby nowotworowej. Ale pojawia się duży lek przed wykonaniem badania. Czy ono wymaga przygotowania, czy potem mamy dyskomfort?

Badanie jest niekomfortowe, pacjenci się wstydzą, nie czują się dobrze w trakcie jego wykonywania. Trzeba się też do niego przygotować dzień wcześniej - trzeba się oczyścić, pić specjalny roztwór. Im jelita będą bardziej oczyszczone, tym lepsza będzie jakość badania. Czasem pacjenci mówią, że chcą znieczulenie, bo nie dadzą rady, wolą zasnąć. W pewnych sytuacjach jest ono konieczne, jak mamy zrosty, po operacjach, ale lepiej jak pacjent współpracuje, zawsze może powiedzieć, że boli, proszę inaczej. Namawiam moich pacjentów, aby byli świadomi samego badania i tego co się dzieje w trakcie badania.

W profilaktyce mamy też badania chorób układu krążenia. Dlaczego ta profilaktyka jest tak ważna?

To profilaktyka skierowana do osób między 35 a 65 rokiem życia, wykonywana jest co 5 lat. Kwalifikacją jest niewykrycie poprzednim razem żadnych chorób, czyli cukrzycy, czy najdalszemu tętniczemu. Czyli teoretycznie badamy pacjentów potencjalnie zdrowych. Jest

robione ekg, mierzone ciśnienie, masa ciała, wykonywany lipidogram, poziom glukozy. I pacjent jest kwalifikowany na tej podstawie do ryzyka wystąpienia w przyszłości chorób układu krążenia. Co 5 lat te badania powtarzamy, chyba że coś się wydarzy.

Wspomniała pani o takim badaniu jak lipidogram. Co to jest takiego?

Lipidogram robimy po 50. roku życia co roku, wcześniej co 2-3 lata. Określamy w nim cztery frakcje cholesterolu: całkowity, LDL, HDL i trójglicerydy. Taki cały profil mówi nam o tym, czy jest zagrożenie miażdżycą. Proszę pamiętać, że te blaszki miażdżycowe odkładają się już w bardzo młodym wieku, ale kondycja organizmu jest wtedy inna. Po 40. roku życia trzeba już bardziej zwrócić na to uwagę. Pacjenci czasem pytają, czy przy wysokim poziomie cholesterolu, trzeba od razu leki włączyć leki. Normy cholesterolu zaostrzają się właściwie co kolejne wytyczne, ten cholesterol jest bardziej trzymany w ryzach, leki mają coraz większe dawki. Część pacjentów nie chce leków, bo to do końca życia trzeba brać, uszkadza wątrobę. U takich pacjentów częściej monitorujemy poziom cholesterolu, czasem zlecamy wizytę u dietetyka, jeśli nie potrafi sobie sam poradzić z dietą. Jak nie da rady bez leków, włączamy leki i monitorujemy.

Co w takiej sytuacji w diecie powinniśmy zmodyfikować?

Pacjenci myślą, że problemem jest tylko to co tłuste. Ale to też słodocze, białe pieczywo, ciasta, to też podwyższa cholesterol.

Podobno jabłka mają działanie obniżające poziom cholesterolu. Warto po nie sięgać?

Tak, do tego są polskie i tanie, można codziennie po nie sięgać, przez cały rok.

Kolejny dział profilaktyki to choroby odtytoniowe. Nie ma obecnie przyzwolenia na palenie w miejscach publicznych, w domach też raczej palacze starają się wyjść na zewnątrz. Czy liczba palących rzeczywiście spada?

Zawsze pytamy naszych pacjentów, czy palą papierosy. Z roku na rok jest ich coraz mniej. Musimy jednak pamiętać o e-papierosach, zwłaszcza tak modnych teraz wśród młodzieży. E-papierosy uszkadzają płuca, i te skutki są długofalowe, trzeba o tym pamiętać.

Jest program chorób odtytoniowych, po 18 roku życia, warto zorganizować pogadankę i zaproponować metodę rzucenia palenia. Jeżeli pacjent pali długi czas, dobrze jest skierować go na spirometrię, pod kątem POChP czy astmy oskrzelowej.

Jest też program profilaktyki gruźlicy – skierowany do wszystkich, warto o tym pomyśleć. Migracja jest duża, dużo chorych przyjeżdża do nas. To co mnie niepokoi, to odmawianie szczepienia dzieci. A warto pamiętać że gruźlica jest trudna do wyleczenia, coraz więcej przypadków jest opornych na leczenie.

Przypomnijmy jeszcze, dlaczego tytoń jest tak szkodliwy dla organizmu?

Dym uszkadza płuca, powoduje, że mają mniejszą wydolność, trudniej goją się rany, jest słabsza odporność, częstsze infekcje układu oddechowego, trudniej wyjść nawet ze zwykłego przeziębienia.

Palenie bierne też jest szkodliwe, dotyczy wszystkich, którzy przebywają wspólnie z palaczami, to szczególnie niebezpieczne jak są w pomieszczeniu są też dzieci. W dymie tytoniowym wykryto ponad 2000 różnego rodzaju substancji toksycznych, m.in. trutkę na szczury, palacz wraz z dymem tytoniowym to wchłania, potem wydychuje i każdy kto jest w pobliżu jest na te toksyczne substancje narażony.

Badać się?

Badać się. Profilaktyka nie boli. Warto przyjść do swojego lekarza rodzinnego i porozmawiać nt. profilaktyki, aby zapobiec skutkom chorób, które trudno wyleczyć, jeżeli zdiagnozujemy je zbyt późno.

18. Czy trzeba się uczyć zdrowia?



prof. Katarzyna Socha, dr hab. Justyna Moskwa

Czy trzeba się uczyć zdrowia – to temat ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gośćmi prof. Jana Kochanowicza były prof. Katarzyna Socha, kierownik Zakładu Bromatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, prorektor ds. nauki, rozwoju i współpracy z otoczeniem gospodarczym UMB oraz doc. Justyna Moskwa z Zakładu Bromatologii UMB

Bromatologia – ta nazwa brzmi obco. Dla przypomnienia, czym się zajmuje?

KS: To nauka o jakości zdrowotnej żywności i żywienia. Oceniamy sposób żywienia różnych populacji, badamy zawartość poszczególnych składników odżywczych i tych antyodżywczych, korzystnych i niekorzystnych, zarówno w żywności jak i w materiałach biologicznych w kontekście zdrowia pacjentów.

Jak zmieniają się trendy w żywieniu, to, co my spożywamy? Inaczej posiłki wyglądały, gdy byłem mały, inaczej wygląda to teraz. Kiedyś były przygotowywane przez babcię, mamę, teraz to często gotowe produkty.

KS: Rzeczywiście, zmieniło się wiele na przestrzeni ostatnich lat. Konsumentów dzielimy teraz na dwie grupy. Pierwsza to osoby, które nie przywiązują zbyt wiele do sposobu żywienia, żyją szybko, często w stresie, odżywiają się monotannie, a ponieważ zwykle nie mają czasu na samodzielne przygotowywanie posiłków, korzystają z gotowych produktów wysoko przetworzonych do szybkiego przygotowania w domu. Ten asortyment produktów spożywczych bardzo dobrze się rozwija, są różne dania gotowe, które możemy szybko podgrzać w domu i traktujemy to często jako pełnowartościowy obiad. Niestety nie zawsze to idzie w parze z jakością. To są produkty rzeczywiście wygodne, niestety etykieta jest na nich często rozbudowana. Takie produkty zawierają dużo kalorii, soli, cukru, różnych substancji dodatkowych. Efekt jest taki, że my się tymi produktami najadamy, nawet za bardzo, bo często są to dania bardzo kaloryczne, a z drugiej strony mogą występować niedobory, bo w trakcie wysokiego przetwarzania żywności dochodzi do strat witamin, składników mineralnych, substancji antyoksydacyjnych. Czyli z jednej strony się przejadamy, z drugiej możemy być narażeni na niedobory.

W asortymencie produktów widzimy też dużą różnorodność. Obojętnie na jaką półkę w markecie spojrzemy. Weźmy np. produkty mleczne – kiedyś było mleko, jogurt, kefir, serek

waniliowy, a teraz mamy całą gamę tych produktów i do tego opakowania zachęcające do spożycia, także dzieci, różne warianty smakowe. Często z zawartością cukru, albo co gorsza syropu glukozowo-fruktozowego, aromatów. Czyli ten asortyment nie zawsze idzie w parze z jakością.

Druga grupa konsumentów to ta, która zwraca coraz bardziej uwagę na zdrowe żywienie, dba o zdrowie i poszukuje produktów prozdrowotnych, np. z certyfikatem gospodarstwa ekologicznego, czy tzw. superfoods, czy żywności funkcjonalnej. Producenci żywności też w tym kierunku idą. Jak pokazują badania, takimi produktami prozdrowotnymi, żywnością funkcjonalną, bardziej interesują się kobiety, które są nawet w stanie zrezygnować z walorów smakowych na korzyść zdrowia, a także osoby starsze, które poszukują produktów prozdrowotnych, gdy zmagają się z różnymi chorobami. Trochę trudniej przekonać do zdrowej żywności panów i dzieci. Jeśli chcemy dać dobre produkty prozdrowotne dla dzieci trzeba pamiętać o walorach smakowych, bo dziecko trudno przekonać do jedzenia, jeżeli dany produkt nie będzie mu smakować.

A gdzie można ulokować grupę konsumentów, którzy żywią się w fast foodach?

KS: Te dania mają te same wartości odżywcze, co gotowe dania, są wysokokaloryczne, mają dużo tłuszczów nasyconych, dużo soli, są to duże porcje, czyli nadmiar kalorii w stosunku do tego, co wydatkujemy. Stąd potem problem z nadwagą, otyłością.

Natomiast w tej grupie drugiej, tych interesujących się zdrową żywnością, obserwujemy też wzrost korzystania z cateringów. Rynek diet pudełkowych się bardzo rozwija, można kupić różne diety, nie tylko redukcyjne, ale i np. diety keto, bezglutenowe. W naszym zakładzie mamy teraz projekt i badamy diety pudełkowe, to jak wypadają pod względem jakości, czy są rzeczywiście zbilansowane. Wyników na razie nie mogę przedstawić, ponieważ jesteśmy w trakcie badań.

Padło takie pojęcie, jak żywność funkcjonalna. Co to takiego? Wiemy co to żywność ekologiczna, czyli przygotowywana bez pestycydów czy środków ochrony roślin.

KS: Ta żywność ekologiczna, czy produkty superfoods, mogą być dobrym surowcem do produkcji żywności funkcjonalnej. Czyli surowce mogą pochodzić z rolnictwa ekologicznego, z odpowiednimi certyfikatami. Ukazała się taka metaanaliza, w której wykazano, że produkty ekologiczne: warzywa, owoce, zawierają istotnie więcej związków polifenolowych, o właściwościach antyoksydacyjnych - przeciwutleniających. Czyli chronią nasz organizm przed różnymi reakcjami wolnorodnikowymi, np. wykazują działanie przeciwzapalne. Są badania, które mówią, że ta żywność ekologiczna będzie korzystniejsza np. w alergiach, a nawet wykazano związek między spożywaniem żywności ekologicznej a zmniejszeniem ryzyka nowotworów.

Z drugiej strony, jak porównywaliśmy żywność ekologiczną do tej zwykłej, to jest jeszcze wiele do zrobienia. Ważne jest, aby sprawdzać jakość tych produktów. Ona jest też przecież droższa. A jak porównywaliśmy zawartość składników mineralnych, zarówno korzystnych, jak i niekorzystnych – mieliśmy taki projekt z Wydziałem Prawa - nie zawsze wypadało to korzystniej, że np. pierwiastków toksycznych było mniej w produktach ekologicznych niż konwencjonalnych. Było to wszystko oczywiście w granicach normy, ale chcielibyśmy, aby żywność ekologiczna bardziej się wyróżniała. Np. w importowanych orzechach, deklarowanych jako ekologiczne, stwierdziliśmy przekroczenie zawartości pierwiastków toksycznych. Podobnie kiedyś badaliśmy produkty ekologiczne i konwencjonalne przeznaczone dla małych dzieci, do 3 roku życia i też nie zawsze wypadało to korzystniej, nawet były niewielkie przekroczenia.

Ale żywność ekologiczna, czy produkty superfoods, mogą być dobrym surowcem do żywności funkcjonalnej. Sam termin pochodzi z medycyny dalekiego wschodu, gdzie jest brak wyraźnej granicy między lekiem, a pożywieniem, czyli żywność ma wykazywać działanie lecznicze. I taką też zaproponowano definicję żywności funkcjonalnej - czyli ponad efekt odżywczy powinna wykazywać korzystny wpływ na zdrowie. Czyli zapobiegać albo wspomagać terapię, być dedykowana do konkretnych jednostek chorobowych. Od żywności tradycyjnej taka żywność różni się składem. Czyli zawiera takie substancje bioaktywne, którym udowodniono korzystne

efekty zdrowotne. Do takich substancji możemy zaliczyć np. błonnik pokarmowy, nienasycone kwasy tłuszczowe, witaminy, składniki mineralne, bakterie probiotyczne.

Coraz więcej jest takich produktów, coraz więcej przedsiębiorców się tym interesuje. My realizujemy takie projekty, gdzie pomagamy przedsiębiorcom w opracowaniu receptury żywności prozdrowotnej, jesteśmy w stanie zbadać później te składniki korzystne i niekorzystne. W naszym Uniwersytecie Medycznym mamy różne nowoczesne centra badawcze. I gdy jakość takiego produktu zostanie zbadana, można potwierdzić ją potem na modelach zwierzęcych (w Centrum Medycyny Doświadczalnej) czy w badaniach klinicznych (mamy Centrum Badań Klinicznych). Zapraszamy przedsiębiorców do realizacji tego typu badań, bo zapotrzebowanie na taką żywność wzrasta. A producent nie może sugerować na opakowaniu, że dany produkt posiada działanie lecznicze czy wspomaga leczenie, jeśli to nie jest poparte badaniami naukowymi.

Jak taki konsument ma wybrać to, co zdrowe? Jak rozpoznać te ekologiczne, prozdrowotne produkty?

JM: Musimy pamiętać, że produkty prozdrowotne to produkty z wysoką zawartością dobrze przyswajalnych składników odżywczych, ale oprócz tego zawierają jeszcze witaminy, składniki mineralne, ale też inne bioaktywne związki jak antyoksydanty czy błonnik pokarmowy. Są produkty superfoods, czyli jagody akai, goi, orzechy, spirulina, chia, siemię lniane. To też żywność wzbogacona np. w witaminy, pojawiają się przetwory mleczne, mleko, płatki, soki, słodycze, które na etykiecie zawierają informację, że są źródłem danego składnika. Wybór tych produktów jest rzeczywiście na rynku bardzo duży. Jak wybrać najlepsze? Zachęcamy przede wszystkim do czytania etykiety. Kierujemy się zasadą, że im krótsza etykieta, tym lepiej, bo ten produkt jest mniej przetworzony, ma mniej dodatkowych niekorzystnych składników: sztucznych barwników, konserwantów i jest bardziej naturalny. Musimy zwrócić uwagę na zawartość składników odżywczych. Na produkcie mamy zawsze tabelę składu, czyli informację jaka jest zawartość białka, węglowodanów, kwasów tłuszczowych, błonnika czy soli oraz kaloryczność produktu.

Oprócz tego taki produkt, który zawiera informację, że jest źródłem danego składnika, powinien mieć też informację o realizacji zalecanego dziennego spożycia danego składnika. Warto zwrócić uwagę na tą tabelę, bo asortyment jest szeroki i spotkamy się na pewno z produktami, gdzie ten procent np. wapnia czy magnezu będzie niewielki, ale i takie, gdzie będzie to sto procent pokrycia dziennego zalecanego spożycia. Wtedy nie należy już suplementować takiego składnika.

Ale trzeba też pamiętać, że nie wszystkie składniki, które są deklarowane, przyswajają się w 100 proc. Realizowałam projekt dotyczący przyswajalności składników mineralnych z różnych rodzajów orzechów, wyniki wyszły bardzo ciekawe. Okazało się, że o ile orzechy są bardzo dobrym źródłem wapnia, magnezu, cynku, selenu, to nie zawsze ta przyswajalność jest dobra. Wręcz przeciwnie, np. migdały są świetnym źródłem wapnia, ale już ta przyswajalność była na poziomie poniżej 10 proc. Z kolei orzechy brazylijskie są najlepszym źródłem selenu i do tego mają największą jego przyswajalność - w granicach prawie 80 proc. Czyli wystarczy zjeść 2-3 orzechy brazylijskie dziennie i pokryjemy całodzienne zapotrzebowanie na ten produkt.

