RADIO ORTHODOXIA 102,7 FM

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" VI 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 2025 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

Fundusze Europejskie Program Regionalny

Podlaskie

Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

1. Gdzie do sanatorium?

Beata Ewa Dudek, Izabella Przewłocka

Gośćmi prof. Jana Kochanowicza były Beata Ewa Dudek, kierownik działu lecznictwa uzdrowiskowego w podlaskim oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia i Izabella Przewłocka, rzeczniczka prasowa podlaskiego NFZ.

W medycynie tradycja leczenia uzdrowiskowego jest wielowiekowa. Zawsze jeździło się do wód, zmieniało się klimat w konkretnych jednostkach chorobowych. Balneologia ma zresztą duże zasługi w lecznictwie. Teraz też, mimo dużego rozwoju medycyny klasycznej, mimo że doskonale operujemy, leczymy zachowawczo, stosujemy terapie farmakologiczne, leczenie uzdrowiskowe dalej funkcjonuje. Chciałbym, abyśmy porozmawiali, jak to z punktu widzenia pacjenta wygląda? Na początek takie pytanie: gdzie można pojechać do sanatorium na NFZ i czy to my o tym decydujemy? Np. mamy chęć leczyć się w Kołobrzegu, to możemy wybrać sobie akurat ten kierunek?

BD: Zawsze o miejscu leczenia uzdrowiskowego decyduje lekarz zatrudniony w naszym oddziale NFZ, który kieruje się przede wszystkim względami zdrowotnymi pacjenta. Decyzja podejmowana jest na podstawie danych o stanie zdrowia pacjenta opisanych w skierowaniu na leczenie uzdrowiskowe oraz w dodatkowej dokumentacji medycznej.
Osoby z określonym profilem leczenia np.: laryngologia, pulmonologia (np.: POChP), endokrynologia mają wskazania medyczne do wyjazdu na leczenie uzdrowiskowe nad morzem i są w pierwszej kolejności kierowani tam na leczenie. Natomiast jeżeli zostają nam miejsca, możemy kierować tam też inne osoby.

Czyli lekarz po prostu dobiera takie miejsce, gdzie osiągniemy największe korzyści zdrowotne?

BD: Tak. Dodam też, że pacjenci w 90 proc. w swoich podaniach, które do nas wpływają, wskazują, że chcą jechać nad morze w okresie letnim. Oczywiście nie jest to możliwe, bo nie mamy tyle miejsc, aby móc wszystkich skierować nad morze w okresie letnim.
IP: A pamiętajmy, że poza wskazaniami, lekarze muszą też brać pod uwagę przeciwwskazania. Np. ktoś choruje na nadciśnienie, a uwielbia góry i nie rozumie, czemu dostaje skierowanie do Ciechocinka. A nadciśnienie w górach może być groźne dla zdrowia.
Oczywiście najbardziej popularnym profilem leczenia jest reumatologia i gros wskazań do leczenia uzdrowiskowego, które otrzymujemy od lekarzy, jest z tego powodu. Rzeczywiście,

uzdrowiska z takim profilem leczenia są wszędzie, na terenie całej Polski, i w górach, i nad morzem, ale i w Gołdapi.

A jak wygląda cała procedura? Co zrobić, żeby wyjechać do sanatorium i jaki jest czas oczekiwania?

BD: Aby wyjechać do sanatorium w ramach leczenia uzdrowiskowego refundowanego przez NFZ, trzeba zacząć od wizyty u lekarza rodzinnego lub specjalisty (np. reumatologa, kardiologa), który oceni stan zdrowia i zdecyduje, czy pacjent kwalifikuje się do leczenia uzdrowiskowego. Jeżeli uzna, że leczenie sanatoryjne jest zasadne, wystawi e-skierowanie na leczenie uzdrowiskowe (wcześniej należy wykonać badania laboratoryjne tj. badanie ogólne moczu, morfologię krwi, OB, i EKG). Następnie skierowanie trafia (elektronicznie) do oddziału NFZ. Lekarz balneolog zatrudniony w naszym oddziale w ciągu 30 dni podejmuje decyzję o celowości leczenia uzdrowiskowego. Jeżeli decyzja jest pozytywna, pacjent wpisywany jest w kolejkę osób oczekujących i w odpowiednim czasie wyznaczany jest termin leczenia uzdrowiskowego.
Jeżeli lekarz nie zaaprobuje celowości leczenia (z uwagi na przeciwwskazanie do leczenia), pacjent otrzyma pismo wraz z podaniem przyczyny odmowy potwierdzenia skierowania.
W podlaskim oddziale NFZ obecnie okres oczekiwania na potwierdzenie skierowania wynosi do ok. 6 miesięcy od daty wpływu skierowania.
Zgodnie z obowiązującymi przepisami, pacjent może być kierowany na leczenie w uzdrowisku nie częściej niż raz na 18 miesięcy.
Jeżeli pacjent nie korzystał z leczenia uzdrowiskowego, okres 18 miesięcy go nie obowiązuje, to wtedy zostaje mu przydzielony pierwszy wolny termin, jakim dysponujemy.
Natomiast w przypadku pacjenta, który już był na takim leczeniu, musi minąć przynajmniej 18 miesięcy od powrotu z sanatorium.
IP: Natomiast samo skierowanie można do nas złożyć w momencie, kiedy minie rok od powrotu z ostatniego turnusu. I mamy takich stałych pacjentów, którzy od razu po powrocie mają wystawione przez lekarza kolejne skierowanie.
BD: Okres karencji wynosi 12 miesięcy. Jest to czas pozwalający na ocenę przez lekarza kierującego do uzdrowiska efektów przebytego przez pacjenta leczenia bodźcowego.

Wniosek składany jest elektronicznie, czyli pacjent nie musi już przynosić skierowania do oddziału NFZ?
IP: Kiedyś trzeba było je dostarczyć w ciągu miesiąca od wystawienia. A teraz po wdrożeniu e-zdrowie, mamy e-recepty i e-skierowanie w IKP, także do uzdrowiska mamy e-skierowania w wersji elektronicznej. Pacjent nie musi już nic robić, tylko czekać od nas na korespondencję. Natomiast w IKP można podpatrzyć status skierowania. Ale mimo że skierowania są elektroniczne, wędrówki pacjentów do nas są. Bo, aby pojechać do sanatorium z mężem, koleżanką czy sąsiadką, przynoszą do nas podania z takimi prośbami.

A co to takiego - zwroty? Takie pojęcie też funkcjonuje w przypadku leczenia uzdrowiskowego.
IP: To nie jest nic gorszego, to miejsca, które do nas wróciły, bo pacjentów, którzy mieli wyjechać spotkało coś nagłego – jakaś sytuacja życiowa, rodzinna czy zdrowotna.
BD: Mamy zakontraktowane turnusy i chcemy wszystkie miejsca rozdysponować. Czasem pacjenci nie mogą jechać, z różnych przyczyn: zdrowotnych np. operacji, czy nagłego zachorowania, opieki nad członkiem rodziny, i te skierowania do nas wracają. I taki zwrot potwierdzonego skierowania w terminie krótszym niż 14 dni do rozpoczęcia turnusu nazywamy zwrotami.
IP: To takie uzdrowiskowe „last minute". Jeśli ktoś np. ma wyjazd we wrześniu, a zależy mu na lipcu, to jeśli w lipcu minęło już te 18 miesięcy od ostatniego powrotu z sanatorium, powinien dopytywać u nas o możliwość wcześniejszego wyjazdu ze zwrotów. Tylko trzeba być zdecydowanym i przygotowanym, bo korzystamy tu z bazy ogólnopolskiej i wyjazd może być

np. za dwa dni. Jeśli jest wolne miejsce zgodne z profilem leczenia danej osoby, przydzielamy je. Dotychczasowy przydział anulujemy w systemie i przydzielamy nowe miejsce, i taka osoba za dwa dni może już wyruszać na turnus.

A sytuacja odwrotna – kiedy z przyczyn losowych nie mogę jechać do sanatorium. Jak mam odwołać wyjazd? Jaka jest procedura?
BD: Do okoliczności uzasadniających rezygnację z leczenia przyjmujemy wyłącznie chorobę pacjenta (np. pobyt w szpitalu, nagłe zachorowanie) oraz wyjątkowe wydarzenie losowe, potwierdzone odpowiednim dokumentem. Tylko w przypadku uznania rezygnacji za zasadną, możemy wyznaczyć nowy termin i miejsce realizacji skierowania w ramach możliwości oddziału oraz zgodnie z pierwotną datą wpływu skierowania.
Każde inne powody są traktowane jako niezasadna rezygnacja z wyjazdu, i wówczas procedowanie skierowania jest zakończone.

A czy można do sanatorium pojechać z psem? On zmusza nas w końcu do codziennego ruchu, a taka aktywność jest przecież wskazana.
BD: Pacjenci często o to pytają. Wyjazd z psem nie jest możliwy ze względów sanitarnych, epidemiologicznych i zasad współżycia społecznego. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego udzielają świadczeń zdrowotnych, tak jak szpitale czy poradnie. I tak jak do szpitala nie idzie się z pieskiem, nie można z nim też wyjechać do sanatorium.

Mówiliśmy o terminie, miejscu leczenia, na które nie zawsze mamy wpływ, ale czy możemy wybrać sobie w sanatorium pokój? Np. z widokiem na morze?
IK: Kwestie pokoju, czajnika, telewizora, parkingu, to są już kwestie między pacjentem a uzdrowiskiem. My nie ingerujemy w rezerwację pokoju. Pacjenci kierowani na leczenie uzdrowiskowe mają zapewnione przez NFZ miejsce w pokoju, a nie samodzielne pokoje.
Pacjent może dokonać wyboru standardu pokoju, biorąc pod uwagę możliwości sanatorium, a więc przy uwzględnieniu aktualnej dostępności pokoi przeznaczonych dla pacjentów w ramach obowiązujących umów z NFZ i przyjętego w danym zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego sposobu przydzielania pokoi.

A jak pojechać do sanatorium z małżonkiem? Jest taka szansa?
BD: Obowiązujące przepisy nie regulują kwestii dotyczących wyjazdu małżeństw do sanatoriów.
Jednakże w przypadku odpowiednich wskazań medycznych (profili medycznych), wolnych miejsc i złożonego oświadczenia woli z podpisem obu stron z prośbą o wspólny wyjazd, kierujemy pacjentów na leczenie w tym samym miejscu i terminie.
Oczywiście mogą być takie sytuacje, że jedna osoba jest bardziej chora i nasz lekarz jednego małżonka zakwalifikuje na uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych, a drugiego na uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych, i wtedy nie ma możliwości połączenia małżonków. Wszystko zależy od względów medycznych.

A czym różni się uzdrowiskowe leczenie szpitalne od sanatoryjnego?
BD: Uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych trwa 21 dni, odbywa się w ramach urlopu wypoczynkowego, pacjent dopłaca do zakwaterowania i wyżywienia, ponosi koszty opłaty klimatycznej i koszty podróży.
Natomiast uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych trwa również 21 dni, ale odbywa się w ramach zwolnienia lekarskiego. Pacjent nie ponosi żadnych opłat, poza kosztami podróży.
Szpital uzdrowiskowy jest dla ciężej chorych pacjentów, którzy wymagają całodobowej opieki medycznej – np. po leczeniu szpitalnym, z poważnymi problemami zdrowotnymi (np. po leczeniu szpitalnym lub zaostrzeniu chorób przewlekłych).

A czy można towarzyszyć kuracjuszowi będącemu w sanatorium na NFZ, ale komercyjnie?

BD: Tak, jeżeli są miejsca w sanatorium. W tym przypadku trzeba bezpośrednio kontaktować się z danym sanatorium. W tym miejscu warto wspomnieć, że w niektórych bardziej popularnych uzdrowiskach jak Busko Zdrój, Solec Zdrój, Ciechocinek kolejki komercyjne są nawet roczne.

Musimy dojechać na własny koszt do uzdrowiska, jakie jeszcze opłaty trzeba ponieść?
BD: W przypadku leczenia sanatoryjnego to koszt podroży w obie strony, dopłata do zakwaterowania i wyżywienia, opłata uzdrowiskowa za każdy dzień pobytu, która nie może być wyższa niż 6,38 zł. I są jeszcze opłaty dodatkowe, poza NFZ, zależne od regulaminu sanatorium, np. za czajnik, telewizor, parking, dodatkową wymianę pościeli.
Dopłata do zakwaterowania i wyżywienia jest zróżnicowana, zależy od sezonu rozliczeniowego.
Sezon I obejmuje okres od dnia 1 października do dnia 30 kwietnia i II sezon jest od dnia 1 maja do 30 września, ten ostatni jest droższy.
W I sezonie opłata za pokój 2-osobowy z pełnym węzłem sanitarnym za cały pobyt wynosi 409,50 zł, w II sezonie 573,30 zł plus opłata klimatyczna. Różnica w odpłatności w tym przypadku wynosi 163,80 zł.

Czy możemy dokupić dodatkowe zabiegi?
BD: W ramach umowy z NFZ zapewniamy pacjentom co najmniej 3 zabiegi dziennie, w tym obowiązkowo jeden zabieg bodźcowy z wykorzystaniem właściwości naturalnych surowców leczniczych (np. siarka, borowina, radon). To jest to minimum. Czyli 54 zabiegi podczas całego pobytu. O przypisaniu dodatkowych zabiegów (np. komercyjnych) zawsze decyduje lekarz w sanatorium.

O której powinniśmy się stawić w sanatorium?
BD: Pierwszy dzień rozpoczyna się od godziny 14:00 pierwszego dnia pobytu, a ostatni kończy się do godziny 12: 00 ostatniego dnia pobytu. W pierwszym dniu przysługuje pacjentowi obiad, a w dniu wyjazdu pacjent może zjeść śniadanie.

A jak jest w przypadku dzieci? Jak wygląda leczenie uzdrowiskowe? Uczestniczą w nim same, czy z opiekunem?
BD: Mamy dwa zakresy leczenia uzdrowiskowego dzieci:
- uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci w wieku od 3 do 18 lat (trwa 27 dni).
Leczenie uzdrowiskowe szpitalne dla dzieci jest bezpłatne, finansowane przez NFZ. Zarówno sam pobyt dziecka, jak i opieka medyczna oraz zabiegi są refundowane przez fundusz.
- uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od e do 6 lat pod opieką dorosłych (21 dni), dziecko jest na leczeniu bezpłatnie, a opiekun ponosi koszty za pobyt.
Z tego co obserwujemy, teraz najwięcej profili leczenia u młodych osób to otyłość. To bolączka naszych czasów. Ale są możliwości leczenia właśnie uzdrowiskowego.

A co, gdy jest sytuacja losowa i wyjeżdżamy wcześniej z sanatorium. np. po 2 tygodniach. Czy ponosimy wtedy jakieś koszty?
BD: Nie ma możliwości, aby po 2 tygodniach opuścić turnus. Turnus trwa 21 dni. Jak ktoś chce wyjechać wcześniej, musi dopłacić różnicę dla sanatorium. NFZ płaci bowiem za wykorzystany osobodzień i jak pacjent wyjedzie wcześniej, zakład nie dostanie opłaty z NFZ. W regulaminie każdego sanatorium są zawsze wyszczególnione kwoty dopłat, które pacjent musi uiścić w takim przypadku.

Przygotowały panie mapkę miejsc, gdzie podlascy pacjenci mogą wyjechać do sanatorium. Zamieścimy ją na naszej stronie internetowej.
IP: Tak, obrazuje ona jakie mamy propozycje ośrodków nad morzem i w górach i na terenach podgórskich, gdzie tych miejsc mamy najwięcej.

BD: Chciałabym zachęcić słuchaczy, aby wybierali też nasze uzdrowiska w województwie podlaskim. Mamy wspaniałe sanatoria w Augustowie i Supraślu. Mają dobrą bazę zabiegową i są chwalone przez pacjentów. Jak ktoś nie chce czy nie może daleko jechać, może skorzystać właśnie z naszych lokalnych uzdrowisk.

2. Mózg w dobrej kondycji

dr hab. Sylwia Naliwajko, dr Marta Jakoniuk

Gośćmi prof. Jana Kochanowicza były dr hab. Sylwia Naliwajko z Zakładu Bromatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i dr Marta Jakoniuk z Zakładu Neurologii Inwazyjnej UMB

Spotykamy się za sprawą inicjatywy, która brzmi: „Mózg w dobrej kondycji - nowoczesne strategie żywieniowe w opóźnianiu procesów neurodegeneracyjnych". Konferencja pod takim hasłem odbyła się w maju w Białymstoku. Skąd taki pomysł?

SN: Pomysł wziął się z tego, że ja oprócz tego, że pracuję naukowo i dydaktycznie na UMB, założyłam firmę, w której ziściłam swoje marzenie - bardzo chciałam zrobić produkt o wysokim potencjale bioaktywnym, co ma szczególne znaczenie w kontekście neurodegeneracji. W ramach projektu dofinansowanego ze środków UE wprowadziliśmy na rynek innowacyjny produkt i do tego opracowaliśmy aplikację, która pozwala na ocenę stanu odżywienia, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów z ryzykiem niedożywienia.

Ta konferencja była podsumowaniem projektu, ale też wydarzeniem, gdzie mogli spotkać się zwykły człowiek, biznes, nauka i środowisko medyczne. Bo jednak zdrowie jest największą wartością, o która możemy zadbać.

Pracownicy Zakładu Bromatologii UMB często u nas w radiu goszczą, rozmawiamy o żywieniu, różnych preparatach, suplementach diety. Natomiast choroby neurozwyrodnieniowe to temat i ciekawy, i mocno niepokojący. Bo im dłużej żyjemy, tym mamy większą szansę na choroby neurozwyrodnieniowe. Jakie choroby najczęściej nasz mózg atakują?

MJ: Choroby neurodegeneracyjne polegają na tym, że pewne komórki nerwowe w naszym mózgu ulegają degeneracji, w związku z czym wypadają nam pewne funkcje życiowe, bardzo ważne, które możemy podzielić na ruchowe i pozaruchowe. Najczęstszymi chorobami neurodegeneracyjnymi jakie znamy są choroba Parkinsona i choroba Alzheimera, zaliczana do grupy chorób otępiennych. Ale to także choroby rzadsze, jak stwardnienie zanikowe boczne, otępienie czołowo-skroniowe, zanik wieloukładowy. Według przewidywań WHO, jeśli chodzi o otępienie lub chorobę Alzheimera, w 2050 roku może dochodzić nawet do 150 mln przypadków na świecie, gdy teraz mamy ok. 55 mln takich pacjentów. W przypadku choroby Parkinsona - do ok. 9 mln. Czyli to bardzo duża grupa. Co ważne, gdy pacjent choruje, razem z nim bardzo często choruje też cała rodzina, bardzo obciążony jest także system opieki

zdrowotnej. Dlatego warto byłoby przyjrzeć się temu, co możemy zrobić, aby tych neurodegeneracji było jak najmniej.

Co się dzieje z organizmem w chorobie Parkinsona? Wiadomo, że zaczyna nam wtedy brakować dopaminy. Dlaczego tak się dzieje i kiedy pojawiają się objawy?
MJ: Przede wszystkim podstawą choroby Parkinsona jest zanik komórek substancji czarnej, które wytwarzają dopaminę, ale oprócz tego, że nie jest wytwarzana dopamina, jest szereg zaburzeń w innych neuroprzekaźnikach, jak acetylocholina, kwas gamma-aminomasłowy. Stąd pojawia się szereg objawów, które w znacznym stopniu obniżają jakość życia: drżenie, sztywność, spowolnienie, zaburzenia równowagi, zaburzenia postawy. Dodatkowo pojawiają się inne objawy, związane z serotoniną, jak zaburzenia lękowe, zaburzenia otępienne, orientacji w terenie. Dodatkowo pojawiają się objawy z układu autonomicznego, czyli to, o czym pacjenci często nie mówią: zaburzenia ze strony układu pokarmowego, jak zaparcia, ale też zaburzenia rytmu snu, pracy serca, zaburzenia węchu – które bardzo często są objawem poprzedzającym wystąpienie objawów ruchowych. One mogą mieć miejsce już nawet 5-10 lat wcześniej.

Objawy pojawiają się, gdy tej dopaminy zostanie już niewiele, ok. 20 procent. Czyli przez wiele lat dochodzi do spadku dopaminy, nasz układ nerwowy ulega w tym czasie degeneracji, a ta degeneracja jest jeszcze przyspieszona z powodu niedoborów substancji, które można by przyjmować w formie opracowanego przez panią docent preparatu. Jakie to są substancje?
SN: Jestem dietetykiem i chciałam, aby wszystko to było jak najbardziej naturalne, bo wcale nie jestem zdania, że powinniśmy wszystko suplementować i korzystać z różnych kapsułek i pigułek. W takim normalnym żywieniu jesteśmy w stanie bardzo dużo składników sobie dostarczyć. Z badań wynika, że nawet 30-40 proc. przypadkom demencji jesteśmy w stanie zapobiec, przez wpływ na czynniki modyfikowalne, takie jak aktywność fizyczna i prawidłowe żywienie. Ja od wielu lat badam, jak Polacy się żywią i widzę, że te błędy się powtarzają. W diecie wielu osób brakuje przede wszystkim błonnika pokarmowego, średnio spożywane jest ok. 17-18 g, a potrzeba min. 25 g dziennie. To wpływa na mikrobiotę jelitową, która jest niedożywiona lub dożywiona tym, czym nie powinna, np. białkiem czy cukrami prostymi. Co ciekawe, nasze bakterie jelitowe są bardzo podatne na to, co jemy i one są w stanie bardzo szybko zmienić się w korzystną mikrobiotę, jeśli dostarczymy odpowiednią ilość błonnika pokarmowego.
Dlatego też jednym ze składników mojego preparatu jest unikalna kompozycja błonnika pokarmowego, po to aby polepszyć mikrobiom jelitowy.
A pamiętajmy, że obecnie mówi się, iż jelita to nasz drugi mózg.

Czekałem, kiedy padnie to sformułowanie. Kiedyś jelita były mało atrakcyjne, raczej się o nich nie mówiło, a okazuje się, że to co dzieje się w przewodzie pokarmowym, ma wpływ nie tylko na ten przewód i dostarczenie organizmowi białka, tłuszczy, węglowodanów. A na co jeszcze?
SN: Mikrobiota jelitowa wytwarza też szereg neuroprzekaźników, bądź prekursorów tych neuroprzekaźników. Dodam, że mikrobiota jelitowa z jednej strony może być naszym sprzymierzeńcem, a z drugiej źródłem niekorzystnych zdarzeń w naszym organizmie. Dlatego musimy o nią zadbać, ją nakarmić. Bo jak nie dokarmimy jej odpowiednio, ona zaczyna uszkadzać naszą ochronę komórek, tą warstwę śluzową i zaczyna uszkadzać nasze komórki. Ponieważ my w jelicie nie mamy tylko dobrych mikroorganizmów, które nam służą, ale mamy tam bardzo różną mikrobiotę. Pozytywne jest to, że w badaniach wykazano, iż już po 7 dniach od zmiany diety, dostarczenia odpowiedniej ilości błonnika, ta mikrobiota zmienia się na pozytywną, która jest w stanie wesprzeć nasz mózg, przez taką oś: jelito-mikrobiota-mózg. Taka mikrobiota jest w stanie nawet zmienić czynniki prozapalne w przeciwzapalne. Co jest niesamowicie ważne, bo w procesach neurodegeneracji biorą udział czynniki zapalne.

Tak naprawdę my w swoim życiu odżywiając się, eksperymentujemy. Spożywamy często fastfoody, wysoko przetworzone jedzenie, niewiele mające wspólnego z naturalnym pokarmem. Do tego zażywamy wiele leków, zwłaszcza antybiotyki. I ta nasza mikrobiota musi być odporna na to wszystko.

SN: Okazuje się, że nie tylko nasza mikrobiota, ale nawet nasze komórki odpowiadają na to, co sobie fundujemy. Nawet w kontekście epigenetycznych zmian, czyli tego co nasza komórka potrafi wytworzyć pod wpływem nadmiaru albo niedoboru kalorii. Okazuje się, że nasz organizm bardzo dobrze potrafi dostosować się do niedoboru kalorycznego, takie komórki są wtedy zdrowsze, a trudniej radzi sobie z nadmiarem kalorii, bo jesteśmy genetycznie przygotowani do tego, aby kumulować.

W moim produkcie postawiłam nie tylko na błonnik pokarmowy, ale też na coś, czego zjadamy za mało, a ma udokumentowane właściwości, czyli polifenole. Wytworzyłam ekstrakt z jagód, w formie żelu, tak aby był to jak najbardziej naturalny produkt. Owoce jagodowe są tam przetworzone w niskich temperaturach, które pozwalają utrzymać antocyjany, czyli grupę polifenoli, która bardzo pozytywnie wpływa na nasze komórki. Okazuje się, że te polifenole nawet mikrobiota przetwarza na bioaktywne związki.

Same polifenole mają szerokie działanie, od przeciwzapalnego, zmieniającego mikrobiotę na tą pozytywną, do wsparcia naszych komórek, nawet w momencie gdy zachodzi w nich transformacja nowotworowa, ponieważ wykazano, że polifenole hamują wydzielanie czynników wzrostu dla naczyń krwionośnych. Ta bardzo szeroka aktywność związków polifenolowych sprawia, że powinniśmy zjadać porcję jagód dziennie. W badaniach naukowych wykazano, że osoby które częściej jedzą jagody, rzadziej zapadają na choroby neurozwyrodnieniowe.

Jest nawet takie powiedzenie: Jedz porcję jagód dziennie, a neurodegeneracja Cię nie dotknie. W badaniach z udziałem osób z łagodną postacią Alzheimera wykazano, że te, które jadły porcję polifenoli z jagód, miały dużo lepsze wyniki w testach oceniających sprawność poznawczą, niż osoby, które takich owoców nie jadły.

Natomiast zdaję sobie sprawę, że trudno jest o porcję jagód dziennie, bo one są dostępne u nas tylko w sezonie. Ale na pewno warto z tej możliwości korzystać.

W moim preparacie jest jagoda kamczacka, borówka amerykańska, winogrono czerwone i granat. To bardzo wysokopolifenolowe związki, wszystko jest w formie zagęszczonej i w przyjaznej formie.

Tylko ta profilaktyka wymaga dużo samozaparcia, cierpliwości, bo jest nieuchwytna. W przypadku choroby Parkinsona, jak przebiega leczenie?

MJ: Niestety, w obecnych czasach nie mamy celowanego leczenia przyczynowego. Tylko objawowe, czyli możemy farmakologicznie wpływać na szereg objawów, czyli sztywność, drżenie czy zespół zmęczeniowy. Niestety, jak ktoś nie dba o siebie, o dietę, o ruch, choroba postępuje szybciej. Chory wymaga coraz większych dawek leków i niekiedy te możliwości farmakologiczne się wyczerpują i musimy skorzystać z neurochirurgii. Mamy tu możliwość implantowania stymulatorów do mózgu. Najlepiej by było jednak nie dopuszczać do takich sytuacji i starać się, by w ogóle nie zachorować. A jak zaczynają się pojawiać objawy, iść jak najszybciej do lekarza i starać się odpowiednio dobierając dietę, suplementacje, dbając o higienę snu i ruchu, wpłynąć na tę trudno leczącą się chorobę, uciążliwe objawy i zdecydowanie ją spowolnić.

A jak to jest w przypadku choroby Alzheimera - czym spowodowane są te zmiany otępienne, czego zaczyna nam brakować i jakie mamy szanse na wyleczenie?

MJ: Choroba Alzheimera jest jedną z chorób neurozwyrodnieniowych, w której też dochodzi do zaniku, degeneracji komórek nerwowych, ale w innych obszarach mózgu: w okolicy czołowej, skroniowej. Mniej mamy tu objawów ruchowych, a więcej zaburzeń o charakterze otępiennym i ze sfery emocjonalnej. Niestety, nie mamy tu także leczenia przyczynowego, możemy tylko uzupełniać tabletkami niektóre neuroprzekaźniki, ale nie jesteśmy w stanie powstrzymać nasilonego starzenia się mózgu. Stąd dobrze by było, aby podejmować wszystkie

możliwe aktywności, w tym nasilony ruch. Badania pokazują, że zwiększony przepływ krwi przez mózg, który mamy podczas nasilonego ruchu, w znaczny sposób zmniejsza proces Alzheimera. Tak samo jest z dietą. Insulinooporność czy nadciśnienie tętnicze, które wynikają w dużym stopniu ze złej diety, charakteru życia, przewlekłego stresu, w znacznym stopniu nasilają proces starzenia i zanikania mózgu.

Na profilaktykę nigdy nie jest za późno, najlepiej stosować ją jeszcze przed wystąpieniem jakichkolwiek dolegliwości. Czyli prowadzić zdrowy tryb życia, ze zbilansowaną dietą. U nas w studiu mamy do dyspozycji marchewki, orzechy, jabłka. To chyba dobrze?

SN: Tak, jestem pod wrażeniem. Często sporym problemem i u dzieci i u dorosłych są słodycze. A najprostszym sposobem jest zastąpić je orzechami. One też zawierają składniki pokarmowe potrzebne dla układu nerwowego, m.in. witaminy z grupy B, magnez, cynk.

Wielu osobom brakuje w diecie folianów i kwasu foliowego i należałoby pochylić się nad porcją zielonych warzyw liściastych dziennie, co też jest dość trudne. Bo powinniśmy też zwracać uwagę na źródło pochodzenia warzyw i owoców. Najlepiej by było je samemu hodować, przynajmniej część, albo mieć zaufanego dostawcę, bo warzywa i owoce mogą być zanieczyszczone związkami chemicznymi, które mają za zadanie np. nie dopuścić do pleśnienia. Dlatego jak mamy robaka w jabłku, to znaczy że to dobrze, to zdrowe jabłko, owoc, który nie był pryskany. Ale niestety, okazuje się, że zjadamy bardzo dużo dodatków do żywności, to ok. 2 kg na osobę w ciągu roku. To dla porównania tyle samo, co nasion roślin strączkowych jak fasola, groch, soczewica. Jeśli zjadamy tych dodatków tyle co roślin strączkowych, to coś z tą dietą jest nie tak.

Dlatego też w moim preparacie mamy jagody bio. Proces produkcji i receptura zajęły bardzo dużo czasu, to kilka lat pracy, wdrożonych myśli technologicznych, uzyskałam coś wyjątkowego, z czego jestem dumna. Mam takie marzenie, że kiedyś będzie tak, że ktoś przy kasie zamiast słodyczy bierze właśnie saszetkę z ekstraktem jagodowym, tam są dwie garści jagód. I wtedy zamiast odejmować sobie zdrowia słodyczami, doda spożyciem tych dwóch garści jagód.

I jeszcze dodam, że nie tylko prawidłowa dieta i aktywność fizyczna, ale też aktywność społeczna, to czynniki, które sprawiają, że ludzie żyją dłużej i w pełnym zdrowiu.

3. Co to IKP?

Agata Dyszkiewicz, Monika Stasiak

Gośćmi prof. Jana Kochanowicza były Agata Dyszkiewicz, naczelnik wydziału obsługi klientów i profilaktyki podlaskiego oddziału NFZ oraz Monika Stasiak, kierownik sekcji informacji, skarg i wniosków podlaskiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia

Internetowe Konto Pacjenta – IKP. Co to takiego jest? Co my jako pacjenci w tym koncie znajdziemy?

AD: W IKP mamy cały szereg interesujących nas jako pacjentów, informacji. Począwszy od danych o wszystkich świadczeniach, które wykonano na naszą rzecz, o naszym statusie ubezpieczenia, bądź braku ubezpieczenia, w tym także naszych dzieci. Jest też kategoria danych o refundacji, z której można dowiedzieć się, ile za nasze leczenie zapłacił NFZ. I to jest, jak się okazuje, dla naszych pacjentów bardzo ważna informacja. Prace nad stworzeniem tego systemu rozpoczęły się w 2011 roku, kształt taki, jaki mamy w tej chwili IKP uzyskało w 2021 roku. IKP czerpie dane z wielu platform: z platformy P1, do której placówki medyczne przekazują informacje o zdarzeniach medycznych; z ZUS-u – stąd są nasze dane o systemie ubezpieczeniowym; w czasie pandemii korzystaliśmy z systemu EWP – mamy tutaj dane o szczepieniach przeciwko covidowi oraz z systemu e-Krew. Dostęp do IKP ma każdy, kto ma numer PESEL, wystarczy się zalogować i już widać swoje dane medyczne. Chcę uspokoić i podkreślić, że to są dane, które są w pełni bezpieczne. Jak wejdą państwo na swoje konto, to w lewym górnym rogu widać taką samą kłódeczkę, jak podczas dokonywania transakcji bankowych. To oznacza, że przeglądanie danych, każda sesja dokonywana w IKP, jest sesją całkowicie bezpieczną, jeżeli chodzi o nasze dane osobowe i zdrowotne.

Ale też możemy potwierdzić naszą tożsamość poprzez bankowość elektroniczną.

AD: Oczywiście, jest to jeden ze sposobów logowania się do IKP. Możemy też logować się przez aplikację mObywatel i profil zaufany. To są 3 najczęstsze metody logowania się do IKP.

Jak dużo osób jest zainteresowanych korzystaniem z Internetowego Konta Pacjenta? Czy to jest powszechne narzędzie?

AD: To ja powiem tak przekornie. O tym, czy i w jakim zakresie pacjenci śledzą swoje dane w IKP jako NFZ wiemy na podstawie zgłoszeń, które dotyczą kwestionowania świadczeń. Liczba takich sygnałów z roku na rok się zwiększa. Za cały ubiegły rok było ich ponad 130, w tym roku to już ponad 400 zgłoszeń. I to pokazuje, jak jesteśmy świadomi, jak coraz bardziej przyglądamy te dane, weryfikujemy, czy pieniądze wydawane z naszej składki zdrowotnej są faktycznie wykorzystywane w sposób rzetelny i prawdziwy.

Co pacjenci zgłaszają? To że np. mają wpisane w IKP wizytę, której nie odbyli?

MS: Niestety tak. Pacjent logując się na swoje IKP widzi udzielone mu świadczenia i jeżeli się zorientuje, że na takiej wizycie nie był, ma możliwość, wchodząc poniżej wyświetlonej tabelki z wszystkimi danymi dotyczącymi poszczególnego świadczenia, zgłosić nieprawidłowość. To automatycznie jest przekazywane do nas i my widzimy, że pacjent kwestionuje świadczenie w danym dniu, z daną odpłatnością, udzielone przez danego świadczeniodawcę. I to w wielu przypadkach się potwierdza. Chciałabym też zaapelować, żeby nie zgłaszać nam przez IKP wszystkiego – IKP służy przede wszystkim do tego, żeby zgłosić, że nie miałem udzielonej wizyty albo miałem udzieloną wizytę, ale za nią zapłaciłem, a koszt wizyty także poniósł ją NFZ, czy że wizyta została udzielona, ale nie ma potwierdzenia zapłaty. Pacjenci zgłaszają nam też jednak przez IKP inne sprawy, np. proszą o przeniesienie terminu leczenia, zgłaszają zastrzeżenia do zachowania lekarza, czy że coś jest pomylone w danych, albo recepta została źle zrealizowana.

A taka sytuacja, że byliśmy na wizycie, ale jej w systemie nie widzimy?

MS: Też jak najbardziej możemy to zgłosić. W historii leczenia mamy taką zakładkę jak zdarzenia medyczne i tam są odnotowane wszystkie udzielone nam świadczenia, nie tylko te, za które fundusz zapłacił, ale także te prywatne. I w tych zdarzeniach medycznych oprócz tego, że jest informacja, że byliśmy na takiej wizycie, mamy tzw. funkcjonalność e-dokumentacji. W tej e-dokumentacji oprócz tego, że mamy informacje na temat postawionej diagnozy, czyli rozpoznania, mamy też informacje co było wykonane na wizycie, jakie mieliśmy zlecone badania, jakie badania zostały zweryfikowane. Jeżeli chcemy mieć taką informację, bo jest na przykład ona nam potrzebna, żeby ją przedstawić np. lekarzowi rodzinnemu, możemy zgłosić do funduszu, że są braki w tej dokumentacji. Czasami zdarza nam się taką taką sytuację wyjaśnić, bo po prostu lekarz nie wprowadził tych danych. Czasami musimy pacjenta przekierować do administratora danych w IKP, czyli do Centrum e-Zdrowia.

AD: Natomiast jeszcze IKP niestety nie ma funkcjonalności blokady zgłoszenia nieprawidłowości. Jeżeli już zgłosili nam państwo nieprawidłowość, ten guziczek „zgłoś" będzie ciągle aktywny, każde kolejne naciśnięcie guzika powoduje, że dostajemy kolejne zgłoszenie. Zdarza się, że dostajemy 10 takich samych zgłoszeń. Oczywiście rozpatrujemy to jako jedno. Dlatego prosimy o pojedyncze zgłoszenia. Zawsze też informujemy zgłaszające osoby, że prowadzimy postępowanie, żeby byli spokojni, że myśmy się sprawą zajęli.

Myślę, że nasi słuchacze, jeśli nie mają jeszcze dostępu, zostali zachęceni do zalogowania się w IKP. Jak to zrobić?

AD: Wchodzimy na stronę pacjent.gov.pl. Po prawej stronie w górnym rogu mamy polecenie, zaloguj się do IKP. Klikamy zaloguj się i wyświetlają nam się różne sposoby logowania: przez bank, profil zaufany. Wybieramy sposób dowolny, logujemy się i to nasze konto jest już

aktywne, nasze dane już tam są, bo tak jak mówiliśmy na początku – każdy, kto ma PESEL posiada IKP.

Mało tego. Pacjenci małoletni od szesnastego roku życia jak mają PESEL też mają dostęp do IKP, ale bez możliwości zarządzania swoimi danymi medycznymi. Ale rodzic, który ma dostęp do takiego konta, oczywiście może to zrobić. W momencie, kiedy dziecko kończy 18 lat, rodzic z automatu traci uprawnienia i możliwość podglądu danych zdrowotnych na koncie dziecka, bo jest to już osoba pełnoletnia.

W przypadku osób starszych, które obawiają się, że nie są biegłe w komunikacji cyfrowej i będą mieć z tym problem, warto poprosić osobę najbliższą, żeby zrobiła logowanie do IKP i skorzystała z funkcji: twój pełnomocnik konta. Możemy upoważnić dowolną osobę do zarządzania tym kontem, czyli do wchodzenia, podglądania, dokonywania operacji. Pełnomocnik ma dostęp do wszystkich danych skierowań, recept. Mało tego, możemy też upoważnić placówkę medyczną, żeby miała dostęp do naszych danych – wskazujemy wtedy zakres danych, do których nasz lekarz POZ miałby mieć wgląd, czyli recepty, skierowania, zdarzenia medyczne. Biorąc pod uwagę skłonność naszego społeczeństwa do do przyjmowania bardzo wielu leków, czasami wykluczających się, może może warto się zastanowić, czy by takiego dostępu swojemu lekarzowi rodzinnemu nie udzielić.

MS: Wiele osób przychodzi do nas i zgłasza, że nie chce nikomu udzielać żadnych informacji, nie chce, żeby lekarz wiedział, gdzie się leczy, jakie ma leki zlecane. Natomiast wiem z własnego doświadczenia, jakie to jest pomocne i bardzo zachęcam, żeby to sobie stworzyć. W tamtym roku wybierając się na długie wakacje w Polsce zapomniałam całego kuferka z lekami. Kiedy się zorientowałam, już w tym miejscu, gdzie wypoczywałam, że nie mam tych leków, wykonałam telefon do lekarza rodzinnego, który wypisał mi potrzebne leki, te zlecone przez specjalistę. Dostałam kod recepty na sms, poszłam do pobliskiej apteki, wykupiłam leki, które były mi potrzebne, żeby spokojnie móc wypoczywać.

AD: Na IKP mamy też naprawdę bardzo przydatne informacje o sposobie dawkowania leków. Widzimy to na naszym IKP w wersji stacjonarnej i mobilnej. Wersja stacjonarna jest wersją bardziej pełną, – możemy przez nią zgłaszać nieprawidłowości; w wersji mobilnej nie wszystkie funkcjonalności są dostosowane, także z tego względu, że ta wersja mobilna ma nam służyć do szybkiego pozyskania danych. I w IKP, jeżeli chodzi o recepty, mamy sposób dawkowania, a także możliwość korzystania z ulotki. Czyli nie musimy już tych ulotek pilnować. I do tego mamy datę ważności tego opakowania leku, które zakupiliśmy. W przypadku skierowań, jest możliwość pobrania ich w pliku PDF, zapisania sobie na komputerze, wydrukowania, przesłania mailem np. osobie z rodziny, lekarzowi. To jest takie narzędzie, które ułatwia nam poruszanie się po systemie opieki zdrowotnej. Trwają też prace nad centralną rejestracją i mamy nadzieję, że w końcu przez swoje konto IKP będziemy mogli się zarejestrować do specjalisty. W tej chwili jako pilotażowa jest tu włączona poradnia kardiologiczna i badania profilaktyczne.

Myślę, że w przypadku badań profilaktycznych to za dużych kolejek nie ma, bo my tak generalnie jako społeczeństwo, jeśli chodzi o profilaktykę i taki prozdrowotny tryb życia, to raczej nie jest to nasza najmocniejsza strona. Z tego co pamiętam statystyka korzystania z badań profilaktycznych nie rośnie.

AD: Jeżeli chodzi o badania profilaktyczne, to nie możemy się tłumaczyć tym, że nie ma do nich dostępu. Jeżeli chodzi o badania mammograficzne, mamy pracownie stacjonarne, mamy

mammobusy, na naszej stronie internetowej jest wykaz mammobusów na dany miesiąc. Także na różnych wydarzeniach profilaktycznych, w których bierzemy udział, często się zdarza, że w pobliżu stoi mammobus. Nie ma naprawdę żadnych przeszkód dostępnościowych, jeśli gdzieś nie ma pracowni mammograficznej, dojedzie mammobus, on jeździ po całym województwie, jest wszędzie. Zachęcam panie do tego, żeby odłożyły na bok lęk, jakieś nieprawdziwe doniesienia, że jeśli mam guzek, nie należy go tykać. Zadbajmy o siebie drogie panie, bo jesteśmy tego warte.

Dodam, że IKP to też profilaktyka. W wersji mobilnej mamy np. krokomierz. Możemy sobie tą funkcję włączyć i telefon będzie nam zliczał kroki. Mamy też opcję kontrolowanie picia wody. A nie zawsze pamiętamy o tym, że jednak należy pić wodę. Starsze osoby zwłaszcza mają z tym problem, bo nie czują pragnienia i wydaje im się, że poranna kawa czy herbata do południa wystarczy. Nie wystarczy.

Są jeszcze jakieś inne ciekawe funkcje?

AD: Przez IKP możemy złożyć deklarację wyboru lekarza rodzinnego, pielęgniarki rodzinnej i położnej rodzinnej. Taka forma złożenia deklaracji przez pacjenta jest formą pełnoprawną. Niestety coraz częściej zdarzają nam się sygnały od pacjentów, że w danej przychodni w taki sposób składane deklaracje nie są przyjmowane, że wymagana jest osobista wizyta pacjenta. Ale na podstawie ustawy o POZ złożenie deklaracji wyboru przez IKP jest pełnoprawną formą i pacjent nie może spotkać się z odmową złożenia deklaracji właśnie w taki sposób. Mamy cyfryzację systemu ochrony zdrowia i takie udogodnienie jest także przewidziane.

Mówiliśmy o IKP i o dzieciach. Co my możemy zobaczyć na koncie dziecka?

MS: Jeżeli mamy prawidłowo zgłoszone dziecko do ubezpieczenia, mówię o dzieciach do osiemnastego roku życia, to z automatu rodzic powinien widzieć konto dzieci na zakładce uprawnienia. Możemy zerkać, jakie świadczenia były udzielone, zamawiać recepty. Ale powtarzam, że należy prawidłowo zgłosić dziecko i jeśli nie widzimy tego konta, należy to wyjaśnić ze swoim pracodawcą, czy w ZUSie.

Czy też możemy jako rodzice zgłosić jakieś reklamacje do NFZ?

MS: Jak najbardziej, widząc, że coś nie zostało udzielone, a widzimy to na koncie swojego dziecka, należy to zgłosić do NFZ. Jeszcze dodam, że rodzic, który zgłasza dziecko do ubezpieczenia, widzi jego konto, ale też jest taka możliwość, aby oboje rodzice widzieli profil swojego dziecka. Wtedy wystarczy, aby obydwoje rodzice zgłosili dziecko, albo rodzic, który zgłasza dziecko do ubezpieczenia dodał pełnomocnika do konta dziecka. Tylko ten drugi rodzic musi mieć aktywne IKP – wtedy wpisując dane: imię i nazwisko PESEL rodzica, też będzie mógł korzystać z konta swojego dziecka.

Czy jeśli mamy problem z zalogowaniem do IKP, możemy gdzieś interweniować? Bo to jest taka przestrzeń wirtualna, czy możemy jakoś dotrzeć do osoby, która nam pomoże?

AD: Jak wchodzimy na stronę pacjent.gov.pl i nie możemy się zalogować, to kółko ciągle się mieli, można zgłosić uwagę do funkcjonalności systemu. Takie zgłoszenie będzie trafiało do Centrum e-Zdrowia, i stamtąd uzyskamy informację o tym, co się z tym zgłoszeniem dzieje. Natomiast system IKP działa tak jak transakcja bankowa, elektroniczna. Jeżeli wchodzimy do systemu, ale niewiele w określonym czasie tam robimy, czyli nie przeglądamy, nie sprawdzamy danych, to sesja wygasa, tak jak sesja bankowa. Następuje wylogowanie z konta i żeby wejść

ponownie, trzeba odczekać kilka minut, aby system wpuścił ponownie. Musi się zrestartować, tak jak nasze systemy bankowe.

Chciałbym, żebyśmy jeszcze raz powiedzieli o bezpieczeństwie tych danych, które są zgromadzone na IKP. Jeśli zaczynamy się logować, zaczynamy przeglądać, jakie jest ryzyko, że ktoś wejdzie w posiadanie tych naszych danych? Czy to po prostu jest bezpieczne?

AD: Jest to takie bezpieczeństwo, jak bezpieczeństwo naszych danych bankowych. Mamy połączenie szyfrowane, ja nie bez powodu mówiłam o tej kłódce, ponieważ też bardzo wielu fachowców od cyberbezpieczeństwa zwraca uwagę na to, żeby mimo tego, że logujemy się na stronę moje IKP, to żeby sprawdzać, czy na pewno wyświetliła nam się prawidłowa strona. Bo wiemy o oszustach, którzy podszywają się pod różne strony dosłownie dokonując przedstawienia jednej literki, a cała szata graficzna jest ok. Tu jest wskazany symbol gov jako platforma rządowa. To jest też oznaczenie bezpieczeństwa i pełne szyfrowane bezpieczeństwo naszych danych.

MS: Jeszcze dodam, że logując się do IKP każdorazowo dostajemy smsem kod autoryzacji, więc jeżeli wchodzimy na taką prawdziwą stronę, a nie jakąś fałszywą, to otrzymamy z systemu e-zdrowie taki kod szyfrujący.

AD: Albo jeżeli wchodzimy profilem bankowym, to też mamy ze strony banku powiadomienia odnośnie akceptacji. Nie wystarczy sam login, ale też dodatkowe zabezpieczenie tego naszego wejścia i korzystania ze swoich danych.

Podsumowując: z IKP jest łatwiej czy trudniej?

AD: Łatwiej. Już mówiliśmy o lekach o receptach. To jest genialna kopalnia wiedzy, jeżeli chodzi o przyjmowane przez nas i naszych najbliższych leki. Wiemy jak rodzice, czy też starsi podopieczni powinni dawkować te leki. Jesteśmy w stanie sprawdzić po opakowaniu i po liczbie leków czy gdzieś nie nastąpiło nieprawidłowe przyjmowanie przez przez pacjenta. Możemy składać deklarację do lekarza bez wychodzenia z domu. Możemy upoważnić osobę najbliższą do dostępu do swoich danych medycznych, czy też informacji. Jak upoważnimy dowolnego lekarza, do którego mamy zaufanie, do dostępu do naszych danych medycznych, to jeszcze zwiększa poziom naszego bezpieczeństwa, jeżeli chodzi o możliwe interakcje między między lekami.

Możemy uzyskać w sposób zdalny receptę, nawet będąc w odległym miejscu od naszego lekarza rodzinnego.

AD: I jeszcze a propos recepty w mobilnej wersji. Mamy taką funkcjonalność, że jak idziemy do apteki, to nie musimy przy wszystkich podawać kodu i numeru PESEL, tylko pokazujemy kod QR, farmaceuta skanuje i ma tam wszystkie dane, żeby nam te leki wydać. No i mamy taką funkcję edukacyjną IKP, czyli wiemy o wartości udzielonych nam świadczeń, czyli co my z tej składki zdrowotnej tak naprawdę mamy.

I to chyba najwięcej emocji wzbudza.

AD: To budzi emocje, ale też emocje takie, że ludzie przychodzą i mówią, że nie wiedzieli, że to jest takie drogie leczenie.

4. Jak często mierzyć ciśnienie?

prof. dr hab. Edyta Zbroch

Gościem prof. Jana Kochanowicza była prof. Edyta Zbroch, kierownik Kliniki Hiepertensjologii, Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Porozmawiamy dziś o ciśnieniu tętniczym, co zrobić, aby było dobre i abyśmy nie spotykali się z nadciśnieniem. Ciśnienie tętnicze – co pod tym pojęcie rozumiemy?

Ciśnienie to przepływ krwi w całym naszym organizmie. To taka siła, która przetłacza całą krew przy pomocy pompy tłoczącej, jaką jej serce, przez wszystkie tętnice, w całym naszym organizmie. Ciśnienie musi być prawidłowe, czyli nie może być ani za wysokie, ani za niskie. Jak ktoś ma ciśnienie niskie, ale dobrze się przy tym czuje, to świetnie. Natomiast jak jest leczony i ma za niskie ciśnienie – to niedobrze.

Ostatnie wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego oraz Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego podzieliły ciśnienie tętnicze na prawidłowe: do 130/80 mm/Hg i na podwyższone – powyżej 130/80 mmHg. Wartość powyżej 140/90 mm/Hg to już na pewno jest nadciśnienie. Ale jeśli ktoś ma ciśnienie pomiędzy 130/80 mm/Hg a 140-90 mm/Hg to już jest alert i już leczymy takiego pacjenta, jeśli ma dodatkowe choroby.

Kiedyś panowała taka opinia, że to naturalne, że z wiekiem ciśnienie jest wyższe.

Tak naprawdę ta klasyfikacja jest dla wszystkich dorosłych taka sama. Odrębnie traktujemy tylko osoby po 80. roku życia, u nich za ciśnienie prawidłowe uznaje się wartości poniżej 140/90 mmHg. Osoby starsze mają po prostu sztywniejsze naczynia i ten pomiar wychodzi wyższy. Ale nie jest tak, że im ktoś starszy, tym powinien mieć ciśnienie wyższe i to dobrze.

Ciśnienie powinniśmy mierzyć dobrym aparatem naramiennym, automatycznym, nie kupionym w supermarkecie, ale sklepie medycznym albo aptece. Musi to być aparat zwalidowany. Ciśnienie należy mierzyć na ramieniu. W momencie pomiaru jest uciskana tętnica, aż do jej zamknięcia i aparat zlicza ciśnienie skurczowe i rozkurczowe. Jak osoba starsza ma sztywniejsze naczynia, w pomiarze wartości te wychodzą wyższe, i u nich do 140/90 mmHg to też norma. Ale do 80. roku życia, wszyscy, jeśli to możliwe, powinni mieć ciśnienie poniżej 130/80.

W jaki sposób prawidłowo mierzyć ciśnienie, aby to było wiarygodne?

Należy usiąść, odpocząć co najmniej 5 minut. Bo normy odnoszą się ciśnienia w pozycji siedzącej i po odpoczynku. Założyć mankiet mniej więcej na środkową część ramienia, zapiąć i ta rureczka powinna iść wzdłuż tętnicy ramieniowej, pośrodku dołu łokciowego. Należy się oprzeć, zmierzyć ciśnienie raz, odczekać minutkę i zmierzyć drugi raz, a jak są różne wartości to i trzeci. Ale żeby ocenić swoje ciśnienie, trzeba je pomierzyć przez co najmniej 5 dni, rano i wieczorem, dwa razy za jednym posiedzeniem Czyli dwa razy po dwa razy. Bo jeden pomiar o niczym nie świadczy, taka osoba może być np. zdenerwowana. Ale jak już sobie zmierzymy i wyjdzie ten wynik powyżej 130/90 mmHg, a już zwłaszcza powyżej 140, to na pewno trzeba włączyć alert i sprawdzać. Może nie od razu iść do lekarza, bo w gabinecie lekarskim obowiązują jeszcze trochę wyższe normy, bo tu zawsze dochodzi jeszcze ten stres. Zachęcam jednak do samopomiarów, do tego, aby był w domu aparat, to nie jest do duży koszt, szczególnie jak ktoś choruje dodatkowo, zwłaszcza na choroby układu sercowo-naczyniowego czy cukrzycę.

Mierzymy na prawym czy lewym ramieniu?

Musimy sprawdzić, na którym ramieniu ciśnienie jest wyższe; jak mamy powyżej 20 mm słupa rtęci różnicy, mierzymy zawsze na tym, na którym jest wyższe. Zwykle większość osób ma wyższe ciśnienie na lewej ręce. Dobrze jest jednak najpierw pomierzyć na jednej i drugiej, potem zacząć z drugiej, przejść na pierwszą, aby sprawdzić, czy jest jakaś prawidłowość.

A ciśnieniomierze nadgarstkowe? One są dla wielu osób wygodniejsze.

Ciśnieniomierze nadgarstkowe nie mają walidacji. Jest tam inna zasada mierzenia ciśnienia, to inna tętnica. To są tylko orientacyjne pomiary. Oczywiście, jak osoba starsza nie daje rady mierzyć naramiennie, to lepiej jak mierzy nadgarstkowo niż w ogóle. Ale nie są to aparaty rekomendowane.

Teraz są i zegarki, które mierzą ciśnienie, ale to tylko wartości orientacyjne. Są i takie, co mierzą ekg, i zdarza się, że wychodzą jakieś nieprawidłowości, ale potem się to nie potwierdza.

Dobrze ciśnienie mierzy aparat naramienny, z dobrą walidacją, kupiony w sklepie medycznym czy aptece. Wtedy mamy pewność wyników.

Co jaki czas należy kontrolować sobie ciśnienie?

Wytyczne mówią, aby mierzyć ciśnienie co najmniej raz w roku. Jeśli ktoś jest zdrowy, nie ma chorób dodatkowych, powinien raz-dwa razy do roku samemu w domu ciśnienie zmierzyć. Jeżeli ktoś choruje, zwłaszcza na choroby sercowo-naczyniowe, cukrzycę, ma problemy endokrynologiczne, warto mierzyć ciśnienie częściej.

Czy są jakieś objawy, które mogą sugerować, że mamy podwyższone ciśnienie? Np. bóle głowy?

To bardzo często popełniany błąd, że wiele osób mierzy ciśnienie w momencie, kiedy boli głowa. Dlatego warto mierzyć ciśnienie gdy dobrze się czujemy. Bo gdy mierzymy w momencie bólu głowy, nie wiemy wtedy, czy głowa boli, bo ciśnienie jest wysokie, czy jest ono wysokie, bo boli głowa. Bóle głowy mogą być objawem wysokiego ciśnienia, ale nie muszą. Wysokie ciśnienie czasem objawia się zaburzeniami widzenia, szumami w uszach, napięciem w okolicy potylicznej, rozdrażnieniem, problemami z koncentracją. Ale często nie daje żadnych objawów, i pierwszym objawem może być udar. Mamy takich pacjentów. Dlatego warto mierzyć ciśnienie, nawet jak ktoś się dobrze czuje. Bo nie ma takiego jednego objawu, który wskazuje, że to jest na pewno nadciśnienie.

Spotkałem się z takim poglądem, że osoby z podwyższonym ciśnieniem są bardziej aktywne, mają więcej energii do życia.

Na pewno nie przekłada się to na rzeczywistość. Pacjent może być pobudzony, rozdrażniony i z tego powodu mieć podwyższone ciśnienie, ale nie jest tak, że trzymajmy wysokie ciśnienie, to będziemy mieć więcej energii. Wysokie ciśnienie jest niebezpieczne, daje wiele różnych powikłań. Rzeczywiście, gdy pacjent z wysokim ciśnieniem zaczyna leczenie, może początkowo czuć się senny, mieć mniej energii. Ale to przejściowa sytuacja. Jak organizm się przyzwyczai do tych nowych wartości, normalnie funkcjonuje na niższym ciśnieniu.

Wykonujemy regularne pomiary, obserwujemy, że to ciśnienie jest jednak podwyższone. Jak wygląda wtedy diagnostyka, jakie badania są wykonywane? Czy od razu dostajemy leki, czy na początek wystarczy modyfikacja stylu życia?

Od razu, gdy widzimy, że coś się dzieje, zalecamy modyfikację stylu życia. Jest specjalna dieta DASH, która ma udowodnione działanie obniżające ciśnienie. Jest to dieta zbliżona do śródziemnomorskiej, bogata w warzywa, pełnoziarniste pieczywo, chude mięso, ryby, bez słodyczy. Czyli zdrowa dieta, którą należy wdrożyć, niezależnie od leczenia farmakologicznego. Ale też wdrażana jest diagnostyka w kierunku wtórnego nadciśnienia, czyli innej choroby, która mogłaby sprawić, że mamy podwyższone ciśnienie, mogą to być np. choroby tarczycy, nerek.

Trzeba też sprawdzić, czy to ciśnienie rzeczywiście jest podwyższone. Zakładamy pacjentowi tzw. holter, aby ocenić, jakie jest ono w ciągu dnia i w nocy, podczas snu. Jest np. nadciśnienie maskowane, które jest niższe w ciągu dnia, w gabinecie lekarskim, niż w domu i w nocy. Poszukujemy też ewentualnych powikłań, wykonując badania diagnostyczne jak echo serca, usg jamy brzusznej.

Zaleceniem jest dieta DASH. A co z taką codzienną przyprawą, jak sól? Można jej używać?

Na pewno sól może pogarszać sytuację i zalecenia mówią, by unikać soli, nie dosalać. Wystarczy że mamy jej sporo w produktach przetworzonych. Natomiast jeżeli ktoś ma wydolne nerki, w miarę dobrze się odżywia, ta sól nie jest aż tak groźna. Czasem pacjenci mają nawet za niskie sody. Bo np. piją wodę z kranu, czy przegotowaną, która nie jest mineralizowana, nie zawiera sodu. Dlatego czasem można trochę dosolić. Ale generalnie, jak ktoś ma podwyższone ciśnienie, nie powinien dosalać, ale stosować zamiast tego inne przyprawy.

Jak wygląda leczenie nadciśnienia?

Idziemy obecnie w kierunku preparatów wieloskładnikowych. Zaczynamy leczenie od dwóch leków, w mniejszych dawkach, unikamy powikłań dzięki temu. Staramy się, aby był to preparat wieloskładnikowy, tzw. SPC formula. Pacjent ma jedną tabletkę, składającą się z dwóch kierunków leczenia. Kiedyś dawaliśmy jeden lek, zwiększaliśmy dawkę i gdy nie działał, dołączaliśmy drugi. Teraz mamy zalecenia, że zaczynamy od dwóch składników, najlepiej w jednej tabletce, w małych dawkach. Jeśli po 2-3 miesiącach terapia nie jest zadowalająca, dołączamy trzeci preparat, ale też w jednej tabletce. Pacjenci, którzy się leczą z powodu nadciśnienia powinni domagać się od swoich lekarzy, aby mieć jak najmniej tabletek do łykania.

Bywa tak, że pacjenci mówią, że jak rano mierzą ciśnienie i jest dobre, to znaczy że nie muszą brać tabletki, wieczorem jest już wysokie i wtedy już biorą.

To jest ogromny problem w naszej pracy, że pacjenci zaczynają sami się leczyć. Ja zawsze tłumaczę, że to, że dziś ciśnienie jest dobre, to efekt wczorajszego i przedwczorajszego leczenia, tego, że tabletki były przyjmowane. Dlatego te leki tak samo i dziś powinny być przyjmowane. Nie można decydować o tym, czy mam przyjąć tabletkę czy nie, na podstawie jednego pomiaru ciśnienia. To, że jest ciśnienie prawidłowe, to znaczy że jest się dobrze leczonym. My do tego dążymy, aby pacjent nie musiał codziennie sprawdzać, jakie ma ciśnienie, ale wiedział, że jak raz dziennie rano połknie tabletkę, nie musi przejmować się tym, co będzie wieczorem, bo to ciśnienie powinno być prawidłowe. Taka sytuacja, o której pan

profesor mówił, że rano nie wezmę tabletki, a wieczorem wezmę, bo ciśnienie jest wyższe, powoduje, że ciśnienie się rozreguluje i dopiero powstanie problem.

Co się dzieje, jeśli nie leczymy nadciśnienia?

Spustoszenie jest w całym organizmie. Dlatego, że jak powiedziałam, ciśnienie zapewnia przepływ krwi w całym organizmie i ukrwienie narządów i jeżeli jest nieprawidłowe, może uszkadzać cały organizm. Idąc od góry, może doprowadzać do udarów, czy krwiotocznych czy niedokrwiennych, do miażdżycy tętnic szyjnych czy kończyn dolnych. To zaburzenia widzenia. A także uszkodzenia serca, to liczne choroby: zawały, niewydolność serca, migotanie przedsionków. Może też uszkadzać nerki, co może wiązać się z koniecznością dializ. Miażdżyca tętnic kończyn dolnych może z kolei prowadzić nawet od amputacji. Mówi się, że nadciśnienie to cichy zabójca, bo może nie dawać żadnych objawów, ale nie znaczy, że nie robi spustoszenia i nie daje powikłań.

Była mowa o nadciśnieniu wtórnym. Przy których chorobach warto wzmóc czujność i bardziej kontrolować ciśnienie?

Przy schorzeniach tarczycy – zarówno w niedoczynności, jak i nadczynności, może być nadciśnienie. Także w chorobach nerek, nawet jak nie występuje przy rozpoznaniu, przy postępie choroby u 90 proc. pacjentów nadciśnienie tętnicze się rozwija. W chorobach serca, jak ktoś ma niewydolność, powinien częściej mierzyć ciśnienie. Ale też cukrzyca i choroba otyłościowa, w którą często wpisane jest nadciśnienie tętnicze.

Maj to miesiąc szczególny, w którym bardziej niż zwykle zwracamy uwagę na ciśnienie. Oczywiście nic nie stoi na przeszkodzie, aby je mierzyć też w innych miesiącach. A co się dzieje w maju?

W maju zawsze odbywa się ogólnoświatowa akcja ph. Maj miesiącem mierzenia ciśnienia. Także w Białymstoku 18 maja odbywała się, już po raz 4. akcja, podczas której można było zmierzyć ciśnienie, ale też poziom glukozy, wykonać ekg. I osoby, u których wykrywaliśmy dotąd podczas takich akcji podwyższone ciśnienie, trafiały potem do nas do poradni czy kliniki.

5. Czy trzeba ratować ratownika?

doc. Marzena Wojewódzka-Żelezniakowicz

Gościem prof. Jana Kochanowicza była dr hab. Marzena Wojewódzka-Żelezniakowicz, kierownik SOR w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, podlaski konsultant wojewódzki ds. medycyny ratunkowej, zastępca dyrektora ds. lecznictwa USK w Białymstoku.

Ratownik – kto to jest? To może być strażak, ale też ktoś, kto ukończył studia medyczne o specjalności ratownictwo medyczne, ale też lekarz ze specjalizacją z medycyny ratunkowej. Kto jest kim w systemie ratownictwa medycznego?

System ratownictwa medycznego funkcjonuje w naszym kraju już od 30 lat. W tym systemie pracują lekarze, specjaliści medycyny ratunkowej, po 5-letnich studiach specjalizacyjnych. Zawodem, z którym współpracują lekarze są ratownicy medyczni. Ratownik medyczny ma wykształcenie medyczne, jest po studiach, do niedawna mogły to być tylko 3-letnie studia licencjackie, od ub. roku mogą to też być studia drugiego poziomu czyli 2-letnie studia magisterskie. W systemie też pracują pielęgniarki/pielęgniarze specjaliści pielęgniarstwa ratunkowego. Jest też pewna grupa osób, które nie wykonują zawodu medycznego, ale po kursie kwalifikowanej pierwszej pomocy, zyskują tytuł ratownika – to pracownicy wszelakich służb, jak straż pożarna, policja, straż graniczna.

Jakie są kompetencje ratownika medycznego?

Ratownik medyczny w zależności od tego, czy jest samodzielnym pracownikiem systemu czy działa pod nadzorem lekarza, ma różny zakres kompetencji. Ratownicy medyczni są uprawnieni do samodzielnej pracy w zespołach ratownictwa medycznego (ZRM) czyli w ambulansach, udzielają w tym przypadku medycznych czynności ratunkowych . Tam ratownicy posiadają dość szerokie kompetencje, najwyższe z zawodów medycznych pozalekarskich. Mogą samodzielnie podawać kilkadziesiąt leków, stwierdzać zgon, decydować o podjęciu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych. Te kompetencje są wystarczające do udzielenia pomocy pozaszpitalnej pacjentom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Często słyszę pytanie: dlaczego nie było lekarza w karetce, czy gdyby był, to byłoby inaczej. Ten system został tak stworzony, że ratownik medyczny ma wszelkie kompetencje do podania leków, monitorowania pacjenta, wykonywania różnych procedur medycznych, jak np. intubacja dotchawicza u pacjentów z niewydolnością oddechową, w stanie zatrzymania krążenia, mogą też wykonywać konikopunkcję, kardiowersję elektryczną, defibrylację – czyli zabiegi przywracające prawidłowy rytm serca. Są to kompetencje

wystarczające do samodzielnej pracy w ambulansach, podejmowania decyzji w stanach zagrożenia życia. Kluczową kwestią jest tu nie to, czy w karetce jest lekarz, tylko czas dojazdu do pacjenta. Musi on być wystarczająco krótki. I dyspozytorzy dysponują ambulanse o najkrótszym czasie dotarcia do pacjenta.

Ratownik medyczny jest zawodem „przywiązanym" do ambulansu?