Teraz badam różne produkty superfoods i już można powiedzieć, że bardzo dużo zależy od kraju pochodzenia i rodzaju surowca. Np. przy nasionach chia, jagodach goi czy spirulinie, widać znaczące różnice w zawartości danego składnika mineralnego, co wynika z rodzaju gleby.

Warto podkreślić, że my konsumenci często zachwycają się produktami zagranicznymi, tymi superfoods, a nie doceniamy naszych regionalnych produktów.

Właśnie, padło tu dużo egzotycznych nazw, a co z naszymi jabłkami, pomidorami, ogórkami, kapustą, wiśniami, gruszkami?

JM: Trend zachwyty tymi produktami zagranicznymi jest duży, ale trzeba doceniać to, co my mamy. Nasze czarne jagody, borówki, rokitnik, aronia, niczym nie odbiegają pod względem zawartości bioaktywnych składników od tych sprowadzanych z krajów tropikalnych. Nawet są lepsze, bo nie są transportowane, są świeże, nie muszą przechodzić tego długiego transportu.

Do tego jak sami je nazbieramy, mamy potrzebną dawkę ruchu.

JM: Dokładnie. Ale mamy też w regionie wspaniałych producentów żywności ekologicznej, rokitnika, aronii, których trzeba wspierać i cieszyć się, że ich mamy tak blisko.

A jak to jest z suplementami – czy one są nam potrzebne?

JM: Zdrowy styl życia i prawidłowo zbilansowana dieta powinny zapewnić zdrowy rozwój organizmu i zachowanie stanu zdrowia. Jednak często w wyniku nieprzestrzegania zasad zdrowego żywienia, tego że żyjemy się szybko, kupujemy te produkty wysokoprzetworzone, czy też nasz stan zdrowia, stres, płeć czy wiek, powodują, że ta równowaga naszego organizmu zostaje zachwiana i może dochodzić do pewnych niedoborów. Wówczas należy rozważyć suplementację. To co jest pewne i rekomendowane, to suplementacja witaminy D, ponieważ są dane, że jej niedobory są bardzo duże. Jeszcze 2-3 lata temu w Polsce sięgały nawet 90 proc. Na świecie dotyczy to ok. 50 proc. osób, zwykle starszych i dzieci. Dlatego trzeba ją suplementować, szczególnie w okresie jesienno-zimowym, czyli teraz, w odpowiednich dawkach.

Suplementowane mogą też być wapń i magnez, bo też często występują tu niedobory. Np. magnez szybko jest tracony pod wpływem stresu, szybkiego stylu życia, odżywiania. Te składniki są ważne dla naszego organizmu i trzeba dbać, aby były na odpowiednim poziomie.

Suplementacje powinny też rozważyć osoby będące na dietach odchudzających czy eliminacyjnych, wegetariańskich - u nich niedobory pewnych składników mogą występować z powodu tego, że nie są z diety dostarczane. Także u osób starszych, przewlekle chorych, zmagających się z niedożywieniem, ta suplementacja jest wskazana. Oprócz tego u osób cierpiących na alergie, nietolerancje laktozy czy białka krowiego, gdy muszą wykluczyć z diety produkty mleczne, wskazana jest suplementacja wapnia. I oczywiście u kobiet w ciąży i w okresie menopauzalnym, gdy też jest ubytek składników mineralnych, też jest suplementacja wskazana.

Na pewno zawsze też warto obserwować siebie, swój organizm i w razie potrzeby iść na konsultację do lekarza rodzinnego czy dietetyka, który nas odpowiednio pokieruje i stwierdzi czy trzeba stosować suplementację.

KS: Są też osoby, które po prostu nie lubią danych produktów i ich nie jedzą, np. ryb i wiadomo, że wtedy nie dostarczą sobie odpowiedniej ilości długołańcuchowych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych. Wtedy warto rozważyć ich suplementowanie, bo są niezbędne do funkcjonowania organizmu, mają działanie przeciwzapalne, korzystne działanie na układ krążenia, układ nerwowy.

Podejmujemy decyzję, aby przyjmować suplementy. Jak można rozpoznać te dobre, takie sobie i te słabe?

KS: Przede wszystkim trzeba zwrócić uwagę na przyswajalność. Mamy tu różne formy: organiczne, nieorganiczne, chelaty. Zwykle połączenia organiczne i chelaty mają lepszą biodostępność. Zwracajmy też uwagę na producentów – wybierajmy te suplementy, które są dostępne w aptekach, które są produkowane przez renomowane firmy farmaceutyczne, wtedy jest większe prawdopodobieństwo, że ta ilość deklarowana składnika jest zgodna z etykietą. Suplementy można kupić teraz wszędzie, w internecie, sklepach, ale wtedy nie mamy takiej pewności co do jakości.

W naszym zakładzie też badaliśmy suplementy. Tu rozporządzenie ministra dopuszcza pewien zakres, bo on służy do uzupełnienia diety, nie do leczenia, czyli nie musi tu być idealna zawartość substancji czynnej, jak w leku. Ale jak badaliśmy te produkty, to i tak okazało się, że nie wszystkie mieszczą się w tym w zakresie, i to w dwie strony, bywało albo za mało deklarowanego składnika albo zdecydowanie za dużo, co też nie zawsze jest dobre. Cześć składników przecież gromadzi się w naszym organizmie, obserwowane są reakcje toksyczne, zaburzamy też naturalne proporcje. Dlatego lepiej spożywać urozmaiconą żywność, niż

zażywać suplementy – bo tu mamy te naturalne proporcje składników, zwykle przyswajalność też jest lepsza.

Czy my jako konsumenci możemy gdzieś znaleźć te informacje o wynikach badań prowadzonych w Zakładzie Bromatologii?

KS: Jeżeli jest to publikacja naukowa, nie podajemy zwykle tych producentów. Kontrolą suplementów diety zajmuje się Państwowa Inspekcja Sanitarna. Suplementy są badane wrywkowo, żadna instytucja kontrolująca nie ma bowiem takich możliwości, aby wszystkie przebadać, skoro ich tak dużo jest wprowadzanych w każdym miesiącu do obrotu. Ale gdy są stwierdzone nieprawidłowości, suplementy są też wycofywane z rynku.

19. Profilaktyka zdrowia



Izabela Przewłocka, Anna Kuczkin

Profilaktyka była tematem ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gośćmi prof. Jana Kochanowicza były Izabella Przewłocka, rzecznik prasowy Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia i Anna Kuczkin, psychodietetyk

Lubimy spektakularne operacje, które są głośne medialnie, często bardzo kosztowne, dzięki którym pomagamy pacjentom. Natomiast profilaktyka jest mało wdzięczna, gdzieś nam ginie. Wymaga od pacjentów zainteresowania, cierpliwości, systematyczności, to cały styl życia, do którego powinniśmy się przyzwyczaić, a efekt przychodzi niezauważalnie i do tego po pewnym czasie. To nie jest tak, że budzimy się w niedzielę rano i mamy efekt zdrowotny profilaktyki.

IP: Dokładnie. Profilaktyka jest kluczowa dla naszego dobrostanu. Ja reprezentuję wprawdzie instytucję, która płaci za leczenie, te drogie procedury, ale nazywamy się Narodowy Fundusz Zdrowia, a nie - chorób i naszą misją jest też to, aby promować profilaktykę. I uświadamiać, że zdrowie to nie jest brak choroby, ale nasz ogólny dobrostan, który jest w naszych rękach.

Tak naprawdę, system opieki zdrowotnej, w każdym kraju, tylko w 10 proc. składa się na nasz dobrostan. 70 proc. to czynniki, które są w naszych rękach. To nasz styl życia, odżywianie, to jak się prowadzimy. To też klimat, na który może nie do końca mamy wpływ. Ale generalnie to nie jest slogan, że nasze zdrowie jest w naszych rękach.

AK: To prawda. Profilaktyka to jest konsekwentne wybieranie siebie każdego dnia. Wybieranie tego, co nam służy, czyli takiego jedzenia, jakie nam służy. Mam ochotę popościć – to to robię. Czy wybieram wodę zamiast napojów gazowanych. To są drobne rzeczy, ale wykonywane każdego dnia. I do tego bycie w szczerości ze sobą, czy zależy nam na spektakularnym efekcie, a wtedy to będzie tylko rewolucja, która jak wiadomo z historii, nie zawsze kończy się dobrze, czy też będzie to ewolucja, czyli coś, czego potrzebujemy każdego dnia. Warto dostosowywać wybory do siebie, wybierać to, co dla mnie jest dobre, czym warto się odżywić.

Skoro mowa o poście, to zbliżają się święta Bożego Narodzenia, a przed nimi post. Jaka jest rola postu w naszym zdrowym stylu życia?

AK: Post jest bardzo istotną kwestią, pod warunkiem że jest zrobiony z intencją i że się z nim zgadzamy i robimy to dla siebie, a nie by pokazać coś innym, bo wtedy pojawiają się frustracje.

Dla każdego post jest czymś zupełnie innym. Dla niektórych to np. odstawienie alkoholu, dla innych to wybieranie jedzenia bardziej postnego, np. mniej mięsa czy słodczy, bez takiego rozpieszczania siebie. Post jest dobrą opcją, bo odciąża układ pokarmowy. A jeśli w poście pojawiają się kiszonki – mamy na to zresztą teraz najlepszy czas – to dobry sposób, aby z kiszoną kapustą czy ogórkami dostarczyć sobie witaminę A czy C.

Wracamy do naszego głównego tematu - profilaktyki. NFZ ma cały szereg programów profilaktycznych. Czego one dotyczą i dlaczego akurat te sfery profilaktyki są przez NFZ promowane?

IP: W październiku zainaugurowaliśmy nasz nowy cykl „Porozmawiajmy o profilaktyce”. Niestety, ale 60 proc. Polek i Polaków nie bada się regularnie. Ponad połowa nawet nie wie, że są dostępne bezpłatne profilaktyczne badania.

Wszystkie badania profilaktyczne, są jednym z trzech filarów zdrowego trybu życia. Pierwszy to odżywianie wartościowymi, najlepiej lokalnymi produktami, drugi to aktywność fizyczna, a trzeci to właśnie badania profilaktyczne. Kluczowe w nich jest to, że są one dedykowane ludziom zdrowym. My mamy z reguły wpojone, że lekarz, pobieranie krwi, jest wtedy, gdy nam coś dolega. I wtedy idziemy do lekarza po ratunek. Tymczasem badania profilaktyczne są po to, aby wykluczyć chorobę. Czujemy się świetnie, tryskamy energią, ale z nich korzystamy. To tak jak z autami. Musimy robić przegląd techniczny regularnie, co roku. I jeszcze za to płacimy. A badania profilaktyczne na NFZ są darmowe.

To, jakie mamy programy profilaktyczne w ramach NFZ i dla kogo są dedykowane, ustalili specjaliści, fachowcy, biorąc pod uwagę jakie choroby są groźne dla osób w jakim wieku. Najbardziej znany program to profilaktyka raka piersi, czyli mammografia, którą można wykonać zarówno w pracowni stacjonarnej, których mamy kilka w regionie, jak też w mammobusach, które jeżdżą po całym regionie, docierając niemal do każdej miejscowości. Harmonogram postojów mammobusów jest dostępny na stronie internetowej NFZ. Z badań mammograficznych mogą skorzystać panie w wieku między 45 a 74 rokiem życia. Mogą wykonać takie badanie raz na dwa lata.

Programem, który jest dedykowany paniom i panom, jest program przesiewowy w kierunku profilaktyki raka jelita grubego – czyli profilaktyczna kolonoskopia, dla osób między 50 a 65 rokiem życia. Wtedy ryzyko zachorowania jest największe.

Kolejny program profilaktyczny - raka szyjki macicy, to wykonywana raz na trzy lata cytologia, dla pań w wieku 25-64 lata. Cytologię można wykonać w każdym gabinecie ginekologicznym, który ma kontrakt z NFZ.

Lekarze rodzinni mają natomiast do dyspozycji program profilaktyczny chorób układu krążenia – tzw. CHUK. Te badania przysługują raz na 5 lat, osobom między 35 a 65 rokiem życia. Jeżeli nigdy lekarz nam ich nie proponował, może warto upomnieć się o nie samemu przy najbliższej okazji. W ramach programu mamy szeroki pakiet badań biochemicznych, ekg serca, wywiad żywieniowy, konsultacje dietetyczne. To mało doceniany, a ważny program profilaktyki.

I oczywiście mamy program Profilaktyka 40 Plus, który powoli się już kończy. To ostatni dzwonek, bo potrwa tylko do końca grudnia 2024 r. Każdy kto skończył 40 lat i nie wykonywał tych badań w ciągu ostatniego roku, może sam sobie wygenerować skierowanie, wypełniając wcześniej ankietę na internetowym koncie pacjenta (IKP). Jeśli nie korzystamy z IKP, ankietę można wypełnić u lekarza rodzinnego albo w punktach (są to głównie laboratoria diagnostyczne), gdzie ten program jest realizowany. Ich wykaz również znajduje się na naszej stronie internetowej. To przepustka, aby skorzystać z tego bogatego pakietu badań krwi, moczu, jest tu też badanie PSA u panów. Naprawdę warto, póki program trwa, skorzystać z niego.

Jakie jest nasze zainteresowanie badaniami profilaktycznymi?

IP: Te statystyki nie są optymistyczne, choć u nas jeśli chodzi o mammografię, jest trochę lepiej niż w całej Polsce. Ale zgłaszalność w woj. podlaskim wynosi 31 proc., gdy w Polsce to 24 proc. Czyli zgłaszalność generalnie jest przerażająco niska. A to badanie nie jest inwazyjne, wymaga tylko poświęcenia trochę czasu. W mammobusach pacjentki są rejestrowane co 10 minut.

Natomiast zgłaszalność w przypadku profilaktyki raka szyjki macicy wygląda jeszcze bardziej smutno. W Podlaskiem wynosi 15 proc., w Polsce – 11 proc. Trzeba jednak pamiętać, że to sprawozdania tylko z gabinetów mających kontrakt z NFZ. My mamy świadomość, że w Polsce mało kobiet chodzi do ginekologa na NFZ i na pewno większy procent pań bada się regularnie, ale nie jest to sprawozdawana w systemie. Czyli nie jest tak tragicznie, że tylko 15 proc. Podlasierek wykonuje cytologię.

Ale przytoczę tu słowa, wypowiedziane przez prof. Pawła Knappa, ginekologa onkologa, krzewiciela badań profilaktycznych i szczepień przeciwko wirusowi HPV, że aby jakikolwiek program profilaktyczny miał sens, jego wykonanie musi być na poziomie 90 proc. Wtedy dopiero można mówić o prawdziwym wczesnym wykrywaniu symptomów nowotworowych. Czyli mamy tu jeszcze ogromną lekcję do odrobienia. Ale z profilaktyką to jest jak skrobanie łyżeczką aluminiową w skale.

Mam jednak wrażenie, że zainteresowanie badaniami cytologicznymi spada. Przypominam sobie spotkanie w tym studio z prof. Piotrem Knappem, kilkanaście lat temu, gdy rozmawialiśmy o profilaktyce, i profesor mówił wtedy 25 proc. zgłaszalności, czyli że co 4. kobieta zgłaszała się na badania. Teraz mamy pogarszająca sytuację. Skutkuje to niestety dramatycznymi sytuacjami, mocno zaawansowanych chorób onkologicznych. Są sytuacje, że gdy pada pytanie do pacjentki z rakiem szyjki macicy kiedy była ostatnio u ginekologa, ona podaje dokładną datę sprzed kilkudziesięciu lat – datę urodzenia najmłodszego dziecka. A od tamtej pory nie odwiedziła ginekologa. Według niej nie było takiej potrzeby. Także mamy wiele do nadrobienia informacyjnie, przekonanie mieszkańców, że tylko odpowiednia profilaktyka daje podstawę do wyeliminowanie zaawansowanej postaci nowotworów, a tylko niewielkie zmiany nowotworowe dają szansę na skuteczne leczenie.