Może też pracować w szpitalu, czy w innej jednostce ochrony zdrowia. Nie jest to zawód medyczny, który może udzielać porad w zakresie lekarskim. To zawód współpracujący z lekarzem, ewentualnie wykonujący samodzielnie czynności w ambulansach.

I to on przyjeżdża do nas, gdy wzywamy pomoc. W jakich sytuacjach powinniśmy korzystać z numeru 112? Bo chyba go trochę nadużywamy, zamiast korzystać z pomocy lekarzy rodzinnych czy poradni specjalistycznych.

W systemie ratownictwa medycznego funkcjonują Centra Powiadamiania Ratunkowego, tzw. CPR, do którego przypisany jest nr 112. Pacjent czy osoba wzywająca pomoc, dzwoniąc pod nr 112 ma kontakt z operatorem tego numeru, który po zebraniu wywiadu przełącza taką osobę do dyspozytora medycznego, który wówczas ocenia, czy do pacjenta wysłać zespół pomocy ratunkowej. W Polsce nadal funkcjonuje też numer 999, który łączy nas bezpośrednio z dyspozytorem medycznym. Omijamy wtedy tą ścieżkę operatora nr 112. Natomiast operator nr 112 i tak odbiera bardzo dużo zgłoszeń, z czego ok. 30-50 proc. jest przekierowywanych do dyspozytora medycznego. Pacjenci, ich rodziny, świadkowie dzwonią w bardzo różnych sytuacjach, ZRM wyjeżdżają bardzo często. Niestety, część telefonów pod nr 112 jest nieuzasadniona. Bardzo często numer 112 jest traktowany niepoważnie, jest nadużywany, to duży problem w skali całego kraju. Często dzwonią np. ludzie pod wpływem alkoholu, padają pytania np. o dyżurne apteki, dyżurne szpitale, a nawet są telefony z zamówieniem pizzy. Często pacjenci traktują ambulanse jako taksówkę, która posłuży do bezpłatnego przewiezienia do szpitala, mają pretensję, że dyspozytor odmówił zadysponowania ambulansu. Ale pamiętajmy, że ZRM jest dedykowany pacjentom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, wymagającym pilnie pomocy medycznej, którzy niejednokrotnie potrzebują pilnie znaleźć się w szpitalu. W krajach skandynawskich, gdzie system ratownictwa i opieki przedszpitalnej działa bardzo dobrze, 80 proc. pacjentów transportowanych na SOR, zostaje w szpitalu, czyli trafiają tam pacjenci rzeczywiście w stanie zagrożenia życia. W naszym kraju jest to 20-30 proc.
ZRM powinny być dysponowane do takich zdarzeń jak bóle w klatce piersiowej, utrata przytomności, zaburzenia świadomości, podejrzenia ostrych stanów neurologicznych od udarów po napady drgawkowe, do pacjentów z nagłym silnym bólem, nie występującym nigdy wcześniej. Także do dzieci w przypadku wysokich gorączek, gdy ta gorączka nie obniża się po podaniu leków. W przypadku dorosłych dyspozytor może udzielić porady pacjentowi – wskazać miejsce, gdzie może się udać, zalecić przyjęcie leku, odczekanie i poprosić o ewentualny ponowny kontakt. Siły i środki ratownictwa medycznego nigdy nie będą wystarczające, aby zabezpieczyć wszystkie potrzeby zdrowotne nie związane z ratowaniem życia.

Czy są jakieś konsekwencje takich beztroskich telefonów, jak pytanie o pizzę?

Niestety, nie ma. Konsekwencją byłoby, gdyby taka osoba stworzyła realne zagrożenie zdrowia innego pacjenta, który może w tym samym czasie wymagać pomocy. Takie osoby są pouczane, ale efekt jest mierny, bo ciągle się to zdarza. Dlatego nie powinno się szukać możliwości karania takich osób, ale przede wszystkim edukować. I uświadamiać społeczeństwa do czego system służy, jak jest potrzebny i jakie konsekwencje zdrowotne mogą ponieść inni ludzie, którzy nie otrzymają pomocy w odpowiednim czasie.

Podsumujmy: z nr 112 korzystamy w sytuacjach nagłych, jak wypadek drogowy, gdzie oprócz pomocy medycznej wskazane jest przybycie straży pożarnej czy policji. Natomiast gdy

jesteśmy w domu, czy miejscu, gdzie tylko my jesteśmy świadkiem incydentu medycznego, korzystamy z nr 999.

Możemy też korzystać z nr 112. Ale korzystanie z nr 999 zwykle upraszcza drogę. Zaletą kontaktu z numerem 112 jest możliwość uzyskania dzwoniąc pod jeden numer pomocy wielu służb, które powiadania operator, co ma znaczenie w zdarzeniach drogowych i wypadkach.

Mamy nagły epizod zdrowotny, dyspozytor podejmuje decyzję, że wysyła ambulans. Jak jak wygląda taki przyjazd?

Dyspozytor przyjmujący przekazuje sygnał o wezwaniu do dyspozytora wysyłającego. Drogę do pacjenta monitoruje dyspozytor wysyłający. Natomiast dyspozytor przyjmujący zgłoszenie może zostać w połączeniu telefonicznym z osobą wzywającą, może ją instruować przez telefon, co powinna robić, zanim dotrze ambulans. Jeśli zachodzi potrzeba resuscytacji, dyspozytor pozostaje w kontakcie ze świadkiem zdarzenia, poucza co powinna robić, często pomaga poprzez odliczanie, utrzymywanie kontaktu słownego. Gdy osoba jest nieprzytomna, jest ryzyko utraty oddechu, pomaga ułożyć ją w pozycji bezpiecznej, pyta czy ta osoba oddycha. Czyli dyspozytor pomaga i ukierunkowuje świadków zdarzenia na określone postępowanie.

Często na dużych osiedlach, gdzie jest dużo domów jednorodzinnych czy bloków, wyglądających podobnie, dyspozytor prosi świadka, aby wyszedł na ulicę główną, wskazał posesję, do której ratownicy muszą dotrzeć. Albo proszą o pomoc w dotarciu, jeśli są objazdy. Takie nakierowanie wpływa na szybkość dotarcia i udzielenia pomocy.

Dyspozytor medyczny to lekarz czy ratownik?

To osoba, która posiada wykształcenie medyczne, może to być ratownik medyczny, może to być pielęgniarka z 5-letnim doświadczeniem w pracy w systemie ratownictwa medycznego.

Przyjeżdża ambulans, ratownicy wykonują czynności i zapada decyzja, że zabierają pacjenta. Gdzie taki pacjent trafia?

W zależności od sytuacji zdrowotnej pacjenta i dostępności szpitali. Kiedyś było przekonanie wśród ZRM, że pacjent powinien być transportowany na najbliższy SOR, niezależnie od tego, jakie schorzenie jest podejrzewane. Teraz pacjent trafia do najbliższego SORu lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego, w zależności od stanu pacjenta. Na przykład jeśli w najbliższym szpitalu nie ma oddziału kardiologii inwazyjnej, a pacjent ma podejrzenie zawału i będzie wymagał pilnej koronarografii i leczenia interwencyjnego, to jedzie do tego szpitala, który posiada pracownię hemodynamiczną. Podobnie pacjent z podejrzeniem udaru – jedzie do szpitala, który ma oddział udarowy. Ale czasem stan pacjenta jest na tyle ciężki, że ryzyko związane z transportem do placówki oddalonej o kilkadziesiąt kilometrów powoduje, że jest transportowany do tego najbliższego szpitala. Kluczowa jest tu zawsze jednostka chorobowa i stan kliniczny pacjenta. Jeśli pozwala on na odleglejszy, celowany transport, powinien być on podejmowany.

Przyjeżdżamy na SOR. I co się dzieje dalej?

Pierwszym miejscem, w którym ratownicy i pacjent stykają się z pracownikami SOR to stanowisko triażu, czyli segregacji medycznej. Tam sprawdzane są parametry życiowe pacjenta, zbierany jest wywiad medyczny w podstawowym zakresie, wówczas dokonywana jest segregacja medyczna, która ma na celu określenie czasu oczekiwania pacjenta na udzielenie pomocy medycznej czyli na kontakt z lekarzem. Ponieważ nie ma takiego SORu czy jednostki w systemie ratownictwa, która byłaby w stanie pomoc wszystkim pacjentom w tym samym czasie, powstały różne system segregacji. W Polsce stosowany jest pięciostopniowy system ESI, który kwalifikuje pacjentów do czasu oczekiwania w zależności od stanu klinicznego i ilości interwencji, których będzie pacjent wymagał. To trudny system triażowy, ale też uwzględniający wiele czynników, wymaga on wiedzy i doświadczenia. Czas oczekiwania

oznaczony jest kolorami. Kolor czerwony oznacza natychmiastowe przyjęcie, pomarańczowy – do 10 minut. To są pacjenci, którzy ten triaż mają wykonywany łącznie z przyjęciem przez lekarza. Pacjent od razu trafia na salę resuscytacyjną czy zabiegową, parametry są oceniane podczas badania przez lekarza. Kolor żółty oznacza godzinę do kontaktu z lekarzem, kolor zielony – do 2 godzin i kolor niebieski – to czas oczekiwania powyżej 4 godzin. Tak naprawdę pacjenci z kolorem niebieskim powinni być częściej kierowani do podstawowej opieki zdrowotnej lub nocnej i świątecznej opieki.

Triaż oznacza czas do pierwszego kontaktu z lekarzem, a nie przebywania na SOR. Pacjenci często denerwują się okresem oczekiwania, na wyniki badań, na diagnostykę. Lekarz potrzebuje czasu na obserwację pacjenta. Często tłumaczymy pacjentom, szczególnie po urazach, że to, że pierwszy obraz tomografii komputerowej jest czysty, nie znaczy, że wszystko jest w porządku. Wiemy, że istnieją późne krwawienia, dotyczy to 10 proc. pacjentów z czystym pierwszym obrazem TK. Pozostawiamy pacjenta na obserwacji, by wykonać kolejne badania przed wypisaniem z SOR. Oczywiście jak stwierdzamy jakiekolwiek nieprawidłowości, kierujemy pacjenta na oddział.

Ten czas jaki pacjent pozostaje na SOR, to czas, w którym lekarz czeka na wyniki badań, na diagnostykę obrazową, być może na kolejne badania. To jest dbanie o bezpieczeństwo pacjentów. Ten czas jest tu bardzo potrzebny.

Na SOR możemy też przyjść sami. W jakich sytuacjach się zgłaszamy, a w jakich powinniśmy to robić?

Mam takie przekonanie i myślę, że zgodzi się z tym personel medyczny pracujący na SOR, że pacjenci zgłaszają się ze wszystkim, z czym tylko mogą. Wypełniamy pewną lukę w systemie ochrony zdrowia, SOR kompensuje pacjentom trudność w dostaniu się do poradni czy lekarza rodzinnego. Pacjenci idą na SOR, aby szybko mieć wyniki badań. Często okazuje się, że to co mówili w czasie triażu, nie do końca jest prawdą, te objawy są zawyżone, po to by uzyskać pomoc medyczną, mieć wykonane określone badania. To sprawia, że pacjenci jeszcze dłużej oczekują. Zgłaszanie się ze schorzeniami przewlekłymi, nie będącymi stanami zagrożenia życia, jak kleszcz, zmiana opatrunku, usunięcie szwów, ból stopy nieurazowy, ale trwający od pół roku, jest nieuzasadnione. SOR nie jest miejscem gdzie ta diagnostyka jest prowadzona. Często pacjenci oczekują wykonania badań w stanach przewlekłych i zdefiniowania choroby. SOR tym się nie zajmuje. Lekarz SORu ma pomóc w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, do diagnostyki przewlekłych schorzeń są dedykowane wszelkie inne instytucje w systemie ochrony zdrowia.

Na SOR nie idziemy po diagnostykę, poradę, ale gdy mamy dziwne, nowe dolegliwości, niepokojące dla pacjenta. Trudno, aby pacjent zawsze umiał sam ocenić swój stan zdrowia, czy jest to zagrożenie zdrowia, ale jak coś jest nowe i nagłe, nie występujące wcześniej, jest to powód by pójść na SOR.

Często pacjenci przychodzą na SOR w nocy ze schorzeniami typu infekcje licząc, że jest wtedy mniejsze obciążenie oddziału ratunkowego, ale tak myśli wiele osób i w związku z tym rośnie kolejka pacjentów również w nocy.

Czyli ze schorzeniami takimi jak ból gardła, ucha czy infekcja lepiej udać się do lekarza rodzinnego w godzinach jego pracy lub do nocnej i świątecznej opieki?

Tak, a jak ten lekarz uzna, że pacjent powinien udać się na SOR, zawsze go tam skieruje.

Mówiła pani na samym początku o kursie kwalifikowanej pierwszej pomocy. Co to takiego jest? Kto powinien go przejść? Czy może jest to kurs dla każdego?

Kurs kwalifikowanej pierwszej pomocy zwany KPP trwa ponad 60 godzin, jest dedykowany funkcjonariuszom tak zwanych jednostek współpracujących z systemem ratownictwa medycznego. On obejmuje zaawansowaną pierwszą pomoc, czyli podstawowe sposoby

udzielania pomocy, do tego określone sprzętowe czynności, związane np. z przyrządowym udrożnieniem dróg oddechowych czy tlenoterapią. Osoby, które pracują w miejscach nie posiadających podstawowego zabezpieczenia sprzętowego, zgodnego z wymaganiami kursu KPP, które posiada np. straż, nie odniosą korzyści z takiego kursu. Takim osobom dedykowany jest kurs pierwszej pomocy, który powinien co 3 lata być powtarzany. Te osoby, które go kończą, rzeczywiście mają większą pewność i swobodę działania przy udzielaniu pierwszej pomocy.

Wiemy już dużo, pozostaje nam czekać na czasy, gdy ratownicy będą bezpieczniejsi. Skąd bierze się agresja pacjentów? Czy takim jesteśmy społeczeństwem, czy może to ratownicy swoim postępowaniem prowokują?

Myślę, że na to pytanie najlepiej odpowiedzą psycholodzy społeczni. Ale często w swoich wystąpieniach publicznych mówią, że wzrasta poziom agresji w społeczeństwie, spowodowany różnymi czynnikami – czy to sytuacją geopolityczną, czy finansową. Tych czynników wpływających na wyższy poziom stresu jest dużo w naszych czasach, co przejawia się narastającą roszczeniowością i dużym ładunkiem agresji wśród pacjentów potrzebujących pomocy. To są też osoby pod wpływem alkoholu, czy środków psychoaktywnych, ale też z zaburzeniami psychicznymi. Ratownicy medyczni jako pierwsza, nieznana jeszcze linia kontaktu z pacjentem, często są narażeni na bezpośredni atak. Dlatego gdy spodziewają się agresywnego zachowania, towarzyszy im policja, ponieważ pierwszą zasadą jest bezpieczeństwo własne, o które trzeba zadbać. Ratownik, musi być bezpieczny, nie może być narażony na konsekwencje różnych zachowań, bo jak mu coś stanie, nikt pacjentowi tej pomocy nie udzieli. Dlatego idea kamer, jest dobrym pomysłem, z jednej zwiększy ich bezpieczeństwo, ale też będzie dowodem w sprawie, skłoni do lepszej współpracy, wyższego poziomu świadczeń, większej kultury zachowania z obu stron. Zdarza się, że miewamy sygnały o niewłaściwym zachowaniu ratowników medycznych, ale to zawsze człowiek. Są osoby, które godnie wykonują swoją pracę, i dają dobre świadectwo i takie, które wykonują go mniej godnie, jak w każdym zawodzie. Ale ratownik medyczny przede wszystkim jest to po, aby pomóc pacjentowi.

Warto też chyba wiedzieć, że ratownicy poza szkoleniami medycznymi przechodzą też kursy samoobrony i w przypadku ataku agresji możemy spotkać się z silnym przeciwnikiem.

Ratownicy muszą przede wszystkim czuć się bezpiecznie w swojej pracy. Ich celem nie powinno być zmaganie się z przemocą, ale jak najszybsze udzielenie pomocy.

6. Suplement suplementowi nie równy

doc. Anna Puścion – Jakubik

Gościem prof. Jana Kochanowicza była doc. Anna Puścion-Jakubik z Zakładu Bromatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Wszystkie media: telewizja, radio, gazety, ale jeszcze bardziej media internetowe, aż kipią od różnych reklam, które radzą, aby kupić sobie taki czy inny środek, dzięki któremu będziemy piękni i zdrowi. Jak mamy w tej sytuacji się odnaleźć, co nabyć, aby sobie nie zaszkodzić?

Co to są suplementy diety?

Zgodnie z definicją suplementy diety są produktami spożywczymi. Jeśli chodzi o ich skład, znajdziemy w nich m.in. witaminy, składniki mineralne, ale też szereg innych substancji, są to tzw. substancje inne, wykazujące efekt odżywczy lub tzw. inny fizjologiczny. To jest taka bardzo otwarta furtka, aby rejestrować mnóstwo preparatów o tej kategorii. Suplementy diety są w formie umożliwiającej dawkowanie, czyli przypominającej leki, jak tabletki, kapsułki, żelki, proszki. Suplementy diety są bardzo popularne, zwłaszcza w ostatnich latach. Co jakiś czas mamy boom na jakieś produkty, kiedyś był na witaminę C, potem popularne były probiotyki, teraz mamy ogromne zainteresowanie kolagenem czy różnego rodzaju adaptogenami.

Kolagen to chyba ma pomóc, gdy dokuczają stawy?

Są różne typy kolagenu: takie, które mają wspomóc funkcjonowanie stawów, ale też w formie nutrikosmetyków, które mają wpływ na wygląd włosów, skóry i paznokci. A kto z nas nie chciałby być piękny, młody i w dobrej kondycji przez wiele lat.

A czy suplementujemy inne środki, jak selen czy jod? Bo jesteśmy terenem ubogim w jod, sól jest wprawdzie jodowana, ale z drugiej strony zaleca się, aby jej mniej używać, bo szkodzi nerkom, powoduje choroby serca, nadciśnienie. Czy jod jest też w suplementach?

Tego typu pierwiastki jak selen czy jod są obecne są w suplementach diety, jedno i wieloskładnikowych preparatach. Najwłaściwszą zasadą przy wyborze suplementacji jest dobór takich preparatów, które zawierają to, czego nam brakuje. Dlatego powinno się najpierw wykonać badania laboratoryjne, które wykażą czy mamy niedobór jakiegoś składnika, i jeśli tak – wtedy odpowiednio dobrana suplementacja dobrymi jakościowo preparatami byłaby idealnym rozwiązaniem.

Ciężko rekomendować konkretne składniki mineralne całej populacji. W mojej praktyce w aptece chyba nigdy nie miałam pacjenta, któremu sama z siebie poleciłabym preparat z selenem, bo to pierwiastek o dwóch twarzach, można mieć objawy niedoboru, ale z drugiej, jak przyjmujemy selen długofalowo, wysokimi dawkami, możemy mieć skutki przedawkowania.

Z naszych poprzednich audycji wiemy zresztą, że wystarczą 2-3 orzechy brazylijskie dziennie, aby pokryć dobowe zapotrzebowanie na selen, także może nie ma potrzeby jego suplementowania w inny sposób. Ale wracając do suplementów – witaminy, minerały, co jeszcze w nich się znajduje?

Ustawodawca dał taką furtkę, przez którą na rynek mogą trafiać różne składniki, oprócz określonych w rozporządzeniu 13 witamin i 17 składników mineralnych, to np. surowce pszczele, jak ekstrakt z propolisu czy miód; ekstrakty roślinne, pochodzące z roślin rodzimych, ale i zagranicznych, jak żeń-szeń, rhodiola, skrzyp polny. Mogą w nich być też kwasy omega 3.

Mamy też preparaty probiotyczne, czyli dobra flora bakteryjna, podłoże do namnażania drobnoustrojów. Jeśli chodzi o składy tych preparatów, to jest bardzo rozwijająca się gałąź.

Suplementów pojawia się bardzo dużo na rynku. Przeprowadzono analizy w latach 2017-20 i okazało się że do GIS zgłoszono ponad 63 tys. powiadomień o chęci wprowadzenia nowych suplementów diety. Czyli to średnio ponad 60 różnych suplementów zgłaszanych każdego dnia. A ile my jesteśmy w stanie wymienić suplementów diety z pamięci – może kilka, kilkanaście, tymczasem producenci wprowadzają ich na rynek nawet kilkadziesiąt każdego dnia.

Ale chyba muszą powstawać nowe preparaty. W przypadku probiotyków pamiętam, że kiedyś były zapakowane oddzielne, w szklane fiolki, które trzeba było łamać jak zastrzyk, aby naszą florę podnieść po infekcjach czy antybiotykoterapii. Teraz możemy je spożywać w formie tabletki, czyli jest dużo prościej.

Te preparaty, o których pan wspomina, nadal są w asortymencie aptek, ale oczywiście zmierza się do tego, aby forma podania była przyjemna dla pacjenta, są dodatki smakowe, zapachowe. Są preparaty probiotyczne, które można przechowywać w temperaturze pokojowej, ale i takie, które mogą być tylko w lodówce.

Suplementy diety możemy kupić zarówno w aptece jak i sklepie.

Rynek suplementów diety bardzo się rozwinął. W asortymencie aptek jest ich bardzo dużo. Kiedyś sprawdzałam i było to ponad 15 proc. preparatów sprzedawanych jednego dnia w aptece, a do apteki zwykle chodzimy po leki: te na receptę, czy na ból lub gorączkę. Suplementy diety nie mają działania leczniczego, tylko wspomagające, odżywcze.

Suplementy możemy kupić w drogeriach, kioskach, sklepach, rynek internetowej sprzedaży też bardzo się rozwija. Ale apteka jest najlepszym miejscem do takich zakupów, bo kontrolujemy w niej warunki przechowywania, czyli temperaturę i wilgotność powietrza.

Ale też farmaceuta zawsze może doradzić, co dobrać, żeby suplement zadziałał i nie było np. interakcji z przepisanymi lekami.

Zawsze można dopytać farmaceutę, ale i dietetyków czy lekarzy, aby nie było interakcji podczas suplementacji.

Kto najczęściej sięga po suplementy diety?

Tak naprawdę bardzo różne grupy pacjentów, zarówno osoby starsze, jak w wieku dojrzałym, niekiedy też rodzice sięgają po preparaty dla dzieci po ukończonym 3 roku życia. Statystyki wskazują, że najczęściej sięgamy po preparaty mineralne, najczęściej magnez, ze względu na to, że często sami stwierdzamy u siebie objawy jego niedoboru. Aczkolwiek, jak wspominałam,

suplementacja powinna być prowadzona po potwierdzeniu tego niedoboru. Inne popularne preparaty to te wspomagające odporność: ekstrakty roślinne, kwasy omega 3, probiotyki. Często po suplementy sięgają osoby chcące zredukować masę ciała. Jest to dobre, jeśli są one traktowane jako preparaty wspomagające, dodatek do zmiany nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej. Ale warto wspomnieć, że wiele suplementów znajduje się tu też na rynku pozaaptecznym i nie są odpowiednio kontrolowane.

Dodam, że w Polsce funkcjonuje zespół ds. suplementów diety, który opiniuje jakie witaminy, minerały, surowce roślinne i w jakich dawkach mogą być w suplementach diety,

Wspomniała pani, że magnez to taki hit sprzedażowy, zwłaszcza w połączeniu z witaminą B6. Dlaczego tak jest?

Magnez jest popularny, bo często jest rekomendowany przy zmęczeniu, znużeniu, nadmiernym stresie, a kto z nas tego nie doświadcza. Magnez powinien być stosowany w połączeniu z witaminą B6, bo wtedy wpływa to korzystnie na jego wchłanianie. Część pacjentów, np. onkologicznych, nie może zażywać witaminy B6, stąd na rynku są też preparaty zawierające sam magnez. On też występuje w różnych formach chemicznych, to bardzo istotne przy wyborze dobrego preparatu. Te organiczne, jak mleczany, cytryniany, chelaty są lepiej przyswajalne. Ale na rynku mamy też tlenki magnezu.

Zawsze lepiej też wybrać preparat w formie leku, a jeśli w takiej formie nie występuje, to taki, który jest dobrze przyswajalny, aby mieć korzyści z jego przyjmowania.

Nie lubię tabletek, czy wystarczy właściwe odżywianie, zbilansowana dieta, czy jednak muszę sięgać po suplementy?

W idealnym świecie nie powinniśmy sięgać po takie produkty, nasza dieta powinna być wystarczająca. I czasem mówimy pacjentowi, że nie musi stosować jakiegoś preparatu.

Są jednak grupy osób, które powinny sięgać po suplementacje. To np. panie w ciąży i karmiące, które mają w tym szczególnym okresie większe zapotrzebowanie na różne składniki. To także populacje osób starszych, u których często dieta jest monotonna, albo mają trudności z przyjmowaniem pokarmów.

Czy takie łykanie suplementów jest w ogóle bezpieczne?

Zagrożenia mogą wynikać z tych składników, które są deklarowane w suplementach diety i tych, które nie są deklarowane na etykiecie, a się w nich znajdują. Zgodnie z wytycznymi, mamy takie widełki dotyczące tego, ile substancji może zawierać suplement diety. Np. w przypadku witamin jest to zakres od minus 20 do plus 50 proc. deklarowanej zawartości. Czyli np. witamina c1000 może mieć zawartość 810 mg i 1490 mg, i jest to zgodne z tymi dopuszczalnymi widełkami. A pacjenci przy długotrwałym stosowaniu czy niezgodnym z zaleceniami, mogą narażać się na nadmierne spożycie wybranych składników. Z badań, jakie wykonywaliśmy w Zakładzie Bromatologii UMB wynika, że w suplementach diety mamy dużo nieprawidłowości, jest albo za mało, albo za dużo danego składnika, mimo że widełki i tak są tu mało restrykcyjne.

W suplementach mogą też występować zanieczyszczenia pierwiastkami toksycznymi, np. rtęcią, chociażby w popularnych tranach, dostarczających nam kwasów omega 3. Są też normy na zawartość pierwiastków toksycznych w suplementach diety.

Czy ta zawartość pierwiastków toksycznych jest związana z zanieczyszczeniem środowiska i tym, że ryby wchłaniają te zanieczyszczenia, które my do tych wód wydalamy?

Niestety, tak to wygląda. Te zanieczyszczenia wynikają i z samego surowca, i z procesów technologicznych. Warto tu jeszcze wspomnieć, że są wyraźne różnice między suplementami diety a lekami. Leki muszą spełniać odpowiednie wymagania jakościowe, muszą być zaplanowane i przeprowadzone badania dotyczące bezpieczeństwa i skuteczności, które

trwają nieraz latami, a w przypadku suplementów – nie. Wystarczy dobry pomysł odpowiadający na potrzeby społeczeństwa, zlecenie produkcji, zgłoszenie do instytucji nadzorującej rynek suplementów i już można wprowadzić preparat do obrotu.

Jakich błędów nie popełniać podczas kupowania suplementów diety?

Często jesteśmy podatni na działania marketingowe, które próbują nam wskazać, jakich składników nam brakuje. Ale ta suplementacja powinna być celowana, dopasowana do pacjenta, odpowiadająca na jego potrzeby. Nie powinniśmy ulegać marketingowym działaniom. Często też przyjmujemy zbyt duże ilości suplementów, czyli przyjmujemy nie jedną zalecaną tabletkę, ale więcej, bo uważamy że np. mamy większą masę ciała czy niedobory i przyjmujemy wyższe dawki. Trzeba też pamiętać o interakcjach. W aptekach nowym trendem jest idea opieki farmaceutycznej, czyli takiego pogłębionego wywiadu z pacjentem, aby sprawdzić, jakie preparaty przyjmuje, też te sprzedawane bez recepty, suplementy diety czy zioła.

Zioła kiedyś były naturalnym środkiem leczniczym, one zawierają w swoim składzie szereg silnych substancji leczniczych, i przyjmując je bez wiedzy medycznej możemy narażać się na interakcje z lekami. Dlatego dobrym pomysłem jest skorzystanie z porady farmaceuty.

Zgadza się. Są pacjenci przyjmujący nawet po kilkanaście czy ponad 20 różnego rodzaju preparatów, z tego część jest leczniczych, stosowanych w poważnych jednostkach chorobowych, a dodatkowo takich zawierających ekstrakty roślinne, które mogą wchodzić w interakcje. Przykładowo pacjenci z niską krzepliwością krwi to grupa, która powinna ostrożnie włączać dodatkowe preparaty. Np. miłorząb japoński wpływa na krzepliwość i przy chęci poprawy pamięci czy koncentracji, musi być z dużą ostrożnością przez pacjentów stosowany.

Na co zwracać uwagę, aby wybrać ten suplement, który przyniesie nam korzyści, a jeśli nie pomoże, to też nie zaszkodzi.

Warto zwracać uwagę na skład dopasowany do naszych potrzeb. Czyli jak mamy potwierdzone laboratoryjnie np. niedobory witaminy D3, to jest moment, gdy można sięgać po konkretne preparaty. W kategorii witaminy D3 mamy akurat zarówno preparaty lecznicze jak i suplementy diety. Jak wspominałam, w takim przypadku lepiej sięgnąć po lek.

Warto też zwrócić uwagę, jaki procent referencyjnej wartości spożycia (RWS) dostarcza nam dany preparat. Są takie, które dostarczają to określone minimum czyli 15 proc. Warto też zwracać uwagę na dodatki technologiczne, jak np. laktozę, co jest ważne dla osób mających nietolerancję laktozy. Mamy na rynku preparaty, które zawierają po kilkanaście dodatków technologicznych, są i takiej które jeden, np. substancję przeciwzbrylającą.

Istnieje trend poszukiwania nowych surowców, które mogłyby korzystnie wpłynąć na funkcjonowanie organizmu. Zgodnie z definicją, suplementy diety mają uzupełniać naszą codzienną dietę w wartości odżywcze, tymczasem można w nich niekiedy znaleźć surowce, które nie występują w naszym rejonie geograficznym i nie zawsze wiemy, jak zareagujemy na obce składniki.

Przy wyborze preparatu roślinnego, warto natomiast zwrócić uwagę, czy zastosowany został sam surowiec np. sproszkowany czy surowiec standaryzowany, bo to wyższa jakość. Standaryzacja jest takim procesem, który pozwala oznaczyć zawartość danego składnika w danym surowcu i tak ujednolicić, aby ta zawartość była powtarzalna w różnych partiach.

Warto mieć swojego zaufanego farmaceutę, czy lekarza, który spojrzy całościowo na to co przyjmuje pacjent i dobrze nim się zaopiekuje.

To jeszcze takie pytanie: miód naturalny czy w formie tabletek?

Uwielbiam miód w każdej postaci i jak najbardziej, gdy mamy do wyboru, sięgamy po ten w formie naturalnej.

7. Tylko nie do psychiatry

prof. Napoleon Waszkiewicz

Gościem prof. Kochanowicza podczas ostatniej audycji był prof. Napoleon Waszkiewicz, kierownik Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Generalnie boimy się psychiatry, źle się nam kojarzy. Jako neurolog wiem, że bardzo często ludzie z zaburzeniami emocjonalnymi szukają pomocy u neurologa, bo to brzmi tak mniej strasznie. A leczenie u psychiatry stygmatyzuje. Jak to z punktu widzenia specjalisty psychiatrii wygląda?

Jeszcze wciąż mnie to zadziwia, że to może stygmatyzować, bo badania wskazują na to, że do 75. roku życia minimum 50% z nas będzie miało jakieś zaburzenie psychiczne. Więc połowa populacji. To tak, jakbyśmy trochę siebie stygmatyzowali. Oczywiście, wciąż jeszcze są osoby, które będą chciały jednak zamiast do psychiatry pójść do neurologa. Moja żona jest neurologiem i do niej często przychodzą osoby z różnymi problemami, by porozmawiać. I które odsyła do tego właściwego specjalisty. Ale też trochę już jest mniej takiego podejścia, żeby omijać psychiatrę. Niemniej rozumiem, że zwłaszcza mężczyźni boją się rozmawiać o emocjach. Kobiety częściej chorują na zaburzenia emocjonalne, lękowe, a mężczyźni częściej uciekają w różne rzeczy.

Czyli uzależnienia, które później też wymagają pomocy specjalisty.

Tak i trzeba wrócić jednak do tych emocji, z powodu których ta osoba sięgała po różne środki psychoaktywne, żeby sobie jakoś pomóc poprawić samopoczucie. To trochę ślepa droga, dlatego że później te problemy emocjonalne są jeszcze większe, po używaniu alkoholu czy różnych stymulantów. I ta osoba i tak wcześniej czy później trafi do psychiatry.

A jak to wygląda w innych krajach? Pamiętam kiedyś te zachodnie filmy, gdzie była prezentowana wizyta u psychoanalityka i ta słynna kozetka. To było takie oswajanie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

Ta kozetka to był też taki stan faktyczny. Ale wciąż są psychoterapeuci, analitycy, a więc psychoanaliza, która przebiega z kozetką i w Białymstoku, i w Polsce, i na całym świecie. To się jeszcze odbywa. Natomiast już się bardziej zwraca uwagę, nie na sam wygląd tego wszystkiego, tylko na to, co się robi. Jest teraz taki wymóg społeczny, żeby było trochę krócej, trochę lepiej, trochę szybciej. W związku z tym np. w psychoterapii niektóre metody psychodynamiczne

przeszły w krótkoterminowe terapie, żeby szybciej działać. Mamy np. psychodeliczne psychoterapie, w których są podawane psychodeliki, żeby dana osoba mogła szybciej przerobić pewne tematy, żeby z mniejszym strachem, poczuciem zagrożenia, wrócić do przeszłości.
Natomiast kto drogi skraca, czasami do domu nie wraca…

Właśnie chciałem zwróć uwagę, że żyjemy coraz szybciej, często sami siebie też nakręcamy. Jak nie odbieramy telefonu, to po 2 dzwonkach już jest SMS z pytaniem, co się stało? Gdy kilkanaście lat temu rzeczą naturalną było, że wyjeżdżało się z domu do pracy, wracało po 8 godzinach i raczej nie było powodów do tego, żeby w międzyczasie się niepokoić.

W tej chwili mamy 60 milionów smartfonów w Polsce, a 38 milionów obywateli. To tak mniej więcej 1,5 telefonu na jedną osobę. Jest nawet zjawisko takie – nomofobia, że jak nie mam telefonu przy sobie, to co to będzie, jak ktoś dzwonił. Że to może będzie nieuprzejmość, bo natychmiast nie oddzwoniłem. Nie bierze się pod uwagę tego, że czasami się wyłącza telefon, jeżeli wykonuje się jakieś swoje obowiązki. To też jak z internetem, mediami społecznościowymi – jak codziennie nie zajrzę, to tak jakby mnie trochę nie było. Czyli takie opieranie swojego ego o kontakt wirtualny, a kontakt wirtualny jest zawsze uboższym kontaktem emocjonalnym, dlatego, że to jest tak jak dwuwymiarowe kino. Różni się to od życia, bo w życiu widzimy na wiele wymiarów. Kontakt na żywo, przyjście, porozmawianie, to jest o wiele więcej bodźców, niż przy kontakcie wirtualnym, inaczej przeżywa się tego typu rozmowy.

Trwa obecnie dyskusja, aby zakazać smartfonów i innych tego typu urządzeń w szkołach. Bo najczęściej widzimy taki obrazek: przerwa, młodzież siedzi na jednej ławeczce obok siebie i nikt z nikim nie rozmawia, tylko każdy trzyma jeden lub dwa smartfony i tak się kontaktują. Czym to może skutkować?

Tym, że w realnym życiu ciężko nam będzie tak naprawdę spojrzeć komuś w oczy, odpowiedzieć, popatrzeć, uśmiechnąć się. Dlatego, że przyzwyczajamy się do tego dwuwymiarowego życia. Czyli mamy cały czas zajęty, mamy poczucie kontroli, albo raczej nam się wydaje, że wiele rzeczy kontrolujemy, ale im bardziej chcemy coś kontrolować, to czasami to dużo gorzej wychodzi. Zresztą można zauważyć w społeczeństwie, że jak są osoby wysoko kontrolujące wszystko, to ludzie jednak odejdą od nich w pewnym momencie, bo to zabiera też inwencję tym innym osobom.
W takim realu najtrudniej jest posiedzieć ze sobą, porozmawiać. Jeżeli byśmy ograniczyli się tylko do takiego życia wirtualnego, to mamy duże zagrożenie depresją, bo to nam daje bardzo niekolorowe życie, mimo że widzimy kolorowe obrazki. Ale nie odczuwamy tego wszystkiego w odpowiedni sposób, nie aktywujemy swojego mózgu w wystarczający sposób, bo to jest dwuwymiarowe tylko, jest za mało bodźców. Były nawet takie prace badawcze na temat tego, czy w szkole lepiej pisać ręcznie czy na komputerach. Okazuje się, że te dwa wymiary w pisaniu komputerowym dają gorsze rozumienie tekstu, gorsze czytanie. Nam się wydaje, że my tego nie widzimy, ale tak naprawdę to pochylenie, ten charakter ręcznego pisma, daje nam dużo i w tym momencie dużo więcej zostaje nam w głowie. Były też takie badania studentów, którzy na wykładach notowali wszystko w komputerach, a nie ręcznie, to był całkowicie inny poziom zapamiętywania. To dlatego, że my zapamiętujemy to, co wiąże nas z emocjami. Jeżeli ograniczamy ilość bodźców, to daje tak naprawdę gorsze pamiętanie. I tak samo jest z tymi telefonami. Rozmowa bezpośrednia zawsze da nam inny poziom emocji, taka wirtualna rozmowa będzie zawsze ograniczona.

Czyli zakaz używania smartfonów w szkołach to dobry kierunek?

Myślę, że bardzo ciekawy, i mam nadzieję, że dobry też.

Ja ucząc się i studiując nie miałem telefonu. W tej chwili jest to narzędzie pracy, takie codzienne. Czy pozbawienie młodzieży smartfona w szkole nie zuboży ich, nie pogorszy ich edukacji?

Na pewno ubogaci w pewien sposób. Ale też jestem zdania, że warto coś zbadać, zanim się powie. Wiele rzeczy nie ma na pewno. Ja tak 99,9% daje na to, że ten kierunek byłby dobry, jeżeli młodzież by się po prostu ze sobą bardziej kontaktowała, niż przez telefon. To jest naturalne moje odczucie jako człowieka, nie tylko jako specjalisty. Oczywiście wiem, że od tego nie uciekniemy, wszystko teraz mamy w telefonach, i młodzież będzie ich pewnie coraz częściej używać chociażby na uczelni czy ucząc się. Ale jeśli będzie zakaz w szkołach, będzie to bardzo ciekawe i myślę, że na pewno dobrze zrobi zdrowiu młodzieży.

Wracając do tematu naszego spotkania. W jakich sytuacjach powinniśmy zwrócić się do psychiatry albo do psychologa? Kto powinien na pewno zasięgnąć takiej pomocy specjalisty?

Myślę, że taka osoba, która ma wątpliwość, czy coś się z nią dzieje. Bardzo dużo osób zachodzi do mnie i mówi, że sobie nie radzi w swojej rodzinie, najgorzej funkcjonuje z całej rodziny. Później okazuje się, że w sumie to najlepiej, bo wyraża swoje emocje, buntuje się przeciwko różnym takim przekrzywieniom rzeczywistości. Uruchamia swoje mechanizmy obronne. I wychodzą ode mnie z takim poczuciem, że wszystko jest w porządku, nie ma nic niepokojącego. Czyli jeżeli mamy wątpliwość, to warto zajść. Tu nie ma tak, że dostanie się od razu lek. I to nie jest tak, że jak przyjdę, to od razu dostanę jakąś łatkę i na pewno coś ze mną jest nie tak.

I nie daj Boże jeszcze ktoś zauważy, że byłem u psychiatry albo się dowie i wtedy już jestem wystygmatyzowany na całe życie.

Tak, ale coraz mniej widać taką stygmatyzację. Zresztą coraz większa jest świadomość społeczna, że tak naprawdę stygmatyzowalibyśmy co drugą osobę z nas, więc siebie samego też na pewnym etapie. I dlatego jest większa dopuszczalność, coraz więcej mówimy o tej diagnostyce. I jeżeli zaczniemy gorzej funkcjonować, widzimy, że źle śpimy, coś się z nami dzieje, nie radzimy sobie ze stresem czy czymś w domu, zawodowo czy w szkole, w relacjach, jesteśmy bardziej drażliwi, warto przyjść, zapytać, co się z nami dzieje. Może się okazać, że po prostu jest taki moment, że w danej sytuacji to jest naturalne, że w tym momencie można tolerować gorzej te obowiązki, które były wcześniej, może być bardziej ciężko. I można dostać wsparcie po prostu, a niekoniecznie od razu leki.

Jak wygląda wizyta w gabinecie psychiatry? Ustaliliśmy, że kozetka nie jest obowiązkowa. U neurologa takim atrybutem badania jest młotek neurologiczny, internista bez słuchawek nie osłucha serca, nie osłucha płuc. Jak taka wizyta u psychiatry wygląda?

Jest to rozmowa. Wiele osób nie wie, jak pierwszy raz trafia do psychiatry, o czym ma mówić. To jest już dobry początek, bo to znaczy, że już ten kontakt jest. Ale przeważnie, jak ktoś się zdecyduje na wizytę, to też pewne przemyślenia już ma i ten kontakt jest bardzo szybko nawiązywany. Badanie medyczne też bardzo często się odbywa. Zresztą my jako lekarze musimy też badać, bo jeżeli są np. jakieś problemy z sercem, np. zaburzenia rytmu, musimy tym się też zająć. My też zlecamy dużo badań, sprawdzamy, co się dzieje, czy to tak naprawdę nie jest jakaś infekcja, bo ktoś może czuć się depresyjny po zwykłej infekcji wirusowej. Pytamy też zawsze, na jakie choroby jeszcze dana osoba choruje, jakie bierze leki, osłuchujemy, badamy ciśnienie. To są podstawowe badania. Badanie neurologiczne też wchodzi w grę, gdy widzimy taką potrzebę.

Najczęściej największa wątpliwość pacjentów, zresztą pan profesor też już o tym wspomniał, jest taka, że zgłaszając się do psychiatry, dostaniemy tabletki i te tabletki będziemy musieli przyjmować do końca życia. Uzależnimy się od nich i bez nich już nasze życie nie będzie takie jak wcześniej. To jest lęk, który towarzyszy wielu pacjentom. Jak jest naprawdę?

Jakby to były poszczególne pytania, to na wszystkie byłaby odpowiedź: nie. Bo nie do końca życia, bo to zależy od schorzenia, od tego, co się dzieje. Czasami pacjenci przychodzą i mówią, że nie radzą sobie z jakąś trudną sytuacją w rodzinie. Później jest już lepiej i pada pytanie kiedy będę mógł odstawić leki, a ja wtedy pytam: a ile czasu będziecie jeszcze się wadzić w tej

rodzinie? To tuż po tym, jak skończycie, można będzie odstawić leki. Bo jeżeli nic z tym nie zrobię, nie pójdę do terapeuty i ta przyczyna problemu nie ustaje, to trudno przewidzieć, kiedy leki nie będą potrzebne. To tak jakby ktoś przyszedł do neurologa z bólami głowy, a ktoś z tyłu stał i stukał go stale młotkiem w głowę. Najpierw trzeba odstawić tego stukacza młotkiem, później zajmiemy się bólem, jeżeli się utrzyma. I tak samo jest u psychiatry. Najpierw patrzymy na przyczynę, bo czasami przewlekły stres powoduje objawy depresyjne lub psychozy. Są takie zalecenia, że na przykład depresje leczy się pół roku, a jeżeli jest to depresja przewlekła, nasilona, z myślami samobójczymi, z psychotycznością albo u osób starszych, to leczymy minimum 2 lata. Zalecenia mamy, ale rozsądek tu jest najważniejszy, to nie jest na całe życie. Też nie damy wiadra leków tylko na to, że pacjent ma sytuację bardzo stresową i nie rozwiązuje tego, czyli nie dyskutuje o tym, co można z tym zrobić i nie idzie na terapię. Ja zawsze zalecam, aby coś zrobić z tym stresującym czynnikiem, a wtedy ewentualnie podejmiemy dalsze kroki odnośnie odstawiania leków. Bo też jak ktoś pójdzie na terapię i odstawi leki, będzie się gorzej czuł za chwilę, stres będzie w dalszym ciągu ogromny, to nie skorzysta też i z tej terapii.

A jak wygląda leczenie? Farmakologia, psychoterapia – czy one są stosowane razem czy oddzielnie?

To nie tylko te dwie metody, mamy też metody fizykalne leczenia jak przezczaszkową stymulację magnetyczną, elektrowstrząsy – to jest zresztą jedna z najbezpieczniejszych metod, bo już po 1-2 min. pacjent się wybudza i jest po zabiegu; mamy powierzchowną stymulację, stymulację nerwu błędnego, naświetlanie lampami, np. w czasie depresji sezonowej. Leki są podstawową metodą, bo one rzeczywiście mają ogromną skuteczność, porównując do wszystkich gałęzi medycyny. Ale psychoterapia musi iść razem, plus ewentualnie metody fizykalne, na przykład falą elektromagnetyczną, bo mózg działa – nawet bardziej niż serce – na podstawie elektrycznej, bo neurony to jest przekaźnictwo elektryczne. Nikogo nie dziwi jak się używa kardiowersji, żeby uporządkować pracę serca, a dokładnie tak samo w mózgu też porządkuje się pracę komórek nerwowych.

Komputer też czasami musimy zresetować, żeby się mu tam wszystkie rzeczy poporządkowały.

To taki sposób informatyczny: wyłączamy komputer i włączamy. I się naprawia. I jest podobnie z mózgiem. My używamy tych fal elektromagnetycznych, żeby poprawić nastrój, ale czasami na przykład jak włączamy małą częstotliwość fal, to wyhamujemy jedną prawą półkulę, żeby ta lewa mogła mieć swoje przewodnictwo i w związku z tym uspokajają się na przykład natrętne myśli i czynności w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych. Bardzo dużo takich metod używamy i one są naprawdę pomocne.

W emocjach dużą rolę odgrywają czynniki somatyczne. Lęk, niepokój, stres, to też zaburzenia rytmu serca. Czy jest tu związek?

Bardzo duży. Jak mamy stres, to od razu na wszystkie narządy to działa. Część osób na przykład ma egzamin i od razu kilka razy wychodzi do toalety, żeby jakoś poradzić sobie z parciem na mocz, a u innych od razu perystaltyka się zmienia. W sercu to samo – przyspiesza rytm, łatwiej o zaburzenia rytmu. Sam stres jest zaburzeniem wydzielania naszych hormonów z podwzgórza, z przysadki, z nadnerczy. W przypadku przewlekłego stresu ma to wpływ na każdy narząd. O ile taki lekki stres mobilizuje trochę organizm, to ten nasilony, przewlekły jest destrukcyjny i z czasem albo odwiedzimy wszystkie specjalności medyczne albo nauczymy się radzić sobie z tym stresem. Ja często mówię, że gdy dajemy lek redukujący działanie stresu na organizm, to tak naprawdę być może to jest profilaktyka innych schorzeń.

Jakie objawy, które sami odczuwamy, albo widzimy u osób bliskich, są taką czerwoną flagą bezwzględnie nakazującą wizytę u psychiatry? Czy są takie sytuacje, które wskazują na konieczność uzyskania pomocy?

Jeżeli ktoś mówi, że nie chce mu się żyć, że wolałby nie żyć, to jest ta czerwona flaga, która zawsze mówi, że trzeba się udać po pomoc. Bo za tym stoi bardzo dużo przyczyn, osobistych, ale też choćby zwykłych somatycznych objawów depresji, typu brak energii, problemy ze spaniem, brak apetytu, osłabienie. I trzeba coś z tym zrobić. Do odwiedzenia specjalisty powinny też skłaniać objawy psychotyczne, np. że ktoś uważa, że coś się dzieje, ktoś go prześladuje, są jakieś dziwne zapachy, ktoś truje. Ale to też niekoniecznie psychiatra, bo i neurolog może tu pomóc. Czasami trafiają do nas pacjenci z różnymi dziwnymi objawami, a się okazuje, że to mogą być poważne procesy, np. proces nowotworowy. Brak chęci do życia może odczuwać np. osłabiona starsza osoba, która ma coraz mniej energii, a u której gdzieś rozwija się nowotwór. Czasem o pomoc psychiatry warto poprosić, gdy ktoś odczuwa różne somatyczne objawy i chodzi od lat po lekarzach, próbuje u siebie coś znaleźć, diagnozuje się, a problem nie znika.

Najczęstsze schorzenie, z którymi pacjenci zgłaszają się do specjalisty psychiatrii to depresja?

Zaraz po schorzeniach tzw. nerwicowo-lękowych, bo to jest zawsze na pierwszym miejscu. Połowa trudności psychicznych to są te nerwicowo-lękowe, np. napady lęku panicznego czy uogólniony lęk, fobie. Ale depresja jest również niezwykle częsta. W ciągu roku mówi się, że dotyka 7-10% społeczeństwa, w ciągu życia od kilkunastu do 25% populacji, więc dosyć dużo. Zaburzenia snu są na trzecim miejscu, później problemy z uzależnieniem. Ale to też zależy od populacji, bo u dzieci na przykład częste są problemy z nadruchliwością, z deficytem uwagi. Teraz dużo diagnostyki jest także z powodu podejrzenia spektrum autyzmu, ale ja też często uspokajam, że czasami to jest tak zwana obrona autystyczna dziecka. Czyli to dziecko zamyka się troszkę w sobie, bo mu trudno z czymś, na przykład tym co się dzieje w rodzinie, odczuwa trudne emocje, ma lęk społeczny. Potem przychodzi taki młody człowiek do mnie i jest w świetnym kontakcie i mówi: bo ja już mam ich dosyć, ja już nie rozmawiam z nimi. Albo nie patrzy w oczy. Ja pytam dlaczego. Bo się boję ludzi, mam lęki od jakiegoś czasu, mam problemy jak się odezwać, co zrobić. To wynika z lęku i to jest tak zwana obrona, natomiast bardzo często jest diagnozowane jako tzw. spektrum autyzmu. Ja zachęcam do tego, żeby diagnozować, ale też, żeby spróbować porozmawiać z czym to się może u tego młodego człowieka wiązać.

Wspomniał pan o uzależnieniach. Takim najczęstszym jest chyba alkohol.

Kofeina. To 85% z nas. Ja też piję kawę, więc do tej grupy się będę wliczał.

Kofeina może do tych mniej groźnych się zalicza, ale alkohol czy nikotyna są już poważniejszym uzależnieniem.

Ale to zależy kto ile tego używa. Ja pamiętam młodego człowieka, który wypijał 6 litrów energetyka, bo tam jest kofeina i dostał objawów psychotycznych. Więc takie rzeczy też się dzieją, natomiast oczywiście kawa, jedna, dwie, trzy, nie spowoduje takich tak problemów. Jest to najczęściej używana substancja. Na drugim miejscu jest nikotyna. Natomiast pod względem używania – alkohol, a pod względem uzależnienia rzeczywiście nikotyna, bo to jest ponad 20% populacji. Obecnie ogromnym problemem są elektroniczne papierosy, bo 30% młodzieży jest uzależniona od e-papierosów, a 60% używa ich okazjonalnie.

Natomiast chyba alkohol jest takim czynnikiem tradycyjnie uzależniającym.

I najbardziej szkodliwą substancją na świecie.

W którym momencie powinno to wzbudzić niepokój – nas jako osoby używającej, tudzież gdy obserwujemy najbliższych – kiedy jest ta granica, czy można taki moment w ogóle określić, że dalej to już stop.

To jest bardzo płynna granica. Jak przeciętny Kowalski (bo jednak mężczyźni dwukrotnie częściej się uzależniają od alkoholu, aczkolwiek już kobiety w takim używaniu weekendowym, nadrabiają te zaległości), wypija sobie powiedzmy jedno piwko czy lampkę wina co wieczór i

proszę, aby to odstawić. I potem słyszę: miałem 3 dni problemy ze spaniem, to już mamy uzależnienie. Bo w tym momencie mamy objawy z ciała – ktoś nie śpi, bo organizm ma niepokój po odstawieniu. Jeśli mamy objawy abstynencyjne po odstawieniu, to jest niepokojące. Dlatego każda porcja alkoholu jest szkodliwa. Od małych ilości alkoholu też się uzależnimy, jeżeli będą pite codziennie. Jeżeli ktoś pije co wieczór alkohol, żeby się zrelaksować, to wtedy jest problem. Albo gdy ktoś pije, bo lubi i robi to codziennie, to po odstawieniu też będą objawy absencyjne, nawet od tego jednego piwka czy tej lampki wina. Ta codzienność to jest chyba takim markerem tego picia, zwłaszcza picie samemu.

W przypadku kobiet znaczenie ma chyba duża dostępność różnych słodkich win, kolorowych drinków.

Pomysłów producentów na przyciągnięcie klientów jest wiele, np. im bardziej kolorowe czy słodkie, tym bardziej wtedy młodzież za to chwyta. Np. do elektronicznych papierosów są dodawane różne dodatki smakowe. Osobie uzależnionej wszystko jedno, jaki to jest smak, ale tu chodzi o złapanie kolejnej młodej osoby. I tak samo jest z alkoholem, nawet jak jest mało stężony, 4-5% jak piwo, to jeżeli jest to smaczne, to jest niebezpieczne. Pamiętam takiego pana, który mówi, że on generalnie alkoholu nie pije, ale sobie tak piwko sączy codziennie. Ja pytam, a ile tych piwek dziennie tak pan wysączy. On, że 18-20. Dopiero jak przeliczyłem mu te piwa na tzw. flaszki, to on zobaczył, że to tak, jakby 2,5 butelki wódki codziennie wypił. Mechanizmy obronne osób uzależnionych są tak silne, że wytłumaczył sobie wszystko, jeśli chodzi o alkohol.
Przecież osoby uzależnione wysokofunkcjonujące mają i finansowo wszystko w porządku i w pracy do pewnego momentu sobie radzą. Natomiast po jakimś czasie ten problem i tak wyjdzie, bo tolerancja się rozwija, coraz więcej tego alkoholu trzeba. W końcu bardzo często jest tak, że ktoś już z rodziny ma dosyć i rozpada się rodzina albo w pracy są problemy i dopiero ta osoba zaczyna zajmować się tym problemem. Ten wysokofunkcjonujący alkoholik jest zakamuflowany troszkę tym, że jak utrzymuje rodzinę, dostarcza pieniądze, to znaczy, że spełnia swoje role jako ojciec czy mąż. Nie do końca tak jest, bo to jest zawsze ucieczka w alkohol, czyli jak trudno mi z czymś, to jest sposób radzenia sobie z emocjami. A to jest chyba najgorsza podpowiedź, żeby sięgać po alkohol, jak ma się trudności.

Czyli nie ilość, nie upijanie się, tylko systematyczne spożywanie codzienne niewielkich dawek alkoholu powinno być – może nie dla tej osoby, bo często ta osoba w ogóle tego nie dostrzega, ale dla osób bliskich takim sygnałem, że ta osoba wymaga pomocy i powinna po taką pomoc się udać. Tylko jak to zrobić? Jak dotrzeć do tej osoby, żeby ona chciała, żeby jej pomóc?

Chyba porozmawiać dlaczego to robi, bo zawsze są jakieś przyczyny. I to nie są tylko te przyczyny, że jak mężczyzna pije to przez kobietę, a jak kobieta, to przez mężczyznę. Jak zgłębiamy temat, to się okazuje, że są te trudności w mówieniu, w relacjach. Dlatego między innymi mężczyźni dwa razy częściej się uzależniają, dwa razy rzadziej chorują na depresję, bo rzadziej mówią o tym i zapijają częściej depresję. A jak już mówią, to zwykle wybuchają. W męskiej depresji na pierwszym miejscu nie jest zwykle smutek, ale taka agresywność wynikająca z braku energii oraz oczekiwań wobec niego, czasami ryzykowne zachowania, nadużywanie substancji. To jest pokrywanie sobie tych wszystkich objawów depresyjnych właśnie alkoholem, żeby ich nie było widać. Dlatego to dotarcie jest czasem trudne. Paradoksalnie czasami trudniej jest też z uzależnieniem u kobiet, bo społecznie łatwiej zaakceptować mężczyznę, który pije, niż kobietę. Ale w każdym przypadku może pomóc specjalista.

8. Udary coraz młodsze

dr Anna Mirończuk

Gościem prof. Kochanowicza podczas ostatniej audycji była dr Anna Mirończuk z Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Przyjmuje się, że podstawowym czynnikiem ryzyka udaru mózgu jest wiek, jednak coraz częściej obserwujemy przypadki udaru u osób młodych – przed czterdziestym czy pięćdziesiątym rokiem życia. Zanim jednak powiemy o udarach mózgu u osób młodych, wyjaśnijmy, czym jest udar mózgu i w jaki sposób jest klasyfikowany.

Udar mózgu to zaburzenie neurologiczne spowodowane nagłym zakłóceniem dopływu krwi do mózgu, na skutek zmian zakrzepowych czy zatorowych. Aby mózg działał prawidłowo, potrzebne mu są substancje dostarczane przez krew, jak tlen i glukoza. Jeśli krew nie dociera do mózgu w odpowiedniej ilości, mózg nie jest właściwie odżywiony i ulega uszkodzeniu. Każdy udar stanowi stan zagrożenia życia. Jest częstą przyczyną zgonów, ale też niepełnosprawności, jak i braku samodzielności u osób dorosłych. Narząd ten jest bardzo wrażliwy na brak składników odżywczych, dlatego pierwsze objawy pojawiają się bardzo szybko. Podstawowa klasyfikacja wyróżnia udary niedokrwienne mózgu, związane z upośledzeniem przepływu krwi przez naczynia, które doprowadzają krew do mózgu – te udary dotyczą nawet 85 proc. wszystkich przypadków. Około 15 procent udarów to udary krwotoczne mózgu. Mamy też krwawienia podpajęczynówkowe, tzw. SAH i bardzo rzadkie udary żylne.

Udary krwotoczne powstają na skutek rozerwania naczynia mózgowego, co prowadzi do wynaczynienia krwi w obrębie mózgowia. Najczęściej stanowią one powikłanie choroby nadciśnieniowej, zwykle przebiegają bardzo gwałtownie. Są związane z obecnością zmian patologicznych w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych – takich jak tętniaki, malformacje naczyniowe.

Co powinno nas zaniepokoić, kiedy należy zgłosić się do lekarza i jak powinniśmy to zrobić – wezwać pogotowie ratunkowe, czy raczej udać się do lekarza rodzinnego?

Główne objawy udaru mózgu i zarazem najczęstsze, w obu typach udarów, to nagłe wystąpienie osłabienia siły mięśniowej jednej kończyny albo kończyn po jednej stronie ciała, nagłe zaburzenia czucia po jednej stronie ciała, nagła asymetria twarzy (opadnięcie kącika ust, niesymetryczny uśmiech), nagłe zaburzenie mowy (trudności w wypowiadaniu słów lub ich rozumieniu), nagłe zaburzenie widzenia (zaniewidzenie w jednym oku, podwójne widzenie), zawroty głowy, zaburzenia równowagi, koordynacji ruchów, niepewny chód. Pacjenci mogą

mieć też silne bóle głowy z nudnościami, wymiotami, albo nagłe zaburzenia świadomości. Jeżeli powyższe objawy wystąpią, ale wycofają się całkowicie przed upływem 24 godzin, najczęściej w ciągu kilku lub kilkunastu minut, mówimy że jest to przemijające niedokrwienie mózgu, co zdarza się wówczas, gdy pewna część mózgu jest tylko chwilowo niedokrwiona. Natomiast jest to znak ostrzegawczy, ponieważ przemijające niedokrwienie mózgu poprzedza aż 30 proc. udarów. Dlatego należy niezwłocznie udać się do szpitala. Często pacjenci zgłaszają się do szpitala lub lekarza rodzinnego dopiero po kilku dniach od wystąpienia objawów. Tymczasem każde nagłe objawy neurologiczne powinny wzbudzić niepokój i skłonić do natychmiastowego wezwania zespołu ratownictwa medycznego czyli karetki pogotowia. Im szybciej zareagujemy, tym mamy większą możliwość zastosowania skutecznych, nowoczesnych terapii, np. trombolizy dożylnej lub trombektomii mechanicznej. Pamiętajmy, że efekt terapeutyczny trombektomii, podobnie jak trombolizy dożylnej, zależy od czasu – im szybciej wykonana, tym lepsze rokowanie.

Czas determinuje tutaj możliwości terapeutyczne. W określonych godzinach od wystąpienia objawów możliwe jest przeprowadzenie trombolizy lub trombektomii mechanicznej. Jeśli pacjent nie trafi do szpitala na czas, te metody nie mogą zostać zastosowane, co znacząco pogarsza rokowanie i dalsze funkcjonowanie chorego. Dlatego jeśli zaobserwujemy u siebie lub u osoby bliskiej niepokojące objawy, należy niezwłocznie wezwać pomoc. Zespół ratownictwa medycznego przetransportuje pacjenta na Szpitalny Oddział Ratunkowy – do najbliższego szpitala, w którym znajduje się oddział neurologii. Jak wygląda dalsze postępowanie po przyjeździe pacjenta do szpitala?

W przypadku podejrzenia udaru mózgu, wstępne zabezpieczenie pacjenta, drożności dróg oddechowych, monitoring podstawowych parametrów życiowych, stabilizacja stanu klinicznego następuje już w domu, przez zespół ratownictwa medycznego. Jeśli u pacjenta występują zaburzenia mowy, deficyty neurologiczne (np. niedowłady), zaburzenia świadomości, często nie ma możliwości zebrania wywiadu bezpośrednio od pacjenta. Dlatego ważną rolę pełni świadek zdarzenia. Wiele udarów występuje po wypoczynku nocnym, pacjenci budzą się już z objawami, nie są w stanie określić momentu ich wystąpienia. W takiej sytuacji kluczowe jest, aby bliska osoba znała czas, kiedy pacjent był ostatnio widziany w stanie zdrowia.

Warto przekazać ZRM listę przyjmowanych leków, informacje o stanie zdrowia pacjenta – na przykład dotyczące przebytych operacji, zabiegów czy posiadaną kartę informacyjną z poprzednich pobytów szpitalnych. Dzięki temu po przyjęciu pacjenta na SOR, możliwe będzie sprawne przeprowadzenie diagnostyki i szybkie wdrożenie odpowiedniego leczenia. Pacjent z podejrzeniem udaru mózgu trafia do najbliższego szpitala, w którym znajduje się Oddział Neurologiczny. Jest przyjmowany jako osoba w stanie zagrożenia życia, z priorytetem. Wykonywane są podstawowe badania laboratoryjne, oceniamy ciśnienie tętnicze, rytm serca, sprawdzamy poziom glukozy, parametry krzepnięcia krwi oraz inne parametry istotne w diagnostyce. Równolegle przeprowadza się badania neuroobrazowe. Nagłe wystąpienie objawów neurologicznych nie zawsze wskazuje na udar mózgu – dlatego konieczne jest przeprowadzenie diagnostyki różnicowej, aby wykluczyć inne przyczyny takie jak guz mózgu, objawy wynikające z przebytego napadu padaczkowego, neuroinfekcję, zaburzenia elektrolitowe lub wykluczenie internistycznej przyczyny zaburzeń. Zawsze wykonywane są badania obrazowe – tomografia komputerowa głowy, w niektórych przypadkach dodatkowo ocenia się naczynia domózgowe i wewnątrzczaszkowe, co pozwala na ustalenie dalszego planu postępowania.

Z punktu widzenia pacjenta najistotniejsze jest zapobieganie udarowi. Istnieje wiele czynników ryzyka sprzyjających jego wystąpieniu. Na część z nich nie mamy wpływu – to przede wszystkim wiek, płeć i rasa. Niektóre z nich są konsekwencją naszego stylu życia. To czynniki ryzyka, które zwiększają prawdopodobieństwo nie tylko udaru mózgu, ale również zawału mięśnia sercowego czy miażdżycy naczyń kończyn dolnych.

W przypadku chorób sercowo-naczyniowych wyróżniamy wspólne czynniki ryzyka – zarówno modyfikowalne, jak i niemodyfikowalne. Do tych ostatnich należy wiek – im jesteśmy starsi, tym większe ryzyko zachorowania, choć coraz częściej choroby te dotykają także osób młodych. Dominującą płcią wśród pacjentów są mężczyźni, jednak wraz z wiekiem zwiększa się liczba kobiet z tymi schorzeniami, co wynika z faktu, że kobiety żyją dłużej. Istotną rolę w rozwoju chorób sercowo-naczyniowych odgrywa również czynnik genetyczny.

W przypadku predyspozycji genetycznych – obecnie dużą popularnością cieszą się badania genetyczne. Wielu pacjentów wykonuje dziś badania genetyczne w celu oceny ryzyka zachorowania na nowotwory, udar mózgu czy choroby naczyniowe. Kiedy okazuje się, że takich mutacji genetycznych nie stwierdzono, zapominamy o modyfikowalnych czynnikach ryzyka. Czujemy się bezpieczni, myśląc, że nie musimy dbać o siebie. Tymczasem to właśnie czynniki związane z naszym stylem życia mogą prowadzić do udaru mózgu, zawału serca lub innych poważnych chorób. Nie trzeba mieć uwarunkowań genetycznych – wystarczy niezdrowy tryb życia. Na jakie modyfikowalne czynniki ryzyka powinniśmy zwracać uwagę?Warto też dodać, że wiele genów odpowiadających za predyspozycje do udaru wciąż pozostaje nieodkrytych – badania w tym zakresie nadal trwają. Do podstawowych czynników modyfikowalnych należą przede wszystkim: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zawał mięśnia sercowego, cukrzyca, miażdżyca tętnic szyjnych, migotanie przedsionków. Ryzyko udaru zwiększają również: długotrwałe palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, otyłość, niska aktywność fizyczna, nieprawidłowe nawyki żywieniowe, stres. Wiele z tych czynników wzajemnie na siebie wpływa i sprzyja rozwojowi np. nadciśnienia tętniczego oraz cukrzycy, schorzeń istotnie zwiększających ryzyko innych chorób naczyniowych. Zdarza się, że pacjenci mają jednocześnie kilka czynników ryzyka. Nie należy zapominać również o zespole obturacyjnego bezdechu sennego, który może istotnie predysponować do udaru. Istotny jest też sen – jego niedobór, szczególnie poniżej 6 godzin na dobę, wiąże się z wyższym ryzykiem incydentów naczyniowych. Każdy z tych modyfikowalnych czynników ryzyka można ograniczyć poprzez odpowiednie działania. W tym przypadku mówimy o profilaktyce pierwotnej – obejmującej kontrolę chorób współistniejących oraz zmianę stylu życia – mającej na celu zapobieganie pierwszemu udarowi mózgu. W przypadku wystąpienia incydentu naczyniowego, w warunkach szpitalnych wdraża się profilaktykę wtórną, ukierunkowaną na redukcję ryzyka nawrotu choroby. Zakres działań zależy od ustalonej etiologii udaru. Nawrotowy udar mózgu wiąże się z gorszym rokowaniem niż pierwszy incydent, i dość często występuje już we wczesnym okresie po udarze mózgu.