IP: Do tego na wczesnym etapie to leczenie jest bardzo oszczędzające i mało inwazyjne dla pacjenta.

Październik to od lat miesiąc świadomości profilaktyki raka piersi, listopad - profilaktyki męskich nowotworów. Dużo się też mówi przy tej okazji o samobadaniu, w przypadku nowotworów piersi i jąder, można wziąć sprawy dosłownie w swoje ręce, raz w miesiącu. Któż zna nasze ciało lepiej niż my sami. W internecie jest bardzo wiele filmików instruktażowych, jak wykonać takie samobadanie. Także w podlaskim oddziale NFZ dysponujemy fantomami do nauki samobadania piersi i jąder, zawsze można przyjść, nasi doradcy pokażą, jak to się robi. Tak jak chodzimy raz w miesiącu do kosmetyczki, do fryzjera, tak samo powinniśmy raz w miesiącu wykonać samobadanie piersi czy jąder.

Skoro panie są tak niesubordynowane, może panowie w zgłaszalności na badania profilaktyczne wypadają lepiej?

IP: W listopadzie z pewnością tak. Już od kilku lat Białostockie Centrum Onkologii w ramach Męskiego Listopada oferuje 2 tys. dodatkowych badań krwi w kierunku PSA i konsultacji z urologami. W ramach ostatniej akcji 2 tys. miejsc rozeszło się w ciągu kilku godzin. To jest optymistyczne, że odzew był tak ogromny.

Dodam jeszcze, że optymistyczna jest też informacja, że z kolonoskopii w woj. podlaskim korzysta coraz więcej osób.

Wydaje się, że trochę powinien zmienić się też system ochrony zdrowia, aby do kanonu zbierania wywiadów, zwłaszcza u lekarzy rodzinnych, wprowadzić standardowo pytanie: czy pan/pani wykonał badania profilaktyczne. To może bardziej wpływać na pacjentów niż epizodyczne eventy, które są fajne, ale jednak szybko przemijają.

Poza badaniami i aktywnym stylem życia, podstawą profilaktyki jest też właściwe odżywianie. A ta nasza podlaska kuchnia lokalna, ta z dziada pradziada, za zdrowa chyba nie jest.

AK: Nasza podlaska kuchnia jest jedną z najlepszych kuchni. Sama wychowałam się na wsi, w domu wielopokoleniowym. I rzeczywiście kuchnia podlaska jest tłustą, ale tłuszcz jest nośnikiem smaku, pewnie dlatego doskonale smakuje. Ale mamy dostęp do wysokiej jakości

produktów spożywczych: warzyw, owoców, serów, jajek. Do ryb może trochę mniej. Wszystko zawsze zależy od tego, jak komponujemy nasze menu, co wrzucamy na talerz. Kuchnia jest tłusta, ale mamy też przecież zdrowe tłuszcze. Wprowadź królową też u nas ziemniaki, ale to dobre warzywo, kwestia tego, jak je przyrządzimy i z czym podamy. Jeśli je ugotujemy i podamy z dobrą surówką - czemu nie. Można też je upiec i podać z gziem czy z chłodnikiem w gorący dzień. Doskonale smakuje i jest zdrowe. Ważne jest też, ile wkładamy na talerz. Czy zjemy jednego schabowego na obiad czy trzy. I czy pijemy wodę czy coś innego.

Jeśli mówimy o wodzie – mamy różne filtry, uzdatniacze. Czy warto z tego korzystać?

AK: Ewolucja nie wymyśliła nic mądrzejszego, jak woda. Nie ma żadnego innego napoju, który by tak doskonale wpływał na nasze zdrowie, jak woda. Jeżeli piję wodę kranówkę, wystarczy że ją przebadam i wiem co pije. Jak jest zakamieniona, można korzystać z filtra. Ale nie dajmy się zwariować. Pomyślmy, czy koniecznie musimy używać filtrów odwróconej osmozy, uzdatniacza wody.

I wybieramy taką wodę, która nam smakuje i po której dobrze się czujemy. Jeśli ktoś pije wodę gazowaną i dobrze się po niej czuje, to ok. Ale jak wypije i boli go brzuch, jest mu ciężko - nie sięgajmy wtedy po wodę gazowaną. Warto też pić wodę regularnie, małymi łykami. Moim zdaniem takie dobre tempo to szklanka wody na godzinę. Ile tej wody pić? Zalecenia ogólnoswiatowe mówią, że powinno to być 3 proc. masy ciała, czyli 30 ml wody na każdy kilogram dziennie. Wystarczy swoją wagę przemnożyć razy 0,03 i wyjdzie nam, ile tej wody powinno się pić.

Warto też wiedzieć, że nie wszystko co mokre, nas nawadnia. Np. kawa niespecjalnie nawadnia, ale też nie po to ją pijemy; to jest taka higiena psychiczna dla naszego mózgu. Ja już kiedy myślę, że zrobię sobie kawę, to w tym momencie zaczynam się relaksować. Nawadniać mogą zaś herbaty ziołowe, owocowe, oczywiście niesłodzone.

Lekarze, zwłaszcza kardiolodzy, nefrologi, mają wiele uwag do soli i raczej zalecają jej ograniczenie. A dietetycy – lubią sól?

AK: Sól to smak, są nawet przypowieści, jak jest ważna, tylko bądźmy zdroworozsądkowi. Bo my się przyzwyczajamy do smaków. Jak każdego dnia będziemy dosalać więcej, pewnego dnia stwierdzimy, że solimy 3 razy więcej w stosunku do tego, co było 5 lat temu. Jesteśmy w stanie odzwyczaić się od soli, tak jak i od cukru, choć w tym ostatnim przypadku zdecydowanie trudniej. Należy solić tyle, aby wydobyć smak, a nie, aby potrawa była słona.

IP: Powiem tu jeszcze o bezpłatnym narzędziu NFZ – portalu z dietami, a właściwie programami żywieniowymi. Wystarczy wpisać w przeglądarkę: diety NFZ. Rejestracja jest bardzo prosta, wystarczy wpisać swój adres mailowy i ustawić hasło. I otwieramy skarbicę do programów żywieniowych, dedykowanych także osobom z chorobami przewlekłymi, np. cukrzycą, haschimoto, a także seniorom. Jest 10 różnych programów żywieniowych, można ustawić sobie też kaloryczność dziennego menu. Diety oparte są na diecie DASH, uznanej za najzdrowszą dietę świata. Wystarczy że na portalu wpisujemy ile mamy lat, jaka jest nasza waga, system wygeneruje dwutygodniowy program żywieniowy dla nas. Jak chcemy trochę schudnąć, możemy sobie ustawić odpowiednią kaloryczność. Aby schudnąć, wystarczy jeść mniej, ale nie głodzić się.

AK: A także pić wodę, jeść regularnie, ale też wysypiać się.

IP: W oddziale NFZ przy ul. Pałacowej 3 w Białymstoku mamy też od kilku lat kiosk profilaktyczny, tam można wykonać sobie kilka badań, m.in. pełną analizę składu ciała. Dostajemy wydruk, który pokaże nam, ile mamy w organizmie tłuszczu, ile mięśni, ile wody, jakie jest nasze zapotrzebowanie kaloryczne i jaki jest nasz wiek metaboliczny – czyli wiek naszego ciała. Czasem ten wiek u osób, które są szczupłe, witalne, jest o kilkanaście lat mniejszy niż ten metrykalny. Ale są i sytuacje skrajnie inne – gdy np. 45 latek z nadwagą ma wiek metaboliczny 68 lat.

Często te pomiary w kiosku profilaktycznym są takim momentem zwrotnym, u takiej osoby pojawia się myśl, że najwyższy czas, aby coś zmienić. I podejmuje decyzję, zmienia swój styl

życia, potem wraca do nas po miesiącu-dwóch na pomiary i jest szczęśliwa, jak ten tłuszcz spada.

Nigdy nie jest za późno, aby ruszyć z badaniami profilaktycznymi, zmienić nawyki żywieniowe. Ale też by rozbudzić aktywność ruchową. Te trzy elementy sprawią, że zdecydowanie poprawimy swoją kondycję zdrowotną. A że w zdrowym ciele zdrowy duch to i nasz nastrój się poprawi. Zwłaszcza, że pogoda za oknem nie jest zachęcająca, aby pójść na spacer.

IP: Aktywność fizyczna jest niezmiernie ważna. Dziennie potrzeba minimum 30 minut aktywności, która podniesie tętno.

AK: Najlepiej, aby to był szybki spacer, marsz, żeby pobudzić serce do pracy. Ono to uwielbia. Nasz mózg zresztą także. Ile tam się wtedy wydziela hormonów szczęścia.

IP: To są takie nasze codziennie, najdrobniejsze decyzje. Np. że do pracy pójde piechotą, a nie podjadę cztery przystanki autobusem. To dobre dla nas, ale i dla klimatu, jak zastąpimy auto rowerem.

20. Pytania do Menagera – oferta podmiotów komercyjnych



prof. Jan Kochanowicz

Gościem ostatniej audycji „Pytanie do specjalisty” był gospodarz tego cyklu, prof. Jan Kochanowicz, dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Rozmowę prowadził ks. Mateusz Kiczko, dyrektor Radia Orthodoxyia

Temat dzisiejszej audycji to „Pytanie do menagera”. Przyjęło się, że menager to osoba zarządzająca przedsiębiorstwem, jakąś dużą firmą. A czy dyrektor szpitala też jest menagerem?

Zacznę od tego, że siedzenie po drugiej stronie mikrofonu i odpowiadanie na pytania jest troszeczkę stresujące. Natomiast wracając do tematu – w obecnych czasach wydaje się, że szpital to jedno wielkie przedsiębiorstwo. Jest nawet pojęcie menagera ochrony zdrowia. Ja jestem trochę nietypowym menagerem, bo przede wszystkim jestem lekarzem, ze szpitalem klinicznym związanym już prawie 30 lat. Dyrektorem zostałem dokładnie po 25 latach pracy w tym szpitalu. Przeszedłem tam wszystkie szczeble, od młodszego asystenta do kierownika kliniki. Także szpital był dla mnie znany. Natomiast funkcja dyrektora to całkowicie inne spojrzenie. Inaczej patrzy lekarz, gdy zajmuje się pacjentem, inaczej kierownik kliniki, który zajmuje się jakąś częścią szpitala i współpracą z innymi jednostkami. Z punktu widzenia dyrektora, to prawie 40 klinik, ponad 50 poradni, ponad 3 tysiące pracowników, organizm pracujący 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, 365 dni w roku, gdzie pacjenci cały czas mają szansę na uzyskanie pomocy. Organizacja szpitala to nie tylko medycyna, ale też cała infrastruktura techniczna, media, ogrzewanie, oświetlenie, funkcjonowanie poszczególnych urządzeń. To wszystko skupia się może nie bezpośrednio na dyrektora, bo są całe pionierzy tym się zajmujące, a np. szpital kliniczny zużywa tyle prądu, ile małe miasteczko. To też gospodarka odpadami, mamy własną spalarnię.

W tych 3 tysiącach pracowników są nie tylko lekarze, których mamy prawie 1000, ale też ponad 1000 pielęgniarek i blisko 1000 osób personelu pomocniczego, który jest niezbędny do tego, aby szpital funkcjonował.

Trzy tysiące pracowników to ogromna liczba i szpital kliniczny jest chyba największym pracodawcą w regionie. Ale zainteresowały mnie też kwestie techniczne – szpital musi przecież cały czas działać. Co się dzieje, gdy nie ma prądu w szpitalu? Czy jest w ogóle taka możliwość?

Nie ma takiej możliwości. Zdecydowana większość urządzeń funkcjonuje obecnie w oparciu o energię elektryczną, dlatego mamy zabezpieczenie – mamy agregaty prądotwórcze. Jak mamy awarię i prąd nie dopływa z sieci, uruchamiane są nasze agregaty, które dostarczają bezpośrednio prąd do tych najbardziej krytycznych elementów w szpitalu, aby utrzymać funkcjonowanie np. respiratorów na OIOM-ie, czy móc dokończyć rozpoczęty zabieg operacyjny. Szpital jest na to przygotowany. Mamy rozbudowany system tzw. ups-ów, czyli magazynów energii, które pozwalają w krytycznym momencie na zasilenie najbardziej newralgicznych miejsc szpitala.

W Polsce ochrona zdrowia finansowana jest z podatków obywateli. Jak to wygląda w praktyce, czy jako dyrektor szpitala ma pan ograniczony budżet? Czy nie ma żadnych ograniczeń?

Od obywatela do szpitala droga funduszy jest daleka i kręta. My wszyscy pracując oczywiście odprowadzamy składki, pieniądze te trafiają potem do NFZ, i to on podpisuje z poszczególnymi jednostkami umowy na określoną liczbę świadczeń. To nie tylko szpitale, ale też poradnie specjalistyczne, podstawowa opieka zdrowotna, dofinansowywanie leków, programy lekowe. Budżet niestety zawsze jest skrojony poniżej zapotrzebowania, co roku pod koniec roku borykamy się z finansowaniem wszystkich świadczeń. Tak jest i w tym roku. W przypadku USK na koniec października różnica między wykonanymi świadczeniami, a tym co opłacił NFZ wynosi 111 mln zł. To jest kwota bardzo duża, mocno zakłócająca funkcjonowanie szpitala klinicznego, przy budżecie ok. 1 mld zł, ponad 10 proc. tej kwoty jest zamrożone. Nie mamy refundacji ze strony NFZ. Niestety, nie każde świadczenie, które możemy wykonać, jest sfinansowane. Dlatego na koniec roku niektóre zabiegi, które możemy przełożyć są przekładane na początek przyszłego roku, tak aby nie nadwyrężyć budżetu i móc sfinansować niezbędne do wykonania procedury, aby pacjent z wypadku, z nagłym zachorowaniem uzyskał pomoc. Pacjenci, u których nie ma zagrożenia życia i zdrowia, mogą poczekać. Uzgadnia to zawsze z pacjentem lekarz prowadzący. Jest to trochę prowizoryczne, tzw. rolowanie problemu, bo pacjenci z listopada i grudnia są przekładani na styczeń-luty, ale do nich dołączą ci, co zachorują po nowym roku. Czyli problem jest tylko przesunięty, a nie zlikwidowany.

Czy istnieje możliwość, że te środki skończą się szpital nie może wykonywać żadnych zabiegów czy jednak te procedury ratujące życie muszą być wykonane zawsze i pacjenci mogą na to liczyć?

Przede wszystkim jako lekarz nie wyobrażam sobie sytuacji, że koledzy lekarze nie będą w stanie w sytuacji nagłego zagrożenia pomóc pacjentowi. Chciałbym uspokoić, że my pacjentów w trybie ostrodyżurowym przyjmujemy i będziemy przyjmować. Takiego niebezpieczeństwa, że nie zostanie udzielona pomoc w razie wypadku, nie ma. Mamy tu zabezpieczenie. Problemem są tylko choroby przewlekłe, badania kontrolne - tu są zagrożenia w finansowaniu.

Ile osób się leczy rocznie w USK?

To ok. 60 tys. pacjentów rocznie we wszystkich klinikach, ponad 40 tys. trafia na SOR, w poradniach specjalistycznych to ponad 200 tys. wizyt w ciągu roku. Statystycznie chyba każdy dorosły białostoczanin ma szansę nas odwiedzić i zostanie mu udzielona pomoc.

Czy to jest tak, że wszystkie zabiegi w USK są bezpłatne dla pacjentów, czy można np. dopłacić do lepszej usługi?

Struktura prawna w Polsce nie pozwala na dopłacanie czy płatne zabiegi. One dotyczą tylko osób nieubezpieczonych i obcokrajowców spoza UE. Obcokrajowcy z UE mają w Polsce leczenie w przypadku nagłego zachorowania w ramach EKUZ, w takim samym zakresie, jak Polacy, podobnie jak my, gdy wybieramy się za granicę do kraju UE. Pacjenci spoza UE mają u nas

płatne hospitalizacje, wizyty, badania. Wyjątkiem są obywatele Ukrainy, którzy na mocy porozumienia leczenia są bezpłatnie, jest to finansowane z naszych składek. To pomoc humanitarna na skutek działań wojennych.

Czym na tle innych szpitali wyróżnia się szpital kliniczny?

Bezdiskusyjnie jest największym szpitalem w regionie i jednym z większych w Polsce, na pewno jesteśmy w pierwszej 5. jeśli chodzi o wielkość, budżet, ilość przyjmowanych pacjentów, liczbę łóżek. Pierwszą podstawową rzeczą, która nas wyróżnia jest kompleksowość. W USK możemy udzielić pacjentowi pomocy praktycznie w każdym schorzeniu, objąć go kompleksową opieką. Nie tylko wykonać jakiś najbardziej wysublimowany zabieg, ale też jeśli wystąpią jakiegokolwiek komplikacje, nasi specjaliści są w stanie udzielić najlepszej możliwej pomocy.

Czy na przestrzeni lat zmieniły się dziedziny medycyny, które są bardziej potrzebne. Mówi się np. że teraz mamy więcej przypadków chorób nowotworowych, niż kiedyś. Czy to faktycznie tak jest?

Trudne pytanie, trzeba by zagłębić się w statystykę. Jeśli chodzi o choroby onkologiczne, na pewno poprawiły się możliwości diagnostyczne, dostępność badań tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, jak również badań endoskopowych. Także badania profilaktyczne, np. w przypadku raka jelita grubego – kolonoskopia - zdecydowanie poprawiły skuteczność diagnostyczną. Mamy też przy USK tzw. Lung Cancer Unit, czyli zorganizowaną pomoc pacjentom z nowotworem płuc. To struktura wewnętrzna szpitala, która obejmuje diagnostykę, kliniki pulmonologiczne, torakochirurgię – to jest takie kompleksowe zabezpieczenie pacjenta, które daje możliwość pilnej, szybkiej diagnostyki, także inwazyjnej, wykonanie zabiegu, potem ewentualne leczenie chemioterapeutyczne, immunoterapeutyczne. I statystyka wskazuje, że w ciągu 5 lat istnienia tego centrum, tej kompleksowej opieki, mamy prawie 3-krotny wzrost liczby nowotworów płuc.

Należy też pamiętać o tym, że statystycznie żyjemy dłużej, a nowotwory są ściśle związane z długością życia - im dłużej żyjemy, tym szansa zachorowania jest większa. Aczkolwiek w drugą stronę, obserwujemy też coraz częściej osoby młode z nowotworami w wieku kilkunastu, 20-kilku lat. Szczególnie dramatyczne są tu nowotwory narządu rodnego u młodych kobiet. Tu też warto przy okazji dodać, że dzięki zaangażowaniu prof. Pawła Knappa, szefa Uniwersyteckiego Centrum Onkologii w USK w opiekę i leczenie pań, jest szansa utrzymania zdolności do posiadania potomstwa, mimo przejścia choroby nowotworowej.

Często w audycjach „Pytanie do specjalisty” pada taki wniosek, że lepiej jest zapobiegać niż leczyć. W praktyce często głośno jest o tych spektakularnych zabiegach, a zapominamy o profilaktyce. Dlaczego nie chcemy chodzić na badania profilaktyczne, prowadzić zdrowy tryb życia, zdrowo się odżywiać?

Z powodu wygody. Newsy o tym, że wykonano jakąś spektakularną operację super się sprzedają, wzbudzają zainteresowanie. Natomiast profilaktyka, ale nade wszystko codzienny tryb życia, czyli nasza dieta, nasza aktywność ruchowa, wymaga dużo wysiłku. Wymaga systematyczności, samozaparca, a to nie jest naszą najlepszą cechą. Zawsze znajdują się wymówki, aby nie pójść na spacer: a to pochmurno, a to deszcz, a to wczoraj byłam, czy źle się czuję. I czekamy na autobus, zamiast przejść się spacerkiem dwa-trzy przystanki, co byłoby dla nas prozdrowotne. Tylko trzeba to robić systematycznie, wtedy mózg nam podziękuje. Systematyczny wysiłek powoduje, że wydzielamy endorfiny, to substancje szczęścia, które poprawiają nastrój. Są wytwarzane wewnętrznie, nie trzeba ich kupować. I oprócz tego, że jesteśmy zdrowsi, jesteśmy szczęśliwsi. Coraz częściej też niestety upraszczamy dietę, sięgamy po produkty coraz bardziej przetworzone, które można wrzucić do mikrofalówki, szybko odgrzać i zjeść. Jak podkreślają dietetycy, to najgorsze, co można dla organizmu zafundować. Powinniśmy mieć ten czas, aby sięgać po te najmniej przetworzone produkty. Ale też warto wyrobić w sobie chęć przygotowywania posiłku, tego aby były jak najbardziej naturalne.

Chciałbym, aby pan profesor powiedział jeszcze parę słów o naszej mentalności. Z reguły czujemy się specjalistami w wielu dziedzinach, także w zdrowiu. Czy jak przychodzi pacjent do lekarza, to już wie, co mu dolega?

Zdziwienie jak pacjent przychodzi na wizytę i nie jest przygotowany. Najczęściej ma już zaczerpniętą z internetu diagnozę i tylko chce, aby ją potwierdzić. Wiedzą co najlepiej wykonać, jakie leczenie zastosować i są bardzo niezadowoleni, jak ta diagnoza nie zostanie potwierdzona lub zaproponowana zostanie inna forma terapii, która będzie w sprzeczności z tym co jest w internecie, a jest zgodna ze sztuką lekarską, opartą na dowodach i badaniach klinicznych.

A czy pacjenci próbują chodzić na skróty, jeśli chodzi o leczenie? Wiele razy w audycjach mówiliśmy, że nie ma cudownych pigułek na odchudzanie czy inne dolegliwości, czy już się tego nauczyliśmy? Czy jeszcze te powszechne reklamy potrafią nas skusić?

Gdyby reklamy nie były skuteczne, to by ich nie było. Często pokutuje coś takiego, że leki bierze się nie według wskazań, ale według tego co pomogło sąsiadce. Była nawet taka reklama z nazwiskiem sąsiadki. Taką mamy mentalność. Natomiast jesteśmy też w wielu przypadkach podejrzliwi co do dowodów medycznych, jesteśmy podatni na różne teorie spiskowe, które często blokują chęć do pomocy samemu sobie. W przypadku chorób onkologicznych pokutuje u nas coś takiego, że „był zdrowy, dopóki nie zaczął się badać, dopiero wtedy wykryli chorobę i rokowanie już było złe”. A ja bym, powiedział inaczej - gdyby wcześniej się zbadał, zmiana zostałaby wykryta w stadium, które pozwala na całkowite wyleczenie, bez uszczerbku dla życia i zdrowia.

Dlatego stale apelujemy, by regularnie się badać, dbać o zdrowie, bo lepiej zapobiegać niż leczyć. A czy czeka nas jakiś przełom, jeśli chodzi o technologie medyczne?

W ostatnich latach doświadczyliśmy potężnego przełomu w obrazowaniu, diagnostyce, mam na myśli tomografię komputerową i rezonans magnetyczny. Jeśli chodzi o sferę zabiegową – to endoskopia i mało inwazyjne zabiegi endowaskularne - tu też technologia poszła zdecydowanie do przodu.

Jaki będzie kolejny krok, to takie prorocstwo, ale na pewno ze względu na dużą ilość badań, danych, które uzyskujemy, widzę szansę dla rozwoju sztucznej inteligencji, tak aby szczególnie pomóc w interpretacji badań obrazowych, połączenia badań obrazowych z badaniami genetycznymi. To też takie przewidywanie na podstawie profilu genetycznego tego, jakie choroby nam zagrażają. W ocenie badań diagnostycznych często ten zmęczony lekarz byłby wsparty przez urządzenie, które uczuli i pomoże ocenić, czy to typowy zdrowy obraz radiologiczny czy jednak jest tam coś niepokojącego. Co usprawni i przyspieszy diagnostykę zdecydowanie.

Jeśli chodzi o nowoczesne technologie w medycynie – mamy je w Polsce, czy są dla nas jednak niedostępne? I czy my tutaj na Podlasiu nadal jesteśmy pod tym względem tą Polską B?

W tym momencie to jest odwrotnie. W wielu przypadkach to tu w Białymstoku, za sprawą Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, wiele technologii jest tutaj sprawdzanych, tutaj tworzonych. W trakcie covidu, badania genetyczne prowadzone w UMB pokazały, że oprócz ewidentnych czynników ryzyka jak wiek, otyłość, choroby metaboliczne, jeszcze źle rokują pacjenci z konkretnym genem, który udało się ustalić. Na tej podstawie można było takiego pacjenta otoczyć szczególną troską. Personalizacja leczenia szczególnie cenna jest w chorobach onkologicznych, tu można na podstawie badań genetycznych próbować ustalić, która terapia będzie dla danego pacjenta najkorzystniejsza i skuteczna i będzie mieć przy tym jak najmniej działań niepożądanych, dzięki czemu może przejść najbardziej skomplikowaną kurację w sposób łagodny.

Podsumowując, chciałbym zapytać, jaki był miniony rok dla Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, jakie są plany na kolejny? I czy pan jako dyrektor placówki ma jakieś marzenia?

Największym marzeniem jest to, abyśmy nie musieli borykać się z finansowaniem świadczeń, które możemy wykonać, nie było ku temu ograniczeń. Aby NFZ na bieżąco opłacał wykonane świadczenia, abyśmy nie musieli pacjentów stresować tym, że coś musimy odroczyć. Ten rok nie jest w tym najszcześniejszy, obyśmy w przyszłym roku mieli naszym pacjentom do przekazania same dobre wiadomości. Także odnośnie nowych technologii, nowych sprzętów, czy oddania do użytku nowych klinik chorób zakaźnych przy ul. Żurawiej. Mieściły się dotąd w obiektach z lat 60-70, jest szansa, że w 2025 roku przeniosą się do nowych budynków, co znacznie poprawi komfort pracy, ale nade wszystko komfort hospitalizacji pacjentów. Także to są takie mocno przyjemne marzenia.

Życzymy, aby wszystkie się spełniły.

21. Co może rodzina? - terapie rodzinne, kiedy, gdzie, kogo?



dr Anna Bańkowska-Łuksza

Terapie rodzinne były tematem ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza była dr Anna Bańkowska-Łuksza, psychiatra, psychoterapeuta, kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku

Dzisiaj naszym tematem są terapie rodzinne. Co pod tym pojęciem się kryje?

Zacznę od tego, skąd się psychoterapia w naszym świecie wzięła. Psychoterapia jest to forma leczenia przez słowo. Słowo może bardzo człowieka zniszczyć, albo może też go podnieść. Psychoterapia jest to sposób oddziaływania bez farmakologii, za pomocą odpowiednich schematów zachowania, nowych schematów zachowania dla osoby, która zgłasza się po pomoc.

Psychoterapia przyszła do nas ze Stanów Zjednoczonych. A zaczęła się rozwijać z bardzo niemedycznego powodu. Mianowicie w latach 20-30-tych, do lat 50. był bardzo duży napływ imigrantów do Stanów Zjednoczonych, rosła coraz bardziej grupa osób, które miały ogromne trudności przystosowawcze. Ludzi, którzy zrywali swoje więzi w krajach pochodzenia, nawiązywali nowe relacje, mieli ogromny kłopot z przystosowaniem się do nowych warunków, spotykali ludzi z innymi normami społecznymi. Spotykali się ludzie, którzy zawsze mieszkali na terenie Europy, z ludźmi, którzy zawsze mieszkali na terenie zupełnie innego kontynentu. I stąd zaczęły wynikać różne ich problemy. Nie potrafili się znaleźć w nowych warunkach i stąd coraz częstsze korzystanie z pomocy wówczas opieki psychiatrycznej. Zaczęto się temu bardziej przyglądać. Okazało się, że nie wszystko da się wyleczyć za pomocą farmakologii, że poczucie osamotnienia, izolacji, takiej beznadziejności, bycia uwięzionym w nowym świecie, nierozumienia nowego świata, spowodowało właśnie to, że potrzebny był tak naprawdę drugi człowiek, który by usiadł, wysłuchał, zrozumiał. I żeby to nie była tylko zwykła rozmowa, a żeby to było jak najbardziej leczące. Wielu naukowców, głównie ze Stanów Zjednoczonych zaczęło się tym właśnie zajmować i zauważyli, że rzeczywiście, takie podejście empatyczne, spokojne zrozumienie, pewien rodzaj zastępowania, przynajmniej czasowego, kogoś bliskiego dla takiej osoby, jest bardzo wspierające, bardzo odbudowujące. I dlatego zaczęło się to rozwijać bardzo szeroko. Jest całe mnóstwo nurtów w psychoterapii dotyczących osób indywidualnie, jak i również terapii rodzinnych czyli terapii systemowych. Jest psychoanaliza, terapia behawioralno-poznawcza, która jest nastawiona na jak najszybsze rozwiązywanie problemu, z

którym pacjent przychodzi, terapia humanistyczna, egzystencjalna, terapia gestalt. Jest całe mnóstwo różnych terapii. Myślę, że każdy w przypadku takiej potrzeby, znajdzie dla siebie odpowiedni rodzaj terapii.

Dzisiaj porozmawiamy właśnie o psychoterapii systemowej, czyli psychoterapii rodzinnej.

Rzeczywiście, Stany Zjednoczone to jest taki tygiel różnych narodowości, różnych ras, języków. Samych Polaków wyjechało tam wiele tysięcy. Samotność jest takim dominującym chyba elementem, który tym ludziom doskwierał, a chyba tabletki takiej farmakologicznej na samotność jeszcze nie wynaleziono.

Nie, nie wynaleziono, natomiast jest coś takiego, albo jest ktoś taki - to jest drugi człowiek, który nam dobrze życzy. Tak naprawdę na podłożu psychoterapii jest dobra relacja z drugim człowiekiem i wysłuchanie jego potrzeb.

Wracamy do Białegostoku, na Podlasie. Mieszkamy tutaj, rodzina jest w zasięgu podróży autobusem, samochodem. Są też telefony, w tej chwili wszechobecne. Dlaczego ta terapia rodzinna nas też dotyczy?

Terapia jest dlatego nam potrzebna, ponieważ rodzina jest pewnym systemem, jest pewnym zlepkiem różnych osób. Z różną przeszłością, z różnymi nawykami, z różnymi przekonaniami. Jak to żartują moi znajomi: mąż to nie rodzina, a dzieci już tak. Tak więc spotykają się dwie osoby, czasami o bardzo różnym pochodzeniu, o różnych wzorcach, o różnych zachowaniach.

Ale mówią tym samym językiem.

Tak, to prawda, ale mają różne doświadczenia życiowe. Ja myślę, że wiele cierpienia nadal w naszym kraju, w naszym regionie jest dlatego, ponieważ nasi przodkowie mieli bardzo trudne życie. Są to ludzie, którzy przeżyli wojnę lub byli wychowywani przez ludzi, którzy przeżyli wojnę, którzy przeżyli stratę rodziny, majątku, którzy bali się o swoje życie, bali się o swoje dzieci i myślę, że to też ma ogromny wpływ na nasze dzisiejsze funkcjonowanie i na to, z jakich rodzin wychodzimy. Że ta wielka trauma wojenna, pierwszej wojny i drugiej wojny, to jest jednak jeszcze pokłosie, ponieważ wychowywali nas ludzie, którzy nauczyli się, jak przeżyć. Nikt nie patrzył czy dziecko jest szczęśliwe, czy jest uśmiechnięte, tylko trzeba było walczyć o byt, żeby dziecko miało co jeść i żeby miało się w co ubrać. Patrzenie czy dziecko jest szczęśliwe, czy jest nieszczęśliwe, czy ma jakieś potrzeby inne niż podstawowe - nie było na to ani czasu, ani ani przestrzeni. Jesteśmy taką populacją, która do tej pory nie miała czasu i miejsca, żeby budować swoje życie przez pryzmat własnych indywidualnych potrzeb, chęci, marzeń. Mamy prawo nie potrafić być otwarci, mamy prawo nie umieć być blisko z drugim człowiekiem, mamy prawo nie rozumieć innych ludzi, dlatego ponieważ nikt nas tego nie nauczył. I czasami jest tak, że jeżeli mieliśmy sami to dzieciństwo trudne, to wychodzimy z tym pseudo bagażem, pseudo majątkiem, pseudo nadmiarem doświadczeń, które powodują w dorosłym życiu, że trudno nam się porozumieć z drugim człowiekiem. I jeżeli pochodzimy z różnych trochę światów, to tym bardziej jest to pewna mieszanka emocji. Poza tym w związku mamy zwykle kobietę i mężczyznę. I tu są kolejne różnice. Kobieta mówi zazwyczaj: „domyśl się”, a mężczyzna: „nie będę jadł”. Czyli kobieta uważa, że mężczyzna powinien się domyślić, czego ona chce, a on nie ma takiego przycisku, żeby się domyśleć. A gdy mężczyzna się obrazi, to mówi „nie będę jadł”.