W przypadku wielu chorób, takich jak nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca, już sama ich obecność stanowi czynnik ryzyka. Jeśli jednak zadbamy o właściwe leczenie, ryzyko to można znacząco ograniczyć, a czasem nawet niemal całkowicie wyeliminować. Warunkiem jest systematyczne przyjmowanie leków i przestrzeganie zaleceń lekarskich. Niestety, w praktyce wygląda to różnie. Pacjenci z nadciśnieniem często próbują leczyć się samodzielnie – gdy dzięki terapii uzyskują prawidłowe wartości ciśnienia, przerywają leczenie, a po leki sięgają dopiero wtedy, gdy ciśnienie znów wzrasta. Wahania ciśnienia mogą być groźniejsze niż jego stale podwyższone wartości i stanowić istotny czynnik ryzyka udaru mózgu. W cukrzycy z kolei ogromne znaczenie ma dieta. Niestety, wielu pacjentów zakłada, że jeśli od czasu do czasu zjedzą coś, co jest niezgodne z zaleceniami, nic złego się nie stanie. Nawet niewielkie odstępstwa od diety mogą zaburzać kontrolę glikemii i prowadzić do groźnych konsekwencji zdrowotnych. Może warto w tym miejscu powiedzieć więcej o odżywianiu – jednym z kluczowych czynników wpływających na nasze zdrowie i ryzyko rozwoju chorób przewlekłych. Na co powinniśmy zwracać uwagę w codziennej diecie?

W profilaktyce udaru mózgu kluczową rolę odgrywa styl życia. Dieta powinna być dobrze zbilansowana, niskotłuszczowa, bogata w warzywa i owoce, z niskim spożyciem soli. Obecnie u pacjentów z grupy ryzyka chorób sercowo-naczyniowych zaleca się przede wszystkim dietę śródziemnomorską lub dietę DASH. Dieta bogata w tłuszcze, przetworzone mięso, potrawy smażone i napoje słodzone cukrem wiąże się ze znacznie zwiększonym ryzykiem udaru mózgu.

Powinniśmy w jadłospisie uwzględniać przede wszystkim ryby, owoce i warzywa, pełnoziarniste produkty zbożowe, niskotłuszczowe produkty mleczne, spożywanie drobiu, nasion roślin strączkowych, olejów roślinnych. należy pić dużo wody mineralnej oraz ograniczyć spożycie soli oraz czerwonego mięsa, słodyczy. Przede wszystkim ważne jest unikanie żywności przetworzonej. Nadciśnienie tętnicze to schorzenie, w którym często obserwujemy sytuacje, gdy pacjenci przerywają leczenie po krótkim czasie, co może prowadzić do poważnych konsekwencji klinicznych, w tym do udaru mózgu, przemijających incydentów niedokrwiennych (TIA) oraz innych powikłań naczyniowych. Dlatego tak istotne jest, aby ciśnienie tętnicze było stale kontrolowane i utrzymywane w zalecanych granicach – poniżej 140/90 mmHg. W wielu przypadkach powinniśmy dążyć do jeszcze niższych wartości, np. 130/80 mmHg, jednak zależy to od chorób współistniejących i indywidualnych wskazań. Kluczowa jest regularna kontrola ciśnienia – zarówno w warunkach domowych (najlepiej kilkukrotnie w ciągu dnia), jak i w ramach specjalistycznego monitorowania, np. 24-godzinnego pomiaru ciśnienia w poradniach. W wielu przypadkach nadciśnienie należy monitorować nie tylko w ciągu dnia, ale także w godzinach nocnych. Zdarza się również, że mamy do czynienia z tzw. nadciśnieniem ukrytym – mamy prawidłowe wartości w warunkach klinicznych, a zwiększone poza gabinetem lekarskim, trzeba też o tym pamiętać.

Ważnym czynnikiem modyfikowalnym jest aktywność ruchowa. W dobie rosnącego dobrobytu i wygodnego stylu życia coraz częściej przemieszczamy się wyłącznie środkami komunikacji, a zmęczenie sprawia, że brakuje nam siły nawet na krótki spacer. Tymczasem regularny ruch ma ogromne znaczenie dla naszego zdrowia. Jak aktywność fizyczna wpływa na nasz organizm?

Aby zmniejszyć ryzyko udaru mózgu, zalecane są regularne ćwiczenia aerobowe, takie jak szybki spacer, nordic walking, pływanie lub jazda na rowerze. Korzystny wpływ ma także każda forma przerwania długotrwałego siedzenia – nawet wstanie od komputera i wykonanie kilku prostych ruchów. Warto urozmaicić aktywność fizyczną o ćwiczenia siłowe oraz rozciągające. Codzienne formy ruchu, takie jak chodzenie zamiast jazdy samochodem, wchodzenie po schodach zamiast korzystania z windy czy wykonywanie prac domowych, również wspierają profilaktykę. Istotne jest unikanie długotrwałego unieruchomienia i siedzącego trybu życia. U pacjentów po udarze mózgu fizjoterapia powinna być wdrażana możliwie jak najwcześniej, w celu szybkiej mobilizacji oraz redukcji deficytów neurologicznych. Wczesna rehabilitacja ma istotne znaczenie dla poprawy funkcjonowania oraz jakości życia chorego. Aktywność fizyczna, odpowiednia dieta pozwalają na redukcję masy ciała, prowadzą do obniżenia ciśnienia tętniczego, w naturalny sposób do zmniejszenia stężenia cukru we krwi oraz zmniejszenia stężenia cholesterolu.

W ostatnich latach udary mózgu coraz częściej dotyczą również osób młodych. Co jest przyczyną tego zjawiska?

Bardzo niepokojącym zjawiskiem jest rosnąca częstość występowania udarów mózgu u osób młodszych, nawet przed 50. rokiem życia. Zgodnie z danymi, aż 30% pacjentów z udarem mózgu stanowią osoby poniżej 65. roku życia. Również w Klinice Neurologii obserwujemy coraz więcej przypadków udaru u pacjentów młodych. Zjawisko to wiąże się przede wszystkim ze wzrostem częstości występowania klasycznych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych w tej grupie wiekowej, nierzadkim używaniem substancji odurzających i leków psychoaktywnych, istotną rolę odgrywa też nieodpowiedni styl życia, tj. spożywanie w nadmiarze alkoholu, mała aktywność fizyczna, nikotynizm czy otyłość, która sprzyja rozwojowi cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, hipercholesterolemii. Częstsze rozpoznawanie udarów mózgu w młodszej populacji jest również efektem postępu w diagnostyce. Obecnie możliwe jest wykonanie szerokiego zakresu badań, które pozwalają na dokładne ustalenie etiologii udaru. Znaczące postępy poczyniono w diagnostyce chorób uwarunkowanych genetycznie, zapaleń naczyń, zaburzeń krzepnięcia, chorób serca i innych, rzadziej występujących przyczyn udaru mózgu. W przypadku młodych kobiet ryzyko udaru mózgu zwiększa się w czasie ciąży i

połogu, częściej występuje również u kobiet stosujących środki antykoncepcyjne, szczególnie jeśli są one obciążone dodatkowymi czynnikami ryzyka, takimi jak palenie papierosów, wcześniejsze incydenty zakrzepowo-zatorowe, nadciśnienie tętnicze oraz migrena z aurą. Obecnie zidentyfikowano ponad 150 możliwych przyczyn udaru mózgu w młodej populacji. Wzrost zachorowań w tej grupie wiekowej jest na tyle znaczący, że coraz częściej określa się go mianem epidemii udarów mózgu.

Czynniki ryzyka udaru mózgu są podobne niezależnie od wieku. Wynika to głównie z tego, że prowadzimy głównie siedzący tryb życia i brakuje nam codziennej aktywności. Zła dieta prowadzi do nadwagi, a jej konsekwencją są nadciśnienie, cukrzyca i hipercholesterolemia – czyli ciąg powiązanych ze sobą czynników, które znacząco zwiększają ryzyko udaru mózgu. Aby temu zapobiec, często wystarczy zmiana stylu życia. Zdrowa dieta, unikanie używek, regularna aktywność fizyczna – to proste działania, które mogą sprawić, że nie trafimy na Oddział Udarowy pod opiekę neurologa. Warto mieć świadomość, że udar mózgu jest najczęstszą przyczyną trwałej niepełnosprawności u dorosłych. Niestety, raz uszkodzony mózg nie ma zdolności do pełnej regeneracji – skutki mogą pozostać na całe życie. Dlatego warto dać sobie szansę i zawczasu zadbać o własne zdrowie. W wielu przypadkach to naprawdę zależy od nas.

Tak, zgadzam się. Niezwykle ważne są również regularne badania profilaktyczne i przestrzeganie zaleceń lekarskich.

9. Medycyna pracy

dr Iwona Tribiłło

Gościem prof. Kochanowicza podczas ostatniej audycji była dr Iwona Tribiłło – kierownik Poradni Medycyny Pracy przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku.

Co to jest medycyna pracy? Każdy z nas chyba ma swojego lekarza rodzinnego, po co nam jest jeszcze lekarz medycyny pracy?

Jest on bardzo potrzebny osobom w sile wieku, pracującym. Dlatego, że takie osoby nawet szybciej pójdą do poradni medycyny pracy niż do lekarza rodzinnego, bo do lekarza rodzinnego zwykle idzie się wtedy, gdy są pewne dolegliwości, potrzebne jest zwolnienie lekarskie, konkretna porada. Natomiast do lekarza medycyny pracy trzeba pojawić się okresowo na badania profilaktyczne i niejednokrotnie zdarza się tak, że to właśnie lekarz medycyny pracy jest tym pierwszym lekarzem, który stwierdza jakieś nieprawidłowości u takiego pracownika.

Czyli medycyna pracy jest czymś lepszym od programów profilaktycznych.

Myślę, że pełni równie ważną rolę, stąd teraz też nacisk na badania profilaktyczne, które wykonuje medycyna pracy. W mojej karierze zdarzało się niejednokrotnie, że podczas zwykłych, rutynowych badaniach pracownika, stwierdzałam nieprawidłowości. Dość często jest to podwyższone ciśnienie ale też wysoki poziom glikemii, nawet rzędu 300 mg/dl, ewidentnie świadczący o cukrzycy. Takie osoby nieraz kierowałam od razu na SOR, były hospitalizowane. One potem wracają do mnie i dziękują. Wiem, że pracownicy nie lubią chodzić na badania okresowe, ale czasem warto odwiedzić lekarza medycyny pracy i nie bać się go.

Jak często odwiedzamy specjalistę medycyny pracy? Od czego to zależy – od naszej profesji, wieku?

Zależy od rodzaju wykonywanego zawodu, rodzaju zatrudnienia, tego jakie czynności wykonujemy na danym stanowisku pracy oraz od wieku. Lekarz medycyny pracy bierze pod uwagę wszystkie te elementy oraz czynniki szkodliwe i uciążliwe, występujące na danym stanowisku pracy, które pracodawca określa w skierowaniu.

Najczęściej lekarza medycyny pracy odwiedzamy co 2-3 lata, ale też i co roku, albo co 4-5 lat.

Która praca jest najmniej obciążająca z punktu widzenia medycyny pracy?

Najmniej obciążająca to wszelka praca biurowa, związana z obsługą komputera. W przypadku braku obciążeń i towarzyszących chorób, na które cierpi pracownik, badanie okresowe może być wykonywane co 4-5 lat. To taka najlżejsza praca, kiedy najrzadziej odwiedzamy lekarza medycyny pracy.

A te najbardziej obciążające zawody? Abstrahując oczywiście od pilotów, którzy mają specjalistyczne i szczegółowe badania medycyny pracy chyba co roku.

To są wszelkie zawody wymagające pracy na wysokości, przy obsłudze maszyn w ruchu, sprzętu drogowego, to praca kierowcy zawodowego, a także taka, gdzie w środowisku pracy występują czynniki chemiczne, fizyczne. Tu panel badań okresowych jest znacznie szerszy i termin kolejnego badania okresowego wyznaczany jest za 1-2 lata.

Jak wygląda taka wizyta u specjalisty medycyny pracy?

Lekarz zbiera wywiad odnośnie stanu zdrowia, wszelkich przebytych i aktualnych chorób, ewentualnych pobytów w szpitalu, operacji. Pyta też o nałogi, obciążenia rodzinne dotyczące chorób przewlekłych. Jest też przeprowadzany wywiad zawodowy, odnośnie tego, czy wcześniej pracowaliśmy, jakie wykonywaliśmy zadania, na jakim stanowisku. Kolejnym etapem jest badanie przedmiotowe pacjenta – typowe badanie lekarskie.

Wspomniała pani o nałogach – one mają wpływ na decyzję?

Nie mają. Tu chodzi najczęściej o palenie papierosów, lekarz zadając te pytania spełnia też rolę działania profilaktycznego, prozdrowotnego. Tak samo pytania o obciążenia rodzinne – też mogą skłonić pracownika do zmiany stylu życia, modyfikacji diety, większej aktywności fizycznej. Ten element rozmowy ma na celu edukację prozdrowotną.

Czy są też wykonywane badania dodatkowe?

Oczywiście, w zależności od czynników wykazanych na skierowaniu. Są to badania laboratoryjne, czyli krwi, ale też elektrokardiogram, badanie słuchu, zdjęcie rtg klatki piersiowej. Po zbadaniu pacjenta i zapoznaniu się z charakterystyką wykonywanej pracy i czynników narażenia, lekarz medycyny pracy może też w razie potrzeby skierować go na wszelkie badania specjalistyczne. Najczęstsze są tu konsultacje okulistyczne, laryngologiczna i neurologiczne. One wynikają z wywiadu i czynników uciążliwych i niebezpiecznych wykazanych przez pracodawcę na skierowaniu.

Jakie badania są wykonywane z krwi?

Najczęściej poziom glukozy, lipidogram, próby wątrobowe. Z jednej strony medycyna pracy patrzy na to, czy nie ma wpływu niebezpiecznych czynników na organizm pracownika, ale z drugiej strony niejednokrotnie wykrywane są nieprawidłowości, o których pacjent nie wiedział i które nie wynikają z narażenia na stanowisku pracy. Mamy uchwyconą wtedy wcześniej nieprawidłowość, np. w próbach wątrobowych. Uczulamy wtedy pracownika i kierujemy do rozszerzenia diagnostyki w ramach wizyty u lekarza rodzinnego i poradni specjalistycznych.

My jako społeczeństwo odczuwamy niechęć do badań profilaktycznych, mamy np. dramatyczny odsetek niebadających się kobiet, podobnie jest z badaniami kolonoskopowymi czy obowiązującym do niedawna programem 40 plus. Czy nie byłoby rozsądne sprząc takie badania profilaktyczne z okresowymi badaniami medycyny pracy?

To dobry pomysł i były nawet takie zamiary, ale kończyły się na etapie ministerstwa i nadal profilaktyka jest w gestii lekarza rodzinnego.

Ale lekarz medycyny pracy to lekarz mający dużą możliwość działania prozdrowotnego i edukacji pacjenta. Niejednokrotnie pytałam pacjenta, czy robił badania 40 plus, gdy jeszcze obowiązywał i słyszałam, że jeszcze nie, nie było okazji. A do lekarza medycyny pracy jednak taka osoba, jak chce pracować, musi przyjść. Ale ta rola prozdrowotna lekarza medycyny pracy

jest. Np. przy wywiadzie rodzinnym, jeśli mamy u pracownika np. obciążenie nowotworem jelita grubego, nawet samo podanie informacji, że warto iść na kolonoskopię, że są programy profilaktyczne, wystarczy wziąć skierowanie, zapisać się, że jest taka możliwość, to już jest dużo.

Myślę, że raczej uwarunkowanie, czy będę mieć przedłużone badanie okresowe jest jednak bardziej motywujące, abyśmy zadbali o siebie. Nie wierzę, że np. zalecenie rzucenia palenia pracownikowi wystarczy, raczej taka osoba nie przyzna się, że pali. A konieczność przedstawienia wyników badań profilaktycznych, przysługujących przecież bezpłatnie, będzie bardziej wiarygodna. Chyba trzeba by jednak rozszerzyć możliwości sankcyjne specjalistów medycyny pracy.

Tak, bo ta dobrowolność jednak działa zwykle tak, że zawsze ją odkładamy na później, a jak jesteśmy do czegoś zmuszeni, to wiadomo, że trzeba to zrobić. Ale naprawdę warto korzystać z badań profilaktycznych, bo to badania darmowe. Wystarczy poświęcić tę chwilę, zapisać się na badanie i z niego skorzystać.

Wracając do badań medycyny pracy – jakie wyniki uzyskane w rutynowych badaniach okresowych pracowników były najbardziej zaskakujące w pani praktyce?

Ostatnio u niespełna 30-letniego mężczyzny wykryta glikemia rzędu 400 mg/dl, której nie był świadomy, i nie wierzył w te badania. Sama też byłam zaskoczona. Chociaż potem okazało się, że ten pacjent pewne objawy miał, ale je negował.

Z kolei u młodej kobiety podczas przedmiotowego badania, palpacyjnie wyczułam guz w brzuchu. Na szczęście nie okazało się to nic złośliwego, została poddana zabiegowi i też mi potem dziękowała. Dlatego warto odwiedzać lekarza medycyny pracy, nie bać się i być z nim szczerym.

Część osób boi się iść na badania okresowe do lekarza medycyny pracy z powodu ciśnienia tętniczego. Kuzyn pracuje jako kierowca zawodowy, tygodnie żyje w stresie, w trakcie wizyty u lekarza ma zawsze podwyższone ciśnienie. Co takiemu pacjentowi można poradzić, gdy od takiego ciśnienia zależy jego dalsza praca?

Jest to częsty problem w gabinecie lekarskim, że pacjenci mają podwyższone ciśnienie. Ku mojemu zdziwieniu sama byłam dwukrotnie w takiej sytuacji, też byłam wewnętrznie zdenerwowana, zupełnie bezzasadnie. Natomiast lekarz medycyny pracy nie jest wrogiem. Jak ktoś leczy się na nadciśnienie, dobrze, aby na wizytę przyszedł z zaświadczeniem np. od lekarza rodzinnego, że bierze leki, jest pod kontrolą. Inaczej jak pierwszorazowo wystąpi naprawdę wysokie ciśnienie. Bo my też bierzemy poprawkę, na to, że to ciśnienie w gabinecie lekarskim nie będzie idealne, 120/80, tylko zawsze trochę wyższe, bo to jednak są emocje. Ale starajmy się nie stresować i będzie dobrze.

Często też pacjenci przynoszą dzienniczek pomiarów, są przygotowani na wizytę, bo wiedzą, że będą mieć wysokie ciśnienie w gabinecie. Jak jeszcze dodatkowo biorą leki, wtedy wiem, że taki pacjent jest świadomy swojej choroby i dba o siebie.

Sam też doświadczyłem takiego epizodu wzrostu ciśnienia. Miałem audiometryczne badanie, miałem świadomość, że coś z jednym uchem jest nie tak, tak się zdenerwowałem, że pomiar ciśnienia po tym badaniu wykazał 170/100 mm Hg, czyli było niepokojące.

Mimo że jesteśmy lekarzami i zdajemy sobie sprawę jakie to badania, to też czasem trudno jest zapanować nad emocjami.

Które choroby przewlekłe są najbardziej niebezpieczne z punktu widzenia przedłużania badań okresowych?

Zależy do jakiego zawodu, stanowiska pracy. Najbardziej nie lubię pacjentów z nadciśnieniem, którzy nie leczą się systematycznie, mają źle dobrane leki, nie chcą modyfikować tego stylu

leczenia. Mogę tłumaczyć, prosić, ale nie zmuszę. Cukrzyca źle prowadzona, z rozwiniętymi powikłaniami, choroba wieńcowa, przebyte zawały, ostre incydenty wieńcowe, zaburzenia rytmu serca – na to zwracamy uwagę i to może zmieniać przyszłość pracownika.

A kołatania serca, częstoskurcze – jak na to medycyna pracy patrzy?

Jak to skurcze dodatkowe, incydentalne, nic to nie zmienia. Jak to napadowe migotanie przedsionków, wszystko zależy od stanowiska pracy. Na pewno dyskwalifikuje zawodowego kierowcę, ale nie ma przeciwwskazań przy pracy biurowej. To wszystko są kwestie bardzo indywidualne. Lubię pacjentów świadomych swoich chorób, nawet poważniejszych, którzy się leczą. Wtedy ta praca dla nich niezależnie od wykonywanych czynności i stanowiska, nie jest przeciwwskazaniem.

Pacjenci z chorobą nowotworową często chcą pracować. Jak medycyna pracy na to patrzy?

Często pacjenci po tym intensywnym leczeniu chemio- i radioterapeutycznym chcą wrócić do pracy. Jeżeli onkolog nie widzi przeciwwskazań, a zawód, wykształcenie i rodzaj pracy na to pozwala, to ja też jestem za, bo to też wyjście do ludzi, otworzenie się na innych, a to forma psychoterapii. Co też jest ważnym elementem w leczeniu onkologicznych. Często wydaję orzeczenie pozytywne o braku przeciwwskazań do pracy.

Osobie w jakim wieku pani powie, że już nie powinna dłużej pracować, bo ma za dużo lat?

To trudno powiedzieć, bo wiadomo, kiedy osiągamy wiek emerytalny, ale są osoby, chcą dużo dłużej pracować. Wszystko zależy od tego, gdzie i w jakich warunkach się pracuje i od stanu zdrowia pracownika. Czasem jest tak, że to ja muszę powiedzieć, że już dość, bo ta osoba nie zdaje sobie sprawy, że ma przeciwwskazania zdrowotne, powinna zwolnić, odpocząć, może jak chce pracować to robić coś innego i nie w takim pełnym zaangażowaniu, może nie na pełny etat.

Ale trudno ten wiek górny tu określić. To należy oceniać bardzo indywidualnie.

Nie stresujmy się więc, idąc do specjalisty medycyny pracy, bo to daje nam tylko pozytywne informacje, że możemy dalej pracować. Natomiast wcześnie wykryte w trakcie badań okresowych schorzenia tylko powinno cieszyć, bo to daje nam szanse, aby wdrożyć skuteczne leczenie i dalej pracować bez żadnych komplikacji.

I cieszyć się zdrowiem, osiągnąć wiek emerytalny i cieszyć się zdrowiem jeszcze na emeryturze.

10. Szczepić albo nie szczepić?

prof. Anna Moniuszko-Malinowska

Gościem prof. Kochanowicza podczas ostatniej audycji była prof. Anna Moniuszko-Malinowska kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Podstawowym sukcesem w leczeniu chorób zakaźnych, które w ostatnich latach zdominowały doniesienia medialne, są szczepienia. Takim przełom było tu chyba odkrycie przez Jennera szczepionki od ospy prawdziwej. Stało się to po tym, jak porozmawiał z dojarką, która mówiła, że nie zachoruje na ospę prawdziwą, bo przeszła krowiankę. Dzisiaj jesteśmy już dużo dalej, mamy już w szczepieniach podstawy naukowe.

To była pierwsza szczepionka, która pojawiła się na świecie. Warto tu powiedzieć o dobrodziejstwie, jakim są szczepionki. Ostatnio przeczytałam takie bardzo mądre zdanie, że największa zdobyczą zdrowia publicznego był dostęp do wody pitnej i szczepienia. Bo to uratowało miliony istnień ludzkich. Pierwszą chorobą wyeradykowaną na świecie dzięki szczepieniom była właśnie ospa prawdziwa. Już w 1980 roku WHO ogłosiła eradykację tej choroby i zaprzestanie szczepień. To był pierwszy globalny sukces, że dzięki szczepieniom pozbyliśmy się choroby.

Druga taką choroba, wobec której WHO miała ambicje co do eradykacji było polio. Były plany, że do 2020 już jej nie będzie. Ale niestety, ta choroba nadal występuje, w takich krajach jak Afganistan czy Pakistan i może rozprzestrzeniać się w związku z ruchami migracyjnymi i turystycznymi. Szczepienie jest nadal utrzymane.

Warto też powiedzieć o błonicy, o której ostatnio było głośno w Polsce, w związku z przypadkiem zachorowania dziecka podczas podróży. Przed wprowadzeniem w 1961 r. szczepień w Polsce chorowało na nią ok. 40 tys. osób, teraz praktycznie ta choroba nie występuje. Podobnie w przypadku polio, przed wprowadzeniem w Polsce w 1972 roku szczepień, chorowało ok. 7 tys. osób rocznie. A przypomnę, że to bardzo ciężka choroba układu nerwowego, prowadząca do poważnych powikłań. Teraz dzięki szczepieniom ta choroba już nie występuje.

Innym przykładem skuteczności szczepień są leśnicy, którzy obligatoryjnie są szczepieni przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu (kzm) i praktycznie nie chorują na tę chorobę. Leśnicy chorują na inne choroby przenoszone przez kleszcze, na które nie mamy szczepień jak

borelioza (choć tu jest nadzieja, że szczepionka wkrótce jednak będzie), anaplazmoza czy tularemia.

Dlaczego szczepionka chroni organizm przed chorobą? Co takiego zachodzi w organizmie, jak to się dzieje, że przestaje on zauważać te czynniki infekcyjne, czy to wirusy czy bakterie, które nadal przecież są w naszym otoczeniu?

Warto zacząć od definicji, czym jest szczepionka. To preparat, który po podaniu do naszego organizmu, pobudza nasz układ immunologiczny do produkcji przeciwciał i komórek pamięci. To taka nasza armia, która śpi, ale jest reaktywowana w przypadku kontaktu z patogenem, np. wirusem grypy, czy bakterią. Jeżeli dochodzi do takiego zetknięcia z patogenami, to wojsko jest przygotowane, aby bronić organizm i rusza do walki.

Szczepionka to preparat chroniący przed zachorowaniem, stosujemy go, aby nie zachorować albo zredukować ciężkość przebiegu choroby. Szczepienie to profilaktyka, a nie leczenie, dlatego jak ktoś jest już chory, to nie jest czas na szczepionkę.

To że to takie nasze uśpione wojsko, to informacja dla starszych osób, do młodych bardziej może trafi, że to taki nasz program antywirusowy, jak w komputerze, który zna wirusy, i jak ktoś próbuje go zainfekować uruchamiane są mechanizmy, które wyeliminują zagrożenie.

To bardzo trafne porównanie.

Jakiego rodzaju szczepionki są dostępne? Kiedyś była mowa, że to żywe patogeny, chociaż osłabione. Jak to teraz wygląda?

Postęp medycyny jest ogromny, ale nadal mamy żywe szczepionki, ale to nie są chorobotwórcze patogeny, tylko osłabione drobnoustroje. To szczepionki np. przeciwko gruźlicy, ospie wietrznej, odrze, śwince i różyczce. Nadal je stosujemy, one są już długo na rynku, są sprawdzone. Mamy też szczepionki inaktywowane, z zabitymi patogenami. Nowością są szczepionki mRNA, które weszły podczas pandemii COVID-19. To nowoczesna formuła, gdzie na matrycy kwasu nukleinowego dochodzi do produkcji antygenów w naszym organizmie po podaniu preparatu. Prace nad taką formą trwały od wielu lat, ale akurat w czasie pandemii było możliwe to do zastosowania na dużą skalę, gdy była taka potrzeba. Są różne technologie produkcji, są też szczepionki rekombinowane.

Ale warto podkreślić, że proces przygotowania szczepionki jest bardzo długi. Nasza klinika brała udział w badaniu klinicznym szczepionki nad boreliozą. Była to trzecia faza badań klinicznych. Badanie było wieloośrodkowe, w kilku krajach europejskich, m.in. w Niemczech, ale też w USA, czyli tam gdzie borelioza stanowi poważny problem epidemiologiczny i kliniczny.
Te procedury są bardzo zaawansowane, wszystko jest dokładnie sprawdzane, te procesy są długie. Nie jest prawdą, że ktoś potrafi wyprodukować szczepionkę w 3-6 miesięcy i niesprawdzone preparaty podawać ludziom.

Trzecia faza czyli preparat był wcześniej już badany na zwierzętach, w laboratoriach, potem na zdrowych ochotnikach, została ustalona dawka i ta trzecia faza to taki ostatni krok przed wprowadzeniem na rynek. Czyli jest duża nadzieja, że ta szczepionka się wkrótce pojawi. My mamy w naszym regionie puszcze, lasy, w których jest też bardzo dużo kleszczy, sporo zakażonych, oprócz wirusów kleszczowego zapalenia mózgu, także boreliozą. Czy pacjenci z chorobami odkleszczowymi to duży problem?

Generalnie chcę zachęcić do szczepień przeciwko kzm, to choroba przeciwko której jest szczepionka, a nie ma swoistego leczenia. To naprawdę często poważna choroba, bo dotyczy układu nerwowego, najczęściej przebiega jako zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, ale może też dojść do zapalenie mózgu czy też rdzenia. Ok. 20 proc. pacjentów ma potem długotrwałe powikłania neurologiczne, czyli niedowłady, także czterokończynowe, czyli bardzo poważne, wpływające na jakość życia. Bywają też powikłania ze sfery psychicznej –

hospitalizowaliśmy niedawno pacjentkę, która po przejściu kzm ma poważne zaburzenia pamięci, zaburzenia poznawcze, a wcześniej była sprawna, pełniła funkcję kierowniczą. I zastanawiające jest to, dlaczego tak mało osób się szczepi od kzm. W przypadku boreliozy mamy natomiast skuteczne antybiotyki, nie mamy jeszcze szczepionki. Problemem może tu być diagnostyka i rozpoznanie, bo obraz kliniczny choroby jest bowiem niespecyficzny, może dawać podejrzenia chorób układu nerwowego czy kostno-stawowego. Ale na pewno jak pojawi się szczepionka od boreliozy, warto się zaszczepić. Zwłaszcza osoby z terenów endemicznych, jak woj. podlaskie, chociaż choroby przenoszone przez kleszcze występują w całej Polsce, a do niedawna był problem nierozpoznawalności. Powinny też szczepić się osoby z chorobami przewlekłymi, aby nie zachorować na kolejną chorobę zakaźną, która przyczyni się do pogorszenia stanu ogólnego.

Jak wygląda proces szczepienia od kleszczowego zapalenia mózgu? Kiedy ten czas jest najlepszy?

Kiedyś były wytyczne, że szczepić należy się przed sezonem, czyli w okresie od kwietnia do października. Zmiany klimatyczne spowodowały jednak, że kleszcze są aktywne praktycznie cały rok. W tym roku w naszej klinice już w styczniu był pacjent z kzm, potem w lutym. Dlatego rekomendacje się zmieniają. Nie ma obecnie sztywnych wytycznych, możemy zaszczepić się nawet dziś. Szczepienie podstawowe to trzy dawki, potem są dawki przypominające co 3-5 lat. ~~Niektórzy mówią, że ta odporność wynosi nawet 10 lat.~~ Nowością jest to, że szczepionka od kzm znalazła się w kalendarzu szczepień dla dorosłych. Od kzm, tak jak od COVID-19 i grypy, można też zaszczepić się w aptekach. Kwalifikuje wtedy do szczepienia farmaceuta i jest podawana szczepionka. Warto skorzystać, bo to duże ułatwienie. Trzeba tylko sprawdzić, która apteka prowadzi takie usługi.

Ale też trzeba pamiętać, aby zgłosić się na szczepienie w pełni zdrowia, bo infekcja, inne stany chorobowe, mogą narazić nas na powikłania.

Jak najbardziej, to bardzo ważne, pamiętajmy, że na szczepienie nie idziemy, jak czujemy się źle, mamy gorączkę. Warto wtedy odczekać przynajmniej kilka dni, żeby czuć się całkowicie zdrowym i wtedy możemy przyjąć szczepionkę.

Szczepieniem, które budzi sporo emocji, jest szczepionka od grypy. Jak wygląda obecnie ta sytuacja?

Przeciwko grypie w Polsce w tamtym roku zaszczepiło się 5 proc. populacji.

Aby osiągnąć bezpieczeństwo populacyjne, ile to powinno być?

To zależy od tego, jaki to jest patogen. Np. w przypadku odry ok. 95 proc. krztuśca – 86 proc. Warto pamiętać, że dzięki temu, że my jako populacja jesteśmy wyszczepieni, chronimy osoby, które nie mogą z różnych powodów poddać się takiemu szczepieniu. Jak nie będziemy dbać o odporność populacyjną, może pojawić się duży problem.

Ze szczepień od grypy najczęściej korzystają seniorzy. Szczepić się trzeba co roku, bo wirusy mutują i szczepionka zabezpiecza na ok. 6 miesięcy. Ona jest co roku dostosowywana do panujących wirusów, aby zapewnić jak największą odpowiedź. Szczepionka chroni przed zachorowaniem, które szczególnie u osób przewlekle chorych może tak zaostrzyć choroby podstawowe, że może dojść do wielu ciężkich powikłań, a nawet do zgonów.

W ostatnim sezonie pacjentów z grypą mieliśmy bardzo dużo, nasz oddział był przepełniony. Nie pamiętam już takiej sytuacji. Nie zawsze były to osoby starsze, często w średnim wieku. Jak musiały źle się czuć, skoro z tzw. „błahą" grypą zgłaszały się do szpitala, a było to też w okresie świątecznym.

Poniekąd wynika to chyba z tego, że grypa została trochę zepchnięta do narożnika z powodu covid. W czasie pandemii wszyscy byliśmy w tzw. trybie awaryjnym, nosiliśmy maseczki, unikaliśmy kontaktów, to blokowało transmisję covid, ale i infekcje grypowe były

ograniczone. Nie nabywaliśmy odporności populacyjnej, nie było zainteresowania szczepieniami i teraz chyba nastąpiło wyrównanie. Nasze organizmy odzwyczaiły się od wirusa grypy i to jest chyba powodem, że teraz tak ciężko reagują?

Jak najbardziej, takie zjawisko obserwujemy i można to tak tłumaczyć.

Znamy covid, grypę, ale takim novum jest chyba wirus RSV?

To nie takie novum. Wynika to też z postępu diagnostycznego. Kiedyś wszystkie infekcje grypopodobne, jak nie było testów diagnostycznych, wrzucało się do jednego worka. Pojawiły się testy antygenowe, molekularne, wykrywające wirusa RSV, który dotyczy głównie małych dzieci, do 2 roku życia. Ale ostatnio hospitalizowaliśmy też dorosłych, w wieku senioralnym zakażonych wirusem RSV. Wyrównanie popandemiczne odgrywa tu też rolę.

Duża aktywność ruchów antyszczepionkowych, które negują konieczność szczepień, straszą powikłaniami powoduje, że część rodziców podejmuje złą decyzję i dziecka nie szczepi. Czym to może grozić?

Mamy niedawny przykład niezaszczepionego dziecka, które podróżowało do Afryki i wróciło z błonicą i wymagało bardzo intensywnej terapii. Błonica od lat nie była u nas notowana. Te choroby cały czas są na świecie, szczególnie w krajach afrykańskich, Ameryce Pd, Azji Pd. – Wsch. To pokazuje, do czego może prowadzić nieszczepienie. Jakby takich przypadków było więcej, jest niebezpieczeństwo populacyjne. Także w przypadku odry, jak będzie narastał opór przeciwko szczepieniom, też ta choroba może wrócić w dużej skali.

Kiedyś w kalendarzu szczepień było dużo szczepień, teraz jest jeszcze więcej. Możemy jednak zamiast wielu ukłuć, wybrać szczepionkę poliwalentną, czyli jedno ukłucie. Na jaką szczepionkę się decydować?

Ja swoje dzieci szczepiłam szczepionkami wysokoskojarzonymi, aby uniknąć stresu kilku wkłuć. W przypadku osoby dorosłej może nie jest to tak ważne, jak w przypadku małych dzieci. Szczepionki wysokoskojarzone to zdobycz nauki i postęp w medycynie. Nie trzeba kłuć kilka razy, wszystko jest w jednym pakiecie. Łatwiej potem kontrolować, mamy też ograniczenie bólu, cierpienia. Skoro zostało to wynalezione, dlaczego nie korzystać, skoro skuteczność jest taka sama, jak tych pojedynczych szczepionek.

A co wtedy z kumulacją powikłań, o których mówią przeciwnicy szczepień?

Statystyki nie wykazują żadnych różnić. To można zaliczyć do kategorii fake newsów.

My w radiu namawiamy do dużej aktywności ruchowej, już o kleszczach i zagrożeniu kzm i boreliozą powiedzieliśmy. A idziemy do ogródka, kopiemy, mamy skaleczenie, zabrudzenie rany ziemią i jest zagrożenie tężcem. Czy tu szczepimy się profilaktycznie czy incydentalnie?

Ostatnio przypominamy o tężcu przy okazji krztuśca. Są bowiem szczepionki, które łączą błonicę, tężec, krztusiec i polio, czyli 4 w jednym.

W przypadku tężca jesteśmy szczepieni w dzieciństwie, ostatnia dawka jest w wieku 19 lat, potem należy przyjmować dawkę przypominającą co 10 lat. Jak ktoś nie miał takiego przypominającego szczepienia, a się skaleczy, można zaszczepić poekspozycyjnie. Warto o tym pamiętać.

Ja pamiętam jeden przypadek pacjentki z tężcem, ta pani na szczęście przeżyła, ale przebieg był bardzo poważny.

Dodam, że warto też pamiętać o szczepieniach medycyny podróży, bo coraz więcej osób podróżuje.

O czym wtedy pamiętać? Jak się przygotować do podróży?

Obserwujemy w naszej poradni przyklinicznej, że coraz więcej ludzi ma świadomość szczepień, przed wyjazdami do krajów tropikalnych. Należy przyjść ok. 6 tygodni przed planowanym wyjazdem, my wtedy rozpisujemy indywidualny kalendarz szczepień w zależności od rejonu podróży i związanych z tym zagrożeń. Dużo osób z tego korzysta, co świadczy o tym, że świadomość jest coraz większa, co jest budujące.

Mamy różne szczepionki, m.in. na takie zagrożenia jak: WZW typu A, dur brzuszny, żółta gorączka, cholera, japońskie zapalenie mózgu. Od sierpnia będzie też szczepionka przeciwko chikungunyi, chorobie układu kostno-stawowego, która może powodować nawet dożywotnie komplikacje. Ten wachlarz bardzo szeroki i warto przyjść po poradę, by nie cierpieć podczas urlopu albo do końca życia.

Jedna z najczęstszych destynacji Polaków to Tajlandia. Jakie tu są zagrożenia?

Tu rekomendujemy szczepienia przeciwko WZW typu A, durowi brzusznemu, japońskiemu zapaleniu mózgu. I jak ktoś ma powyżej 29 lat, przypominającą szczepionkę przeciwko błonicy, krztuścowi, polio i tężcowi.

Wyjeżdżając do krajów tropikalnych bez szczepienia narażamy się na ekspozycję różnych czynników, które mogą zakończyć się dramatycznym zachorowaniem. Ale takim podróżnym schorzeniem jest też przenoszona przez komary malaria. Czy tu jest nadzieja na szczepionkę?

Malaria jest najczęstszą chorobą tropikalną, zaraz po niej denga. Problem z malarią jest taki, że to choroba pasożytnicza, a nie bakteryjna czy wirusowa. Były wielokrotnie próby skonstruowania szczepionki, są takie, dedykowane głównie dzieciom w Afryce, ale ich skuteczność jest mała, rzędu 30-40 proc. Nie ma szczepionki przeciwko malarii dla podróżników. My w medycynie podróży stosujemy chemioprofilaktykę tabletkową, czyli leki, które się przyjmuje przed, w trakcie i po wyjeździe. Nie ma tu niestety cudownej szczepionki. Tylko tabletki i repelenty.

Dodajmy, że te wymienione przez nas dzisiaj choroby nie są jedyne, z którymi możemy mieć do czynienia podczas podróży po świecie i Polsce.

Podsumowując: szczepić czy nie szczepić?

Ja nie mam żadnych dylematów. Jeżeli chcemy żyć w zdrowiu, jak najbardziej szczepić.

11. Kto przynosi, a kto roznosi choroby zakaźne?

prof. Joanna Zajkowska

Gościem prof. Jana Kochanowicza była prof. Joanna Zajkowska z Kliniki Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Choroby zakaźne – kto przynosi, a kto roznosi? Takie przewrotne trochę pytanie.

Są choroby, które są przenoszone, roznoszone i noszone. Czyli mamy nosicielstwo pewnych chorób, możemy przekazywać je sobie nawzajem, czyli człowiek człowiekowi grozi pewnym zakażeniem, ale mamy też choroby wektorowane, które przenoszą np. owady takie jak kleszcze, komary czy muchy krwiopijne.

Komary są chyba takie najbardziej popularne na świecie z powodu przenoszenia malarii.

Tak, uważa się, że komar to jedno z najniebezpieczniejszych zwierząt, mimo że jest malutki. Ale liczba zachorowań na malarię jest bardzo duża, śmiertelność wśród małych dzieci do 5 lat jest bardzo duża w krajach, gdzie tej malarii jest dużo.

Wróćmy do tego człowieka. Dlaczego on jest tak niebezpieczny w przenoszeniu chorób zakaźnych?

Dlatego, że człowiek ma swoje własne bakterie: 80 mld w jamie ustnej, kilogram w jelitach, ma jeszcze kożuch bakterii na własnej skórze i my te bakterie między sobą wymieniamy. Wśród nich mogą znaleźć się te, które mogą być dla nas groźne. Np. takie, które nabierają oporności na antybiotyki. Tych bakterii się boimy w szpitalu. Osoby wielokrotnie hospitalizowane mogą być nosicielami bakterii, które nie boją się antybiotyków. Możemy także w sezonie zakażeń górnych dróg oddechowych, czyli jesienno-zimowym, kichać, kaszleć i przekazywać sobie ze śliną bakterie i wirusy, które mamy i zarażać innych. Tutaj grypa jest świetnym przykładem, gdy jedna osoba chora potrafi zakazić wszystkich dookoła. I mamy jeszcze choroby brudnych rąk – mamy w jelicie bakterie, które wydalamy, gdy nie domyjemy rąk, możemy je gdzieś pozostawić.

Co to znaczy bakterie odporne na antybiotyki? Wydaje się, że antybiotyki powinny sobie poradzić z bakteriami?

Antybiotyk działa przeciwko pewnemu rodzajowi bakterii, które są na niego wrażliwe. Używamy tego antybiotyku np. mając anginę, czyli celujemy w pneumokoki czy streptokoki w gardle, ale ten antybiotyk będzie też wymiatał bakterie, które mamy w przewodzie pokarmowym, jeśli spożywamy go drogą pokarmową. A bakterie jeszcze takim przepisem na odporność na antybiotyk między sobą się wymieniają, czyli te bakterie niegroźne, które mamy w jelicie mogą ten przepis na odporność zachować i przekazać kolejnej bakterii. Potem pacjent zażywa antybiotyk, on zadziała na te, które są na niego wrażliwe, a pozostaną te, które zdobyły przepis na odporność.

Przykładem roznoszenia chorób zakaźnych jest kot i toksoplazmoza. Jak to jest ze zwierzętami domowymi i przenoszeniem chorób zakaźnych?

Tak naprawdę kot i pies, czyli te zwierzęta, które mamy w domu, rzadko są źródłem zakażenia. Jeśli chodzi o koty, to raczej te dzikie, które zakopują swoje odchody w ogródkach, potem jak niedostatecznie umyjemy wyciągane z ziemi warzywa, możemy się zakazić toksoplazmozą. Kot domowy rzadko zakaża, musiałby być chory, wydalać kał biegunkowy i wtedy jak sprzątamy kuwetę i nie domyjemy potem rąk, to jest ryzyko. Samo głaskanie zdrowego kota niczym nam nie grozi. Raczej jedzenie surowego mięsa świni, bo toksoplazmoza jest w tkankach tych zwierząt.

Natomiast psy kojarzą się ze wścieklizną. Jak duże jest tutaj zagrożenie?

Jeżeli chodzi o psy, są one w Polsce regularnie szczepione, dzikie psy u nas raczej nie występują.

Są natomiast u nas ogniska wścieklizny identyfikowane, ale to jest zoonoza, która jest w lesie, gdzie zwierzęta zakażone po jakimś czasie giną. Jeżeli mamy informację o takim ognisku, teren jest zamykany, zwierzęta giną i ognisko wygasa.

Natomiast na pewno trzeba wystrzegać się kontaktów z dzikimi zwierzętami, które dziwnie się zachowują.

Mamy świetną profilaktykę, czyli szczepimy każdego, kto został ugryziony bądź podrapany przez zwierzę domowe lub dzikie, jeśli nie wykluczymy u niego wścieklizny. Może to być wiewiórka, jeż, dziki kot, albo np. podrapanie przez małpę w trakcie wycieczki do Tajlandii. W Indiach, Azji wścieklizna intensywnie występuje, małpy, czy dzikie psy mogą być źródłem. W tych krajach są zgony z powodu wścieklizny.

Jak wygląda proces szczepienia na wściekliznę? Jeśli był to kontakt z dzikim zwierzęciem, to zwykle po takim zranieniu ostatni raz było widziane i nie wiemy czy było chore.

Mamy dwa scenariusze. Wszystko zależy od tego, czy zwierzę znamy i możemy wykluczyć wściekliznę. Jak znamy i żyje, możemy je złapać, to podlega obserwacji. Zakażone zwierzę zdycha w 5 dni jak ma wściekliznę. Jak przeżyje 10 dni, odstępujemy od szczepień. Natomiast jeśli zwierzę zbiegło, albo nie jesteśmy w stanie go zidentyfikować i zbadać, zakładamy że może mieć wściekliznę i wtedy szczepimy.

A jeśli pies ma dokument, że był szczepiony od wścieklizny?

Powinniśmy i tak poddać go obserwacji, nie zawsze szczepienie może być w stu procentach skuteczne, także nie zawsze dokument jest prawdziwy. Dlatego jak jest możliwość, poddajemy psa obserwacji.

Często mamy takie ostrzeżenia, że na określonym terenie będzie odbywać się szczepienie lisów od wścieklizny. Czy takie akcje są skuteczne?

To program, który się sprawdził. Na zachód od Wisły już ognisk wścieklizny praktycznie nie ma, bo tam systematycznie były prowadzone te programy. U nas zwierzęta przemieszczają się ze wschodu, gdzie sytuacja ze wścieklizną jest inna i ogniska się pojawiają. Ale szczepienia są

skuteczne, o czym świadczy to, że populacja lisów się rozmnożyła, one nie giną z powodu wścieklizny. Ekolodzy nawet podnoszą, że zaburzamy przez to trochę populację dzikich zwierząt, bo ona powinna sama się regulować, ale my siebie w ten sposób chronimy, likwidując ogniska wścieklizny.

Warto dodać, że wściekliznę przenoszą też nietoperze, mimo że są roślinożerne i właściwie nie powinny jej mieć, ale ugryzienie czy zadrapanie przez nietoperza też jest wskazaniem do szczepienia.

Porozmawiajmy jeszcze o kleszczach? Wiemy że przenoszą kleszczowe zapalenie mózgu, boreliozę. Ale to chyba nie wszystkie zagrożenia? Jak wygląda obecnie sytuacja z chorobami odkleszczowymi?

Liczba zachorowań nam dramatycznie rośnie, sprzyjają temu zmiany klimatyczne. Kleszczowe zapalenie mózgu, które nam pokazuje, że mamy coraz więcej przypadków, jest taką chorobą wskaźnikowa, że może też być wzrost innych chorób. Dlatego że kzm w postaci neurologicznej możemy policzyć, pacjenci trafiają do szpitala. Natomiast borelioza może być leczona ambulatoryjnie, nie wszystkie przypadki są zgłaszane, nie wszystkie są też identyfikowane.

Wśród chorób odkleszczowych poza kzm, które jest najgroźniejsze, mamy łagodniejszą boreliozę, a także anaplazmozę, chorobę gorączkową, która może sama ustąpić bez leczenia antybiotykiem, a także rzadsze babezjozę lub tularemię.

Czym objawiają się te choroby odkleszczowe?

Na pewno gorączka, ból głowy, po kontakcie z kleszczem, powinny skłaniać do kontaktu z lekarzem. W przypadku tularemii pojawia się powiększenie węzłów chłonnych i długo utrzymuje. Diagnostyka jest trudna, czasem jest lęk, że to choroba nowotworowa. Na pewno każde powiększone węzły chłonne powinniśmy też skonsultować z lekarzem.

W ostatnich latach zimą mrozu za bardzo u nas nie ma, te kleszcze są aktywne cały czas.

Kleszczom mróz nie szkodzi, o czym świadczy chociażby to, że żyją na dalekiej Syberii. Natomiast łagodna zima i brak pokrywy śnieżnej sprzyja przeżyciu populacji drobnych zwierząt – myszki, nornice to pierwsi żywiciele kleszczy. Temperatura powyżej 7-10 stopni C. pobudza kleszcze do aktywności i jak mają dużo drobnych żywicieli to żerują i się mnożą. Słyszymy od mieszkańców naszych terenów, że takiej ilości kleszczy, jak teraz, nie obserwowano przed laty. To obserwacje są nie tylko z Polski, także z krajów sąsiednich. Wszędzie kleszczy jest więcej i więcej jest kleszczy zakażonych. Jak nam zmniejszają się pory przejściowe, szybko mamy temperaturę powyżej 10 st., to jednocześnie żerują formy młode i starsze kleszczy i zakażają się wtedy nawzajem. Stąd mamy większy odsetek zakażonych kleszczy. A to znaczy, że jest większe ryzyko zachorowania po ukłuciu przez kleszcza. Dlatego koniecznie powinniśmy się szczepić.

Oprócz szczepienia, co jeszcze uchroni nas od kleszczy?

Należy dbać o właściwe ubranie i używać repelentów, czyli środków odstraszających czy zniechęcających. Kleszcze u nas są ślepe, one nie widzą, ale wyczuwają temperaturę, drgania, zapach składników potu. Jak użyjemy repelentu, nie będziemy postrzegani przez jakiś czas jako apetyczny kąsek. Tylko te repelenty działają zwykle 3-4 godziny, potem trzeba użyć je ponownie.

Ostatnio toczyła się też dyskusja, czy opryskiwać Białystok od kleszczy.

Trudne pytanie. Zależy od miejsca. Jak jest to teren przedszkola czy parku miejskiego, gdzie jest dużo dzieci, to może tak. Jest to jednak chemiczna ingerencja i wkraczanie w środowisko, które się samo reguluje. Są wątpliwości, czy stosowanie chemii przyniesie więcej pożytku czy szkody.

Czy to prawda, że kleszcze nie lubią też niektórych roślin, np. kocimiętki? Może warto wtedy je posadzić w swoich ogródkach.

Nie wiem czy odstrasza kleszcze, może raczej nie zachęca zwierząt, które przenoszą kleszcze, żeby buszowały w tych roślinach. Pamiętajmy, że sam kleszcz przemieszcza się na małe odległości, przenoszą go natomiast w różne miejsca ptaki i drobne zwierzęta.

A ptaki wędrowne, które do nas przylatują np. z Afryki, jak bociany. Czy one coś przenoszą?

Na pewno przenoszą pasożyty, które na nich bytują, ale nie mam wiedzy, czy jest to coś groźnego dla człowieka. Zresztą bociany nie mają bezpośredniego kontaktu z człowiekiem.

A inne zwierzęta, które wędrują? Mamy ocieplenie klimatu, z południa docierają do nas zwierzęta, które mogą być nosicielami różnych chorób? Czy możemy spodziewać się, że pojawi się u nas chociażby malaria?

Są prowadzone badania środowiskowe, wiemy, że z transportem, statkami, pojawiły się komary tzw. gatunki inwazyjne, które przenoszą choroby takie jak chikungunya, denga, która pojawiła się już w Europie, w krajach południowych i być może pojawi się u nas. Ale na razie bardziej trzeba by uważać jadąc na urlop do Hiszpanii, Włoch, Portugalii, bo tam te choroby są.

Na co zwrócić uwagę podczas dalekich wyjazdów, aby nie wrócić z chorobą?

Jako zakaźnik uważam, że najważniejsze jest częste mycie rąk. Najwięcej bakterii jest na powierzchniach, na klamkach, różnych przedmiotach. Trzeba też zwracać uwagę na to, co jemy i pijemy. Nie pijemy wody, o której nie wiemy, skąd pochodzi, także np. napoi z kostkami lodu nieznanego pochodzenia. I ważne są repelenty, tam gdzie występują komary czy muszki, a jeśli widzimy że tubylcy noszą długie rękawy, my też takie nośmy, nawet jak jest gorąco. To ochroni nas przed pokłuciami.

Szczepienia nas ochronią?

Nie przed wszystkim, ale przed wieloma chorobami. Uważam, że szczepienia to nasza przyszłość, bo nasz styl życia tak się zmienił, że uodparniamy się dosyć słabo i musimy uzupełniać to szczepieniami. To wielkie odkrycie ludzkości, że zlikwidowaliśmy najgroźniejsze choroby, przynajmniej w warunkach europejskich. Nasze dzieci nie chorują już na gruźlicę, dur brzuszny, zapalenie opon wywołane przez Haemophilus influenzae. I jeżeli wybieramy się w rejon świata, gdzie zagraża nam np. japońskie zapalenie mózgu czy żółta gorączka, powinniśmy koniecznie pamiętać o szczepieniu. Jeśli chodzi o malarię, nie ma szczepienia, ale chemioprofilaktyka.

Warto też pomyśleć o szczepieniu przeciwko błonicy, jeśli minęło 10 lat od ostatniego szczepienia, które przyjmujemy w wieku 18-19 lat. Jest taka szczepionka: błonica, tężec, krztusiec, którą można podać, zawsze to się nam przyda, te choroby występują w różnych rejonach świata.

Mamy do czynienia ostatnio z wszechobecną antybiotykoterapią, gdy idziemy z infekcją do lekarza, rzadko wychodzimy bez antybiotyku. Czym to grozi?

To sytuacja bardzo alarmująca, mówi się że będzie kolejna pandemia wywołana przez szczepy wielooporne. Stąd ta powszechna edukacja, aby nie brać antybiotyków bez potrzeby. Nie ma profilaktyki antybiotykowej, nie można ich brać na zapas, na wszelki wypadek. Bierzemy antybiotyk tylko kiedy trzeba, nie dłużej niż trzeba i celowany na konkretne bakterie. W środowisku medycznym staramy się ograniczać antybiotykoterapię do sytuacji niezbędnych. Antybiotyk nie powinien też nam wybić bakterii do ostatniej, tylko zmniejszyć ich ilość do takiego poziomu, aby nasza immunologia sobie z resztą poradziła. Obecnie jest tendencja do skracania długości terapii, może sytuacja się zmieni. Problem jest, szczególnie w krajach poza

Polską, jak Indie, Ukraina, to kraje gdzie jest dużo generyków i dużo szczepów wieloopornych, na wiele antybiotyków.

Czyli powinniśmy stawiać na odporność naturalną, a starać się przy błahych infekcjach nie wspomagać się antybiotykiem. Nasza odporność jako społeczeństwa wtedy też wzrośnie.

Dbanie o dobrą kondycję, wysypianie się i dobrą dietę, na pewno pomaga nam w utrzymaniu dobrej immunologii. Natomiast naturalne starzenie się powoduje, że słabnie ta odporność, gorzej radzimy sobie z infekcjami. Ale przed podjęciem decyzji o antybiotykoterapii, zawsze warto skonsultować się z lekarzem, dlatego że mamy dobre metody diagnostyczne, które pozwalają nam określić, czy to infekcja wirusowa czy bakteryjna.

12. Psycholog dobry na…

mgr. Milena Grabińska

Gościem prof. Jana Kochanowicza podczas ostatniej audycji Pytanie do specjalisty była mgr. Milena Grabińska psycholog z Centrum Zdrowia Psychicznego przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku.

Mam pewien niepokój rozmawiając z psychologiem. Czy to jest tak, że państwo rozmawiając z kimś od razu oceniacie profil rozmówcy?

Ja wiem, że jest taki mit, że gdy ktoś wchodzi do gabinetu psychologa, to my od razu wiemy, co się z nim dzieje. Ale tak nie jest. Psycholog chce dopiero poznać, z czym pacjent do niego przychodzi, z jakim problemem. I nie jesteśmy osobami, które oceniają.

Jak się zostaje psychologiem?

Psycholog to osoba, która skończyła pełne pięcioletnie studia i uzyskała tytuł magistra. Są to szkoły i publiczne, i prywatne, mające akredytację by nadawać tytuł magistra psychologii.

Kiedy warto zdecydować się na skorzystanie z pomocy psychologa?

Kiedy pojawia się taka myśl, że chciałbym z kimś o czymś porozmawiać, albo gdy nie możemy o czymś porozmawiać z bliskimi, bo się wstydzimy, krępujemy – wtedy to dobry moment, aby pójść właśnie do psychologa.

Z jakimi problemami najczęściej pacjenci się zgłaszają do Centrum Zdrowia Psychicznego przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku?

Najczęściej to obniżony nastrój, brak chęci życia, brak celu w życiu, problemy z koncentracją, skupieniem, nadmiernym rozmyślaniem. Także poczucie bycia w pędzie, pogoń za jakimiś celami życiowymi – najczęściej są to osoby przepracowane, przemęczone.

Lekarz internista wypisuje tabletki, chirurg operuje, a co robi psycholog?

W zależności od potrzeby pacjenta. Zajmujemy się taką reorganizacją życia, pomyśleniem o tym, co można zmienić, nad czym popracować, czy np. nie zmienić pracy, bo czujemy się wypaleni, nieakceptowani. To takie rzeczy na tu i teraz, co możemy zadziałać. Ale to także pomoc w poszukiwaniu celów życiowych, rozmowa o tym, co wydarzyło, że nie wiemy, w którą stronę pójść. Pomagamy też poradzić sobie z napięciem, stresem. W dzisiejszych czasach wiele osób jest zestresowanych, zapominamy o takiej higienie: odpoczynku, śnie, relaksacji.

Możemy też pokierować na leczenie specjalistyczne, czyli na terapię uzależnień, osoby uzależnione.

Jak wygląda taka wizyta u psychologa? Co nas tam czeka?

To luźna rozmowa. Wypytujemy pacjenta o objawy, od kiedy występują, czy są obciążające na co dzień. Np. o epizodzie depresji możemy mówić, gdy objawy trwają ponad dwa tygodnie.

Chcemy poznać, z czym pacjent przychodzi. To rozmowa nie oceniająca, ale pełna empatii, zrozumienia, wyrozumiałości. I na pewno z naszych ust nie może paść sformułowanie: weź się w garść, weź się ogarnij.

Ale to wydaje się takie naturalne, aby tak właśnie powiedzieć.

Raczej psycholog tak nie powie. On powinien zrozumieć przede wszystkim czemu, a jak nad tym popracować, to już zależy od danej osoby, To indywidualna kwestia. Może to być np. jakaś sytuacja w pracy albo wspomnienia traumatyczne z przeszłości. Psycholog jest na tej pierwszej linii, aby ocenić, co się dzieje z pacjentem, pomóc mu zrozumieć, jakie mechanizmy na niego działają, by sam nauczył się rozwiązywać swoje problemy. W razie potrzeby pacjent jest kierowany do psychoterapeuty, a jeśli jest potrzebna farmakoterapia – do psychiatry.

Psycholog a psychoterapeuta – jaka jest różnica?

Psycholog to osoba, która ukończyła 5-letnie studia magisterskie, natomiast psychoterapeuta to osoba, która ukończyła kurs dodatkowy, po którym jest certyfikat psychoterapeutyczny. Zazwyczaj zajmuje się naszymi emocjami u podstaw, czyli od miejsca, w którym pojawiły się wspomnienia powodujące brak poczucia bezpieczeństwa. Psychoterapeuci są uzupełnieniem psychologów. Mogą być to osoby, które ukończyły studia powiązane ze zdrowiem psychicznym jak pielęgniarka czy pedagog.

Już wiem, że gdy mamy w otoczeniu osobę z obniżonym nastrojem, nie mówimy: weź się w garść. A kiedy doradzić takiej osobie: idź do psychologa?

Kiedy pojawia się izolacja społeczna, odsuwamy od znajomych, rodziny, odkładamy spotkania, szukamy wymówek, by nie przychodzić. Także gdy taka osoba rezygnuje z dotychczasowych zainteresowań. To czynnik, gdy można kogoś skierować na taką konsultację i zapobiec rozwojowi objawów depresyjnych. Albo gdy dana osoba ma problemy ze wstawaniem, wybudzeniem się, bo np. długo nie śpi w nocy i rano ciężko jej wstać. Zaburzenia snu też mogą być komunikatem, że dobrze jest zgłosić się do specjalisty.

Lubimy sobie czasami pospać. Ale jak się wybudzamy, to jak sobie z tym poradzić?

Jeśli to jednorazowe, to bym przymknęła na to oko. Ale jeśli nie śpimy dobrze już miesiąc, nasz sen skrócił się do 3 godzin, bo zasypiamy o 3, a wstajemy o 6, to jest to już komunikat, że mamy problemy z ciągłością snu. Warto iść wtedy do specjalisty, aby poznać genezę tych problemów. Czy są to np. natłoki myśli, które na tyle obciążają mózg, że nie śpimy. Bo jak np. przed wystąpieniem publicznym mamy takie dwie noce rozmyślania, to jest to w granicach normy. Ale jak taka sytuacja trwa powyżej tygodnia-dwóch, warto iść do specjalisty, bo to znaczy, że to napięcie, ten stres jest na wysokim poziomie.

Czy są jakieś normy, ile powinniśmy spać? Przyjęło się, że im osoba jest starsza, tym mniej snu potrzebuje, a młodsi śpią więcej.

U dorosłych powinno to być 7-8 godzin, natomiast w przypadku seniora 6-7 godzin. Ale też wszystko zależy od tego, na ile odczuwany jest dyskomfort. Bo ktoś może śpi 6 godzin i mu za mało, a ktoś inny śpi 10 godzin i też uważa, że to za mało. Nadmierny sen jest też czymś, co odbiega od normy i może męczyć. To indywidualne, na ile to przeszkadza, czy ktoś wstaje wypoczęty, zadowolony, czy jednak jest zmęczony, narasta frustracja, podenerwowanie.

Z tym nadmiernym snem, to też jest problem – takie leniuchowanie i spanie przekraczające

7-8 godzin?

Raz na jakiś czas taki „leniuszek" jest nawet wskazany, jak np. musimy odespać cały tydzień. Śmiało wtedy, korzystajmy. Problem pojawia się, gdy codziennie śpimy po 10-12 godzin. Taka nadmierna senność może być objawem np. depresji.

Stres to nieodzowny element naszego życia, co rusz go doświadczamy. Kiedy trzeba jednak z tego powodu iść do psychologa?

Stres możemy podzielić krótkoterminowy i długoterminowy. Krótkoterminowy to taki, który motywuje do działania, mobilizuje. Np. w szkole jest zaplanowana klasówka za kilka dni, to przez ten czas mogę tym się stresować, ale w trakcie klasówki ten stres powinien już się zmniejszać, a po niej – ustąpić. Natomiast stres długoterminowy zostaje z nami dłużej. Jak w przypadku tej klasówki – pojawiają się myśli, że mogłem bardziej się postarać, lepiej napisać. To myśli, które nas obwiniają i to nas stresuje. Pojawiają się objawy obciążające organizm, jak problemy ze snem, z koncentracją, skupieniem się. Ten stres z czasem zaczynamy odczuwać w ciele, to mogą być nerwobóle, objawy zawału, duszności, zespół jelita drażliwego, bóle kończyn, drętwienie. To oznacza, że ten przewlekły stres zaczyna nas wyniszczać.

Jak sobie najlepiej poradzić z takim stresem? Czy możemy sami tu coś zadziałać?

WHO zaleca, żeby mieć aktywność fizyczną: 150-300 minut w tygodniu, czyli godzina dziennie pięć dni w tygodniu. Już sam spacer może bardzo dużo pomóc w redukcji stresu, to może być np. wyjście do parku, albo przejście się kilku przystanków, zamiast jechać całą drogę do pracy. Słońce też bardzo dobrze działa, pomaga redukować stres. Do tego odpoczynek od telefonu, telewizora, czyli powrót do czytania książek, rozwiązywania sudoku, krzyżówek. Warto znaleźć sobie takie zainteresowanie, gdzie nasz mózg będzie wykonywał jedną czynność przez godzinę, wtedy odpoczywa, regeneruje się.

Spotkałem się z takim zaleceniem, że aby sen miał wartość, pół godziny – godzinę przed pójściem spać trzeba odstawić różne urządzenia elektroniczne, jak komputer, telewizor, smartfon.

Jak najbardziej. Wszystkie te urządzenia, niestety, emitują niebieskie światło, które stymuluje mózg. On jest wtedy nakręcony, a to nie pomaga w odpoczynku, może nasilać bezsenność, wybudzanie w nocy. Przed snem warto odłożyć telefon i skoncentrować się na tym co tu i teraz. Można poczytać książkę, stosować różne rodzaje medytacji -polecam tu np. autotrening Shultza, można też po prostu poleżeć w ciszy te 20-30 minut.

Wizyta w gabinecie psychologa kojarzy się z kozetką, jak to jest w rzeczywistości?

Ta kozetka wywodzi się z nurtu psychoterapeutycznego, zasłynęła u Freuda. Wizyta u psychologa bywa spotkaniem na fotelach, ale zazwyczaj odbywa się na wygodnych krzesłach.

Stres, obniżony nastrój, co jeszcze powinno nas skłaniać do wizyty u psychologa?

Wszystko co nas zaniepokoi z kategorii zdrowia psychicznego np. po stracie, w żałobie, gdy byliśmy świadkiem jakiegoś wypadku, kiedy mamy jakieś trudności w życiu. Do psychologa idzie się po wsparcie, a nawet samo wysłuchanie. Czasem nie chcemy nikogo obciążać swoimi problemami, a psycholog zawsze wysłucha. To nie jest tak, że jak wejdziemy do gabinetu, to od razu mamy „żółte papiery". To często są zwykłe codziennie rzeczy, które nas przytłoczyły.

A jak psycholodzy doradzają osobom uzależnionym? Tych uzależnień jest bardzo dużo: od alkoholu, tytoniu, narkotyków, środków pobudzających, energetyków.

Przekierowujemy pacjentów do placówek leczenia uzależnień. Coraz więcej jest miejsc specjalizujących się już nie tylko w problemach alkoholowych, ale zajmujących się np. leczeniem fomo – to uzależnienie od social mediów, telefonów. Jest to duży problem wśród młodzieży, ale też pojawia się u dorosłych. W takich placówkach specjalistycznych osoby

uzależnione mogą liczyć na kompleksową pomoc, jest tam psycholog, psychoterapeuta, psychiatra, asystenci zdrowienia.

Trwa dyskusja nad zakazem używania w szkołach smartfonów. To dobry pomysł?

Uważam, że mogłoby to pomóc młodzieży w odbudowaniu relacji społecznych z drugim człowiekiem. Dziś młodzi ludzie zapominają, jak rozmawiać z drugim człowiekiem, budować kontakty, znajomości, przyjaźnie. Bez telefonów byliby zmuszeni nauczyć się rozmawiać ze sobą, co jest potrzebne, by mieć relacje społeczne. My jesteśmy istotami społecznymi, lubimy być akceptowani, być w grupie. Jak nie jesteśmy w tej grupie, zaczynamy chorować.

W social mediach tworzymy iluzję grupy, nie ma tych bezpośrednich relacji. Mamy tysiące wirtualnych znajomych, ale z nikim się nie spotykamy. To chyba nie najlepiej wpływa na zdrowie psychiczne.

To niszczące dla nas. Lubię tu powoływać się na Le Bona, który napisał książkę o psychologii społecznej, relacjach społecznych. Otóż do niedawna zakładało się, że social media zapewnią nam kontakt face to face, czyli kontakt w tym samym momencie, z interakcją, gdzie pokazaniem emocji są emotikony. Uważano, że to wystarczy. I tu wchodzi pan Le Bon, który mówi, że jest coś takiego jak ładunek emocjonalny. I my jako ludzie musimy poczuć tego drugiego człowieka, to, że mamy kontakt z drugą osobą i do tego dążymy. Nawet jedną z form leczenia osób mających problemy depresyjne jest aktywizacja społeczna, czyli zachęcenie, aby zaczęły wychodzić do ludzi: na koncerty, do teatru, kina. Bo tam wszyscy przychodzą w tej samej intencji, my się tym zarażamy i ładujemy się.

Dlatego też kontakt między uczniami musi być bezpośredni, bo to że mam dużo znajomych, nie znaczy, że te znajomości są pogłębione, prawdziwe, że jesteśmy szczerzy. Nie na tym rzecz polega.

13. Cukrzyca ciągle na topie

prof. Irina Kowalska

Gościem prof. Jana Kochanowicza była prof. Irina Kowalska, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

Kiedy mówimy o cukrzycy, co to za choroba?

O cukrzycy mówimy wtedy, kiedy stwierdzamy podwyższone stężenie glukozy we krwi, spełniające kryteria rozpoznania cukrzycy.

Mamy różne typy cukrzycy.

Cukrzyca typu 1, to ta, która występuje u dzieci, młodych dorosłych, ale też może wystąpić w dorosłym życiu. Ten typ cukrzycy charakteryzuje się tym, że dochodzi do uszkodzenia komórek beta trzustki – komórka beta nie wydziela insuliny. Jedynym sposobem leczenia tego typu cukrzycy jest leczenie za pomocą insuliny. Większość nowych rozpoznań cukrzycy typu 1 jest w klinikach pediatrycznych, zajmujących się diabetologią dziecięcą. Ale w klinikach osób dorosłych też rozpoznajemy cukrzycę typu 1. Ten obraz kliniczny na początku jest bardzo podobny. Objawy to przede wszystkim wzmożone pragnienie, częste oddawanie moczu, często towarzyszy temu znaczny apetyt, a mimo to dziecko czy młody dorosły traci na wadze. Jest tak silny katabolizm. Wynika to z faktu, że insulina jest hormonem anabolicznym, i jak jej zabraknie w organizmie, dochodzi do nasilenia procesów katabolicznych i w konsekwencji do utraty masy ciała. I bywa, że my w momencie rozpoznania cukrzycy, jak zbieramy wywiad od pacjenta, słyszymy, że mimo tego że miał apetyt, stracił w 2 tygodnie 6-8 kg. Jest to wynikiem nasilonego katabolizmu w przebiegu przewlekłej hiperglikemii. W cukrzycy typu 1 jedynym sposobem leczenia, jak wspomniałam wcześniej, jest stosowanie insuliny. Cukrzyca typu 1 to prawie 10 proc. wszystkich rozpoznań dotyczących cukrzycy.

Kolejne prawie 90 proc. to cukrzyca typu 2, kiedyś mówiło się, że to cukrzyca insulinoniezależna czy cukrzyca dorosłych. Ta postać cukrzycy jest bardzo heterogenną jednostka chorobową. Rozpoczyna się w późniejszym wieku i w ok. 90 proc. przypadków związana jest z otyłością albo nieprawidłową dystrybucją tkanki tłuszczowej.

Czyli sami na nią zapracowujemy jedząc zbyt dużo?

I tak i nie. Bardzo ważna jest tu predyspozycja genetyczna, inne czynniki środowiskowe. Nie każda osoba z otyłością rozwinie cukrzycę. W cukrzycy typu 2 mamy obecnie cały wachlarz możliwości, jeśli chodzi o leczenie. To się bardzo zmieniło i wydaje się, że tak naprawdę insuliny będziemy używali coraz rzadziej.

Pozostałe kilka procent, to te inne typy cukrzycy, rzadkie postacie uwarunkowane genetycznie, związane z przyjmowaniem niektórych leków, w przebiegu innych chorób.

Dlaczego cukrzyca jest ciągle na topie?

Cukrzyca została nazwana pierwszą niezakaźną pandemią XXI w. Dlaczego – ponieważ zapadalność na cukrzycę typu 2 jest związana z epidemią otyłości. Dopóki nie poradzimy sobie z otyłością, trudno nam będzie zapobiec częstym zachorowaniom na cukrzycę typu 2.

Coraz więcej mamy też przypadków cukrzycy typu 1 w pediatrii, ale nie tylko. Mamy też bardzo dużo nowych rozpoznań u młodych dorosłych. Pracuję już ponad 30 lat i kiedyś w Klinice Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, gdy tam pracowałam, pod kierownictwem prof. Idy Kinalskiej, prowadziliśmy z rektorem prof. Adamem Krętowskim, program dotyczący epidemiologii cukrzycy typu 1. My byliśmy wtedy krajem referencyjnym o niskiej zapadalności na cukrzycę typu 1; od tamtej pory ten współczynnik wzrósł niemal 3-krotnie. Zastanawiamy się nad przyczynami, bo nie bardzo potrafimy zapobiegać temu typowi cukrzycy. To jest proces autoimmunologiczny, dochodzi do destrukcji komórki beta trzustki. Ale musi być jeszcze jakiś czynnik. Wiemy, że są pewne geny predysponujące, mówi się, że może infekcja wirusowa, sposób żywienia dziecka. Badano różne czynniki, ale na tym etapie nie mamy skutecznych metod prewencji, nie wiemy jak postępować, by dziecko nie rozwinęło cukrzycy typu 1. A bardzo byśmy chcieli, bo to choroba na całe życie, przez 24h na dobę, 7 dni w tygodniu. Cały czas trzeba aktywnie kontrolować stężenie glukozy.

I to wczesne rozpoznanie jest tu bardzo ważne.

Teraz jest nawet szeroka akcja wśród pediatrów, bo bardzo często cukrzyca typu 1 u dzieci rozpoznawana jest w obrazie cukrzycowej kwasicy ketonowej, a tak nie powinno być. To jest ostre poważne powikłanie cukrzycy. Powinniśmy rozpoznawać cukrzycę wcześniej. Mamy teraz badania przesiewowe prowadzone przez klinikę prof. Bossowskiego, ale też w innych ośrodkach w Polsce. Wiemy, że już obecność przeciwciał skierowanych przeciwko komórkom beta trzustki, pokazuje nam grupę, która może w przyszłości zachorować. Nie wiemy jak zapobiec zachorowaniu, ale możemy tą grupę monitorować i odpowiednio wcześnie wychwycić chorobę.

W cukrzycy typu 2 chyba mamy szansę na prewencję.

Absolutnie, mamy tu szansę na prewencję. I coraz częściej zaczynamy mówić o remisji, zastanawiamy się kiedy powiedzieć, że już nie ma cukrzycy typu 2. Ale przede wszystkim umiemy jej zapobiec. Naszym celem jest profilaktyka. W 2023 roku w Belgradzie została podpisana taka deklaracja przez część europejską organizacji WHO i Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej dotycząca przyspieszenia opieki diabetologicznej, aby zapobiec tak znaczącemu występowaniu cukrzycy. Główne cele to wczesne rozpoznawanie, równy dostęp do opieki diabetologicznej, równy dostęp do technologii, aby ten postęp cyfrowy przekładał się też na badania naukowe w tej dziedzinie. Mamy bardzo dużo na świecie osób z cukrzycą, prognozy są naprawdę zatrważające. A cukrzycy typu 2 możemy zapobiegać. Przede wszystkim musimy prowadzić tzw. zdrowy tryb życia, czyli dbać o masę ciała, zdrowo się odżywiać, podejmować świadomie decyzje o tym, co i jak jemy i nie zapominać o aktywności fizycznej. Zawsze przypominam tu maksymę dr Oczko, że ruch zastąpi każdy lek, ale żaden lek nie zastąpi ruchu. Czyli musimy się jak najwięcej ruszać.

My w Radiu Orthodoxia stale zachęcamy do zdrowego stylu życia, aktywności fizycznej. Mamy w studiu wodę, marchewkę, jabłka.

Tak, dużo się zmieniło. Wiadomo, że gubią nas przekąski, podjadanie. Warto przygotować sobie takie przekąski, żeby były zdrowe. I zapewniam, że one też dają uczucie sytości. Nie jest tak, że tylko po czekoladzie jest człowiek syty. Warzywa, owoce, to jest coś, co naturalnie wyrosło. Oczywiście owoce zawierają glukozę, fruktozę i osoba z cukrzycą nie może w nadmiarze ich spożywać. Musimy dbać o to, aby ten nasz talerz był zbilansowany, czyli w połowie powinny zajmować go warzywa, a druga połowa to głównie białko i tylko trochę węglowodanów. Starajmy się o to dbać, uczyć tego nasze dzieci. Uczmy też jedzenia przy stole, nie po pokojach, przed telewizorem, do posiłku siadajmy razem. Dajemy w ten sposób przykład i te wzorce przekładają się na kolejne pokolenia.

Warzywa i owoce, to chyba najlepsze z własnego ogródka, gdzie aby wyrosły, musimy też się wcześniej poruszać.

To oczywiście jest najlepsze, zachęcam, jak ktoś ma takie możliwości. Ogródki działkowe dają dużo frajdy, trzeba przygotować ziemię, potem posadzić, podlewać, to zawsze jest forma ruchu.

My zwracamy też uwagę na stan psychiczny pacjenta z cukrzycą, a taka praca na działce bardzo uspokaja, daje inną perspektywę, pozwala na chwilę się zatrzymać.

Jakie objawy w trakcie leczenia cukrzycy powinny nas zaniepokoić, że coś jest nie tak?

W cukrzycy typu 1 głównym problemem jest podwyższone stężenie glukozy. To są młodzi ludzie i zwykle nie mają powikłań. Polskie dzieci leczone są bardzo dobrze, mamy bardzo dobre wyniki na tle innych krajów europejskich. Polscy pediatrzy diabetolodzy robią wspaniałą, ogromną pracę, dzieci i rodziny są wyedukowane. Mamy szeroki dostęp do nowoczesnych technologii. Teraz od razu rekomenduje się leczenie za pomocą osobistej pompy insulinowej, z systemem ciągłego monitorowania glikemii. Są aplikacje na telefon, sterowanie urządzeniem jest proste, może być udostępnione rodzicom. Tutaj najważniejsze jest prawidłowe stężenie glukozy, bo cukier nie może być też za niski. Te najnowocześniejsze urządzenia tzw. hybrydowe pompy insulinowe, są refundowane do 26 roku życia, ale Polskie Towarzystwo Diabetologiczne postuluje do Ministerstwa Zdrowia, aby też po 26 roku życia były refundowane, aby tego leczenia nie przerywać. Te urządzenia wykorzystując algorytmy sztucznej inteligencji zatrzymują przepływ insuliny w pompie jak spada cukier, a gdy tylko zaczyna wzrastać automatycznie zwiększają przepływ insuliny. To jest leczenie rekomendowane, bardzo bezpieczne. Oczywiście również u dzieci dbamy o masę ciała, monitorujemy inne czynniki ryzyka. Już teraz w bilansie 6-latka będzie zalecona kontrola lipidogramu – to w kierunku wykrycia hipercholesterolemii rodzinnej. Ale wiemy, że cukrzyca predysponuje, jeśli jest źle leczona, do wczesnych zmian miażdżycowych. I w cukrzycy typu 1 każda infekcja może doprowadzić do kwasicy ketonowej, ale rodzice małych dzieci są tu bardzo wyczuleni, wiedzą jak sobie radzić, jak prowadzić w tym momencie leczenie.

W cukrzycy typu 2, tych sytuacji, które mogą wskazywać na to, że coś z leczeniem nie jest dobrze, jest stosunkowo dużo. Teraz mamy holistyczne leczenie, czyli na pierwszym miejscu jest kontrola glikemii, to jest bardzo istotne. Wiemy, mamy tu prowadzone od ponad 40 lat badania prospektywne, że jak ktoś od początku jest dobrze leczony, to po 40 latach też nie ma powikłań. Ale żeby pacjent był dobrze leczony, musi być wcześnie wykryta cukrzyca. Wiemy że bardzo ważna jest kontrola masy ciała. Tak samo jak mamy parametr do oceny kontroli glikemicznej i mówimy, że u osób dorosłych hemoglobina glikowana powinna być poniżej 7%, tak samo uważamy, że celem terapeutycznym powinna też być redukcja masy ciała, jeżeli

pacjent spełnia kryterium otyłości. Każda redukcja masy ciała intencyjna jest korzystna. Już utrata 5 proc. masy ciała pozwala lepiej kontrolować cukrzycę, a 10-15 proc. modyfikuje przebieg choroby i może spowodować to, że odstawiamy leki, że pacjent nie wymaga już takich częstych wizyt lekarskich. Kontrolujemy też czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Osoby z cukrzycą typu 2 to osoby ze zwiększonym ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego. I tu objawy często są bardzo niespecyficzne i jeżeli pojawiają się niespecyficzne bóle w klatce piersiowej, coś zaczyna się dziać inaczej, to jest moment, aby pokazać się u diabetologa.

Teraz dysponujemy lekami, które obniżają stężenie glukozy, a jednocześnie chronią nam serce, chronią nerki.

Czy to też te leki, które wzbudzają tyle emocji i mają także obniżać masę ciała?

Już tych emocji chyba tak nie budzą. Mamy coraz większą gamę leków na rynku, niektóre są przeznaczone tylko do leczenia otyłości, inne do terapii cukrzycy typu 2, a niektóre do terapii otyłości i cukrzycy typu 2. Mamy w czym wybierać, mamy określone wskazania refundacyjne. Te leki – mówię o agonistach receptora GLP1 bądź podwójnym agoniście – są tyle lat na rynku, że wydaje się, że są bezpieczne, podajemy je i cieszymy, że dostępność coraz lepsza, bo jednocześnie chronimy serce, zapobiegamy miażdżycy.

Drugą grupę leków stanowią popularne flozyny – na początku były lekami tylko na cukrzycę, ale są wykorzystywane również w kardiologii i nefrologii. I widzimy znaczące korzyści, jeśli chodzi o terapię cukrzycy typu 2.

Pacjent jest nie do końca subordynowany, nie stosuje się do zaleceń, nie przyjmuje leków. Co mu wtedy grozi?

Najgorsze są powikłania cukrzycy. Ostre powikłania cukrzycy to te tzw. śpiączki cukrzycowe, do tego za wszelką cenę chcielibyśmy nie dopuścić. To jest stan ostry, gdy trzeba szybko zgłosić się do szpitala, na oddział specjalistyczny, aby uniknąć powikłań.

Tak naprawdę problemem w diabetologii są przewlekle powikłania, dzielimy je na mikronaczyniowe i makronaczyniowe. Mikronaczyniowe są związane z narządem wzroku, nerkami i układem neurologicznym. Przy powikłaniach makronaczyniowych uszkadzane są naczynia mózgowe, naczynia mięśnia sercowego i naczynia obwodowe. Może to spowodować zawał serca mięśniowego, udar mózgu i zespół stopy cukrzycowej. My bardzo nie chcemy amputować kończyn z powodu zespołu stopy cukrzycowej. Dlatego jak coś się dzieje, nie można czekać, ale jak najszybciej się zgłosić, wtedy szanse na zatrzymanie procesu, wygojenie zmiany, są o wiele większe. To główny cel leczenia cukrzycy. Bo leczymy po to, aby nie dopuścić do rozwoju powikłań. A naprawdę mamy czym leczyć. Czasem trafiają do nas pacjenci z ostrych dyżurów, którzy dotąd przyjmowali 4 razy dziennie insulinę i okazuje się że można to zastąpić np. jednym zastrzykiem na tydzień. Naprawdę staramy się, aby polscy pacjenci mieli jak najlepszy dostęp do leczenia.

Dużo jednak zależy tu od pacjentów, aby dostosować się do zaleceń. Bez zaangażowania pacjenta nawet najbardziej wymyślna technologia, wsparta sztuczną inteligencją, nie uchroni przed powikłaniami.

To prawda. A dokonał się naprawdę ogromy postęp. Teraz jak przejmujemy dzieci z cukrzycą typu 1 z opieki pediatrycznej, one nie mają w ogóle powikłań. To jest zupełnie inny obraz cukrzycy typu 1, niż był 20-30 lat temu, jak zaczynałam pracę, gdzie w klinikach osób dorosłych były pojedyncze osoby z cukrzycą typu 1, często wymagające dializoterapii, laseroterapii. Bardzo ważna jest tu edukacja, bez niej nie będzie sukcesu. Żadna technologia, żaden

nowoczesny lek, nie zastąpi wiedzy, jaką pacjent ma o cukrzycy. Zespół terapeutyczny musi być cały czas na bieżąco, ale ta wiedza musi być stale pacjentowi przekazywana.

Bo w terapii ważną rolę pełni zespół terapeutyczny. Kto jest w takim zespole, oprócz specjalisty diabetologii?

Są przeszkolone pielęgniarki, edukatorki. Bardzo ważny jest też dobry dietetyk, który w zależności od potrzeb pacjenta dobierze mu dietę. Bo nie jest sztuką zalecić w szpitalu wysublimowaną dietę, ale taką, żeby jak pacjent wróci do domu, wiedział co ma jeść i aby było to akceptowalne. Trudno wymagać, aby ktoś kto dotąd np. używał mąki pszennej, raptem miał tylko mąkę z migdałów.

W zespole terapeutycznym, jest też psycholog. Teraz ma być obowiązkowy, bo cukrzyca typu 1 jest chorobą na całe życie, ci pacjenci potrzebują wsparcia. Z kolei w cukrzycy typu 2, jak jest źle leczona, są też zaburzenia poznawcze, wynikające ze zmian niedokrwiennych w obrębie mózgu.

Kończymy z przesłaniem, aby dla własnego zdrowia, ruszać do aktywności fizycznej.

Tym bardziej, że mamy dobrą porę roku. Jak najwięcej ruchu: spacery, chodzenie po schodach, jazda na rowerze, to coś co robicie Państwo dla siebie i co pozwoli utrzymać dobre zdrowie jak najdłużej.

14. Programy profilaktyczne, warto wiedzieć, warto korzystać

Izabela Przewłocka, Beata Leszczyńska

Gościem prof. Kochanowicza podczas ostatniej audycji były Izabela Przewłocka – rzeczniczka prasowa podlaskiego NFZ oraz Beata Leszczyńska z Zespołu Komunikacji Społecznej i Promocji podlaskiego NFZ.

Mam wrażenie, że my nie bardzo lubimy zadbać o siebie tak zawczasu, żeby nie dopuścić do powstania pewnych chorób i tutaj oprócz prozdrowotnego, aktywnego trybu życia, z właściwą dietą, jednym z najważniejszych elementów są badania profilaktyczne. Ostatnio mieliśmy do czynienia z Programem 40 Plus. Co teraz NFZ oferuje pacjentom?

IP: Zacznę od tego, że nawet sama nazwa naszej instytucji to Narodowy Fundusz Zdrowia, czyli zdrowia, a nie choroby. Wiem, że my się wszystkim kojarzymy właśnie z chorobami, z problemami, ale najważniejsze jest to, żeby uświadomić sobie, że jeżeli jesteśmy zdrowi i nic nam nie dolega, to powinniśmy korzystać ze świadczeń medycznych profilaktycznych. Ponieważ profilaktyka jest dla osób zdrowych i jest potrzebna. Tak samo jak robimy przeglądy coroczne samochodów czy regularnie przeglądy gwarancyjne klimatyzacji.

Z samochodem to jest prosta sprawa, bo jak nie zrobimy tego przeglądu, to jak pewne służby nas zatrzymają, zapłacimy za to.

IP: I może to byłby pomysł i w przypadku badań profilaktycznych, chociaż ja nie jestem zwolenniczką takich radykalnych rozwiązań i karania za brak profilaktyki. Bardziej jestem za tym, żeby edukować, przekonywać i promować profilaktykę. Badania profilaktyczne są dla osób zdrowych, gdy nic nam nie dolega i po prostu systematycznie, regularnie robimy przegląd swojego zdrowia. I właśnie taką najnowszą propozycją Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia jest program profilaktyczny Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej, który zastępuje Profilaktykę 40 plus. Jak sama nazwa wskazuje, Profilaktyka 40 plus były to badania, które były przeznaczone dla osób po czterdziestce. Natomiast Moje Zdrowie może wykonać już osoba dwudziestoletnia. Ostatni bilans zdrowia mają dziewiętnastolatkowie, więc żeby nie zgubić tego nawyku regularnych bilansów, taka ofertą dla osób dorosłych jest program profilaktyczny Moje Zdrowie. Program realizujemy u swoich lekarzy rodzinnych, ale nie musimy wcale iść do gabinetu lekarza rodzinnego po skierowanie. Skierowanie wygenerujemy sobie samodzielnie, w momencie kiedy wypełnimy ankietę dotyczącą naszego

zdrowia, najwygodniej zrobić to na naszym Internetowym Koncie Pacjenta (IKP). Po zalogowaniu, zarówno przez przeglądarkę internetową, jak i aplikację moje IKP, w zakładce profilaktyka jest gotowa ankieta programu Moje Zdrowie. Odpowiadamy na kilkanaście pytań dotyczących stylu życia, obciążeń różnymi chorobami.

Program Moje Zdrowie rozpoczął się na początku maja br. i widzimy już, że cieszy się sporą popularnością, właśnie głównie wśród osób młodych, do trzydziestki. Statystyki pokazują, że jednak wśród młodych osób, a szczególnie kobiet, ta świadomość badań profilaktycznych naprawdę jest wysoka i widać też, jak Profilaktyka 40 plus jednak zrobiła taką lukę wśród tych osób 20 plus, które nie miały takiej oferty prostych, fajnych, szybkich badań profilaktycznych do wykonania.

Czy trzeba przygotowywać się jakoś do wypełnienia tej ankiety? Wymaga to jakichś szczególnych danych?

IP: Nie. Nie ma tam pytań o jakieś daty, ostatnie szczepienia. Do tej ankiety możemy zasiąść z kubkiem herbaty, kiedykolwiek, bez żadnego przygotowywania, bez szykowania numeru PESEL czy jakiś innych danych. Po prostu szczerze trzeba odpowiedzieć na pytania dotyczące naszego zdrowia i naszego stylu życia.

Jakie to pytania, tak żebyśmy przybliżyli to trochę naszym słuchaczom.

IP: Na początek są pytania o nasz wzrost, wagę, wiek, wykształcenie. Jest też grupa pytań o obciążenia rodzinne, czyli czy występowały w rodzinie choroby cywilizacyjne, takie jak udary, zawały, choroby nowotworowe. Jest też sporo pytań właśnie o styl życia, czyli o to, jak często się ruszamy, czy nasza aktywność fizyczna jest naszym sprzymierzeńcem i jesteśmy z nią zaprzyjaźnieni, czy jesteśmy z tym troszeczkę na bakier. Jest też kilka pytań o nasze nałogi, czy palimy papierosy, czy pijemy alkohol. Jeżeli tak, to jak często, ile dziennie, od ilu lat. Ale jeżeli nie palimy papierosów i tak odpowiemy, to potem nie będzie już tych dodatkowych pytań. Są też pytania też o to, czy zetknęliśmy się z czynnikami zakażenia, na przykład wirusem HPV. Dla osób po sześćdziesiątym roku życia są dodatkowe pytania w kierunku diagnostyki chorób otępiennych, tak, żeby można było wychwycić, czy tego typu problemy już się pojawiają. I to właściwie wszystko.

Wypełniamy tę ankietę, zatwierdzamy, i co dalej się dzieje?

IP: I nasze odpowiedzi wędrują w systemie do naszego lekarza rodzinnego – tego, do którego jesteśmy zapisani. Jeżeli wypełniamy ankietę w aplikacji moje IKP, to tam się nawet pojawi informacja czy potwierdzamy, że jesteśmy zapisani do danego lekarza rodzinnego. A jeżeli nie jesteśmy nigdzie zapisani, wtedy jest też możliwość, żeby taką deklarację uzupełnić. I w ciągu 30 dni nasz lekarz rodzinny jest zobowiązany do tego, żeby przeanalizować nasze odpowiedzi i na podstawie tych odpowiedzi i ewentualnie problemów zdrowotnych, jakie są w tej ankiecie zasygnalizowane, dobrać nam odpowiedni pakiet badań diagnostycznych.

W programie profilaktycznym Moje Zdrowie jest pakiet badań diagnostycznych, który jest przeznaczony każdemu, ale są też badania laboratoryjne tzw. z pakietu rozszerzonego, w zależności od tego, co wykażą nasze nasze odpowiedzi. W tym zakresie podstawowym na pewno każdy będzie miał wykonaną morfologię krwi, glukozę, kreatyninę, lipidogram, poziom hormonu TSH we krwi, ogólne badanie moczu, czyli taki pakiet, który pozwoli zdiagnozować wszystkie ryzyka chorób cywilizacyjnych.

Czyli proste badania laboratoryjne, które pozwolą na identyfikację, czy aby czasami nie mamy już jakichś predyspozycji, np. do cukrzycy.

IP: Dokładnie. A w tym pakiecie badań rozszerzonych jest też możliwy do wykonania pakiet wątrobowy, badanie PSA u mężczyzn po pięćdziesiątym roku życia. Jest też w ofercie lipoproteina(a), to jest takie badanie dla osób między dwudziestym a czterdziestym rokiem

życia i to badanie można wykonać tylko raz. Pewnie pan profesor tu lepiej ode mnie powie, co to za badanie.

Nie wiem, musiałbym doczytać.

IP: Dzięki temu badaniu możemy określić, czy młoda osoba ma tendencje genetyczne do zawałów. Bo czasami tak się zdarza, że np. trzydziestolatek, szczupły, dobrze się odżywiający, chodzący na siłownię ma nagle zawał. Skąd ten zawał? Okazuje się, że po prostu takie są genetyczne obciążenia i właśnie ta lipoproteina(a) jest w stanie wychwycić te predyspozycje tych młodych dorosłych do ewentualnych zawałów w przyszłości.

W pakiecie rozszerzonym też jest, jeżeli oczywiście jest konieczność, test na krew utajoną w kale, taką bardzo nowoczesną metodą zaawansowaną FIT OC. To badanie tak naprawdę może spokojnie zastąpić kolonoskopię.

Ale też jeśli wyjdzie wynik dodatni przyśpieszyć naszą decyzję, żeby takiemu badaniu się poddać, czy w ramach kolejnego programu profilaktycznego, czy w ramach już pełnej diagnostyki.

IP: Tak. I już widzimy, że ten program chwycił i jest bardzo dobrze oceniany przez pacjentów i również przez środowisko medyczne. A to dlatego, że jeżeli już te wyniki diagnostyczne wykonamy, idziemy do lekarza rodzinnego na tak zwaną wizytę podsumowującą. I to jest bardzo ważne, bo w badaniach Profilaktyka 40 plus tak naprawdę opuszczaliśmy laboratorium i zostawaliśmy troszeczkę sami z tym wydrukiem. Korzystaliśmy często z doktora Google'a, ale wiadomo, że nie zawsze on podpowie odpowiednio. Tutaj trafiamy na wizytę podsumowującą, gdzie nasz lekarz rodzinny, czyli ten, który najlepiej nas zna, bo prowadzi nas od lat, interpretuje nam te wyniki, tłumaczy na jakim etapie jest nasze zdrowie, biorąc pod uwagę nasz wiek. Edukuje nas również i mówi, z jakich programów profilaktycznych, całkiem za darmo i od ręki, bez żadnych skierowań można skorzystać. Edukuje też pod kątem odżywiania się – jak powinna nasza dieta wyglądać. Jeżeli z ankiety wynika, że np. mamy problemy z uzależnieniami, to lekarz podczas wizyty może nam zaprogramować wizytę u psychologa, z którym współpracuje, bo to w programie Moje Zdrowie również jest dostępne. Może nam też zaoferować poradę dietetyczną, jeżeli widać, że mamy problemy z nadwagą, albo wkroczyliśmy już na etap otyłości. I wychodzimy od naszego lekarza rodzinnego z takim certyfikatem, ale też planem działania, co w najbliższym czasie powinniśmy zrobić, żeby o swoje zdrowie zadbać, żeby zmienić złe nawyki. A jeżeli podczas tego bilansu Moje Zdrowie okaże się, że wykryte są jakieś problemy zdrowotne, to po prostu wychodzimy z planem leczenia i z kolejnymi skierowaniami do specjalistów.

Trafiamy do grupy dyspanseryjnej i już nasz lekarz rodzinny ma na nas baczenie, wie że trzeba o takim pacjencie pamiętać, ponieważ ma predyspozycje, które mogą prowadzić do powstania chorób, które jeśli wcześnie zainterweniujemy, nie przejdą w proces nieodwracalny.

IP: Dodam tylko, że do pięćdziesiątki z bilansu moje zdrowie możemy korzystać raz na 5 lat, a po pięćdziesiątym roku życia co 3 lata.

Z naszych statystyk wynika, że najczęściej na ten moment wypełniają ankiety młode kobiety, przed trzydziestym rokiem życia. Apelujemy i uśmiechamy się też i do innych grup wiekowych, szczególnie do panów, żeby też skorzystali z programu profilaktycznego Moje Zdrowie, ponieważ zdrowie mamy tylko jedno.

Żeby nie „kozaczyli", tylko jeśli czują się tacy zdrowi i silni, żeby sprawdzili czy badania to potwierdzą.

IP: I jeszcze też chciałabym zrobić taki ukłon w stronę naszych podlaskich lekarzy rodzinnych, ponieważ ze statystyk wynika, że najszybciej w kraju podejmują te ankiety, interpretują je i zapraszają swoich pacjentów na badania. Można powiedzieć, że w województwie podlaskim

Moje Zdrowie rozkręca się najszybciej i bardzo szybko nasi lekarze rodzinni realizują te badania.

Myślę, że też ta świadomość zdrowotna wynika z naszej audycji „Pytanie do specjalisty", że pacjenci, lekarze rodzinni z naszego regionu wiedzą, że trzeba o swoje zdrowie zadbać zawczasu. Ale Moje Zdrowie to nie jedyny program profilaktyczny. Jest też program, który jest dedykowany tylko i wyłącznie paniom – to program profilaktyki raka szyjki macicy. Tu panie nie są szczególnie zainteresowane korzystaniem z badań. Jak to wygląda w naszym regionie?

BL: Niestety muszę potwierdzić to, co powiedział pan profesor. Z naszych danych wynika, że do tej pory z programu profilaktyki raka szyjki macicy w naszym województwie korzystało tylko nieco ponad 15% uprawnionych pań. A przypominam, że z programu mogą korzystać panie od dwudziestego piątego do sześćdziesiątego czwartego roku życia. W skali kraju wcale nie wygląda to lepiej, bo jest to tylko 11%. Chciałabym też podkreślić, że tutaj mówimy tylko o cytologiach wykonywanych na fundusz.

IP: Dodam, że realizatorami tego programu profilaktycznego są wszystkie gabinety ginekologiczne, które mają umowę z NFZ.

Jest jednak nadzieja, że ta statystyka jest trochę lepsza, bo wiele pań do ginekologa chodzi prywatnie i tam te badania są też wykonywane.

BL: Tak, jest nadzieja. Do tej pory właśnie w tych prywatnych gabinetach była oferowana cytologia płynna. Ministerstwo zdrowia najwyraźniej zauważyło tę dysproporcję i niepokojące statystyki i teraz robimy wszystko, żeby ta cytologia w gabinetach na NFZ również zaczęła funkcjonować. My jako płatnik już jesteśmy gotowi do opłacania tych badań. Obecnie gabinety ginekologiczne zawierają umowy z laboratoriami na wprowadzenie cytologii płynnej. Po zmianach ten schemat klasycznej cytologii nadal będzie funkcjonował, czyli panie raz na 3 lata będą mogły wykonywać taką cytologię, jak wykonywały klasycznie, bądź właśnie pójść tym nowym schematem, nawet jeśli wcześniej korzystały już z z tradycyjnej metody. Wówczas takie badanie będzie polegało na wykonaniu testu HPV HR, który wykrywa wirusa brodawczaka ludzkiego w wymazie z szyjki macicy. I kiedy ten wynik wyjdzie dodatni, to z tego samego materiału będzie wykonywana dodatkowo cytologia na podłożu płynnym, a więc pacjentka nie będzie musiała drugi raz przechodzić do gabinetu, by tą cytologię płynną wykonać, tylko już przy tym pierwszym pobraniu to drugie badanie będzie w pakiecie. Cytologia płynna tak samo jest pobierana jak ta cytologia klasyczna, więc tutaj dla pacjentek nic się nie zmieni, natomiast częstotliwość się zmniejsza, ponieważ to badanie będzie wykonywane raz na 5 lat.

Czyli bardziej komfortowo, bo panie mają często stres z pójściem na wizytę kontrolną. Tymczasem badania profilaktyczne są bardzo ważne. Prof. Paweł Knapp, podlaski konsultant ds. ginekologii onkologicznej bardzo często podkreśla, że dramatem jest to, że czasem pacjentki, które trafiają na operację w zaawansowanym stanie choroby, dokładnie pamiętają kiedy miały ostatnią wizytę u ginekologa, mimo że ona była czasami kilkanaście-, kilkadziesiąt lat wcześniej, bo była to data ostatniego porodu. Dlatego z takim apelem zwracamy się do pań, żeby zadbać o siebie i systematycznie zgłaszać się na badania. A czy w jakiś sposób szczególny panie powinny się przygotować do takiej cytologii?

BL: Nie, jeśli chodzi o cytologię płynną, to tutaj obowiązują takie same zasady, jak w przypadku klasycznej cytologii. Czyli przez przez ostatnią dobę nie współżyjemy. Wykonywana jest 10 dni od wystąpienia miesiączki. Tutaj nic się nie zmienia, najważniejsze jest to, żeby zapamiętać, pilnować tych terminów, czy to 3 czy 5 lat, w zależności od tego, co pacjentka wybierze. Głównym czynnikiem wystąpienia raka szyjki macicy jest infekcja, właśnie tym onkogennym typem wirusa brodawczaka ludzkiego hpv. Często myśli się stereotypowo, że to jest genetyczne, że to mnie nie dotyczy, bo w mojej rodzinie nie było kobiecych chorób onkologicznych. Natomiast już wiemy, że to właśnie szczególnie dwa typy brodawczaka

ludzkiego powodują raka szyjki macicy i najważniejsze jest to regularne badanie, ponieważ zakażenie wirusem brodawczaka nie jest odczuwalne przez kobietę. Możemy przez kilka miesięcy, nawet lat nie wiedzieć że do takiego zakażenia doszło. Przez kilka lat ten wirus nie daje o sobie znać i właśnie to jest ten czas na wykonywanie cytologii.

Czy jest jakaś możliwość przypominania o tym: lekarz rodzinny, jakieś powiadomienia, czy to raczej panie same muszą u siebie odnotować w kalendarzu prozdrowotnym, że trzeba na takie badanie się zgłosić?

BL: Ja może przypomnę coś o czym niewiele kobiet pamięta, że właśnie w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej każda z nas ma swoją położną. Nawet w momencie, kiedy, nie oczekuje już dziecka, albo jeszcze nie.

No właśnie, bo przecież panie oprócz deklaracji do lekarza rodzinnego składają też deklaracje do położnej, która powinna się nimi zająć w trakcie całego życia, nie tylko w momencie okołoporodowym.

BL: Co więcej, są położne, które taką cytologię mogą pobrać. Na naszej stronie internetowej w zakładce gdzie się leczyć, można sprawdzić, w których gabinetach podstawowej opieki zdrowotnej pracują położne, które mogą również pobierać cytologię. My też jako podlaski oddział Narodowego Funduszu Zdrowia robimy wszystko, by przypominać do znudzenia o badaniach profilaktycznych, zwłaszcza właśnie tych badaniach kobiecych.

IP: Ale zachęcamy też bardzo do tego, żeby aktywować swoje internetowe konta pacjenta, ponieważ wtedy też możemy dostawać sporo takich praktycznych przypominajek od centrum e-zdrowie. Np. teraz właśnie trwa akcja smsowa, z informacją o tym, że jest program profilaktyczny Moje Zdrowie i żeby z niego skorzystać, że realizują go nasi lekarze rodzinni.

Ja mam wrażenie, że takie profilaktyczne akcje piknikowe, biegi, przy okazji różnych dni, to raczej tak przechodzą niezauważone. Nie jest rzeczą powszechną, że uczestniczymy w tego typu spotkaniach, które mają promować profilaktykę.

BL: Myślę że to w zależności od grupy docelowej, bo jest na pewno jakaś pula osób, która bardzo chętnie właśnie korzysta z takich spotkań bezpośrednich i do nich to trafia, bo też słyszymy, że takie spotkania są potrzebne. Ale są też osoby, zwłaszcza te młodsze, które preferują narzędzia online, elektroniczne i z myślą o nich mamy również kalendarz badań. Jest to narzędzie dostępne na stronie Akademia NFZ. Tam wprowadzamy swój wiek, płeć i wówczas ten kalendarz badań generuje nam wszystkie bezpłatne programy profilaktyczne, z których nasza grupa wiekowa może skorzystać. Czyli będąc kobietą, właśnie otrzymam przypomnienie o tej bezpłatnej cytologii.

Każdy, kto pracuje, musi wykonać okresowe badania w pracy, może więc dobrym pomysłem byłoby zaangażowanie w profilaktykę lekarzy medycyny pracy? Żeby jednym z punktów, aby dotrzymać tzw. pieczątkę, że możemy dalej pracować, było obowiązkowe skorzystanie np. z programu Moje Zdrowie czy badań związanych z profilaktyką raka szyjki macicy, raka piersi czy raka jelita grubego? Co prawda tutaj tylko się koncentrujemy na osobach pracujących, ale to jest też grupa ludzi zajętych, którzy nie mają czasu, są poświęceni pracy, a do specjalisty medycyny pracy muszą jednak pójść.

BL: Rola pracodawców jest bardzo ważna. Zgodzę się z panem profesorem i my też już tą rolę pracodawców dostrzegłyśmy, zwłaszcza przy okazji mammografii. Tutaj wielki ukłon w stronę pracodawców, którzy czy to dają dzień wolny, czy kilka godzin podczas pracy, właśnie na wyjście i zrobienie takiej bezpłatnej mammografii. To bardzo fajny gest pracodawcy, zadbanie o swoje pracownice, bo umożliwienie bez późniejszej konieczności odrabiania tych godzin wykonania tego jakże ważnego badania.

IP: Cały czas eksperci, konsultanci krajowi do spraw chorób onkologicznych przyglądają się temu, jakie jest wykonanie programów profilaktycznych w naszym kraju i zastanawiają się co zrobić, żeby było wyższe. W krajach skandynawskich: Szwecji czy Dani, z których myślę, powinniśmy brać przykład, 80% kobiet wykonuje profilaktyczną mammografię. W Słowenii, która nie jest od nas tak daleko, aż 70% pań. W Polsce są dyskusje i plany, żeby mammografię wprowadzić jednak do pakietu badań medycyny pracy. Także być może to się za jakiś czas właśnie zmieni, ale póki co mammografię możemy wykonywać w ramach programu profilaktycznego.

I w ten sposób przeszliśmy do kolejnego programu, który też jest dedykowany paniom: profilaktyka raka piersi. Co to za program i kogo dotyczy? Jak jest zorganizowany?

IP: To jest program badań przesiewowych mammograficznych, ponieważ jedynie mammografia jest w stanie wykryć guzek wielkości ziarenka ryżu, czyli zmianę nowotworową na naprawdę bardzo wczesnym etapie. I jeżeli takie zmiany zostaną wykryte, proces leczenia jest bardzo oszczędzający, jest krótki i z tego, co mówią eksperci, tak naprawdę mamy stuprocentowa pewność że pokonamy raka. Może to jest taki slogan, że rak to nie wyrok, ale naprawdę rak to nie wyrok, szczególnie wtedy, kiedy jest wykryty i diagnozowany na bardzo wczesnym etapie.

Mammografię profilaktyczną możemy wykonywać raz na dwa lata od momentu, kiedy ukończymy 45 lat. Także każda pani, która rocznikowo ma 45 lat, powinna zgłosić się czy to do pracowni stacjonarnej czy do mammobusu. W Białymstoku pracownie stacjonarne mammograficzne możemy odwiedzić w Białostockim Centrum Onkologii, w przychodni Esculap, szpitalu MSWiA, są one także w szpitalach w Siemiatyczach i Suwałkach.

W trasie po województwie podlaskim cały czas są mammobusy 3 firm, z którymi współpracujemy. Harmonogram postojów jest na bieżąco aktualizowany na stronie podlaskiego oddziału NFZ, gdzie w zakładce mammobusy zawsze już na początku miesiąca można zobaczyć harmonogram na cały kolejny miesiąc. Średnio to jest około 60 postojów miesięcznie w najróżniejszych, naprawdę nawet najmniejszych miejscowościach. Można zobaczyć, gdzie akurat mammobus będzie blisko, a może właśnie przy moim sklepie, bo bardzo często też jest tak, że mammobusy parkują przy dużych centrach handlowych, żeby być po prostu na wyciągnięcie ręki, aby nawet pani z torbą na zakupy zahaczyła jeszcze przy okazji o mammobus. To badanie nie trwa długo. Musimy poświęcić zaledwie kwadrans na to, żeby zapewnić sobie taką wspaniałą informację, że wszystko jest w porządku z moimi piersiami, nie mam żadnych zmian, a kolejne badanie zrobię za 2 lata.

W tym momencie pozdrawiamy i dziękujemy wszystkim pracodawcom, którzy zwalniają swoje pracownice na takie badania profilaktyczne, wiedząc, że zdrowie pracowników jest dużo ważniejsze, niż późniejsze kłopoty związane z absencją chorobową. To jest taka inwestycja nie tylko w zdrowie pracowników, ale też we własną firmę, bo zdrowi pracownicy pracują dużo bardziej efektywnie.

IP: I też przy okazji chciałam pozdrowić panie z Supraśla, które są prawdziwymi liderkami, jeżeli chodzi o wykonywanie mammografii w naszym województwie, bo tam właściwie połowa pań korzysta z programu profilaktyki raka piersi, gdy w całym województwie ta średnia jest jest znacznie niższa, powyżej 20%

Kolejny program profilaktyczny, o którym chcielibyśmy porozmawiać, jest dedykowany i paniom, i panom. To profilaktyka raka jelita grubego. Co to za program, kogo dotyczy i dlaczego jest tak ważny?

BL: Program badań przesiewowych raka jelita grubego skierowany jest do osób w wieku od 50 do 65 lat oraz do osób młodszych, już od czterdziestego roku życia, które posiadają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano nowotwór jelita grubego. Do udziału w programie nie jest wymagane skierowanie, tak jak w przypadku pozostałych naszych programów

profilaktycznych. Możemy tutaj wykonać badanie przesiewowe polegające na pełnej kolonoskopii, a więc również podczas tego badania będą pobrane wycinki ze zmian o charakterze nowotworowym, usuwane są polipy. Wszystkie wycinki i usunięte polipy poddawane są badaniu histopatologicznemu. Jeżeli jest taka potrzeba, badanie wykonane jest w znieczuleniu ogólnym. Dużo osób boi się wykonywać kolonoskopię. Natomiast jest to badanie, które ratuje życie, bo zmiany nowotworowe wykryte na wczesnym etapie łatwo jest wyleczyć, nawet podczas takiego badania możemy usunąć polipa, natomiast zmiany zaniedbane przez lata, później trudniej się leczy.

Miałem wykonywane takie badanie bez znieczulenia, nie jest to aż taki duży dyskomfort, a jest pewność na przyszłość. Do tego to nie tylko profilaktyka, ale też jeśli zachodzi taka potrzeba, pogłębiona diagnostyka. Jak często możemy poddać się takim badaniom i jakie jest zainteresowanie?

BL: Takie badania na fundusz możemy wykonać raz na 10 lat. Chyba, że lekarz stwierdzi, że częściej, to wówczas ze skierowaniem, także poza programem profilaktycznym możemy to badanie wykonać. W naszym regionie rocznie to badanie wykonuje około 2,5 tysiąca pacjentów. W programie profilaktycznym mamy 9 podmiotów w województwie, które wykonują kolonoskopię, 6 z nich mieści się w Białymstoku, pozostałe w Augustowie, Łapach i Łomży.

Tu trzeba jednak zgłosić się wcześniej, bo konieczne jest odpowiednie przygotowanie do badania. A czy NFZ dysponuje statystyką dotyczącą tego, ile podczas takich badań wykryto zmian, które należało poddać dalszemu leczeniu?

BL: Nie prowadzimy takich analiz. Natomiast wiem, że to badanie ratuje życie i i myślę, że tutaj nie trzeba chyba jakoś specjalnie zachęcać i udowadniać konieczności badań jelit. Teraz bardzo dużo się w ogóle mówi o mikrobiomie, o tym, że to jest nasz drugi mózg i o tym, że tak naprawdę w jelitach leży całe nasze zdrowie i odporność.

Wszystko sprowadza się do przełamania tego dyskomfortu. Tu też pan profesor bardzo ważną rzecz powiedział, bo wszyscy chcieliby robić te badania w znieczuleniu, ale czasem np. w starszym wieku nawet zdrowiej jest nie poddawać się znieczuleniu ogólnemu i po prostu wykonać to badanie dla siebie, dla swojego zdrowia, żeby zadbać o jelita.

IP: Wszyscy, którzy są już po kolonoskopii, czyli ja również, mówią, że to badanie jest demonizowane, a sam proces oczyszczania jelit przed badaniem, jest bardziej uciążliwy. Ale z drugiej strony po takim oczyszczeniu jelit specjalnym środkiem medycznym, jest się na drugi dzień lżejszym o co najmniej 3 kg, więc drogie panie – szczególnie przed jakąś ważną imprezą, jak się sukienka nie dopina, to tydzień przed kolonoskopia i jesteśmy smukłe, szczupłe i mamy płaskie brzuchy.

Musimy też mieć tą świadomość, że ta diagnostyka wyprzedza na wiele lat ewentualną zmianę nowotworową, ponieważ nie ma zmian nowotworowych w jelicie grubym bez polipów. Czyli z dużym wyprzedzeniem możemy usunąć praprzyczynę tego procesu nowotworowego, nawet nie doświadczając zezłośliwienia tej zmiany.

BL: Mało jest takich badań, które w zasadzie już podczas badania mają ten charakter leczniczy. Bo zazwyczaj badanie wiąże się z diagnostyką, a dopiero później jest leczenie, a tutaj mamy takie dwa w jednym.

IP: Na sam koniec, dodam jeszcze, że badania profilaktyczne to jeden z trzech filarów zdrowia, bo dwa pozostałe to zdrowy styl odżywiania i aktywność fizyczna. One są w zasięgu każdego z nas. Podobnie jak badania profilaktyczne na NFZ i Ministerstwa Zdrowia, które są bezpłatne i dostępne bez żadnych skierowań i bez kolejek.

15. Wybieramy czy zmieniamy POZ?

Agata Dyszkiewicz, Monika Stasiak

Gośćmi prof. Jana Kochanowicza były Agata Dyszkiewicz, naczelnik wydziału obsługi klientów i profilaktyki podlaskiego oddziału NFZ oraz Monika Stasiak, kierownik sekcji informacji, skarg i wniosków podlaskiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia

Czym jest podstawowa opieka zdrowotna?

AD: Podstawowa opieka zdrowotna (POZ), jak sama nazwa wskazuje, jest takim zakresem świadczenia, który jest najbliżej pacjenta. Nie jest to miejsce, gdzie będziemy mieli do czynienia tylko ze świadczeniami podstawowymi, bo już jakiś czas temu taka przychodnia POZ przestała być miejscem, do którego przychodzimy tylko po to, aby lekarz nas osłuchał, czy by zaszczepić siebie i swoje dziecko, ale z szerokim wachlarzem naszych problemów zdrowotnych. To są choroby, ale także profilaktyka i troska o nasze zdrowie. To miejsce, gdzie dostaniemy wytyczne jak dbać o siebie, swoje zdrowie i swoich najbliższych. Mamy tu świadczenia lekarza POZ, pielęgniarki, położnej, które mogą być udzielane zarówno na miejscu, w przychodni, jak i w domu pacjenta. Często spotykamy się z pytaniami, czy jak np. mam mamę niepełnosprawną, obłożnie chorą, to lekarz POZ może przyjść na wizytę domową. Może, pacjent ma takie prawo, ale taka wizyta musi odbyć się ze wskazać medycznych. To lekarz decyduje czy stan zdrowia uzasadnia wizytę domową.

Czyli najbliższy naszemu zdrowiu jest nasz lekarz rodzinny, ale też pielęgniarka i położna. Ja osobiście nie korzystam z pomocy położnych, ale moje wnuki z wizyt patronażowych po porodzie korzystały. Pani położna przyjechała z wagą, obejrzała, doradziła synowej.

AD: Bo taka wizyta patronażowa położnej, to nie jest tylko: dzień dobry, czy wszystko dobrze, krótki ogląd i to wszystko. Obecnie są to badanie fizykalne, ważenie, pomiar główki dziecka – czyli profesjonalna opieka poporodowa.

MS: Zresztą wykwalifikowana położna czy pielęgniarka, która przyjdzie na taką wizytę patronażową do małego dziecka, to jeśli ma takie uprawnienia, ma nawet możliwość wystawić receptę, gdyby okazało się że dziecko wymaga podania leku na receptę. Może zlecić też badania dodatkowe. Po takiej wizycie powinna wtedy skonsultować się z lekarzem rodzinnym dziecka, aby ten wiedział, że coś się dzieje i w razie potrzeby wybrał się na wizytę domową.

Jak zapisać się do lekarza rodzinnego? Czy to musi być ten najbliższy miejsca zamieszkania, czy to my decydujemy gdzie będziemy się leczyć? Ja wybrałem dla siebie lekarza rodzinnego w miejscu pracy, w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym, bo to najwygodniejsze miejsce.

AD: Lekarza rodzinnego, pielęgniarkę i położną POZ możemy wybrać dowolnie. Nie ma tu żadnej rejonizacji, to pacjent decyduje, gdzie chce z takich usług korzystać. Może to być przychodnia blisko pracy, gdy jest mi tam poręczniej, a dzieci mogę zapisać do zupełnie innej placówki, np. bliżej domu czy szkoły. Jest tu pełna swoboda wyboru przychodni. Aby się zapisać, składamy dokument, w którym oświadczamy do jakiego lekarza, pielęgniarki, położnej chcemy należeć. Taką deklarację składamy przychodząc do przychodni i wypełniając odpowiedni druk, który zostawiamy w przychodni, albo poprzez Internetowe Konto Pacjenta (IKP). Jest tam taka opcja: lekarz rodzinny – zmień/wybierz, składamy deklarację elektronicznie i podpisujemy profilem zaufanym. Chcę podkreślić, że każda forma złożenia deklaracji jest formą równorzędna. Czasem pacjenci się skarżą, że przychodnia nie przyjmuje deklaracji złożonych przez IKP, elektronicznie i każe wypełniać je papierowo, na miejscu. To niedopuszczalna praktyka, bo każda forma jest równorzędna. Nie ma tu wykluczeń.

Przypomnijmy może jeszcze co to jest IKP?

AD: IKP – to Internetowe Konto Pacjenta. Każdy ma swoje IKP, wystarczy je tylko aktywować, logując się przez bankowość elektroniczną. Znajdziemy tam zakładkę lekarz rodzinny. Jak składaliśmy deklarację, jest tam informacja do kogo należymy, jak chcemy zmienić lekarza, też możemy dokonać tego przez IKP.

Jak często możemy zmienić lekarza rodzinnego?

MS: Możemy bezpłatnie zmienić lekarza dwa razy w roku kalendarzowym. Wyjątek jest wtedy, jak się przeprowadziliśmy do innej dzielnicy czy miasta albo lekarz zaprzestał udzielania świadczeń, wtedy pacjent może też bezpłatnie wybrać innego lekarza. Poza tą sytuacją, jeśli chcemy częściej niż dwa razy w roku dokonać zmiany, trzeba ponieść opłatę 80 zł za każdą dodatkowa zmianę deklaracji.

Wybieramy konkretną lekarkę, z imienia i nazwiska, a pani doktor mówi, że nas nie przyjmie. Co wtedy?

MS: Według prawa taka sytuacja nie powinna mieć miejsca. Zdarza się, że lekarz odmawia kontynuacji opieki nad pacjentem. Pozostaje nam jako NFZ powołać się wtedy na ustawę o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, która określa, w jakich sytuacjach lekarz może odmówić albo zaprzestać kontynuowania świadczeń. Nie powinno to być podyktowane charakterem pacjenta, ale szczególną sytuacją np. pacjent notorycznie nie stosuje się do zaleceń lekarza, nie współpracuje, nie chce poddać się leczeniu. W takiej sytuacji lekarz ma pewne możliwości, aby odstąpić od leczenia. Natomiast według ustawy o świadczeniach zdrowotnych, to pacjent wybiera lekarza i lekarz jest zobowiązany udostępnić nam formularz i przyjąć deklarację.

Czasem słyszymy, że w przychodni jest już tylu pacjentów, że nowych nie przyjmiemy. Jest wprawdzie zapis w przepisach, że jeden lekarz rodzinny nie powinien mieć więcej niż 2500 pacjentów. Z naszych informacji jednak wynika, że niektórzy ten limit przekraczają, bo np. na danym terenie jest tylko jedna przychodnia. Wtedy zapytujemy czy większa ilość podopiecznych nie powoduje trudności z uzyskaniem świadczenia, np. w sezonie grypowym. Lekarz mający wielu pacjentów może przyjąć nową deklarację, ale powinien też udzielić temu nowemu pacjentowi informacji, że tych podopiecznych jest już bardzo dużo, a np. w przychodni obok jest mniej i tam jest możliwość zapisania się.

AD: Bywa też tak, że pacjenci składają dość często skargi na swoją placówką. Być może należałoby wtedy pomyśleć o zmianie przychodni. Bo jaki sens być pod opieką lekarza, na którego piszemy skargi, jesteśmy niezadowoleni, gdy parę metrów dalej jest do wyboru inna placówka.

Wypełniliśmy deklarację, jak długo ona jest ważna?

MS: Od czasu jej podpisania, do czasu wyboru nowego lekarza. Zdarza się, że wybrany przez nas lekarz POZ odejdzie na emeryturę czy zwolni się z danej przychodni. Jeśli nie wybierzemy wtedy innego lekarza w danej przychodni, świadczeniodawca powinien nas poinformować, że możemy być pod opieką tej poradni przez pół roku.

Czy zmiana lekarza, ale w obrębie tej samej poradni, to też zmiana, która się liczy w rozliczeniu z NFZ?

AD: Jak zmieniamy lekarza nie zmieniając przychodni, uznając, że z innym lepiej będzie nam się współpracowało, jest to zmiana lekarza rodzinnego. Bezpłatnie możemy to zrobić jak przyczyna jest po stronie przychodni i wybrany przez nas lekarz już nie będzie mógł nad nami sprawować opieki.

MS: Dodajmy, że mimo iż wybieramy lekarza z imienia i nazwiska, nie zawsze ten lekarz będzie nam udzielał świadczeń. Może zachorować, wyjechać na urlop. Wtedy świadczenia udzieli nam inny lekarz w tej samej placówce. To samo dotyczy pielęgniarki i położnej POZ.

Lubimy pisać skargi jako pacjenci?

AD: Od wielu lat liczba skarg utrzymuje się na zbliżonym poziomie. Zastanawiające jest to, że coraz więcej jest skarg zasadnych. Czyli takich, kiedy naprawdę prawa pacjentów są naruszone, także w przypadku lekarzy rodzinnych. To np. odmowa wizyty w domu, gdy pacjent jest obłożnie chory, nie jest w stanie do przychodni dojść i lekarz rodzinny ma taką wiedzę. Albo niewystawiona recepta pacjentowi, który ma prawo do refundacji leku, czy nieudostępniona dokumentacja medyczna, bo kierownictwo przychodni podjęło taką decyzję. Tych skarg zasadnych coraz więcej.

A jakie skargi nie mają uzasadnienia?

AD: My jako społeczeństwo lubimy być swoim lekarzem. I często trafiają do nas sprawy, w których pacjenci kwestionują sposób leczenia, diagnozowania przez lekarza. Traktujemy często przychodnię jak sklep samoobsługowy, gdzie wrzucamy do koszyka skierowanie na badania diagnostyczne czy receptę na dany lek. Jak spotykamy się z odmową, bo lekarz ma inny pomysł na prowadzenie leczenia, jest skarga do NFZ. Pacjenci skarżą się na niewydanie skierowania na badanie diagnostyczne, które jest w kompetencji lekarza. Tak, ale pamiętajmy, że to lekarz decyduje, czy jest do tego wskazanie, po zebraniu wywiadu i zbadaniu pacjenta.

A inne niezasadne skargi?

AD: Czasem dostajemy sygnały, od pacjentów, którzy są uprawnieni do przyjęcia poza kolejnością, że ta zasada ich zdaniem nie jest respektowana w POZ. W przychodniach specjalistycznych, jeżeli przychodzi pacjent, który ma uprawnienia do przyjęcia poza kolejnością, a nie może być przyjęty w dacie zgłoszenia, musi być przyjęty w terminie 7 dni roboczych od tej daty. Mamy tu 18 kategorii takich pacjentów, to zasłużeni honorowi dawcy krwi, osoby represjonowane, kombatanci, inwalidzi wojenni. Natomiast w POZ o pilności świadczenia decyduje personel medyczny. Przepisy mówią, że w przypadkach pilnych pacjent jest przyjmowany w dacie zgłoszenia, w innych przypadkach – w terminie uzgodnionym z pacjentem. Ta zasada 7 dni nie ma tu zastosowania.

Sama wizyta u lekarza wiąże się często z takim podenerwowaniem, wtedy siłą rzeczy jesteśmy też nastawieni roszczeniowo, piszemy skargi. Czy to przyjmowanie poza kolejnością jest w jakiś sposób unormowane?

MS: Pacjenci często powołują się na art. 47c ustawy o świadczeniach. Ale inaczej wygląda to w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, inaczej u lekarza rodzinnego, gdzie art. 47 c nie obowiązuje. W POZ o tym, kto będzie przyjęty w danym dniu, decyduje lekarz. Jak nasz stan zdrowia uzasadnia to, że powinniśmy być przyjęci w tym dniu, wyznacza konkretną

godzinę albo prosi o przyjście do przychodni. Może to być pacjent, który posiada szczególne uprawnienia do przyjęcia poza kolejnością. Ale poza kolejnością, nie oznacza, że z pominięciem osób czekających przed gabinetem. Jeśli natomiast lekarz wyjdzie i powie, że jest tu osoba, która jest w stanie pilnym i powinna być od razu przyjęta, ma ona pierwszeństwo i to jest decyzja lekarza.

AD: Poza kolejnością nie znaczy, że pacjent, który ma takie uprawnienia, wchodzi przed wszystkimi innymi oczekującymi, np. otwiera drzwi do gabinetu i wskazuje na swoje uprawnienia. To prawo oznacza, przyjęcie przez lekarza poza kolejnością wynikającą z listy oczekujących. Czyli jak kolejka do danej poradni specjalistycznej jest półroczna, ja jako osoba uprawniona mam termin za tydzień, na godz. 16, to przychodzę tego dnia na godz. 16 i czekam na przyjęcie. Nie przychodzę na 10 rano i nie wchodzę przed innymi pacjentami.

MS: Czy innym jest lista oczekujących, czym innym harmonogram przyjęć w danym dniu. Godzinę przyjęcia w danym dniu wyznacza rejestracja. Jak zgłaszamy się na wizytę, ale coś się dzieje, źle się czujemy, możemy o tym poinformować w rejestracji, lekarz to zweryfikuje i może zdecydować o wcześniejszym przyjęciu.

Lekarz ma prawo pójść na urlop, wtedy zastępuje go kolega. Jeśli my pojedziemy na wakacje, i coś się zadzieje, mamy szansę na skorzystanie z opieki lekarza rodzinnego?

MS: Jak najbardziej. Jeśli mamy swojego lekarza rodzinnego, mamy też możliwość skorzystania z e-porady, wypisania e-recepty. Jak np. wyjeżdżając zapomnimy leków, wystarczy skontaktować się ze swoją przychodnią i poprosić lekarza o wystawienie recepty. Natomiast gdy teleporada nam nie wystarczy, konieczne jest np. wykonanie ekg, zmierzenie ciśnienia, można udać się do najbliższej placówki POZ, powiedzieć, że nie jesteśmy z tej samej gminy czy gminy sąsiadującej, że to nagła sytuacja. Lekarz może w ramach tzw. wizyty jednorazowej udzielić wtedy świadczenia, także zlecić badania czy zastrzyki.

Także jeśli pacjent ma stałe zlecenie od lekarza na podawanie leku, a wyjeżdża poza miejsce zamieszkania i tego zlecenia nie ma przy sobie, może iść do najbliższej przychodni POZ, gdzie w ramach tzw. krótkiej ścieżki lekarz może wystawić zlecenie na zastrzyki.

Poruszmy jeszcze temat badań profilaktycznych, finansowanych przez NFZ. Wielokrotnie o tym rozmawialiśmy w naszych audycjach, zachęcaliśmy. Ale my jako pacjenci nie bardzo chcemy z nich korzystać. Kolejny raz do tego zachęćmy.

AD: Mamy wakacje, trochę wolnego czasu by odpocząć. Warto pomyśleć też wtedy o sobie, swoim zdrowiu, zdrowiu najbliższych i zainteresować się, z jakich badań możemy skorzystać. Zachęcam do zalogowania się na IKP, tam są wskazane te badania, które ze względu na wiek i płeć są nam dedykowane. Zachęcam też do wypełnienia ankiety programu Moje Zdrowie, wystarczy odpowiedzieć na pytania. Te odpowiedzi będzie czytał nasz lekarz rodzinny, który wyda nam na tej podstawie skierowanie na badania, a potem oceni nasz stan zdrowia podczas wizyty podsumowującej badania.

16. Sen dobry na wszystko?

mgr. Milena Grabińska

Gościem prof. Jana Kochanowicza była Milena Grabińska, psycholog z Centrum Zdrowia Psychicznego przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku

Sen – podobno jest dobry na wszystko.

Sen jest naszą najważniejsza, podstawową aktywnością w ciągu dnia. Statystycznie1/3 życia spędzamy w łóżku. To jest nasza podstawa do funkcjonowania codziennego, do regeneracji, regulacji samopoczucia.

Ile powinien sen trwać? Bo gdy śpimy za długo nie jest dobrze, ale i nie spać też jest niedobrze.

Zgodnie z normami, osoby dorosłe, między 18 a 55. rokiem życia, powinny spać 7-8 godzin, nastolatkowie mogą spać godzinę dłużej. Osoby starsze, powyżej 65 roku życia, mogą spać z kolei krócej – 6-7 godzin. Ale 7-8 godzin to podstawowa norma, idealna do tego, aby organizm się regenerował.

Dlaczego osoby starsze mniej śpią?

Taka jest biologia, organika naszego organizmu, że sen skraca się, im jesteśmy starsi.

Czy my śpimy całą noc tak samo? Mamy przecież różne fazy snu, czasem coś nam się śni.

Z jednej strony tak, bo wszyscy mamy te same fazy snu: NREM i REM – to głęboka faza snu, z szybkim ruchem gałek ocznych, gdy pojawiają się sny. Te cykle są takie same, one trwają przez całą noc i powtarzają się kilka razy. Jeden cykl trwa maksymalnie 120 minut. Ile razy uda się go w ciągu nocy powtórzyć, zależy od naszej higieny snu.

120 minut to przy śnie 6 godzinnym trzy cykle. Czyli mamy trzy sny w ciągu nocy?

Trochę to tak wygląda. My zazwyczaj pamiętamy jeden sen albo żadnego, ale organizm te trzy cykle przechodzi. Nasze ciało najwięcej wynosi z tego wszystkiego. W fazie NREM ono się relaksuje, rozluźnia, zaczyna się proces regeneracji organizmu. Faza REM to odpoczynek dla naszego mózgu, ja mówię, że on wtedy układa sobie szufladki, z tym co się wydarzyło, co ma się wydarzyć. I mimo, że dość mocno wtedy pracuje, to regeneruje się w tym momencie.

Mamy senniki, które tłumaczą sny, ale czy na podstawie tego, co nam się śni można powiedzieć też coś o naszym zdrowiu? Czy to ma odniesienie z punktu widzenia psychologa?