Co w takiej sytuacji?

Myślę, że jednak zjeść, bo jest to karanie samego siebie. Ale chciałam też powiedzieć, mając na względzie początek, że najważniejsza jest rola matki. Małe dziecko do trzeciego roku życia potrzebuje tak zwanego jednego obiektu. Zazwyczaj jest to matka. Dziecko nie potrzebuje żadnych innych osób, potrzebuje być bezpieczne, najedzone. Powyżej trzeciego roku życia dziecko zaczyna postrzegać, że są inni ludzie na świecie, że są inne dzieci na świecie i zaczyna mieć potrzeby społeczne. Czyli zaczyna się rozglądać. Mama jest wtedy ideałem, tatuś jest ideałem, są bardzo mądrzy, cokolwiek by nie robili, czy byliby dobrymi rodzicami, czy rodzicami chłodnymi, są bardzo dużym autorytetem. A później ta osoba rośnie. Jest nastolatkiem,

zaczyna postrzegać świat zdecydowanie szerzej. Zaczyna widzieć, że w innych rodzinach jest inaczej. Że w innych rodzinach nie ma przemocy, albo że inni nie boją się swoich rodziców, albo nie boją się swoich mam, albo że mają większe przywileje i wtedy zaczynają się kłopoty. I nie zgadzam się na to, żeby taką osobę, która się buntuje, zazwyczaj jest to właśnie nastolatek, delegować na terapię, żeby mówić, że dziecko jest nieposłuszne, bo zazwyczaj jest tak, że system rodzinny wymaga wtedy pomocy.

Czy lekarze, szczególnie psychiatry, psychologowie są w stanie to zidentyfikować? Bo tutaj mamy problem dorosłych, bo to oni mają ten bagaż, a z drugiej strony jest dziecko, które trafia do psychiatry dziecięcego czy psychologa jako to trudne. A specjalista od dzieci już tych rodziców może nie dostrzegać.

To jest różnie, coraz więcej moich kolegów jest i psychiatrami, i psychoterapeutami. Mamy też psychologów, którzy się szkolą w zakresie psychoterapii, więc myślę, że z tym jest coraz lepiej. Ale na pewno wymaga to też trochę pokory ze strony rodziców. Jeżeli dziecko się buntuje, nie dotyczy to tylko szkoły albo tylko jakiegoś nieszczęśliwego związku nastolatka z nastolatkiem, to nie ma nic gorszego niż delegowanie dziecka do bycia chorym. I muszę powiedzieć, że zdarzyło mi się kilkakrotnie podczas mojej pracy, że rodzina przychodziła delegując właśnie. Mówiąc, że „my jesteśmy normalną rodziną, jesteśmy wszyscy mądrzy, jesteśmy dobrze usytuowani i proszę zrobić porządek z naszym dzieckiem”. Po pierwsze, taka terapia nigdy nie jest skuteczna, ponieważ dziecko wtedy usiądzie obrażone i mówi: to niech pani mnie teraz leczy. W ogóle nie ma motywacji, wręcz przeciwnie. Natomiast rodzice wtedy umywają ręce, mają takie poczucie, że oni są ci dobrzy, a to dziecko jest to złe. A zazwyczaj jest tak, właśnie z powodu między innymi tej naszej historii, o której państwu mówiłam, że czasami możemy czegoś nie wiedzieć. Możemy czasami czegoś nie umieć. Możemy czasami być za ostrzy, czy być za łagodni w stosunku do nastolatków. Myślę, że taka terapia dla wszystkich jest sensowna. Jest to terapia tak zwana krótkoterminowa, czyli nie wymaga wielu miesięcy terapii. Zazwyczaj rodzina przychodzi przynosząc ze sobą problemy, które są takie największe, najbardziej ciężące im w rodzinie.

Jak taka terapia wygląda? Wszyscy siadają przy okrągłym stole i dyskutują, a moderatorem dyskusji jest terapeuta?

Uczono mnie, że nie ma stołu. Natomiast bardzo ważne jest, żeby w gabinecie wszystkie krzesła były takie same. Nie ma czegoś takiego, że dziecko usiądzie na stołeczku. Wszyscy są pacjentami, mają takie same prawa i zazwyczaj, takie jest moje doświadczenie, wymaga to też lekkiego wsparcia pozycji tego nastolatka. Wszystko odbywa się na zupełnie neutralnym gruncie, gdzie rodzic nie jest rodzicem, a dziecko nie jest dzieckiem. To nie może być terapia w domu. To musi być terapia w gabinecie, żeby wszyscy byli pacjentami. Rozmawiają z zupełnie obcą osobą, która z założenia wszystkim życzy dobrze, jest bezstronna i łatwiej jest wtedy zawiązać pewien układ, jakąś umowę, której będzie dotrzymywał i ten nastolatek, i ci rodzice, którzy czasami właśnie byli zbyt zbyt restrykcyjni, albo nie zauważali potrzeb dziecka i ono się niekomfortowo czuło.

Czyli ta identyczna przestrzeń, identyczne krzesła powodują, że mamy do czynienia z równouprawnieniem. To u nas, w studiu troszeczkę jest chyba niedobrze, bo goście siedzą na innych krzesłkach niż prowadzący, mikrofony mamy inne. Czy to wśród naszych gości nie powoduje jakiegoś dyskomfortu?

Ja się czuję komfortowo, panie profesorze. Na szczęście nie widzę, że mam krzeselko trochę inne, ale myślę, że przy naszej rozmowie to nie ma znaczenia, ale przy psychoterapii naprawdę ma.

Czy w psychoterapii uczestniczy cała rodzina? Co jeśli jest rodzina wieloosobowa, problem jest z jednym nastolatkiem, ale są jeszcze inne dzieci?

Wszyscy uczestniczą, poza małymi dziećmi, do 10 roku życia, które tego nie rozumieją, które będą miały poczucie napięcia. A wszyscy starsi członkowie rodziny muszą iść na terapię.

Czy to jest jedno spotkanie, czy to są spotkania wielokrotne i co decyduje o długości tej terapii? Kiedy możemy powiedzieć, że terapia jest efektywna?

Miernikiem jest narastający komfort rodziny. Że rodzina czuję, że już jest lepiej. Ponieważ wszyscy mają taką samą możliwość wypowiedzenia się, bo są tylko i wyłącznie pacjentami. Takim wzorcem do zakończenia terapii jest to, że rodzina mówi: dziękujemy pani doktor, już jest dobrze, myśmy trochę zmienili swoją postawę, nauczyliśmy się lepiej komunikować. Już mama usłyszała od dziecka, bo już się mniej boi powiedzieć w gabinecie, że na przykład krzyczy za mocno, że gdyby to powiedziała ciszej, gdyby tego nie powtarzała, to łatwiej by było coś zrobić. Więc podczas takich spotkań rodzina słyszy o swoich potrzebach. W domu jest to bardzo trudne, a tutaj jest na to czas i przestrzeń. I ktoś też kontroluje, żeby wszyscy mieli takie same prawa, czyli żeby wszyscy mogli się wypowiedzieć i żeby wszyscy opowiedzieli o swoich potrzebach. Czyli to jest trochę przebudowywanie tej rodziny, żeby wewnątrz niej było wszystkim bezpieczniej.

Kiedy zwracać się o pomoc? W którym momencie? Bo to normalne, że u nastolatka jakieś niepowodzenie w szkole czy z sympatią powoduje napięcie w rodzinie. W którym momencie powinniśmy próbować zwracać się o tą pomoc?

Myślę, że wtedy, kiedy rodzice mają takie poczucie trochę bezradności, że trudno jest się skomunikować z tym nastolatkiem. Uczą nas teraz, że nastolatki mają prawo pyskować, mieć złe samopoczucie, mają prawo być nieszczęśliwe bez powodu. Pan profesor jako neurolog przecież też uczy nas, że mózg się wtedy przebudowuje, że tak naprawdę te nastolatki się męczą. Mózg się rozwija bardzo intensywnie i przez 5 minut nastolatek chce być dorosły i odcepcie się, a za chwilę chce być synkiem albo córeczką i chce, żeby mama go przytuliła i pożałowała.

Natomiast jeżeli państwo macie poczucie, że narasta taki opór, że narasta niezrozumienie, że czujecie się w takim dyskomforcie, czujecie nadmierny dystans, który trwa i to nie jest sytuacja pojedyncza, to myślę, że to warto wtedy zwrócić się po pomoc.

Pani doktor, a to nie jest też tak, że my w tej chwili troszeczkę łagodniejemy? Dyscyplina prowadzi do systematyczności, do wyrobienia pewnych nawyków. A taka wolność, łagodność, raczej doprowadza do rozprężenia. Czy to nie powoduje, że dzieci nasze zaczynają mieć problemy, ponieważ my jesteśmy za łagodni? Nie mówię tutaj o jakimś pasku, który wisi na ścianie i cały czas przypomina o tym, że jest pewien rygor w domu, ale czy ta dyscyplina nie jest takim czynnikiem dla nastolatka motywującym?

W różnych rodzinach jest bardzo różnie. To jest to, czego nie widać. Moje doświadczenie jest takie, że w wielu rodzinach jest przemoc psychiczna. Że rodzice niekoniecznie wspierają. Miałam dzisiaj taką panią, której tato mówił: po co ci studia, po co masz się rozwijać, siedź w domu. Czasami właśnie w domu jest ogromnie napięcie, które trwa. Rodzice są ze sobą skłóćeni, jest ogromne napięcie i przez to dzieci stają się w pewien sposób niewidzialne, czyli uczą się rezygnować ze swoich potrzeb, uczą się być przezroczyste. Starają się zadowolić swoich rodziców swoim kosztem. To długofalowo budzi niskie poczucie własnej wartości, budzi poczucie bycia niekochanym, bycia niechcianym. Tak jak mówiliśmy na początku, słowo może zniszczyć człowieka. Niewspieranie dziecka jest przemocą, agresja wobec dziecka też, podobnie nieodzywanie się do dziecka, karamie go. A także np. pozostawienie bez opieki nastolatka, on korzysta z tego oczywiście, ale też jest przez to nieszczęśliwy, bo ma takie poczucie, że rodzicom nie zależy zupełnie na nim. Mamy teraz też często takie nadopiekuńcze mamy, które wszystko wiedzą lepiej, które potrafią nakładać czapkę i rękawiczki 20-kilkuletniemu mężczyźnie. I to jeszcze w towarzystwie studentów. Miałam taki przykład pana doktora, który uczył nas na studiach i przychodziła jego mama i brała go za rękę i prowadziła. Mamy też przykłady rodziców opuszczających, którzy się potrzebami dziecka, nawet w dzieciństwie nie zajmują. Jest takie zjawisko matki schizofrenogennej, czyli takiej, która daje tak zwany podwójny komunikat, czyli mówi: jak zrezygnujesz ze swoich potrzeb, to ja cię nagrodzę, ale ja wiem, co jest dla ciebie lepsze. To jest taka mama, która kupi 2 koszule i mówi

do syna widząc go w jednej z nich: a czemu nie tamta. Czyli cokolwiek by nie zrobił, zawsze jest źle.

Te problemy się tworzą przez lata, a dopiero potem wybuchają u nastolatków. I wtedy warto skorzystać z terapii rodzinnej, bo ona jest po to, żeby wszystkim członkom rodziny było lepiej, żeby czuli się bezpieczni i zrozumiani, i żeby byli bliżej siebie.

A tak czysto praktycznie - widzimy problemy w komunikacji pomiędzy rodzicami i dzieckiem, czasem jeszcze dziadkami, kto i gdzie powinien się zgłosić? Trudno chyba oczekiwać, że cała rodzina jednomyślnie orzeknie, że idziemy na terapię. Od kogo najlepiej, jak taka inicjatywa szukania pomocy wyjdzie? Kto jest najbardziej efektywny?

Ten, kto się nie boi zmiany, kto się nie boi ujawnić tego, co się dzieje w domu, bo jest wiele rodzin, które nie mają takiej odwagi. Mają takie poczucie, że inni ich ocenią albo ktoś się dowie na przykład, że tato pije albo że tato jest przemocowy. Czyli po pomoc może zwrócić się każdy, kto stwierdzi, że szkoda dalej marnować te relacje, że szkoda czasu, że wszyscy są nieszczęśliwi, że to nie jest dobry i bezpieczny dom.

Czy Centrum Zdrowia Psychicznego jest takim dobrym miejscem, do którego można się zgłosić z prośbą o pomoc?

Myślę, że tak. W naszym centrum mamy też psychoterapeutów. Ich grupa się coraz bardziej zwiększa. Jak powiedziałam, wielu psychiatrów też ma uprawnienia psychoterapeuty.

Ale też myślę, że warto jest trafić do kogoś, kto tym się zajmuje i czuje temat. Z psychoterapią jest tak, że my się tu trochę dzielimy, są różne szkoły psychoterapii. Ktoś lubi pracować na przykład z młodzieżą, ktoś inny z rodzinami. Ja należę do tych, którzy lubią, bo lubię dynamikę tego rodzaju pracy.

Proszę o jakiś przykład takiej poprawy relacji w rodzinie w wyniku terapii, tak aby zachęcić słuchaczy, którzy mają ten problem, a jednocześnie nie bardzo wierzą w to, że można cokolwiek pomóc.

Miałam taką rodzinę mieszkającą pod Białymstokiem, w której był 18-latek. Rodzice narzekali, że ich nie słucha, nie przychodzi na czas, nie szanuje ich potrzeb, byli zaniepokojeni że ma swój świat, nie wpuszcza do niego, izoluje się. Ja natomiast widziałam, że to strasznie fajny młody człowiek. Był konflikt, bo mama mówiła, że przez to, że on nie wraca na czas, ona nie śpi całymi nocami. Trzeba było postawić tego 18-latka w takiej sytuacji, żeby zastanowił się, co to znaczy, że mama nie śpi? Co to znaczy, że ktoś musi rano pójść do pracy, a całą noc nie śpi? I co to znaczy, że ktoś się martwi o bliską nam osobę? Zobacz, mama nie jest z kamienia, mama nie jest z żelaza. Masz poczucie, że masz 18 lat i już wszystko możesz, ale żyjesz w tym systemie, który cię wychował i to są żywi ludzie. Z kolei syn mówi, no dobrze, ale gdyby tata mi dał samochód, to ja bym przyjeżdżał na czas, bo to chodziło też o to, że on wolał zostać w mieście niż w nocy wracać. A tato mówi: ale ty jesteś szalony, rozwalisz samochód. Syn, że był przecież najlepszy na kursie prawa jazdy. To negocjacje były takie, że dobrze, to jak ty teraz postarasz się, pokażesz, że ci zależy, to tata zaryzykuje, da ci samochód. To było takie przybliżenie stanowisk. Pomalutku, kolejny tydzień młody zachowywał się tak, jak rodzice marzyli. Czyli mama nie miała stresu, była wyspana i była spokojniejsza. Tato też nabierał takiego zaufania, że młody człowiek wywiązuje się z czegoś, czyli można się z nim umówić. Chłopak dostał samochód, rodzice nabrali większego zaufania, syn czuł się kochany i doceniony, skoro tata pożyczył samochód, a to było lat temu ze 20, i wtedy to było coś wielkiego. Wiem, że wszystko dobrze się skończyło, chłopak zdał maturę, skończył studia. Spotykam czasami któreś z rodziców i zawsze miło wspominamy to nasze spotkanie i te negocjacje dotyczące powrotów do domu.

Tym optymistycznym akcentem będziemy kończyć nasze spotkanie, ale też z takim przesłaniem, żebyśmy nie wstydzieli się prosić o pomoc, ponieważ konsekwencje tego braku pomocy i zamykanie się z własnym problemem z samym sobą, nam nie pomoże, ale też popsuje nasze relacje nie tylko w rodzinie, ale też z najbliższymi znajomymi, czy w pracy.