Każdy nurt psychoterapeutyczny inaczej do tego podchodzi. Ja pracuję w nurcie behawioralno-poznawczym, gdzie przyjmuje się, że można spojrzeć na sny, ale bardziej na zasadzie – co się dzieje w naszym życiu. Jeśli w śnie biegniemy, uciekamy – można sprawdzić czy jest pęd, pośpiech, presja przy wykonywaniu zadań w życiu. Bo w nocy, jak organizm odpoczywa, to przeżywanie do nas wraca. Można na tym się skupić, ale nie zawsze trzeba.

Cykl trwa 120 minut, czyli powinniśmy spać 6, 8, albo 10 godzin. A co się dzieje, jak nastawimy budzik na 6 i brakuje nam minut do tego pełnego cyklu.

Te 120 minut to takie założenie statystyczne, bardziej dobiera się to pod konkretną osobę. Bo taki cykl może trwać od 80 do 120 minut. Jak musimy wstawać o konkretnej godzinie i mamy taki niepełny sen, to pytanie, czy jest to jednorazowe, czy będziemy już wstawać o tej godzinie. Bo to są dwa mechanizmy. Gdy zdarza się tak raz na jakiś czas – nic się nie stanie. Ale jeśli chcemy regularnie wstawać o tej o 6, to już trzeba wyliczyć, która godzina będzie dla nas optymalna, aby położyć się spać i obudzić się wyspanym.

A co, jeśli mamy problem z zaśnięciem? Jak zadbać o taką higienę snu, aby nie było z tym problemów?

Tu po pierwsze należałoby zwrócić uwagę na ten czas przed zaśnięciem. Warto odciąć się wtedy od niebieskiego światła, ja jestem przeciwniczką telewizora w sypialni. Zasypiamy bez telefonów, telewizji. Najlepiej przed snem się wyciszyć. Trzeba też spojrzeć na to, ile mamy w ciągu dnia stresu, jakie stosujemy używki, o której pijemy kawę. Czy nie pijemy alkoholu przed snem, który stymuluje, podnosi stany lękowe. Trzeba też przyjrzeć się, jak wygląda nasza sypialnia, czy mamy wygodny materac, czy pokój jest odpowiednio zaciemniony, mamy dobre zasłony, aby wyizolować się od otoczenia i melatonina mogła w naturalny sposób działać.

Zwykle nikt nie odczuwa zaniepokojenia przy oglądaniu telewizji. Czy to niebieskie światło rzeczywiście wpływa na naszą podświadomość, stymuluje, tak że nie możemy zasnąć?

Są już badania, że to niebieskie światło stymuluje nasz mózg, że nas nakręca. Też ta skokowość przy oglądaniu telewizji, to przerzucanie obrazów, powoduje, że mózg musi wychwytywać każdy szczegół. Jest bardzo mocno skoncentrowany, by chłonąć informacje. Z kolei telefony to w dzisiejszych czasach, to krótkie filmiki, tzw. shortsy, na aplikacjach społecznościowych, które działają na zasadzie hazardu: trzy filmiki nie są interesujące, czwarty nas zainteresuje. To pozornie odstresowuje, ale tak naprawdę, cały czas stymuluje, bo te filmy są energiczne, krzykliwe. I jak odłożymy telefon, to mózg potrzebuje takiej pół godziny, aby zwolnić, nie musiał analizować informację, ale mógł przyszykować się do odpoczynku.

Jakie czynności mogą nam pomóc zapaść w zdrowy sen?

Książka, sudoku, krzyżówki, krótki półgodzinny spacer przed snem. Najlepiej, aby każdy znalazł sobie to, co mu najbardziej odpowiada, co pomaga w wyciszeniu, odizolowaniu od codziennego biegu. Modlitwa jest tu też bardzo dobrym pomysłem, bo koncentrujemy się wtedy na własnych wartościach, potrzebach.

Wspomniała pani o melatoninie. Co to takiego?

To hormon, który pomaga nam zasnąć, wejść w fazę NREM, która szykuje nas do fazy głębokiego snu. Dużo firm produkuje melatoninę w formie tabletek, ale sami możemy sobie ją wypracować, przez wprowadzenie odpowiedniej higieny zasypiania. Trzeba tylko przed snem skoncentrować się, że jesteśmy w tym momencie wyciszenia, odchodzimy od zgiełku dnia codziennego. I organizm już wtedy wie, że jest np. kąpiel, książka, łóżko i wytwarza wtedy melatoninę w naturalny sposób, a ona pomaga nam zasnąć.

Koncentrujemy się na tym, aby chodzić spać o jednej porze czy wtedy, kiedy chce nam się spać?

Raczej skoncentrowałabym się na tym, aby kłaść się o jednej porze, bo wypracujemy wtedy sen taki, jak powinien być. Jeśli chodzimy spać kiedy chcemy, możemy zasnąć ze zmęczenia, bo organizm już nie daje rady funkcjonować albo np. zaczyna się jakąś choroba. Najlepsza jest regularność, kiedy mamy nawyki i sen przychodzi do nas prawidłowo.

Wiele osób nie wyobraża sobie dnia bez kawy, kiedy ta ostatnia kawa powinna być wypita?

Zależy ile pijemy ich dziennie i jak ona na nas działa. Ale te 5-6 godzin przed snem będzie bezpieczne, aby móc spokojnie zasnąć.

Przyjmuje się, że alkohol relaksuje i odpręża, czyli pomaga zasnąć.

Alkohol nas pozornie odpręża, trochę ściąga to chwilowe napięcie. Statystycznie przez pół godziny nas wycisza, potem mamy wyrzut kortyzolu to jest taki hormon stresu, który nas nakręca, dlatego sięgamy na kolejną dawkę alkoholu, aby zbić ten kortyzol i móc się wyciszyć. Zaśniemy, ale organizm będzie trawił ten alkohol, będzie się wybudzał i zaburzał rytm snu. To jest takie błędne koło. Wydaje się, że się wyciszymy, ale możemy jeszcze bardziej nakręcić.

Czasem starsze osoby mówią: nie spałem cała noc. Jest to prawdopodobne, czy raczej drzemią, wybudzają się i mają wrażenie, że nie spali?

Może być tak, że ktoś ma taki płytki sen, może być, że się nie wyspała. U takiej osoby bym sprawdziła, czy to od dłuższego czasu się dzieje, czy od niedawna, na ile to przeszkadza. Bo u osób starszych sen staje się krótszy, zwykle po jakimś czasie zwracają uwagę na to, że ten sen już nie trwa 8 a 6 godzin, i jest za krótki. Czasem można wtedy pomóc taką osobę farmakologicznie.

Zasypiamy bezproblemowo, ale wybudzamy się w środku nocy z niepokojem, lekiem. Co w takiej sytuacji?

To daje nam informację, że pojawił się u nas stres. Trzeba by zobaczyć, czy to jednorazowa sytuacja, czy zdarzyła się więcej razy. Jak wybudzamy się trzy razy w tygodniu przez 3 miesiące, WHO zaleca, że warto udać się do specjalisty psychologa, psychiatry, czy lekarza pierwszego kontaktu, aby sprawdzić, co się dzieje. Jak w nocy się wybudzamy, na pewno działa na nas kortyzol, czyli ten hormon stresu, z którym walczymy w gabinetach. Trzeba by się zastanowić, na ile możemy coś zmienić w naszym życiu. Jak mamy stresująca pracę, dużo pewnie nie zrobimy, ale jest pytanie czy zmienić pracę, czy wspomóc się lekami, aby wyregulować ten sen.

Jak przygotować się do takiej wizyty u psychologa? Jak to wygląda?

Ja zawsze mówię, aby się nie przygotowywać. Aby przyjść, powiedzieć, z czym mamy trudności. Można ewentualnie zastanowić się, jak się funkcjonuje, np. ile śpię, jak często się wybudzam, od kiedy to się dzieje. Taka wizyta to po prostu rozmowa. Pytamy, co taka osobę do nas sprowadza, o czym chce porozmawiać, o co zapytać. Czasem to pytanie brzmi „czy jestem normalny".

Czy to można tak określić?

Często w społeczeństwie pokutuje przekonanie, że ten kto tylko przekroczy próg u psychologia, jest „nienormalny". My z tym walczymy. Bo przychodzimy do psychologa z trudnością, a zadaniem specjalistów jest rozwiązać problemy.

Wracając do snu. Są też osoby, które mają problemy ze wstaniem. Budzik dzwoni, oni dalej śpią. Jest dla nich jakaś sposób na rozbudzenie się?

Oprócz podniesienia ciśnienia, chyba nie. Też spojrzałabym, czy jest to sen zaburzony w nocy, powodujący, że nie dospaliśmy, czy zaburzenia snu w kontekście nadmiernej senności. To też

jest problem. Jak rozbudzić taką osobę? Tylko podnieść ciśnienie, ale w jaki sposób, to indywidualna kwestia. Może to być kawa, ale też poranne ćwiczenia, przeciągniecie się, pójście na spacer, co bardzo fajnie podnosi nam endorfiny.

Co to takiego te endorfiny?

To hormony podnoszące nam nastrój. Endorfiny, serotonina, dopamina, to hormony, nad którymi staramy się pracować w naturalny sposób, aby je wytworzyć i aby było ich jak najwięcej w naszym organizmie. One odpowiadają za nasz dobry nastrój, że coś nam się chce, widzimy więcej korzyści z dnia codziennego. I właśnie ruch podnosi nam te endorfiny.

Oprócz ruchu, jak jeszcze podnieść sobie można poziom hormonów szczęścia?

Wszystko co sprawia nam przyjemność, daje satysfakcję, daje odczuwalną korzyść. Ruch to mechaniczne wytworzenie endorfin, ale nawet wypicie porannej kawy w ciszy też potrafi podnieść nam poziom tych hormonów. Napisanie dobrej klasówki, z dobrym wynikiem, to też uderzenie pozytywnych hormonów. Albo wyjście do kina, teatru.

Czy można wyspać się na zapas?

Myślę, że nie. Choć można czasem pozwolić sobie na to, aby dłużej poleżeć w łóżku. Ale przespanie jednego dnia, żeby potem mieć na tydzień energii, raczej się nie sprawdzi. Tu musi być regularność i powtarzalność. Jak raz zarwiemy noc, nic się nie stanie, dłużej pośpimy, też nic się nie stanie, ale na co dzień ważna jest raczej rutyna.

Czyli nie wykorzystujemy weekendu, dni świątecznych, aby spać?

Może to być dodatkowy relaks, aby skoncentrować się na sobie, swojej regeneracji, wypoczynku. Ale też pytanie, czemu aż tak potrzebujemy tego dodatkowego wypoczynku.

Jaka może być rada dla młodej mamy, która musi w zwykle w nocy kilkakrotnie przerwać ten cykl snu, aby wstać, nakarmić dziecko, potem je uspać i ta noc jest zdezorganizowana?

Chyba nie ma tu magicznego środka. Próbować się ratować i jak dziecko śpi, też spać, czy poprosić o pomoc najbliższych, rodzinę. Nie da się tu wprowadzić rutyny. Dopóki dziecko nie zacznie przesypiać nocy, nie ma magicznego środka.

Natomiast osoby starsze to często zmiany zwyrodnieniowe, różne dolegliwości. Wtedy nie śpimy, bo wiek, czy z powodu dolegliwości?

Wszystko ma wpływ. My jako społeczeństwo koncentrujemy się na tym, że nie śpimy z powodu stresu, ale to mogą też być różne choroby, zmiany zwyrodnieniowe. To też bezdech senny, który potrafi zaburzać sen, gdy ten mózg jest niedotleniony. Zawsze radzę, aby udać się do specjalisty, który sprawdzi stan naszego zdrowia, to na ile kłopoty ze snem powoduje choroba, a na ile higiena snu.

A chrapanie – to problem dla chrapiącego, czy raczej dla osób z jego otoczenia?

To problem i dla otoczenia i tej osoby, która chrapie. Pojawi się bezdech senny, gdy ta jakość snu bardzo się pogarsza, mózg jest niedotleniony, zmęczony, w ciągu dnia jest ospałość. Trzeba wtedy wdrożyć leczenie. Bezdech jest niebezpieczny, to chwilowe przerwanie dostawy tlenu do organizmu. Psychologiczne aspekty snu to jedno, ale trzeba też sprawdzić jak nasze ciało fizycznie funkcjonuje. Nie tylko chrapanie, ale też np. problemy z sercem, jak arytmia, też mogą na to wpływać. Trzeba wszystko sprawdzić i zanim zaczniemy działać psychologicznie, wykluczyć wszystkie dolegliwości fizyczne.

17. Spektrum autyzmu, zespół Aspergera

mgr. Krzysztof Mocarski

Gościem prof. Kochanowicza podczas ostatniej audycji Pytanie do specjalisty był mgr. Krzysztof Mocarski, psycholog z Centrum Zdrowia Psychicznego przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku.

Porozmawiamy dziś o temacie ostatnio bardzo modnym: autyzm, spektrum autyzmu, zespół Aspergera. To domena psychologów. Czym konkretnie zajmują się psycholodzy?

Tak naprawdę w założeniach ze spektrum autyzmu teraz bardziej posługujemy się całym spektrum zaburzeń związanych z autyzmem, trochę odchodzimy już od diagnozy zespołu Aspergera. Zespół Aspergera jeszcze był w starych klasyfikacjach diagnostycznych. Obecnie w tych najnowszych, amerykańskich czy międzynarodowych, zespół Aspergera został już usunięty. Ze względu na trudności diagnostyczne różnicowania autyzmu i samego zespołu Aspergera, ale też ze względu na to, że sam Asperger nie był zbyt dobrym człowiekiem i w swoich działaniach szkodził osobom, które badał – był niemieckim lekarzem w czasie drugiej wojny światowej i dużo złego wyrządził. I tak trochę było to kuriozum, żeby nazywać przypadłość, na które cierpią dane osoby, jego nazwiskiem.

Czyli zespół Aspergera odkładamy do historii medycyny i nie używamy w nomenklaturze fachowej. Ale to było dosyć powszechnie diagnozowane.

Tak, i nadal jeszcze w Polsce diagnozujemy zespół Aspergera, bo jeszcze jesteśmy na starej klasyfikacji, ale w nowej klasyfikacji już nie będziemy. Ale wracając do pytania, to psycholog zajmuje się diagnozą, chociaż diagnozę taką medyczną, nozologiczną wystawia psychiatra lub neurolog, ale to psycholog robi diagnozę tak zwaną funkcjonalną, czyli obserwację, wywiad z osobą, która cierpi na dane zaburzenie, ale również wywiad np. z rodzicami czy z bliskimi, nawet jeżeli diagnozujemy osobę dorosłą. Dobrze jest zrobić wywiad na przykład z rodziną, z żoną czy z dziećmi danej osoby, żeby zobaczyć, czy one też widzą dane objawy i jak one to widzą. Taką diagnozą zajmuje się psycholog, a później też terapią danych deficytów czy nadmiarów, bo w autyzmie mamy albo za mało, albo za dużo pewnych zachowań.

Autyzm, spektrum autyzmu – jak to zdefiniować, bo to takie mało uchwytne jest. Najchętniej to byśmy wykonali jakiś test, badanie, dostali zakres wartości i postawili rozpoznanie. Jak jest w przypadku zaburzeń autystycznych?

W przypadku zaburzeń autystycznych musimy spełnić pewne kryteria. Faktycznie fajnie by było zrobić jakieś testy, najlepiej zbadać krew i na tej podstawie stwierdzić, że mamy jakiś

odczynnik, który wskazuje na to, że mamy tutaj spektrum autyzmu. Niestety, tego nie mamy i też na tym ubolewamy, bo tak jak zresztą w całej trochę psychiatrii, w psychologii klinicznej, nie mamy takich czystych laboratoryjnych metod badania czy dane zaburzenie lub choroba występuje. My na podstawie obserwacji to stwierdzamy. I mamy cały worek różnych zachowań ludzkich, który nazwaliśmy spektrum autyzmu. Dlatego mówimy spektrum, bo pewnych zachowań u osób jednych jest więcej, u drugich jest mniej. Żeby zdiagnozować autyzm musimy spełnić przynajmniej kilka kryteriów, z dwóch głównych kategorii: to sztywne wzorce zachowań, powtarzalne wzorce zachowań, ale też deficyty lub trudności w interakcjach społecznych, w komunikacji. Jeżeli mamy te dwa szerokie zakresy spełnione, wtedy możemy zdiagnozować spektrum autyzmu, chociaż to do końca nie jest takie łatwe, bo też same różnicowanie pomiędzy spektrum autyzmu a innymi zaburzeniami czy chorobami w psychiatrii jest dość trudne. To łatwiejsze jest u dzieci, mamy do tego też dość fajne testy. Takim złotym standardem są testy ADOS, można wykonywać je i u dzieci, i u osób dorosłych, nawet u osób w podeszłym wieku, bo też takie osoby się zdarzają w diagnozie. W tym teście oceniamy kilka kryteriów: jak ta osoba wchodzi w interakcje z drugą osobą, czy ma gesty czy mimikę, czy rozpoznaje mimikę drugiej osoby, czy na podstawie mimiki potrafi rozpoznać emocje, czy potrafi na podstawie tego, co widzi, naśladować kogoś. Patrzymy, czy jest sztywność, czy potrafi nawiązać rozmowę, czy potrafi prowadzić tzw. wolne rozmowy, czy interesuje się naszymi emocjami, naszymi przeżyciami. Diagnosta w trakcie takiego testu, takiej obserwacji która trwa około godziny – półtorej, ma za zadanie nawiązać kontakt z tą osobą i ma za zadanie stworzyć tak sprzyjające warunki, żeby ta osoba pokazała te umiejętności. Jeżeli takich umiejętności nie ma, wtedy możemy już myśleć o tym, że jest to spektrum autyzmu. Określamy nasilenie objawów w porównaniu nie do ogółu populacji, ale do osób u których też zdiagnozowaliśmy spektrum autyzmu. Są tam skale punktowe i ilościowe. Nigdy nie równamy do osób, u których nie zdiagnozowaliśmy spektrum.

Jak często spektrum autyzmu występuje w społeczeństwie? Czy możemy powiedzieć jak duża jest skala problemu w Białymstoku czy w województwie podlaskim?

Tak, są badania, że około jedna na 60 -70 osób ma objawy na tyle nasilone, że moglibyśmy zdiagnozować spektrum autyzmu. To jest dość dużo. Mamy też takie badania, które mówią, że stosunek chłopaków do dziewczyn wynosi 1 do 6, czyli u mężczyzn częściej diagnozujemy spektrum autyzmu. I teraz mamy taką zagwozdkę czy to wynika z tego, że dziewczyny, kobiety, lepiej się ukrywają w tym spektrum autyzmu, czy faktycznie chłopcy są bardziej narażeni na to, żeby ten rozwój przebiegał nieprawidłowo – że w życiu prenatalnym różne czynniki wystąpiły, czy to środowiskowe, czy genetyczne, które wpłynęły na to, że ten autyzm się pojawił.

W jakim wieku najczęściej możemy w sposób pewny rozpoznać, czy mamy do czynienia z autyzmem?

Zaczynamy diagnozę od 2,5-rocznych dzieci, ale np. w Warszawie jest Fundacja Synapsis – najbardziej popularny w Polsce ośrodek diagnostyczny, gdzie potrafią diagnozować nawet roczne dzieci. Dlaczego mówimy o tym 2,5 roku? Bo jest to moment, kiedy pojawia się mowa. Ta mowa powinna już być dość dobrze rozwinięta, powinny pojawiać się pojedyncze, proste zdania u dziecka, jak: mama daj czy tata patrz. I wtedy już możemy zobaczyć, czy ta mowa rozwija się prawidłowo oraz to, jak dzieci nawiązują kontakt niewerbalny w związku z pojawieniem się mowy.

Jestem szczęśliwym dziadkiem i jeden z wnuków w najbliższych dniach będzie miał rok. I tak się zastanawiam jak u takiego dziecka można podjąć się oceny i diagnostyki. Starszy wnuk ma 2,5 roku i rzeczywiście już można z nim porozmawiać, wejść w taką relację. Co najczęściej niepokoi rodziców, którzy trafiają do psychologów?

U małych dzieci, takich właśnie rocznych czy powyżej pierwszego roku życia, powinniśmy zwrócić uwagę na to, czy dziecko nawiązuje kontakt z drugą osobą, czyli czy patrzy na drugą

osobę, czy patrzy na twarz, w oczy, czy bardziej jest ukierunkowane na przedmioty, czy uśmiechy kieruje do osoby, czy do przedmiotu. Jeżeli na przykład dziecko widzi coś, co jest dla niego ciekawe, próbuje zwrócić uwagę dorosłego, że to jest dla niego interesujące. I wtedy kieruje wzrok na przedmiot, który mu się podoba i później patrzy na osobę, z którą jest związany. Kieruje uśmiechy do tej osoby. Jeżeli patrzy na przedmiot i kieruje uśmiechy do przedmiotu, musimy zobaczyć, jak dużo tego jest. Patrzymy także na cały rozwój dziecka, np. czy nie ma opóźnionego chwytania albo chodu. Są badania, mówiące o tym, że dzieci nawet półroczne, u których zdiagnozowano później spektrum autyzmu, mniej uwagi skupiały na twarzach drugich osób, nie patrzyły na twarze, bardziej skupiały się na przedmiotach. I to już będzie dla nas też diagnostyczne. Tylko wtedy trochę zwlekamy z tą diagnozą u tak małych dzieci, bardziej wtedy diagnozujemy na przykład opóźnienie rozwoju czy całościowe zaburzenia rozwojowe. A diagnozę autyzmu powinniśmy wystawić dopiero po trzecim roku życia.

Autyzm, cechy autyzmu to coś, co mamy od urodzenia, czy możemy to nabyć w czasie życia, w wieku kilkunastu lat, a może wieku dorosłym? Czy mogą wtedy pojawić się cechy autyzmu?

To jest kontrowersyjny temat, bo kiedyś właśnie było przekonanie, rozsiane wręcz na badaniach naukowych, że autyzm jest powodowany czynnikami zewnętrznymi, a nie genetycznymi. Było nawet takie stwierdzenie, powielane w mediach, że szczepienia powodują autyzm. Akurat te badanie, które mówiło o tym, zostało sfałszowane. Osoba, która wprowadziła je do obiegu jako artykuł naukowy, została pozbawiona prawa wykonywania zawodu. Wiemy o tym, że szczepienia nie powodują autyzmu. Kiedyś było też takie przekonanie, że tak zwane matki „lodówki", czyli chłodne matki, nieemocjonalne, też powodowały autyzm u dziecka. I też wiemy, że to jest nieprawda. Autyzm jest wieloczynnikowy. Mamy dość dobre dowody na to, że autyzm jest genetyczny, że około 50-90% autyzmu pochodzi od genów, czyli, że jednak dziedziczymy po naszych rodzicach pewnie cechy. Ale to czy, autyzm nam się objawi, czy nie, zależy od czynników środowiskowych, np. w wieku prenatalnym. Może być tak, że matka np. chorowała na jakiegoś wirusa, czy miała jakąś bakterie, albo była narażona w trakcie ciąży na jakieś czynniki stresogenne, np. wypadek rodzinny, czy też była narażona na jakieś pestycydy. Mamy też czynniki okołoporodowe np. niedotlenienie w czasie ciąży czy przedwczesny poród. Wcześniactwo też jest czynnikiem, który może wpłynąć na to, że pojawi się autyzm. Na rozwój autyzmu mogą też wpłynąć czynniki we wczesnych okresach życia, jak np. zaniedbanie dziecka.

A czy u seniora może wystąpić autyzm?

W diagnozie autyzmu patrzymy na to, czy dane objawy występowały już we wcześniejszych latach. Czy wtedy kiedy mieliśmy te 3-4 tak zwane kroki milowe w rozwoju, które w trzecim, czwartym, szóstym i ósmym roku życia powinniśmy przejść, ten rozwój przebiegał harmonijnie. Jeżeli on przebiegał harmonijnie, a jakieś objawy się pojawiają u seniora, osoby we wczesnej czy środkowej dorosłości, raczej będzie to inne zaburzenie. Na przykład, kiedy u seniora pojawiają się takie objawy jak wycofanie społeczne czy przywiązanie do rutyny, możemy sprawdzić, czy to nie jest jakiś rodzaj otępienia, a u osób dorosłych – czy nie jest to np. pojawienie się jakiegoś epizodu schizofrenii czy epizodu psychotycznego.

Czyli nie nabywamy tego z wiekiem, tylko raczej jeśli w pewnym momencie pewne cechy autyzmu zostaną zdiagnozowane, to tylko i wyłącznie dlatego, że wcześniej nikt tego nie zauważył.

Albo nikt nie zauważył, albo mówił, że to jest coś innego. Albo po prostu ktoś „tak zawsze miał" – miał duże przywiązanie do rutyny, albo trudno mu było odgarnąć intencje drugiej osoby, nie rozumiał sarkazmu, nie potrafił naśladować innych osób. Mówimy tutaj już o osobach wysoko funkcjonujących. Ale jeżeli ktoś zawsze tak miał, to może to wynikać z autyzmu. Wtedy też

trochę inny jest ten kontakt społeczny. Doświadczeni diagności zazwyczaj czują, czy mają do czynienia z autyzmem.

Czy dziecko z autyzmem sygnalizuje problemy, czy to raczej my zauważamy, że coś z nim jest nie tak?

Czasem coś zauważają rodzice, ale najczęściej zauważa przedszkole czy szkoła. I przedszkole informuje rodziców, aby udać się z dzieckiem do specjalistów, bo widać, że jest coś nie tak. Np. dziecko nie nawiązuje kontaktu z innymi dziećmi, zamiast zapytać, czy może zabawkę, to np. bije dzieci, albo bawi się w samotności. Albo wtedy, kiedy jest jakaś zmiana planów w przedszkolu, bo na przykład zaczął padać deszcz i nie idziemy na spacer, a zawsze chodzimy na spacer, to nagle Jaś robi się zły, robi się agresywny albo marudny albo lękliwy. Takim okresem krytycznym, kiedy dość dużo rodziców się zgłasza do specjalisty, jest też pójście do pierwszej klasy szkoły podstawowej. Bo dzieci, które wyżej funkcjonują, dość dobrze się ukrywały w przedszkolu, bo nie było wymogu, żeby wysiedzieć te 45 minut przy ławce. Do tego w szkole jest dużo więcej dzieci do kontaktu, klasy są 25-30 osobowe, przedszkola najczęściej są w mniej licznych grupach.

Na co rodzice powinni zwrócić uwagę? Często jest tak że objawów u osób najbliższych nie widzimy, ponieważ to jest nasza codzienność i taka nieprawidłowość staje się taką normą dla nas.

Tak to jest prawda, że często nie zauważamy objawów u naszych dzieci, tego że trochę zachowują się w inny sposób niż inne dzieci, a jeżeli to zauważamy, to tłumaczymy, że ono po prostu tak ma. Na co zwrócić uwagę? Na to, czy dziecko przywiązuje dużą uwagę do rutyny, czy jeżeli jest jakaś zmiana w planu dnia, potrzebuje tego, żeby powiedzieć, co będzie dalej, po kolei danego dnia. W autyzmie jest duża potrzeba kontroli i przewidywalności. Ta kontrola wynika z tego, że mózg autystyczny trochę inaczej postrzega rzeczywistość, trochę inaczej odbiera bodźce, które płyną z zewnątrz i potrzebuje tej kontroli po to, żeby zmniejszyć swój lęk. Lęk wynika z tego, że ta nieprzewidywalność się pojawia. Rodzice powinni zwrócić też uwagę na to, czy dziecko bawi się z innymi dziećmi, czy naśladuje na przykład zabawę z bajek, czy w zabawie jest jakiś temat, czy tylko bawi się w sposób manipulacyjny, że na przykład tylko przekłada klocki z miejsca w miejsce, czy układa rzeczy w rzędy, a jeżeli ktoś zmieni szereg układania klocków czy samochodów, czy dziecko wtedy się złości. Warto zwrócić uwagę czy dziecko powtarza kwestie z bajek i to kilkukrotnie, bo oczywiście, że jeżeli jednokrotnie dziecko sobie zaśpiewa piosenkę czy jakiś dialog z bajki, nic złego się nie dzieje, ale jeżeli to powtarza wielokrotnie, powinniśmy wtedy zwrócić większą uwagę na to, czy to nie jest spektrum autyzmu. Powinno też się zwracać uwagę czy dziecko nawiązuje kontakt wzrokowy, czy tylko patrzy w stronę rodzica, bo to też jest bardzo ważne, czy dziecko coś wskazuje palcem, a jeśli coś wskazało palcem, to też zobaczyło, czy rodzic patrzy.

Zdiagnozowaliśmy dziecko. Jaka wygląda terapia? Czy możemy sobie z tym problemem spektrum autyzmu poradzić?

To zależy. Poradzić zawsze możemy, tylko to zależy od nasilenia stopnia ciężkości objawów, bo spektrum autyzmu też występuje często z innymi zaburzeniami, na przykład niepełnosprawnością intelektualną. Wtedy mówimy o sprzężeniu dwóch zaburzeń neurorozwojowych: niepełnosprawności intelektualnej i spektrum autyzmu, i wtedy jest ciężej. Ale nie jest niemożliwe do terapii. Wtedy zwracamy dużą uwagę na to, żeby uczyć daną osobę nowych umiejętności, samodzielności, ale też nie jest wykluczone, żeby uczyć przedmiotów szkolnych. Jeżeli mamy dziecko, czy osobę w spektrum autyzmu, u której zdiagnozowaliśmy tylko autyzm, uczymy po prostu tego kontaktu społecznego. Oczywiście subtelnie, a nie w sposób taki, że od razu łamiemy komuś rutynę. Wtedy tylko wywołamy jeszcze większe objawy lękowe, pogłębimy zaburzenie. Ale jak najbardziej spektrum autyzmu jest do terapii, tylko nie jest do leczenia, tego nie leczymy, tylko robimy terapię czyli uczymy dane osoby, jak lepiej funkcjonować w życiu.

Jakie jest rokowanie? Czy tutaj jest jakiś optymizm?

To jest bardzo trudne pytanie, ponieważ to jest indywidualne i zależy od stopnia nasilania objawów, czy jest on lekki, umiarkowany czy ciężki. Jeżeli mamy ten lekki stopień nasilenia objawów, to faktycznie możemy dość dużo zrobić, jeżeli dość wcześnie wykryjemy autyzm – w trzecim, czwartym, piątym roku życia. Znam takie osoby u których wiem, że miały zdiagnozowany autyzm. W tym momencie bym nie powiedział – są tylko jakieś subtelne przejawy i tylko ktoś, kto się zna i dobrze się przypatrzy, to będzie to widział, a tak naprawdę nie widzimy tych różnic od normy. Jeżeli dobrze została przeprowadzona terapia, dość intensywnie, czyli były różne oddziaływania i pedagogiczne i psychologiczne. i logopedyczne, też tzw. treningi umiejętności społecznych, czyli właśnie takie zajęcia grupowe jak się zachowywać wśród innych osób, to możemy tego nie zauważyć. Ale mamy takie dzieci, które diagnozujemy już z dużym nasileniem objawów, w tej cięższej postaci. Wtedy trzeba być z rodzicami szczerym i mówić, że musimy uczyć dziecko samoobsługi, bo kiedyś tych rodziców zabraknie i warto aby Jaś, który będzie kiedyś Janem, był w miarę samodzielny.

Są dzieci, które lubią się samodzielnie bawić gdzieś w kącie i dzieci bardzo żywiołowe, które zawsze coś zbroją. Czy tu też rodzice powinni się jakoś niepokoić?

Myślę, że warto zobaczyć czy to dziecko, które siedzi samo, potrafi jednak z innymi dziećmi się bawić, czy potrafi inne dzieci wpuścić do zabawy, przejąć temat zabawy innego dziecka. Jeżeli potrafi się bawić z innymi dziećmi, to takie jedyne zachowanie raczej nie sprawia, że mówimy o spektrum autyzmu. Zresztą spektrum autyzmu może mieć też dziecko, które jest bardzo żywiołowe, dużo potrzebuje ruchu, wszędzie go jest pełno. Ale też niekoniecznie, bo takie dziecko może mieć np. ADHD.

Co to takiego jest ADHD?

ADHD to jest zaburzenie neurorozwojowe – deficyty uwagi z nadpobudliwością psychoruchową. Są deficyty, nawet u osób dorosłych, w zakresie koncentracji, utrzymywania uwagi. Jak długo się skupiamy na danej czynności, czy potrafimy czynności kończyć, czy potrzebujemy dużo ruchu czy mało ruchu – na tym się najbardziej skupiamy przy diagnozie.

Do ruchu to my w radiu w ramach profilaktyki różnych chorób zachęcamy, czyli osoby z ADHD są pożądane u nas czy tak nie do końca?

Nie do końca. Tego ruchu może być bardzo dużo, jeżeli taka osoba tego ruchu potrzebuje, a nie może go w danej chwili zrealizować, wtedy to będzie prowadziło do jakiegoś napięcia, dyskomfortu psychicznego, który może prowadzić np. do złości albo wyczerpania psychicznego.

Spektrum autyzmu budzi jednak niepokój w rodzicach. Czy rzeczywiście powinniśmy się jako rodzice, dziadkowie, bać?

Czy powinniśmy się bać? Niekoniecznie, ponieważ jak mówiłem, dużo rzeczy da się wypracować, nawet jeżeli zauważymy jakieś objawy czy jakieś zachowania, które budzą naszą niepokój, możemy z tymi objawami sobie dość dobrze poradzić.

18. Medycyna estetyczna- fanaberia czy konieczność?

dr Agnieszka Szymańska

Gościem prof. Jana Kochanowicza była dr Agnieszka Szymańska, specjalista medycyny ratunkowej z SOR USK w Białymstoku i lekarz medycyny estetycznej z Kliniki A&A Medycyna Estetyczna i Kosmetologia w Białymstoku

Pani doktor jest specjalistą medycyny ratunkowej, pracującą na co dzień w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, ale także lekarzem medycyny estetycznej. To takie trochę dziwne połączenie. Skąd taki pomysł? To pasja, chęć zdobycia nowych umiejętności?

Wszystkiego po trochu. Chęć zdobycia nowych umiejętności, ale też coś zupełnie innego od pracy w szpitalu, która w SOR jest bardzo wymagająca i ciężka. Medycyna estetyczna daje takie oderwanie od trudów codziennej pracy w SOR-ze.

Medycyna estetyczna to fanaberia czy konieczność?

Myślę, że ani konieczność, ani fanaberia. To potrzeba. Każdy z nas ma różne potrzeby. Nie możemy mówić, że korzystanie z zabiegów medycyny estetycznej jest fanaberią. Jest potrzebą. Potrzebą, która często podnosi poczucie własnej wartości, poprawia zdecydowanie samopoczucie i pozwala lepiej funkcjonować w dzisiejszym świecie. Koniecznością też nie jest – jeśli nie chcemy, jeśli nie mamy takiej potrzeby, nie musimy z niej korzystać. To nie jest tak jak jedzenie czy oddychanie, które są koniecznością.

Mamy chirurgię plastyczną, mamy kosmetologię. Gdzie jest miejsce medycyny estetycznej?

Medycyna estetyczna to są zabiegi z przerwaniem ciągłości skóry. I tak najczęściej się mówi, że ta różnica między kosmetologią a medycyną estetyczną jest właśnie w tym punkcie – gdy dochodzi do przerwania ciągłości skóry. Takie zabiegi powinien wykonywać lekarz, aczkolwiek ustawodawstwo nie jest tu jednoznaczne. Natomiast jeśli chodzi o chirurgię plastyczną, to tutaj ta granica się trochę zaciera. Bo np. zabiegi liposukcji, które kiedyś można było przypisać tylko do chirurgii plastycznej, w tej chwili są wykonywane także w znieczuleniu miejscowym, bez anestezjologa, jako liposukcja strzykawkowa, czyli bez użycia sprzętów laserowych czy podciśnieniowych, i są wykonywane także przez lekarzy medycyny estetycznej.

Liposukcja – co to za zbieg?

To odsysanie tkanki tłuszczowej. W medycynie estetycznej nie chodzi tylko o odessanie tłuszczu, czyli poprawienie wyglądu danej okolicy ciała, ale my ten tłuszcz także w sposób bardzo delikatny, nie niszczący komórek tłuszczowych, przeszczepiamy w inne części ciała, czyli wykonujemy lipotransfer. Najczęściej jest to twarz, ale mogą to być też inne części ciała, gdzie brakuje tłuszczu albo jakość skóry jest zła. Bo stymulacja do syntezy kolagenu, poprawy jakości skóry przez komórki tłuszczowe jest bardzo duża.

Jakie zabiegi medycyny estetycznej wykonywane są najczęściej? I właśnie – przez pacjentki czy pacjentów?

Jest na pewno więcej pacjentek niż pacjentów, ale myślę, że wiele osób zdziwiłoby się, jak dużo panów przychodzi na takie zabiegi do kliniki. Najczęściej wykonywane są zabiegi z użyciem toksyny botulinowej, są to krótkie zabiegi, efekt jest prawie natychmiastowy, bo pierwsze efekty widoczne po kilku dniach, pełne są po dwóch tygodniach. Są to zabiegi służące głównie redukcji zmarszczek, czyli okolice zmarszczek poprzecznych czoła, lwiej bruzdy, kurzych łapek.

Na jak długo wystarcza taki zabieg? I czy jest tu niebezpieczeństwo powikłań?

Przyjmuje się, że toksyna botulinowa wystarcza na ok. 6-9 miesięcy, potem wymagany jest kolejny zabieg, bo jej działanie jest całkowicie odwracalne. Natomiast są pacjenci, którzy mają pecha i już po 3 miesiącach potrzebują kolejnego zabiegu. Ale są i tacy, którzy przychodzą raz w roku. Jeśli chodzi o bezpieczeństwo, to może powiem, że przez ponad 8 lat wykonywania tych zabiegów, nigdy nie miałam żadnego powikłania związanego z toksyną botulinową, ale to nie znaczy, że się ono nigdy nie przytrafi. To są zabiegi stosunkowo bezpieczne. Powikłania mogą być, w zależności jakiej części twarzy dotyczą. Górna część twarzy jest zazwyczaj miejscem bezpiecznym, toksyna podawana jest w konkretny mięsień, prawdopodobieństwo, że osiągnie się efekt odwrotny od zamierzonego, jest dość niskie. Natomiast w dolnej części twarzy, np. w kącikach ust, jest kilka mięśni nakładających się i trzeba być pewnym, że to, co chce się osiągnąć, na pewno osiągniemy.

Toksyna botulinowa stosowana jest też jako lek w medycynie, np. w neurologii mamy doświadczenia, np. pacjenci z kręczem karku dostają nowe życie.

W medycynie estetycznej zakres tych zabiegów jest też na pograniczu neurologii. Np. w przypadku migreny toksyna botulinowa jest bezkonkurencyjna. Czasem nawet jeśli wykonamy niepełny zabieg, bo tych punktów jest bardzo dużo, np. w okolicy czoła, lwią bruzdę i kurze łapki, już pacjentki mówią, że jest dużo lepiej, albo np. pojawia się aura, a nie ma tych bólów głowy. Toksynę botulinową stosujemy też u pacjentów z dużą nadpotliwością rąk, pach czy stóp. Tu też efekty są spektakularne.

Panowie też przychodzą na zmarszczki?

Tak, panowie przychodzą na wszystkie zabiegi, ale najczęściej na redukcję zmarszczek. Bo panowie lubią krótkie zabiegi, które dają natychmiastowy efekt i niespecjalnie widać po nich, że coś było robione. Nie ma np. siniaków, które utrzymują się tydzień lub dwa. Zajmujemy się też urologią i ginekologią estetyczną. Tu panowie bardzo często korzystają z tej części medycyny estetycznej.

Jakie jeszcze zabiegi wykonywane są w ramach medycyny estetycznej?

Na przestrzeni lat obserwuję, że większość pacjentek i pacjentów szuka w medycynie estetycznej czegoś, co będzie naturalnie wyglądało. Już prawie nie ma takich osób, które chcą bardzo zmieniać swój wygląd. Raczej chcą zadbać o kondycję swojej skóry i szukają też często metod bardziej naturalnych. Tutaj np. jako stymulatorów tkankowych możemy używać osocza bogatopłytkowego, fibryny bogatopłytkowej czy też tkanki tłuszczowej. Z tym że pozyskanie osocza czy fibryny to tylko pobranie krwi od pacjenta, czyli dużo prostszy zabieg, natomiast

pobranie tkanki tłuszczowej to liposukcja i tu trzeba to ryzyko oszacować. Są to naturalne stymulatory, pobudzające skórę do produkcji kolagenu.

Są osoby, które przychodzą, zanim to starzenie skóry widać, czyli zanim pojawią zmarszczki, ale są i takie, które przychodzą, gdy tych zmarszczek jest już sporo i ta stymulacja w pewnym wieku nie jest już tak efektywna. Wtedy w grę wchodzą już nie tyle same stymulatory – chociaż mamy stymulatory dla osób 50 plus, jak kwas polimlekowy – ale toksyna botulinowa lub kwas hialuronowy jako wypełniacz. Możemy uzupełnić wtedy np. policzki, gdy mamy utratę owalu twarzy, gdy wszystko zaczyna opadać, wymodelować w sposób naturalny, nie zmieniając wyglądu twarzy. Możemy powiększać usta. Tu też jest ogromna zmiana w stosunku do ubiegłych lat. Teraz usta mają wyglądać naturalnie, już nie chodzi o takie bardzo duże usta. Kwas hialuronowy możemy też używać do zagęszczania skóry, tam gdzie mamy zmarszczki czy bruzdy, które są mocno zagniecione wraz z upływem lat. Podajemy to dosyć płytko pod sama skórę, ładnie się to rozmasowuje. Możemy w ten sposób wygładzić bruzdy nosowo-wargowe, a także pracować nad liniami marionetek, które powodują, że wyglądamy smutno.

W ortopedii osocze też jest stosowane dostawowo, szczególnie do stawów kolanowych. Czy medycyna estetyczna najpierw to osocze wykorzystywała, czy ortopedia?

Przyznam, że nie wiem, kto był pierwszy. Natomiast proloterapia czyli podawanie osocza albo fibryny dostawowo, ale i domięśniowo jako naturalna metoda regeneracji jest szeroko rozpowszechnione.

Czasem na skutek urazów, zabiegów operacyjnych mamy różne blizny. Czy tu też medycyna estetyczna ma coś do zaoferowania?

Tak. Tu znów mamy osocze albo fibrynę bogatopłytkową, która ładnie przebudowuje bliznę. Im szybciej ją podamy, tym lepiej, tym większe szanse, aby ta blizna wyglądała ładnie, na etapie kiedy się przebudowuje. Przebudowa blizny trwa około roku, to dość długi okres. Możemy też używać tu lasera CO2, czyli frakcyjnego, który „poparzy" tę część skóry, a to spowoduje, że blizna będzie bardziej płaska, mniej twarda, nie będzie ciągnąć. Bo nie zawsze chodzi tylko o ładny wygląd. Mamy pacjentów po oparzeniach, wypadkach komunikacyjnych. Miałam pacjenta, gdzie poparzona była cała klatka piersiowa i dzięki zabiegom blizna ładnie się przebudowuje, nie wygląda już tak grubo, nie jest taka napięta i twarda.

A czy można coś zrobić, gdy blizna jest już stara?

Na pewno poprawimy jej wygląd, ale efekty będą mniejsze niż kiedy działamy na etapie, gdy blizna się jeszcze przebudowuje. Tak samo jest z rozstępami – póki są czerwone, czyli niedawno powstały, można, zwłaszcza u młodych osób, przy pomocy radiofrekwencji mikroigłowej, całkowicie się ich pozbyć. Natomiast jeśli rozstępy są kilkuletnie, białe, nie jesteśmy już w stanie ich się pozbyć, ale możemy tak je przebudować, żeby były mniej widoczne.

Zmarszczki są nieuniknione, ale czy możemy im w jakiś sposób zapobiec, np. zdrowym trybem życia albo jakimiś zabiegami?

Na powstawanie zmarszczek mają wpływ dwie rzeczy: jakość skóry, która z wiekiem jest coraz gorsza, oraz siła mięśni mimicznych. Kiedy ktoś ma 18 lat, zmarszczki wprawdzie powstają, gdy mięśnie się kurczą, ale gdy się rozluźniają, nie zostaje żaden ślad. Przychodzi jednak moment, że ten ślad pozostaje. Czyli ta jakość skóry nie jest już na tyle dobra, aby zagniecenia mogły się rozprostować.

Czyli nie uśmiechać się?

Nie. Po pierwsze można zastosować toksynę botulinową. Ona może być stosowana nie tylko na te już widoczne zmarszczki, ale też wcześniej, aby im zapobiegać. Zwłaszcza u osób z bardzo bogatą mimiką, u których te zmarszczki mogą być bardzo widoczne już w wieku 30 lat, można zastosować toksynę botulinową profilaktycznie, aby te zmarszczki się nie pozagniatały w

sposób nieodwracalny. A druga rzecz – możemy zadbać o kondycję skóry. Jeżeli nie chcemy stosować preparatów, które już są gotowe w ampułkostrzykawkach, to można działać przy pomocy bardziej naturalnych metod, wspomnianych już osocza czy fibryny bogatopłytkowej. Te dwie metody mogą zapobiec powstawaniu głębokich zmarszczek i sprawić, że będziemy ładnie wychodzili na zdjęciach.

Dlaczego kolagen jest tak ważny dla skóry?

Kolagen i elastyna sprawiają, że skóra jest gęstsza, bardziej elastyczna. Z wiekiem tego kolagenu w organizmie jest coraz mniej. Są preparaty, które nie tylko stymulują produkcję kolagenu, ale wręcz zawierają kolagen, które oprócz stymulowania fibroblastów, czyli komórek wytwarzających kolagen, dostarczają składników do produkcji kolagenu.

Kolagen musi być w preparacie czy można sięgnąć po jakieś galaretki?

W preparacie, medycyna estetyczna galaretkami się nie zajmuje.

Dodam tylko, że na pewno osoby szczupłe są bardziej narażone na zmarszczki, niż te, które mają więcej tego tłuszczyku na twarzy.

Czyli należy dbać o wagę, ale niezbyt rygorystycznie, to BMI nie powinno też być zbyt niskie.

Dokładnie.

Jakie jeszcze zabiegi oferuje medycyna estetyczna?

Są jeszcze zabiegi sprzętowe. O laserze CO2 już wspomniałam. Mamy też np. radiofrekwencję mikroigłową – to są takie kartridże z igiełkami, które z jednej strony nakłuwają skórę, powodując uraz mechaniczny–stymulujący skórę do regeneracji, a do tego te igiełki podgrzewają się, powodując w głębszych warstwach skóry uraz termiczny. Każdy uraz, który powstaje, stymuluje skórę do regeneracji, im młodsi jesteśmy, tym bardziej efektywne są te zabiegi. U młodych pacjentów w przypadku np. blizn potrądzikowych jesteśmy w stanie prawie do zera zlikwidować te blizny. Im jesteśmy starsi, tym te metody słabiej działają. Radiofrekwencję można stosować też na ciało, na blizny zanikowe, rozstępy.

Kolejnym sprzętem jest tzw. HIFU, czyli skoncentrowana wiązka ultradźwięków. Technologia podobna do usg, która na samej skórze nie zostawia śladu, tylko na określonej głębokości, którą dobieramy; tworzy mikrourazy stymulując skórę do regeneracji. To tzw. lifting bez skalpela.

Modne są solaria, jak się to ma do medycyny estetycznej?

Chyba nijak. Skóra się po nich starzeje. Ale to nie tylko solarium, to także to słońce naturalne. Każdy lubi mieć delikatny odcień opalenizny na skórze, wszystko jest dla ludzi, ale pamiętajmy że słońce postarza. Im więcej ktoś się opala, tym bardziej skóra będzie zniszczona i tym bardziej będzie miał widoczne zmarszczki.

Ostatnie lata to także moda na tatuaże. Czy to zabieg dla skóry obojętny, czy ta skóra odpowie na to w przyszłości?

Skóra i tak się będzie starzeć. Z punktu widzenia medycyny estetycznej, chcę tylko zwrócić uwagę, że wykonujemy tatuaże zwykle w młodym wieku. Gdy skóra się starzeje, zmienia się jej struktura. I o ile tatuaż na młodej skórze wygląda ładnie, z wiekiem jest już gorzej. Jeżeli przydarzy się jakiś zabieg w tej okolicy, tatuaż będzie zniszczony.

Bardzo dużo osób z czasem chce się pozbyć tatuażu. Da się to zrobić, to trudne i bolesne, ale mamy lasery, które to potrafią. Tym też zajmuje się medycyna estetyczna.

19. Kijki – przyjaciel seniora, czy nie?

mgr. Karolina Niesłuchowska

Gościem prof. Jana Kochanowicza była mgr Karolina Niesłuchowska, fizjoterapeuta z Samodzielnej Pracowni Badań Czynnościowych i Rehabilitacji Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, instruktor nordic walking

Temat naszej audycji to „Kijki – przyjaciel seniora, czy nie". Jak to wygląda z punktu widzenia fizjoterapeuty? Czy nordic walking to jest sport dla każdego?

Nordic walking może być aktywnością dla każdego, jeśli będzie odpowiednio prowadzona. Po pierwsze musimy dostosować do siebie kije, ale też sprawdzić jakie mamy przeciwwskazania, jak wygląda nasza kondycja, jak możemy dostosować trening – jego rodzaj i częstotliwość. Natomiast sam sprzęt nie jest drogi.

Czy wiek jest tu jakimś ograniczeniem lub przeciwwskazaniem?

Nie, nie jest żadnym przeciwwskazaniem, w każdym wieku możemy uprawiać nordic walking.

Ja lubię chodzić z kijkami trekkingowymi po górach. One odciążają, pomagają, też stabilizują. A jaki jest sens, aby przy chodzeniu po prostej ścieżce w parku korzystać z kijków?

To są różne rodzaje kijków. Kije trekkingowe są inne niż te do nordic walking. W kijkach trekkingowych jest inny uchwyt, one mają taki pasek na dłoń, który trzymamy gdy jesteśmy np. w górach, są bardziej stabilne, mają większą rękojeść na dolnej części, z taką podstawą, dzięki czemu możemy się na nich podeprzeć, mają też inne końcówki. W kijkach do nordic walking mamy różne groty, w zależności od powierzchni, po której chodzimy. One są też bardziej smukłe, mają węższy uchwyt i dopinaną rękawiczkę, którą możemy w każdej chwili odpiąć, np. podczas rozgrzewki. Bo rozgrzewka jest nieodłącznym elementem treningu nordic walking.

Zdecydowaliśmy się, żeby chodzić z kijkami. Zaczynamy od wyboru kijków. Jak je dobrać?

Polecam udać się do sklepu i kije przymierzyć. Mamy kijki teleskopowe, czyli rozkładane albo ze stałą długością. Długość mierzymy mnożąc 0,68 przez wzrost osoby, która będzie chodzić z kijami. Zawsze polecam stanąć z kijem i sprawdzić jaki jest kąt w stawie łokciowym – powinien być prosty albo lekko rozwarty i wtedy kij jest prawidłowo dopasowany do danej osoby.

A waga kija ma znaczenie? Wiadomo, że np. aluminiowe są tańsze, ale i cięższe, lżejsze są te z włókna węglowego.

To kwestia ceny, np. te z włókna węglowego są droższe, ale lżejsze. Ale aluminiowe też nie są takie ciężkie. Kije trekkingowe są składane, aby można było je złożyć do plecaka podczas wędrówki, te do nordic walking lepiej, aby nie były regulowane, tak żeby była pełna stabilność.

W kijach trekkingowych są końcówki gumowe do chodzenia po asfalcie, a jak to wygląda w kijach do nordic walking?

One też mają też różne nakładki, zależnie od powierzchni, po której będziemy spacerować. Jeśli chodzi o powierzchnie miększe, jak piasek, błoto, spacerujemy z grotem widiowym. Możemy też założyć tzw. bucik na zewnątrz, czyli ściętą gumową końcówkę, która będzie amortyzowała w stawie łokciowym uderzenia kijem podczas poruszania się po twardej powierzchni: drodze czy chodniku.

Mamy już kije w odpowiednim rozmiarze i ruszamy na spacer. Jak ma to wyglądać? Czy to marsz wojskowy, lewa – prawa, czy w inny sposób?

Jeżeli chcemy spacerować we właściwy sposób, to rzeczywiście będzie to marsz, regularny i naprzemienny. Czyli jeśli uderzamy kijem w podłoże prawą ręką, wtedy jednocześnie lewa noga dotyka piętą do podłoża, przetacza się na palce i przenosimy w ten sposób ciężar ciała naprzemiennie z prawej i lewej strony, podpierając się kijami jednocześnie.

Marsz powinien być zamaszysty, ale pamiętajmy, że musimy dostosować go do swojej kondycji, formy i stanu zdrowia. Ręce będą tu pracowały cały czas, jeśli chodzi o pompę mięśniową. Zależy nam na tym, aby ręce otwierały się i zamykały w odpowiedniej kolejności. Z przodu ręce są zamknięte, kiedy ręka mija wysokość biodra, wtedy się otwiera, puszczamy kij, ręka wraca do przodu mijając biodro i wtedy łapiemy kij z powrotem. Po to są te rękawiczki przyczepione, aby łatwiej było chwycić z powrotem rękojeść kija.

To jednak duże wyzwanie, aby w radiu opowiedzieć jak to ma wyglądać. A jak długie powinny być spacery?

Trzeba wziąć pod uwagę swój stan zdrowa, możliwości kondycyjne. Zaczynamy od krótkich dystansów, aby sprawdzić jak daleko możemy spacerować, jaka jest nasza forma.

Pamiętajmy, że prawidłowe chodzenie z kijami generuje rotację w całym ciele, generuje wyprost w kręgosłupie, w biodrze. Dlatego jak będziemy chodzili z kijami, które będą tylko z przodu, wtedy klatka piersiowa będzie bardziej napięta, plecy będą zaokrąglone. Nie tego chcemy w czasie treningu.

To odwrotne działanie od kijków trekkingowych, bo gdy z nimi wchodzimy pod górkę to one są właśnie z przodu, odciążają, pomagają we wspinaniu się, podobnie jest jak schodzimy. W nordic walking większe znaczenie ma jednak balans ciałem, rotacja, niż odpychanie się i praca odciążeniowa kijów.

Tak, na pewno duże partie mięśniowe muszą pracować, to tak naprawdę „chód czterokończynowy", czyli dwie kończyny górne i dwie dolne pracują naprzemiennie, odpychając się od podłoża. Bardzo duża ilość mięśni jest tu zaangażowanych, także oddechowych. To też trening kardio, przyspiesza nam puls, dlatego staramy się, aby trening był dostosowany do naszej kondycji.

Co powoduje, że chód z kijami jest dobry na schorzenia kręgosłupa?

Jak jest prawidłowy, z naprzemiennym wymachem ramion i kończyn dolnych, napinamy mięśnie kręgosłupa, prostujemy odcinek szyjny, piersiowy, lędźwiowy kręgosłupa, kiedy nasza ręka przekracza linie bioder. Kiedy puszczamy kijek, wtedy nasza postawa się wyprostowuje po tej stronie.

Jakie są przeciwwskazania medyczne do wędrówki z kijami?

Ostre infekcje, wirusowe, bakteryjne, gorączka, gdy jesteśmy osłabieni, nie powinniśmy chodzić z kijkami, bo to może bardziej osłabić organizm. Także jak są świeże złamania kończyn górnych – jeśli ktoś chce jednak wyjść na spacer z kijami, to nie będzie to praca symetryczna i w prawidłowy sposób angażująca partie mięśniowe.

Są organizowane zawody w nordic walking. Co tam bierze się pod uwagę, styl, tempo chodzenia?

Wszystko jest brane pod uwagę. Są osoby, które trenują dla osiągnięć, ale ważne abyśmy robili to dla naszego zdrowia, profilaktyki. Powstaje dużo grup, które trenują np. w Bielsku Podlaskim, Białymstoku. To sposób, aby wyjść do innych osób, zawrzeć nowe znajomości, ale też wyjść na łono natury, co powoduje polepszenie naszego stanu fizycznego, psychicznego i jakości snu.

Ta grupa w Bielsku Podlaskim jest liczna? Można do niej dołączyć?

Jest liczna i można do niej dołączyć. Nazywa się Marszomaniacy Bielsk Podlaski.

Na co jeszcze warto zwrócić uwagę, aby prawidłowo spacerować?

Na nasz krok. Długość kroku powinna być taka, jak długość naszego kija, dlatego na początek połóżmy kije na ziemi i wykonajmy krok wzdłuż kija, aby oszacować jak duże powinniśmy je stawiać.

To dość długie kroki.

Tak, to nie jest krok spacerowy. Nordic walking to sport, który ma zmobilizować większą część naszych mięśni, wzmocnić kondycję, poprawić jakość zdrowia i wydolność organizmu.

Często kardiolodzy, interniści, mówią, że należy wykonywać 10 tys. kroków dziennie. W nordic walking chyba to nie ma odniesienia, skoro ten krok dłuższy?

Zwracamy uwagę raczej na czas aktywności. Pamiętajmy też o tym, że potrzebujemy przerw.

Nordic walking uprawiają coraz młodsze osoby, chodzą nawet całe rodziny.

Ten sport przywędrował do nas z Finlandii. Była to forma wymyślona dla narciarzy biegowych, która aktywuje wiele mięśni i wpływa na kondycję.

Czy pogoda może przeszkodzić w chodzeniu?

Wystarczy właściwa odzież i można ruszać w trasę.

Jak zachęcić tych, którzy się jeszcze nie zdecydowali na uprawianie nordic walking?

Przede wszystkim jest to sport dla każdego, może go uprawiać każda osoba, która tylko tego potrzebuje. To forma szybszego spaceru, marszu, a na początek wystarczą najprostsze kije i kawałek dobrej ścieżki.

20. Fizjoterapeuta potrzebny od zaraz.

dr hab. Zofia Dzięcioł-Anikiej

Gościem prof. Kochanowicza podczas ostatniej audycji Pytanie do specjalisty była dr hab. Zofia Dzięcioł-Anikiej fizjoterapeuta z Kliniki Rehabilitacji Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

Mamy porozmawiać o tym, czy fizjoterapeuta jest potrzebny od zaraz. Ale zanim o tym – kto może zostać fizjoterapeutą? I jakie są kompetencje fizjoterapeuty?

Fizjoterapeuta jest to osoba, która wykonuje zawód medyczny. Zajmuje się diagnozowaniem, planowaniem procesu w momencie, kiedy doszło do zaburzeń narządu ruchu, odpowiada także za bardzo ważną rolę jak profilaktyka i edukacja pacjenta. A żeby zostać fizjoterapeutą należy ukończyć studia na kierunku fizjoterapia. Są to studia pięcioletnie magisterskie.

Np. na naszej uczelni – Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.

Jak najbardziej, w tym roku, co jest bardzo pocieszające, mamy bardzo dużo chętnych na ten kierunek. W związku z tym wiemy, że jest to kierunek przyszłościowy. Wiemy, że nasi studenci są bardzo dobrze wykształceni i będą mieli możliwość pracy w zawodzie, niezależnie jaką ścieżkę drogi zawodowej wybiorą. Tych ścieżek po ukończeniu fizjoterapii jest dużo. Fizjoterapeuta może pracować w różnych ośrodkach, może pracować w szpitalu klinicznym, gdzie będzie bezpośrednio miał kontakt z pacjentem czy na oddziale w klinice rehabilitacji, czy też na innych oddziałach, które wymagają obecności fizjoterapeuty, jak kardiologia, neurologia, ortopedia. Myślę, że na większości oddziałów fizjoterapeuta jest potrzebny i może pomagać pacjentom szybciej wrócić do sprawności po przebytej chorobie, czy po przebytym zabiegu. Drugą ścieżką jest praca na uczelni, czyli po ukończeniu studiów, po zdobyciu doświadczenia, fizjoterapeuta może zostać wykładowcą i kształcić przyszłych fizjoterapeutów. Fizjoterapeuci zatrudniani są także w sanatoriach, w domach opieki, domach pomocy społecznej.

Można też pracować w ambulatoryjnej opiece, czyli w gabinecie na NFZ albo gabinecie prywatnym.

Jak najbardziej. Są też osoby, które po pracy w szpitalu czy na uczelni, przyjmują pacjentów w prywatnym gabinecie.

Ilu studentów jest na roku na kierunku fizjoterapia?

W tym roku będziemy mieli około 120 osób. Już czekamy na październik, jesteśmy gotowi do tego, żeby rozpocząć nowy rok akademicki.

Pani docent wspomniała o tym, że fizjoterapeuta bada, planuje leczenie, prowadzi terapię. Czy możemy opowiedzieć naszym słuchaczom jak wygląda wizyta u fizjoterapeuty? Na co się trzeba nastawić?

Na pewno jeżeli mamy już jakieś dokumenty, badania, które mamy wykonane, warto je zabrać ze sobą na taka wizytę. Natomiast fizjoterapeuta też przeprowadza swoje badanie fizjoterapeutyczne; diagnozuje ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta. Sprawdzamy zakres ruchu, siłę mięśniową, postawę ciała, zdolność lokomotoryczną, oceniamy chód pacjenta. A przede wszystkim skupiamy się na problemie, z którym pacjent do nas trafił, a czasami tych problemów jest bardzo dużo. Pytamy pacjenta, na czym mu najbardziej zależy. I staramy się znaleźć przyczynę dolegliwości bólowych. Na początek staramy się te dolegliwości obniżyć, a potem przechodzimy do poprawy funkcjonalności i sprawności pacjenta. Przeprowadzamy diagnostykę, badanie i później wykonujemy terapię. Tych terapii jest bardzo dużo, w zależności od dysfunkcji pacjenta stosujemy różne metody fizjoterapeutyczne, które są dedykowane do danej dysfunkcji.

Fizjoterapia podzielona też jest na takie strefy. Zawiera elementy kinezyterapii, czyli terapii ruchem – tutaj są ćwiczenia z fizjoterapeutą, ale także zadajemy ćwiczenia do domu. Taka praca domowa musi być. Bo to, co my osiągniemy w gabinecie w pracy indywidualnej z pacjentem, to jest jedna rzecz, natomiast, żeby ten efekt terapii został utrzymany, bardzo ważne jest, aby pacjent też sam pracował ze swoim ciałem, żeby wiedział, co robić i żeby tą pracę domową odrabiał. A my to zobaczymy na następnej wizycie, czy się przykłada do tego.

I to też chyba jest szczególnie ważne, bo taki cykl terapeutyczny trwa zwykle dwa tygodnie. I od tego jak my do tego podejdziemy, jak skrupulatnie wszystkie te zalecenia będziemy wykonywać, będzie zależało nasze dalsze funkcjonowanie.

Tak, my podczas tych dwóch tygodni rehabilitacji mamy ćwiczenia, zabiegi z zakresu fizykoterapii, wprowadzamy terapię manualną, masaż, więc tutaj działamy kompleksowo. Ale tak jak mówiłam, fizjoterapeuta nie tylko diagnozuje, planuje, leczy, ale też edukuje pacjenta, więc też naszym zadaniem jest tak przygotować naszego pacjenta, żeby on wiedział, które ćwiczenia są dla niego dobre. I tutaj stawiamy bardzo duży nacisk na to, żebyśmy wszyscy wprowadzali do naszego funkcjonowania, do naszego życia codziennego aktywność fizyczną, która jest bardzo istotna z punktu widzenia i fizjoterapeuty, i lekarzy różnych specjalizacji, a która pomoże nam utrzymać nasz organizm w takiej dobrej formie, w dobrym funkcjonowaniu. Fizjoterapeuta też jest po to, żeby powiedzieć, których ćwiczeń należy unikać ze względu na naszą dysfunkcję kręgosłupa, czy w obrębie jakiegoś stawu, bo są ćwiczenia wskazane i przeciwwskazane w zależności od naszej jednostki chorobowej czy od naszego problemu.

A w takiej profilaktyce, w przypadku osób zdrowych, jaką aktywność fizyczną możemy polecić?

Ja myślę, że jeżeli osoba jest zdrowa i nie ma żadnych dolegliwości bólowych czy problemów z narządem ruchu, to każda aktywność, która będzie sprawiała dla danej osoby przyjemność i która będzie wykonywana regularnie, bo to jest bardzo istotne, będzie dobra. Najprostszą formą, którą możemy wykonać bez pójścia na siłownię, bez dodatkowego sprzętu, jest chód, czyli spacery. Bardzo popularne są teraz spacery z kijkami, czyli nordic walking, który dodatkowo będzie odciążał nasz kręgosłup w trakcie chodu, ale poprzez odpowiednie zastosowanie techniki nordic walkingu, będzie także powodował większą pracę naszych mięśni. W trakcie takiego nordic walkingu prawie 90% naszego układu mięśniowego jest zaangażowane w wysiłek. Myślę, że takie najprostsze formy będą najlepsze, ale też należy pamiętać o ćwiczeniach siłowych i wcale nie należy się ich bać. Nie mówię tutaj o sportowcach, którzy podnoszą ciężkie przedmioty.

Nie chcemy nikogo na zawody strongmenów wysłać.

Ale jeżeli ktoś by chciał, to też fizjoterapeuta na pewno pomoże. Ale w takiej codziennej aktywności taki zwykły trening siłowy, wytrzymałościowy, też jest wskazany. On będzie usprawniał pracę naszych mięśni, które niestety z wiekiem też tracą swoje siły, dlatego nie możemy na to pozwolić. I należy pamiętać o treningu rozciągającym. Najczęściej przebywamy dużo w pozycji siedzącej, wtedy niektóre nasze mięśnie też są przykurczone, trzeba je rozciągać. Tak samo jak siedzimy dużo przy biurku, przy komputerze, to nie zawsze dbamy o nasze plecy. Wtedy barki nam idą do przodu i te krzywizny kręgosłupa, nasza postawa nie sprzyjają zdrowemu kręgosłupowi. Dlatego pamiętajmy też, żeby te główne mięśnie posturalne wzmacniać i rozciągać.

Głównym zakresem fizjoterapii jest kinezyterapia, o której już powiedzieliśmy, a co się kryje pod pojęciem fizykoterapia?