Jak najbardziej. Mam jeszcze kilka takich złotych myśli na koniec. Chciałam państwa uspokoić jako rodziców, jako członków rodzin, że po pierwsze nikt nas nie uczył, jak być rodzicami. Zawsze jesteśmy najlepsi, jak potrafimy być. Że sama rodzina też ma pewne zdolności terapeutyczne sama dla siebie, że wystarczy troszkę więcej czasu. Uczono mnie, że dziecko mówi o sobie w czwartej godzinie spaceru. Czy pan profesor był kiedyś, z którymś z synów na spacerze czterogodzinnym?

I dłużej się zdarzało. Z Kubą nawet dzisiaj wybierzemy się jeszcze na spacer. Co prawda nie są to czterogodzinne spacery, ale zawsze wieczorem chodzimy.

To dobrze. Ale jeżeli państwo chcecie coś się dowiedzieć od swego dziecka, to weźcie je na spacer dłuższy niż 4 godziny, tak, żeby dzieci miały wspólne wspomnienia. Łatwiej będzie państwu usłyszeć od nich to, co jest dla nich ważne. Dzieci są bardzo dzielne, dzieci kochają swoich rodziców. Państwo też kochacie swoich rodziców. Proszę pamiętać też, że miłość i nienawiść to jest jak orzeł i reszka, że nie można kogoś nienawidzić, jak się go nie kocha. Jak wam nastolatki mówią, nienawidzę cię, to znaczy, że cię Kocham, tylko jestem w tej relacji tu i teraz nieszczęśliwy. Proponuję żebyście przytulali swoje dzieci, żebyście chwalili swoje dzieci, bo każdy lubi być chwalony, nawet ten dorosły, twardy człowiek. Nawet taki chuligan, jak pani w szkole, złapie takiego i mu powie, że ja mam o tobie takie dobre mniemanie, widzę, jaką masz ważną pozycję wśród kolegów, a ty taką głupotę zrobiłeś, to on poczuje, że wszyscy go krytykują, a pani go pochwaliła, że w pani oczach jest jakoś dobry. Ucieszy się, że pani widzi w nim jakieś dobre cechy. Znajdujmy te dobre cechy, chwalmy nasze dzieci. Jedna moja pacjentka mówiła, że była zawsze dobrą uczennicą, a jak posprzątała domek, jeszcze była wtedy w podstawówce i pytała mamę, czy ładnie posprzątała, to mamusia mówiła na 3 plus. I mówi: całe życie nienawidzę sprzątać. Bo 3 plus dla takiej dobrej uczennicy było po prostu przykre, zwłaszcza że wiadomo, że starała się jak najlepiej. No i to co, o czym mówił pan profesor, że trzeba też stawiać granice. Że są jakieś nasze normy, jakieś potrzeby, że my dorośli też mamy swoje emocje, że też nam jest przykro jak się ktoś źle zachował. Ważne jest też, żeby nie być tu takim niedostępnym. Ja jak byłam małą dziewczynką, to wydawało mi się, że dorosły wszystko wie, wszystko umie, nie ma żadnych problemów. I miałam takie wrażenie, że jak już będę dorosła, to będę też wszystko umieć. A już jestem bardzo dorosła i wcale tak nie jest.

22. Guzy mózgu



dr hab. Tomasz Łysoń

Guzy mózgu były tematem ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza był dr hab. Tomasz Łysoń, kierownik Kliniki Neurochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Pomysł na dzisiejszą audycję zrodził się po tym, jak lekarze Kliniki Neurochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku wykonali pacjentowi operację guza mózgu przez oczodół. To innowacja, która poruszyła media w całej Polsce. Jak do tego doszło?

Nie przez przypadek. To są operacje, które mogły zaistnieć ze względu na to, że mamy już pewne doświadczenie. Operujemy zmiany w oczodole od wielu lat, w tym się specjalizujemy. Przyjeżdżają z tego powodu do nas pacjenci z całej Polski. Okolica oczodołu jest nam znana, poruszamy się tam we wszystkich kierunkach, stosując do tego małoinwazyjne techniki endoskopowe. I w momencie gdy trafił do nas pacjent, który miał guza, do którego dojście przez oczodół było najwygodniejsze i najkrótsze, wykonaliśmy właśnie taką operację. Media w całej Polsce to podchwyciły. Ale rzeczywiście była to pierwsza taka operacja w naszym kraju.

Ten guz był szczególny, a czy pacjenci z guzami mózgu to generalnie duży problem kliniczny? Jak to wygląda w naszym regionie, ale i w Polsce? Wiem że do nas często przyjeżdżają pacjenci z innych zakątków kraju.

Rzeczywiście, trochę tak jest, że myślimy, że wszędzie dobrze gdzie nas nie ma. I często podlascy pacjenci jeżdżą do innych ośrodków w Polsce, nieraz bardzo oddalonych, tam szukają pomocy. Niepotrzebnie, bo zespół naszej kliniki jest naprawdę dobrze wyedukowany.

W ubiegłym roku w naszej klinice zoperowaliśmy ok. 300 zmian, czyli mniej więcej jedną dziennie. W tym roku tych przypadków jest o ¼ więcej, myślę że w kolejnych latach będzie jeszcze więcej. Mamy więcej sal operacyjnych, personel, który jest w stanie to obsłużyć. I praktycznie każdy pacjent jest operowany u nas na bieżąco.

Pacjentów ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym, na podstawie czaszki, w kręgosłupie jest bardzo dużo. I oprócz tego, że pojawiają się guzy pierwotne, które wywodzą się bezpośrednio z tkanki nerwowej, to pojawiają się też guzy przerzutowe. Wielu Podlasiaków choruje na schorzenia nowotworowe różnego typu, one potrafią dawać niestety przerzuty i do

kręgosłupa, i do mózgu. Tych zmian jest coraz więcej, a będzie jeszcze więcej, bo żyjemy coraz dłużej i są coraz efektywniejsze metody leczenia chorób nowotworowych, ale my też coraz lepiej radzimy sobie z guzami przerzutowymi, jest dużo metod leczenia, nie tylko operacyjnych.

Jakie objawy mogą świadczyć o guzie mózgu? Co nas powinno zaniepokoić i kiedy warto się diagnozować?

Generalnie objawy guzów mózgu są dość niespecyficzne, a w szczególności w pierwszym etapie, kiedy są małe. Oczywiście mogą to być bóle głowy, ale nie każdy, kogo rozboli głowa od razu powinien myśleć o nowotworze. To bardzo niecharakterystyczny objaw. Ale jak te bóle się powtarzają, w szczególności poranne, mogą być związane z obecnością guza mózgu, na skutek tego, że trochę rośnie ciśnienie w czaszce. Ale w chorobie nowotworowej te poranne bóle głowy to tak naprawdę ¼ przypadków. Tak naprawdę nas kierunkuje na diagnostykę głowy czy kręgosłupa coś, co powoduje bardzo intensywny ból, albo gdy pojawiają się objawy neurologiczne ubytkowe np. niedowład, opadnięcie powieki, zaburzenie czucia w obrębie twarzy czy kończyn. Teraz jest łatwy dostęp do badań obrazowych, pacjenci często sami chcą sprawdzić, co w tej głowie jest. Stąd sporo zmian rozpoznawanych jest przypadkowo, kiedy jeszcze nie dają żadnych objawów. Gros z tych robionych na wszelki wypadek przez pacjentów badań nie wykazuje żadnych patologii.

Natomiast nie jest też tak, że jak mamy objawy neurologiczne, to od razu świadczy to o guzie mózgu. Jest mnóstwo innych chorób, które nie są chorobami nowotworowymi, a objawiają się podobnie. Stąd duża rola badań obrazowych.

Rzeczywiście ostatnie lata wyposażyły nas w diagnostykę obrazową. Rezonans magnetyczny stał się badaniem dostępnym, nie wymaga szczególnych przygotowań, nie jest badaniem obciążającym i wiele osób diagnozuje się tu samych. W przypadku neurochirurgii tomograf komputerowy czy rezonans magnetyczny?

Często jedno i drugie. Jeżeli rozmawiamy o mózgu i tkance nerwowej, to zdecydowanie rezonans magnetyczny, on pokazuje nam więcej. On pokazuje tkanki miękkie, tomografia komputerowa służy zaś do oceny kości. Często te zmiany obejmują też kości i wtedy chcemy wiedzieć dodatkowo jak te struktury wyglądają.

Badanie tomograficzne jest często takim badaniem przesiewowym, wykonywanym na izbach przyjęć jako pierwsze. I jeśli jest podejrzenie jakiejś nieprawidłowości, kolejny etap to inne dodatkowe badania, i rezonansowe, i naczyniowe. Ta diagnostyka jest dość bogata.

Nowotwory najczęściej dzielimy na łagodne i złośliwe, a w przypadku ośrodkowego układu nerwowego jak je możemy podzielić?

Taki podział na guzy łagodniejsze i bardzo złośliwe istnieje. Jest sporo zmian, które są łagodne, a leczeniem kompletnym byłoby w tym przypadku wycięcie całkowite zmiany. Niestety zmiany nowotworowe są często posadowione w trudno dostępnej okolicy i musimy wymyślać różne dostępy, czasem bardzo trudne. Czasem doszczętne usunięcie guza może być niemożliwe. Przy guzach złośliwych bardzo ważna jest opieka kompleksowa – leczenie operacyjne jest tylko jedną z metod, wstępną, inicjującą dalszy proces leczenia. Potem dodatkowo współpracujemy z onkologią. Wdrażana jest radioterapia oraz chemioterapia.

Jak wygląda przygotowanie do zabiegu operacyjnego. Czego pacjent powinien się spodziewać?

To zależy co to jest za zmiana. W tej chwili neurochirurgia oferuje tzw. chirurgię małoinwazyjną, chociaż oczywiście nie we wszystkich przypadkach. Białostocka Klinika Neurochirurgii jest jedną z nielicznych w Polsce, gdzie mamy bardzo kompleksową ofertę dla pacjentów neurochirurgicznych. Oprócz klasycznego operowania, mamy bardzo rozwiniętą chirurgię podstawy czaszki i oczodołu, czyli dostajemy się do mózgu czy pod mózg różnymi metodami, innymi niż tradycyjne. Najczęściej są to operacje przeznosowe. To zabiegi na styku laryngologii, neurologii, chirurgii szczękowej, a nawet okulistyki. Mamy bardzo dobrą współpracę i operujemy z laryngologami, chirurgami szczękowymi. Naszą podspecjalnością są zmiany w

oczodole, mamy też bardzo dobrą współpracę z okulistami. To taki zespół wielodyscyplinarny, który angażuje się w proces leczenia. To nie jest powszechne, ani w Polsce, ani na świecie, że jest taka możliwość współpracy ze specjalistami różnych dziedzin.

Natomiast przygotowanie pacjenta zależy od tego, czy mamy operację przez nos, czy klasyczną. Polega na tym, że musimy wiedzieć dokładnie wszystko o stanie ogólnym pacjenta, czy np. choruje na serce, na płuca, czy ma cukrzycę, jakie leki otrzymuje, które mogą kolidować z wykonaniem operacji. Wtedy wymaga to konsultacji innych specjalistów i musimy mieć pełną dokumentację, aby bezpiecznie przeprowadzić operację. Tak jest w przypadku klasycznej operacji, gdy pacjent śpi podczas zabiegu.

Inaczej, jak operacja wykonywana jest u pacjenta, który nie śpi, tzw. awake surgery. Pacjent jest albo przytomny, albo może być uśpiony, potem wybudzony w trakcie zabiegu i znowu uśpiony. To o tyle dobry sposób operowania, że pacjent współpracuje podczas zabiegu z psychologiem i mamy monitorowanie funkcji układu nerwowego na bieżąco. Ale pacjent musi się do takiego zabiegu odpowiednio przygotować. Jest tu dużo ustaleń, są rozmowy z psychologiem, aby pacjent nie zaskoczony, gdy będzie na sali operacyjnej otoczony sprzętem, światłami, ludźmi. I te przygotowania trwają trochę dłużej.

To brzmi trochę jak fantastyka, te operacje przez nos, czyli bez cięcia albo to, że pacjent jest przytomny w trakcie zabiegu i można z nim porozmawiać.

W neurochirurgii operacje z wybudzeniem są już od dziesiątek lat, to nie jest nowe odkrycie. Na szczęście mózg i rdzeń nie mają receptorów bólu, w związku z tym możemy pacjenta otworzyć, przeprowadzać zabiegi różnego typu, wprowadzać elektrody i pacjent nie czuje bólu. Odczuwa tylko zmiany spowodowane naszą interwencją. Zaletą jest to, że możemy reagować, wiemy, kiedy posuwamy za daleko i nie chcemy uszkodzić jakiejś funkcji. Takie operacje są troszkę dłuższe, ale z dużą korzyścią dla pacjenta.

Część operacji można przeprowadzić u pacjenta, który śpi, bazując na obrazowaniu – te badania pokazują nie tylko strukturę mózgu, ale też jak wyglądają drogi, którymi poruszają się impulsy: jak wygląda droga wzrokowa, droga ruchowa. Wiemy dokładnie, którędy wkroczyć do mózgu, aby nie uszkodzić tych struktur. Wiemy to już przed operacją. W czasie operacji mamy też informację, jak się poruszamy w obrębie mózgu narzędziami, tak aby nie doszło do uszkodzenia spowodowanego przez chirurga. Chyba że robimy to z premedytacją, po rozmowie z pacjentem. Jakość życia jest w dzisiejszych czasach priorytetem, staramy się, aby nie pogorszyć tej jakości operacją. Nie zawsze jest to możliwe, bo choroby są bardzo różne, ale zawsze potencjalne konsekwencje naszych interwencji staramy się z pacjentem omówić.

Jak długo trwa pobyt w szpitalu i jak długo po takiej operacji pacjent dochodzi do siebie?

Pacjenci są zwykle przekonani, że operacja mózgu oznacza długie leżenie w szpitalu. Tak nie jest. Długość pobytu zależy od rodzaju interwencji. Jeśli jest to biopsja, pobyt trwa kilka dni, czyli dzień przed operacją, dzień-dwa po zabiegu i pacjent idzie do domu, gdzie oczekuje na wynik badania i ewentualne dalsze zaplanowanie leczenia. Przy rozleglejszych operacjach, zwykle średni czas pobytu nie przekracza tygodnia. Wszystko zależy od tego, czy są powikłania, bo one też bywają, jak w każdej chirurgii. Wtedy pobyt może się wydłużyć.

Jak wygląda dalsze leczenie, już po zabiegu operacyjnym?

Wszystko zależy, jaki to rodzaj guza. Jak jest łagodny, i został wycięty radykalnie, po zabiegu pacjent wymaga obserwacji i od czasu do czasu jest kierowany na badania obrazowe. My zwykle wykonujemy takie badanie bezpośrednio po zabiegu, potem po 3 miesiącach, a potem monitorujemy to miejsce, gdzie była zmiana, w poszukiwaniu ewentualnej wznowy. Czyli leczenie polega tylko na obserwacji.

W przypadku pacjentów z guzami, które wymagają jeszcze innego leczenia niż chirurgiczne, mamy współpracę z Białostockim Centrum Onkologii. Konsultuje nas pani prof. Ewa Sierko z BCO, ona ustala plan leczenia radio- i chemioterapii. Pacjenci są wtedy pod kontrolą poradni neurochirurgicznej, ale chemio i radioterapia odbywa się w ramach onkologii. Bywa, że gdy guz odrasta, taki pacjent trafia ponownie do nas. Często proponujemy wtedy ponowne operacje.

Mamy doświadczony zespół chirurgów, który z użyciem nowoczesnych technologii, stara się te zmiany ponownie usuwać. W Polsce są ośrodki, gdzie próbuje się leczyć guzy złośliwe innymi technikami, ale tu niestety przełomu jakiegoś nie ma. My proponujemy reoperację i wydaje się, że to dobry sposób postępowania. Można podczas takiej operacji zastosować neuromonitoring, leki, które wizualizują guz pod mikroskopem. I mając taką kontrolę, mamy dość dobre efekty leczenia.

Ile czasu pacjent ze skierowaniem czeka na zabieg operacyjny w klinice?

Pacjenci ze skierowaniem z chorobą nowotworową są przyjmowani na bieżąco, mają od razu konsultacje i zaplanowany termin operacji. Są sytuacje, gdy jest zagrożenie dla pacjenta, że operacja odbywa się z dnia na dzień. Jak pacjent może bezpiecznie poczekać kilka dni, staramy się w ciągu tygodnia zabieg przeprowadzić. Czasem czas oczekiwania jest dłuższy, ale najczęściej dlatego, że pacjent chce jeszcze pozatławić jakieś sprawy.

Neurochirurgia to oczywiście wprawne ręce lekarza, nabyte doświadczenie, ale też ważne jest wsparcie techniczne. Jak wygląda wyposażenie kliniki w sprzęt?

Nie możemy narzekać. Neurochirurgia jest jedną z droższych dziedzin medycyny. Sprzęt, który wykorzystujemy jest bardzo drogi. W dzisiejszych czasach potrzebne są nam mikroskopy. Typowy mikroskop neurochirurgiczny kosztuje ok 3 mln zł. Niedawno uruchomiliśmy mikroskop, który w tej konfiguracji jest jedyny w Europie, czyli nasi pacjenci będą korzystać z powiększeń, filtrów, kamer egzoskopowych. Ponieważ operujemy na kilku salach, na każdej musi być urządzenie powiększające. Mamy egzoskop umieszczony na ramieniu robotycznym, wyposażony we wszelkiego typu niezbędne filtry. Te urządzenia współpracują z systemami neuronawigacji. Jesteśmy w trakcie zakupu nowoczesnych systemów, bo na wyposażeniu mamy systemy neuronawigacyjne, które mają ok. 10 lat, one są bardzo dobre, ale ponieważ mamy coraz to nowsze mikroskopy, te starsze systemy z nimi nie współpracują i musimy odtwarzać park narzędziowy. Nawigacja to też koszt kilku milionów zł. Jesteśmy w trakcie zakupu bardzo nowoczesnego systemu neuronawigacyjnego do operacji kręgosłupa i głowy. Wieża endoskopowa to też miliony zł, a mamy kilka różnych systemów endoskopowych. Mamy też urządzenie do obrazowania śródoperacyjnego. Mamy tomograf stożkowy, który jest wykorzystywany do nawigowania i poruszania się w obrębie kręgosłupa. A nasze plany zakupowe na najbliższy rok są takie, że istnieje szansa, że będziemy jednym z lepiej wyposażonych w systemy śródoperacyjne ośrodków w Polsce. W planach mamy zakup robotów. Teraz mamy takiego, który działa jak mikroskop egzoskop, będziemy mieć też takie, które służą do operacji kręgosłupowych i głowowych, gdzie bardzo precyzyjnie ręką robota będzie można wprowadzać narzędzia w obręb mózgu, tak, aby nie uszkodzić jego funkcji. Ta dokładność precyzji ruchów robotycznych przewyższa to, co ręką jest w stanie wykonać chirurg.

To wszystko sprzęt bardzo podstawowy. Są też inne rodzaje urządzeń, używanych w trakcie operacji, to usg, wiertarki różnego typu, aspiratory ultradźwiękowe. To dziesiątki mln zł na jedną salę operacyjną, a tych sal do dyspozycji mamy nawet cztery. Myślę, że dyrektor naszego szpitala ma tu twardy orzech do zgryzienia, jak to wszystko wyposażyć.

23. Czy zaszczepisz mnie mamę/tatę?



prof. Bożena Mikołuc

Szczepienia były tematem ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty. Gościem prof. Jana Kochanowicza była prof. Bożena Mikołuc, specjalista pediatrii i immunologii klinicznej z Kliniki Pediatrii, Reumatologii, Immunologii i Chorób Metabolicznych Kości Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Temat naszej dzisiejszej audycji to „Mamo, tato, czy mnie zaszczepisz?” Ja jako dziecko odbyłem wszystkie szczepienia, moje dzieci także. Był kalendarz szczepień, którego się po prostu przestrzegano. Natomiast teraz mamy taki niepokojący trend, że szczepienia są negatywnie postrzegane. A przecież one stanowią dobrodziejstwo, dzięki szczepieniom nie mamy już strasznych epidemii czy groźnych chorób, jak choroba Heinego Medina czy ospa prawdziwa. Uczymy się dziś o nich na studiach głównie z podręczników. Aby trochę odczarować szczepienia, powiedzmy, jak wygląda proces opracowywania szczepionek? Czy to jest proces bezpieczny, kontrolowany?

Rzeczywiście obecna narracja dotycząca szczepień jest narracją negatywną i przekłada się na to, że rodzice rezygnują ze szczepień dzieci. Statystyki mówią, że w Polsce w 2023 roku liczba odmów wzrosła do ponad 87 tys., gdy np. w 2012 było ich tylko powyżej 5 tys. Rezygnacja ze szczepień dotyczy nie tylko dzieci, ale i dorosłych, którzy mogliby z nich korzystać, a tego nie robią. Pan profesor wspominał, że są choroby, o których uczymy się tylko z książek, i rzeczywiście, chcielibyśmy, aby tak było, ale za chwilę może tak nie być, bo np. w przypadku odry, niestety z każdym rokiem zachorowań przybywa. W 2024 roku odnotowano dziesięciokrotny wzrost zachorowań. A jeżeli wyszczepialność w populacji ogólnej zmniejszy się powyżej 95%, to jest ryzyko wznowy danej jednostki chorobowej. Wzrosła też zachorowalność na krztusiec, mamy też świeże ogniska zachorowań na polio i to wszystko jest konsekwencją tego, że rodzice odchodzą od szczepień, boją się szczepień.

Żeby zmienić tą negatywną narrację dotyczącą szczepienia myślę, że powinniśmy więcej mówić o bezpieczeństwie szczepień. Musimy odczarować też niepożądane odczyny poszczepienne, które rzeczywiście mogą wystąpić. Z reguły nie uświadamiamy sobie, że tak naprawdę od samego początku, kiedy ta szczepionka jest opracowywana, to zwrócenie uwagi na bezpieczeństwo szczepień jest szalenie istotne. I żeby taka szczepionka była zarejestrowana, to ona musi przejść przez kilka etapów takich wstępnych badań. Najpierw są badania przedkliniczne, badania eksperymentalne na zwierzętach, gdzie bada się, jak organizm

zwierzęcia zareaguje na taką szczepionkę, testuje się to w laboratoriach na modelach komórkowych zwierzęcych i ocenia się tą odpowiedź immunologiczną. Do opracowywania szczepionek wykorzystywane są też coraz nowsze technologie. Gdy Edward Jenner w 1796 roku opracował pierwszą szczepionkę przeciwko ospie, ta pierwsza faza eksperymentalna była pominięta, bo on podjął decyzję, że poda taką szczepionkę (materiałem zakaźnym ospy krowianki) chłopcu.

Potem jest faza badań klinicznych, kiedy opracowany produkt jest proponowany ochotnikom, żeby odpowiednio dobrać dawkę danego produktu zarówno dla dzieci, jak też dla osób dorosłych i ustalić, ile takich dawek jest potrzebnych, ażeby rzeczywiście przygotować organizm do kontaktu z naturalnym patogenem. Bo my po to podajemy szczepionkę, żeby nasz organizm, układ odporności był przygotowany na kontakt z naturalnym patogenem. Tak jak np. przygotowują się piłkarze do meczu i najpierw jest trening wydolnościowy, żeby nabrali dużo siły i potrafili dobrze rozegrać mecz, tak samo jest ze szczepieniami - musimy podać odpowiednią ilość dawek tych szczepionek, żeby rzeczywiście ten układ odporności był przygotowany na kontakt z naturalnym patogenem. I właśnie w fazie badań klinicznych, podajemy jedną dawkę szczepionki i sprawdzamy, jak odpowiada układ odporności na daną szczepionkę - czy poziom substancji odpornościowych przeciwciał jest wystarczający do tego, ażeby przy kontakcie z naturalnym patogenem układ odporności potrafił odpowiedzieć i wyprodukować odpowiednią ilość tych przeciwciał. Do tego są też potrzebne komórki pamięci immunologicznej, czyli sprawnie funkcjonujący układ odporności. Taka faza badań klinicznych może trwać nawet do 5 lat. Jeżeli widzimy, że rzeczywiście ta szczepionka działa i mamy ustalony schemat realizacji czy profilaktyki szczepienia, dopiero wtedy następuje proces rejestracji danej szczepionki. Na każdym etapie zwraca się uwagę na bezpieczeństwo szczepionki. I dopiero potem mamy fazę zatwierdzenia i wprowadzenia takiej szczepionki na rynek. Taką ciekawostką jest to, że szczepionki przeciwko ospie, które zostały zatwierdzone w XX wieku, były pierwszymi, które doprowadziły do całkowitej eradykacji ospy w 1980 r.

Opracowanie szczepionki to koszt od 500 milionów do miliarda dolarów. Wyprodukowanie szczepionki trwa około 15 lat. Oczywiście, w chwili obecnej, kiedy mamy nowe technologie, czy jak to było np. w przypadku szczepienia przeciwko covid, ten czas wyprodukowania szczepionki był zdecydowanie krótszy, bo wykorzystaliśmy inną technologię - technologię mRNA. Natomiast tradycyjnie są to ogromne koszty i długi czas, by wyprodukować jedną szczepionkę. Można byłoby się zastanawiać, czy to się w ogóle kiedykolwiek zwróci. Ale jeżeli weźmiemy pod uwagę koszty leczenia pacjenta, który ma na przykład pneumokokowe zapalenie płuc, to wszystko to, co jest związane z intensywną terapią, powikłania, a w przypadku pacjentów pediatrycznych konieczność opieki nad dzieckiem i biorąc tu pod uwagę skalę globalną, to okazuje się, że jednak opracowywanie takiej szczepionki jest konieczne. Powinniśmy pamiętać, że to właśnie farmakoekonomia wymusiła to, żeby opracować szczepionki, bo kiedy weźmiemy pod uwagę koszty leczenia versus koszt przygotowania szczepionki, to chociaż koszty są duże, to jednak jest to bardziej opłacalne.

Zawsze jest monitorowane bezpieczeństwo szczepień. Są odpowiednie organizacje międzynarodowe, zarówno w skali makro, jak i w skali mikro, które zajmują się monitorowaniem tego bezpieczeństwa. Takich organizacji jest bardzo wiele i one są wszystkie bardzo transparentne. To nie jest tak, że niepożądane odczyny poszczepienne (NOP) to jest temat tabu, o którym nie powinniśmy rozmawiać, wręcz przeciwnie. Informacje na temat NOP są dostępne i są publikowane. Każda ulotka szczepionki zawiera informację na ten temat i nie powinniśmy się tego bać. Powinniśmy mówić o tym, że mogą wystąpić niepożądane odczyny poszczepienne, ale ryzyko wystąpienia NOP w porównaniu do powikłań, które mogą wystąpić po naturalnym przechorowaniu jest zupełnie nieproporcjonalne. Np. w latach osiemdziesiątych wyprodukowano po raz pierwszy szczepionkę przeciwko Haemophilus influenzae typu b (Hib), szczepionkę skoniugowaną - to jest taka szczepionka, która potrafi ochronić dziecko do drugiego roku życia przed zakażeniami powodowanymi przez tzw. bakterie otoczkowe, czyli takie, które zawierają w swojej otoczce, w swoim składzie antygeny

polisacharydowe. Amerykanie stworzyli nowy system szczepionki i ta szczepionka spowodowała, że w chwili obecnej żadne dziecko w Polsce i w świecie, jeżeli ma profilaktykę Hib, nie umarło z powodu zapalenia płuc czy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z powodu *Haemophilus influenzae* typu b.

Podobnie jest z pneumokokami. Wiele istnień ludzkich zostało ochronionych dzięki temu, że mamy tę szczepionkę. Pamiętam, to był koniec lat dziewięćdziesiątych, początek dwutysięcznych, kiedy w Polsce jeszcze nie była zarejestrowana szczepionka przeciwko pneumokokom, ministerstwo nie miało wystarczającej ilości funduszy na to, żeby ją wprowadzić. A zachorowanie na infekcję spowodowaną przez pneumokoki u małego dziecka do drugiego roku życia to jest albo ciężkie zapalenie płuc, albo opon mózgowo rdzeniowych, albo zapalenie ucha środkowego z powikłaniami. I proszę sobie wyobrazić, że to rodzice dzieci, które przechorowały inwazyjną chorobę pneumokokową, wywalczyli wprowadzenie szczepionek pneumokokowych w Polsce, najpierw dla dzieci z grup ryzyka, czyli dla wcześniaków, dzieci z zaburzeniami odporności, z problemami onkologicznymi, hematologicznymi czy z chorobami przewlekłymi, aby zabezpieczyć te dzieci przed zachorowaniami.

O korzyściach, które osiągamy stosując szczepienia przemawiają wieloletnie doświadczenia, badania naukowe potwierdzone na potężnych populacjach. A z jakich badań, z jakich doświadczeń, czerpią swoją wiedzę antyszczepionkowcy?

Warto wiedzieć, że ruchy antyszczepionkowe to nic nowego. To nie jest problem XX i XXI wieku, bo już wtedy, kiedy Jenner wynalazł swoją pierwszą szczepionkę, pojawiały się pierwsze ruchy antyszczepionkowe. Pod koniec XVIII i w XIX wieku dochodziło do naprawdę bardzo dużych protestów przeciwko szczepionkom. W Anglii 1889 roku wprowadzono nawet klauzulę sumienia, że jeżeli ktoś nie chce z jakichś powodów zostać zaszczepionym, to należy to uszanować.

Ruchy antyszczepionkowe wynikają z braku solidnej wiedzy, z braku edukacji, takiej transparentności co do niepożądanych odczynów poszczepiennych i często wynikają też z takich własnych doświadczeń, kiedy dziecko czy osoba dorosła została zaszczepiona i doszło albo do aktywacji procesu chorobowego, albo do zaostrzenia procesu przewlekłego. Wtedy opinia publiczna jest informowana, problemy są nagłaśniane i często te fake newsy powodują, że ten głos rozsądku i głos oparty o badania naukowe po prostu jest zagłuszany. Bo my często nie mówimy o tym, że szczepionka uratowała tyle i tyle osób, że dzięki szczepieniom mamy takie albo inne korzyści, bo zapominamy o tym, mamy ten syndrom ironii sukcesu - kiedy jest dobrze, to zapominamy o tym, co się wydarzało wcześniej. Kiedy w 1917 roku wybuchła grypa hiszpanka, zmarło ponad 50 milionów ludzi. Ktoś może powiedzieć, a co tam grypa, można ją przechorować. Rzeczywiście, grypę można przechorować, ale powikłania po grypie w postaci zapaleń płuc powodowanych między innymi przez pneumokoki, spowodowały śmierć tylu osób. I w tej chwili mało się mówi o tym, że jak dziecko zostało zaszczepione, to już nie zachorowało na zapalenie ucha. Czy że jak osoba dorosła została zaszczepiona przeciwko pneumokokom, to nie rozwinęła powikłań pogrypowych. O tym się nie mówi, nie mówi się o zaletach, nie mówi się o korzyściach, które przynoszą szczepienia, tylko opieramy się o jakieś indywidualne opisy czy własne doświadczenia, brak wiedzy, chęć zwrócenia uwagi.

Szczepienia są po to, żeby nas chronić przed zachorowaniem, żeby złagodzić przebieg naturalnego zachorowania, żeby przygotować organizm do kontaktu z naturalnym patogenem i żeby ograniczyć ryzyko powikłań po naturalnym zachorowaniu. Mało mówimy na ten temat, mało mówimy na temat bezpieczeństwa szczepień, jakości tych szczepionek. Ale oczywiście, zawsze mogą też wystąpić niepożądane odczyny poszczepienne.

Właśnie niepożądane odczyny poszczepienne wzbudzają dużo emocji. Jak dużo jest tych powikłań poszczepiennych i jakie one są, w jakiej grupie osób występują? I czy my możemy to ryzyko działań niepożądanych zminimalizować?

Oczywiście zawsze możemy zminimalizować ryzyko niepożądanych odczynów poszczepiennych. Te niepożądane odczyny poszczepienne mają swoją gradację, mogą wystąpić w formie takich łagodnych odczynów poszczepiennych, czyli zaczerwienienie w miejscu podania szczepionki, obrzęk, stan podgorączkowy albo gorączka. To są normalne objawy, które często mogą się wydarzyć po szczepieniu. Mogą być też objawy cięższe, ale ryzyko ich wystąpienia jest mniejsze, to raz na milion przypadków. Może wystąpić reakcja anafilaktyczna po podaniu szczepionki, czyli taka uogólniona reakcja naszego organizmu ze strony układu krążenia i oddechowego. Ale to jest jeden przypadek na milion. Ktoś obliczył, że to jest takie ryzyko, jak to, że zostaniesz uderzony piorunem.