Fizykoterapia jest to taki dział fizjoterapii, który zajmuje się leczeniem przy użyciu zabiegów fizykalnych. Tutaj możemy zastosować różnego rodzaju prądy, które będą też uzupełnieniem terapii, lasery, terapie z użyciem magnetroniku. To wszystko, co będzie wykorzystywało zabiegi fizykalne, to właśnie wchodzi w skład fizykoterapii.

Co wtedy się z naszym ciałem dzieje? Czasami przy prądach to coś tam podrapie, ale przy magnetroniku to nawet nie ma żadnych odczuć.

To działanie wewnątrz naszych struktur, więc przy magnetroniku nic nie poczujemy. Pacjent leży wtedy pod takim okręgiem, gdzie działa to pole magnetyczne. Ten zabieg bardzo dobrze działa po złamaniach, wpływa na struktury kostne, powoduje szybszy proces gojenia.

A jaki jest mechanizm działania tych prądowych zabiegów, jak one oddziałują nasz organizm?

Teraz mamy duży wybór rodzajów prądów, które możemy zastosować. To np. galwanizacja, prądy tens, prądy Traberta. W zależności od wskazania używamy wtedy innej dawki. Najczęściej są to zabiegi przyjemne. Pacjent czuje takie delikatne mrowienie albo delikatny masaż.

Prądy teraz wykorzystywane są też do treningów. Są to treningi EMS, które bardzo dobrze wpływają na nasz narząd ruchu. Jest to taki troszkę krótszy trening. Osoba, która poddawana jest treningowi, zakłada specjalną kamizelkę, w której są umieszczone elektrody. W zależności od wydolności i możliwości takiej osoby ustawiane jest natężenie prądu, czyli obciążenie, które będzie odczuwane w trakcie treningu. Ten trening jest krótki, bo trwa około 30 minut, ale praca, którą wykonamy, może odpowiadać nawet godzinie treningu na siłowni.

Czyli nie trzeba iść na siłownię, nie trzeba iść na spacer, zakładamy kamizelkę i to się dzieje za nas.

Nie do końca, bo ona powoduje, że pokonujemy opór, który nam daje ten prąd, ale wykonywać ruchy też musimy. Ale trening jest naprawdę bardzo przyjemny.

A jakie jest działanie masażu leczniczego? Co się dzieje z naszym organizmem, że oprócz przyjemności, wynikającej z takiego rozluźnienia mięśni, osiągamy też efekt terapeutyczny?

Czasami masaż może nie do końca być przyjemnym. Jeżeli pacjent będzie miał bardzo duże napięcie, masaż czy terapia manualna początkowo może powodować dolegliwości bólowe. Nawet mogą się pojawić delikatne siniaki po terapii manualnej, ale jest to normalne, nie trzeba się tego obawiać. Działamy wtedy głęboko na mięśnie, na powięzi, które nie zawsze jesteśmy w stanie wyćwiczyć takimi klasycznymi ćwiczeniami, ten kontakt bezpośredni terapeuty, który pod ręką czuje nasze mięśnie, jest niezbędny do tego, żeby na nie głębiej zadziałać, rozluźnić, wykonać manipulacje, tak żeby ta nasza terapia była kompleksowa.

Jaka jest różnica pomiędzy masażem a terapią manualną? Czy to są zamienniki, czy to jest inny rodzaj terapii?

Troszkę inny rodzaj terapii. Przy masażu wykonujemy odpowiednie techniki, rozluźniamy mięśnie. Natomiast w terapii manualnej jest wiele szkół, którymi możemy pomagać pacjentowi. Jest np. metoda Mulligana, to terapia taka delikatna, generalnie przyjemna dla pacjenta. Ale są też metody, które wymagają użycia większej siły od terapeuty. Ta terapia czasami jest bardzo krótka, i to jest też manualne wykonanie technik z zakresu danej metody, które powodują, że na przykład uwolnimy staw, że jest łatwiej nam wtedy wykonać ruch. To wszystko zależy od problemu, z którym się spotykamy.

A laseroterapia czyli terapia światłem skumulowanym, jak oddziałuje na nasz organizm?

Ta terapia też jest bezbolesna. Pacjent poddawany jest zabiegowi laseroterapii na konkretne miejsce, które jest problematyczne. Teraz są takie lasery, które automatycznie naświetlają nam wybrane miejsce. To powoduje głębokie działanie, które nie zawsze uzyskamy terapią manualną, ćwiczeniami czy innymi zabiegami z zakresu fizykoterapii. Zabezpieczamy oczywiście oczy w trakcie zabiegu laseroterapii.

Laser to światło, ale też słońce to światło. Czy światło słoneczne też ma efekt terapeutyczny? Bo z jednej strony chce się nam na tym słoneczku wygrzać, ale z drugiej strony oddziaływanie promieni słonecznych negatywnie wpływa na skórę i może też przy braku zabezpieczenia doprowadzić też do zmian nowotworowych. Jak tutaj odnaleźć równowagę?

Laser działa głęboko w nasze warstwy podskórne, natomiast światło słoneczne tak naprawdę oddziałuje nam na tą zewnętrzną powierzchnię skóry. Na pewno jest to przyjemne, jeżeli się troszkę wygrzejemy i się opalimy. Natomiast trzeba pamiętać o odpowiedniej ochronie właśnie ze względów medycznych, szczególnie osoby, które mają dużo znamion powinny się chronić. Bezpośrednio takich promieni światła słońca nie wykorzystujemy w naszej terapii.

Rozumiem, że solarium też nie wchodzi w grę?

Chyba bym nie poleciła, raczej nie.

Słońce to i woda. Hydroterapia też jest takim ważnym elementem w terapii. Dlaczego?

Hydroterapia są to zabiegi z użyciem wody, w zależności od części narządu ruchu, który poddajemy zabiegowi, możemy mieć też kąpiele całościowe. W naszej klinice mamy taką wannę, gdzie nalewamy odpowiednią ilość wody, która jest przyjemnie ciepła, wchodzimy i uruchamiany jest masaż. Jest to działanie rozluźniające mięśnie, można bezpośrednio po takich zabiegach udać się na ćwiczenia. Wtedy pacjent jest rozluźniony i te ćwiczenia będzie łatwiej mu wykonać.

Jak już jesteśmy przy tych wilgotnych terapiach, to mamy też borowinę. To takie błoto o brązowym odcieniu i charakterystycznym zapachu. Co w nim takiego jest, że pozytywnie oddziałuje na nasz organizm?

Borowina też powoduje, że są ocieplane głębsze warstwy. Sam zabieg polega na tym, że na wybrane miejsce przykładamy borowinę, które powoduje głębokie przekrwienie i rozluźnienie tkanek. Natomiast zabiegi borowinowe nie dla wszystkich są wskazane, np. o pacjenci po incydentach kardiologicznych nie powinni być im poddawani, bo mogą się później źle poczuć.

Bardzo często pacjenci wyjeżdżają do sanatoriów, gdzie są kąpiele siarkowe czy solankowe. Jakie jest ich znaczenie i dlaczego one pozytywnie wpływają na nasz organizm?

To również powoduje takie pobudzenie naszego organizmu, rozluźnienie, takie kąpiele polecane są również dla osób, które mają problemy ze skórą. W zależności od tego, jaki efekt chcemy osiągnąć i z czym pacjent ma problem, będziemy go kierować albo na kąpiele siarczkowe albo na solankowe. Natomiast ogólnie zadanie tych kąpieli w balneoterapii to

przede wszystkim rozluźnienie nadmiernie napiętych mięśni. Musimy też zawsze pamiętać, że nie wszystkie zabiegi z zakresu fizjoterapii, kinezyterapii, fizykoterapii, są dla wszystkich dobre. Są pewne jednostki chorobowe, przy których nie powinniśmy stosować niektórych zabiegów.

Np. przy chorobach nowotworowych unikamy pewnego rodzaju zabiegów.

Oczywiście pacjenci nowotworowi powinni powiedzieć o tym fizjoterapeucie. My zresztą mamy wgląd też do historii choroby, więc terapeuta też na pewno będzie wiedział, że taki pacjent albo jest w trakcie leczenia lub też w przeszłości miał chorobę nowotworową. W literaturze podawane jest, że bezpieczny jest okres 5 lat od zakończenia leczenia – wtedy taki pacjent może wykonywać już zabiegi z zakresu fizykoterapii. Natomiast my też zawsze bierzemy pod uwagę całą historię pacjenta i jego samopoczucie. Myślę, że część tych zabiegów też możemy zastąpić tak, żeby pacjent czuł się komfortowo. Mamy dostęp do bardzo wielu urządzeń, które wspomagają powrót do dobrej sprawności fizycznej u pacjentów.

Natomiast kinezyterapia chyba jest nawet wskazana u takich pacjentów?

Jak najbardziej jest wskazana, nawet wręcz bym powiedziała, że przy każdej jednostce chorobowej leczenie ruchem powinno być uwzględniane, tylko ten ruch musi być odpowiednio dobrany. Ten wysiłek musi być dostosowany do możliwości pacjenta. żeby też nie przeciążyć tego organizmu. Musimy sprawdzić, jaki wysiłek może pacjent wykonać. Robimy to z prostymi testami. Jest np. test 6-minutowego marszu – pacjent chodzi po korytarzu, a różne urządzenia profesjonalnie oznaczają jego wydolność. U pacjentek po zabiegach mastektomii także fizjoterapia jest bardzo ważna. Musimy pracować nad kończyną, wykonujemy drenaże, wykonujemy ćwiczenia, żeby pozbyć się tego obrzęku.

Dlaczego ten drenaż limfatyczny jest tak ważny u pacjentek operowanych z powodu zmian nowotworowych piersi?

Drenaż limfatyczny przede wszystkim pomaga nam odprowadzić chłonkę, a dzięki temu zmniejsza się obrzęk u tych pacjentek. Są różne metody drenażu, są też specjalne urządzenia, takie rękawy, które wykonują drenaż. Można go też wykonać manualnie.

Wiele lat temu pacjentom po zawale mięśnia sercowego zalecano raczej oszczędzanie się, brak ruchu. Teraz to podejście się już trochę zmieniło.

Zdecydowanie tak. Oczywiście te treningi dla pacjentów kardiologicznych są też indywidualnie dobierane. Cała fizjoterapia tak naprawdę jest personalizowana do danego pacjenta. Pacjenci przechodzą na początku szereg testów, ale bardzo wcześnie należy wdrożyć odpowiednią rehabilitację kardiologiczną, żeby pacjent mógł wrócić do stanu funkcjonowania sprzed choroby. A jeszcze lepiej aby postarał się także zmienić troszkę nawyki życiowe, wprowadził aktywność, odpowiednią dietę. I wiemy o tym, że wprowadzenie takiego wczesnego treningu odpowiednio kierowanego w znaczny sposób poprawia jakość życia pacjentów kardiologicznych. Mamy też w naszym szpitalu kompleksową opiekę kardiologiczną, gdzie przychodzą pacjenci po incydentach kardiologicznych, bardzo dobrze ćwiczą, potrafią poprowadzić trening na wysokiej intensywności, oczywiście po czasie adaptacji do wysiłku i ze stałym monitorowaniem tętna i parametrów życiowych.

Czasem wymagamy zabiegu protezolastyki, gdy trzeba któryś z naszych stawów wymienić. To są zabiegi planowane. Czy trzeba się przygotować do takiego zabiegu czy wystarczy, że później się rehabilitujemy?

Idealnie by było, gdyby pacjent wcześniej też trafił do fizjoterapeuty. Mamy też taką grupę pacjentów, którzy są poddawani zabiegom alloplastyki. I przychodzą do nas wcześniej, pokazujemy im ćwiczenia, które powinni wykonywać przed zabiegiem i uczymy od razu ćwiczeń, które będzie trzeba wykonywać bezpośrednio po zabiegu. Wtedy ten proces powrotu do sprawności jest znacznie krótszy i jest to sprawdzone i udowodnione. Dlatego jeżeli ktoś

ma w planach zabieg ortopedyczny, jak np. wymiana stawu kolanowego czy biodrowego, warto do nas przyjść. Na te zabiegi się czeka, więc możemy sobie to zaplanować. Dotyczy to też innych zabiegów. To są proste ćwiczenia, ale nie każdy je zna, więc warto byłoby spotkać się z fizjoterapeutą, żeby się przygotować do operacji.

Zwykle po urazie ciężko nam jest się uruchomić, wszystko nas boli. Czy mimo wszystko zaczynamy ćwiczenia?

Jeżeli jesteśmy w stanie i damy radę się przemóc, to tak. Nie mówię, aby to były bardzo intensywne ćwiczenia, ale nawet takie ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia stawów, które nie były objęte urazem, które nas nie bolą, powinniśmy wdrożyć. Bo nawet jedna doba unieruchomienia już będzie powodowała konsekwencje dla naszego organizmu. Ćwiczenia oddechowe możemy wplatać różnym torem oddechowym, w różnych pozycjach, przy pomocy rąk. I ćwiczenia przeciwzakrzepowe – jeżeli dłuższy czas pozostajemy w pozycji leżącej, to warto pamiętać, żeby nawet leżąc delikatnie poruszać stopami, starać się zgiąć kolano, zgiąć biodro. Jeżeli damy radę, to jak najbardziej jest to ważne i powinniśmy ćwiczyć, jeżeli nie ma dodatkowych przeciwwskazań lekarskich.

Czyli ratujemy się przed powikłaniami wynikającymi z urazu. Aktywność oddechowa chroni nas przed infekcjami, bo brak aktywności to też większe ryzyko, zwłaszcza w szpitalu niestety tego nie unikniemy, bo tam bakterii różnego rodzaju mamy pod dostatkiem. Cwiczenia oddechowe zaktywizują nasz układ oddechowy, a ćwiczenia mięśni, zwłaszcza kończyn dolnych, zapobiegną powikłaniom zatorowo-zakrzepowym. Owszem, wszystko możemy próbować załatwić zastrzykami na zaburzeniach krzepnięcia czy antybiotykiem, ale to ma swoje działania niepożądane, a fizjoterapia pozwoli nam uniknąć stosowania leków, które mogą powodować skutki uboczne.

I przede wszystkim później będziemy szybciej wracać do dobrej sprawności. Poprawi nam się to jakość życia.

Jestem neurologiem, dlatego musimy jeszcze porozmawiać o dolegliwościach bólowych kręgosłupa.

To już choroba cywilizacyjna. Dotyczy coraz młodszych osób. Jak czytałam, według ostatnich badań nawet 40-60% młodzieży zmaga się z różnymi problemami dolegliwościowymi kręgosłupa. Być może ma to związek z czasem pandemii covid, gdy siedzieliśmy w domach, dzieci się uczyły w domu, pozostawaliśmy długo w pozycji siedzącej. Myślę, że to teraz dopiero będzie tak naprawdę się okazywać, co się z naszym kręgosłupem i organizmem wtedy zadziało. Obecnie dużo jest pacjentów z problemami z kręgosłupem o różnym podłożu. Musimy temu przeciwdziałać, musimy się ruszać, wzmacniać mięśnie przykręgosłupowe, rozciągać mięśnie posturalne. To, o czym mówiłam na początku, jest bardzo istotne, żeby cały ten gorset mięśniowy, który trzyma nam kręgosłup, był silny i elastyczny, żeby kręgosłup mógł dźwigać ciężar naszego ciała.

W przypadku dolegliwości bólowych kręgosłupa możemy temu jakoś próbować zapobiegać. Dużo większym problemem rehabilitacyjnym są skutki udaru. Na co tutaj należałoby zwrócić uwagę? Jak możemy takiemu pacjentowi pomóc?

Tacy pacjenci, którzy przeszli udar, mają bardzo duże szanse na to, żeby uzyskać sprawność fizyczną. W zależności od rozległości udaru, tego jaki był to udar, będziemy inaczej pracować z pacjentem. Ważny jest odpowiedni czas wprowadzenia rehabilitacji. Wymagana też jest konsultacja lekarska. Jeżeli nie ma przeciwwskazań neurologicznych, to zaczynamy od ćwiczeń podstawowych. Jeżeli pacjent nie czuje w wyniku choroby siły, ma osłabioną siłę, nie ma czucia, wtedy wprowadzamy odpowiednio ćwiczenia bierne, które już na samym początku uruchomią naszą pompę mięśniową. Jest też taka metoda wykorzystywana typowo w neurologii – metoda PNF, czyli proprioceptywna nerwowo mięśniowa facylitacja mięśni. Gdy np. jedna strona została objęta udarem, druga może być sprawna. Wtedy pracujemy tą zdrową

stroną, a ona jakby przenosi nam to czucie ruchu na drugą stronę. Są też odpowiednie techniki psychoterapeutyczne, które u takich pacjentów przynoszą bardzo dobre rezultaty. Także ćwiczenia oddechowe, jeżeli pacjent jest w stanie je wykonać. W późniejszym etapie istotne są ćwiczenia równoważne koordynacyjne. I ćwiczenia przy użyciu biofeedbacku też u pacjentów neurologicznych dają bardzo dobre rezultaty.

Na koniec odpowiedzmy na pytanie, które postawiliśmy na samym początku: czy fizjoterapeuta potrzebny od zaraz?

Tak, jak najbardziej. Zapraszamy.

21. Przyzwyczajenie, taki zwyczaj, nałóg…

prof. Napoleon Waszkiewicz

Gościem prof. Kochanowicza podczas ostatniej audycji Pytanie do specjalisty był prof. Napoleon Waszkiewicz kierownik Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Dzisiaj porozmawiamy o naszych przyzwyczajeniach – czy to taki zwyczaj, czy to już nałóg i wymaga szczególnej naszej atencji, terapii. Przyzwyczajenie – co to takiego jest?

Wedle powiedzenia to jest druga natura człowieka. Ale jest to jakiś rytuał, jakaś stałość, jakiś harmonogram. On po coś jest. To zjawisko w naszej psychice jest wytwarzane po to, żeby było nam lżej. Przyzwyczajenie jest takim ustrukturyzowaniem naszych codziennych postępowań, jakiegoś myślenia, zmagań, żebyśmy się czuli w miarę bezpiecznie. Czyli jak mamy porządek, to ok, jakoś ten dzień mija. Bo część osób musi mieć nadaną swoją strukturę. Np. w przypadku osób palących, palenie jest nałogiem, początek jest czasami socjalny – takie wyjście na papierosa, przyzwyczajenie, aby coś zrobić, jakąś strukturę temu nadać. I chyba wszystkie nasze czynności trochę tego wymagają. Nasza psychika, taka jest. Np. czasami psychoza jest po coś potrzebna, bo dużo się dzieje wokół niebezpiecznych rzeczy – wybuchła wojna, była pandemia – i wiele osób zaczyna panikować. I wtedy ta teoria spiskowa przychodzi na pomoc. To nie jest dobra pomoc, ale ta teoria spiskowa powoduje, że się w tej głowie zaczyna układać, że z jakiegoś powodu to się dzieje i wtedy nam jest łatwiej. Tak samo tutaj, przyzwyczajenie daje nam jakąś strukturę, a w strukturze lepiej się czujemy niż w chaosie.

Przyzwyczajenie do papierosa to nałóg i jeszcze zdrowiu mocno szkodzi, może lepiej przyzwyczaić się do porannego spaceru kilkadziesiąt minut po osiedlu?

To już jest jednak wysiłek, już trzeba się trochę z tym pozmagać. Przyzwyczaić się do prostych rzeczy i przyjemnych, jest troszkę łatwiej. To jest tak, jak czasem ktoś mówi, że „podbiegnę trochę i mało płuc nie wypluję, a zapalę papierosa, nic się nie dzieje" i w ten sposób usprawiedliwia swoje palenie. To oczywiście bzdura, palenie jest niezwykle szkodliwe. Fajnie by było, gdybyśmy taki wysiłek codzienny mieli w przyzwyczajeniu, ja bym też bardzo się cieszył, gdybym tak miał na co dzień, natomiast nie jest to łatwe, bo to wymaga jednak zaangażowania. Coś, co nie wymaga zaangażowania i jest rytuałem, jest łatwiejsze.

Czyli przyzwyczajeniem może być rzecz pozytywna dla naszego organizmu, ale też i negatywna.

Tak. I zależy od nasilenia.

Jak przekłuć to w rzeczy pozytywne dla naszego życia? Bo to, że zaczniemy palić, z kimś wychodzimy na papierosa, jest to jakaś przerwa w pracy, zajęcie rąk, ale konsekwencją tego jest znaczny uszczerbek na zdrowiu. Jak sprawić, żeby te przyzwyczajenia były pozytywnym aspektem?

Przede wszystkim trzeba wiedzieć, które są zdrowe, które nie. To jest jedna sprawa, ale też jest tak, że nawet te co są zdrowe, jeżeli są w nadmiarze, to nie są zdrowe. My mówimy np. o zjawisku ortoreksji, czyli tego zdrowego odżywiania, które już wchodzi w takie trochę patologiczne postrzeganie wszystkiego. Bo jeżeli wszystko poświęcamy po to, żeby zdrowo jeść, to się okazuje, że zaniedbujemy całą resztę. To wtedy już się staje patologią. Bo wiadomo że np. pomidory są zdrowe, ale gdybyśmy jedli je wiadrami i cały dzień, to na pewno będziemy mieć inne niedobory. Ale też możemy się nieco struć tym wszystkim.

I jeszcze mieć za dużo potasu, co w niektórych schorzeniach może się okazać kłopotliwe. Czyli zdrowe odżywianie w nadmiarze będzie szkodliwe.

Tak jak wysiłek fizyczny. Wielokrotnie opisywane były takie sytuacje, gdzie osoba, która dużo biega, ćwiczy, ćwiczy coraz więcej, bo wydzielają się wtedy tzw. hormony szczęścia: endorfiny, a więc pochodne opioidowe, ale też wiele innych neurotransmiterów, jak dopamina. One powodują w naszej głowie to, że jak zwolnimy, to wtedy źle się czujemy. I wiele osób, które bardzo dużo biega, bardzo dużo ćwiczy, podczas odstawiania tej nadmiernej aktywności fizycznej może przypłacić to depresyjnością, gorszym samopoczuciem, brakiem energii. Było kiedyś takie doświadczenie, gdy szczurom dano do wyboru kokainę i kołowrotek do biegania. Część szczurów wybrała kokainę, ale większość wybrała ten kołowrotek, bo się okazuje, że jak one tak mocno biegały cały czas i nie zabierano im tego, to wytwarzały w sobie takie ilości tych opioidów, tych endogennych substancji uzależniających, że podczas wstrzyknięcia im substancji antagonistycznej, czyli nartrexonu, dostały objawów abstynencyjnych opioidowych. Czyli tak naprawdę powstał zespół abstynencyjny.

Czy jest jakaś recepta, żeby to zdrowe odżywianie, zdrowa aktywność ruchowa, zdrowy wysiłek nie zaczęły nam szkodzić? Jak mamy rozpoznać, że przesadziliśmy?

Myślę, że pomoże nam w tym całe otoczenie, bo jeżeli ktoś poświęca na jedną czynność bardzo dużo czasu, to na pewno jeżeli żyje się razem z rodziną, są znajomi, przyjaciele, to na to zwrócą uwagę. Bo coś jest nie tak, poświęcasz na to dużo czasu, a nas zaniedbujesz. Albo gdy ktoś nie pojawi się w pracy, bo ćwiczy albo idzie szukać zdrowego odżywiania, to na pewno to w jaki sposób zostanie zauważone. Jeżeli jest tak, że ktoś izoluje się, to może też warto zainteresować się, że może trochę za dużo czegoś w jego życiu, kosztem relacji.

Czy raczej się koncentrujemy na spostrzeżeniach innych, czy sami na sobie?

To nie jest łatwe, bo jeżeli ktoś idzie w takie robienie czegoś za dużo, to znaczy, że on tego nie widzi, czy już tego jest za dużo. Wtedy otoczenie może pomóc. Chyba że taką osobę spotkają konsekwencje, to wtedy ewentualnie może taka refleksja przyjść. Np. dziewczyna albo chłopak kogoś zostawi, bo uzna, że jest mniej ważny niż na przykład siłownia.

Nadmierna aktywność ruchowa i zdrowe odżywianie oraz nałogi: papierosy, alkohol to trochę przeciwstawne czynności, a jednocześnie mające wspólny mianownik przyzwyczajenia. Dlaczego tak jest?

Tym wspólnym mianownikiem jest ucieczka od czegoś, czyli od trudnych jakichś przeżyć, przemyśleń, emocji. Jeżeli ktoś zaczyna uciekać np. w nałóg, hazard, to znaczy, że mu z czymś ciężko i w związku z tym ucieka w coś, żeby tego nie przeżywać, bo wtedy będzie myślał o czymś innym. I to jest zazwyczaj jedna z najważniejszych przyczyn w ogóle wszystkich uzależnień. Ten mężczyzna, który idzie do garażu sobie niby majsterkować, okazuje się, że tak naprawdę nic nigdy specjalnego nie zmajsterkował, ale dużo leży przy tym puszek piwa. Może okazać się, że to jest po prostu rodzaj ucieczki, bo ciężko mu na przykład w relacji, albo coś z dziećmi się dzieje, a nie za bardzo potrafi rozmawiać o tym. Bo nie jest łatwo powiedzieć to,

co się czuje. Nie rodzimy się z tą umiejętnością. W związku z tym część osób po prostu ucieka. Można też np. uciec w pracę, w Japonii jest nawet zjawisko karoshi – śmierć przez pracę. Część osób przychodzi do mnie i mówi: moje dziecko jest uzależnione od komputera. To nie jest biologiczne uzależnienie, ale jest to rodzaj ucieczki. Wtedy zawsze pytam, co tam może być atrakcyjnego. A bo on nie ma kolegów, nie ma koleżanek, ale z kimś tam rozmawia przez ten komputer, nie widzą siebie nawzajem, ale wspólnie grają online. Czyli boi się wejść w taką relację, boi się porozmawiać twarzą w twarz, ale łatwiej jest w tym komputerze znaleźć sobie jakiegoś sprzymierzeńca, kogoś, kto będzie razem spędzał czas i może być nawet tak, że ta osoba będzie tęsknić do tej drugiej osoby, mimo że jej nigdy na oczy nie widziała, ale sobie rozmawiali, pisali różne teksty. Jest to też rodzaj ucieczki. Tu mi ciężko podejmować jakieś wyzwania, być blisko drugiej osoby, ale mogę być w taki bezpieczny sposób, w tym komputerze. To jest ucieczka, ale jeżeli ktoś spędza 10 czy 20 lat w taki sam sposób, to wchodzimy już w nałóg, czyli już nam ciężko bez tego, inaczej sobie nie radzę. To jest tak jak z uzależnieniem w rodzinie od alkoholu – jeżeli ktoś obserwował przez 30-40 lat, że tato czy mama, jak mają stres czy problem, to wieczorkiem piją sobie winko czy piwo na tak zwane odstresowanie, to przy swoich najmniejszych problemach zaczyna robić to samo. Bo behawioralnie obserwował to przez 30 lat, jest wyuczony tego, jak to się robi. To się bardzo ładnie niestety utrwala i żeby się tego pozbyć, trzeba pójść na terapię i swoje schematy myślowe trochę przełamać. Ale trzeba to zauważyć, a żeby to zauważyć, to czasami ktoś musi w tym pomóc.

Terapia czy leki?

Wszystko zależy. Terapia zawsze, bo leki same nie usuną przyczyny, natomiast czasami tak silne przeżycia mogły być, że takie naruszenie tego uporządkowania, tego codziennego schematu może skutkować ogromnym niepokojem u tej osoby. W związku z tym czasami możemy włączyć leki na początku, żeby ta osoba w ogóle zniosła tą terapię, żeby się skoncentrowała, żeby się nie bała. Teraz są psychoterapie nawet wspomagane psychodelikami. Ja też bardzo często o tym mówię. To jest trochę droga na skróty, ale osoba, która miała bardzo duże przeżycia, które byłoby ciężko wyciągnąć w trakcie takiej terapii, może je przeżyć trochę bezpieczniej pod osłoną farmakologiczną. Ma to sens, ale trzeba się wciąż jeszcze przyglądać, czy to nie jest właśnie trochę droga na skróty. Bo to jest jak danie osobie, która pije alkohol leku, który blokuje metabolizm, czyli ma wtedy większego kaca po nawet małej ilości alkoholu. W związku z tym ta osoba nie będzie piła, ale przyczyny picia nie zostały ruszone, tylko objaw przez jakiś czas pohamujemy.

Czyli w terapii nałogów większe znaczenie ma dotarcie do przyczyny tego, co zainicjowało nasze zachowania, czy to nadużywanie alkoholu, czy nadmierną aktywność fizyczną. Wydawałoby się, że takie odstawienie, zablokowanie, po jakimś czasie spowoduje, że my się do tego przyzwyczaimy, przerwiemy to błędne koło i będziemy wyleczeni.

Wiele osób przychodzi i mówi, że przecież ja tyle mu powtarzam: nie bądź pijakiem, nie bądź ćpunem. Ale cóż to jest za motywacja „nie bądź". Jeżeli to jest brane, bo to coś daje, to odstawienie tego nie spowoduje, że ta osoba będzie się czuła lepiej, wręcz będą jeszcze objawy abstynencyjne, czyli będzie gorzej się czuła. Natomiast same niebycie osobą uzależnioną, to nie jest żadna motywacja do trzeźwienia, bo jak ktoś przerywa te czynności, to się tworzy tak zwana pustka. Dlatego, że to wypełniało życie. Terapia pozwala uporządkować pewne rzeczy, w rodzinie, czy w relacjach, i w te puste miejsce, które się tworzy po odstawieniu tej substancji,wchodzi coś, co w zamian będzie też w miarę atrakcyjne. Może dana osoba nigdy nie potrafiła wcześniej powiedzieć: chciałbym porozmawiać, wyjaśnimy pewne rzeczy i wtedy ta pustka zostaje zapełniona przez inne emocje, które są w miarę atrakcyjne tej osobie, czyli odbudowanie pewnych relacji. To daje terapia. Natomiast samo danie tabletki nie odbuduje naszych relacji. Możemy wiadro leku wziąć, ale nie pokonamy naszych trudności. Tabletka nie wyjaśni za nas problemów rodzinnych.

Najczęściej mówimy o uzależnieniu od alkoholu, nikotyny, a co w tej chwili dominuje? Czy są jakieś nowe substancje psychoaktywne? Co jest takim największym wyzwaniem dla psychiatry?

Wciąż chyba jednym z największych wyzwań są niestety te stare nałogi, bo nikotyna jest coraz bardziej powszechna. Spośród wszystkich badań określających, która substancja jest najbardziej szkodliwa na świecie, jednoznacznie wszyscy badacze wskazują alkohol. Dlaczego? Dlatego, że od ponad 30 do 50% samobójstw i prób samobójczych jest popełnianych pod wpływem alkoholu, ponad 50% zabójstw i rozbojów jest dokonywanych pod wpływem alkoholu. Czyli niewątpliwie jest to ta pierwsza najbardziej szkodliwa substancja. Nikotyna zbiera bardzo duże żniwo chorób, trudności różnego rodzaju. Tu są też duże trudności w odstawieniu, mówimy m.in. o tym behawioralnym, bo mamy w tej chwili dostępne różne nikotynozastępcze środki, są nawet takie inhalatory, które naśladują papieros, z samą nikotyną, i okazuje się, że ten gest palce-usta zwielokrotnia sukces zostawienia nikotyny. Czyli tu też mamy nałóg tego ruszania ręką, wychodzenia na tego papierosa, mimo że ktoś już przyjmuje zdrowszą formę nikotyny. Tylko musi to być kupowane w odpowiednich, certyfikowanych miejscach. Elektroniczne papierosy są o ponad 95% zdrowsze niż zwykłe, także podgrzewacze tytoniu są wielokrotnie bardziej zdrowsze niż te zwykłe papierosy.

Ale cały czas prowadzą do uzależnienia.

Tak, ale do mniejszych szkód, bo to jest tak zwany program redukcji szkód. To jest tak jak dawanie osobom uzależnionym od fentanylu, heroiny, np. metadonu – to powoduje, że jest mniejszy rodzaj uzależnienia. Ktoś to dostaje i nie ma szkód pozostałych – nie sprowadza sobie z internetu jakichś niewiadomego pochodzenia rzeczy. W związku z tym nie zatruje się bardziej. To jest tak zwana redukcja szkód.

Na kolejnym miejscu wśród uzależnień jest marihuana. Później są stymulanty, bardzo dużo mefedronu jest w Polsce, ale też w Europie. To jest stymulant, który tak jak pochodne amfetaminy, aktywuje bardzo mocno.

W niektórych krajach zaczyna się legalizować tzw. miękkie narkotyki. U nas legalnie można kupić w sklepie, po skończeniu 18 lat, alkohol i wyroby tytoniowe. Czy narkotyki można leczyć legalnymi narkotykami?

Chyba w Austrii heroinę można legalnie stosować w uzależnieniu od opiatów. Nie jest to złe. U nas również na przykład, kogoś, kto jest uzależniony od takich krótko działających substancji, które powodują tak zwany szybki haj i szybkie uwalnianie się od tego, w związku z tym trzeba to wziąć ponownie, przedstawiamy na długo działające substancje, bo one nie dają tego poczucia euforii, tego haju. W związku z tym łatwiej się je odstawia. Przestawiamy z krótkich benzodiazepin na substancje, które działają dłużej, bo łatwiej je później odstawić, więc to ma sens. To tak zwane programy substytucyjne.

Ale też można za wiele dopuścić. Mamy w tej chwili doświadczenie w krajach zachodnich, np. w Holandii gdzie były sklepy typu coffee shopy z powszechnie dostępną marihuaną, którą każdy mógł zapalić. Zaobserwowano jednak, że niestety jak to jest dostępne powszechnie, to przyjeżdżają różne osoby, które palą i rozrabiają. I dochodziło do różnych wybryków. Zdelegalizowano więc takie palenie i sprzedaż osobom, które są spoza tego terenu.

U nas mamy w tej chwili w legalnej sprzedaży nikotynę i alkohol. I mamy odzyskiwane po części przynajmniej pieniądze z tego na gotową profilaktykę. Natomiast na inne substancje nie mamy, w związku z tym, przy dopuszczeniu kolejnych substancji na rynek, tak naprawdę byśmy odroczyli o wiele lat pomoc tym osobom.

A czy skutkiem zalegalizowania sprzedaży różnego rodzaju substancji nie jest wzrost liczby osób uzależnionych, co też przekazują koledzy psychiatrzy z Niderlandów.

Jest i przyjeżdżają też do nas stamtąd pacjenci, na przykład Polacy, którzy wyjechali i stwierdzili, że tam jest prawdziwa wolność. To korzystają z tej wolności i przyjeżdżają tutaj potem się leczyć. Pamiętam takiego chłopaka, który naczytał się, że marihuaną można leczyć. Rzeczywiście, jest medyczna marihuana, jest kilka wskazań, na które rzeczywiście ona pomaga, ale nie jeżeli jest nieodpowiednio użyta i nie przez lekarza zapisana, tylko kupiona gdzieś tam w sklepie. Ten chłopak najpierw palił marihuanę, później stwierdził, że dużo jest piśmiennictwa na temat grzybków psylocybinowych i zaczął jeszcze grzybki do tego brać. Przyjechał w ogromnej psychozie, z takim wyniszczeniem organizmu, był bardzo chudy.

W przypadku wielu z tych substancji, szczególnie tych nowych substancji psychoaktywnych, które wchodzą na rynek, nie wiemy do końca, czym to grozi. Producentem są Chiny, to trafia najpierw do Meksyku, a następnie do Stanów Zjednoczonych, ale też dostaje się do całej Europy. U nas jest mniejszy problem z pochodnymi fentanylu, w Stanach Zjednoczonych dużo większy, u nas z kolei mamy duży problem ze stymulantami. Największe fizyczne uzależnienie mają opiaty: pochodne fentanylu, oksykodon. To są substancje niezwykle silnie uzależniające. I najbardziej uzależniają, nawet bardziej niż alkohol i benzodiazepiny.

Te dramatyczne obrazki ze Stanów Zjednoczonych też nam grożą?

Tam od bardzo wielu lat jest ten tak zwany opioidowy kryzys. Bardzo ciekawe jest to, że my jako Europa nie przejmujemy tego. Tam około 5% społeczeństwa nadużywa albo jest uzależnionych od opioidów. U nas to jest jedna dziesiąta tego. U nas częściej używane są katynony jak mefedron –nowe substancje psychoaktywne, tam z kolei syntetyczne cannabinoidy, czyli pochodne marihuanowe, ale syntetyczne. Problem polega na tym, że my nie wiemy, gdzie te substancje się umiejscowią w organizmie. Jest taka stara substancja psychoaktywna fencyklidyna, która kiedyś była używana przez hippisów. Zaobserwowano, że ona osadza się skumulowana w tkance tłuszczowej. I ktoś np. po kilku tygodniach czy miesiącach stosowania stwierdza, że już nigdy więcej tego nie dotknie, ale idzie na siłownię, spala tłuszcz i się okazuje, że to bardzo wyzwala z tkanki tłuszczowej fencyklidyny i taka osoba ma flashbacki. Mnóstwo tego typu substancji ma ryzyko występowania flashbacków, bo one gdzieś się kumulują, niedokładnie wiemy jeszcze, gdzie. Niektóre mogą w mózgu, niektóre w tkance tłuszczowej, niektóre w innych narządach. I na przykład długa monotonna jazda samochodem, czyli zmniejszenie tej aktywności czołowej, czasami powoduje, że ten flashback wychodzi. A taka psychoza, wiadomo, że może być groźna.

Czy możemy powiedzieć, że są jakieś typy osobowości, które mają skłonność do uzależnienia? Czy da się zaobserwować, że np. nastolatek wykazuje jakieś cechy i rodzice, dziadkowie, powinni już zawczasu zwrócić uwagę na takie zachowania, aby może przeciwdziałać uzależnieniu?

To jest bardzo fajne pytanie, bo rzeczywiście można podzielić sposób uzależnienia, w zależności od cech osobowości. Na pewno takie dwie grupy da się jednoznacznie wydzielić. Pierwsza to osoby, które nie radzą sobie ze stresem, a stres to są też relacje, to, co się dzieje w pracy, w domu, i taka osoba żeby uwolnić się od tego stresu np. chwyta za alkohol albo za leki uspokajające. Ona już później nie zaśnie bez tego, czyli dokonuje się fizyczne uzależnienie. Czyli są cechy lękowe, albo takie, które powodują, że ta osoba łatwo się stresuje. Tu można zawczasu postarać się dowiedzieć, co się takiego dzieje, dlaczego ktoś np. obawia się powiedzenia „nie". Chodzi o to, żeby tego się nie bać. I taka osoba, która przeżywa stres, bardziej ma predyspozycje do środków uspokajających.
Z kolei osoby, które mają predyspozycje do depresyjności, do zmniejszenia aktywności, wspomagają się często środkami stymulującymi. A najbardziej powszechną substancją stymulującą na świecie jest kofeina. 85% z nas jest uzależniona od niej.

Ale jak dzień rozpocząć bez kawy.

Ja też piję kawę i też nie wiem. Moje śniadanie jest typowo francuskie, jakaś bułeczka i kawa z mlekiem. Uwielbiam to i ciężko by mi było się tego wyzbyć.

Interniści wręcz mówią, że kawa wpływa bardzo pozytywnie na nasze naczynia, nasze serce, a pan profesor chce powiedzieć, że to jest substancja, od której możemy się uzależnić.

Tak ja pamiętam takiego chłopaka, który wypijał 6 litrów dziennie napojów energetycznych i w pewnym momencie przyszedł do nas leczyć się, bo zaczął do niego mówić jego własny ząb. A czy kofeina jest szkodliwa czy nie? Wszystko zależy od ilości. Jeżeli to jest jedna kawa to ok. Ale jeżeli ktoś pije 10, bo uważa że ma taką potrzebę, to może warto się przyjrzeć, co się takiego dzieje. Może czuje się smutny, depresyjny, bez energii i w związku z tym ratuje się tą kofeiną. To są te osoby, które chwycą za kofeinę, za stymulanty, amfetaminę, mefedron, kokainę, pochodne stymulujące. Czyli te cechy osobowościowe są predysponujące do takiej lekkiej depresyjności. Ale depresyjność może też wynikać z trwającego wiele lat stresu, który zaczyna wyczerpywać. W związku z tym ta osoba nie ma energii, czyli tak zwana lękliwość przechodzi już w depresję.
Podsumowując – są dwie populacje. Jedna redukuje sobie stres substancjami typu alkohol i benzodiazepiny, a ta druga bierze aktywujące substancje, bo nie ma energii. I czasami się nie zastanawia co się takiego dzieje, że tej energii też nie ma. Może warto pójść i to skonsultować.

22. Jeśli zachorujemy wieczorem…

Ewa Kulikowska, Aleksandra Żurek-Szymczak

Gośćmi prof. Jana Kochanowicza były Ewa Kulikowska, zastępca dyrektora ds. świadczeniobiorców i służb mundurowych Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz Aleksandra Żurek-Szymczak, kierownik Sekcji Świadczeń Opieki Zdrowotnej Służb Mundurowych i Ratownictwa Medycznego POW NFZ

Na co dzień każdy z nas ma swojego lekarza rodzinnego, który pracuje od poniedziałku do piątku w godzinach od 8 do 18. Ale może się zdarzyć, że zachorujemy poza godzinami jego pracy: wieczorem, w nocy, w weekend, dzień świąteczny. Co wtedy robić? Czy udać się na SOR albo izbę przyjęć szpitala czy raczej skorzystać z nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej?

EK: Nocna i świąteczna opieka zdrowotna (NiŚOZ) to taka trochę przyrodnia siostra podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Dużo osób nie ma jednak świadomości, że istnieje. Wiedzą, że jest POZ od godz. 8 do 18, a że w dni świąteczne jest tylko SOR albo izba przyjęć. Ta nocna i świąteczna opieka zdrowotna to dziedzina opieki zdrowotnej, o której bardzo mało się mówi. Tymczasem to nadal podstawowa opieka zdrowotna. Każdy ubezpieczony pacjent w dni powszednie po godz. 18, a całodobowo w weekendy i święta, czyli wtedy, gdy POZ nie pracuje, jeśli nie jest w stanie nagłego zagrożenia życia, np. ma ból brzucha czy głowy, który nie przechodzi po zażyciu leków, może udać się do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, która świadczy usługi ambulatoryjnie, ale też telefonicznie, a również w niektórych sytuacjach w domu pacjenta. Warto o tym mówić, edukować społeczeństwo. Wykaz punktów nocnej i świątecznej opieki można znaleźć na naszej stronie internetowej, ale też w gabinecie naszego lekarza rodzinnego. Ta lista jest ogólnodostępna, nie ma też tu żadnej rejonizacji. Nie korzystajmy więc z SORu, izby przyjęć, gdy nie jest zagrożone nasze życie, warto wtedy udać się do NiŚOZ, gdzie pracuje nie tylko lekarz, ale i pielęgniarka.

Zwykle chyba punkt takiej nocnej i świątecznej opieki znajduje się przy szpitalu, który ma umowę z NFZ na świadczenie usług zdrowotnych.

EK: Tak, ale w naszym województwie jest też jeden wyjątek – w powiecie białostockim mamy dwa miejsca nocnej opieki – przy szpitalu w Łapach oraz punkt w Wasilkowie, dedykowany

pięciu gminom z powiatu białostockiego, bo on jest dość terytorialny. Aczkolwiek w NiŚOZ nie ma rejonizacji, gdziekolwiek się udamy po pomoc, musimy być przyjęci.

W sumie mamy 20 punktów NiŚOZ w regionie. W Białymstoku są trzy – znajdują się przy Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym, Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego oraz przy Szpitalu Miejskim. Poza tym w województwie każdy powiat ma swój punkt przy szpitalu powiatowym.

Łatwo znaleźć adres takiego punktu?

EK: Zachęcam do zaglądania na naszą stronę internetową. Tam można znaleźć wiele informacji niezbędnych dla każdego pacjenta, jest też lista tych podmiotów NiŚOZ. Jest także numer bezpłatnej całodobowej informacji telefonicznej, gdzie dostaniemy informacje, który podmiot świadczy daną usługę zdrowotną.

A jak to wygląda w przypadku obcokrajowców, posiadaczy karty EKUZ? Czy mogą korzystać z nocnej opieki?

EK: Tak, warunkiem uzyskania porady jest posiadanie ubezpieczenia.

A czy potrzebne jest skierowanie?

AŻSz: Żadne skierowanie nie jest potrzebne. NiŚOZ to takie trochę przedłużenie pracy lekarza rodzinnego. Możemy zgłosić się po pomoc w każdym miejscu w Polsce, gdy np. jesteśmy gdzieś na wakacjach, u rodziny. Nie będziemy pytani o skierowanie, ani odsyłani, bo jesteśmy z innego województwa. Nie ma znaczenia, gdzie mieszkamy. To doraźna pomoc w sytuacjach nagłych.

EK: Nie potrzeba też składać żadnych deklaracji, jak posiadamy ubezpieczenie zdrowotne, każdy lekarz NiŚOZ udzieli nam pomocy.

Z jakimi schorzeniami udajemy się do nocnej opieki? Mówiła pani o bólach głowy, ale przed nami sezon grypowy, czyli różne dolegliwości związane z infekcją. To też powód, aby pójść do NiŚOZ ?

EK: Jeśli mamy pogorszenie typowych grypowych dolegliwości, warto nie obciążać SOR-u, który dedykowany jest osobom w nagłym zagrożeniu stanu zdrowia, np. z wypadku. Na SORze jest stosowany triaż, w pierwszej kolejności przyjmowane są osoby w zagrożeniu życia i zdrowia, i osoby z objawami grypy zwykle czekają kilka godzin w kolejce. Taki pacjent może natomiast skorzystać z nocnej opieki, która nie ma aż takiego obłożenia, często nie ma kolejki.

AŻSz: Najprostszą odpowiedzią na pytanie, z czym udać się na NiŚOZ jest ta, z czym byśmy zwrócili się do lekarza rodzinnego. Czyli np. zaostrzenie infekcji u dzieci, z którym nie chcemy czekać do otwarcia gabinetu POZ, albo np. bóle nie związane z urazami, nagłymi sytuacjami które np. sugerują zawał. Wszystkie dolegliwości, z którymi poszlibyśmy do lekarza rodzinnego, do tej pomocy się kwalifikują.

A też chyba jeśli lekarz NiŚOZ stwierdzi, że to poważny czy niepokojący stan, może w każdej chwili przekierować pacjenta na SOR lub do konkretnego oddziału szpitalnego.

AŻSz: Oczywiście, dlatego ta lokalizacja NiŚOZ jest na terenie szpitali, co przyspiesza udzielenie pomocy.

EK: Tak samo jak przy triażu na SORze lekarz może nas skierować do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, działa to też w drugą stronę. Jak coś wzbudzi niepokój lekarza NiŚOZ, jak najbardziej może przekierować pacjenta do SORu.

Czy w NiŚOZ otrzymamy receptę?

AŻSz: Tak, ale tylko na schorzenie, z którym przyszliśmy.

A czy lekarz NiŚOZ przedłuży nam receptę na leki, które stale przyjmujemy i zapomnieliśmy w czas pójść po receptę, a nie możemy przerwać przyjmowania leków, bo to będzie zagrożeniem.

AŻSz: Jak uzna za to konieczne, może wystawić receptę, chociaż mogą być problemy z uzyskaniem refundacji.

EK: Lepiej jednak nie zapominać o tym posiadaniu leków na zapas, bo lekarz NiŚOZ może wystawić receptę na lek związany ze schorzeniem, z którym przyszliśmy, np. antybiotyk przy infekcji. Z reguły nie wystawia się recepty na lek przyjmowany na stałe. Warto o tym pamiętać.

Tym bardziej, że samo przedłużenie leków możemy uzyskać nawet w ramach teleporady, bez konieczności wizyty w poradni. Otrzymamy kod do recepty i zostaje tylko pójść do apteki po leki.

EK: Warto też wspomnieć, że o ile w NiŚOZ nie dostaniemy recepty na lek specjalistyczny, to już zwolnienie lekarskie – tak. To ważny element nocnej i świątecznej opieki, jeśli lekarz uzna niezdolność do pracy danego pacjenta, jest zobowiązany takie zwolnienie wystawić. Musi mieć tylko zgodę z ZUS na wystawianie zwolnień.

A czy mamy rozróżnienie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla dzieci i dorosłych?

AŻSz: Tak jak u lekarza rodzinnego, i dorośli, i dzieci mogą udać się do tego samego puntu NiŚOZ, co jest też wygodne. Natomiast za ok. pół roku UDSK z racji swojej specyfiki i dotychczasowej praktyki w tym zakresie, będzie zajmował się nocną opieką tylko nad dziećmi.

EK: Obecnie w NiŚOZ w UDSK są też przyjmowani dorośli, ale jest ich na tyle mało, że szpital zwrócił się do nas z wnioskiem, aby wyłączyć tę grupę dorosłych. I taką zgodę dostanie, bo w placówce jest jednak to skumulowanie na dzieciach. Nawet w skali kraju, szpital jest jedynym szpitalem dziecięcym, który dla dorosłych świadczy te usługi. Ale od marca dorośli nie będą mogli już uzyskać porady w NiŚOZ w UDSK.

Czy w nocnej opiece można skorzystać z teleporady?

AŻSz: Konsultacje telefoniczne są jak najbardziej możliwe, chyba że lekarz stwierdzi, że stan zdrowia pacjenta wymaga osobistego zgłoszenia się i zbadania.

To i wygodniej i bezpieczniej, zarówno dla nas, jak i innych, bo w sezonie jesienno-zimowym przez telefon ograniczamy ryzyko transmisji infekcji.

EK: To jest ważne, ale też ta świadomość pacjentów jest wyższa. Czasem dzwonią i pytają czy mogą użyć dany lek przy jakiejś infekcji. Ta teleporada jest jak najbardziej potrzebna, skraca drogę do uzyskania pomocy, bo nieraz w terenie trzeba przejechać wiele kilometrów do punktu NiŚOZ.

Co gdy zgłaszamy się po pomoc do NiŚOZ np. w piątek wieczorem, dostajemy leki, zalecenia i mimo tego stan się pogarsza. Czy możemy skorzystać z tej pomocy jeszcze raz?

AŻSz: Nie ma limitów wizyt. To częste, że stan zdrowia się zmienia, nie zawsze się poprawia. Możemy skorzystać wtedy z nocnej i świątecznej opieki. Jeśli ten lekarz uzna, że stan jest poważny, może wezwać zespół ratownictwa medycznego.

EK: Nawet jak to będzie wizyta domowa, daleko od SOR-u, lekarz NiŚOZ może wezwać karetkę do pacjenta.

AŻSz: Dlatego proszę się nie bać, że NiŚOZ to gorsza forma opieki. Wachlarz porad jest tu szeroki. Dodajmy, że i pielęgniarka NiŚOZ też może przyjść do domu pacjenta, np. wykonać zlecone wcześniej zastrzyki. Może też wykonać inne zabiegi, które zleci jej lekarz podczas wizyty w domu.

EK: Świadczeń ambulatoryjnych udzielonych przez pielęgniarki w I półroczu tego roku było 39 tysięcy, natomiast pielęgniarskich wizyt domowych w tym samym okresie odbyło się 1,5 tys.

A czego nie możemy oczekiwać od nocnej opieki?

AŻSz: Na pewno nie dostaniemy skierowania do specjalisty, zaświadczeń, czyli takich planowych spraw, które załatwiamy u lekarza rodzinnego, a nie są związane z nagłym pogorszeniem stanu zdrowia. Ten lekarz NiŚOZ nas nie zna, nie prowadzi na co dzień. Otrzymamy natomiast pomoc w sytuacjach nagłego zachorowania w te dni, kiedy nasz lekarz rodzinny odpoczywa.

A jeśli nie jesteśmy zadowoleni z porady w nocnej opiece? Czy możemy coś z tym zrobić?

EK: Każdy sygnał jest dla nas ważny, kontrolujemy świadczeniodawców i NiŚOZ jest także pod nadzorem. Wszelkie nieprawidłowości np. o niedostępności lekarza, niewystawieniu skierowania, warto do nas zgłaszać, my zawsze próbujemy wyjaśniać sytuację, nieraz ku zadowoleniu pacjenta.

23. Diabetologia

prof. zw. dr hab. n. med. Artur Tadeusz Bossowski

Gościem prof. Jana Kochanowicza był prof. Artur Bossowski, kierownik Kliniki Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii z Pododdziałem Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Pan profesor na co dzień jest kierownikiem Kliniki Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii z Pododdziałem Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Jacy pacjenci na co dzień trafiają do kliniki?

Do naszej kliniki trafiają pacjenci o szerokim profilu pediatrycznym. W okresie infekcji to chorzy z zapaleniem płuc, anginą, zapaleniem uszu. Mamy także pacjentów kardiologicznych, z bólami w klatce piersiowej, z zaburzeniami rytmu serca. Z kolei w panelu endokrynologiczno-diabetologicznym to głównie pacjenci z chorobami tarczycy, niskim wzrostem, ale także od wielu lat obserwujemy wzrost zapadalności na cukrzycę typu 1.

Osoby dorosłe swoją dietą, brakiem aktywności, co skutkuje nadwagą i otyłością, często sobie same na cukrzycę typu 2 pracują. Natomiast ta cukrzyca typu 1, która częściej występuje u naszych pociech, to co to takiego, jak moglibyśmy to zdefiniować?

Powiem w ten sposób – my również w pediatrii mamy i nadwagę, i otyłości, i też zaczęła się coraz więcej nam pojawiać cukrzyca typu 2. Dlatego te działanie prozdrowotne, prewencyjne, profilaktyczne, czyli dietę, wysiłek fizyczny, musimy wszystkim naszym pacjentom wdrażać. Ale cukrzyca typu 1 to choroba, za której rozwój nie odpowiada jeden czynnik genetyczny, tylko to jest schorzenie wielogenowe. A jeśli pacjent, który ma jeden rok życia też choruje na cukrzycę typu 1, to musimy także myśleć o czynniku środowiskowym – o tym, co mama jadła podczas ciąży, czy miała suplementowaną witaminę D, jaki prowadziła sposób życia, czy przechodziła infekcje itd. Wszystko to wpływa potem na rozwój cukrzycy typu 1 u dziecka. W cukrzycy typu 1 organizm pod wpływem czynników genetycznych, środowiskowych i innych spustowych (np. stres) zaczyna wytwarzać przeciwciała, które są skierowane przeciwko narządowi, jakim jest trzustka, a w zasadzie przeciwko wyspom beta trzustkowym, które są źródłem wytwarzania insuliny. Taki szczyt zachorowań na cukrzycę typu 1 jest pomiędzy 10 a 14 rokiem życia, a więc w momencie, kiedy pacjent wchodzi w okres pokwitania, czyli dodatkowo zaczynają też odgrywać rolę inne hormony, m.in. hormony sterydowe, hormon wzrostu. Dodatkowo, też obserwujemy na Podlasiu, występowanie cukrzycy typu 1 u pacjentów w wieku od 1 do 5 roku życia. W naszej klinice wykonaliśmy analizę i w latach 80-90-tych wskaźnik zapadalności na cukrzycę wynosił 15/100 000/ rok.

Czyli tak około 150 nowych pacjentów w naszym województwie.

Aktualne hospitalizacje wskazują na występowanie około 70-80 nowych zachorowań na cukrzycę typu 1 u dzieci rocznie. Ostatnie nasze wyliczenia wskazują zatem, że ten wskaźnik wzrósł do 35/100 000/rok. Na ten drastyczny wzrost wpływa wiele czynników m/innymi stres, czynniki środowiska, infekcje i produkty wysokoprzetworzone, które jemy. To wszystko stanowi element spustowy, który powoduje progresję choroby autoimmunizacyjnej. Bywa, że dzieci mając zaledwie rok czy 5 lat trafiają do nas już w ciężkim stanie, w ostrym powikłaniu cukrzycy, którą jest ketokwasica. I co ciekawe, w rodzinie nie mają obciążenia genetycznego.

Czyli nie ma wtedy takiej czujności rodzinnej, dotyczącej cukrzycy. Bo jak są rodziny z taką predyspozycją do choroby, to jednak bardziej zwraca się uwagę na wszelkie nieprawidłowości u dzieci.

Tak, wtedy jesteśmy bardzo czujni. Jeśli w rodzinie jest obciążenie cukrzycą, to ryzyko zachorowania u dziecka jest 15 razy wyższe. Ale z naszych obserwacji wynika, że około 80-90 % pacjentów, którzy są hospitalizowani w naszej klinice, nie ma rodzinnego wywiadu obciążonego cukrzycą typu 1.

Na co jako rodzice, dziadkowie, powinniśmy zwrócić uwagę? Czy są jakieś objawy, które mogą nas nakierować na to, że dziecko może mieć problem?

Wiadomo, że sama cukrzyca jest procesem dynamicznym, ale ona się nie rozwija z dnia na dzień. Proces niszczenia tych wysp beta trzustkowych trwa czasami kilka tygodni, kilka miesięcy, być może nawet kilka lat. A na co zwrócić uwagę? Wiadomo, że jeśli jest mniejsze stężenie insuliny, a więc wzrasta cukier we krwi, pojawia się także w moczu i tacy pacjenci będą mieli większe pragnienie. Za tym będzie też rosła większa ilość oddanego moczu. I tacy pacjenci zaczynają nagle w nocy wstawać do toalety. Mogą też mieć poczucie zmęczenia, osłabienia, utraty łaknienia. Także chudną – w pewnym momencie, nie mając określonej diety, tracą 5-10 kilo w przeciągu np. 2-3 miesięcy.

To trochę odwrotnie niż u dorosłych.

Dokładnie, bo u dorosłych to byśmy kojarzyli z cukrzycą typu 2, a więc insulinoopornością. Taki pacjent też będzie więcej pił, więcej oddawał mocz, bo też i glikemia rośnie, ale za tym idzie wzrost masy ciała. Natomiast w cukrzycy typu 1 masa ciała spada, mało tego, może dochodzić do zaburzeń widzenia. Tacy młodzi ludzie będą potrzebowali szybko wdrożenia okularów, bo zaczynają gorzej widzieć, a te gorsze widzenie też będzie związane z następstwami cukrzycy, jak np. retinopatia cukrzycowa.

Jeśli zaobserwujemy takie niepokojące objawy, gdzie powinniśmy się udać, kto powinien nam zweryfikować te nasze niepokoje, że nasza pociecha za dużo pije i schudła?

Zaznaczę, że ta czujność powinna być zarówno w okresie wiosenno-jesiennym i zimowym, bo to jest oczywiste, ale także w letnim, gdy zwykle pijemy więcej, bo jest gorąco. Jeśli jednak dziecko przy tym często oddaje mocz, traci na masie ciała, warto udać się do lekarza rodzinnego, bo taki lekarz jest w stanie zlecić badanie krwi, badanie moczu i zobaczyć czy nie ma tam już zwiększonej glikemii, czy ketonów, bo to jest już czerwone światło. Natomiast jeśli z jakiegoś powodu terminy takiej wizyty u lekarza rodzinnego są wydłużone, można też skorzystać z glukometrów, które można zakupić w aptece. To są proste czynności i jeśli po badaniu na takim glukometrze na czczo pojawiłyby się wartości powyżej 100 mg/dl, to już jest niepokojące, natomiast na pewno czerwonym światłem jest wartość 126 mg/dl i powyżej tej wartości.

Natomiast jeśli robimy takie badanie w ciągu dnia, po jedzeniu, to też nie jest błędem, tylko te wartości już będą wtedy wyższe. Jeśli poposiłkowo wynik jest powyżej 140 mg/dl, to jest już zaburzona tolerancja glikemii, natomiast 200 mg/dl i powyżej 200, to jest kolejne czerwone światło, bo to świadczy, że jest to kierunek cukrzycy.

Lekarz rodzinny potwierdza podejrzenie cukrzycy, kieruje takiego małego pacjenta do endokrynologa, diabetologa. Co go wtedy czeka?

W naszym województwie główną jednostką, która się zajmuje cukrzycami u dzieci jest nasza klinika. W naszej poradni przy podejrzeniu cukrzycy, przyjmujemy pilnych pacjentów natychmiast. Także jeśli taki pacjent z wysoką glikemią np. z Suwałk, Moniek czy Hajnówki trafia na SOR, od razu w trybie pilnym trafia do kliniki. Nie ma mowy, żeby pacjent z podejrzeniem cukrzycy długo czekał. On nawet krótko nie czeka, po prostu jest przyjmowany natychmiast, ponieważ jest to stan bezpośredniego zagrożenia życia. Jeśli jest podejrzenie ketokwasicy, przyjmujemy na oddział i wykonujemy nasze badania diagnostyczne, czyli gazometrię, oceniamy elektrolity, morfologię. Sprawdzamy jak wygląda hemoglobina glikowana, bo jeśli pacjent trafia z ketokwasicą i ten wywiad jest powyżej miesiąca, to już hemoglobina glikowana jest rzędu 11, 13, 15 % i to wtedy predysponuje te dzieci do powikłań sercowo-naczyniowych. Natomiast jeśli ci pacjenci są wcześniej wyłapywani, bo na przykład dziadek czy ojciec ma cukrzycę, i rodzice wykonując proste oznaczenie z glukometru widzą, że wartości są nieprawidłowe, to ten proces jest wtedy zdecydowanie szybszy. Wówczas ci pacjenci trafiają do nas czasami bez rozwoju ketokwasicy, ale ta hemoglobina jest w poziomie 7-8%.

Dodam, że na Podlasiu nasza klinika od kwietnia 2023 roku wykonuje badania populacyjne przesiewowe cukrzycy typu 1 w przedszkolach, szkołach podstawowych i średnich, obejmujemy nimi dzieci od pierwszego do osiemnastego roku życia. Jeździmy po całym makroregionie i pobieramy krew – dobrowolnie i darmowo. Ta krew jest potem oceniana w laboratorium przy Klinice Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych UMB u prof. Adama Krętowskiego, z którą od wielu lat współpracujemy. Wykonywane są badania przeciwciał, na podstawie których oceniamy ryzyko rozwoju cukrzycy typu 1. W tej chwili cały świat stawia na prewencję, profilaktykę i my też patrzymy, jak możemy tą chorobę u dzieci wcześniej wyłapać i co możemy im zaoferować, żeby tą chorobę spowolnić, a jak się nie da spowolnić, to przynajmniej rodziców edukować, żeby byli wyczuleni na wspomniane wcześniej objawy.

Czyli mamy taki apel do rodziców, dziadków, żeby nie unikać tych badań profilaktycznych, ponieważ one mogą uchronić naszą pociechę przed zachorowaniem. Możemy ocenić ryzyko wystąpienia cukrzycy i jeśli jest ono podwyższone, możemy zaplanować postępowanie dietetyczne, czy bardziej szczegółowe badania, które pozwolą nam na uniknięcie powikłań, bo one są w cukrzycy najbardziej niepokojące. Natomiast jeśli mamy podwyższone wartości glikemii, jakie badania dodatkowe są pacjentowi wykonywane?

Jeśli taki pacjent trafia do naszej kliniki, to oczywiście podstawą jest weryfikowanie. Robimy profil glikemii, żeby ocenić, jak ta glikemia wygląda na czczo i po posiłku, robimy krzywą cukrową, czyli obciążamy pacjenta 75 g glukozy i oceniamy po godzinie i po dwóch godzinach jak wygląda krzywa cukrowa. Oceniamy hemoglobinę glikowaną. na podstawie której analizujemy, co się działo z pacjentem przez ostatnie 3 miesiące i oczywiście wykonujemy też badania oceny moczu na glikemię, na ketony i oceniamy także ketony w surowicy jeśli jest to potrzebne. Analizujemy też inne przeciwciała, w kierunku innych autoimmunopatii, chorób tarczycy, celiakii. Czyli praktycznie pacjent podlega takiej ocenie szerokowachlarzowej, żeby sprawdzić, czy faktycznie rozwija się cukrzyca, czy też jest to na przykład wynik jakiegoś innego stanu, który powoduje te hiperglikemie.

Mamy potwierdzone rozpoznanie cukrzycy u dziecka. Jak wygląda postępowanie terapeutyczne? Czy tak jak u dorosłych, na pierwszym miejscu będzie dieta? I czy zawsze wiąże się to z koniecznością przyjmowania zastrzyków z insuliną?

Nasz zespół to jest holistyczne działanie wieloprofilowe, a więc jest w nim nie tylko lekarz diabetolog, edukator, ale także psycholog, dietetyk. Obejmujemy takim płaszczem wieloprofilowym, wielospecjalistycznym naszego pacjenta. Dlaczego? Dlatego, że gdy rodzice

i dziecko się dowiadują o chorobie, która trwa do końca życia (są wprawdzie próby jej spowolnienia, zahamowania, przeszczepów wysp beta trzustkowych; bardzo mocno nad tym pracują Amerykanie i Europa; ale w tym momencie choroba jest jeszcze nieuleczalna), to w tym momencie mamy duży stres i my tym pacjentom i ich rodzinom, musimy dać pomoc z każdej strony. A więc edukujemy pod kątem powikłań, na co zwracać uwagę, jeśli na przykład będzie wysoki poziom glikemii, jak podawać insuliny, jak wyliczać wskaźnik insulinowy. Musimy też zwrócić uwagę na dietę. W każdym z typów choroby stosujemy dietę cukrzycową o niskim indeksie glikemii, a więc musimy pozbyć się cukrów prostych. Staramy się zmniejszyć ilość węglowodanów złożonych, więcej dać błonnika do pokarmu, więcej owoców i warzyw, a mniej tłuszczów zwierzęcych. Bardziej stawiamy na tłuszcze roślinne. Czyli staramy się, żeby ta dieta była tak zwaną dietą zdrową, żeby nie przeciążała wysp beta trzustkowych, bo one i tak ledwo funkcjonują, ponieważ objaw pojawienia się cukrzycy świadczy o tym, że ten pacjent ma około 20 do 30% wysp beta trzustkowych. Reszta już jest zniszczona. Zwracamy też uwagę na zmianę stylu życia. Ci pacjenci powinni zacząć się ruszać, powinni spalać ten cukier, bo jeśli pacjent będzie miał nieprawidłową dietę i nie będzie miał wysiłku, to będzie miał wysokie glikemie, a te wysokie glikemie będą rodziły potrzebę wykonania wyższych bolusów z insuliny, a sama insulina będzie wpływała na wagę, więc to będzie błędne koło. Dlatego zalecamy dietę i namawiamy do aktywności fizycznej – około 30-60 minut dziennie, może to być rower, spacer, bieganie. Taka edukacja, w zależności od dojrzałości intelektualnej pacjenta, trwa od 3 do 7-10 dni, kończy się testem dla rodzica i starszego dziecka. W terapii naszym pacjentom możemy zaproponować na początku działanie penowe, czyli podawanie insuliny krótko- i długodziałającej w penach. Ale Polska jest w Europie liderem, jeśli chodzi o podawanie pomp insulinowych. Czyli np. dzieciom do dziesiątego roku życia możemy od razu zaaplikować terapię pompową. Te pompy są tak w tej chwili skonstruowane, że mogą praktycznie zastąpić postępowanie samego pacjenta. I jeśli spada glikemia one mogą zahamować infuzję insuliny, jeśli jest wartość bardzo wysoka – mogą mieć tak zwane automatyczne dostrzykiwanie, czyli robi się tak zwana zamknięta pętla. Ta technologia jest bardzo mocno zaawansowana w diabetologii. Te pompy bardzo dużo na siebie biorą, ale oczywiście też człowiek, czyli rodzic, musi kontrolować co się dzieje, żeby te poziomy glikemii były jak najlepsze. Natomiast dzięki tej technologii my coraz mniej obserwujemy powikłań sercowych, powikłań ocznych czyli retinopatii, neuropatii, nefropatii. Te urządzenia bardzo dużo biorą na siebie działań technicznych, które kiedyś musieli wykonywać rodzice, czy też same starsze dzieci.

Czyli ta pompa to nie tylko samo urządzenie, które odpowiednio ustawione podaje insulinę, ale też zbiera informacje o poziomie glukozy i dostosowuje do tego dawki. To już taki komputer z elementami AI.

Dokładnie. Można powiedzieć, że to taka mała sztuczna inteligencja, która ocenia jaki jest poziom glikemii, jaka jest podaż pokarmu, czyli ile powinno się dostrzyknąć, żeby utrzymać naszego pacjenta w tak zwanej normoglikemii.

W którym kierunku obecnie zmierza diabetologia? Wiem, że klinika pana profesora idzie właśnie krok dalej.

Tak, od paru dobrych miesięcy w diabetologii, i polskiej, i europejskiej, i na całym świecie, zaczął się zmieniać paradygmat polegający na tym, że sama cukrzyca typu 1 to nie tylko proces metaboliczny, leczony dietetycznie, wysiłkowo czy zmianą stylu życia i insuliną, ale zwrócono uwagę, że to jest przede wszystkim proces immunologiczny, czyli proces niszczenia wysp beta trzustkowych poprzez własny organizm. I w tej chwili coraz więcej się mówi w rekomendacjach amerykańskich i europejskich, o możliwości zastosowania immunoterapii. I tą immunoterapię na wielką skalę od 2022 roku robią Stany Zjednoczone, Kanada i Izrael, gdzie przez amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA) zaaprobowano teplizumab. To jest przeciwciało monoklonalne, które niszczy limfocyty T o markerze CD3. I u dzieci od ósmego roku życia, u których stwierdzono przeciwciała i dysglikemię, czyli w fazie drugiej przedklinicznej, była stosowana taka terapia. I wykonanie 14 iniekcji w 2 tygodnie spowalniało

przejście z tej fazy drugiej do fazy pełnoobjawowej cukrzycy typu 1 o 3 lata. Natomiast w Polsce prof. Piotr Trzonkowski, kierownik Kliniki Immunologii i Transplantologii Klinicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego od 15 lat taką terapię aplikował tylko z zastosowaniem komórek T regulatorowych, czyli komórek ochronnych, które są zmniejszone właśnie w cukrzycy typu 1, pacjentom w fazie trzeciej, czyli kiedy już mieli objawową cukrzycę. To spowodowało, że po 2-3-5 latach ci pacjenci wymagali mniejszego zapotrzebowania dobowego na insulinę. Obserwował też wzrost c-peptydu, a im jest on wyższy, tym rezerwy beta wysp trzustkowych są większe. I teraz także my w naszej klinice w Białymstoku, po otrzymaniu zgody Europejskiej Agencji Medycznej i Poltransplantu rozpoczęliśmy taką terapię z zastosowaniem komórek T regulatorowych u trzech pacjentów w fazie pierwszej przedklinicznej. To pacjenci, wyłonieni po tych naszych badaniach przesiewowych, którzy mieli dwa i więcej dodatnie przeciwciała i nie mieli jeszcze zaburzonej glikemii. A więc jeszcze jest to faza, kiedy potencjalnie 70-80% wysp beta trzustkowych funkcjonuje, jeszcze nie ma rozpoznania cukrzycy. I naszym celem, wręcz marzeniem jest to, żeby spowolnić przejście do fazy drugiej, ale przede wszystkim do fazy trzeciej. To nie ukrywam, jest pionierskie badanie na poziomie Europy i wydaje mi się, że także świata. Dlaczego? Bo już Amerykanie się o tym dowiedzieli i pan profesor Trzonkowski, dostał telefony z USA, czy nie mogą tej terapii wdrożyć u siebie, po uzyskaniu zgody FDA.

Panie profesorze, mówimy o tych działaniach profilaktycznych, badaniach przesiewowych. Docieracie do szkół, do przedszkoli w regionie, a czy jeśli pacjent czy rodzic, nie chce czekać na to, aż tam dotrzecie, czy jest jakaś inna droga? Czy można bezpośrednio się zgłosić do kliniki, aby z takich badań skorzystać?

Oczywiście nie jesteśmy w stanie do wszystkich szkół dotrzeć i dlatego też staramy się pobierać krew na badania także w Ośrodku Wsparcia Badań Klinicznych przy szpitalu UDSK na Waszyngtona 17. Zwykle to są soboty. Ale oczywiście jeśli ktoś przyjdzie w innym terminie do poradni i powie, że chce zbadać dziecko, to też kierujemy do naszej kliniki. Wtedy rodzic z dzieckiem trafia do gabinetu zabiegowego, gdzie musi podpisać dwa dokumenty: zgodę na wykonanie pobrania krwi oraz RODO. Bo dane pacjenta są potem kodowane. I jeśli mamy wynik dodatni, to moi asystenci dzwonią do rodzica, informując go bezpośrednio o wyniku. Potem my oczywiście tych pacjentów nie zostawiamy samych sobie. Oni trafiają do naszej poradni, do kliniki, gdzie wykonujemy wszystkie te wspomniane wcześniej oznaczenia. I oczywiście edukujemy tych pacjentów, zostawiamy pod naszą opieką. To jest też pomoc psychologa, bo każdy kto się dowiaduje, że jego dziecko ma ryzyko rozwoju cukrzycy, przeżywa rodzaj stresu. Badania wskazały, że stres ten jest tylko troszeczkę mniejszy niż stres, który jest w momencie rozpoznania ketokwasicy, czyli kiedy już wiadomo, że ta choroba jest już na pewno.

Co może się stać, jeśli podwyższoną glikemię, cukrzycę, zbagatelizujemy, nie dostosujemy się do zaleceń, nie będziemy trzymać diety, przyjmowanie leków nie będzie naszą najmocniejszą stroną. Co grozi takiemu pacjentowi?

Pewien odsetek tych pacjentów, którzy do nas trafiają w ciężkiej ketokwasicy, to są pacjenci, którzy mieli wcześniej rozpoznaną cukrzycę, ale z różnych powodów nie chcą się zaadoptować do choroby, czyli ją wypierają, uważają, że jej nie ma. Starają się ją bagatelizować, umniejszać wartość, nawet czasami nie kontrolują glikemii. Zdarzają się i tacy, którzy w ogóle insuliny nie biorą i trafiają w stanie zagrażającym życiu. Kiedy pacjent jest zakwaszony i nie trafi szybko do szpitala, nie zostanie udzielona mu odpowiednia pomoc, to jest narażony na liczne powikłania, a nawet na śmierć, jeśli trafi do nas za późno. Nasi pacjenci są też w okresie młodzieńczym, kiedy taki młody człowiek uważa, że wie najlepiej i nie chce słuchać dorosłych, nie chce słuchać lekarzy. I tacy pacjenci też do nas trafiają w ciężkim stanie. Bywają też trudne sytuacje rodzinne, czyli na przykład rozwody rodziców, brak takiej opieki rodzica, i te dzieciaki także trafiają czasami do nas z powikłaniami, bo nie mają regularności w dawkowania insuliny. My stosujemy też psychoterapię, dlatego, że pacjent musi zrozumieć jednak istotę choroby, bo

trudno, żeby ktoś, kto ma 16 czy 17 lat, był cały czas za rączkę prowadzony przez rodzica. W pewnym momencie musi na siebie wziąć ten bagaż odpowiedzialności, że musi sobie kontrolować glikemię, musi sobie odpowiednio dawkować insulinę. Kiedyś w założeniu Towarzystwa Diabetologicznego było, że pompy są dedykowane tylko tym pacjentom, którzy przestrzegają reguł. W tej chwili już takich zasad nie ma. Wręcz można powiedzieć, że pompy są stosowane u tych pacjentów, którzy te hemoglobiny mają gorsze właśnie po to, żeby im pomóc. Żeby ta pompa przejęła działanie za tego pacjenta. Pamiętajmy, że też i psychika jest ważna, bo ci pacjenci czasami mają depresję. Żyjemy aktualnie w wielkim pędzie, tym bardziej dzieci, które są obładowane i problemami szkolnymi, i emocjonalnymi. Uprawiają też sporty i chcą mieć jak najlepsze osiągnięcia, a czasami to różnie bywa, więc też muszą się zmierzyć ze stresem. A pacjent z cukrzycą to pacjent, który może uprawiać każdy sport, jeśli jest dobrze wyedukowany. W naszej klinice kilka lat temu był chorujący na cukrzycę typu 1 pan Michał Jeliński, wielokrotny mistrz świata i mistrz olimpijski w wioślarstwie w czwórkach. Pokazywał swój złoty medal olimpijski dzieciom, mówiąc że mimo choroby, leczenia pompą, potrafił stanąć na tak wysokim szczeblu wysiłku fizycznego, który spowodował, że zajął pierwsze miejsce olimpijskie.

24. Ćwiczymy w domu

dr hab. Zofia Dzięcioł-Anikiej

Gościem prof. Jana Kochanowicza była doc. Zofia Dzięcioł-Anikiej, fizjoterapeuta z Kliniki Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz Laboratorium Badań Aktywności Fizycznej Centrum Badań Klinicznych UMB.

Czym zajmuje się Laboratorium Badań Aktywności Fizycznej Centrum Badań Klinicznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku?

W naszym laboratorium prowadzimy personalizowany wysiłek fizyczny. Są to ćwiczenia, które dobierane są indywidualnie do potrzeb, do możliwości różnych pacjentów. Aktualnie zajmujemy się pacjentami z otyłością i cukrzycą. Poddawani są oni szeregom badań, na podstawie których dobierany jest potem personalizowany wysiłek. Te osoby potem u nas ćwiczą różne formy aktywności ruchowej, tak aby późniejsze ponowne wyniki były tylko lepsze.

Instytucjonalne ćwiczenia mają pewne ograniczenia – trzeba tam dotrzeć, mieć miejsce, przy rehabilitacji czasem trzeba odczekać w kolejce. Dlatego chcemy przybliżyć naszym słuchaczom, co możemy sami robić w domu. Nie ma wtedy kolejki, sami sobie ordynujemy aktywność, zależnie od naszych potrzeb. Czy to dobry pomysł?

Jak najbardziej, jest to możliwe i wskazane. Tak naprawdę różne formy aktywności nie wymagają dodatkowych sprzętów specjalistycznych, te najprostsze ćwiczenia jesteśmy w stanie zrobić w domu, poprawnie i bezpiecznie pod kątem naszych dolegliwości bólowych, bo sami najlepiej znamy swój organizm. Tylko trzeba taką aktywność ruchową wpisać w nasz codzienny kalendarz. Aktywność ruchowa, ćwiczenia, zdrowy styl życia to powinna być rutyna, nie jednorazowa akcja, związana np. postanowieniami noworocznymi. Jak to zrobić? Już na początku dnia, jak tylko się przebudzimy, zaraz po wstaniu z łóżka warto wykonać gimnastykę poranną, czyli bardzo lekką formę ruchu, aby organizm pobudzić do aktywności w późniejszej części dnia. Oczywiście najpierw możemy nawodnić organizm i wypić szklankę wody. Potem, jeszcze nawet w piżamie, bez szukania specjalnego miejsca, wykonujemy bardzo proste ćwiczenia, pamiętając przy tym o prawidłowym oddechu czyli wdech nosem i trochę dłuższy wydech ustami. Najpierw przeciąganie. Po nocy organizm może być trochę „zesztywniały", czyli wykonujemy wszystkie ruchy dużych stawów, delikatne ruchy rąk, warto tu zwrócić uwagę, by krążenia wykonywać do tyłu, bo mamy tendencje do garbienia sylwetki i aby nie

pogłębiać tej nieprawidłowej postawy wykonujemy ruchy barków do tyłu. Ruszamy też stawy biodrowe wykonując krążenia biodrami, wpływamy wtedy też na odcinek lędźwiowy kręgosłupa. Następnie możemy przejść do zwykłego marszu, aby organizm pobudzić do aktywności. Ta gimnastyka może nam zająć 5-10 minut, 15 minut to już byłoby wspaniale. To nie jest długi czas, a korzyści zdrowotne są ogromne.

Wielokrotnie specjaliści w naszym studiu mówili o „psie na receptę". To może taki spacer o poranku z psem?

Jak najbardziej. Chodzenie, przemieszczanie się, to naturalna forma ruchu. Tym lepsza, jak dodamy do tego prawidłowy oddech, większe kroki czy wykorzystamy np. drzewa do rozciągnięcia się. Czyli jak najbardziej „pies na receptę" to dobre rozwiązanie, jeśli mamy takie możliwości.

Pies ma też tę zaletę, że niezależnie od pogody i tego, czy to dzień świąteczny, czy powszedni, trzeba z nim wyjść na spacer. A co po takim porannym rozruchu, jak zaplanować dalej dzień?

Spacer z psem na dzień dobry jak najbardziej jest dobrym pomysłem. Wspaniale by było wykonać wcześniej gimnastykę. Natomiast nasza praca często wymaga spędzania dłuższego czasu w pozycji siedzącej, przy biurku. Wtedy warto zwrócić uwagę na tzw. aktywną przerwę w pracy. To 10-15 minut. Ćwiczenia możemy wykonać siedząc przy biurku, zaczynając od lekkiego unoszenia nóg, świadomego napięcia mięśni brzucha, wyprostowanej pozycji siedzącej. Można wstać, wykonać spacer po biurze, nawet zejść i wejść po schodach. A później mamy popołudniową cześć dnia, która też powinna być aktywna.

Zjemy obiad i udamy się na drzemkę.

Drzemki jak najbardziej są wskazane, mamy wtedy czas na relaks dla ciała i umysłu. Ale potem warto zastosować się do wytycznych WHO, które mówią, że tygodniowo powinno się wykonać 150-300 minut treningu aerobowego. To trening nie męczący, ale uaktywniający procesy w naszym organizmie, które przynoszą korzyści zdrowotne. Spacer po południu też może być, ale musimy pamiętać też o wzmacnianiu mięśni. One z upływem lat są coraz słabsze, ich możliwości siłowe spadają. Musimy je wzmacniać. I możemy to zrobić w domu, bez przyrządów, wykorzystując np. butelki z wodą. W obie ręce bierzemy po butelce tego samego ciężaru, np. 0,5 kg, 1 kg i wykonujemy uginanie rąk, unoszenie wyprostowanych rąk w górę, do boku, do tyłu. Możemy wykorzystać krzesła – wykonywać delikatne przysiady, wstawanie z krzesła, siadanie. Jak coś zacznie nas boleć, to znaczy że organizm daje znak, że może nie dla nas są takie ćwiczenia. Nie zapominajmy też o rozciąganiu. Ćwiczenia siłowe i rozciągające zadbają o to, aby nie było asymetrii mięśniowych, aby nasze ciało było sprężyste i elastyczne, a przy tym wzmocnione.

Te 300 minut tygodniowo to około godzina dziennie. To nie za dużo?

Nie, można by jeszcze więcej. Bo to 10 minut porannej gimnastyki, potem 15-minutowy spacer z psem albo do pracy. Warto pamiętać o zastąpieniu środków lokomocji ruchem i zamiast autobusem czy samochodem do pracy pójść pieszo albo podjechać rowerem. Zawsze też można wysiąść z autobusu kilka przystanków wcześniej. Do tego warto wybierać schody zamiast windy. To takie podstawowe elementy życia codziennego, bardzo istotne dla stawów, mięśni, organizmu. Aktywna przerwa w pracy to znowu 10-15 minut i jeszcze trening wieczorny, do którego można zaangażować najbliższe osoby, bez względu na ich wiek i możliwości fizyczne. Mogą ćwiczyć rodzice z dziećmi, dziadkowie, całą rodzinę możemy tu zaangażować. Warto codziennie coś innego w ten nasz kalendarz wpleść, raz spacer, innym razem szybszy marsz, nordic walking. Wykorzystujmy też różne przedmioty do ćwiczeń, np. ręcznik przy rozciąganiu, krzesło, stół jako element podporowy przy rozciągających ćwiczeniach. Tych możliwości jest bardzo dużo. I tę godzinę dziennie na aktywność ruchową jesteśmy w stanie spokojnie wygospodarować.

Dodajmy, że docieranie do pracy na piechotę czy rowerem, zamiast samochodem, to też oprócz dużej dawki pozytywnej energii dla organizmu, dotlenienia, mniej stresu przy szukaniu miejsca do parkowania. Wspomniała też pani o angażowaniu innych członków rodziny do ćwiczeń, to z jednej strony atrakcyjne, ale z drugiej strony czy dziadkowie nie za mocno mogą być zaktywizowani przez wnuki i mogą doznać kontuzji?

Nie, myślę, że dziadkowie mają swoje sprawdzone techniki, jak zapanować nad wnukami. Mogą wykonywać swoje ćwiczenia, po których będą się czuć lepiej, które są w stanie wykonać bezpiecznie i ergonomicznie dla organizmu. Da się to na pewno połączyć, dziecko będzie ćwiczyć na swoim poziomie, a osoby starsze – swoim.

W smartfonach mamy teraz często aplikacje, które pokazują nam naszą aktywność. Moja aplikacja pokazuje np. licznik kroków, przebyty dystans, liczbę pokonanych pięter, długość kroków, oparcie dwunożne, szybkość chodzenia, asymetrię chodu. Jest nawet ocena ryzyka depresji, stanu lękowego. Na jakie wskaźniki powinniśmy zwracać uwagę?

Czasem lepiej nie korzystać z tych aplikacji, bo nie wiadomo czy nas to podbuduje, czy odwrotnie. Średnio zalecane jest wykonywanie ok. 10-15 tys. kroków dziennie. Trzeba pamiętać, że np. 30 minut siedzenia to 60 kroków. Pod koniec dnia zawsze możemy sobie przeliczyć, ile siedzieliśmy, ile przeszliśmy, tak by zaplanować dalsze aktywności. Te aplikacje powinny też dawać nam informacje na temat snu, regeneracji. To też jest bardzo ważne, bo w zależności wypoczęcia, regeneracji naszego organizmu, ten dzień będzie predysponował nas do podjęcia aktywności. Jak wstaniemy i organizm będzie zmęczony, możemy sobie wykonać dzień przerwy, ale oczywiście poranna gimnastyka czy aktywna przerwa w pracy muszą być. Te aplikacje mogą nam pomóc osiągnąć cel, ale czasem niekoniecznie będą nas podbudowywać. Ale ważne abyśmy czuli pozytywne efekty aktywności ruchowej każdego dnia.

Wspomniała pani, że 10-15 tys. kroków dziennie to dobry wynik. Ja w tym roku mam średnio 15,9 tys. kroków dziennie.

To bardzo dobry wynik.

W ub. roku było to średnio 13 tys. kroków dziennie. Natomiast dziś mam 7300 kroków. To jest mobilizujące, aby jeszcze pójść na spacer.

Tak. I jak widzimy, że mamy mało kroków, to mimo że to np. deszczowy dzień idziemy jeszcze na spacer, co wpłynie korzystnie na nasz narząd ruchu. To jest bardzo istotne, aby ta aktywność była regularna, wpleciona w nasz kalendarz. Z tego po jakimś czasie zrobi się nawyk, bez którego ciężko będzie nam żyć, bo zobaczymy że i ciało i umysł inaczej funkcjonują po aktywności ruchowej.

Spotkałem się z określeniem, że aby ta aktywność ruchowa przynosiła korzyści dla naszego organizmu, powinna skutkować pewnym zmęczeniem. Czyli np. spacer powinien być na tyle szybki, aby się jednak lekko zmęczyć, a nie tylko cieszyć wzrok otoczeniem.

Tak, to trening aerobowy zalecany przez WHO. Jest taki wzór, na podstawie którego wyliczamy nasze tętno maksymalne: od 220 odejmujemy swój wiek i wychodzi nam maksymalna wartość skurczów serca jaką powinniśmy mieć podczas wysiłku. Przy treningu aerobowym tętno jest na poziomie ok. 75 proc. tętna maksymalnego. To będzie powodować delikatne zmęczenie, ale pozwoli, aby trening był wykonywany przez dłuższy czas, najlepiej przez około godzinę, a przy tym nie zabraknie nam oddechu, czy mocno się nie spocimy.

Wyliczyłem, że u mnie ten poziom powinien wynieść 120. To spora aktywność ruchowa.

To trening aerobowy bezpieczny, poczujemy go, ale to będzie intensywność na tyle wysoka i na tyle niska, że będziemy w stanie go przez godzinę utrzymać. Nie zmęczymy się i nie zniechęcimy się do dalszych treningów.
Często osoby, które np. cierpią na nadwagę czy otyłość same podejmują różne formy

aktywności i nie wiedzą o tym wskaźniku, przekraczają ten próg i wchodzą wtedy w strefę wysiłku beztlenowego. Nie ma wtedy efektu utraty tkanki tłuszczowej, ale jest utrata masy mięśniowej. A tego nie chcemy. Dlatego zawsze warto skonsultować się z osobą, która wskaże jak to wyliczyć, aby ten trening był jak najbardziej dla nas korzystny.

Bieganie czy chodzenie z kijkami? Co jest bardziej prozdrowotne dla naszego organizmu?

Ciężko powiedzieć, zależy to od możliwości naszego organizmu. Dlatego robimy w naszym laboratorium testy, które podają wartość, kiedy osiągamy ten próg tlenowy i beztlenowy, widzimy jak organizm jest przygotowany do wysiłku. Osobom starszym raczej bym polecała nordic walking, gdzie jest ten element odciążenia i jest to też trochę atrakcyjniejsza forma niż zwykły spacer. W chodzenie z kijkami trzeba włożyć więcej energii, są tu pewne zasady. Trzeba kijek dopasować odpowiednio do naszej wysokości, długość kroku powinna być na długość kijka. To wydaje się na początku nierealne, ale w trakcie chodu, jak prawidłowo zastosujemy kijki, będziemy się prawidłowo odpychać, to faktycznie wychodzi krok jak długość kijka. Są różne techniki: prozdrowotna, fitnesowa, sportowa, urozmaicona biegami, wyskokami. Przy technice profilaktycznej, prozdrowotnej uzyskamy efekty zdrowotne, techniki sportowe i fitnesowe dedykowane są sportowcom.

Bieg też jest bardzo dobrą formą aktywności ruchowej, ale dla osób odpowiednio przygotowanych. Trzeba tu też mieć odpowiednie buty, z wkładką żelową, aby zabezpieczać stawy. Ogólnie przy ćwiczeniach polecamy buty do biegania, bo mają amortyzującą podeszwę, a to jest bezpieczne dla stawów.

Na co zwracać uwagę przy wyborze kijków do nordic walking?

Ważne, czy będą to kijki tylko dla nas czy jeszcze ktoś będzie z nich korzystać. Kijki mogą mieć stałą wysokość, mogą być też regulowane. Jeśli kupujemy je tylko dla siebie, warto dobrać takie, które będą mieć stałą wysokość. Zasada jest taka, że powinny mieć taką wysokość, aby jak zegniemy łokieć, był kąt prosty. Zalecamy, żeby to było max 90 stopni, ale jeśli na początku kąt będzie trochę większy, będzie łatwiej. Ważna jest też rękojeść, często przy kijkach są dodatkowe rękawice, osobno dla prawej i lewej ręki. Materiał rękojeści nie powinien plastikowy, najlepiej by były zrobione z kauczuku. Ważna jest też główna część kijka. Od niej zależy cena kijków, one mogą kosztować od 20 zł do 200–300 zł. W tych tańszych może zdarzyć się, że kijek pęknie podczas chodu. W tych droższych kijkach, z innych materiałów, jesteśmy w stanie pod wpływem ciepła ten kijek wyprostować. I warto, aby ten kijek był dla nas wygodny, dobrze jest przejść się z nimi w sklepie, sprawdzić czy nam pasują.

A czy do chodzenia można wykorzystywać kijki trekkingowe?

Jak jest odpowiednia wysokość, bo to jest kluczowe – w nordic walking kijek powinien wbijać się pod kątem ostrym mniej więcej w połowie długości kroku – myślę, że spełni swoje zadanie.

Myślę, że tak naprawdę nie ma znaczenia, czy będziemy ćwiczyć w domu, czy pójdziemy na spacer z kijkami, czy będziemy biegać, czy jeździć rowerem, najważniejsza jest po prostu aktywność ruchowa, która pobudzi nasz organizm i pozwoli na wydzielenie endorfin – wewnętrznych hormonów szczęścia.

Bardzo zachęcam do regularnej codziennej aktywności. Zaczynajmy od małych kroków, aby organizm się przyzwyczaił, a potem przerobił to w nawyk.

25. Planowy zabieg, jak wybrać oddział zabiegowy?

dr Jarosław Szymczuk

Gościem prof. Jana Kochanowicza był dr Jarosław Szymczuk, chirurg i endokrynolog, kierujący I Kliniką Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

Pan doktor jest chirurgiem, który pomoże nam zrozumieć, jak przygotować się do planowego zabiegu operacyjnego oraz podpowie jak wybrać oddział zabiegowy. Panie doktorze – dlaczego chirurgia? Co zdecydowało?

Prawdopodobnie przypadek, albo przeznaczenie. Akurat ta dziedzina medycyny najbardziej mnie pociągała. I tu także najszybciej widać efekty leczenia – pacjent przychodzi chory, a po udanym zabiegu operacyjnym wychodzi już jako zdrowy. Biorąc pod uwagę, że siedzę naprzeciwko swego szefa – dyrektora szpitala, nie mogę powiedzieć inaczej niż Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku.

Chirurg kiedyś zajmował się wszystkim: neurochirurgią, laryngologia, ginekologią, torakochirurgią, chirurgią naczyniową. W tej chwili rozwój dyscyplin zmienił się i lekarze zabiegowcy zaczynają specjalizować się w poszczególnych typach operacji. W przypadku chirurgii tzw. ogólnej w kompetencjach jest i tarczyca, i wątroba, śledziona, trzustka, jelita, i słynny wyrostek. I przepuklina, która jest bardzo powszechna. Czy patrząc po tych 33 latach pracy – to była dobra?

Chyba jedyna rozsądna. Absolutnie jej nie żałuję.

Ja wybrałem neurologię. A zdradzę, że z panem doktorem razem studiowaliśmy na jednym roku, byliśmy w jednej grupie.

Dodam, że u mnie była też druga decyzja, podjęta 12-14 lat temu, by uzyskać drugą specjalizację, z endokrynologii. Jak stwierdziłem, że już nie będę lepiej widział, ręce nie będą już sprawniejsze, potrzebowałem takiej podbudowy internistycznej do tego co robię. To był z mego punktu widzenia, ale przede wszystkim dla chorych, bardzo dobry miks. Bo potrafię spojrzeć na chorego jako chirurg, ale także jako endokrynolog, internista. Czyli przygotować pacjenta do zabiegu i go zoperować.

Wracając do tematu naszej audycji – co to znaczy planowy zabieg operacyjny? Co decyduje o tej planowości?

Planowy to zabieg, który przebiega w wyznaczonym terminie, o którym wie wcześniej i chory, i chirurg operujący. Niektóre operacje mogą być wykonane w terminie odległym, niektóre muszą się odbyć w miarę szybko. Do tych drugich zaliczymy zabiegi nowotworowe, tu ten planowy pośpiech jest jak najbardziej wskazany. Natomiast jak ktoś z przepukliną chodził 20 lat, to może jeszcze 3 miesiące czy pół roku może pochodzić i też będzie zoperowany.

Pan doktor specjalizuje się w operacjach tarczycy. Jak wygląda przygotowanie do takiego planowanego zabiegu? Począwszy od momentu, gdy stoimy przed lusterkiem i widzimy, że szyi nam przybyło, albo ktoś zwrócił uwagę, że coś na tej szyi nam się pojawiło.

Na początek należy sprawdzić, co jest tego przyczyną. Mamy tu całą gamę możliwości diagnostycznych. Od najprostszego USG, gdzie samo badanie trwa nawet około minuty, a można już stwierdzić, czy jest zmiana. Aby zbadać, jaki ma charakter, musimy wykonać biopsję cienkoigłową, która pomoże precyzyjniej stwierdzić, czy mamy podejrzenie choroby nowotworowej lub ją wykluczyć. Bardzo ważny jest też stan funkcjonalny tarczycy. Bo tarczyca choruje na dwa sposoby. Pierwszy to są zmiany strukturalne, czyli guzy, raki, torbiele, a drugi to zaburzenia czynności czyli albo nadczynność albo niedoczynność tarczycy. I te dwie rzeczy nie idą w parze, można mieć piękną tarczycę i bardzo złą funkcję, albo guz na guzie, a funkcja jest zachowana. Prawidłowa funkcja tarczycy jest potrzebna chociażby do przeprowadzenia znieczulenia. Nikt nie podejmie się znieczulenia chorego, który ma istotną nadczynność tarczycy. Po diagnostyce musimy mieć prawidłową funkcję narządu.
Nie bez znaczenia jest też to, czy chory ma współistniejące choroby. Jak pacjent jest schorowany sam zabieg może nie jest trudniejszy, ale przebieg pooperacyjny – zdecydowanie. Musimy tu posiłkować się opiniami specjalistów. Chodzi tu głównie o choroby układu krążenia, czy były przeprowadzane wcześniejsze zabiegi, np. zabiegi endowaskularne. Znaczenie ma też to, jakie leki chory przyjmuje, bo niektóre są przeszkodą do znieczulenia i operacji. Chory musi być obejrzany i zakwalifikowany odnośnie chorób współistniejących.

Wróćmy do diagnostyki USG. Takie badanie wykonuje specjalista endokrynolog?

Może je wykonać endokrynolog, chirurg, internista, nawet lekarz rodzinny. Badanie USG tarczycy nie jest zbyt skomplikowanym, to jedno z prostszych badań.

Biopsja pobierana jest pod kontrolą USG?

Tak. Wiemy co chcemy pobrać, z którego guzka. Dokładnie możemy zlokalizować zmianę, która wydaje nam się najbardziej podejrzana. Przyjęte jest, że pod kontrola ultrasonografisty patolog pobiera biopsję i sam ją potem ocenia. To jest bardzo istotne, aby wziął on udział w pobieraniu i ocenie materiału. Trudniej mu jest też wtedy powiedzieć, że materiał jest niediagnostyczny.

O ile mogą nie przeszkadzać nam zmiany na szyi, dużo więcej objawów dają nam hormony tarczycowe. Nadczynność tarczycy potrafi dokuczyć, jak i niedoczynność. Jakie to mogą być dolegliwości? Co nas może zaniepokoić?

To jest bardzo trudne pytanie. W wyszukiwarce internetowej jeśli wpiszemy jakieś objawy i do tego dopiszemy tarczyca, zawsze wyskoczy jakiś pozytywny wynik. Do tego bardzo często od lekarzy wielu specjalności słyszymy: proszę skontrolować tarczycę. Tych objawów jest cała masa, w zależności od tego, czy to jest niedoczynność czy nadczynność tego narządu. To sucha skóra, mokra skóra, wypadanie włosów bądź rośnięcie ich tam gdzie zwykle nie wyrastają. Tak naprawdę, dany objaw może być charakterystyczny dla wielu chorób. Ale tarczyca jest „królem”, cokolwiek się dzieje w organizmie, i tak winna tarczyca.

Są objawy, które królują u chorych na tarczycę?

Hormony tarczycy są bardzo mocno energetyczne. Jeżeli mamy nadczynność tarczycy, to przyspiesza wszystko, od metabolizmu do czynności serca. Czyli mamy objawy ze strony układu krążenia: tachykardia, czyli szybka czynność serca, ok. 120 uderzeń na minutę, a nawet więcej. Kolejny objaw masywnej nadczynności tarczycy to bardzo wilgotna skóra, drżenie rąk. Też wchodzą zaburzenia psychiczne, czyli próg nerwowości jest zdecydowanie obniżony. Niedoczynność tarczycy to z kolei kompletna utrata energii. Moi chorzy mówią, że czują się jak w tej reklamie, są zajączek ma wyładowane baterie.

Przyspieszony metabolizm, czyli chudniemy. To może zaczynamy się cieszyć, że w końcu dieta działa?

Tak, ale za tym idą inne objawy, bo chudniemy, a tak aktywność fizyczna jest mniejsza, bo nie mamy na to sił. W dawnych czasach syntetyczne hormony tarczycy były używane przez młode kobiety w celu odchudzania się. Na szczęście w tej chwili są już inne, lepsze metody na pozbycie się zbędnych kilogramów. A najważniejszy jest oczywiście zdrowy tryb życia od samego początku.

Tarczycę omówiliśmy, a jak wygląda diagnostyka w przypadku przepukliny? Też jest tak skomplikowana?

Jak mamy typowe przepukliny w okolicach pępka, nadbrzusza, pachwiny, wielokrotnie wystarczy samo dokładne zbadanie pacjenta. Jak są wątpliwości, możemy wykonać USG, które pokazuje przerwanie ciągłości struktur ścięgnistych.

Kolejnym krokiem do zabiegu operacyjnego jest wizyta u chirurga. Jak wygląda?

Chory przede wszystkim otrzymuje informację, co będziemy robić. Jak mamy parę wariantów leczenia, też z nim staramy się to omówić, bo to, co zrobimy, dla pacjenta będzie decydujące na resztę życia. Omawiamy czy będzie to zabieg małoinwazyjny, czy jak to będzie niemożliwe – tradycyjna operacja. Chory też jest uprzedzany, że jeżeli cokolwiek nie będzie szło, może być konwersja albo ograniczenie zabiegu. W przypadku tarczycy często zalecam choremu usunięcie obu płatów, ale jak w trakcie zabiegu jest podejrzenie, że po operacji struna głosowa będzie niewydolna, robimy stop i radykalizację leczenia możemy podjąć po 6-8 tygodniach. Chory jest tu najważniejszy, jego zdrowie, komfort życia. Po operacji musi być lepiej niż przed operacją. To jest naszym priorytetem. Informujemy też, co zabrać do szpitala, jak długo będzie trwał pobyt. Określamy dzień przyjęcia do kliniki, natomiast datę operacji ostrożnie, bo nie wiadomo co może wydarzyć się. Dotyczy to zarówno tego chorego, jak i sytuacji, gdy będzie trzeba w trybie natychmiastowym zoperować innych chorych w stanie zagrożenia życia.

Sztuka zabiegu operacyjnego jest niemożliwa bez analgezji, czyli tego, żeby chorego nie bolało w trakcie i po zabiegu. Tu wkraczają anestezjolodzy, którzy też przygotowują pacjenta do zabiegu operacyjnego, oceniają wyniki badań dodatkowych, analizują choroby współistniejące. Jak wygląda współpraca na linii anestezjolog – chirurg? Czy np. omawiany jest sposób znieczulenia?

Przede wszystkim medycyna jest pracą zespołową. Zarówno ja jestem potrzebny anestezjologowi, jak i anestezjolog jest potrzebny mnie. Ważne, by chory miał ze sobą dokumentacje medyczną, wynik biopsji cienkoigłowej, historię innych chorób, hospitalizacji. Gdy pacjenci pytają co zabrać do szpitala, zawsze mówię, że dokumentację medyczną, ładowarkę do telefonu oraz – co jest bardzo istotne: dobry humor i optymizm. To rzeczy niezbędne. Czasem jest pytanie od pań, czy trzeba hybrydy zdjąć z paznokci. Na szczęście teraz anestezjologia jest na tyle nowoczesna, że już tego nie wymaga. Natomiast samo znieczulenie nie jest przedmiotem dywagacji. Poruszamy się według określonych standardów: wiadomo jaka choroba i jakie znieczulenie.

Zostaliśmy zakwalifikowani do zabiegu, mamy ustalony termin, stawiamy się w szpitalu. Co tego dnia się dzieje, czego pacjent ma się spodziewać?

Gros tego czasu to oczekiwanie na zakończenie procedur związanych z przyjęciem chorego do szpitala. Czyli jak tego dnia przyjmujemy 8 osób i jesteśmy ósmą osobą w kolejce, to te parę godzin musimy odczekać. Po przyjęciu na oddział są wykonywane badania niezbędne do zabiegu, ekg, rtg klatki piersiowej, badania laboratoryjne krwi, oznaczanie grupy krwi. Chory ma też czas na zapoznanie z topografią kliniki, która jest dość skomplikowana, żeby wiedzieć, gdzie z czym należy się zgłosić.

Jak wygląda dzień operacji?

Trzeba być na czczo, przyjąć leki, które zlecił anestezjolog. Nie denerwować się. Oczywiście, wiemy że to łatwo powiedzieć, dlatego stosujemy premedykację czyli leki uspokajające, działające lekko nasennie. Chory przedrzemuje ten okres przed zabiegiem. Jak sala operacyjna i zespół lekarsko-pielęgniarski są gotowi, chory wjeżdża na salę i jest wykonywana operacja. Tego pacjent już nie widzi i nie pamięta.

Co się dzieje po zabiegu?

Pacjent trafia na salę wybudzeń, gdzie ma dodatkową opiekę zespołu lekarsko-pielęgniarskiego, który czuwa nad jego bezpieczeństwem.

Potem wracamy na salę chorych, gdzie specjalista informuje nas jak przebiegł zabieg, czy wszystko poszło zgodnie z planem?

Tak, ale pamiętajmy, że to działanie leków, używanych przy znieczuleniu, jest przedłużone, dlatego wystarczy poinformować, że wszystko jest w porządku. Na więcej informacji jest czas następnego dnia, gdy chory jest już w pełni świadomy tego co mówi i słyszy.

Jak wygląda okres pooperacyjny?

Staramy się, aby pobyt w szpitalu był jak najkrótszy, staramy się zminimalizować czas pobytu z innymi chorymi, kontaktu z florą szpitalną. Im krócej, tym lepiej dla pacjenta. Dlatego staramy się pacjenta jak najszybciej uruchomić, uzyskać powrót czynności życiowych, czyli np. po operacji brzusznej żeby wróciła perystaltyka i pacjent mógł wrócić do swojego naturalnego środowiska. To wpływa dobrze na psychikę i zdrowie fizyczne chorego.

Pacjent wymaga wtedy szczególnej troski od zespołu lekarzy i pielęgniarek, ale też rodziny.

Czasami pamiętajmy, że ta nadgorliwość nie jest wskazania. Opiekujemy się chorymi. Pielęgniarki, które są najważniejsze, wiedzą najwięcej, ale i lekarze, którzy zaglądają do pacjenta. Jak stan jest ciężki, mamy salę intensywnego nadzoru, gdzie pacjent jest monitorowany, jest pod kamerami.

Ale standardowo pacjent musi po operacji się wyspać, odstresować. Rodzina najbardziej jest pomocna jak nie przesadza.

Nie zawsze jesteśmy w stanie przewidzieć przebieg zabieg, zdarzają się powikłania. Co wtedy?

Chory wymaga dalszego leczenia. Należy minimalizować ryzyko powikłań, stąd te wszystkie konsultacje przed, przygotowanie chorego do zabiegu, aby ten pobyt po zabiegu był jak najbardziej łagodny. Oczywiście wielu rzeczy nie możemy przewidzieć, powikłania mają różne podłoże. Musimy je leczyć, jak coś wystąpiło czego się nie spodziewaliśmy, trzeba minimalizować skutki tego zdarzenia.

Po zabiegu kontakt z chirurgiem kończy się w którym momencie? Zdjęcia opatrunku, szwów?

Czasem jest to kontakt parotygodniowy, bo trzeba szwy zdjąć, chyba że ich nie używamy, bo stosujemy inne metody zasklepiania ran. Ale u pacjenta liczy się przede wszystkim rekonwalescencja, czyli ochrona przed pracą. Jak np. po zabiegu przepukliny pacjent za szybko

wróci do pracy, ryzyko nawrotu rośnie kilkunastokrotnie. Dlatego mówimy, co chory może robić, jakie obciążenia stosować i kiedy może wracać do pracy zawodowej.

Panie doktorze – to gdzie najlepiej się zgłosić na ten zabieg planowy?

To wszystko zależy. Ważne, aby chory był zaopatrzony kompleksowo. Pamiętajmy, że operacja może być etapem w procesie leczenia. Dobrze, aby w danym miejscu wszystkie etapy można było przeprowadzić: diagnostykę, przygotowanie do zabiegu, zabieg, okres pooperacyjny. W przypadku nowotworów, potrzebne jest przygotowanie, a po operacji dalsze leczenie. Np. u pacjenta z rakiem tarczycy to jest przygotowanie, operacja i dalsze postępowanie z tym chorym w klinice endokrynologii.

Natomiast jeżeli weźmiemy inne choroby, mogą być operowane w mniejszych ośrodkach. Tu potrzeba jest odrobina zdrowego rozsądku, tak jak we wszystkim w życiu.

26. Chirurgia onkologiczna

dr Aleksander Tarasik

Gościem prof. Jana Kochanowicza był dr Aleksander Tarasik, zastępca kierującego I Kliniką Chirurgii i Endokrynologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku oraz koordynujący Poradnią Nowotworów Wątroby, Trzustki i Układu Pokarmowego przy USK w Białymstoku

Co to jest chirurgia onkologiczna?

Chirurgia onkologiczna to jest oddzielny dział chirurgii, zajmujący się leczeniem chorób nowotworowych przewodu pokarmowego, wątroby, trzustki, jelita grubego, żołądka, lub innych narządów: piersi, skóry, płuc. To odrębna działka chirurgii, bo reguły podchodzenia do operacji są tu nieco inne niż przy chirurgii ogólnej.

Jak wygląda wizyta u chirurga onkologa? Co pacjent powinien ze sobą zabrać?

Wizyta wygląda tak jak każda inna wizyta lekarska. Ważne jest, aby pacjent chcąc przyjść do naszej poradni, nie napotkał żadnych przeszkód. Dlatego może do nas przyjść każdy, kto ma podejrzenie choroby nowotworowej, bez skierowania, wystarczy że zadzwoni do rejestracji i się umówi.

A na samą wizytę trzeba oczywiście wziąć ze sobą wszystkie wyniki badań, oprócz wersji papierowych, zabrać także płytę CD czy pendrive z badaniami. Dokumentacja medyczna jest kluczowa. I oczywiście najlepiej, aby pacjent stawił się osobiście, a nie ktoś z rodziny z jego dokumentacją. Uważam, że nie warto bać się takiej wizyty, to trzeba podkreślić, ponieważ na szczęście u większości pacjentów po takiej wizycie i wykonaniu kolejnych badań, okazuje się, że choroba się nie potwierdza. I często pacjenci wychodzą od nas z dobrymi wiadomościami.

Jak wygląda badanie chirurga onkologa? Neurolog opukuje pacjenta, kardiolog osłuchuje, a co na takiej wizycie robi chirurg onkolog?

Moim zdaniem kluczowa jest rozmowa z pacjentem, wsparcie psychologiczne. Pacjent gubi się w naszych rozpoznaniach, kodach choroby, patrząc na nazwy często jest pogubiony, przeżywa stres. Rolą chirurga onkologa jest porozmawiać, wytłumaczyć wszystko. Samo badanie palpacyjne, obserwacja chorego jest bardzo ważne, ale trochę drugorzędne. Na pierwszy plan teraz wychodzą wyniki tomografii komputerowej, rezonansu, usg. Chirurg onkolog, szczególnie w działce nowotworów wątroby i trzustki jest zobligowany do umiejętności interpretacji obrazów, posługiwania się biegle badaniem usg, by samodzielnie móc sprawdzić

szczegóły związane z chorobą. Natomiast w innych nowotworach: skóry, piersi, to badanie ręczne pełni ważniejszą rolę.

Jeśli rozpoznanie wymaga zabiegu operacyjnego, pacjent kierowany jest do szpitala. Jak wygląda ta procedura w I Klinice Chirurgii USK?

Już na etapie od wizyty w poradni do zabiegu robimy szereg badań diagnostycznych: tomografię komputerową, rezonans magnetyczny lub inne obrazowe. Pacjent, który jest zakwalifikowany do zabiegu w naszej poradni, jest po rozmowie, wytłumaczeniu co go czeka. Na pierwszej wizycie mówimy o koniecznych zmianach w nawykach żywieniowych, włączeniu specjalnych odżywek do codziennej diety, które – tak jak sportowiec przygotowuje się do wysiłku – przygotowują pacjenta do takiego wysiłku jakim zabieg operacyjny. Przed hospitalizacją pacjent musi też odbyć konsultację anestezjologiczną. Jest to potrzebne, aby zminimalizować ryzyko niepotrzebnych powikłań. W wyznaczonym dniu hospitalizacji pacjent udaje się ze skierowaniem do kliniki, do sekretariatu. Ze sobą powinien mieć ubranie, środki higieny. Chirurg bada pacjenta jeszcze raz, tłumaczy, odpowiada na pytania, aby pacjent odczuwał mniej strachu, bo im mniej wątpliwości, tym mniejszy stres. Staramy się zapewnić pacjentowi maksymalnie komfortową atmosferę.

Jak wygląda sam moment operacji?

Zwykle pacjent pamięta tylko moment wjazdu na blok operacyjny, potem po podaniu leków znieczulających większości tak naprawdę nie pamięta i budzi się już na swojej sali po zabiegu. Na pewno pacjent nie czuje bólu, dyskomfortu, bo każdy z pracowników stara się być maksymalnie po stronie pacjenta.

Co jest najważniejsze w tym okresie pooperacyjnym, aby uniknąć ryzyka powikłań?

Przede wszystkim musimy zdawać sobie sprawę, że jesteśmy w miejscu, w którym każdy jest zainteresowany tym, abyśmy jak najszybciej wrócili do zdrowia. Wszystkie rurki, kable, które pacjent ma na sobie, mogą być usuwane tylko przez personel medyczny, zgodnie ze wskazaniami medycznymi. My musimy spokojnie leżeć, odpoczywać, nie dotykać nic. Wszystkie swoje potrzeby czy wątpliwości zgłaszać dla personelu medycznego. Każdy zapewni odpowiednią pomoc. Nie musimy niczego, co wystaje z ciała, dotykać, wszystko będzie z czasem usunięte. I muszę powiedzieć, że zwykle nie ma tu problemów, każdy pacjent to wie przed operację i to akceptuje, rzadko zdarzają się tu problemy.

Rodzina lubi donosić pacjentowi jedzenie. Czy to dobre?

Na pewno nie w pierwszych kilku dobach po operacji. Staramy się, aby dietę doustną pacjentowi wprowadzać jak najszybciej, ale ona różni się od tej, do której przyzwyczailiśmy się. Jak rana goi się prawidłowo, nie ma powikłań, stopniowo rozszerzamy dietę do diety normalnej, ale nadal lekkostrawnej. Jak rodzina chce coś donieść, na pewno trzeba wcześniej omówić to z personelem medycznym. Nierzadko okazuje się, że można dać pacjentowi coś dodatkowego do jedzenia, ale przewód pokarmowy musi po operacji odpoczywać, a zachcianki mogą spowodować, że nie odpocznie.

Czy musimy jakoś szczególnie uważać na ranę pooperacyjną?

Opieka nad raną zaczyna się tuż po operacji. Podczas codziennej zmiany opatrunku, staramy się zobaczyć, jak rana się goi. Gdy gojenie jest prawidłowe, pacjent wychodzi do domu, dostaje od naszej pielęgniarki zabiegowej zalecenia jeśli chodzi o pielęgnację rany. One są szczegółowe, jasne dla pacjenta, jak będzie ich przestrzegał, wszystko będzie dobrze.

Jeśli chodzi o zapobieganie rozejściu się ran, szczególnie po dużych, otwartych zabiegach, zalecamy noszenie przez 1-2 miesiące tzw. pasa brzusznego, który zapobiega powstaniu przepuklin pooperacyjnych oraz unikanie wysiłku fizycznego. Na szczęście teraz coraz częściej operacje są wykonywane technikami małoinwazyjnymi, czyli laparoskopia, zabiegi robotyczne

i wskutek takiego zabiegu powstaje tylko kilka małych cięć na jamie brzusznej, a powrót do zdrowia następuje szybciej niż po zabiegach otwartych i ograniczenia są mniej restrykcyjne.

Czasem pacjent wymaga leczenia uzupełniającego. Co to takiego jest?

Onkologia to nie jest działka tylko chirurgiczna, ale wielospecjalistyczna. Stosuje się też chemioterapię i radioterapię i te kierunki są ze sobą dość mocno połączone. Uzupełniające leczenie to zwykle chemioterapia pooperacyjna, gdy po zbadaniu wyciętego preparatu widzimy, że szansę na zwycięstwo z chorobą są większe jak będzie dołączona chemioterapia. Nie każdy tego potrzebuje, ale jak jest taka propozycja, warto się na nią zgodzić, bo to jest w celu poprawy rokowania pacjenta. Każdy taki przypadek szczegółowo omówiony na konsyliach lekarskich, więc to podejście jest personalne.

Kiedy możemy powiedzieć, że okres pooperacyjny jest już za nami?

To zależy od choroby. Zwykle pacjent tydzień po operacji idzie już do domu, oczywiście przy większych operacjach może być inaczej. Okres gojenia całościowego, trwa mniej więcej miesiąc po zabiegu. W domu pacjent dojdzie do siebie szybciej niż w szpitalu, dlatego staramy się najszybciej jak to możliwe wypisać pacjenta. Przy leczeniu uzupełniającym mamy okienko terapeutyczne – to 3 miesiące aby rozpocząć chemioterapię, jeśli pacjent tego potrzebuje. Jak nie jesteśmy w stanie tego zrobić, bo goi się dłużej, sens chemioterapii jest wątpliwy. Wtedy pacjent pozostaje w obserwacji. Ale trzy miesiące to długi czas. Oczywiście im szybciej zaczniemy to leczenie, tym dla pacjenta lepiej. Jak rozpoczniemy chemioterapię w miesiąc po zabiegu będzie idealnie.

Mówił pan o odżywkach w celu wzmocnienia organizmu przed zabiegiem, aby wszystko szybciej się pogoiło. Oprócz nich, na co jeszcze powinniśmy zwrócić uwagę?

Przede wszystkim dieta musi być zbilansowana pod względem węglowodanów, tłuszczy i białka. Niestety, nadal w onkologii jest bardzo dużo mitów, jeśli chodzi o odżywianie, np. mit „zagłodzić raka". Nie ma to nic z rzeczywistością. Pacjent „głodząc raka" głodzi siebie i traci siły na walkę z chorobą. Dlatego bardzo ważne jest, aby dieta była pełnowartościowa. Pomagają w tym odżywki, bo pacjentowi walczącemu z chorobą nowotworową zmienia się apetyt. On potrzebuje więcej substancji odżywczych, ale mniej je, przez co wpada w katabolizm. Czyli organizm musi używać swoich zapasów, aby funkcjonować. Jeśli podejdziemy do zabiegu operacyjnego, gdy organizm musi mieć dużo zapasów, aby zagoić tę ranę, na szczycie katabolizmu, to nie unikniemy dużych powikłań. Dlatego tak ważne jest dobre przygotowanie żywieniowe. To przygotowanie nie trwa 1-2 dni, ale kilka tygodni. Oprócz właściwego żywienia, ważny jest także wysiłek fizyczny – wystarczy codzienny 45-minutowy spacer, najważniejsze żeby był regularny. Trzecia rzecz to palenie. Wiemy, że to nierealne, aby pacjent z chorobą nowotworową, w tym olbrzymim stresie, potrafił je całkowicie rzucić. Ale naukowo udowodniono, że już zmniejszenie ilości wypalanych papierosów przed zabiegiem, poprawia wyniki, zmniejsza ilość powikłań po zabiegu.

To takie proste rzeczy, ale ich przestrzeganie jest nieraz trudne.

To prawda, że osoby chore mają awersję do potraw mięsnych?

Badania pokazują, że zmienia się odbieranie smaku przez pacjentów z nowotworem. Czyli coś co wcześniej normalnie smakowało, po rozpoznaniu nowotworu może już nie smakować. Ale oczywiście jeśli komuś mięso czy coś innego zmieniło się w preferencjach żywieniowych, nie znaczy że ma nowotwór. Tu mowa tylko o osobach z rozpoznaniem choroby nowotworowej. Bywa, że taki pacjent nie chce nic jeść, chce pić tylko bulion, ale aby zbilansować zapotrzebowanie w kaloriach, codziennie musiałby wypić około 5 litrów bulionu, to nierealne. Dlatego, to trudne, ale pacjent ode mnie zawsze otrzymuje zadanie, że musi zacząć jeść, zmuszać się. Jak już totalnie mu nie idzie, zamiast tego posiłku musi spożyć odżywkę. To bardzo trudna praca nad sobą, rodzina musi przekonywać chorego aby zjadł, walczył. I często mamy przykłady, jak pacjent, który nic nie jadł, a po tym jak go się do tego zmusi, zmobilizuje, już za

2-3 tygodnie jest w innej formie, z innym spojrzeniem na rzeczywistość. Jak pacjent bierze się za siebie, jest dobrze odżywiony, zmienia się też postrzeganie choroby.

A jakie objawy powinny nas zaniepokoić, że coś w naszym organizmie się dzieje i warto poddać się badaniom profilaktycznym?

Ja zajmuje się głównie nowotworami trzustki i wątroby. W przypadku raka trzustki taka czerwona lampka, która powinna zapalić się i u lekarza rodzinnego i pacjenta, to gdy nagle u osoby w wieku 40-50-60 lat pojawia się cukrzyca. To może być pierwszy objaw raka trzustki, może wyprzedzić rozpoznanie choroby w innych badaniach o wiele miesięcy. Bóle kręgosłupa w 95 proc. są związane z dyskopatią, chorobami kręgosłupa, ale jak w badaniach obrazowych wszystko jest tu dobrze, i mimo leczenia bóle nie ustępują, warto udać się do onkologa, aby zbadać narządy wewnętrzne.

W raku trzustki już możemy zapobiegać chorobie. Dzięki temu, że diagnostyka obrazowa się rozwija, pacjent ma szansę mieć wcześnie rozpoznane nowotwory torbielowate trzustki. Warto się tu zawsze skonsultować, co to za torbiel. Sama torbiel trzustki nie jest rakiem, ale z części torbieli w ciągu kilku-kilkunastu lat może powstać nowotwór złośliwy. Usuwając ją, możemy zapobiec rakowi.

W przypadku nowotworów wątroby, szczególną grupą, która musi uważać na siebie i badać się, są pacjenci z WZW typu B i WZW typu C. Powinni przynajmniej raz na rok wykonywać badanie usg, aby monitorować czy nie ma zmian w wątrobie, bo tacy pacjenci mają większe ryzyko pierwotnego raka wątroby. A wykrycie guzka nowotworowego o średnicy 1-2 cm daje szansę, by dzięki operacji, całkowicie wyleczyć chorobę. To dotyczy też pacjentów z marskością wątroby poalkoholową, bo sama marskość predysponuje do powstania raka.

Jeśli chodzi o raka jelita grubego, to bardzo ważne jest, aby jak widać żywą krew w stolcu, zgłosić się do lekarza i wykonać kolonoskopię. To badanie odbywa się najczęściej w znieczuleniu, nie ma czego się obawiać. Jeśli ktoś boi się mocno, może najpierw wykonać badanie na obecność krwi utajonej w stolcu. Jak wynik będzie dodatni, trzeba wykonać koniecznie kolonoskopię. Także jak w rodzinie mamy bliskich krewnych, rodziców, siostry, brata, którzy przed 50 rokiem życia zachorowali na raka jelita grubego, to przed tym 50 rokiem życia trzeba wykonać sobie kolonoskopię. Podobnie jeśli chodzi o raka żołądka – w tym przypadku trzeba wykonywać profilaktyczną gastroskopię. W Japonii to choroba z 5-letnim przeżyciem na poziomie 70 proc., bo większość raków wykrywana jest w I stadium, gdy można usunąć zmianę nawet endoskopowo. W Polsce ta przeżywalność jest na poziomie 10 proc.

W przypadku nowotworów urologicznych, jak rak prostaty u mężczyzn, ważne są regularne badania, wizyta u urologa po 40 roku życia, badanie PSA.

W nowotworach piersi samobadanie jest bardzo ważne, ale też mammografia oraz usg piersi mogą pomóc rozpoznać guza na wczesnym etapie.

U kobiet także badanie ginekologiczne z cytologią może zapobiec chorobie nowotworowej.

Czy nasz styl życia, nałogi, może wpływać na wystąpienie choroby nowotworowej?

Owszem. Mówiąc o stylu życia, pacjenci mówią głównie o stresie, o tym jak to wpływa na zdrowie, że coraz więcej jest chorób nowotworowych. Natomiast zapominają o nałogach: paleniu i nadużywaniu alkoholu. Nadal na pierwszym miejscu wśród przyczyn chorób nowotworowych jest palenie, czynne lub bierne. Jak ktoś w rodzinie pali i naraża bliskich, musi się zastanowić. Im dłuższy staż palenia, tym większe narażenie na wiele chorób: raka płuca, trzustki, jelita grubego. Również nadużywanie alkoholu prowadzi nie tylko do raka wątroby, ale też jelita grubego, trzustki. Gdy uda się pozbyć nałogu palenia i poważnie ograniczyć alkohol, już można w dużym stopniu zabezpieczyć się przed zachorowaniem.

Bardzo dużo ludzi przez narzekanie na zanieczyszczenie środowiska, zdejmuje z siebie winę, uważa że nie ma znaczenia, co będzie robić. Ale tak naprawdę ludzie żyją coraz dłużej i przez

to jest wykrywanych coraz więcej chorób nowotworowych. Jeszcze 20-30 lat temu po prostu umierało się na jakąś chorobę, nikt nie mógł zdiagnozować dokładnie na jaką, a często to był nowotwór. Teraz mamy różne badania, które precyzyjnie pokazują przyczynę problemów zdrowotnych. Stąd wzrost zachorowalności na nowotwory. Nie jest to związane tylko ze złą ekologią. Oczywiście przestrzeganie odpowiedniej diety, czyli umiarkowana ilość mięsa, więcej warzyw, owoców, zdrowych produktów, pomoże nam być bardziej zdrowymi osobami.

Dużo osób mówi też o genetyce – to też dość duży mit, bo statystycznie czynniki genetyczne odpowiadają za 10-15 proc. chorób nowotworowych, czyli 85 proc. zależy od czegoś innego.

Kiedy możemy mówić o tym, że zostaliśmy wyleczeni, pokonaliśmy chorobę nowotworową?

Zwykle mówi się, że taki okres, po którym uznaje się, że pacjent został wyleczony, wynosi około 5 lat po usunięciu choroby. To duży odcinek czasu. Natomiast pacjent po leczeniu cały czas zgłasza się na wizyty, robi badania kontrolne. I z każdą wizytą, gdy słyszy, że wszystko jest w porządku, zwiększa się szansa na całkowite wyleczenie. Ale już rok, dwa, trzy, po zabiegu operacyjnym, jak jest wszystko dobrze, zwiększa szanse, że wyleczyliśmy pacjenta.

Czy jak wyleczyliśmy, możemy być spokojni, że nowotwór nie wróci?

Nie, to że ktoś zachorował za nowotwór jakiegokolwiek narządu nie gwarantuje, że nie może on powstać w innym miejscu. Nie możemy zapominać, że są inne narządy, które też trzeba badać. Jeśli ktoś miał nowotwór, jest wyleczony, to teraz powinien jeszcze bardziej dbać o siebie, o swoją rodzinę, aby wykryć ewentualna chorobę na bardzo wczesnym etapie i ją wyleczyć.

27. Dieta

prof. Anna Witkowska

Gościem prof. Kochanowicza była prof. Anna Witkowska, kierownik zakładu biotechnologii żywności Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Pani profesor jest kierownikiem Zakładu Biotechnologii Żywności UMB. Co to znaczy? Czym ten zakład się zajmuje?

My uczymy przede wszystkim dietetyków, a część tego nauczania to jest właśnie biotechnologia, żeby studenci mogli wiedzieć, w jaki sposób ta żywność jest przetwarzana przy udziale np. mikroorganizmów. Ale mamy bardzo wiele różnych zakresów specjalności związanych z żywieniem człowieka, zajmujemy się między innymi technologią żywności, produkcją potraw, czyli uczymy studentów dietetyki jak robić to w sposób prawidłowy, żeby produkty nie traciły wartości odżywczej.

Jest jeszcze takie określenie jak bromatologia – co pod tą nazwą się kryje?

„Broma" oznacza pokarm, więc bromatologia zajmuje się żywnością w takim szerszym kontekście, na przykład analizą żywności, jej działaniem na różne układy w organizmie człowieka.

Z naszą odpornością nie zawsze jest najlepiej, a mówi się, że odporność jest kształtowana przez to, co jemy, przez nasze zachowania. Co za tą odpornością się kryje? Jakie są sposoby na to, żeby uniknąć przeziębienia czy grypy w sezonie jesienno-zimowym?

Tutaj ważne znaczenie ma układ immunologiczny, który chroni organizm przed różnymi patogenami, ale również wpływa na prawidłowy przebieg reakcji zapalnej, nadzoruje różne procesy regeneracyjne, które zachodzą w organizmie po różnego rodzaju zdarzeniach związanych z problemami zdrowotnymi, infekcjami, utrzymuje równowagę pomiędzy obroną a tolerancją. To działanie układu immunologicznego nie zależy tylko i wyłącznie od genów. To również styl życia, na który się składa wiele czynników, między innymi żywienie, odpowiednia ilość snu, ekspozycja na toksyny, poziom stresu, aktywność fizyczna i mikrobiota jelitowa. Więc to, co robimy na co dzień wzmacnia lub osłabia odporność w sposób bardziej złożony niż jakikolwiek pojedynczy bodziec.

Tymi bodźcami negatywnymi, które nas otaczają, są wszechobecne wirusy i bakterie, które próbują się przedostać do naszego organizmu za wszelką cenę. Ale też czasem organizm sam produkuje komórki nowotworowe, jakby oszukując nasz układ odpornościowy. Powtórzmy

może, jak wiele czynników jest od nas zależnych, na ile mamy mamy wpływ, żeby nasz organizm uchronić? Bo chyba nie liczą się tylko geny.

To nie tylko geny, ale również styl życia, czyli żywienie, aktywność fizyczna, unikanie różnych toksyn, odpowiednia ilość snu, zapobieganie stresowi. To są wszystko różne różnorakie czynniki, które mogą mieć znaczenie w przypadku wzmacniania albo osłabiania tej odporności.

Żywność, jej składniki, to co się pojawia na stole, zawsze wzbudza dużo emocji, bo rodzina zasiada do obiadu i zaczynają się ścierać różne poglądy: a to zdrowe, a to niezdrowe, a to nasza klasyczna dieta rodem z Podlasia nie do końca ma właściwości prozdrowotne. Jakie składniki tej żywności wpływają pozytywnie na nasz organizm?

Przede wszystkim takim fundamentem odporności jest białko i ono jest niezbędne do prawidłowego działania układu immunologicznego. Ze względu na to, że białko jest niezbędne do syntezy przeciwciał i immunoglobulin A,G, M, do produkcji cytokin, czyli takich białek, które koordynują różne reakcje odpornościowe, do działania enzymów antyoksydacyjnych, budowy komórek układu odpornościowego czyli limfocytów, neutrofili, makrofagów i do regeneracji tkanek po infekcjach. A te źródła białka są różnorakie. Przede wszystkim pełnowartościowe białko to jest białko zwierzęce, ale nie jest powiedziane, że produkty roślinne nie są w stanie nam dostarczyć odpowiednich ilości białka w odpowiednich proporcjach. Najbardziej wartościowe i polecane źródła białka zwierzęcego to przede wszystkim ryby, drób, jaja i nabiał. Natomiast głównym źródłem białka roślinnego, choć jest to białko niepełnowartościowe, bo może zawierać niektóre aminokwasy w obniżonych ilościach, są nasiona roślin strączkowych, soczewica, fasola, tofu, tempeh.
Warto tutaj wspomnieć, że niedobór białka upośledza ogólnie odpowiedź odpornościową, spowalnia gojenie się ran, obniża poziom immunoglobulin, ogranicza liczbę limfocytów. To jest jeden z takich najważniejszych składników żywności.

Pani profesor mówi, że jednak białko zwierzęce jest nam najbliższe, mimo że produkty zwierzęce zawiera też trochę tych składników nie zawsze pożądanych, jak tłuszcze, cholesterol, trójglicerydy. W diecie wegetarian i wegan tego nie ma, jak w tej sytuacji te organizmy sobie radzą?

Te białka mogą się nawzajem uzupełniać. O ile nasiona roślin strączkowych mogą mieć to białko niepełnowartościowe, czyli na przykład ograniczona jest liczba aminokwasów siarkowych, to można je uzupełniać z innych pokarmów. Prawdziwa dieta wegetariańska to taka dieta, która uwzględnia bardzo różne produkty pochodzenia roślinnego, jako źródła białka. Powinny w niej być np. soja, produkty sojowe, nasiona roślin strączkowych, produkty zbożowe. Produkty zbożowe mają mniej innego aminokwasu – lizyny i tutaj następuje efekt uzupełniania się tych aminokwasów, bo rośliny strączkowe mają tej lizyny w odpowiednich ilościach. Więc tak naprawdę ta dieta roślinna może być taką dietą zrównoważoną i pełnowartościową, tylko trzeba wiedzieć jak to zrobić, żeby rzeczywiście dostarczać odpowiednich ilości tego białka i aminokwasów. Tutaj istotną rolę ma odpowiednia edukacja żywieniowa. A wegetarianie wiedzą w jaki sposób te diety komponować, żeby one były pełnowartościowe.