Bardzo ważną sprawą, żeby zminimalizować te niepożądane odczyny poszczepienne, jest po prostu prawidłowa kwalifikacja do szczepienia. Każde dziecko czy też osoba dorosła przed szczepieniem powinna być dokładnie zbadana przez lekarza i powinien być dokładnie zebrany wywiad. Bo dzięki temu jesteśmy w stanie przygotować dla danego pacjenta indywidualny kalendarz szczepień, jesteśmy w stanie podjąć decyzję, w którym momencie ten pacjent może być zaszczepiony. Bo jeżeli dziecko czy osoba dorosła są zdrowe, to nie ma problemu - mamy przygotowany w Polsce kalendarz szczepień i według tego kalendarza szczepień powinniśmy szczepić. Ten kalendarz szczepień jest przygotowany w ten sposób, że on uwzględnia ryzyko powikłań po naturalnym zachorowaniu. To znaczy, że jeżeli mamy infekcję pneumokokową, to dziecko powinno być zaszczepione właśnie w tym czasie, ponieważ jego układ odporności jest przygotowany na to, żeby odpowiedzieć na tą daną szczepionkę, a jednocześnie właśnie w tym najwcześniejszym okresie życia zabezpieczyć przed tym ciężkim zachorowaniem. Są sytuacje kliniczne, na przykład mamy wcześniaka, osobę dorosłą z chorobą nowotworową czy z reumatoidalnym zapaleniem stawów i dla tych pacjentów musimy przygotować indywidualny kalendarz szczepień. Podobnie, jeżeli mamy pacjenta, który jest przewlekłe leczony, otrzymuje leczenie biologiczne czy leczenie steroidami, mamy odpowiednie przygotowane do tego standardy, które uwzględniają, w którym momencie w trakcie leczenia przewlekłego możemy podjąć interwencję szczepienną.

Żeby zminimalizować ryzyko niepożądanych odczynów poszczepiennych, to przede wszystkim musimy dokładnie zebrać wywiad dotyczący danego pacjenta i odpowiedzieć na pytanie, czy to jest optymalny czas na szczepienie. Musimy również dobrać szczepionkę, która będzie najlepsza dla naszego pacjenta, ponieważ szczepionki są bardzo podobne, ale nie takie same. I tutaj też jest to bardzo transparentne, każda firma ma obowiązek zaprezentowania bardzo dokładnie składu każdej szczepionki, więc lekarz przed kwalifikacją danego pacjenta do szczepienia może wybrać i zaproponować pacjentowi szczepionkę biorąc pod uwagę stan ogólny i efekt końcowy, który chce uzyskać. Czasami te szczepionki możemy podać wcześniej, żeby zabezpieczyć pacjenta, czasami możemy je trochę przesunąć w czasie. Musimy wziąć pod uwagę sytuację epidemiologiczną, którą mamy w danej chwili. I oczywiście powinniśmy bardzo starannie poinformować rodziców o potencjalnych niepożądanych odczynach poszczepiennych. Powinniśmy mieć czas na to, żeby im to powiedzieć. I możemy też przygotować dla każdego pacjenta indywidualny kalendarz szczepień.

Ponieważ wiele szczepionek w kalendarzu szczepień wymaga podania kilku dawek, bo dopiero wtedy nasz układ odporności odpowie prawidłową ilością przeciwciał i zbuduje również odpowiednią ilość komórek pamięci immunologicznej, bardzo ważna jest dla lekarza informacja, jak pacjent do tej pory reagował na podawane szczepionki, czy wystąpiły niepożądane odczyny poszczepienne. Ważne jest też to, czym pacjent jest leczony w danym momencie. Bardzo ważne są też informacje dotyczące wywiadu rodzinnego, bo jak mamy w rodzinie np. babcię, która jest poddawana chemioterapii z powodu procesu nowotworowego, to trzeba rozważyć, czy nowo narodzone dziecko powinniśmy zaszczepić szczepionką żywą

przeciwko rotawirusom, wiedząc o tym, że podanie tej szczepionki spowoduje wydzielanie tego wirusa przez 3 tygodnie po szczepieniu.

To są wszystko bardzo ważne informacje, które spowodują, że tych niepożądanych odczynów poszczepiennych będzie coraz mniej i ludzie zaczną nabierać zaufania do szczepienia i będą traktować szczepienie nie jako przymus, tylko jako coś, co rzeczywiście warto zrobić. Kiedyś Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała taki raport o tym, jakie są największe osiągnięcia w medycynie, które zapobiegają chorobom zakaźnym. I okazało się, że są to dwie rzeczy: szczepienia plus dostęp do czystej wody.

I myślę, że aby przełamać tę narrację takiego negatywnego myślenia o szczepieniu, to właśnie to jest ważne, żeby ta kwalifikacja do szczepienia była prawidłowa. Żeby procedura poszczepienna również przebiegała prawidłowo. Jest taka baza danych dostępna online i każdy lekarz, pielęgniarka, rodzic, każda osoba dorosła może poinformować odpowiednie instancje o tym, że wystąpiły niepożądane odczyny poszczepienne. Jest też międzynarodowa organizacja, która zajmuje się zbieraniem informacji na temat niepożądanych odczynów poszczepiennych. Jest ok. 300000 rocznie takich newsów na temat niepożądanych odczynów poszczepiennych, ale wśród nich są też informacje, które są związane nie z samą szczepionką, ale np. z techniką podania szczepionki.

Jak te informacje na temat szczepień, które do nas docierają, zweryfikować? Gdzie ten rodzic czy dziadek, znajdzie tą prawdziwą informację, opartą o doświadczenie, naukę, a nie o dane, które są niesprawdzone i oparte na emocjach? Jak tych informacji poszukiwać, jak je właściwie zweryfikować?

Myślę, że takim głównym źródłem informacji dla osoby, która chce zostać zaszczepiona, czy też dla rodziców, powinien być lekarz i placówki służby zdrowia. Dostępne są też online materiały profesjonalne, na stronach internetowych różnych czasopism naukowych, a nie pseudonaukowych. Myślę też, że informacje, które są podawane w dzisiejszych czasach przez sztuczną inteligencję są na wyższym poziomie niż te dostępne w social mediach, z których często rodzice korzystają. Byłoby dobrze, żeby rodzice mieli możliwość kontaktu w tej sprawie z lekarzem czy z pielęgniarką. Są też różne gremia opiniotwórcze, np. Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Polskie Towarzystwo Wakcynologiczne. Jeżeli czytamy jakiś artykuł i widzimy, kto jest jego autorem i jest rekomendacja gremiów opiniotwórczych, to myślę, że to jest korzystniejsze źródło informacji niż jakieś fake newsy, które są podawane. Oczywiście, tego też nie nikniemy i smutne jest to, że osoby, które są bardzo popularne w mediach społecznościowych, często poprzez własne doświadczenia, może niekorzystne, albo po to, żeby wypowiedzieć się na jakiś temat, często przekazują takie niesprawdzone informacje. Czasami głos takiej osoby, która nie jest osobą kompetentną w danej dyscyplinie, ale jest osobą popularną, może znaczyć więcej niż głos osoby, która jest kompetentna i powinna być źródłem rzetelnej informacji. Szkoda, że nie mamy już poradni konsultacyjnych do spraw szczepień. Kiedyś istniały i gdy ktoś miał jakieś wątpliwości, to można było się zgłosić do takiej poradni i tam uzyskać odpowiednie informacje.

Pani profesor podała takie zatrważające dane o tym, ile dzieci nie jest szczepionych. Czym to na dłuższą metę może skutkować, takie unikanie szczepień?

To jest bardzo wielowymiarowy, wielopłaszczyznowy problem, bo to jest problem, który dotyczy indywidualnie każdego pacjenta. Jeżeli dziecko nie zostanie uodpornione, czyli jego organizm nie jest w pełni przygotowany, ta odpowiedź immunologiczna może mieć różny charakter i mogą wystąpić powikłania. To jest poziom problemu osoby, która w tym momencie nie jest uodporniona, przechorowuje naturalnie. Oczywiście mogą tu pojawić się głosy, że przecież to jest takie normalne, że nasz układ odporności nabywa w sposób naturalny umiejętności odpowiedzi na dany patogen. Oczywiście to jest prawda, tylko że musimy pamiętać o tym, że często jest tak, że mogą wystąpić powikłania albo może być tak, że wśród nas są osoby, które nie mogą być zaszczepione. I to jest też problem społecznościowy, dlatego

że jeżeli nie ma tak zwanej odporności zbiorowej, to osoba, która z jakichś powodów nie może być zaszczepiona, może wtedy ulec zachorowaniu. Jest tu taki powtarzany często przykład: możemy dokonać prawidłowego przeszczepienia szpiku u osoby dorosłej, a przyjdzie odwiedzić ją dziecko, które ma jeszcze nie zdefiniowaną ospę wietrzną, pierwszy dzień choroby i to może się zakończyć tragedią. Dlatego zawsze to należy widzieć w wymiarze nie tylko jednostkowym, ale też w wymiarze społecznym, w aspekcie zdrowia, ale też w aspekcie konsekwencji. Bo to jest kwestia leczenia potem powikłań. Przecież niektóre dzieci czy też osoby dorosłe po naturalnym przechorowaniu, mogą rozwinąć powikłania, które są zagrażające życiu, albo powodują np. wyłączenie z aktywności zawodowej, wymagają dodatkowego wsparcia i pomocy.

Ja też nie chciałabym, żeby to tak zabrzmiało, że my się boimy mówić o tych niepożądanych odczynach poszczepiennych. Po szczepieniu na gripę może wystąpić zespół zespołu Guillaina i Barrégo, po szczepieniu przeciwko COVID było opisywane przypadki zakrzepicy. To nie jest tak, że my o tym nie wiemy. My o tym wiemy. Natomiast proszę wziąć zawsze pod uwagę, jakie to jest ryzyko w skali makro. Można nie zaszczepić dziecka do odry, świnki, różyczki, ale trzeba wiedzieć o tym, że zapalenie mózgu po naturalnym zachorowaniu to jest częstość 1 na 1000 przypadków, a powikłanie poszczepienne to jest 1 na 100000. I w takim aspekcie powinniśmy to umieć odczytywać.

A czy dziadkowie są uodpornieni na zakażenia wirusowe, bakteryjne dzięki szczepieniom?

To jest bardzo ważne pytanie. Uważam, że kiedy nie wiemy, co jaki prezent ofiarować komuś na święta to może po prostu należałoby pomyśleć o tym, żeby zachęcić, czy zaproponować po prostu realizację takiego szczepienia. Bo jesteśmy społeczeństwem starzejącym się i epidemiologia zakażeń wśród osób dorosłych również zmienia swoją charakterystykę. Kiedyś w Stanach Zjednoczonych był taki masowy program Zdrowi Ludzie 2010. I okazało się - i to właściwie się potwierdza w każdej szerokości geograficznej - że osoby dorosłe są hospitalizowane głównie z powodu zapaleń płuc powodowanych przez pneumokoki. Okazuje się, że powikłania po zakażeniach herpes w postaci półpaśca są dużym problemem. To problem w wymiarze jednostkowym, jak również w wymiarze społecznym, bo to się bardzo trudno leczy. Problemem są też powikłania po grypie - to może być problem kardiologiczny, pulmonologiczny, reumatologiczny. Myślę, że to jest bardzo ważne, żeby rodzice, którzy mają dzieci, pomyśleli również o swoich rodzicach, że oni też potrzebują uważności i realizacji szczepień. I lekarze są po to, ażeby pomóc czy wyjaśnić te wszystkie znaki zapytania, związane także z NOP, które też mogą mieć miejsce. I my się tego nie boimy. Powinniśmy zapytać rodziców czy dziadków, czy się zaszczepili dodatkową dawką przeciwko krztuścowi, bo przecież mamy sytuację epidemiologiczną, kiedy to dziadkowie zarażają małe dzieci albo wzajemnie się zarażają. Biorąc pod uwagę, jak duże ryzyko jest w tej chwili zachorowań na krztusiec, może warto przy niedzielnym spotkaniu porozmawiać o tym, czy nie należałoby podać tej szczepionki przeciwko krztuścowi tej babci, która ma 70-80 lat. Pomyśleć, na ile może być podatna na zakażenie krztuścem i czym dla niej grozi takie powikłanie. Bo w układzie odporności to ten okres do drugiego roku życia, kiedy ten układ jest jeszcze niedojrzały, zrównuje się z tym układem odporności od 70-80 roku życia, kiedy ten układ się wycisza, zmniejsza się ilość komórek układu odporności. Podanie takiej szczepionki nie jest problemem. Bo gdy u osoby 70-80-letniej, która jest po udarze, czy z problemami kardiologicznymi lub hematologicznymi, dołączy się zapalenie płuc, to czasami to powoduje, że trudno jest pacjentowi pomóc. A wystarczyłoby tylko wcześniej podać jedną dawkę szczepionki od pneumokoków.

Nauka o szczepieniach - wakcynologia bardzo w ostatnich latach się rozwija. Tyle szczepionek już mamy do dyspozycji, obyśmy tylko chcieli z nich korzystać. A jakie są nowe wyzwania w wakcynologii?

Wakcynologia ma dużo nowych wyzwań. One są na różnych płaszczyznach, dlatego że okazuje się, że to, co my myślimy na temat układu odporności i odpowiedzi na szczepienia w postaci monitorowania przeciwciał, to jest tylko początek. W związku z tym, że coraz więcej wiemy na

temat immunologii, to wiemy również o tym, że najnowsze szczepionki mają być dedykowane nie tylko produkcji przeciwciał. Bo przecież mamy pacjentów z zaburzeniami w układzie odporności, którzy np. nie produkują przeciwciał, ale produkują komórki pamięci immunologicznej in situ w danym miejscu i w związku z tym też ta współczesna wakcynologia idzie w tym kierunku, żeby opracować nowe szczepionki, które działają w ten sposób, że wykorzystują komórki pamięci immunologicznej, a nie tylko i wyłącznie przeciwciała.

Wyzwanie to też nowe technologie. Czyli skrócenie technologii produkcji, bo tak jak powiedziałam, generalnie wyprodukowanie szczepionki to 15 lat, ale w tej chwili już są takie technologie, które umożliwiają szybszą produkcję tych przeciwciał. Poza tym wykorzystując nową technologię możemy opracować nowe szczepionki dla już istniejących chorób i też nowe szczepionki dla tych, których do tej pory nie potrafiliśmy opracować. Szczególnie myślę tu o szczepionkach wirusowych, od HIV czy malarii. Mamy też nowe technologie i nowe platformy do opracowania takiej szczepionki idealnej, gdzie nie musielibyśmy podawać kilku dawek, tylko na przykład jedną dawkę i żeby ta odporność była nie na 5 czy 10 lat, tylko na całe nasze życie, dzięki temu, że one będą troszkę inaczej działały, poprzez te komórki pamięci immunologicznej in situ np. w układzie oddechowym. Tych wyzwań w wakcynologii jest bardzo dużo. Nowych patogenów też jest coraz więcej i myślę, że te nowe technologie, łącznie z sztuczną inteligencją będą nas w tym wspomagały.

Jest to duża przyszłość i miejmy nadzieję, że szczepienia jednak nas uchronią i nie dojdzie do powrotu chorób zakaźnych o dramatycznym przebiegu. Wraca już gruźlica, polio, budzi to niepokój i troszeczkę zdziwienie, bo mając do dyspozycji prostą terapię, my nie chcemy z tej terapii szczepiennej skorzystać. Ryzykujemy zdrowiem i życiem swoich najbliższych, ale też i osób, które mają różne zaburzenia odporności.

Może niech każdy spróbuje odpowiedzieć sobie na pytanie, dlaczego w tej chwili gruźlica zaczyna być problemem w Polsce. Między innymi dlatego, że mamy mamy problem emigracji z krajów, gdzie ta gruźlica nie była szczepiona. Proszę wziąć pod uwagę, że to, że mamy szczepionki i one są refundowane w wielu przypadkach, jest naprawdę czymś, z czego warto skorzystać.



**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" V edycja

Zadanie dofinansowane ze środków Urzędu
Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego na
realizację w 2024 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.