A cukier – on budzi najwięcej emocji w naszej diecie. Potrzebny czy niepotrzebny?

Z pewnością cukry proste mogą być odpowiedzialne za występowanie różnych chorób. One się bardzo szybko wchłaniają, powodują np. próchnicę. Natomiast węglowodany mogą być proste i złożone. I w diecie przede wszystkim polecane są te złożone, one wolniej są trawione w przewodzie pokarmowym, wchłaniają się stopniowo, także ten poziom glukozy we krwi, czyli glikemia, jest zrównoważony. Węglowodany złożone dostarczają odpowiednich ilości glukozy przez cały czas od spożycia jednego posiłku do spożycia kolejnego. Jest to takie paliwo dla komórek układu immunologicznego. Kolejna grupa węglowodanów złożonych to te tworzące błonnik pokarmowy. Błonnik pokarmowy nie jest trawiony, to jest tak zwane włókno pokarmowe, które nieprzetrawione ulega pasażowi do jelita grubego, tam z kolei jest taką

pożywką dla bakterii, które zasiedlają przewód pokarmowy i są fermentowane, i są to na ogół bakterie pozytywne. Jeśli chcemy wspierać zdrowie ogólne to wspierajmy też mikrobiotę, która zasiedla ten dolny odcinek przewodu pokarmowego. Błonnik pokarmowy jest sfermentowany przez tą mikrobiotę i efektem jest produkcja krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych, które między innymi obniżają pH środowiska, powodują, że mikroorganizmy patogenne nie chcą zasiedlać przewodu pokarmowego. Błonnik pokarmowy to są węglowodany, które występują w świecie roślinnym, musimy dostarczać dużo składników, które będą miały go dużo. To przede wszystkim warzywa, owoce, nasiona roślin strączkowych, orzechy, różne pestki, produkty zbożowe, szczególnie z pełnego przemiału, np. chleb razowy, różne kasze, płatki owsiane. Mamy różne możliwości wprowadzania tego błonnika do diety. I to jest ważne nie tylko ze względu na odporność, ale też różne inne funkcje przewodu pokarmowego.

Czyli ta dieta taka bogatoresztkowa ma kluczowe znaczenie dla naszej mikrobioty. Czy jeszcze jakieś składniki pokarmowe mają wpływ na naszą odporność?

Takimi podstawowymi składnikami w diecie są białka, węglowodany i tłuszcze. I tłuszcze też wywierają istotny wpływ na naszą odporność. Przede wszystkim chodzi tutaj o tłuszcze nienasycone. Tłuszcze wpływać mogą na odporność poprzez budowę błon komórkowych limfocytów, kontrole mediatorów zapalnych, czyli białek, które powstają i kontrolują proces zapalny, produkcję prostaglandyn, leukotrienów, regulacji komórek odporności nieswoistej, czyli komórek NK i makrofagów. Ważne znaczenie dla rozwijania odporności maja szczególnie kwasy omega 3. One przede wszystkim zmniejszają przewlekły stan zapalny, wzmacniają barierę jelitową, poprawiają funkcjonowanie limfocytów. I tu mamy możliwość wyboru różnych źródeł pokarmowych, zarówno zwierzęcych, jak i roślinnych. Ze zwierzęcych to przede wszystkim ryby, głównie morskie z zimnych akwenów, jak np. śledź, makrela, sardynki. Z pokarmów roślinnych na uwagę przede wszystkim zasługuje siemię lniane, chia, orzechy włoskie.

Ale z tłuszczami wiąże się też działanie niekorzystne. Chodzi tutaj o tłuszcze nasycone i tłuszcze trans. Te tłuszcze trans mamy w różnych produktach przetworzonych, szczególnie produkty takie jak utwardzane tłuszcze, ale nie wszystkie oczywiście, bo mamy również zdrowe metody przetwarzania tłuszczów roślinnych, kiedy kwasy tłuszczowe trans nie powstają. Natomiast niekorzystne jest na przykład długotrwałe smażenie. W trakcie obróbki termicznej w wysokich temperaturach również powstają kwasy tłuszczowe trans. Również sam nadmiar kwasów tłuszczowych nasyconych powoduje, że może dochodzić do nasilenia stresu oksydacyjnego, do rozwijania się w konsekwencji stanu zapalnego.

Inne składniki, o których można wspomnieć, to są witaminy odpornościowe. I tu na pierwszy plan wysuwa się witamina D, ale też witaminy C, A i E. W jaki sposób one działają? Witamina D reguluje funkcje limfocytów, zwiększa produkcję przeciwciał, zmniejsza częstość infekcji. Trzeba starać się zapewnić odpowiednią podaż tej witaminy. Nie ma takich idealnych źródeł witaminy D, natomiast są dobre źródła. Do tych dobrych źródeł należy spożywanie ryb, ale wiemy sami, że w Polsce jednak rybę się je okazjonalnie, powiedzmy raz w tygodniu. I te porcje, które spożywamy nie dostarczają nam odpowiednich ilości tej witaminy. W związku z tym w przypadku 95 proc. populacji konieczna jest suplementacja witaminą D. Natomiast witamina C przede wszystkim chroni przed stresem oksydacyjnym, a stres oksydacyjny może prowadzić do zapalenia, więc ma takie działanie zapobiegawcze, wspiera też neutrofile, skraca czas infekcji. Najlepiej oczywiście witaminę C dostarczać do organizmu z różnymi produktami spożywczymi, bo oczywiście można suplementować. szczególnie jest to polecane w okresie infekcji, ale tak naprawdę to odporności nie wyrabiamy sobie od tak w ciągu kilku minut czy godzin, na odpowiednią odporność trzeba pracować tygodniami, a nawet miesiącami. Dlatego szczególnie należałoby polecić taką dietę, która będzie nam dostarczać różnych pokarmów bogatych w witaminę C. Ona jest podatna na różne procesy przetwarzania, więc najlepiej jest ją spożywać w postaci surowych produktów żywnościowych. Dużo tej

witaminy zawiera np. czerwona papryka, a także owoce, zwłaszcza jagodowe, a szczególnie czarna porzeczka.

Czyli to, co jest popularne, bo Polska jest krajem, gdzie czarnej porzeczki bardzo dużo się uprawia i jest bardzo dostępna, więc wystarczy, że będziemy korzystać z tego, co sami sobie wyprodukujemy.

Naturalnie, wiele osób na przykład na działkach uprawia czarną porzeczkę, która jest naprawdę bardzo dobrym źródłem witaminy C. Dobre są także przetwory z czarnej porzeczki, bo chociaż proces przetwarzania nieco redukuje ilość tej witaminy, to i tak warto z nich korzystać. Ja jeszcze pamiętam czasy, kiedy moja mama przygotowywała właśnie z czarnej porzeczki takie przetwory niegotowane – rozcierało się to z cukrem, umieszczało w słoiczku i pasteryzowało. I to było doskonałe źródło witaminy C.

Jeśli mówimy o odporności, to ważne są też witamina A i witamina E. Witamina A jest przede wszystkim ważna z punktu widzenia uszczelniania błon śluzowych i wspierania różnicowania się komórek odpornościowych. Witamina A występuje dosyć powszechnie, np. w produktach pochodzenia zwierzęcego, w tłuszczach zwierzęcych. Ale też jest w produktach roślinnych prowitamina A, z której organizm wytworzy sobie tą działającą witaminę A. Najwięcej prowitaminy A znajduje się w marchewce. Kolejną witaminą jest witamina E, która chroni błony komórkowe komórek limfocytów. Ta witamina jest w wielu produktach, to na przykład pestki dyni, migdały, produkty zbożowe z owsa.
Pamiętajmy o tym, że dieta to jest sposób żywienia, który powinien być różnorodny, a więc obejmować wiele różnych składników po to, żeby warunkować nasze zdrowie i prawidłowy przebieg różnych procesów w naszym ustroju. I witaminy mają tu istotne znaczenie, ale też składniki mineralne. Na uwagę zasługują tu przede wszystkim cynk, selen oraz żelazo. Jeśli chodzi o cynk, to jest to pierwiastek, który umożliwia dojrzewanie limfocytów, wpływa na syntezę cytokin, hamuje namnażanie niektórych wirusów. Niektórzy suplementują cynk, ale nie jest to konieczne, dlatego, że wiele produktów naturalnie zawiera duże ilości tego cynku. To na przykład pestki dyni, jaja, mięso, nasiona roślin strączkowych. Z kolei selen jest wbudowywany do enzymów antyoksydacyjnych w ustroju i za pośrednictwem tych enzymów pełni swoją rolę, czyli działa antyoksydacyjnie, obniża możliwość wystąpienia stanu zapalnego. Są takie produkty żywnościowe, które tego selenu zawierają dużo, na przykład orzechy brazylijskie. Zawartość jest w nich na tyle wysoka, że wystarczą nam 2-3 orzechy do tego, żeby zapewnić sobie odpowiednią dzienną dawkę selenu. Nie możemy tutaj też przesadzać, dlatego, że możemy wejść w zakres dawek toksycznych. Źródłem selenu są również ryby, jaja. A także mięso drobiowe, kiedy drób dostaje paszę, która ten selen zawiera. Mówię o tym dlatego, że selen w glebach w Europie jest na ogół deficytowy, więc jeśli chodzi o karmienie zwierząt, to muszą być odpowiednie pasze, które zawierają wszystkie składniki. Należy jeszcze zwrócić uwagę na produkty zbożowe, szczególnie jeśli to są produkty importowane. Np. w Kanadzie czy w Stanach Zjednoczonych te gleby są dosyć bogate w selen i np. mąka importowana do produkcji makaronów zawiera właśnie odpowiednie ilości selenu. Żelazo niezbędne jest dla proliferacji limfocytów i tutaj przede wszystkim pełnowartościowym źródłem żelaza jest mięso, ale również jaja, soczewica, natka pietruszki. Tylko ze źródeł roślinnych żelazo jest trudniej przyswajalne, bo ono jest na plus trzecim stopniu utlenienia. Trzeba je zredukować do plus drugiego, tutaj witamina C odgrywa pewną rolę. Najlepiej przyswajalnym źródłem żelaza z pewnością jest mięso.
Ważnym składnikiem diety jest też magnez.

Magnez jest takim pierwiastkiem, który jest bardzo popularny, polecany na wszystko: na zmęczenie, na skurcze. Czy jest to aby na pewno nie przereklamowane?

Niektórzy rzeczywiście muszą suplementować magnez, szczególnie osoby starsze, ale różne inne grupy populacyjne niekoniecznie wymagają suplementacji. No chyba, że jest jakiś długotrwały stres. W przypadku osób, które są narażone na ciągły stres, nie mogą spać, bo wydzielają się duże ilości kortyzolu, czyli takiego hormonu stresu, to rzeczywiście może

magnez pomagać. Wtedy suplementacja tak, ale również warto powiedzieć, że są takie produkty żywnościowe, które ten magnez zawierają, więc niekoniecznie trzeba zaraz suplementować. Po prostu trzeba dostarczać różnych składników w diecie. A jeśli mówimy o różnych składnikach, które mogą być ważne z punktu widzenia działania odporności, to są takie składniki jak polifenole. Te składniki zawarte są w pokarmach roślinnych. To jest cała gama, cała różnorodność tych składników, które mają właściwości antyoksydacyjne. Ten mechanizm działania antyoksydacyjnego jest wieloraki, przede wszystkim jest to redukcja zapalenia w organizmie. Te polifenole, takie jak na przykład kwercetyna, chociażby w jabłkach czy w cebuli, mają istotne znaczenie i w każdym produkcie pochodzenia roślinnego praktycznie mamy bardzo wiele różnorodnych tychże związków. Więc nie tylko ze względu na witaminy, nie tylko ze względu na pierwiastki, ale również ze względu na polifenole warto pokarmy roślinne spożywać.

O mikrobiocie jelitowej mówi się nawet, że to drugi nasz mózg, który determinuje wiele zadań w naszym organizmie, czasami nawet przejmuje i zaczyna zarządzać. Jak to jest z tą mikrobiotą jelitową?

Przede wszystkim należy mieć świadomość, że 70% komórek odporności znajduje się w jelitach, więc mikrobiota jelitowa ma istotne znaczenie. Bez niej nie moglibyśmy egzystować. Mikrobiota jelitowa odpowiada przede wszystkim za produkcję immunoglobulin, na przykład immunoglobuliny A. Chroni nas przed różnymi patogennymi czynnikami i bakteriami, moduluje zapalenie, pozwala na wykształcenie tolerancji immunologicznej, bo oczywiście to, co dostarczamy z pokarmami to są obce antygeny, więc jest to trenowanie takiej tolerancji immunologicznej. Zdarza się, że ta bariera jelitowa jest nieszczelna, jest zespół cieknącego jelita, i efekt jest taki, że dochodzi do występowania przewlekłych stanów zapalnych i przeciążenia odporności. W związku z tym o tą mikrobiotę jelitową trzeba dbać. Różne produkty żywnościowe mogą tą mikrobiotę wspierać, między innymi spożywanie takich produktów jak czosnek, cebula, por, karczochy, szparagi, topinambur. To są produkty, które niosą ze sobą różnorodne rodzaje błonnika. Także niedojrzałe banany są źródłem skrobi opornej, którą zaliczamy do błonnika pokarmowego i ta skrobia oporna jest wykorzystywana jako paliwo przez mikrobiotę jelitową. Warto wymienić też produkty owsiane, nasiona roślin strączkowych, orzechy, jabłka, warzywa liściaste, kiszonki, kefir oraz jogurt. Ta zdrowa mikrobiota przede wszystkim konkuruje z patogenami, zapewnia produkcję krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych, które obniżają pH środowiska, utrudniają zasiedlanie przewodu pokarmowego przez mikrobiotę patogenną, również wzmacniają śluzówkę i reguluje funkcje limfocytów T. Czyli mikrobiota pełni bardzo ważną funkcję w organizmie człowieka.

Niemal zawsze gdy wykupujemy w aptece antybiotyk, słyszymy od farmaceuty, że potrzebny jest probiotyk. I co wtedy?

Trzeba się suplementować, czyli wykupujemy probiotyk i stosujemy według odpowiednich wskazówek. Czyli odbudowujemy tą mikrobiotę jelitową, bo antybiotyki ją niszczą. Ważne jest odbudowywanie, ale nie zapominajmy o tym, że te probiotyki, które dostarczymy sobie, wymagają właśnie tego błonnika pokarmowego. Ważny jest odpowiedni sposób żywienia, czyli dostarczanie wraz z dietą prebiotyków, czyli tych substancji, które będą ważne dla mikrobioty jelitowej.

A jak na naszą odporność wpływa alkohol i palenie tytoniu?

Z punktu widzenia organizmu to są toksyny. Alkohol, palenie papierosów to są bardzo silne inhibitory odporności. Alkohol zaburza mikrobiotę, zwiększa przepuszczalność jelit. Oczywiście nie mówimy tu o niewielkich dawkach alkoholu, aczkolwiek teraz już mówi się o tym, że nawet najmniejsze dawki alkoholu mogą powodować powstawanie nowotworów i zaleca się, aby alkoholu całkowicie unikać. A i z punktu widzenia układu odpornościowego, jest cały szereg niekorzystnych działań. Między innymi alkohol obniża aktywność limfocytów, może pogarszać

sen i rytm dobowy, a sen i rytm dobowy są bardzo ważne dla odporności. Jeśli nie śpimy odpowiednią liczbę godzin, to funkcje układu odpornościowego mogą ulegać zaburzeniu.

Czyli takie ludowe podejście, że na rozgrzewkę coś tam sobie wypijemy, żeby nas wirusy czy bakterie nie dopadły, nie do końca ma potwierdzenie naukowe.

Raczej nie, ale z drugiej strony, jeśli mówimy o takim szybkim podniesieniu odporności, takim ad hoc, to czynniki rozgrzewające mogą mieć tutaj znaczenie. Sam alkohol jest toksyną, ale można coś innego, np. gorącą herbatę, wypić.

Generalnie powinniśmy o odporność naszą dbać przez cały rok, ale czy są jakieś takie złote strzały, które pozwolą nam doraźnie tą odporność podnieść?

Jeśli chodzi o komórki odpornościowe, to z pewnością od razu nie jesteśmy w stanie zadziałać, bo ta odporność rozwija się długo i powoli, ale można szybko poprawić środowisko ich działania, i to w kilka minut czy godzin. Takie działania natychmiastowe ma przede wszystkim nawodnienie – to warunkuje odpowiednią ilość osocza, czyli poprawia transport komórek odpornościowych. Ciepło z kolei poprawia ukrwienie błon śluzowych, aktywuje odporność miejscową, więc jak najbardziej warto spożywać wspomnianą ciepłą herbatę czy jakiś inny płyn rozgrzewający, np. napar z malin. Ważne jest też zapobieganie stresowi, obniża się wtedy poziom kortyzolu, czyli tego hormonu stresu, który hamuje odporność. Nawilżenie błon śluzowych poprawia funkcje immunoglobulin A, stabilizacja glikemii zapewnia paliwo dla limfocytów. Z kolei drzemka zwiększa aktywność komórek NK. Odstawienie alkoholu to jest eliminacja toksyn, unikanie dymu papierosowego również, bo on uszkadza nabłonek oddechowy. Lekki ruch to jest też jeden z ważniejszych elementów tej naszej odporności. Lekki ruch czyli na przykład spacery, marsze, jazda na rowerze. To jest wszystko ważne, poprawia migrację limfocytów i makrofagów do tkanek i pełnienie przez nie odpowiednich funkcji w różnych tkankach naszego ustroju.
Natomiast jeśli chodzi o długoterminowe wzmacnianie odporności, to praca nad tym zajmuje tygodnie, a nawet miesiące. Szacuje się, że taki proces trwa mniej więcej od 4 do 12 tygodni.

Czyli jeśli teraz zaczniemy, to będzie na przednówek.

No właśnie, a powinniśmy już zadbać o to wcześniej, bo mamy właśnie sezon grypy czy różnych infekcji, więc o odporność warto było zadbać już w lecie. Takie odpowiednie żywienie w okresie letnim, kiedy mamy dostęp do różnych produktów żywnościowych, cennych z punktu widzenia pierwiastków, witamin, jest bardzo ważne. Natomiast jeśli mówimy o takim długoterminowym wzmacnianiu odporności, to przede wszystkim prowadzi ona do zwiększenia liczby limfocytów, bo tak ad hoc nie jesteśmy w stanie liczby tych komórek zwiększyć, ale właśnie poprzez takie planowe działania długoterminowe. Takie długoterminowe działanie polega też na odbudowywaniu mikrobioty, uszczelnianiu jelit poprzez odpowiednią funkcję tej mikrobioty, obniżenie stanu zapalnego, stabilizacja stężenia kortyzolu we krwi. Dzięki tym bardzo złożonym procesom jesteśmy w stanie uzyskać tą odporność.
Można powiedzieć, że styl życia, jaki prowadzimy, ma istotne znaczenie. Odporność zaczyna się na talerzu, zależy od jelit. Do produktów żywnościowych, które polecane są w takim długoterminowym wzmacnianiu odporności należą produkty, które służą odbudowie mikrobioty, czyli produkty roślinne, takie jak czosnek, cebula, por. Mówi się o tym, że na przykład przy przeziębieniu warto pić mleko z miodem i z czosnkiem. No ja nie powiem, żeby ten czosnek tak od razu zaczął działać. On działa w trochę inny sposób niż myślimy – allicyna, która zawarta jest w czosnku, ma działanie przeciwdrobnoustrojowe, ale to działanie zostało raczej udowodnione w badaniach laboratoryjnych, natomiast nie ma takich badań na ludziach. Czyli ten czosnek od razu nie zadziała, ale jest takim składnikiem, który służy do odbudowywania mikrobioty.
Produkty, które warto uwzględnić z punktu widzenia uszczelniania jelit, żeby zapobiegać przenikaniu patogenów do ustroju to owoce jagodowe: jagody, borówki, maliny. Ale również

inne produkty – np. jabłka, które mają szczególnie dużo pektyn. Poza tym zielona herbata, kakao, oliwa, awokado, orzechy, siemię lniane, warzywa korzeniowe, szczególnie marchewka. Z kolei produkty żywnościowe, które mogą dostarczać cennych witamin i składników mineralnych to np. tłuste ryby i jaja, które są źródłem witaminy A i żelaza. Papryka, natka pietruszki, czarna porzeczka – to są te podstawowe źródła witaminy C. Aczkolwiek w polskiej diecie tak naprawdę ta witamina C dostarczana jest z ziemniakami, bo tych produktów jemy najwięcej, ale należy też zwracać uwagę na takie źródła witaminy C, które ilościowo tej witaminy dużo zawierają. Marchewka, dynia, bataty to są źródła prowitaminy A czyli beta karoten. Migdały, pestki dyni, pestki słonecznika zawierają witaminę E. Orzechy brazylijskie to selen. Przeciwzapalne są kwasy omega 3, czyli np. ryby. Przeciwzapalnie mogą działać też niektóre przyprawy, takie jak kurkuma, imbir, czosnek, warzywa zielone. A także źródła białka pochodzenia zwierzęcego i dobrze skomponowane źródła pochodzenia roślinnego. Ważna jest też stabilizacja glikemii czyli taki równomierny dowóz tego paliwa dla limfocytów, czyli pełne ziarna, kasze, orzechy.

W przypadku osób, które mają problemy ze snem wsparcie może stanowić spożywanie owoców albo migdałów. Np. owoce kiwi same w sobie są źródłem witaminy C, ale też są źródłem serotoniny, antyoksydantów, kwasu foliowego. Wszystkie te składniki wspierają sen. Banany z kolei są źródłem tryptofanu, a tryptofan jest takim aminokwasem, który jest przekształcany do melatoniny, a melatonina ułatwia zasypianie.

Czyli jemy banana a nie łykamy tabletki.

Może to pomóc, bo co ciekawe, te suplementy nie zawsze są skuteczne. I może warto by było popróbować trochę z odpowiednią dietą. Wspomniałam też o migdałach, które są źródłem magnezu, ale też są źródłem wapnia, i ten wapń jest potrzebny do konwersji tego tryptofanu do melatoniny. Dobre tłuszcze też są potrzebne, wspierają sen, bo stabilizują też glikemię. Oczywiście glikemia zależy od węglowodanów, ale tutaj tłuszcze też mają istotne znaczenie. Także wiśnie są źródłem antyoksydantów, są też źródłem melatoniny, tryptofanu, różnych substancji, które mają korzystne działanie w organizmie człowieka przeciwzapalne.

Podsumowując, trzeba zachować taką codzienną konsekwencję w doborze diety, w naszych zachowaniach, które mogłyby wspierać naszą odporność. Czyli na pewno błonnik i prebiotyki, zdrowe tłuszcze omega 3, witaminy, składniki mineralne, stabilna glikemia (powinniśmy regularnie spożywać posiłki, co 3-4 godziny). Sen i regeneracja także mają istotne znaczenie, trzeba o to zabiegać, żeby móc odpocząć. Nawet jakaś drzemka popołudniowa ma istotne znaczenie. Redukcja stresu, sytuacji konfliktowych – nie zawsze jesteśmy w stanie tego uniknąć, ale starajmy się może jakieś techniki relaksacyjne zastosować. I jeszcze eliminacja toksyn: alkoholu, palenia – to są istotne czynniki, które mogą niestety zaburzyć działanie tego naszego systemu odpornościowego. To co jemy, jak żyjemy przez tygodnie buduje właśnie naszą odporność na kolejne miesiące.

Pewnie wiele osób by jeszcze tutaj zapytało, czy możemy stosować jakieś suplementy. Możemy czasami skorzystać z niektórych suplementów. Np. probiotyki są takimi suplementami, które są ważne w antybiotykoterapii.. To też melatonina, suplement wpływający na rytm dobowy, na sen, co wpływa też na odporność. Laktoferyna wiąże żelazo, ogranicza namnażanie bakterii, ma też działanie przeciwwirusowe. Z kolei kurkumina w suplementach ma działanie przeciwzapalne tylko trzeba pamiętać, że musi być w suplementach również piperyna, która ułatwia przyswajanie składników zawartych w kurkuminie lub też wybierać formy micelizowane tej kurkuminy. Natomiast suplementy nie działają gdy odporność osłabiają na przykład brak snu, przewlekły stres, nikotyna, alkohol, dieta o niskiej jakości. Suplement może być tylko dodatkiem, ale nie może być fundamentem. Fundamentem muszą być składniki odżywcze, odpowiednia porcja ruchu, zdrowy sen z obniżeniem czynników, które mogą powodować stres. To jest wszystko ważne z punktu widzenia odporności. I tylko długofalowe działanie może nam tę odporność podnosić.

28. Szczepienia

prof. Bożena Mikołuć

Gościem prof. Jana Kochanowicza była prof. Bożena Mikołuć z Kliniki Pediatrii, Reumatologii, Immunologii i Chorób Metabolicznych Kości Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Spotykamy się, aby porozmawiać o szczepieniach dzieci. Z jakimi najczęściej obawami, związanymi ze szczepieniami, zwracają się do Pani Profesor rodzice?

Myślę, że za każdym razem rodzice stają przed tym szekspirowskim dylematem: szczepić albo nie szczepić. Tylko, że tak jak w monologu Hamleta Szekspir nie udziela odpowiedzi, tylko mobilizuje nas do mądrego wyboru i mamy albo sytuację, w której biernie poddajemy się temu, co przynosi nam życie, albo też staramy się być aktywni i poszukiwać bardziej twórczych i realnych odpowiedzi. I w oparciu o swoje własne doświadczenie lekarza, mogę powiedzieć, że te obawy co do szczepień są definiowane przez dwa pytania. Pierwsze pytanie dotyczy bezpieczeństwa szczepień. Pamiętam, że podczas naszego pierwszego spotkania mówiliśmy o tym aspekcie i chcę podkreślić, że szczepienia, obok naprawdę niewielu leków i produktów farmaceutycznych są preparatami, które mają największą analizę bezpieczeństwa. Mamy monitorowanie tego bezpieczeństwa zarówno krótkoterminowe jak i długoterminowe. To bezpieczeństwo szczepień jest już od momentu tworzenia szczepionki, 4 fazy badań klinicznych. Mamy też badania, które dotyczą immunogenności szczepionki, to znaczy tego jak nasz organizm odpowie na tą szczepionkę i czy rzeczywiście na nią odpowie. I tutaj bierze się pod uwagę każdy aspekt – zarówno rodzaj antygenu, czyli to czy w tej szczepionce znajduje się na przykład cała bakteria, czy tylko fragment tej bakterii, a może toksyna, która jest wydzielana przez tą bakterię, czy znajduje się tam fragment danego wirusa. Dobiera się rodzaj tego antygenu, tego czynnika, który ma stymulować nasz układ odporności, ustala się dawkę, która powinna być zawarta w szczepionce. Ustala się również drogę podania takiej szczepionki. Drugi aspekt, który jest bardzo ważny w bezpieczeństwie, to jest skuteczność tych szczepień. Ona też może być rozpatrywana w skali mikro i w skali makro, ale taka skuteczność rzeczywista wiąże się z tym, żeby po prostu zahamować, czy przerwać transmisję danego patogenu, który może spowodować wystąpienie danej choroby. Analizujemy bezpieczeństwo szczepionki nie tylko w etapie badań klinicznych, na małej i większej grupie ochotników. Ale wprowadzenie danej szczepionki populacyjnej też nie zwalnia z analizy bezpieczeństwa szczepień, ponieważ w każdym momencie mamy możliwość monitorowania niepożądanych odczynów poszczepiennych. Nawet kwalifikacja pacjenta do szczepienia, zbieranie wywiadu uwzględnia

pytanie dotyczące tego, czy po pierwszej czy drugiej dawce szczepionki wystąpiły jakiekolwiek niepożądane odczyny poszczepienne. I jeżeli tak, to wtedy lekarz podejmuje stosowne decyzje.

A to drugie pytanie, które rodzice często mi zadają, to jest pytanie: dlaczego moje dziecko ma otrzymać taką ilość szczepionek. Pytanie jest bardzo ważne i zasadne. Często jest tak, że aby uodpornić dziecko przeciwko danemu patogenowi, danej bakterii czy danemu wirusowi, dziecko musi otrzymać kilka dawek tej samej szczepionki. I rodzice są zadziwieni dlaczego tak się dzieje. Warto tu powiedzieć, że szczepionka jest tak skonstruowana, ma zawartość takiej ilości antygenów, że przygotowuje dziecko do wyprodukowania docelowej ilości substancji odpornościowych i komórek układu odporności. Pierwsza dawka spowoduje pobudzenie układu odporności, produkcję pewnej ilości immunoglobulin, ale one jeszcze nie są wystarczające, nie są zabezpieczające, więc podajemy kolejne dawki. Czasami takich dawek musimy podać 2 albo 3, czasami więcej, ale to jest wszystko po to, żeby tak stopniowo, bardzo łagodnie przygotować układ odporności dziecka do kontaktu z naturalnie występującym patogenem.
Można tutaj takie porównanie wprowadzić – proszę sobie wyobrazić, jak się może zachować ktoś, kto nie uprawia boksu i jest wystawiany na ring.

Wtedy ten pobyt na ringu jest bardzo krótki.

Tak, oczywiście. Dlatego musi wcześniej trenować, musi się przygotować do takiego kontaktu z przeciwnikiem, który jest groźny. I też tak jest w naszym układzie odporności. Podajemy jedną, czasami 2-3 dawki szczepionki po to, żeby w punkcie końcowym wyprodukować tę stosowną ilość substancji odpornościowych i jeżeli dojdzie do kontaktu z takim groźnym przeciwnikiem, to żeby nas nie zmiótł jednym pociągnięciem.

Najlepszym nauczycielem jest powtarzanie. Ja pamiętam jeszcze ze studiów sentencję: „repetitio mater studiorum es".

Tak, dlatego istnieje potrzeba wprowadzenia dawek przypominających, bo nawet jeżeli wyprodukujemy stosowną ilość substancji, które mają nas chronić, to te substancje struktury białkowe ulegają zanikowi, zmniejsza się ich ilość i co jakiś czas musimy podać dawkę przypominającą, żeby stężenie było na tyle skuteczne, aby zwalczyć naturalny kontakt z patogenem.

Dlatego też większość szczepień wymaga później uzupełniających, przypominających szczepień w wieku dorosłym. Rodzice też często mają wątpliwości, że szczepimy się na choroby, z którymi na co dzień nie mamy do czynienia. A skoro udało się nam już pozbyć tych chorób, czy tak ważne jest to szczepienie np. na odrę czy krztusiec?

To jest bardzo ważne i powinniśmy się szczepić. Wspomniałam już o tym, że odpowiedź naszego organizmu na szczepienie nie jest odpornością stałą, że ona się zmniejsza. Mamy komórki pamięci immunologicznej i musimy je trochę podstymulować, żeby przypomnieć im o tym, że potencjalnie mogą mieć kontakt z naturalnym patogenem. Szczepienie jest też ważne dlatego, że zapewnia tak zwaną odporność zbiorowiskową. Np. w przypadku odry, żeby zapobiec rozprzestrzenianiu się tego patogenu, to wyszczepialność powinna być powyżej 95%. Czyli powyżej 95% społeczeństwa powinno być zaszczepione od odry, ażeby nie doszło do wybuchu epidemii, żeby nie doszło do nawrotu tej choroby. Natomiast w sytuacji, gdy spadnie poniżej 92%, to już jest ryzyko. Podobnie jest z krztuścem. Około 94% społeczeństwa powinno być zaszczepione. Z kolei w przypadku ospy wietrznej około 80%. Wszystko zależy od zjadliwości patogenu i dlatego też nie ma jednej wartości, która by zdefiniowała jaki procent społeczeństwa musi być uodporniony, ażeby nie doszło do rozwoju epidemii. Ale w przypadku tych najgroźniejszych chorób, stopień wyszczepialności powinien być powyżej 95%. Wtedy także te osoby, które nie mogą być zaszczepione z różnych powodów, będą dzięki temu chronione. To etyka i odpowiedzialność za to, co dotyczy nie tylko nas, ale też społeczeństwa.

Polska jest w kręgu krajów, gdzie te szczepienia były realizowane, teraz zaczynamy to kontestować. Natomiast jednocześnie nazywamy się obywatelami świata i chcemy podróżować. Czy podróże z niezaszczepionym dzieckiem po świecie są rozsądne?

Stanowią duże ryzyko. Dotyczy to zarówno populacji wieku dziecięcego, jak też osób dorosłych. Lekarze nie naruszają autonomii rodziców, starają się pomóc im dokonywać prawidłowych wyborów, ale rodzice powinni być świadomi, że jeżeli się decydują na to, że wyjeżdżają z dzieckiem niezaszczepionym, muszą liczyć się z konsekwencjami tego. Dużo jest informacji, które mówią o tym, że jeżeli będziemy przyjmowali dużą ilość witaminy C, witaminy D, będziemy prawidłowo się odżywiali, to nie zachorujemy i nic nam nie grozi i nie musimy się szczepić. Absolutnie nie neguję wartości i znaczenia witaminy D i C, czy też roli prawidłowego żywienia, natomiast to nie jest wystarczające, żeby dziecko nie zachorowało. Mamy tak zwaną odporność naturalną wrodzoną, do której się bardzo często odwołują ruchy antyszczepionkowe, argumentujące że przecież dziecko, które się rodzi, ma swoją odporność naturalną i powinno się naturalnie bronić przed zachorowaniami.

Ale ta odporność jest tylko przez 6 miesięcy.

Odporność naturalna to są komórki układu odporności, to są też substancje odpornościowe, które dojrzewają w naszym organizmie. Natomiast ta druga strona to jest tak zwana odporność nabyta i ona tak naprawdę warunkuje to, czy będziemy chorowali, czy też nie i w jaki sposób będziemy chorowali. I jedna i druga odporność jest ważna. Potrzebujemy odporności nabytej i ułatwieniem dużym dla naszego układu odporności jest to, że dostajemy właśnie dawkę szczepionki czy kilka dawek szczepionek, bo przygotowujemy się do tego najważniejszego starcia na ringu, czyli do tego kontaktu z patogenem, który może mieć dramatyczne w skutkach następstwa.

Mamy kalendarz szczepień. Co przez to rozumiemy i o jakich szczepieniach mówimy?

Mamy tak zwany program szczepień ochronnych, który jest dedykowany zarówno dla dzieci, dla osób dorosłych i jak również dla pacjentów z grupy ryzyka. On jest tak skonstruowany, żeby chronić dziecko w tym okresie jego życia, w którym kontakt z naturalnym patogenem może być dla niego trudny, w tym sensie, że może spowodować ciężkie, zagrażające życiu powikłania. Dzięki realizacji tego programu szczepień ochronnych dziecko jest zabezpieczone. Często rodzice boją się i odmawiają szczepień, bo mogą wystąpić niepożądane odczyny poszczepienne. Możemy zaproponować rodzicom dostęp do danych i zwrócić im uwagę na to, z jakich źródeł mogą korzystać, że to nie tylko informacje, które negują szczepienia, ale też są informacje podawane przez profesjonalistów, oparte na dowodach naukowych i faktach. I byłoby dobrze, żeby rodzice sami podjęli decyzję z jakich źródeł będą korzystać, czy będzie to wiedza, która jest oparta na faktach, czy też nie. Rzeczywiście to jest trudne. Ja się przychylam do stwierdzenia, że żyjemy w świecie braku autorytetów. Żyjąc w takim świecie braku autorytetów, czy powołując się na Karonia – w czasach antykultury, to podejmowanie takich decyzji jest naprawdę bardzo trudne. Nie neguję rodziców, którzy nie chcą szczepić, oni boją się wykonać szczepienia, bo nie mają wiedzy, boją się niepożądanych odczynów poszczepiennych. Transparentność polega na tym, że mówimy o tym, że mogą wystąpić takie objawy. Jeżeli po podaniu szczepionki obserwujemy niepożądane odczyny poszczepienne, to co by się mogło wydarzyć, gdyby organizm miał kontakt z naturalnym patogenem.

Zapomnieliśmy o epidemiach, które przetaczały się przez Europę i nie tylko, gdzie setki tysięcy ludzi, a nawet miliony umierało z tego powodu, że szczepień wtedy nie było. To chociażby epidemie ospy, a nawet ostatnia epidemia COVID-19, gdzie zanim nie pojawiło się szczepienie, wiele osób straciło życie i zdrowie.

Tak panie profesorze, tak właśnie jest, że my żyjemy w tej ironii sukcesu, zapominamy o tym, jak wyglądają zachorowania na choroby zakaźne. Studenci medycyny też nie widzą w szpitalu typowych przypadków odry, świnki różyczki, wielu chorób, które kiedyś dziesiątkowały świat.

Bo są szczepienia.

Tak, dlatego że szczepienia powodują wygaszenie ogniska, zatrzymują transmisję patogenu i dzięki temu tego nie obserwujemy. Ale tak jak powiedziałam, z tyłu głowy, zawsze powinniśmy mieć tego świadomość, poczucie odpowiedzialności, że jeżeli będziemy rezygnować z tych szczepień, to niestety, ale ogniska starych chorób będą wracały.

Czy szczepionki można łączyć? Czy możemy w trakcie jednej wizyty dokonać kilku szczepień?

Tak właśnie jest w kalendarzu szczepień, że podczas jednej wizyty podawane są 2-3 szczepionki, tak zwane szczepionki skojarzone, czyli kojarzymy w jednej ampułce, w jednej szczepionce, różnego typu patogeny. Zgodnie z dostępną wiedzą to są szczepionki, które nie nasilają niepożądanych odczynów poszczepiennych, więc nie powinniśmy się ich bać. A jest lęk rodziców, że jedna wizyta i 3-4 wkłucia. Można wtedy zaproponować, jeżeli istnieje taka możliwość, aby rozłożyć szczepienia na 2 wizyty. To nie powinno być praktyką dnia codziennego, ponieważ antygeny, które są zawarte w szczepionkach, to są małe dawki. Czasami niektóre z nich działają na zasadzie takiego adiuwanta, czyli czegoś takiego, co zwiększa nawet odpowiedź immunologiczną na dany patogen. Widzimy zalety szczepienia szczepionkami skojarzonymi, ponieważ jest wtedy mniejsza ilość wkłuć, mniej wizyt u lekarza i rodzice bardzo często korzystają ze szczepionek skojarzonych. One są w Polsce płatne, tylko niektóre z nich dla pacjentów z określonych grup ryzyka są bezpłatne.

Jak jest zorganizowane szczepienie dla osób najbardziej narażonych na zachorowanie?

Dla takich pacjentów przygotowujemy tak zwane indywidualne kalendarze szczepień. Indywidualny kalendarz szczepień możemy przygotować też w wyjątkowych sytuacjach dla pacjenta zdrowego, kiedy została pominięta dana dawka, czy też pacjent musiał wyjechać, czy też rodzice nie byli jeszcze gotowi na szczepienie. Indywidualne kalendarze szczepień przygotowujemy dla tych dzieci, które nie mogą mieć zrealizowanego obowiązującego programu szczepień ochronnych.
Jeżeli dany pacjent jest np. po przeszczepieniu szpiku, z niedoborem odporności, w sytuacjach kardiologicznych np. z wadą serca, z wyciekiem płynu mózgowo-rdzeniowego, czy też po splenektomii, wtedy lekarz, który zajmuje się tym pacjentem, może zaproponować konsultacje u specjalisty. I specjalista podejmie decyzję, czy dziecko może być szczepione czy też nie. Specjalista analizuje całą dokumentację pacjenta i podejmuje decyzję jakie szczepionki mogą być podane, w jakim odstępie czasowym. Profesjonaliści opracowują takie standardy realizacji szczepień w chorobach przewlekłych, czyli np. dla pacjentów po przeszczepieniu szpiku, bez śledziony czy pacjentów neurologicznych.

Czyli jeśli rodzice mają wątpliwości i nie szczepią swoich pociech, a po wysłuchaniu naszej audycji podejmują decyzję o tym, że jednak chcą, aby dziecko było szczepione, to mimo że już jest opóźnienie w stosunku do naturalnego kalendarza szczepień, taki plan szczepienia zostanie dla danego dziecka indywidualnie przygotowany i będzie mogło ono przejść cały proces i uzyskać odporność, która uchroni je przed ewentualnymi infekcyjnymi zagrożeniami?

Tak, tylko tutaj od razu chcę podkreślić, że pewne szczepionki mają limit wiekowy, dlatego między innymi, że zachorowanie w późniejszym wieku nie jest aż tak groźne, więc ilość tych dawek będzie inna. Jest też inny skład takich szczepionek. Natomiast jest to możliwe i jest to praktykowane. Przypomniało mi się teraz takie zdarzenie z mojego doświadczenia jako lekarza w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, kiedy pani przedszkolanka jednego z przedszkoli zachorowała na meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Kiedy ta informacja dotarła do rodziców, to prawie cała grupa przedszkolna zgłosiła się do SOR z prośbą o pomoc. I pamiętam, że pierwszą osobą, która przyszła, była mama z synkiem, który do tej pory nie był szczepiony. Ale w sytuacji, kiedy dotknęła problemu, wyraziła chęć zrealizowania szczepienia. Miałam też takie doświadczenie podczas jednego z dyżurów, kiedy dziecko zostało pogryzione przez psa i była potrzeba

podania szczepionki. I rodzice, którzy też wcześniej byli niechętni i nie realizowali szczepień, w kontakcie z realnym zagrożeniem podjęli decyzję, że będą szczepić i poprosili o przygotowanie takiego indywidualnego kalendarza szczepień. Często jest tak, że kiedy dotykamy problemu realnie, zmieniamy też swoje spojrzenie na dany problem.

To przykłady bardzo stresujące, traumatyczne, zarówno dla rodziców, jak i dla dziecka. Mniej traumatyczna będzie realizacja programu szczepień zgodnie z jego naturalnym przebiegiem. Pani profesor już mówiła, ale chciałbym żebyśmy jeszcze przypomnieli w takim podsumowaniu – co to jest ta odporność populacyjna?

Odporność populacyjna mówi nam o tym, jaki procent osób w danym społeczeństwie powinna być zaszczepiona, czyli powinna otrzymać szczepionkę, żeby zahamować transmisję danego patogenu. Ta odporność zbiorowiskowa ma bardzo duże znaczenie, dlatego, że dzięki temu, że odpowiedni procent populacji, np. w przypadku odry 95% dostanie szczepionkę i będzie uodpornionych, istnieje duża szansa, duże prawdopodobieństwo, że ognisko odry nie ulegnie reaktywacji. Szczepienia populacyjne są bardzo ważne, bo dzięki nim chronione są osoby najsłabsze. Chronione są dzieci, które nie mogą być szczepione, osoby starsze, które z powodu chorób przewlekłych nie mogą otrzymać szczepionki. W trosce o tych najsłabszych, powinniśmy pamiętać o realizacji szczepienia. Czyli ta odporność zbiorowiskowa zabezpiecza osoby, które nie mogą być szczepione, ona wygasza ogniska, łamie transmisję patogenu i powoduje, że mamy korzyści społeczne. Jest też kwestia służby zdrowia, bo dziecko trafia z chorobą zakaźną do szpitala, a jeżeli stan dziecka się pogorszy, to z kliniki chorób zakaźnych może trafić na oddział intensywnej terapii. Ryzyko powikłań w przypadku braku szczepienia może być naprawdę dramatyczne i tutaj też mogłabym podać wiele przykładów dzieci, które ze względu na brak szczepienia zmarły. Dzieci chorują często z godziny na godzinę i w związku z tym przebieg tych zakażeń jest naprawdę dramatyczny, kończący się ciężkimi powikłaniami. Warto jest mieć tego świadomość.

Jak wspierać rodziców w podejmowaniu świadomej decyzji, aby podjęli decyzję o szczepieniu dzieci?

Z mojego doświadczenia wynika, że najkorzystniejszą formą takiego porozumiewania się z rodzicami to jest rozmowa. To jest indywidualny kontakt z rodzicami, kiedy mamy czas na to, żeby wysłuchać ich obiekcji, ich lęków, odpowiedzieć na ich pytania i to jest najlepsza forma. Często podczas wizyty nie ma na to czasu. Zgodnie z ustawą, w Polsce szczepienia leżą po stronie lekarza rodzinnego. Lekarz rodzinny ma wiedzę i doświadczenie, ale czasami jest też tak, że nie ma wystarczającej ilości czasu, żeby na każde pytanie odpowiedzieć. To jest kwestia też autorytetu, są lekarze, którzy potrafią przekonać do szczepienia i tacy, co do których rodzice uważają, że nie poświęcił im wystarczającej ilości czasu, żeby ich przekonać.

Dlatego też w radiu powtarzamy naszą audycję, zawsze możemy ją też odsłuchać, korzystając ze strony internetowej. A jeśli ktoś nie znajdzie odpowiedzi na swoje wątpliwości, zawsze może do nas napisać, będzie to temat na kolejną audycję. A jakim przesłaniem możemy zakończyć nasze dzisiejsze spotkanie?

Chciałabym zakończyć czymś optymistycznym. W województwie podlaskim liczba odmów szczepień nie jest aż tak bardzo wysoka w porównaniu do całej Polski. Tylko 4% populacji od 0 do 17 roku życia nie ma w pełni zrealizowanych szczepień. A druga rzecz to jest to, o czym mówił niedawno pan doktor Paweł Grzesiowski, główny inspektor sanitarny w Polsce, że w pierwszym roku życia właściwie nie ma takiej szczepionki, która by była podana dla mniej niż 95 procent populacji. Miejmy nadzieję, że te audycje które prowadzi pan profesor też przyczyniają się do tego, że może zmienia się trochę optyka spojrzenia na szczepienia.

29. Chirurg czy robot?

dr n. med. Robert Kozłowski

Gościem prof. Jana Kochanowicza był dr Robert Kozłowski z Kliniki Urologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, kierujący oddziałem urologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku, konsultant wojewódzki ds. urologii

Tematem naszego spotkania jest odpowiedź na pytanie: chirurg czy robot? Ja ze studiów pamiętam, że nauka rzemiosła chirurgicznego to jest trochę robotyka, nauczenie się czynności powtarzalnych i sprawne ich wykonywanie. To po co robot?
Na pytanie chirurg czy robot odpowiedź jest prosta: zdecydowanie chirurg. Chirurgia w dobrym wykonaniu jest sztuką. Sztuka musi być oparta na dobrym rzemiośle. Dobry rzemieślnik wykonuje prawidłowo swoją pracę, ale wiemy, że tych prawdziwych wirtuozów w każdej dziedzinie czynności manualnych nie jest tak wielu. Robot jest tak naprawdę narzędziem wspomagającym chirurga. To chirurg steruje ruchami robota. Obecna generacja robotów w medycynie to są bardziej manipulatory, zaawansowane, ale pozbawione ruchów autonomicznych. Każdy ruch jest zadawany, sterowany i kontrolowany przez chirurga. Dokładność tego typu chirurgii polega na tym, że te ruchy są przenoszone bardzo precyzyjnie, mamy wymiarowanie ruchów, czyli szeroki, zamaszysty ruch chirurga jest przenoszony na bardzo precyzyjny, dokładny, milimetrowy ruch narzędzi robotowych w polu operacyjnym. Operujemy w olbrzymim, nawet 40-krotnym powiększeniu, porównywalnym z mikroskopem optycznym. Pole operacyjne o średnicy 2-3 mm jest przedstawione na ekranie, w przestrzeni trójwymiarowej, a w zaawansowanych robotach ten obraz w konsoli chirurgicznej jest generowany cyfrowo. To pozwala na jeszcze większą precyzję ruchów. Czyli roboty to olbrzymi krok w chirurgii, ale nadal to chirurg odpowiada za przebieg operacji, bez niego nic się nie dzieje.

W rozwoju chirurgii była najpierw chirurgia klasyczna, gdzie chirurg robił nacięcie i to co zobaczył mógł zoperować. Kolejnym krokiem były zabiegi laparoskopowe, endoskopowe. Czy to nie wystarczyło?
Technologia idzie do przodu, im więcej nowości, tym szybciej są adoptowane przez medycynę. Moja specjalizacja – urologia – ma to szczęście, że jesteśmy cały czas na forpoczcie tych nowych technologii. Pierwsza laparoskopia była wykonana tak naprawdę cystoskopem, narzędziem, które postanowiono wykorzystać do wprowadzenia do jamy brzusznej i wykonania diagnostyki, a potem coraz bardziej zaawansowanych zabiegów chirurgicznych.

Wydawało się, że trudno będzie dołożyć coś więcej. Wielu starszych chirurgów operowało nadal klasycznie i wśród pacjentów pokutowało nawet takie powiedzenie, że chirurg musi włożyć rękę i dotknąć palcami, a nie narzędziami, czy jak to mówiono „patykami". Dzisiaj wszyscy już się do operacji małoinwazyjnych przyzwyczaili i pacjenci dopytują się właśnie o te zabiegi.
Ja byłem w grupie tych, którzy wykonywali pierwsze zabiegi robotowe w Polsce. Białostocki szpital wojewódzki był pierwszym publicznym szpitalem, w którym zaczęto wykonywać te operacje na oddziale urologii. Robot na początku budził trochę strach, brak przekonania pacjentów. Teraz, podobnie jak kiedyś z laparoskopią, pacjenci dopytują czy na pewno zabieg będzie wykonany robotem, mimo że nie we wszystkich typach zabiegów ma to sens.

Korzyści z wykonywania operacji robotycznych dla chirurga to możliwość zobaczenia w bardzo dużym powiększeniu, wykonywanie bardzo precyzyjnych ruchów. Lekarz czuje się przez to pewniej. A jakie są korzyści dla pacjenta?
Część z tych wymienionych korzyści to także korzyści dla pacjenta. Większa precyzja wpływa na mniejszą inwazyjność tych zabiegów i mniejszą ilość powikłań. Czucie bólu pooperacyjnego jest znikome, znacznie mniejsze nawet w porównaniu do zabiegów laparoskopowych. To czucie bólu jest tak małe m.in. dzięki temu, że nacięcia, które wykonuje chirurg wprowadzając i dokując system robotowy przy pacjencie, są nieruchome podczas całej operacji. One stanowią oś obrotu narzędzi, ale nie ma tu nacisku na skórę, na powłoki pacjenta, co daje mniejsze czucie bólu w przebiegu pooperacyjnym. Przy operacjach laparoskopowych chirurg używa powłok jako taką dźwignię, ten nacisk istnieje i czucie bólu jest większe niż w operacjach robotowych, chociaż mniejsze niż przy operacjach klasycznych.
W operacjach robotowych tym ogromnym, robiącym wrażenie urządzeniem, jego czterema ramionami steruje jeden chirurg. Wszystko ma pod kontrolą w konsoli chirurgicznej. Mamy dwie manetki, jest też sześć pedałów, co pozwala na sterowanie kamerą, przybliżanie i oddalanie obrazu, sterowanie diatermiami. I tak jak trzeba nauczyć się prowadzenia samochodu czy samolotu, trzeba się nauczyć sterowania konsolą chirurgiczną i systemem robotowym.

Jakie schorzenia kwalifikują się do operacji robotycznych?
Operacje robotowe wykonywane są od wielu lat, pierwsze odbyły się w USA, w 2000 i 2001 r. Pierwsze operacje były urologiczne. Taką dedykowaną operacją jest zabieg usunięcia gruczołu krokowego z powodu choroby nowotworowej. Ale teraz mamy tak dynamiczny rozwój robotyki, że wchodzi ona praktycznie we wszystkie dziedziny chirurgiczne, ale nie każda operacja, nie każde położenie anatomiczne daje możliwość wykorzystania plusów systemu robotowego. Lepsze wyniki pooperacyjne uzyskujemy tam, gdzie mamy do czynienia z miejscami anatomicznymi o trudnym dostępie chirurgicznym. I tak np. w urologii, gruczoł krokowy jest położony bardzo głęboko w miednicy mniejszej, jest schowany za kośćmi spojenia łonowego. Operując klasycznie operujemy trochę po omacku, wyczuwając niektóre struktury palpacyjnie. Laparoskopia jest z kolei ograniczona dostępem, kątami widzenia, wprowadzenia optyki, trudno zajrzeć w najgłębiej położone miejsca w miednicy mniejszej. Robot eliminuje wszystkie te minusy i pozwala na bardzo dokładne wzierniko wanie i oglądanie całego pola operacyjnego. Natomiast operacje robotowe w łatwo dostępnych miejscach nie mają już tak dużej przewagi nad operacjami laparoskopowymi. NFZ refunduje przede wszystkim te dedykowane operacje, gdzie te korzyści są największe. To zabieg droższy niż klasyczne czy laparoskopowe, same narzędzia kosztują. Dlatego korzyści muszą być widoczne.

Pacjent z nowotworem prostaty zostaje zakwalifikowany do zabiegu robotycznego. Czy to wymaga jakiegoś szczególnego przygotowania z jego strony?
Proces jest taki sam jak przy operacjach klasycznych czy laparoskopowych.
Mamy ustalony schemat profilaktyki, czyli nadzoru nad zdrowiem mężczyzny. W listopadzie mieliśmy akcję Movember i chyba większość panów miała okazję się przebadać, a przynajmniej została zmobilizowana, aby dbać o swoje zdrowie.

Ale jeszcze na pewno sporo panów o tym dopiero pomyśli.
Zachęcam. Przypomnę, że mamy dwa proste badania. Jedno to badanie krwi - oznaczenie PSA, to specyficzny antygen prostaty. To proste, niedrogie badanie, które można wykonać w każdym laboratorium. Raz do roku takie badanie powinien zalecić każdy lekarz rodzinny pacjentowi po 40., a już na pewno po 50. roku życia. To już połowa sukcesu. Drugie badanie to badanie przez dotyk, czyli wykonywane palpacyjnie, per rectum, przez specjalistę urologa. Częstość wykonywania tych badań jest ustalona na podstawie badań naukowych i rekomendacji towarzystw naukowych. I raz na 2 lata każdy mężczyzna po 50. roku życia powinien taki zestaw badań przejść. Panowie z wywiadem choroby nowotworowej w rodzinie powinni wykonywać te badania raz do roku, najlepiej od 40 roku życia. Do 40 r.ż. panowie powinni zwracać uwagę na mosznę, jądra, po 40-50. roku życia - na prostatę. Częstość zachorowań na raka prostaty rośnie z wiekiem, im starszy mężczyzna, tym większe ryzyko. Natomiast po 75-, 80- roku życia można zapomnieć o urologu, bo są to nowotwory bardzo wolno rosnące. Mężczyzna po 80-tce może przez kolejne 20 lat nie mieć żadnych objawów i powikłań wolno rozwijającej się choroby. W wielu krajach nie refunduje się wówczas nawet badań PSA.

Czy podwyższony wynik PSA zawsze świadczy o chorobie nowotworowej? Bo zanim dojdziemy do urologa może trochę czasu upłynąć i wywołać wiele stresu.
O podejrzeniu tak, ale to nie jest rozpoznanie choroby nowotworowej, bo szereg innych chorób może wpływać na podwyższenie stężenia PSA. To np. różne choroby zapalne gruczołu krokowego, przebyte infekcje układu moczowego. PSA nie jest badaniem idealnym do rozpoznawania, bo jest obarczone niską czułością i niską specyficznością w pewnym zakresie badań. Wynik do 4 ng/ml uznajemy za prawidłowe stężenie, ale jeżeli ktoś ma powyżej 4, to taki wynik może wywołać panikę, często niepotrzebnie. Potrzebna jest wtedy konsultacja, aby wykluczyć obecność stanów zapalnych, jeśli są to należy je przeleczyć, a pacjent powinien być obserwowany. Jeżeli nadal mamy wątpliwości, przechodzimy do kolejnych etapów diagnostyki. Wykonujemy rezonans magnetyczny gruczołu krokowego, przeprowadzony według protokołu PIRADS, a kolejnym krokiem jest biopsja podejrzanych w rezonansie miejsc. Dopiero wynik biopsji daje możliwość rozpoznania lub wykluczenia choroby nowotworowej.
Czyli nie należy panikować po wykonaniu badania PSA, tylko skonsultować się z urologiem, a ten też nie powinien zbyt pochopnie wykonywać zbyt szybkiej diagnostyki. Biologię choroby nowotworowej gruczołu krokowego mamy naprawdę świetnie poznaną, schematy są opracowane naukowo i zalecenia są bardzo konkretne.

Często zachęcamy naszych słuchaczy do jazdy na rowerze. Czy długotrwałe przebywanie w pozycji siedzącej na siodełku może zafałszować wynik PSA?
Raczej nie. W pozycji siedzącej na siodełku rowerowym jadąc aktywnie możemy tylko sobie poprawić zdrowie. Wszelka aktywność ruchowa jest jak najbardziej wskazana. Ćwiczenia fizyczne wręcz zmniejszają ryzyko wielu chorób, także nowotworowych, a po leczeniu choroby nowotworowej zmniejszają ryzyko nawrotów. Pacjenci często pytają, kiedy będą mogli znowu jeździć rowerem. Odpowiadamy: kiedy przestanie boleć. Bo pacjenci są operowani w okolicy krocza, więc siodełko będzie uciskało to miejsce i pewien dyskomfort można czuć. Natomiast jeżeli potencjalnie zdrowy mężczyzna odczuwa dolegliwości bólowe podczas jazdy na rowerze, bardziej to świadczy o stanie zapalnym. Wtedy też warto zgłosić się do urologa, zobaczyć co się dzieje.

Jak wygląda leczenie pacjenta ze zdiagnozowanym nowotworem gruczołu krokowego?
Zaznaczę, że pacjent powinien mieć przedstawione różne metody leczenia już podczas pierwszej konsultacji z lekarzem. Trzeba wiedzieć, że przy wczesnym rozpoznaniu raka gruczołu krokowego niskiego ryzyka progresji, opcją nr 1 jest metoda leczenia polegająca na aktywnym nadzorze. Powinno to być bardzo dokładnie przedstawione pacjentowi, aby nie wyszedł z gabinetu z poczuciem, że lekarz powiedział, że ma raka i kazał przyjść za rok. Nie

każdego pacjenta niskiego ryzyka musimy natychmiast operować. Mogą oni przez kilka, a nawet kilkanaście następnych lat unikać leczenia radykalnego. Mamy dobrze opracowany schemat obserwacji tych pacjentów. To okresowe wykonywanie konkretnych badań: PSA powinno być wykonywane raz na 3 miesiące, rezonans gruczołu krokowego po roku jako badanie kontrolne, aby ocenić czy są cechy progresji. Często jej nie ma i prawie 1/3 pacjentów unika w ciągu kilku lat konieczności leczenia radykalnego. Nawet tak doskonale metody jak leczenie chirurgiczne czy radioterapia są obarczone ryzykiem powikłań. One występują coraz rzadziej, są coraz mniej uciążliwe, ale przed wykonaniem operacji czy napromieniania nigdy nie wiemy czy do nich nie dojdzie.
I tą opcję nr 1 zawsze należy rozważyć, ale też wiele zależy od psychiki pacjenta, tego czy jego rodzina to akceptuje.
Druga opcja to leczenie radykalne – operacja chirurgiczna lub radioterapia, ich skuteczność jest podobna. To pacjent decyduje o wyborze metody. U pacjentów z wczesnym rozpoznaniem nowotworu gruczołu krokowego ilość powikłań po operacjach robotowych jest nieco mniejsza niż przy innych metodach chirurgicznych czy napromienianiu. Operacja może wystarczyć w 70-80 proc. przypadków pacjentów. Ok. 1/4 wymaga leczenia uzupełniającego. Napromienianie pooperacyjne części pacjentów ma na celu dokończenie planu leczenia, a tym planem jest całkowite wyleczenie pacjenta.

Jak wygląda przygotowanie do zabiegu robotycznego?
Jak do każdego innego zabiegu. Przeciwwskazaniem są liczne blizny w miednicy mniejszej, bo one mogą utrudniać każdy rodzaj procedury chirurgicznej. Także stan układu krążenia i oddychania, ponieważ przy operacjach małoinwazyjnych, robotowych i laparoskopowych, pacjent jest układany w pozycji Trendelenburga, czyli 30 stopni głową w dół, co może utrudniać pracę układu oddechowego czy układu krążenia, u pacjentów obciążonych chorobami tych narządów.
Jeżeli pacjent kwalifikuje się do zabiegu, znowu pośpiech nie jest wskazany. Zaleca się, aby po biopsji upłynął czas około 8-12 tygodni, aby tkanka zagoiła się. Operacja będzie wtedy bardziej precyzyjna, bo nie ma krwiaków. Pośpiech nie zmienia tu niczego w prognozowaniu przebiegu choroby. Należy też wykonać badania diagnostyczne ustalające stopień zaawansowania choroby. To z reguły tomografia komputerowa, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej. Potrzebna jest też ocena potencjalnych przerzutów do układu kostnego. NFZ zaleca tu scyntygrafię układu kostnego u każdego pacjenta kwalifikowanego do operacji robotowej, co z medycznego punktu widzenia nie jest konieczne, to mnożenie kosztów. Jeżeli pacjent przejdzie etap diagnostyki, mamy ustalony stopień zaawansowania choroby, podejmujemy decyzję o zabiegu metodą robotową, ustalamy termin operacji. Pacjent konsultowany jest też przez anestezjologa.

Jak długo po operacji robotowej pacjent leży w szpitalu i jak długo odczuwa dolegliwości związane z zabiegiem?
Zabieg jest wykonywany w znieczuleniu ogólnym, jak każdy zabieg w obrębie jamy otrzewnej. Metoda robotowa powoduje, że znakomita większość pacjentów bardzo dobrze znosi okres pooperacyjny, poczucie bólu jest mniejsze niż po innych operacjach. Po operacji robotowej pacjent często jest najmniej wymagającym pacjentem w oddziale, bo po dużo mniejszych operacjach innymi metodami odczuwanie bólu bywa większe. Pobyt w szpitalu jest krótki, pacjenci są wypisywani rutynowo w trzeciej dobie po operacji, czasem może być konieczność przedłużenia pobytu o 1-2 dni. Ważne jest to, że cewnik, który jest wprowadzony do pęcherza, musi być utrzymywany przez 10 dni. Pielęgniarki szkolą pacjentów jak obchodzić się z cewnikiem, a po 10 dniach jest wizyta kontrolna, na której usuwamy cewnik. Czasem jest konieczne wykonywanie dodatkowych badań, wykonujemy zdjęcie radiologiczne.
Potem mamy okres rekonwalescencji. Zdarzenia niepożądane, które mogą wystąpić zarówno po operacji jak i napromienianiu, są spowodowane położeniem anatomicznym gruczołu krokowego. Pierwsze to zaburzenia trzymania moczu, pacjenci są na to bardzo uczuleni, o to dopytują. Całkowite nietrzymanie moczu po operacjach robotowych dotyczy poniżej 1 proc.

pacjentów, czyli jest bardzo rzadkie. Natomiast przejściowe problemy z trzymaniem moczu mogą utrzymywać się przez kilka kolejnych tygodni, tu potrzebna jest rehabilitacja. W pierwszym etapie mogą być potrzebne wkładki higieniczne czy pieluchomajtki. Szybkość powrotu do zdrowia jest tu bardzo indywidualna, niektórzy pacjenci praktycznie od razu po usunięciu cewnika kontrolują trzymanie moczu, inni mają problemy i 3 miesiące po operacji. Ale jest to sytuacja przejściowa. Zalecamy zawsze 2 miesiące bez intensywnego wysiłku fizycznego, w sensie dźwigania ciężarów. Bo wysiłek fizyczny jak spacery, truchtanie jest jak najbardziej wskazany, ale podnoszenie ciężarów, czyli praca tłocznią brzuszną może powodować dyskomfort w postaci nasilenia nietrzymania moczu.
Drugim, częstszym powikłaniem, są pooperacyjne zaburzenia wzwodu. Trudniej jest bowiem zachować pęczki naczyniowo-nerwowe, czyli nerwy odpowiadające za funkcję wzwodu, wykonując rozległy zabieg onkologiczny. Operacja robotowa daje największe szanse na zachowanie funkcji wzwodu, ale nawet jeżeli zostanie to technicznie wykonane z intencją zachowania struktur nerwowych, pęczki naczyniowo-nerwowe nadal mogą być wciągnięte w proces gojenia, włóknienia tkanek i ta funkcja może pozostać upośledzona. Ok. 50 proc. pacjentów po operacjach, nawet robotowych będzie mieć w jakimś stopniu upośledzoną funkcję wzwodu. Opcje leczenia istnieją, możemy wspomagać farmakologicznie, mechanicznie, są wykonywane zabiegi operacyjne.
Nadrzędnym celem jest zawsze opanowanie choroby nowotworowej, wydłużenie życia. Ale pacjent zdrowy chciałby potem być jeszcze zdrowszy.

Jak wygląda kontrola, obserwacja pacjenta po operacji w następnych miesiącach i latach?
Kluczową jest wizyta ok. 2 miesiące po operacji. Sprawdzamy wtedy wynik badania histopatologicznego materiału tkankowego usuniętego podczas operacji. Tak samo ważnym badaniem jest badanie PSA, wykonane nie wcześniej niż 7-8 tygodni po zabiegu. Stężenie PSA powinno spaść do wartości bliskich 0. Świadczy to o tym, że nie mamy w organizmie tkanki produkującą to białko. Jeżeli wynik histopatologiczny też potwierdza korzystne rokowanie, na tym kończymy leczenie, uznajemy pacjenta za wyleczonego w danym momencie. Dalsza obserwacja jest prosta. Zaleca się, aby badanie PSA wykonywać raz na 3 miesiące. Dopóki wynik nie przekroczy 0,2 ng/ml, nie zaleca się wykonywania kolejnych badań obrazowych, jeśli sytuacja kliniczna tego nie wymaga. Zmiany mogą być tak drobne, że nie jesteśmy w stanie ich uchwycić. Raczej czekamy do wzrostu PSA, jak jednak ono narasta powyżej pewnych granic, następnym etapem jest wykonanie rezonansu magnetycznego, badania PET ze znacznikiem PSMA. Na podstawie tych badań możemy wyrokować o ewentualnej wznowie procesu nowotworowego i sposobach leczenia nawrotu choroby. Mamy szereg narzędzi do leczenia także na tym etapie.
Generalnie pacjentowi z wczesną diagnozą, prawidłowo leczonemu, ta choroba nie ma prawa skrócić życia, możemy ją w najgorszym wypadku zmienić w chorobę przewlekłą.

Cykl audycji radiowych z zakresu edukacji i promocji zdrowia pod nazwą

"Pytanie do specjalisty" VI edycja

Zadanie dofinansowane ze środków Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego na realizację w 2025 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.